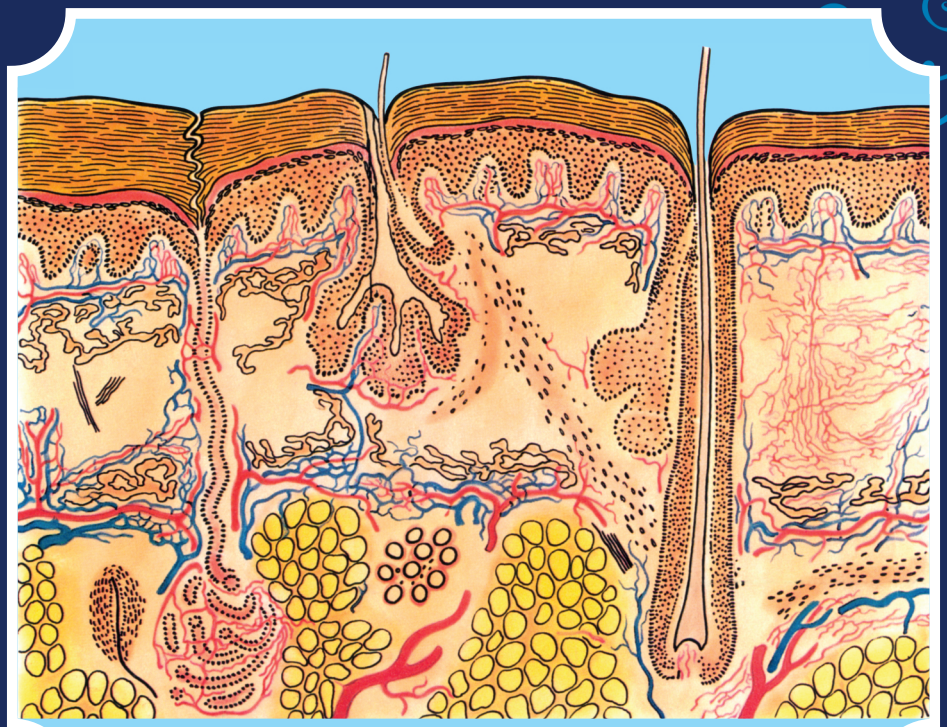
ISSN 2010-6882

DERMATOVENEROLOGIYA VA ESTETIK TIBBIYOT

Ilmiy-amaliy jurnal



№ 3/2022 (55)

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Научно-практический журнал

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 / 2022 (55)

ТАШКЕНТ 2022

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 – Шопен Ю. Ю.

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 19.09.2022. Формат $60 \times 84^{1}/_{8}$.
Печать офсетная. Усл. п.л. 18,0. Тираж 300. Заказ № 580.

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ 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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГ ВА КОСМЕТОЛОГЛАРИНИНГ VIII ҚУРУЛТОЙИ МАТЕРИАЛЛАРИ

Илмий ишлар тўплами

МАТЕРИАЛЫ VIII СЪЕДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Сборник тезисов

Тошкент ш.
7–8 октябрь 2022 й.

г. Ташкент
7–8 октября 2022 г.

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

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

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ КЕРАТИНИЗАЦИИ

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

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

Цель исследования. Изучение эффективности увлажняющего крема (рецепт № 32) фирмы «Гехт» у больных с различными дерматозами с симптомами сухости кожи.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 38 больных с различными дерматозами и явлениями нарушения кератинизации.

Результаты и исследования. В группу наследственных заболеваний кожи входит большое количество патологий, сопровождающихся нарушением кератинизации эпидермиса. К ним относятся ихтиоз и ихтиозиформные дерматозы, болезнь Дарье, наследственные ладонно-подошвенные кератодермии, фолликулярный кератоз, шиповидный лишай, красный волосяной лишай Девержи, псориаз и атопический дерматит. Стянутость кожи, шелушение, зуд бывают не только в участках локализации высыпаний, но и по всему кожному покрову (синдром сухости кожи). Поэтому наряду с основным лечением (витаминотерапия, противовоспалительные препараты, физиолечение и пр.) пациентам необходимо назначать средства медицинской косметики, обладающие гидратирующим и кератолитическим эффектами. К таким препаратам относится рецепт № 32 (серии Гехт), содержащий гамму средств, обеспечивающий уход за кожей больных, склонной к шелушению и сухости, уменьшению чувства стягивания кожи, устранению шелушения, зуда и раздражения кожи. Благодаря содержанию компонентов: пантенол 2 %, льняное масло 3 %, масло зародышей пшеницы 1 % и гиалуроновая кислота 0,1 %, крем нормализует водный баланс, повышает регенерационные свойства кожи, питает и восстанавливает клетки базальной мембраны.

Под нашим наблюдением и лечением находились 38 больных: из них с различными формами ихтиоза – 12 пациентов, с атопическим дерматитом – 7, наследственными ладонно-подошвенными кератодермиями – 3, фолликулярным кератозом – 6, псориазом – 10 пациентов. Всем пациентам в качестве вспомогательного средства и в период ремиссии был назначен увлажняющий крем (рецепт № 32). Эффективность препарата оценивалась 1 раз в неделю. У всех пациентов в процессе лечения наблюдалось существенное уменьшение симптомов сухости кожи.

Вывод. Увлажняющий крем серии Гехт (рецепт № 32) помогает защитить нежные участки кожи от пересыхания, обволакивает кожу без эффекта липкости и пленки, помогает устранить ощущение зуда и дискомфорта. Возможно использование крема как самостоятельно, так и совместно с другими средствами. Рекомендован для длительного использования в качестве ухода и поддерживающей терапии.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕБОРЕИ У ЖЕНЩИН С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ

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

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

Актуальность. Наличие келоидных рубцов (КР) у лиц женского пола представляет собой важную медико-социальную и эстетическую проблему и, по данным разных авторов, встречается в 85 % случаев среди женщин. В результате повышенной чувствительности сальных желез к избыточной секреции андрогенов происходит изменение состава кожного сала, ускорение цикла развития эпидермальных клеток и накопление большого количества жирных роговых чешуек, что приводит к возникновению себореи различных видов и степеней тяжести.

Цель исследования. Изучение клинических проявлений себореи у женщин с «истинными» и «ложными» келоидными рубцами.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 118 пациенток с келоидными рубцами в возрасте от 15 до 30 лет, обследованных в кожном отделении Государственного учреждения «Городская клиническая больница кожных болезней» за 5-летний период. Средний возраст обследуемых женщин составил 17,5 ± 1,2 года. Доля подросткового возраста составила 78 (66,1 %) случаев, а остальные 40 (33,9 %) обследованных были репродуктивного возраста.

Результаты исследования. Все обследуемые женщины были распределены на 2 группы в зависимости от причины формирования келоидных рубцов. В первую группу вошли 65 (55,1 %) женщин, у которых келоидные рубцы появились без причины, то есть были спонтанными, или «истинными» келоидами. Вторую группу составили 53 (44,9 %) пациентки с «ложными» рубцами, причиной формирования которых являлись различные травматические факторы: 25 (47,2 %) – ожоги, 16 (30,2 %) – оперативные вмешательства, 12 (22,6 %) – травмы колющими предметами.

При изучении кожного статуса у женщин с «истинными» келоидами себорея наблюдалась в 87,7 % случаев, тогда как при «ложных» келоидах данное состояние наблюдалось у 66,0 % пациенток.

Среди женщин с «истинными» келоидами в 38,5 % случаев наблюдалась себорея волосистой части головы и в 49,2 % случаев – явления себорейного дерматита на гладкой коже и в складках. Себорея волосистой части головы характеризовалась жирным типом в виде восковидной перхоти с выраженным воспалительным процессом и явлениями экссудации. На гладкой коже явления себорейного дерматита у женщин с «истинными» келоидами локализовались на коже лица, ушных раковин, верхней части туловища, преимущественно в области грудины и лопаток и в крупных складках.

У пациенток с «ложными» келоидами в 20 (37,7 %) случаях отмечался сухой тип себореи, при котором наблюдались рыхлые, легко отделяемые чешуйки серовато-белого цвета. У 15 (28,3 %) пациенток себорейный дерматит локализовался на коже лба, в зоне носогубного треугольника и в области заушных складок, но на туловище и в крупных складках явлений себореи у них не наблюдалось.

Следует отметить, что у 12,3 % пациенток с «истинными» келоидами и у 34,0 % пациенток с «ложными» рубцами симптомов себореи не отмечалось совсем ($p < 0,01$).

Выявлены отличия в течении себореи у пациенток обеих групп. У 57 женщин с «истинными» келоидами с клиническими признаками себорейного дерматита чаще регистрировалась тяжелая и средняя степень заболевания, что составило соответственно 23 (40,4 %) и 19 (33,3 %) случаев. Из 35 женщин с «ложными» келоидными рубцами, страдающих себореей, легкая степень себорейного дерматита наблюдалась в 4,3 раза чаще, чем тяжелая (17 (48,6 %) против 4 (11,4 %)).

Вывод. У женщин с «истинными» келоидными рубцами различные формы себореи регистрировались в 1,3 раза чаще, чем у пациенток с ложными келоидами и характеризовались наличием средней и тяжелой форм.

У пациенток с «ложными» рубцами в 4,3 раза чаще встречалась лёгкая форма себореи, которая проявлялась незначительными клиническими симптомами.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВАНИИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Х.Д. АБДУЛЛАЕВ

Самаркандский государственный медицинский университет

Обследовано 110 пациентов, из них 51,39 % (61) мужчин и 48,61 % (49) женщин, средний возраст 48,34 ± 13,51 года. Все пациенты с диагнозом: вульгарный псориаз, прогрессирующая стадия, внесезонная форма. Средняя продолжительность дерматологического заболевания составляла 13,93 ± 10,78 года.

Все пациенты были разделены по принципу рандомизации на 2 группы, в зависимости от метода лечения. Первая группа (контрольная) – 50,9 % (56) больных (31 мужчина и 25 женщин), получивших стандартную медикаментозную терапию; вторая (основная) группа – 49,1 % (54) больных (30 мужчин и 24 женщины), получивших комбинированную терапию.

В соответствии с задачами исследования всем больным до лечения и после окончания курса терапии проводилось клиническое и лабораторное обследование.

В сыворотке крови больных псориазом были исследованы показатели ФНО-α, ИЛ-1, ИЛ-10, ИЛ-17 методом иммуноферментного количественного анализа с использованием коммерческих наборов фирмы «Demeditec Diagnostics GmbH».

Содержание ряда цитокинов в сыворотке крови, наблюдаемых для выявления воздействия

на цитокиновый статус проводимого лечения и оценки прогностической ценности цитокинового профиля. Как выяснилось, применение комбинированного лечения при псориазе приводит к увеличению концентрации ИЛ1 – ингибитора действия провоспалительного цитокина ИЛ1 в первой группе до лечения 12,1 ± 3,3 пг/мл, после лечения 6,7 ± 1,4 пг/мл, (p < 0,005). Эти показатели во второй группе до лечения 14,6 ± 4,4 пг/мл, после лечения 10,1 ± 1,4 пг/мл, (p < 0,005), что, безусловно, можно рассматривать как положительный эффект терапии.

Показатели содержания ИЛ-10 в первой группе до лечения 3,7 ± 1,8 пг/мл, после лечения 8,9 ± 2,1 пг/мл, (p < 0,005), что ниже нормы на 19 %. Эти показатели во второй группе до лечения 3,8 ± 1,4 пг/мл, после лечения 5,5 ± 1,1 пг/мл, (p < 0,005), что ниже нормы на 7 %, возможно, связано с активацией процесса апоптоза.

Показатели содержания ИЛ-17 в первой группе до лечения 10,2 ± 2,4 пг/мл, после лечения 7,01 ± 0,19 пг/мл, (p < 0,005), что выше нормы на 1,15. Эти показатели во второй группе до лечения 10,1 ± 2,2 пг/мл, после лечения 6,59 ± 0,10 пг/мл, (p < 0,005), что выше нормы на 1,07, что говорит о ответной реакции иммунной системы на воспалительный процесс.

Концентрация ФНОα оставалась стабильно высокой в начальных сроках терапии и по окончании лечения приблизилась к нормативным значениям (13,3 ± 5,2 пг/мл в контрольной группе до лечения, 5,8 ± 4,2 пг/мл после лечения, p > 0,05. Норма 3,9 ± 1,5 пг/мл; 6,2 ± 2,1 во второй группе до лечения, 4,3 ± 0,9 пг/мл после лечения, p > 0,05).

По характеристике клинических исследований Насонова Е.Л., касающихся изучения интерлейкинов у больных псориазом, фиксированные аналогичные результаты, что доказывает безукоризненное сходство с нашими данными и их достоверность.

Таким образом, анализ динамики содержания интерлейкинов у больных псориазом показал, что препарат оказывает нормализующее воздействие на цитокиновый статус пациентов.

НОВЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

Ф.В. АЗИМОВА, Р.Р. ЗАКИРОВ

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

Актуальность. Андрогенная алопеция – это прогрессирующее облысение, вызванное действием андрогенов на волосяные фолликулы. На сегодняшний день интересным является применение эрбиевого лазера YAG с длиной волны 2940 нм, который способен проникать в дерму на глубину 3–4 мм, поглощение энергии происходит в области дермального сосочка, в результате чего отмечается усиление кровообращения последнего и активизация метаболизма в волосяной луковице. Эффекты применения эрбиевого лазера YAG с длиной волны 2940 нм при андрогенной алопеции:

– активизация митоза, пролиферации в клетках волосяных фолликул, которое приводит к удлинению фазы анагена и росту новых волос;

– рассасывание микрофиброзирования волосяных фолликулов за счет того, что эрбиевый лазер генерирует излучение в виде микрофракционных «колонн», которые проникают в дерму и вызывают нагревание тканей, что приводит к мощному противовоспалительному действию и уменьшению фиброза кожи скальпа. Эпидермис получает минимальные повреждения, исчезающие через несколько дней, что является одним из неоспоримых преимуществ данного метода в лечении андрогенной алопеции;

– противовоспалительное действие – снижение инфильтрации волосяных фолликулов лимфоцитами. Также одним из вероятных механизмов действия эрбиевого лазера является стимуляция апоптоза Т-лимфоцитов;

– активизация сигнальных путей (Wnt, BMP, Shh и FGF). β-катенин может индуцировать переход цикла роста волос от фазы телогена к фазе анагена. Также сообщалось, что Wnt 10b может индуцировать переход от телогена к анагену через канонические пути передачи сигналов Wnt, чтобы способствовать росту волосяных фолликулов.

Цель исследования. Оценить эффективность применения эрбиевого лазера YAG с длиной волны 2940 нм в терапии андрогенной алопеции у лиц мужского пола.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 85 лиц мужского пола с андрогенной алопецией в возрасте от 18 лет до 41 года. Распределение пациентов андрогенной алопецией в зависимости от длительности патологического процесса показало, что основное количество обращающихся за консультацией к дерматологу составляют больные с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет – 51,6 %, а также до 1 года – 24,8 % и от 5 до 10 лет – 23,6 %. Результаты гормонального исследования на тесто-

стерон показали его увеличение концентрации в крови лишь у 4 % пациентов андрогенной алопецией. 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 человек, репрезентативных по полу и возрасту. Всем пациентам андрогенной алопецией было проведено видеотриходерматоскопическое исследование кожи волосистой части головы при помощи видеокамеры Aramo-SG (Корея) с линзами X60 и X200 и диагностической программы Trichoscience до и после проведенной терапии через 6 месяцев.

Результаты исследования. Все пациенты андрогенной алопецией исследуемой группы (85 человек) на основе традиционной терапии, включающей витаминотерапию, микроэлементы, ангиопротекторы и специфические блокаторы волосяных фолликул, получали наружно лазерную терапию в течение 6 месяцев. Контрольная группа (20 человек) получали лишь традиционную терапию. В нашем исследовании всем 85 лицам мужского пола была проведена лазерная терапия с применением лазерной платформы Harmony XI от Alma lasers фракционная манипула Erbium 2940, насадка pixel 7×7. Источник Er:YAG 2940 nm, энергия импульса 800–1200 mJ/см^2, puls mode – Long, количество проходов: 1–2 прохода по проборам волосистой части головы с интервалом в 3 недели в течение 6 месяцев. Оценку эффективности проводимой терапии в исследуемых группах проводили на основании следующих критериев (табл. 1):

– полный рост волос в очагах – клиническое выздоровление;

– в очагах наблюдался рост большого количества волос (50–70 %) – значительное улучшение;

– в очагах наблюдался умеренный рост волос (25–50 %) – улучшение;

– отсутствие динамики роста волос – без изменений;

– появление новых очагов выпадения волос и отсутствие роста волос в старых очагах – ухудшение.

Таблица 1

Сравнительная оценка результатов лечения пациентов андрогенной алопецией

Оценка эффективн ости	1 группа пациентов – традиционное лечение (*n*=20)		2 группа пациентов (традицион. + Er: YAG 2940 nm) (*n*=85)	
	абс.	%	абс.	%
Клиническое выздоровление	–	–	–	–
Значительное улучшение	–	–	41	48
Улучшение	7	35	27	32
Без изменений	11	55	16	19
Ухудшение	2	10	1	1

Как показано в таблице 1, наиболее высокие результаты (рост волос в теменной и лобной областях волосистой части головы) отмечались в группе пациентов андрогенной алопецией, которые получали на фоне традиционной терапии лазерное лечение Er: YAG 2940 nm – 48 % «значительного улучшения», 32 % «улучшения», 19 % «без изменений» по сравнению с пациентами контрольной группы, получавшими лишь традиционную терапию – 0 % «значительного улучшения», 35 % «улучшения», 55 % без изменений.

Выводы. Применение лазерной платформы Harmony XI Er: YAG 2940 nm у пациентов андрогенной алопеции показало высокую эффективность терапии данной патологии, которая выражалась в увеличении роста волос в 2,3 раза по сравнению с пациентами, получавшими традиционную терапию.

ИНГИБИРУЮЩИЙ СИГНАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Ф.В. АЗИМОВА, Ш.Ш. ШОРАХМЕДОВ

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

Актуальность. Одним из тяжело поддающихся терапии и склонных к рецидивированию заболеваний является гнездная алопеция как тканеспецифическая аутоиммунная патология, связанная с Т-лимфоцитами при иммунных нарушениях к волосяным фолликулам в момент анагена. Условиями манифестации, клинического разнообразия гнездной алопеции является сложное сочетание внешнесредовых и генетических факторов. В экспериментальных однозначно доказаны лишь воздействия BMP (bone-morphogeneticprotein) и Wnt (Wingless-type), как ключевых агентов волосяного цикла при телогене и анагене. Экспериментально доказано, что

активация Wnt-пути оказывает основное действие при включении морфогенеза фолликула, активируя его стволовые клетки и запуская фазу анагена наряду с активацией BMP-путей. Фаза телогена при высокой активности BMP-сигналов обеспечивает сохранность стволовых клеток фолликула. Сигналы BMP (Bone morphogenetic protein – сигнальная молекула выпадения волос) являются контролерами сигналов WNT-путей.

Цель исследования. Определить активность ингибирующих BMP-сигналов у пациентов гнездной алопецией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 54 пациента гнездной алопецией в возрасте от 18 до 46 лет, из которых лиц мужского пола было 12, лиц женского пола – 42. Отбор больных и клиническую часть работы выполняли на базе РСНПМЦДВиК МЗРУз. Основное количество больных было с локальной формой гнездной алопеции, среди которых пациентов с очаговой формой было 36,2%, полиочаговой –29,7%, лентовидной – 1,9%. Больных с субтотальной формой гнездной алопеции регистрировалось – 16,1%. Пациентов с тотальной формой заболевания было 4,5%, универсальной – 11,6%. У 38,6% пациентов наблюдалось поражение ногтевых пластинок кистей: дистрофические изменения, мелкоточечные вдавливания по типу «наперстка», выраженная продольная исчерченность в сочетании с тусклым цветом самих пластин. Ониходистрофия зависела от тяжести алопеции и чаще наблюдалась у больных с тотальной и универсальной формами заболевания. У 71,6% пациентов с гнездной алопецией отмечалась прогрессирующая стадия заболевания, которая характеризовалась «зоной расшатанных волос» вокруг очагов (при легком натяжении волос вокруг очага констатируется их безболезненная эпиляция). У 27,1% больных наблюдался рост пушковых волос (веллюс) в очаге облысения на фоне прогресса патологического очага. Стационарная стадия гнездной алопеции отмечалась у 23,9% пациентов, регрессирующая – у 4,5%. У 7,5% больных были субъективные ощущения в виде повышенной чувствительности кожи, парестезий и эритемы, предшествующие появлению нового очага выпадения волос.

У всех пациентов гнездной алопецией отбирались фрагменты кожи с очагов поражения в виде биопсий при информированном согласии пациентов. Проводили иммуногистохимические исследования сигнальных путей BMP (bonemorphogeneticprotein) у пациентов данной группы. Иммуногистохимическое исследование проведено в частной лаборатории «Медиофарм» по общепринятой методике, на серийных парафиновых срезах волосяного фолликула, помещенных на стекла, покрытые поли-L-лизином. В качестве первичных специфических антител использовали моноклональные мышиные антитела к белкам человека BMP (bonemorphogeneticprotein). Ставили позитивные и негативные контрольные реакции.

Секции были исследованы под мощным (400) микроскопом. Пять полей на раздел были выбраны случайным образом, и изображения были сняты с помощью цифровой камеры. Срезы были оценены в соответствии с интенсивностью окрашивания плазматических клеток следующим образом: 0 – для отсутствия положительных клетки, 1 – для 1 % до 20 % положительных клеток, 2 – для 21 % до 50 %, 3 – для 51 % до 80 % и 4 – для 81 % до 100 % положительных клеток. Пробы считались положительными, когда оба этих балла были 2 или больше 2. Сумма 2 баллов дала итоговый балл от 0 до 8. Статистический анализ данных был проведен с использованием программного обеспечения SPSS версии 11.0 и непараметрического U-критерия Манна-Уитни.

Результаты и обсуждение. Иммуногистохимическое исследование рецептора BMP у пациентов с субтотальной формой гнездной алопеции (5 больных) выявило низкую положительную реакцию – менее 10% у 4 больных, среднюю 25% – у 1. У пациентов с тотальной и универсальной формами гнездной алопеции (7 больных) исследование данного рецептора показало более высокие положительные результаты. Так, средняя положительная реакция 36% отмечалась у 1 пациента и высокая от 71 % – у 6. У пациентов с очаговой и полиочаговой формами гнездной алопеции (8 больных) при исследовании рецептора BMP наблюдалась отрицательная реакция 0% у 2 больных, низкая положительная реакция 12% у 6 (табл. 1).

Таблица 1

Иммуногистохимическое исследование рецептора BMP у пациентов гнездной алопецией

№	Формы гнездной алопеции	Рецептор BMP			
		Отрицательная реакция 0%	Низкая реакция (от 1 % до 20%)	Средняя реакция (от 21 % до 50%)	Высокая реакция (от 51 % до 80%)
1	Очаговая и полиочаговая формы	2	12		
2	Субтотальная форма		4	1	
3	Тотальная и универсальная форма			1	6

Результаты исследований показали, что у пациентов с более тяжелыми формами гнездной алопеции отмечалась положительная экспрессия BMP, которая переводит волосяной фолликул в стадию телогена. У пациентов легкими формами гнездной алопеции отмечалась отрицательная экспрессия BMP-сигналов, доказывающая наличие митоза и дифференцировки клеток волосяной луковицы, и удлинение стадии анагена волосяного фолликула. **Выводы.** Представляемые данные указывают на ведущую роль BMP сигнальных путей в патогенезе гнездной алопеции, определяющих митоз и дифференцировку клеток волосяного фолликула, и открывают новые перспективы разработки новых эффективных лекарственных препаратов.

АКТИВИРУЮЩИЙ СИГНАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Ф.В. АЗИМОВА, Ш.Ш. ШОРАХМЕДОВ

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

Актуальность. В общей структуре дерматологических заболеваний гнездная алопеция встречается в 0,7–3,8 % случаев, в популяции распространенность составляет 1:1000, причем риск развития данного заболевания у здоровых людей в течение жизни составляет 1,7 %. Гнездная алопеция одинаково распространена среди мужчин и женщин, пик заболеваемости приходится на молодой возраст от 15 до 30 лет с тенденцией к снижению развития тотальной формы с каждым десятилетием жизни. Ученые различных стран провели экспериментальные исследования, которые выявили, что WNT-путь играет основную роль в активизации стволовых клеток фолликула (HFSCs), которые инициируют регенерацию клеток фолликула и рост нового волоса, при этом сами HFSCs-клетки пребывают в покое на протяжении нескольких недель перед сигналом к пролиферации. Выпадение волос обусловлено отсутствием HFSCs-клеток и уменьшением активности сигналов WNT. Отсутствие возбуждения WNT-пути обусловливает задержку волосяного фолликула на стадии телогена, следовательно, волос не растет. Бесконтрольные сигналы WNT вызывают преждевременную активизацию HFSCs-клеток, начало анагена и нарушение хронобиологии волоса. Баланс управления обоими сигнальными путями приводит HFSCs-клетки в покой до запрограммированного начала анагена. Поэтому понимание основных механизмов цикла роста волос откроет путь для открытия новых методов восстановления роста волос.

Цель исследования. Определить активность активирующих WNT- сигналов у пациентов гнездной алопецией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 54 пациента гнездной алопецией в возрасте от 18 до 46 лет, из которых лиц мужского пола было 12, лиц женского пола – 42. Отбор больных и клиническую часть работы выполняли на базе РСНПМЦДВиК МЗРУз. Основное количество больных было с локальной формой гнездной алопеции, среди которых пациентов с очаговой формой было 36,2 %, полиочаговой –29,7 %, лентовидной – 1,9 %. Больных с субтотальной формой гнездной алопеции регистрировалось 16,1 %. Пациентов с тотальной формой заболевания было 4,5 %, универсальной – 11,6 %. Ониходистрофия зависела от тяжести алопеции и чаще наблюдалась у больных с тотальной и универсальной формами заболевания. У 71,6 % пациентов с гнездной алопецией отмечалась прогрессирующая стадия заболевания, которая характеризовалась «зоной расшатанных волос» вокруг очагов (при легком натяжении волос вокруг очага констатируется их безболезненная эпиляция).

У всех пациентов гнездной алопецией отбирались фрагменты кожи с очагов поражения в виде биопсий при информированном согласии пациентов. Проводили иммуногистохимическое исследование сигнальных путей WNT у пациентов данной группы. Иммуногистохимическое исследование проведено в частной лаборатории «Медиофарм» по общепринятой методике, на серийных парафиновых срезах волосяного фолликула, помещенных на стекла, покрытые поли-L-лизином. В качестве первичных специфических антител использовали моноклональные мышиные антитела к белкам человека WNT. Ставили позитивные и негативные контрольные реакции.

Результаты исследования. Иммуногистохимическое исследование рецептора Wnt у пациентов с субтотальной формой гнездной алопецией (5 больных) выявило низкую положительную реакцию – менее 15 % у 3 больных, отрицательную реакцию – 0 % у 2. У всех пациентов с тотальной и универсальной формами гнездной алопеции (7 больных) исследование данного рецептора показало лишь отрицательную реакцию. У пациентов с очаговой и полиочаговой формами гнездной алопеции (8 больных) при исследовании рецептора Wnt наблюдалась высокая положительная реакция 75 % у 7 больных, средняя положительная реакция 23 % у 1 (табл. 1).

Таблица 1

Иммуногистохимическое исследование рецептора Wnt у пациентов гнездной алопецией

№	Формы гнездной алопеции	Рецептор Wnt			
		Отрицательная реакция 0%	Низкая реакция (от 1% до 20%)	Средняя реакция (от 21% до 50%)	Высокая реакция (от 51% до 80%)
1	Очаговая и полиочаговая формы			1	7
2	Субтотальная форма	2	3		
3	Тотальная и универсальная формы	7			

Результаты исследований показали, что у пациентов с более тяжелыми формами гнездной алопеции отмечалась отрицательная экспрессия Wnt1 и за счет снижения интенсивности активирующих путей волосяной фолликул переходит из фазы анагена в телоген. У пациентов легкими формами гнездной алопеции (очаговая, полиочаговая) отмечалась положительная экспрессия Wnt сигналов, которая поддерживает волосяной фолликул в стадии анагена.

Выводы. Таким образом, дальнейшее изучение сигнальных путей при гнездной алопеции определяет возможность получения ценных сведений о регулировке стимуляции фолликулогенеза человеческих волос и направляет на перспективные пути поиска регуляторов патологического процесса.

МИКРОФИБРОЗИРОВАНИЕ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ И ЕГО ТЕРАПИЯ

Ф.В. АЗИМОВА, Р.Р. ЗАКИРОВ

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

Одной из распространенных форм алопеций является андрогенная алопеция – прогрессирующее облысение, вызванное действием андрогенов на волосяные фолликулы. Доказано, что огромную роль в патогенезе данного заболевания лежит «микровоспаление», обусловленное колонизацией 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 фолликул – микрофиброзированию, что негативно отражается на эффективности терапии андрогенной алопеции.

Цель исследования. Определить динамику показателей микровоспаления при применении эрбиевого лазера YAG с длиной волны 2940 нм у пациентов андрогенной алопецией.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 85 лиц мужского пола с андрогенной алопецией в возрасте от 18 лет до 41 года. Согласно клинической специфической классификации (BASP) андрогенной алопеции у 36 (42,3 %) пациентов регистрировался тип C2-C3, при котором отмечалось выпадение волос в лобной и височных областях волосистой части головы. У 26 (30,5 %) пациентов андрогенной алопецией наблюдался тип M3, при котором отмечались выраженные залысины в лобно-теменной области, и у 23 (27,2 %) пациентов регистрировался U1, при котором отмечалось слияние залысин лобной и теменной областей, оставались лишь интактными волосы затылочной области волосистой части головы. Результаты гормонального исследования на тестостерон показали его увеличение концентрации в крови лишь у 4 % пациентов андрогенной алопецией. Провоцирующими факторами выпадения волос пациенты отмечали стрессовые ситуации (62 %), хронические заболевания носа и горла (43 %), применение гормональных препаратов (28 %).

Результаты исследования. В нашем исследовании всем 85 лицам мужского пола была проведена лазерная терапия с применением лазерной платформы Harmony XI от Alma lasers фракционная манипула Erbium 2940, насадка pixel 7×7. Источник Er:YAG 2940 nm, энергия импульса 800-1200 mJ/см2, puls mode – Long, количество проходов: 1-2 прохода по проборам волосистой части головы с интервалом в 3 недели в течение 3 месяцев. Результаты исследования оценивались видеотриходерматоскопией при наличии атрофированных волосяных фолликулов до и после трехмесячной терапии лазером больных андрогенной алопецией (таб.1). Так, при C2-C3 типе количество атрофированных волосяных фолликулов достоверно уменьшилось и составило 11,4±2,17 % по сравнению с аналогичным показателем лиц до лечения – 45,2±3,58 %; при M3 типе – 28,3±3,46 % (71,7±6,2 %), при U1 типе – 54,8±7,11 % (88,6±5,91 %).

Таблица 1

Трихоскопические критерии терапии лазерной платформой Harmony XI Er: YAG 2940 nm при андрогенной алопеции

№	Типы андрогенной алопеции	Атрофированные волосяные фолликулы «белые» точки (%)	
		До лечения	После лечения
1	C2-C3 тип, (*n* = 36)	45,2 ± 3,58	11,4 ± 2,17***
2	M3 тип, (*n* = 26)	71,7 ± 6,2	28,3 ± 3,46***
3	U1 тип, (*n* = 23)	88,6 ± 5,91	54,8 ± 7,11***

Примечание: * – различия относительно данных контрольной группы значимы (* – P < 0,05, *** – P < 0,001).

Выводы. Применение лазерной платформы Harmony XI Er:YAG 2940 nm у пациентов андрогенной алопеции показало обнадеживающие результаты для последующего роста волос вследствие уменьшения активности микрофиброзирования вокруг волосяных фолликул в 1,7 раза.

РОЛЬ ЛИПИДОВ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

Ф.В. АЗИМОВА, З.Н. МАВЛЯНОВА

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

В настоящее время одной из распространенных форм нерубцовой алопеции является андрогенная алопеция – генетически детерминированное заболевание, при котором наблюдается выпадение волос в области лба и теменной области и характеризуется трансформацией терминальных волос в пушковые. Патогенез андрогенной алопеции сложен, участие принимает взаимодействие множества факторов (повышенная чувствительность рецепторов волосяных фолликулов к андрогенам, повышение активности фермента 5 альфа редуктазы, снижение активности стероидсвязывающего глобулина, а также множество других факторов внутренней и внешней среды. Но наиболее актуальным и дискутабельным является взаимосвязь андрогенной алопеции с риском возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, индикатором патогенеза которого является липидный профиль – общий холестерин, триглицериды, липопротеины высокой плотности и липопротеины низкой плотности.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь клинической характеристики андрогенной алопеции с показателями липидного профиля пациентов.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 46 пациентов мужского пола с андрогенной алопецией в возрасте от 25 лет до 41 года. Контрольная группа состояла из 15 человек, репрезентативных по возрасту и полу. Согласно классификации Норвурда-Гамильтона, II степень андрогенной алопеции отмечалась у 10 % лиц мужского пола и выражалась в небольших залысинах в области лба, III степень – у 32,6 % и выражалась в выраженных залысинах в области лба; III–IV степени – у 31,8 %, при которой отмечалось выпадение волос не только в области лба, но и теменной области; IV-V степени – у 25,6 % мужчин и наблюдалось слияние очагов выпадения волос теменной и лобной областей волосистой части головы. Всем пациентам была проведена видеотриходерматоскопия волосистой части головы. Так, при II–III степени 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. Определение липидного профиля включало исследование общего холестерина, триглицеридов, липопротеинов высокой плотности и липопротеинов низкой плотности методом ИФА. Пациенты до сдачи венозной крови не употребляли пищу в течение 12 часов, не должны были курить за 30 минут до сдачи анализа.

Результаты исследования. Общий холестерин у пациентов с II–III степенью андрогенной алопеции составил – 5,8 ± 1,2 ммоль/л, триглицериды – 2,16 ± 0,4 ммоль/л, ЛПВП – 1,5 ± 0,3 ммоль/л, ЛПНП – 3,8 ± 0,7 ммоль/л. У пациентов с IV–V степенью андрогенной алопеции аналогичные показатели были следующими: общий холестерин – 6,4 ± 2,09 ммоль/л, триглицериды – 3,1 ± 0,15 ммоль/л, ЛПВП – 0,9 ± 0,11 ммоль/л, ЛПНП – 5,1 ± 0,2 ммоль/л. Известно, что общий холестерин крови на 60–70 % представлен ЛПНП, которые способны задерживаться в сосудистой стенке и содействовать накоплению холестерина в тканях. Именно уровни ЛПНП и в меньшей мере общего холестерина в плазме крови определяют риск развития атеросклероза и сердечно-сосудистых заболеваний. ЛПВП являются

антиатерогенными факторами, препятствующими образованию атеросклеротической бляшки в сосуде. В нашем исследовании отмечаются пограничнo высокие уровни ЛПНП, общего холестерина, триглицеридов и низкие – ЛПВП, показатели которых коррелируют со степенью тяжести андрогенной алопеции.

Выводы. Проведенные исследования показали, что пациенты андрогенной алопецией имеют более высокий риск развития сердечно-сосудистой патологии. Повышенные уровни триглицеридов, общего холестерина и ЛПНП считаются ключевыми факторами риска развития ИБС, а уровень ЛПВП обратно пропорционален последнему.

ВНЕКОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ

М.Б. АЙХОДЖАЕВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

При врожденном буллезном эпидермолизе (ВБЭ) наиболее часто встречаются внекожные осложнения в виде нарушений желудочно-кишечного тракта, так как травмирование слизистой приводит к образованию пузырей и эрозий, а при тяжелых подтипах ВБЭ формируются рубцы, приводящие к стенозам и стриктурам. Поражение слизистой полости рта и пищевода часто препятствует нормальному приему пищи. Поражение кишечника может приводить к нарушению процессов всасывания и потере питательных веществ и витаминов. Описанные явления ухудшают нутритивный статус и без того ослабленного пациента с ВБЭ.

За период 2018–2022 гг. в созданный Национальный регистр было включено 342 больных ВБЭ, среди которых были выделены следующие формы генодерматоза: простая (локализованная и распространенная) диагностирована у 216 (63,2 %) больных, пограничная – у 3 (0,9 %), дистрофическая – у 118 (34,4 %) и синдром Киндлера был установлен у 5 (1,5 %) пациентов. Среди больных ВБЭ были проведены общеклинические, иммуноморфологические, молекулярно-генетические и генеалогические исследования, которые позволили уточнить клиническую форму и подтип заболевания, а также аутосомно-доминантный или аутосомно-рецессивный путь передачи заболевания.

Следует указать, что повторяющаяся травматизация в ротоглотке и пищеводе приводят к образованию пузырей и изъязвлениям, что в конечном итоге способствует развитию стенозов и стриктур пищевода. У больных с простой формой ВБЭ не было выявлено ни одного случая стенозов и стриктур пищевода. Уже при дистрофической форме ВБЭ у 39 из 118 (33,1 %) больных выявлялись жалобы на затруднения приема твердой пищи, болезненность при глотании, а у отдельных пациентов с трудом проходят даже жидкости. Все эти пациенты готовятся к проведению хирургами корригирующих мероприятий (дилатация пищевода), так как в противном случае эти нарушения приводят к прогрессирующей дисфагии, со всеми ее последствиями (истощение, нарушение роста, риск аспирации и пневмонии).

Таким образом, при ведении больных с ВБЭ особенно с дистрофической формой необходимо тщательно оценивать состояние желудочно-кишечного тракта, наличие таких проявлений, как рефлюкс-эзофагит, что даст возможность корректировать характер питания для конкретного пациента.

КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

М.Б. АЙХОДЖАЕВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Самые тяжелые формы врожденного буллезного эпидермолиза (ВБЭ) сопровождаются «глубокой, упорной белково-энергетической недостаточностью, не имеющей аналогов в клинической медицине». При ВБЭ из-за многочисленных эрозий кишечника отмечается нарушение всасывания питательных веществ, что приводит к задержке развития ребенка. При изучении 342 больных ВБЭ, среди которых выделена тяжелая форм ВБЭ, а именно дистрофическая форма, представленная 118 пациентами, среди которых были выявлены дефициты витаминов, особенно витамина Д, и микроэлементов. Степень нарушения питательного статуса прямо пропорциональ-

на тяжести ВБЭ, пограничные и дистрофические формы дерматоза. Отклонения от нормы в общем и биохимическом анализе крови выявлялись не только у пациентов, не получавших лечебное питание, но и у тех, которые получали питательные смеси. Причиной низкой эффективности питательных смесей у пациентов с ВБЭ являлось несоблюдение рекомендаций, так как при назначаемой диете до минимума должны быть сведены побочные эффекты, например, тошнота от цинка или запоры от железа.

При назначении лечебного питания с целью обеспечить рост и заживление тканей исходили из следующих принципов: во-первых, оценка факторов, нарушающих питание, с помощью специальных опросников; во-вторых, сравнение показателей приема питательных веществ больных ВБЭ и контрольной группы (здоровые дети); в-третьих, оценка биохимических и гематологических показателей, что позволит показать реальную картину эффективности проводимого лечебного питания ребенку с ВБЭ. При индивидуальной работе с пациентом по оценке потребностей в питательных веществах столкнулись с определенными сложностями, которые выражались в следующем: полиорганная патология; изменения потребностей пациента с течением времени; трудность определить желаемую прибавку в весе; сложности проведения клинических исследований.

Таким образом, для решения проблемы ВБЭ, помимо правильного подбора наружных и перевязочных материалов, необходимо правильно рассчитать характер питания, которое должно восстановить нутритивный статус и вес ребенка, а также его дальнейший рост, что, несомненно, положительно скажется на кожной симптоматике и позволит избежать серьезных внекожных осложнений данного генодерматоза.

ПСОРИАЗИФОРМНЫЙ САРКОИДОЗ
(Клинический случай)

А.Ш. АЛИЕВ[1], Б.И. МУХАМЕДОВ[2], Э.В. КОЛДАРОВА[3], Н.С. ИБРАГИМОВА[2]

Ташкентская медицинская академия[1];
Ташкентский государственный стоматологический институт[2];
«Asmo clinic»[3]

Актуальность. Саркоидоз – это системное воспалительное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся образованием в различных органах и тканях эпителиоидноклеточных неказеифицирующихся гранулём, активацией Т-клеток в месте гранулематозного воспаления с высвобождением различных хемокинов и цитокинов, включая фактор некроза опухоли альфа. За последние годы отмечен рост заболеваемости саркоидозом, при этом чаще поражаются люди наиболее работоспособного возраста с пиком заболеваемости в 30–50 лет, женщины страдают чаще мужчин. Кожные проявления при саркоидозе могут развиваться до появления системных проявлений, вместе с ними или после них. Выделяют типичные, атипичные и смешанные формы саркоидоза кожи.

Приводим клиническое наблюдение

Больная З., 1971 г.р., жительница г. Ангрена, обратилась в Республиканскую кожно-венерологическую клиническую больницу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан с жалобами на высыпания на спине, шее, заушной и подключичной областях, в зоне декольте, верхних конечностях, сопровождающиеся чувством жжения и легкого зуда.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 6 месяцев, когда впервые появились высыпания на коже спины и волосистой части головы в области затылка. Появление высыпаний ни с чем не связывает. Дерматологом по месту жительства был выставлен диагноз «псориаз», было проведено лечение согласно стандартам. Наблюдался временный положительный эффект, после которого больная отметила появление новых очагов высыпаний. Аллергоанамнез не отягощен, наличие наследственных заболеваний отрицает, какой-либо патологии со стороны внутренних органов и систем не выявлено.

Status localis: Кожно-патологический процесс носит распространенный, симметричный, хронический, воспалительный характер. Локализован на коже шеи, заушной, подключичной областях, в зоне декольте, спины, плеч и в области дельтовидной мышцы. Представлен папулами, образующими инфильтрированные бляшки неправильной формы, размером 3,0 × 5,0 см в зоне декольте, 10,0 × 5,0 см на верхних конечностях, на спине размером 15,0 × 25,0 см, местами сливающиеся, с едва заметным муковидным шелушением на поверхности.

Субъективно: легкий зуд и жжение в очагах поражения. Пациентке была проведена диагностическая биопсия и общеклиническое обследование, по результатам которых показатели в общем анализе крови, биохимическом анализе крови, общем анализе мочи были в пределах нормы, патологий не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости: Диффузное уплотнение паренхимы печени.

Гистологическое обследование биоптата с кожи области спины: отмечается наличие эпителиодно-клеточных гранулем без казеозного некроза, инфильтрат, состоящий преимущественно из эпителиоидных клеток и небольшого количества лимфоцитов, вокруг гранулём наблюдается фиброзная капсула. Отмечаются утолщение стенок капилляров и периваскулярная лимфоидная инфильтрация. Морфологическая картина хронического неспецифического продуктивного гранулёматозного воспаления кожи с наличием гранулём саркоидного типа.

Клинический диагноз: Саркоидоз кожи псориазоподобная форма.

В ходе более детального расспроса больной было выявлено появление сухого кашля, одышки при подъеме выше 3 этажа, общей слабости в течение последнего месяца. Для исключения системности процесса больная З. была направлена на МСКТ внутренних органов, по результатам которого в легких были обнаружены диссеминированные очаговые тени низкой плотности с нечеткими контурами, ВГЛУ увеличены, что соответствует типичной картине, наблюдаемой при саркоидозе легких. Пациентке была назначена наружная терапия и выдано направление в Республиканский специализированный медицинский центр фтизиатрии и пульмонологии с предварительным диагнозом саркоидоз легких, саркоидоз кожи псориазоподобная форма для дальнейшего лечения системного процесса.

Вывод. Многообразие клинических форм и наличие атипичных проявлений саркоидоза кожи, имитирующих различные заболевания должно повысить настороженность практикующих врачей дерматовенерологов. Представленный нами клинический случай демонстрирует необходимость проведения диагностической биопсии с последующим патогистологическим исследованием в тех случаях, когда важно проведение дифференциальной диагностики с другими заболеваниями кожи, имеющими сходную клиническую картину для своевременного правильного установления диагноза.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРМЕЛАНОЗА

Л.К. АМРИНА, Л.К. САГИДОЛДИНА

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», г. Алматы, Казахстан

В настоящее время значительно возросло количество пациентов, страдающих гиперпигментацией – усилением окраски кожи вследствие нарушения меланинообразования. Во многих исследованиях стали рассматривать роль воспалительных процессов в развитии меланодермии, которые характеризуются наличием в пораженной коже хронического воспаления с клеточными элементами и медиаторами, что может объяснить хроническое течение заболевания. До сих пор остается дискуссионным вопрос о триггерах в запуске патогенетического механизма. Кроме того, не всегда пациент с гиперпигментацией имеет сходные клинические и гистологические признаки. Гипермеланозы делятся на первичные и вторичные. К первичным относятся врожденные, наследственные, приобретенные, диффузные гиперпигментации, токсические гиперпигментации, арфициальные. Вторичные гипермеланозы:_постинфекционные и поствоспалительные.

Приводим клиническое наблюдение

Мужчина А., 1986 г.р. Жалобы на высыпания в правой паховой области, правой голени, сопровождающиеся умеренно выраженным зудом.

Из анамнеза заболевания: болеет в течение года. Первые высыпания появились в паховой области в виде пузырьков, пятен красного цвета, сопровождающиеся сильным зудом. Появление высыпаний ни с чем не связывает. Лечился наружными средствами самостоятельно: мазь «Король кожи» с улучшением.

Патологический процесс локализован на гладкой коже правой паховой области и боковой тыльной поверхности правой голени.

Процесс представлен в паховой области гиперпигментированными, неправильной округлой и полигональной формы темно-фиолетового цвета пятнами размерами от 1 см до 3 см в диаметре, местами сливающиеся в очаги поражения неправильных форм, наблюдается линейность поражения. На боковой тыльной поверхности правой голени представлен плоскими папулами до 0,5 см в диаметре красного цвета.

Обследование: ОАК, ОАМ, биохимические показатели в пределах нормы, микрореакция отрицательная. ИФА IgG к антигенам аскарид – положительный результат.

Гистологическое исследование – роговой слой разрыхлен. В эпидермисе умеренный акантоз. Вакуольная дистрофия эпидермоцитов, спонгиоз, неравномерная пигментация клеток базального слоя. Субэпидермальный отек. Периваскулярные лимфо-гистиоцитарные с примесью меланоцитов инфильтраты. Экзоцитоз клеток в эпидермисе. Можно думать о токсикодермии.

Проведенное лечение: десенсибилизирующая, антигистаминная терапия, ферменты (Кре-

он), гепатопротекторы, декарис по схеме, наружное лечение (кортикостероидные мази).

После проведенной терапии отмечается положительная динамика: новых высыпаний нет, зуд купирован, элементы бледнеют.

Вывод. В представленном наблюдении представлен редко встречающийся дерматоз – Фиксированная меланодермическая токсикодермия (L81.4 Другая меланиновая гиперпигментация). Данное заболевание представляет интерес для дерматологов в плане дифференциальной диагностики.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУПИРОЦИНА (МУПИРОБАН) В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПИОДЕРМИИ

С.С. АРИФОВ[1], М.Х. АРИФОВА[2]

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент[1]; Частная клиника «Dermatolog», г. Ташкент[2]

В последние годы проблема пиодермий стала одной из ведущих в современной дерматологии, поскольку отмечается неуклонный рост количества больных с гнойничковыми заболеваниями кожи.

В последнее десятилетие во всем мире отмечается антибиотикорезистентность к различным инфекциям, в том числе к S. aureus и S. pyogenes, что требует синтезировать и внедрять в практику новые антибактериальные препараты как местного, так и системного действия.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности 2 % мази Мупироцина (Мупиробан) в терапии гнойничковых заболеваний кожи.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 57 больных в возрасте от 4 до 41 года (мужчин – 32, женщин – 23). Из них 32 больных страдали импетиго, 21 – фолликулитом, 4 – хронической язвенной пиодермией. Длительность заболевания с первичными пиодермиями составляла от 3 до 9 дней.

Все больные одновременно со стандартной терапией по дерматовенерологии на пораженные участки кожи наружно применяли 2 % мазь Мупиробан 3 раза в сутки.

Результаты исследования. Показали, что в процессе применения Мупиробана у больных импетиго очаги поражения на 6–7-е сутки подсохли и на 8–9-е сутки корки отпали. Тогда как у больных с фолликулитом эти положительные клинические признаки были отмечены на 5–7-е и 7–9-е сутки. У четырех больных с хронической язвенной пиодермией приблизительно на 7 день очаги очистились от гнойных налетов и на 11–13-е сутки было отмечено начало процесса эпителизации.

Побочных эффектов от проводимой местной терапии не наблюдалось.

Вывод. Таким образом 2 % мазь Мупиробан является эффективным топическим антибиотиком в терапии гнойничковых заболевании кожи.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ

С.С. АРИФОВ, З.Э. ЭРКИНЛАР

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент

Акне – хроническое воспалительное заболевание кожи, распространенность которого достигает 80–85 % и при неправильном лечении или его отсутствии у подавляющего большинства больных заболевание завершается формированием рубцов и других эстетических недостатков кожи лица. Наличие симптомов постакне негативно влияет на социальную адаптацию больных, снижает качество их жизни.

Целью рисследования. Изучение распространенности типов рубцов постакне у лиц, перенесших акне.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 41 больной, страдающий акне и рубцами постакне в возрасте от 18 до 26 лет. Мужчин было 24 (58,5 %), женщин – 17 (41,5 %).

Из анамнеза и клинического осмотра выявлено, что все больные перенесли акне средней и тяжелой степени и болели длительное время. Из 41 больного только 27 (65,9 %), со слов больных, получили полноценное лечение. При осмотре выявлено, что у 35 (85,4 %) больных было отмечено сочетание симптомокомплекса постакне (рубцы, поствоспалительные гипер- и депигментации, милиумы) и симптомов акне (папулы, пустулы, узлы).

У наблюдаемых нами больных были диагностированы следующие типы патологических рубцов: атрофический, гипертрофический и ке-

лоидный. Из всех типов рубцов у подавляющего большинство больных (33 человека – 80,5 %) мы наблюдали атрофический тип, гипертрофический тип – у 7 (17,1 %) и келоидный тип – у 1 (2,4 %). Учитывая ширину, глубину и трехмерную архитектуру рубцов, согласно классификации C.I. Jacobs et al. (2001), у наших больных отмечалась комбинация трех подтипов атрофических рубцов: V-образные, U-образные и M-образные. Из всех типов преобладание U-образных рубцов отмечали у 17 больных (41,5 %), M-образных у 11 (26,8 %), V-образных – у 8 (19,5 %) и макулярных – у 5 (12,2 %) больных.

Вывод. Таким образом, симптомы постакне развиваются у больных с тяжелым и длительным течением акне, и среди рубцов постакне часто встречаются атрофические рубцы.

СОЧЕТАНИЕ DEMODEX FOLLICULORUM И HELICOBACTER PYLORI В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РОЗАЦЕА

С.С. АРИФОВ[1], О.А. БАБАДЖАНОВ[2]

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

Розацеа – воспалительное, рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением кожи лица, характеризующееся хроническим прогредиентным течением.

Этиология и патогенез заболевания до конца не изучены. Изучению Demodex folliculorum и Helicobacter pylori в патогенезе розацеа посвящены многочисленные научные работы. Однако определенный интерес представляет изучение клинического течения розацеа при сочетании и не сочетании этих микробных факторов.

Под нашим клиническим наблюдением находились 101 больной розацеа в возрасте от 25 до 73 лет. Мужчин было 24 (23,8 %) и женщин – 77 (76,2 %).

Согласно классификации розацеа, предложенной Plewig G., Jansen T., Kligman A. (2000), из 101 больного розацеа эритематозно-телеангиэктатическая стадия регистрировалась у 22 (21,8 %) больных, папуло-пустулезная стадия – у 55 (54,4 %) и пустулезно-узловатая стадия – у 22 (21,8 %). Кроме того, у 1 (1,0 %) больной диагностировано фиматозное состояние (ринофима, гнатофима) и у 1 – стероидная розацеа (1,0 %).

Наличие Helicobacter pylori мы определяли неинвазивным дыхательным «Хелик» тестом (AMA, Санкт-Петербург). Demodex folliculorum в очаге поражения выявили микробиологическим методом исследования.

Из 101 больного у 72 (71,3 %) был диагностирован Demodex folliculorum и у 67 (66,3 %) – Helicobacter pylori. Тогда как в контрольной группе Helicobacter pylori обнаружили у 2 (13,3 %) из 15 и Demodex folliculorum – у 7 (23,4 %) из 30 здоровых лиц.

Для изучения степени сочетания обеих инфекций наши больные были разделены на 4 группы пациентов, у которых Demodex folliculorum и Helicobacter pylori сочетались или не сочетались.

Результаты исследования показали, что у 56 (55,4 %) больных обнаружены и Helicobacter pylori и Demodex folliculorum; у 24 (23,8 %) – не обнаружены ни Helicobacter pylori, ни Demodex folliculorum; у 11 (10,9 %) больных обнаружена только Helicobacter pylori, и у 10 (9,9 %) больных обнаружена только Demodex folliculorum.

Изучение сочетания данных инфекций в зависимости от степени тяжести, т.е. стадии заболевания, показало, что чем больше сочетанных патогенетических микробных факторов, тем тяжелее протекает заболевания. Так, при папулезно-пустулезной стадии заболевания у подавляющего большинства больных (33 чел. (32,6 %)) обнаружены как Helicobacter pylori, так и Demodex folliculorum. У остальных 22 больных, страдающих данной стадией, обе инфекции одновременно не сочетались. У больных с пустулезно-узловатой стадией заболевания у 15 (14,8 %) из 22 пациентов были обнаружены обе инфекции, у остальных 7 больных – не были выявлены. Тогда как у больных эритематозно-телеангиэктатической стадией только у 8 (7,9 %) из 22 больных определили ассоциацию обеих инфекций.

При таких клинических вариантах, как фиматозная и стероидная сочетание как HP, так и Df не отмечалось.

Таким образом, у 71,3 % больных розацеа была диагностирована Demodex folliculorum и у 66,3 % – Helicobacter pylori и одновременное сочетание обеих инфекций часто было отмечено при папулезно-пустулезной стадии (32,6 %) заболевания.

ЗНАЧЕНИЕ DEMODEX FOLLICULORUM В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА RS2010963 ГЕНА VEGFA У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

С.С. АРИФОВ[1], О.А. БАБАДЖАНОВ[2]

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

Розацеа (син.: розовые угри, acne rosacea) – распространенное хроническое воспалительное заболевание преимущественно кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийным течением.

Этиология и патогенез розацеа до конца не изучены. В последние годы имеются сообщения о роли Demodex folliculorum *в ассоциации с* полиморфизмом гена цитокинов, рецептором витамина Д, сигнальных белков, стимулирующих васкулогенез и ангиогенез.

Целью исследования. Изучение ассоциации полиморфизма rs2010963 гена фактора роста эндотелия сосудов (VEGFA) с клещами Demodex folliculorum при розацеа.

Под нашим клиническим наблюдением находились 140 пациентов розацеа, среди них женщин было 103 (73,6 %), мужчин – 37 (26,4 %).

Частота встречаемости аллелей и генотипов гена VEGFA исследовали молекулярно-генетическим методом, Demodex folliculorum в очаге поражения – микробиологическим методом.

С учетом выявляемости Demodex folliculorum все 140 больных были разделены на 2 группы: первая группа (97 больных), у которых обнаружен Demodex folliculorum (69,3 %), и вторая группа (43 пациента) – у которых данный клещ не был найден (30,7 %). В контрольной группе данный клещ был обнаружен у 8 (25,8 %) из 31 человека.

Результаты исследования. Показали, что статистически значимых различий в частотах аллелей и генотипов полиморфного локуса rs2010963 гена VEGFA между этими группами больных получено не было. Наиболее распространенным в исследованных группах оказался дикий аллель G, определенный в 66,5 % случаев в первой группе и 73,2 % случаев во второй группе пациентов. Доля мутантного аллеля С в первой и второй группах пациентов составила 33,5 % и 26,7 % соответственно. Расчет относительного шанса OR=1,4 при χ^2=1,3; P=0,3; 95 %CI 0,78–2,423 также свидетельствует об отсутствии ассоциации функционально неблагоприятного аллела С полиморфизма rs2010963 гена VEGFA с развитием розацеа, ассоциированной с клещами рода Demodex.

Между исследованными группами пациентов также не обнаружены статистически значимые различия в распределении частот генотипов.

Частота гомозиготного генотипа G/G была ниже у пациентов с Demodex folliculorum, чем у пациентов без Demodex folliculorum (41,2 % и 51,2 %, соответственно; χ^2=1,2; P=0,3; OR=0,7; 95 % CI0,32-1,37). Гетерозиготный генотип G/A незначимо чаще встречался у пациентов первой группы по сравнению с пациентами второй группы (χ^2=0,5; P=0,5; OR=1,3; 95 % CI0,626–2,65). Необходимо отметить, что у пациентов с Demodex folliculorum выявлена тенденция к увеличению частоты неблагоприятного гомозиготного генотипа C/C по сравнению с соответствующей второй группой (8,2 против 4,6 %, соответственно). Рассчитанный коэффициент соотношения шансов показал незначимо увеличенный риск развития Demodex folliculorum ассоциированной розацеа на 1,8 раза у носителей данного генотипа (χ^2=0,6; P=0,4; OR=1,8; 95 % CI 0,37–9,06).

Вывод. Соотношения шансов показало незначимое увеличение риска развития Demodex folliculorum ассоциированной розацеа на 1,8 раза у носителей генотипа C/C полиморфизма rs2010963 гена VEGFA.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

М.Х. АРИФОВА[1], И.С. АРИФОВА[2]

Частная клиника «Dermatolog», Ташкент[1]; Ташкентский Государственный стоматологический институт[2]

Кольцевидная гранулема (КГ) – приобретенный хронический медленно прогрессирующий, доброкачественный гранулематозный дерматоз неясной этиологии, который клинически проявляется папулами в форме колец или дуг и часто локализуется симметрично на дистальных концах. Мужчины и женщины болеют одинаково часто.

По клиническому течению выделяют локализованную, генерализованную, перфорирующую, подкожную (глубокую), бляшечную (пятнистую) формы кольцевидной гранулемы.

В данной статье мы описали клинический случай диссеминированной формы кольцевидной гранулемы.

Обратился больной Р. 46 лет с жалобами на наличие высыпаний на шее, туловище и руках. Больным считает себя в течение 7 лет. Заболевание связывает с длительным действием солнечных лучей и частыми простудами. Первые высыпания появились на тыльной поверхности обеих кистей, на что не обращал внимания. Больной по поводу заболевания в медицинские учреждения не обращался и по совету друзей и знакомых занимался самолечением: смазывал различными кремами и мазями, название которых он не помнит. После появления аналогичных высыпании на туловище, шее и появления новых элементов сыпи решил обратиться к врачу.

Со слов больного, часто переносил острые респираторные вирусные заболевания, страдает хроническим холециститом.

Общее состояние больного удовлетворительное и положение активное, подкожно-жировая клетчатка развита нормально, костно-мышечная система без видимых деформаций, периферические лимфоузлы не увеличены. Со стороны внутренних органов, кроме хронического холецистита, других патологий не выявлено. Сон и аппетит сохранены.

Кожно-патологический процесс носит симметричный и распространенный характер и располагается на тыльной поверхности кистей, шее и туловище, где имеются папулы и бляшки. Элементы поражения, в виде папул и бляшек, на тыльной поверхности обеих кистей локализованы группами, имеют красновато-розовый цвет, поверхность гладкая и блестящая. Размер папул от 0,2 см до 1 см, бляшек – более 1–1,5 см. Они, сливаясь, образуют кольцевидные очаги с несколько запавшей центральной частью. Аналогичные очаги располагаются на туловище и шее, размер элементов на туловище от 1 см до 2 см, располагаются группами. Субъективные ощущения в очагах поражения отсутствуют.

В общем анализе крови отмечается небольшой лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов. Биохимический анализ крови, анализ мочи, анализе кала без патологии. При УЗИ внутренних органов был выявлен калькулезный холецистит.

ИФА на ВИЧ: отрицательный.

Заключение патогистологического исследования биоптата с очагов поражения соответствует картине кольцевидной гранулемы.

Назначено лечение: аскорбиновая кислота 5 % – по 2 мл, в/м, №10; аевит – по 1 капс. 2 р/д; гидроксихлорохин 0,25 г – по 1 табл. 2 р/д, № 10, на очаги применяли бетаметазона валерат, мазь 2 раз в сутки в течение 15 дней. Внутрь некоторых очагов, не отвечающих на лечение, ввели инъекции глюкокортикостероидов. В процессе терапии у больного было отмечено значительное улучшение кожно-патологического процесса.

Вывод. Таким образом, нами описан клинический случай кольцевидной гранулемы, который представляет определенный интерес для практических врачей.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА У БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.Х. АРИФОВА[1], С.С. АРИФОВ[2]

Частная клиника «Dermatolog», г. Ташкент[1];
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент[2]

Этиология и патогенез липоидного некробиоза до настоящего времени окончательно не установлены. Считают, что основой заболевания являются микроциркуляторные нарушения, в возникновении которых большое значение имеют циркулирующие в крови токсины, иммунные комплексы, нейроэндокринные нарушения. Наблюдения показали, что липоидный некробиоз нередко встречается у больных сахарным диабетом.

Цель исследования. Описание случая липоидного некробиоза у больной сахарным диабетом.

Обратилась больная 46 лет с жалобами на высыпания на обеих голенях и незначительный зуд и стягивание в очаге поражения.

Болеет в течение 1,5 лет, когда на правой голени больная заметила легкое покраснение и уплотнение. В течение нескольких месяцев очаги постепенно сливались, образуя большую бляшку. Спустя несколько месяцев, аналогичные высыпания появились и на левой голени. В последние месяцы очаги, после стресса, увеличились, стали ярко-розовыми. Больная неоднократно обращалась в различные медицинские учреждения, где были поставлены различные диагнозы.

Из anamnesis vitae выяснено, что больная в течение 5 лет страдает гипертонической болезни II степени, сахарным диабетом и наблюдается у кардиолога и эндокринолога. Аналогичными заболеваниями родственники не страдают.

При объективном осмотре кожно-патологический процесс носит ограниченный характер и располагается симметрично на обеих голенях. Очаг на правой голени размером 10 × 15 см, овальной формы, поверхность гладкая, с четки-

ми границами и локализуется на передней, передне-наружной и передне-внутренней поверхностях, и очаг как бы окружает голень. Периферическая часть слегка возвышается над уровнем окружающей кожи и имеет красно-бурый цвет, а центральная – желтовато-бурый цвет. На поверхности очагов поражения наблюдаются многочисленные телеангиэктазии.

При лабораторно-инструментальном обследовании: общий анализ крови, биохимия крови в пределах нормы, сахар крови – 8,9 ммоль/л. Патоморфологическая картина соответствует диагнозу липоидный некробиоз.

Назначено: диета, бедная углеводами и жирами, сосудистые и витаминные препараты, антиоксиданты, наружно – втирание кортикостероидных мазей, физиотерапевтические процедуры (ультразвук, лазеротерапия).

В процессе терапии было отмечено значительное клиническое улучшение.

Вывод. Таким образом, нами была описана больная с редким дерматозом – липоидным некробиозом в сочетании с сахарным диабетом, который в течение длительного времени не был диагностирован.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Н.М. АЮБОВА, Б.С. АЗИЗОВ, Д.А. КИРЯКОВ, И.Б. НУРМАТОВА

Ташкентский государственный стоматологический институт;
Ташкентская медицинская академия

При общем старении населения и интенсивном воздействие УФ-излучения ожидается постепенное увеличение частоты АК. Этиология АК включает внутренние и внешние факторы риска окружающей среды. Чрезмерное воздействие ультрафиолетового излучения является основным фактором, стимулирующим канцерогенез. УФ-излучение активирует молекулярные сигнальные каскады, которые приводят к изменениям уровней регуляторных цитокинов, иммуносупрессивным эффектам, дифференцировке дефектных клеток и апоптозу. Ультрафиолетовое излучение делится на UVA (320–400 нм), UVB (290–320 нм) и UVC. Около 92–96 % излучения, достигающего поверхности Земли, состоит из лучей UVA. Лучи UVB частично поглощаются озоновым слоем и составляют только 4–8 %, а лучи UVC задерживаются озоновым слоем в атмосфере и в минимальных количествах достигают поверхности Земли. УФА- излучение проникает глубоко в кожу и стимулирует оксидацию, вырабатываются радикалы, которые повреждают мембраны ядра. Этот процесс способствует мутациям, при которых гуанин ДНК замещается тимином, приводящим в свою очередь к аномальной пролиферации клеток. УФВ- излучение (290–320 нм) поглощается клеточной ДНК, что способствует аномалиям в восстановлении димеров циклобутан-пиримидина и производстве фотопродуктов, а также характерным заменам цитозин-тимин в ДНК, мутациям в белке p53, который регулирует клеточный цикл и влияет на восстановление повреждений ДНК, мутациям и увеличению продукции провоспалительных цитокинов. Механизмы, участвующие в возникновении актинического кератоза, включают воспаление, окислительный стресс, иммуносупрессию, нарушение апаптоза, нарушение регуляции клеточного цикла и пролиферацию клеток, а также ремоделирование тканей. Воспалительный процесс опосредуется путем арахидоновой кислоты. Результаты активации этих медиаторов включают перекисное окисление липидов, повышение внутриочагового уровня Т-лимфоцитов и клеток Лангерганса, повышение p53 и Bcl-2 и снижение Fas (CD 95) и Fas-лиганд, которые являются важными исходными факторами в процессе апоптоза клеток, мутировавших под воздействием ультрафиолета. Связь между воспалением и развитием АК наблюдается в поражениях, которые прогрессировали до ПКР. В некоторых случаях АК проходит воспалительную фазу, прежде чем стать инвазивным. Это подтверждается тем фактом, что противовоспалительная терапия эффективна при лечении АК. Окислительный стресс участвует в процессе фотоканцерогенеза в результате чрезмерного воздействия ультрафиолетого излучения, которое приводит к выработке радикалов и завершается перекисным окислением липидов и разрушением клеток. В результате вырабатывается продукция цитокинов, включая IL-1, фактор некроза опухоли и IL-6, и активация пути арахидоновой кислоты.

Конечным результатом является смещение транскрипционных факторов в ядре клеток с модификациями экспрессии генов. Нарушения апоптоза возникают в результате подавления, устранения или активации апоптотических медиаторов, таких как CD95, и апоптоза, связанного с фактором некроза опухолей и проапоптических генов-супрессоров опухолей, а также путем регуляции активности апоптоза p53. Мутация гена супрессора опухоли p53, индуцированного ультрафиолетовым излучением, возникает в опухолях кожи на ранней стадии. Кроме того, еще факторами риска АК являются возраст, пол, фо-

тотипы кожи, в анамнезе кожные новообразования, солнечное облучение, пациенты, длительно применяющие системные иммунодепрессанты, пациенты с трансплантацией органов. Имеющиеся научные данные свидетельствуют о повышенном риске развития ПКР на месте АК у пациентов, использующих азатиоприн, циклоспорин, такролимус, преднизалон, эверолимус. К другим факторам риска АК относятся эпизоды болезненного солнечного ожога в возрасте до 20 лет и неиспользование солнцезащитного крема и положительный семейный анамнез новообразований кожи.

Основной диагноз АК основан на клиническом исследовании, в некоторых случаях необходимо биопсия кожи. Основными критериями для биопсии являются крупные поражения (>1 см в диаметре), кровотечение, изъязвление или уплотнение, быстрый рост поражения и эритема, а также зуд, боль, пигментация, гиперкератоз и пальпируемое поражение. Кроме того, отсутствие реакции на обычное лечение также может быть связано с трансформацией АК в ПКР и указывает на необходимость гистологического обследования. Выполнение кожной биопсии является обязательным в случаях подозрения на ПКР.

СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА

Е.А. БАХЛЫКОВА[1], Н.Н. ФИЛИМОНКОВА[2]

ГБУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Тюмень[1]; ГБУ СО «УрНИИДВиИ», г. Екатеринбург[2]

В результате проведенного исследования определены клинико-анамнестические характеристики пациентов с генерализованным пустулезным псориазом (ГПП): острое начало заболевания без предшествующего псориаза (58,3 %); высокие показатели индекса PASI – 53,0±5,8 баллов; ДИКЖ – 22,5 балла, тяжелая сопутствующая патология, ониходистрофия (100 %). У пациентов с ладонно-подошвенным пустулезным псориазом (ЛППП): показатель индекса PASI составил в среднем 10,62±1,41 баллов, ДИКЖ – 15,6 балла, ониходистрофия фиксировалась у 53,3 %, отмечалось отсутствие пустулезного псориаза у детей.

Группы ГПП и ЛППП ассоциированы с более высоким риском наличия коморбидности относительно пациентов с вульгарным ладонно-подошвенным псориазом (ВП ЛП), при этом в группе с ЛППП отчетливо регистрируется ассоциация с курением. Индекс PASI в группе ВП ЛП составил 14,99±1,64 балла, ДИКЖ – 15,8 балла, ониходистрофия – в 52,8 % случаев.

При бактериологическом исследовании псориатических очагов пациентов с ГПП, ЛППП, ВП ЛП определен различный состав микробиоты в диагностически значимых концентрациях, при этом преобладал *S.aureus* и *S.epidermidis*. Установленная нами частота встречаемости, наличие положительных корреляционных связей между бактериальной обсемененностью поверхности псориатических очагов и интенсивностью зуда свидетельствует о влиянии присутствия патогенных микроорганизмов на характер субъективных ощущений пациента, остроту воспалительного процесса.

