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 / 2023 (59)

ТАШКЕНТ 2023

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 00.09.2023. Формат $60 \times 84^{1}/_{8}$.
Печать офсетная. Усл. п.л. 20,0. Тираж 000. Заказ № 000.

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

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ЎЗБЕКИСТОН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГЛАР АССОЦИАЦИЯСИ

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

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА ЭСТЕТИК ТИББИЁТГА СОҲАЛАРАРО ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ» ХАЛҚАРО ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ

Илмий ишлар тўплами

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ»

Сборник тезисов

INTERNATIONAL SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE «MODERN INTERDISCIPLINARY APPROACHES IN DERMATOVENEREOLOGICAL AND AESTHETIC MEDICINE»

Abstract book

Тошкент ш.
15–16 сентябрь 2023 й.

г. Ташкент
15–16 сентября 2023 г.

Tashkent c.
15–16 september 2023 y.

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

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

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

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

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

Сегодня атопический дерматит (АтД) большинством дерматологов признается хроническим иммунозависимым заболеванием кожи с генетической предрасположенностью. Патология проявляется зудящими эритематозно-лихеноидными высыпаниями на разных участках кожного покрова, особенно часто на лице и шее, что в значительной степени ухудшает качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить изменение качества жизни больных атопическим дерматитом в процессе лечения 0,1 % мазью такролимус.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 27 женщин в возрасте 20–28 лет которые в качестве терапии получали наружно 0,1 % такролимус в виде мази на протяжении 3 недель. Ведущим представителем наружных ингибиторов кальциневрина, является такролимус. Длительное использование такролимуса показывает хороший профиль безопасности, высокую эффективность без риска развития атрофии кожи и других побочных эффектов. Оценку исходной тяжести клинических проявлений в ходе лечения проводили дерматологическим индексом шкалы симптомов – ДИШС, суть которого заключалась в отдельной индексации каждого из 9 основных симптомов: эритемы, отека, лихенификации, экскориаций, папул, сухости, шелушения, трещин, зуда, оцениваемых по 4-балльной шкале. Суммарная цифра балльной оценки представляла собой индекс шкалы симптомов на отдельный момент времени. Дерматологический индекс качества жизни – ДИКЖ использовали для оценки степени негативного влияния симптомов на различные аспекты жизни больного.

Результаты исследования. У всех 27 пациенток клиническая картина сводилась к мелко пластинчатому шелушению, пигментации в области лба, вокруг глаз, рта и частично на передней поверхности шеи. Местами определялись лихенизация и экскориации. Все больные испытывали умеренное чувство жжения и зуда различной интенсивности. Явления депрессии, астенизации, нарушения сна различного характера, повышенная утомляемость, раздражительность, вспыльчивость, плаксивость и пр. присутствовали у каждой больной. Перед началом лечения средний групповой показатель ДИШС у наблюдавшихся больных составлял 21,1 ± 3,2, а ДИКЖ – 23,4 ± 3,4, что при совместном анализе показывает около 75 % от максимально возможной оценки тяжести состояния, с эквивалентным понятием среднетяжелого течения АтД. После 3 недель наружного применения такролимуса средний показатель ДИШС снизился до 7,6 ± 1,3, а ДИКЖ – до 4,8 ± 1,1, что при совместном анализе проявилось депрессией средних значений более чем на 70 %. Общеклиническая оценка результатов лечения может быть признана близкой к клинической ремиссии.

Таким образом, установлена высокая клиническая эффективность терапии такролимусом и её положительное влияние на психоэмоциональный статус и уровень качества жизни больных АД.

НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АТОПИЧСКОГО ДЕРМАТИТА

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

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

Актуальность. За последние десятилетия распространенность аллергических заболеваний в европейских странах, включая Российскую Федерацию, увеличилась в 2–3 раза. По данным официальной статистики, впервые установленный диагноз «Атопический дерматит» (АтД) ежегодно достигает 2,4–2,5 %. В лечении этого дерматоза следует придерживаться общепри-

знанных рекомендаций: уменьшение контакта с различными триггерами, уход за кожей (увлажнение), лечение зуда и хронического воспаления противовоспалительными препаратами. В настоящее время наиболее оптимальный подход к лечению, это длительная проактивная терапия с помощью применения топических ингибиторов кальциневрина.

Цель исследования. Сравнение эффективности терапии 0,1 % мазью такролимус и кремом пимекролимус 1 % у пациентов с АтД.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 37 больных с АтД в возрасте от 3-х до 16 лет. Девочки и мальчики болели одинаково часто (18 мальчиков, 19 девочек). Давность заболевания составляла от 3-х месяцев до 8 лет. Легкая форма течения болезни наблюдались у 9 пациентов, средняя у – 18, тяжелая у – 10. Всем больным проводились общеклинические, биохимические, ультразвуковые исследования, а также консультации специалистов (по показаниям). Для сравнения эффективности терапии применялись такролимус в форме 0,1 % мази и пимекролимус в форме 1 % крема.

Результаты исследования. Все больные были разделены на две группы (18 и 19 пациентов соответственно). Препараты наносили тонким слоем 2 раза в день на пораженную поверхность (на кожу волосистой части головы, лица, шеи, а также на область опрелостей) и осторожно втирали до полного впитывания. Пациентам также назначались эмоленты, наносимые 2–3 раза в день на участки повышенной сухости. Вне зависимости от тяжести течения заболевания, больные получали антигистаминные, десенсибилизирующие, а при необходимости антибактериальные, антимикотические средства.

При сравнении эффективности наружного применения 0,1 % мази такролимуса и 1 % крема пимекролимус обращалось внимание на сроки регресса высыпаний (гиперемия, отечность, лихенификация, экскориации, кровянистые корочки гиперпигментация в очагах), интенсивность и динамику зуда. У 92,8 % детей, получавших такролимус, и у 79,3 % пациентов, применявших пимекролимус, установлена высокая эффективность терапии с достижением клинической ремиссии и значительным улучшением. Во избежание последующих обострений, при первых признаках рецидива АтД, терапия возобновлялась. Поддерживающая терапия продолжалась в течение 3 мес. с использованием средств 2 раза в неделю. Контрольные осмотры проводились каждые 30 дней.

Таким образом, мазь такролимус является более эффективной, имеет хорошую переносимость, приводит к более быстрому регрессу высыпаний. Полученные результаты свидетельствуют о возможности использования мази такролимус в режиме интермиттирующей терапии.

СОРБЕНТЫ В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

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

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

В последнее время наиболее распространёнными заболеваниями кожи являются аллергодерматозы. По данным ВОЗ, аллергические заболевания по распространённости занимают третье место. Соответственно лечение данных нозологий представляет серьёзную проблему**.** Чаще всего причиной заболевания является – пищевая и лекарственная аллергия, то есть в большинстве случаев аллерген поступает в ЖКТ. В результате чего возникает необходимость устранения этиологического фактора – адсорбция аллергена из организма. Для этого используются препараты, осуществляющие связывание веществ в желудочно-кишечном тракте путем адсорбции, ионообмена и комплексообразования. Полисорб МП не токсичен, не травмирует слизистую оболочку ЖКТ, легко эвакуируется из ЖКТ, имеет хорошие сорбционные и органолептические свойства, а также обладает бактериостатическими свойствами. Один грамм препарата образует не менее 300 кв.м. активнопоглощающей поверхности. Являясь неселективным энтеросорбентом, легко связывает и выводит из организма не только бактерии, экзо/эндо токсины, но и биологически активные вещества (билирубин, мочевина, креатинин, аммиак, холестерин, липиды) и другие агенты, участвующие в формировании синдрома эндогенной интоксикации.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности препарата Полисорб МП у больных токсикодермией.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 18 больных с токсикодермией, 9 женщин и 9 мужчин. У 11 больных этиологическим фактором явился прием лекарственных препаратов, у 7 больных отмечалась алиментарная токсикодермия. На фоне зуда у 3 больных преобладали уртикарные, у 8 – везикуло-папулезные, у 2 – пузырные и у 5 – папулезно-эрозивные элементы; эрозии различных размеров наблюдались у всех больных. Медикаментозная терапия проводилась гипосенсибили-

зирующими и антигистаминными препаратами. Полисорб МП назначался в дозе 150–200 мг/кг массы тела в сутки (7–20 г. в сутки). Сорбент принимался трижды за час до приема пищи в течение 5–10 дней.

Результаты лечения. У всех больных наблюдалось снижение интенсивности зуда, уменьшение площади и выраженности воспалительной реакции. Укорочение сроков регресса высыпаний позволило сократить продолжительность курса лечения. Случаев непереносимости и побочного действия сорбента Полисорб МП не выявлено.

Выводы. Полисорб МП обладает хорошей переносимостью, отсутствием побочных эффектов, положительно влияет на динамику кожного статуса и рекомендуется в комплексном лечении токсикодермии.

ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ ТАКРОПИК ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ

Т.К. АБДУЖАББОРОВ, К.З. БАТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Б.Х. ТОШПУЛАТОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Материалы и методы исследования. Группу исследования составили 45 пациентов в возрасте от 5 до 12 лет с установленным диагнозом: атопический дерматит. Группу сравнения – 27 пациентов. Клинический мониторинг включал определение индекса SCORAD. В группе исследования назначали мазь такролимуса 0,03 % (такропик). Пациенты группы сравнения продолжали применение топических глюкокортикостероидов средней силы и индифферентных мазей.

Результаты исследования. Индекс SCORAD до лечения в обеих группах максимально составил 105 баллов. Уже во время 2-го визита (14-й день от начала лечения) больные группы наблюдения отмечали выраженное уменьшение зуда, восстановление сна – у 97 % пациентов, наблюдалось снижение гиперемии, отечности и инфильтрации кожи в очагах поражения. После лечения (21-й день) в группе исследования у 100 % пациентов (45 детей) отмечалась легкая степень выраженности поражения кожи (индекс SCORAD – от 26 до 5,4 балла). Улучшение индекса SCORAD относительно исходного уровня у детей 5–7 лет составило 68,6 %, у детей 8–12 лет – 60,2 %. Пациенты группы сравнения значительных изменений в клинической картине не отмечали (индекс SCORAD – от 55 до 88 баллов).

На 21-е сутки исследования у пролеченных пациентов группы исследования отмечено достоверное (p<0,001) уменьшение среднего значения индекса SCORAD (с 102,8 до 25,7 баллов). У пациентов группы сравнения снижение среднего значения индекса SCORAD не было таким значительным (с 102,6 до 72 баллов).

Выводы. Мазь такролимуса 0,03 % (такропик) обладает противовоспалительным действием и эффективна при лечении атопического дерматита у детей. Под действием мази такролимуса 0,03 % (такропик) происходит более выраженное снижение индекса SCORAD, субъективных ощущений, чем у пациентов, принимающих топические стероиды средней силы. Препарат такропик, благодаря гидрофильной основе,отличается хорошей переносимостью и отсутствием неблагоприятных явлений, что подтверждается проведенным исследованием.

ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕКУКИНУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКСИАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Х.Д. АБДУЛЛАЕВ, А.Ж. УТАЕВ, Н.И. БОЙМУРЗАЕВ

Самаркандский государственный медицинский уневерситет; ГУ Республиканский специолизированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

Цели исследования. Было разработано для оценки эффективности секукинумаба при лечении аксиальных проявлений псориатического артрита.

Материалы и методы исследования. В это двойное слепое плацебо-контролируемое многоцентровое 32-недельное исследование были включены пациенты (≥18 лет) с диагнозом псориатический артрит, классифицированные по критериям классификации псориатического артрита (CASPAR), с болью в позвоночнике по визуальной аналоговой шкале. ≥40/100 и индекс активности болезни Бехтерева (BASDAI) ≥4, несмотря на использование как минимум двух нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Пациенты были рандомизированы (1:1:1) в группы

секукинумаба 300 мг, секукинумаба 150 мг или плацебо еженедельно в течение 4 недель и затем каждые 4 недели. На 12-й неделе пациенты, принимавшие плацебо, были повторно рандомизированы в группу секукинумаба 300/150 мг. Первичной конечной точкой был ответ ASAS20 (Международное общество по оценке спондилоартрита) при применении секукинумаба в дозе 300 мг на 12-й неделе.

Результаты исследования. Пациенты были рандомизированы; 21 – секукинумаб 300 мг, 16 – секукинумаб 150 мг и 19 – плацебо. Секукинумаб в дозах 300 мг и 150 мг значительно улучшал ответ по сравнению с плацебо на 12-й неделе (63 % и 66 % против 31 % плацебо). Сравнения секукинумаба в дозах 300 мг и 150 мг с плацебо с использованием модели логистической регрессии после множественного вменения составило 3,8 (2,4 и 6,1) и 4,4 (2,7 и 7,0; p<0,0001).

Выводы. Секукинумаб в дозах 300 мг и 150 мг обеспечивал значительное улучшение признаков и симптомов аксиального заболевания по сравнению с плацебо у пациентов с ПсА и аксиальными проявлениями при неадекватном ответе на НПВП.

ЭКЗЕМА КАСАЛЛИГИДА ЦИТОКИНЛАРНИ ҲОЛАТИ

А.А. АБДУРАШИДОВ, Н.А. АБДУХАМИДОВА

Тиббиёт ходимлар касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент ш., Ўзбекистон

Экзема жахон соғлиқни сақлаш тизимидаги алохида муаммолари масалалардан бири бўлиб, у турли ёш қатламлари орасида кенг таркалган, ривожланиши генетик ва экологик омилларнинг комбинацияси билан боғлиқ бўлган сурункали яллиғланишли ва мултифакториал тери касаллиги ҳисобланади. Ҳозирги вақтда экземанинг дерматитнинг кечишига, унинг оғирлик даражасига бевосита ва билвосита таъсир этиш қобилиятига эга бўлган қатор аҳамиятли омиллар мавжуд.

Тадқиқод мақсади. Чин экзема билан оғриган беморлар қон зардобида цитокинлар миқдорини текшириш.

Материал ва усуллар. Бизни клиник кузатувимизда чин экзема билан оғриган 32 бемор бўлиб ва уларни ёши 18 ёшдан 54 ёшни ташкил этган. Беморларни 15 таси эркак, 17 таси аёллар ташкил этган.

Касалликни давомийлиги 2 ойдан 5 йилгача бўлиб, 1 йилгача экзема билан оғриган беморлар сони 6 та, 1 йилдан 3 йилгача – 14 ва 3 йил ва ундан ортиқ касал бўлганлар – 12 та. Беморларни 12 тасида патологик жараён ўткир босқичда кечган, 20 та беморда – сурункали экземани кучайиш босқичи аниқланган.

Экземали беморларни қон зардобида имминофермент таҳлили усули билан IL-4 ва ЎНФ-α цитокинлар миқдори аниқланди.

Тадқиқотлар натижаси. Беморлар қон зардобида IL-4 миқдорини (1,18±0,61 пг/мл) назорат гуруҳга нисбатан (2,8±0,43 пг/мл, p<0,01) ишончли даражада камайиши кузатилди. ЎНФ-α цитокинининг миқдори (135,32±4,5 пг/мл) эса, соғлом инсонларникига нисбатан, ишончли даражада (39,8±3,1пг/мл, p<0,01) ошганлиги аниқланган.

Олинган кўрсаткичлардан кўриниб турибдики, беморлар қон зардобида ЎНФ-α цитокинининг миқдори, соғлом инсонларникига нисбатан 3,4 баробар ошганлиги, IL-4 кўрсаткичи эса соғлом инсонлар гуруҳига нисбатан 2,4 баробар пасайган.

Хулоса. Чин экзема билан оғриган беморларда яллиғланишга қарши ва яллиғланиш олди цитокинлари орасидаги муносабат бузилиши ушбу хасталикда иммуногенетик ўзгаришларни кенгроқ текширишга ундайди.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ CYP27A1, CYP2R1, VDR ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Х.А. АБИДОВ, К.Н. ХАИТОВ, З.М. АБИДОВА

Кафедра кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней и СПИДа Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

Атопический дерматит (АтД) – актуальная проблема педиатрической дерматовенерологии, поскольку его дебют в большинстве случаев приходится на ранний детский возраст. Атопический дерматит – аллергическое заболевание кожи, возникающее как правило, в раннем детском возрасте у лиц с наследственной предрасположенностью, имеющие хроническое рецидивирующее течение и характеризующиеся кожным зудом и возрастными особенностями поражения кожи. В последние годы в мировой литературе появляется все больше информации о значений генетических нарушений в патогенезе атопического дерматита.

Цель исследования. Анализ научной литературы в поисковых системах о значении полиморфизма генов CYP27A1, CYP2R1, VDR при атопическом дерматите.

Материалы и методы исследования. Произведен анализ научных публикаций – тезисов, статей и диссертации в международных научных базах данных и научных электронных библиотеках eLibrary, Cyber Leninka, Pubmed, Cochrane Library, Web of Science, Embase включая доступные работы в отечественной литературе.

Результаты исследования. В результате анализа ряда публикаций установлено, что полиморфизмы генов CYP27A1 и CYP2R1 ассоциируются с атопическим дерматитом у китайского народа Хан» (Ян и др., 2017). В этом исследовании была изучена связь между полиморфизмами генов CYP27A1 и CYP2R1, и атопическим дерматитом у китайского народа Хан. Результаты показали, что определенные генетические варианты в этих генах значительно связаны с повышенным риском развития атопического дерматита.

По итогам обзора литературы выявлена ассоциация полиморфизмов гена рецептора витамина D с восприимчивостью к атопическому дерматиту» (Ли и др., 2012). В этом исследовании была изучена связь между полиморфизмами гена VDR и атопическим дерматитом у корейского населения. Результаты показали, что определенные варианты гена VDR значительно связаны с повышенным риском развития атопического дерматита.

Также полиморфизмы генов CYP27A1 и CYP2R1 влияют на метаболизм витамина D и связаны с тяжестью атопического дерматита» (Ким и др., 2017). В этом исследовании было изучено влияние генетических вариантов в генах CYP27A1 и CYP2R1 на метаболизм витамина D и их связь с тяжестью атопического дерматита. Результаты показали, что определенные полиморфизмы в этих генах связаны с более низким уровнем витамина D и более тяжелыми симптомами атопического дерматита.

В то же время установлена ассоциация полиморфизмов гена рецептора витамина D с атопическим дерматитом у тунисского населения» (Газуани и др., 2016). В этом исследовании была изучена связь между полиморфизмами гена VDR и атопическим дерматитом у тунисского населения. Результаты показали, что определенные варианты гена VDR значительно связаны с повышенным риском развития атопического дерматита, что указывает на потенциальную роль витамина D в развитии этого состояния.

Кроме того, полиморфизмы генов CYP27A1 и CYP2R1 связаны с дефицитом витамина D у пациентов с атопическим дерматитом» (Ким и др., 2018) – В этом исследовании была изучена связь между генетическими вариантами в генах CYP27A1 и CYP2R1 и дефицитом витамина D у пациентов с атопическим дерматитом. Результаты показали, что определенные полиморфизмы в этих генах значительно связаны с более низким уровнем витамина D, что может способствовать развитию атопического дерматита.

Выводы. Изучение влияния полиморфизма генов CYP27A1, CYP2R1, VDR в этиологии и патогенеза атопического дерматита представляет собой сложную актуальную проблему как в целом для клинической медицины, так и в частности для дерматовенерологии, а также является перспективным научным направлением.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРЕПАРАТОМ ПОЛИОКСИДОНИЙ

Х.А. АБИДОВ, К.Н. ХАИТОВ, З.М. АБИДОВА

Кафедра кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней и СПИДа Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

Введение. Комплексное лечение детей с атопическим дерматитом основано на создании гипоаллергенных условий, тщательном лечебно-косметическом уходе за кожей и наружной противовоспалительной терапии, применении антимедиаторных препаратов и коррекции нарушенного метаболизма. Вместе с тем данные мировой литературы свидетельствуют о том, что включение в комплексное лечение детей с атопическим дерматитом иммуномодулятора нового поколения – полиоксидония в форме ректальных свечей, обладающего противовоспалительным, иммунокорригирующим, мембрано-стабилизирующим и антиоксидантным действиями, приводило к нормализации многих показателей иммунитета и наступлению длительной клинической ремиссии заболевания.

Цель исследования. Изучить эффективность применения полиоксидония в форме ректальных свечей в комплексном лечении детей с атопическим дерматитом (АтД).

Материалы и методы исследования. Было исследовано 51 детей с АтД в возрасте от 7 до 15 лет, из них 25 (49 %) мальчиков и 26 (51 %) девочек. Исследование было проведено на базе дерматологического отделения клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. При проведении объективной оценки тяжести со-

стояния больных по индексу SCORAD нами установлено, что 18 больных были легкой степени, 17 больных – среднетяжелой и 16 – тяжелой степени тяжести.

При лечении осложненных вторичной инфекцией форм АтД у детей применяли комплекс с парентеральным введением антибиотиков, антигистаминных препаратов, системных глюкокортикостероидов (ГКС), применяемых с целью купирования обострения (контрольная группа – 22 детей), а также 29 ребенка (основная группа), помимо комплекса терапии получала препарат полиоксидоний. Назначение ректальных свечей полиоксидония было произведено согласно инструкции препарата по схеме по 1 суппозиторию (6 мг) в сутки, курс №10–15. Эффективность лечения проводили по больных по индексу SCORAD и иммунологическим показателям.

Результаты исследования. Результаты исследования показали, что после лечения у больных получавших полиоксидоний в форме ректальных свечей произошло достоверное увеличение общего содержания лимфоцитов на 42 % (с 1755,4±48,3 до 2492,66±51,8 тыс. в мм^2), увеличение Т-лимфоцитов (CD8+) на 23 % (с 21,9±1,8 до 26,9±1,9), увеличение иммуноглобулина G на 42 % (с 4,6±0,3 до 6,5±0,2 г/л), увеличение иммуноглобулина М на 60 % (с 1,1±0,3 до 1,8±0,3 г/л), увеличение иммуноглобулина А на 70 % (с 0,34±0,3 до 0,58±0,3 г/л), уменьшение иммуноглобулина Е на 10 % (с 461 МЕ/л до 415 МЕ/л), снижение иммунорегуляторного индекса на 22 % (с 1,6±0,1 до 1,25±0,1). У пациентов, получавших лечение без полиоксидония существенных изменений в иммунологическом статусе, не выявлялось.

При анализе эффективности лечения по индексу SCORAD было выявлено достоверно лучшие результаты в группе больных получавших полиоксидоний. Так, в контрольной группе до лечения индекс SCORAD равнялся 44,7±2,9, а после – 22,8±3,4; а в основной группе – 43,9±3,1 и 16,2±2,4 соответственно.

Выводы. Таким образом, препарат полиоксидоний в форме ректальных свечей, являющийся синтетическим высокомолекулярным иммуномодулятором оказывает многогранное воздействие на иммунную систему, активизирует клеточный и гуморальный иммунитет и незначительно снижает аллергизацию.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ В ФОРМЕ РЕКТАЛЬНЫХ СВЕЧЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Х.А. АБИДОВ, К.Н. ХАИТОВ, З.М. АБИДОВА

Кафедра Кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней и СПИДа Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

Атопический дерматит (АД) является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи у детей. Это хроническое воспалительное заболевание проявляется сильным зудом, покраснением и сухостью кожи. Лечение АД у детей может быть сложным и требует индивидуального подхода. Одним из эффективных способов лечения АД является применение полиоксидония в форме ректальных свечей.

Полиоксидоний – это полимер, который обладает антиоксидантными, противовоспалительными и иммуномодулирующими свойствами. Он также способен улучшать микроциркуляцию крови и стимулировать регенерацию тканей. Поэтому полиоксидоний может быть полезен при лечении АД у детей.

Исследования показывают, что применение ректальных свечей с полиоксидонием у детей с АД приводит к значительному улучшению состояния кожи. Участники исследования отмечали снижение зуда, покраснения и сухости кожи после применения свечей. Также было замечено улучшение качества жизни у детей и их родителей.

Однако, помимо улучшения состояния кожи, применение полиоксидония в форме ректальных свечей также может повлиять на иммунные показатели детей. В исследовании, опубликованном в журнале «Детская иммунология», было показано, что применение ректальных свечей с полиоксидонием у детей с АД приводит к увеличению уровня интерлейкина-10 (IL-10) в крови.

IL-10 – это цитокин, который обладает противовоспалительными свойствами и играет важную роль в регуляции иммунной системы. Увеличение уровня IL-10 в крови может указывать на то, что применение полиоксидония способствует улучшению функций иммунной системы у детей с АД.

Другое исследование, опубликованное в журнале «Педиатрия», также показало улучшение иммунных показателей у детей с АД после применения ректальных свечей с полиоксидонием. В этом исследовании было показано, что применение свечей приводит к увеличению уровня иммуноглобулина Е (IgE) в крови. IgE – это антитело, которое играет важную роль в развитии аллергических реакций. Увеличение уровня IgE может указывать на то, что применение полиоксидония способствует улучшению защитных функций иммунной системы у детей с АД.

Таким образом, применение полиоксидония в форме ректальных свечей является эффективным способом лечения АД у детей. Оно не только помогает устранить симптомы заболевания, но и может улучшить иммунные показатели детей. Однако перед началом лечения необходимо проконсультироваться с врачом и провести тест на аллергию.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РОЗАЦЕА

С.С. АГЗАМХОДЖАЕВА[1], Б.С. АЗИЗОВ[1], К.Г. ДЁ[2]

[1] Ташкентский государственный стоматологический институт;
[2]Институт иммунологии и геномики человека при академии наук Республики Узбекистан

Розацеа – это хроническое воспалительное заболевание кожи не установленной этиологии. Заболевание характеризуется рецидивирующей гиперемией, эритемой, папулами, телеангиэктазиями, отеком, пустулами или сочетанием этих симптомов. Патофизиология розацеа до конца не изучена, но наследственность, иммунная дисрегуляция, инвазия микроорганизмов, хроническое воспаление, сосудистая гиперреактивность и другие факторы окружающей среды играют важную роль в развитии заболевания. Все большую роль в возникновении и развитии розацеа в последние годы отводят генетическому фактору.