Для течения ГПП характерна выраженная остро воспалительная реакция – экссудативные проявления, лихорадка, достоверно значимые лейкоцитоз, нейтрофилез, лимфопения, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ, повышение СРБ, диспротеинемия, гипоальбуминемия, повышение стресс-белков острой фазы – фракций глобулинов (α-1, α-2, γ), гиполипидемия, снижение коэффициента альбумины/глобулины, относительная гипергликемия, соответствующие острой фазе воспаления. В группе пациентов с ЛППП выявлено снижение коэффициента альбумины/глобулины, повышение индекса атерогенности, относительная гипергликемия. В группе пациентов с ВП ЛП определена гипоальбуминемия, относительное повышение содержания β-, γ-глобулинов, снижение коэффициента альбумины/глобулины, гиперлипидемия, повышение индекса атерогенности. У пациентов групп ЛППП и ВП ЛП показатели характеризуют хронический тип воспаления. Выявленные патологические процессы, установленные при различных формах псориаза, подтверждают активацию аутовоспалительных типов реакций при псориазе. При пустулезном и вульгарном псориазе установлены различные девиации в иммунной системе, характеризующие напряженность врожденного иммунитета и дисбаланс регуляторных механизмов.

Пациенты с ГПП имеют наиболее тяжелое течение заболевания по индексу PASI, ДИКЖ, сопутствующей патологии, триггерным факторам, острофазным маркерам воспаления, микробиологическим, метаболическим и иммунным нарушениям в сравнении с ЛППП И ВП ЛП.

NON-INVASIVE HIGH-FREQUENCY SKIN EXAMINATION AT THE PRESENT STAGE IN DERMATOLOGY, ONCOLOGY, AND AESTHETIC MEDICINE

A. BEZUGLY, doctorof medical sciences

Dermatovenerology and Cosmetology department Federal Scientific-Clinical Center of Russian Federal Medico-Biologic Agency

Non-invasive diagnostics is one of the leading trends of the last decade in the modern high-tech medicine.

Nowadays impossible to imagine patient examinations without radiography, computed tomography, magnetic resonance imaging, ultrasound, and endoscopy.

Non-invasive diagnostic methods obtain reliable information about the pathological process, its localization, size, and structure, which is vital for the precise diagnostics and reasonable treatment choice.

The evidence base is a priority in modern dermatology. Non-invasive methods allow skin visualization in vivo, and its condition monitoring in dynamics. At the present stage, dermoscopy, videodermoscopy, and high-frequency ultrasound examination are widely used for skin diagnosis.

High frequency ultrasound at frequencies 22–75 MHz with resolution 72–21 microns used for the skin structure quantitative evaluation, including the epidermis, dermis and subcutis.

In 2020 The EFSUMB (European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology) steering committee for dermatologic ultrasound has developed a series of consensus position statements regarding the main fields of dermatologic ultrasound.

One of the main HFUS applications fields is dermatooncology. Skin tumors HFUS examination has been recommended by EFSUMB as the effective diagnostic tool for the preoperative invasion depth and margins quantitative assessment at patients with melanoma, basic cell carcinoma and squamous cell carcinoma.

Primary and secondary skin rashes elements high-frequency imaging used for the differential diagnosis in dermatology. HFUS skin imaging standards was established for psoriasis, atopic dermatitis, scleroderma and bullous dermatoses.

Modern HFUS applications in the medical cosmetology include assessment of skin condition and photoaging, identification of different types of tissue fillers, and assessment of complications after different types of aesthetic procedures, as well as HFUS guided aesthetic manipulations.

Our report will give an overview of publications in peer-reviewed medical journals and highlight the main aspects of high-frequency ultrasound application in dermatology, oncology and medical cosmetology.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 В КАЗАХСТАНЕ

Е.К. ДАИРОВ, Г.Р. БАТПЕНОВА, З.С. ДЖЕТПИСБАЕВА

НАО «Медицинский университет Астана», г. Нур-Султан

COVID-19 может вызвать системные воспалительные реакции в организме, приводить к активизации инфекционных и неинфекционных, острых и хронических процессов в организме.

Установлено, что постковидный синдром, развивающийся вследствие COVID-19, может сохраняться длительное время, проявляться как комплекс симптомов. Изучение проявлений постковидного синдрома позволили дополнительно обнаружить дерматологические аспекты, включающие аутоиммунные и аллергические процессы (крапивница, васкулиты, ливедо, капиллярные сетки, зуд неясного генеза), обострение хронических рецидивирующих дерматозов кожи и ее придатков (алопеции, розацеа, акне и др).

Цель исследования. Изучить особенности течения хронических дерматозов на фоне SARS-CoV-2 и оценить степень выраженности постковидного симптомокомплекса в раннем и позднем периодах.

Материалы и методы исследования. В дерматологический блок г. Нур-Султана обратилось 14 пациентов (9 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 18–76 лет.

У 6 пациентов был положительный ПРЦ тест на COVID-19, 8 пациентов имели в анамнезе COVID-19, на момент обращения ПЦР- тест отрицательный.

Обследование включало: дерматологические обследования и дерматоскопию, клинические и биохимические исследования, иммунологические методы (аллергодиагностика, фадиотоп хеликс, Ig E), серологические исследования для исключения сифилиса и ВИЧ-инфекции, обнаружение вируса герпеса в биологическом материале методом ПЦР, ПЦР тест на COVID-19, ФГДС, КТ. Консультация других специалистов.

Результаты исследования. В течение 5 месяцев было обследовано 25 пациентов, из них были отобраны 14 пациентов. Пациенты были

распределены следующим образом: опоясывающий лишай – 6 пациентов, токсикодермия – 2 пациента, телогеновая алопеция – 2 пациента, очаговая алопеция – 2 пациента, 2 пациента с диагнозом «папуло-пустулезная форма розацеа», впервые выявленная.

В данном наблюдении преобладали пациенты с опоясывающим лишаем. Заболевание протекало в осложнённой форме с поражением от двух и более участков кожи, с ярко-выраженной клинической картиной (зуд, боль, температура тела, высыпания на кожи, увеличение лимфоузлов, стоматит).

Первые высыпания в основном начинались с эритематозных пятен в области слизистой полости рта, на фоне катаральных симптомов, высокой температуры тела, кашля, слезотечения, насморка, боли в мышцах.

Среди осложнений и атипичных форм опоясывающего лишая у 2 пациентов – буллезная форма в виде крупных пузырьков на теле, у 1 пациента – опоясывающий лишай язвенно-некротической формы, осложненный офтальмогерпесом.

По данным международных исследований, выпадение волос после COVID-19 наблюдается у 24 % пациентов.

Постковидная алопеция может протекать как в самом начале течения заболевания, так и в позднем периоде.

Процесс манифестации выпадения волос у наших пациентов возник через 1,5–2 месяца после воздействия причинного фактора (в данном случае после перенесённой вирусной инфекции).

В собранном анамнезе первые жалобы пациентов на истончение волос, волосы выпадают пучками, обычно это становится заметным после расчесывания или во время мытья. Волосы становятся ломкими, ослабленными и легко безболезненно выдергиваются.

Телогеновая постковидная алопеция в позднем периоде, ассоциированная с COVID-19, характеризовалась положительным тестом натяжения, так называемый «pull-test»; количество выпавших волос достигло около 200–250 волос в день.

В лобно-центральной части головы волосяной покров становится редким. Также были заметные просветы в центральной и теменной зоне.

В диагностики алопеции в первую очередь внимание врача направлено на обследование дефицитных состояний: белковой недостаточности, гипо- и авитаминозов, недостатка микро- и макроэлементов; обследование внутренних органов: щитовидной железы, ЖКТ, печени, почек.

Из анамнеза пациентов с диагнозом токсикодермия кожные высыпания у пациентов возникли за несколько часов до приема лекарственных средств. Распространение кожного процесса связано с подъемом высокой температуры тела.

Пациенты с активной формой розацеа наблюдали, что высыпания начались после перенесенного заболевания COVID-19.

Кожа лица стала гиперчувствительная в результате употребления различных пищевых продуктов, применения косметических средств, а также от повседневного ношения маски.

Выводы. Дерматологические проблемы, ассоциированные с инфекцией COVID-19, носят многогранный комплексный характер. В связи с этим возрастает необходимость прямого участия дерматолога в помощи пациентам с COVID-19, поскольку кожные симптомы могут быть первыми или единичными симптомами инфекции. В связи с выявлением новых штаммов вируса важно не прекращать изучение проявлений специалистами дерматологами, инфекционистами и врачами других специальностей этой новой пандемии 21 века.

К ВОПРОСУ О КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КЕРАТОДЕРМИИ

Д.С. ДЖАЛИЛОВ, А.Б. РАХМАТОВ

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

Кератодермия климактерическая (синдром Хакстхаузена) встречается у женщин в климактерическом периоде, причем в основе гиперкератоза ладоней и подошв лежит гипофункция яичников, щитовидной железы и др. Дерматоз характеризуется своеобразной клинической симптоматикой и методикой лечения.

Под нашим наблюдением находилось 16 больных (мужчин – 1, женщин – 15) в возрасте от 36 до 59 лет и давностью заболевания от 2 до 12 лет с установленным диагнозом климактерической кератодермии. Единственный мужчина с данной формой кератодермии находился в возрасте 59 лет. До обращения в Центр больным выставлялись самые разнообразные диагнозы, начиная от контактного дерматита до роговой экземы. Больные по поводу своего кожного заболевания применяли разнообразные наружные средства, включая и кортикостероидные препараты. Субъективные ощущения в виде зуда кожи были отмечены у 9 из 16 больных. Клинические проявления дерматоза были представлены симметричными, диффузными поражениями кожи ладоней и подошв, на очагах выраженные

крупные чешуйки и глубокие болезненные трещины. Явления гиперкератоза особенно были выражены в местах давления и трения (по краю подошв). При проведении гистологических исследований, подтверждающих диагноз климактерической кератодермии, были выявлены явления выраженного гиперкератоза и паракератоза, отсутствие акантоза, в то время как в дерме обнаруживали крупные инфильтраты, состоящие из лимфоидных клеток, расширение капилляров, а также дегенеративные изменения со стороны эластических и коллагеновых волокон. Обращает на себя внимание факт частого выявления метаболического синдрома у больных с климактерической кератодермией: абдоминальное ожирение (у 14 из 16 больных), сахарный диабет (у 7 из 16 больных), гипертоническая болезнь (у 13 из 16 больных), дислипидемия (у 14 из 16 больных). Консультация гинеколога и эндокринолога явилась подтверждением установленного диагноза. Следует обратить внимание на группу ладонно-подошвенных кератодермий, среди которых кератодермия климактерическая занимает особое место, не только в плане дальнейшего течения, когда после окончания климактерического периода кожные высыпания полностью регрессируют, но и в особенностях патогенетической терапии, предусматривающей использование эстрогенов.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А.Л. ЖИТНИКОВСКАЯ, Ю.В. КЕНИКСФЕСТ

ГБУ СО «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии»;
ГБУЗ СО «Свердловский областной кожно-венерологический диспансер»,
г. Екатеринбург, Россия

Атопический дерматит (АтД) – мультифакторное генетически детерминированное воспалительное заболевание кожи, характеризующееся зудом, хроническим рецидивирующим течением, возрастными особенностями локализации и морфологии очагов поражения. В возникновении и прогрессировании АтД большое значение имеет контакт с причинными аллергенами. Структура сенсибилизации может иметь региональные особенности, что обусловлено географическими, климатическими, экологическими характеристиками региона, в котором проживают пациенты с АтД.

Цель исследования. Изучить особенности сенсибилизации детей, страдающих АтД, проживающих в крупном промышленном центре (городе Екатеринбурге).

Материалы и методы исследования. В исследование включено 213 детей в возрасте с 3 до 18 лет (средний возраст – 9 лет), имеющих диагноз АтД, из них 127 мальчиков (59,6 %), 86 девочек (40,4 %). Пациенты разделены на три возрастные группы: в I группу включен 41 ребенок (от 3 до 4 лет), II группу составили 103 человека (от 5 до 8 лет), в III группу вошли 69 человек (от 9 до 18 лет).

Все дети имели среднетяжелое течение АтД. Пациентам проведено дерматологическое обследование, стандартное аллергологическое обследование: сбор анамнеза, физикальный осмотр, скарификационные кожные пробы с пищевыми, пыльцевыми аллергенами.

Результаты исследования. У 70 % детей был отягощенный аллергоанамнез. В I группе у детей АтД сочетался с бронхиальной астмой (БА) у 22 % (в 9 случаях), с аллергическим ринитом (АР) у 34 % (в 14 случаях), пищевая аллергия диагностировалась у 27 % (в 11 случаях). Во II группе БА диагностирована у 19 % (20 человек), АР у 48 % детей (в 49 случаях), пищевая аллергия встречалась у 21 % (в 22 случаях). В III группе АтД сочетался с БА у 28 % (в 19 случаях), с АР у 48 % (в 33 случаях), пищевая аллергия встречалась у 19 % (13 детей). У большого числа детей наблюдалась пищевая сенсибилизация как одна из возможных причин развития АтД. Чувствительность к молоку выявлялась во всех возрастных группах, но выявлялась чаще у пациентов I группы – в 20 %, во II группе –11 %, в III группе – у 6 %. Сенсибилизация к белку и желтку куриного яйца была также зарегистрирована во всех группах: в I группе в 24 % – в 1,5 раза чаще, чем у пациентов II группы (16 %,) и в III группе – 12 %. Исследования показали, что степень чувствительности к молоку и яйцу была высокой у пациентов до 5 лет и уменьшалась к подростковому возрасту. У всех обследуемых пациентов отмечалась высокая сенсибилизация к цитрусовым во всех возрастных группах. В I группе сенсибилизация к цитрусовым составила 24 %, во II группе – 27 %, в III – 19 %. Высокая сенсибилизация к пыльце березы и лещины отмечалась у пациентов во всех возрастных группах. У детей до 5 лет сенсибилизация составила 27 %, во II возрастной группе чувствительность к березе была 35 %, к лещине 32 %, а в III возрастной группе сенсибилизация к березе и лещине составила 30 % и 35 % соответственно. Рост сенсибилизации к дубу отмечался с возрастом: от 17 % в первой группе к 22 % во II и 28 % в III группе. Сенсибилизация

к клену и ясени у уральских детей была низкая. Отмечается низкая сенсибилизация к сорным травам. Сенсибилизация к злаковым выявлена во всех возрастных группах и составила 13–17 % к кукурузе, 10–15 % ко ржи. Установлено, что с возрастом число больных и степень сенсибилизации к пшенице и гречке уменьшается, а к рису и ячменю возрастает до крайне высокой степени чувствительности (до 10 % случаев). Возможно, это связано как с сенсибилизацией к дикорастущим луговым травам, так и с изменением пищевого поведения у подростков.

Вывод. Таким образом, сенсибилизация у детей с АтД носит поливалентный характер. Проведенное исследование позволило разработать индивидуальную диету и провести коррекцию системной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

О.В. ЖУКОВА, К.М. ГАДЖИМУРАДОВА, М.Н. ГАДЖИМУРАДОВ, М.Г. АЛИЕВА

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Для типов ВБЭ характерны достаточно гетерогенные мутации в нескольких генах, вызывающих развитие определенной формы ВБЭ, которые зафиксированы в различных базах данных: база данных мутаций генов человека (HGMD, а также в международной базе – Менделеевское наследие у человека (Online Mendelian Inheritance in Man – OMIM).

Цель исследования. Изучить самую крупную в России популяцию ВБЭ у субэтносов Дагестана.

Материалы и методы исследования. На основании клинико-анамнестических данных верифицирован тип/субтип ВБЭ у 130 пациентов, 12 из них проведён генетический анализ материала методом ДНК-диагностики.

Результаты исследования. Методом молекулярно-генетического исследования клинический диагноз подтверждён 12 пациентам: 10 с рецессивным ДВБЭ, 1 с ПВБЭ генерализованным Кёбнера, 1 с ПрВБЭ локализованным не-Херлитца. ДНК-диагностика позволяет подтвердить генетическую природу заболевания, тип ВБЭ, а также установить форму наследования и патогенность мутации. Высока роль комплексного клинико-инструментального лабораторного обследования и тщательного сбора семейного анамнеза в верификации типа, субтипа и клинической формы ВБЭ и их последующей корреляции с доказательной базой медико-генетического анализа. Особенно актуален этот подход при идентификации мутаций в нескольких генах, присущих различным типам ВБЭ. Изучена эпидемиология ВБЭ. Так, высок удельный вес пациентов, проживающих в городах Махачкале – 21 (16,15±3,23 %) человек, Каспийске – 22 (16,92±3,29 %), Кизляре – 7 (5,38±1,98 %), Кизлярском районе – 33 (25,38±3,82 %), Хасавюртовском районе – 9 (6,92±2,23 %) и в Тарумовском районе – 5 (3,85±1,69 %). Анализ семейного анамнеза 38 пациентов Кизлярского и Тарумовского районов показал, что фактически все они, за исключением троих, ведут своё происхождение из села Кенхи Шатойского района Чеченской Республики. Тип/субтип пациентов Тарумовского района: простой генерализованный Кебнера ВБЭ – 2 человека, простой герпетифомный БЭ Доулинг-Меара – 3; Кизлярский район: простой локализованный БЭ Вебера-Кокейна – 25 пациентов, простой генерализованный Кебнера ВБЭ – 7, простой герпетифомный БЭ Доулинг-Меара – 2, генерализованный рецессивный дистрофический БЭ (Аллопо-Сименса) – 2. Среди больных, проживающих в городах Махачкале и Каспийске, высок удельный вес выходцев из вышеуказанных районов, причём из Левашинского района – 15 (11,54±2,8 %) человек, Акушинского – 5 (3,85±1,69 %), Лакского – 10 (7,69±2,34 %), из которых с простым локализованным БЭ Вебера-Кокейна – 4 человека, простым генерализованным Кебнера ВБЭ – 2, пограничным локализованным ВБЭ не-Херлитца – 1, дистрофическим доминантным ВБЭ Пазини – 1, генерализованным рецессивным дистрофическим БЭ (Аллопо-Сименса) – 12, синдром Киндлер – 1. Остальные районы представлены одним-двумя индивидуумами. Концентрация в крупных городах больных с дистрофической формой ВБЭ обусловлена возможностью оказания здесь квалифицированной медицинской помощи.

НОСЕГМЕНТАР ВИТИЛИГОНИ ДАВОЛАШДА ИННОВАЦИОН УСЛУБЛАР

А.Ш. ИНОЯТОВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК

Витилиго – меланин пигментини ишлаб чиқарувчи меланоцитларнинг кескин камайиши ёки йўқлиги натижасида терида оқ доғлар пайдо бўлиши билан тавсифланадиган, орттирилган дерматоз. Бу инсониятнинг кенг тарқалган касалликларидан бўлиб, дунё аҳолиси касалланишининг ўртача 1–2 % ни ташкил қилади.

Витилиго ҳаёт сифатига салбий таъсир қиладиган, шахс ўзини баҳолашини камайтириб сезиларли психологик ноқулайликларни юзага келтирувчи хасталикдир. Аҳоли саломатлигини яхшилаш, психоэмоционал омилларни ножўя таъсирини камайтириш максадида РИДВ ва КИ-АТМ томонидан бир қатор изланишлар, илмий лойиҳалар амалга оширилмоқда. Бу йўналишда янги инновацион даволаниш чоралари таклиф этилиб тиббиётга татбик қилинмоқда. Ушбу мақсадда Провитилин креми ишлаб чиқилган.

Қўлланилган даволаш усуллари алгоритми касалликнинг давомийлиги, аввал қабул қилинган даволаш услуби ва унинг самарадорлигини ҳисобга олиб белгиланган. Бирламчи мурожаат этган ва касаллик давомийлиги 1 йилгача бўлган беморларда стабил жараёнда UVA ёки PUVA 1–2 курс буюрилган, ижобий натижа бўлмаган ҳолатларда эксимер нури (308 nm) билан «Провитилин» малҳами комбинацияси курси (20 сеанс) ва малҳам суртиш (давомийлиги 2 ой) тавсия этилган. Бу усулни қабул килганлар сони 16 нафарни ташкил қилган. 12 беморда касалликнинг ностабил шакли қайд этилган ва улар UVB (10–15 сеанс) терапия услубида даволанган, натижа ижобий бўлмаган ҳолатларда улар ҳам «Провитилин» ва эксимер терапияси комбинациясини қабул қилишган. Қолган беморлар (n=37) касалланиш давомийлиги 1 йилдан юқори ва анамнезида натижасиз даволанишга эга бўлганларни ташкил этган. Буларнинг барчасига эксимер нури ва «Провитилин» қўллаш тавсия этилган.

Ностабил жараён кечишида касаллик фаоллигини тўхтатиш мақсадида тизимли глюкокортикостероидлар билан мини-пульс терапия ўтказилган. Бунда, дексаметазон катталарга хафталик доза 2,5–10 мг дан, қабул қилишга, ҳафтасига кетма-кет икки кун (шанба ва якшанба) нонуштадан сўнг буюрилган (касаллик фаоллиги тўхтагунча, 2–5 ой). 16 ёшгача болаларда ушбу доза икки бараварга камайтириш тавсия этилган, ҳамда кальциневрин ингибиторлари (пимекролимус ва такролимус): катталар учун 0,1 % малҳам маҳаллий кунига 2 мартадан 2–3 ой давомида, болалар учун 0,03% малҳам кунига 2 мартадан 3 ойгача тавсия қилинган.

Носегментар витилиго касаллигини сиртқидан даволашда «Провитилин» малҳамини ўчоқларга 2 маҳал 20–30 кун фототерапия (nb-UVB, Excimer-308) билан ҳамкорликда қўллаш билан ифодаланган.

Клиник-лаборатор текширувлар даволаниш курсидан аввал ва ундан сўнг ўтказилган. Клиник самарадорликни баҳолаш мақсадида клиник (VES индекси https://www.vitiligo-calculator.com/ текширувлар ва A.Y. Finlay и G.K. Khan томонидан таклиф килинган Ҳаёт сифати дерматологик индекси сўровномаси (ДИКЖ) ёрдамида ўтказилган.

Даволаниш самарадорлигини инновацион персоналлаштирилган даво ҳамда сўровнома натижасида баҳолаш

Даволашгача	Умумий ХСДИ	1-савол	10-савол
	11,0±1,9	4,0±1,0	15,9±2,0
Анъанавий фототерапия усулларида	4,4±0,3	0,6±0,1	3,0±0,5
Инновацион даводан сўнг (UVB 311 нм + Провитилин крем)	1,9±0,2	0,6±0,2	2,1±0,2
Инновацион даводан сўнг (Excimer 308 nm + Провитилин крем)	1,7±0,3	1,2±0,2	2,0±0,3

Хулоса. Таклиф этилган инновацион даволаш усуллари беморлар ҳаёт индексига ижобий таъсир кўрсатади ҳамда даволаш қулайлиги кузатилиб, организм ва тери қопламлари томонидан салбий таъсирлари кузатилмаган. Буни 1- ва 10-саволларни алоҳида эътиборга олган ҳолда тасдиқласа бўлади.

Ҳаёт сифатини субъектив баҳолашдан ташқари, биз томондан теридаги депигмент доғлар ҳажмининг камайиши VES (Vitiligo Extent Score) кўрсаткичлари ёрдамида баҳоланган.

Даволашдан олдин	VES
	3,43±0,13
Анъанавий фототерапия усулларида даволанишда	2,6±0,2
Инновацион даводан сўнг (UVB 311 нм + Провитилин крем)	1,9±0,14
Инновацион даводан сўнг (Excimer 308 nm + Провитилин крем)	1,6±0,11

Даволаниш самарадорлиги умуман олганда сўровнома бўйича 2 баллдан кўп бўлмаганда ва VES кўрсаткичи 85 % дан кўп бўлганда аъло деб баҳоланади. Яхши натижада сўровнома баллари 5 дан кам бўлганда ва VES кўрсаткичи 84–60 % бўлганда кузатилган, қониқарли баҳо ХСДИ 5–10 ва VES кўрсаткичи 59–30 % регрессни кўрсатганда ҳамда қониқарсиз натижада ХСДИ 10 дан кўп, VES – регресси 29–10 % ва умуман фойдасиз – 10 балл ХСДИ ва VES кўрсаткичи 9–0% деб ҳисобланган. 68 нафар бемор кузатилганда, кўпчилик холларда яхши натижа олинган, аммо тўлиқ хасталикни даволаш имконияти ҳали йўқ. Аъло даражадаги самарадорлик 5 (7,3 %) беморда кузатилган ва уларнинг барчаси инновацион усулда даволанган. Яхши даражали натижалар 18 (26,5 %) беморда кузатилган, улардан 14 (77,8 %) нафари инновацион усулда даволанган, 4 (22,2%) – анъанавий давода. Қониқарли даражадаги натижалар 26 (38,2 %) нафар беморда кузатилиб, улардан 18 (69,2 %) нафар анъанавий даво ва 6 (30,8 %) – инновацион даво қабул килган. Қониқарсиз даражадаги самара 16 (23,5 %) беморда кузатилган, улардан 13 (81,2 %) нафари анъанавий усулда даво олган. Фойдасиз даволаниш 3 (4,4 %) нафар беморда бўлган ва улар барчаси анъанавий даво олган. Юқоридагилардан хулоса қилганда, витилигони даволашда Провитилин билан фототерапиядан ташкил топган инновацион усул ўзининг юқори самарадорлигини тасдиқлади.

ҲУСНБУЗАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ТАВСИФОТИ

Н.Р. ИНОЯТОВА, У.Ю. САБИРОВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК

Дерматология амалиётида ҳуснбузар касаллиги (ХБ) тери касалликлари ичида энг долзарб муаммолардан бири бўлиб келмоқда. Касалликнинг ўспирин ёшларидан бошланишига қарамасдан у ўзининг сурункали ҳамда даволаш муолажаларига резистентлик ҳолати билан кечиши ҳамон давом етмоқда. Бунга эндоген омиллари сабаб бўлиши кўпгина адабиётларда қайд этилган. Шу муносабат билан касалликнинг клиник кечишига баҳо бериш ва унга оптимал равишда терапия муолажасини ишлаб чиқиш муҳим тиббий вазифани тақозо қилади.

Тадқиқот мақсади: ҳуснбузар касаллигининг клиник кечинишига баҳо бериш.

Текшириш материаллари ва усуллари: Назоратимиз остида ёши 16 дан 27 ёшгача бўлган 34 нафар беморлар ташкил қилди. Уларда клиник ва лаборатор тахлиллари ўтказилди. Ҳуснбузар касаллигининг клиник турларини аниқлаш учун G. Plewig ва M.A. Kligman (1993, 2000) томонидан келтирилган таснифдан фойдаланилди. Касалликнинг оғирлик даражасини аниқлаш мақсадида эса 1990 йилда Америка Дерматологлари Академияси томонидан ишлаб чиқилган тасниф қўлланди. Деярли барча беморларда турли мутахассислар (терапевт, гастроэнтеролог, эндокринолог, аллерголог ва бошқ.) маслаҳати ўтказилди.

Олинган натижалар: G. Plewig ва M.A. Kligman (1993, 2000) таснифига кўра, 44 нафар беморлар ичида комедонли ҳуснбузар – 13 (29,5 %), папулопустулез – 24 (54,5 %) ва тугунли ҳуснбузар 7 нафар (15,9 %) беморда аниқланди.

Клиник текширишлар шуни кўрсатдики, теридаги патологик жараён ифодаланишига қараб, жинсга нисбатан олганда комедонли шакли кўпроқ аёлларда 20,5 % (9), эркакларда 9,1 % (4) ҳолатда, папуло-пустулез шакли мос равишда 22,7 % (10) ва 31,8 % (14), тугунли шакли эса 6,8 % (3) ва 15,9 % (7) ҳолатда кузатилди.

Касалланиш давомийлиги бўйича ҳуснбузарнинг комедонли шакли кўпроқ 1 йилгача – 54,6% кузатилди, папуло-пустулез шакли – 1–5 йилгача – 42,2 % ҳамда тугунли шакли мос равишда 1–5 йилгача – 52,08 % ва 5 йилдан ортиқ – 47,9 % ҳолатда қайд этилди.

Касалликнинг оғирлик даражасини ифодалашда Америка Дерматологлари Академиясида 1990 йилда ишлаб чиқилган таснифни қўлладик. Бунга асосан, 44 нафар бемор ичида касалликнинг I даражаси (енгил) – 14 та (31,8 %), II даражаси – 14 (31,8 %), III даражаси – 16 (36,4 %).

Хулоса. Шундай қилиб, клиник текширишлар шуни кўрсатмоқдаки, беморларнинг жинсига нисбатан эркакларда кўпроқ касалликнинг енгил ва ўрта оғирлик даражали шакллари, аёлларда эса кўпроқ ўрта-оғир ва оғир даражали турлари қайд этилди.

Касалланиш давомийлиги бўйича ҳуснбузарнинг комедонли шакли кўпроқ 1 йилгача – 54,6% кузатилди, папуло-пустулез шакли – 1–5 йилгача – 42,2% ҳамда тугунли шакли мос равишда 1–5 йилгача – 52,08% ва 5 йилдан ортиқ – 47,9% ҳолатда қайд этилди. Илмий-тадқиқот ишлари давом этмоқда.

ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВИТИЛИГО

С.С. ИСМАТУЛЛОЕВА

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

Актуальность. Известно, что у больных генерализованным витилиго выявлено значительное повышение содержания глутатион пероксидазы и малонового альдегида (M. Yildirim и соавторы, 2004). Доказано, что у больных витилиго значительно снижена активность каталазы и концентрация витамина Е в крови (Герейханова Л.Г. и соавторы, 2016). В детском возрасте ослабление еще незрелой антиоксидантной системы приводит к неконтролируемому усилению процессов свободно-радикального окисления и формированию дисметаболических процессов, которые ухудшают течение хронических патологических состояний (Панова Т.И., 2010).

Цель исследования. Изучение процессов перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты у детей, страдающих витилиго.

Материал и методы исследования. В кожном отделении Городской клинической больницы заболеваний кожи города Душанбе под наблюдением находилось 62 пациента в возрасте от 10 до 15 лет, из которых 25 мальчиков и 37 девочек. Среди обследованных пациентов у 25 было диагностировано сегментарное витилиго (СВ): фокальная (20) и зостериформная (5) формы. У 37 больных наблюдалось несегментарное витилиго (НСВ): вульгарная (25) и акрофациальная (12) формы.

С целью изучения состояния перекисного окисления липидов всем больным определяли диеновые конъюгаты (ДК) и малоновый диальдегид (МДА). Оценка показателей антиоксидантной защиты проводилась по показателям активности каталазы (АК) и супероксидисмутазы (СОД). Контрольную группу составили 15 здоровых, рандомизированных по возрасту больных.

Результаты исследования. Патологический процесс у детей с СВ имел асимметричный характер и был представлен наличием депигментных пятен, локализующихся в области лица (подбородок, виски, лоб, верхнее веко) – у 42,5 %, а также на туловище – у 22,5 % и конечностей – у 35,0 % пациентов. У детей с НСВ наблюдалось симметричное расположение патологических очагов. Депигментированные пятна у 67,6 % больных располагались в области туловища, у 32,4 % детей – на коже лица и конечностей. Прогрессирующая стадия заболевания выявлена у 17/25; 68,0 % детей с СВ и у 28/37; 82,4 % случаев у детей с НСВ.

В сыворотке крови здоровых детей контрольной группы содержание ДК составило 1,16 ± 0,02 ммоль/л.; МДА – 2,34 ± 0,06 ммоль/л. У детей с СВ установлено: увеличение содержания ДК в 2,1 раза – (2,44 ± 0,02) ммоль/л; повышение уровня МДА в 1,6 раза – (3,72 ± 0,04) ммоль/л. У детей с НСВ установлено: увеличение содержания ДК в 3,5 раза – (4,06 ± 0,02) ммоль/л; повышение уровня МДА в 2,6 раза – (6,08 ± 0,04) ммоль/л. То есть, обнаружено, что у детей с НСВ выявлено значительное усиление процессов свободно-радикального окисления по сравнению с детьми с СВ. Состояние антиоксидантной защиты у детей с СВ проявлялось уменьшением АК до 0,7 ± 0,06 мг %, что в 2 раза больше по сравнению с контрольной группой (1,4 ± 0,06 мг %). Показатели СОД составили 4,8 ± 0,10 усл.ед, что в 3,8 раза меньше по сравнению с контрольной группой (18,25 ± 0,13 усл.ед). У детей с НСВ состояние антиоксидантной защиты проявлялось уменьшением АК до 0,5 ± 0,06 мг %, что в 2,8 раза больше по сравнению с контрольной группой (1,4 ± 0,06 мг %). Показатели СОД составили 4,2 ± 0,10 усл.ед, что в 4,3 раза меньше по сравнению с контрольной группой (18,25 ± 0,13 усл.ед).

Выводы. У детей, страдающих витилиго, выявлен дисбаланс в системе перекисного окисления липидов и антиоксидантной системы, причем при НСВ выявлены наиболее выраженные сдвиги указанных показателей. Это указывает на необходимость проведения у них усиленной антиоксидантной терапии.

СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ

М.К. ИШЖАНОВ, А.Б. РАХМАТОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Региональный филиал РСНПМЦДВиК по Республике Каракалпакстан

Врожденная эктодермальная дисплазия (синдром Clouston) характеризуется наличием гипотрихоза и ониходистрофии (по атрофическому типу). Дефектный ген данной патологии расположен в локусе 13q11-q12.1. Имеется предположение, что развитие заболевания обусловлено недостаточностью дисульфидных связей во фракции L-кератинового матрикса. Дерматоз передается аутосомно-доминантным путем.

Приводим собственное наблюдение. Больной Ж.П., 12 лет, житель г Нукуса, обратился в Республиканский кожно-венерологический диспансер в ноябре 2021 г. с жалобами на поредение волос и измененный характер роста ногтевых пластин. Со слов матери, ребенок болеет с момента рождения, родился недоношенным, отставал от сверстников. Status localis: кожные покровы гладкие, блестящие, кожа истонченная. Отмечается отсутствие волос, дистрофические изменения ногтевых пластин, дистрофия зубов, а также снижение потоотделения, ввиду чего кожные покровы сухие на ощупь. На коже ладоней и подошв отмечаются сливные очаги гиперкератоза желтоватого оттенка без перехода на тыльные поверхности кистей и стоп. Врач-стоматолог выявил различные отклонения со стороны зубочелюстной системы: тотальный кариес и гиподонтия. При консультации врачей смежных специальностей выявлены признаки неврологической симптоматики (умственная отсталость) и патология глаз (конъюнктивит, страбизм). Гистологическое исследование: незначительная атрофия эпидермиса, явления гиперкератоза, особенно на коже ладоней и подошв, сосочковый слой дермы атрофичен. Сальные и потовые железы недоразвиты, атрофичны. Отмечается дисплазия волос. Со стороны соединительнотканных волокон выявляются дистрофические изменения и утолщение стенок сосудов.

Диагностика заболевания основывается на наличии гипотрихоза и дистрофических изменений ногтевых пластинок. Больному были назначены симптоматические, общеукрепляющие средства, комплекс витаминов, препараты микроэлемента цинка (окись цинка по 50–150 мг в сутки в течение 3–4 месяцев), а также анаболические гормоны.

Вывод. Таким образом, необходимо пристальное внимание за ростом волос и ногтей, дистрофические изменения которых помогут выставить правильный диагноз эктодермальной дисплазии.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

О.И. КАСЫМОВ, А.О. КАСЫМОВ, М.Р. АМАКДЖОНОВ

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения», г. Душанбе

Актуальность. До настоящего времени эффективных широкодоступных средств и методов лечения гнездной алопеции (ГА) нет.

Настойка хлорметина гидрохлорида (КНР) – бесцветная прозрачная жидкость, используется наружно. Препарат при топическом применении вызывает в очагах поражения контактный дерматит, в связи с чем используется при лечении больных витилиго.

Цель исследования. Изучение эффективности хлорметина гидрохлорида в комплексном лечении больных ГА.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 36 больных ГА (21 мужчина, 15 женщин) в возрасте от 13 до 35 лет, которые страдали различными формами ГА. Длительность заболевания составила от нескольких месяцев до 5 и более лет. 10 (27,8 %) больных страдали локальной (очаговой) формой ГА, которая характеризовалась наличием единичных (1–3 очага), изолированных, округлых участков выпадения волос, 14 (38,9 %) – многоочаговой (4–8 и более участков облысения). 7 (19,4 %) пациентов страдали лентовидной (краевой) формой ГА, 5 (13,9 %) – субтотальной (отсутствие волос на более чем 50 % скальпа). У 7 (19,4 %) больных с субтотальной и лентовидной формами ГА выявлена ониходистрофия. Прогрессирующая стадия заболевания с наличием зоны «расшатанных волос» определена была у 25 (69,4 %) больных, стационарная – у 11 (30,6 %).

Все больные были разделены на две группы. Больным первой группы (14 человек, группа сравнения) проведено лечение седативными средствами, препаратами, улучшающими микроциркуляцию, цинк- и железосодержащие препараты,

адаптогены), наружно в очаги поражения 2 раза в день, утром и вечером, наносился 5 % раствор миноксидила в течение 3–6 месяцев. Больным второй группы (22 человека, основная группа) проводилось аналогичное системное лечение. Наружно на очаги поражения применялось сочетанное лечение: утром – раствор миноксидила, вечером – раствор хлорметина гидрохлорида (пигментин).

Результаты исследования. Все больные обеих групп лечение перенесли хорошо. При сравнительном анализе результатов лечения у больных второй группы был установлен значимо заметный эффект. Положительные непосредственные результаты лечения (клиническое выздоровление и значительное улучшение) были достигнуты у 16 (72,7 %) пациентов основной группы и 7 (50 %) – в группе сравнения. В основной группе клиническое выздоровление (полное закрытие очагов ГА терминальными волосами) наблюдалось у 9 (40,9 %) больных (у 6 – с локальной и многоочаговой формами ГА, 2 – с лентовидной и 1 – с субтотальной), значительное улучшение (закрытие очагов поражения не менее чем на 75 % площади облысения) – у 7 (31,8 %, у 5 – с локальной и многоочаговой формами ГА, 1 – с лентовидной и 1 – с субтотальной). В группе сравнения клиническое выздоровление отмечено у 3 (21,4 %) больных (все с локальными и многоочаговыми формами ГА), значительное улучшение – у 4 (28,6 %, у 3 с локальной и 1 – с лентовидной ГА).

Отдалённые результаты лечения (через 1 год) свидетельствовали о значительном преимуществе сочетанного метода лечения. Из 16 больных основной группы с непосредственными положительными результатами терапии рецидивы ГА установлены у 6 (37,5 %), в контрольной группе – из 7 – у 4 (57,1 %), что достоверно выше ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, наши исследования показали эффективность хлорметина гидрохлорида в комплексной терапии больных ГА.

СОЧЕТАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

О.И. КАСЫМОВ, Р.Х. СОХИБНАЗАРОВА

ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения», г. Душанбе

Актуальность. Эффективных методов лечения витилиго до настоящего времени нет. Продолжаются разработка и изучение разных системных и топических средств при лечении дерматоза.

Цель исследования. Оценить эффективность пигментина и хлорметина гидрохлорида в терапии больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 47 больных витилиго (27 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 12 до 50 лет. Давность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 и более лет.

Распространенный вариант витилиго был у 37 (78,7 %) больных, локальный – у 10 (21,3 %). Вульгарной формой распространенного варианта заболевания (очаги множественные, рассеянные расположены относительно симметрично) страдали 14 (29,8 %) больных, акрофациальной (очаги витилиго располагались на коже дистальных отделов конечностей и лица) – 7 (14,9 %), смешанной (сочетание вульгарного и акрофациального) – 16 (34 %). Фокальная разновидность (одно или несколько пятен в одной области) локального варианта дерматоза выявлена была у 6 (12,8 %) больных, сегментарная (высыпания по ходу нерва или его сплетений) – у 4 (8,5 %).

Больные были разделены на 2 примерно одинаковые группы (в первой группе было 22 больных, во второй – 25).

Всем больным обоих групп были назначены препараты, содержащие цинк, медь, комплекс витаминов. Больным первой группы дополнительно системно и топически применялся широко используемый при витилиго препарат меланоцил (Methoxalen). Меланоцил больные принимали внутрь в виде таблеток 1 раз в день, утром. Наружно препарат в виде мази наносили на очаги витилиго также 1 раз в день, затем через 1,5–2 часа проводили УФ облучение очагов поражения или (весной, летом) – гелиотерапию. Вечером очаги смазывали мазью клобетазол.

Больные второй группы получали препарат пигментин (КНР), который используется при витилиго и гнездной алопеции внутрь по 4 таблетки 3 раза в день в течение 3 месяцев. Наружно очаги поражения смазывали раствором хлорметина гидрохлорида (КНР) 2 раза в день. После появления желаемого эффекта – контактного дерматита в виде стойкой эритемы, препарат применяли один раз в день. Вечером очаги смазывали также клобетазолом. Продолжительность местного лечения в зависимости от его результатов составила от 3 до 6 месяцев.

Результаты исследования. Площадь депигментации, которая определялась по размеру ладони (правило девяток), у 7 (12,8 %) больных составила 1–2 %, у 12 (25,5 %) – от 3 до 10 %, у 15 (31,9 %) – 11–20 %, у 10 (21,3 %) – от 21 до 40 %, у 3 (6,4 %) – 41–70 %.

Лечение больные обеих групп перенесли хорошо. Результаты лечения были следующими: клиническое выздоровление (100 % пигментация очагов витилиго) в первой группе достигнуто у 3 (13,6 %) больных, во второй – у 7 (28 %), значительное улучшение (пигментация более 75 % площади поражения) – соответственно у 6 (27,2 %) и 8 (32 %), улучшение (пигментация 50–75 %) – у 5 (22,7 %) и 5 (20 %), без эффекта – у 8 (36,4 %) и 5 (20 %)

Полная клиническая ремиссия в обеих группах отмечена у всех больных с площадью поражения 1–2 % (у 3 больных в 1-ой группе, 4 – во 2-ой), с депигментацией 3–10 % поверхности кожного покрова – ни у одного больного из первой группы и у 2 (8 %) больных из второй группы, с депигментацией 11–20 % – соответственно у 0 и 1 (4 %). Значительное улучшение с депигментацией 3–10 % поверхности тела достигнуто у 5 (22,7 %) больных из 1-ой группы и 5 (20 %) – из 2-ой, с депигментацией 11–20 % – соответственно у 1 (4,5 %) и 2 (8 %), с депигментацией 21–40 % – у 0 и 1 (4 %).

Выводы. Таким образом, исследования показали, что эффективность комплексной терапии больных витилиго с использованием препаратов пигментина и хлорметина гидрохлорида на 50 % превосходит традиционное лечение с применением метоксалена: клиническое выздоровление и значительное улучшение при первом методе достигнуто у 60 % пациентов, при втором – только у 40,8 %.

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РАЗРАБОТАННОГО МЕТОДА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Д.А. КИРЯКОВ, Б.С. АЗИЗОВ, А.А. ГАНИЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, Н.М. АЮБОВА

Ташкентский государственный стоматологический институт;
Ташкентский областной филиал республиканского специализированного научно-исследовательского практического медицинского центра онкологии и радиологии;
Ташкентская медицинская академия

В связи с имеющимися трудностями в сфере здравоохранения, связанными с острым дефицитом подготовленных кадров в областях и районах, особенно среди онкологов, а также низкой грамотностью населения, выявление новообразований на ранних стадиях находится на недопустимо низком уровне, в то время, как количество заболевших с каждым годом увеличивается. За первое полугодие обращаемость в Областной онкодиспансер составила: первично обратившихся – 1069 больных, повторно –1066. Из них выявлено: доброкачественных новообразований – у 407 больных, злокачественных – у 676.

В рамках проведения исследований по теме научной работы «Клинико-иммунологические особенности раковых и предраковых заболеваний кожи» нами был проведен анализ имеющихся на данный момент алгоритмов диагностики новообразований кожи и разработана памятка для врачей первичного звена здравоохранения, долженствующая помочь выявлять раковые и предраковые заболевания кожи на ранних стадиях, а также анкета для опроса населения.

Для внедрения данных разработок было отправлено письмо начальнику управления областного здравоохранения с просьбой оказать содействие в этом среди врачей и населения Кибрайского (как преимущественно сельскохозяйственного) и Алмалыкского (как преимущественно промышленного) районов. Получен положительный ответ.

Были напечатаны 5000 анкет и 1000 памяток, распространенных среди врачей первичного звена здравоохранения в вышеуказанных районах в июле месяце текущего года.

При распространении памяток и анкет в вышеуказанных районах за первую неделю (был проведен опрос врачей по интенсивности анкетирования и достаточности количества материала) было заполнено 173 анкеты в Кибрайском и 221 анкета в Алмалыкском районе, что составляет 6,29 % и 8,84 % соответственно.

Итоговый результат будет оцениваться на 3-й, 6-й, 9-й и 12-й месяцы путем статистической обработки анкет и изменения обращаемости населения в областной онкодиспансер из данных районов.

СЛУЧАЙ ПОДНОГТЕВОЙ КЕРАТОАКАНТОМЫ

А.А. КОВАЛЕНКО, А.Б. РАХМАТОВ

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

Открытие и функционирование кабинетов подологии по всей республике привело к учащению регистрации различных патологических изменений, не только со стороны ногтевых пластин, но и окружающих их тканей и ногтевого ложа.

Пациентка А.С., 1992 г.р., жительница г. Ташкента, обратилась в кабинет подологии с жалобами на болезненной образование, располагающееся под ногтевой пластинкой и дистальной части концевой фаланги большого пальца левой кисти. Anamnesis morbi: со слов пациентки данное образование появилось 8 месяцев назад, когда после небольшой травмы на этом месте образовалось небольшое уплотнение кожи. Пациентка не уделяла должного вниманию данному элементу, который иногда самостоятельно срезала ножницами. В последние 1–2 месяца появилась нарастающая болезненность, ввиду чего пациентка обратилась в подологический кабинет г. Ташкента.

Anamnesis vitae: родилась в срок, наследственность не отягощена. Вредных привычек не имеет. Замужем, имеет двоих детей. Mensis с 12-ти лет, регулярные. Аллергических заболеваний не имеет. Из перенесенных заболеваний указывает только детские инфекции. Профессиональных вредностей не имеет.

Status localis: кожно-патологический процесс носит ограниченный характер и располагается на кончике большого пальца левой кисти, где отмечается уплотнение кожи без воспалительной реакции, данное образование уходит под ногтевую пластинку, которая практически не изменена (отсутствуют продольные и поперечные борозды, поверхность гладкая, матового оттенка). При пальпации уплотнения возникает сильная болезненность. Шелушение элемента отсутствует. Были проведены общеклинические анализы, которые не выявили каких-либо изменений. Было проведено рентгенографическое исследование большого пальца левой кисти, которое выявило наличие четко очерченной эрозии дистальной фаланги в форме чаши. Периостальной реакции не отмечалось. Гистологически был подтвержден диагноз: подногтевая кератоакантома. После установления клинического диагноза травматологами была проведена широкая эксцизия очага поражения. Рекомендовано дальнейшее наблюдение и применение препаратов, улучшающих трофику костной ткани. Следует указать, что в данном случае речь идет о редком, болезненном варианте кератоакантомы, причем с локальным образованием остеолитического дефекта. Для подтверждения диагноза возможно исследование онкомаркера «Ki-67».

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Н.ДЖ. ИКРАМОВА, Г.Р. ИБРАГИМОВА, Н.Я. МАДРАХИМОВА, Ю.А АЛИМУХАМЕДОВА

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

Атопический дерматит является актуальной проблемой в практической медицине в силу его широкой распространенности, увеличения частоты осложненных форм заболеваемости, что приводит к существенному снижению качества жизни больного и всей его семьи, способствует формированию психосоматических нарушений.

Цель исследования. Оценка клинического течения атопического дерматита у детей, проживающих в Наманганской области, с учетом микробиоты кожи.

Материал и методы исследования. Было обследовано 65 детей с кожными заболеваниями в возрасте от 1 до 18 лет. Среди них с атопическим дерматитом было 30 больных. У всех пациентов проводились клинические (определение индекса SCORAD), микробиологические и ПЦР-исследования на генотипирование стафилококков и статистические исследования.

Результаты исследования. Результаты клинических исследований показали, что среди 30 детей с АД по клинической картине эритематозно-сквамозная форма диагностировалась у 4 пациентов, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией – у 13, экссудативная – у 3, лихеноидная – у 7 пациентов и пруригинозная – у 3 пациентов.

Давность заболевания до 1 года отмечена – у 5 детей, 1–5 лет – 16, более 5 лет – у 9 детей. Городские жители составили 26,6 % (8 больных) и сельские 73,3 % (22 больных). Отягощенная наследственность в основной группе отмечена у 19 из 30 больных, что составило 63,3 %.

Результаты исследования показали, что у детей с АД, проживающих в Наманганской области, на коже очагов поражения наиболее часто высевается патогенная флора St.Aureus – 41,6 % случаев; у детей с АД в очагах поражения уровень колонизации St. Aureus в 16,6 раза превышал показатели контрольной группы здоровых детей и в среднем составил 45±3,05 КОЕ/см^2, тогда как уровень St. Epidermidis в среднем составил 36,3±3,2 КОЕ/см^2, что 6,7 раза превышал показатели контрольной группы. Полученные данные имели статистически достоверный характер (P<0,05).

Среди генотипов стафилококковой флоры наиболее часто обнаруживались генотипы метициллин-резистентного (MRSA) – 48 % и метициллин-чувствительного стафилококка (MSSA) – 32 % случаев.

Выводы. В Наманганской области у детей по клинической форме атопического дерматита наиболее часто диагностировалась эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией – в 43,3 % случаев. Результаты микробиологических исследований показали, что среди 30 больных с АД у 25 детей на коже очагов поражения был высеяны условно-патогенные микроорганизмы, что составило 83,3 % случаев. По видовой идентификации превалировала выявляемость патогенной флоры – St.aureus – 41,6 % с повышенной колонизацией в 18,6 раза, обуславливающей развитие синдрома нарушения колонизационной резистентности. Среди генотипов стафилококковой флоры наиболее часто обнаруживались генотипы метициллин-резистентного (MRSA) – 48 % и метициллин-чувствительного стафилококка (MSSA) – 32 % случаев.

ЦИТОКИНОВЫЕ МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, У.Ю. САБИРОВ, С.Р. МУМИНОВА, А.И. ИСМАГИЛОВ

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

Распространенность, хронизация, частая рецидивность атопического дерматита определяют высокую медико-социальную значимость заболеваемости. Иммуногенетический механизм, условно-патогенные микробиомы, дефекты кожного барьера и факторы окружающей среды обусловливает выраженность воспалительного процесса не только кожи, но и всего организма. Исследованиями установлено участие разных популяций иммунокомпетентных Th1, Th2, Th9, Th17, Th22 клеток, а также Т-регуляторных клеток, секретируемые ими цитокинов.

Цель исследования. Оценка состояния цитокинового статуса с учетом изучения про- и противовоспалительных цитокинов у больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Нами обследовано 59 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 5 до 67 лет. Среди них лица женского пола составили 36 и мужского пола 23 пациента. У всех больных проводили клинические, иммунологические и статистические исследования. Контрольную группу составили 40 здоровых лиц соответствующего возраста.

Результаты исследования. По клинической картине среди 59 больных АД эритематозно-сквамозная форма диагностировалось – у 15, экссудативная – у 7, эритематозно-сквамозная форма с лихенизацией – у 16, лихеноидная – у 12 и пруригинозная – у 9. Программная диагностика степени тяжести с учетом определения индекса SCORAD у взрослых выявило легкую степень тяжести – у 7 из 41 больного, средняя степень – у 21 и тяжелая степень тяжести – у 13 больных соответственно. Тогда как у детей легкая степень выявлена – у 3 из 18, средняя – у 8 и тяжелая – у 7.

Результаты ИФА-исследования показали, что у больных АД отмечается активация в цитокиновом статусе, характеризующаяся дисбалансом в сторону повышения уровней про-ИЛ-1 и ИЛ-6 и противовоспалительных ИЛ-4, ИЛ-10 цитокинов на фоне гипрепродукции общего IgE.

Уровень ИЛ-1 с увеличением степени тяжести в 1,13 и 1,2 раза повышался по сравнению с больными легкой степени тяжести и имели статистически достоверный характер. Такая же картина отмечалось в показателях ИЛ-6 – при средней и тяжелой степени тяжести уровень его повышался в 1,4 раза соответственно (P<0,05). Показатели противовоспалительных цитокинов ИЛ-4 в 6,6 раза повышался по сравнению с показателями контрольных здоровых лиц и в среднем составлял 16,5±0,7 пг/мл, тогда как с увеличением степени тяжести данный показатель повышался в 7 раз и в среднем составлял 17,5±0,4пг/мл (P<0,05).

Корреляционный анализ уровня ИЛ-1 при легкой степени тяжести дерматоза показал достоверную обратную корреляцию с уровнем ИЛ-4

– r=–0,5 (P<0,05). Такая же картина прослеживалась в показателях ИЛ-6 с противовоспалительным цитокином ИЛ-10 – r=–0,5 (P<0,05). Тогда как при средней степени тяжести ИЛ-1 имел прямую корреляцию с уровнем ИЛ-4 – r=+0,4 и ИЛ-6 – r=+0,3.

При тяжелой степени уровень ИЛ-1 имел также прямую корреляционную связь с ИЛ-6 – r=+0,3, а с ИЛ-4 имел обратную, но достоверную связь – r=–0,4 (P<0,05).

Выводы. Повышение уровня провоспалительного цитокина ИЛ-1 при всех степенях тяжести дерматоза обусловливает персистирующую активность ферментов – протеаз, что отражается в гиперпродукции про-ИЛ-6 и противовоспалительных цитокинов – ИЛ-4 и ИЛ-10 на фоне гиперсекреции общего IgE, что обусловливает маркеры цитокинового профиля тяжести клинического течения атопического дерматита.

ОЦЕНКА УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, М. МУТАВАЛИЕВ

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

Акантолитическая пузырчатка (АП) представляет собой одну из форм тяжелых дерматозов, сопровождающихся поражением кожи и/или слизистых оболочек, ведущую роль в патогенезе которого отводят аутоиммунным реакциям, приводящим к вредному действию циркулирующих аутоантител, которые направлены против компонентов десмосом. В развитии иммунного ответа наряду с антителами и цитокинами, выделяемыми лимфоцитами, также участвуют острофазные белки сыворотки, концентрация которых быстро нарастает при инфекционном процессе.

В этом аспекте большой интерес представляет изучение состояние С-реактивного белка у больных АП.

Цель исследования. Оценка состояния С-реактивного белка в сыворотке крови у больных акантолитической пузырчаткой.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 57 больных пузырчаткой в возрасте от 18 до 71 года. У всех больных проводились клинические, цитологические, биохимические и иммунологические исследования. Количество уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови определяли методом твердофазного ИФА-исследования (фирма «Вектор-Бест»). Все больные были проконсультированы смежными специалистами: терапевтом, эндокринологом и др.

Результаты исследования. Среди 57 больных АП вульгарную форму составили – 51 больной (89,5 %), себорейную форму – 4 (7,01 %) и вегетирующую – 2 (3,5 %) соответственно.

Результаты ИФА-исследования показали, что среди 57 больных у 50 больных в сыворотке крови отметилось увеличение концентрации СРБ, что составило 87,7 % случаев, свидетельствующие о выраженности воспалительной реакции в организме больных с акантолитической пузырчаткой.

Анализ количественной характеристики С-аутоантител (ААТ) к нативной ДНК в сыворотке крови у больных пузырчаткой выявил увеличение концентрации в 3,8 раза по сравнению с показателями контрольной группы и составило в среднем 18,3±0,5 МЕ/мл и имел статистически достоверный характер (P<0,05).

С учетом давности заболевания до 1 года уровень СРБ в среднем составил 21,4±0,6 ме/мл, с давностью 1–5 лет – 18,6±0,8 ме/мл и более 5 лет – 17,2±1,3 ме/мл соответственно (P<0,05). Резкое увеличение уровня СРБ у больных акантолитической пузырчаткой обусловливает начальную стадию островоспалительной реакции организма на выработку аутоантител. С увеличением давности заболевания уровень СРБ также находится в пределах высоких концентраций, однако по сравнению с давностью до 1 года в 1,2 раза понижается (P<0,05).

Выводы. Полученные результаты свидетельствует о развитии выраженного воспалительного характера у больных с акантолитической пузырчаткой, и повышение уровня СРБ свидетельствует об активизации аутоантител, способствующих развитию осложнений как бактериального и/или вирусного, грибкового характера. На наш взгляд, полученные данные имеют диагностическое и прогностическое значение в клиническом течении заболевания, и определение титра СРБ будет способствовать к дальнейшему выбору адекватного лечения.

К РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АНТИТЕЛ IG G К ДЕСМОГЛЕИНАМ 1 И 3 У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

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

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

Пузырчатка (pemphigus) является тяжелым аутоиммунным заболеванием, этиология и патогенез которого до настоящего времени остаются окончательно не выясненными. Ряд зарубежных и отечественных исследователей показали, что в патогенезе истинной пузырчатки отмечается аутоиммунный процесс, характеризующийся связыванием аутоантител с белками-мишенями, что приводит к нарушению межклеточной адгезии – акантолизу.

Цель исследования. Оценка состояния аутоантител к десмоглеинам 1 и 3 у больных акантолитической пузырчаткой.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 32 больных с акантолитической пузырчаткой в возрасте от 15 до 67 лет. Среди них лица мужского пола составили 8 и женского пола 24 больных. По клинической форме у всех больных был установлен диагноз акантолитическая пузырчатка.

У всех больных проводились клинические, цитологические, биохимические и ИФА-исследования. Определение антител к десмоглеину проводилось методом ИФА-исследования («Humandesmoglein 1 IgG»; Melson Medical, China). Статистическая обработка полученных данных производилась при помощи критерия Стьюдента с использованием программ «Microsoft Office Excel» и «Биостатистика 4.03». Критерием статистической достоверности служило $p < 0,05$.

Результаты исследования: Результаты ИФА-исследования показали, что среди 32 больных АП у 19 в сыворотке крови были выявлены аутоантитела к десмоглеинам 1, что составило 59,4 %, тогда как аутоантитела к десмоглеинам 3 – у 20 (62,5 %) соответственно. В группе среди 29 здоровых лиц у 11 выявлено антитела к десмоглеину 1, что составило 31,03 %, тогда как к десмоглеину 3 из 29 – у 9, что составило 31,03 % случаев.

Анализ количественной характеристики аутоантител к десмоглеинам вывило повышение концентрации в сыворотке крови у больных пузырчаткой. Так, уровень аутоантител к десмоглеину 1 составил в среднем $21,01 \pm 1,5$ нг/мл, а к десмоглеину 3 – $19,8 \pm 1,3$ нг/мл, что в 6,2 и 5,6 раза превышал показатели здоровых лиц. Полученные результаты имели статистически достоверный характер ($P < 0,05$).

Выводы. Таким образом, результаты ИФА-исследования показали, что у больных АП в 59,4 % случаев отмечается повышенная концентрация к десмоглеину 1 и в 62,5 % случаев – к десмоглеину 3. Одновременное повышение концентрации антител к десмоглеинам 1 и 3 типа наблюдали у 14 из 32 больных АП, что составило 43,7 % случаев. Полученные результаты свидетельствует о том, что имеется риск развития вегетирующей формы АП.

ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ДЕСМОГЛЕИНУ 1 И 3 У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПЕМФИГУСОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Е.В. ЕСИОНОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Вульгарный пемфигус (ВП) является самой частой формой пемфигуса, которая насчитывает более 80 % случаев. Связь с антителами против десмоглеина 3 и в некоторых случаях к десмоглеину 1 при ВП диктует необходимость включать данные исследования в обследование больных ВП, особенно при дермально-слизистым типом поражения.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 13 больных с ВП: мужчин было 4 (30,8 %), женщин – 9 (69,2 %). Все пациенты находились в стадии обострения заболевания. Высыпания в виде эрозий, пузырей локализовались на слизистой оболочке полости рта и коже туловища. Всем больным было проведено определение индекса Mahajan (Mahajan's scoring system, 2005). Определение IgG к Dsg 1 и Dsg 3 было проведено методом ИФА.

Результаты исследования. Среднее значение IgG к Dsg 1 у больных ВП составил $16,87 \pm 2,8$ нг/мл, при норме 12 нг/мл, и IgG к Dsg 3 было $14,96 \pm 1,5$ нг/мл (норма 12 нг/мл). Согласно Сперман тесту, была отмечена корреляция между титрами Dsg 1 и Dsg 3 ($P < 0,001$, $r = 0,65$)

у больных ВП. Согласно индексу Махаджана (MSS — Mahajan's scoring system), легкая степень была отмечена у 1 (7,7 %) больного, умеренная – у 8 (61,5 %) больных, тяжелая – у 4 (30,8 %) больных. Были отмечены повышенные титры к десмоглеину 1 и десмоглеину 3 у больных со смешанным фенотипом ВП. Общая тенденция повышения титров с нарастанием степени тяжести процесса. Так, у больного с легкой степенью соотношение Dsmg 1 и Dsmg 3 было 1:1, с умеренной и тяжелой степенями тяжести – 1:0,8 и 1:0,85 соответственно. При легкой степени поражения, при которой поражается в основном слизистая оболочка полости рта, уровень десмоглеина 1 едва превышает значение нормы (13,4 нг/мл), тогда как с увеличением степени тяжести процесса, т.е. с вовлечением кожи в патологический процесс, значительно увеличивается уровень десмоглеина 1.

Выводы. Определение уровня IgG к Dsg 1 и Dsg 3 должны быть включены в стандарты обследования больных ВП как до лечения, так и после лечения для оценки терапии аутоиммунного процесса.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

Ш.З. МАВЛЯНОВА[1], Е.В. ЕСИОНОВА[1], А.Ш. ИНОЯТОВ[1], К.М. ЁРКУЛОВ[2], Л.Р ТОЖИБОЕВ[2]

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз[1];
Областной кожно-венерологический диспансер Андижанской области[2]

Резко континентальный климат Узбекистана выражается в резких амплитудах дневных и ночных, летних и зимних температур. Природа края засушливая из-за скудных атмосферных осадков и низкой относительной влажности воздуха. Положительный баланс солнечной радиации, или гелиоресурса, не может не оказать влияние на различные кожные заболевания.

Цель исследования. Оценить клиническое течение различных заболеваний кожи у больных на базе областного кожно-венерологического диспансера Андижанской области.

Материалы и методы исследования. Был обследован 61 больной с различными заболеваниями кожи в возрасте от 8 до 68 лет, мужчин было 19 (31,1 %), женщин – 42 (68,9 %). Из них 14 больных страдали атопическим дерматитом, 10 больных – аллергическим дерматитом и витилиго, 8 больных – псориазом, 4 больных – угревой болезнью, 3 больных – розацеа, трофической язвой, фотодерматитом и вульгарной пузырчаткой, 1 больной – диссеминированной красной волчанкой, тотальной алопецией и кератодермией. Все больные были в стадии обострения основного заболевания. Диабетический анамнез был исключен у всех больных. Все больные являлись уроженцами Андижанской области. Оценка сухости кожи проведена с учетом визуальной аналоговой шкалы ксероза (ВАШ).

Результаты исследования. Оценка интенсивности сухости кожи, проводившаяся по 10-балльной ВАШ, продемонстрировала на визите скрининга повышенное значение, что было выражено средним баллом – 6,4 ± 1,9. Данный показатель отражал повышенную сухость кожных покровов, независимо от нозологии. Так, например, при АД ксероз является патогномативным признаком, и у больных данной выборки имел максимальное значение – 8,1 ± 2,01 балла. Наименьшее значение по ВАШ имели больные с угревой болезнью – 4,8 ± 1,1 балла, гиперпродукция кожного сала снижала проявление сухости, но показатель ВАШ тем не менее для данной группы больных был велик. На наш взгляд, повышенная инсоляция усиливает ксероз у больных, проживающих в условиях резко континентального климата, вне зависимости от кожного заболевания. Данные наблюдения демонстрируют необходимость применения увлажняющих и солнцезащитных средств у больных с любыми заболеваниями кожи для предотвращения повышенной трансэпидермальной потери воды и снижения гидратации.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Н.ДЖ. ИКРАМОВА, Г.Р. ИБРАГИМОВА, Н.Я. МАДРАХИМОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Атопический дерматит является одной из распространенных форм кожных заболеваний. Его хроническое течение, развитие осложненных форм заболеваемости приводит к существенному снижению качества жизни больного, что представляет важную социальную проблему здравоохранения.

Цель исследования. Оценка клинического течения атопического дерматита у детей, проживающих в Наманганской области, с учетом микробиоты кожи.

Материал и методы исследования. Научные исследования были проведены согласно задачам исследования инновационного гранта ИЛ-402104163 «Разработка новой технологии наружного лечения атопического дерматита и грибковых заболеваний кожи у детей». Объектом исследования явился Наманганский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз. Было обследовано 65 детей с кожными заболеваниями в возрасте от 1 до 18 лет. Среди 65 детей девочки составили 46 и мальчики – 19. Дети с атопическим дерматитом составили 30 больных. По полу девочки с АД составили – 17 и мальчики – 13 больных. По возрасту от 0 до 1 года (младенческий период) – 3 ребенка, 2–11 лет (детский период) – 17 и подростковый период 12–18 лет – 10 детей соответственно. У больных с АД проводились клинические (определение индекса SCORAD), микробиологические и ПЦР-исследования на генотипирование стафилококков и статистические исследования.

Результаты исследования. Результаты клинических исследований показали, что среди 30 детей с АД по клинической картине эритематозно-сквамозная форма диагностировалась – у 4 пациентов, эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией – у 13, экссудативная – у 3, лихеноидная – у 7 пациентов и пруригинозная – у 3 пациентов соответственно.

По давности заболевания до 1 года отмечали – у 5 детей, 1–5 лет – 16, более 5 лет – у 9 детей. Городские жители составили – 26,6 % (8 больных) и сельские 73,3 (22 больных). Отягощенная наследственность в основной группе отмечена у 19 из 30 больных, что составило 63,3 %.

У детей с АД по индексу SCORAD легкая степень тяжести выявлена у 4 из 30 (13,3 %), средняя – у 16 (53,3 %) и тяжелая – у 10 (33,3 %) больных.

Исследованиями установлено, что развитие обострений АД и тяжелое их течение в ряде случаев объясняется колонизацией на коже s.aureus, секретирующим токсины – суперантигены, которые вызывают поликлональную активацию Т-лимфоцитов и макрофагов, продуцирующих провоспалительные цитокины и модулирующих развитие иммунного ответа.

Результаты исследования показали, что у детей с АД, проживающих в Наманганской области, на коже очагов поражения наиболее часто высевается патогенная флора St.Aureus – 41,6 % случаев.

Исследование состояния обсемененности микробиоты показало повышенную колонизацию условно-патогенных микроорганизмов на коже в очагах поражения.

У детей с АД в очагах поражения уровень колонизации St. Aureus в 16,6 раза превышал показателей контрольной группы здоровых детей и в среднем составил $45 \pm 3{,}05$ КОЕ/см^2, тогда как уровень St.Epidermidis в среднем составил $36{,}3 \pm 3{,}2$ КОЕ/см^2, что 6,7 раза превышал показатели контрольных лиц. Полученные данные имели статистически достоверный характер ($P < 0{,}05$).

Результаты микробиологических исследований свидетельствуют о том, что у детей с АД на коже в очагах поражения отмечается повышенная колонизация условно-патогенных микроорганизмов, обусловливающих развитие синдрома нарушения колонизационной резистентности.

Методом ПЦР-исследования определяли генотипы стафилококковой флоры, выделенной у детей с АД. Метициллин-резистентный стафилококк (MRSA) был обнаружен у 12 из 25 образцов ДНК, что составило 48 % случаев. Тогда как генотипы метициллин-чувствительного стафилококка (MSSA) выявлены у 8 (32 %) больных, а метициллин-резистентных коагулонегативных Staphylococcus spp (MRCoNS) – у 5, что составило 20 % случаев соответственно.

На наш взгляд, полученные данные имеют важное значение как факторы, способствующие персистенции условно-патогенных микроорганизмов на коже у детей с атопическим дерматитом.

Выводы. Таким образом, у детей, проживающих в Наманганской области, отмечается рост заболеваемости атопического дерматита, осложненного метициллин-резистентной стафилококковой флоры, что способствует усугублению клинического течения дерматоза.

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИДА D ВИТАМИНИНИНГ АҲАМИЯТИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, М.Ф. ЯХШИЕВА, О.В. ИЗВЕКОВА

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК

Сўнгги пайтларда дерматология фанида кўплаб тери касалликларининг патогенезида D витаминини ўрганишга катта эътибор берилмоқда. Тадқиқотлар шуни кўрсатадики, витамин микробларга қарши пептидлар, кателицидин ва дефензин ишлаб чиқариш орқали туғма иммунитетни модуляция қилишда иштирок этади, бу тери инфекцияси хавфини камайтиради.

Тадқиқот мақсади. Себореяли дерматитли беморлар организмида D витаминининг ҳолатини касаллик клиник кечинишини ҳисобга олган ҳолда ўрганиш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. D витамини даражасини баҳолаш учун биз 3 ёшдан 68 ёшгача бўлган себореяли дерматитли 121 нафар беморни текширдик. Барча беморларда клиник, микробиологик, ИФА ва статистик текшириш ишларини олиб бордик. D витамини кўрсаткичи қон зардобида оч қорнига иммунохемолюминесцент (ИХЛА) ёрдамида аниқланди.

Тадқиқот натижалари. Клиник ва ИФА текшириш ишлари шуни кўрсатдики, 121 нафар беморнинг 78 нафарида D витамини даражаси пасайиши кузатилди ва бу 64,5 % ташкил этди. 78 нафар беморлар орасида 46 таси аёл ва 31 таси эркак бор эди. Оғирлик даражаси бўйича, SEDASI индексини ҳисобга олган ҳолда, 78 (29,5%) беморларнинг 23 нафарида енгил, 31 (39,7%) нафарида – ўртача оғирликда ва 24 (30,7%) нафарида оғир даражали ташхис қўйилди.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, қон зардобида назорат гуруҳида D витамини миқдори ўртача ҳолатда 35,2 + 0,6 нг/мл ни ташкил этган бўлса, себореяли дерматит билан оғриган умумий гуруҳдаги беморларда D витамини кўрсаткичи ўрта ҳисобда 21,8 + 0,8 нг/мл ни қайд этди ва бу кўрсаткичнинг назорат гурухига нисбатан 1,6 мартага сезиларли даражада пасайишини кўрсатади ($P < 0,05$).