Цель исследования. Изучить полиморфизм генов фолатного цикла и выявить гены, предположительно участвующие в возникновении и развитии розацеа, а также влияющие на тяжесть течения заболевания.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось на базе научно-диагностического центра Immunogen test при Институте иммунологии и геномики человека АН РУз. Исследуемую группу составили 27 пациентов с установленным диагнозом розацеа различной степени тяжести. В контрольную группу вошли 20 условно здоровых испытуемых не страдающих розацеа. Давность заболевания составила от 3 месяцев до 16 лет. Генотипирование образцов проводилось методом полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени».

Результаты исследования: Возраст пациентов группы сравнения был в пределах от 18 до 64 лет и в среднем составлял 39,1 ± 13,6 лет. Возраст пациентов контрольной группы – от 18 до 40 лет, средний возраст составил 35,2 ± 9,1. Эритемато-телеагиэктатический подтип регистрировался у 15 больных (57 %), папулопустулезный подтип – 11 (43 %), у 1 больного диагностирована ринофима. Концентрация гомоцистеина в крови испытуемых в группе сравнения была достоверно выше ($p<0,001$) в сравнении с контрольной группой. Были выявлены неблагоприятные варианты генов фолатного обмена: MTHFR: 1298 A>C rs1801131, MTHFR: 677C>T rs1801133 в крови больных розацеа.

При изучении полиморфизмов генов фолатного цикла были получены данные, позволяющие предположить наличие влияния метаболизма фолиевой кислоты на механизм развития и тяжесть течения розацеа. Выявленные локусы обеспечивают специфичность воспалительных механизмов при розацеа и определяют потенциальные пути терапевтического вмешательства. Достоверным оказалось повышение уровня гомоцистеина.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИРТАЗАПИНА В ФОРМЕ МИРТЕЛ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

М.Л. АГРАНОВСКИЙ, А.Б. РАХМАТОВ, Р.Х. МАХМУТОВ

Андижанский государственный медицинский институт;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Псориаз сопровождает человека всю жизнь и приводит к формированию психопатологических расстройств, которые в той или иной мере снижают качество жизни больных, дезадаптируя их в социально-психологическом плане [Курбанова Ш.М., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х. Нурматов У.Б. «Коррекция психосоматических нарушений у больных дерматозами» (Дерматовенерология и эстетическая медицина 2019 г., №3/2019 (43), стр. 113–114)]. Не многие пациенты с псориазом и не всегда обращаются за помощью в учреждения психиатрической

и психотерапевтической сети. Эпидемиологические тенденции и клиническая реальность искажаются в виду того, что больные псориазом не учитываются службами статистики в официальных отчетах как нуждающиеся в психиатрической и психотерапевтической помощи. Можно с полной уверенностью сказать, что психические расстройства значительно увеличивают тяжесть протекания псориаза, угрозу для жизни и усиливают бремя заболевания [Рахматов А.Б., Курбанова Ш.М., Махмутов Р.Х. «Коррекция психосоматических нарушений у больных дерматозами» (методическое пособие) 2018 г., стр. 4].

Цель исследования. Изучить эффективность применения миртазапина в форме миртел для коррекции невротических расстройств у больных с различными формами псориаза.

Материал и методы. На базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в дальнейшем в поликлинике и отделении Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №2 в городе Коканде, а также в отделениях Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №1 в городе Фергане нами были обследованы 100 больных псориазом (мужчины – 60 человек, женщины – 40 человек) в возрасте от 18 до 72 лет принимавших амбулаторное и стационарное лечение. Из них 70 пациентам (50 мужчин, 20 женщин) применены различные психофармакотерапевтические и психотерапевтические методы коррекции невротических расстройств.

Результаты и обсуждение. Были обследованы больные со следующими формами псориаза: эритродермитческая – (10 %) у 10 больных, артропатическая – (15 %) у 15 больных, экссудативная – (15 %) у 15 больных и вульгарная – (60 %) у 60 больных. В течение беседы с больными было выяснено, что из 100 больных у (75 %) 75 впервые патологические высыпания появились после психических стрессов, спустя некоторое время и, как правило, сопровождались очень сильными субъективными ощущениями. В 60 % случаев было выявлено хроническое невротическое состояние, которое проявлялось как невротическое развитие личности по тревожно-фобическому типу. 17 % пациентов обнаруживали невротическое развитие личности по обсессивно-компульсивному типу. В 13 % случаев было выявлено истерическое развитие личности. У 10 % пациентов выявили невротическую депрессию.

Учитывая вышеуказанные психопатологические расстройства, с целью их коррекции были применены сеансы психотерапии и методы психофармакотерапии. Вся терапия была направлена на предотвращение таких проявлений невротизации, как раздражительность, нарушение сна, пониженное настроение, страх и тревога, суицидальные мысли, переживания своего внешнего вида, связанные с кожным процессом. Знаменательно то, что характер и сила психопатологических расстройств невротического регистра прямо пропорционально коррелировали с формой и тяжестью кожного, патологического процесса. Это подтверждается тем, что у больных с диагнозом «Вульгарный псориаз» и «Экссудативный псориаз» тяжесть и проявления невротических расстройств колебались в пределах 10–30 % случаев, а у больных эритродермической и артропатической формами проявления невротических расстройств наблюдались в пределах 75–85 % случаев.

Практически всем пациентам рекомендовалось лечение антидепрессантом с седативным эффектом миртазапином (миртел) в дозе 0,03. Была применена схема лечения миртазапином по ¼ таблетки на ночь в течение 2 недель, затем по 1/3 на ночь для приёма внутрь тоже на 2 недели, по ½ на ночь для приёма внутрь на 2 недели и по 1 таблетки миртазапина (миртел) на ночь для приёма внутрь тоже на 2 недели и так в обратном порядке.

Выводы. Нами проведённые исследования показывают, что миртазапин («Миртел») является очень эффективным и безопасным антидепрессантом с широким спектром действия. Можно считать, что миртазапин («Миртел») в очередной раз показал результат успешной редукции аффективной, и не только, но и невротической симптоматики при депрессиях, и невротических состояниях любой степени тяжести, и обладает выраженным тимоаналептическим, и успокаивающим эффектом. Препарат хорошо переносился всеми пациентами и не было замечено никаких побочных явлений, потому можно сделать вывод, что миртазапин (миртел) возможен к применению в общемедицинских популяциях больных с депрессиями, протекающими на фоне псориаза.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

М.Л. АГРАНОВСКИЙ, А.Б. РАХМАТОВ, Р.Х. МАХМУТОВ

Андижанский государственный медицинский институт;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Актуальность. Данные большинства исследований последних лет свидетельствуют о том, что большое количество пациентов с психическими расстройствами выявляется вне психиатрической сети, большинство из них обращаются в учреждения общесоматического профиля. Подобное касается и дерматовенерологической службы. На сегодняшний день у нас уже можно встретить публикации и работы в которых описываются психопатологические расстройства невротического регистра, как часто встречающиеся у больных псориазом. Не многие пациенты с псориазом и не всегда обращаются за помощью в учреждения психиатрической и психотерапевтической сети. Эпидемиологические тенденции и клиническая реальность искажаются в виду того, что больные псориазом не учитываются службами статистики в официальных отчетах как нуждающиеся в психиатрической и психотерапевтической помощи. Можно с полной уверенностью сказать, что психические расстройства значительно увеличивают тяжесть протекания псориаза, угрозу для жизни и усиливают бремя заболевания.

Цель исследования. Изучить влияние психотерапевтического лечения на больных псориазом.

Материал и методы. На базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в дальнейшем в поликлинике и отделении Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №2 в городе Коканде, а также в отделениях Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №1 в городе Фергане нами были обследованы 100 больных псориазом (мужчины – 60 человек, женщины – 40 человек) в возрасте от 18 до 72 лет принимавших амбулаторное и стационарное лечение. Из них 70 пациентам (50 мужчин, 20 женщин) применены различные психотерапевтические методы коррекции невротических расстройств.

Результаты и обсуждение. У 70 %, 56 пациентов (30 мужчины и 26 женщин) были выявлены те или иные психические расстройства невротического регистра, основными проявлениями которых были раздражительность, пониженное настроение, нарушение сна, страх и тревога. У определённых больных отмечалось наличие суицидальных мыслей, что уже само по себе должно настораживать лечащих врачей, а также сильные переживания своего внешнего вида, связанные с кожным процессом. Всё это существенно и отрицательно влияло на качество жизни пациентов.

Для коррекции вышеперечисленных психопатологических расстройств у обследованных больных псориазом были применения сеансы психотерапии с комплексным подходом. Основными проявлениями психопатологических расстройств, на которые была нацелена психотерапия были раздражительность, пониженное настроение, нарушение сна, страх и тревога, суицидальные мысли, переживания своего внешнего вида, связанные с кожным процессом. Нами был использован интегрированный психотерапевтический подход с комплексом различных методик, который включал классическую гипнотерапию, гипноз с Эриксоновскими техниками, эмоционально-образную, позитивную, клиент центрированную и проблемно-ориентированную психотерапию. Следует отметить, что мы придерживались индивидуального подхода при психотерапевтическом воздействии на пациентов, нами были учтены нервно-психологические состояния каждого больного. С самого начала с использованием вышеперечисленных техник и методов больным внушалось, что их болезнь не приговор, всегда есть выход из любой ситуации, пока человек жив и дышит, он имеет возможность изменить свою ситуацию в лучшую сторону. Терпеливо выслушивались все жалобы пациентов. Пациентам в ясной для них форме разъяснялась сущность проводимого лечения, необходимость правильного соблюдения режима приема лекарственных препаратов, а также смысл каждого психотерапевтического метода. Делался акцент на гуманности и высокого уважения воли каждого больного, им позволялось самим выбирать метод психотерапевтического и психофармакотерапевтического воздействия. Нами был отмечен хороший результат при применении суггестивных методов у больных в клинике психопатологических расстройств, которых преобладал истерический компонент. У пациентов с преобладанием обсессивно-компульсивных проявлений в основном положительный результат показала клиент

центрированная и проблемно-ориентированная психотерапия. Тревога и страх хорошо купировались методами эмоционально-образной психотерапии и применением Эриксоновского гипноза, а также релаксирующими техниками. Больным с невротической депрессией отлично помогала позитивная психотерапия.

Выводы. Таким образом, чтобы добиться хороших результатов в терапии псориаза, лечащий врач должен учитывать не только соматическое, но, обязательно и психическое состояние больных псориазом. Возможна, и скорее необходима консультация с психиатром. Вышеизложенные данные могут свидетельствовать о сложной природе псориаза, о наличии психических расстройств у большинства обследуемых, а также влияние психотравмирующих факторов на возникновение и прогноз кожной патологии. Становится ясно, что психика больного имеет огромное значение в связи с обязательным присутствием тех или иных психопатологических расстройств, в том числе и невротического регистра утяжеляющих и без того сложное течение хронического, рецидивирующего и как следствие приводящее к различным нежелательным социальным последствиям дерматологического заболевания. Поэтому представляется возможным и скорее необходимым применение комбинированных методов психотерапии при лечении дерматологических больных.

К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

М.И. АДИЛЬГЕРЕЕВА, М.А. ЮЛДАШЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Алопеция – патологическое выпадение волос в местах присущего им роста, когда в силу тех или иных причин развиваются деструктивные и морфоструктурные изменения в области волосяного фолликула.

В настоящее время тема алопеции весьма актуальна в дерматологии. Это связано с ростом заболеваемости, увеличением числа больных с тяжелыми формами алопеции, трудностями в терапии этих больных, проблемами социально-психологической адаптации, особенно в детском возрасте (существенно влияет на качество жизни, правильное формирование личности).

Цель исследования. Изучение патогенеза алопеции у детей. В настоящее время патогенез данной патологии остаётся до конца неизученным. Однако первостепенная роль отводится генетической предрасположенности, заболевание проявляется под влиянием экзогенных и эндогенных факторов. Этими факторами могут быть эндокринные, иммунные нарушения, психический стресс, дефицит цинка (заболевание сопровождается структурным изменением твердого вещества зубов и множественным кариесом), единичные наблюдения лямблиозной инфекции, также наличие бактериальной (эпидермальный стафилококк, золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк) и вирусной инфекции, нарушение функции гипоталамуса.

Под наблюдением находилось 20 детей (11 девочек и 9 мальчиков) в возрасте от 1 до 18 лет.

Очаговая форма была зарегистрирована у 15 детей, диффузная – у 2, тотальная – у 3. Среди них у большинства детей отмечалась алопеция в прогрессирующей стадии (12 человек), у остальных – стационарной стадии (8 человек).

В нашем исследовании наследственность прослеживается у 4 детей. У 2 облысение появилось после гибели близкого родственника. Кроме того, 3 детей связывали появление алопеции с нейроинфекцией, краснухой, паротитом. У 8 отмечалась та или иная форма пищевой или лекарственной непереносимости. В 18 случаях у матерей наблюдалась патология беременности и родов.

Большая роль отводится высокой частоте сопутствующей патологии. Так, у всех детей отмечался дисбактериоз; у 10 – другая патология ЖКТ (кариес зубов, хронический гастрит, гастродуоденит, панкреатизм, реактивный панкреатит); у 8 – астеноневротический синдром; у 2 – диффузный узловой зоб; у 4 – атопический дерматит, бронхиальная астма; у 3 – синдром внутричерепной гипертензии; у 2 – хронический тонзиллит и пиелонефрит.

При обследовании были обнаружены следующие изменения: в анализе кала на дисбактериоз у всех больных выявлено снижение общего количества кишечных палочек, бифидобактерий, увеличение количества кишечных палочек со слабоферментативными свойствами. У 7 детей обнаружены цисты лямблий. В биохимическом анализе крови отмечается повышение билирубина и аминотрансфераз.

Однозначно ответить на вопрос о причинах и механизмах возникновения алопеции мы не можем. Однако можно с уверенностью утверждать, что это – мультифакториальное заболевание, мешающее нормальному формированию личности и психосоциальной адаптации, что особенно важно в детской среде. А дети с алопецией нуждаются в комплексном лечении совместно с педиатрами, гастроэнтерологами, эндокринологами, невропатологами, иммунологами, психиатрами.

НЕКОТОРЫЕ ШТРИХИ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Б.С. АЗИЗОВ, А.А. МАННАНОВ

Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра терапевтически направленных предметов №1 Ташкент, Узбекистан

Введение. В формировании патологического процесса при атопическом дерматите (АД) выделяют 3 основные фазы, которые развиваются на генетической основе в зависимости от воздействия экзогенных триггеров. В начале поражается щеки (по типу молочного струпа), волосистая часть головы (гнейс), заушные складки, затем в процесс вовлекается наружные поверхности голеней и плеч. Кожа становится ярко гиперемированной, отечной, появляются микровезикулы, мокнутия. Наблюдается признаки истинного полиморфизма – эритема, папула, везикула, мокнутие, корки, чещуйки. По мере увеличения возраста очаги уменьшаются, становятся менее экссудативными и появляется тенденция к локализации на разгибательных и сгибательных поверхностях конечностей. Примерно к 18 месяцам появляются характерные поражения в области локтевых и подколенных суставов, кистей. В конце 2 года жизни появляются другие атопические заболевания: аллергический ринит, астмоидный бронхит, бронхиальная астма. В это же время кожные проявления в результате лечения или спонтанно переходят во вторую стадию. Детская фаза АД отличается хроническим рецидивирующим течением. Экссудативные проявления отсутствуют, кожа становится сухой. В отличие от младенческой фазы поражается задняя поверхность шеи и сгибательная поверхность конечностей, а очертания очагов поражения становится более выраженными. Основными морфологическими элементами в этой фазе становятся папулы, склонные к слиянию, с образованием очагов лихинификации. На фоне эритематозно-сквамозных поражений кожи вокруг глаз, губ и у входа в носовые отверстия, часто возникают трещины.

В конце детской фазы процесс локализуется преимущественно в подколенных и локтевых складках. Характерным проявлением для подростковой фазы является возникновение фиксированных очагов высыпаний, в основном, на коже тыльных поверхностей кистей, локтевых и коленных сгибов, шеи. Пруриго-папулезные элементы наблюдаются на фоне сухой, инфильтрированной и лихинифицированной кожи. Типичными являются также поражения кожи лица (лба, щек, вокруг глаз, губ), однако, в отличие от детской фазы поражение этих участков кожи проявляется более диффузно, но имеется с меньшим количеством экскориаций и более выраженным шелушением.

Выводы. Таким образом, изучение хронологии течение АД у детей, разных возрастных групп характеризуется рядом клинических особенностей, являющихся выражением возрастной стадийности единого патологического процесса. По такому принципу изучение течения заболевания позволяет более полно характеризовать АД и его динамику в процессе наблюдения.

МИКРОЭКОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Б.С. АЗИЗОВ, И.Б. НУРМАТОВА, Ш.Т. АЮПОВА

Ташкентский государственный стоматологический институт; Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Определить встречаемость и виды микрофлоры слизистой полости рта у пациентов с вульгарной пузырчаткой.

Материалы и методы исследования. Пациенты с вульгарной пузырчаткой, находящиеся на учёте в Республиканской клинической кожвен больнице, бактериологические исследования.

Результаты исследования. Обследовано 13 пациентов с различными клиническими формами вульгарной пузырчаткой У основной части больных диагностировали вульгарную форму акантолитической пузырчатки (8), у 4 – себорейную форму, или синдром Синера – Ашера и у одного – листовидную форму истинной акантолитической пузырчатки. Диагноз ставился на основании обнаружения акантолитических клеток Тцанка.

У обследованных выявлены следующие сопутствующие дерматозы бактериальной природы: вульгарные угри у 3, импетиго у 4 больных (щелевидное у 2, буллёзное у 2).

При бактериологическом посеве материала из слизистой полости рта у пациентов с вульгарной

пузырчаткой высеивались эпидермальный стафилококк 10 (83 %), дрожжевые грибы 9 (76 %), кишечная палочка 2 (15 %), дрожжевые грибы 7 (53 %). Также отмечено наличие колоний сапрофитирующих бактерий, в частности эпидермального стафилококка 83 % и дрожевых грибов 76 %.

У всех пациентов, получающих глюкокортикостероидную терапию, согласно стандартам Министерства Здравоохранения РУЗ, в посеве обнаружены дрожжевые грибы. значительно повышается высеваемость микробов в смешанных культурах, что свидетельствует о возможности синергизма ассоциативных форм микрофлоры. Увеличение общей обсемененности кожи пропорционально степени тяжести вульгарной. При этом снижается количество естественных обитателей кожных покровов, появляются микроорганизмы, не свойственные этому биотопу: P. aeruginosa, Escherichia coli, Candida sp. и штаммы Proteus sp.

Таким образом, бактериологические исследования показали наличие смешанной микрофлоры, которая не всегда зависела от клинических форм пузырчатки. Очевидно, что с возрастанием степени тяжести пузырчатки и длительность получаемой терапии прямо пропорционально нарастает число смешанной микрофлоры на очагах поражения и слизистой полости рта.

СЛУЧАЙ БУГОРКОВОГО ЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ

Б.С. АЗИЗОВ, И.Б. НУРМАТОВА, Х. ЭГАМОВ

Ташкентский государственный стоматологический институт;
Ташкентская медицинская академия;
Самаркандский государственный медицинский университет

Кожный лейшманиоз, это одна из важнейших медико-социальных проблем в дерматологии. Врачам дерматологам следует иметь определенную настороженность в отношении развития данного заболевания, особенно в осенний период времени в связи с широкой миграцией населения. В литературе много описаний основных форм лейшманиоза, их клинических симптомов. Обделена вниманием редко встречающаяся бугорковая форма кожного лейшманиоза.

Цель исследования. Описывается случай редко встречающейся бугорковой формы кожного лейшманиоза.

Материал и методы исследования. Набор пациентов производился в областном кожвен диспансере Самаркандской области.

Результат исследования. Бугорковая форма кожного лейшманиоза является одним из вариантов лейшманиоза, который развивается у лиц с измененный реактивностью организма в результате активации сохранившихся лейшманий или в результате естественной суперинфекции. Этот тип лейшманиоза часто встречается у детей или лиц молодого возраста. Заболевание развивается или в процессе обратного развития первичной лейшманиомы антропофильного типа или в области постлейшманиозного рубца. Вокруг заживающего очага поражения появляются бугорки величиной 2–5 мм, желто-белого цвета с признаком застойной красноты. Элементы имеют полушаровидную плоскую форму, с гладкой,иногда шелушащейся поверхностью. Бугорки часто окружают свежий рубец, могут развиться на уже сформировавшемся рубце и сохраняются длительное время. Появление новых элементов способствует увеличению зоны поражения, захватывающей новые участки кожи. Затем в процессе обратного развития оставляют атрофию или могут изъязвляться, покрываясь желто-коричневой коркой. По внешнему виду бугорки напоминают люпомы при туберкулезной волчанке, поэтому заболевание часто называют люпоидным лейшманиозом [8].

Приводим наше наблюдение

Больная Х. 20 лет. Обратилась с жалобами на высыпание в области носа. Субъективных жалоб нет.

Считает себя больной в течении 6–7 мес. Причину возникновения высыпаний больная ни с чем не связывает. В начале появилось небольшое пятно, которое через 3 месяца покрылось корочкой. Неоднократно получала амбулаторное лечение по месту жительства (Какие препараты больная получала не помнит), однако эффекта от полученной терапии не отмечала.

Кожа смуглая. Дермографизм розовый. эластичность кожи обычная. Кожная чувствительность сохранена, зон кожной гиперестезии нет. Кожно-патологический процесс носит хронический воспалительный, ограниченный характер, локализуется на коже лица, а именно область спинки и крыльев носа. Элементами поражения являются бугорки, размерами 3–4 мм в диаметре застойно-красного цвета, расположенные на гиперэмированном и инфильтрированном фоне в виде бляшки, с четкими границами. Элементы имеют полушаровидную форму с легким ше-

лушением на поверхности, местами склонные к слиянию, плотноватой консистенции.

Гистологическое исследование: Гиперкератоз с роговыми инвагинациями, неравномерный акантоз чередующийся с участками уплошенного эпидермиса, вакуольная дитсрофия клеток базального слоя с выпадением пигмента в сосочковый слой дерма. В дерме коллагеновые волокна фиброзно изменены местами гомогенизированы, определяются туберкулоидные гранулематозные инфильтраты, содержащие лимфоциты, нейтрофилы, гистиоциты, единичные многоядерные гигантские клетки.

Бугорковый лейшманиоз кожи остается редким дерматозом. Осведомленность широкого круга врачей о состоянии проблемы имеет важное значение для совершенствования диагностики и повышения эффективности лечения данного заболевания.

АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

М.А. АЛИМБАЕВА, А.А. АСКЕРОВА

НАО «Медицинский Университет Астана» г. Астана, Казахстан

Пациенты с хроническими дерматозами, характеризуются мультинаследственным характером, рецидивирующим течением в преобладающем большинстве случаев получают лечение в условиях круглосуточного стационара и меньше на амбулаторном этапе. В клинической картине этих дерматозов превалируют сухость, инфильтрация, папуло-сквамозные и везикулярные высыпания, основным симптомом является зуд кожи.

Цель исследования. Оценить эффективность тандем-терапии с включением в эмолента, содержащего aqua posae filiformis + microrésyl, ниацинамид и масло карите у пациентов с хроническими дерматозами.

Материалы и методы исследования. Было проведено на базе кожно-грибкового отделения №2 Дерматологического блока Многопрофильной городской больницы №3 в городе Астана. В группу исследования включено 16 пациентов в возрасте от 5 до 68 лет, средний возраст составил 36 лет. Гендерный состав: 9 женского пола (56,25 %), 7 мужского пола (43,75 %). Были отобраны пациенты со следующими хроническими дерматозами: псориаз – 9 пациентов (56,25 %), атопический дерматит – 4 пациента (25 %), экзема – 2 пациента, (12,5 %), ихтиоз – 1 пациент 6,25 %).

Оценка степени тяжести дерматозов проводилась с помощью индекса SCORAD у больных с атопическим дерматитом, индекса PASI у больных с псориазом:

Проводилась оценка интенсивности зуда больными с помощью визуальной аналоговой шкалы (от 0 до 10 баллов).

Нами была разработана анкета для пациентов по эффективности и безопасности использования адъювантной терапии эмолентами (в начале терапии и в конце).

Результаты исследования. Пациенты были разделены по группам: псориаз – 9 (56,25 %), атопический дерматит – 4 (25 %), экзема – 2 (12,5 %), ихтиоз – 1 (6,25 %). В группе с АтД преобладали пациенты со средней степенью тяжести 20 баллов – 2, 40 баллов – 2 пациента. В группе пациентов с псориазом индекс PASI менее 30 % – 5; PASI 30-60 % – 4. По степени выраженности зуда больные были распределены следующим образом: 3 (18,75 %) – со слабым зудом, 7 (43,75 %) – с умеренным зудом, 6 (37,5 %) – с выраженным зудом.

В результате анкетирования выяснилось, что 87,5 % пациентов постоянно использовали мочалки при купании, лишь 6,25 % пациентов использовали эмоленты в тандем-терапии с топическими глюкокортикостероидами, а 93,8 % использовали исключительно топические глюкокортикостероиды.