SEDASI индекси бўйича оғирлик даражасини ҳисобга олган ҳолда, енгил оғирлик билан D витамини даражаси ўртача 25,3 + 0,8 нг/мл ни ташкил этди, бу соғлом одамларга нисбатан 1,4 баравар паст ($P < 0,05$). Ўртача оғирликда D витамини даражаси ўртача 20,6 + 0,9 нг/мл ни ташкил этди, бу назорат соғлом шахслар кўрсаткичлари билан солиштирганда 1,7 бараварга камайди ва енгил даражадаги беморларга нисбатан 1,2 баравар паст. Олинган маълумотлар статистик аҳамиятга эга эди. ($P < 0,05$). Ва оғир СД билан оғриган беморларда қон зардобидаги D витамини даражаси соғлом одамларга нисбатан 1,8 бараварга камайди ва ўртача 19,6 ± 0,9 нг/мл ($P < 0,05$) ва енгил оғирликдаги беморларга нисбатан 1,3 баравар паст бўлди ($P < 0,05$).

Хулоса. Олинган маълумотлар шуни кўрсатадики, D витамини даражасининг пасайиши СД билан оғриган беморларда терида шартли-патоген микроорганизмлар ифлосланишининг кучайишига ёрдам беради, бу дерматознинг патогенези ва клиник курсининг кучайишида етакчи роль ўйнаши мумкин. Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда, D витамини етишмовчилиги себореяли дерматит билан оғриган беморларда шартли – патоген микроорганизмларининг ёки унинг суперантигенлари келтириб чиқарадиган тери суперинфекциясининг ривожланишига олиб келиш мумкин эҳтимолини билдиради.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА

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

Аллергические заболевания кожи: атопический дерматит, токсидермия, крапивница, аллергический контактный дерматит, себорейный дерматит и т.д., являются одной из актуальных проблем современной медицины. Значимость проблемы определяется высоким ростом заболеваемости, широким распространением среди различных возрастных групп населения, хроническим течением патологического процесса, учащением рецидивирующих и осложненных форм, сопровождающихся множеством сопутствующей патологии, ростом инвалидизирующих форм заболевания, а также развитием резистентных к традиционным методам терапии форм дерматоза.

Цель исследования. Изучить клинико-микробиологические особенности у больных различными формами аллергодерматозов.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 135 пациентов с аллергическими заболеваниями кожи в возрасте от 5 до 78 лет. Оценка клинической характеристики аллергических заболеваний кожи (АлД): проводилась с учетом возраста, пола, давности основного заболевания. Из них женщин 74 (54,8 %), мужчин – 61 (45,1 %). По клиническим формам заболевания пациентов аллергическим дерматитом составило – 51 (37,03 %), атопическим дерматитом – 49 (36,3 %) больных и себорейным дерматитом – 35 (26,0 %). Результаты микробиологических исследований показали, что среди 135 больных аллергодерматозами у 123 больных на коже были высеяны условно-патогенные микроорганизмы staphylococcus spp., что составило 91,1 % случаев. По видовой идентификации среди стафилококков наиболее часто высевалась патогенная флора St.Aureus – 78,5 % с высокой колонизацией –1741,9±4,1 КОЕ/см² по сравнению с контрольной здоровой группой ($p<0,05$).

Результаты исследования. Клинико-микробиологические исследования кожи очагов поражения у 135 больных аллергическими заболеваниями кожи показали высокую высеваемость staphylococcus spp. у 123, что составило 91,1 % случаев. С учетом видовой идентификации наиболее часто высевалась патогенная форма – St. Aureus – в 78,5 %. В зависимости от клинической формы в группе больных аллергодерматитами St. Aureus выявлялся чаще у пациентов с атопическим дерматитом и аллергическим дерматитом соответственно (81,4 % и 71,8 % случаев).

ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ЖЕНЩИН

К.М. МУХАМАДИЕВА, М.С. ВАЛИЕВА

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

Актуальность. Келоидные рубцы в 60–85 % случаев встречаются у лиц женского пола, что, возможно, связано с гиперандрогенией, которая наблюдается у 15–30 % женщин репродуктивного возраста (Thompson L.D., 2004, Bayat A., 2005, Ледина А.В., 2016).

Цель исследования. Оценка эффективности терапии келоидных рубцов у женщин с учетом гормонального статуса.

Материал и методы исследования. Обследовали 118 лиц женского пола с келоидными рубцами в возрасте 18–30 лет: Основная группа – 68 пациентов (35 – с «истинными» и 33 – с «ложными» келоидами), контрольная – 50 пациентов (30 – с «истинными» и 20 – с «ложными» келоидами). Определяли уровень гормонов в крови (ФСГ, ЛГ, эстрадиол, тестостерон, прогестерон, дегидроэпиандростерон сульфат, кортизол), выявляли SAHA синдрома. В обеих группах пациенты получали физиотерапию и криодеструкцию, а в основной группе данная терапия комбинировалась с цикловым приемом препарата Дроспиренон и внутрирубцовым введением Кеналога 1 раз в месяц на протяжении 12 месяцев.

Результаты исследования. Из 118 обследованных пациентов сочетание рубцов с андрогензависимыми дермопатиями наблюдалось у 65 (100 %; 65) пациенток с «истинными» и у 40 (75,5 %; 53) – с «ложными» келоидами. Нарушения гормонального фона выявлены у 57 (87,7 %; 65) женщин с «истинными» и у 29 (54,7 %; 53) – с «ложными» келоидами. После проведенного лечения отличный результат наблюдался у 21 (60,0 %; 35) больной с «истинными» келоидами основной группы и у 7 (23,3 %; 30) пациенток контрольной группы. В группе пациенток с «ложными» келоидами в основной группе отличный результат наблюдался в 1,6 раза чаще, чем в контрольной группе и составил 18 (54,5 %; 33) против 7 (35,0 %; 20) случаев.

Выводы. Предложенный метод комбинированной терапии келоидов с учетом гормонального фона женщин улучшает эффективность проведенной терапии в 2,6 раза при лечении «истинных» келоидных рубцов и в 1,6 раза при лечении «ложных» келоидов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА Д В ТЕРАПИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

К.М. МУХАМАДИЕВА

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

Актуальность Дефицит витамина Д сопровождается угнетением общей антиоксидантной активности организма, что приводит к поддержанию аутоиммунного воспаления при гнездной алопеции (ГА) (Николаева Т. В., 2017).

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность витамина Д в комплексной терапии детей с гнездной алопецией и его влияние на состояние их антиоксидантной системы.

Материал и методы исследования. Обследовали 95 детей с гнездной алопецией в возрасте 10–15 лет. В основной группе (50) больные получали комплексную терапию, включающую препарат Аквадетрим (холекальциферол), а в контрольной (45) – традиционную терапию. Сывороточный уровень 25(OH)D исследовался методом иммунохемолюминисцентного анализа 25(OH)D ROSH. Состояние АОС оценивали по уровню содержания диеновых конъюгатов и малонового диальдегида по отношению к показателям активности каталазы и аскорбиновой кислоты.

Результаты исследования. Из 50 больных основной группы выраженный дефицит витамина Д был выявлен у 25 (50,0 %) больных, дефицит витамина Д – у 16 (32,0 %), недостаточность – у 9 (18,0 %) больных. Из 45 больных контрольной группы выраженный дефицит витамина Д выявлен у 19 (42,2 %), дефицит – у 14 (31,1 %) больных, недостаточность – у 12 (26,7 %) обследуемых детей. В основной группе больных компенсаторное состояние АОС выявлено у 29 (58,0 %; 50) больных, истощение процессов АОС у 17 (34,0 %; 50), нормальное состояние – у 4 (8,0 %; 50), а в контрольной группе данные состояния наблюдались соответственно у 31 (68,9 %; 45), 9 (20,0 %; 45) и 5 (11,1 %; 45) больных. Через 8 недель терапии показатели ПОЛ и АОС восстановились у 37 (74,0 %; 50) больных основной и у 24 (53,3 %; 45) – контрольной группы. Клиническое выздоровление выявлено у 35 (70,0 %; 50) больных основной группы и в 21 (46,6 %; 45) случае в контрольной группе.

Выводы. Применение витамина Д в 74,0 % случаях приводит к восстановлению состояния антиоксидантной системы и в 70,0 % – улучшает результаты терапии детей с гнездной алопецией.

СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗАХ

Б.И. МУХАМЕДОВ[1], Э.В. КОЛДАРОВА[2], Н.С. ИБРАГИМОВА[1]

Ташкентский государственный стоматологический институт[1]; «Asmo clinic»[2]

Полость рта – это уникальная экологическая ниша для различных представителей микрофлоры, согласно последним данным в ней насчитывают около 800 видов прокариот, простейших и грибов. Учитывая ассоциативный характер «микробного пейзажа» при различных патологических процессах в полости рта, закономерно возникает вопрос о роли отдельных представителей микрофлоры в развитии и течении заболевания.

Цель исследования. Изучить количественный и качественный состав микрофлоры ротовой жидкости и местные факторы защиты у больных, страдающих 3 дермапатологиями, таких как псориаз, экзема и дерматиты.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовали 206 больных, у которых были проведены микробиологические и иммунологические исследования. Все больные были распределены на 4 группы: первую группу из 15 человек составили здоровые лица (контрольная группа); вторую группу – 136 больных псориазом; третью группу – 30 больных экземой; четвертую группу – 40 больных с дерматитом.

Результаты исследования. Изучение количественного и качественного состава флоры ротовой жидкости выявило, что у больных, страдающих псориазом, отмечена следующая тенденция: анаэробная флора в большинстве своем снизилась в количестве – 6,30 ± 0,3 (при норме 7,65 ± 0,43 M+m/КОЕ/мл), в то же время аэробная флора несколько возросла – 7,60 ± 0,4 (при норме 6,15 ± 0,31). Следует отметить то, что у этих больных начали высеваться патогенные стафилококки (2,11 ± 0,1) и эшерихии (1,60 ± 0,1). Ведь не секрет, именно эти микробы богаты ферментами патогенности, что видимо позволит им опреде-

лить мониторинг течения болезни. У больных, страдающих дерматитами (6,0±0,3 – анаэробная флора и 7,0±0,3 – аэробная флора), отмечались те же изменения, что и у больных псориазом, но они были менее выражены. Наиболее выраженные количественные параметры по микрофлоре полости рта были отмечены у больных, страдающих экземой. Так, анаэробная флора достоверно снизилась (5,65±0,2), при этом особенно снизилась высеваемость лактобактерии – 3,60±0,1 (при норме 5,85±0,15). Достоверно возросла высеваемость факультативной группы микробов, среди которых больше всех изменение в сторону увеличения отмечено у Str. mitis и mutans. Наиболее опасно то, что достоверно возросло количество патогенных стафилококков (3,10±0,2) и грамотрицательная флора, которая и определяет переход в хроническое течение этой болезни.

У большинства обследуемых больных, наряду с микробиологическими исследованиями, были проведены иммунологические тесты с изучением местных факторов защиты полости рта, таких как уровень лизоцима при норме 18,6±0,5 – у больных с псориазом (16,0±0,3); дерматитом (14,0±0,2); экземой (12,0±0,2); фагоцитарный показатель лейкоцитов при норме 56,5±2,3 – у больных с псориазом (52,0±2,1); дерматитом (46,0±2,0); экземой (48,1±2,0); титр секреторной фракции иммуноглобулина А (s Ig A) в ротовой жидкости при норме 2,0±0,2 – у больных с псориазом (1,80±0,1); дерматитом (1,70±0,1); экземой (1,65±0,1). Фактически во всех трех группах болезней отмечен иммунодефицит, но при этом он наиболее выражен у больных экземой, а наименее отмечен у больных псориазом.

Вывод. У всех обследованных больных было выявлено развитие дисбиотических процессов, характерной особенностью которых является снижение количественных параметров анаэробов, но возрастание количества факультативной флоры; по результатам иммунологических исследований отмечалось развитие вторичного иммунодефицита по всем изученным параметрам. У всех больных, страдающих псориазом, дерматитом и экземой, отмечалась положительная корреляция между микробиологическими и иммунологическими исследованиями.

ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ФОРМА САРКОМЫ КАПОШИ У БОЛЬНОГО С ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ *(Клинический случай)*

Б.И. МУХАМЕДОВ[1], Э.В. КОЛДАРОВА[2], А.Ш. АЛИЕВ[3]

Ташкентский государственный стоматологический институт[1];
«Asmo clinic» [2];
Ташкентская медицинская академия[3]

Актуальность. Саркома Капоши (СК) – системная многоочаговая опухоль эндотелиального генеза с преимущественным поражением кожи, лимфатических узлов и внутренних органов. В настоящее время различают 4 варианта СК, имеющие своеобразные эпидемиологические характеристики и клиническое течение, но обладающие сопоставимыми гистопатологическими признаками. Иммуносупрессивная СК, развивающаяся под воздействием иммуносупрессивной терапии различного генеза – чаще всего встречается после трансплантации различных органов. Высыпания локализуются на стопах, боковых поверхностях голеней, кистях. Очаги поражения обычно симметричные, чаще характеризуются бессимптомным течением, иногда проявляются зудом и жжением. Границы очагов, как правило, четкие. Течение СК может быть острым, подострым и хроническим. Продолжительность жизни при ней составляет от 2 мес. до 2 лет.

Клинический случай. Больной С., 73 лет, получавший на протяжении 6 лет регулярное стационарное лечение по поводу вульгарной пузырчатки, после очередной госпитализации был выписан на 11 таблетках (55 мг/сут) преднизолона с постепенным титрованием дозы. При снижении дозы преднизолона до 20 мг/сут отметил появление высыпаний на левой стопе, отечность и болезненность. Был осмотрен хирургом по месту жительства, где с подозрением на флегмону был сделан надрез. Со слов, каких-либо признаков флегмонозного воспаления выявлено не было. Через 1 неделю на обеих ногах стали появляться багровые пятна, постепенно увеличивающиеся в размере. Через 1 месяц появились аналогичные высыпания на теле, болезненность, слабость, невозможность самостоятельно передвигаться, в связи с чем больной обратился в Республиканскую кожно-венерологическую клиническую больницу Министерства здравоохранения Республики Узбекистан. Status preasens: Общее состояние средней тяжести. Больной лежачий, самостоятельно не передвигается. Гиперстенического типа телосложения. При аускультации в легких выслушивается жесткое дыхание, единичные хрипы. Границы сердца отклонены влево. Стул – отмечается склонность к запорам. Status localis*:* Кожный патологический процесс носит

распространенный, симметричный, хронический воспалительный характер. Локализован на коже нижних и верхних конечностей, передней и задней поверхности туловища. Элементы поражения представлены папулами, бляшками, узлами от 1 до 5 см в диаметре, синюшно-красной окраски, полушаровидной формы с резкими границами, округлых очертаний, в некоторых местах покрытые небольшим количеством чешуек. Поверхность их неровная, бугристая. Нижние конечности отёчны, кожа инфильтрирована. На стопах отмечаются узлы синюшно-багрового оттенка, с изъязвленной поверхностью, множественные эрозии, язвы с гнойным отделяемым. Отмечается специфический гнилостный запах. Видимые слизистые свободны от высыпаний. Субъективно больного беспокоит умеренная болезненность в области высыпаний. Высыпаний, говорящих за пузырчатку у больного, не наблюдалось. В ОАК выявлена гипохромная анемия; в ОАМ – следы белка, соли мочевой кислоты. Биохимический анализ крови – без патологии. Анализ на ВИЧ – отрицательный. В имммунограмме отмечается снижение относительных и абсолютных значений общего пула Т-лимфоцитов, дисбаланс иммунорегуляторных популяций Т-лимфоцитов. ИРИ подавлен. Повышено число естественных киллеров. Уровень СД 4 – 315 (N-580–1110). Для уточнения клинического диагноза с согласия больного была произведена диагностическая биопсия кожи с очага поражения в области голени. Выявлен незначительный гиперкератоз, местами отслойка рогового слоя, незначительный акантоз, зернистый слой без особенностей. В дерме отмечаются хаотичные пролифераты щелевидных и широкопросветных капилляров представленными атипичными тонкостенными сосудами. В средней трети дермы скопление веретенообразных клеток, отложение гемосидерина, коллагеновые волокна местами фиброзно изменены. Придатки кожи не определяются. Заключение: Саркома Капоши, ангиоматозный тип. На основании жалоб, анамнеза, результата биопсии был выставлен диагноз: Саркома Капоши генерализованная форма иммуносупрессивный тип. После постановки окончательного диагноза и консультации онколога был переведен в Республиканский Центр онкологии для дальнейшего лечения. Однако спустя 5 месяцев на фоне прогрессирования процесса пациент скончался.

Вывод. Учитывая литературные данные, иммуносупрессивный тип СК может возникнуть при длительном применении ГКС, а пусковым механизмом в быстром прогрессировании процесса у нашего больного возможно стала хирургическая манипуляция, после которой со слов больного буквально каждый день стали появляться синюшные пятна сначала на ногах, а затем постепенно по всему телу. Недостаточная эффективность диагностики различных типов и форм СК, отсутствие учета стадии заболевания, распространенности патологического процесса, степени иммуносупрессии, выраженности побочных эффектов от проводимой терапии оставляет это заболевание на сегодняшний момент серьёзной междисциплинарной проблемой, с которой сталкиваются не только дерматологи, онкологи, ревматологи, но и врачи других специальностей. При комплексном подходе в диагностике и лечении СК возможно эффективно контролировать опухолевый процесс, что позволяет добиться достаточно продолжительной ремиссии, а в некоторых случаях и полного регресса патологического процесса.

ПСОРИАЗ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ

Л.Р. МУХАНОВА, З.С. ДЖЕТПИСБАЕВА

Медицинский университет Астана, г. Нур-Султан

В последнее десятилетие наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости псориазом детей раннего дошкольного, дошкольного и школьного возраста. Как и у взрослых, факторами, приводящими к развитию заболевания, являются: наследственность, стресс, в редких случаях начало заболевания может быть спонтанным. В Республике Казахстан, по данным официальной статистики, на 2021 год количество детей (0–14 лет) – 679, подростков (15–17 лет) – 337 случаев. Обращает на себя внимание, что показатели растут среди впервые выявленных, что отражается на общей численности всех больных.

Цель работы. Изучить клинические формы и особенности клинического течения псориаза у детей, оценить значимость триггеров заболевания у пациентов с псориазом детского возраста.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 11 пациентов с псориазом в возрасте от 3 до 16 лет, среди них 4 мальчика и 7 девочек, которые находились на стационарном лечении в КГОН№3 МГБ3 с октября 2021 по июнь 2022 г. Степень распространенности и тяжести течения оценивалась с помощью индекса PASI (показатель выраженности симптомов псориаза: эритемы, инфильтрации и шелушения с учетом площади поражения). Обследование включало: дерматологические обследования и дерматоскопию, клинические и биохимические исследования, иммунологические

методы, серологические исследования для исключения сифилиса и ВИЧ-инфекции, обнаружение вируса герпеса в биологическом материале методом ПЦР, ПЦР-тест на COVID-19, ФГДС, КТ. Консультация других специалистов.

Результаты исследования. В результате обследования преобладали клинические формы: инфильтративно-бляшечная (63,6 %) и каплевидная (36,4 %). У всех пациентов при поступлении диагностирована прогрессирующая стадия заболевания. У 8 детей зафиксировано поражение ногтей. Непрерывно-рецидивирующая форма псориаза диагностирована у 4 детей.

Установлена зависимость между возрастом и показателем индекса PASI: чем младше возраст пациента, тем выше показатель индекса. В среднем индекс PASI у пациентов с инфильтративно-бляшечной формой – 28,6, с каплевидной формой индекс составил 23,4. Выявленные триггеры: отягощенная наследственность, стресс, перенесенная стрептококковая инфекция.

Обсуждение. Отмечается факт начала заболевания преимущественно среди детей раннего дошкольного возраста; у детей младшего возраста преобладает инфильтративно-бляшечная форма заболевания. Среди особенностей течения псориаза у детей выявлено: острое начало, быстрое распространение кожного патологического процесса, раннее вовлечение ногтевых пластинок на руках и ногах. У 81 % детей высыпания локализовались преимущественно на лице и волосистой части головы.

Особенностью заболевания у этих детей были: ярко выраженный эритематозный кожный процесс с инфильтрацией и крупнопластинчатым шелушением. К моменту выписки пациентов индекс PASI пришел в норму, то есть уменьшился на 50–65 %. Хорошо отвечали на терапию дети старшего возраста: у них зуд проходил быстрее, кожные покровы очищались за меньший промежуток времени. У детей младшего возраста высыпания характеризуются более яркой эритемой, у подростков же – инфильтрацией. При множестве факторов риска можем отметить, что для начала заболевания превалируют наследственные факторы (были у 72 % детей).

Выводы. Таким образом, факторы риска имеют большое значение в развитии заболевания и их значимость возрастает в несколько раз при наличии генетической предрасположенности, выраженной реактивности иммунной системы, при одновременном или же последовательном их влиянии. Учитывая знания триггеров, можно профилактировать и отсрочить манифестацию заболевания или его прогрессирование.

АНЕДОДЕРМИЯ

И.Б. НУРМАТОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Анетодермия (пятнистая атрофия кожи) рассматривается как один из видов атрофии кожи. Считается, что в основе данного заболевания лежат нарушения нейроэндокринной системы. Наиболее часто заболевание встречается у молодых женщин. Для клиницистов необходимо выделять следующие типы анетодермии: тип Ядассона (очаги атрофии, возникающие после эритемы); тип Пеллицари (на месте уртикаро-отечных элементов); тип Швеннингера-Буцци (на неизмененной коже).

Приводится наблюдение за 5 случаями данного дерматоза, у которых заболевание развилось в возрастном периоде от 16 до 27 лет. Точно установить длительность заболевания не представлялось возможным, так как начальные проявления дерматоза были незаметны и обращение к врачу-дерматологу было лишь при образовании сформировавшихся очагов анетодермии. У 3 из 5 пациенток смогли установить появление эритематозных очагов, которые были расценены как явления контактного дерматита. В большинстве случаев очаги анетодермии, а это своеобразные участки атрофии кожи, довольно мелких размеров (до 1 см), располагались на туловище и верхних конечностях. Очаги поражения имели блестящий, белесоватый оттенок, внешне напоминающие смятую папиросную бумагу. Патогмоничным симптомом анетодермии является грыжеподобное выпячивание очага поражения и ощущение пустоты при надавливании на него. Субъективные ощущения во всех клинических наблюдениях практически отсутствовали. Во всех случаях диагноз подтверждался данными гистологического исследования, при котором отмечалась незначительная атрофия эпидермиса, периваскулярные, лимфоцитарные инфильтраты вокруг сосудов и исчезновение эластических соединительно-тканных волокон, при сохранении коллагеновых тканей.

При дифференциальной диагностике необходимо учитывать некоторую схожесть клинических проявлений анетодермии с такими заболеваниями, как атрофическая форма красного плоского лишая, очаговая склеродермия, узелковый амилоидоз кожи и, конечно, нейрофиброматоз по грыжевидным выпячиваниям.

При лечении больных с анетодермией были применены вазопротекторные и противовоспалительные средства, а также системная энзимотерапия, сочетающаяся с физиотерапевтическими процедурами (озонотерапия, электрофорез и др.).

ВЕРРУЦИФОРМНАЯ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИЯ ЛЕВАНДОВСКОГО-ЛЮТЦА

И.Б. НУРМАТОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Верруциформная дисплазия (ВД) является редким заболеванием, которое характеризуется образованием распространенных полиморфных высыпаний, напоминающих бородавки и имеющих наклонность к злокачественному перерождению. Заболевание возникает под воздействием генетических, иммунных и вирусных (папиллома человека 3,5,8–10,14 типов) факторов.

Под нашим наблюдением находилось 8 больных (3 мальчиков, 5 девочек) в возрасте от 3 до 11 лет. У 5 детей проявления наблюдались уже с рождения, у остальных 3 детей бородавчатые разрастания появились в первые 2 года жизни. Все высыпания имели унилатеральный характер, причем элементы появлялись в верхних частях тела, а затем спускались в сторону нижних конечностей. Узелковые элементы имели размеры от просяного зерна до чечевицы. Границы высыпаний четкие и имели коричневатый цвет, по своей консистенции элементы сыпи имели более полную характеристику, нежели видимо здоровая кожа. Местами на очагах травматизации высыпаний они приобретали бородавчатый характер, причем располагаясь линейно (изоморфная реакция Кебнера). Особенностью высыпаний на лице были отмечены более плоские элементы, клинически напоминающие плоские бородавки. На отдельных участках у 3 пациентов были выделены очаги бляшечного характера, располагавшиеся на тыльной поверхности кистей и стоп. У двух девочек проявления ВД сочетались с поражениями в виде гиперкератоза ладоней и подошв. Субъективные ощущения у всех наблюдаемых пациентов практически отсутствовали. При проведении гистологических исследований общими признаками являлись: гиперкератоз, паракератоз, акантоз и вакуольная дегенерация зернистого и шиповидного слоев эпидермиса. После установления клинического диагноза и проведения соответствующих лабораторных исследований (иммунологических и вирусологических) пациентам с ВД назначали стандартное лечение, включающее противовирусные и иммуномодулирующие средства (гропринозин), витамин Д и микроэлементы (окись цинка), а также наружные средства с исключением деструктивной терапии.

Как правило, диагностика особых затруднений не вызывает. Прогноз заболевания для выздоровления всегда неблагоприятный. Необходимо согласиться с мнением дерматологов о том, что ВД необходимо рассматривать как самостоятельное заболевание, относящееся к прекарциноматозным невоидным дерматозам.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, С.И. ЮНУСОВА

Андижанский государственный медицинский институт

Цель и задача исследования. Изучить функциональное состояние гипофизарной системы у пациенток атопическим дерматитом (АД) на фоне иглорефлексотерапии.

Материалы и методы исследования. У 34 больных АД в возрасте от 18 до 30 лет было изучено функциональное состояние гипофизарной системы, на основании исследования содержания в плазме крови в обеих фазах менструального цикла фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютенизирующего (ЛГ) гормонов. ФСГ и ЛГ исследовали радиоиммунологическим методом с помощью коммерческих наборов фирмы «Yea-Jre-Sorin» (Франция).

Контролем служили результаты исследования 12 практически здоровых женщин того же возраста.

Результаты исследования. 23 пациентки без клинических признаков дисфункции составляли 1 группу, 11 с клиническими признаками дисфункции 2 группу.

Концентрация ЛГ у всех больных в период обострения заболевания была достоверно снижена как в фолликулиновой (I группа больных 5,91±0,43 мМЕ/мл; II группа 3,6±0,62 мМЕ/мл; контроль 16,1±4,8 мМЕ/мл), так и в лютеиновой (I группа 5,76±0,51 мМЕ/мл, II группа 6,0±0,79 мМЕ/мл, контроль 12,8±2,9 мМЕ/мл) фазе менструального цикла, а в период ремиссии повышалась как в фолликулиновой (I группа 9,79±0,78 мМЕ/мл, II группа 8,16±0,95 мМЕ/мл), так и в лютеиновой фазе (I группа 8,34±0,66 мМЕ/мл, II группа 7,86±0,84 мМЕ/мл), но не достигла уровня контрольной группы.

Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении АД достоверно не отличалась от нормы (I группа 18,26±1,38 мМЕ/мл, II группа 18,76± 2,07 мМЕ/мл, контроль 14,2±5,1 мМЕ/мл), а в период ремиссии наблюдалось незначительное увеличение (I группа 22,03±1,44 мМЕ/мл, II группа 22,61±3,74 мМЕ/мл). В лютеиновой фазе уровень ФСГ в период обострения АД достоверно превышал норму (I группа 11,8±0,85 мМЕ/мл, II группа 10,72±0,74 мМЕ/мл, контроль 7,5±1,5 мМЕ/мл), а в период ремиссии ещё более возрастал (I группа 13,38±1,27 мМЕ/мл, II группа 15,29±1,78 мМЕ/мл).

Выводы. У больных АД дисфункция гипофизарной системы проявляется недостаточностью регуляторных механизмов стероидогенеза.

ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ, СВЯЗАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ

О.В. ПАНКРАТОВ[1], Ю.Ю. ПАНКРАТОВА[2]

Белорусская медицинская академия последипломного образования, Минск[1];
Белорусский государственный медицинский университет, Минск[2]

Беременность связана со сложными эндокринологическими, иммунологическими, метаболическими и сосудистыми изменениями, которые могут по-разному влиять на кожу. Изменения кожи у беременной можно разделить на физиологические состояния, общие дерматозы и специфические дерматозы, связанные с беременностью.

Физиологические изменения кожи, связанные с беременностью: пигментация, изменения соединительной ткани, сосудистые изменения, изменение интенсивности потоотделения, изменения слизистой оболочки полости рта, влияние на рост волос, изменения ногтей [1].

Кандидоз может прогрессировать во время беременности, половина новорожденных от больных матерей имеют признаки инфекции. Малассеиоз кожи чаще возникает во время беременности.

Системная красная волчанка (СКВ) в фазе ремиссии при беременности не прогрессирует, в активной фазе – ухудшение течения заболевания. Склеродермия обычно улучшается во время беременности. Склероатрофический лихен обычно не мешает забеременеть или вагинальным родам. Из-за гормональных изменений некоторые женщины замечают улучшение во время беременности. Дерматомиозит протекает без изменений [2].

При поздней кожной порфирии, энтеропатическом акродерматите, как правило, наблюдаются биохимические и клинические нарушения [3]. Гидраденит и болезнь Фокса-Фордайса улучшаются в результате снижения активности апокринных желез [2].

Течение псориаза может как улучшиться, так и ухудшиться во время беременности. Псориатический артрит всегда ухудшается.

Меланома, развивающаяся во время беременности, имеет неблагоприятный прогноз. Если беременность наступает после резекции опухоли, прогноз благоприятный. Течение нейрофиброматоза ухудшается, могут возникать манифестации, риск разрыва сосудов [2].

Дерматозы беременных представляют собой гетерогенную группу воспалительных заболеваний кожи, связанных с беременностью и/или послеродовым периодом [4].

В то время как некоторые дерматозы беспокоят только мать из-за сильного зуда, другие связаны с риском для плода, включая дистресс плода, недоношенность и мертворождение.

Предложена новая классификация этих специфических дерматозов беременных [5], включающая следующие заболевания: пемфигоид беременных, полиморфные высыпания беременных, внутрипеченочный холестаз беременных, атопические высыпания беременных.

В ходе презентации будут обсуждаться вопросы кожных изменений у беременных, прогноз, влияние на плод и тактика ведения пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Kroumpouzos G., Cohen L.M. Dermatoses of pregnancy. J Am Acad Dermatol. 2001 Jul; 45(1): 1–19.
2. Vora R.V., Gupta R., Mehta M.J. et al. Pregnancy and Skin. J Family Med Prim Care. 2014 Oct-Dec; 3(4): 318–324.
3. Perez-Maldonado A, Kurban AK. Metabolic diseases and pregnancy. Clin Dermatol. 2006; 24: 88–90.
4. Pãunescu M.-M., Feier V., Pãunescu M. et. al. Dermatoses of pregnancy. Acta Dermatoven APA, 2008; 17(1): 4–11.
5. Ambros-Rudolph C.M., Müllegger R.R., Vaughan Jones S.A., et al. The specific dermatoses of pregnancy revisited and reclassified: results of a retrospective two-centre study on 505 pregnant patients. J Am Acad Dermatol. 2006; 54: 395–404.

АКТИВНЫЙ УХОД ЗА КОЖЕЙ В МЕЖРЕЦИДИВНЫЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

А.И. ПОЛИЩУК[1], Н.В. ЗИЛЬБЕРБЕРГ[1], М.М. КОХАН[1], Т.Г. ХОНИНА[2]

ГБУ СО УрНИИДВиИ[1];
ИОС им. И.Я. Постовского УрО РАН, г. Екатеринбург[2]

Азелаиновая кислота (АК) является перспективным выбором для активного ухода за кожей при акне, так как возможно использование препаратов АК при различных формах заболевания; вещество не кумулирует и не оказывает системного, тератогенного или мутагенного воздействия; отсутствуют лекарственная устойчивость к АК у бактерий; фотосенсибилизация. АК может использоваться в качестве средства поддерживающей терапии при достижении клинического эффекта при любой степени акне, а также с целью снижения риска возникновения пятен постакне.

Помимо положительных свойств, препараты АК имеют и побочные эффекты, снижающие приверженность пациентов к терапии: жжение в месте аппликации, покалывание, зуд, сухость кожи. Данные эффекты дозозависимы, что в совокупности с необходимостью достаточной концентрации АК для создания эффективного количества в коже и ее придатках (15,0–20,0 %) представляет собой проблему. Повышение интракутанной доставки АК в сальные железы и эпидермис за счет применения трансдермальных проводников может обеспечить эффективное воздействие при более низком содержании АК. Один из таких проводников — кремнийорганический глицерогидрогель (КГГ) – нетоксичен, обладает противомикробным действием, способностью предохранять ткани от высыхания и отека, повышать их оксигенацию, стимулирует пролиферативно-репаративные процессы в тканях, проявляет противовоспалительную, ранозаживляющую, регенерирующую и интракутанную активность. Высокая интракутанная активность КГГ усиливает эффективность действующего агента и снижает риск возникновения дозозависимых побочных эффектов.

ГБУ СО УрНИИДВиИ и ИОС им. И.Я. Постовского УрО РАН было разработано наружное средство, содержащее АК на базе КГГ. Разработанный компонентный состав нового средства показал высокие результаты в бактериологических исследованиях, тестах на совместимость, показана хорошая переносимость и низкое число побочных явлений. Проведено открытое одноцентровое контролируемое рандомизированное клиническое исследование эффективности и безопасности применения разработанного нового наружного средства с АК и КГГ в межрецидивный период у больных акне. В исследовании приняли участие 59 пациентов с акне в возрасте 18–33 лет. Пациентами 1 группы использовалось новое наружное средство 2 раза в день в течение 6 недель. Больным 2 группы рекомендовали стандартный уход с использованием иных нерецептурных наружных средств в течение 6 недель. В дальнейшем пациенты обеих групп применяли новое наружное средство с 7-й по 12-ю неделю.

Сравнение показателей у больных 1 группы выявило после 6 недель использования нового средства уменьшение выраженности акне на 46,7 % (ОТУ) и снижение ВАШ на 31,7 % по сравнению с таковым до начала исследования. У пациентов с акне из 2 группы после 6 недель отмечено увеличение показателя ОТУ на 11,3 % по сравнению с исходным, а также повышение ВАШ на 5,5 % по сравнению с таковым до начала исследования. Сравнение показателей у больных акне 1 группы за период с 7-й по 12-ю неделю исследования, когда больные продолжали применять новое средство, установило уменьшение на 17,2 % выраженности акне (ОТУ) и достоверное снижение степени ВАШ на 22,2 % по сравнению с таковым в сроки 6 недель. У пациентов из 2 группы было установлено достоверное снижение показателя ОТУ на 26,7 %, а показатель ВАШ достоверно уменьшался на 32,6 % по сравнению с таковым в сроки первых 6 недель. Среди пациентов 1 группы после 12 недель использования нового средства число больных с IGA 0 и IGA 1 увеличилось с 8 до 23 (с 25,8 % до 74,2 %). Среди пациентов группы 2 число пациентов с показателем IGA 0 и IGA 1 до начала исследования было 12 (42,8 %), а после использования нового средства в течение 7–12 недель использования их количество увеличилось до 14 (50,0 %).

Таким образом, использование нового наружного средства с АК и КГГ является перспективным вариантом для выбора ухода в межрецидивный период у больных акне.

ОСНОВНЫЕ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Г.Б. ПЯГАЙ

Ташкентский государственный стоматологический институт

Проблема злокачественных онкологических заболеваний во всем мире приобретает все большее значение. Одним из основных путей профилактики данных заболеваний является целенаправленная эффективная работа с предраковыми заболеваниями. В дерматологии одним из наиболее распространенных таких заболеваний является актинический кератоз (АК), который, по мнению многих авторов, относится к облигатным заболеваниям, переходящим в плоскоклеточной рак кожи. В связи с этим, своевременная диагностика АК и правильное его лечение имеет особую актуальность. Нами были изучены дерматоскопические признаки 170 актинических очагов у больных различного пола и возраста. В обследовании участвовало 40 мужчин и 50 женщин в возрасте от 45 до 80 лет. Проанализированы 23 неспецифических признака, среди которых наиболее часто встречались следующие признаки: точечные сосуды в 93 % случаев, эритематозный фон в 90,5 % случаев, заметные мелкие окрашенные в белый или желтоватый цвет кожи пятна, соответствующие фолликулярным отверстиям различных размеров в 76 %, красная псевдосеть у 76 % больных, белый ореол вокруг фолликулярных отверстий и вокруг очага в 61 %, пробки желтоватые кератотические в расширенных волосяных фолликулах у 59 % больных, «клубничный паттерн» в 58 % случаев, розово-красная псевдосеть, созданная прямыми или волнистыми сосудами, окружающими волосяные фолликулы встречалась у 57 % больных. Наиболее редко встречающимися дерматоскопическими признаками были: клубочковые сосуды – 19 % случаев, сосуды скобки – 17 %, темно-коричневые прожилки, глобулы коричневые и угловые поверхностные коричневые линии встречались лишь в 16,4 %, а такой признак как древовидные сосуды в наших наблюдениях не встречался.

Таким образом, проведенное исследование показывает, что при АК встречаются практически все неспецифические дерматоскопические признаки, но чаще всего – сосудистый паттерн, представленный точечными сосудами и эритематозным фоном, более редко – пигментные признаки и практически не встречается такой признак как древовидные сосуды.

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ

Г.Б. ПЯГАЙ, Н.С. ИБРАГИМОВА

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время наблюдается рост онкологических заболеваний во всем мире. В дерматоонкологии наибольший рост злокачественных заболеваний обусловлен увеличением частоты встречаемости базальноклеточной карциномы и плоскоклеточного рака кожи, которые наблюдаются на открытых участках кожи. Следовательно, раннее выявление предраковых заболеваний и адекватное их лечение являются залогом успешного лечения данной категории больных. Одним из наиболее часто встречающихся предраковых заболеваний кожи является актинический кератоз. Нами были изучены группа пациентов с 170 очагами актинического кератоза. Клинически оценивались следующие признаки: эритема, пигментация, атрофия, шелушение, гиперкератоз, зуд кожи, изъязвление, кровоточивость и их выраженность при различных клинических формах заболевания. Выраженность данных клинических признаков мы оценивали слабо-, умеренно- и значительно выраженные. Исследование показало, что встречалось 6 клинических форм заболевания: эритематозная, гиперкератотическая, атрофическая, кожный рог, пигментированная и лихеноидная, и встречаемость, равно как и выраженность данных признаков, варьировала в зависимости от клинической формы заболевания. Наиболее часто нами были диагностированы эритематозная (47 %) и кератотическая (35,3 %) формы заболевания. Так, основным и резко выраженным симптомом при эритематозной форме являлась эритема, шелушение имело более умеренный характер, а при кератотической форме резко выраженными симптомами явились шелушение и гиперкератоз, выраженность пигментации была умеренной. Такие симптомы, как изъязвление нами были отмечены только в лихеноидной форме, а кровоточивость в данной выборке больных не встречалась.

НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАХИОНИХИЯ

Д.Т. РАВШАНОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Врожденная пахионихия (синдром Jadassohn-Lewandowsky, врожденный поликератоз Турена) проявляется утолщением ногтевых пластин (онихогрифоз), фолликулярным и ладонно-подошвенным кератозом, наряду с гипергидрозом, лейкоплакией и умственной отсталостью. Считается, что данный генодерматоз наследуется по аутосомно-доминантному и реже по аутосомно-рецессивному пути с неполной пенетрантностью генов. Выявлены мутации в генах кератина 6,16,17 типов, которые приводят к нарушениям стабильности промежуточных филаментов кератина. Заболевание, в первую очередь, характеризуется явлениями ониходистрофии по гипертрофическому типу, причем поражаются все ногтевые пластинки и развиваются паронихии с последующим отторжением ногтей. Характерны ладонно-подошвенная кератодермия, чаще очаговая и гипергидроз.

Приводим клиническое наблюдение

Больной А.Ш., 12 лет, житель Самаркандской области обратился в подологический кабинет Самаркандского ОКВД с жалобами на изменения всех ногтей рук и ног. Кроме того, беспокоят явления гиперкератоза на ладонях и подошвах. Считает себя больным со слов матери с 2-месячного возраста, когда были отмечены дистрофические изменения на отдельных ногтевых пластинках в виде изменения их окраски и утолщения (цвет от желтоватого до коричневого). Иногда вокруг ногтевых пластинок развивались явления паронихий. Поражение кожи ладоней и подошв стали появляться в 3-летнем возрасте, причем они всегда имели очаговый характер поражений. Было установлено, что были замечены явления фолликулярного гиперкератоза на коже туловища и разгибательной поверхности коленных и локтевых суставов, где определялись красные конусовидные кератотические папулы. Ребенок посещает специализированную школу, так как имеет определенную умственную отсталость, подтвержденную психиатром. Других каких-либо высыпаний на кожных покровах и видимых слизистых обнаружено не было. Гистологические исследования выявили гиперкератоз, особенно выраженный в области фолликулов, гранулез и акантоз. В дерме выявляли лимфогистиоцитарный инфильтрат вокруг сосудов. При лечении пациента были использованы витамин А (длительно), фолиевая кислота, общеукрепляющие и онихотропные средства. Наружно использовалась лазеротерапия и соответствующие методы ортониксии. Прогноз для выздоровления всегда неблагоприятный.

ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ПАТОГЕНЕЗА ИХТИОЗА

Д.Т. РАВШАНОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Ихтиозы являются наиболее распространенной формой кератозов, составляющей 80–95 % от всех форм генодерматозов. При ихтиозе происходят нарушения процессов транскрипции, что в свою очередь влияет на экспрессию профилларгрина, являющегося основным белком кератогиалиновых гранул, связывающих кератиновые филаменты. Помимо изменений у больных ихтиозом, регистрируемых на генетическом уровне, рассматриваются и другие факторы, приводящие к усугублению тяжести патологического кожного процесса и требующие обязательного вмешательства и коррекции. Так, например, актуальными считаются нарушения работы щитовидной железы, надпочечников, нервно-вегетативные дисфункции, гиповитаминоз А и др. Клинические проявления заболевания достаточно типичные и характеризуются в основном тремя основными компонентами: шелушением, фолликулярным гиперкератозом, гиперлинеарным рисунком ладоней. У большинства больных ихтиозом регистрируется диффузное поражение кожи на боковых поверхностях туловища и разгибательных поверхностях конечностей, в виде фолликулярных папул, с роговой чешуйкой на поверхности, роговых чешуек разного размера и цвета от белого до серовато-коричневого цвета. Часто наблюдается онихорексис и трахионихии. Волосы становятся тусклыми и ломкими. Помимо наследственных и приобретенных форм ихтиозов, отдельно

выделяют наследственные синдромы, сопровождающиеся ихтиозиформным состоянием кожных покровов: синдром Нетертона, синдром Рефсума, синдром Руда, синдром Шегрена-Ларсона, синдром Юнга-Вогеля, синдром Попова, причем отдельные синдромы были выделены и описаны из более чем 1,5 тыс. пациентов ихтиозом, зарегистрированных по республике. Диагностика ихтиозом основана на тщательном анализе анамнестических данных, гистологических исследованиях и проведении специальных лабораторных исследований (пренатальная диагностика Х-сцепленного ихтиоза, исследование мочи беременной на эстрогены, оценка иммунного статуса). Лечение больных ихтиозом остается сложной задачей, так как является симптоматическим и требует системного подхода на протяжении всей жизни пациента. Основными средствами общей терапии больных ихтиозом являются производные витамина А. В последние годы обсуждаются вопросы, связанные с гиперпролиферацией кератиноцитов и возможностью использования биологических препаратов при лечении данного генодерматоза.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ

Д.Т. РАВШАНОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Вульгарный ихтиоз заслуживает особого внимания, так как этиология и патогенез заболевания мало изучены. Это наиболее часто встречаемый генодерматоз в клинической практике и составляет до 95 % всех форм наследственных ихтиозов.

Цель исследования. Изучение содержания витамина Д у больных вульгарным ихтиозом. Под нашим наблюдением находилось 55 больных (мужчин 35, женщин 20) в возрасте от 7 до 29 лет. На основании клинических данных всем больным был выставлен диагноз вульгарный ихтиоз. Был составлен алгоритм проведения лабораторно-инструментальных методов диагностики, включая и исследование содержания витамина Д у больных вульгарным ихтиозом. Определение содержания 25ОН витамина Д проводили методом иммунохемолюминесцентного анализа (ИХЛА) на закрытом автоматическом анализаторе Autolumo A1000 и реактивах фирмы Autobio (Китай). Сыворотки крови пациентов, полученные с соблюдением требований к образцам, выделяли путем центрифугирования при 1500 об/мин в течение 10 мин, затем переносили в кюветы и размещали в специальном отсеке для образцов анализатора. Реакцию проводили после предварительной калибровки реактива и построения кривой, которая хранится в памяти анализатора. По окончании реакции результаты получали в виде индивидуальных ответов. Клинические проявления при вульгарном ихтиозе отличаются большой вариабельностью – от едва заметного шелушения до выраженных поражений с крупными, плотно прикрепленными чешуйками, поэтому принято выделять три степени тяжести обычного ихтиоза: минимальную (I), среднюю (II) и максимальную (III). У лиц контрольной группы ($n=22$) содержание витамина Д составило: 37,5±2,1 ng/ml, в то время как в общей группе больных ихтиозом ($n=55$) – 18,5±3,3 ng/ml при $p<0,05$, т.е. у больных вульгарным ихтиозом определяется дефицит витамина Д. С нарастанием тяжести ихтиоза выраженность дефицита витамина Д увеличивается: I – 24,1±1,9 ng/ml; II – 18,5±2,5 ng/ml; III – 10,7±1,1 ng/ml ($p<0,001$). Применение с целью коррекции выявленных нарушений со стороны содержания витамина Д препаратов с указанным витамином позволит влиять не только на кальциево-фосфорный гомеостаз, но и на нарушения иммунной системы, метаболический синдром, тесно связанные с гиперпролиферативными процессами в эпидермисе у больных ихтиозом.

ИНДИКАТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗАМ

Н.А. РАСУЛОВА, А.Б. РАХМАТОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

При псориазе встречаются индикаторы хронического воспаления, выраженность которых в определенной степени зависит от тяжести псориатического процесса. Изыскание доступных лабораторных тестов для диагностики выраженности аутоиммунного процесса у больных с различными формами псориаза является актуальным и практически значимым.

Цель исследования. Изучение концентрации аутоиммунных антител к нативной ДНК класса G в сыворотке крови у больных с различными формами псориаза.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 102 больных псориазом (мужчин 59, женщин 43) в возрасте от 20 до 55 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 20 лет. Были выделены следующие клинические формы псориаза: вульгарная – у 32 (31,4 %), экссудативная – у 18 (17,6 %), артропатическая – у 38 (37,3 %), эритродермическая – у 9 (8,8 %), пустулезная – у 5 (4,9 %) больных.

Концентрацию аутоиммунных антител (ААТ) класса G к одноцепочечной (ssDNA-IgG) и двухцепочечной (dsDNA-IgG) ДНК определяли в крови твердофазным иммуноферментным анализом с помощью набора реагентов «Векто-ds/ss ДНК-IgG». Контрольную группу составляли 22 практически здоровых лица, среди которых ssDNA составляла 22,8±1,07 МЕ/мл и dsDNA – 20,3±1,04 МЕ/мл.

Результаты исследования. У больных псориазом выявлено повышение частоты концентрации ААТ к нативной ДНК: dsDNA – 63,7 % (в контроле – 0 %); ssDNA – 23,5 % (в контроле – 4,5 %). Полученные данные указывают на наличие аутоиммунного процесса, лежащего в основе патогенеза псориаза. Анализ количественной характеристики аутоантител к нативной ДНК в сыворотке крови у больных псориазом выявил увеличение концентрации аутоиммунных антител класса G по сравнению с данными контрольной группы: dsDNA – 37,7±2,05 МЕ/мл и 20,3±1,04 МЕ/мл, соответственно при $p<0,01$; ssDNA – 26,1±1,8 МЕ/мл и 22,8±1,07 МЕ/мл, соответственно при $p<0,05$. При тяжелых формах псориаза отмечено более выраженное увеличение значений ААТ, что указывает на усиление аутоиммунных процессов и вовлечение в патологический процесс не только кожных покровов, но и других систем организма, в частности, суставного аппарата.

Вывод. Таким образом, анализ полученных данных показывает, что у больных псориазом наблюдается повышенная выявляемость ААТ класса G к нативной двухцепочечной ДНК (63,7 %), тогда как ААТ класса G к одноцепочечной ДНК составляла лишь 23,5 %. Полученные результаты свидетельствуют о развитии системного аутоиммунного процесса у больных псориазом, находящийся в прямой зависимости от клинической формы дерматоза. Предлагаемая методика может быть использована для прогнозирования течения псориатического процесса.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ EPTADERM В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

Н.А. РАСУЛОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Согласно клиническим протоколам по ведению больных псориазом, пациентам с установленным индексом PASI менее 10 баллов, используется только наружная терапия (различного класса наружные кортикостероидные препараты, ингибиторы кальциневрина, кальципотриол и др.). В этой связи представляет клинический интерес использование у больных псориазом наружного средства, содержащего мочевину.

Цель исследования. Изучение клинической оценки наружного средства Eptaderm при лечении больных с ладонно-подошвенным псориазом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 33 больных псориазом (мужчин 19, женщин 14) в возрасте от 20 до 45 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет. На основании клинических проявлений и анамнестических данных всем больным был выставлен диагноз ладонно-подошвенного псориаза. Из анамнеза было установлено, что практически все больные использовали разнообразные наружные средства. Следует указать, что данная форма псориаза отличается выраженным гиперкератозом и образованием глубоких и болезненных трещин, довольно часто кровоточащих. Получение ремиссии при данной форме псориаза довольно трудно, ввиду чего и апробируются различные наружные средства кератолитической направленности. Эмульсия EPTADERM (Epta Pso 10) отличается высоким содержанием мочевины, которая и оказывает необходимый кератолитический эффект. Данную эмульсию наносили на кожу ладоней и подошв 2 раза в день в течение 20 дней. Ни в одном случае не были зарегистрированы какие-либо побочные эффекты. Используя индекс PASI, было установлено достоверное снижение данного показателя с 12,2±0,9 балла до 4,1±0,7 балла при $p<0,05$. Полученные результаты являются доказательством эффективности наружных средств с содержанием мочевины у больных с ладонно-подошвенным псориазом.

Вывод. Таким образом, практической дерматологии предлагается наружное средство для лечения больных с ладонно-подошвенным псориазом, позволяющее вызывать ремиссию кожно-патологического процесса, без развития побочных явлений, свойственных для наружных кортикостероидных средств. Комплаентность данного наружного средства делает его весьма перспективным.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕКУКИНУМАБА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Н.А. РАСУЛОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

В последние годы достигнуты значительные успехи в терапии больных псориазом, которые обусловлены внедрением в практическую дерматологию ряда биологических препаратов, в частности, Секукинумаба.

Цель исследования. Изучение оценки терапевтической эффективности Секукинумаба при лечении среднетяжелого псориаза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 52 больных (мужчин 35, женщин 17) с обычной формой псориаза. Давность заболевания в среднем составляла 14,1±2,5 года. Индекс PASI составлял 17,5±3,3 балла. Всем больным было проведено изучение общеклинических данных, СРБ, биохимических исследований, включая и липидограмму, ssDNA и dsDNA, иммунного и цитокинового статуса. Псориатические высыпания были представлены крупно-бляшечными элементами в период обострения с характерным шелушением. Практически у всех больных отмечались субъективные ощущения в виде зуда кожи. В зависимости от метода терапии больные псориазом были разделены на II группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности заболевания и выраженности псориатического процесса: I группа (25 больных) получала лечение, согласно Стандартам по диагностике и лечению кожных и венерических болезней; II группа (27 больных) получала монотерапию биологическим препаратом Секукинумаб («Скафо»). Секукинумаб применяли в дозировке 300 мг препарата подкожно по 150 мг каждая инъекция в область плеча. Первая инъекция и затем еженедельно в дозе 300 мг препарата в течение одного месяца. Затем каждая последующая инъекция производилась один раз в месяц в дозе 300 мг. Общее количество инъекций (10–14 инъекций по 300 мг) определялось динамикой регресса псориатических высыпаний у каждого конкретного больного. Следует указать, что у больных, получавших Секукинумаб, не было выявлено каких-либо побочных явлений. У больных I группы положительный терапевтический эффект был достигнут через 1,5–2 месяца лечения у 17 из 25 (68,0 %) больных, в то время как у больных II группы – у 25 из 27 (92,6 %), получивших 6 инъекций Секукинумаба, что является доказательством высокой терапевтической эффективности биологического препарата, наряду с положительной динамикой иммунного статуса и отдельных цитокинов, в частности, ФНО-α и ИЛ-17, непосредственно связанных с основными патогенетическими механизмами развития псориаза.

4ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА АДВАНТАН У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

И.Р. РАХИМОВ, Н.Д. ИКРАМОВА, И.АСАМАРХОДЖАЕВА

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

Атопический дерматит – одно из распространенных аллергических заболеваний кожи, которое обусловлено гиперчувствительностью к аллергенам и неспецифическим раздражителям. При этом в коже снижается содержание церамидов, повышается содержание свободного холестерола, изменяется структура и синтез липидов. Данные процессы вызывают нарушение строения билипидного слоя и вызывают десквамацию кератиноцитов. За счет снижения эластичности корнеоцитов, увеличения межклеточных промежутков возникает антигенная стимуляция, воспаление, увеличивается трансэпидермальная потеря воды, что сопровождается изменениями в коже. С целью восстановления липидной мантии и барьерной функции кожи применяют топические кортикостероиды, содержащие липиды, церамиды.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность крема Адвантан у больных с атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 42 больных с атопическим дерматитом, 65 % женщин и 35 % мужчин. Возраст пациентов в среднем составил 24,7±0,2 года. У 80 % пациентов кожный процесс локализовался на лице и шее, из которых в 69 % случаев отмечалось сочетание с дерматитом сгибательных поверхностей рук; в остальных 20 % случаев процесс наблюдался только в подколенных ямках. Выраженность клинических проявлений атопического дерматита оценивали

в баллах по шкале SCORAD до и после окончания терапии. В основную группу вошли 20 больных, которым на фоне базисной терапии наружно однократно в сутки применяли глюкокортикостероид (крем Адвантан) в течение 2 недель. Другие 22 пациента находились только на базисной терапии (группа сравнения). В ходе исследования на каждого больного была составлена индивидуальная амбулаторная карта, в которую ежедневно вносили: выраженность клинических проявлений по шкале SCORAD; переносимость, побочные эффекты и осложнения. Клиническую эффективность оценивали с учетом следующих симптомов: сухость кожи, эритема, шелушение, ощущение жжения (признак отсутствует, выражен в небольшой, умеренной или в большей степени) и критериев: клиническое выздоровление, значительное улучшение, незначительное улучшение, без эффекта, ухудшение.

Результаты исследования. По итогам терапии, большая часть пациентов отмечала клинический эффект уже на 3–5-е сутки на фоне дополнительного применения крема Адвантан и к окончанию периода наблюдения в 80 % случаев отмечалось клиническое выздоровление, и в 20 % случаев – значительное улучшение (против 38 % группы сравнения, $p < 0,01$). Это выражалось в оценке индекса SCORAD, где отмечалось в более чем 7,9 раза снижение показательных параметров ($37,5 \pm 2,3$ до $4,7 \pm 0,8$ балла, $p < 0,001$ к $18,8 \pm 0,3$ группе сравнения). При этом, динамика клинической картины атопического дерматита характеризовалась нивелированием таких симптомов, как эритема и чувство жжения (100 %), ощущения сухости (85 %) и шелушения (95 %, $p < 0,001$ к группе сравнения). Также можно отметить хорошую переносимость применения крема Адвантан, объяснение которому можно усмотреть особенностью состава этого препарата, содержащего метилпреднизолона ацепонат с вытекающими отсюда фармакологическими эффектами.

Вывод. Включение в базисную терапии крема Адвантан на 42 % повышает эффективность 2-недельного лечения пациентов с атопическим дерматитом и проявляет хорошую переносимость, что обусловливает целесообразность его использования при данном заболевании.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В УЗБЕКИСТАНЕ

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ

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

Актуальность проблемы заключается в продолжении регистрации новых случаев буллезного эпидермолиза в основном у новорожденных. Постановлением Президента Республики Узбекистан за №4440 от 7 сентября 2019 г. буллезный эпидермолиз включен в список орфанных заболеваний, и пациенты стали впервые получать государственную помощь в виде самых высокотехнологических наружных средств.

Цель исследования. Регистрация больных буллезным эпидермолизом в Национальном регистре определения объема оказания наружной терапии этих пациентов.

Материалы и методы исследования. В Национальном регистре зафиксировано 283 больных с различными формами буллезного эпидермолиза, представляющие все регионы республики. Для уточнения формы буллезного эпидермолиза проводятся гистологические и генетические исследования, а также составление генеалогических карт пациентов, которые позволяют определить преимущественный тип наследования.

Результаты исследования. 3-летней работы с больными буллезным эпидермолизом показали, что созданный комплекс медико-социальной помощи позволяет правильно определять необходимые перевязочные и наружные средства для каждого пациента индивидуально, включая и проведение лечебного питания, с учетом частого выявления аллергии на белок коровьего молока. Кроме того, важным разделом такой помощи является созданная нами мультидисциплинарная бригада врачей разных специальностей (неонатологи, педиатры, хирурги, стоматологи, генетики и ряд других), что позволяет уже на ранних этапах буллезного эпидермолиза проводить соответствующие лечебные и реабилитационные мероприятия, что во многих случаях сохраняет жизнь новорожденных. Если на первых этапах работы выявлялись больные, страдающие буллезным эпидермолизом в различных возрастных группах, то в последнее время это происходит в перинатальных центрах и родильных комплексах. Следует указать, что определенная часть пациентов старшего возраста, ввиду отсутствия появления элементов (пузырей) либо их единичности, не обращаются к дерматологам, и этот контингент пациентов может быть выявлен при проведении активного патронажа семей, где регистрируются случаи данного генодерматоза. Может быть, данные пациенты не нуждаются в интенсивной терапии, ввиду ремиссии буллезного эпидермолиза, но в плане прогнозирования

появления новых случаев заболевания эти пациенты представляют особый интерес. В Национальном регистре выделены все случаи редких форм буллезного эпидермолиза, в частности, единственный больной (житель Сырдарьинской области) с синдромом Киндлера, диагноз которого подтвержден генетическими исследованиями. Проведение патронажа один раз в году больных с простой формой и 2 раза в году – с дистрофической формой позволяют вовремя менять тактику лечения и при необходимости проводить соответствующие вмешательства по поводу сужения пищевода или развития синдактилий.

Выводы заключаются в введении всех случаев буллезного эпидермолиза в Национальный регистр и всех новых данных по патронажу пациентов, что несомненно положительно скажется на течении генодерматоза и улучшении качества жизни наших подопечных. Государственная помощь, выделяемая больным буллезным эпидермолизом, оказывает выраженный эффект и с благодарностью принимается пациентами.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВУЛЬГАРНОГО ИХТИОЗА

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Т. РАВШАНОВА

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

Актуальность. При ихтиозе происходят нарушения процессов транскрипции, приводящие к изменениям уровня профилагрина – основного белка кератогиалиновых гранул, связывающего кератиновые филаменты. Клинические проявления заболевания достаточно типичны и характеризуются тремя основными компонентами: шелушением, фолликулярным гиперкеартозом, гиперлинеарным рисунком ладоней. Лечение больных ихтиозом остается сложной задачей, так как является симптоматическим и требует системного подхода на протяжении всей жизни пациента.

Цель исследования. Изучить среди больных с вульгарным ихтиозом содержание витамина D и разработать метод коррекции данных нарушений.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 120 больных (мужчин 71, женщин 49) с вульгарным ихтиозом в возрасте от 3 до 55 лет. Определение содержания 25-OH витамина D проводили методом иммунохемолюминесцентного анализа (ИХЛА) на закрытом автоматическом анализаторе Autolumo A1000 и реактивах фирмы Autobio (Китай).

Результаты исследования. Во всех возрастных группах больных ихтиозом было выявлено нарушение содержание витамина D, причем в группе до 10 лет они были наиболее выражены, так как значения не превышали уровень <5ng/ml. С возрастом содержание витамина D несколько увеличивалось, но все равно было пониженным по сравнению с данными контрольной группы ($p < 0{,}001$). Полученные данные явились основанием для применения «Gelyvit D3 Kids» (1 капля препарата содержит 10 mkg–400 ME) у больных вульгарным ихтиозом в течение от 3 до 6 месяцев. Следует указать, что витамин D – группа жирорастворимых веществ, которые не могут относиться к классу витаминов, это гормон, поскольку может синтезироваться в организме под влиянием УФ-лучей и действует опосредованно через рецепторы, которые в последние годы обнаружены в различных клетках организма, в том числе и иммунной системе и раковых клетках. В этой связи все больше внимания уделяется проблеме обеспеченности витамином D организма пациентов с аутоиммунными заболеваниями.

Выводы. У больных ихтиозом выявлен значительный дефицит витамина D, который коррелировал с выраженностью клинических проявлений генодерматоза. Применение витамина D в комплексной терапии больных вульгарным ихтиозом позволяет значительно улучшать клинические проявления заболевания и качество жизни самих пациентов.

БОЛЕЗНЬ ПРИНГЛА-БУРНЕВИЛЯ

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

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

Аденома сальных желез (болезнь Пригла-Бурневиля) относится к порокам развития, передающаяся аутосомно-доминантным путем. У больных нарушено производство потомства, ввиду чего заболевание редко встречается в двух поколениях.

За период 1990–2021 гг. под нашим наблюдением находилось 19 больных с аденомой саль-

ных желез (мужчин 3, женщин 16) в возрасте от 10 до 22 лет и давностью заболевания от 1 до 15 лет. У большинства больных изменения на коже лица появились в детском возрасте. Заболевание начиналось с образования симметричных мелких узелков на коже носо-щечных складок, на подбородке и околоушных областях. Узелки округлой, овальной формы, плотно прилегают друг к другу, имеют коричневато-красный цвет и отсутствует на поверхности элементов шелушение. Кроме того, могут выявляться множественные густо расположенные небольшие опухоли, величиной с рисовое зерно, безболезненные, розовой окраски, полуплотной консистенции. У 4 из 19 пациентов дополнительно выявлялись множественные висячие фибромы, плоские, плиткообразные родимые пятна и лентигинозные образования, располагающиеся на шее, спине, груди. Гистологическая картина (15 больных) характеризовалась ангиофиброматозом, гиперпродукцией сальных желез, наряду с атрофическими изменения сальных желез за счет перифолликулярной пролиферации коллагена, и гиперплазией капилляров дермы. Проведение энцефалографических исследований позволило установить у всех 19 больных типичные для туберозного склероза изменения (обусловлены гранулематозными изменениями в глиях и нервных клетках). При рентгенографии органов грудной клетки у 10 из 19 пациентов были обнаружены множественные фиброзные узелки (характерная картина «сотовая структура»). Консультация офтальмолога установила у всех 19 больных наличие скопления склеротических изменений около глазного сосочка. Консультация врача-невролога установила наличие эпилепсии у 7 пациентов и у 16 – умственное недоразвитие.

Вывод. Таким образом, клиническая картина болезни Прингла-Бурневиля, сопутствующие изменения со стороны органов зрения и нервной системы являются весьма типичными, что во многих случаях облегчает диагностику заболевания и назначение корригирующей (деструктивной) терапии.

ВОПРОСЫ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ

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

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

Целью настоящего исследования являлась разработка алгоритма диагностики и лечения больных с псориатической ониходистрофией (ПО).

Под нашим наблюдением находилось 102 больных (мужчин 67, женщин 35) с псориатической ониходистрофией и давностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет. У данных пациентов были установлены следующие клинические формы псориаза: вульгарная – у 46 (45,1 %), экссудативная – у 11 (10,8 %), артропатическая – у 32 (31,4 %), эритродермическая – у 7 (6,9 %), пустулезная – у 6 (5,8 %) больных. Проведение микробиологических исследований со стороны ногтевых пластин и генодиагностики позволили у 22 из 102 больных (21,6 %) выявить патогенные грибы, что потребовало назначения противогрибковых препаратов итраконазолового ряда (текназол) в виде пульс-терапии.

Самым частым проявлением ПО была наперстковидность ногтей (симптом «наперстка»), которая отмечалась у 77 из 102 (75,5 %) больных, причем точечные дефекты имели различное количество, формы и глубину поражения. Затем диагностировался псориатический онихолизис, когда ногтевая пластинка безболезненно отделялась от ложа, без предшествующих воспалительных явлений. При отделении ногтевой пластинки от ложа, начинающемся с проксимального края, формируется онихомадез. Подногтевые геморрагии (симптом «масляного пятна») были выявлены у 22 из 102 (21,6 %) больных с ПО. В некоторых случаях подногтевые геморрагии были представлены в виде точечных и полосовидных кровоизлияний темно-красного цвета. Явления трахионихии были выявлены у 18 из 102 (17,6 %) больных ПО, когда поверхность ногтевой пластинки становилась шероховатой и тусклой. Койлонихия (вогнутость ногтей) была установлена лишь у 6 из 102 (5,9 %) больных ПО. Только у 13 больных с псориатической эритродермией и пустулезной формой псориаза отмечались явления паронихий, когда воспалительный инфильтрат переходил на дистальную фалангу пальца.

Выводы. В большинстве случаев при ПО применялись биологические препараты (секукинумаб), аппаратная чистка ногтевых пластин, при сопутствующей микотической инфекции – 3–4 пульс-терапии текназолом. Подобная тактика позволяла у большинства пациентов с ПО получать через 5–6 месяцев качественно измененные ногтевые пластинки.

ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ В УЗБЕКИСТАНЕ

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ

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

Актуальность. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) – фенотипическая и генетически гетерогенная группа генодерматозов, основным клиническим проявлением которых являются пузыри, возникающие после незначительного механического воздействия на кожу и слизистые оболочки вследствие генетически обусловленных дефектов структурных белков кожи, обеспечивающих интраэпидермальные или дермоэпидермальные связи.

Цель исследования. Изучить содержание витамина D при различных формах буллезного эпидермолиза и разработать метод коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы исследования. Согласно Национальному регистру ВБЭ (на август 2022 г.) на учете находится 372 пациента, среди которых выделены следующие клинические формы генодерматоза: простая – у 117 (31,5 %); пограничная – у 28 (7,5 %); дистрофическая – у 223 (59,9 %); синдром Киндлера – у 4 (1,8 %) пациентов. Определение содержания 25-OH витамина D проводили методом иммунохемолюминесцентного анализа (ИХЛА) на закрытом автоматическом анализаторе Autolumo A1000 и реактивах фирмы Autobio (Китай).

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что у больных с ВБЭ отмечается выраженный дефицит витамина D ($4{,}55 \pm 0{,}35$ ng/ml) по сравнению с данными контрольной группы, соответствующего возраста ($p < 0{,}001$). При проведении исследований в возрастных группах больных ВБЭ: 5–10 лет, 10-15 лет, 15–20 лет, старше 20 лет, сохраняется выявленная тенденция дефицита витамина D, что может быть связано с постоянными перевязками, соответственно клиническим проявлениям заболевания, и дефицитом УФ-лучей. В комплексной терапии больных ВБЭ использован витамин D (GELYVIT D3 KIDS) в виде капель (капля – 400 МЕ) в течение нескольких месяцев в зависимости от клинической формы генодерматоза, что положительно сказывалось на общем течении кожно-патологического процесса.

Выводы. У больных ВБЭ выявлены значительные нарушения в содержании витамина D, выраженность которых находилась в прямой зависимости от клинической формы генодерматоза. Использование витамина D (GELYVIT D3 KIDS) позволяет ускорить эпителизацию эрозивных очагов на коже и слизистых, а также улучшить качество жизни самих пациентов.

К ВОПРОСУ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА

А.Б. РАХМАТОВ

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

Актуальность. Акродерматит энтеропатический (АЭ) является довольно редким аутосомно-рецессивным заболеванием, связанном с дефицитом в организме микроэлемента цинка, который происходит за счет нарушения его всасывания в кишечнике. Довольно часто регистрируются семейные случаи заболевания. АЭ, характеризующимся образованием сгруппированных пузырьковых и пузырных элементов, которые располагаются в области локтевых и коленных суставов, дистальных отделах конечностей и вокруг естественных отверстий у лиц, страдающих желудочно-кишечными заболеваниями. В период обострения заболевания часто выявляются признаки диффузной алопеции, явления ониходистрофий по атрофическому типу, а также диарея, приводящая к кахексии.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения энтеропатического акродерматита и разработать алгоритм лечения данного генодерматоза.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 12 пациентов (8 мальчиков, 4 девочки) в возрасте от 9 месяцев до 2,5 лет. Давность заболевания составляла от нескольких дней до 1 года. У 10 из 12 пациентов были установлены семейные случаи заболевания (генеалогическое картирование пациента).

Результаты исследования. Кожная симптоматика появлялась после нарушений желудочно-кишечного тракта и изменения характера питания ребенка. Гистологические исследования полностью исключали диагноз буллезного эпидермолиза (локализация пузырей на кистях и

стопах). С помощью ПЦР-исследований «Микозо-Скрин» со слизистой оболочки полости рта у всех больных выделены различные виды Candida spp. Назначение препаратов цинка (любых комбинаций) приводило к быстрому разрешение всей кожной симптоматики. Учитывая необходимость длительного применения цинка, рекомендовано использования нутрицевтических средств (комбинация цинка и пробиотиков), с помощью которых проводится профилактика данного генодерматоза.