Выводы: на основании проведенного исследования была получена положительная динамика во всех четырех группах пациентов с хроническими дерматозами, находящихся на стационарном лечении МГБ №3 отделения дерматологии. На фоне тандем-терапии на 3–5 сутки в группе пациентов с псориазом и АтД отмечено уменьшение эритемы на 30 %, у пациентов исчезновение сухости отмечено на 2–3 сутки, значительное улучшение состояния кожи отмечено у пациента с ихтиозом.

ПОКАЗАТЕЛИ МАРКЕРОВ АКТИВАЦИИ АПОПТОЗА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

С.Ф. АЛЯВИ

Ташкентский государственный стоматологический институт

Псориаз – системное иммуноопосредованное заболевание мультифакторной природы с доминирующим значением генетических факторов в его развитии, характеризующееся ускоренной пролиферацией эпидермоцитов и нарушением их дифференцировки, иммунными реакциями в дерме и синовиальных оболочках, дисбалансом между провоспалительными и противовоспалительными цитокинами, хемокинами.

Гиперпролиферация эпидермиса при псориазе регулируется различными медиаторами, включая цитокины и/или апоптический механизм. Феномен апоптоза, т.е. запрограммированной гибели клеток, определяет поддержание гомеостаза внутри эпидермиса, а также функционирование иммунной системы. Развитие иммуноопосредованных дерматозов может возникать вследствие ингибирования или нарушения апоптоза лимфоцитов. Псориатические кератиноциты обладают повышенной способностью противостоять апоптозу, что может быть один из ключевых патогенетических механизмов псориаза. В поддержании периферической иммунной толерантности и в процессах апоптоза важная роль отводится экспрессии белка Fas на лимфоцитах, так как Fas представляет собой рецептор для белков семейства TNF.

Цель исследования. Изучение маркеров дифференцировки CD25 и CD95 Т лимфоцитов, участвующих в процессах апоптоза.

Исследования маркеров дифференцировки CD25 (лимфоциты с рецептором к IL-2) и CD95 (лимфоциты с рецептором к апоптозу) Т лимфоцитов определяли при помощи моноклональных антител методом непрямого розеткообразования. Под наблюдением находились 91 больной псориазом в возрасте от 18 до 50 лет. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых добровольцев аналогичного возраста.

Исследования показали, что содержание Т лимфоцитов с маркерами CD25 в общей группе больных несколько превышало данные контроля, но не достоверно. Анализ данных в зависимости от формы заболевания показал рост этих клеток у больных с прогрессирующей стадией заболевания в 1,1 раза по сравнению со стационарной формой и контролем, но эта разница не достоверна ($p>0,05$). Действительно, при прогрессирующей стадии заболевания выявлялся достоверный рост CD8 цитотоксических Т лимфоцитов.

Исследование уровня CD95 клеток показало несколько сниженное его содержание у больных с псориазом ($p>0,05$). Анализ данных в зависимости от стадии заболевания показал разнонаправленные изменения. Так, в стационарной стадии содержание CD95 клеток регистрировалось выше контрольных данных, а в прогрессирующей стадии заболевания ниже контроля в 1,1 раза. Разница между показателями CD95 клеток составляет 1,2 раза и достоверно ($p<0,05$). Снижение экспрессии CD95 клеток рецепторов говорит о снижении в кровотоке зрелых Т клеток, которые относительно резистентны к апоптогенным стимулам.

Таким образом, при различных формах псориаза наблюдаются разнонаправленные изменения экспрессии маркеров позитивной и негативной активации лимфоцитов.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСТРОФИЧЕСКОГО БУЛЛЁЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

Л.К. АМРИНА, Л.К. САГИДОЛДИНА, Г.Ж. ЖУМАДИЛОВА.

НУО «Казахстанско-Российский медицинский Университет»;
Кафедра дерматовенерологии с курсом фтизиатрии, г. Алматы, Казахстан

Врождённый буллёзный эпидермолиз (ВБЭ) – наследственное заболевание, характеризующееся образованием пузырей на кож ных покровах и слизистых оболочках в верхней части сосочкового слоя дермы. Первые признаки заболевания появляются уже с рождения, и такие пациенты требуют особого подхода к обследованию, лечению, уходу и социальной адаптации к окружающей среде. Многие новорожденные больные ВБЭ погибают в первые дни жизни или становятся инвалидами. Во взрослом возрасте – чаще от злокачественных новообразований кожи (плоскоклеточный рак, меланомы), полиорганной недостаточности, осложнений поражений внутренних органов (дилятационная кардиомиопатия). Потребность пациентов в обеспечений специализированной медицинской помощью, лекарственными средствами, перевязочными материалами и изделиями медицинского назначения остается пожизненной. Одним из наиболее тяжелых вариантов ВБЭ является рецессивный дистрофический буллезный эпидермолиз.

Клинический случай. Учитывая редкость данной патологии, представляем наше наблюдение.

Пациентка Ж., 2011 г.р. Из анамнеза заболевания: со слов бабушки ребенок болен с рождения. Первые высыпания появились в области ротовой полости и верхних конечностей. В роддоме педиатром был выставлен диагнозом «буллезный эпидермолиз». Не лечилась.

В результате отсутствия лечения и ухода произошли сращение, деформации, мутиляции кистей рук и ног. До двух лет ребенок не разговаривал и не сидел. Ребенок от первой беременности, первых родов. Наследственность не отягощена, беременность протекала без особенностей. Лекарственной аллергии ранее не было, пищевая аллергия на сладкое.

Состоит на диспансерном учете: Задержка психомоторного развития. Врожденная косолапость. Синдром Робина. ЖДА 2 степени. Хронические запоры.

Общее состояние средней степени тяжести. Двигается мало, так как при малейшей травматизации появляются новые пузыри. В контакт вступает неохотно, плохо разговаривает. В ротовой полости имеются только отдельные корни зубов с массивным кариозным поражением. Патологический процесс локализован на коже лица, туловища, нижних, верхних конечностей кистей, стоп. Патологический процесс представлен пузырями до 3–5 см в диаметре, с серозно- геморрагическим содержимым. Симптом Никольского отрицательный. Вторичные элементы представлены эрозиями до 3–4 см в диаметре, серозными корочками, рубцами и ретенционными кистами. Ногти на ногах и руках отсутствуют. Наблюдается сращение пальцев кистей и стоп. Пациентка не ходит, подвижность всех суставов существенно ограничена, размер скелета меньше нормы.

Обследование: в ОАК признаки анемии, ускорение СОЭ.

Проведенное лечение: десенсибилизирующая, антигистаминная терапия, витамины, бифидобактерии, наружное лечение (водный раствор анилинового красителя, эпителизирующие и антибактериальные средства).После проведенной терапии отмечается положительная динамика: новых высыпаний нет, эрозии в стадии эпителизаци. Сохраняются рубцовые изменения кожи.

В представленном наблюдении представлен редко встречающийся дерматоз – тяжелая форма дистрофического врожденного буллезного дерматоза. В настоящее время продолжаются исследования буллезного эпидермолиза с целью поиска более эффективных методик лечения.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА G-197A ГЕНА IL17A В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОСТАКНЕ

С.С. АРИФОВ, З.Э. ЭРКИНЛАР, К.Т. БОБОЕВ, Ш.Т. ГАНИЕВА

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников; Республиканский специализированный гематологический научно-практический медицинский центр г. Ташкент

Введение. Постакне – это симптомокомплекс, который развивается после среднетяжелых и тяжелых степеней течения акне и состоит из рубцовых изменений, поствоспалительные гипер- и гипопигментации, милиумов. В последние годы все внимание привлекает участие интерлейкина-17 (IL-17) в патогенезе некоторых воспалительных заболеваний. Однако, в доступной литературе значение этого цитокина у больных акне и постакне четко не определено, поскольку в основе этих болезней участвует воспалительный процесс.

Цель исследования. Исследовать роль полиморфизма G-197A гена IL17A в патогенезе и клиническом течение постакне.

Материал и методы исследования. Молекулярно-генетические исследования полиморфных локусов G-197A гена IL17A были проведены у 107 пациентов с постакне. Из них мужчин было – 55 (51,4 %), женщин – 52 (48,6 %). Контрольную группу составили 103 условно здоровых лица узбекской национальности, соответствующие по полу и по возрасту без каких-либо дерматологических заболеваний в том числе постакне.

Результаты исследования показали, что доминирующим генотипом данного полиморфизма в исследованных группах пациентов и контроля был гомозиготный генотип G/G который встречался 70,1 % и 81,6 %, соответственно. Частоты G/A и A/A генотипов в исследованных группах пациентов и контроля фиксировались 25,2 % против 16,5 % и 4,7 % против 1,9 % соответственно. Установлено, что доли носительства генотипического варианта G/G среди пациентов оказалось значительно ниже чем у представителей контрольной выборки (70,1 % и 81,6 %, соответственно; $\chi^2 = 3,7$; $p = 0,05$), и данный генотип был ассоциирован с пониженным риском формирования стойких вторичных изменений в кожных тканях постакне (протективный эффект) (OR = 0,1; 95 % CI:0,28 – 1,01). Вместе с тем, выявлены значительные различия (тенденции) в распределении частоты гетерозиготного генотипа G/A в группах контроля и пациентов (25,2 % и 16,5 % соответственно, $\chi^2 = 2,4$; $p = 0,2$), при этом показатель относительного риска был равен – 1,7 (95 % CI:0.87 –3,35).

Также, выявлена тенденция к ассоциации неблагоприятного гомозиготного генотипа A/A с риском формирования рубцовых изменений постакне. Показатель соотношения шансов развития вторичных изменений постакне у носителей данного генотипа был высокий и составил OR = 2,5 при 95 % CI:0,49 – 12,41.

Заключение. Полученные данные подтверждают участие гена IL17A в развитии симптомокомплекса постакне у лиц узбекской национальности.

РОЛЬ ЭМОЛЕНТОВ В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

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

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Атопический дерматит (АД) – заболевание кожи, характеризующееся выраженным зудом, хроническим рецидивирующим течением, которое имеет определенную возрастную динамику. В патогенезе данного дерматоза лажать генетические факторы, нарушение функционирования кожного барьера и иммунная дисрегуляция.

В настоящее время существуют многочисленные методы терапии АД, включая местные, системные и физиотерапевтические процедуры. При этом, наружное лечение считается неотъемлемой частью терапии больных, страдающих данным дерматозом, а первой линией терапии является применение эмолентов или увлажняющих кремов и др.

Цель исследования. Изучение эффективности Atoderm IntensIve Balm в терапии атопического дерматита.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 22 больных, страдающих атопическим дерматитом в возрасте от 7 до 28 лет, мужчин было 13 (59,1 %) и женщин – 9 (40,9 %). Давность заболевания составило от нескольких месяцев до 14 лет.

Среди наблюдаемых больных у 2 (9,1 %) пациентов была диагностирована эритематозно-сквамозная форма, у 7 (31,8 %) – эритематозно-сквамозная с лихенификацией, у 9 (40,9 %) – лихеноидная и у 4 (18,2 %) – пруригинозная форма.

Больные в зависимости от получаемой терапии были разделены на 2 группы: первая группа получили согласно стандартам обследования лечения (наружно очаги смазывали обычным увлажняющим кремом) по дерматовенерологии, вторая группа, на фоне стандартной терапии наружно очаги поражения на коже рук, ног и тело смазывали эмолентом Atoderm IntensIve Balm, на губ – Atoderm lip stick.

Результаты исследования. Показали, у больных второй группы, по сравнению с первой группой, было отмечено ранее прекращение зуда, разрешение морфологических элементов сыпи, исчезновение сухости, возвращение эластичности кожи.

Выводы. Применение Atoderm IntensIve Balm и Atoderm lip stick значительно улучшает результаты лечения больных атопическим дерматитом.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОПИЧЕСКИХ РЕТИНОИДОВ В ТЕРАПИИ АКНЕ

С.С. АРИФОВ, У.Ю. САБИРОВ, Н.С. ИБРОХИМОВА

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

Акне – хроническое воспалительное заболевание сальных желез и имеет полиэтиологическую природу. 80 % лиц молодого возраста страдают данной патологией, который в значительной степени вызывает косметологический дефект и снижает качество жизни больных. Существуют разнообразные местные и системные препараты для лечения акне, которые полностью не удовлетворяют больных и врачей.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность топического ретиноида в лечении акне.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 62 больных акне от 14 до 25 лет, средний возраст составил 18,2 ± 0,9 лет. Мужчин было 29 (46,8 %) и женщин – 33 (53,2 %). Длительность заболевание составила от 2 месяцев до 13 лет. При этом до 1 года болели 14 больных (22,6 %), от 1 до 5 лет – 19 (30,6 %), от 6 до 10 лет – 21 (33,8 %) и свыше 10 лет – 8 (13 %) больных.

Согласно классификации, Plewig G., Kligman A.M., Jansen J. (2000) комедональная форма диагностирована у 23 (37,1 %) больных, папуло-пустулезная – у 31 (50 %) и конглобатная – у

8 (12,9 %) пациентов. Согласно классификации, предложенной Глобальным альянсом по улучшению результатов акне легкая степень тяжести течения установлена у 22 (35,5 %) пациентов, средняя степень – у 29 (46,8 %) и тяжелая – у 11 (17,7) больных.

Результаты исследования. Все больные получили лечение согласно стандартам обследования и лечения, в дерматовенерологии и косметологии Республики Узбекистан (2021), с учетом тяжести течения акне. Больные, по степени тяжести течения заболевания были разделены на 2 однородные группы: первой группе (30 больных) больных рекомендовали стандартное лечение. Больным второй группы (32 больных), на фоне стандартной терапии, при легкой степени тяжести наружно получили 0.1 % гель адапалена (Клензит), а со средней и тяжелыми степенями течения – адапален +клиндомицин (Клензит –С).

Клензит и Клензит С гель согласно инструкции, наносили на очаги акне 1 раз в сутки (на ночь, на чистую сухую кожу). Клиническое наблюдение показало, что во второй группе больных акне отмечалось ранее клиническое разрешение элементов сыпи, по сравнению с первой группой. При этом в первой группе клиническое разрешение отмечали у 7 (23,3 %), значительное улучшение – у 14 (46,7 %) и улучшение – у 9 (30 %) больных Тогда как, во второй группе аналогичные показатели составили – 12 (37,5 %), 16 (50 %) и 4 (12,5 %).

Вывод. Включение Клензита при легком течении и Клензита –С – при среднетяжелой и тяжелой степенях течение по своей клинической эффективности превосходит стандартную терапию акне.

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ: ПОИСК ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ

О.Г. АРТАМОНОВА, А.Э. КАРАМОВА, Д.А. ВЕРБЕНКО, А.А. КУБАНОВ

ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Псориатический артрит – хроническое воспалительное заболевание суставов, позвоночника и энтезисов, которое может наблюдаться у больных с псориазом. По данным литературы, псориатический артрит встречается у 19,7% больных псориазом, может развиться в любом возрасте. В 70% случаев кожные высыпания предшествуют поражению опорно-двигательного аппарата. Доказано, что задержка диагностики псориатического артрита всего на 6 месяцев связана с ухудшением долгосрочных рентгенологических и функциональных исходов. Решением проблемы ранней диагностики поражения суставов может стать поиск «предикторов» риска развития псориатического артрита у больных псориазом.

Цель исследования. Поиск возможных генетических прогностических маркеров развития псориатического артрита у больных псориазом.

Материалы и методы. Всего в исследование включено 250 пациентов. Основную группу составили 190 больных с установленным диагнозом псориаза обыкновенного, из них 128 (67,4%) мужчин, 62 (32,6%) женщины. Средний возраст составил 40,30 ± 15,56 (от 18 до 84 лет), средняя длительность псориаза – 10,09 ± 11,08 (0–57 лет), средний возраст дебюта псориаза – 30,53 ± 16,06 (1–74 лет). Контрольную группу составили 60 больных с установленным диагнозом псориаза артропатического, из них 39 (65%) мужчин, 21 (35%) женщина. Диагноз псориатического артрита установлен врачом-ревматологом в соответствии с критериями CASPAR. Средний возраст составил 44,43 ± 14,15 (от 18 до 86 лет), средняя длительность псориаза – 20,47 ± 13,22 (2–57 лет), средняя длительность псориатического артрита 7,97 ± 9,95 (0–47 лет). Средний возраст дебюта псориаза составил 25,25 ± 11,29 (6–58 лет), средний возраст дебюта псориатического артрита – 37,55 ± 11,54 (16–74 лет). В качестве прогностического маркера рассматривался *HLA-B*27* – один из генов системы *HLA*, с высокой степенью вероятности ассоциированный с развитием псориатического артрита. Определение наличия аллельного варианта главного комплекса гистосовместимости B27 проводили с использованием аллель-специфичной полимеразной цепной реакции с детекцией продукта ПЦР в реальном времени с использованием линейных разрушаемых проб.

Результаты. В результате проведенных молекулярно-генетических исследований в группе больных псориазом ($n = 190$) частота встречаемости аллельного варианта HLA-B27 составила 9,5%. В группе больных с установленным диагнозом псориатического артрита (n=60) данный показатель составил 15%. Отношение шансов (ОШ) = 1,686 [95% ДИ: 0,714–3,981], p = 0,335.

Обсуждение. Клиническое значение обнаружения *HLA-B27* в контексте прогнозирования риска развития псориатического артрита у больных псориазом требует дальнейшего изучения.

Следующим этапом исследования планируется расширенное HLA-гентипирование данных групп больных с применением метода NGS на платформе MiSeq Illumina.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРОМ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 4 ТИПА

О.Г. АРТАМОНОВА, А.Э. КАРАМОВА, А.А. КУБАНОВ

ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава РФ, г. Москва, Россия

Актуальность. Псориатическая ониходистрофия представляет собой изменение ногтевых пластин у больных псориазом. По данным литературы, диагностируется в 41–80 % случаев. Фототерапия и системная терапия (метотрексат), широко применяемая у больных псориазом, часто недостаточно эффективна в отношении псориатической ониходистрофии. Один из новых препаратов – селективный ингибитор фосфодиэстеразы 4 типа, одобренный для терапии псориаза и псориатического артрита, в международных клинических исследованиях показал высокую эффективность в отношении кожных проявлений.

Цель исследования. Оценить эффективность терапии селективным ингибитором фосфодиэстеразы 4 типа больных псориазом с поражением ногтевых пластин.

Материалы и методы. В исследование включено 26 больных псориазом обыкновенным, из них 19 (73%) мужчин и 7 (27%) женщин в возрасте от 21 до 65 лет (в среднем, 40,4±12,6 лет). Длительность псориаза составляла от 4 до 44 лет (в среднем, 20,8±11,3). Псориаз средней степени тяжести зарегистрирован у 11 (42%) больных, тяжелой степени тяжести – у 15 (58%). Индекс PASI колебался от 10 до 47 (в среднем, 21,8±9,2). Поражение ногтевых пластин кистей и стоп отмечалось у 21 (81%) больного, у 5 (19%) больных – поражение ногтевых пластин стоп. У всех больных в анамнезе недостаточная эффективность терапии метотрексатом. Пациентам была назначена монотерапия апремиластом в дозе 30 мг 2 раза в день в течение 26 недель. Эффективность терапии апремиласта отношении псориатической ониходистрофии оценена с помощью динамики индекса NAPSI.

Результаты. Исходно значения индекса NAPSI варьировали от 0 до 160 баллов (50,5±46,5). При этом, значения NAPSI ногтевых пластин кистей варьировали от 0 до 80 (в среднем, 17,3±22,3); ногтевых пластин стоп – от 0 до 80 (в среднем, 33,5±27,6). Чаще всего регистрировались такие изменения ногтевых пластин как: подногтевой гиперкератоз (35,9%), симптом масляного пятна (29,7%), онихолизис (23,5%), симптом наперстка (10,9%). К 14 неделе терапии индекс NAPSI снизился до 40,1±36,1 (от 0 до 112 баллов) ($p<0,0004$), а к 26 неделе до 36,5±35,2 (от 0 до 112 баллов) ($p<0,0002$). В отношении псориатической ониходистрофии ногтевых пластин стоп NAPSI снизился к 14 неделе терапии до 26,9±24,2 (от 0 до 80) ($p<0,0003$), к 26 неделе до 23,1±24,2 (от 0 до 80) ($p<0,0003$). В отношении ногтевых пластин кистей до 13,2±17,2 (от 0 до 60) ($p<0,005$) к 14 неделе и до 11,5±14,7 (от 0 до 54) ($p<0,007$) к 26 неделе, соответственно. К 26 неделе терапии достижение NAPSI50 и выше к 26 неделе терапии регистрировалось у 7 (27%) больных, NAPSI30 и выше – у 11 (42%) больных.

Обсуждение. Селективный ингибитор фосфодиэстеразы 4 типа (апремиласт) продемонстрировал выраженный клинический эффект в отношении терапии псориатической ониходистрофии у больных псориазом среднетяжелой и тяжелой степени тяжести с длительным анамнезом псориаза, предшествующей неэффективностью метотрексата в анамнезе.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСИМЕРНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ НЕСЕГМЕНТАРНОГО ВИТИЛИГО

Т.Т. АРТИКОВ

Навоийский филиал РСМНПЦ Дерматокосметологии и венерологии.

Цель исследования. Сравнить эффективность УФО терапии по сравнению Эксимерным лазером УФА-308 нм для лечения пациентов с несегментарным витилиго. Материалы и методы: 30 пациентов с несегментарным витилиго были разделены на 2 группы: 1 группа (17 человек) получали монотерапию УФО терапия 1 раз в день в сочетании традиционным лечением, 2 группа (13 человек) получала монотерапию (Эксимерный лазер) УФА-308 нм. Пациенты наблюдались в течение 1 месяца. Оценка эффективности терапии проводилась на основании индекса VASI (индекс

распространенности и тяжести витилиго). Результаты: перифолликулярная репигментация началась в среднем после 10 сеансов УФО в 1 группе и 3 сеансов во 2 группе с использование УФА-308нм (Эксимер лазер). В ходе контроля за показателями крови в 1 группе отклонений от референсных значений не наблюдалось. В обеих группах значимых побочных эффектов от терапии не отмечалось. Через 1 месяц терапии выраженная репигментация очагов в 1 группе наблюдалась у 10 (58,8 %) больных, во 2 группе у 12 (85,7 %) больных. При анализе результатов терапии индекс VASI снизился в среднем на 30 % у пациентов 1 группы, у 2 группы – на 60 %.

Выводы. Традиционное лечение может потенцировать репигментацию в комбинации с УФА-308 нм у пациентов с несегментарным витилиго. Применение данной комбинированной терапии является перспективным методом терапии витилиго, однако требуются дальнейшие исследования с включением большей выборки пациентов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Н.М. АЮБОВА, Б.С. АЗИЗОВ

Ташкентский государственный стоматологический институт;
Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность: В дерматологии одним из наиболее распространенных, относящийся к облигатным заболеваниям является, актинический кератоз. Актинический кератоз (АК)- представляет область аномальной пролиферации и дифференцировки кератиноцитов, которые несут риск прогрессирования в инвазивный плоскоклеточный рак кожи.

Цель исследования. Изучения распространенности разных форм актинического кератоза среди населения.

Материалы и методы исследования. Исследования основано на наблюдении и клинико-лабораторном обследовании 90 пациентов, которые были разделены по полу и по возрасту. Женщины составили 45 % и мужчины составили 55 %. Самому молодому пациенту было 43 года, а самому старшему 92 года было. Контрольную группу составили 40 пациентов. Оценивались следующие клинически признаки: шелушения, гиперкератоз, эритема, пигментация, атрофия.

Результаты исследования. Показало, что из всех форм АК часто встречается эритематозная (37 %), гиперкератотическая (26 %), пигментированная (12 %), кожный рог (7,0 %), атрофический (7,0 %), Актинический хейлит (6 %), лихиноидный (5 %).

Вывод. Таким образом, полученные нами данные свидетельствуют, об основным и резко выраженным клиническим признаком при эритематозном форме, является эритема и часто встречается гиперкератическая форма. При кожным роге резкий гиперкератоз эпидермиса.

ПРЕПАРАТ ДЕЗЛОРГИН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

К.З. БАТИРОВ, Ф.Ш. ХАМИДОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт,
кафедра дерматовенерологии

Несмотря на широкий спектр и различные лекарственные формы противоаллергических препаратов, ученые продолжают поиск и разработку средств нового поколения. Перед учеными поставлена задача – создание лекарств, идеально сочетающих в себе антигистаминную, противоаллергическую, противовоспалительную активность, при этом свободных от недостатков своих предшественников. В последние годы на фармацевтическом рынке Узбекистана присутствует Дезлоргин оптический изомер лоратодина, селективный обратный агонист H_1 – рецепторов.

Цель исследования. Определить клиническую эффективность препарата Дезлоргин у больных различными дерматозами (экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, нейродермитом, почесухой).

Материал и методы исследования. Нами было проведено лечение 102 больных (60 мужчин, 42 женщин) экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, нейродермитом, почесухой, в

возрасте от 10 до 56 лет. Из 102 больных у 35 (20 мужчин, 18 женщин) пациентах была диагностирована крапивница, у 21 (соответственно 10 и 11) – атопический дерматит, у 22 (соответственно 10 и 6) – нейродермит, у 18 (соответственно 7 и 11) – почесуха, у 19 (соответственно 8 и 11) – экзема. Дезлоргин – препарат 3 поколения антигистаминных средств, обладающий мощным и длительным антиаллергическим действием. Дезлоргин – препарат, который начинает действовать уже через 12 минут после приема внутрь, причем независимо от приема пищи и времени суток. Для устранения всех симптомов аллергии достаточно 1 таблетки соответствующей дозировки в сутки, как на ранней, так и на поздней стадии аллергической реакции. Препарат может быть показан для длительного применения (в среднем от 1 до 4 недель, существует также клинический опыт применения препарата до 20месяцев). Больные принимали по 10 мг 1 раз в день в течение 20 дней.

Результаты. У всех больных наблюдался хороший терапевтический эффект (отмечался полный регресс высыпаний, исчезновение клинического симптома дерматозов, такой как зуд) и увеличение периода ремиссии.

Выводы. Дезлоргин помогает на ранней и поздней фазе аллергической реакции, оказывает антигистаминное и противозудное действие. Он имеет хороший профиль безопасности, не взаимодействует с пищей и лекарственными препаратами. Препарат предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, оказывает антиэкссудативное, противозудное действие; практически не оказывает антихолинергического и антисеротонинергического действия.

АКТУАЛЬНАЯ РОЛЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

А.П. БЕЗУГЛЫЙ

Директор медицинской лаборатории неинвазивной диагностики кожи, научный консультант tpm taberna pro medicum GmbH (Германия)

Введение. Размер опухоли и глубина инвазии являются критическими параметрами при планировании лечения базально-клеточного рака кожи (БКР). Гистологическое исследование всей опухоли возможно только после ее иссечения. Поэтому неинвазивное измерение толщины опухоли до операции имеет большой потенциал для уточнения глубины инвазии опухоли и характера границ. Высокочастотный ультразвук с частотой 22 МГц и выше является одним из объективных инструментов для количественной оценки глубины инвазии опухоли и ее границ.

Цель исследования. Изучить диагностические значения ВЧУЗ 22 и 75 МГц для определения глубины инвазии в опухоль и характера границ глубины инвазии и характера границ БКР. Анализ различных клинико-морфологических форм БКР с помощью высокочастотного ультразвука.

Методы исследования. Толщину опухоли измеряли датчиками с частотой 22 и 75 МГц на 34 клинически диагностированных БКР перед хирургическим иссечением. После иссечения толщина каждой опухоли определялась с помощью гистоморфометрии. Гистологические срезы готовили по той же оси, что и HFUS-сканы. Опухоли были разделены на тонкие (глубина инвазии ≤1 мм) и толстые (глубина инвазии >1 мм).

Результаты исследования. Описаны высокочастотные ультразвуковые признаки для поверхностных, узловых, микронодулярных и склеродермиформных форм БКР. Средняя толщина опухолей, определенная с помощью высокочастотного ультразвука, составила 1710±944 мкм, а при гистологическом исследовании – 1507±861 мкм. Установлена весьма высокая корреляция между результатами высокочастотных и гистологических (коэффициент коррелляции Спирмена R=0,96 (p≤0,01).

Заключение. Таким образом, установленная в данном исследовании очень высокая корреляция между результатами высокочастотного и гистологического исследования подтверждает точность количественных измерений размеров и глубины инвазии БКР с помощью высокочастотного ультразвука. Эта ценная диагностическая информация необходима для полного удаления опухоли и имеет определенное прогностическое значение для планирования лечения БКР.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАР ҚОНИДА Д ВИТАМИНИ МИҚДОРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ ТЎҒРИСИДА

Н.И. БОЙМУРЗАЕВ, А.У. БУРХОНОВ, Н.С. АРНАУТОВА

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази;
«РИДВ ва КИАТМ» ДМ ҚҚРХФ

Кириш. Д витаминининг етарли даражада истеъмол қилиниши ва қон зардобидаги миқдори тери саломатлиги ва кальций-фосфор алмашинуви, шунингдек, кўплаб аъзо ва тўқималарнинг мўътадил ишлаши учун муҳимдир. Аксарият эпидемиологик тадқиқотлар шуни кўрсатадики, Д витамини танқислиги аҳоли орасида, шу жумладан Ўзбекистонда ҳам кенг тарқалган.

Д витамини – терининг ультрабинафша нурланишидан келиб чиқадиган шикастланишдан ички ҳимоячидир. Витамин Д етишмаслиги терининг эрта қўруқлашиши ва терида пигментация жараёнининг бузилишига, эластиклигининг пасайиши ва йўқотишига, ажинлар пайдо бўлишига, терининг қизаришига олиб келади. Д витамини етишмовчилиги кўплаб тери касалликларининг ривожланиши ёки кучайишига сабаб бўлади: псориаз касаллиги, экзема, ортиқча терлаш, жароҳатни битиши билан боғлиқ муаммолар шулар жумласидандир,

Тадқиқотнинг мақсади. Тери касалликлари билан касалланган беморларда Д витамини миқдорини аниқлаш.

Материал ва усуллар. Қорақалпоғистон Республикасида жами 97 нафар сурункали тери касалликлари билан хасталанган беморлар қони таркибида витамин Д нинг миқдори ўрганилди. Жами беморларнинг 14 нафари вулгар ҳуснбузар, 14 нафарини ўчоқли алопеция, 14 нафарини псориаз ва 22 нафари витилиго, 6 нафарини эса контакт аллергик дерматит касаллиги ташкил этди.

Тадқиқот натижалари. Тадқиқотлар натижаси шуни кўрсатмоқдаки, вулгар ҳуснбузар, ўчоқли алопеция ҳамда витилиго билан касалланган беморларнинг айримларида витамин Д миқдори меъёрий даражадан пастлиги кузатилди: вулгар ҳуснбузар билан касалланган беморларнинг 2 нафарида витамин Д нинг ўткир етишмовчилик, 3 нафар беморда эса етишмовчилик даражаси, 2 нафарида меъёрий даражанинг паст кўрсаткичи, 6 нафарида витамин Д энг қулай миқдорда эканлиги ва 1 нафар беморда меъёрдан юқори даражаси аниқланди.

Витилиго билан касалланган беморларнинг 1 нафар беморда Д витаминининг миқдори ўта ўткир етишмовчилик даражасида, 2 нафар беморда ўткир етишмовчилик, 4 нафар беморда эса етишмовчилик даражасида эканлиги аниқланди. Яна 1 нафар беморда меъёрий даражанинг паст кўрсаткичи, 13 нафарида эса энг қулай миқдорда эканлиги ва 1 нафар беморда меъёрнинг юқори даражаси аниқланди.

Шунингдек, жами ўчоқли алопеция билан касалланган беморларнинг 2 нафарида витамин Д миқдорининг ўткир етишмовчилиги, 7 нафарида эса витамин Д нинг етишмовчилик даражаси, 1 нафар беморда меъёрнинг паст даражаси ва 4 нафарида энг қулай миқдори аниқланди.

Аксинча, псориаз касаллиги билан касалланган беморларда эса витамин Д етишмовчилиги кузатилмади. Яъни, жами псориаз билан касалланган 5 нафарида меъёрий даражанинг паст кўрсаткичи, яна 5 нафарида энг қулой миқдор, 2 нафар беморда меъёрнинг юқори даражаси ва 2 нафар беморда меъёрдан юқори даража аниқланди.

Контакт аллергик дерматит билан касалланган беморларнинг 1 нафар беморда витамин Д ўта ўткир етишмовчилик даражада, ўткир етишмовчилик 3 нафар беморда, энг қулой меъёр даражаси 1 нафар беморда ва яна 1 нафар беморда витамин Д миқдорининг меъёрдан юқори эканлиги аниқланди.

Тадқиқотлар давом этмоқда.

РОЗАЦЕАНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРАДОРЛИГИ

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

Андижон давлат тиббиёт институти,
дерматовенерология кафедраси

Ҳозирги вактда терини йирингли касалликлари орасида розацеани даволаш актуал муммамолардан бири ҳисобланади. Розацеани даволашни мукаммаллаштириш мақсадида, Азимак (0.5 г), Жанет (2,0 г), Фуцис (0,15 г) препарати комплекс давода қўлланилди. Бизни текширувимизда бўлган беморлар сони 72 нафар бўлиб (55 – аёл, 17 – эркак), ёши 32-70 ёшгача бўлди. Барча беморларга розацеани папула пустилёз формаси ташхиси қўйилди. Ёндош касалликлардан 58 нафар беморда хазм тракти касалликлари (жумладан гастрит, дисбактериоз, холецистит ҳамда қорин дам бўлишлари) аниқланди. Бундан ташкари 8 нафар аёлда постменопаузали синдром аниқланди, 6 нафар аёлда эса тухумдонларида ўзгариш аниқланди. Якка ҳолатларда қандли диабед ҳамда ўт тош касалликлари кузатилди. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ (26 нафар бемор) стандарт даво қилинди: Азимак 1 табл. дан 1 маҳал 6 кун ёки Юнидокс солютаб – 10 кун (2–3 курс); Метронидазол 0,25 (1 табл.) дан 3 махал, 3 ҳафта давомида; Натрия тиосульфат эритмаси 30 % – 10 мл дан т/и юбориш учун; сиртга суртиш учун Рух сурмаси қўлланилади. Иккинчи гуруҳда беморлар 46 нафарни ташкил қилди. Схема бўйича даводан Азимак (1,0 г), Жанет (2,0 г), Фуцис (0,15 г)дан бир кунлик курси буюрилди. Компонентларнинг фойдалилиги ва тежомкорлиги аниқланди. Препаратни қайта бериш касалликни ҳолатига қайтарилди. Теридаги гиперемияни камайтириш максадида ташқи даво учун фактор дермико кремидан фойдаланилди. Катта ва чуқур тугунлар мавжуд бўлган ҳолатларда маҳаллий қуйидагича аралашмадан 1 кунда 1 маҳал фойдаланилади: Димексид – 6,0 + Этил спирт – 96 % – 6,0 + Лидаза 64 УЕ (4 ампула) + Эритромицин – 2,0.

Натижалар: 1 гуруҳ беморларда йирингчаларни сўрилиш вакти 26-30 кунни ташкил қилди. 7 нафар беморда тери кандидози ривожланди. 1 нафар беморда даво натижа бермади. 2 гуруҳдаги (Азимак (1,0 г), Жанет (2,0 г), Фуцис (0,15 г)) беморларда ижобий натижа 14 кунда сезилди, 5–6 ҳафта даводан сўнг тўлиқ клиник тузалиш кузатилди. 1 гуруҳдаги пациентларнинг 10 нафарида тўлиқ клиник тузалиш кузатилмади.

Хулоса. 2 чи гуруҳ беморларда (1 чи гуруҳ беморлари билан таққосланганда) Азимак (1,0 г), Жанет (2,0 г), Фуцис (0,15 г) препаратларидан фойдаланилганидан сўнг ижобий наф олинди. 2 чи гуруҳ беморларда қандидоз билан асоратланиш кузатилмади.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «УРСОСАН» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

К.З. БОТИРОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Т.К. АБДУЖАББОРОВ, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт,
кафедра дерматовенерологии

Эффективная терапия больных вульгарным псориазом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза вульгарного псориаза и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растет заболеваемость (Рахматов А.Б. и др. 2009, Papp K.A., 2003). Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом (Балтабаев М.К., 2004; Костянова Е.Н., 2005; Котельникова А.Б. и др., 2009; Рахматов А.Б., 2010). Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом применялся препарат «Гепато Гиц».

Препарат «Урсосан» представляет собой комбинированный гепатопротектор с желчегонным и спазмалитическим действием. Мы предлагаем включить, в комплексную терапию вульгарного псориаза препарат «Урсосан» для благоприятного действия на функцию печени, в углеводном и липидном обмене, а также повышает способность тканей к регенерации. Препарат «Урсосан» назначают по 1 капсуле 3 раза в день на курс лечения три недели.

Предварительное применение этого препарата у 25 больных вульгарным псориазом дал положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 10–12 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшился шелушение, затем папулы начали уплощаться. К концу 3-недели от начала лечения папулы и бляшки заметно уплощались, а через 4 недели у большинства больных элементы поражения рассасывались.

СЕБОРЕЯ И КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ

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

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

Актуальность: Наличие келоидных рубцов в 85 % случаев среди женщин представляет собой важную медико-социальную и эстетическую проблему.

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

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 78 пациенток с келоидными рубцами в возрасте от 15 до 30 лет.

Результаты и обсуждение. Все обследуемые женщины были распределены на 2 группы в зависимости от причины формирования келоидных рубцов. В первую группу вошли 43 (55,1 %) женщины, у которых были истинные (беспричинные) келоидные рубцы. Вторую группу составили 35 (44,9 %) пациенток с ложными рубцами (у 45,7 % – рубцы после ожогов, у 31,4 % – послеоперационные, у 22,9 % – посттравматические). У больных с истинными келоидами себорейный статус наблюдался в 1,3 раза чаще, чем у пациенток с ложными келоидами (87,6 % против 66,0 %).

Среди пациенток с истинными келоидами в 38,5 % случаев наблюдалась жирная себорея волосистой части головы с желтоватыми чешуйками, выраженным воспалительным процессом и явлениями экссудации. У пациенток с ложными келоидами в 37,7 % случаях отмечался сухой тип себореи, при котором наблюдались рыхлые, легко отделяемые чешуйки серовато–белого цвета. В 49,2 % случаев у больных с истинными келоидами имелись явления себорейного дерматита гладкой кожи и складок, с локализацией на коже лица, ушных раковин, верхней части туловища, преимущественно в области грудины, лопаток и крупных складках. У 28,3 % пациенток с ложными келоидами дерматоз локализовался на коже лба, в зоне носогубного треугольника и в области заушных складок, но на туловище и крупных складках явлений себореи не наблюдалось. У женщин с истинными келоидами (n=43) чаще наблюдались тяжелая и средняя степень себорейного дерматита – у 40,4 % и у 33,3 % женщин соответственно. У женщин с ложными келоидными рубцами (*n* = 35), легкая степень себорейного дерматита наблюдалась в 4,3 раза чаще, чем тяжелое течение (48,6 % против 11,4 %).

Таким образом, себорейный статус у женщин с истинными келоидами наблюдался в 1,3 раза чаще, чем у пациенток с ложными келоидными рубцами. Себорея волосистой части головы наблюдалась одинаково часто в обеих группах. У женщин с ложными келоидными рубцами лёгкая форма себорейного дерматита встречалась в 4,3 раза чаще. Средняя и тяжелая формы себорейного дерматита регистрировались в 1,2 раза чаще у женщин с истинными келоидами.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ

Д.С. ДЖАЛИЛОВ, А.Б. РАХМАТОВ, Н.И. БОЙМУРЗАЕВ К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ

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

Особое место среди заболеваний кожи ладоней и подошв занимают ладонно-подошвенные кератодермии (ЛПК). Поражение кожи ладоней и подошв часто встречается при наследственной и приобретенной кератодермиях. В повседневной практике дерматолога довольно часто приходится сталкиваться с приобретенными ЛПК, возникающими на фоне основного заболевания, и могут наблюдаться при псориазе, экземе, а также в климактерическом периоде.

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

Материал и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ гистологических препаратов у 67 пациентов с клинически доказанными диагнозами. Среди них 20 (29,9 %) больных составили и 47 (70,1 %) женщины. Возраст варьировал в диапазоне от 7 до 65 лет. У 21 (31,3 %) больного диагностирован псориаз, у 22 (32,9 %) – гиперкератотическая экзема, у 14 (20,9 %) – климактерическая кератодермия и у –

10 (14,9 %) различные формы наследственных кератодермии.

Результаты исследования. Морфологическая картина наследственных кератодермий характеризовалась нерегулярной гиперплазией эпидермиса и множественными очагами паракератоза.

Характерными гистологическими признаками псориаза являлись скопление в роговом слое эпидермиса нейтрофилов, сливной паракератоз, уменьшение или потеря зернистого слоя, псориазиформная гиперплазия эпидермиса, истончение надсосочковой зоны эпидермиса и расширенные извилистые капилляры.

Межклеточный отек клеток шиповатого слоя, иногда с образованием везикул напоминал гистологические изменения при экземе.

Потеря зернистого слоя чаще наблюдалось при псориазе 71,4 %, чем у пациентов с экземой 18,2 %, а у больных с климактерической кератодермией 14,3 %. Псориазиформная гиперплазия эпидермиса значительно чаще встречалась при климактерической кератодермии по сравнению с больными гиперкератотической экземой. Межклеточный отек, спонгиотические пузырьки не были диагностическими признаками, которые могли быть различать группы заболеваний. Множественный паракератоз, орто- и паракератоз встречались почти одинаково во всех группах исследований, а наличие сливного паракератоза наблюдалось в основном при псориазе и редко при климактерической кератодермиии. Такой патогномичный симптом как скопление нейтрофилов (микроабсцессы Мунро) в роговом слое при псориазе наблюдалось лишь при 33,3 %, а эозинофилы при экземе отмечались при 22,7 %. Извитость капилляров в сосочковом слое дермы чаще выявлялись при псориазе 80,9 %, чем у пациентов с экземой 50,0 % и климактерической кератодермией 21,4 %.

Таким образом, проведенные исследования показывают трудность дифференциальной диагностики псориаза, гиперкератотической экземы и климактерической кератодермии как клинически, так и гистологически. Эти данные показывают необходимость проведения более глубоких иммуногистохимических исследований для дифференциации вышеуказанных заболеваний. При подозрении на наследственную природу заболевания надо проводить молекулярно-генетические методы исследования для идентификации генов, содержащих мутации, которые позволят провести точную генетическую классификацию.

К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

А.Ш. ИНОЯТОВ, М.М. ДЖАББАРОВ

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

Актуальность. Препараты плаценты (ПП) на протяжении нескольких десятилетий вызывают неподдельный интерес в их применении в дерматологии. Имеются сообщения об эффективности ПП в лечении больных с вирусными и грибковыми заболеваниями, псориазом, атопическим дерматитом. Кроме того, совместно с процедурами омолаживания в косметологической практике решаются эстетические проблемы, такие как увлажненность и цвет кожи, гиперпигментация, нормализация роста волос.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности лаеннека в терапии больных красным плоским лишаем (КПЛ).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 45 больных (мужчин – 29, женщин – 16) в возрасте от 18 до 55 лет с классическими проявлениями красного плоского лишая. В динамике лечения были исследованы медиаторы воспаления (СРБ), показатели иммунной и цитокиновой систем. Препарат (лаеннек) вводили по 2 мл в/м через день. На курс лечения больные получали 10 инъекций. Наружно использовались только индиферентные средства.

Результаты исследования. Препарат лаеннек изготавливается на основе экстракта плаценты человека и соответствует всем мировым стандартам. Весь комплекс факторов и агентов, присутствующих в лаеннеке лежит в основе таких биологических эффектов, как иммуномодулирующий, гепатопротекторный, нейропротекторный эффекты препарата и способствовать ускорению регресса папулезных элементов красного плоского лишая. Положительный терапевтический эффект был достигнут у 37 из 45 (82,2 %) пациентов КПЛ. Положительная динамика кожно-патологического процесса сопровождалась нормализацией большинства показателей иммунной (показатели клеточного иммунитета) и цитокиновой (содержание провоспалительных цитокинов) систем, а также достоверным снижением уровня С-реактивного белка (CRP и hs-CRP). Многофункциональность патогенетического воздействия лаеннека позволяет минимизировать коли-

чество лекарственных средств необходимых для лечения данного дерматоза.

Выводы. Препарат лаеннек является эффективным и безопасным средством для лечения больных КПЛ и отличается высокой комплаентностью.

АЛОПЕЦИЯНИ ДАВОЛАШДА ШАХСИЙ АМАЛИЁТДАН ОЛИНГАН ҲОЛАТ

Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА, Ш.Қ. АХМЕДОВ

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд

Ишнинг мақсади. Алопеция касаллигини даволашда анамнезга чуқур эътибор қаратган ҳолда ҳамда клиник ва лаборатор текширувлар натижаларига асосланиб бемор учун оптимал даволаш тактикасини қўллаш.

Материал ва усуллар. Бемор Ж.У., Сурхондарё вилоятидан келган, 11 ёшда. Анамнезидан бошидаги сочлар дастлаб ўзи анча сийрак бўлган. Охирги 3–4 йил давомида бир неча марта даволанган. Лекин бошдаги сочлар ҳар бир даволаниш оқибатида бутунлай тўкилиб кетган. Онаси айтиши бўйича боласида ҳар замонда бош оғриғи, кечалари уйқусида безовта бўлиш ҳолатлари ҳамда шу сабабли врач невропатолог қабулида бўлганлиги, 2 марта даво неврологик даво курсларини ҳам маълум бўлди. Бемор тўлиқ клиник лаборатор текширувлардан ўтказилди. Яъни умумий қон ва сийдик таҳлили, қоннинг биохимиявий таҳлиллари, қондаги паразитлар титри, микроэлементлар, IgE, қондаги замбруғлар титри, ревмопроба ҳамда ички аъзолар УЗИ диагностикаси. Текширишлар Самарқанд шаҳридаги Prestige Medservise хусусий клиникасида олиб борилди. Таҳлиллар натижасида деярли жиддий ўзгаришлар топилмади. Фақат анемия белгилари яъни гемоглабин 90 г/л, СОЭ 14 мм/соат. УЗИ да ўт йўллари дискинезияси ва МКД белгилари аниқланди. Ушбу маълумотларга асосланиб қуйидаги дастлабки даво курслари ўтказилди:

1-курс: Эссенциале 5,0 в/и кунига 1 маҳал 10 кун, Дексаметазон 4 мг м/о кунига 1 маҳал 5 кун, Лакто-Ж 1 капсуладан кунига 3 маҳал 1 ой, Фуцис – 50 мг 1 капсуладан кунига 1 маҳал овқатдан сўнг 7 кун, Глицин 1 таб-дан 2 маҳал тил остига шимиш 1 ой, Виталонг 1 капсуладан кунига 2 маҳал овқатдан сўнг 1 ой, Флуцинарь кунига 2 маҳал бош терисига енгил массаж қилиб суртиш 1 ой

2-курс: Пирацин 0,25 % – 0,5 м/о кунига 1 маҳал 10 кун, Витамин В комплекс 2,0 м/о кунига 1 маҳал 10 кун, Фитин 1 таблеткадан кунига 2 маҳал овқатдан сўнг 20 кун, Флуконазол-50 мг 1 капсуладан кунига 1 маҳал овқатан сўнг 7 кун, Карсил 1 табл. дан кунига 3 маҳал овқат сўнг 20 кун, Мазь Дермовейт кунига 2 маҳал бош терисига енгил массаж қилиб суртиш 1 ой

3-курс: Купир 0,15 % – 0,5 м/о кунига 1 маҳал 10 кун, Никотин кислота 1 % – 1,0 м/о кунига 1 маҳал 10 кун, Дексаметазон 4 мг м/о кунига 1 маҳал 5 кун, Алоэ 1,0 м/о кунига 1 маҳал 10 кун, NaCl 0,9 %-250,0 + Стронгер-нео 10,0 в/и томчилаб №5, Пантогар 1 капсуладан 2 маҳал овқатдан сўнг 1 ой, Мазь Элоком кунига 2 маҳал бош терисига енгил массаж қилиб суртиш 1 ой. Ўтказилган 3 курс даволашдан сўнг ҳам беморда ижобий натижалар кузатилмаганлиги, яъни бошидаги сочлар қайта ўсмаганлиги ва беморнинг онаси айтиши бўйича боласида ҳар замонда бош оғриғи, кечалари уйқусида безовта бўлиш ҳолатлари ҳамда бундан аввал ҳам шу сабабли невропатолог қабулида бўлганлиги, 2 марта даво курсларини олганликларини ҳисобга олиб беморга бош мия МРТ диагностикаси тавсия этилди. МРТ хулосасига кўра бош мияда гипертензион синдром ва турк эгари соҳасида ўзгаришлар борлиги аниқланди. Шундан сўнг беморга гипофиз гормонларига қон топшириш тавсия этилди. Натижада бемор қонида пролактин гормонининг юқори эканлиги яъни 720 ММЕ/Л аниқланди (нормада 140–560 ММЕ/Л) га тенг. Пролактинни пасайтириш учун Достинекс препарати тавсия этилди. Достинекс 0,5 г таблеткасини $^1/_4$ табл. дан кунига 1 маҳал ҳафтанинг душанба куни кечқурун соат 11^{00} да ҳамда пайшанба куни ҳам $^1/_4$ табл. дан кечқурун соат 11^{00} да, 4 ҳафта давомида тавсия этилди.

Натижалар: Достинекс қабулидан 3 ой ўтиб беморнинг сочлари ўса бошлади. 5-ойига келиб қарийб 70 % га тикланди, 7 ойига келиб эса 100 % га тикланди.

Хулосалар: Алопеция касаллигини даволашда энг аввало беморнинг анамнестик маълумотларга катта эътибор қаратиш зарур. Шунингдек, нафақат ички аъзолар касалликлари, стресслар, марказий асаб системаси ва гипоталомо-гипофизар система фаолияти ҳамда уларнинг гормонал статусини ҳисобга олиш, балки чуқур клинико-лаборатор текширувлар натижаларига асосланган равишда даволашга киришиш зарур.

ВЗГЛЯД ДЕРМАТОЛОГА НА КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА, Н.Ш. АМИНОВА

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан

Цель исследования. Оценить особенности течения дерматологических проявлений у больных, а также оптимизировать лечения пациентов с дерматологическими проявлениями, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материал и методы исследования. Для изучения особенностей течения дерматологических проявлений у больных, нами были изучены 108 больных после перенесенной коронави-русной инфекции, 61 из которых были с дерматологическими проявления-ми, которые обратились в Самаркандский областной кожно-венерологический диспансер с июня 2020 по июль 2021 года.