Выводы. Диагноз АЭ требует адекватного применения микроэлемента цинка в течение многих лет, что возможно путем использования нутрицевтических средств (комбинация цинка с пробиотиками).

КАРДИТОН В ТЕРАПИИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДЕРБЕКОВ

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

Буллезный эпидермолиз относится к группе генетически и клинически гетерогенных заболеваний, которые характеризуются появлением пузырей на местах травматизации кожи. Проведенные в республике эпидемиологические исследования касательно данного дерматоза, показали, что имеется более ста пациентов, проживающих в различных регионах, причем с известными формами буллезного эпидермолиза, в первую очередь пограничной формой, затем дистрофической и простой формами. До настоящего времени существуют проблемы в терапии данных пациентов, тем более, что часто речь идет о новорожденных или детях до одного года.

Цель исследования. Изучение терапевтической эффективности препарата Кардитон у больных буллезным эпидермолизом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 8 детей (5 мальчиков и 3 девочки) в возрасте от 2 месяцев и до 1,5 года. Для обследования были отобраны больные только с простой формой буллезного эпидермолиза. Выбор препарата Кардитон основывался на возможностях данного средства влиять на улучшение метаболизма и энергообеспечения тканей, в том числе и кожи. Действующим веществом Кардитона является L-карнитин, который обладает многогранными функциями, в частности, дерматотропным эффектом, что и необходимо для больных буллезным эпидермолизом. Кардитон назначался из расчета 1 мл препарата на 1 кг массы ребенка, принимался вовнутрь (ежедневно) в течение 2–3 месяцев. Переносимость лечения была удовлетворительной, каких-либо побочных явлений в процессе применения Кардитона у больных не наблюдалось. Наряду с приемом Кардитона, больным буллезным эпидермолизом использовались щадящие перевязочные материалы и специальные кремы, позволяющие без особой травматизации обрабатывать эрозивные очаги для их быстрой эпителизации. Помимо медикаментозного лечения при буллезном эпидермолизе важно проводить реабилитационную терапию, например, поддержание подвижности пальцев, особенно у пациентов с дистрофической формой буллезного эпидермолиза, изготовление и ношение ортезов и др.

Результаты исследования. Проведенные исследования показали, что применение препарата Кардитон оправдано, так как значительно улучшает качество жизни пациентов и, по словам родителей, значительно улучшает соматику ребенка (прибавление в весе, профилактика присоединения вторичной инфекции и др.). В настоящее время продолжается регистрация пациентов с буллезным эпидермолизом и совместно с Фондом «Дети-бабочки России» оказывается посильная помощь в лечении и реабилитации данных пациентов. Препарат Кардитон предлагается как средство выбора при лечении различных форм буллезного эпидермолиза и в комбинации с другими методами терапии.

МИКОЗОСКРИН В ДИАГНОСТИКЕ МАЛАССЕЗИОЗОВ КОЖИ

А.Б. РАХМАТОВ, Н.Д. ИКРАМОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Наличие дрожжевых грибов имеет широкий спектр клинических проявлений, так как несмотря на свои условно-патогенные свойства при определенных условиях могут оказывать инфекционно-воспалительные поражения кожи. В настоящее время известно около 14 видов грибов рода Malassezia, которые обладают высокой способностью к видообразованию, что затрудняет их диагностику.

Цель исследования. Изучить эффективность применения теста «МикозоСкрин» у больных с малассезиозами кожи.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 37 больных с малассезиозами кожи (разноцветный лишай – 18, себорейный дерматит – 19) в возрасте от 20 до 45 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет. Для выявления и типирования возбудителей грибковых инфекций рода Candida, Malassezia, Saccharomyces и Debaryomyces в эпителиальном соскобе кожи был использован метод ПЦР в режиме реального времени с применением ПЦР-тест системы «Микозо-Скрин» (ДНК-Технология, Россия).

Результаты исследования. При видовой идентификации и количественной оценки грибов результаты исследования показали следующее: у 17 из 19 (89 %) больных себорейным дерматитом определялись Saccharomyces cerevisiae, количественное содержание которых в среднем составляло 2,4 ± 0,03 lg, при контрольном пороговом значении 3,0 lg; C.tropicalis – 42,1 % случаев с количественным содержанием 2,7 ± 0,15 lg; C.lusitaniae – 42,5 % случаев с количественным содержанием 2,9 ± 0,1 lg; C.famata – 48,8 % случаев с количественным содержанием 3,3 ± 0,05 lg; Malassezia spp. – в 95,9 % случаев с количественным содержанием 3,3 ± 0,01 lg. У больных с разноцветным лишаем в 44,4 % случаев определялся C.kruseu с количественным содержанием 3,7 ± 0,3 lg. Saccharomyces cerevisiae выявлялся в 50 % случаев с количественным содержанием 2,9 ± 0,2 lg; C.famata – в 44,4 % случаев с количественным содержанием 3,9 ± 0,5 lg. Malassezia spp. выявляли в 94,9 % случаев с количественным содержанием 4,7 ± 0,9 lg.

Заключение. Таким образом, проведенные результаты исследования на выявление и типирование, а также количественную оценку возбудителей грибковой инфекции рода Candida, Malasserzia, Saccharomyces и Dedaryomyces с помощью ПЦР в режиме реального времени показали у больных себорейным дерматитом наличие Malkassezia spp. в 95,9 % случаев, а у больных разноцветным лишаем – 94,9 % пациентов. Следует указать, что сочетание 2–3 видов грибковой инфекции в клинически значимых показателях ПЦР в режиме реального времени может отражаться на клиническом течении рассмотренных малассезиозов кожи. Проведенные исследования показали, что использование «МикозоСкрин» почти в 2 раза повышает диагностику Malassezia spp. с очагов поражения больных себорейным дерматитом и разноцветным лишаем, по сравнению с классическими микроскопическими исследованиями, что существенно скажется на эффективности проведения соответствующей системной и наружной терапии малассезиозов кожи.

МИРТЕЛ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Р.Х. МАХМУТОВ, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ

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

Псориаз рассматривается как системное заболевание, при котором довольно часто выявляется депрессивный синдром, для коррекции которого используются ряд седативных и антидепрессивных средств. Согласно клиническим исследованиям только 2/3 больных с впервые установленным диагнозом депрессивного расстройства отвечают на стандартную монотерапию антидепрессантами из группы СИОЗС снижением тяжести симптомов заболевания и лишь 30 % из них достигает устойчивой ремиссии.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности миртазалина у больных псориазом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 100 больных псориазом (мужчин 62, женщин 38) в возрасте от 20 до 55 лет и давностью заболевания от 6 меся-

цев до 33 лет. У всех больных была установлена обычная форма псориаза, сопровождающаяся крупно-бляшечными элементами (среднетяжелый псориаз), когда индекс PASI в среднем составлял 29,7±2,3 балла. Всем больным проводилось психологическое тестирование (шкала Гамильтона и шкала оценки уровней реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, которые позволяли объективно оценить психосоматический статус больного псориазом.

Результаты исследования. В зависимости от методики лечения все больные были распределены на две группы: I группа (52 больных) получала стандартное лечения; II группа (48 больных) получала дополнительно препарат Миртел (перед сном). Следует указать схему приема препарата Миртел: первые две недели суточная доза препарата составляла 7,5 мг, 3–4 недели – по 15 мг, 5–6 недели – по 30 мг (одна таблетка), затем аналогично проводили снижение дозировки препарата до полной его отмены (курс лечения составлял 10 недель).

Терапевтический эффект был получен у 58,6 % больных первой группы и у 84,5 % второй, т.е. включение препарата Миртел позволяло повысить эффект лечения больных псориазом на 25,9 %. У больных первой группы оценочные шкалы Спилбергера-Ханина уменьшились на 12,5 %, у второй группы – на 85,5 % ($p < 0,001$). Полученные данные являются убедительным доказательством целесообразности использования миртазапина у больных псориазом, патогенез которых во многом определяется психосоматическими нарушениями.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ КОЖИ У ДЕТЕЙ

А.Б. РАХМАТОВ, Т.П. РАХМАТОВ, Н.К. КУРБАНОВА

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

Актуальность. Нейрофиброматоз является группой системных наследственных заболеваний, характеризующихся пороками развития кожи, нервной и костной систем, повышенным риском развития злокачественных опухолей. Наследуется аутосомно-доминантно с высокой пенетрантностью и вариабельной экспрессивностью.

Цель исследования. Изучить содержание витамина Д у больных нейрофиброматозом с целью последующей коррекции выявленных нарушений.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 11 больных (мальчиков 7, девочек 4) в возрасте от 3 до 10 лет и давностью заболевания от 8 месяцев до 9 лет. Основными кожными симптомами являются пигментные пятна (3 больных), нейрофибромы (2 больных) и их сочетание (6 больных). Определение содержания 25-ОН витамина Д проводили методом иммунохемолюминесцентного анализа (ИХЛА) на закрытом автоматическом анализаторе Autolumo A1000 и реактивах фирмы Autobio (Китай).

Результаты исследования. Самым ранним симптомом нейрофиброматоза является появление вскоре после рождения пигментных пятен цвета «кофе с молоком» примерно в 2–6 месячном возрасте любой локализации. Постепенно пятна увеличиваются и в количестве, и в размерах. У всех пациентов отмечались своеобразные «веснушки» с локализацией в подмышечной области. Нейрофибромы начали появляться в возрасте старше 5 лет и характеризовались опухолевидными разрастаниями (грыжевидное выпячивание), при пальпации которых палец проваливается как в пустоту. В общей группе больных нейрофиброматозом был выявлен дефицит витамина Д (<10 ng/ml), выраженность которого усиливалась с образованием нейрофибром (<5 ng/ml) при $p < 0,05$. Витамин Д рассматривается как гормоподобное вещество, дефицит которого может приводить к вторичному иммунодефицитному состоянию и, следовательно, появляется возможность образования нейрофибром у данных пациентов.

Выводы. 1. У больных нейрофиброматозом отмечается значительный дефицит витамина Д, причем наиболее выраженный при наличии нейрофибром.

2. С целью коррекции больным нейрофиброматозом рекомендуется прием высоких доз витамина Д, что позволит в определенной степени стабилизировать развитие нейрофибром при данном генодерматозе.

ОНИХОДИСТРОФИЯ – ПРЕДИКТОР ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

А.Б. РАХМАТОВ, Н.А. РАСУЛОВА

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

Факторы риска и предикторы тяжелого течения псориаза (Пс) и развития псориатического артрита (ПА) являются предметом изучения. Истинный фактор риска возникает до появления заболевания. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что один фактор не может быть достоверным, скорее сложное взаимодействие нескольких признаков лежит в основе этой эволюции, например генетические факторы, преморбидные заболевания, фенотипы Пс, воздействие окружающей среды, связанных с развитием ПА.

В собственных исследованиях у 87 из 110 больных (79,1 %) выявлялись хотя бы минимальные проявления псориатической ониходистрофии (ПО) либо данные о подобных изменениях ногтей имелись в анамнезе. Результаты многолетних исследований подтверждают тот факт, что наиболее тяжелые формы ПО встречаются у больных артропатическим либо пустулезным псориазом, а также при псориатической эритродермии. В то же время нередко выраженная ПО выявляется у пациентов с минимальными кожными проявлениями, а порой и без таковых. Клинические проявления ПО весьма разнообразны: точечные вдавления, онихолизис, онихомадезис, подногтевые геморрагии и гиперкератоз, трахионихия и койлонихия. Иногда отмечается резкая гиперемия околоногтевых валиков, пальцы отечны, булавовидно утолщены, движение в межфаланговых суставах ограничены. Ногтевые пластинки дистрофично изменены, вплоть до полного отторжения ногтя.

В тех случаях, когда имеются даже минимальные проявления псориатического процесса необходимо особо обратить внимание на ногтевые пластинки, изменения со стороны которых требуют обязательного включения в алгоритм диагностических процедур МРТ мягких тканей суставного аппарата и оценки критериев CASPAR. Такой подход позволяет примерно в 2 раза повысить диагностику ПА, а значит на ранних этапах развития псориатической болезни провести профилактику и лечение ПА, который рассматривается как один из важных факторов и причин инвалидизации пациентов с данным дерматозом. Следует отметить, что развитие ПА может быстро привести к необратимым изменениям в суставах, функциональным ограничениям и снижению качества жизни, что требует пересмотра клинических рекомендаций в пользу раннего назначения генно-инженерных биологических препаратов.

ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НУТРИЦЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ДЕРМАТОЛОГИИ

А.Б. РАХМАТОВ

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

Многие кожные заболевания имеют хронически-рецидивирующее течение (псориаз, витилиго и др.), в связи с чем возникает необходимость коррекции адаптационно-метаболических и иммунологических процессов, лежащих в основе патогенеза дерматозов. В этой связи резко повышается значимость использования ряда нутрицевтических средств в течение довольно длительного периода времени, что позволяет блокировать процессы биологии старения клетки, такие как молекулярная иммобилизация, снижение количества продукции нейромедиаторов, окиси азота, аминокислот, нарастание хронического иммунного воспаления и оксидативного стресса.

Нутрицевтики – это пищевые продукты и их компоненты, оказывающие положительное влияние на здоровье человека, включая профилактику и лечение болезней. К нутрицевтикам относят здоровые и функциональные пищевые продукты, а также биологически активные пищевые добавки. Здоровые пищевые продукты представляют собой полезные для здоровья пищевые продукты без каких-либо их искусственной модификации. Функциональные пищевые продукты, кроме пищевой ценности, также оказывают дополнительное позитивное влияние на организм человека за счет функциональных пищевых ингредиентов.

Наше государство вплотную занимается здоровьем своего населения, фокусируясь на увеличении продолжительности жизни и повышении ее качества. Указы и Постановления Президента Республики Узбекистан «О мерах по широкому внедрению здорового образа жизни и дальнейшему развитию массового спорта» УП №6099

от 30.10.2020 г. и «О мерах по профилактике неинфекционных заболеваний, поддержке здорового образа жизни и повышению уровня физической активности населения» ПП №4063 от 18.12.2018 г. направлены на улучшение качества жизни населения нашего государства. В этой связи возникает необходимость включения специальных средств, которые позволят решать поставленные задачи, т.е. правильное использование нутрицевтических средств.

В настоящее время в реализации программ интегративной медицины разработаны методы комбинированной, поэтапной терапии многих дерматозов с использованием нутрицевтических средств (микронутриенты, препараты цинка, иммуномодулирующие средства и др.).

ПИГМЕНТНАЯ КРАПИВНИЦА

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Т. РАВШАНОВА

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

Пигментная крапивница (мастоцитоз кожи) рассматривается как состояние с мультифакториальным наследованием. В определенной степени мастоцитоз кожи (по отдельным формам) может напоминать гистиоцитоз Х.

Приводим клиническое наблюдение

Больная С.А., 33 лет, жительница Самаркандской области, обратилась к дерматологу с жалобами на наличие пятнистых высыпаний по всему кожному покрову.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение последних 8 лет, когда без видимой причины стали по всему кожному покрову появляться мелкие пятнистые элементы. Постепенно, наряду с пятнистыми, стали появляться мелкие папулезные элементы без шелушения, в последний год образовались уплотнения на коже плеча.

Anamnesis vitae: родилась в срок, наследственность не отягощена, вредных привычек не имеет. Замужем, имеет 2-х детей.

Status praesens: без особенностей.

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный характер и представлен небольшими пятнами и узелками в основном на туловище, в меньшей степени на конечностях округлых или овальных очертаний своеобразного красновато-коричневатого цвета. Высыпания незначительно выступают над уровнем кожи, но при незначительном их трении краснота и отечность элементов усиливается (уртикарный феномен) и появляются субъективные ощущения. На коже живота местами высыпания имеют сливной характер. В области плеча имеются два узловатых образования, которые имеют более интенсивную окраску. Высыпаний на видимых слизистых не выявлено. Было проведено гистологическое исследование: в эпидермисе повышенное отложение пигмента, наличие инфильтратов из тучных клеток вокруг сосудов и придатков кожи, причем выявляются тканевые базофилы, располагающиеся в верхней трети дермы вокруг капилляров. В отдельных участках обнаруживаются скопления тканевых базофилов по типу опухоли, инфильтрируя всю дерму, не проходя в подкожный жировой слой. Эти клетки имеют веретенообразную форму, их цитоплазма массивная и эозинофильная. Патологических изменений со стороны костно-суставного аппарата и гематологических показателей не выявлено. На основании проведенных исследований был выставлен диагноз пигментной крапивницы. В терапии больной были использованы антигистаминные препараты и наблюдение за очагами в области плеча (солитарная мастоцитома).

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

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

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

В настоящее время в республике зарегистрировано 339 пациентов с врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ), среди которых простая форма установлена в 66,1 %, дистрофическая – в 33,9 % случаев. Длительное течение ВБЭ предусматривает вероятность развития плоскоклеточного рака кожи (ПКРК). При тщательном обследовании 115 больных с дистрофической формой ВБЭ было выявлено 2 случая (1,7 %) ПКРК, подтвержденного гистологическим исследованием. Данным пациентам онкологами было проведено обширное местное иссечение (поэтапное), что сохранило конечность от планируемой ампутации. Кроме того, у 16 (13,9 %)

больных с дистрофической формой ВБЭ были выявлены подозрительные участки кожи (уплотнения кожи, язвы, длительно незаживающие эрозии, покрытые плотными кровянистыми корочками и др.), которые подлежат обязательному гистологическому обследованию, как очаги, представляющие подозрение на ПКРК. При дальнейшем наблюдении у 4 из 16 указанных пациентов (25 %) был установлен диагноз ПКРК, что потребовало вмешательства онколога. Нужно отметить возраст больных ВБЭ с данными очагами: 5–10 лет – 3 больных, 10–15 лет – 4 больных, 15–20 лет – 5 больных, старше 20 лет – 4 больных. Необходимо отметить, некоторые клинические особенности очагов, подозрительных на ПКРК: незаживающие раны, появление на очагах грануляционной ткани, образование глубоких язв, усиление болевых ощущений и др. Распространенность высыпаний при ВБЭ напрямую связана с частотой развития ПКРК, так как наиболее часто это наблюдается у пациентов с генерализованными подтипами рецессивного дистрофического ВБЭ, которые должны быть на постоянном учете. В этой связи все пациенты с дистрофической формой ВБЭ находятся на контроле и ежеквартально проходят клиническое обследование (наличие увеличенных лимфатических узлов, костная боль и др.), что позволяет определять дальнейшую тактику обследования пациентов.

Таким образом, при дистрофической форме ВБЭ всегда имеется риск развития ПКРК особенно при распространенных формах, где не последнюю роль играют используемые наружные и перевязочные средства, которые должны правильно подбираться для этих пациентов. Динамическое наблюдение и знание подозрительных признаков позволят на ранних этапах провести профилактику возможного развития ПКРК у больных с ВБЭ.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕГРИБКОВЫХ ОНИХОДИСТРОФИЙ

А.Б. РАХМАТОВ, Т.П. РАХМАТОВ, Н.А. РАСУЛОВА

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

Атрофия ногтя характеризуется нарушением, остановкой, прекращением его нормального развития по разнообразным причинам. При этом атрофические изменения ногтевых касаются толщины, ширины, формы, плотности и состояния (эластичности) поверхности ногтя и его свободного края. На ногтевой пластинке могут выявляться поперечные, реже продольные борозды (борозда Бо), которые во многом обусловлены наличием дисбактериоза кишечника и ее дальнейшей коррекции. Онихолизис бывает представлен частичным, либо полным отслоением ногтевой пластинки от ногтевого ложа. Онихолизис входит в основной симптомокомплекс псориатической ониходистрофии. Онихомадезис представляет собой отслойку ногтевой пластинки от ногтевого ложа в проксимальной ее части. Онихомадезис сопровождается воспалением окружающих тканей, что требует назначения антибиотиков и наружных антимикробных средств (2 % мазь Мупиросепт). Койлонихия – дистрофия ногтей, при которой ногтевые пластинки становятся вогнутыми. В лечении должны использоваться полиферментные препараты и микроэлемент цинк. Наперстковидная истыканность ногтевой пластинки может наблюдаться при многих кожных и системных заболеваниях. Число ямочек может колебаться от 1–3 и до большего количества, расположенных как беспорядочно, так в определенной последовательности – симметрии. В некоторых случаях эти изменения могут иметь диагностическое значение, так как предшествуют появлению кожного заболевания. В лечении данной патологии используются в течение нескольких месяцев нутрицевтические средства. Онихорексис – повышенная ломкость и продольное расщепление ногтевой пластинки. Довольно часто у этих пациентов выявляется H.pilori и дисбактериоз кишечника, требующие своего лечения. Онихошизис – поперечное расщепление ногтевой пластинки, параллельно свободному краю ногтя. Причиной такого явления являются повторяющиеся травмы. Ломкость ногтей – это вид дистрофии, при которой обламывается свободный край ногтевой пластинки как по ее середине, так по ту или другую сторону, причем связана с пониженной способностью каротина адсорбировать воду.

Таким образом, наличие ониходистрофии негрибковой этиологии требует назначения микроэлементов, коррекции дисбактериоза кишечника и длительное использование нутрицевтических средств, как показывает опыт работы подологических кабинетов.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Р.Х. МАХМУТОВ

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

Для проведения соответствующей психокоррекции у 100 больных псориазом (мужчин 60, женщин 40) изучены материалы психологического тестирования с использованием комплекса тестов (Айзенка, MMPI и др.) с помощью определенных шкал. У большинства пациентов (60 %) отмечалась хронификация невротического состояния, которая была представлена в виде невротического развития личности по тревожно-фобическому типу. У небольшого количества больных (17 %) было развитие по обсессивно-компульсивному типу. У них преобладало наличие навязчивых мыслей, связанных с болезнью, возможными последствиями неприятия окружающих людей. Мысли, связанные с внешним видом и скорее всего с невыздоровлением, а наоборот, возможным усугублением псориатического процесса. У 13 % пациентов отмечалось развитие личности по истерическому типу. С увеличением длительности кожного процесса у отмеченных пациентов наблюдалось усугубление истерических черт характера. Только у 10 % больных псориазом было выявлено состояние, характеризующееся как невротическая депрессия, основными проявлениями которой являлись: пониженное настроение, раздражительность, астения. Эти проявления наблюдались уже в утреннее время и усиливались в течение дня, достигая максимума к вечеру (появление суицидальных мыслей). В связи с внутренним дискомфортом на фоне вышеперечисленных симптомов у больных псориазом отмечались частые конфликтные ситуации в семье и на работе.

Для коррекции выявленных невротических расстройств был использован интегрированный психотерапевтический подход с комплексом различных методик, которые включали классическую гипнотерапию, гипноз с Эриксоновскими техниками, эмоционально-образную, позитивную и проблемно-ориентированную психотерапию. Наибольший эффект отмечался при использовании суггестивных методов у больных псориазом в клинике психопатологических расстройств, где преобладал истерический компонент. У больных с преобладанием обессивно-компульсивных проявлений в основном положительный эффект оказывала клиент-центрированная и проблемно-ориентированная психотерапия, тревожные состояния хорошо купировались методами эмоционально-образной психотерапии и применением Эриксоновского гипноза. После сеансов практически у всех пациентов отмечалось улучшение психического состояния, смягчение симптомов как психического, так и дерматологического процессов.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ

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

Актуальность проблемы заключается в том, что мало уделяется внимания наследственным заболеваниям кожи, в том числе и больным ихтиозом, который характеризуется полиморфизмом клинических проявлений, начиная с сухости кожи, заканчивая явлениями эритродермии и выраженного крупно-пластинчатого (иглистого) шелушения. Кроме того, большую группу пациентов составляют так называемые синдромальные формы ихтиоза, в большинстве случаев сопровождающиеся тяжелыми нарушениями не только со стороны кожных покровов, но и других органов и систем организма (глухота, умственная отсталость, неврологические нарушения и т.д.).

Цель исследования заключается в регистрации больных ихтиозом, составлении генеалогических карт, проведении общеклинических анализов и генетических исследований.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось более 1,5 тыс. больных с различными клиническими формами ихтиоза. Наиболее часто регистрировалась вульгарная форма ихтиоза (около 72 %), которая проявлялась в виде незначительного шелушения на коже туловища и разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Всем больным были проведены общеклинические, биохимические и генетические исследования.

Результаты исследований легли в основу регистра больных ихтиозом (предварительная форма), с помощью которого выделяются наиболее тяжелые формы данного генодерматоза. Консультации врачей смежных специальностей позволили установить и выявить определенные нарушения со стороны нервной, эндокринной систем, аномалии развития зубочелюстной системы и другие нарушения, что в дальнейшем оценивалось как проявления синдромального ихтиоза (описаны редкие случаи ихтиоза, как синдром Вуда, иглистый ихтиоз типа Курта-Маклина, ихтиоз типа Попова и др.). Проведенные исследования показали важность правильного ведения пациентов, родившихся в виде плода Арлекина или в виде коллоидного плода, что в дальнейшем приводит к формированию различных типов ихтиоза (ламеллярный ихтиоз, ихтиозиформная эритродермия Брока и др.). На первых этапах лечения данных пациентов были использованы системные ароматические ретиноиды и ряд смягчающих средств как поддерживающая терапия. В дальнейшем разрабатывается специальный алгоритм использования системных и наружных средств, согласно имеющимся Протоколам ведения больных ихтиозом, входящим в международную организацию «DEBRA». Согласно проведенным статистическим расчетам на территории республики возможна регистрация примерно 3–4 тыс. пациентов с различными формами ихтиоза, с учетом которых и составляется перспективная программа по диагностике и лечению больных ихтиозом.

Выводы заключаются в том, что создается единая междисциплинарная система, способная диагностировать различные формы ихтиоза, намечать пути медикаментозной и наружной терапии и проводить все реабилитационные мероприятия, направленные на улучшение качества жизни пациентов, страдающих указанным генодерматозом.

СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Н.А. РАСУЛОВА

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

В настоящее время использование биологических препаратов широко внедрилось в терапию псориаза, особенно его тяжелых форм, включая и псориатический артрит.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности секукинумаба при различных формах псориаза.

Объектом исследования являлись 102 больных псориазом (мужчин 69, женщин 33) в возрасте от 20 до 55 лет и давностью заболевания от 1 до 15 лет. Согласно клиническим признакам (индексы PASI, NAPSI, Casper), были установлены следующие формы дерматоза: вульгарная (крупно-бляшечный псориаз) – у 42 из 102 (41,2 %), экссудативная (инверсный) – у 15 из 102 (14,7 %), артропатическая – у 38 из 102 (37,3 %), эритродермическая – у 7 из 102 (6,8 %) больных псориазом. Индекс PASI в среднем составлял 38,9±1,3 балла.

Биологический препарат секукинумаб (Скафо) вводился по 300 мг (подкожно) первый месяц еженедельно (№5), а затем один раз в месяц, причем количество инъекций полностью зависело от регресса псориатических элементов. Наименьшее количество инъекций потребовалось при крупно-бляшечном псориазе (№6), когда лечение заняло 2 месяца с регрессом элементов на 90–95 % и уменьшением индекса PASI с 29,7±2,1 до 5,3±0,6 балла (при $p < 0{,}001$). Более длительное время потребовалось при лечении больных с псориатическим артритом (№8–10), когда удалось устранить 80–90 % клинических проявлений заболевания.

Проведенные исследования содержания про- (ИЛ-4, ФНО-α) и противовоспалительных (ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8) цитокинов в процессе применения сикукинумаба указали на положительную динамику со стороны изученных показателей цитокинового статуса, что ассоциировалось с регрессом псориатических высыпаний, включая и псориатический артрит.

Таким образом, использование биологических препаратов, в частности, ингибитора ИЛ-17А (сикукинумаба), позволяет получать терапевтический эффект у больных с осложненными формами псориаза и значительно повышать качество жизни пациентов, тем более, что предупреждается развитие артропатических изменений мелких суставов кистей и стоп пациентов. Разработан алгоритм лечения больных псориазом с учетом индекса PASI, что имеет практическое значение для больных псориазом.

СЛУЧАЙ ВАСКУЛИТА ШАМБЕРГА

А.Б. РАХМАТОВ, А.А. ЯКУБОВ, А.И. ИСМАГИЛОВ

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

Аллергические васкулиты (АВ) кожи являются полиэтиологическими по своей природе. Повышенная чувствительность наиболее часто обусловлена инфекционными агентами, в первую очередь пиококками, медикаментами, особенно антибиотиками, сульфаниламидами, анальгетиками. Триггерными факторами АВ являются: переохлаждения, эндокринопатии, микроциркуляторные нарушения и разнообразные интоксикации. Пигментный васкулит Шамберга характеризуется образованием стойких ограниченных невоспалительных пигментных пятен, обусловленных образованием новых капилляров, их отечностью и расширением, пролиферацией эндотелия, отложением глыбок гемосидерина в межуточном веществе, гистиоцитах и эндотелиальных клетках.

Приводим клиническое наблюдение

Больной Исаков З.С., 1963 г.р., житель Ферганской области. Поступил в отделение дерматомикологии с жалобами на наличие пигментных образований на коже нижних конечностей и появление болезненности в ногах при ходьбе. Из анамнеза было установлено, что заболевание возникло 5–6 лет назад после сильного переохлаждения в воде. Процесс протекал незаметно с постоянным прогрессированием, т.е. образованием пятнистых элементов на коже нижних конечностей. Длительное время получал по месту жительства лечение по поводу пигментной крапивницы, когда использовал в течение длительного срока антигистаминные препараты, хотя без особого эффекта. Только в 2021 г. впервые обратился в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз, где после проведения гистологического анализа был поставлен диагноз: Пигментный васкулит Шамберга. В стационаре больному была назначена озонотерапия – инъекционным путем озонирование физиологическим раствором 0,9 % по 100,0 мл в концентрации озона в газе 20 мг/л, время озонирования 2 мин №10. Кроме того, было проведено лечение вазопротекторами, десенсибилизирующими и антигистаминными препаратами. В процессе проведенного лечения отмечалось значительное улучшение кожно-патологического процесса. Данное клиническое наблюдение является доказательством необходимости проведения гистологических исследований, и раннее адекватное лечение будет являться профилактикой серьезных сосудистых нарушений, свойственных для аллергических васкулитов кожи.

СЛУЧАЙ ДИФФУЗНОЙ АНГИОКЕРАТОМЫ ФАБРИ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.В. РАХМАТОВА, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ

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

Данное наследственное заболевание, сцепленное с Х-хромосомой и передающееся аутосомно-рецессивным путем, впервые было описано в 1898 году Fabri et Anderson. Заболевание связано с нарушениями активности лизосомальных энзимов, приводящих к изменениям катаболизма сфинголипидов и накоплению церамидтригексозида в различных органах, включая и сосудистую систему, чем и объясняется характер высыпаний.

Приводим клиническое наблюдение

Больной А.С., 23 года, житель Сурхандарьинской области обратился с жалобами на наличие высыпаний по всему кожному покрову без особых субъективных ощущений.

Anamnesis morbi: считает себя больным с детского возраста, когда впервые на коже живота появились мелкие красноватые высыпания. Постепенно отмечалось распространение аналогичных элементов на кожу спины, бедер, верхних конечностей (кончики пальцев). Впервые обратился к дерматологу в призывной комиссии, когда был выставлен диагноз красного плоского лишая. Особого лечения пациент не получал.

Anamnesis vitae: родился в срок, от своих сверстников не отставал. Имеет среднее образование. В детстве отмечались частые простудные заболевания и детские инфекции. Наследственность отягощена: со слов пациента похожие высыпания, но в ограниченном количестве отмечались у дяди пациента (родной брат отца). Пациент страдает гипертонической болезнью.

Status localis: кожно-патологический процесс носит распространенный характер и располагается на туловище, верхних и нижних конечностях, представлен сосудистыми кератинизиро-

ванными узелками, которые при прокалывании кровоточат. Гистологическая картина биоптата кожи с очага поражения характеризовалась наличием лакунарных расширений поверхностных капилляров, особенно в сосочковом слое дермы, явления гиперкератоза и неравномерный акантоз. На основании клинических и гистологических данных был выставлен диагноз: диффузная ангиокератома Фабри. Лечение данного заболевания симптоматическое. Необходимо комплексное обследование системы гемостаза, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. В постановке диагноза могут учитываться данные по обмену фосфолипидов в сыворотке крови. Общее состояние и прогноз заболевания определяются сопутствующим поражением внутренних органов. Прогноз заболевания большей частью неблагоприятный.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА РОТМУНДА-ТОМПСОНА

А.Б. РАХМАТОВ, А.И. ИСМАГИЛОВ

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

Данный генодерматоз впервые был описан немецким офтальмологом August Rothmund в 1868 году у пациента с катарактой в сочетании со своеобразной дегенерацией кожи. Большинство авторов рассматривают синдром Ротмунда-Томпсона как вариант врожденных пойкилодермий. Синдром Ротмунда-Томпсона может передаваться как по аутосомно-доминантному, так и по аутосомно-рецессивному пути. Практически во всех случаях выявлялось родство родителей и семейные случаи болезни. Заболевание встречается редко и описано несколько десятков случаев данного генодерматоза.

Приводим клиническое наблюдение

Больная Мусурмонова Асила, родилась 12.06.2019 г., жительница Чирокчинского района Кашкадарьинской области. Со слов родителей заболевание проявилось с полугодовалого возраста, когда заметили выраженное покраснение кожи лица, а затем перешедшее на конечности. Постепенно покраснение сменилось очагами мраморности кожи и полосовидными атрофическими полосами. Изменился рост волос, бровей ресниц, а также нарушения со стороны зубочелюстной системы. К 2-летнему возрасту ухудшилось зрение, когда офтальмологи выставили диагноз: Двухсторонняя катаракта. При обращении к дерматологу было проведено гистологическое исследование: выявлена атрофия эпидермиса с явлениями гиперкератоза, сглаженность сосочков дермы, значительные лимфогистиоцитарные инфильтраты, а также дегенерация коллагеновых и фрагментация эластических волокон; все придатки кожи были атрофированы. Был выставлен диагноз: Синдром Ротмумда-Томпсона. Учитывая явления пойкилодермии, преимущественную локализацию высыпаний на открытых участках кожи и повышенную фоточувствительность пациентке исключили вариант врожденного буллезного эпидермолиза, в частности, синдром Киндлера, проведя специальные молекулярно-генетические исследования.

В доступной литературе имеются описания синдрома Ротмунда-Томпсона в виде повышенной фоточувствительности и наличия буллезных высыпаний. Диагноз выставляется на основе сетчатой пигментации, гипопигментации, атрофии, телеангиэктазий, ювенильной катаракты. В данном случае было необходимо исключить синдром Киндлера. Пациентка взята на учет по группе генодерматозов.

СЛУЧАЙ СПОНТАННОГО ПАННИКУЛИТА

А.Б. РАХМАТОВ, С.Ш. БЕГИМКУЛОВ, Д.М. МУХАМЕДЖАНОВ

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

Спонтанный панникулит (болезнь Вебера-Крисчена) представляет собой хронически-рецидивирующее заболевание, предположительно инфекционно-аллергического генеза. В основе заболевания лежат нарушения окислительных процессов в жировой ткани с избыточным накоплением продуктов перекисного окисления липидов, которые и приводят к нарушениям обменных процессов жировой клетки и их гибели.

Приводим клиническое наблюдение

Больная Б.Г., 32 лет, жительница Сурхандарьинской области поступила на стационарное лечение в клинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз (история болезни №1202 от 26.02.2022 г.). Жалобы

при поступлении на болезненные уплотнения, располагающиеся на коже обеих ягодиц.

Anamnesis morbi: считает себя больной в течение последних 7 лет, когда после простудного заболевания на коже бедер появились уплотнения. Очередное обострение кожного процесса вначале сопровождалось повышением температуры, недомоганием, слабостью. Узловатые элементы заканчивались рубцеванием.

Anamnesis vitae: родилась в срок, вредных привычек не имеет. Наследственность не отягощена.

Status praesens: без особенностей.

Status localis: патологический процесс представлен болезненными узлами на ягодицах, синюшно-багрового цвета, поверхность бугристая и границы расплывчатые. На коже бедер крупные рубцовые изменения округлой формы. Гистологическое исследование: имеется инфильтрат, состоящий из гистиоцитов, лимфоцитов и плазмоцитов; выделяются пенистые клетки (липофаги); местами выявляется фиброз, пролиферация эндотелия, отек и утолщение стенок сосудов. Клинический диагноз: Спонтанный панникулит.

Лечение: α-токоферол, десенсибилизирующая и детоксицирующая терапия (плазмаферез).

Следует указать, что выделение трех клинических форм спонтанного панникулита (узловатая, бляшечная, инфильтрированная) является весьма условным, так как у одного и того же больного первая вспышка заболевания может проявляться узловатыми образованиями, в последующем патологические элементы могут быть представлены в виде инфильтратов и массивных рубцов в виде «площадки». При хроническом течении спонтанного панникулита, независимо от того, насколько острым было начало заболевания, дальнейшее его течение носит благоприятный для жизни характер.

СЛУЧАЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

А.Б. РАХМАТОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ

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

В настоящее время эозинофильную гранулему (болезнь Таратынова) относят к группе гистиоцитоза Х, которая рассматривается на грани между гиперпластическими и опухолевидными процессами, проявляющаяся вариантами: инфильтративно-эрозивный, инфильтративный, подкожной эозинофильной гранулемы.

Приводим клиническое наблюдение

Больная Ж.У., 33 лет, жительница г. Нукуса обратилась с жалобами на наличие болезненных уплотнений в области гениталий. Anamnesis morbi: считает себя больной в течение последних 3-х лет, когда впервые на половых органах появились мелкие папулы, которые длительное время сохранялись без изменений. Частое использование контрацептических средств привело к перерождению папул в инфильтративные бляшки, местами сливного характера, что и привело пациентку к дерматологу. Anamnesis vitae: родилась в срок, 2-м ребенком. Наследственность не отягощена. Вредных привычек не имеет. Отмечаются частые простудные заболевания. Mensis с 12-ти лет, регулярные. Замужем. Status localis: кожно-патологический процесс носит ограниченный характер и располагается на половых органах в виде узловато-опухолевидных образований размерами с фасоль, имеющих плотно-эластическую консистенцию, окраска их синюшно-багровая. Имеются единичные язвы размером 1х1,5 см округлой формы и валикообразные края, множество веррукозных элементов. Были исключены лабораторно острая язва Люпшитца, сифилис и др. Серологические реакции отрицательные. Рентгенография костей таза выявила изменения в виде разреженных очагов. Результаты гистологического обследования. В верхних отделах дермы обнаруживается полиморфный инфильтрат, клетки которого не проникают в эпидермис, причем от последнего он отделен зоной нормального коллагена. Местами в биоптате выявляются нейтрофильные и эозинофильные гранулоциты, среди которых встречаются лимфоциты, гистиоциты, плазмоциты и тканевые базофилы. Многие капилляры расширены, вокруг них определяются фибриноидные изменения коллагена.

На основании клинических и гистологических данных выставлен диагноз: эозинофильная гранулема с рекомендациями использования системной кортикостероидной и цитостатической терапии.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Н.А. РАСУЛОВА

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

Клинический полиморфизм псориаза предусматривает возможность выявления симптомов псориатического артрита (ПА).

Цель исследования. Оценка эффективности секукинумаба при лечении больных псориатическим артритом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 24 пациента (мужчин 17, женщин 7) в возрасте от 20 до 40 лет и давностью заболевания от 1 до 15 лет. В большинстве случаев наблюдался периферический артрит, при котором проявления псориаза предшествовали развитию ПА. В клинической картине периферического артрита преобладали симптомы: боль, припухлость суставов с ограничением их подвижности. Явления дактилита установлены у 15 из 24 пациентов и протекали в виде хронического воспаления сухожилий сгибателей и/или разгибателей и межфаланговых суставов пальцев с формированием осевого артрита, часто сопровождающиеся отеком мягких тканей, синюшно-багровым окрашиванием кожи, выраженной болезненностью при сгибании, причем у половины больных поражение затрагивало более одного пальца. Явления энтезитов установлены у 14 из 24 пациентов, когда появлялась болезненность и затруднение движения, особенно в области ахиллового сухожилия и пяточной кости. «Золотым стандартом» в постановке диагноза ПА являются критерии CASPAR, которые позволяют диагностировать ПА на ранних стадиях воспалительного процесса и даже при отсутствии псориатического поражения кожи.

Секукинумаб применялся в дозе 300 мг подкожно еженедельно (первый месяц), а затем ежемесячно, когда пациенты получали на курс лечения примерно 8–12 инъекций. В процессе терапии секукинумабом у больных ПА оценивались в динамике такие показатели, как PASI, BSA, DLQI, NAPSI, CASPAR. Каких-либо побочных явлений от проводимой терапии не наблюдалось. Лабораторные анализы доведены до референсных значений.

Полученные данные свидетельствуют об эффективности блокатора ИЛ-17А в отношении всех клинических проявлений ПА, в том числе в долгосрочной перспективе, что доказывает целесообразность раннего назначения секукинумаба с целью профилактики и лечения ранних проявлений ПА.

СИНДРОМ ПЕЙЦА-ЕГЕРСА-ТУРЕНА

Т.П. РАХМАТОВ, А.Б. РАХМАТОВ

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

Периорифициальный лентигиноз (синдром Peutz-Jeghers-Touraine) характеризуется появлением лентигинозных пигментаций, располагающихся в основном периорифициально, которые сочетаются у больных с полипозом тонкого кишечника. Заболевание передается по аутосомно-доминантному пути и связано с наличием патологического гена STK11 супрессора опухолевого роста. За период 2002–2022 гг. было проанализировано течение данного заболевания у 10 больных (мужчин 6, женщин 4) в возрасте от 5 до 27 лет и давностью заболевания от 3 до 20 лет. Следует отметить, что во всех клинических случаях заболевание начиналось в возрастной группе от 1 до 5 лет. Как правило, пигментные пятна впервые возникали на красной кайме губ и дальше распространялись на другие участки кожного покрова: на лицо, особенно периорбитальная область, а затем на тыльную поверхность кистей и стоп. Наличие гиперпигментных пятен на слизистой полости рта было выявлено у 8 из 10 пациентов. При проведении специальных (рентгенологических) исследований у всех больных старше 10 лет выявлялся полипоз кишечника, чаще тонкого. При проведении гистологических исследований было установлено наличие в лентигинозных очагах гиперпигментации кератиноцитов базального слоя эпидермиса. Повышенное количество меланоцитов было отмечено у 6 из 10 больных

данным заболеванием. Прогноз данного заболевания заключается в том, что с возрастом интенсивность гиперпигментации может уменьшаться за исключением проявлений на слизистых полости рта, а тяжесть болезни будет определяться выраженностью полипоза кишечника и вероятностью развития инвагинационной непроходимости, требующей срочного оперативного вмешательства.

Необходимо отметить, что периорифициальный лентигиноз входит в общую группу наследственных лентигинозов, где рассматриваются еще такие формы, как системный лентигиноз и центролицевой лентигиноз (синдром Турена), причем для последних характерно поражение костной системы, умственная отсталость, эпилептиформные судороги и энурез, наряду с классическими гиперпигментными пятнами на губах и кожи лица. Данное заболевание необходимо правильно диагностировать, ввиду наличия и приобретенных форм лентигиноза (веснушки и др.), которым в большей степени занимаются дерматокосметологи, и тактика лечения совершенно иная.

АССОЦИАЦИЯ ПСОРИАЗА И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Д.В. РАХМАТОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Метаболический синдром является фактором развития не только псориаза, но и сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, что и способствует возникновению преморбидных состояний, осложняющих течение псориатического процесса.

Под нашим наблюдением находилось 160 больных (мужчин 97, женщин 63) в возрасте от 20 до 55 лет. Давность заболевания составляла $14,8 \pm 3,5$ года. Согласно клиническим проявлениям были выделены следующие клинические формы дерматоза: вульгарная – у 64 (40,0 %); экссудативная – у 24 (15,0 %); артропатическая – у 62 (38,8 %); эритродермическая – у 10 (62,2 %) больных. У всех больных было проведено изучение показателей липидного обмена (холестерин-ХС, триглицериды-ТГ, липопротеиды высокой- ЛПВП и низкой-ЛПНП плотности) и содержание про- (ФНО-α, ИЛ-17) и противовоспалительных (ИЛ-4) цитокинов. Контрольную группу составили 22 практически здоровых лица. Наличие метаболического синдрома было установлено у 129 из 160 (80,6 %) больных, причем абдоминальное ожирение – у 72 (45,0 %), сахарный диабет – у 29 (18,1 %), сердечно-сосудистые заболевания – у 61 (38,1 %), дислипидемия – у 104 (65,0 %) пациентов. Следует указать, что у одних и тех же больных встречалось сочетание нескольких проявлений метаболического синдрома. При обследовании показателей липидного обмена было выявлено повышение содержания ХС и ТГ на 33,5 % и 61,7 %, соответственно при $p < 0,05$. Содержание ЛПВП было понижено на 17,5 %, а содержание ЛПНП, наоборот, повышено на 29,1 %, что отображалось на значениях коэффициента атерогенности. Была установлена прямая корреляционная зависимость между значениями липидного обмена и тяжестью течения псориатического процесса, особенно при псориатической эритродермии. Наиболее показательным интерлейкином по взаимосвязи с клиническими проявлениями псориаза являлся фактор некроза опухоли-альфа и только затем ИЛ-17, который наиболее информативным был у больных с псориатическим артритом. Была установлена корреляционная зависимость между показателями ХС и ФНО-α ($r = 0,89$), ТГ и ИЛ-17 ($r = 0,77$), ЛПНП и ФНО-α ($r = 0,71$), ЛПВП и ИЛ-4 ($r = 0,88$). Полученные результаты являются доказательством взаимосвязи метаболического синдрома с цитокиновым статусом больных псориазом, ввиду чего оправдано применение антицитокиновой терапии при данном дерматозе.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, А.С. ЯКУБОВА

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

Розацеа – хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся эритемой, телеангиэктазиями, папулами, пустулами и фиматозными изменениями. Дерматоз имеет стадийное течение, а также протекает атипично. Частота встречаемости клинической стадии розацеа различается по данным различных авторов.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости клинической стадии розацеа.

Материалы и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находилось 39 больных в возрасте от 36 до 65 лет, средний возраст составил 46,5±3,5 года. Мужчин было 9 (23,1 %) и женщин – 30 (76,9 %). Соотношение мужчин и женщин было 1:3,3. Для изучения частоты встречаемости клинических стадий и течения болезни нами была использована классификация розацеа, предложенная Plewig G., Jansen T., Kligman A. (2000).

Результаты исследования. Показали, что среди наблюдаемых больных эритемотозно-телеангиэктатическая стадия встречалось у 9 (23,1 %), папуло-пустелезная – у 20 (51,3 %), пустулезно-узловатая – у 8 (20,5 %), стероидная разацеа – у 1 (2,6 %) и ринофима – у 1 (2,6 %) больных. Клиническое проявление офтальморозацеа была диагностирована у 8 (20,5 %) из 39 больных розацеа. При этом эритемотозно-телеангиэктатическая, папуло-пустулезная и пустулезно-узловатая стадии и офтальморозацеа часто встречались у женщин, а ринофима – у мужчин.

На субъективные ощущения в виде чувства жара, жжения, зуда и стягивания кожи жаловались 77 % больных

Таким образом, наши клинические данные показали, что среди больных розацеа превалируют женщины и чаще встречается папуло-пустулезная стадия (51,3 %) и 77 % больных жалуются на субъективные ощущения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, А.С. ЯКУБОВА

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

Розацеа – хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся поражением центральной части лица и проявляющейся эритемой, телеангиэктазией, папулами, пустулами, узлами и фиматозными изменениями.

Этиология и патогенез розацеа остается до конца не изученными. В настоящее время в развитии розацеа важную роль играют как внешние (ультрафиолетовое облучение, Demadex folliculorum, инсоляция и др.), так и внутренние (патология желудочно-кишечного тракта, эндокринной, иммунной, нервной систем, генетические и др.) факторы.

В настоящее время существуют целый арсенал лекарственных препаратов и физиотерапевтических и косметологических средств для лечения розацеа. Однако эти методы терапии не удовлетворяют ни больных, ни врачей.

В последнее время широко применяют местные препараты, в частности азелаиновая кислота (15 % крем) в виде монотерапии или в комбинации с системными методами лечения.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность азелаиновой кислоты (Скинорен 15 % крем) в терапии больных розацеа.

Материалы и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 35 больных с установленным диагнозом розацеа в возрасте от 30 до 49 лет. Средний возраст больных составил 40,2±1,2 год. Мужчин было 10 (28,6 %), женщин – 25 (71,4 %). Согласно классификации Plewig G., Jansen T., Kligman A. (2000), наблюдаемые больные были распределены следующим образом: папуло-пустулезная стадия была диагностирована у 17 (48,6 %) и пустулезно-узловатая – у 18 (51,4 %) больных.

Всем больным после клинико-лабораторного обследования, на фоне традиционной терапии, наружно был назначен 15 % крем азелаиновой кислоты в течении 1–2 месяцев в зависимости от клинического эффекта препарата.

Результаты лечения. Положительная динамика в виде клинического выздоровления и значительное улучшения было отмечено у 20 (57,1 %), улучшения – у 7 (20 %) и без изменения – у 8 (22,9 %). Побочные эффекты препарата мы не наблюдали.

Выводы. Таким образом, 15 % крем азелаиновой кислоты в наружной терапии всех стадий розацеа обладает выраженным положительным клиническим эффектом.

СЛУЧАЕ РОЗАЦЕА У БЕРЕМЕННЫХ.

А.А. ЯКУБОВ[1], С.С. АРИФОВ [2]

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

Розацеа является распространенным хроническим заболеванием, которое может выражаться различными кожными или глазными проявлениями. Поражение кожи в первую очередь затрагивает центральную часть лица с такими признаками, как стойкое покраснение центральной части лица, папулы, пустулы, узлы гиперемия, телеангиэктазии и фиматозные изменения кожи.

Розацеа нередко встречается во время беременности, и клиническое течение отличается от классического, а терапевтические возможности ограничены.

Приводим клиническое наблюдение

У больной В., 39 лет, мы диагностировали папуло-пустулезную стадию розацеа.

У больной М., 41 год, мы диагностировали молниеносную формой заболевания, общее состояние которой было удовлетворительным. На коже щек, лба и подбородка наблюдали выраженный отёк и эритему синюшно-красного цвета, папулы и пустулы, узлы полушаровидной и шаровидной форм. Местами воспалительные узлы сливались в мощные конгломераты, и была отмечена флюктуация. Больная указывала на незначительную болезненность и жжение в очагах поражения. Со стороны общего анализа крови были отмечены анемия, лейкоцитоз, повышение скорости оседания эритроцитов, повышение печеночных ферментов. Консультация терапевта выявила хронический гастрит и холецистит.

Больным назначены терапия с учетом беременности: эритромицин (500 мг 2 раза в день), Скинорен 20 % крем. На 12–13 дни лечения у обеих больных наблюдали клиническое улучшение кожного процесса.

Развитие розацеа, особенно молниеносной ее формы, скорее всего, связано с гормональными нарушениями во время беременности и эмоциональными потрясениями.

Следовательно, по нашему мнению, необходим мультидисциплинарный подход совместно с акушер-гинекологами и дерматологами в диагностике и лечении беременных, страдающих розацеа.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ

У.Ю. САБИРОВ, А.А. ЯКУБОВ

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

Эритема, телеангиоэктазии, папуло-пустулезные и фиматозные изменения – основные проблемы, с которыми сталкиваются пациенты и дерматологи в повседневной практике. Из-за хронического и рецидивирующего характера розацеа больные, как правило, недовольны традиционными методами лечения. А перед практикующим дерматологом всегда стоит поиск новых методов лечения розацеа.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности лазера Vbeam prime в лечении розацеа.

Материалы и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 45 больных (мужчины – 27,8 % и женщины – 72,2 %) розацеа в возрасте от 35 до 65 лет. Среди обследуемой группы эритемотозно-телеангиэктатическая стадия была диагностирована у 32,7 %, папуло-пустелезная стадия – у 48,5 %, пустулезно-узловатая – у 18,8 % случаев.

Больные в зависимости от получаемой терапии были разделены на 2 группы. Для объективной оценки эффективности проводимой терапии больные по тяжести заболевания были распределены одинаково по группам. Первая группа (26 больных) получала традиционную терапию, которая заключалось в назначении по Стандарту дерматовенерологии и косметологии от 2021 г. Вторая группа (19 больных) получала стандартную терапию с применением лазера Vbeam prime.

Результаты исследования.Во второй группе у подавляющего большинства больных после второго курса лазерной терапии был отмечен положительный эффект – 56,5 %, в виде клинического выздоровления и значительного улучшения. Тогда как у больных первой группы через 2 курса лечения положительные результаты наблюдались у 42,4 %.

Выводы. Таким образом, наш клинический опыт лечения розацеа показал, что сочетание лазера Vbeam prime с стандартной терапией является высокоэффективным и сокращает сроки лечения.

ВРОЖДЕННАЯ ИХТИОЗИФОРМНАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ

Ф.Т. САГДУЛЛАЕВ, А.Б. РАХМАТОВ

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

Врожденная ихтиозиформная эритродермия является гетерогенной группой болезни ороговения, проявляющаяся гиперемией кожи, ихтиозом, поражением крупных складок кожи (в отличие от обычного ихтиоза), шелушением, значительным кератозом и некоторыми другими симптомами.

Данный дерматоз характеризуется клиническим полиморфизмом:

– Hyperkeratosis congenital maligna («alligator-boy») является тяжелым состоянием новорожденных, которое проявляется эритродермией, гиперкератозом, эктропионом, диффузной алопецией, общей дистрофией, несовместимой с жизнью;

– Врожденная ихтиозиформная эритродермия с гиперэпидермотрофией, характеризующаяся эритематозной, чешуйчатой кожей, ее сморщиванием и сухостью, быстрым ростом ногтей и волос;

– Везикуло-буллезная форма характеризуется появлением пузырьков и пузырей, клинически напоминающих проявления простой формы буллезного эпидермолиза;

– Erythrodermia figurate variabilis поражает большую часть кожных покровов, причем кожа пораженных участков становится темной, гиперкератотической, шероховатой, покрытой чешуйками с явлениями эритемы. Характерной особенностью является наличие по краям очагов более выраженной эритемы, когда границы бляшек более очерчены и выступают над поверхностью кожи. Вблизи больших бляшек находятся отдельные округлые медальоны. Эти элементы меняют свои размеры, сливаются и появляются новые.

За последние 3 года в Перинатальном центре области было диагностировано 3 случая врожденной ихтиозиформной эритродермии (2 – небуллезная ихтиозиформная эритродермия; 1 – буллезная ихтиозиформная эритродермия), у которых первичные проявления появились с рождения и характеризовались воспалением, пузырями, выраженным наслоением гиперкератотических масс с концентрическим расположением роговых гребешков на разгибательной поверхности суставов. В дальнейшем у данных пациентов имеется риск развития ламеллярного ихтиоза. Необходимо следить за характером пузырных элементов и дальнейшей их эволюции.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА РУДА

А.К. САМАНДАРОВ, А.Б. РАХМАТОВ

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

Синдром Руда наследуется по аутосомно-рецессивному типу и представляет собой симптомокомплекс нейроэндоэктодермальной дисплазии: клинические проявления врожденного ихтиоза, поражение нервной (умственная отсталость, эпилепсия), эндокринной (инфантилизм) и кроветворной (макроцитарная гипохромная анемия) систем. Считается, что в основе данного заболевания лежат гипофизарные нарушения.

Приводим собственное наблюдение. Больная Р.С., 22 лет, жительница Хорезмской области обратилась в консультативную поликлинику Хорезмского ОКВД с жалобами на высыпания по всему кожному покрову и отсутствие роста волос на волосистой части головы. Болеет с рождения. Со слов матери родилась в коллодиевой пленке. Постоянно отставала в физическом и психическом развитии от своих сверстников. Гиперкератотические элементы с расположением в области крупных складок кожи стали появляться с 2-летнего возраста, отмечалась общая сухость кожных покровов. При обращении в диспансер обращает на себя внимание слабоумие (никогда и нигде не училась), тотальная алопеция, кожные покровы утолщены, гиперпигментированы, шероховаты с явлениями «pseudoacantosis nigricans» в области крупных складок кожи (подмышечные, пахобедренные), а также выраженная ладонно-подошвенная кератодермия с наличием глубоких трещин. Были выявлены различные отклонения, выявленные врачами смежных специальностей (психиатр, невролог, гематолог и др.). В прогно-

стическом плане у пациентки с возрастом, по информации родственников пациентки, возможно появление приступов эпилепсии. Классическая триада данного заболевания протекает в виде врожденного ихтиоза, эпилепсии и алопеции, хотя имеются разнообразные вариации клинических проявлений данного синдрома. Лечение проводится симптоматическое, которое несколько улучшает качество жизни больной. Прогноз заболевания неблагоприятный, учитывая поражения нервной и эндокринной систем. Согласно современным классификациям ихтиоза, данное заболевание входит в большую группу синдромальных ихтиозов и особо рассматривается в плане ведения таких пациентов. Проводимые исследования и составление Национального регистра по больным несиндромальными и синдромальными формами ихтиоза позволяет выявлять и диагностировать редкие формы данного генодерматоза.

БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

М.Н. СОЛМЕТОВА [1], А.Ш. ВАИСОВ [2], М.А. ГАФУР-АХУНОВ [3], Д.Ж. ЮЛДАШЕВА[4], М.Д. АЛЛАЕВА[5], Н.С. ИБРАГИМОВА[5]

[1]Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз;
[2]Ташкентская медицинская академия;
[3]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников;
[4]Ташкентский филиал РНПМЦОиР;
[5]Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель исследования. Исследовать состояние заболеваемости базальноклеточным раком кожи (БКРК) локализации – большая половая губа (БПГ) по г. Ташкенту. Изучить клиническое течение и морфологические особенности на примере редкого клинического случая на приеме в дерматологической клинике г. Ташкента.

Материал и методы исследования. Проведен анализ 20-летней базы Канцер-регистра г.Ташкента по злокачественной заболеваемости наружных половых органов для определения места БКРК локализации БПГ. Изучен и описан единичный случай заболевание БКРК локализации БПГ на приеме в дерматологической клинике. Проведено исчерпывающее морфологическое исследование с установлением гистотипа опухоли.

Результаты исследования. По данным базы Канцер-регистра г. Ташкента, за 20 лет зарегистрировано 278 случаев рака наружных половых органов, из них в 14 случаях раковая опухоль локализовалась в области БПГ. На момент исследования на учете состоит всего 1 женщина с БКРК области БПГ. Параллельно был изучен журнал приема патоморфолога за 2018–2021 гг., установлено, что из 1620 обследованных пациентов БКРК при локализации БПГ обнаружен в единичном случае.

Клинический случай**.** Пациентка зрелого возраста (56 лет), длительность заболевания – 2 года, когда онкологами Самаркандского онкоцентра был установлен диагноз рак кожи большой половой губы слева. Больная агрессивно отнеслась к установленному диагнозу и занималась самолечением – прикладывала горячие примочки и повязки с ихтиоловой мазью. При осмотре: в области большой половой губы безболезненное язвенное образование с подрытыми краями размером 1,5 х 1,5 см, прилежащие ткани инфильтрированы, дно – гранулематозная гиперемированная легкокровоточащая ткань. Регионарные лимфоузлы не изменены. Последующее морфологическое исследование установила БКРК солидный гистотип. Больная направлена в онкологическое учреждение по месту жительства.

Выводы. БКРК при локализации БПГ – редкое заболевание в отечественной клинической практике как дерматологии, так и онкологии, что согласуется с данными зарубежных специалистов (Xi Chen, Китай, 2021 г). Однако требует знаний ранних признаков заболевания как онкологов и дерматологов, так и гинекологов общей лечебной сети, и систематической работы с населением по онкологической грамотности.

АНАЛИЗ РЕЦИДИВОВ ЛЕЧЕНИЯ БКРК. ОПЫТ ТАШКЕНТСКОГО ГОРОДСКОГО ОНКОЦЕНТРА

М.Н. СОЛМЕТОВА[1], М.А. ГАФУР-АХУНОВ[2], Д. ЮЛДАШЕВА[3], И.Р. МАМАТКУЛОВ[3]

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз[1];
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз[2]
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР[3]

Актуальность. Базальноклеточный рак кожи – коварная внешне не агрессивная злокачественная опухоль, чувствительно снижает качество жизни своим свойством к частым рецидивам, разрушая визуально значимые участки кожи, исключая пациентов из активной социальной жизни и нанося ощутимый экономический ущерб как семье больного, так и обществу.

Цель исследования. Изучить действительную нагрузку рецидивных процессов на лечебный процесс лучевого отделения, основываясь на данных Канцер-регистра г. Ташкента, установить связь с выбранной лечебной тактикой, определить гистологический тип, наиболее подвергнутый рецидиву.

Материалы и методы исследования. Данные лучевого отделения Ташгоронкоцентра по лечению жителей г. Ташкента, больных БКРК. Рецедивность процесса подтверждалась данными Канцер-регистра г. Ташкента.

За 2 исследуемых года (2018–2019) по лучевому кабинету близкофокусной рентгентерапии пролечено 495 пациентов жителей г.Ташкента с диагнозом рак кожи, из которых в 9,5 % составил плоскоклеточный рак кожи и в 90,1 % был установлен БКРК. Было установлено, что каждый пятый пациент с БКРК получал лечение по поводу рецидивного процесса (n=91 случай – 20,3 %), возникшего в период от 7 месяцев до 7 лет. Анализ больных с рецидивным БКРК установил, что в подавляющем большинстве это были обладатели светлых фототипов – 89,1 %, с преимущественным поражением головы-шеи – 78,1 %, и преобладанием базалиом без гистотипирования – 64,8 %. В возрастном аспекте преобладали лица пожилого и старческого возраста – 74,7 %. В гендерном соотношении отмечено незначительное преобладание женщин – 51,6 %, над мужчинами – 48,4 %. При анализе доступные данных по гистотипированным случаям рецидивного БКРК (n=32) наиболее часто рецидивам подвержены морфеаподобный и метатипический гистотипы БКРК, средний промежуток времени которого составил 31,5+–8,5 и 28,9+–8,1 месяца, а частота 16,3 % и 10,8 % соответственно.

Выводы. Рецидив – грозный показатель, ухудшающий прогноз качества жизни, острая проблема при БКРК, который по частоте встречаемости в лечебной практике нашего учреждения достигает 20,3 %. Это требует дальнейшей разработки дифференцированного подхода в тактике лечения, основываясь на гистотипе конкретного случая БКРК, в свете развития персонифицированной медицины.

СОСТОЯНИЕ ОКАЗАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С РАКОМ КОЖИ. АНАЛИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ. ОПЫТ ТГФ РСНПМЦОИР

М.Н. СОЛМЕТОВА[1], М.А. ГАФУР-АХУНОВ[2], Д. ЮЛДАШЕВА[3], И.Р. МАМАТКУЛОВ[3]

Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница МЗ РУз[1];
Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников при МЗ РУз[2];
Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР[3];
Ташкентский государственный стоматологический институт[4]

Актуальность. Лучевая терапия – важная составляющая радикального лечения рака кожи (РК), в том числе наиболее часто встречающейся в человеческой популяции злокачественной опухоли базальноклеточного рака (БКРК), гистологическое подтверждение которого соблюдается повсеместно. Однако несоблюдение стандартов гистотипирования нарушает возможность дифференцированного подхода для его эффективного лечения.

Цель исследования. Изучить частоту рецидивов опухоли больных БКРК.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ и сопоставление баз данных Канцер-регистра г. Ташкента и базы данных на пролеченных в лучевом отделении Ташгоронкоцентра (Ташгорфилиал РСНПМЦ Онкологии и радиологии) за 2018–2019 гг.

Результаты исследования. По данным Лучевого регистра в 2018–2019 годах из числа па-

циентов, пролеченных на аппаратах близкофокусной рентгентерапии (БФРТ), подавляющее большинство составил рак кожи – 90,5 %, в среднем 2-х недельными курсами в режиме 500 рад в день и суммарной дозой 6000 рад. Из группы РК (*n*=495), базальноклеточный рак кожи (БКРК) составил 87,1 %. Из них в 44 случаях (9,8 %) пациенты получали в течение года 2-кратно из-за внутригодичного рецидива. Гендерное соотношение мужчин и женщин – 4:5 (44,6 % и 55,4 %). В составе пролеченных больных преобладали светлокожие – 79,5 % и представители пожилого и старческого возраста (41,1 % и 39,3 %). По локализациям больные распределились – голова-шея – 91,1 %, туловище – 5,7 %, конечности – 3,2 %. В гистологической структуре группы БКРК подавляющее большинство было нетипировано – 72,1 %. Основную массу прогистотипированного БКРК составил солидный гистотип с его аденоидными вариантами – 21,9 %. Второе место занял метатипический рак – 4,7 %, затем поверхностный – 1,6 % и склерозирующий – 0,8 %. Плоскоклеточный рак составил в общей массе РК 9,5 %, и имел соотношение ороговевающего и неороговевающего 2:1. Было выявлено, что в 91 случае проводилось луч-лечение по поводу рецидива БКРК (20,3 %), возникшего в период от 7 месяцев до 7 лет. Анализ больных с рецидивным процессом установил, что в подавляющем большинстве это были представители белой расы – 86 %, с преимущественным поражением головы-шеи – 78 %, с преобладанием базалиом без гистотипирования – 65 %. В возрастном аспекте преобладали лица пожилого возраста – 62,4 %. Гендерное соотношении составило – 7:3: мужчин – 66,8 %, женщин – 33,2 %.

Выводы. Рецидив – грозный показатель, ухудшающий прогноз качества жизни, острая проблема при БКРК, который в лечебной практике нашего учреждения достигает 20,3 %. Это требует дальнейшей разработки дифференцированного подхода в тактике лечения, основываясь на гистотипе конкретного случая БКРК в свете развития персонифицированной медицины.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ.

Н.Д. СУЛТАНХОДЖАЕВА, Ш.З. МАВЛЯНОВА, А.И.ИСМАГИЛОВ

***ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз*;**
***Ташкентский институт Усовершенствования врачей МЗ РУз*.**

В повседневной практике дерматолога встречается целый ряд хронических заболеваний, в возникновении/рецидивировании которых клинически очевидна роль психогенных воздействий. Провоцирующая роль психогенных факторов при кожных заболеваниях издавна отмечалась врачами. Психологическими причинами могут быть вызваны нейродермит, крапивница, простой лишай, атопический дерматит, псориаз, гнездная алопеция и зуд. однако веских доказательств их психологического происхождения нет. Наличие кожного заболевания, заметного для окружающих, может сказываться на социальной жизни больных, вызывая чувство неловкости и лишая уверенности в себе.

Также развитию депрессии у больных с кожными заболеваниями могут предшествовать тяжелые психические переживания или чрезмерные эмоциональные нагрузки.

О выраженной эмоциональной нестабильности больного или стойких аффективных нарушениях свидетельствует вместе с тем и довольно яркая вегетативная симптоматика.

Нами было исследовано 46 больных с дерматозами, получавшие лечение в отделении дерматологии клиники РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Возраст больных колебался от 14 до 54 лет. По нозологической форме 24 больных составили с диагнозом витилиго и 22 – с псориазом. У всех больных проводили клинические, лабораторные исследования согласно стандарту.

При неврологическом осмотре выявлено: жалобы астенического характера, сниженный фон настроения отмечено – у 74 % больных, инсомния – у 67 %, вегетативные нарушения (кардиоваскулярные – у 45 %, желудочно-кишечные нарушения – у 34 %, гипергидроз – у 35 %), выраженная симпатикотония – у 25 %, парасимпатикотония – у 16 %, смешанные нарушения – у 59 % больных и вегетативные кризы – у 14 % соответственно. Оценка тревожного состояние с учетом теста Спильбергера –Ханина показало, в группе больных с витилиго уровень личностной тревожности (ЛТ) в среднем составило – 46,5±0,3 баллов, тогда как у больных с псориазом – 42,4±0,3 баллов, реактивная тревожность (РТ) 30,2±0,2 баллов-у б-х с витилиго, у б-х с псориазом – 32,6±0,3 баллов.

Оценка депрессии по шкале Гамильтона показало, что отмечается малый уровень выраженности депрессии в группе больных витилиго, что составило в среднем – 14,3±0,9 баллов, тогда как в группе больных с псориазом в среднем составило – 16, 6±0,8 баллов соответственно.

По результатам тестирования можно предположить, что больные с витилиго отмечают свое

заболевания как личностную трагедию, низкой самооценкой неуверенностью в себе, принимают окружающий мир как угрожающий. Вероятней всего это имеет отношение еще и особенности нашего менталитета. Уровень депрессии при этих заболеваниях имеет малую выраженность.

Таким образом, у больных хроническим и дерматозами, в частности витилигой и псориазом наблюдается весь спектр нозогенных реакций, аггравирующих течение заболеваемости. Это происходит вследствие рецидивирующего, косметически значимой (псориаз, витилиго) локализации высыпаний. При этом кожная симптоматика и провоцированные ею психогении сами по себе обладают психотравмирующим воздействием, запуская прогредиентное торпидное течение заболевания с образованием новых волн обострений «внутри» рецидива и приводя к формированию так называемого порочного круга. Тогда как психические расстройства тесно интегрируются в общую клиническую картину заболеваний кожи. В дополнении к лечению было бы целесообразно применение психотерапии, вегетотропных препаратов, антидепрессантов, а также анксиолитиков , которые бы улучшили бы динамику и время ремиссии заболевания.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ С ПОМОЩЬЮ КОНФОКАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ СКАНИРУЮЩЕЙ МИКРОСКОПИИ

Е.П. ТОПЫЧКАНОВА, Н.В. ЗИЛЬБЕРБЕРГ, М.М. КОХАН, Е.В. НИКИТИНА, М.Ю. ЕВДОКИМОВ

ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург

Введение. Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия (КЛСМ) в последние годы используется в дерматологии в качестве неинвазивного диагностического метода [1]. С помощью конфокального микроскопа возможно получение изображения гистопатологического процесса in vivo, при этом имиджи снимаются послойно и горизонтально, шагом 5 мкм, что сопоставимо с патоморфологическим исследованием. При КЛСМ благодаря диодному лазеру с источником монохроматического и когерентного света визуализируются кератиноциты, меланоциты, сосочки дермы, дериваты кожи, а также атипичные клетки, опухолевые инфильтраты [2]. Для различных дерматологических нозологий чувствительность и специфичность метода варьируется до 80 до 98 %, наиболее часто конфокальная микроскопия используется в диагностике онкологических заболеваний кожи [3], однако в России результаты данного метода диагностики описаны недостаточно. Благодаря визуализации клеточных структур на глубину до 200 мкм (сетчатый слой дермы) возможно диагностирование меланомы кожи, базально-клеточной и плоско-клеточной карциномы кожи на ранней стадии, а также дифференциальная диагностика с пигментными и доброкачественными новообразованиями (НО) кожи. При этом диагноз устанавливается на основании совокупности визуализируемых симптомов.

Цель исследования. Ретроспективная оценка метода конфокальной диагностики меланоцитарных НО кожи, получение данных о валидности метода.

Материалы и методы исследования. Дерматоскопия и конфокальная лазерная сканирующая микроскопия проводились на конфокальном лазерном сканирующем микроскопе VivaScope 1500/3000, Lucid-Tech. Inc., Henrietta, NY; MAVIG GmbH Munich, Germany на базе ГБУ СО «Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии». Патоморфологическое подтверждение проведено на базе ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер». Статистическая обработка данных проводилась в программе STATISTICA 12.0.

Результаты. В ГБУ СО «УрНИИДВиИ» проведено 632 исследования меланоцитарных новообразований кожи, возраст пациентов от 15 до 78 лет, соотношение мужчин и женщин 45,0 % и 65,0 % соответственно. Из общего числа больных 86 пациентов были направлены на КЛСМ с подозрением на диспластический невус, из них 28,5 % пациентов данный диагноз установлен и позже подтвержден гистологически. У 3 пациентов этой группы выявлены конфокальные признаки меланомы кожи, что позже было подтверждено патоморфологически. Соответственно 68,5 % пациентов установлен диагноз доброкачественного НО кожи, исходя из конфокальных симптомов.

Также с подозрением на меланому кожи направлено 69 пациентов, возраст от 21 до 71 года, диагноз заподозрен у 92,0 % исследованных методом КЛСМ и позже подтверждён патоморфологически. При КЛСМ визуализируются следующие признаки меланомы кожи: деструкция эпидермиса, атипичные гиперрефрактильные клетки, инфильтрация педжетоидными клетками, дендритные клетки, межсосочковые утолщения и церебриформные структуры в дерме [4]. У остальных исследуемых выявлены признаки доброкачественных НО кожи: солнечное лентиго,

комбинированный невус, травмированная себорейная кератома, дерматофиброма.

Приводим клинический пример

Пациентка К., 32 года, жалобы на НО на коже задней поверхности правого бедра, появилось около 1,5 года назад, увеличивается в размерах. Клинически на коже задней поверхности правого бедра определяется темно-коричневого цвета папула диаметром 0,6 см, плотная, безболезненная. Дерматоскопия представлена на рис. 1.

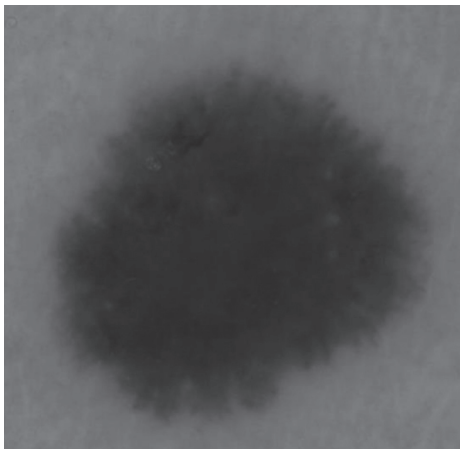


Рис. 1. Дерматоскопия элемента пациентки К.: меланоцитарное асимметричное НО с периферическими псевдоподиями и бело-голубой вуалью в центральной части.

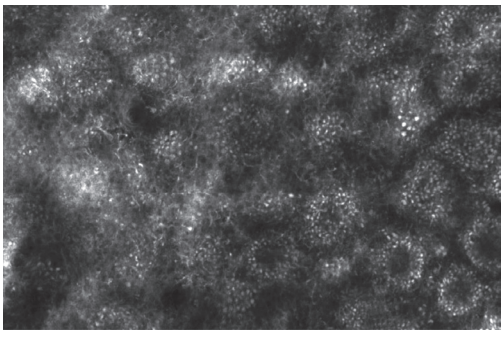


Рис. 2. Конфокальный имидж эпидермиса новообразования пациентки К.: структура НО представлена паттерном типа «булыжная мостовая», в латеральных полюсах отмечается наличие очагов деструкции эпидермиса в поверхностных его слоях с множественными атипичными меланоцитами, педжетоидными и дендритными клетками.

КЛСМ-признаки представлены на рис. 2.

С предварительным диагнозом: Шпитц-подобная меланома кожи пациентка была направлена к онкологу, диагноз подтверждён патоморфологически.

Выводы. КЛСМ является высокоточным неинвазивным методом диагностики новообразований кожи. Позволяет дифференцировать меланоцитарные новообразования кожи и своевременно обеспечить маршрутизацию пациентов с подозрением на ЗНО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rajadhyaksha M., Grossman M., Esterowitz D., Webb R.H., Anderson R.R. In vivo confocal scanning laser microscopy of human skin: melanin provides strong contrast. J. Invest. Dermatol. 104(6), 946–952 (1995). https:// DOI: 10.1111/1523-1747.ep12606215
2. Rajadhyaksha M., Marghoob A., Rossi A., Halpern A.C., Nehal K.S. Reflectance confocal microscopy of skin in vivo: from bench to bedside. Lasers Surg Med. 2017; 49(1):7–19. https://doi: 10.1002/lsm.22600
3. Gonzalez S., Swindells K., Rajadhyaksha M., Torres A. Changing paradigms in dermatology: confocal microscopy in clinical and surgical dermatology. Clin Dermatol. 2003;21(5):359–369. https:// DOI: 10.1016/j.clindermatol.2003.08.007
4. Scope A., Benvenuto-Andrade C., Agero A-LC et al. In vivo reflectance confocal microscopy imaging of melanocytic skin lesions: consensus terminology glossary and illustrative images. J. Am. Acad. Dermatol. 57(4), 644–658 (2007). https:// DOI: 10.1016/j.jaad.2007.05.044

ОСНОВНЫЕ ФАЗЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ

Х.Д. УСМОНОВА, Ш.Б. ЭГАМОВА

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

Цель исследования. Изучить основные фазы свертывания крови у больных нейродермитом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 52 больных нейродермитом в возрасте от 18 до 60 лет; мужчин – 30, женщин – 22. Контрольную группу составляли 30 практически здоровых лиц. Изучали основные фазы свертывание крови путём определения времени рекальцификации плазмы по Бергероф и Рока, толерантность плазмы к гепарину по Поллеру и концентрацию фибриногена по Рутбергу. Время рекальцификация плазмы у больных нейродермитом в среднем равнялось 93,0–3,7 сек. против 94,0–2,6 сек.; протромбиновый индекс –

83,6 % против 74,0–2,9 %, т.е. выше нормы; концентрация фибриногена 360,0–39,0 мг % против 292,0–13,0 мг % в контрольной группе.

Таким образом, у больных нейродермитом наблюдалось достоверное изменения (в сравнении с контрольной группой) основных фаз свёртывания крови, выражающееся высоким протромбиновым индексом и гиперфибриногенемией. Время рекальцификации плазмы было в пределах нормы.

Выводы. Выявляемые сдвиги в системе свёртывания крови у больных нейродермитом свидетельствует о гиперкоагуляции. Отклонения в системе свёртывания крови можно рассматривать как вторичную коагулопатию латентного (лабораторного) характера без тромбозов и кровотечений, что следует учесть при назначении этиопатогенетического лечения.

ЛОКАЛИЗОВАННАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ: АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКА

Н.Н. ФИЛИМОНКОВА, А.Р. ТЕМИРБУЛАТОВА, Е.П. ТОПЫЧКАНОВА

ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург

Локализованная склеродермия – хроническое заболевание соединительной ткани, характеризующееся очаговыми воспалительно-склеротическими изменениями кожи и подлежащих тканей без вовлечения в патологический процесс внутренних органов (Кубанова А.А. и соавт. 2015).

В последние десятилетия отмечается рост числа больных локализованной склеродермией, а также патоморфоз клинических проявлений, частые рецидивы заболевания и резистентность к известным методам лечения (Prasad S., et al., 2020).

На базе Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии г. Екатеринбурга было проведено исследование, целью которого явилось изучение современных клинико-анамнестических особенностей локализованной склеродермии. Материалом для исследования послужили данные, полученные на основании ретроспективного анализа историй болезни пациентов с локализованной склеродермией за период с 2008 по 2017 год и наблюдения пациентов, получавших лечение в условиях стационара в отделениях хронических дерматозов для взрослых в период с 2018 по 2019 год (31 пациент).

Проанализированы данные лабораторных и инструментальных исследований: ОАК, ОАМ, биохимическая гепатограмма, иммунологический профиль сыворотки крови, с определением уровня С-реактивного белка, ревматоидного фактора, уровня иммуноглобулинов A, M,G,E, микро- и макроэлементов (Ca, P), микроальбумина в моче.

С использованием конфокального лазерного сканирующего микроскопа (КЛСМ) было обследовано 10 пациентов с диагнозом: локализованная склеродермия – 8 женщин, 2 мужчин, возраст от 21 до 43 лет. Преимущественная локализация элементов – кожа туловища (спина, передняя брюшная стенка). Отмечены следующие признаки: истончение эпидермиса (до 20 мкм), визуализация параллельно расположенных фиброзных волокон, отсутствие придатков кожи, единичные меланофаги.

Доказано достоверное преобладание женщин среди больных локализованной склеродермией, с дебютом заболевания в пожилом возрасте (56–60 лет), спровоцированным психоэмоциональным и физиологическим стрессом, преимущественно в предменопаузальный и менопаузальный период; у мужчин – дебют заболевания в более молодом возрасте (15–25 лет), спровоцированный стрессовой ситуацией, травмой. Преобладающей клинической формой является многоочаговая бляшечная форма, сочетание отечно-склеротических проявлений с развитием атрофии и локализацией кожного процесса в области грудной клетки, выявлен спектр коморбидных состояний – артериальная гипертензия, патология желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы.

У больных, получавших стационарное лечение, был отмечен патоморфоз клинической картины заболевания на фоне неуточненного патогенеза, возрастание частоты случаев госпитализации в течение года, наличие соматической патологии. Доказана необходимость комплексной терапии бляшечной склеродермии с учетом сопутствующей патологии. Отмечена средняя продолжительность ремиссии около 6 месяцев, независимо от длительности заболевания.

Конфокальная лазерная сканирующая микроскопия, как дополнительный метод, значима при дифференциальной диагностике, определения остроты процесса и рекомендаций соответствующей терапии.

СЛУЧАЙ ТРЕХСИМПТОМНОГО СИНДРОМА ГУЖЕРО-ДЮПЕРРА

К.Э. ХАКИМОВ, А.Б. РАХМАТОВ

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

Данное заболевание проявляется тремя симптомами, хотя могут наблюдаться и дополнительные клинические признаки данного дерматоза. Первым признаком заболевания являются распространенные эритематозные высыпания, клинически напоминающие проявления многоформной экссудативной эритемы, причем наиболее часто они располагаются на коже голеней и бедер. Затем наблюдаются кругловатые папулезные элементы величиной от чечевицы до горошины любой локализации. Одним из основных клинических проявлений являются пурпурозные высыпания, не исчезающие при давлении, диаметром от 1 до 5 мм. Особенностью данного заболевания является тот факт, что все описанные клинические проявления появляются приступообразно в виде обострений, причем некоторые из них имеют кольцевидную форму.

Приводим клиническое наблюдение

Пациент Р.А., 55 лет, был осмотрен на консультации в Сурхандарьинском филиале РСНПМЦДВиК МЗ РУз 23 апреля 2022 г. Больной предъявлял жалобы на различные высыпания, сопровождающиеся умеренным зудом кожи. Считает себя больным в течение 2-х лет, в течение которых было отмечено несколько обострений кожного процесса, причем при каждом новом обострении появлялись качественно новые высыпания, в последние 5–6 месяцев преимущественно пурпурозные. Общее состояние пациента относительно удовлетворительное. Отмечаются артралгии в мелких и крупных суставах. На отдельных участках тыльной поверхности кистей обнаружены явления erythema elevatum et diutinum. Со стороны общих анализов крови, мочи, кала на я/глистов патологических изменений не выявлено. Отмечается выраженная гипопротеинемия и отклонения в коагулограмме.

При лечении данного пациента были использованы противоаллергические (блокаторы лейкотриенов), противовоспалительные (препараты глицирризиновой кислоты), иммуномодулирующие (инозин прабенокс) и вазопротекторные (пентоксифиллин) средства.

Таким образом, характер морфологических элементов, особенно пурпурозные высыпания, внешне напоминающие кожные элементы, обработанные краской Кастелляни, довольно своеобразные элементы, диагностирование которых позволит правильно выставить диагноз трехсимптомного синдрома Гужеро-Дюперра.

ХЛОРОНИХИИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТО-ПОДОЛОГА

К.А. ХАКИМОВ, А.М. КОВАЛЕНКО

Ташкентский городской кожно-венерологический диспансер

В последние годы дерматологам приходится вплотную заниматься патологией ногтевых пластинок, где наряду с онихомикозом, ониходистрофией выделяется часто встречаемый синдром «зеленых ногтей».

Синдром зеленого ногтя (green nail syndrom) (син: хлоронихии – chloronychia, псевдомонадная онихия – pseudomonas onychia) – это окрашивание ногтевой пластинки в зеленый цвет, вызванное инфицированием синегнойной палочкой (pseudomonas aeruginosa). Код МКБ-10: B96.5 Впервые P.aeruginosa была обнаружена в 1962 году A. Lucke. Заболевание распространено повсеместно и встречается одинаково у обоих полов, преимущественно старше 50 лет и преимущественно на ногтевой пластинке кистей нежели стоп. В процессе жизнедеятельности бактерия продуцирует характерные пигменты: пиоцианин (сине-зеленый цвет), пиовердин (желто-зеленый цвет), пиорубин (бурый цвет), флюоресцин.

Факторы риска: травма ногтя и ногтевого ложа приводящая к онихолизису, влажная среда (бассейны, джакузи, сауны и др.), физическое воздействие (ожог ногтевой пластины – светодиодной лампой, УФ-лампой), химическое воздействие (медные производные хлорофилла, изоцианат, метиленовый зеленый, щелочи, кислоты), лекарственные препараты (метотрексат, тетрациклин, миноциклин, ротиготин, амлодипин, гидроксихлорохин), заболевания ногтевых пластинок (псориаз, охроноз, опухоли ногтевого ложа и прилегающих тканей, такие как онихоматрикома, опухоль гломуса, меланома и др.), инфицирование: плесневыми грибами (Paecilomycis sp, Aspergillus sp, Fusarium sp), грамотрицательной палочкой (Proteus sp) .

Заболевание характеризуется триадой симптомов: окрашиванием ногтя (от желто-светло-зеленого до темно-черно-зеленого цвета), онихолизисом, паронихией. Диагноз ставится на основании анамнеза, клинических и лабораторных данных (культуральным посевом, ПЦР), дерматоскопии, тест с водой (хлороформом).

В связи с этой актуальной задачей в кабинетах дермато-подологов разработана тактика ведения пациента с хлоронихией. При обследовании 32 пациентов с диагнозом синдром «зеленых ногтей» (хлоронихия), вызванная Pseudomonas aeruginosa, выявлено: Pseudomonas aeruginosa – 18 человек, Pseudomonas aeruginosa + Candida alb. – 11 человек, Pseudomonas aeruginosa + Trichophyton rubrum – 3 человека.

Тактика введения: системная терапия с применением антибиотиков (ципрофлоксацин 500 мг 2 раза в сутки от 1–2 недель, антимикотики), аппаратный медицинский маникюр, педикюр, с очищением и шлифованием пораженной ногтевой пластины; местная терапия (0,3 % раствор гентамицина по 1 капле 2 раза в сутки от 3–4 недель или 0,3 % раствор Тобрамицина 2 раза в сутки от 4–6 недель, примочки с бактериофагом «Секстофаг» 2 раза в сутки от 6–8 недель и мазь «Тридерм» под окклюзивную повязку 1 раз в сутки от 4–6 недель).

Профилактика: личная гигиена с использованием антисептиков, исключить влажную среду, при контакте с водой и химическими агентами ношение защитных перчаток с не промокающей изнутри хлопчатобумажной ткани, применение наружной космацевтики (раствор Nagel fluid по 1 капле 2 раза в сутки от 8–12 недель или Clotrinem fluid по 1 капле 2 раза в сутки от 8–12 недель).

ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО СВЕТА 365 нм В ДИАГНОСТИКЕ БЕЛОГО ЛИШАЯ

И.И. ХАЛИТОВ[1], А.Ш. АЛИЕВ[2], Б.И. МУХАМЕДОВ[3]

«Asmo clinic» [1];
Ташкентская медицинская академия[2];
Ташкентский государственный стоматологический институт[3]

Актуальность темы. Pityriasis alba, или белый лишай, – вялотекущий дерматоз, проявляющийся сухими гипопигментными пятнами на лице с незначительным шелушением, чаще всего встречающийся у детей и подростков. Несмотря на то, что для международного сообщества белый лишай является незначительным проявлением атопии, множество специалистов в нашей стране до сих пор считают данное заболевание сухой стрептодермией, либо проявлением глистной или иной паразитарной инвазии, что приводит к диагностическим и терапевтическим ошибкам. Современное понимание причины возникновения данного состояния, а также правильный подход к диагностике белого лишая позволит в дальнейшем избежать диагностических ошибок, что впоследствии приведёт к более точному терапевтическому подходу, избегая полипрагмазии. Дифференциальный диагноз белого лишая включает поствоспалительную гипопигментацию любой этиологии, грибковые инфекции (разноцветный лишай), витилиго, депигментозный невус (стабильная врожденная лейкодерма), псориаз, себорею, пятна туберозного склероза, лепры и гипопигментация, вторичная по отношению к местным препаратам, таким как ретиноевая кислота, бензоилпероксид и кортикостероиды.

Цель исследования. Оценить эффективность применения ультрафиолетового света 365 нм в диагностике белого лишая.

Материалы и методы исследования. На основе проспективного анализа было обследовано 63 больных в возрасте от 2 до 17 лет, страдающих белым лишаем. Методы исследования включали анамнестические данные и клинические наблюдения, данные осмотра под ультрафиолетовым свечением с длиной волны 365 нм

Результаты исследования. При осмотре в ультрафиолетовом свечении с длиной волны 365 нм очаги белого лишая могут быть видны как гипопигментные пятна, без флуоресценции и отсутствия чётких границ. В отличие от витилиго, которое более ярко флуоресцирует и имеет края с более четкими границами. Соскоб кожи будет отрицательным на грибковые элементы. Этот результат отличается от разноцветного лишая, который будет положительным для грибковых элементов. Также необходимо обращать внимание на локализацию, клинические проявления для проведения дифференциальной диагностики белого лишая и других состояний кожи, вызывающих гипопигментные пятна. Биопсия кожи обычно не требуется, но при ее проведении можно отличить белый лишай от грибовидного микоза. На основании анамнеза, клинических проявлений, отрицательного соскоба на грибковую инфекцию и осмотра в ультрафиолетовом свете с длиной волны 365 нм пациентам может быть выставлен диагноз белый лишай

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ «МЕТРОВИТ» И «ДЕРМАВИТОЛ» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕРМАТИТА

Ф.Ш. ХАМИДОВ, К.З. БОТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Л. АЛИЕВ, Ф. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить эффективность экстрактов «Метровит» и «Дермавитол» у больных острым дерматитом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 55 больных в возрасте от 20 до 57 лет (20 мужчин и 35 женщин). У всех больных был диагностирован острый дерматит (ОД). Очаги патологического процесса располагались в области рук и ног. У больных очаги поражения располагались симметрично, острыми воспалительными явлениями, имея четкие границы, округлые или овальные форму, на поверхности которых виднелись пузырьки и пузыри с прозрачной или пустулы с мутной жидкостью, наблюдалась эрозия, мокнутия. В некоторых местах наблюдались гнойные корки, шелушения. Больных беспокоило жжение, значительный зуд и болезненность в области патологического очага.

Все пациенты с острым дерматитом получали стандартное, комплексное лечение (ГК, антигистаминные, десенсибилизирующие, противовоспалительные, колострум и др.). После высыхания патологического очага участки обрабатывались различными кремами, а потом и мазями (крем/мази Тридерм, Тридокс, Кетазол, Неодерм). В составе комплексной терапии против мокнутия применялись экстракты «Метровит» и «Дермавитол» (t = 3–8°C) в разведении 1:2 (для разведения применялась дистиллированная вода). Препараты «Метровит» и «Дермавитол» состоят из различных лекарственных экстрактов растений. Комплекс сборника растений оказывает противовоспалительное, антисептическое, антимикробное, противогрибковое, регенерирующее действие при различных заболеваниях. Данные препараты в виде примочек применялись холодном состоянии 5–8 раз в день, в виде влажных повязок в течение 1–3 дней. Первая группа (№ 27) больных с ОД от мокнутия получали «Метровит», вторая группа в составе 28 пациентов на очаг ОД ставили растительный экстракт «Дермавитол».

Результаты исследования. У всех больных ОД после начала лечения экстрактами «Метровит» и «Дермавитол», в мокнущих очагах поражения начиналось высыхание на 2,20 ± 0,11 суток, на месте экссудативных высыпаний образовывались серозные, кровянистые и гнойные корки, снижались зуд, боль и жжение. У больных обеих групп, в среднем через 2,11 ± 0,41 дня прекращалось появление везикул, пузырей, пустул и начиналось заживление очага поражения. Регресс воспалительных явлений усиливался, и время выздоровления у всех больных укорачивалось. У всех пациентов ОД после применения экстрактов «Метровит» и «Дермавитол» на коже не наблюдались побочные явления. Кожа в патологическом очаге не окрашивалась, так как экстракты были бесцветными.

Вывод. Экстракты «Метровит» и «Дермавитол» оказались эффективными средствами для местного применения в лечении ОД. Экстракты «Метровит» и «Дермавитол» после нанесения ускоряют высушивание мокнущих очагов поражения, не окрашивая кожу, и удобны в применении, побочные явления не наблюдались.

ИНДЕКС ПРОФИЛЯ ТЯЖЕСТИ КОЖНОГО ЗУДА И НЕОБЫЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЕГО У БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ ФОРМОЙ НЕЙРОДЕРМИТА

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт

Зуд кожи – это один из основных субъективных симптомов нейродермита. Было проведено много исследований, связанных с зудом у больных нейродермитом.

Цель исследования. Изучить «Индекс профиля тяжести кожного зуда» и локализацию зуда у больных ограниченной формой нейродермита (Видаля).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 126 больных нейродермитом Видаля (мужчин – 54, женщин – 72), в возрасте от 18 до 46 лет. Всем больным диагноз нейродермит Видаля был поставлен после стандартного исследования. Характеристику зуда определяли с помощью индекса профиля тяжести кожного зуда (ИПТКЗ) до и после лечения. Все больные получали стандартное комплексное лечение.

Результаты исследования. Как показало исследование, индекс профиля тяжести кожного зуда (ИПТКЗ) до лечения составил 35,15+0,12 балла (из них на сенсорные параметры –

27,05+0,12 балла, а на эмоциональную сферу – 8,10+0,12 балла). После проведенной терапии у больных нейродермитом Видаля ИПТКЗ снижался до 15,23+0,13 балла.

Неожиданно из 126 больных нейродермитом Видаля у 35 (27,78 %) пациентов выявлен зуд необычной локализации. У всех пациентов очаги поражения располагались в области шеи. Но зуд у них кроме очага поражения наблюдался и в области уха, точнее, в среднем ухе. Если очаг нейродермита располагался в правой стороне задней части шеи, то зуд отмечался и в средней части правого уха или наоборот. Зуд после проведенной терапии исчезал до нового рецидива заболевания.

Выводы. Как показало исследование, ИПТКЗ у больных нейродермитом Видаля показатели до лечения были высокими и после проведенной терапии индекс профиля тяжести кожного зуда снижался. У 27,78 % больных была выявлена необычная локализация зуда, который располагался в области среднего уха, где ближе оказывался патологический очаг.

ИНДЕКС ПРОФИЛЯ ТЯЖЕСТИ КОЖНОГО ЗУДА У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Ф.Ш. ХАМИДОВ, М.З. ХАМИДОВА

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Изучить индекс профиля тяжести кожного зуда у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 36 больных с ограниченной формой витилиго в возрасте от 17 до 40 лет (мужчин – 12, женщин – 24).

Всем больным диагноз Витилиго был поставлен после стандартного исследования. Характеристику зуда определяли с помощью индекса профиля тяжести кожного зуда (ИПТКЗ) до и после лечения. Все больные получали стандартное комплексное лечение.

Результаты исследования. Как показало исследование, индекс профиля тяжести кожного зуда (ИПТКЗ) у 14 больных из 36 ограниченной формой витилиго до лечения составил 16,22+0,32 балла (из них на сенсорные параметры – 10,06+0,12 балла, а на эмоциональную сферу – 6,10+0,22 балла). После проведенной терапии у больных ограниченной формой витилиго ИПТКЗ снижался до 5,43+0,11 балла.

Выводы. Как показало исследование, у 14 больных ограниченной формой витилиго наблюдался зуд, а показатели ИПТКЗ до лечения были незначительно высокими и после проведенной терапии индекс профиля тяжести кожного зуда снизился.

ЧАҚАЛОҚЛАР БУЛЛЁЗ ЭПИДЕРМОЛИЗИНИНГ ОҒИРЛИК ИНДЕКСИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, М.З. ХАМИДОВА , Н.У. ХАСАНОВА

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Буллёз эпидермолиз билан оғриган янги туғилган чақалоқларда «Чақалоқларда буллёз эпидермолиз оғирлик индекси»ни ўғиз сути (колострум) билан комплекс давода ўрганиш.

Тадқиқот материали ва услуби. Бизнинг назоратимизда 7 нафар янги туғилган чақалоқлар бўлиб, уларнинг ёши 1 кундан 17 кунликни ташкил қилиб, 4 нафари ўғил бола, 3 нафари қиз болалар эди. Барча Буллёз эпидермолиз (БЭ) билан оғриган пациентларда «Чақалоқларда буллёз эпидермолиз оғирлик индекси» ўрганилди. Янги туғилган чақалоқлардаги БЭ оғирлик индекси 6 та асосий ва 5 та қўшимча параметрлардан иборатдир.

Асосий параметрларга киради: янги пуфаклар, пуфакларнинг тарқалиш майдони (%), оғиз шиллиқ қаватида пуфаклар, овқатлантиришнинг мураккаблиги, вазнининг ўзгариши, метициллин билан ўтказиладиган терапияга стафилоккокли инфекциянинг барқарорлиги.

Қўшимча параметрларга киради: ламина 5 ни дефекти, пилорусни атрезияси, буллёз эпидермолиз летал ҳолатининг оилавий анамнезда кузатилиши, рецессив-дистрофик буллёз эпидермолизнинг оилавий анамнезда мавжудлиги, буллёз эпидермолизни мускуллар дистрофияси билан оилавий анамнезда кузатилиши.

Индекснинг интерпретацияси: балларнинг максимал миқдори 18 га тенг; баллар миқдори 0 дан 5 баллгача бўлса, енгил, 6 дан 10 баллгача – ўрта оғирликда, 11 дан 16 гача – оғир даражаси деб баҳоланади; пациентнинг ҳолати оғир баҳоланади, агар 1 ёки ундан ортиқ балла плюс қўшимча 5 параметрлардан бири мавжуд бўлса (ламинин 5 дефекти, пилорус атрезияси, буллёз эпидермолизнинг летал ҳолати оилавий анамнезда кузатилса, рецессив-дистрофик буллёз

эпидермолиз оилавий анамнезда мавжуд бўлса, буллёз эпидермолизнинг мускуллар дистрофияси бўлса). БЭ билан оғриган бемор чақалоқларда стандарт даволаш ўтказилиб, комплекс давода ўғиз сути қўлланилди. Ўғиз сути (колострум) 0,5 мл дан кунига 2 маҳал овқатланишдан аввал 1 ой мобайнида қўлланилди.

Тадқиқот натижалари. БЭ билан оғриган янги туғилган чақалоқларда даволашдан аввал «Чақалоқларда буллёз эпидермолиз оғирлик индекси» ўрганилганида у ўртача 6,23±2,64 баллни ташкил қилди. Ўғиз сути (колострум) комплекс давода таркибида қўлланилганидан сўнг БЭ билан оғриган бемор чақалоқларда «Чақалоқларда буллёз эпидермолиз оғирлик индекси» ўртача 2,56±0,13 баллгача пасайганлиги аниқланди.

Хулоса. «Чақалоқларда буллёз эпидермолиз оғирлик индекси»ни аниқлаш диагнозни тўлиқ аниқлашга ва БЭ билан оғриган чақалоқларни терапиясининг самарадорлигини баҳолашга ёрдам беради. Ўғиз сути (колострум) препарати эса комплекс терапияда даволашнинг самарадорлигини яхшилайди.

ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Ш.Б. ЭГАМОВА

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

Актуальность. Псориаз – мультифакториальное хроническое воспалительное заболевание, основными морфологическими признаками которого являются гиперпролиферация кератиноцитов, сочетающаяся с их неполной дифференцировкой и сопровождающаяся апоптозом и иммунным воспалением.

Решение проблемы специализированной помощи больным хроническими дерматозами требует всестороннего анализа причин, приводящих к развитию и рецидиву заболеваний. Среди множества факторов, способствующих развитию псориаза, немаловажное значение принадлежит патологии полости рта, очагу хронической инфекции [1, 2, 3].

Цель исследования. Определить влияние состояния органов полости рта на течение псориатического процесса.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 120 больных псориазом, из них с распространенной формой 100 (83,3 %), ограниченной 20 (16,7 %). Возраст больных колебался от 16 до 73 лет, мужчины составили 52,5 %, женщины – 47,5 %. Всем больным проводили общеклиническое обследование, определяли феномен Кёбнера, биодозу кварца для установления стадии и сезонности псориаза, что необходимо для правильной постановки диагноза и коррекции лечения.

Согласно проведенным дополнительным методам исследования, определили, что у 75 (62,5 %) больных прогрессивная, у 38 (31,7 %) стационарная и у 7 (5,8 %) регрессивная стадия заболевания. Что касается сезонности, то у 33 (27,5 %) была весенне-летняя, у 31 (25,8 %) – осенне-зимняя и у 56 (46,7 %) – внесезонная форма псориаза.

Результаты исследований. У обследованных нами (120) больных псориазом локализация специфического процесса на слизистой полости рта наблюдалась у 13 (10,8 %) больных, причем 11 из них имели распространенную форму дерматоза и псориатическую артропатию. На слизистой полости рта папулезная форма псориаза, проявляющаяся одним, двумя, иногда более элементами белесоватой окраски с розовым ободком, слегка выступающим над окружающей слизистой оболочкой, без субъективных ощущений. У остальных больных псориаз локализовался на коже волосистой части головы, туловище и конечностях. Давность заболевания колебалась от 4 до 40 лет. Наследственный фактор отмечался у 31 (25,8 %) больного, 89 (74,2 %) неотягощенный псориаз.

У большинства больных псориазом отмечалась патология твердых тканей зубов, зубные отложения, заболевания пародонта и др. Так кариес зубов различной степени интенсивности (поверхностный у 24,7 %, средний у 20 %, глубокий у 5,9 % и смешанный у 43,2 %) наблюдался у 85 больных, что составило 70,8 %, зубные отложения у 53 больных (45,8 %), заболевания пародонта (пародонтоз у 56,8 %, гингивит у 43,2 %) у 37 больных из 120, что составило за 30,8 %. Совершенно не пораженные органы полости рта были лишь у 5 (4,2 %) больных псориазом.

Таким образом, указанные изменения в полости рта позволяют, помимо патогенетического лечения основного заболевания, проводить лечебно-профилактические мероприятия по коррекции состояния полости рта в виде санации (лечение кариозного процесса, удаление невосстанавливаемых зубов), лечение заболеваний пародонта (удаление

зубных отложений, витаминотерапия, электрофорез и др.) и адекватного протезирования.

Выводы. Проводя своевременное санирование полости рта у больных псориазом, можно предупредить рецидив кожного процесса, а также переход ограниченных форм в распространенные, а больных с распространенной формой перевести в ограниченную, что, несомненно, позитивно скажется на общем течении болезни. Лечение основного заболевания и параллельное санирование полости рта дает хороший положительный эффект, что улучшит качество жизни пациентов.

НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ СИСТЕМЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭКЗЕМОЙ

Ш.Б. ЭГАМОВА, Х. Д. УСМОНЗОДА

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

Цель исследования. Изучить некоторые параметры системы гемокоагуляции у больных экземой.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 30 больных экземой в возрасте от 20 до 50 лет. Мы изучали время рекальцификации плазмы, протромбиновый индекс и концентрацию фибриногена. В контрольной группе (30 практически здоровых лиц) время рекальцификации плазмы составило в среднем 94,0±2,6 сек; протромбиновый индекс – 74,0±2,9; концентрация фибриногене – 292,0±13,0 мг %).

Результаты исследования. У больных экземой в среднем время рекальцификации было равно 90,0±1,6 сек., определение протромбинового индекса выявило достоверно (p>0,001) увеличение протромбина в крови 81,5 %, а концентрация фибриногена в среднем равнялось 353,0±56,0 мг %).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют, что у больных экземой наблюдается укорочение времени рекальцификации плазмы, увеличение протромбина и концентрации фибриногена в крови. При назначении этиопатогенетического лечения больным экземой следует учесть изменения в системе гемокоагуляции и при необходимости добавить антикоагулянтную терапию, чтобы предотвратить возможные тромбоэмболитические осложнения. Параллельное лечение основного заболевания с учётом выявленной сопутствующей патологии улучшит качество жизни этих пациентов.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСТАКНЕ

З.Э. ЭРКИНЛАР, С.С. АРИФОВ

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент

Симптомокомплекс постакне обычно развивается после среднетяжелых и тяжелых степеней течения акне и состоит из рубцовых деформаций, поствоспалительной гипер- и гипопигментации, милиумов. Наличие симптомов постакне значительно вызывает косметологический дефект и влияет на качество жизни пациентов. В настоящее время лечение симптомов постакне представляет значительные трудности.

Доказано отрицательное влияние сопутствующих заболеваний на течение и исход симптомокомплекса постакне.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости сопутствующих патологий у больных постакне.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 42 больных, страдающих симптомокомплексом постакне в возрасте от 18 до 26 лет. Мужчин было 25 (59,5 %), женщин – 17 (40,5 %).

Результаты исследования. Все больные были консультированы смежными специалистами и прошли лабораторные исследования. У 31 (73,8 %) из 42 больных выявлены различные сопутствующие патологии. Из них у 10 (32,3 %) пациентов были диагностированы заболевания ЛОР-органов (хронический тонзиллит – у 5, гайморит – у 3, синусит – у 2), у 8 (25,8 %) – патология желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит – у 3, хронический гастродуоденит – у 3, хронический холецистит – у 1, хронический колит – у 1), у 7 (22,5 %) – заболевания эндокринной системы (гипотиреоз – у 3, гипертиреоз – у 3, аутоиммунный тиреоидит – у 1), у 4 (12,9 %) – заболевания нервной системы (нейроциркуляторная дистония – у 2, мигрень – у 1, невроз –

у 1), у 1 (3,2 %) – ревматоидный артрит и у 1 (3,2 %) – аллергический ринит.

Вывод. Таким образом, среди наблюдаемых нами больных с симптомокомплексом постакне в 73,8 % случаях диагностируются различные сопутствующие заболевания и из них наиболее часто была выявлена патология ЛОР-органов. Полученные данные необходимо учитывать в планировании лечебно-диагностических процедур.

ДЕМОДИКОЗ ПАТОГЕНЕЗИ МУАММОЛАРИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Н.А. МУСТАНОВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК

Демодикоз одамлар ва ҳайвонларнинг кенг тарқалган паразитар касаллиги. Касалликни Demodex оиласига мансуб каналар қўзғатади. Аммо бу каналарнинг патогенлиги тўғрисида тортишувлар узоқ вақтдан бери давом этмоқда. Каналарнинг 143 дан ортиқ турлари таърифланган. Улар турли ҳайвонлар ва одамларнинг терисида эндопаразитлик қилади. Лекин айтиш жоизки, demodex каналарининг ҳар бир тури ўз хўжайнига эга. Масалан, итларда – D. canis, мушукларда – D. cati, қорамолларда D. bovis, одамларда D. folliculorim, D. brevis ва бошқалар.

Demodex каналарини биринчи бор Бергерин (1846) ёғ, ёғ безлари, соч фолликуллари ажралмаларидан топишга муваффақ бўлган. 1942 йилга келиб, у Г. Симон томонидан таърифланган. Demodexнинг иккита кичик тури мавжуд бўлиб, уларнинг ҳар бири ўзига хос морфологик хусусиятлари ва паразитлик жойлари билан ажралиб туради. D. folliculorim соч фолликулаларида, D. brevis эса ёғ ва меибом безларида яшайди. Одамларда каналарнинг асосий яшаш жойи бурун қанотлари териси, пешона, кўз қовоқлари, ияк, бурун ва лаб бурмалари яноқ ва қошлардир. Айрим пайтлари улар ташқи эшитиш каналида ва бўйин терисида учраши мумкин. Кўкрак, кураклар оралиғи, жинсий аъзолар терисидан олинган материалларда ҳам топилиши мумкин. Кана ривожланишининг ҳаёт цикли 15 кун давом этади. У 5 та фазага ажратилади. Жумладан, тухум, личинка, нимфа – I, нимфа – II ва жинсий етук даври имаго дейилади. Личинкалар ва нимфаларда оғиз аппарати, қўл-оёқлари ривожланмаган ва улар ҳаракатлана олмайди. Шунинг учун улар катта каналар томонидан парчаланган ҳужайраларнинг тўқима суюқлиги билан озиқланади. Кана ривожланишининг охирги даври бу имаго босқичидир. Кананинг личинка босқичида ва нимфаларнинг икки босқичида 14–15 кунлик ҳаёт цикли, ёғ безлари ва соч фолликулаларининг чиқариш йўлларида содир бўлади. Каналар ўз хўжайни танасидан ташқарида яшай олмайди.

Каналарнинг урғочиси камроқ ҳаракатчан ва кўпроқ термофилдир. Шунинг учун киприклар ва соч фолликуласига жойлашиб олишади. Уларнинг боши ичкарига қараб дум қисми эса терининг юзасида жойлашади. Тадқиқотчиларнинг фикрига қараганда, бир фолликулада 20–25 тагача каналар яшаши мумкин. Улар юз териси, кўз қовоқлари терисида ёки уларнинг фолликулаларига кириб чиқиб туради. Каналар кечаси, яъни қоронғида фаол ҳаракат қилишади. Уларнинг жуфтлашиши соч фолликуласининг тешигида кечади. Каналарнинг тунда фаол бўлиши тери демодекозига хос субъектив клиник белгиларини юзага келтиради. Яъни, юз териси, ҳатто кўз қовоқлари аксарият кундузгига қараганда кечаси кўп қичийди. Кундузи, яъни ёрқин нурда каналар тери юзасидан соч фолликулаларининг чуқур илдизигача кириб кетади. У ерда ёғ бези тешиги яқинида ҳаракат қилиб, қўшни ёғ безларига ўтиб олади. Тухумини шу жойларга жойлаштиради. Тахминан 60 соат ўтгач, аввалига конуссимон тухум, кейин ҳаракатсиз личинкалар чиқа бошлайди. Парчаланган ёғ бези элементлари билан озиқланади. Тухум қўйгандан кейин урғочилари беш кунгача яшайди.

Каналар хўжайин организмидан ташқарида нам шароитда ва қоронғу муҳитда 6–9 кунгача яшаши мумкин. Лекин бу пайтда улар кўпайишдан тўхтайди. 14 градус иссиқликда каналарнинг ҳаракати кескин камаяди. Улар тери юзасидан соч фолликулалари орқали чуқурроқ ичкарига кириб кетишади. Лекин 30–40 градус иссиқликда уларнинг фаолияти кескин ошиб боради. Ва нобуд бўлиши ва юза жойлашиши кучаяди. Мусбат 52 градус ҳароратда улар яшай олмайди. Шунинг учун ҳам каналарнинг таъсир доираси унинг ҳаво ҳарорати билан боғлиқ. Баҳорнинг иссиқ кунлари одамнинг ёғ безларидан максимал ёғ чиқа бошлайди. Тери демодекозининг баҳор ойида кучайиб кетиши ҳам шу билан боғлиқдир.

DEMODEX КАНАЛАРИНИНГ НАҚАДАР ТАРҚАЛИШИ ВА ЯШАШИ ТЎҒРИСИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, Н.А. МУСТАНОВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК

Demodex каналари эрта ёшда инсон терисига тушади. 30–40 ёшга бориб, асосий гуруҳ аҳолиси каналар билан зарарланади. Улар яширин эндопаразитлар бўлиб, маълум шарт-шароит туғилганда одамнинг тер безлари ва соч фолликулаларини зарарлаши мумкин. Офтальмологларнинг фикрича, кейинчалик асосий беморларнинг кўз киприклари фолликулалари ҳам зарарланади ва кўз демодикози касалликларига сабаб бўлади.

Каналарнинг ҳаёт тарзининг кечишига қараб ва уларнинг хусусиятлари асосида терининг зарарланиши мавсумий кечади. Айниқса, баҳорда ёз, куз, қишга қараганда касалланиш юқори бўлади. Demodex каналари соғлом одамларнинг 30–45 фоизида меъёрида ҳам уларнинг терисидан топилади. Юқорида таъкидлаганимиздек, каналарнинг топилиши мавсумийдир. Агар препаратнинг ҳар бир кўрув майдонида уларнинг сони 5 тадан ошса, улар патологик ҳолатга сабаб бўлиши мумкин. Айрим мутахассисларнинг таъкидлашича, турли хил тери касалликлари билан мурожаат қилган беморларнинг 80–90 фоизида каналар топилади.

D. folliculorim каналарининг аниқланиши D.brevisra қараганда 2–3 ҳисса ортиқ бўлади. 19 фоиз ҳолатларда эса ҳар иккаласи учраши мумкин. Одамларнинг ёши ошиб бориши билан уларнинг каналар билан зарарланиши ҳам ошади. Аксинча, гўдакларда ва мактабгача ёшдаги болаларда каналар деярли топилмайди. Соғлом аҳолининг турли контенгенлар профилактик мақсадларда текширилган. Уларнинг 60% ида терисидан, 40 % да киприклардан, 65 % да эса ҳам терисида, ҳам киприклари фолликуласидан аниқланган. Кўз қовоқларининг юқори қисмида пастига қараганда икки ҳисса кам каналар аниқланади. Аёлларнинг касалланиши эркакларга нисбатан 2–3 ҳисса юқоридир. Аммо кўпгина муаллифларнинг таърифича, ҳар икки жинс касалланишда унчалик тавофут йўқ. Фақатгина тиббиёт муассасасига аёллар кўпроқ мурожаат қилади.

Қатрон, карбол кислотаси креазол, хлороформ, эфир ва этил спирт таъсирида каналар бир зумда ўлади. 20 % ишқорда 3–6 дақиқадан сўнг салицил кислотасининг 10 % ли спиртли эритмасида бир дақиқадан сўнг ўлади. Аксинча, глицерин, ланолин, ўсимлик ёғи ва мойларда бир-икки кундан тўрт кунгача тирик сақланади. Сувда каналар кунгача, қуруқ ҳавода эса бир ярим кун яшайди холос.

Шундай қилиб, юқорида таъкидланган каналарнинг тарқалиши ва яшаш муддати асосида унинг профилактикасини ҳамда акарацид преатларининг нақадар таъсирини ўрганишга йўл очишимиз мумкин.

ПСОРИАЗ И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ ПРОЦЕССОВ

Н.В. ЮРИНА [1], Т.А. АГЕЕВА [1,2], А.И. ЯКУБОВИЧ [3], И.Г. СЕРГЕЕВА[4]

АНО «Региональный центр высоких медицинских технологий», г. Новосибирск, Россия[1]; Новосибирский государственный медицинский университет, Россия[2]; Иркутский государственный медицинский университет, Россия[3]; Новосибирский государственный университет, Россия[4]

Актуальность. У части пациентов с псориазом и атопическим дерматитом (АтД) возможно одновременное наличие типичных клинических проявлений, т.н. «перекрестные формы». Остается неясным, являются ли эти случаи специфическими подтипами АтД, в том числе азиатского происхождения, или сочетанием дерматозов.

Цель исследования. В биоптатах кожи пациентов с клинической картиной, требующей дифференциального диагноза между псориазом и АтД, оценить наличие классических гистологических критериев данных заболеваний.

Материалы и методы исследования. Проведено морфологическое исследование биоптатов из очагов на коже у 10 пациентов в возрасте от 2 до 15 лет с неопределенной клинической и гистологической картиной заболевания.

В качестве классических морфологических критериев псориаза рассматривали акантоз, агранулез, пустулы Когоя и Мунро, расширенные капиллярные петли сосочкового слоя дермы, истончение супрапапиллярной пластинки, утолщение на концах акантотических тяжей, нейтрофилы в дерме, для АтД – нерегулярный акантоз,

гипергранулез, серозные полости в эпидермисе, содержащие эозинофилы и лимфоциты, фиброз сосочкового слоя дермы, эозинофилы и плазмоциты в инфильтратах дермы.

Результаты исследования. В группе пациентов с неопределенной клинической картиной в коже имело место сочетание классических критериев псориаза и АтД с преобладанием критериев псориаза. В переводе в балльную оценку на 4 критерия псориаза приходилось 1,5 критерия АтД. Самыми частыми признаками были сочетание гипер- и агранулеза (9 случаев из 10), расширенные капиллярные петли сосочкового слоя дермы (9 случаев из 10). Два из трех признаков, характерных для обоих заболеваний (паракератоз, гиперкератоз либо периваскулярные лимфоидные инфильтраты), встречали во всех исследуемых случаях. В части случаев выявлено наличие сочетаний взаимоисключающих классических морфологических признаков псориаза и АтД, таких как акантоз и серозные полости в верхней части эпидермиса, расширение капиллярных петель сосочкового слоя дермы и фиброза этого слоя.

Выводы. У детей с неопределенной клинической картиной дерматоза, в биоптатах из бляшек выявленное одновременное наличие хаотичного сочетания патоморфологических критериев псориаза и атопического дерматита, не позволяет достоверно провести дифференциальный диагноз на гистологическом уровне и однозначно определить характер заболевания.

ДЕБЮТ КРАСНОГО ОТРУБЕВИДНОГО ВОЛОСЯНОГО ЛИШАЯ ДЕВЕРЖИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

А.И. ЯКУБОВИЧ, Н.Б. ПРИМАК, С.А. ЧЕРНОДИРОВА

ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет, Россия

Актуальность. Широкое распространение коронавирусной инфекции наложило отпечаток на врачей различных специальностей, в том числе и дерматологов, которые достаточно часто встречаются с этой проблемой.

Цель исследования. Питириаз красный волосяной отрубевидный (болезнь Девержи) является аутоимунным заболеванием, точной теории возникновения которого не существует до сих пор. Данный дерматоз является редким заболеванием, поэтому в практике врача представляет определенные трудности при его диагностике, требует особого внимания и выстраивания дифференциального ряда. Известно, что некоторые вирусные заболевания могут выступать в качестве триггеров, что вызывает особый интерес во время пандемии новой коронавирусной инфекции.

Представляем клинический случай красного волосяного отрубевидного питириаза (болезни Девержи).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находился пациент, 28 лет, который обратился к дерматологу с высыпаниями на коже лица, груди, живота, спины, сопровождающимися зудом. Высыпания начали появляться через неделю после диагностированной новой коронавирусной инфекции.

Из анамнеза: до настоящего времени высыпания на коже отрицает. На момент осмотра: патологический кожный процесс носил распространенный характер и был представлен множественными фолликулярными папулами, сливающимися в бляшки размером от 0,5 до 1,0 см, ярко-красной окраски, с шелушением на поверхности. Псориатическая триада сомнительная.

Был установлен диагноз: Псориаз вульгарный (впервые выявленный), прогрессирующая стадия. Пациент получал лечение: внутривенно раствор меглюмина натрия сукцинат 1,5 % по 200 мл № 5, левоцетиризин 5 мг – 10 дней, наружная терапия проводилась топическими стероидами: бетаметазона дипропионат с салициловой кислотой – 10 дней, метилпреднизолона ацепонат – 10 дней. Клинического эффекта не отмечено. На протяжении всего периода болезни отмечал появление новых элементов кожной сыпи. На последующем стационарном этапе лечения кожный процесс носил характер с наклонностью к эритродермии с индексом PASI 42,9. В первоначальном заключении биопсии кожи описана гистологическая картина псориаза.

Результаты исследования. На фоне последующей проводимой терапии существенного клинического эффекта от неё не отмечалось, поэтому было направление на пересмотр гистологического исследования биоптата кожи.

Заключение (повторное): акантоз с неравномерной шириной эпидермальных отростков и неравномерной толщиной супрапапиллярных пластин. Фокальный гипергранулез, чередующийся орто- и паракератоз, в том числе в просвете фолликулов. В папиллярной дерме эктазия капилляров, периваскулярные лимфогистицитарные инфильтраты с присутствием единичных плазматических клеток и эозинофилов. Подобная микроскопическая картина возможна при pityriasis rubra pilaris.

На основании повторного гистологического исследования и соответствующей клинической картины установлен диагноз: Лишай красный отрубевидный волосяной Девержи.

К лечению был добавлен преднизолон 7,5 мг/сутки, изотретинонин 10 мг через день в сочетании с УФТ 311 нм (селективная фототерапия). После проведенного лечения отмечен стойкий клинический эффект, пациенту даны рекомендации о наличии медицинских противопоказаний для последующей вакцинации. Но пациент самостоятельно вакцинировался от COVID-19 летом 2021 г., после чего опять появились новые высыпания и был госпитализирован в дерматологическое отделение.

Выводы. В данном случае установлен диагноз по совокупности субъективных и анамнестических данных, клинической картины, гистологического исследования, которые позволили у данного пациента установить дебют заболевания лишай красный отрубевидный волосяной Девержи, где предположительным триггерным фактором явился COVID-19.

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АКНЕ

А.И. ЯКУБОВИЧ, Ф.М. МЕНГ, А.А. МЕНГ

Иркутский государственный медицинский университет, Россия

В настоящее время акне выявляют у 70–80 % лиц в возрасте 18–25 лет. В последние годы отмечается тенденция к более тяжелому течению акне, чем объясняется актуальность применения новых методов в комплексном лечении акне. В 2005 году FDA (США) лицензировала PSR-технологию (plasma skin regeneration technology), был накоплен международный опыт применения плазмы (Potter 2007, Gonzalez et al. 2008, Isbary et al. 2012, Akimoto et al. 2016, Cui et al. 2017). Клинический эффект лечения холодной атмосферной плазмой обусловлен ее способностью элиминировать патогенную и условно-патогенную флору с кожи и ее придатков, значительно снижать продукцию кожного сала, нормализовать пассивный кровоток (Короткий В.Н. 2017, Короткий В.Н. т др., 2020). Перечисленные эффекты данного метода позволяют использовать плазменную терапию в лечении акне. С методикой низкотемпературной атмосферной плазмы мы начали работать с апреля 2021 года. Процедуры проводятся с применением прибора «Гелиос» (производства 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 15–20 минут. Курс состоял из 10–15 процедур, проводимых через день или ежедневно. Под нашим наблюдением в течение 6 месяцев находилась группа пациентов из 25 человек с диагнозом: acne vulgaris L70.0. Возраст пациентов от 18 до 25 лет, 20 – женщины и 5 – мужчины. С учетом клинической картины заболевания: папуло-пустулезные акне легкой и средней степени тяжести. У всех пациентов до и после лечения оценивали степень тяжести заболевания, определяемую с помощью дерматологического индекса акне (ДИА).

Оценку эффективности терапии осуществляли по общепринятой градации: клиническое выздоровление – полный регресс патологического процесса, значительное улучшение – регресс патологических элементов более чем на 75 %, улучшение – разрешение элементов не менее чем на 30 %, отсутствие эффекта – разрешение элементов менее чем на 30 %. Плазменная терапия сочеталась с наружными средствами (гелями адапалена и бензоила пероксида или клиндамицина и бензоила пероксида). Вторая группа состояла из 15 человек (80 % женщины и 20 % мужчины) от 18 до 25 лет, с папуло-пустулезным акне легкой и средней степени тяжести. Лечение наружными средствами проводилось без применения плазменной терапии. Положительная динамика у большинства пациентов обеих групп выявлялась в течение первой недели терапии. На фоне проводимого лечения отмечалось уменьшение количества свежих элементов, регресс существующих, уменьшение выраженности застойных пятен и атрофических рубчиков, улучшение рельефа кожи. В первой группе фиксировалось уменьшение гиперпродукции сальных желез. В последующем прослеживалась устойчивая положительная динамика кожного процесса. Наиболее выраженные результаты в более короткие сроки отмечались при комплексном применении холодной атмосферной плазмы и средств наружной терапии. Оценка результатов лечения показала, что в 1-й группе у 8 (32 %) пациентов достигнуто клиническое выздоровление, у 10 (40 %) – значительное улучшение, у 6 (24 %) – улучшение, у 1 (4 %) клинический эффект отсутствовал. Во 2-й группе у 3 (20 %) пациентов наступило клиническое выздоровление, у 4 (27 %) – значительное улучшение, у 6 (40 %) – улучшение, у 2 (13 %) клинический эффект отсутствовал. Побочных эффектов или осложнений в процессе проводимой терапии не отмечалось. 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.

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ИНФЕКЦИИ COVID-19

А.И. ЯКУБОВИЧ[1,2], Н.Н. СЫЧЕВА[2], Н.А. ШПАКОВА[2], Е.Н. ПОЛЯКОВА[2]

Иркутский государственный медицинский университет, Россия[1];
Областной кожно-венерологический диспансер, Иркутск, Россия[2]

Актуальность. Почти два года в России продолжается вакцинация от коронавируса. Накопилось достаточное количество сведений о ее результатах, в том числе о частоте и качестве побочных явлений. Но доступная статистика отражена явно недостаточно. Считается, что побочные явления при вакцинации от COVID-19 в большинстве случаев носят легкий или умеренный характер и являются непродолжительными: повышение температуры, слабость, головная боль, боль в мышцах, озноб, диарея, боль в месте инъекции. Более серьезные и продолжительные реакции возможны, однако встречаются крайне редко. Среди поствакцинальных осложнений также встречаются общие аллергические реакции: анафилактический шок, крапивница, отек Квинке, синдром Лайелла, синдром Стивенса-Джонсона и др.

Синдром Стивенса-Джонсона относится к тяжелым системным аллергическим реакциям замедленного типа (иммунокомплексным) и представляет собой тяжелый вариант течения многоформной эритемы, при которой наряду с поражением кожи отмечается поражение слизистых оболочек. Причины его развития подразделяют на четыре категории: различные лекарственные средства, в том числе вакцины, инфекционные агенты, онкологические заболевания, идиопатический синдром Стивенса-Джонсона.

Цель исследования. Представление клинического наблюдение синдрома Стивенса-Джонсона после вакцинации от коронавирусной инфекции (COVID-19).

Материалы и методы исследования. Мужчина, 64 лет, поступил в дерматологическое отделение ГБУЗ ОКВД г. Иркутска с жалобами на распространенные высыпания, умеренный зуд, повышение температуры до 38°С, жжение, озноб.

Из анамнеза было установлено, что заболел остро 6 июня 2022 года, когда появились высыпания на коже спины. Причину появления высыпаний связывает с постановкой плановой пятой прививки против коронавирусной инфекции. В течение 3х дней высыпания приобрели распространенный характер (лицо, верхние и нижние конечности), отметил повышение температуры тела до 38,5°С, вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Был госпитализирован в инфекционную клиническую больницу, где получал преднизолон и лазикс в/в, омепразол и преднизолон per os. Улучшения не отмечалось и больной 14.06.22 был переведен в ОГБУЗ ОКВД.

При поступлении состояние средней тяжести. Температура тела 38,0°С.

Патологический кожный процесс носил остро-воспалительный, распространенный, симметричный характер. Локализовался на коже лица, слизистой полости рта, коже туловища, верхних и нижних конечностей, на коже кистей, стоп и наружных половых органов. Представлен эритематозно-папулезными багрового цвета округлыми элементами с гиперемированной периферической зоной и запавшим синюшного цвета центром. На поверхности очагов поражения имелись пузыри с серозным и серозно-геморрагическим содержимым. На месте вскрывшихся пузырей ярко-красные эрозии.

Результаты исследования. Общие анализы и биохимия крови, в основном в пределах референтных значений; СРБ 9,4 мг/л; общий анализ мочи: кетоновые тела ++; белок 0,15 г/л.

На основании клинических данных выставлен клинический диагноз: синдром Стивена-Джонсона.

Назначена терапия: режим, диета, преднизолон 120 мг на 250 мл физиологического раствора через день со снижением дозы на 30 мг, раствор тиосульфата натрия в/в, калия аспарагинат по 1 табл. 3 раза в день, лактулоза + лигнин гидролизный 1 т – 3 р/д внутрь за 1 час до еды, Лоратадин 10 мг 1 раз в день, а также преднизолон per os 20 мг, со снижением дозы на 7-й день на 5 мг; полоскание рта 0,05 % раствором хлоргексидина, 2 раза в день, наружно – крем бетаметазона дипропионат 0,05 % 2 р/д на высыпания, 1 % раствор метиленового синего 3 раза в день на эрозии.

В результате проведенной терапии состояние больного значительно улучшилось: были полностью купированы явления общей интоксикации, проявления на коже и слизистых регрессировали, пациент выписан на 17-е сутки.

Выводы. Развитие синдрома Стивенса-Джонсона следует расценивать как осложнения после прививки от коронавирусной инфекции. Учитывая, что реакция возникла после пятой прививки, что, по-видимому, свидетельствует о развитии сенсибилизации к компонентам вакцины и диктует проявление настороженности в плане дальнейшей вакцинации.

ВАССЕРМАНИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ МЕТОДОМ ИХА В СОЧЕТАНИИ С РМП

В.А. АБИШАЛА, А.Ш. ИНОЯТОВ, Х.Р. ХАЛИДОВА

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

Введение. В профилактике врожденного сифилиса исключительно большое значение имеет 100% вассерманизация беременных. В настоящее время в мировой практике происходит структурное перераспределение клинических форм сифилиса, с растущим преобладанием скрытых форм, которые можно выявить только при помощи трепонемных тестов (ТТ). Скрытые формы сифилиса являются эпидемиологически наиболее опасными, так как формируют потенциальный резерв сифилитической инфекции.

В соответствии с приказам в республике проводится двукратная вассерманизация беременных – в первой (при постановке на учёт) и во второй половине беременности (22–28 недель) и по показаниям (при отсутствии результатов вассерманизации, при наличии проявлений на коже и слизистых) – при поступлении в родильный комплекс для родов.

В лабораториях республики вассерманизация проводится в основном при помощи реакции микропреципитации (РМП – 99,91 %). РМП обладает высокой чувствительностью при первичном и вторичном сифилисе. РМП не обладает достаточной чувствительностью при диагностике позднего сифилиса. По статистическим данным организационного отдела РСНПМЦДиВ за последние годы по республике наблюдается рост поздних форм сифилиса: в 2016 г. удельный вес составлял 69,2, в 2021 г. – 80,8. Поэтому в приказе № 128 МЗ РУз от 10.05.2012 г. рекомендовано при обследовании беременных использовать ИФА или РПГА, или ИХА-анти-ТП в сочетании с РМП.

Цель исследования. Изучить эффективность применения иммунохроматографического анализа (ИХА) в сочетании с РМП для проведения скрининга сифилитической инфекции у беременных.

Материал и методы исследования. Использованы образцы сыворотки крови больных сифилисом и здоровых лиц, обратившихся в РСНПМЦДВиК для оказания первичной медико-санитарной помощи. Использован аттестованный ИХА-тест в кассетах (ONE STEP ANTI-TP TEST CARD, производства Китая) и антиген кардиолипиновый для РМП («Сифилис АгКЛ-РМП» производства ЗАО «ЭКОлаб»). Позитивные результаты подтверждались классическим полным комплексом (КСР + РИФ-200 + РИФабс + РИБТ). Все пациенты с позитивными результатами получили консультацию у дерматовенеролога.

Результаты. Из различных ЛПУ обследовано ИХА методом 4 698 человек и выявлено 29 позитивных результатов, которые подтвердились при проведении верификации классическим полным комплексом (КСР + РИФ-200 + РИФабс + РИБТ). РМП была отрицательной у 22-х (75,9 %). У 13 пациентов был установлен диагноз сифилис скрытый ранний, у 2-х – серорезистентный сифилис, у 1-го – сероконтроль. Результаты показывают о значительной чувствительности ИХА в сравнении с РМП.

Выводы. Таким образом, использование ИХА-анти-ТП в сочетании с РМП для скрининга беременных женщин, в том числе женщин, направленных на прерывание беременности, полностью оправдано и целесообразно.

ЗАХМ КАСАЛЛИГИНИ АНИҚЛАШДА МАХСУС СЕРОЛОГИК ТАҲЛИЛЛАРНИНГ ЎРНИ ТЎҒРИСИДА

Н.И. БОЙМУРЗАЕВ, Н.Д. ЖУМАЕВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК, РИДВ ва КИАТМ Тошкент вилояти ҳудудий филиали

Кириш. Сўнгги йилларда захм касаллигининг яширин шаклларининг кўп учраши ҳамда Sp.pallydum билан зарарланган ҳомиладор аёлда иммун жавобнинг ўзига хос мураккаблиги амалиётда қўлланилаётган серологик таҳлиллар натижалари ишончлилигининг йўқолишига олиб келмоқда. Захм билан касалланган ҳомиладор аёлда чақалоқ ўлик туғилиши (25 %) ёки туғма захм билан туғилиши мумкин.

Мақсад. Ҳомиладор аёлларда захмни аниқлашда ўтказиладиган трепонемасиз серологик таҳлиллар ҳамда трепонемали серологик таҳлилларнинг аҳамиятини ўрганиш.

Материаллар ва методлар. Тошкент вилояти туман ва шаҳарларида ҳомиладорлик билан рўйхатда турган 106 нафар аёлларда захмга профилактик текширишда бир қатор серологик усуллардан, яъни микропреципитация реакцияси (МПР), ИХА-тест, ПГАР, $РИФ_{200}$, $РИТ_{abs}$ усулларидан фойдаланилган. Ушбу серологик реакциялар ҳар бир усулнинг қўлланмаси асосида ўтказилди.

Тадқиқот натижалари. Жами 106 нафар ҳомиладор аёлларнинг 28 нафарида у ёки бу юқорида санаб ўтилган серологик таҳлилларда «мусбат» натижа олинди. Таъкидлаш жоизки, 28 нафар «мусбат» натижа олинган серологик таҳлилларнинг 5 тасида фақат МПРда «мусбат» натижа олинди. Қолган серологик таҳлиллар (ИХА-тест, ПГАР, $РИФ_{200}$, $РИТ_{abs}$)нинг барчасида натижалар «манфий» бўлди.

Ўтказилган жами 106 та ИХА-тест усулида текширилган бўлиб, уларнинг 23 та намунада «мусбат» натижа олинди. Шу ИХА-тест усулида текширилганда «мусбат» натижа олинган 23 та таҳлилнинг 11 тасида МПР ҳам «мусбат» натижа берган бўлса, 12 тасида эса натижа «манфий» бўлди. ИХА-тест натижаси «мусбат» бўлган барча намуналарда ПГАР таҳлили 3 тасида ўтказилмаган, қолган 20 та намунада «мусбат» натижа олинди. $РИФ_{200}$, $РИТ_{abs}$ усулларидан фойдаланилганда эса 2 та ҳолатда «манфий» натижа аниқланди, 21 ҳолатда эса «мусбат» натижа бўлди.

Хулоса. Ҳомиладор аёлларда захм касаллигини профилактика мақсадида ҳамда туғма захмнинг олдини олиш учун трепонемасиз серологик таҳлиллар билан параллел равишда ўтказилиши керак бўлган трепонемали тест сифатида ИХА-тестлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқдир. Бу эса ўз навбатида, чақалоқларнинг туғма захм касаллиги билан туғилмаслигини таъминлайди.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Н.А. ГЕРАСИМОВА, Н.П. ЕВСТИГНЕЕВА, М.В. ПОНОМАРЕВА, О.А. БЕЛЫХ

ГБУ СО «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Урогенитальная хламидийная инфекция, передаваемая половым путем, представляет глобальную проблему репродуктивного здоровья. По оценкам ВОЗ, ежегодно 131 миллион человек инфицируется хламидиями. Наиболее высокая заболеваемость отмечается у лиц, моложе 25 лет. *Chlamydia trachomatis* адаптирована к внутриклеточному размножению, выход хламидий из клетки сопровождается гибелью клетки с запуском комплекса воспалительных реакций, либо возможен по типу экзоцитоза. **Цель.** Оценка динамики заболеваемости урогенитальной хламидийной инфекцией в Российской Федерации, Уральском федеральном округе (УФО) и Свердловской области (СО). Изучение гендерных, возрастных, клинико-лабораторных особенностей пациентов с урогенитальной хламидийной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Статистические материалы по заболеваемости урогенитальной хламидийной инфекцией за 2010–2020 гг. (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России); пациенты репродуктивного возраста, обратившиеся за медицинской помощью в консультативно-диагностическое отделение УрНИИДВиИ, критерии включения – выявление ДНК

C. trachomatis в урогенитальном тракте (n = 413), исключение облигатных патогенов – Mycoplasma genitalium, Neisseria gonorrhoeae, Trichomonas vaginalis. Применены: метод ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией с использованием наборов реагентов «АмплиСенс C.trachomatis/Ureaplasma/M.genitalium/M.hominis МУЛЬТИПРАЙМ-FL», «АмплиСенс N. gonorrhoeae-скрин-FL», «АмплиСенс T. vaginalis-FL»; метод иммуноферментного анализа с применением наборов реагентов для выявления видоспецифических иммуноглобулинов класса G, A, M – «Хлами Бест C. trachomatis – IgG, IgM IgA», для выявления IgG к белку теплового шока (HSP60) C. trachomatis «Хлами Бест cHSP60-IgG»; метод микроскопии отделяемого слизистой оболочки уретры и цервикального канала.

Результаты исследования. В течение 11-летнего периода наблюдается снижение числа случаев с вновь установленным диагнозом урогенитальной хламидийной инфекции в 3,6 раза в РФ (с 70,5 до 19,4 на 100 тыс. населения), в 4,2 раза в УФО (с 87,8 до 20,9) и в 6,5 раза в СО (с 98,8 до 15,1). В 2020 году в РФ выявлено 28413 новых случаев урогенитальной хламидийной инфекции, в УФО – 2589 и СО – 650. Анализ клинико-лабораторных показателей пациентов репродуктивного возраста с выявленной в урогенитальном тракте ДНК *C. trachomatis* позволил установить:

– средняя частота выявления хламидийной инфекции составила 5 %, удельный вес обследуемых и инфицированных пациенток в 3–6 раз ниже, чем пациентов;

– количество лейкоцитов в пределах нормы при бактериальной нагрузке *C. trachomatis* 10^3–10^4 ГЭ/проба в отделяемом слизистой оболочки уретры и цервикального канала определялось у 40,7 % пациентов и 39,5 % пациенток. При этом микроскопия отделяемого слизистой оболочки урогенитального тракта остается методом скрининга, при котором случаи бессимптомной хламидийной инфекции могут быть пропущены;

– отсутствие видоспецифического иммуноглобулина класса M при положительных титрах IgG выявлено у 88,9 % пациентов и 71,4 % пациенток с подтвержденной хламидийной инфекцией, что может свидетельствовать о поздних сроках обращения пациентов за медицинской помощью;

– наличие IgG к белку теплового шока HSP60 *C. trachomatis* определено в 20–23 % случаев у пациентов и пациенток, что может указывать на воспалительные заболевания органов малого таза на момент обследования и выявления ДНК хламидий в урогенитальном тракте.

ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ФОРМА САРКОМЫ КАПОШИ: К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ

З.Е. КУРМАШ, Т.О. АЛГАЗИНА, З.С. ДЖЕТПИСБАЕВА

НАО «Медицинский университет Астана»
кафедра дерматовенерологии и дерматокосметологии, г. Нур-Султан

У пациентов в зависимости от возрастных критериев степень развития тех или иных дерматозов колеблется от 40 до 60 лет. Существуют привилегированные дерматозы, которые возникают в определенном возрасте. Одним из таких дерматозов являются саркома Капоши. Саркома Капоши среди общей дерматологической патологии встречается очень редко 0,7 %, но как раз ее разновидность, а именно идиопатическая клиническая форма, действительная встречается у лиц пожилого возраста с отягощенным анамнезом. Частота распространения классической формы саркомы Капоши (СК) значительно варьирует в различных географических областях от 0,14 на 1 млн. жителей (как мужчин, так и женщин) до 10,5 на 1 млн. мужчин и 2,7 на 1 млн. женщин. Мужчины болеют в 3 раза чаще. Начало заболевания СК регистрируется в возрасте 35–39 лет у мужчин и в возрасте 25–39 лет у женщин. В дерматологической структуре СК выявляется более позднее.