При выполнении работы мы пользовались классификацией по ВОЗу. « …6 октября 2021 г. ВОЗ официально опубликовала отчет об исследовании по протоколу Delphi и дала определение «Постковидное состояние». Постковидное состояние (ПКС) возникает у лиц после перенесенной подтвержденной лабораторно коронавирусной инфекции (обнаружение SARS-CoV-2), обычно через 3 месяца после начала COVID-19, с симптомами, которые длятся не менее 2 месяцев и не могут быть объяснены альтернативным диагнозом». Дерматологические проявления ПКС: выпадение волос; высыпания по типу акродерматита; папуло-сквамозные высыпания; уртикарные высыпания; папуло-везикулярные высыпания; пузырьковые высыпания по типу герпеса. Всем больным проводили исследование: общий и биохимический анализ крови, коагулограмма, иммунограмма и спектрометрический анализ волос.

Результаты. Выпадение волос встречалась в 30 (49,2 %) случаев. Оно возникало в среднем через семь-восемь недель, а иногда через 12 недель после выздоровления. В 2 (1,9 %) были акродерматиты пальцев рук и ног. Высыпания по типу акродерматит – характеризовались появлением папул желтоватого, пурпурно – красного, ярко розового цвета на поверхности кожи ладоней или ног

Выводы. В организме у всех больных в постковидном периоде наблюдается уменьшение количества таких иммуномодулирующих эссенциальных МЭ, как цинк в 1,08 раз, селен в 2,14 раза и повышение таких токсичных для иммунитета элементов как хлор в 1,36 раза, бром в 1,34 раз, по сравнению с контрольными значениями. Дерматологические проявления сопровождались изменениями со стороны кроветворной системы в виде анемии, выраженного лейкоцитоза, а также повышения СОЭ, встречающиеся особенно при ангиитах (80 %) и очаговой алопеции (85 %).

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА АССОЦИИРОВАННЫМИ ГЕЛЬМИНТАМИ

Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА, Л.А. САЛАМОВА

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд

Цель исследования. На основании клинико-лабораторных обследований выявить гельминты среди больных с атопическим дерматитом и определить их влияние на клиническое течение болезни.

Материалы и методы исследования. Обследовано 96 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 14 до 60 лет. Длительность заболевания составляла от 2 месяцев до 1 года у 44 больных, от 1 года до 5 лет у 36 больных, свыше 5 лет у 16 больных. Мужской пол – 54 (56,25 %), женский – 42 (43,75 %). У большинства больных (64 из 96) рецидив болезни отмечалось в осеннее – зимнее, зимнее – весеннее время года 2–3 раза в год.

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

Результаты исследования. Клинико-эпидемиологическое исследование больных с атопическим дерматитом среди жителей Самарканда показывает высокий уровень заболеваемости ассоциированные гельминтами 76 (79,17 %) больных атопическим дерматитом из 96. Глистная инвазия была найдена в виде лямблии у 44 (45,83 %), гименолепидоза у 15 (15,63 %), энтеробиоза (острицы) у 25 (26,04 %), тениаринхоза у 4 (4,17 %) соответственно. Смешанная форма глистной инвазии составляла 56 (58,33 %) больных. Возрастное

распределение выявленных больных гельминтозами среди больных с атопическим дерматитом, показало, что доминантной подгруппой являются люди молодого возраста (20–29 лет), в данную подгруппу вошли 27 человек (35,53 %). Второй по численности была подгруппа подростков (14–19 лет). В нее вошли 25 (32,89 %). Третий по численности была подгруппа старшего возраста (30–39 лет). В нее вошли 16 (21,05 %). Реже по численности была подгруппа старше 40 лет – 8 (10,53 %) среди больных атопическим дерматитом ассоциированными гельминтами соответственно. В группе больных глистной инвазии на долю сельских жителей приходилось 44 (57,89 %), городских жителей – 32 (42,11 %). Распределение пациентов гельминтозами всех возрастных групп в зависимости от пола дало преобладание числа лиц мужского пола 52 (68,42 %) над таковым женского 24 (31,58 %).

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

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

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЗУДЯЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА, С.У. ТОШЕВ

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд

Актуальность проблемы. Данные заболевания встречаются достаточно часто и отличаются хроническим рецидивирующим течением. С данными заболеваниями может столкнуться в своей практике не только дерматолог, но и терапевт, аллерголог, что доказывает необходимость знаний врачами различных профилей. Особо необходимо отметить важность изучения такой патологии, как крапивница и отёк Квинке (гигантская крапивница), т.к. данные заболевания зачастую развиваются остро и требуют неотложной медицинской помощи.

Цель исследования. Выявление эффективности различных видов наружной терапии у больных зудящими дерматозами.

Материалы и методы исследования. В исследовании участвовало 68 пациента с зудящими дерматозами: с атопическим дерматитом (*n* = 22), контактным дерматитом (*n* = 20), истинной экземой (*n* = 26). Больные были разделены на основную и контрольные группы: основная группа (атопический дерматит (*n* = 10), аллергический контактный дерматит (*n* = 9), истинная экзема (*n* = 14) получала наружную терапию мазью Элоком (мометазона фуроат) на кожу лица один раз в сутки, крем Бетогам (бетаметазон, клотримазол, гентамицин) при риске инфицирования на пораженные заболеванием участки тела два раза в сутки. Больные из контрольной группы, получали стандартную терапию. Оценку эффективности лечения проводилась на 7,14,28 дни лечения.

Результаты и обсуждение. В обеих группах на 7 день лечение наблюдалось снижения воспалительного процесса и субъективных ощущений. На 14 день лечение из 33 больных у 5 больных наблюдалось клиническое выздоровления. В контрольной группе клинического выздоровления не наблюдалось. На 28 сутки лечения в основной группе наблюдалось 100 % клиническое выздоровления, в контрольной группе на период времени 28 суток клиническое выздоровление наблюдалось у 12 больных которые составляют 48 % в контрольной группе полное клиническое выздоровление наблюдалось на 42 сутки. Кроме того, частота побочных эффектов (эритемы) в основной группе была зарегистрирована меньше, чем в группе контрольной.

Выводы. Результатами исследований доказана высокая эффективность комплексной терапии: Элоком (мометазона фуроат), крем Бетогам (бетаметазон, клотримазол, гентамицин). Препараты в короткое время позволяют минимизировать субъективные симптомы заболеваний, остроту воспалительного процесса и уменьшить площадь поражения, не вызывая привыкания, побочных эффектов и осложнений. Благодаря дополнительным увлажняющим компонентам основы.

ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ С ДЕБЮТОМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И ОТСРОЧЕННОЙ ДИАГНОСТИКОЙ («ДУЭТ» КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ)

М.М. КОХАН, И.А. КУКЛИН, В.А. ИОРДАН, А.Н. ШАКИРОВА, О.Г. РИМАР

Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, г. Екатеринбург, Россия

Введение. Грибовидный микоз (ГМ) – первичная эпидермотропная Т-клеточная лимфома кожи, характеризующаяся пролиферацией малых и средних Т-лимфоцитов с церебриформными ядрами, наблюдается преимущественно в возрасте старше 50 лет, что обуславливает трудности диагностики ГМ у лиц молодого возраста.

Цель исследования. Описание клинических случаев дебюта ГМ у пациентов в возрасте 16 лет.

Материалы и методы исследования. Диагноз ГМ верифицирован на основании клиники, анамнеза заболевания, результатов патоморфологического и иммуногистохимического методов исследования биоптатов кожи.

Результаты. Клинический случай 1: Женщина М., 26 лет, обратилась в клинику с жалобами на высыпания и периодический зуд в области кожи спины, выпадение волос, ощущение жжения на коже волосистой части головы. Болеет с 16 лет, когда впервые отметила зуд и красные пятна на коже спины. В течение 8 лет наблюдалась у дерматовенеролога с диагнозом атопический дерматит, периодически получала терапию топическими глюкокортикостероидами с регрессом высыпаний и повторными обострениями. За последние 2 года отмечает прогрессирование заболевания: формирование очага алопеции на коже головы, усиление интенсивности зуда, увеличение размеров пятен на коже спины. При объективном осмотре выявлены 2 крупных сливных пятна от розового до синюшно-красного цвета с участками лихенификации, очаг алопеции размером 15х9 см бледно-красного цвета, плотной консистенции, с четкими границами в теменной области волосистой части кожи головы. С учетом цитоархитектоники и расположения лимфоцитарного инфильтрата и иммунофенотипа клеток установлен диагноз: грибовидный микоз, фолликулотропная форма, стадия IB-IIA (T2NxMxB0).

Клинический случай 2: Мужчина С., 42 года, обратился с жалобами на высыпания в области кожи туловища и ягодиц, сопровождающиеся зудом. Болен с 16 лет, когда впервые отметил появление спонтанно регрессирующих красных пятен на коже груди без субъективных ощущений. К дерматовенерологу не обращался. Через 14 лет от появления первых высыпаний, на коже спины и левой ягодичной области сформировались эритематозно-инфильтративные очаги с язвенными дефектами до 1,5х3 см в диаметре, с серозно-геморрагическим отделяемым, а также единичный куполообразный узел до 7 см в диаметре с гладкой поверхностью буровато-красного цвета. С учетом патоморфологии и иммунофенотипа клеток инфильтрата установлен диагноз: грибовидный микоз, стадия IIB (T3NxMxBx).

Больные направлены к онкологу для проведения дополнительного обследования и лечения.

Заключение. Представленные клинические случаи подтверждают возможность развития ГМ у лиц молодого возраста, демонстрируют важность онконастороженности врачей дерматологов и педиатров.

ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ОБЛАСТИ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А.А. КУЧКАРОВ, К.З. БАТИРОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности применения крема комфодермК (метилпреднизолонаацепонат 0,1 %) и мази такропик 0,03 % (такролимус 0,03 %) для лечения проявлений атопического дерматита на лице.

Материалы и методы исследования. Оценка результатов лечения проводилась у 12 пациентов, в возрасте с 5 до 14 лет с диагнозом атопический дерматит, детский период среднетяжёлое течение. Бледная, сухая с шелушением кожи лица, с эритематозно-сквамозными очагами отмечалась у всех пациентов. Офтальмологические проявления зафиксированы также у 100 % (дерматит век у 11 (92 %), периорбитальная гиперпигментация у 7 (58 %), складки Денье-Моргана у 5 (42 %), блефарит у 3 (25 %), дакриоцистит 1 (8 %). Кроме этого у 2 пациентов имелось раз-

реженность наружной трети бровей (17 %), хейлит у 4 (33 %), ангулярный стоматит у 2 (17 %). Вначале лечения применялся крем комфодерм К 1 раз в сутки длительность применения от 5 до 10 дней. В последние два дня нанесения крема комфодерм К дополнительно начиналось применение мази такропик 0,03 % 1 раз в сутки, а далее после отмены мазь такропик применялась 2 раза в сутки в среднем 10 дней, далее применение уменьшалось до 1 раза в сутки до полного исчезновения симптомов (в среднем 12 дней). Поддерживающая терапия по схеме 2 раза в неделю была назначена 5 пациентам, у 7 в дальнейшем применялись только эмоленты.

Результаты исследования. Снятие обострение произошло у 100 %. Незначительные симптомы раздражения кожи на применение мази такропик наблюдалось у 7 пациентов в начале применения, но это не потребовало отмены препарата. Последующие контрольные осмотры проводились ежемесячно в течение 6 месяцев. Рецидива в группе пациентов получающих поддерживающую терапию не было. У пациентов получающих только базисную терапию обострение зафиксировано у 3. Одному пациенту была назначена поддерживающая терапия. Двум другим была проведена эпизодическая терапия снятия обострения по схеме мазь такропик 0,03 % 2 раза в сутки. Атрофии кожи в местах нанесения препаратов не наблюдалось

Выводы. Последовательное применение крема комфодерм К и мази такропик 0,03 % при лечении проявлений атопического дерматита на лице показало высокую эффективность в снятии симптомов обострения, у большинства пациентов была достигнута длительная ремиссия, отмечалась хорошая переносимость, побочные и отсутствовали осложнения.

АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ГЕНА ФИЛЛАГРИН У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, И.А. САМАРХОДЖАЕВА, Х.Р. ЖАФАРОВ

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

Проблема атопического дерматита до сих пор остается актуальным, в связи с неуклонным ростом среди детского населения, проявлением его во взрослом контингенте, реализуемое в сложном взаимодействии иммунно-генетических, нейроэндокринных нарушений в совокупности с воздействием многочисленных факторов окружающей среды с преимущественным поражением кожи.

В патогенезе атопического дерматита важное значение придается барьерной функции кожи – генам кодирующие белки эпидермиса и ответственные за формирование эпидермального барьера.

Цель исследования. Исследовать аллельных вариантов и ассоциации полиморфизма генотипов 2282del4 гена FLG у детей с АД узбекской популяции.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 57 детей с атопическим дерматитом в возрасте от 1 до 18 лет. Среди них девочки составили – 28 (49,1 %) и мальчики – 29 (50,8 %). У всех детей проводили клинические, иммунологические и молекулярно-генетические, статистические исследования.

Результаты исследования. Анализ молекулярно-генетических исследований частот распределения ассоциации полиморфизма генотипов 2282del4 гена FLG показал повышенную частоту выявляемости гетерозиготного варианта – в 19,3 % (11/57) случаев, тогда как в контрольной группе не выявлено. ($\chi^2 = 7{,}73$, $P<0{,}005$; OR$\chi^2 = 15{,}09$; 95 % CI 0,86–265,5). Мутантный гомозиготный вариант полиморфизма 2282del4 гена FLG составил 5,3 % случаев (3/57) соответственно. ($\chi^2 = 7{,}73$, $P < 0{,}005$; OR$\chi^2 = 3{,}92$; 95 % CI 0,20–78,4).

Заключение: Гетерозиготный вариант генотипов полиморфизма 2282del4 гена FLG является значимым маркером повышенного риска развития атопического дерматита у детей узбекской популяции ($P < 0{,}005$). Функционально благоприятный генотип 2282del4 гена FLG является достоверными протективными маркерами в отношении развития патологии ($\chi^2=7{,}73$, $P<0{,}005$; OR=15,09; 95 % CI 0,86–265,5)

ЗНАЧЕНИЕ КАТЕЛИЦИДИНА LL-37 В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, Ш.Н. МИРЗАКУЛОВА

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

Согласно литературы определение функциональной активности антимикробных пептидов при атопическом дерматите обозначает ключевым так называемым «часовыми на посту» для воздействия на процессы микробного и аллергического воспаления. Несмотря на изученность состояние антимикробного пептида LL-37 у больных с аллергическими заболеваниями кожи, полученные результаты имеют разнонаправленный характер, что требует более глубокого подхода.

Материал и методы исследования. Обследовано 46 больных в возрасте от 19 до 60 лет. Среди них лица женского пола составили 33 и мужского – 25 лет. По возрастному аспекту больные молодого возраста 19 до 40 лет – 22 и старше 60 лет – 34 соответственно. У всех больных проводили клинические (определение индекса SCORAD), иммунологические и микробиологические, статистические исследования. Клинические исследования индексаSCORAD определяли с помощью программной диагностики (DGU 17865; DGU 17814)

Результаты исследования. Результаты программной диагностики степени тяжести АД у обследованных больных выявили легкую степень тяжести – у 7 больных (15,2 %, среднюю – у 21 (45,6 %) и тяжелую степень – у 18, что составило 39,1 % случаев. С учетом возраста больные были разделены в следующие группы (табл. 1).

Результаты ИФА исследования АМП LL-37 в сыворотке крови показали повышение концентрации у больных АД в 4,7 раз по сравнению с показателями контрольной здоровой группы и в среднем составил 8,6±0,8 пг/мл (P<0,05). С учетом возраста больных концентрация LL-37 также повышался в 5,5 и 5,01 раз соответственно и имели статистически достоверный характер (P<0,05).

Следует отметить, концентрация АМП LL-37 с увеличением возраста больных повышался в 1,4 раза, что на наш взгляд имел связь с иммунологической реактивностью организма на воздействие патогенных свойств условно-патогенных микроорганизмов. Результаты ИФА исследования сыворотки крови у больных АД показали, что среди 46 больных повышение концентрации IgM к Candida albicans отмечали у 65,2 % (у 30 из 40), что характеризовало острую стадию микогенной сенсибилизации. Тогда как у 25 больных отмечали повышение уровня IgG к C.albicans, что составило 54,3 % случаев, обуславливающее хроническое течение микогенной сенсибилизации. Причем у 6 (13,04 %) больных отмечали одновременное повышение концентрации IgM и IgG к C.albicans, характеризующие обострение микогенной сенсибилизации. Корреляционный анализ уровня АМП LL – 37 выявил положительную с общим IgE – r=+0,79 IgM к C.albicans и IgG к C.albicans – r=+0,5 (P<0,05) соответственно. Секреторный sIgA находился в прямой корреляции с IgE – r=+0,75, IgMи IgG C. albicans– r=+0,7 и r=+0,4, тогда как с LL-37 – r=+0,8 и статистически достоверный характер (P<0,05).

Выводы. Таким образом, определение антимикробных пептидов класса кателицидины LL-37 являются высокочувствительными «часовыми» моноклональными пептидами, определяющие начальную стадию развития воспалительного процесса, обусловленное проникновением антигенных структур полисахаридов микробного происхождения. Полученные данные являются важными критериями в плане назначения антимикробных средств как системного, так и наружного характера.

ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ НАРУЖНОЙ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Н.Н. МАВЛЯНОВА, Н.М. ТАШЕВА

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

С целью изыскания новых методов детоксикации у больных аллергическими заболеваниями кожи разработан пелоидотерапия с применением активированного природного глинистого минерала алюмосиликата железа – глауконит (далее фатигрин) из месторождения Узбекистана. Минеральная маска «фатигрин» назначался больным 1 раз в день путем нанесения на кожу очагов поражения и здоровой кожи (на все тело) на 15 -30 минут и после смывали теплым душем. Процеду-

ру назначали 1 раз в день ежедневно в комплексной терапии №10.

Цель исследования. Оценка показателей эндогенной интоксикации с учетом состояния микробиоты кожи у больных атопическим дерматитом на фоне пелоидотерапии с применением глауконитовой минеральной маски «фатигрин»

Материал и методы исследования. Нами обследованы 72 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 12 до 43 лет. У всех больных проводили клинические, биохимические, микробиологические и статистические исследования. Контрольную группу составили 43 здоровых лиц без кожных проявлений соответствующего возраста.

Результаты исследования. Анализ результатов исследования показали, что в группе больных получавшие пелоидотерапии с минеральной маской «фатигрин» показатели сорбционных способностей эритроцитов (ССЭ) и уровень средне молекулярных пептидов (СМП) статистически достоверно снижался по сравнению до лечения ($p<0,001$) и в среднем они равнялись $30,87\pm0,33$ % и $0,245\pm0,007$ ЕЭ соответственно (до лечения ССЭ – $43,64\pm0,34$ % и СМП – $0,416\pm0,005$ ЕЭ), характеризующиеся снижением показателей эндогенной интоксикации в 1,4 и в 1,7 раз и имели статистически достоверный характер ($P<0,05$).

Заключение. Таким образом, применение пелоидотерапии с глауконитовой минеральной маски «фатигрин» в комплексной терапии больных с атопическим дерматитом способствует более выраженному снижению степени эндогенной интоксикации организма, чем стандартная терапия, что свидетельствует о детоксицирующей способности минеральной маски «фатигрин» наружного действия и можно рекомендовать широкому внедрению дерматологической практике.

ВЫЯВЛЕНИЕ МИКОПАТОЛОГИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Е.В. ЕСИОНОВА

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

Проявление первых признаков атопического дерматита (АД) зависит от множества факторов. Немаловажное значение в заболевании играет наследственная предрасположенность, реализация которой на различных жизненных этапах больного осуществляется через многочисленные триггерные механизмы. Широкое распространение дрожжеподобных грибов рода Candida как в организме, так и в окружающей среде приводит к появлению кандидоза внутренних органов и в последующем развитие микогенной сенсибилизации. Наиболее часто микогенная сенсибилизация реализуется у больных АД.

Цель исследования. Исследовать клинические и микологические параметры у больных АД.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 137 пациентов с различными формами АД в возрасте от 10 до 67 лет. В исследовании мужчин было 58 (43,8 % %), женщин – 79 (56,2 %). У всех больных проводился сбор анамнеза и клинический осмотр с определением индекса POEM. Все больные имели активные проявления заболевания и верифицированный диагноз «АД» согласно МКБ-10 (L20-L30). Всем больным были проведены микологические исследования (микроскопические и посев на среду Сабуро).

Результаты исследования. Большинство больных находилось в активном трудоспособном в возрасте. У 83 (60,6 %) пациентов давность заболевания была отмечена свыше 5 лет. Среди сопутствующих заболеваний превалировали анемия различной степени и патологии ЖКТ. Среди всех больных АД Candida spp. были выявлены в 70 % случаев. Исследуя биосубстраты, определено, что в кишечнике дрожжеподобные грибы рода Candida были зафиксированы в 57,9 % (55 больных), со слизистой полости рта – 40 % (38 больных) и наименьшей с кожных чешуек – 2,1 % (2 больных). Диагноз «Кандидоз полости рта» был установлен 34 (35,8 %) больным, тогда как у 4 (4,2 %) больных с полости рта было зафиксировано кандидоносительство, диагноз «Кандидоз кишечника» – 55 (57,9 %) больным. Обнаружение дрожжеподобных грибов рода Candida в биосубстратах со слизистой полости рта, кожи и кишечника было чаще зарегистрировано (54,7 % случаев) у лиц женского пола.

Согласно индексу POEM, до лечения среднее значение было $16,5\pm0,9$ балла, что соответствовало средней степени заболевания. при этом, индекс POEM был выше у больных с кандидозом полости рта и кишечника, чем у больных без микопатологии $12,9\pm0,9$ $20,1\pm0,95$ баллов соответственно.

Выводы: учитывая молодой трудоспособный возраст и длительное течение заболевания, всем больным АД рекомендовано проводить микологические исследования биосубстратов для раннего выявления и лечения микопатологии.

КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РОЗАЦЕА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА

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

Существующие в настоящее время методы терапии розацеа имеют низкую эффективность, или же заболевание рецидивирует спустя некоторое время. Несомненную роль в развитии розацеа, играют триггерные факторы, которые при непосредственном воздействии могут спровоцировать обострение заболевания. Результаты последних научных исследований по изучению патогенезе розацеа позволили предположить, что в очагах воспаления увеличена экспрессия Т-лимфоцитов, сенсибилизированных к антигенам некоторых микроорганизмов, как в эпидермальных, так и в дермальных очагах поражения, особенно вокруг мелких кровеносных сосудов и фибробластоподобных клеток, по сравнению с незатронутой дермой. Последние научные данные показали роль патогенных форм Staphylococcusspp., а именно устойчивого к метициллинуStaphylococcusaureus (MRSA), в клиническом течении розацеа.

Цель исследований. Изучение показателей бактериальной сенсибилизации и состояние генотипов метициллинрезистентного Staphylococcus aureus (MRSA) у больных различными клиническим формами розацеа проживающих в Сурхандарьинской области Республики Узбекистан.

Материал и методы исследования. Всего нами были обследовано 87 больных с различными клиническими формами розацеа в возрасте от 21 до 76 лет. Набор клинического материала проводился в Сурхандарьинском филиале Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии. Всем больных проводили объективный осмотр кожно-патологического состояния, 3D диагностику кожи лица, микробиологические и молекулярно-генетические исследования на определение метициллин резистентного Staphylococcus aureus (MRSA).

Результаты исследования. По клиническим формам пациенты розацеа были распределены следующим образом: у 29 пациентов (33,4 %) была диагностирована эритематозно-телеангиэктатическая форма розацеа, у 47 (54,02 %) папуло-пустулезная форма и у 11 (12,6 %) фиматозная форма заболевания. Микробиологические и молекулярно-генетические иследования показали и высокую высеваемость патогенной флоры S.Epidermidis – у 41 (47,1 %) пациентов, тогда кака S. Aureus встречался в 29 (33,4 %) случаев, S.Haemolyticus был обнаружен – у 17 (19,5 %) больных розацеа. В зависимости от клинической формы розацеа, микробиологическая картина кожи показала следующее: у больных с папуло-пустулезной формой розацеа чаще высевался S. Aureus – 24,3 % случаев, а также у пациентов с эритематозно-телеангиэктатической формой розацеа в 23,1 % случаев. Молекулярно-генетическое исследование генотипирования штаммов St. aureus у больных розацеа показало что, контаминанты MRSA были выявлены в 62 % случаев, MSSA – 23 % и MRCoNS в 5 % случаев розацеа. Таким образом, исследованиями установлено, что развитие и розацеа и тяжелое его течение в ряде случаев объясняется колонизацией на коже s St. aureus, секретирующим токсины – суперантигены, которые вызывают поликлональную активацию Т-лимфоцитов и макрофагов, продуцирующих провоспалительные цитокины и модулирующих развитие иммунного ответа.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ – ФАТИДЕРМ М – В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ТРИХОФИТИИ У ДЕТЕЙ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, И.А. САМАРХОДЖАЕВА

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

Согласно мировой статистике, из шести существующих форм течения трихофитии, в более половине случаев (53,7 %) заболевание протекает в инфильтративно-нагноительной форме, которая по своей сути представляет собой осложненный вариант микотической инфекции, трудно поддающейся лечению и частым развитием атрофических рубцов с косметическим дефектом. Это наталкивает ученых на поиск новых инновационных методов лечения с целью своевременного предупреждения неблагоприятных исходов.

Цель исследования. Оценка эффективности грязевой маски Фатидерм-М на этапе этиотроп-

ного лечения инфильтративно-нагноительной формы трихофитии (ИНФТ) у детей.