Цель исследования. Оценить факторы риска, приводящие к позднему выявлению СК у пациентов.

Материалы и методы исследования. Клинические (сбор анамнеза, общее физикальное обследование), биохимические (билирубин, общий белок, АЛТ, АСТ, мочевина, креатинин, глюкоза, ЛДГ), ОАК, ОАМ, УЗИ (мягкие ткани), Дуплексное сканирование вен и артерий нижних конечностей, патогистология.

Результаты исследования. Специфической особенностью саркомы Капоши является постепенное и длительное начало заболевания, при котором клинические проявления стимулировали клинику различных дерматозов, выставляемых пациенту в течение более десяти лет, что привело в наших случаях к поздней диагностике заболевания, и это согласуется с данными литературы. В качестве доказательства данного факта приводим историю болезни нашего пациента 72 лет, постановка диагноза которому длилась более 20 лет, когда первые проявления у пациента начались с ограниченных высыпаний на коже. В течение нескольких лет лечение проводилось в виде противогрибковой наружной терапии с использованием топических глюкокортикостероидов. Впервые диагноз саркома Капоши заподо-

зрен через 3 года после первых проявлений на коже, пациент игнорировал морфологическое заключение, где были выявлены признаки дерматофибром и отказался от дальнейшей терапии. В 2021 году в связи с ухудшением кожного процесса, распространением на туловище и конечности, в виде обширных сквамозных очагов, с мелкопластинчатым шелушением на поверхности, был госпитализирован в МГД №3 КГО №3 г. Нур-Султан. На основании объективной клинической картины в виде: инфильтративного поражения кожи с эритемой пурпурного, фиолетово-синего цвета, образованием узелков от сине-фиолетового до темного цвета, сопровождающегося плотным отеком и пастозностью. Ногтевые пластины кистей и стоп полностью вовлечены в атрофическое поражение. Диагноз саркомы Капоши подтвержден. Пациенту с клинической идиопатической формой, распространенная форма, фаза прогрессирования, лечение проводилось согласно протоколу диагностики и лечения, утвержденному в РК ДМ протокол № 27 2017 г. (антигистамины, диуретики, противогрибковые препараты, УФО). В результате терапии: был достигнут удовлетворительный эффект, однако узловатые образования сохранялись. Пациент направлен на лечение в онкодиспансер.

Выводы. По международной классификации саркома Капоши относится к (С49) злокачественным новообразованиям других типов соединительной и мягких тканей, диагностику и лечение которых осуществляют специалисты онкологи. Однако в связи с преобладанием в дебюте и развороте клинических проявлений кожного характера (пятна, бляшки, опухолевые узлы, которые чаще локализуются на нижних, реже на верхних конечностях) пациенты обращаются за дерматологической помощью. 2) Отсутствие онконастороженности у дерматологов приводит к тому, что пациенты долгое время получают лечение по различным нозологиям безуспешно, постановка диагноза чаще всего совпадает с опухолевой стадией на коже и во внутренних органах, что отягощает прогноз заболевания у пациентов. Необходим комплексный осмотр специалистов: терапевта, онколога, дерматолога, онкохирурга. 3) Пациенты избегают терапии в силу неверия или боязни такого заболевания, оттягивают момент обращения. Одним из решений вопроса является более активное внедрение в практику ранней патоморфологической диагностики в дерматологии, особенно в отношении неясных и нетипичных, сложно поддающихся процессов на коже и слизистых оболочках.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПЦР МЕТОДОМ «ФЕМОФЛОР» У ЖЕНЩИН С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА

М.А. МИРСАИДОВА, Ю.Н. РАДЖАБОВА, Х.Х. ФАЙЗИЕВА

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

Аннотация. Согласно последним литературным данным и нашим собственным исследованиям большую роль в возникновении эрозивно-язвенных и фоновых заболеваний гениталий играют роль некоторые инфекции, передающиеся половым путем, в частности, вирус папилломы человека (ВПЧ), вирус простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирус, некоторые хламидийные и микоплазменные инфекции.

К факторам риска развития эрозивно-язвенных и диспластических заболеваний гениталий относят: постменопаузальный возраст; хронические воспалительные процессы внутренних половых органов; наличие цервикальной интраэпителиальной неоплазии (cervical intraepithelial neoplasia (CIN); укороченный репродуктивный период (позднее менархе, ранняя менопауза), гипоэстрогению, диабет, ожирение, несоблюдение личной гигиены.

Цель исследования. Изучение этиологических факторов, провоцирующих развитие эрозивно-язвенных заболеваний гениталий. При этом использовали тест-системы «Фемофлор-16» (ДНК-Технология, Россия). Данный набор включает комплекс реагентов для проведения 12 тестов, включая положительный и отрицательный контроли. Выявляются 25 показателей: 23 группы микроорганизмов, контроль взятия материала и общая бактериальная масса, в одну из пробирок со смесью для амплификации добавлен внутренний контрольный образец, предназначенный для оценки эффективности протекания ПЦР. В качестве материала для исследования использовались соскобы эпителия заднелобкового свода влагалища, цервикального канала.

Результаты исследования. По данным ПЦР-диагностики условно патогенной микрофлоры (УПМ) «Фемофлор» из 55 обследованных нормоценоз был обнаружен у 11 женщин (20 %). При этом полностью УПМ в низких титрах у 6 (54,5 %). У 6 пациенток (54,5 %) в пограничных титрах определялась Ureaplasma (urealiticum+parvum), грибы рода Candida spp. определялись у 6 (54,5 %) также в пограничных

титрах. Анаэробные микроорганизмы в пограничных титрах выделялись у 3 пациенток (27,3 %). Содержание лактобактерий у обследованных женщин было снижено.

Выводы. По нашим наблюдениям повышенная встречаемость гарднереллезной, уреамикоплазменных инфекций могут приобретать патогенные свойства при наличии благоприятных условий УПМ, которые могут играть важную роль в иммунологических изменениях у таких пациентов. Помимо этого, агрессивное воздействие на эпителий вышеуказанных возбудителей не исключает их роли в генезе, в прогрессировании и рецидивах эрозивно-язвенных процессов.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА У МУЖЧИН

М.А. МИРСАИДОВА, Ю.Н. РАДЖАБОВА, Х.Х. ФАЙЗИЕВА

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

Актуальность. Болезнь Бехчета (ББ) является часто рецидивирующим мультисистемным воспалительным заболеванием, которое классифицируется как системный васкулит, без преобладающего типа сосудистого поражения. Считается, что в молодом возрасте и у мужчин болезнь протекает более тяжело. Предполагают, что сама по себе болезнь Бехчета редко становится причиной смерти. Основную угрозу, как правило, представляют поражения нервной системы, глаз, крупных артерий и вен.

Цель исследования. Оценка вклада патологических агентов, выделяемых из урогенитального тракта и эрозивно-язвенных очагов наружных гениталий в развитии клинических проявлений у мужчин с болезнью Бехчета.

Материалы и методы исследования. Проведено обследование и лечение 9 лиц мужского пола с диагнозом болезнь Бехчета. Одновременно с клинико-анамнестическим наблюдением было проведено тщательное обследование слизистых урогенитального тракта на присутствие урогенитальных инфекций бактериально-вирусной природы, так они усугубляют течение болезни и часто дают рецидивы заболевания.

Результаты исследования. Временной промежуток от начала заболевания до поступления в клинику Центра и установления клинического диагноза составил в среднем от 3 до 5 лет. У большинства пациентов первичный симптом чаще всего был представлен афтозным стоматитом. Из 9 пациентов у 7 в течение 2-х лет после появления афтозного стоматита наблюдались эрозивно-язвенные поражения гениталий.

Исследования показали, что среди обследованных пациентов при культуральной диагностике у 4 (44,4 %) больных высеивался Staphylococcus epidermidis, у 3 (33,3 %) – Enterobacter, у 2 (22,2 %) – Streptococcus haemolyticus. Исследование отделяемого из очагов поражения с помощью полимеразной цепной реакции показало, что при данном методе исследования у 6 (66,6 %) лиц из 9 обследованных с болезнью Бехчета был получен положительный результат на наличие Ureaplasma Urealyticum. При исследовании в сыворотке крови при ПЦР-диагностике на наличие вирусов выявлено, что у 9 пациентов с данной патологией в 7 (77,7 %) случаях был обнаружен вирус простого герпеса I типа (HSV I), у 2 (22,2 %) больных выявлен вирус простого герпеса II типа (HSV II). Так же у данной группы пациентов были выявлены заболевания мочеполовой системы: уретриты у 6 и у 3 пациентов пиелонефрит. У большинства пациентов отмечалось одновременное присутствие трех и более инфекционных агентов, что в свою очередь, характеризовалось более затяжным течением процесса в виде часто рецидивирующих афт слизистой рта и эрозивно-язвенного поражения гениталий.

Вывод. Данные исследования указывают на важную роль вирусно-микробных ассоциаций в развитии затяжной клинической симптоматики и длительном заживлении патологических элементов. Выявление вируса простого герпеса является фактором риска злокачественного перерождения эрозий и язв в будущем.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЗИТРОЛИД ФОРТЕ У БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, С.И. ЮНУСОВА, К.З. БОТИРОВ

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

В последнее время участились случаи инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Отмечается сочетания 2–3 возбудителей урогенитальных инфекций (микста-инфекция): хламидийно-гарднереллезная, хламидийно + анаэробная контаминация, хламидийно + микоплазменная, гонококково + хламидийная, хламидийно + трихомонадная, гонококково + хламидийно + трихомонадная и т д.

Учитывая вышеизложенное явление, клиницистам необходимо иметь в арсенале лекарственные препараты, которые одновременно эффективно влияют на возбудители нескольких ИППП.

Зитролид форте (азитромицин) – антибиотик макролидной группы, имеет широкий спектр антимикробной активности, хорошо проникает в клетки и действует на облигатных внутриклеточных паразитов, в терапевтических концентрациях не оказывает видимого токсического действия

Мы лечили 21 больного (13 мужчин, 8 женщин) негонококковыми уретритами в возрасте от 18 до 27 лет Зитролидом форте фирмы «Красфарма». Из анамнеза было выяснено, что 12 больных получали лечение по поводу гонореи, канамицином, спектиномицином, пенициллином, клафораном, а 9 больных лечились по поводу гонорейно-трихомонадной инфекции цефтриаксоном, клафораном, канамицином в сочетании с метронидазолом или трихополом. У этих больных после лечения вышеперечисленными препаратами жалобы на жжение и зуд в мочеиспускательном канале и гнойные выделения из уретры уменьшились, но слизистые выделения не прекратились, особенно по утрам. При лабораторном исследовании у 5 больных найдена уреаплазма, у 7 больных хламидии и уреаплазмы, у 4 больных микоплазма и у 5 больных микоплазменно+аэробная инфекция.

Всем больным проведено лечение Зитролидом по схеме пульс-терапии: по 1,0 г в первый, седьмой и четырнадцатый дни, на курс 3,0 г.

После лечения при контрольном наблюдении в течение 7 дней жалобы больных исчезли, выделение из уретры прекратились, лабораторно в мазках вышеуказанные возбудители не обнаружены. Наблюдение в течение последующих 2-х месяцев с момента окончания лечения показало отсутствие рецидива заболевания у всех (21) больных. Таким образом, Зитролид форте фирмы «Красфарма» является высокоэффективным антибактериальным препаратом против большинства штаммов возбудителей ИППП, позволяет добиться хороших клинических результатов и этиологического излечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ГЕНФЕРОН» У БОЛЬНЫХ БППП

А.Б. ПАКИРДИНОВ, С.И. ЮНУСОВА

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Генферон» у больных урогенитальной смешанной инфекцией.

Материалы и методы исследования. Были изучены истории болезни и амбулаторные карты 28 больных в возрасте от 18 до 35 лет, лечившихся по поводу ИППП. Мужчин было 16, женщин 12. У 15 больных была диагностирована микст-инфекция, вызванная хламидиями, трихомонадами, микоплазмами и гарднереллами, у 13 – генитальный герпес. Исследование на трихомонад проводилось бактериоскопически, хламидийная инфекция выявлена методом ИФА; гарднереллы выявили бактериоскопически на нативном препарате, а микоплазмы бактериологически с тестом на уреазу. Все больные принимали антибиотикотерапию (азитромицин, кларитромицин, левофлоксацин, доксициклин, метронидазол и др.) в соответствии с установленным диагнозом. Дополнительно к этому больным назначали препарат «Генферон» фирмы ROS-FARM-TUR: женщинам интравагинально (мужчинам – ректально) по 500000 МЕ 2 раза в сутки, в течение 10 дней

Результаты исследования. У больных признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы исчезли в сроки от 6 до 15 дней. Лабораторное исследование после окончания курса лечения указывали на этиологическое излечение у 26 (92,9 %) из 28 больных. Только у двух больных с хламидийно-микоплазменным процессом клинико-бактериологический эффект отсутствовал.

Выводы: Таким образом, комбинация антибиотиков с «Генфероном» при лечении больных ИППП является предпочтительной и даёт более высокие положительные результаты.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА, К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ, Н.Н. ИЛЕСОВА

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

Актуальность. Растущий интерес специалистов различного профиля к заболеваниям наружных гениталий у женщин обусловлен не только многообразием и онкологической настороженностью патологических процессов, но и расширением возрастного диапазона пациенток. И если раньше краурос и лейкоплакия встречались в основном у женщин периклимактерического периода, то в настоящее время подобные состояния можно встретить как у девочек, так и у молодых женщин репродуктивного возраста. Склероатрофический лихен вульвы (САЛВ) (устаревший термин «краурос») и лейкоплакию принято рассматривать как отдельные заболевания, которые относятся к доброкачественным дистрофическим заболеваниям гениталий (ДЗГ), но некоторые авторы рассматривают их как последовательно следующие друг за другом состояния. И несмотря на свою незлокачественную природу они являются состояниями, на фоне которых чаще развивается рак. В связи с этим, поиск и изучение причин и механизмов, которые могут привести к возникновению и неблагоприятному исходу ДЗГ является особо актуальным и послужит делу профилактики рака гениталий.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 53 женщины с диагнозом склероатрофический лихен вульвы (САЛВ) в возрасте от 18 до 72 лет. Давность заболевания варьировала от 6 месяцев до 12 лет. Всем пациенткам было проведено гистологическое исследование пораженных тканей наружных гениталий, а также исследование на микрофлору урогенитального тракта с использованием культуральных, микроскопических и молекулярно-генетических (ПЦР) методов диагностики наиболее распространенных инфекций. С учетом того, что дистрофический процесс при САЛВ поражает ткани гениталий неравномерно, биопсия производилась из наиболее «застарелых» очагов, но при необходимости материал брался из нескольких участков для сравнения.

Результаты исследования. Клинико-анамнестическое наблюдение показало достаточно низкую приверженность к лечению среди наблюдаемых пациенток. Если средняя продолжительность до первого обращения составляет 1,7 года, то среди обследованных нами пациенток она составила 2,3 года. Основной причиной позднего обращения пациентки называли чувство стеснения, самолечение и временный эффект от применения кортикостероидных, эстрогенсодержащих и противогрибковых мазей и кремов, онкофобию. Нами не было замечено абсолютной взаимосвязи между длительностью заболевания и выраженностью клинического состояния. Результаты исследования показали, что по мере прогрессирования процесса наиболее выраженными визуальными клиническими признаками было изменение цвета кожи и слизистой вульвы до белого –у 37 (69,8 %), морщинистость – у 12 (22,6 %) либо, напротив, сглаженность слизистой вследствие рубцовой атрофии – у 17 (32,1 %), лихенификация – у 23 (43,4 %), сухость слизистой – у 18 (34,0 %), резорбция клитора и малых половых губ – у 8 (15,1 %) , сужение входа во влагалище – у 15 (28,3 %) и распространение склероатрофического процесса на нижнюю треть влагалища – у 9 (16,9 %). У многих больных наблюдалось сочетание нескольких из перечисленных признаков. Патогистологические изменения также были вариабельны: утолщение многослойного плоского эпителия – у 37 (69,8 %), лейкоцитарная инфильтрация в строме – у 32 (60,4 %), выраженный периваскулярный инфильтрат – у 27 (50,9 %); наличие дермальных меланофагов, которые указывали на предшествующее разрушение пигментированных эпителиоцитов или меланоцитов – у 28 (52,8 %); выраженная атрофия эпидермиса – у 17 (32,1 %); утолщение гомогенизированного слоя – у 15 (28,3 %). Также мы выявили неоднородный и неравномерный характер клинико-морфологических изменений на разных участках вульвы, так называемое чередование «ранних» и «поздних» морфологических признаков у одних и тех же пациенток. Все пациентки получили комплексный курс противомикробного лечения в комбинации с низкоинтенсивной инфракрасной лазеротерапией с фотодинамическим эффектом, после которого отмечался выраженный клинико-морфологический эффект, проявляющийся в прекращении зуда, чувства жжения, выделений из половых путей,

Вывод. Таким образом, следует отметить, что при САЛВ у 52,8 % пациенток имело место хроническое воспаление в области вульвы, которое было связано либо с частыми подмываниями, либо с присутствием инфекции (микоуреаплазмоз, гарднереллез, кандидоз, носительство ВПЧ 6,11, 16/18); у 24,5 % пациенток отмечено несоответствие между клиническими и гистологи-

ческими изменениями; а также одновременное присутствие «ранних» и «поздних» очагов САЛВ. Это подтверждает необходимость тщательного обследования на урогенитальные инфекции из группы «новых ИППП» и обязательное их лечение, важность гистологического подтверждения диагноза САЛВ при необходимости из различных очагов и возможность регенерации пораженных участков за счет существования «ранних» очагов. Такие клинические признаки как резорбция некоторых участков вульвы, истончение и побеление кожи и слизистой, распространение процесса на нижнюю треть влагалища чаще имели синхронизм с гистологическими изменениями в виде утолщения гомогенизированного слоя, сглаженности сосочков дермы, выраженной атрофии эпидермиса, отделения базальной мембраны, фрагментации и распада эластических волокон, и, соответственно, низкие шансы к регенерации. В то время как присутствие воспалительного компонента в виде периваскулярных инфильтратов и лейкоцитарной и лимфоцитарной инфильтрации стромы, явлений папилломатоза хорошо поддавалось комплексной терапии с включением антимикробных средств с учетом выявленного возбудителя и аппаратных технологий.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА, Х.Р. ХАЛИДОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Актуальность. На сегодняшний день описано очень много разнообразных факторов, способных оказать влияние на формирование склероатрофического лихена вульвы (устар.: крауроз). И если изначально основной причиной САЛ считался дефицит эстрогенов, нарастающий с возрастом у женщин, либо наступивший после овариоэктомии, то в последние годы все большее внимание авторов привлекает теория аутоиммунной агрессии и вирусно-бактериальная теория. Но с учетом того, что многие вирусы, а также некоторые внутриклеточные бактерии способны менять генетическую структуру эпителиальных клеток, логично предположить их стартовую роль в развитии САЛ. Данная теория также позволяет объяснить значительное «омоложение» данного заболевания. Еще несколькими десятилетиями ранее возможности микробной диагностики не позволяли проводить оценку пейзажа урогенитальной микрофлоры вплоть до количественных характеристик. В связи с чем, целью нашей работы явилась подробная характеристика урогенитальной микрофлоры у пациенток с САЛ и их лечение.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 46 женщин с диагнозом склероатрофический лихен вульвы в возрасте от 18 до 68 лет. Для диагностики наиболее распространенных вирусных и некоторых бактериальных инфекций были применены методы ПЦР детекции ДНК возбудителя, а для диагностики бактериальных возбудителей использовались микроскопические и бактериологические методы. Также для уточнения диагноза была проведена ИФА-диагностика сыворотки крови противогерпетических антител класса М и G.

Результаты исследования. При исследовании соскоба отделяемого УГТ методом ПЦР-диагностики на наличие вирусов выявлено, что среди 46 больных в 14 (30,4 %) случаях был обнаружен вирус простого герпеса – I типа (ВПГ-I), в 11 (23,9 %) – вирус простого герпеса II типа (ВПГ-II), в 7 (15,2 %) – цитомегаловирус (ЦМВ), в 18 (39,1 %) – вирус папилломы человека (ВПЧ) 16/18, в 4 (8,7 %) – вирус папилломы человека 31/33 (ВПЧ 31/33), в 2 (4,3 %) случаях – Chlamydia trachomatis, в 5 (10,9 %) Mycoplasma genitalium. Культуральным методом у 15 (32,6 %) выделялась Ureaplasma Urealyticum, у 18 (39,1 %) – грибы рода Candida, у 13 (28,3 %) – признаки бактериального вагиноза (Gardnerella vaginalis), выявлялись и другие бактериальные возбудители: в 7 (15,2 %) случаев – Staphylococcus epidermidis, в 20 (43,4 %) – Enterobacter, 3 (6,5 %) – Streptococcus haemolyticus. Результаты ИФА-диагностики сыворотки крови показали более высокий процент повышенного содержания специфических антител класса М-28 (60,9 %) и класса G-34 (73,9 %) у пациенток с САЛ. При сопоставлении с клиническими данными было установлено, что клиническая картина заболевания и субъективные беспокойства были более существенно выражены именно среди пациенток с подтвержденным методом ПЦР присутствием ВПГ1, ВПГ2, ВПЧ 16/18 и уреамикоплазмозом. Наблюдаемые пациентки ранее не получали противовирусного и противоуреаплазменного лечения. Включение в состав комплексной терапии соответствующих антибактериальных и противовирусных препаратов позволило значительно уменьшить признаки хронического вульвита, вагинита, а также купировать субъективные беспокойства. Соответственно, у пациенток с выявленными инфекциями было проведено привлечение к обследованию и лечению их половых партнеров, что позволило добиться более стойкого результата.

Выводы. Таким образом, присутствие герпесвирусной и папилломавирусной, а также уреамикоплазменной инфекций, возможно, имеет пусковое или опосредованное влияние на возникновение и дальнейшее течение САЛ. В связи с этим включение антибактериальных и противовирусных средств, эффективных в отношении выявленных возбудителей, в состав комплексной терапии САЛ может оказать положительное влияние на стабилизацию процесса дистрофии.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ЦИТОКИНА ИЛ-18 ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Актуальность. Одной из наиболее важных причин формирования клинических форм папилломавирусной инфекции (ПВИ), к которым относятся остроконечные кондиломы (ОК) гениталий, цервикоинтраэпителиальные неоплазии, папилломатоз гортани и другие, являются нарушения иммунитета и способствующие этому факторы. Согласно литературным данным, частота выявления онкогенных типов вируса папилломы человека (ВПЧ) среди пациенток с ОК выше на 20–30 %, в связи с чем данная патология отнесена многими учеными к группе фоновых заболеваний женских гениталий. Учитывая растущую распространенность рецидивирующих форм ОК, следует ожидать роста неблагоприятных последствий носительства ВПЧ именно у данного контингента больных. При первичном эпизоде ОК невозможно предопределить характер течения и исход заболевания, и именно с этим иногда связана тактика ведения пациента, ограничивающаяся деструкцией кондилом и не предусматривающая назначения системных иммуномодуляторов и противовирусных средств. С этим же связано частое недовольство пациентов, у которых отмечается повторный, иногда более интенсивный рост кондилом после деструкции. Следовательно, поиск предикторов, способных спрогнозировать характер течения ОК в условиях невозможности определения вирусной нагрузки является важной научно-практической задачей. Первоначально названный интерферон (IFN)-γ индуцирующий фактор (IGIF), интерлейкин (ИЛ)-18 является новым цитокином, играющим важную роль в иммунной реакции Т-хелперных клеток 1 типа (Th1), в первую очередь благодаря своей способности индуцировать продукцию IFN -γ Т-клетками и NK-клетками. В связи с этим целью нашего исследования явилась оценка уровня провоспалительного цитокина ИЛ-18 у пациенток с рецидивирующим течением ОК.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 24 женщины в возрасте от 18 до 36 лет с рецидивирующим течением остроконечных кондилом гениталий. Помимо рутинных методов обследования всем было проведено микробиологическое, ПЦР и ИФА обследование на наиболее распространенные бактериальные и вирусные ИППП. Количественное определение показательных цитокиновых молекул ИЛ-18 в сыворотке крови в контрольной группе (20 практически здоровых женщин) и в группе больных (24 пациентки) производилось с помощью коммерческих ИФА-тест-систем «Вектор-Бест», Новосибирск.

Результаты исследования. У всех обследованных пациенток отмечалось рецидивирующее течение ОК, от 2 до 5 рецидивов. Все пациентки ранее получали лечение по поводу ОК: криодеструкция проводилась – 14 (58,3 %), диатермокоагуляция – 5 (20,8 %), химическая деструкция – 5 (20,8 %). 9 (37,5 %) пациенток использовали после деструкции наружные средства (панавир, эпиген-спрей, ацикловир). Клиническая картина ОК характеризовалась наличием множественных мелких папиллярных и крупных (более 5 см²) кондиломатозных разрастаний в основном в области вульвы – у 6 (25,0 %), вульвы и входа во влагалище – 6 (25,0 %), вульвы и стенок влагалища – 4 (16,7 %), вульвы и шейки матки – 5 (20,8 %), вульвы и перианальной зоны – 3 (12,5 %). Сопутствующие инфекции УГТ (уреаплазмоз, гарднереллез, кандидоз, ВПЧ 16/18, ВПЧ 31/33) были выявлены у 18 (75,0 %) пациенток. При определении содержания ИЛ-18 установлена его достоверно повышенная концентрация в исследуемой группе (22,0 ± 0,28 пг/мл) по отношению к контролю (4,3 ± 0,15 пг/мл) (в 5,1 раза выше, чем в контрольной ($p < 0,001$). Следует подчеркнуть, что изменение интенсивности продукции ИЛ-18 может быть как причиной, так и следствием пролиферации и трансформации пораженных ВПЧ эпителиальных клеток. Следовательно, значительное повышение уровня ИЛ-18 может косвенно указывать на интенсивность продукции ВПЧ в условиях невозможности определить вирусную нагрузку и необходимость иммунокоррекции и/или дополнительных курсов противовирусной терапии, способной предотвратить рецидивирование ОК, а также диспластические и пролиферативные изменения, к которым могут приводить последствия инфицирования ПВИ.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ С ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ

В.И. СУРГАНОВА, Н.К. ЛЕВЧИК

ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», Екатеринбург, РФ

Изучены ближайшие и отдаленные результаты терапии у 23 больных нейросифилисом, получивших лечение на базе Свердловской областной психиатрической больницы и находившихся под наблюдением венеролога УрНИИДВиИ. Терапия сифилитической инфекции проводилась путем внутривенного капельного введения натриевой соли бензилпенициллина по 10 миллионов ЕД два раза в сутки на 400 мл физиологического раствора в течение 1,5–2 часов, двумя курсами по 14 дней, с двухнедельным перерывом между курсами. Для предотвращения реакции обострения применялось введение преднизолона по общепринятой схеме.

На фоне терапии в большинстве случаев наблюдалась положительная динамика психического состояния пациентов: исчезали бред и галлюцинации, уменьшалась нервозность, нормализовалось поведение. Однако в течение года после терапии у трех пациентов наступило ухудшение психического статуса (у двух из них – резко выраженное), и еще у трех возникли неврологические осложнения в виде гемипарезов/параличей. Клинические рецидивы заболевания послужили поводом для проведения дополнительного курса специфической терапии.

Изучение серологических показателей выявило отсутствие динамики нетрепонемных тестов и сохранение позитивности трепонемных. В ликворе же наблюдалось снижение или нормализация содержания клеток и белка, а также снижение титра (или степени позитивности) нетрепонемных тестов.

Несмотря на положительную динамику под влиянием терапии у пациентов сохранялись нарушения психических функций, и всем 23 пациентам в условиях стационара психиатрического профиля была оформлена I (наиболее тяжелая) группа инвалидности, а у двух из них наступил летальный исход (через 6 и 9 месяцев соответственно).

Полученные данные свидетельствуют о том, что терапия нейросифилиса при наличии у пациента выраженной психиатрической симптоматики остается сложнейшей проблемой с неблагоприятным прогнозом для больных в медицинском и социальном плане, которая требует комплексного подхода к решению. Важной задачей является своевременное выявление сифилиса на ранних стадиях, до формирования грубых органических дефектов.

ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ COVID-19 ПО ЯШНАБАДСКОМУ МЕЖРАЙОННОМУ КВД ЗА 2019–2021 годы

Б.Т. ТАДЖИБАЕВ, Р.Т. КАМАЛОВА, Л.Ф. ЗОЛОТОРЕВСКАЯ, К.А. ЮЛДАШЕВ

Межрайонный МРКВД-8 ГУЗ, г.Т ашкента

Межрайонный КВД-8 Яшнабадского района г. Ташкента обслуживает население трех районов: Яшнабадского, Мирабадского, Бектемирского с общим населением 412 700 человек

За период пандемии COVID-19 в течение 2019–2021 гг. выявление венерических заболеваний по статистическим данным: сифилис в 2019 г. был выявлен у 67 больных, в 2020 году это число уменьшилось и составило 35 случаев. В 2021 году выявление сифилиса увеличилось до 95 случаев.

Почти аналогичная ситуация отмечена и по гонорейной инфекции, т.е. по статистическим данным Межрайонного КВД-8: в 2019 г. гонорея выявлена в трех районах – у 75 больных, а в 2020 г. число выявленных случаев снизилось до 51, значительный рост выявленных больных гонореей отмечен в 2021 году и составил – 63 случая.

Выявляемость по статистическим данным трихомониаза была более высокой и в целом отмечена в следующих числах: трихомониаз в 2019 году был выявлен в 99 случаях, а в 2020 году это число составило 92 случая, а в 2021 году увеличено до 115 случаев.

Таким образом, в целом по трём районам г. Ташкента по выявлению венерических заболеваний проделана определенная работа и надо отметить, что Ковид-19 в этом отношении имел влияние на выявляемость вышеприведенных заболеваний.

О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯШНАБАДСКОГО МЕЖРАЙОННОГО КВД-8 Г. ТАШКЕНТА ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ИППП «НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ»

Б.Т. ТАДЖИБАЕВ, Р.Т. КАМАЛОВА, Л.Ф. ЗОЛОТОРЕВСКАЯ, К.А. ЮЛДАШЕВ

Межрайонный КВД-8 ГУЗ г.Ташкента

Яшнабадский межрайонный КВД-8 обслуживает три района г. Ташкента (Яшнабадский, Бектемирский и Мирабадский) с населением 412 700 человек.

Изучение состояния эпидемиологической ситуации по ИППП «нового поколения» в период пандемии КОВИД-19 (2019–2021 гг.) имеет важное значение.

По данным КВД-8 из «нового поколения» – хламидиоз в трех районах: в 2019 году диагностирован в 56 случаях, в 2020 г. – в 47 и в 2021 г. – в 72 случаях.

Другая ИППП «нового поколения» – уреаплазмоз выявлен у 52, за 2020 г. – у 45 и за 2021 г. – у 76 больных.

Из ИППП «нового поколения» – генитальный герпес определен: в 2019 году – у 43, в 2020 г. – у 34 и в 2021 году – у 37 человек.

Урогенитальные остроконечные кондиломы по данным МРКВД-8 диагностированы: в 2019 г. – у 40 больных, в 2020 г. – у 38 и в 2021 г. – у 44 больных.

Таким образом, исходя из полученных статистических данных можно резюмировать, что пандемия КОВИД-19 повлияла на частоту выявления ИППП «нового поколения».

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ЗА ПЕРИОД КОВИД-19 (2019–2021 гг.), ПО ДАННЫМ МЕЖРАЙОННОГО КВД-8.

Б.Т. ТАДЖИБАЕВ, Р.Т. КАМАЛОВА, Л.Ф. ЗОЛОТОРЕВСКАЯ, К.А. ЮЛДАШЕВ

Межрайонный КВД-8 ГУЗ, г. Ташкента

За период пандемии Ковид-19 (2019–2021 гг.) выявление грибковых заболеваний значительно изменилось, что связано с уменьшением количества посещений населения за помощью в КВД трех районов г. Ташкента (Яшнабадский, Бектемирский, Мирабадский).

При тщательном анализе эпидемиологической ситуации, нами обращено внимание на абсолютные числа (по данным МКВД-8).

Данные по трихофитии: за 2019 г. выявление этого грибкого заболевания составило – 50 больных, за 2020 г. – 28 и за 2021 г. – 33 больных.

Микроспория в трех районах: за 2019 г. выявлена – в 52 случаях, за 2020 г. – 70 и за 2021 г. – 60 случаев.

Микоз стоп диагностирован: за 2019 г. у 310 больных, за 2020 г. – у 231 и за 2021 г. – у 255 больных.

Поражений ногтевых пластинок грибками – микоз ногтей: в 2019 году отмечен – у 166 больных, в 2020 г. – у 133 и в 2021 г. – у 164 больных.

Таким образом, в период пандемии COVID-19 выявление грибковых заболеваний кожи и ногтей несколько уменьшилось, но потом вновь стало увеличиваться.

ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

Б.Ш. ФАТТАХОВ, А.Б. МАХАМАДЖАНОВА

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

По данным научных исследований, независимо от этиологии заболевания, внедрение в организм инфекционного возбудителя сопровождается возникновением различных общих и местных изменений. К общим изменениям в организме следует отнести биологические, аллергические, иммунологические процессы.

Помимо системных нарушений иммунологической реактивности, в организме хозяина происходят и локальные изменения, которые являются результатом комплексных, многоступенчатых процессов.

Цель исследования. Изучение состояния местного иммунитета у больных урогенитальным хламидиозом.

Исследование проводили у 35 больных в возраст от 19 до 47 лет. Среди обследованных больных у 33 диагностирован урогенитальный хламидиоз. Контрольную группу составили данные 10 практически здоровых лиц.

Показатели местного иммунитета изучали путем определения количественного содержания IgM, IgG и sIgA в уретре методом иммуноферментного анализа (ИФА).

При исследовании концентрации сывороточных иммуноглобулинов выявлено, что у больных данной группы наблюдалось достоверное снижение уровня sIgA ($p < 0,05$), повышение IgG ($p < 0,05$), а содержание IgM оставалось на уровне контроля.

У больных с урогенитальным хламидиозом отмечалось снижение уровня sIgA в 1,1 раза, повышение концентрации IgG в 1,5 раза, а содержание IgM не изменялось.

Результаты исследования состояния местного иммунитета показали, что у больных урогенитальным хламидиозом в соскобе из уретры содержание IgM было снижено в 1,4 и 1,5 раза, IgG – 1,2 и 1,1 раза и sIgA – 1,2 и 1,3 раза соответственно по сравнению с данными контрольной группы.

Более выраженное снижение изученных показателей местного иммунитета было выявлено у больных ассоциированным урогенитальным хламидиозом и уреомикоплазмозом. Так у больных данной группы уровень IgM был снижен в 1,7 раза, IgG – в 1,4 раза и sIgA – в 1,6 раза. Такое снижение показателей местного иммунитета может указывать на выраженное подавление способности иммунокомпетентных клеток слизистой уретры к местному синтезу иммуноглобулинов и снижении уровня степени компенсаторной иммунодиффузии их из периферического кровотока, которые могут быть связаны с развитием состояния вторичного иммунодефицита вследствие длительно персистирующей инфекции.

Таким образом, вышеизложенное свидетельствует, что при урогенитальном хламидиозе выявляется нарушение состояния иммунной системы как на системном, так и на локальном уровне. Полученные данные дают возможность достаточно информативно оценить степень изменений иммунной системы у больных урогенитальным уреамикоплазмозом и хламидиозом и выработать адекватную лечебную тактику при данной патологии с учетом выявленных нарушений.

УРОВЕНЬ ГАММА-ИНТЕРФЕРОН (Г-IFN) В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Межрайонный КВД №4 Алмазарского района г. Ташкента

Введение. В венерологии цитокиновый статус у больных с серорезистентностью при сифилисе мало изучен. Содержание **γ-**интерферона (J-IFN) в крови больных с серорезистентностью было изучено до и после дополнительного лечения.

Цель исследования. Изучение содержания **γ**-интерферона (**γ**-IFN) в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до и после дополнительного специфического лечения.

Материал и методы исследования. Исследование **γ**-IFN в крови проводилось у 121 больного с серорезистентностью при сифилисе (56 % – мужчины, 44 % – женщины). 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.

По полученному дополнительному лечению больные разделены на 3 группы. 1 группа: 59 (47,2 %) получали лечение инфузионно (10 млн ЕД пенициллина в день, всего 100 млн ЕД); II группа: 35 (28 %) больных пролечены дополнительно бензилпенициллином по 1 млн ЕД, каждые 6 часов, всего 100 млн ЕД; III группа: 31 (24,8 %) больной получали лечение непрямым лимфотропным методом (НЛТ) Цефтриаксоном по 10, 14 дней. (*γ*-IFN) определялся на трехфазном иммуноферментном анализе. При этом использована тест-система ООО «Вектор-Бест» (Новосибирск).

Результаты исследования. В 1 группе больных уровень **γ**-IFN до начала лечения составлял – 20,9 + 0,86 пг/мл и превышал контрольные показатели в 6–7 раз (контроль 3,1 + 0,10 пг/мл). После дополнительного лечения *γ*-IFN снизился до 12,2 + –0,68 пг/мл.

Во II группе больных до дополнительного 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 III группе показатель *γ*-IFN до дополнительного лечения составлял 22,0 + –0,92 пг/мл, а после лечения снизился до 14,5 + –0,62 пг/мл (контроль 3,1 + –0,10 пг/мл).

Однако полученные данные после лечения превышали данные контроля.

Выводы. Таким образом, показатель цитокинового статуса **γ**-IFN у больных с серорезистентностью при сифилисе до проведения дополнительного лечения остался высоким, но после лечения снизился, но показатель превышал контрольные данные в несколько раз.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Межрайонный КВД №4 Алмазарского района г. Ташкента

Введение. В венерологии при серорезистентности изучение различных показателей имеет большое значение. Исходя из этого, нами впервые изучена эндогенная интоксикация организма.

Цель работы. Изучить результаты показателей эндогенной интоксикации больных с серорезистентностью при сифилисе до и после дополнительного лечения.

Материал и методы исследования. Состояние эндотоксикоза изучено у 121 больного с серорезистентностью сроком от 2 до 15 лет.

Женщин было 52,8 %, мужчин – 47,2 %. Возраст больных колебался от 19 до 74 лет. Серологические реакции крови соответствовали диагнозу.

Средне-молекулярные пептиты (СМП), сорбционная способность эритроцитов (ССЭ), лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) и гематологический индекс интоксикации (ГИИ) определены по общепринятым методикам. Дополнительное лечение получали: I группа (33,9 %) больных получали бензилпенницилин по 1 млн ЕД каждые 6 часов (100 млн ЕД); II группа (26,3%) – Цефтраксон по 1 ЕД внутримышечно № 14–16; III группа (39,8 %) – Цефтраксон 1,0 по методу непрямой лимфотропной терапии (НЛТ), ежедневно по 1,0 № 14–16 (в зависимости от диагноза).

Результаты исследования. До начала дополнительной терапии у больных с серорезистентностью при сифилисе показатели эндогенной интоксикации были повышенными, а после терапии снизились.

ССЭ до лечения была повышенной в 1,6 раза и составила – 51,6+–0,7 (контроль 31,7+–0,64), а после лечения снизилась до 30,43+–0,62, ниже контроля.

СМП до дополнительного лечения увеличились в 1,66 раза и составили – 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 высоким – 1,91+–0,12 (контроль – 1,215+–0,004) а после лечения был снижен до 1,75+–0,16, но остался выше контроля.

ГПИ до дополнительного лечения составил (1,97+–0,08), а после лечения составил 1,97+–0,08) и 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, а потом снизились, но были выше контроля. По этим показателям можно судить об эффективности проведенной терапии.

УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Межрайонный КВД №4 Алмазарского района г. Ташкента

Введение. В венерологии при серорезистентности цитокиновый статус изучен мало. Для этого нами впервые было обращено внимание на интерлейкин-2 в крови до и после дополнительного лечения.

Цель исследования. Изучение содержания интерлейкина-2 в крови больных с серорезистентностью при сифилисе до и после дополнительного специфического лечения.

Материал и методы исследования. Исследование ИЛ-2 в крови проводилось у 121 больного (мужчин – 56 %, женщин – 44 %) с серорезистентностью до и после дополнительного лечения. Серологические реакции в крови были позитивными от 2 до 10 лет, что подтверждала серорезистентность. Возраст обследованных колебался от 19 до 74 лет.

Больные по полученному дополнительному лечению распределялись: I группа – 59 (47,2 %) больных, леченные инфузионным методом; пенициллином 100 млн. ЕД. II группа – 35 (28 %) больных, леченные бензилпенициллином по 1 млн. ЕД каждые 6 часов, всего 100 млн. ЕД; III группа – 31 (24,8 %) получали лечение Цефтриаксоном

по 1,0 непрямым лимфотропным методом (НЛТ), № 14. Кровь до и после дополнительного лечения исследована в комплекте серореакции – (РВ, МР, РИБТ, РИФ-200, РИФ-абс.) и соответствовали диагнозу.

Результаты исследования. У всех 121 больного 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 терапии он снизился.

В I группе (59 человек) до дополнительного лечения уровень ИЛ-2 был высоким и составил -19,69+–0,95 пг/мл, а после лечения –11,2+–0,62 пг/мл, из этой группы 20 больных сняты с диспансерного учета.

У больных II группы – (35 человек), пролеченных бензилпенциллином ИЛ-2 до лечения составил – 19,2+–0,98 пг/мл (контроль 4,2+–0,3 пг/мл, после проведенной терапии снизился до 12,1+–0,74 пг/мл. В этой группе из 35 человек 9 были сняты с диспансерного учета.

Больные III группы (31 человек) были пролечены Цефтриоксоном, путем непрямой лимфотропной терапии, (НЛТ) до начала лечения, содержание ИЛ-2 составило 16,7+–0,89 пг/мл (контроль 4,2+–0,3 пг/мл) после лечения ИЛ-2 снизился до 11,4+–0,54 пг/мл

Выводы. Изучение содержания ИЛ-2 у больных с серорезистентностью при сифилисе до и после дополнительного лечения показало, что за счет изменения иммунного статуса до лечения показатели были высокими, а после лечения данные по ИЛ-2 были снижены, что свидетельствуют об эффективности проведенной терапии.

УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Межрайонный КВД №4 Алмазарского района г. Ташкента

Введение. Одной важной функцией печени является ее участие в углеводном обмене организма. У больных с серорезистентностью при сифилисе нарушаются функции печени, это диктует важность данного показателя.

Цель исследования. Изучение содержания глюкозы крови до и после дополнительного лечения у больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы исследования. Изучение содержания глюкозы крови (в норме 3,5–6,11 мкмоль/л) до и после дополнительного лечения осуществлено у 73-х больных с серорезистентностью при сифилисе.

Позитивность серологических реакций крови до проведения дополнительного лечения отмечена: в RW с трепонемным антигеном – до 47,9 %, с кардиолипиновым антигеном – 45,1 %, в микрореакции – 88,5 %, РИБТ – в 95,6 %, в РИФ – 200–100 %, а в РИФ-abc – 100 %.

Возраст больных колебался от 20 до 60 лет. Из них мужчин было 37, женщин 36. В возрасте до 20 лет больных было – 2, от 21 от 30 лет – 14, от 31 до 40 – 17, от 41 до 50 – 18, от 51 до 60 лет – 22 больных.

Больные с серорезистентностью при сифилисе дополнительно получали лечение по следующим методикам: бензилпенициллин по 1 млн. ЕД каждые 4 часа до 120 млн. ЕД – 10 больных, путем непрямой лимфотропной терапии (НЛТ) пролечены Цефтриаксоном, № 14–18, инфузионно антибиотики введены внутривенно – 100 млн ЕД пенициллином – 45 больных.

Результаты исследования. Из 73-х больных уровень глюкозы крови до лечения колебался от 2,6 до 7,0 мкмоль/л и в среднем составил – 5,528 мкмоль/л, при этом глюкоза оставалась на нормальном уровне.

После дополнительного лечения среднее число глюкозы снизилось и в среднем составило – до 4,812 мкмоль/л. При этом минимальное содержание глюкозы составило 2,7 мкмоль/л, а максимально достигло до 7,4 мкмоль/л.

Вывод. Можно отметить, что снижение уровня глюкозы в крови до дополнительного лечения у больных с серорезистентностью при сифилисе связано с различными факторами, а нормализация показателя глюкозы в крови после лечения – за счет эффективного лечения.

СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Межрайонный КВД №4 Алмазарского района г. Ташкента

Введение. В последние годы участились случаи серорезистентности при сифилисе. При этом у больных отмечается нарушение состояния функции различных органов и систем, что влияет на показатель общего белка.

Цель исследования. Изучение содержания общего белка в крови больных с серорезистентностью при сифилисе.

Материал и методы исследования. Позитивность серологических реакций крови до проведения дополнительного лечения отмечена: в RW с трепонемным антигеном до 47,9 %, с кардиолипиновым антигеном – 45,1 %, в микрореакции – 88,5 %, в РИБТ – 95,6 %, в РИФ200 – 100 %, а в РИФabc –100 %.

У 73 больных с серорезистентностью при сифилисе изучен показатель общего белка крови (в норме 62–80 г/л) до и после дополнительного лечения.

Возраст больных колебался от 20 до 60 лет. Из них, мужчин было 37, женщин 36.

В возрасте до 20 лет больных было – 2, от 21 до 30 лет – 14, от 31 до 40 – 17, от 41 до 50 – 18, от 51 до 60 лет – 22 больных.

Результаты исследования. Больные с серорезистентностью при сифилисе дополнительно получали лечение бензилпенициллином по 1 млн. ЕД каждые 4 часа до 120 млн. ЕД – 10 больных, путем непрямой лимфотропной терапии (НЛТ) пролечили Цефтриаксоном по 1,0 № 14 – 18, инфузионно пенициллин введен до 100 млн ЕД – 45 больным.

У 73-х больных общий белок крови до дополнительного лечения колебался от 50,0 до 77,0 г/л и в среднем составил 64,78 г/л.

После дополнительного лечения – среднее число общего белка составило 46,5 г/л, при этом минимальное содержание составило – 39,0 г/л, а максимально достигло до 84,0 г/л.

Вывод. На основании проведенных исследований можно отметить, что у больных с серорезистентностью до лечения общий белок был сниженным, и повышения его уровня до нормальных показателей отмечены после проведенного дополнительного лечения, это можно оценить, как благоприятное влияние на показатель общего белка.

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕРДЦА У КРОЛИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

Поражение сердечно-сосудистой системы занимает первое место среди висцеропатологии при сифилисе. Однако диагностика кардиоваскулярного сифилиса иной раз бывает тяжелой.

Цель исследования. Поведение сердце при сифилисе у экспериментальных кроликов. Для этого изучены гистологические данные у кроликов через 7, 21, 3 дней после заражения сифилисом.

У кроликов 1-й группы (через 7 дней) после заражения сифилисом в миокарде выявляются различные морфологические изменения, характерные для острой интоксикации в виде периваскулярного и межуточного отёка разрыхления волокнистых структур соединительной ткани и стенок сосудов, которые свидетельствуют о повышении проницаемости стенки сосудов и стромальной ткани.

Во 2-й группе экспериментальных животных внутренние органы исследованы через 21 дней после заражение сифилисом. При этом в сердце отмечался отёк и разрыхление межуточной ткани, которые особенно были выражены в периваскулярных зонах. Мышечные волокна миокарда отмечены несколько извилистыми, и при этом они сопровождались исчезновением поперечной исчерченности и очаговым перинуклеарным отеком кардиомиоцитов. В субэпикардиальной зоне миокарда выявляется небольшой клеточный инфильтрат, состоящий из лимфоидных элементов.

В 3-й группе экспериментальных кроликов исследование проведено через 35 дней после заражения сифилисом.

При этом эндокард несколько утолщен за счет пролиферации эндотелиальных клеток, гомогенизации волокнистых структур миокарда и очагового размножения соединительнотканных клеток. Межуточная соединительнотканная строма отёчная с появлением в периваскулярных зонах очагов небольшой мононуклеарной инфильтрации.

Таким образом, у экспериментальных кроликов морфологические изменения сердца в зависимости от срока давности заражения сифилисом усугубляется, что надо учитывать при диагностике и лечении больных сифилисом.

ГОНОРЕЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 75 ЛЕТ (с 1946 по 2021 год)

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ

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

Гонорея, как древнее заболевание среди различных ИППП, занимает особое место.

Заболеваемость гонореей за 75 лет в Узбекистане за период с 1946 г. по 2021 г. имела различные колебания._

В послевоенные годы заболевание гонореей начало подниматься. В 1946 г. интенсивный показатель составил 13,4, в 1947 г. – 15,0, в 1948 г. – 20,0, а 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 году максимальный рост отмечен до 42,0 на 100 тыс. населения.

Показатель по гонореи начал снижаться и в 1955 г. 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. Потом 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 и в 1965 г. – 27,5 на 100 тыс. населения.

В 1966 г. снизился до 21,2, в 1967 г. эта цифра увеличилась до 37,2, в 1966 г. – 40,2, в 1969 г. – 43,1, в 1970 г. – 43,2. Самый высокий показатель по гонореи 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 и в 1980 г. отмечена – 37,0 на 100 тыс. населения.

Зигзагообразное течение гонореи продолжалось и в 1981 г. и 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. – 25,5, 1991 г. – 18,8, в 1992 г. – 23,8, в 1993 г. – 22,5, в 1994 г. – 25,4, а в 1995 г. выросла до 25,6.

Гонорея в 1996 г. выросла до 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 отмечено зигзагообразное течение гонореи и в 2009 г. – 15,0, в 2010 г. – 19,0, 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. составило 13,2 на 100 тыс. населения.

За последние годы, начиная с 2017 года, интенсивный показатель составил – 13,0, за 2018 г. – 11,4, за 2019 г. – 10,9, за 2020 г. – 7,8 на 100 тыс. населения, из-за пандемии по Covid-19 за 2021 г. интенсивный показатель составил – 8,9.

Таким образом, необходимо отметить, что заболеваемость гонореей, как социальная проблема, в зависимости от различных ситуаций в обществе может снижаться или увеличиваться.

ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА ҲАМРОҲ КАСАЛЛИКЛАР ВА ҚОНДАГИ СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

Соғлиқни сақлаш вазирлиги республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент шаҳри

Кириш. Захм муаммоси венерологияда доимо долзарб ҳисобланади. Унинг кечишида беморлардаги турли ҳамроҳ касалликлари аҳамият касб этади.

Илмий иш мақсади. Захм беморларида аниқланган турли хил ҳамроҳ касалликларининг қонидаги серологик реакциялар кўриниш таъсирини ўрганиш.

Захмга чалинган 203 нафар беморлар серологик (РВ, МР, ОТИР, ИФР-200, ИФР-абс), инструментал (ЭКГ, УТТ, РЭГ, ЭЭГ) усулларда мутахассислардан – терапевт, невролог, офтальмолог, ЛОР шифокори ва рентгенологлар томонидан текширилди. Серологик реакциялар диагнозга мос ҳолатда бўлди.

Олинган натижалар. 203 нафар беморларда жами 591 нозологик бирликда ҳамроҳ касалликлар аниқланди. Назорат гуруҳини 20 нафар захм беморлари ташкил қилди, лекин уларда ҳамроҳ касалликлар аниқланмади.

Барча 591 нафар аниқланган касалликлар тизимларга бўлиб ўрганилганда: ошқозон-ичак тизими касалликлари – 36,1 % ни, жинсий йўл орқали юқувчи касалликлар – 27,6 % ни, юрак-қон томир касалликлари – 14,9 % ни, гельминтозлар – 10,7 % ни, турли дерматозлар – 6 % ни ва асаб тизими жароҳатланишлари – 0,4 % ни ташкил қилди.

Беморлар қонидаги серологик реакциялардан – Вассерман реакцияси ва микрореакциялар томонларидан + дан 4+ гача бўлиб, кўпинча ҳамроҳ касалликларда позитивлик 3+ ва 4+ гача 70 % беморларда кузатилди. Специфик реакциялардан: ИФР-200, ИФР-абс ва ОТИРларнинг позитив ҳолатлари барча беморларда, назорат гуруҳидан юқори ҳолатда бўлди.

Хулоса. Захм беморларида аниқланган ҳамроҳ касалликлари уларнинг қонидаги серологик реакциялар позитивлигини оширади ва бу позитивлик даволаш натижасида аста-секин сусая боради, бундан ўтказилган терапиянинг нафли ёки нафсизлиги ҳақида фикрласа бўлади.

ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП), У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Введение. В венерологии изучение ИППП у беременных женщин, сифилисом, имеет важное значение, т.к. они усугубляют течение беременности, а также самого сифилиса. Помимо того, урогенитальные инфекции требуют внимания, так как они могут способствовать развитию различных репродуктивных осложнений.

Цель исследования. Изучить у беременных женщин, страдающих сифилисом, сочетание с различными ИППП.

Материалы и методы исследования. У 53 беременных женщин с сифилисом (из них у 24 вторичный, у 29 ранний скрытый) в возрасте от 19 до 38 лет. Кроме серологических исследований крови, произведены бактериологические и бактериоскопические исследования: из вагины, цервикального канала и уретры.

Результаты исследования. Серологическая картина крови (РВ, М/Р, РИФ-200, РИФ-абс, РИБТ) у беременных женщин с сифилисом вторичным (24 человека) более была выражена позитивность, чем у больных скрытым ранним (29 человек) в специфических реакциях ($РИФ_{200}$, $РИФ_{абс}$, РИБТ).

Поражения у беременных женщин с 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 и УГИ по 1 отмечены в 28,3 %, по 2 – у 39,6 %, по 3 – у 22,6 %, по 4 – у 3,8 %, по 5 УГИ – у 5,7 % случаев у беременных женщин.

Вывод. Беременных женщин, страдающих сифилисом, необходимо тщательно обследовать на предмет обнаружения УГИ, с целью их оздоровления, при этом вначале пролечиваются выявленные ИППП, а после сифилитическая инфекция, дозы антибиотиков высчитываются отдельно.

МОНООКСИГЕНАЗНАЯ СИСТЕМА (МОС) ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Введение. В венерологии изучение состояния функций печени у больных сифилисом во время беременности имеет важное значение.

Цель исследования. Изучить состояние монооксигеназной системы (МОС) печени у беременных женщин с сифилисом.

Материалы и методы исследования. Изучение МОС печени у 53 больных сифилисом (у 24 – вторичный, у 29 – скрытый ранний) проведено до и после специфического лечения.

Серологическая картина соответствовала общему течению сифилиса. Монооксигеназная система печени была изучена по общепринятому методу и при этом обращено внимание на время полувыведения изониазида и клиренс.

Результаты исследования. До начала лечения период полувыведения изониазида был равен 10,2±0,37 час (контрол. 7,3±0,15 час), при этом у беременных женщин вторичным сифилисом – 9,9±0,45 час., ранним скрытым – 10,7±0,64 час.

Клиренс-тест препарата снизился у больных вторичным – до 62,9±3,8 мл.кг.час., при скрытом раннем сифилисе – до 54,7±3,6 мл.кг.час (контроль. 76,1±0,6 мл.кг.час).

После лечения период полувыведения составил 10,2±0,41 час. (контроль 7,3±0,15 час), а клиренс-тест был равен 64,7±2,5 мл.кг.час. Различия до и после специфического лечения отмечены незначительно.

Вывод. Изучение состояния монооксигеназной системы (МОС) печени у беременных женщин, страдающих сифилисом, показало, что до и после специфического лечения под влиянием сифилитической инфекции она претерпевает значительные изменения, что необходимо учитывать при проведении дополнительного лечения и в арсенал препаратов подключить гепатопротекторы.

ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ КРОВИ (ЛПБСР) И ТАКТИКА ВРАЧА

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, Ж.Т. НУРАЕВ

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

Введение. В практике венерологии серологические реакции крови являются основными в постановке диагноза сифилитической инфекции, но иногда отмечаются случаи «ложноположительных биологических сероreакций» (ЛПБСР). При этом для дифференциации необходима своеобразная тактика врача.

Материал и методы исследования. В диагностике сифилиса в настоящее время из сероreакций применяются: реакция Вассермана с трепонемным и кардиолипиновым антигенами, микрореакция, из специфических реакций – реакция иммунофлюоресценции в двух модификациях (РИФ-200, РИФ-абс) и реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ).

В практической венерологии при обследовании граждан тестом отбора являются микрореакция (МР), реакция микропреципитации (РМП), реакция пассивной гемаглютинации (РПГА). При позитивных результатах диапазон обследования расширяется и при этом применяются – КСР, РИФ-200, РИФ-абс и РИБТ.

При положительных сероreакциях надо соблюдать конфиденциальность, и кровь исследуется повторно, в полном комплексе в серолабораториях города, области или в ЦСЛ РСНПМЦДВиК МЗ РУз (можно в анонимном кабинете).

Одновременно осуществляются функциональные исследования – ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, УЗИ и более чувствительные методы (ЭхоКГ, ЭхоКС и т.д.).

После всего обследуемым лицам предоставляются для осмотра смежные специалисты – терапевт, невролог, офтальмолог, ЛОР-врач, рентгенолог и т.д.

Далее на основании полученных результатов (серология, объективные данные) ставится диагноз – ЛПБСР или сифилис.

При выявлении сифилиса к обследованию привлекаются половые и бытовые контактные.

Если подтверждается ЛПБСР, обследуемые снимаются с диспансерного наблюдения. Особенно при этом надо быть осторожными в отношении беременных женщин. При этом обследование можно повторить через 10 дней. Обследуемым необходимо провести разъяснительную работу о ЛПБСР.

Вывод. Таким образом, при состояниях ЛПБСР является необходимым разъяснения обследуемым о неуклонности обследования по всем положенным стандартом.

К ПРИЧИННЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

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

Введение. В венерологии серорезистентность при сифилисе является актуальной проблемой.

Цель исследования. Изучить состояние ликвора у больных серорезистентным сифилисом.

Методы и методы исследования. Нами изучены причинные факторы у 110 больных с серорезистентностью при сифилисе. Первично был определен: вторичный сифилис – у 9 больных и скрытый – у 101 больного. Из них мужчин составило – 65, женщин – 45. Возраст колебался от 19 до 71 года.

Результаты исследования. В результате изучения причинных факторов в возникновении серорезистентности нами было выявлено следующее:

– позднее выявление сифилиса, т.е. чем больше в организме существует сифилитическая инфекция, тем выше шанс развития серорезистентности;

– в поздние сроки начатое лечение и проводимая терапия без учёта персистенции бледной трепонемы;

– самостоятельное лечение и частная терапия различными средствами без учёта состояния гематоэнцефалического барьера;

– различные (соматические) патологии внутренних органов, влияющие на позитивность серологических реакций крови;

– повышенное состояние эндогенной интоксикации организма;

– применение различных антибиотиков в недостаточных дозах без учёта плацентарного барьера у беременных;

– неправильная интерпретация «ложноположительных серологических реакций» крови у обследованных;

– неучитывание при проведении терапии других форм микст-инфекций (ИППП нового поколения).

К ВОПРОСУ РАЗВИТИЯ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ (ЛПБСР) КРОВИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, Ж.Т. НУРАЕВ

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

Введение. В практике венерологии иногда встречаются случаи ЛПБСР крови. При этом необходимо провести дифференциальную диагностику с сифилисом.

Цель исследования. Изучение причинных факторов, приводящих к ЛПБСР, и их интерпретация.

Материал и методы исследования. У 66 обследованных по поводу ЛПБСР исследована кровь в РВ, МР и их специфических сероreакций – РИБТ, РИФ-200, РИФ-абс. Возраст обследованных колебался от 4 месяцев до 73 лет. Женщины составили 67 %, мужчины – 33 %.

Кроме того, обследованным проведены функциональные исследования ЭКГ, РЭГ, ЭЭГ, ЭхоКГ, УЗИ – для исследования состояния внутренних органов и систем, а также осуществлены консультации смежных специалистов (терапевт, невролог, офтальмолог, ЛОР, рентгенолог), и таким образом осуществлена дифференциация.

Результаты исследования. В крови у обследованных серологические реакции были позитивными: реакция Вассермана (РВ) с трепонемным антигеном от + до 4^+ – у 18, а РВ с кардиолипиновым антигеном – у 20, микрореакция от + до 4^+ – у 44 обследованных. Титры реагинов от 1:5 до 1:80 отмечены у 7 обследованных.

РИБТ дала сомнительный результат (от 0 % до 30 %) – в 34 случаях.

РИФ-200 была позитивной от + до 4^+ – в 46, а РИФ-абс аналогично в 50 случаях.

При этом в результате тщательного обследования анемия определена у 46,5 %, токсоплазмоз – у 13 %, ревматизм – у 10 %, хронический холецистит бескаменный – у 3 %, хронический пиелонефрит – у 3 %, хронический простатит – у 3 %, сахарный диабет – у 3 %, токсический зоб – у 3 %, туберкулёз – у 3 %, бруцеллёз – у 3 %, астигматизм – у 3 %, ангиопатия сетчатки – у 3 % обследованных. Выявленные заболевания отнесены к причинным факторам ЛПБСР и исключен сифилис. Из всех больных в 5 % случаях не было выявлено никаких заболеваний.

Вывод. ЛПБСР в практике венерологии встречается редко, и при этом позитивность сероreакций отмечается по-разному, в развитии ЛПБСР имеют значения различные сопутствующие заболевания у обследованных.

РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ (РЭГ) ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Введение. Своевременное выявление и активное лечение сифилитического менингита имеет непосредственное отношение к профилактике развития, более поздних специфических поражений нервной системы.

Цель исследования. Изучить состояние сосудистой архитектоники головного мозга у больных серорезистентностью при сифилисе при РЭГ-исследовании.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 77 больных с серорезистентностью при сифилисе. Возраст их колебался от 22 до 60. Женщины среди них составили 62 %, мужчины – 38 %.

Сосудистая архитектоника головного мозга больных была изучена в нейрофизиологическом кабинете при клинике Ташкентской медицинской академии и результаты исследований были следующими:

– Реоэнцефалографические (РЭГ) исследования показали, что у 20 больных пульсовое кровенаполнение во всех бассейнах было повышено; у 6 пульсовое кровенаполнение было повышено в правой позвоночной артерии, у 10 в левой позвоночной артерии и у 8 – в правой внутренней сонной артерии. У 7 больных пульсовое кровенаполнение в бассейне правой позвоночной артерии снижено, а также у 6 больных снижено в левой позвоночной артерии, у 6 во всех бассейнах справа, у 3 в правой внутренней сонной артерии.

– У 6 больных тонус крупных артерий снижен во всех бассейнах слева, у 8 – левой позвоночной артерии и в бассейне, в правой внутренней сонной артерии у 6 больных, повышен у 5 больных и у 3 больных повышен тонус в позвоночной артерии, повышен во всех бассейнах у 6 больных, в бассейне правой внутренней сонной артерии у 3 больных.

– Периферическое сосудистое сопротивление повышено во всех бассейнах у 10 больных, справа у – 3, у 4 – в позвоночных артериях и у 3 – в правой внутренней сонной артерии.

Вывод**.** Данные РЭГ показывают, что у больных серорезистентностью при сифилисе имеются существенные изменения со стороны мозгового кровообращения, и реэнцефалографическое исследование демонстрирует своеобразную чувствительность для выявления нарушений сосудистой архитектоники головного мозга.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА (ССС) У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ (ЭКГ)

К.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Введение. В венерологии изучение состояния сердечно-сосудистой системы (ССС) у больных сифилисом имеет важное значение, так как при данной инфекции эта система поражается часто.

Цель исследования. Изучить состояние электрокардиографических (ЭКГ) данных у больных сифилисом до начала специфического лечения.

Материал и методы исследования. ЭКГ проведена у 70 больных сифилисом, из них: первичный – у 10, вторичный – у 49, скрытый – у 11. Мужчин было 52 %, женщин – 48 %. Возраст их колебался от 20 до 50 лет. Контрольная группа состояла из 18 человек, здоровых, в возрасте от 16 до 50 лет. Серологическая картина крови соответствовала общему течению сифилиса. ЭКГ осуществлена на стандартном 6-канальном аппарате.

Полученные результаты**.** ЭКГ изменения выявлены у 58,2 % больных, и они возрастали от первичного сифилиса к раннему скрытому, которые зависели от длительности существования сифилитической инфекции в макроорганизме. При этом нарушение ЭКГ отмечены со стороны автоматизма возбудимости и проводимости сердца. Нарушений автоматизма сердца выявлены в 20 %, проводимость была изменена в 17 % и функция возбудимости определена в 7,2 % случаев. Признаки перегрузки предсердий выявлены у 2 % больных, гипертрофия левого желудочка наблюдалась у 12 % обследованных больных.

В контроле – у 0,6 % обследованных обнаружены нарушения со стороны автоматизма сердца и отмечена гипертрофия левого желудочка сердца.

Вывод. Таким образом, выявленные нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы. по данным ЭКГ-исследований, должны учитываться при проведении специфического лечения, с целью профилактики развития грубых нарушений со стороны ССС к лечению должны быть подключены препараты из группы кардиопротекторов.

СИФИЛИС В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 75 ЛЕТ (с 1946 по 2021 год)

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический 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 с 1946 по 2021 гг.

Материалы и методы исследования. Нами ретроспективно анализированы заболеваемость сифилисом за 75 лет от республиканских годовых «9 SSV» отчетных форм.

За 75-летний период заболеваемость сифилисом дала рост в четыре раза. 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 году 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 сифилисом составила 6,1, в 1968 г. – 24,2, а в 1969 г. «пик» дошел 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. сифилис почти был равен и составил с 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. дошел до «пика» этого времени – 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 75 лет и составил – 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.

Из-за примененных новых методов профилактики заболеваемость сифилисом начала снижаться и в 1998 г. составила – 45,5, в 1999 г. – 37,6, в 2000 г. – 25,9, 2001 г. – 27,5, а в 2002 г. – 25,9, в 2003 г. – 21,8, в 2004 г. – 19,2, а в 2005 г. снижение дошло до 16,2. Это снижение продолжалось и в 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, а в 2014 – 7,1, а в 2015 г. – 7,2 и в 2016 г. – 6,9 на 100 тыс. населения.

За последние годы, начиная с 2017 года, интенсивный показатель составил – 7,4, за 2018 г. – 8,6, за 2019 г. – 9,0 за 2020 г. – 6,1 на 100 тыс. населения, в связи с пандемией по Covid-19 за 2021 г. интенсивный показатель составил – 7,2.

Таким образом, заболеваемость сифилисом за 75 лет в Узбекистане в зависимости от социальных ситуаций в стране колебалась, и это связано с сохранением диспансерного принципа работы.

СКРЫТЫЙ РАННИЙ СИФИЛИС, ВСЕГДА ЛИ ОСТАЕТСЯ СКРЫТЫМ?

К.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

Введение. Причины регистрации скрытого раннего сифилиса многообразны. По нашему мнению, имеет место как первично бессимптомное течение сифилитической инфекции, так и некачественное, неполноценно проведённое лечение, а в некоторых случаях самолечение. Причины длительного бессимптомного течения сифилиса окончательно не выяснены. По мнению большинства авторов, при этом возникает иммунологическое равновесие между макро- и микроорганизмом. Важным аспектом в диагностике и обследовании больных скрытым ранним сифилисом является исключение специфических висцеропатологий и нервной системы.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные клинико- анамнестических, серологических, иммунобиохимических, ликворологических и инструментальных исследований у 386 больных скрытым сифилисом, находившихся на стационарном лечении в клинике

РСНПМЦДВиК МЗ РУЗ. Мужчин было 214, женщин – 172. Возраст больных составил от 18 до 69 лет. Из них: больных до 20 лет – 40, от 21 до 30 лет – 162, от 31 до 40 лет – 80, от 41 до 50 лет – 48, от 51 до 60 лет – 36, от 61 и старше – 20 человек.

Позитивность серологических реакций крови отмечалась: в реакции Вассермана с кардиолипиновым антигеном в 89,6 % случаях, трепонемным антигеном – 87,3 %, микрореакции в 93,3 %, $РИФ_{200\ и\ абс}$ – в 92,4 %, РИБТ – в 90,1 %.

Результаты исследования. Следует отметить, что скрытый ранний сифилис не всегда остаётся скрытым, так как при тщательном обследовании больных можно определить различные отклонения со стороны внутренних органов и систем:

– из 386 больных ранним скрытым сифилисом в 92 случаях отмечены отклонения со стороны неврологического статуса;

– из 54 больных при обследовании ликвора в 48 случаях выявлено патологическое состояние различной степени;

– при обследовании сердечной деятельности у 98 больных скрытым ранним сифилисом в возрасте 20–50 лет в 44,1 % случаев выявлены признаки аортита и в 31,2 % случаев – поражение миокарда;

– биохимические показатели указывающие на состояние функции печени (общий белок, креатинин, мочевина, билирубин, глюкоза и др.) до лечения были снижены или увеличены, но после проведённой дополнительной специфической терапии нормализовались;

– исследование состояния клеточного иммунитета показало, что количество Т-лимфоцитов в среднем было снижено до 78 % от контрольных величин, отмечалось снижение относительного количества Т-хелперов в среднем на 13 % и увеличение уровня Т-супрессоров на 9 %. Кроме того, отмечалось увеличение циркулирующих иммунных комплексов в среднем в 1,3 раза.

Выводы. Резюмируя, нужно отметить, что у больных скрытым ранним сифилисом при тщательном обследовании можно выявить различные отклонения со стороны висцеральных органов, нервной системы, применяя чувствительные серореакции в крови, а также инструментальные исследования.

ЛИКВОР У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

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

Введение. Для определения поражённости нервной системы широко применяется чувствительный метод – исследование ликвора. Нужно отметить, что в ликворе больных с серорезистентным сифилисом указывается на поражение сифилисом нервной системы, и это является причиной развития серорезистентности.

Цель исследования. Изучение состояния ликвора у больных с серорезистентностью при сифилисе и оценка патологического состояния.

Материалы и методы исследования. Ликвор исследовали у 38 больных с серорезистентным сифилисом в возрасте от 26 до 45 лет (мужчин 29, женщин 9). До формирования серорезистентности первичный диагноз был установлен: первичный серопозитивный сифилис – у 4; вторичный свежий – у 4;, вторичный рецидивный – у 10, ранний скрытый – у 18, скрытый поздний – у 2 больных.

В ликворе определяли клеточный состав (цитоз), общее количество белка, белковый коэффициент, из глобулиновых реакций – Панди, Нонне-Апельта. Из серореакции – реакция Вассермана в разведениях (0,25, 0,5, 1,0), из специфических реакций – РИФ с цельным ликвором и РИБТ.

Результаты исследования. Чувствительный показатель – количество клеточных элементов, (в норме до 7 $мм^3$) цитоз был увеличен до 66 в 1 $мм^3$ у 34 больных (89,4 %), общее количество белка было повышено у 33 (86,8 %) (в норме – 0,33 %). Из глобулиновых реакций Нонне-Апельта дала положительный результат в 28 (73,7 %) случаях, и они были позитивными от 2+ до 4+. Реакция Панди позитивной была в 32 (84,2 %), случаях, из них: по 2+ отмечена у 30 (93,7 %). И по 3+ – у 2 больных. Из серологических реакций Вассермана была положительной – у 2 (5,2 %), РИБТ была позитивной у 2 (31,6 %), а $РИФ_{ц}$ – у 26 (68,4 %) больных. По классификации Робустова Г.В., Фришмана М.П. (1975) патология ликвора отнесена к I–II типу. Все больные пролечены по схеме раннего нейросифилиса.

Вывод. Таким образом, у больных с серорезистентным сифилисом одним из причинных факторов является поражение нервной системы, а исследование ликвора при этом является основным ведущим методом диагностики.

СОСТОЯНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ С СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Введение. В венерологии изучение состояния здоровья беременных женщин имеет большое значение. В этом немаловажное место занимает изучение состояния плаценты у беременных женщин, больных сифилисом.

Цель исследования. Изучение состояния плаценты у больных сифилисом беременных женщин.

Материал и методы исследований. У 53 беременных женщин, больных сифилисом после родов изучено состояние плаценты. По диагнозу женщины распределялись: у 29 (54,7 %) диагностирован сифилис скрытый ранний, у 24 (45,3 %) – вторичный рецидивный. В крови больных беременных женщин серологические реакции соответствовали общему течению сифилиса. Возраст обследованных колебался от 18 до 39 лет.

Результаты исследований. При морфологическом изучении плаценты после родов установлено, что поверхность плаценты была уменьшена и составила 297,7±42,1 см^2 (в контроле – 331,4±23,4 см^2). Объем плаценты был меньше – 680,2±85,1 см^3 (в контроле 776,9±82,1 см^3).

Масса плацентарной ткани была больше и составила 589,1±32,7 гр. (в контроле 550,1±35,7 гр). Поверхность плаценты была дряблой, ломкой и неровной.

Масса родившихся детей от больных сифилисом женщин в среднем составила – 3646,4±21,7 гр (в контроле 3560,7±100,1 гр). Плодово-плацентарный коэффициент отмечен 5,86±0,21 и был уменьшенным (в контроле 6,89±0,48).

При гистологическом исследовании плаценты отмечались продуктивный васкулит с облитеризацией просвета сосудов, наличием васкуляризированных терминальных ворсин, что указывает на плацентарную недостаточность у беременных женщин, страдающих сифилисом.

Вывод. Таким образом, у беременных женщин, больных сифилисом, после родов плацента претерпевает серьезные морфологические и гистологические изменения, что необходимо учитывать при проведении лечения матери и ребенка.

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Введение. В венерологии изучение различных показателей у беременных женщин, больных сифилисом, имеет важное значение. Эндогенная интоксикация у беременных женщин с сифилисом усугубляет состояние беременности и способствует развитию осложнений.

Цель исследования. Изучить состояние эндогенной интоксикации в крови беременных женщин, больных сифилисом, до и после дополнительного лечения.

Материал и методы исследований. Состояние эндогенной интоксикации изучено у 53 беременных женщин, больных сифилисом, (вторичный – 24, ранний скрытый – 29). Возраст больных колебался от 18 до 39 лет. Серологические реакции соответствовали установленному диагнозу. Контрольную группу составили 10 здоровых женщин.

Полученные результаты**.** Средние молекулярные пептиды (СМП) до начала лечения составили – 0,43±0,02 (при контроле 0,23±0,001), после проведённой терапии СМП снизился до 0,34±0,02.

Сорбционная способность эритроцитов (ССЭ) у беременных женщин, больных сифилисом, до начала специфического лечения возрастала до 63,9±2,6 (контроль 31.7±0.64) и повышение отмечено в 2 раза. После проведенной терапии ССЭ снизилась до 51,1±2,32.

Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) до начала специфического лечения был равен 49,5±0,08 ($p \leq 0,05$), а после проведённой дополнительной терапии показатель эндотоксикоза снизился до 1,76±0,09.

Гемолитический индекс интоксикации (ГИИ) до начала специфического лечения был равен 2,30±0,012, а после проведенной терапии показатель эндотоксикоза ГИИ снизился в 1,5 раза (контроль 1,24±0,16).

Выводы. Изучение эндогенной интоксикации у беременных женщин, больных сифилисом, показало, что повышенное состояние показателей (СМП, ЛИИ, ГИИ, ССЭ) до начала специфического лечения за счет сифилитической инфекции и снижение их после лечения, эффективность проведенной терапии.

ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЭТИОЛОГИИ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОРЕАКЦИЙ (ЛПБР) КРОВИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, Ж.Т. НУРАЕВ

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

Введение. Для определения сифилитической инфекции серологические реакции крови являются важным диагностическим тестом.

Цель исследований. Изучить состояние эндокринных заболеваний при ЛПБСР.

Материалы и методы исследований. В настоящее время для диагностики сифилиса применяются: реакция Вассермана с кардиолипиновым и трепонемным антигенами, микрореакция (МР) и из специфических реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ), реакция иммунофлюоресценции в двух модификациях (РИФ-200, РИФ-абс). Иногда они дают ложноположительные результаты.

Наблюдали за 30 лицами, у которых отмечались ложноположительные биологические серологические реакции (ЛПБСР) в крови. При интерпретации причин ЛПБСР крови наряду с различными соответствующими заболеваниями организма (анемия, токсоплазмоз, бруцеллёз и т.д.) имели место и эндокринные заболевания.

Возраст наблюдаемых колебался от 18 до 70 лет. Из серологических реакций – реакция Вассермана с двумя (кардиолипиновый и трепонемный) антигенами дали позитивность в 50 % случаях (от + до 4^+), микрореакция была позитивной в 75 % (от + до 4^+). Титр реагинов колебался от 1:5 до 1:80 – в 4 случаях. РИБТ дала позитивность до 30 % – в 22 случаях, но они не были учтены, за что у этих лиц в крови РИФ-200 и РИФ-абс были от + до 3^+.

РИФ-200 дала позитивность в 6, РИФ-абс в 8 случаях и колебались от 2^+ до 3^+.

У 20 % больных с ЛПБСР крови обнаружены различные эндокринные нарушения.

Из них у 12 % больных отмечены заболевания щитовидной железы – зоб токсический и узловатой формы. При этом, надо отметить, что у них было повышено содержание трийодтиронина, тироксина и тиреотропного гормона (Т3, Т4, ТТГ) в крови. У 8 % больных диагностирован сахарный диабет и при этом содержание сахара в крови было повышена до 12,3 ммоль/л.

Таким образом, из сопутствующих заболеваний эндокринные заболевания имеют значение в формировании ЛПБСР, что необходимо иметь в виду.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ СКРИНИНГЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, В.А. АБИШАЛА, Х.Р. ХАЛИДОВА

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

Введение. В медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению, первичный скрининг на сифилис выполняется с использованием реакции микропреципитации (РМП) и ее зарубежных аналогов, иммуноферментного анализа (ИФА), реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) и иммунохроматографического анализа (ИХА).

Используемые на всех уровнях ЛПУ МЗ РУз скрининговые трепонемные, одноэтапные ИХА-тесты для качественного определения наличия антител против Трепонема Pallidum, представляют собой иммунохроматографические полоски, на которые нанесены необходимые компоненты для проведения исследования по типу «сухой иммунохимии». Формат тестов позволяет проводить исследование при отсутствии специального оборудования и электричества.

В Республике Узбекистан ИХА-тесты зарегистрированы и разрешены к использованию в

учреждениях здравоохранения на основании приказа №128 от 10.05.2012 г. МЗ РУз «Об организации профилактического обследования на сифилис в лечебно-профилактических учреждениях».

Цель исследования. Изучить эффективность применения в лабораторных условиях иммунохроматографического анализа (ИХА) для скрининга сифилитической инфекции.

Материал и методы. Использованы образцы сыворотки крови больных сифилисом и здоровых лиц, обратившихся в РСНПМЦДВиК для оказания первичной медико-санитарной помощи. Использован аттестованный ИХА-тест в кассетах (ONE STEP ANTI-TP TEST CARD, производство Китай). Позитивные результаты в ИХА подтверждались классическим полным комплексом (КСР + РИФ-200 + РИФабс + РИБТ). Все пациенты с позитивными результатами получили консультацию дерматовенеролога.

Биоматериал (сыворотка), полученный от пациента, помещали на полоску (стрип) из нейтрального волокнистого материала (нитроцеллюлозная мембрана). В результате последовательного взаимодействия сыворотки с реагентами происходило формирование окрашенной полосы на стрипе в зоне регистрации результата, о правильности проведения теста свидетельствовал внутренний контроль валидности; учет результатов – визуальный.

Результаты. При исследовании 3 722 образцов крови, полученных от больных различными формами сифилиса, лиц, находящихся под клинико-серологическим наблюдением после специфического лечения и здоровых пациентов, методом ИХА, было получено 117 (3,1 %) положительных результатов, из которых подтверждены классическим полным комплексом (КСР + РИФ-200 + РИФабс + РИБТ) – 94, остальные 23 ложноположительные. При сравнении позитивных результатов в ИХА с РМП было получено методом РМП 28 (29,7 %) позитивных результата из 94-х. При сравнении исследований с РИФ и РИБТ – 94 совпадений.

Вывод. Основные достоинства ИХА – это стандартизация метода, простота выполнения, быстрота получения результата; получение результата при отсутствии специального оборудования и специальных навыков; высокая чувствительность по сравнению с РМП и сопоставимая специфичность с РИБТ и РИФ; возможность получения ложноположительных результатов.

ЗАРАЗНЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

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

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

Цель исследования. Изучить клинические особенности кожного лейшманиоза у больных в Таджикистане.

Результаты исследования. Кожный лейшманиоз является распространенным природно-очаговым заболеванием, имеющим большой удельный вес краевой патологии республики. Это трансмиссивное протозойное заболевание, вызванное лейшманиями (Leishmania tropica), эндемичное для районов тропического и субтропического климата, развивается после укусов человека москитами, инфицированными лейшманиями. Проявляется поражениями кожи с образованием бугорков, узлов, их изъязвлением и характерным рубцеванием. Были проведены пятилетние клинические наблюдения за 19 больными, в возрасте от 12 до 60 лет, с различными клиническими формами кожного лейшманиоза. Из исследованных 19 больных 10 (52,6 %) составили лица женского пола. У 12 (63 %) больных заболевание преимущественно встречалось в возрасте до 40 лет. Диагноз кожного лейшманиоза был подтвержден у 17 (89,5 %) больных с обнаружением телец Боровского, в оставшихся случаях верификация диагноза основывалась на типичных клинико-эпидемиологических данных. Длительность заболевания у подавляющего количества больных составила от 1 недели до 5 месяцев. У 68 % больных по ходу лимфатических сосудов наблюдался «симптом четок». Практически у всех пациентов процесс сопровождался вторичной пиококковой инфекцией. Наиболее часто регистрировалось несколько очагов поражения (81,2%). Элементы преимущественно располагались в области лица, кистей и стоп, т.е. в основном на открытых частях. На основании клинических проявлений сельский тип кожного лейшманиоза был установлен у 15 (78,9 %) и городской – у 4 (21,0 %) пациентов. Несмотря на наличие язвенных поражений с гнойным отделяемым и острым воспалительным процессом кожи вокруг язв всего у 8 (42 %) больных процесс протекал с явлениями лимфангоита и лимфаденита.

Выводы. В эндемических зонах Таджикистана чаще всего отмечается распространение зоонозного типа кожного лейшманиоза. Наличие воспалительного процесса в лимфатических сосудах больных с кожным лейшманиозом не является обязательным условием его клинического течения.

ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗОВ СТОП

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

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

Актуальность. Онихомикозы до настоящего времени остаются одной из трудных проблем дерматологии. Основными провоцирующими факторами являются: микротравмы ногтевого ложа и ногтевых валиков, повышенная потливость ног, мацерация, сдвиг РН в щелочную сторону, патология сосудов, заболевания внутренних органов (ожирение, нарушение архитектоники стоп, сахарный диабет).

Благодаря своей высокой эффективности и удобству применения в лечении онихомикозов всемирное признание приобрел препарат «Итраспор» (действующее вещество итраконазол). В связи с чем, целью нашего исследования явилось изучение эффективности «Итраспора» в лечении онихомикозов.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 38 больных с онихомикозом ногтей стоп (28 мужчин и 10 женщин). В возрасте до 20 лет было 4 больных (3 мужчин и 1 женщина), от 30 до 40 лет – 9 больных (8 мужчин и 1 женщина), от 50 до 60 лет – 18 больных (12 мужчин и 6 женщин), от 60 лет и выше – 7 больных (5 мужчин и 2 женщины). Клинический диагноз онихомикоза подтверждался результатами микологического исследования.

Результаты и их обсуждение. Давность заболевания колебалась от 6 месяцев до 15 лет.

Все больные до назначения «Итраспор» применяли различные наружные противогрибковые препараты с переменным успехом, 3 пациентам однократно удаляли ногти. У 100% больных были поражены ногтевые пластины в сочетании с отрубевидным шелушением на коже подошв и гиперкератозом различной степени выраженности. По характеру поражения ногтей проксимально-подногтевая форма отмечена у 17 (44,8 %), латерально-дистальная – у 11 (28,9 %), поверхностная белая форма – у 7 (18,5 %,) тотально-дистрофическая – у 3 (7,8 %) больных. Из сопутствующих заболеваний у 10 пациентов в анамнезе отмечалась гипертоническая болезнь, у 6 – сахарный диабет, у 6 – варикозное расширение вен. Все больные получали необходимое лечение у специалистов параллельно с противогрибковой терапией. «Итраспор» назначали по методу пульс-терапии: по 200 мг 2 раза в день после еды в течение 7 дней каждого месяца. Больным рекомендовали являться на осмотр не реже 1 раза в месяц, а также каждые 3 месяца по окончании лечения. Все пациенты хорошо переносили назначенную терапию. Эффективность лечения оценивали визуально, а также с помощью микроскопического исследования чешуек кожи и частичек ногтей. Клиническое выздоровление, а также микологическое излечение наступило у 36 (94,7 %) больных. Все больные получили по три курса пульс-терапии. Однако у 2 больных ногтевые пластины больших пальцев остались утолщенными и крошащимися, что связано, на наш взгляд, с сопутствующей патологией (наличие трофических нарушений нижних конечностей). Последние получили дополнительно местное лечение (уреопластырь с последующим удалением ногтя и крем «Ламизил»).

Вывод. Таким образом, онихомикоз чаще встречается в возрасте от 50 до 70 лет. Выявлено частое сочетание микоза с выраженной сосудистой патологией и хроническими заболеваниями. Получен высокий терапевтический эффект и микологическое излечение в 94,7 %.

НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИ ҲОЛАТИ ТЎҒРИСИДА

А.У. БУРХОНОВ, А.М. ВАЛИЕВ, Н.И. БОЙМУРЗАЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази;
РИДВ ва КИАТМ Наманган вилояти ҳудудий филиали

Кириш. Наманган вилоятининг барча шаҳар ва туманларида патоген замбуруғларга текширишнинг микроскопик (натив) усули йўлга қўйилган бўлиб, тери касалликларида патоген замбуруғларга текшириш бажарилмоқда.

Мақсад: Тери касалликлари билан касалланган беморларда патоген замбуруғларнинг аниқланиш даражасини ўрганиш.

Материаллар ва методлар. Наманган вилояти шаҳар ва туманларида фаолият юритаётган тегишли даволаш профилактика муассасалари қошидаги лабораторияларда жами 9716 нафар беморда патоген замбуруғларга натив текшириш усули ёрдамида текширилди. Натив текшириш усули умумқабул қилинган, яъни 1–2 томчи 20 %, 30 % натрий гидроксидини томизиш билан текшириш амалга оширилди.

Тадқиқот натижалари. Жами 9716 нафар беморда патоген замбуруғларни аниқлаш учун микроскопик таҳлиллар бажарилди ва 1221 (12,5 %) нафар беморда патоген замбуруғлар аниқланди. Ушбу ҳолатларни шаҳар ва туманлар кесимида ўрганилганда қуйидагича ҳолат кузатилди:

Наманган шаҳрида жами 5184 нафар беморда патоген замбуруғларга текширилганда 362 (6,9 %) нафар беморда патоген замбуруғлар аниқланди.

Т/р	Туман ва шаҳар	Текширилган беморлар сони	Патоген замбуруғ аниқланган беморлар	Аниқланиш даражаси (%)
1	Янгиқўрғон тумани	796	312	39,1
2	Поп тумани	446	141	31,6
3	Уйчи тумани	154	38	24,6
4	Косонсой тумани	360	75	20,8
5	Чортоқ тумани	305	49	16,0
6	Наманган тумани	383	61	15,9
7	Тўрақўрғон тумани	409	58	14,1
8	Чуст тумани	347	33	9,5

9	Норин тумани	390	36	9,2
10	Учқўрғон тумани	197	18	9,1
11	Наманган шаҳри	5184	362	6,9
12	Мингбулоқ тумани	745	38	5,1
	ЖАМИ			

Жумладан, жами беморларнинг 3032 (31,2 %) нафар эркаклардан иборат бўлди ва уларнинг 342 (11,2 %) нафарида патоген замбуруғлар топилди. Аёллар эса жами беморларнинг 3129 (32,2 %) нафарини ташкил қилди ва уларнинг 401 (12,8 %) нафарида замбуруғлар аниқланди. Беморларнинг 3555 (36,6 %) нафари болалардан иборат бўлди, уларнинг эса 478 (13,4 %) нафарида патоген замбуруғлар аниқланган.

Хулоса. Меҳнатга лаёқатли аҳоли қатламининг миграциясининг ортиши ва туристик бизнеснинг ортиши, шунингдек, дерматовенеролог шифокорга ўз вақтида мурожаатнинг пастлиги, туманларда фаолият юритаётган лаборатория ходимлари касбий малакасининг етишмаслиги билан тушунтирилади. Яъни аҳолини фақат даволаш эмас, балки профилактика тадбирлари ўз вақтида олиб борилиши билан муҳим ҳисобланади. Бу жараён мактаб, боғча, олий ўқув юртлари, корхоналарда ходимларни профилактик кўрикдан ўтказиш ва аниқланган касалликларни даволаш ҳамда тезкорлик билан профилактика тадбирларини ишлаб чиқиш ва амалга ошириш зарурлигини кўрсатади. Шунингдек, туманлардаги лаборатория ходимларининг мақсадли малакасини ошириш зарурлигини кўрсатади.

ПРИМЕНЕНИЕ 1% КРЕМА «ЛАМИЗИЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП

Н.Д. ИКРАМОВА, А.Б. РАХМАТОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

До настоящего времени микозы стоп представляют актуальную проблему микологии и, в первую очередь, в силу своего широкого распространения и торпидности в отношении проводимой терапии.

Целью настоящего исследования являлась оценка терапевтической эффективности 1% крема «Ламизил» у больных микозами стоп.

Под нашим наблюдением находилось 66 больных (мужчин 56, женщин 10) в возрасте от 18 до 45 лет и давностью заболевания от 2 месяцев и более 20 лет. Были выделены следующие клинические формы микоза стоп: интертригинозная – у 35 (53,1 %); дисгидротическая – у 12 (18,2 %); сквамозная – у 19 (28,7 %) больных. При всех клинических формах микозов стоп с очагов поражения были микроскопически обнаружены мицелии грибов, причем подтвержденные данными ПЦР в реальном времени набором «МикозоСкрин». В зависимости от метода лечения все больные микозами стоп были разделены на две, сопоставимые по полу, возрасту, давности и клиническим формах заболевания, группы: I группа (30 больных) получала системную антимикотическую терапию (терфалин по 250 мг в сутки в течение 30 дней); II группа (36 больных), наряду с системной антимикотической терапией, применяла наружно 1% крем «Ламизил» в течение 30 дней. Эффективность проведенной терапии оценивалась по исчезновению субъективных ощущений, регрессу патологических высыпаний с очагов поражений и отрицательным анализам по данным микроскопии с бывших очагов воспаления. Терапевтический эффект был получен у 22 из 30 больных I группы (73,3 %) и у 35 из 36 больных II группы (97,2 %) пациентов. Следует указать, что при интертригинозной форме микоза стоп вначале заболевания «Ламизил» использовался преимущественно в виде геля и после снятия воспалительной реакции (жжение и зуд кожи) переходили на «Ламизил» в виде крема. Отдаленные результаты проведенной терапии больных микозами стоп указало удлинение сроков клинической ремиссии в группе больных, получавших 1% крем «Ламизил» примерно в 2 раза.

Выводы. Таким образом, использование 1% крема «Ламизил» в комплексной терапии больных с различными формами микоза стоп позволяет значительно повышать терапевтическую эффективность лечения и значительно удлинять сроки клинической ремиссии, тем более, что наружное средство в виде 1% крема «Ламизил» возможно применять и в виде профилактического средства.

ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ 1 % КРЕМА «ЛАМИЗИЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

Н.Д. ИКРАМОВА, А.Б. РАХМАТОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Разноцветный (отрубевидный) лишай является довольно распространенным представителем кератомикозов, на частоту которого напрямую влияют разнообразные климато-географические факторы.

Цель исследования. Оценка эффективности применения 1 % крема «Ламизил» при лечении больных разноцветным лишаем. Под нашим наблюдением находилось 33 больных (мужчин 28, женщин 5) в возрасте от 20 до 45 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 10 лет. У всех больных отмечались распространенные, чаще гиперпигментные, реже – гипопигментные пятна на различных участках кожного покрова. Диагноз разноцветного лишая во всех случаях был подтвержден проведением микроскопических исследований на Malassezia furfur, а также использованием ПЦР-исследования набором «МикозоСкрин» для выявления и типирования Candida, Malassezia и др. методом ПЦР в режиме реального времени.

Для оценки эффективности наружного средства в виде 1% крема «Ламизил» все наблюдаемые больные были разделены на две сопоставимые по возрасту, клиническим проявлениям и давности заболевания группам: I группа (16 больных) получала системную антимикотическую терапию в виде приема препарата Текназол по 1 капсуле 2 раза в день (после еды) в течение 20 дней; II группа (17 больных) применяла дополнительно наружное средство в виде 1 % крема «Ламизил», которым обрабатывали очаги поражения 2 раза в день в течение 20 дней. Терапевтический эффект оценивался регрессом патологических высыпаний и отрицательными анализами на Malassezia furfur с очагов поражений. У больных I группы терапевтический эффект был достигнут у 10 из 16 (62,5 %) больных, в то время как у больных II группы – у 16 из 17 (94,1 %), т.е. включение 1% крема «Ламизил» повышает терапевтическую эффективность среди больных разноцветным лишаем примерно на 32%. Данные клинических исследований были подтверждены количественными данными ПЦР-МикозоСкрин.

Таким образом, подтверждена целесообразность включения наружной терапии в виде 1 % крема «Ламизил» у больных разноцветным лишаем, что позволит исключать случаи рецидивов данного микоза и удлинять сроки клинической ремиссии.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКА БИФИДУМБАКТЕРИНА-L В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП, СТРАДАЮЩИХ ДИСБАКТЕРИОЗОМ КИШЕЧНИКА

Н.Д. ИКРАМОВА, И.Р. РАХИМОВ, З.М. АБИДОВА

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

Цель исследования. Дать оценку эффективности применения пробиотика Бифидумбактерина-L в лечении больных микозом стоп, страдающих дисбактериозом кишечника.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 67 человек с различными формами микоза стоп, в возрасте от 10 до 50 лет, которым было произведено микробиологическое исследование кишечника.

Результаты исследования. Было выявлено, что у этих больных в кишечнике отмечаются достоверно выраженные дисбиотические изменения как в количественных, так и в качественных показателях. Количественные параметры изменяют свое соотношение в противоположную сторону, т.е. факультативная группа микробов превалирует над анаэробами. Общее количество анаэробов составило 8,15±0,31 КОЕ/г при норме 10,30±0,25 КОЕ/г, в то же время факультативная группа равна 8,30±0,41 КОЕ/г при норме она равнялась 6,31±0,30 КОЕ/г.

Кроме того, в кишечнике страдают не только показатели, характеризующих общие параметры, но страдают количественные показатели и других видов микробов. Наиболее выраженный дефицит составляют количественные показатели бифидобактерии 6,47±0,20, количество которых уменьшилось более чем на 3 порядка, достоверно снижено и количество лактобактерий, так они составили 5,85±0,19 КОЕ/г при норме равной 7,47±0,52 КОЕ/г и только количество пептострептококков существенно возросло. В факультативной группе микробов наиболее значительные сдвиги в сторону возрастания отмечены у лакто-

зонегативных штаммов эшерихии и грибов рода кандида. Однако настораживает то, что в кишечнике у этих больных довольно существенно возрастает количество патогенных кокков, таких как золотистый стафилококк и стрептококки группы А. Это микробы, которые обладают широким набором ферментом патогенности.

Выявленные нарушения в микрофлоре кишечника у больных микозом стоп послужили основой для назначения наряду с традиционной терапией (десенсибилизирующей, антигистаминной, витаминотерапией) пробиотика бифидумбактерин-L, который является препаратом отечественного производства, выпускается МП ООО «Ором-биопрепарат» и состоит из штаммов, полученных из кишечника здорового ребенка местной популяции. Бифидумбактерин-L применяли по 5 доз 3 раза в день в течение 20 дней.

Полученные данные после лечения констатируют существенные позитивные сдвиги в микрофлоре кишечника. Так общее количество анаэробов достоверно выросло до 9,80±0,51 КОЕ/г (P<0,001). В аспорогенно-анаэробной группе микробов наблюдается достоверное повышение бифидобактерий – до 8,90±0,47 КОЕ/г (P<0,001). Позитивные сдвиги произошли и в отношении эшерихий. Так количество лактозопозитивных штаммов повысилось и составило 5,10±0,41 КОЕ/г, а лактозонегативных штаммов – достоверно уменьшилось до 1,30±0,11 КОЕ/г (P<0,001). Особенно важна элиминация гемолитических штаммов эшерихий.

Положительные сдвиги произошли и во всей изучаемой кокковой флоре, особенно важно исчезновение патогенных штаммов стрептококков и достоверное уменьшение патогенных штаммов стафилококков до 1,00±0,09 КОЕ/г (P<0,001). Нельзя не отметить существенное достоверное снижение количества грибов рода Кандида и протея.

Выводы. Таким образом, проведенные нами микробиологические исследования кишечника больных микозом стоп, получавших наряду с традиционной терапией пробиотик Бифидумбактерин-L, с высокой степенью достоверности показали его высокую эффективность в нормализации дисбиоза кишечника, что будет вполне оправданно рекомендовать его для лечения больных с данной патологией.

ТОШКЕНТ ШАҲРИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ АНИҚЛАНИШ ДАРАЖАСИ ТЎҒРИСИДА

Ғ.А. КАЛИМБЕТОВ, Н.И. БОЙМУРЗАЕВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК
Тошкент шаҳри ҳудудий филиали, РИДВ ва КИАТМ

Тадқиқот мақсади. Тошкент шаҳри аҳолиси орасида терининг замбуруғли касалликлари билан касалланиши бўйича статистик маълумотлари асосида эпидемиологик ҳолатга баҳо бериш.

Тадқиқот материали ва методлари. Аҳолининг патоген замбуруғлар билан зарарланиш ҳолати, яъни трихофития, микроспория, товон микози ва онихомикозлар билан касалланиш ҳолати бўйича 5 йиллик статистик маълумотлар жамланмаси ўрганилди.

Тадқиқот натижалари. Статистик маълумотларга таяниб айтиш мумкинки, трихофития касаллигининг аниқланиши интенсив кўрсаткичи сўнгги 5 йил мобайнида 10,3–14,7 атрофида бўлган. Микроспория касаллигининг аниқланиши эса 9,4–15,3 ни ташкил қилган. Товон микозини аниқланиш кўрсаткичи 2019–2020 йилларда кўпайган (мос равишда – 70,3; 79,5). Аҳолининг 2017–2021 йиллар давомида онихомикоз касаллиги билан касалланиш кўрсаткичи тобора кўпайганлигини кўриш мумкин.

Йиллар	Трихофития		Микроспория		Товон микози		Онихомикоз	
	абс.	ин. кўр.	абс.	ин. кўр.	абс.	ин. кўр.	абс.	ин. кўр.
2017	281	11,6	227	9,4	1288	53,1	624	25,7
2018	253	10,3	331	13,5	1782	45,5	1003	38,6
2019	370	14,7	326	13,0	1765	70,3	1260	50,2
2020	369	14,3	317	12,3	2045	79,5	1037	40,3
2021	305	11,3	413	15,3	1546	57,4	1952	72,5

Хулоса. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 23.10.2017 йилдаги «Дерматовенерология хизмати фаолиятини белгиловчи ҳужжатларга ўзгартириш киритиш тўғрисида»ги 633-сонли буйруғи асосида беморларни эрта аниқлаш, аниқланган беморларни ўз вақтида да-

волашга жалб қилиш, беморларни ва бемор билан контакдагиларни ўрнатилган тартибда диспансер назоратига олиш лозим. Товон микозини эрта аниқлаш онихомикоз аниқланишининг камайиши мумкинлигини инобатга олиб беморларни ўз вақтида дерматовенеролог шифокорига мурожаат қилишлари бўйича тарғибот-ташвиқот ишларини олиб бориш лозим. 2021 йилда онихомикоз касаллигининг аниқланиш кўрсаткичи товон микозининг аниқланиш кўрсаткичидан юқори бўлиши касалликка тўғри ташхис қўйиш, барча аниқланган беморларни рўйхатга олиш, масъул тиббиёт ходимларининг билим ва тажрибасини янада ошириш лозимлигини кўрсатади.

ПРИМЕНЕНИЕ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМОЙ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Н.ДЖ. ИКРАМОВА, Г.Р. ИБРАГИМОВА, И.А. САМАРХОДЖАЕВА

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

Лечебные грязи (пелоиды) – это природные органоминеральные коллоидальные образования, обладающие высокими теплоемкостью и теплоудерживающей способностью и содержащие терапевтически активные вещества (соли, газы, микроэлементы, биологически активные вещества и т.д.), а также живые микроорганизмы. Месторождения лечебных грязей возникают под влиянием сложных геологических, климатических и биологических процессов и представлены осадками различных водоемов, болот, извержений вулканов и т.д.

Грязевые препараты используются в виде компрессов, примочек, аппликаций, микроклизм, тампонов, полостных орошений, ингаляций, а также в сочетании с другими физиотерапевтическими процедурами. При местных грязевых аппликациях грязь помещают на область проекции патологического процесса и/или на сегментарную зону.

Цель исследования. Оценка терапевтической эффективности наружного применения грязевой маски «Fatiderm-M» у больных с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии волосистой части головы у детей.

Материал и методы исследования. Было обследовано 36 детей с дерматомикозами в возрасте от 1 до 18 лет. Среди них трихофития у 22 (61,1 %) больных, у 14 (38,9 %) больных микроспория. У всех больных проводились клинические, микологические и микробиологические исследования с очагов поражения.

Результаты исследования. Результаты клинических исследований показали, что среди больных с трихофитией у 17 (77,3 %) наблюдалась инфильтративно-нагноительная форма трихофитии волосистой части головы.

Источником заражения у всех больных был крупный или мелкий рогатый скот.

При микологическом исследовании у всех больных найдены грибы с очагов поражения.

Результаты микробиологических исследований показали, что у всех (17) больных в очагах поражения был высеяны грамм+хемоорганотропные факультативно-анаэробные бактерии из семейства Mycrococcaceae. По видовой принадлежности наиболее часто высевался St. Aureus – в 53 % (9) случаев, St. Epidermidis – в 35,3 % (6) и у 2 (11,8 %) St. Saprofiticus случаев.

Всем больным проводилась комплексная терапия с назначением системных антимикотиков, витаминотерапии, наружно противовоспалительная терапия с применением грязевой маски «Fatiderm-M» и противогрибковых кремов.

Грязевая маски «Fatiderm-M» – высокоминерализованная натуральная грязь из природных ресурсов месторождений Арала. Она содержит полезные микроэлементы, такие как цинк, медь, кобальт, минералы соли магния, кальция, калия, брома, активизированные кремнистые воды и др. полезные минеральные и органические вещества. Она обладает противовоспалительным, противомикробным, рассасывающим, смягчающим действием.

Динамика кожно-патологического процесса на фоне применения грязевой маски «Fatiderm-M» характеризовалась уменьшением гнойного отделяемого на 79 % уже на 2-ой день терапии, а уже к 4 дню терапии практически прекратилось, значительно уменьшилась эритема на 67,5 %, отечность на 84 % и инфильтрация на 58,3 % в очагах поражения. На фоне рассасывания воспалительных явлений отмечалось значительное снижение субъективных ощущений, в частности болезненности и зуда.

Результаты микробиологических исследований с очагов поражения кожи после лечения показали уменьшение обсемененности патогенной флоры St.Aureus в 5,2 раза.

Выводы. Клинические и микробиологические исследования показали, что грязевая маска «Fatiderm-M» обладает противовоспалительным, противомикробным и регенерирующим действием и может быть рекомендована для широкого использования в качестве наружной терапии у больных с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

Д.Т. РАВШАНОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Целью исследования являлась оценка эффективности применения пульс-терапии у больных онихомикозами. Под нашим наблюдением находилось 1250 больных (мужчин 877, женщин 373) в возрасте от 18 до 65 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 20 лет. Данные пациенты были взяты на учет при проведении «Ахиллес-проекта» 2000–2010 гг. Были выделены следующие клинические формы онихомикозов: поверхностная – у 99 (7,9 %) пациентов; дистальная – у 853 (68,2 %); проксимальная – у 210 (16,8 %) и тотальная – у 88 (7,1 %) больных. У всех больных был определен индекс КИОТОС, с помощью которого был разработан алгоритм терапии данного микоза. Из сопутствующих заболеваний необходимо указать следующие: сердечно-сосудистые – у 317 (25,4 %), бронхо-легочные – у 59 (4,7 %), желудочно-кишечные – у 372 (29,8 %), гепато-билиарные – у 164 (13,1 %), сахарный диабет – у 202 (16,2 %) больных. Все указанные сопутствующие заболевания находились в стадии ремиссии, что позволило провести больным системную антимикотическую терапию. Всем больным с поверхностной формой онихомикоза назначалась только наружная терапия в виде специальных лаков (лоцерил, батрафен и др.). Больным с онихомикозом кистей было проведено III пульса-терапии, при онихомикозах стоп – IV пульса. Текназол (орунгал) применяли в суточной дозировке 400 мг (по 2 капсулы 2 раза в день после еды) в течение 7 дней с последующим 3-недельным перерывом. Клинико-микологическое выздоровление было отмечено через 6 месяцев у 91 (91,9 %) больных с поверхностной формой, у 775 (90,8 %) – с дистальной, у 210 (89,5 %) – с проксимальной и у 72 (81,8 %) – с тотальной формами онихомикоза. Для оценки эффективности ранее проведенной пульс-терапии через 10 лет были привлечены к обследованию 367 лиц, среди которых были выявлены различные формы онихомикозов (рецидивы), в частности, дистальная – в 7,2 % случаев, проксимальная – в 10,2 % и тотальная – в 10,3 %. Причиной рецидивов микоза являлось несоблюдение правил личной и общественной профилактики онихомикозов данными пациентами. Полученные данные являются свидетельством высокой эффективности и безопасности пульс-терапии больных онихомикозами антимикотическими препаратами итраконазолового ряда. Использование индекса КИОТОС позволяет стандартизировать метод пульс-терапии и решать вопрос о методах комбинированной терапии больных с онихомикозами.

БРУЦЕЛЛЕЗ БИЛАН КЎП ЙИЛЛИК КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ

Ғ.Х. РАЖАБОВ, Н.И. БОЙМУРЗАЕВ

Тошкент вакцина ва зардоблар илмий-тадқиқот институти

Ўзбекистон ҳудуди бруцеллёз кенг тарқалган эндемик ҳудудларга киради. Шуни инобатга олиб, охирги 5 йилда (2017–2021 йй.) Республикада ушбу касаллик билан касалланиш кўрсаткичлари ўрганилди. Ўрганишдан мақсад бруцеллёз бўйича эпидемик-эпизоотик вазиятга баҳо бериш, унинг ҳаракатлантирувчи кучларини аниқлашдан иборат.

Тадқиқот материаллари ва методлари. Таҳлилда Ветеринария ва чорвачиликни ривожлантириш давлат қўмитаси, Республика санитария-эпидемиология ва жамоат саломатлиги хизмати ҳамда давлат статистика қўмитасидан олинган маълумотлардан фойдаланилди.

Таҳлил натижалари. Шу йилларда жами 5006 бош ҳайвонларда бруцеллёз билан касалланиш аниқланган, одамлар ўртасида эса 3336 та ҳолатда касаллик мавжудлиги лаборатория усулларида тасдиқланиб, ҳисоботларга киритилган.

Ҳайвонлар ўртасида касалланиш 64,2 % йирик шохли, 34,5 % майда шохли ва 1,3 % бошқа ҳайвонлар ўртасида қайд этилган бўлиб, энг кўп касалланиш Тошкент вилоятида (жами ҳолатларнинг 54,0 %) қайд этилган. Қашқадарё вилоятида чорва молларининг касалланиши республика кўрсаткичининг 23,3 % ини ташкил этди.

Шу 5 йилликда ҳайвонлар ўртасида касалланиш кўрсаткичларига қараб, Ўзбекистонни 4 та микроҳудудларга бўлиш мумкин:

– касаллик кам қайд этиладиган ҳудуд – Қорақалпоғистон Республикаси, Хоразм ва Наманган вилоятлари (0–1 та ҳолат);

– ўртача миқдорда қайд этиладиган ҳудуд – Навоий, Андижон, Самарқанд, Сурхондарё вилоятлари ва Тошкент шаҳри (20–85 тагача ҳолат);

– кўп қайд этилган ҳудудлар – Бухоро, Жиззах, Фарғона, Сирдарё вилоятлари (140–350 тагача ҳолат);

– юқори даражада қайд этилган ҳудудлар – Тошкент ва Қашқдарё вилоятлари (1000–2500 та гача ҳолат).

Шу даврда жами 3336 нафар одамда бруцеллёз билан касалланиш рўйхатга олинган. Ҳайвонлар ўртасида қайд этилган кўрсаткичлардан фарқли равишда, одамлар ўртасида бруцеллёз билан касалланиш энг юқори даражада қайд этилиши Сурхондарё ва Қашқадарё вилоятларига тўғри келган (умумий республика кўрсаткичининг, мос равишда 23,4 ва 21,0 %). Тошкент вилоятида ҳайвонлар ўртасида касалланиш улуши республикада энг юқори даражада бўлса-да (54,0 %), одамлар орасида бруцеллёзни аниқланиши республика кўрсаткичининг 2 % ни ташкил этган.

Одамлар орасида бруцеллёзнинг аниқланиши кўрсаткичлари бўйича республика ҳудудларга бўлинганда қуйидаги кўринишга эга бўлди.

– Касаллик кам қайд этилган: ҚР ва Хоразм вилояти.

– Ўртача кўрсаткичларда қайд этилган: Фарғона, Андижон, Наманган, Тошкент вилоятлари.

– Кўп қайд этилган: Самарқад, Жиззах, Бухоро, Навоий вилоятлари.

– Юқори даражада қайд этилган: Сурхондарё ва Қашқадарё вилоятлари.

Одамларда касалланиш декабрь ойидан кўтарилиб, май ойида энг юқори кўрсаткичга эга бўлган. Эркаклар аёлларга нисбатан 5 мартагача кўпроқ касалланаётганлиги, уларнинг 80,1 % ини эркаклар ташкил этганлиги аниқланди. Одамларга бруцеллёз асосан майда шохли ҳайвонлардан (75,8 %) мулоқот йўли орқали (80 %) юққан.

Хулоса. Ҳайвонлар ва одамлар ўртасида касалланиш кўрсаткичларининг айрим ҳудудларда жуда юқори бўлиши ва тескари боғлиқлигига сабаблар:

– одам ва ҳайвонларда бруцеллёзга текширувлар сонининг етарли эмаслиги, аниқланган ҳолатларни тўлиқ рўйхатга олмаслик ҳолатларининг мавжудлиги;

– ҳайвонларда эмлаш ишларининг самарасизлиги ёки етарли эмаслиги;

– маълум ҳудудларда аҳолининг ҳайвонлардан инфекция юқишининг олдини олиш тадбирларини яхши билиши ва унга риоя этилиши нисбатан яхши эканлиги.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ДЕРМАТОМИКОЗАМ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2021 ГОД

И.Р. РАХИМОВ, С.Н. БОБОБЕКОВ, Н.Д. ИКРАМОВА, И.А. САМАРХОДЖАЕВА

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

Поверхностные микозы кожи в современных условиях являются одной из важных медико-социальных проблем. Заболеваемость микозами кожи и ее придатков в настоящее время принимает характер эпидемии. По статистике ВОЗ, каждый пятый житель нашей планеты имеет данную патологию. В структуре поверхностных микозов кожи, как правило, преобладают дерматофитии. В последние годы отмечается тенденция к увеличению заболеваемости микозами не только у взрослых, но и у детей.

Цель исследования. Дать оценку эпидемиологической ситуации по дерматомикозам в Джизакской области за 2021 г.

Материалы исследования. В работе использованы данные ведомственной учетно-отчетной документации статистического отдела Территориального филиала РСНПМЦДВиК Джизакской области по заболеваемости населения дерматомикозами за 2020–2021 годы в различных районах этой области.

Результаты исследования. За 2021 год отмечается рост всех форм дерматомикозов. Так, по сравнению с 2020 годом, где наблюдалось 146 случаев заболевания, в 2021 году он составил 243 случая. Таким образом, интенсивный показатель встречаемости заболевания на 100 тыс. населения в 2021 году был увеличен на 1,6 по сравнению с 2020 годом. Наибольший удельный вес приходился на трихофитию и составил 183 случая (75,3 %). Вторым по частоте встречаемости был микоз стоп, который составил 27 случаев (11,1%). Третьим регистрировалась микроспория 25 случаев (10,2 %).

Стоит отметить, что заболевания трихофитией и микроспорией в основном приходились на детский возраст до 14 лет и составили 49,6 %. Высокая заболеваемость данной патологией среди детского населения связана с тем, что они чаще контактируют с животными и при этом не соблюдают санитарно-гигиенических правил.

Наибольшая регистрация дематомикозов приходилась на Галляаральский, Зааминский и Ш. Рашидовский районы Джизакской области, интенсивный показатель в которых составил 28,5; 20,3 и 16,8 соответственно, что, по-видимому,

было связано с наибольшей плотностью населению в этих регионах.

Выводы. По сравнению с 2020 годом наблюдается рост заболеваемости дерматомикозами на 1,6 раза на 100 тыс. населения, что говорит о необходимости усиления противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление и санацию животных, участвующих в сохранении и передаче инфекции, а также об усилении санитарно-просветительских работ среди населения.

ЭРБИНОЛ В СОЧЕТАНИИ С ГЕЛЕМ КЛАТЕРБИН В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ.

И.Р. РАХИМОВ, Н.Д. ИКРАМОВА, И.А. САМАРХОДЖАЕВА

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

Тербинафин (эрбинол) – системный противогрибковый препарат, относится к классу аллиламинов, клатербин гель (тербинафин) – антимикотик наружного применения активен в отношении грибов рода Trychophyton rubrum, Trychophyton mentagrophytes, Trychophyton verrucosum, Trychophyton violaceum, Trychophyton tonsurans, Microsporum canis, Epidermophyton floccosum, Candida albicans Pityrosporum orbiculare. Глубоко проникает в кожу, сохраняя высокие концентрации в течение 48–72 часов, что позволяет применять его 1 раз в сутки.

Цель исследования. Оценка качества лечения онихомикозов тербинафином (Эрбинол таб.) внутрь в сочетании с препаратом наружного действия – клатербин гелем.

Материалы и методы исследования. На лечении находилось 67 больных онихомикозами стоп и кистей. Из них 39 мужчин, 28 женщин, в возрасте от 17 лет до 64 лет. Изменение ногтей стоп было у 65, сочетанное грибковое поражение ногтей было у 27, боковое – у 3, смешанное – у 37 больных. Площадь поражения ногтей составляла от 22 % до 78 % от общей площади. Давность заболевания была от 1 года до 15 лет.

Результаты исследования. Эрбинол (Тербинафин) назначали внутрь по 250 мг/сут в комплексе с поливитаминами и гепатопротекторами. Препараты, улучшающие микроциркуляцию конечностей, добавляли лицам с онихомикозами стоп. Для наружного лечения использовали ванночки с хлоргексидином, а также препарат клатербин гель. При наличии экссудативных форм микотического поражения лечение начинали с применения раствора, после стихания острых воспалительных явлений продолжали лечение гелем клатербин. Продолжительность лечения составила 3 месяца у 57 больных, 4 месяца – у 7 больных, 6 месяцев – у 3 больных (с субтотальным поражением ногтей стоп).

Этиологическое излечение достигнуто у 50 больных, отмечено значительное улучшение у 11 больных (отрастание более 50% площади здорового ногтя). Появление здоровых ногтей от матрикса на 2–3 мм отмечалось у 6 пациентов.

Все больные прием препаратов переносили хорошо. Только у 2 больных отмечались головокружение и неприятные ощущения в области печени и желудка. Назначение симптоматического лечения (ферменты и энтеросорбенты) позволило продолжить курс лечения. Случаев рецедива при сроке наблюдения до 1 года не было.

Вывод. Таким образом, наши наблюдения свидетельствуют о том, что Эрбинол в сочетании с клатербин гелем являются высокоэффективными и безопасными противогрибковыми препаратами, при использовании которых у всех больных с онихомикозами был достигнут хороший клинический результат.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ МАЛАССЕЗИОЗОВ

А.Б. РАХМАТОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Одним из важных факторов, влияющих на течение многих заболеваний кожи и внутренних органов, является грибковая инфекция, в последние десятилетия ее роль значительно повысилась в связи со снижением иммунной реактивности у многих больных и широким применением антибиотиков. Условно-патогенные грибы, находящиеся на коже у многих практически здоровых лиц, при нарушении барьерной функции кожи могут служить возбудителями кожных заболеваний, а при некоторых условиях являются источником аллергенов, сенсибилизирующих организм и вызывающих тяжелые аллергические заболевания.

Особое внимание привлекают условно-патогенные грибы рода Malassezia, которые относятся к дрожжеподобным грибам и являются частью

нормальной микрофлоры кожи человека. Однако при определенных условиях эти грибы могут вызывать различные кожные заболевания, получившие название «малассезиозы», к которым относятся разноцветный лишай, себорейный дерматит, малассезиозный фолликулит и др. Показана роль Malassezia spp. в развитии атопического дерматита и псориаза.

Для диагностики малассезиозной инфекции в большинстве лабораторий применяют прямую микроскопию патологического материала, однако этот метод обладает низкой чувствительностью. Применение культуральных методов диагностики является достаточно трудоемким процессом, для выращивания этих липофильных грибов необходимы селективные, богатые липидами многокомпонентные среды, а также длительное культивирование.

Значительными преимуществами по сравнению с указанными методами обладают молекулярно-генетические методы, которые имеют более высокую чувствительность, что дает возможность повысить эффективность диагностики данной инфекции у пациентов с различной кожной патологией. Используя анализ полиморфизма длины рестрикционных фрагментов и секвенирование внутренних транскрибированных спейсеров гена рибосомальной РНК определяют первичную структуру фрагментов генома и определяют видовую принадлежность возбудителя.

Цель исследования – используя молекулярно-генетические методы выявить ДНК грибов рода Malassezia у больных дерматозами и провести видовую идентификацию клинических изолятов Malassezia spp. методом секвенирования.

Материалом для исследования были соскобы с кожи пациентов, обращающихся в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Всего было обследовано 24 больных (10 – с псориазом, 8 – с атопическим дерматитом, 4 – с себорейным дерматитом, 2 – с разноцветным лишаем) и 18 здоровых доноров. Для забора материала к коже прикладывали стерильное пластиковое кольцо диаметром 5 см и делали смыв 2 мл стерильного 0,1 % фосфатно-солевого буфера с твин 20. Затем получали осадок, центрифугируя смыв 10 мин при 3000 об/мин. Из осадка выделяли ДНК с помощью метода, который обеспечивает эффективное освобождение ДНК из клеток грибов и ее очищение от веществ, которые мешают проведению амплификации, а именно экстракцию фенол-хлороформ-изоамиловым спиртом. Определение ДНК грибов рода Malassezia проводили разработанным методом. ПЦР проводили в 25 мкл реакционной смеси с праймерами следующего состава: прямой F 9925,-gtgtgaaggtgtccgaagacc-3. Детекцию продуктов амплификации проводили электрофорезом в 1,8 % агарозном геле в трис-ацетатном буфере, pH 8,3 с окрашиванием 0,5 mM этидиумом бромидом в течение 15 мин и анализировали на трансиллюминаторе с длиной волны 310 нм. Для проведения видовой идентификации выделенных штаммов использовали секвенирование. ДНК грибов выделяли из изолированных колоний, выросших на питательной среде Лиминга-Нотмана.

Наиболее высокая выявляемость ДНК Malassezia была отмечена у больных себорейным дерматитом (90,8±1,7 %), разноцветным лишаем (90,1±2,2 %), атопическим дерматитом (42,4±3,1 %), псориазом (38,5±2,7 %), соответственно. Полученные результаты свидетельствуют о достаточно высокой частоте обнаружения грибов рода Malassezia на коже больных с атопическим дерматитом и псориазом, что является причиной сенсибилизации больных антигенами гриба и поддержания воспалительной гиперергической реакции в коже, которая составляет основной компонент клинических проявлений указанных дерматозов. В контрольной группе ДНК грибов Malassezia были выявлены в 25,3±3,1 % случаев. Используя секвенирование внутренних транскрибированных спейсеров гена рибосомальных ДНК 18S-ITS-1-5,8S-ITS-2-28S, была проведена видовая идентификация грибов Malassezia и идентифицировано 6 штаммов исследуемых грибов: M.furfur – 2 штамма; M.sympodialis – 2 штамма; M.globosa – 2 штамма.

Выводы. Таким образом, ПЦР диагностика и секвенирование являются эффективными методами выделения и идентификации грибов рода Malassezia, существенно дополняющими традиционные методы диагностики грибковой инфекции.

СТРУКТУРА ГРИБКОВОЙ ПАТОЛОГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ

А.Б. РАХМАТОВ, М.Т. АЛИШЕВА

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

До настоящего времени проблема грибковых заболеваний кожи (трихофития, микроспория, микозы стоп и др.) остается весьма актуальной, не только по своей распространенности, но и изменениям видовой принадлежности этиологических факторов микозов. Применение неадекватных системных и наружных антимикотических средств приводит к адаптации большинства этиологических факторов, в связи с чем возможна хронизация грибковых заболеваний и дальнейшая диссеминация инфекции.

Целью настоящего исследования являлось изучение структуры и клинических особенностей грибковой инфекции.

Было проведено обследование 15666 больных с дерматомикозами, среди которых были выделены 6339 пациентов (40,5 %) с трихофитией с различными клиническими проявлениями. Среди детского контингента (0–18 лет) трихофития диагностирована у 3178 (50,1 %) пациентов. Данная патология наиболее часто регистрировалась у жителей Ферганской области (у 1072 из 6339 – 16,9 %) по сравнению с другими областями, к примеру, с Навоийской (2,7 %). По клиническим формам трихофития у детей распределялась следующим образом: у 168 – поражение в/ч головы, у 115 – поражение гладкой кожи, у 94 – смешанная форма микоза. У 496 из 695 (71,4 %) взрослых пациентов выделялись трихофития гладкой кожи, у 78 (11,2 %) – трихофития в/ч головы, у 121 (17,4 %) – смешанные формы трихофитии. Другим примером являются жители Ташкентской области, среди которых были выявлены 792 больных, из них 357 (45,1 %) лиц детского возраста, причем трихофития в/ч головы диагностирована у 148 (41,5 %) пациентов. В Кашкадарьинской области было выявлено всего 691 пациент с грибковыми заболеваниями, детей среди них было 487 (70,5 %), причем значительно преобладали инфильтративно-нагноительные формы трихофитии (у 378 из 487 – 77,6 %), что указывает на определенные этиологические и патогенетические особенности глубоких грибковых поражений у лиц, проживающих в Кашкадарьинской области.

Таким образом, заболеваемость трихофитией имеет свои особенности, связанные с климатогеографическими особенностями республики, что должно учитываться при разработке алгоритма диагностических и лечебных мероприятий, в конечном счете с профилактикой грибковых заболеваний человека.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

Д.В. РАХМАТОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Основными системными антимикотическими препаратами при онихомикозах (ОМ) являются тербинафин и итраконазол, которые противопоказаны людям с системными заболеваниями печени, почек и беременным женщинам. В этой связи продолжаются поиски новых современных методов лечения, одним из которых является лазерная терапия.

Целью настоящего исследования являлось изучение клинической эффективности лазеротерапии больных онихомикозами.

Под наблюдением находилось 16 больных (9 мужчин, 7 женщин) в возрасте от 35 до 55 лет. У 11 больных была диагностирована дистальная, у 5 – проксимальная формы ОМ. Во всех случаях диагноз ОМ был подтвержден микроскопическим обнаружением мицелий гриба. При лечении была использована технологическая платформа системы «Candela gentle Max Pro», которая сочетает в себе две лазерные технологии: Q-Switched 1064/532 нм и Nd: YAG:1064 нм F. Одна процедура занимала 20–30 мин на 10 пальцах кистей или стоп. В начале процедуры лечение ведется лазерной насадкой с Q-Swiched 1064/532 нм лазером с модуляцией добротности, который действует на оболочку гриба, разрушая ее. Затем подключается лазерная насадка с Nd:YAG:1064 нм F лазером, который относится к длинноимпульсным лазерам. Этот лазер вызывает неспецифический прогрев свыше 40°С, глубоко, до 5–7 мм, прогревает ногтевую пластинку и ложе ногтя, что позволяет уничтожить мицелий гриба. Каждая пораженная ногтевая пластинка подвергается воздействию импульсов двух лазеров по вертикали и горизонтали, таким образом, захватывая всю поверхность ногтевой пластинки. Больным проводилась лазерная терапия по методике: одна процедура через каждые 2 недели в течение 3 месяцев, а затем одна процедура в месяц. На курс лечения больные получали 9 процедур. В некоторых случаях использовалась аппаратная чистка ногтевых пластин и протирание ногтевых пластин раствором нафтифина. Каких-либо побочных явлений не отмечалось. Во всех случаях было достигнуто клинико-лабораторное излечение от грибковой инфекции.

Таким образом, при помощи лазерной терапии, не применяя системных антимикотических средств, у больных после 6 месяцев лечения было достигнуто клиническое излечение онихомикоза.

ПРОБЛЕМЫ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Р.С. ХИКМАТОВ

Бухарский филиал «Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

До настоящего времени сохраняются эндемические очаги кожного лейшманиоза и ежегодно регистрируются сотни больных с городским и сельским типами данного дерматоза. При лечении больных кожным лейшманиозом возникают серьезные проблемы, связанные с торпидностью в отношении проводимой терапии. В этой связи необходимы усовершенствованные методы лечения особенно сельского типа кожного лейшманиоза.

Целью настоящего исследования являлась разработка комплексной терапии больных зоонозным кожным лейшманиозом.

Под нашим наблюдением находилось 120 больных (72 мужчин, 48 женщин) в возрасте от 20 до 55 лет. Городских жителей было 28 (23,3 %) и сельских – 92 (76,7 %). Во всех случаях диагноз кожного лейшманиоза был подтвержден выявлением с очагов поражений (краевая зона) телец Боровского. По клиническим формам больные были распределены следующим образом: наличие лейшманиомы (бугорка) без изъязвления – у 25 (20,8 %) больных; изъязвленные лейшманиомы без осложнений – у 38 (31,7 %); изъязвленные лейшманиомы с явлениями лимфаденита и лимфангиита – у 28 (23,3 %); лейшманиомы с бугорками обсеменения – у 25 (20,8 %) и явлениями металейшманиоза были установлены у 4 (3,3 %) больных. У 77 (64,2 %) больных с язвенными проявления кожного лейшманиоза была выявлена патогенная флора, с последующей ее коррекцией антибактериальными наружными средствами.

Схема лечения больных сельским типом кожного лейшманиоза заключалась в использовании широкого спектра действия макролида роксибела в суточной дозировке по 300 мг в течение 20 дней в комбинации с системной энзимотерапией в виде назначения препарата вобэнзим по 3 таблетке 3 раза вдень в течение 20 дней. Больные были разделены на II группы: I группа (57 больных) получала стандартное лечение; II группа (63 больных) дополнительно принимала вобэнзим. Клинико-микробиологическое излечение в I группе составило 62,4 %, во II – 87,8 % случаев, что является доказательством целесообразности комбинирования антибактериальных средств и системной энзимотерапии у больных сельским типом кожного лейшманиоза.

ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ АНИҚЛАНИШИ БОРАСИДАГИ МУАММОЛАР

Э.Х. ЭШБОЕВ, А.Т. ТОҒАЕВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК, ТТА Термиз филиали

Қўтир (чесотка) касаллигининг қўзғатувчиси (каналар) аниқланганлигига юз эллик йилдан ортиқ вақт ўтган бўлса-да, бу касалликнинг аниқланишидаги муаммолар ҳанузгача мавжуд. Касаллик ижтимоий ҳисобланади. Шунинг учун ҳам унинг қайд қилиниш даражаси давлатлар иқтисодининг нақадар ривожланиши билан боғлиқ. Узоқ йиллик тажрибаларимиздан маълумки, касалликка клиник ташхис қўйишда ҳам қийинчиликлар бор. Ундан ташқари, касаллик ўчоқларини тўлиқ ўрганадиган тиббиёт профилактик муассасаларида ишлар қониқарли даражада қўйилмаган.

Қўтирда касалликнинг ўчоқли бўлиши эпидемиологик нуқтаи назардан катта аҳамиятга эга. Айниқса, оилавий ўчоқларнинг ўрнини алоҳида таъкидлаш лозим. Битта бемор ўз оиласи вакилларини қисқа вақтли яқин маиший мулоқот пайтида уларнинг асосий қисмига хасталикни юқтиришга улгуради. Ўчоқлиликнинг ижтимоий аҳамиятли жамоаларда, жумладан, мурувват уйларида, руҳий касалхоналарда, болалар муассасаларида, интернат ва ногиронлар ётоқхоналарида негатив таъсири катта.

Касаллик кўрасткичининг узоқ йиллар юқори даражада бўлиши аҳолининг санитар-гигиеник билим савияси, турмуш даражаси, ички ва ташқи миграциянинг фаоллиги, халқаро туризмнинг нақадар ривожланганлиги билан боғлиқ. Айниқса, эпидемиолог, дерматолог ва паразитолог каби мутахассисларнинг касалликнинг тарқалишини назорат қила олмаслиги, клиник жиҳатдан атипик шаклларини ўз пайтида ташхислай олмаслигининг ҳам роли юқори.

Қўтирни эрта аниқлашда ҳамда аниқ ташхис қўйишда лаборатория хизматининг аҳамияти беқиёс. Бемор терисидан қўзғатувчи (қўтир канаси) нинг оддий бактериоскопик услубда аниқланиши барча тортишувларга барҳам беради. Аммо лаборатория ташхисотидаги қатор камчиликлар мавжуд. Масалан, республикамизда қўтир касаллигига гумон қилиб текширилганларнинг 15–20 % ида каналар аниқланади, холос. Бу ҳолат жуда катта камчиликлардан ҳисобланади. Ушбу маълумотлардан кўриниб турибдики, эпидемиологик жараённи жиловлаш учун ёш мутахассис кадрларни тайёрлаш билан бир қаторда ташхисотни такомиллаштириш талаб қилинади.

Қўтир мавсумий касаллик бўлиб, аксарият йилнинг куз, қиш ва эрта баҳор ойларида авж оладиган паразитар дерматоздир. Дарҳақиқат, касаллик нам ва совуқ шароитда кўпаядиган мавсумий характерли ҳисобланади. Аммо иссиқ ва қуруқ иқлимли табиатга эга бўлган ҳамда миграцион жараён йилдан-йилга ортиб бораётган Афғонистон билан чегарадош Сурхондарё вилояти шаротида касалликнинг ҳозирги давр даражасида эпидемиологиясини ўрганиш ва у асосида профилактик чора-тадбирларни ривожлантириш муҳим аҳамиятга эгадир.

МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, У.Д. УТЕПБЕРГЕНОВА

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК,
Қорақалпоғистон тиббиёт институти

Мохов (лепра) касаллиги фақат одамларга юқадиган сурункали юқумли касаллик бўлиб, у энг қадимий хасталиклардан ҳисобланади. Ҳозирги кунга келиб, унинг самарали даво услублари ишлаб чиқилган бўлса-да, барибир бу борада ҳанузгача муаммоли масалалар талайгина. Мисол учун, шундай ривожланган даврда ҳам касалликнинг профилактикаси учун махсус вакцина ишлаб чиқилмаган. Моховда касалликнинг инкубацион давринг узоқлиги (ўртача 6–8 йилдан, 20–30 йилгача) ҳисобига маиший контактлар орасида касалликка чалинганларни эрта аниқлаш услублари ривожланмаган.

Касаллик ўз пайтида аниқланиб, махсус давога жалб қилинмаса, оқибатда беморлар оғир ногиронликка чалинади. Ҳар учтадан биттаси унинг асорати туфайли ҳаётини кўрлик билан якунлайди. Умри давомида унинг атрофдагиларга юқиш даражаси ортиб бораверади.

Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилотининг берган (2021 й.) маълумотларига қараганда, дунёда ҳар йили 210 000–220 000 дан ортиқ янгидан моховга чалинган беморлар қайд қилинмоқда. Ҳиндистон, Бразилия, қатор Ҳинди-Хитой, Африка ҳамда Осиёнинг айрим ҳудудларида касалланиш даражаси 1:10 000 дан юқоридир. Бу ҳолат ҳанузгача мохов касаллигининг эпидемологик жиҳатдан оғир вазиятда эканлигидан далолат беради. Айтиш жоизки, давлатлараро миграциянинг кескин ошиб кетиши оқибатида ҳатто ривожланган Европа мамлакатларида ҳам мохов касаллигининг қайд қилиниши ортиб бормоқда. Ҳозирги кунга келиб, Америка Қўшма Штатлари, қатор Германия, Франция, Испания, Италия ва уларга қўшни давлатларда 50 000 дан ортиқ беморлар ҳисобда туради.

Республикамизнинг шимолий ҳудудларидан бўлмиш Қорақалпоғистон Республикаси ҳам мохов касаллиги бўйича Марказий Осиёда асосий эндемик ўчоқ ҳисобланади. Демоқчимизки, собиқ Иттифоқ даврида салкам етмиш йил давомида жами аниқланган беморларнинг 20–25 % и Қорақалпоғистонга тўғри келади. Умум ҳисобда 4 000–4 500 бемор қайд қилинган. Ўтган асрнинг 70–80 йилларига келиб, бу ҳудудларда касалланиш спорадик ҳолатга туширилган бўлсада, аксинча 90-йиллардан кейин беморларнинг аниқланиши яна орта бошлади ва кейинги 30 йил ичида 35–40 тани ташкил қилди. Ачинарлиси шундаки, аниқланган беморларнинг 97–98 % и касалликнинг энг юқумли лепроматоз типи билан аниқланган.

Дарҳақиқат, ушбу маълумотлар Қорақалпоғистон Республикасидаги мохов касаллигининг эски ва янги эндемик ўчоқларини эпидемиологик нуқтаи назардан ҳозирги кун талабида чуқур ўрганишни ва у билан курашишнинг истиқболли йўналишини ишлаб чиқишни талаб қилади.

ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ҲИСОБДА ТУРГАН БЕМОРЛАР ТЎҒРИСИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, У.Д. УТЕПБЕРГЕНОВА

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК,
Қорақалпоғистон тиббиёт институти

Юқумли тери касалликлари ичида мохов (лепра, Ганзен касаллиги) энг қадимий хасталиклардан ҳисобланиб, у одамзод бошига минглаб кулфатларни ёғдирган. Беморлар оила аъзолари билан ўзи яшаб турган ҳудудлардан ҳайдалган. Катта шаҳарларга умуман киритилмаган. Улар тўғрисида қўрқинчли ва афсонавий фикрлар (лепрофобия) айрим одамлар орасида ҳанузгача мавжуд. Лекин айтишимиз жоизки, эндиликда касалликдан қўрқишга ҳожат қолмади. Мохов кам юқадиган хасталик ҳисобланиб, юқиш даражаси сил касаллигига қараганда юз баравар паст. Ўзбекистонда, шу жумладан, Қорақалпоғистон Республикасида беморлар билан узоқ маиший мулоқотда бўлган тиббиёт ходимларининг ҳали бирортаси ҳам (моховхоналарда ишловчи) касалликка чалингани йўқ. Лекин Ватанимизнинг шимолида жойлашган Қорақалпоғистонда беморлар кўп деган фикрлар мавжуд. Биз ушбу кичкина тезис орқали шифокорларга ҳозирги кунда бу ҳудудда аслида қанча беморлар борлиги тўғрисида қисқача ҳисобот бермоқчимиз.

Тўғри, ўтган асрнинг 50–60-йиллари Орол бўйи Республикаси ҳамда унга яқин Қозоғистон Республикасининг Қизилўрда вилоятида касалланиш анча юқори бўлган. Лекин тинимсиз олиб борилган профилактик ишлар ҳисобига ҳамда Жаҳон Соғлиқни Сақлаш Ташкилоти томонидан тақдим этилган комплекс даво терапиясининг амалиётга жорий қилиниши касалликнинг кескин камайиб кетишига сабаб бўлди. 90-йилларга келиб, бу эндемик ўчоқларда мохов билан хасталаниш спорадик ҳолатга туширилди. Ҳозирги кунга келиб, Қорақалпоғистон Республикаси туман ва шаҳарларида аввалдан қайд қилинган 223 та беморлар қолди, холос. Буларнинг 90–95% да микобактерияларнинг аниқланиши абацилляр ҳолатга туширилган.

Рўйхатдаги асосий беморлар Нукус шаҳрига (58 та), кейингиси Мўйноқ туманига (35 та) тўғри келади. Республиканинг қолган ҳудуларида, жумладан, Нукус туманида (29 та), Тахтакўпир туманида (20 та), Чимбойда (16 та), Қўнғиротда (14 та), Кегейлида (10 та), қолган туманларда эса 1 тадан 8 тагача беморлар ҳисобда туради. 2022 йилнинг ярим йиллигида яна иккита бемор қайд қилинди.

Шундай қилиб, касаллик тарқалишининг олдини олиш мақсадида эски ва янги эндемик ўчоқларни эпидемиологик нуқтаи назардан чуқур ўрганиш ва у билан курашишнинг самарали йўналишини амалиётга татбиқ қилиш лозим. Касалликнинг эндемик ўчоқлари юзага келишида таъсир қиладиган климатик, оилавий ҳамда оиладан ташқаридаги омилларни ўрганишимиз зарур. Айниқса, ташқи ва ички аҳоли миграциясига катта эътибор беришимиз керак.

ҚЎТИР (ЧЕСОТКА) КАСАЛЛИГИНИНГ БУГУНГИ МУАММОЛАРИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, А.Т. ТОҒАЕВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК,
ТТА Термиз филиали

Қўтир терининг паразитар касалликлари орасида энг кўп учрайдиган дерматозлардан ҳисобланади. Ҳар йили дунёда миллион-миллион аҳоли ушбу касалликка чалинади. Расмий статистик маълумотлар кўп мамлакатларда деярли олиб борилмайди. Касаллик мавсумий бўлганлиги учун совуқ кунларга, кузнинг ниҳояси, қиш ва баҳорнинг дастлабки ойларида тарқалади.

Кўпгина олимлар касалликнинг мавсумий бўлишини қўтир канасининг қўзғатувчисининг фаолияти билан боғлайдилар. Сабаби қўтир канаси нам ва салқин ҳавони хуш кўради. Аксарият ҳолларда қўтирнинг тарқалиши ҳеч қанақа тиббий профилактик муолажаларсиз ёзга бориб кескин камайиб кетади. Ҳайвонлар орасида тарқаладиган қўтир касаллиги қўзғатувчиси одамларга ўтмайди. Шунинг учун дадил айтишимиз мумкинки, касалликнинг манбаи бемор одам ҳисобланади. Улар кимлар? Узоқ вақт ногиронлик тўшагига михланиб қолган беморлар, кўзи ожизлар, мурувват уйидаги қариялар, руҳий касаллик-

ка чалинган хасталар ва бошқалар. Улар йил давомида қўтир касаллиги билан хасталаниб юриши мумкин.