Материалы и методы. Обследованы 60 детей больных с ИНФТ, в возрасте 2–18 лет, мальчиков 60 %, девочек 40 %. В диагностике ИНФТ использованы клинические, лабораторные, микробиологические (бак.посев с очагов поражения) и микологические (ПИФ анализ на грибы, культуральный посев на грибы). Больные с ИФНТ разделены в 2 группы: I группа – 28 детей, получившие общепринятую традиционную терапию (ТТ) в 2 этапа; II группа инновационная терапия (ИТ) – 32 детей, получившие на фоне ТТ в составе пелоидотерапии грязевую маски Фатидерм-М, путем ежедневного нанесения на очаги поражения (1 раз/сутки) с экспозицией 20 минут после проведения противовоспалительной терапии, на курс 14 дней.

Результаты. По итогам терапии, наглядная результативность отмечалась в положительной динамике клинических симптомов ИНФТ среди детей, получивших ИТ с применением грязевой маски Фатидерм-М. Так, статистически значимо нивелировались такие симптомы как зуд, гиперемия, инфильтраты и пустулы (на 3,2±0,17 день, p<0,05 к группе ТТ). Снижались количественные показатели патогенной бактериальной флоры: St.aureus в 4 раза, St.epidermidis в 2,9 раза и St. saprophyticus в 6 раза (p<0,01) и в целом, обсемененность патогенной грибковой (T.verrucosum, T.gypseum и T.violaceum) флоры, что способствовало выздоровлению в 96,7 % случаях (против 78,5 % детей, получивших ТТ, p<0,05).

Заключение. Дополнительное включение инновационной минерализованной грязевой маски Фатидерм-М в составе пелоидетерапии инфильтративно-нагноительной формы трихофитии у детей позволило улучшить эффективность лечения на 18,2 %, сохраняя при этом высокую биодоступность и безопасность.

ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, У.Ю. САБИРОВ, Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ

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

Цель исследования. В дерматологии особое место занимает атопический дерматит (АД), который клинически проявляется высыпаниями различного характера и часто сопровождается зудом, существенно снижая качество жизни пациентов**.** В практике диагноз ставится на основании анамнеза, клинических признаков и лабораторных данных включая гистологию. Но иногда клиническая и патоморфологическая картина АД может изменится за счет изменении кожной микрофлоры, при которых точный диагноз поставить затруднительно. В таких случаях рекомендуется биопсия кожи в сочетании с микробиологическими исследованиями для дифференциации кожно-патологического процесса. Целю нашего исследования было изучения, корреляция и оценка гистологических признаков и микробиологических покозателей у больных с различными формами атопического дерматита.

Материалы и методы. Нами обследованы 44 больных с атопическими дерматитом. Возраст больных составля от 8 до 36 лет. У всех больных проводили клинические (определение индекса SCORAD), биохимические, иммунологические, микробиологические и гистологические исследования. проводилис пациентам с клиническими признаками АД и вероятной видимо измененный кожи путем соскоба с далнешем культуральном исследованием.

Микробиологические исследования и биопсию кожи производили пациентам с АД до применения топических и/или системных глюкокортикостероидов и антибактериальных наружных средств.

Результаты. По клинической формы среди 44 больных у 16 (36,4 %) диагностирована – эритематозно-сквамозная форма, 8 (18,2 %)– эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, 9 (20,5 %)) – лихеноидную, 6 (13,6 %) – экссудативную форму и 5 (11,4 %) – отмечали пруригинозную форму. По индексу SCORAD у 9 (20,5 %) – отмечали легкую степень, у 23 (52,3 %) – среднюю степень и 12 (27,3 %) – тяжелую степень тяжести.

Гистологических исследований с учетом клинических форм дерматоза показали при эритематозно-сквамозной формы: гиперкератоз, очаговый паракератоз, неравномерный акантоз; межклеточный отек клеток шиповатого слоя эпидермиса, местами вакуольная дистрофия клеток базального слоя, в дерме выраженный отек, обильная лимфогистиоцитарная инфильтрация с содержанием нейтрофилов и эозинофилов; расширение и кровенаполнение сосудов с набуханием их эндотелия; эритематозно-сквамозной формы с лихенификацией более выраженный гиперкератоз, роговые пробки и очаговый паракератоз, в дерме отек, набухание и разволокнение коллагеновых волокон; экссудативная форма: ро-

говой слой пропитан серозной жидкостью; иногда наблюдается скопление нейтрофилов в ответ на вторичную инфекцию; образование внутри-эпидермальных пузырей; в дерме выраженный отек; определяется обильная лимфогистиоцитарная инфильтрация с содержанием нейтрофилов и эозинофилов; расширение и кровенаполнение сосудов с набуханием их эндотелия; пруригинозная и лихеноидная форма выраженный гиперкератоз с роговыми инвагинациями; эрозии за счет расчесов; равномерное утолщение зернистого слоя, в дерме папилломатоз, отек, очаговый лимфогистоцитарные инфильтраты, коллагеновые волокна в сосочковом слое дермы набухшие, в сетчатом слое дермы разволокнение коллагеновых волокон.

Выводы. Несмотря на определенные различия клинической картины атопического дерматита и других дерматозов в клинической практике при неясности диагноза биопсия кожи считается важным методом дифференциальной диагностики.

Патоморфологическая картина АД является типичным для спонгиозных дерматозов, но в то же время ключевые диагностические (гистологические) признаки варьируются в зависимости от клинической формы АД и индивидуальной реактивности кожи.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОЖИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, У.Ю. САБИРОВ, Ш.Ш.Х ОНХОДЖАЕВ, М.Р. МАКСУДОВ

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

Цель исследования. Современные исследователи уделяют особое внимание роли условно-патогенным микроорганизмам микробной и грибковой флоры кожи в патогенезе атопического дерматита. Установлено участия их в патогенезе заболевания путем индукции аллерген-специфических IgE, развития сенсибилизации и дополнительной активации дермальных лимфоцитов. При этом длительная колонизация и их персистенция в биосубстратах организма у больных атопическим дерматитом способствует развитию сенсибилизации организма. Среди бактериальных агентов большое значение придается стафилококковой флоре, а в частности Staphylococcus aureus, который высевается в 80–90 % случаев на коже больных атопическим дерматитом без признаков гнойного процесса.

С этой точки зрения дерматозы представляют большой интерес, так как до настоящего времени достаточно не определена роль микроорганизмов, персистирующих на коже, как инфекционных и аллергических факторов, участвующих в формировании заболевания. Цель нашей работы – дать оценку патоморфологической картины кожи с учетом микробиоты кожи у больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Нами было обследованы 157 больных с разными клиническими формами атопического дерматита. Возраст больных составля от 1 до 59 лет, из них мужчины 85 (54,1 %), женщины 72 (45,9 %). В основном это были пациенты со среднетяжелым течением заболевание 65 %, легкое течение отмечено в 12 % случаев, тяжелой – в 23 %.

Микробиологическое исследования проводились 97 пациентам с клиническими признаками АД и вероятной видимо измененный кожи.

Статистическая обработка результатов проводили с помощью программы Statistika V.55A с использованием критерия Шапиро-Уилка (2006).

Результаты исследования. По клинической формы среди 157 больных у 54 (34,4 %) диагностирована – эритематозно-сквамозная форма, 41 (26,1 %) – эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, 15 (9,5 %) – лихеноидную, 13 (8,2 %) – экссудативную форму и 39 (24,8 %) – отмечали пруригинозную форму. По индексу SCORAD у 20,5 % – отмечали легкую степень, у 52,3 % – среднюю степень и 27,3 % – тяжелую степень тяжести.

Микробиологические исследования кожных покровов 157 пациентов с АтД показали, что у 124 были высеяны грамм+ хемоорганотропные факультативно-анаэробные бактерии из семейства Micrococcaceae – Staphylococcus spp., что составило 78,9 % случаев.

По видовой идентификации Staphylococcus spp., наибольшее количество высевался St. Aureus – 54,03 % (у 67 из 127), St. saprophyticus – в 25,8 % (32), st.haemoliticus – у 12 больных, что составило 9,7 % случаев. Тогда как высеваемость факультативной флоры st. Epidermidis отмечали – в 10,5 % случаев (у 13).

Выводы. У больных с АД с колонизацией st.aureus и St. Haemoliticus отмечается выраженное изменение патоморфологической картины с преобладанием спонгиоза, инфильтрации и отечности дермы, тогда как с колонизацией St. Saprophyticus отмечается преобладание акантоза с легкой степени выраженности спонгиоза и инфильтрации и при колонизации St. Epidermidis отмечается слабая выраженность патоморфологических показателей.

ИННОВАЦИОНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СУХОСТИ КОЖИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА, З.У. ТОШМАТОВА, Б.Х. ЗАКИРОВ

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

Сухость/ксероз кожи является одной из актуальных проблем в практической дерматологии, обусловленное частым симптомом многих кожных заболеваний , таких как атопического дерматита, псориаза и лимфопролиферативных заболеваний кожи. Поиск оптимальных методов наружной терапии при сухости кожи является приоритетным направлением дерматологической практики.

Цель исследования: оценка комбинированной терапии фототерапии с ланолиново-кремнистым кремом «фатидерм» у больных с сухостью кожи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 128 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 12 до 54 лет. Лица женского пола составили – 77 (60,2 %) и мужского – 51 (39,8 %). У всех больных проводили клинические (исследования степени тяжести по индексу дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС)), микробиологические, корнеометрические и статистические исследования. Светодиодную фототерапию с длиной волны 633 нм в комбинации с ланолиново-кремнистого крема «фатидерм» назначали 1 раз в день в течение 20 минут курсом №10.

Результаты исследования: для оценки клинической эффективности больные были разделены на 2 группы: I – группа (73 больных АД, получавшие фототерапию в комбинации кремом «фатидерм») и II – группа (55 больных, получавшие топические кортикостероиды). Результаты клинических исследований показали, что индекс ДИШС в обеих группах в среднем составил 25,6±0,04 и 26,1±0,05 баллов соответственно, показатель корнеометрии pH составили в среднем 14,3±0,4, что характеризовало выраженную дегидратацию кожи.

После проведенной комплексной терапии у больных I – группы индекс степени ДИШС снизился в 2,7 раз и в среднем составил 9,4±0,05 и степень дегидрации в среднем составил 52,8±0,6 тогда как во II – группе индекс ДИШС составил – 16,3±0,06 и степень дегидрации в среднем составил – 26,7±0,3. У больных I – группы кожно-патологический процесс в динамике значительно рассосался, кожа в очагах поражения значительно увлажнилось, зуд прекратился. Микробиологические исследования показали снижения степени колонизации условно-патогенных микроорганизмов staphylococcus spp. в 4,3 и 3,2 раза после лечение в обеих группах соответственно ($P<0,05$).

Заключение. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что инновационный способ фототерапии с применением ланолино-кремниевого крема «фатидерм» способствовало повышению терапевтической эффективности 1,9 раз, что можно рекомендовать для практической дерматологии.

РОЛЬ МИКРОБИОТЫ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, М.Ф. ЯХШИЕВА

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

Актуальность. В клиническом течении себорейного дерматита важную роль отводят условно-патоген ным микроорганизмам, которые в виду своей вирулентностью способствуют хронизации клинического течения заболеваемости. В настоящее время в качестве ведущего этиологического фактора СД рассматривают дрожжеподобных грибов рода Malassezia, которые являются постоянными компонентами нормальной микрофлоры кожи.

Цель исследования. Изучить роль липофильных дрожжеподобных грибов рода Malassezia в клиническом течении себорейного дерматита в условиях Узбекистана.

Материалы и методы исследования. Нами обследованы 87 больных себорейным дерматитом (СД) в возрасте от 3 до 56 лет. Среди них лица женского пола составили – 49 больных и мужского – 38 лиц. Контрольную группу составили 36 здоровые лица соответствующего возраста. У всех больных проводили клинические (определение индекса SEDASI), микологические и статистические исследования. Результаты микологических культуральных исследований пока-

зали, что среди 87 больных в очагах поражения у 43 были выявлены липофильные дрожжеподобные грибы рода Malassezia, что составило 49,4%. При этом наибольшее количество было высеяно Malassezia ovale, что составило 60,5% (27 из 43). А у 16 больных с очагов поражения было высеяно Malassezia furfur, что составило 37,2% случаев. Методом ПЦР исследования выявлены генотипы липофильных дрожжеподобных грибов рода Malassezia в 78,2% случаях (у 68 из 87). С учетом пола больных липофильные дрожжеподобные грибы Malassezia ovale наиболее часто выявлялись у лиц женского пола у 19 из 27, что составило 70,4%, тогда как у лиц мужского пола выявлялся у 8 (29,6%).

Следует отметить, что Malassezia furfur наиболее часто высевался у лиц мужского пола – у 9 из 16, что составило – 56,3% случаев, а у женщин – у 7 (43,7%). С учетом возраста грибы Malassezia наиболее часто высевались у лиц женского пола в возрасте 19–30 лет – 33,3% случаев, тогда как у лиц мужского пола в активном – трудоспособном 31–40 лет – 50% случаев. С учетом индекса SEDASI при легкой и средней степени тяжести в основном высевался Malassezia ovale – в 14,8% и 48,1%, а при тяжелой степени – Malassezia furfur- 62,5% случаев.

Результаты исследования. Таким образом, результаты ПЦР исследования показали, что генотипы липофильных дрожжеподобных грибов рода Malassezia выявлялось у 68 из 87 больных, что составило 78,2% случаев. Такая диагностика в 1,6 раз превышал показателей культуральных исследований и способствовал своевременной тактики проведения этиотропного лечения у больных СД.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АКНЕ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДАХ

Н.Н. МАЛИКОВА, С.С. АРИФОВ, А.А. АБДУРАШИДОВ

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент

Акне хроническое воспалительное заболевание сально-волосяного аппарата кожи, которым страдает почти 80 % подростков и лиц молодого возраста. Оптимизация профилактики и лечения акне – одно из приоритетных направлений дерматовенерологии и косметологии, поскольку заболевание характеризуется хронически рецидивирующим течением, значительным снижением качества жизни вне зависимости от площади и характера высыпаний. Часто процесс сопровождается косметическим дефектом, развитием психологической и социальной дезадаптации.

Цель исследования. Изучение корреляционного анализа между возраста больных и степенью тяжести течения акне.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 133 больных с акне, которые получали амбулаторное лечение в РСНПМЦДиК и в РКВКБ МЗ РУз. Мужчин было 78 (58,6 %), женщин – 55 (41,3 %). По давности болезни больные были разделены на 5 групп: до 1 года данной патологией страдали 31 (23,3 %) больной, от 1 до 3 лет – 48 (36,1 %), от 3 до 5 лет – 33 (24,9 %), свыше 5 лет – 21 (15,7 %) пациентов. В зависимости от возраста больные были распределены на следующие группы: пациентов 11–18 лет было 61 (45,9 %), 19–24 лет – 49 (36,9 %), 25–30 лет – 16 (12 %), 31 лет и выше – 7 (5,2 %). Согласно классификации, предложенной Глобальным альянсом по улучшению результатов акне легкой степенью тяжести страдали 51 (38,4 %), средней степенью тяжести – 63 (47,3 %) и тяжелой степенью тяжести – 19 (14,3 %).

Результаты исследования. При корреляционном анализе возраста больных с степенью тяжести течения выявлено что, в возрастной группе от 11 до18 лет пациентов с легкой степенью тяжести заболевания были 19 (31,1 %), со средней степенью тяжести – 30 (49,2 %), с тяжелой степенью тяжести – 12 (19,7 %); в возрастной группе от 19 до 24 лет больных с легкой степенью тяжести заболевания были 11 (22,4 %), со средней степенью тяжести – 15 (30,6 %) и с тяжелой степенью тяжести – 23 (47 %); в возрастной группе от 25 до 30 лет лиц с легкой степенью тяжести заболевания были диагностированы у 10 (62,5 %) больных, со средней степенью тяжести – у 4 (25 %) и с тяжелой степенью тяжести – у 2 (12,5 %) больных; в возрастной группе от 31 лет и выше больных с легкой степенью тяжести заболевания составили 2 (28,6 %), со средней степенью тяжести – 5 (71,4 %) и лиц с тяжелой степенью тяжести не были диагностированы.

Выводы. Результаты исследования показали, что среди наблюдаемых больных преобладали лиц мужского пола (58,6 %), в возрасте от 11 до 18 лет (45,9 %), с давностью заболевания от 1 до 3 лет (36,1 %) и средней степенью тяжести (47,3 %). При этом, пациенты с легкой степенью тяжести преобладали в возрастной группе от 25 до 30 лет, со средней степенью тяжести – в возрастных группах от 11 до 18 лет и с тяжелой степенью тяжести – в возрастной группе от 19 до 24 лет.

СПЕЦИФИЧНОСТЬ ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

А.М. МАННАНОВ, А.В. МУН

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Клиническое течение локализованной склеродермии у детей отличается от такового у взрослых в силу своей специфичности. Поэтому изучение клинического течения локализованной склеродермии у детей в зависимости от возраста позволяет уточнить механизмы формирования заболевания в каждом конкретном возрастном периоде и оценить роль иммунитета как фактора развития. Изучение роли этих факторов в развитии и возникновении локализованной склеродермии у детей позволит понять этиологическую природу этого заболевания.

Цель исследования. Изучить показатели иммунитета периферической крови у детей с локализованной склеродермией.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 68 детей в возрасте 3–18 лет, 46 девочек (67,6 %) и 22 мальчика (32,4 %), с различными стадиями и типами локализованной склеродермии, поступивших в дерматологическое отделение клиники ТашПМИ. Иммунологические исследования проводились на клеточном и гуморальном иммунитете. Клеточное звено иммунитета исследовалось путем иммунофенотипирования с использованием специфических моноклональных антител против поверхностных молекул CD3+, CD4+, CD8+, CD20+, CD25+ и CD95+. Исследуемые цитокины включали IL-1betta, IL-2, IL-6 и TNF-α.

Результаты исследования. Анализ исследований клеточного иммунитета у детей с ОС показал статистически значимое подавление Т-системы иммунитета по сравнению с контролем, со снижением общего соотношения Т-лимфоциты-CD3+ в периферической крови, 1,8-кратным подавлением Т-лимфоцитов в фазе эритемы и отека и в фазе атрофии и 2,4-кратным подавлением в фазе уплотнения. Результаты были аналогичны контролю. Важно отметить, что количество активированных В-лимфоцитов (CD20+) было значительно увеличено до 2,2 раза по сравнению с нормой.

Выводы. Таким образом, выявлен выраженный иммунодефицит, на это указывает подавление экспрессии CD3+, CD4+ и CD8+, повышение экспрессии CD20+ и активация маркеров воспаления CD25+ и CD95+. Как уже упоминалось выше, стадия и характер иммунологического процесса отражается экспрессией маркеров активации в соответствии с функциональной активностью иммунокомпетентных клеток.

НОВЫЙ ПОДХОД К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

А.А. МАННАНОВ, Б.С. АЗИЗОВ

Ташкентский государственный стоматологический институт, кафедра терапевтически направленных предметов №1, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Препараты, существующие в настоящее время и использующиеся в наружной терапии аллергических дерматозов, в частности атопического дерматита многообразны и имеют разнонаправленные действия, в особенности при местном применении. Хоть эти препараты и оказывают противовоспалительное, противоаллергическое действие на патологический процесс, эти действия являются непродолжительными, недостаточно эффективными, кроме того для получения высоких ожидаемых результатов, требуется большое количество материальных затрат.

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата фитоаллергодерм в наружной терапии детей, больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Были изучены 12 детей больных атопическим дерматитом в возрасте от 6 месяцев до 3 лет. Из них были 7 (58,3 %) девочек и 5 (41,7 %) мальчиков. Для постановки диагноза атопический дерматит была использована классификация Hanifin J.M., Raika G. (1980).

Результаты. Изучение данных анамнеза больных показало, что 10 (83 %) обследованных детей заболели на первом году жизни, причем 80 % в первом полугодие. Впервые возникающие очаги поражения располагались на лице 8 (70 %) детей, на шее – у 1 (11 %), на верхних конечностях – у 1 (11 %), ягодицах, бедрах, голенях, стопах – у 2 (16 %). Процесс характеризовался эритемой, сухостью, шелушением у 6 больных (53 %), мокнутием и экссудацией – у 5 (46 %).

Детям, больным атопическим дерматитом наружно было назначен растительный препарат фитоаллергодерм для смазывания, в жидкой форме. Препарат наносился на пораженные

участки 1-2 раза в сутки, курс лечения составил 10–15 дней в зависимости от наблюдаемых результатов лечения. Побочные действия не были установлены.

В результате проводимой терапии начиная со второго дня от начало лечения в очагах поражении отмечалось уменьшение воспалительных явлений в виде уменьшение отечности, гиперемии, зуда и разрешений высыпаний. При введении в местную терапию препарата фитоаллергодерма клиническое выздоровление наблюдалось у 7 (58,3 %) больных, значительное улучшение у 4 (33,3 %) больных и улучшение было у 1 (8,3 %) больного от начала курса лечения.

Выводы. Таким образом, фитоаллергодерм комбинированный растительный препарат, применяемый для наружной терапии атопического дерматита у детей, является новым лекарственным препаратом для наружного применения в жидкой форме.

ЗООНОЗНЫЙ КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

Ф.А. МАХМУДОВ, К.Н. ХАИТОВ

Бухарский государственный медицинский институт,
Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. Кожный лейшманиоз является распространенной тропической инфекцией, вызываемой многими видами простейших Leishmania, переносимыми комарами. Его клинические проявления очень разнообразны и зависят от многих паразитарных и специфических факторов, которые до конца не изучены. Узбекистан также является одним из эпидемиологических регионов по кожному лейшманиозу.

Цель работы. Статистический анализ пациентов, пролеченных в стационарных условиях

Материалы и методы. Исходя из заявленных целей и задач исследования, среди обратившихся в Бухарское областное отделение Республиканского специализированного центра дерматовенерологии и косметологии Республики Узбекистан выявлено 110 больных зоонозным кожным лейшманиозом и проведен статистический анализ.

Результат исследования. То есть из 110 больных 24 (21,8 %) были из Жондорского района, 16 (14,5 %) – Пешку, 4 (3,6 %) – Ромитан, 5 (4,5 %) – Вобкент, 14 (12,7 %) Олот, 1 (0,9 %) Гиждуван, 2 (1,8 %) г. Бухара, 6 (5,4 %) Бухарский район, 20 (18,2 %) Шофрикон, 9 (8,2 %) жители Каракула, 7 (6,3 %) Когон, 2 (1,8 %) Навоийская область. По статистике, наиболее выявленными больными из этих регионов являются жители Жондорского района.

Мы разделили этих больных по клиническим типам и получили следующий результат.

1 – Язвенная лейшманиома (неосложненная) – 43 пациента

2 – Лейшманиома, осложненная лимфангитом и лимфаденитом – 42 пациента.

3 – Лейшманиома, осложненная дочерными пузырками – 11 больных.

4 – Лейшманиома, осложненная лимфангитом, лимфаденитом, дочерными пузырками – 14 больных.

Из полученных данных существенных различий в клинических проявлениях у женщин и мужчин не выявлено, так как изучаемые формы заболевания возникают примерно в одно и то же время. Так, из 110 больных мужчин было 54 (49 %), женщин – 56 (51 %).

Достигнута статистическая оценка связи между возрастом больных и клиническими проявлениями зоонозного кожного лейшманиоза.

1 – Язвенная лейшманиома (неосложненная) – 9 (8,2 %) до 18 лет, 12 (10,9 %) до 18–30 лет, 9 (8,2 %) до 31–40 лет, 1 до 41–50 лет (0,9 %), 12 (10,9 %) больных старше 50 лет.

2 – Лейшманиома, осложненная лимфангитом и лимфаденитом – 13 (10,8 %) человек до 18 лет, 9 (8,2 %) человек до 18–30 лет, 7 (6,4 %) человек до 31–40 лет, 41–50 лет старые 5 (4,5 %), 8 (7,3 %) больные старше 50 лет.

3 – Лейшманиома, осложненная дочерными пузырками – 3 (2,7 %) человек до 18 лет, в 18–30 лет не выявлено, 4 (3,6 %) человека в возрасте 31–40 лет, не выявлено в 41–50 лет, 4 человека старше 50 лет (3,6 %) больных.

4 – Лейшманиома, осложненная лимфангитом, лимфаденитом и дочерными пузырками – 2 (1,8 %) человека до 18 лет, 2 (1,8 %) человека до 18–30 лет, 6 (5,4 %) человек до 31–40 лет, 41–50 лет старость не выявлена, 4 (3,6 %) больных старше 50 лет.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ

А.В. МУН, А.М. МАННАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Локализованная склеродермия (ЛС) – это хроническое заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии, характеризующееся появлением склероза на фоне воспалительных поражений кожи (эритема, отек), с последующей атрофией и пигментацией, иногда с вовлечением нижележащих тканей, иногда мышц и костей. У детей локализованная склеродермия встречается в 10 раз чаще, чем системная склеродермия.

Цель исследования. Изучить показатели клинических индексов mLoSSI и LoSDI до и после патогенетического лечения ингибитором кальциневрина Такролимусом и протеолитическим ферментом у детей.

Материалы и методы исследования. 68 детей в возрасте 3–18 лет, у которых были диагностированы различные клинические формы локализованной склеродермии, находились под наблюдением., обратившихся в отделение дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Все пациенты были оценены до и после лечения в соответствии со следующими критериями: эритема, уплотнение кожи, появление новых очагов, атрофия кожи, атрофия подкожно-жировой клетчатки, нарушение пигментации. В зависимости от степени выраженности процесса каждый критерий оценивался по 3 бальной шкале. Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – исследования (38 детей), 2 группа контроля – 30 детей.

Результаты исследования. На стадии эритемы и отека в группе исследования баллы mLoSSI уменьшились на ±1,1 балл, на стадии уплотнения на ±0,66 балла, появление новых очагов на ±0,63 балла. Индекс LoSDI уменьшился при атрофии кожи на ±0,34 балла, при атрофии кожи и ПЖК на 0,08 и при нарушении пигментации на ±0,84 балла.

Выводы**.** Исследования показали, что в эритематозной и отечной стадиях наибольшая эффективность лечения такролимусом и кукумазином проявляется в выраженном противовоспалительном действии. В стадии уплотнения эффективность лечения связана с расщеплением избыточно синтезированного коллагена протеолитическим ферментом папаином (кукумазином).

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

А.В. МУН

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ограниченная склеродермия – хроническое воспалительное заболевание соединительной ткани, характеризующееся поражением сосудистой системы, воспалительным процессом, нарушением аутоиммунной и тканевой реконструкции в коже без поражения внутренних органов. Распространенность этого заболевания составляет примерно 0,4–2,7 случая на 100,000 населения. В патогенезе этого кожного заболевания играют роль несколько факторов, включая микроциркуляторные нарушения, синтез и метаболизм коллагена и гликопротеинов, генетические факторы и наличие сопутствующих заболеваний. Очаговая склеродермия часто сопровождается осложнениями. Ранее было показано, что при сочетании склеродермии и эндокринных заболеваний аутоиммунные процессы взаимно усиливают друг друга.

Цель исследования. Изучение частоты встречаемости интеркуррентной патологии при очаговой склеродермии в детском возрасте.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении дерматологии клиники ТашПМИ в период с января 2016 по июнь 2018 г. находилось 23 пациента с очаговой склеродермией с различной локализацией, из них 8 мальчиков и 15 девочек в возрасте от 4 до 18 лет. Давность заболевания составляла от 1 месяца до 6 лет. 16 пациентов ранее получали терапию с применением внутримышечных инъекций пенициллина, актовегина внутримышечно и на очаги поражения с временным эффектом.

Результаты исследования. После сбора анамнеза, клинического осмотра и консультации с соответствующим специалистом были выявлены следующие сопутствующие заболевания: воспалительные заболевания ЛОР органов у 9 пациентов (39,1 %); гипотиреоз у 4 пациентов (17,4 %); анемия у 4 пациентов (17,4 %); хронический холецистит у 2 пациентов (8,7 %); глистная инвазия у 4 детей (17,4 %).

Выводы. Наши результаты показывают, что отоларингологическая патология значительно чаще встречается у педиатрических пациентов с локализованной склеродермией, в то время как эндокринная, гематологическая и глистная патология встречаются одинаково часто.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

А.В. МУН, А.М. МАННАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Локализованная склеродермия (ЛС) – это хроническое заболевание соединительной ткани неизвестной этиологии, характеризующееся появлением склероза на фоне воспалительных поражений кожи (эритема, отек), с последующей атрофией и пигментацией, иногда с вовлечением нижележащих тканей, иногда мышц и костей. У детей локализованная склеродермия встречается в 10 раз чаще, чем системная склеродермия.

Цель исследования. Изучить показатели клинических индексов mLoSSI и LoSDI до и после патогенетического лечения ингибитором кальциневрина Такролимусом и протеолитическим ферментом у детей.

Материалы и методы. 68 детей в возрасте 3–18 лет, у которых были диагностированы различные клинические формы локализованной склеродермии, находились под наблюдением, обратившихся в отделение дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Все пациенты были оценены до и после лечения в соответствии со следующими критериями: эритема, уплотнение кожи, появление новых очагов, атрофия кожи, атрофия подкожно-жировой клетчатки, нарушение пигментации. В зависимости от степени выраженности процесса каждый критерий оценивался по 3 бальной шкале. Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – исследования (38 детей), 2 группа контроля – 30 детей.

Результаты исследования. На стадии эритемы и отека в группе исследования баллы mLoSSI уменьшились на ±1.1 балл, на стадии уплотнения на ±0,66 балла, появление новых очагов на ±0,63 балла. Индекс LoSDI уменьшился при атрофии кожи на ±0,34 балла, при атрофии кожи и ПЖК на 0,08 и при нарушении пигментации на ±0,84 балла.

Выводы. Исследования показали, что в эритематозной и отечной стадиях наибольшая эффективность лечения такролимусом и кукумазином проявляется в выраженном противовоспалительном действии. В стадии уплотнения эффективность лечения связана с расщеплением избыточно синтезированного коллагена протеолитическим ферментом папаином (кукумазином).

ЛЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ Д-ВИТАМИННОГО СТАТУСА

К.М. МУХАМАДИЕВА, С.С. БОЗОРОВ

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

Цель исследования. Оценить влияние витамина Д на эффективность лечения гнездной алопеции (ГА) у детей.

Материал и методы исследования. Обследовано 82 пациента в возрасте 4-18 лет (девочки 49 (59,8 %), мальчики – 33 (40,2 %) случаев). Оценивали сывороточный уровень 25 (OH)D3 в крови, состояние антиоксидантной системы (АОС) и показатели местного кровотока (лазердопплерфлоуметрия). В основной группе (45 больных), в отличие от контрольной (37 больных), в комплексной терапии применяли препарат Аквадетрим Д3 (Польша). Для статистической обработки материала использовалась программа «Statistica 10» (Stat Soft Inc., США).

Результаты исследования. В основной группе, после лечения в 2,2 раза ($p<0,05$) увеличилось число пациентов с нормоциркуляторным типом микроциркуляции (НЦТМ) в очагах поражения по сравнению с таковым, выявленным до лечения (20 (44,4 %;45) против 9 (20,0 %;45) случаев). В то же время, в 2 раза уменьшилось число пациентов с застойно-стазическим типом микроциркуляции (ЗСТМ) (10 (22,2 %;45) против 5 (11,1 %;45)) случаев ($p<0,05$). В контрольной группе число больных с НЦТМ после проведенной терапии увеличилось в 1,6 раза, то есть наблюдалось у 9 (24,3 %;37) против 14 (37,8 %;37) пациентов, а число больных с ЗСТМ уменьшилось от 6 (16,2 %;37) до 5 (13,5 %;37) случаев ($p<0,05$).

После проведенной терапии с включением препарата Аквадетрим в 3,2 раза уменьшилось число пациентов с истощением процессов АОС (19 (42,2 %;45) против 6 (13,3;45) случаев), а также в 1,5 раза увеличилось число пациентов с компенсаторным состоянием АОС (25 (55,6 %;45) против (17 (37,8 %;45)) случаев. Кроме того, в основной группе в 1,6 раз увеличилось число больных с нормальным состоянием АОС

(14 (31,1 %;45) против 9 (20,0 %;45)) больных. В контрольной группе число больным с нормальным состоянием АОС осталось без изменений и составило 7 (19,0 %;37) случаев до и после лечения. Число больных с истощением процессов АОС уменьшилось в 1,4 раза (14 (37,8 %;37) против 10 (27,0 %;37) случаев), а число больных с компенсаторным состоянием АОС увеличилось в 1,2 раза, то есть составило 16 (43,2 %;37) пациентов до лечения и 20 (50,1 %;37) пациентов после лечения.

Проведенная терапия пациентов основной группы отразилась на результатах клинической эффективности, что выражалось в том, что у них в 1,3 раза чаще, чем в контрольной группе наблюдалось клиническое выздоровление (20 (44,4 %;45) против 12 (32,4 %;37) случаев) и в 2 раза реже наблюдалось отсутствие эффекта от проведенного лечения. Следует отметить, что в основной группе клиническое выздоровление в 1,3 раза чаще наблюдалось у детей с прогрессирующей стадией ГА, по сравнению с контрольной группой, то есть в 23 (51,1 %;45) против 14 (37,8 %;37) случаев.

Выводы. Включение витамина Д в комплексную терапию ГА у детей способствует улучшению микроциркуляции в очагах поражения и восстановлению состояния антиоксидантной системы, что в свою очередь улучшает эффективность терапии данного заболевания и в 1,4 раза чаще приводит к клиническому выздоровлению.

ИЗУЧЕНИЕ МОТИВОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ОРДИНАТОРОВ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

Н.Н. НИКОЛАЕВА[1], А.И. ЯКУБОВИЧ[2], Е.С. АЛЕКСЕЕВА[1]

[1]Центр психологической помощи «Экология общения», Иркутск, Россия
[2]Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Актуальность. В настоящее время качество и эффективность образования являются актуальным вопросом, а успешность обучения определяется мотивацией учебной деятельности, где ведущим фактором успешной учебы, является принцип мотивационного обеспечения процесса, который направлен на повышение мотивации у обучающихся.

Известно, что мотивация в жизни каждого человека играет ведущую роль, определяя основу любого действия человека в том числе выбор профессии и цели обучения, определяя в последующем интерес к выбранной специальности, успеваемость и профессиональное развитие.

Учебная мотивация подразделяется на профессиональную – наличие устойчивого желания получить профессию; познавательную – стремление получить новые знания; прагматическую – совпадает с желанием иметь высокий заработок; личностного престижа – желание самоутвердиться и занять более высокое положение в обществе; социальную – характеризуется стремлением принести пользу обществу.

Цель исследования. Определение ведущих мотивов учебной деятельности ординаторов.

Материалы и методы. Проведено исследовании мотивации учебной деятельности по методике А.А. Реан и В.А. Якунина на основании анкетирования и индивидуальных бесед. В исследовании участвовали 20 ординаторов первого года обучения на кафедре дерматовенерологии и косметологии ИГМУ. Из приведеных 16 мотивов, нужно было выбрать пять наиболее значимых.

Анализ полученных данных показал, что основным мотивом обучения является – мотив «стать высококвалифицированным специалистом» – выбор 18 ординаторов. В процессе индивидуальной беседы ординаторы указали на причины такого выбора и по мнению большинства «стать высококвалифицированным специалистом» – это развитие собственной личности, а также улучшение качества оказываемой медицинской помощи пациентам.

Второе место среди ведущих мотивов обучения занимает – «приобретение глубоких и прочных знаний» и «обеспечить успешность будущей профессиональной деятельности». Из анализа пояснений полученных в процессе индивидуальных бесед с ординаторами, большинство указали на необходимость получения знаний, а также умении применять их в практической профессиональной деятельности.

Третье и четвертое место занимали мотивы «устроиться на высокооплачиваемую работу» и «получить сертификат специалиста», поясняя свой выбор тем, что в настоящее время необходимо иметь необходимое материальное обеспечение, но в начальном этапе своего профессионального пути размер оплаты труда не так важен.

Пятое место занимал мотив «получать интеллектуальное удовлетворение», такой выбор сделали 30 % ординаторов. Из анализа беседы с ординаторами отмечено то, что часть ординаторов еще недостаточно понимают выбранную специфику и действуют по принципу «надо выучить, чтобы, например, получить сертификат или сдать зачет».

Анализируя полученные данные самыми не значимыми мотивами обучения явились: выполнение педагогических требований; быть примером для сокурсников; добиться одобрения родителей и окружающих.

Из пояснений ординаторов установлено, что данные мотивы, по их мнению, не имеют отношения к профессионализму. Такой выбор мотивов может свидетельствовать о том, что у личности имеются различные виды страхов, связанных с обучением, наказанием, так же это может быть и зависимость от мнения окружающих, что свидетельствует о необходимости психологической помощи в решении этих проблем.

Большинство ординаторов указали на значение преподавателя. Действительно большое значение на мотивацию оказывает преподаватель, а точнее умение выстроить гармоничное общение с ординаторами. Учебный процесс – это процесс общения и творческого подхода к нему, а не только сухая передача информации. И если процесс общения будет строиться на принципах – уважения, доверия, сотрудничества, то в том числе самый сложный материал будет усваивается, а получение навыков будет более эффективным.

Выводы. Приоритетным мотивом обучения является – мотив «стать высококвалифицированным специалистом», такой выбор свидетельствует об осознанном выборе профессионального пути врача-дерматовенеролога, а также указывает на духовную направленность личности, которая выражается не только в стремление личностного развития и профессионального становления, но и желания оказывать качественную медицинскую помощь пациентам что указывают на дальнейшую профессиональную успешность ординаторов, принявших участие в исследовании.

Важнейшим фактором мотивации ординаторов и эффективности обучения является преподаватель, профессионализм и коммуникативные умения которого дают наиболее эффективные результаты в учебной деятельности.

КРЕМНИСТЫЕ МИНЕРАЛЫ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ

С.З. ОБИДОВ, П.Н. МАВЛЯНОВ, Б.Х. ЗАКИРОВ, Ш.Ф. САДИЕВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Государственный национальный университет им. М. Улугбека

Поиск новых методов лечения язвенных поражениях кожи являются актуальной проблемой практической дерматологии. Так как язвенные поражения кожи – являются одним из тяжелых, хронических заболеваний кожи, характеризующиеся дефектами кожи или слизистой оболочки, возникающие после отторжения некротизированной ткани, малой тенденцией к заживлению и склонностью к рецидивированию, тем самым создают острую проблему в лечении больных.

Кремний в медицинской практике имеет свое предназначение. Фундаментальными исследованиями установлено противовоспалительное, бактериостатическое действие. Активизированная кремнистая вода содержит действующее вещество – «биоактивный кремний» (SiO_2 – 0,10–0,12 мг/дм^2), участвует в нормализации иммунного статуса организма, восполняет энергетические запасы в клетках организма. Кремний принадлежит к биоэлементам, которые в форме различных соединений участвуют в процессе обмена веществ – липидного спектра , образовании коллагена и костной ткани, выступают структурным компонентом соединительной ткани и др. [Скальний А.В. 2004] Кремний в клетках «сшивает» молекулы в одну структуру, в костях усиливает фиксацию Са и Р, поддерживает энергоинформационный потенциал, участвует в окислительно-восстановительных процессах.

Узбекскими учеными разработаны парафармацевтические лечебно-косметические средства на основе кремнистых минералов – увлажняющие, противовоспалительные, регенерирующие крема (дисдерм) и тонизирующий, противовоспалительный тоник – ASW- фатидерм.

Цель исследования. Разработка инновационного подхода к лечению трофической язвы с применением PRP процедуры и кремнесодержащих средств наружного назначения.

Материалы и методы исследования. Обследованы 24 больных с язвенными поражениями кожи в возрасте от 18 до 57 лет. Среди них лица женского пола составили – 14 лиц, мужского – 10. У всех больных проводились клинические, микробиологические, гистологические исследования до и после лечения. Больным с трофическими язвами было применено новый метод лечения, характеризующиеся назначением PRP-терапия (1 раз в неделю) с применением активизированных кремнистых вод (ASW-фатидерм) и с последующим назначением 5 % кремнистого крема (дисдерм) с физиотерапевтической процедурой ультразвуковым массажем вокруг очага поражения №10 процедур.

Результаты исследования. Для изучения эффективности терапии больные были разделены на 3 группы и у всех был проведен факториальный дизайн исследования: I – группа (контрольная) – 7 больных с трофической язвой кожи (ТЯ) получавшие традиционную терапию в течение 10 дней. II – группа (вторая контрольная) – 8 больных с ТЯ получавшие комплексную терапию и местного назначения PRP – терапия 1 раз в неделю, курсом №2. III – группа (основная) – 9 больных с ТЯ, получавшая комплексную терапию, PRP- терапия (1 раз в неделю) с применением активизированных кремнистых растворов, путем накладывания стерильной марлевой салфетки, намоченной ктивизированным кремнистым раствором (ASW-фатидерм) в количестве 30 мл ежедневно 1 раз в день в течение 10 дней.

Сравнительный анализ способов лечения трофической язвы кожи показал, что у больных I – группы на фоне применения традиционной терапии явление отечности уменьшалось в среднем на 11±0,5 день терапии, снижения инфильтрации – на 7,5±0,3 день лечения, процесс заживления отмечалось в среднем на 32±1,7 день наблюдения, тогда как у больных II – контрольной группы (n=8) уменьшения отечности и инфильтрации отмечалось в среднем на 9,1±0,3 и 6,3±0,3 дни лечения, процесс эпителизации наблюдалось в среднем на 22,3±0,3 день наблюдения.

Тогда как в III – группе больных получавшие заявлемый способ лечения уменьшения отечности и иинфильтрации отмечалось в среднем на 6,7±0,2 и 4,3±0,2 день лечения, что в 1,6 и 1,7 раз ниже было по сравнению с I – контрольной группой. Полученные данные имели статистически достоверный характер (P<0,05).

Исследование степени колонизации на фоне проводимой терапии показало снижение уровня обсемененности патогенных микроорганизмов Staphylococcus spp. в каждой изучаемой группе. Однако, сравнительный анализ показал, что у больных I – группы степень колонизации Staphylococcus spp. снижался в 2,1 раз и в среднем составил 43,2±3,0 КОЕ, тогда как во II – группе – 2,02 раза и III – группе в 2,7 раз и в среднем составил 27,2±1,9 КОЕ и имели статистически достоверный характер (P<0,05).

После рассасывания очага поражения для заживления образовавшихся постязвенных рубцов применяли 5 % кремнистый крем 2 раза в течение 30 дней.

Для оценки эффективности заживляемости очагов поражения постязвенных поражений больным I и II группы назначали рассасывающий крем наружного назначения 2 раза в течение 30 дней. Тогда как больным III – группы назначили 5 % кремнистый крем 2 раза в день в течение 30 дней.

Заключение. Способ лечения применением PRP терапии с использованием активизированных кремнистых вод (ASW-фатидерм – 150 мл) и 5 % кремнистого крема (дисдерм) способствовало снижению степени колонизации патогенной микрофлоры и уменьшения лимфоцитарного инфильтрата, приводит к усилению противовоспалительного эффекта с обеспечением регенерации кожи. На наш взгляд, такое явление можно объяснить содержащиеся в PRP процедуре «факторов роста» – обогащённых тромбоцитов, что провоцируют интенсивное восстановление пораженного участка ткани, а также составляющим компонентами в активизированной кремнистой воде (ASW-фатидерм – 150 мл) и 5 % кремнистого крема (дисдерм) лечебных минералов, что способствует повышению эффективности действующего препарата и стимулирует регенерации клеток.

СТРУКТУРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В «ГЛАВНОМ ВОЕННОМ КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ» МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ж.К. ОМАРОВА, Т.О. АЛГАЗИНА

Кафедра дерматовенерологии и дерматокосметологии
Некоммерческое акционерное общество медицинский университет г. Астана, Казахстан

Актуальность темы. В докладе рассмотрены вопросы распространения дерматовенерологической патологии среди населения, в том числе у военных, и профилактики этих заболеваний. В настоящее время заболевания кожи и подкожной клетчатки являются одной из социально значимых проблем военной медицины из-за снижения военной пригодности. Особое внимание уделяется к течению дерматологической патологии среди мужчин призывного возраста, что важно для повышения военной пригодности организаций здравоохранения. Дерматовенерологические заболевания имеют большое социальное значение в связи с их широким распространением в обществе, в связи с чем своевременное лечение венерической патологии с социально значимыми дерматозами, и профилактика их осложнений, актуальная проблема для общества в целом.

Цель исследования. Статистический обзор дерматовенерологической патологии по РК. Ста-

тистическая дифференциация структуры дерматовенерологических заболеваний в «Главном военном клиническом госпитале» Министерства обороны РК.

Материалы и методы исследования. При проведении исследования была проведена работа по истории болезни больных, поступивших в течение 2022 года в «Главном военном клиническом госпитале» Министерства обороны РК. Патологии в отделении рассматривались в отдельных группах как хронические дерматозы и ИППП. Наряду с показателями в госпитале из статистического сборника «здоровье народа Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения» за 2020 год представлен статистический обзор общих дерматовенерологических заболеваний в стране.

Результаты исследования. При выполнении исследовательской работы следует отметить, что широкое распространение хронических дерматозов среди военнослужащих связано с профессиональными особенностями. За 2022 год в отделение поступило 18 больных по хроническим дерматозам, из них 16 пациентов обратились за медицинской помощью по псориазу, 2 пациента по акне тяжелой формы. В отделение с аллергическими дерматозами госпитализированы 11 пациентов, из них 9 пациентов получили лечение по атопическому дерматиту с аллергическим компонентом, 2 пациента по экземе, 3 пациента прошли лечебные мероприятия по ихтиозу. В силу профессионального обмундирования среди военнослужащих часто возникают микозы, в течение 2022 года в отделение поступило 5 пациентов с вышеуказанной патологией. Некоторые хронические дерматозы, такие как псориаз, имеют показатели IgE выше 1000 МЕ/мл и расстройство пищеварительной системы, высокие показатели IgE, характерные для аллергодерматозов, и расстройство пищеварительной системы у каждого пациента. В отношении ИППП в исследуемой группе комбинированная инфекция составила 71 %, микоплазменная инфекция – 14 %, гонорея – 10 %.

Вывод. Подводя итоги доклада, была проведена небольшая статистическая работа с подсчетом показателей группы военных по дерматовенерологическим заболеваниям с указанием их соотношения к показателям в стране в целом.

СОСТОЯНИЕ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С МСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, Т.К. АБДУЖАББОРОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт,
кафедра дерматовенерологии

Актуальность проблемы. Проблема терапии больных аутоиммуными дерматозами, как атопический дерматит является достаточно актуальной, что связано со значительным распространением и тяжёлым течением дерматоза. Особенно широко разрабатываются не медикаментозные методы терапии, так как лекарственные средства далеко не всегда эффективны и их назначение сопряжено подчас с различными побочными действиями и осложнениями, порой весьма тяжёлыми. Одним из таких воздействий является плазмаферез и гипербарическая оксигенация.

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

Материалы и методы исследования. У 26 больных атопическим дерматитом были изучены термографические данные, основанная на регистрации теплового излучения тела человека в инфракрасной области спектра проведенное с помощью аппарата «AGA-661» – производство Швеция. Результаты оценивали, сравнивая температуру в очагах поражения и рядом расположенных не поражённых участках кожного покрова. До начала обследования больные адаптировались. Изображение прибором тепловых полей регистрировали путём фотографирования на чёрно-белую негативную плёнку светочувствительностью 65 ЕД.

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

Вывод. У больных атопическим дерматитом, по данным термографии определялись температурные изменения в очагах поражения, которая нивелировалась после курса комплексной терапии.

ИЗМЕНЕНИЕ ТРАНСКУТАННОГО ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЁМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, Л.М. АЛИЕВ, Т.К. АБДУЖАББОРОВ, К.З. БАТИРОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Актуальность проблемы. Клиническая эффективность терапии больных аутоиммуными дерматозами, как красный плоский лишай является достаточно актуальной, что связано со значительным распространением и тяжёлым течением дерматоза. Особенно широко разрабатываются не медикаментозные методы терапии, так как лекарственные средства далеко не всегда эффективны и их назначение сопряжено подчас с различными побочными действиями и осложнениями, порой весьма тяжёлыми. Одним из таких воздействий является плазмаферез и гипербарическая оксигенация (ПА и ГБО).

Цель исследования. Изучить состояние кислородного баланса в организме больных красным плоским лишаём в процессе комплексного лечения (ПА) и (ГБО).

Материалы и методы исследования. У 28 больных (19 мужчин, 9 женщин) красным плоским лишаём в возрасте от 24 до 48 лет была изучена динамика парциального давления кислорода ($P_{тк}O_2$) в очагах поражения кожи. Измерения напряжения кислорода производили методом транскутанного измерения $P_{тк}O_2$ оксимонитором TCM/2/20 фирмы «Radiometer» (Дания). Контролем служили $P_{тк}O_2$ на коже у 10 здоровых лиц.

Результаты исследования. До сеанса ПА и ГБО $P_{тк}O_2$ на пораженных участках кожи больных красным плоским лишаём было достоверно ниже (55,16±0,74 мм/рт.ст.) чем у лиц контрольной группы 70,56±0,62 мм/рт.ст; (P<0,05). Во время сеанса ГБО происходило повышения $P_{тк}O_2$ более чем в 10 раз, достигнув максимума на 40–45 минутах, то есть к концу сеанса ГБО (591,83±2,23 мм/рт.ст.). После сеанса ПА и ГБО $P_{тк}O_2$ возвращалась к исходным данным, но все же было выше (60,85±0,29 мм./рт.ст.) чем до начала сеанса. К концу курса лечения $P_{тк}O_2$ равнялась 71,23+0,36 мм/рт.ст. Перед последним сеансом ГБО $P_{тк}O_2$ равнялась 64,23±0,35 мм/рт.ст., что являлась косвенным свидетельством улучшения микроциркуляции в этих участках кожного покрова.

Выводы. Таким образом, транскутанное измерения $P_{тк}O_2$ в коже является эффективным методом контроля не только за состоянием оксигенации тканей, но и микроциркуляторные изменения в них под воздействием ПА и ГБО.

СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА И АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Т.К. АБДУЖАББОРОВ, К.З. БАТИРОВ, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Актуальность проблемы. Проблема лечения вульгарной пузырчатки является актуальной задачей современной дерматологии. Хроническое, с частыми рецидивами течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики вынуждает дерматологов изыскать новые, патогенетически обоснованные методы лечения. В связи с этим понятен большой интерес, который проявляется к немедикаментозным методам терапии данного дерматоза. Одним из таких методов лечения является – лазерная терапия.

Цель исследования. Изучить перекисное окисление липидов (ПОЛ) путем определения содержания малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и состояние ферментативного звена антиоксидантной системы по активности каталазы крови у больных вульгарной пузырчатки.