Юқумли ва паразитар касалликларнинг маълум ҳудудларда тарқалиб кетишидан ички ва ташқи миграциянинг ўрни юқори эканлиги ҳеч кимга сир эмас. Икки-икки ярим миллиондан ортиқ ўзбекистонлик фуқаролар Россия Федерациясида меҳнат мигрантлигида фаолият кўрсатмоқда. Биламизки, улар миграция даврида тўрт ёки беш юлдузли меҳмонхоналарда ётишмайди. Уларнинг аксарияти тўғри келган иншоотларда ёки вақтинчалик қурилган ётоқхоналарда тунайдилар. Улар орасида касаллик тарқалиш хавфи жуда баланд. Меҳнат мигрантлари йилига камида бир-икки марта Ватанига қайтишади. Уларни ОИВ, захм, гепатит, сил ва мохов касаллигига тиббий кўрик пайтида махсус текширишади. Аммо қўтир касаллигининг бор-йўқлигига ҳеч ким эътибор бермайди.

Узоқ давом этган урушлар натижасида бир пайтлари аҳоли орасида қўтир касаллиги жуда кенг тарқалган. Бутун бир бош шаҳар ва қишлоқлар пандемия шароитида яшашга мажбур бўлишган. Ундан ташқари, табиий офатлар, жумладан, сув тошқини, ер қимирлаши натижасида ижтимоий объектлар жуда катта зарар кўрган. Аҳолининг камбағаллашиши оилаларда оддий санитар-гигиеник шароитларнинг мавжуд бўлмаслиги омманинг тиббий маданиятининг пастлиги қўтир касаллигининг тарқалишида асосий рольни ўйнайди. Тиббиёт ходимлари томонидан эпидемиологик жараён ўз пайтида жиловланмаса, касаллик тарқалишда давом этаверади. Шуниси эътиборлики, қўтир ёш болалар, ўспиринлар орасида тез тарқалади. Баъзан шундай ҳолатлар юз берадики, битта оиланинг ўнлаб вакиллари касалликка чалинади. Улар кечаси билан мижжа қоқмай қашланиб чиқади. Орадан 2–3 ҳафта ўтгач, қўтир билан касалланиш қўшни оилаларга тарқалиб кетади. Бу ҳолат ҳам назорат қилинмаса мактабгача таълим муассасаси, мактабларда, кейинчалик бошқа жамоат жойларига ўтади. Республикамизда 14 ёшгача бўлган болалар ва ўспиринлар орасида қўтир билан касалланиш 47–50 %ни ташкил қилишини унутмаслигимиз керак.

Хўш, қўтир касаллигига чалинган беморларни умуман аниқламасак ёки аниқланганларини қайд қилмасак нима бўлади? Бир амаллаб беморлар касалликнинг фаол даври бўлмиш қиш фаслини ҳам ўтказади. Ёзга бориб касаллик кетади. Аммо бу фикрлар амалиётга тўғри келадими? Йўқ, бундай бўлиши жуда камдан-кам ҳолатларда, яъни аҳоли кам яшайдиган ва улар орасида маиший мулоқот чегараланган ҳудудларда, яккам-дуккам вазиятларда бўлиши мумкин. Аслида-чи? Қўтир касаллигига чалинган оила вакиллари жуда қийналишади. Иқтисодий жиҳатдан кўп харажатлар сарфлашади. Бу ҳолат уларнинг яшаш тарзига қаттиқ таъсир қилади. Болалар мактабга бормай қўяди. Ўқишдан олинадиган маълумотлардан орқада қолади.

Узоқ вақт қашинавериш уларнинг руҳиятини синдиради. Иккиламчи инфекция қўшилиб, айрим ҳолатларда йирингли касалликлар авж олади. Битта касалликка эътиборсизлик бошқа касалликларга ҳам сабабчи бўлади.

Расмий статистик маълумотлардаги ёлғончи кўрсатмалар фақат ўз-ўзимизни алдашга олиб келади, холос. Республикамизда ўртача ҳар йили 5 000 дан 5 800 гача қўтирга чалинган беморлар рўйхатга олинади. Уларнинг асосий қисми Тошкент (889), Наманган (779), Фарғона (653) ва Қашқадарё вилоятларига (566) тўғри келади. Дарҳақиқат, бу вилоятларда касалликни аниқлаш бўйича маълум бир ишлар қилинган. Қолган вилоятларда касаллик кўрсаткичи анча паст. Ушбу аниқланган беморларни ҳам ҳаммаси деб бўлмайди. Агар биз Ўзбекистонда фаолият кўрсатаётган 950 дан ортиқ дерматовенерологларга нисбатан ҳисоблайдиган бўлсак, уларнинг ҳар бирига йилига 5–6 тадан тўғри келади, холос. Хўш, қишлоқ шароитида дерматовенеролог хонасида фаолият кўрсатаётган шифокор куз, қиш, эрта баҳор ойларида қанақа ташхис билан беморларни қабул қилишяпти. Худди шу саволларни туманлараро, шаҳар ва вилоят тери-таносил касалликлари диспансерлари шифокорларига бериш мумкин. Агар биз республикамизнинг дорихоналарида қўтир касаллигини даволаш учун ишлатиладиган (олтингугуртли мазь, бензилбензоат, спрегаль) каби акарацит препаратларининг нақадар сотилганлигини ҳисоб-китоб қиладиган бўлсак, унинг миқдори юқорида қайд қилинган беморларга нисбатан бир неча ўн баравар кўп чиқади. Хўш, биз кимни алдаяпмиз?

Шундай қилиб, расмий статистик маълумотларни аниқ қилиб йўлга қўймас эканмиз, қўтир каби паразитар дерматоз минглаб аҳолини зарарлашда давом этаверади. Биз эса бекинчоқ материаллар асосида эпидемиологик нуқтаи назардан касалликка қарши ҳеч қанақа профилактик ишларни амалга оширмаймиз. Сабаби ўз қўлимиз билан мавжуд ва бор бўлган беморлар сонини камайтирмоқдамиз.

ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ҲАҚИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, А.Т. ТОҒАЕВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК,
ТТА Термиз филиали

Қўтир (чесотка) кенг тарқалган паразитар тери касаллиги бўлиб, у аҳолининг барча қисмини зарарлаши мумкин. Хасталикдан сўнг турғун иммунитет қолмайди. Шунинг учун қайта-қайта касалланиш эҳтимоли йўқ эмас. Касаллик фақатгина клиник ҳолати (кечаси қаттиқ қичишиш, иккиламчи инфекцияларнинг қўшилиш ва ҳ.к.) бўйича эмас, балки эпидемиологик жиҳатдан ҳам жуда хавфли жараёнга олиб келади.

Қўтир дунёнинг барча мамлакатларида учрайди. Иқлими, ирқи, миллати ҳатто ижтимоий келиб чиқиши, касби ва мансабидан қатъи назар, маълум шарт-шароит юзага келганда маиший ёки жинсий мулоқотда юқиб қолади. Хасталикнинг тарқалиши давлатларнинг ижтимоий-иқтисодий жиҳатдан нақадар ривожланганлиги ҳамда аҳолининг тиббий маданияти билан чамбарчас боғлиқ. Шунинг учун ҳам қўтир ижтимоий аҳамиятга эга бўлган паразитар хасталиклардан саналади ва атрофдагилар учун хавфли ҳисобланади. Айниқса, мактабгача ва мактаб ёшидаги болалар орасида эътибор берилмаса, у тез тарқалиб кетади ва катта иқтисодий қийинчиликларга сабаб бўлади. Ачинарлиси шундаки, жами касалланганларнинг 50–70 % ини 14 ёшгача бўлган болалар ташкил этади. Ҳар учтадан битта бемор 14–21 ёшдаги ўспиринларга тўғри келади. Республикамизда умумий қайд қилинган беморларнинг 50–55 % болалардир. Эътиборлиси шундаки, дунёнинг жуда кўп кам ривожланган давлатларида қўтир касаллигининг махсус тиббий статистик ҳисоби йўқ. Ёки бу тоифадаги беморлар мавсумий хасталиклар қаторига киритилади, холос.

Давлатлараро ёки бир давлат ичидаги фуқаролар уруши, табиий офатлар ва миграциянинг фаоллашиши ҳар доим қўтир касаллигининг кескин ошиб кетишига сабаб бўлган. Ўтган асрнинг 90-йиллари собиқ Иттифоқнинг парчаланиши оқибатида унинг таркибидан ажралиб чиққан барча республикаларда қўтир билан касалланиш 6–8 бараварга ошди. Биргина Россия Федерациясида касалланишнинг 100 000 аҳолига интенсив кўрсаткичи 134–157 ни ташкил қилди ва бу жараён айрим ҳудудларда ҳанузгача давом этмоқда. Фақат расмий статистик маълумотлар касалликнинг ҳақиқий даражасини акс эттирмайди.

Касаллик мавсумий бўлганлиги учун соғлиқни сақлаш тизимида ишлаётган жуда кўп ташкилотчи раҳбарлар касалликнинг ҳақиқий аҳволини ёритишни истамайдилар. Бунга ишончли далиллар бор. Биргина пойтахт Тошкент шаҳрида 3 млн. дан ортиқ аҳоли истиқомат қилади. Аммо йилига қўтир касаллигига чалинганлар юзтадан ортиқ қайд қилинмайди. Аслида касаллик мавжуд. Эпидемиологик жараённинг мураккаблигини эътиборга олмаган ҳолда бу ҳолат узоқ йиллардан бери давом этиб келмоқда. Шаҳардаги дорихоналарда сотилган ва сотилаётган антипаразитар (акарацит) дори-дармонларнинг йиллик ҳисоботига эътибор берадиган бўлсак, касалликнинг нақадар кўп тарқалганлигини билишимиз мумкин.

ДЕРМАТОФИТЛАР КУЛЬТУРАЛ ДИАГНОСТИКАСИДА ҲАРОРАТНИНГ ЎРНИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, О.С. ИМАМОВ, Н.Д. ДЖУМАЕВ, И.Н. АБДУВОХИТОВА

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК;
Тошкент вилояти филиали

Ҳарорат – микологик амалиётда кенг қўлланиладиган ва муҳим аҳамиятга эга омиллардан биридир. Ҳарорат орқали таъсир қилиш турли мақсадларда, жумладан, замбуруғларнинг соф культурасини ажратиб олиш, культуралар ўзгарувчанлигини ўрганиш ва дерматофитлардан махсус антигенлар олиш ҳамда замбуруғларни нобуд қилишда фойдаланилади. Ҳарорат замбуруғлар культураси ва патологик материалдаги замбуруғларга хилма-хил таъсир этиши мумкин.

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва тиббий косметология илмий-амалий тиббиёт маркази Тошкент вилояти филиали микология лабораториясида 2018–2022 йилларда дерматофитлар культурал диагностикасида ҳароратнинг таъсири ўрганилди.

Бунинг учун лабораторияда 210 нафар беморлар силлиқ териси ва бошнинг сочли қисмидан олинган патологик материаллар таклиф қилинган янги озиқ муҳитига экиб ўрганилди. Озиқ муҳитига экилган 210 та намунадан 107 тасида замбуруғлар соф культураси ажратиб олинди (51,0 %).

Маълумки, дерматофитлар инсон организми учун патоген микроорганизмлардан фарқли равишда, одам қони ҳароратига нисбатан паст ҳароратда яхши ўсади (П.Н. Кашкин, 1967 й.).

Патологик материаллар экилган озиқ муҳитли пробиркалар музлаткич ва термостатларда +2°С дан +45°С ҳароратда ўстириб кўрилди.

1-жадвал

Ҳар бир дерматофит қўзғатувчиси учун оптимал ҳарорат турлича эканлиги ўрганилди

№	Дерматофит турлари	Паст ҳарорат	Юқори ҳарорат	Оптимал ҳарорат
1.	Trichophyton gepseum	11–15°C	38–40°C	28–35°C
2.	Trichophyton verricosum	12–17°C	37–41°C	25–32°C
3.	Epidermophyton floccosum	15–18°C	36–40°C	29–30°C
4.	Microsporum canis	17–20°C	32–38°C	28–30°C

Жадвалдан кўриниб турибдики, озиқ муҳитида дерматофитларнинг ўсиши учун оптимал ҳарорат трихофития қўзғатувчилари учун 27–35°С, микроспорумлар учун 25–30°С ва эпидермофития қўзғатувчиси учун 29–30°С эканлиги ўрганилди.

Илмий изланишлар хулосаси шуни кўрсатдики, дерматофитлар озиқ муҳитларда 15°С ва 38°С ҳароратда секин ўсиши, уларнинг аксарият қисми 10–12°С дан паст ва 40°С юқори ҳароратда умуман ўсмаслиги, улар учун оптимал ўсиш ҳарорати 25–35°С лиги аниқланди.

КОСМЕТОЛОГИЯ, ЭСТЕТИЧЕСКАЯ И АНТИВОЗРАСТНАЯ МЕДИЦИНА

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОЖИ ЖИВОТА БИОСТИМУЛЯТОРОМ НА ОСНОВЕ ПОЛИ-L-МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ

Ю.Н. ГРЕКОВА[1], Д.Ю. ЗАХАРОВ[2]

ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», Екатеринбург[1]; Клиника «Линлайн», Ектеринбург[2]

Кожа живота – одна из самых проблемных для эстетической коррекции экстрафациальных зон. За счет депонирования жировой ткани в данной анатомической области она склонна к растяжению, дряблости, птозу, формированию складчатого рельефа. Беременность (особенно многоплодная) и повторные роды усиливают эти изменения, зачастую оставляя на поверхности атрофические рубцы (striae gravidarum). Несмотря на то, что эта зона не является открытой частью тела, ее изменения могут стать причиной психологических проблем пациента. Для омоложения и подтяжки кожи живота в косметологии активно используются аппаратные методы: лазеры (неаблятивные, аблятивные, фракционные), интенсивный импульсный свет (IPL), ультразвук (HIFU), RF-технологии. В некоторых случаях требуется хирургическая коррекция. Однако пластическая операция не изменяет качественные свойства самой ткани.

Учитывая, что одной из причин вышеописанных состояний кожи живота являются количественные и качественные изменения коллагена, все большую популярность набирают инъекционные методы биостимуляции препаратами на основе поликапролактона (PCL), гидроксиапатита кальция (CaHA) и полимолочной кислоты (PLA).

Поли-L-молочная кислота (PLLA) – полимер с доказанной биосовместимостью и биодеградацией (R. Kulkarni, 1966 г.), который успешно используется в медицинской практике более 40 лет. Препарат на основе PLLA представляет собой лиофилизированный порошок, содержащий в своем составе апирогенный маннитол и натрия карбоксиметилцеллюлозу. Препарат восстанавливается перед процедурой стерильной водой для инъекций.

Целью нашего исследования было изучение эффективности и безопасности применения инъекционного препарата на основе PLLA для коррекции возрастных изменений и восстановления тонуса кожи в области живота.

В исследование вошли 11 женщин в возрасте от 37 до 46 лет (средний возраст 41,2 ± 2,9 года) с I–III фототипами кожи, признаками изменений кожи живота, отсутствием декомпенсированных хронических заболеваний и беременности, не получавшие какие-либо косметологические процедуры за 6 месяцев до и во время исследования. Эффективность терапии с помощью визуального осмотра с использованием универсальной эстетической шкалы GAIS (Global Aesthetic Improvement Scale) оценивали как врачи-исследователи, так и сами пациенты. Результаты ультразвукового сканирования оценивали через 3 и 6 месяцев после курса процедур, что связано с периодом индуцированного PLLA синтеза коллагена.

Для одной процедуры было использовано 150 мг PLLA на проблемную зону, восстановленной 16 мл стерильной воды для инъекций с добавлением 2 мл 2 % раствора лидокаина. Препарат вводился субдермально с помощью канюли 22G × 70 мм веерной техникой. Предварительная гидратация препарата проводилась за 24 часа до процедуры. Всего на курс проводилось 2 сессии с интервалом 12 недель. За счет добавления раствора лидокаина процедура была безболезненной и комфортной, хорошо переносилась всеми пациентками.

После окончания курса процедур через 3 и 6 месяцев было отмечено уменьшение дряблости кожи живота, улучшение профиля атрофических рубцов-растяжек в виде уменьшения глубины и выравнивания границ по отношению к окружающему рельефу.

При ультразвуковом сканировании было отмечено выравнивание наружного контура кожи, статистически значимое увеличение толщины эпидермиса и дермы, повышение акустической плотности дермы, что является косвенным признаком реструктуризации кожи.

У всех пациентов отсутствовали какие-либо осложнения. Из побочных эффектов отмечалось

наличие экхимозов, которые регрессировали самостоятельно в течение 6–8 дней.

Кроме того, отмечена высокая удовлетворенность самих пациентов и их готовность проводить повторные процедуры.

Таким образом, можно говорить о том, что инъекции препарата на основе PLLA являются эффективным и безопасным методом эстетической коррекции кожи живота с выраженным повышением ее тонуса и улучшением внешнего вида.

СТРОМАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ В ОМОЛОЖЕНИИ КОЖИ

А. МАРКАБАЕВА

MD, MMed Dermatologist, Cosmetologist, г. Алмата, Казахстан

Регенеративная медицина, появившаяся 20 лет назад, постоянно совершенствуется. Клеточные технологии относятся к динамично и последовательно развивающемуся направлению регенеративной медицины, основная цель которого – репарация или замещение поврежденных (утраченных) клеток и тканей, восстановление их структуры и функций. Актуальность разработки клеточных технологий для нужд эстетической медицины (косметологии, пластической и реконструктивной хирургии) продиктована спецификой этой отрасли, для которой регенерация тканей является одним из важнейших вопросов.

Терапия с использованием стромальной сосудистой фракции (SVF) – это лечение кожи, которое можно получить из жировой ткани, оставшейся после процедуры липоаспирации или липосакции. Наряду с эндотелиальными клетками, перицитами, жировыми клетками и клетками крови жировая ткань содержит большой процент мезенхимальных стволовых клеток, с потенциальными регенеративными и, следовательно, антивозрастными свойствами.

SVF (Stromal vascular fraction, стромально-васкулярная фракция) является клеточной фракцией, полученной из собственной жировой ткани пациента и представляет собой богатый источник клеток-предшественников (стромальные и васкулярные эндотелиальные клетки, перициты, стволовые клетки), обладающих мощным регенераторным потенциалом, выраженным противовоспалительным действием, иммунорегуляторной и нейропротективной активностью.

Стромальные стволовые клетки (ССК) из жировой ткани обладают более низким темпом старения и более высокой способностью к делению. Кроме того, ССК из жировой ткани не показывают разницы между качеством стволовых клеток, способностью к пролиферации и возрастом пациента.

Исследования, зарегистрированные на сайте clinictrials.gov, касающиеся безопасности применения ССК при различных дерматологических заболеваниях, достаточно обширные. К ним относятся: вульгарный псориаз, заболевание Ромберга, системная склеродермия, ожоги, андрогенетическая аллопеция, поверхностные и глубокие повреждения поверхности кожи, рубцы, липодистрофии, язве диабетической стопы. В эстетической медицине стромально-васкулярную фракцию применяют при омоложении кожи, поверхностных морщинах, дефиците жировой ткани, постакне рубцов, фотостарения, улучшения регенерации тканей.

При достаточно обширных показаниях к восстановлению тканей с помощью стромально-васкулярной фракцией, данный метод терапии до сих пор вызывает спорные вопросы во многих странах. В зависимости от стран безопасность, а также область применения ССК продиктована своими законами и возможностями воздействия. Так, в США Федеральное управление по лекарственным средствам (FDA) разрешает использование ССК в качестве лекарственного средства при нескольких состояниях. FDA в настоящее время определяет ССК как лекарство, устройство и/или биологический продукт.

В Японии «Закон о безопасности регенеративной медицине», который регулирует практику медицинских работников и клинические исследования, связанные с регенеративной медициной, классифицирует ССК как низкий или средний риск в зависимости от уровня риска, связанного с лечением.

В Европе ССК классифицируются как продукты для передовой терапии (ATMP), контролируемые Европейским агентством по лекарственным средствам (EMA). (http://www.ema.europa.eu/ema)

В Австралии законодательная база для регулирования продуктов человеческих клеток и тканей с помощью «Терапевтического надлежащего администрирования» (TGA) разрешает продукты, полученные из тканей и клеток человека во время медицинских процедур, которые собираются у пациента, находящегося под клиническим наблюдением и лечением лицензированного поставщика медицинских услуг и произведенное этим поставщиком медицинских услуг для терапевтического применения при лечении одного показания и в рамках одного курса лечения этого пациента одним и тем же поставщиком медицинских услуг. (https://www.tga.gov.au).

Что касается Республики Казахстан, применение ССК продиктовано несколькими приказами

(Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 декабря 2011 года № 928; от 26 марта 2014 года № 151; от 23 декабря 2013 года № 750) и решением (от 18 ноября 2011 года № 858).

Процесс переноса жира и отделения стромальных клеток проходит в стерильных условиях в медицинском учреждении, с последующим культивированием клеток. Данный процесс включает в себя процедуру липосакции, высвобождение липоаспирата, его промывание, расщеплением ферментами в лаборатории GTP-формата с лицензируемым лабораторным сотрудником.

После окончания всего процесса освобождения ССК клеток получается суспензия жировых клеток с ADSC и фракциями стромальных сосудов. Данная суспензия используется в эстетической дерматологии или в процедурах пластической хирургии. Этот потенциально эффективный и малозатратный трансляционный процесс переноса жира с отделения хирургии для последующего культивирования клеток реципиенту занимает в среднем 3–4 часа. В эстетической медицине фракция стромальных клеток (SVF) приводит к более мягкой, гладкой и сияющей коже в результате восстановления и замены старых и поврежденных клеток. Пациенты отмечали оптимальные результаты, которые достигались примерно через три недели и сохранялись до года.

Противопоказаниями к данной терапии являются пациенты, у которых есть какие-либо инфекционные заболевания в прошлом или настоящем. Лаборатория не может обрабатывать образцы липоаспиратов, которые могут вызывать опасения и/или представлять риск заражения или контаминации. Онкологические пациенты, а также пациенты с неопластическими заболеваниями или подозрениями исключаются. Не рекомендуется данная процедура беременным и женщинам в период лактации.

В заключение необходимо отметить, что использование мезенхимальных стволовых клеток в процедурах эстетической дерматологии и пластической хирургии очень многообещающе, но до сих пор не до конца известны механизмы взаимодействия клеток и возможные риски и побочные эффекты.

Мы считаем, что все еще существует большая потребность в создании и проведении различных клинических исследований, которые могли бы решить определенную безопасность использования ССК и значительно ускорить их внедрение в эстетическую дерматологию и пластическую хирургию с четким описанием алгоритма воздействия, с учетом индивидуальных аспектов каждого пациента.

ЛИТЕРАТУРЫ

1. C. Mason, P. Dunnill A brief definition of regenerative medicine. Regen Med, 3(1) (2008), pp. 1–5.
2. Maciej Nowacki, 1The use of stem cells in aesthetic dermatology and plastic surgery procedures. A compact review of experimental and clinical applications. Advances in Dermatology and Allergology. 2017 Dec; 34(6): 526–534.
3. Maciej Nowacki, 1The use of stem cells in aesthetic dermatology and plastic surgery procedures. A compact review of experimental and clinical applications. Advances in Dermatology and Allergology. 2017 Dec; 34(6): 526–534.
4. Spring S. Human cells, tissues, and cellular and tissue-based products (HCT/Ps) from adipose tissue: Regulatory considerations U.S. Food and Drug Administration/Center for Biologics Evaluation and Research/Center for Devices and Radiological Health 2014.
5. Konomi K, Tobita M, Kimura K et al. New Japanese initiatives on stem cell therapies. Cell Stem Cell 2015; 16:350–352.
6. Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 декабря 2011 г. № 928 «О некоторых вопросах трансплантации тканей и (или) органов (части органов)».
7. Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 декабря 2013 г. № 750 «Об утверждении Перечня технологий высокоспециализированной медицинской помощи по профилям».
8. Решение Комиссии Таможенного союза от 18 ноября 2011 г. № 858 «О внесении изменений в Решение Комиссии Таможенного союза от 27 ноября 2009 г. № 130 и Приложение № 7 к Решению Комиссии Таможенного союза от 20 сентября 2010 г. № 378 в отношении гемопоэтических стволовых клеток и костного мозга», г. Москва.
9. Приказ И.О. министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 марта 2014 года № 151 «Об утверждении Правил выдачи заключений (разрешительных документов) на ввоз на территорию Республики Казахстан и вывоз с территории Республики Казахстан гемопоэтических стволовых клеток, костного мозга в случае их перемещения с целью проведения неродственной трансплантации, а также образцов клеток, тканей, биологических жидкостей и секретов, в том числе продуктов жизнедеятельности человека, физиологических и патологических выделений, мазков, соскобов, смывов, предназначенных для диагностических целей или полученных в процессе проведения биомедицинских исследований».

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

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

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

Розацеа (acne rosacea – от лат. розовые угри) – хроническое рецидивирующее заболевание, характеризуется поражением кожи в виде папуло-пустулезных элементов, телеангиоэктазией, а также эритемой, эпизодами покраснения и воспалительными высыпаниями. В основном поражается кожа лица. Заболевание встречается чаще у женщин, выявляется у всех рас, но преимущественно страдают светлокожие люди (I и II фототип). Существуют различные методы лечения розацеа, в том числе и применение лазерных технологий.

Цель исследования. Оценка эффективности комплексного лечения лазерной терапии PDL 595 nm и противовоспалительных препаратов для наружного применения у больных розацеа.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 94 больных с различными клиническими формами розацеа в возрасте от 26 до 74 лет. Среди них лица мужского пола составили – 44 и женского пола – 50 пациентов. По клинической форме 23 больных были с эритематозно-телеангиэктатической формой розацеа, у 47 больных отмечалась папулёзно-пустулёзная форма розацеа и у 24 – инфильтративно-узловатая форма розацеа. У всех больных проводились лабораторные исследования: общий анализ крови, микробиологическое и трёхмерное фотосканирование кожи лица на цифровом мультиспектральном анализаторе Antera 3D (Miravex Limited, Дублин, Ирландия). Данное устройство используется для неинвазивной, надежной и воспроизводимой оценки текстуры, цвета и характеристик у пациентов с розацеа. С помощью трехмерного фотосканирования определяли среднюю концентрацию и однородность концентраций гемоглобина для определения покраснения. Все пациенты получали комплексное лечение согласно стандартам МЗ РУз в сочетании с лазерным лечением импульсным лазером на красителе (PDL) длиной волны 595 нм каждые 3–4 недели, курс лечения в среднем составил 6–7 сеансов.

Результаты исследования. Результаты клинико-лабораторных исследований у больных розацеа на фоне комплексного лечения с применением импульсного лазера на красителях PDL 595 nm показали положительную динамику. Было отмечено уменьшение эритемы и количества телеангиэктазий, значительное разрешение инфильтрации и папулезных элементов. У всех пациентов, получавших курсовое лечение импульсным лазером на красителе (PDL) длиной волны 595 нм, в комбинации с кремнийсодержащим тоником «Фатидерм+» не наблюдалось побочных эффектов. Дерматологический индекс шкалы симптомов в среднем снизился в 2,2 раза по сравнению с исходным показателем. Такие клинические проявления, как эритема и поствоспалительная дисхромия уменьшились на 82,5 % по сравнению с исходным состоянием ($P > 0,05$).

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ

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

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

Акне (acne) – полиэтиологическое хроническое воспалительное заболевание сально-волосяного аппарата кожи, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями в виде папул, пустул, узлов. В последнее время наиболее эффективным методом лазерного лечения акне считается комплексное лечение с импульсного лазера на красителях длиной волны 595 нм.Техническая особенность аппарата VBeam (Candela) – лазер с длиной волны 595 нанометров, который работает в импульсном режиме. Короткая волна позволяет избирательно воздействовать на оксигемоглобин, прогрев которого вызывает склерозирование, то есть «запаивание», кровеносного сосуда. Благодаря этому лазер VBeam Perfecta эффективен при удалении сосудистых звездочек, гемангиом, а также застойных пятнах постакне.

Цель исследования. Оценка эффективности применения импульсного лазера на красителях длиной волны 595 нм у больных угревой болезнью.

Материал и методы. Нами было обследовано 114 больных с различными клиническими формами угревой болезни в возрасте от 12 до 34 лет. Среди них лица мужского пола составили 62

и женского пола – 52 пациента. По клинической форме 32 больных были с комедональной формой акне, у 63 больных отмечалась папулёзно-пустулёзная форма акне, у 19 абсцедирующая форма акне. Для функциональной диагностики и оценки эффективности лазерного воздействия у всех больных проводилось трёхмерное фотосканирование кожи лица на мультиспектральном анализаторе Antera 3D. Всем исследуемым пациентам было проведено лечение согласно стандартам МЗ РУз, которое включало по показаниям: системные антибактериальные, синтетические ретиноиды, наружные противовоспалительные средства и т.д. После проведенного лечения для устранения постакне проявлений, таких как поствоспалительные застойные пятна и инфильтрации, пациентам было назначено лечение импульсным лазером на красителях длиной волны 595 нм (PDL) и наружная уходовая терапия с использованием космецевтической линии Hollyland.

Результаты исследования. Результаты Antera 3D фотосканирования кожи показали уменьшение эритемы на 21,6 %, по сравнению с исходным показателем кожи пациентов угревой болезнью ($P<0,05$). Так было отмечено, что средние концентрации гемоглобина в областях, где было проведено лазерное воздействие, статистически значимо снижены по сравнению с исходными уровнями. Значительное уменьшение эритемы кожи лица отмечалось у 72 пациентов, удовлетворительное уменьшение эритемы наблюдалось у 53 пациентов и без изменений были 2 пациента. Результаты микробиологических исследований очагов поражения кожи после лечения показали уменьшение обсемененности Demodex folliculorum в 4,2 раза ($P<0,05$). Индекс степени тяжести угревой болезни снизился в 3,6 раза по сравнению до лечения ($P<0,05$). Следует отметить, что импульсный лазер на красителях справляется с краснотой, устраняя расширенные капилляры, но и стимулирует производство новых коллагеновых и эластиновых волокон, в результате чего укрепляются соединительные ткани кожи, склонной к покраснению, уменьшается видимость окружающих капилляров.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО ФОТОТЕРМОЛИЗА В КОСМЕТОЛОГИИ

Д.В. РАХМАТОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

Лазерная система Vbeam рассматривается как импульсный лазер на жидком красителе, используемый для сосудистой патологии кожи. Данная система передает импульс длинной волны 595 нм, который проходит через эпидермис и дерму, причем поглощает оксигемоглобин не окружающих тканей, а кровеносных сосудов. В зависимости от продолжительности импульса лечение может быть агрессивным (травматичным) с образованием пурпуры за счет разрыва сосудов, либо нетравматичным за счет медленного прогревания кожи, вызывающего коагуляцию кровеносных сосудов. Система Vbeam может задавать импульсы продолжительностью 0.45, 1.5, 3.6, 10, 20, 30 и 40 мс. Чем короче импульс, тем большей разрушительной силой обладает энергия, и наоборот, чем длинней импульс, тем менее разрушительна его энергия, которая способствует коагуляции сосудов определенных участков кожи, не разрушая структуру этих участков. Выбор длительности импульса соотносится с временем тепловой релаксации объекта, который основан на теории селективного фототермолиза: сосуд малого диаметра будет остывать быстрее, чем сосуд большого диаметра, следовательно, время тепловой релаксации первого короче, и требуется более короткая длительность импульса. Низкая плотность энергии, доставляемая в течение относительно длительного импульса, может не ограничиваться и создавать биологически важное повышение температуры в цели, чтобы достичь желаемого эффекта, ведущего к необратимой коагуляции и удалению целевого сосуда. С другой стороны, высокая плотность при малой длительности импульса может привести к нежелательному повышению температуры в цели, приводящему к побочному эффекту. Для устранения этих эффектов необходимо проводить охлаждение за счет холодного воздуха, контактного охлаждения или охлаждения распылением криогена (тетрафторэтана). Наложение импульсов или несколько подходов часто добавляют положительный эффект за счет ступенчатого подъема температуры формирования, ведущего к удалению сосуда, однако это должно быть выполнено с осторожностью. Окисленный гемоглобин изменяется после лазерного импульса и превращается в метгемоглобин, который имеет более высокую способность к поглощению света, в частности, к длине волны 1064 нм Nd:YAG лазера. Именно благодаря этому понятно, что наложение импульсов или несколько проходов работают более эффективно. Данное направление является весьма перспективным в лечении сосудистой патологии.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕЗОТЕРАПИЯ

Д.В. РАХМАТОВА, А.Б. РАХМАТОВ

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

История мезотерапии начинается с 50-х годов прошлого столетия, когда врач общей практики Мишель Пистор (Франция) обратил внимание на некоторые особенности внутрикожного введения препаратов. Указанный метод получил широкое распространение в ревматологии, спортивной медицине, неврологии и др. Последние десятилетия мезотерапия стала популярной в эстетической медицине. При данном методе лекарственные вещества вводятся прямо в проблемную зону микроскопическими дозами с помощью специальных игл на глубину 2–4 мм в среднюю часть дермы (отсюда название – мезотерапия). Несмотря на кажущуюся простоту метода, в нем много тонкостей: какие вещества подобрать для лечения, их дозировка и частота введения. На одну инъекцию используется сверхмалая доза препарата (0,01–0,2 мл), а интервалы составляют от 5 дней до месяца. Следует указать, что проведение мезотерапии сопровождается эффектом механического воздействия иглы на кожу, когда на месте нарушения целостности кожи развивается ответная воспалительная реакция, сопровождающаяся выбросом биологически активных веществ, усилением метаболических процессов и усилением микроциркуляции, что само по себе оказывает местный положительный эффект. Введение лекарственных препаратов создает определенное депо и тем самым уменьшает риск побочных явлений при условиях их системного применения. Кроме классических методик проведения мезотерапии, разработаны и с успехом используются наппаж (выполнение серии частых инъекций по 0,02 мл препарата); папульная техника (формирование папул различного размера с целью улучшения депонирования лекарственного препарата); ретроградно-линейная техника (формирование линейного канала в дерме и равномерное его заполнение на обратном ходе иглы); техника отдельных вколов (внутрикожные инъекции препарата 0,1–0,2 мл на глубину 4 мм); систематизированная точечная мезотерапия (точки введения препаратов 0,1–0,2 мл выбирают по правилам рефлексотерапии). Существует способ скарификации (безинъекционный метод), когда лекарственный препарат наносится на кожу, распределяется по коже шпателем, а затем проводятся частые поверхностные уколы иглой с промежутками в 3–5 мм.

Таким образом, правильный подбор методики мезотерапии и мезотерапевтических препаратов является гарантом успешного проведения косметологического вмешательства.

КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТАКНЕ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, М.Б. ХОДЖАЕВА

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

Одной из актуальных проблем современной дерматокосметологии является проблема угревой болезни и развитие косметических дефектов в виде постакне. В косметологической отрасли отмечается стремительный рост активного внедрения различных инновационных технологий, как использование процедур редермализации, лечебных пилингов и лазерных технологий. В современной эстетической медицине ключевую роль в восстановлении дермы играют процедуры с использованием нестабилизированной гиалуроновой кислоты. В последнее время популярность набирают методы сочетанного использования гиалуроновой кислоты и других ингредиентов для синергического воздействия. Влияние дополняющих ингредиентов нуждаются в отдельном изучении, поскольку сочетание продуктов также меняет эстетический эффект процедуры. В нашем исследовании мы использовали нестабилизированную гиалуроновую кислоту в восстановлении дермы и сукцинат натрия, после проведенного традиционного лечения, в тех случаях, когда основное заболевание оставляет после себя осложнения в виде постакне: гиперпигментные пятна и атрофические рубцы. Сукцинат натрия в виде редермализанта в свою очередь обеспечивает тканевое дыхание клеточных структур и оказывает ангиопротективное воздействие. Эта процедура получила название-редермализация. Особенно актуально применение редермализации в терапии угревой

болезни, в частности, постакне-застойная эритема, рубцовые деформации, поствоспалительные гипер- и депигментации. Учитывая вышеизложенное, процедура редермализации гиалуроновой кислотой и сукцинатом натрия является наиболее эффективной и признанной среди дерматокосметологов в терапии постакне. Редермализация способствует не только нормализации структуры и функциональных показателей кожи, но и корректирует такие косметологические недостатки, как мелкие морщинки.

Цель исследования. Изучение терапевтической эффективности процедуры редермализации гиалуроновой кислотой и сукцинатом натрия (HYALUAL) при коррекции и профилактики постакне.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 45 пациентов от 21 года до 35 лет. Среди проявлений постакне наиболее проблематичным является наличие атрофических рубцов (D. Goodman и Baron 2006г.), при которой I степень тяжести (эритематозные гипопигментированные рубцы, не меняющие рельеф кожи) отмечалась у 15 пациентов, II степень тяжести (слабо выраженные атрофические рубцы, не различимые на расстоянии 50 см) – у 18, III степень тяжести (умеренно выраженные атрофические рубцы, хорошо заметные на расстоянии 50 см) – у 12. Пациентам была проведена процедура редермализация гиалуроновой кислотой и сукцинатом натрия (HYALUAL) в сочетании с химическим пилингом. Количество процедур в среднем составило 4–6 процедур на курс, 1 раз в 14 дней. Препаратом выбора явилось концентрация HYALUAL 1,1 % и 1,8 %. Введение осуществлялось внутрикожно поверхностно и методом сепарации под рубец. Уже после первой процедуры заметно улучшалось состояние пятен (осветление) и размягчение рубцов.

Результаты исследования. У всех пациентов после проведения курса терапии HYALUAL 1,1 % и 1,8 % наблюдался особенно выраженный эффект у пациентов с I степенью тяжести – разрешение эритематозных рубцов на 60–75 %. Более умеренный эффект наблюдался у пациентов со II степенью тяжести – уменьшение выраженности атрофических рубцов на 35–40 %. Наиболее низкий процент улучшения отмечался у пациентов с III степенью тяжести, по этой причине таким пациентам проводилась лазерная коррекция (шлифовка CO2 лазером), затем редермализация препаратом HYALUAL, когда атрофические рубцы уменьшали свою выраженность на 10–15 % после большого усилия вводится в кожу, равномерно распределяется в тканях. Кроме того, у всех пациентов наблюдалось улучшение цвета кожи, повышение её эластичности и увлажненности, а также уменьшение глубины мимических морщинок. Осложнений и аллергических реакций у пациентов данной группы не наблюдалось.

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют об эффективности процедуры редермализации гиалуроновой кислотой в сочетании с другими эстетическими методами коррекции, как пилинги, лазерная шлифовка препаратом с сукцинатом натрия (HYALUAL) при коррекции постакне, и принципиально отличается от существующих биоревитализантов наличием в составе препарата сукцината натрия, благодаря чему осуществляется воздействие на антиоксидантную систему кожи. Несмотря на достигнутые успехи, поиск метода, обеспечивающий эффективность терапии III и IV степеней тяжести постакне, на сегодняшний день продолжается и в дальнейшем исследование новых патогенетических путей развития рубцов смогут определить более совершенную тактику терапии, эффективную при тяжелой степени заболевания.

РУБЦЫ ПОСТАКНЕ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ

А.А. ТОЛЫБЕКОВА, А.С. СУРАНЧИЕВА, О.А. ЧЕРНОВА

***НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», г. Алматы;
Центр эстетической медицины, г. Шымкент, Республика Казахстан***

На сегодняшний день большое беспокойство у пациентов вызывают постэруптивные изменения кожи, наблюдающиеся примерно у половины пациентов и являющиеся частой причиной нарушения качества жизни пациентов. Выраженность постакне зависит от возраста пациента и длительности рецидивов. Так длительное течение угревой болезни легкой и средней степеней тяжести, с частыми обострениями, снижает репаративные возможности кожи и приводит к формированию постакне.

Цель исследования. Клиническое наблюдение эффективности включения препаратов на основе коллагена в план коррекции постакне.

В исследование были включены 15 пациентов, в возрасте от 18 до 35 лет, страдающие постакне.

Критерии включения:

1. Пациенты обоего пола;

2. Возраст пациентов от 18 до 35 лет;

3. Перед включением в исследование пациенты подписывали форму информированного согласия.

Критерии исключения:

1. Повышенная чувствительность к материалу;

2. Беременность и лактация;

3. Прием антикоагулянтов, антиагрегантов, стероидных и нестероидных противовоспалительных средств для наружного применения;

4. Дерматозы в стадии обострения;

5. Пациенты, страдающие аутоиммунными, неврологическими, психиатрическими, сердечно-сосудистыми заболеваниями или другими заболеваниями/состояниями, которые, по мнению врача, могут повлиять на результаты исследования;

6. Отказ от участия в исследовании.

Оценка эффективности и безопасности проводимого лечения проводилась путем регистрации нежелательных явлений, оценки состояния области коррекции.

Для осуществления поставленной цели нами был выбран препарат, активными компонентами которого являются 7 % коллаген очищенный нейтральный с фибриллярной структурой, фрагментированный с сохранением биологических свойств (поддерживающий матрикс для стимулятора роста тканей иммунной системы, клеточной адгезии). Вспомогательные вещества: 1,2-пропандиол (2-пропиленгликоль), способствующий созданию влажной раневой среды, предотвращающий обезвоживание тканей и гибель клеток, представляет собой рассасывающийся имплант на основе коллагена для регенерации клеток кожи в клинической форме гель-крема или гель-спрея, в зависимости от площади поражения, 2 раза в день.

В ходе исследования не было зарегистрировано ни одного нежелательного явления. На фоне применения коллагенового биоматериала не было зарегистрировано местных или общих аллергических реакций. Аппликации препарата не стягивают кожу, не создают дискомфорт, могут использоваться под макияж.

В результате проведенного клинического наблюдения отмечена высокая эффективность применения коллагенового биоматериала в коррекции постакне. У всех пациентов наблюдалось уменьшение выраженности явлений постакне, а также субъективных ощущений.

СОДЕРЖАНИЕ

МАТЕРИАЛЫ VIII СЪЕЗДА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ДЕРМАТОЛОГИЯ

Д.Х. Абдиева, Н.И. Дырда, М.С. Валиева. НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С НАРУШЕНИЕМ КЕРАТИНИЗАЦИИ 4

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ СЕБОРЕИ У ЖЕНЩИН С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ 4

Х.Д. Абдуллаев. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВАНИИ ИММУННОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 5

Ф.В. Азимова, Р.Р. Закиров. НОВЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 6

Ф.В. Азимова, Ш.Ш. Шорахмедов. ИНГИБИРУЮЩИЙ СИГНАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 7

Ф.В. Азимова, Ш.Ш. Шорахмедов. АКТИВИРУЮЩИЙ СИГНАЛЬНЫЙ ПУТЬ ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 9

Ф.В. Азимова, Р.Р. Закиров. МИКРОФИБРОЗИРОВАНИЕ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ И ЕГО ТЕРАПИЯ 10

Ф.В. Азимова, З.Н. Мавлянова. РОЛЬ ЛИПИДОВ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 11

М.Б. Айходжаева, А.Б. Рахматов. ВНЕКОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ВРОЖДЕННОМ БУЛЛЕЗНОМ ЭПИДЕРМОЛИЗЕ 12

М.Б. Айходжаева, А.Б. Рахматов. КОРРЕКЦИЯ НУТРИТИВНОГО СТАТУСА БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 12

А.Ш. Алиев, Б.И. Мухамедов, Э.В. Колдарова, Н.С. Ибрагимова. ПСОРИАЗИФОРМНЫЙ САРКОИДОЗ (Клинический случай) 13

Л.К. Амрина, Л.К. Сагидолдина. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВТОРИЧНОГО ГИПЕРМЕЛАНОЗА 14

С.С. Арифов, М.Х. Арифова. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МУПИРОЦИНА (Мупиробан) В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПИОДЕРМИИ 15

С.С. Арифов, З.Э. Эркинлар. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ 15

С.С. Арифов, О.А. Бабаджанов. СОЧЕТАНИЕ DEMODEX FOLLICULORUM И HELICOBACTER PYLORI В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ РОЗАЦЕА 16

С.С. Арифов, О.А. Бабаджанов. ЗНАЧЕНИЕ DEMODEX FOLLICULORUM В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА С УЧЕТОМ ПОЛИМОРФИЗМА RS2010963 ГЕНА VEGFA У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА 17

М.Х. Арифова, И.С. Арифова. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОЛЬЦЕВИДНОЙ ГРАНУЛЕМЫ 17

М.Х. Арифова, С.С. Арифов. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА У БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 18

Н.М. Аюбова, Б.С. Азизов, Д.А. Киряков, И.Б. Нурматова. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА 19

Е.А. Бахлыкова, Н.Н. Филимонкова. СОВРЕМЕННАЯ КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА 20

A. Bezugly. NON-INVASIVE HIGH-FREQUENCY SKIN EXAMINATION AT THE PRESENT STAGE IN DERMATOLOGY, ONCOLOGY, AND AESTHETIC MEDICINE *21*

Е.К. Даиров, Г.Р. Батпенова, З.С. Джетписбаева. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ COVID-19 В КАЗАХСТАНЕ 21

Д.С. Джалилов, А.Б. Рахматов. К ВОПРОСУ О КЛИМАКТЕРИЧЕСКОЙ КЕРАТОДЕРМИИ 22

А.Л. Житниковская, Ю.В. Кениксфест. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 23

О.В. Жукова, К.М. Гаджимурадова, М.Н. Гаджимурадов, М.Г. Алиева. ОСОБЕННОСТИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В РАЗЛИЧНЫХ РАЙОНАХ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН 24

А.Ш. Иноятов. НОСЕГМЕНТАР ВИТИЛИГОНИ ДАВОЛАШДА ИННОВАЦИОН УСЛУБЛАР 25

Н.Р. Иноятова, У.Ю. Сабиров. ҲУСНБУЗАРНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИНИНГ ТАВСИФОТИ 26

С.С. Исматуллоева. ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ И АКТИВНОСТЬ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ ВИТИЛИГО 27

М.К. Ишжанов, А.Б. Рахматов. СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ЭКТОДЕРМАЛЬНОЙ ДИСПЛАЗИИ 28

О.И. Касымов, А.О. Касымов, М.Р. Амакджонов. ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ 28

О.И. Касымов, Р.Х. Сохибназарова. СОЧЕТАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 29

Д.А. Киряков, Б.С. Азизов, А.А. Ганиев, И.Б. Нурматова, Н.М. Аюбова. ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ РАЗРАБОТАННОГО МЕТОДА РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКОВЫХ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 30

А.А. Коваленко, А.Б. Рахматов. СЛУЧАЙ ПОДНОГТЕВОЙ КЕРАТОАКАНТОМЫ 31

Ш.З. Мавлянова, Н.Дж. Икрамова, Г.Р. Ибрагимова, Н.Я. Мадрахимова, Ю.А Алимухамедова. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 31

Ш.З. Мавлянова, Ю.А. Алимухамедова, У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова, А.И. Исмагилов. ЦИТОКИНОВЫЕ МАРКЕРЫ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 32

Ш.З. Мавлянова, М. Мутавалиев. ОЦЕНКА УРОВНЯ С-РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ 33

Ш.З. Мавлянова, Ю.А. Алимухамедова, М.А. Кодирова. К РЕЗУЛЬТАТАМ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АНТИТЕЛ Ig G К ДЕСМОГЛЕИНАМ 1 И 3 У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ 34

Ш.З. Мавлянова, Е.В. Есионова, Ю.А. Алимухамедова. ЗНАЧЕНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ К ДЕСМОГЛЕИНУ 1 И 3 У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПЕМФИГУСОМ 34

Ш.З. Мавлянова, Е.В. Есионова, А.Ш. Иноятов, К.М. Ёркулов, Л.Р Тожибоев. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ РЕЗКО КОНТИНЕНТАЛЬНОГО КЛИМАТА АНДИЖАНСКОЙ ОБЛАСТИ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН 35

Ш.З. Мавлянова, Н.Дж. Икрамова, Г.Р. Ибрагимова, Н.Я. Мадрахимова, Ю.А. Алимухамедова. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В НАМАНГАНСКОЙ ОБЛАСТИ 36

Ш.З. Мавлянова, М.Ф. Яхшиева, О.В. Извекова. СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТНИНГ КЛИНИК КЕЧИШИДА D ВИТАМИНИНИНГ АҲАМИЯТИ 37

Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова. ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ 37

К.М. Мухамадиева, М.С. Валиева. ВОЗМОЖНОСТИ ТЕРАПИИ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ЖЕНЩИН 38

К.М. Мухамадиева. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВИТАМИНА Д В ТЕРАПИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ 39

Б.И. Мухамедов, Э.В. Колдарова, Н.С. Ибрагимова. СОСТОЯНИЕ МИКРОФЛОРЫ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА ПРИ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЗАХ 39

Б.И. Мухамедов, Э.В. Колдарова, А.Ш. Алиев. ИММУНОСУПРЕССИВНАЯ ФОРМА САРКОМЫ КАПОШИ У БОЛЬНОГО С ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ (Клинический случай) 40

Л.Р. Муханова, З.С. Джетписбаева. ПСОРИАЗ. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ У ДЕТЕЙ 41

И.Б. Нурматова, А.Б. Рахматов. АНЕДОДЕРМИЯ 42

И.Б. Нурматова, А.Б. Рахматов. ВЕРРУЦИФОРМНАЯ ЭПИДЕРМОДИСПЛАЗИЯ ЛЕВАНДОВСКОГО-ЛЮТЦА 43

А.Б. Пакирдинов, С.И. Юнусова. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ 43

О.В. Панкратов, Ю.Ю. Панкратова. ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ, СВЯЗАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ 44

А.И. Полищук, Н.В. Зильберберг, М.М. Кохан, Т.Г. Хонина. АКТИВНЫЙ УХОД ЗА КОЖЕЙ В МЕЖРЕЦИДИВНЫЙ ПЕРИОД У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ 45

Г.Б. Пягай. ОСНОВНЫЕ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА....46
Г.Б. Пягай, Н.С. Ибрагимова. РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ....46
Д.Т. Равшанова, А.Б. Рахматов. НАСЛЕДСТВЕННАЯ ПАХИОНИХИЯ....47
Д.Т. Равшанова, А.Б. Рахматов. ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ ПАТОГЕНЕЗА ИХТИОЗА....47
Д.Т. Равшанова, А.Б. Рахматов. СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ....48
Н.А. Расулова, А.Б. Рахматов, Ю.А. Алимухамедова. ИНДИКАТОРЫ ХРОНИЧЕСКОГО ВОСПАЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗАМ....48
Н.А. Расулова, А.Б. Рахматов. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ERTADERM В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА....49
Н.А. Расулова, А.Б. Рахматов. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СЕКУКИНУМАБА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ....50
И.Р. Рахимов, Н.Д. Икрамова, И. Асамарходжаева. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА АДВАНТАН У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ....50
А.Б. Рахматов, М.К. Халдарбеков. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА В УЗБЕКИСТАНЕ....51
А.Б. Рахматов, Д.Т. Равшанова. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВУЛЬГАРНОГО ИХТИОЗА....52
А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов, А.И. Исмагилов. БОЛЕЗНЬ ПРИНГЛА-БУРНЕВИЛЯ....52
А.Б. Рахматов, А.А. Коваленко, Н.А. Расулова. ВОПРОСЫ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ....53
А.Б. Рахматов, М.К. Халдарбеков. ВРОЖДЕННЫЙ БУЛЛЕЗНЫЙ ЭПИДЕРМОЛИЗ В УЗБЕКИСТАНЕ....54
А.Б. Рахматов. К ВОПРОСУ ЭНТЕРОПАТИЧЕСКОГО АКРОДЕРМАТИТА....54
А.Б. Рахматов, М.К. Халдербеков. КАРДИТОН В ТЕРАПИИ БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА....55
А.Б. Рахматов, Н.Д. Икрамова, Ю.А. Алимухамедова. МИКОЗОСКРИН В ДИАГНОСТИКЕ МАЛАССЕЗИОЗОВ КОЖИ....56
А.Б. Рахматов, Р.Х. Махмутов, Ж.Б. Муллаханов. МИРТЕЛ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ....56
А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов, Н.К. Курбанова. НЕЙРОФИБРОМАТОЗ КОЖИ У ДЕТЕЙ....57
А.Б. Рахматов, Н.А. Расулова. ОНИХОДИСТРОФИЯ – ПРЕДИКТОР ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА....58
А.Б. Рахматов. ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НУТРИЦЕВТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В ДЕРМАТОЛОГИИ....58
А.Б. Рахматов, Д.Т. Равшанова. ПИГМЕНТНАЯ КРАПИВНИЦА....59
А.Б. Рахматов, М.К. Халдарбеков, И.Т. Карабаева. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ....59
А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов, Н.А. Расулова. ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ НЕГРИБКОВЫХ ОНИХОДИСТРОФИЙ....60
А.Б. Рахматов, Р.Х. Махмутов. ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ....61
А.Б. Рахматов, М.К. Халдарбеков. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА....61
А.Б. Рахматов, Н.А. Расулова. СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ....62
А.Б. Рахматов, А.А. Якубов, А.И. Исмагилов. СЛУЧАЙ ВАСКУЛИТА ШАМБЕРГА....63
А.Б. Рахматов, Д.В. Рахматова, Ж.Б. Муллаханов. СЛУЧАЙ ДИФФУЗНОЙ АНГИОКЕРАТОМЫ ФАБРИ....63
А.Б. Рахматов, А.И. Исмагилов. СЛУЧАЙ СИНДРОМА РОТМУНДА-ТОМПСОНА....64
А.Б. Рахматов, С.Ш. Бегимкулов, Д.М. Мухамеджанов. СЛУЧАЙ СПОНТАННОГО ПАННИКУЛИТА....64
А.Б. Рахматов, Ж.С. Медетова, Ж.Б. Муллаханов. СЛУЧАЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ....65
А.Б. Рахматов, Н.А. Расулова. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАТИЧЕСКИМ АРТРИТОМ....66
Т.П. Рахматов, А.Б. Рахматов. СИНДРОМ ПЕЙЦА-ЕГЕРСА-ТУРЕНА....66
Д.В. Рахматова, А.Б. Рахматов. АССОЦИАЦИЯ ПСОРИАЗА И МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА....67
У.Ю. Сабиров, А.С. Якубова. КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА....68
У.Ю. Сабиров, А.С. Якубова. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА....68

А.А. Якубов, С.С. Арифов. СЛУЧАЕ РОЗАЦЕА У БЕРЕМЕННЫХ. 69

У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ РОЗАЦЕА В СОЧЕТАНИИ С ЛАЗЕРНОЙ ТЕХНОЛОГИЕЙ 69

Ф.Т. Сагдуллаев, А.Б. Рахматов. ВРОЖДЕННАЯ ИХТИОЗИФОРМНАЯ ЭРИТРОДЕРМИЯ 70

А.К. Самандаров, А.Б. Рахматов. СЛУЧАЙ СИНДРОМА РУДА 70

М.Н. Солметова [1], А.Ш. Ваисов [2], М.А. Гафур-Ахунов [3], Д.Ж. Юлдашева[4], М.Д. Аллаева[5], Н.С. Ибрагимова. БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 71

М.Н. Солметова, М.А. Гафур-Ахунов, Д. Юлдашева, И.Р. Маматкулов. АНАЛИЗ РЕЦИДИВОВ ЛЕЧЕНИЯ БКРК. ОПЫТ ТАШКЕНТСКОГО ГОРОДСКОГО ОНКОЦЕНТРА 72

М.Н. Солметова[1], М.А. Гафур-Ахунов[2], Д. Юлдашева[3], И.Р. Маматкулов. СОСТОЯНИЕ ОКАЗАНИЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫМ С РАКОМ КОЖИ. АНАЛИЗ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ПРОЛЕЧЕННЫХ БОЛЬНЫХ. ОПЫТ ТГФ РСНПМЦОИР 72

Н.Д. Султанходжаева, Ш.З. Мавлянова, А.И.Исмагилов. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ. 73

Е.П. Топычканова, Н.В. Зильберберг, М.М. Кохан, Е.В. Никитина, М.Ю. Евдокимов. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МЕЛАНОЦИТАРНЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ С ПОМОЩЬЮ КОНФОКАЛЬНОЙ ЛАЗЕРНОЙ СКАНИРУЮЩЕЙ МИКРОСКОПИИ 74

Х.Д. Усмонова, Ш.Б. Эгамова. ОСНОВНЫЕ ФАЗЫ СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ 75

Н.Н. Филимонкова, А.Р. Темирбулатова, Е.П. Топычканова. ЛОКАЛИЗОВАННАЯ СКЛЕРОДЕРМИЯ: АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, ДИАГНОСТИКА 76

К.Э. Хакимов, А.Б. Рахматов. СЛУЧАЙ ТРЕХСИМПТОМНОГО СИНДРОМА ГУЖЕРО-ДЮПЕРРА 77

К.А. Хакимов, А.М. Коваленко. ХЛОРОНИХИИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТО-ПОДОЛОГА 77

И.И. Халитов, А.Ш. Алиев, Б.И. Мухамедов. ПРИМЕНЕНИЕ УЛЬТРАФИОЛЕТОВОГО СВЕТА 365 нм В ДИАГНОСТИКЕ БЕЛОГО ЛИШАЯ 78

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСТРАКТОВ «МЕТРОВИТ» И «ДЕРМАВИТОЛ» В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕРМАТИТА 79

Ф.Ш. Хамидов, К.З. Ботиров, А.А. Кучкаров, Л. Алиев, Ф. Фозилов 79

Ф.Ш. Хамидов. ИНДЕКС ПРОФИЛЯ ТЯЖЕСТИ КОЖНОГО ЗУДА И НЕОБЫЧНАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ ЕГО У БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ ФОРМОЙ НЕЙРОДЕРМИТА 79

Ф.Ш. Хамидов, М.З. Хамидова. ИНДЕКС ПРОФИЛЯ ТЯЖЕСТИ КОЖНОГО ЗУДА У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 80

Ф.Ш. Хамидов, М.З. Хамидова , Н.У. Хасанова. ЧАҚАЛОҚЛАР БУЛЛЁЗ ЭПИДЕРМОЛИЗИНИНГ ОҒИРЛИК ИНДЕКСИ 80

Ш.Б. Эгамова. ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ОРГАНОВ ПОЛОСТИ РТА НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА 81

Ш.Б. Эгамова, Х. Д. Усмонзода. НЕКОТОРЫЕ ПАРАМЕТРЫ СИСТЕМЫ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ЭКЗЕМОЙ 82

З.Э. Эркинлар, С.С. Арифов. СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСТАКНЕ 82

Э.Х. Эшбоев, Н.А. Мустанов. ДЕМОДИКОЗ ПАТОГЕНЕЗИ МУАММОЛАРИ 83

Э.Х. Эшбоев, Н.А. Мустанов. DEMODEX КАНАЛАРИНИНГ НАҚАДАР ТАРҚАЛИШИ ВА ЯШАШИ ТЎҒРИСИДА 84

Н.В. Юрина, Т.А. Агеева, А.И. Якубович, И.Г. Сергеева. ПСОРИАЗ И АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ: МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СХОДСТВО И РАЗЛИЧИЕ ПРОЦЕССОВ 84

А.И. Якубович, Н.Б. Примак, С.А. Чернодирова. ДЕБЮТ КРАСНОГО ОТРУБЕВИДНОГО ВОЛОСЯНОГО ЛИШАЯ ДЕВЕРЖИ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 85

А.И. Якубович, Ф.М. Менг, А.А. Менг., КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АКНЕ 86

А.И. Якубович, Н.Н. Сычева, Н.А. Шпакова, Е.Н. Полякова. СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ПОСЛЕ ВАКЦИНАЦИИ ОТ ИНФЕКЦИИ COVID-19 87

ИППП И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

В.А. Абишала, А.Ш. Иноятов, Х.Р. Халидова. ВАССЕРМАНИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ МЕТОДОМ ИХА В СОЧЕТАНИИ С РМП 88

Н.И. Боймурзаев, Н.Д. Жумаев. ЗАХМ КАСАЛЛИГИНИ АНИҚЛАШДА МАХСУС СЕРОЛОГИК ТАҲЛИЛЛАРНИНГ ЎРНИ ТЎҒРИСИДА 89

Н.А. Герасимова, Н.П. Евстигнеева, М.В. Пономарева, О.А. Белых. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С УРОГЕНИТАЛЬНОЙ ХЛАМИДИЙНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ 89

З.Е. Курмаш, Т.О. Алгазина, З.С. Джетписбаева. ИДИОПАТИЧЕСКАЯ ФОРМА САРКОМЫ КАПОШИ: К ВОПРОСУ О ДИАГНОСТИКЕ 90

М.А. Мирсаидова, Ю.Н. Раджабова, Х.Х. Файзиева. ИССЛЕДОВАНИЕ ПЦР МЕТОДОМ «ФЕМОФЛОР» У ЖЕНЩИН С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА 91

М.А. Мирсаидова, Ю.Н. Раджабова, Х.Х. Файзиева. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА У МУЖЧИН 92

А.Б. Пакирдинов, С.И. Юнусова, К.З. Ботиров. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЗИТРОЛИД ФОРТЕ У БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ 93

А.Б. Пакирдинов, С.И. Юнусова. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ГЕНФЕРОН» У БОЛЬНЫХ БППП 93

Д.Ф. Порсохонова, С.Н. Рахматуллаева, К.А. Абдуллаходжаев, Н.Н. Илесова. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ГИСТОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕГО ТЕЧЕНИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ 94

Д.Ф. Порсохонова, С.Н. Рахматуллаева, Х.Р. Халидова, Ю.А. Алимухамедова. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОТИВОМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ 95

Д.Ф. Порсохонова, М.Л. Росстальная, Ю.А. Алимухамедова. ОЦЕНКА УРОВНЯ ЦИТОКИНА ИЛ-18 ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ТЕЧЕНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ГЕНИТАЛИЙ У ЖЕНЩИН 96

В.И. Сурганова, Н.К. Левчик. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ С ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКОЙ 97

Б.Т. Таджибаев, Р.Т. Камалова, Л.Ф. Золоторевская, К.А. Юлдашев. ВЫЯВЛЯЕМОСТЬ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В УСЛОВИЯХ COVID-19 ПО ЯШНАБАДСКОМУ МЕЖРАЙОННОМУ КВД ЗА 2019–2021 ГОДЫ 97

Б.Т. Таджибаев, Р.Т. Камалова, Л.Ф. Золоторевская, К.А. Юлдашев. О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯШНАБАДСКОГО МЕЖРАЙОННОГО КВД-8 г. ТАШКЕНТА ПО ВЫЯВЛЕНИЮ ИППП «НОВОГО ПОКОЛЕНИЯ» 98

Б.Т. Таджибаев, Р.Т. Камалова, Л.Ф. Золоторевская, К.А. Юлдашев. ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ВЫЯВЛЕННЫЕ ЗА ПЕРИОД КОВИД-19 (2019–2021 гг.), ПО ДАННЫМ МЕЖРАЙОННОГО КВД-8 98

Б.Ш. Фаттахов, А.Б. Махамаджанова. ИЗМЕНЕНИЯ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ 98

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров. УРОВЕНЬ ГАММА-ИНТЕРФЕРОН (Г-IFN) В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ 99

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров. СОСТОЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 100

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров. УРОВЕНЬ ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 100

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров. УРОВЕНЬ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ ДО И ПОСЛЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 101

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров. СОДЕРЖАНИЕ ОБЩЕГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 102

К.А. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев. ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕРДЦА У КРОЛИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ 102

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов. ГОНОРЕЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 75 ЛЕТ (с 1946 по 2021 год) 103

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, У.М. Хайдаралиев. ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА ҲАМРОҲ КАСАЛЛИКЛАР ВА ҚОНДАГИ СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР 104

К.А. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, И.Б. Нурматова, У.М. Хайдаралиев. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП), У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СИФИЛИСОМ 104

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, У.М. Хайдаралиев. МОНООКСИГЕНАЗНАЯ СИСТЕМА (МОС) ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИФИЛИСОМ 105

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, Ж.Т. Нураев. ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ КРОВИ (ЛПБСР) И ТАКТИКА ВРАЧА 105

К.А. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, К.М. Абзоиров. К ПРИЧИННЫМ ФАКТОРАМ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ 106

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, Ж.Т. Нураев. К ВОПРОСУ РАЗВИТИЯ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ (ЛПБСР) КРОВИ 106

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, У.М. Хайдаралиев. РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ (РЭГ) ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 107

К.А. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, И.Б. Нурматова, У.М. Хайдаралиев. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА (ССС) У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ, ПО ДАННЫМ ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИИ (ЭКГ) 107

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов. СИФИЛИС В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 75 ЛЕТ (с 1946 по 2021 год) 108

К.А. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев. СКРЫТЫЙ РАННИЙ СИФИЛИС, ВСЕГДА ЛИ ОСТАЕТСЯ СКРЫТЫМ? 108

К.А. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, К.М. Абзоиров. ЛИКВОР У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 109

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, И.Б. Нурматова, У.М. Хайдаралиев. СОСТОЯНИЕ ПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ С СИФИЛИСОМ 110

К.А. Юлдашев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев, И.Б. Нурматова, У.М. Хайдаралиев. ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ 110

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, Ж.Т. Нураев. ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ В ЭТИОЛОГИИ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОРЕАКЦИЙ (ЛПБР) КРОВИ 111

К.А. Юлдашев, В.А. Абишала, Х.Р. Халидова. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА ПРИ СКРИНИНГЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ 111

ЗАРАЗНЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 113

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗОВ СТОП 113

А.У. Бурхонов, А.М. Валиев, Н.И. Боймурзаев. НАМАНГАН ВИЛОЯТИДА ТЕРИ-ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИ ҲОЛАТИ ТЎҒРИСИДА 114

Н.Д. Икрамова, А.Б. Рахматов, Ю.А. Алимухамедова. ПРИМЕНЕНИЕ 1% КРЕМА «ЛАМИЗИЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП *115*

Н.Д. Икрамова, А.Б. Рахматов, Ю.А. Алимухамедова. ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ 1 % КРЕМА «ЛАМИЗИЛ» ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ 116

Н.Д. Икрамова, И.Р. Рахимов, З.М. Абидова. ПРИМЕНЕНИЕ ПРОБИОТИКА БИФИДУМБАКТЕРИНА-L В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП, СТРАДАЮЩИХ ДИСБАКТЕРИОЗОМ КИШЕЧНИКА 116

Ғ.А. Калимбетов, Н.И. Боймурзаев. ТОШКЕНТ ШАҲРИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ АНИҚЛАНИШ ДАРАЖАСИ ТЎҒРИСИДА 117

Ш.З. Мавлянова, Н.Дж. Икрамова, Г.Р. Ибрагимова, И.А. Самарходжаева. ПРИМЕНЕНИЕ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМОЙ ТРИХОФИТИИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ У ДЕТЕЙ 118

Д.Т. Равшанова, А.Б. Рахматов. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ 119

Ғ.Х. Ражабов, Н.И. Боймурзаев. БРУЦЕЛЛЕЗ БИЛАН КЎП ЙИЛЛИК КАСАЛЛАНИШ ҲОЛАТЛАРИНИНГ ТАҲЛИЛИ 119

И.Р. Рахимов, С.Н. Бобобеков, Н.Д. Икрамова, И.А. Самарходжаева. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ДЕРМАТОМИКОЗАМ В ДЖИЗАКСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2021 ГОД *120*

И.Р. Рахимов, Н.Д. Икрамова, И.А. Самарходжаева. ЭРБИНОЛ В СОЧЕТАНИИ С ГЕЛЕМ КЛАТЕРБИН В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ. 121

А.Б. Рахматов, Ю.А. Алимухамедова. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ МАЛАССЕЗИОЗОВ 121

А.Б. Рахматов, М.Т. Алишева. СТРУКТУРА ГРИБКОВОЙ ПАТОЛОГИИ В УЗБЕКИСТАНЕ 122

Д.В. Рахматова, А.Б. Рахматов. ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ 123

Р.С. Хикматов. ПРОБЛЕМЫ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 124

Э.Х. Эшбоев, А.Т. Тоғаев. ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ АНИҚЛАНИШИ БОРАСИДАГИ МУАММОЛАР 124

Э.Х. Эшбоев, У.Д. Утепбергенова. МОХОВ КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ 125

Э.Х. Эшбоев, У.Д. Утепбергенова. ҚОРАҚАЛПОҒИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ҲИСОБДА ТУРГАН БЕМОРЛАР ТЎҒРИСИДА 126

Э.Х. Эшбоев, А.Т. Тоғаев. ҚЎТИР (ЧЕСОТКА) КАСАЛЛИГИНИНГ БУГУНГИ МУАММОЛАРИ 126

Э.Х. Эшбоев, А.Т. Тоғаев. ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ ҲАҚИДА 128

Э.Х. Эшбоев, О.С. Имамов, Н.Д. Джумаев, И.Н. Абдувохитова. ДЕРМАТОФИТЛАР КУЛЬТУРАЛ ДИАГНОСТИКАСИДА ҲАРОРАТНИНГ ЎРНИ 128

КОСМЕТОЛОГИЯ, ЭСТЕТИЧЕСКАЯ И АНТИВОЗРАСТНАЯ МЕДИЦИНА

Ю.Н. Грекова, Д.Ю. Захаров. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КОЖИ ЖИВОТА БИОСТИМУЛЯТОРОМ НА ОСНОВЕ ПОЛИ-L-МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ 130

А. Маркабаева. СТРОМАЛЬНЫЕ КЛЕТКИ В ОМОЛОЖЕНИИ КОЖИ 131

У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова, Б.А. Тоиров, Б.С. Обиддинхонов. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ 133

У.Ю. Сабиров, Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова, Б.А. Тоиров, Б.С. Обиддинхонов. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНЬЮ 133

Д.В. Рахматова, А.Б. Рахматов. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СЕЛЕКТИВНОГО ФОТОТЕРМОЛИЗА В КОСМЕТОЛОГИИ 134

Д.В. Рахматова, А.Б. Рахматов. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ МЕЗОТЕРАПИЯ 135

У.Ю. Сабиров, Ф.В. Азимова, М.Б. Ходжаева. КОРРЕКЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ПОСТАКНЕ С ПОМОЩЬЮ ПРЕПАРАТОВ НА ОСНОВЕ ГИАЛУРОНОВОЙ КИСЛОТЫ 135

А.А. Толыбекова, А.С. Суранчиева, О.А. Чернова. РУБЦЫ ПОСТАКНЕ И МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ 136