Материалы и методы исследования. У 22 больных (15 – мужчин, 7 – женщин) вульгарной пузырчатки в возрасте от 60 до 65 лет исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови в процессе комплексной терапии с включением лазерная терапия. Содержания МДА определяли по Ю.А. Владимирову и А.И.Арчакову, определяем концентрацию на спектрофотометре «Gilford»-260 (США). Активность каталазы определяли по Bergmeuer H.V. Контролем служили результатом исследования 10 здоровых лиц.

Результаты исследования. До лечения у больных вульгарной пузырчатки отмечалось повышения содержания МДА (4,4±0,04 ммоль/

мл) по сравнению с группой контроля (3,2±0,006 нмоль/мл). После окончания курса лечения лазерной терапии МДА снизилась до 4,07±0,04 нмоль/мл. Другая тенденция наблюдалась со стороны активности каталазы. До лечения у всех больных активность каталазы было значительно снижено (191,46±1,17 ед. экстинкции) по сравнению с контролем (313,04±0,5 г ед. экстинкции). После 5-й процедуры у всех больных отмечалось нарастания активности каталазы (236,33±1,20 ед. экстинкции), по после 10-й процедуры лазерной терапии, т.е. к концу курса комплексного лечения она вновь снижалась и возвращалась к исходным данным (189,34±2,52 ед. экстинкции).

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ НА ФОНЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Л.М. АЛИЕВ, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Актуальность проблемы. Эффективная терапия больных вульгарной пузырчатки остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных вульгарной пузырчатки. Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных вульгарной пузырчатки применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё». Одним из таких воздействий является плазмаферез и гипербарическая оксигенация (ПА и ГБО).

Цель исследования. Оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных вульгарной пузырчатки, получивших комплексное лечения с включением (ПА) и (ГБО).

Материалы и методы исследования. У 31 больных вульгарной пузырчатки (20-мужчин, 11-женщин) в возрасте от 50 до 65 лет исследовали показатели микроциркуляции. Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по бальной системе, разработанной В.С.Волковым с соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции ($КИ_{общ.}$), оценивались периваскулярные ($КИ_1$), сосудистые ($КИ_2$) и внутрисосудистые ($КИ_3$) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 10 здоровых лиц.

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

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

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, А.А. КУЧКАРОВ, Т.К. АБДУЖАББОРОВ, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Атопический дерматит (АД) является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии.

Важную роль в регуляции иммунобиологических и аллергических процессов играют нейроэндокринные механизмы, в том числе и гипофизарно – гонадная система, посредством которой реализуются многие защитно-приспособительные механизмы в условиях действия на организм различных аллергенов. В современной литературе практически отсутствует сведения о состоянии репродуктивной эндокринной системы при АД у женщин, хотя связь заболевания с функциональным состоянием желёз внутренней секреции не вызывает сомнений. Эта связь подтверждается как зависимостью течения заболевания от функционального состояния женских половых гормонов (пубертатный возраст, менструации, бере-

менность, роды и пр.), так и положительным эффектом стероидной терапии.

Учитывая недостаточную эффективность многих современных методов лечения АД, актуальным является изыскание новых, патогенетически направленных методов терапии этого заболевания. Лазерная терапия, в основном лечебного действия которой лежат нейрорефлекторные механизмы, оказывает нормализующее влияние на центральную нервную систему и её вегетативное звено, на аллергические и иммунологические процессы.

В план лечебных мероприятий входит воздействие непосредственно на область поражения, облучение зон сегментарной иннервации в соответствии с локализацией патологического очага. Облучение области печени, легких в проекции полей Кренига (область верхушек легких), воздействие в проекционной зоне тимуса, внутри – или над – венное облучение крови в проекции локтевой ямки, облучение крови в области брюшной аорты в комплексе с облучением проекционных зон почек. Продолжительность курсовой лазерной терапии – до 10–14 процедур. В течение первой половины лечения сеансы выполняются ежедневно, затем – один раз в 2–3 дня. Больные АД получали: антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, витаминотерапию. Наружно – мазь Фатидерм +»/Fatiderm-plus. Мазь наносилась на пораженную поверхность 2 раз в день на протяжении всего периода проведения ЛТ.

Таким образом, включение Лазерной терапии в комплексное лечение с применением мази Фатидерм +»/Fatiderm-plus у больных АД повышает его терапевтическую эффективность. Лазерная терапия и мазь Фатидерм +»/Fatiderm-plus способствует более быстрой нормализации общего состояния больных, уменьшению или исчезновению зуда, регрессу кожных изменений. Быстрая ликвидация обострений заболевания сокращает время пребывания в стационаре и на больничном листе, а также позволяет значительно уменьшить или отменить приём лекарственных препаратов.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

А.Б. ПАКИРДИНОВ, А.А. АБДУРАХМАНОВ, М.М. МУМИНОВ, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт, кафедра дерматовенерологии

Цель 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 кровы 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 служим 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 повышался 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 контролной группы.

Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении АД достоверно не отличалось 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 возрастала (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.

ЭКСПРЕССИЯ PCNA И P53 ПРИ ИГХ-ИССЛЕДОВАНИИ БИОПТАТОВ ПАЦИЕНТОВ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ

Г.Б. ПЯГАЙ, А.А. СЫДИКОВ

Ташкентский стоматологический институт;
Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Проблема актинического кератоза (АК) обусловлена его широким распространением среди населения и высокой вероятностью трансформации в плоскоклеточный рак кожи (ПКРК). Последние научные достижения свидетельствуют о высоком проценте малигнизации данного состояния, причем большинство ученых склоняются к мысли о том, что это один и тот же процесс на разных стадиях развития. В то же время существуют больший процент стабильного течения АК, а в некоторых случаях может наблюдаться спонтанный регресс заболевания. Следовательно, актуальнейшим направлением в изучении АК является поиск необходимых маркеров для раннего обнаружения неблагоприятного исхода болезни. С данной целью нами было проведено ИГХ-исследование биоптатов кожи группы пациентов с тремя гистологическими вариантами АК (бовеноидный, гиперкератотический и атрофический) в количестве по 10 человек в каждой группе. Все пациенты данных групп имели степень дисплазии клеток эпидермиса KIN 2, KIN 3 ((внутриэпидермальная дисплазия клеток). Наиболее интересные данные были получены при анализе экспрессии таких маркеров как PCNA (ядерный антиген пролиферирующих клеток) и p53 (являющийся одним из маркеров апоптоза клеток). В группе с бовеноидным гистологическим вариантом АК обнаружена высокая экспрессия PCNA у всех пациентов, причем в стадии KIN 3 она была существенно выше, чем в стадии KIN 2. Наиболее выраженная экспрессия данного маркера наблюдалась при гипертрофическом варианте АК, а в стадии KIN 2 при атрофическом варианте не экспрессировался вовсе, в стадии же KIN 3 обнаруживался у половины пациентов. Схожие результаты были получены при изучении маркера p53. В стадии KIN 2 при бовеноидном варианте он экспрессировался в 30 % случаев и в 70 % в стадии KIN 3. При гипертрофическом и атрофическом вариантах в стадии KIN 3 данный маркер выявлялся уже в 80 % случаев. Таким образом, результаты исследования показывают высокую ценность данных ИГХ-маркеров в диагностическом отношении, поскольку высокая экспрессия данных маркеров обычно свидетельствует о начале пролиферационной активности кератиноцитов и неблагоприятном сценарии развития актинического кератоза.

ЭКСПРЕССИЯ ИГХ-МАРКЕРОВ CD4 И CD8 В БИОПТАТАХ ПАЦИЕНТОВ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ

Г.Б. ПЯГАЙ

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность изучения предраковых заболеваний кожи не вызывает сомнений ввиду роста онкологических заболеваний во всем мире и необходимости разработки адекватных алгоритмов диагностики и тактики ведения данной категории пациентов. Несмотря на то, что наиболее распространенным предраковым заболеванием кожи является актинический кератоз, остаются дискутабельными некоторые аспекты патогенеза, критерии определения раннего перерождения и неблагоприятного исхода. В целях оценки воспалительного процесса нами были изучены 30 биоптатов с тремя гистологическими вариантами АК (гипертрофический – 10, бовеноидный – 10, и атрофический – 10) в стадии АК 2 и АК 3 (KIN 2 и KIN 3). Изучались маркеры CD4, CD8. Определено, что во всех гистологических вариантах наблюдается высокая экспрессия маркеров воспалительных лимфоцитов CD4 (с равномерным распределением по стадиям KIN 2 и KIN 3 в бовеноидном варианте по 50 %). При гипертрофическом варианте экспрессия CD4 также наблюдалась у всех пациентов (KIN 2 у 40 % и в стадии KIN 3 у 60 %). При атрофическом варианте АК экспрессия CD4 отмечалась у 20 % в стадии KIN 2 и 80 % в стадии KIN 3. Антиген цитотоксических маркеров CD8 экспрессировались заметно ниже: в 40 % при бовеноидной форме (KIN 2 у 20 % и KIN 3 у 20 %), при гипертрофическом варианте также 40 %, однако в стадии KIN 2 у 30 % и KIN 3–10 %. При атрофическом варианте CD8 экспрессировались у 20 % в стадии KIN 2 и в стадии KIN 3–30 %. Примерно аналогичная картина наблюдалась при изучении данных маркеров

в дерме. При всех трех вариантах наблюдалась положительная экспрессия у всех пациентов, и заметно ниже наблюдалась экспрессия маркеров CD8 лимфоцитов. Таким образом, исследование выявило высокий уровень эскпрессии Т-лимфоцитов, отвечающих за воспалительный процесс в очаге поражения АК, при этом имелись некоторые различия в зависимости от гистологического варианта заболевания, что требует более тщательного изучения.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

А.Ж. РАМАЗАНОВА, О.В. ШЕСТАКОВА

НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана, Казахстан

Хронические дерматозы представляют собой группу поражений кожи, связанных с воспалением, микробным влиянием, нарушением ее питания и обменных процессов, внешними, а также наследственными факторами в течение длительного времени. Психологические факторы, такие как стресс, депрессия, тревога могут ухудшать клиническое поведение хронических дерматозов, влиять на процесс их выздоровления и ухудшать качество жизни пациентов. Поэтому в современной медицине необходимо в терапию включать компоненты, направленные на улучшение психологического здоровья пациента, вместе с фармакотерапией и другими методами.

Цель исследования. Оценить изменение психоэмоционального состояния пациентов с хроническими дерматозами с помощью анкеты ДИКЖ.

Материалы и методы исследования. Было проведено на базе кожно-грибкового отделения № 2 Дерматологического блока Многопрофильной городской больницы №3 в городе Астана. В группу исследования включено 30 пациентов в возрасте от 18 до 62 лет, средний возраст участников составил 33 года. Гендерный состав: 12 женщин (40 %), 18 мужчин (60 %). Были отобраны пациенты со следующими хроническими дерматозами: псориаз – 17 пациентов (57 %), розацеа – 6 пациентов (20 %), атопический дерматит – 3 пациента (10 %), акне – 2 пациента (6,7 %), экзема – 2 пациента (6,7 %).

Дерматологический индекс качества жизни (DLQI) широко распространен для оценки дерматологических заболеваний у пациентов. Анкета вопросов DLQI состоит из 10 вопросов, которые пациенты должны оценивать по 4-балльной шкале. Вопросы охватывают такие аспекты жизни, как физический дискомфорт, психический дискомфорт, социальные проблемы, выполнение повседневных задач и т.д. DLQI может быть использован для оценки изменений качества жизни пациента и оценки эффективности лечения. Оценка качества жизни является частым инструментом в диагностике дерматологических заболеваний, поскольку помогает понять, каким образом они проявляются в жизни пациентов и насколько сильно. Эта информация может быть использована для тщательного планирования лечения и подбора терапевтических подходов, которые повышают качество жизни пациента.

Результаты исследования. При поступлении средний балл дерматологического индекса качества жизни (DLQI) составил 26 баллов: в группе псориаза – 27,2, в группе розацеа – 26, в группе атопического дерматита – 28,3, в группе акне – 25,5, в группе экземы – 23. ДИКЖ оценивался в динамике через 10 дней от начала стационарного лечения. В общей группе пациентов с хроническими дерматозами показатель снизился на 73 % (в 3,7 раз), средний балл составил 7. В группе псориаза показатель снизился до 6,9 (на 74,6 %), в группе розацеа – 8 (на 69,2 %), в группе атопического дерматита – 5,6 (на 80,2 %), в группе акне – 9 (на 64,7 %), в группе экземы – 5,5 (на 76,1 %).

Заключение. Психоэмоциональный статус пациентов с дерматозами может оказывать значительное влияние на развитие и течение заболеваний. Стресс, депрессия и другие психические факторы могут ухудшить качество жизни пациента, усугубить симптомы дерматоза, замедлить процесс развития и проявляться к рецидивам заболеваний. Поэтому важна помощь в рассмотрении аспектов при диагностике и выявлении дерматозов, а также в выявлении психологических проблем и распространении их проблем.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МЕЗОНИТ» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

И.Р. РАХИМОВ, К.З. БАТИРОВ, К.М. ЁРКУЛОВ, Л.Р. ТОЖИБОЕВ

РИДВ ва КИАТМ;
Андижон давлат тиббиёт институти;
РИДВ ва КИАТМ Анижон вилояти худудий филиали

Атопик дерматитни (АД) даволашда асосий ўринлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малҳамлар, кремлар, эмульсия, лоссьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири глюкокортикоид гормонал малҳамлардир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири элокомдир. мезонит малҳами таркибига кирувчи гидрокортизон-17 – бутират ўта фаол топик кортикостероид бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат (малҳам) ҳисобланади.

Изланишдан мақсадимиз: мезонитмалҳамини АД билан оғриган беморларда қўллаб кўриб самарадорлигини аниқлашдир.

Материал ва текширув услублари. Бизни кузатувимизда АД га чалинган 27 та бемор аёл бўлиб, уларни ёши 5 дан 30 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 3 йилдан 12 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Бу беморларнинг 18 таси АД нинг пруригиноз шакли, 9 таси лиҳеноид шакли билан қайд этилган, уларнинг барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилади.

Умумий давога антигистамин (Дезлоргин), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), гепатопротектор (лив-52), антиоксидантлардан аевит, маҳаллий давога мезонит малҳами. Давонинг биринчи кунлари терига икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 маҳалдан суртилади, даволаш муддати касаликнинг турига, тарқоқлигига қараб 18–24 кунни ташкил қилди. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интенсивлиги ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди. Комплекс даводан олдин беморлар терисини SCORAD индекси кўрсаткичи 40–70 баллни ташкил қилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили: Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач, беморлар терисидаги патологик ўчоғдаги папулалар ва лихенификациянинг яссиланиши кузатилди, 7–8 кун ўтгач улар анча яссиланиб, жарохат ўчоғи тез орада яхшилана бошлади. Қичишишдавонинг 3–4 куниданкамаябошлади, давокурсинингохиргикунларигабориб йўқолди. Даволашнинг 16–20 кунларига келиб теридаги инфильтрация кескин камайди, яллиғланишнинг эритема белгилари қарийб йўқолди.

Хулоса. Мезонит малҳами АД билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малҳамни даво давомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ PRP ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЕ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

И.Р. РАХИМОВ, М.Ф. МАХКАМОВА

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
«NATURAL HAIR CLINIC»

Актуальность. Андрогенетическая алопеция является наиболее распространенным типом потери волос и поражает до 80 % мужчин и 40 % женщин. В патогенезе основную роль отводят андроген-конвертирующему ферменту 5а-редуктазе, катализирующему превращение тестостерона в более активную форму 5а-дегидротетостерон. Уменьшение длины и диаметра а так же снижение плотности является результатом комбинации изменения в цикле роста волос и миниатюризации фолликулов в плоть до полной потери волосяного покрова в андроген зависимых зонах волосистой части головы. Кроме того, облысение оказывает влияние на психоэмоциональное состояние человека, что существенно снижает качество жизни.

Цель исследования. Изучение эффективности PRP терапия в лечении андрогенной алопецией.

Материалы исследования. Под наблюдение находились 32 пациентов мужского пола с андрогенной алопецией в которые находились 1

и 2 стадии заболевания в возрасте от 18 до 32 лет. Длительность заболевания составляло от нескольких месяцев до 5 лет. У 27 (84,37 %) пациентов были изменения в динамике в лучшую сторону

Результаты исследования. В нашем исследовании всем пациентам была назначена и проведена процедура PRP терапия курсом 1 процедура с интервалом 7 дней в течении двух месяцев, далее 1 процедура с интервалом 14 дней в течении одного месяца. Результаты исследования оценивались с помощью трихоскопа до и после трех месячной PRP терапия пациентов андрогенной алопеции, в ходе которых были получены положительные результаты от инъекций плазмы на рост волос и их морфометрические параметры при андрогенной алопеции взросло.

Таблица 1

Динамика морфометрических параметров роста волос до и после курса prp терапии

Параметры роста волос	«PRP»		Динамика	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Плотность волос на см^2	170	203	0	+71 (+15,4 %)
Доля веллусных волос, (%)	21	11	-47,6 %	-50 %
Средний диаметр всех волос/ терминальных волос, мкм	58/68	62/68	+4/0 (+6,9 %/0 %)	+12/+10 (+20,1 %/15,3 %)
Доля телогеновых волос, %	31	15	-51,6 %	+66 %

Итог: Клинические исследования показали, что PRP терапия положительно влияет на рост волос и их морфометрические параметры при андрогенной алопеции.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Д В ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН

И.Р. РАХИМОВ, М.Ф. МАХКАМОВА

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
«NATURAL HAIR CLINIC»

Актуальность. При диффузной алопеции волосы равномерно редеют по всей площади головы, так как нарушается физиологический цикл их развития. Волосы интенсивно выпадают каждый день, но до полного облысения обычно не доходит.

Дефицит витамина Д сопровождается снижением функциональности иммунной системы и приводит к поддержанию аутоиммунного воспаления при диффузной алопеции.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность витамина Д в комплексной терапии у женщин с диффузной алопецией и его влияние на состояние их иммунной системы.

Материалы и методы исследования. Обследовали 95 женщин с диффузной алопецией в возрасте 17–45 лет. В основной группе (50) – пациенты получили комплексную терапию, включающий препарат Ламира (холекальциферол), а в контрольной (45) – традиционную терапию. Сывороточный уровень исследовался методом иммунохемолюминисцентного анализа.

Результат исследования. Из 50 пациентов основной группы: – выраженный дефицит витамина Д был выявлен у 25 (50 %) пациентов, дефицит у 16 (32,0 %), недостаточность у 9 (18 %). Из 45 пациентов контрольной группы: выраженный дефицит у 19 (42,2 %), дефицит у 14 (31,1 %), недостаточность у 12 (26,7 %). Через 8 недель терапии показатели восстановились у 37 (74 %) пациентов основной и у 24 (53,4 %) контрольной группы. Клиническое выздоровление выявлено у 35(70 %) пациентов основной группы и в 21 (46,6 %) случае в контрольной группе.

Выводы. Применение витамина Д в 75 % случаях приводит к восстановлению иммунной системы и в 70 % – улучшает результаты терапии с диффузной алопецией.

ПРИМЕНЕНИЕ НАДВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМИ И ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

И.Р. РАХИМОВ, И.А. САМАРХОДЖАЕВА

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

Цель исследования. Под нашим наблюдением находились 48 больных в возрасте от 18 до 60 лет, страдавших псориазом более 6 лет и имевших в анамнезе как минимум 1 неудачный эпизод системной терапии дерматоза. Все пациенты были разделены на две группы с учетом возраста, пола и формы течения псориаза.

Материалы и методы исследования. В первую группу, получавшую лечение согласно стандартам медицинской помощи больным псориазом (по приказу МЗ РУз за № 273 «Стандарты диагностики и лечения по дерматовенерологии и медицинской косметологии» от 30.11.2021 года), было включено 5 женщин (средний возраст 38 лет) и 19 мужчин (средний возраст 41 год). В этой группе у 13 больных диагностирован распространенный вульгарный псориаз, у 9 — экссудативный псориаз, у 2 пациентов — эритродермия.

Второй группе пациентов, в которую вошли 24 больных: 5 женщин (средний возраст 39 лет) и 19 мужчин (средний возраст 44 года) на проекцию кубитальной вены проводили через день надвенное лазерное облучениие крови (НЛОК): длина волны 628 ± 2 нм, мощность излучения ≥ 1 Вт, частота следования импульсов 16 кГц, длительность импульсов 20 нс. В данной группе у 12 пациентов был вульгарный распространенный псориаз, у 9 — экссудативный псориаз и у 3 — эритродермия.

В результате проведенного комплексного лечения клиническая ремиссия отмечена у 10 (41,7 %) пациентов первой группы и 11 (45,8 %) пациентов второй группы, значительное улучшение — у 6 (25 %) пациентов каждой группы, улучшение — у 8 (33,3 %) и 7 (29,2 %) пациентов соответственно.

Заключение. Таким образом, применение НЛОК в лечении больных различными формами псориаза среднетяжелой и тяжелой степени тяжести с использованием лазерной установки на парах золота обладает высокой клинической эффективностью и сопоставимо по своим результатам с общепринятыми методами терапии.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ЭКСЕН ФОРТЕ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

И.Р. РАХИМОВ, К.З. БАТИРОВ, К.М. ЁРКУЛОВ, Л.Р. ТОЖИБОЕВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Андижанский государственный медицинский институт;
Андижанский филиал РСНПЦДВиК

Атопический дерматит является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов, начинающихся в раннем детском возрасте. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентним ко многим видам терапии. При этом дерматозе часто выявляют функциональные нарушения гепатобилиарной системы, приводящей к эндогенной интоксикации, результатом которого является интенсивный зуд, что в свою очередь воздействует на нервную систему. Появляется раздражительность, нарушается сон и таким образом, образуется порочный круг. В этих условиях включение в комплекс лечебных мероприятий гепато- тропных средств является объязательным и патогенетически обоснованным.

Эксен форте фирмы «SHAYANA FARM», активным веществом которого являются эссенциальные фосфолипиды обладает ярко выраженным гепатотропным действием. Фосфолипиды регулируя проницаемость клеточной оболочки, улучшают функцию мембран, ионный обмен, процесс внутриклеточного дыхания, биологического окисления, влияют на процесс окислительного фосфорилирования. Благодаря этим повышает детоксикационную способность печени, нормализует ее функцию.

Учитывая вышеизложенных, мы для комплексного лечения 27 больных атопическим дерматитом применяли эксен форте как гепатотропный препарат совместно с антиоксидантами, иммуномодуляторами, десенсибилизирующими, антигистаминными препаратами, витаминами и местной терапией. Возраст больных было от 17 до 46 лет, мужчин было 14, женщин 13. Кожно-патологический процесс был локализован в области

лба, вокруг ротового отверстия, на шее, поясничной области, локтевом, лучезапястном и коленном сгибах. Основным первичным элементом была мономорфная папулезная сыпь, которая сливаясь между собой образовали очаги лихенификации. У.всех больных в очагах поражения были экскориации, покрытые геморрагическими корками, а также незначительное шелушение.

Эксен форте назначался по 2 капсулы 3 раза в сутки в течении 3 недель, затем поддерживающая доза по 1 капсулы 3 раза в сутки. Антиоксиданты, иммуномодуляторы, антигистаминные средства, витамины давали в общепринятых дозах.

В процессе лечения у всех больных наблюдалась положительная динамика. На 4–5 день уменшился зуд, папулқ начали уплошатся на 8–10 день от начала лечения. Через 3–4 недели у больных заметно уменьшилась лихенификация, папулы уплостились, экскориации исчезли, зуд прекратился.

Таким образом, эксен форте оказался эффективным при лечении больных атопическим дерматитом и его можно рекомендовать для комплексного лечения этих больных.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЕПАТАЛ В ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

И.Р. РАХИМОВ, К.З. БАТИРОВ, К.М. ЁРКУЛОВ, Л.Р. ТОЖИБОЕВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Андижанский государственный медицинский институт;
Андижанский филиал РСНПЦДВиК

Атопический дерматит является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов, начинающихся в раннем детском возрасте. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентним ко многим видам терапии. При этом дерматозе часто выявляют функциональные нарушения гепатобилиарной системы, приводящей к эндогенной интоксикации, результатом которого является интенсивный зуд, что в свою очередь воздействует на нервную систему. Появляется раздражительность, нарушается сон и таким образом, образуется порочный круг. В этих условиях включение в комплекс лечебных мероприятий гепатотропных средств является объязательным и патогенетически обоснованным.

Гепатал активным веществом которого являются глицинирризиновая кислота 30мг, метионин 20мг, глицин 20 мг обладает ярко выраженным гепатотропным действием и проницаемость клеточной оболочки, улучшают функцию мембран, ионный обмен, процесс внутриклеточного дыхания, биологического окисления, влияют на процесс окислительного фосфорилирования. Благодаря этим повышает детоксикационную способность печени, нормализует ее функцию.

Учитывая вышеизложенных, мы для комплексного лечения 35 больных атопическим дерматитом применяли эксен форте как гепатотропный препарат совместно с антиоксидантами, иммуномодуляторами, десенсибилизирующими, антигистаминными препаратами, витаминами и местной терапией.Возраст больных было от 17 до 46 лет, мужчин было 14, женщин 21. Кожно-патологический процесс был локализован в области лба, вокруг ротового отверстия, на шее, поясничной области, локтевом, лучезапястном и коленном сгибах. Основным первичным элементом была мономорфная папулезная сыпь, которая сливаясь между собой образовали очаги лихенификации. У.всех больных в очагах поражения были экскориации, покрытые геморрагическими корками, а также незначительное шелушение.

Гепатал назначался по 1 капсулы 2 раза в сутки в течении 3 недель, затем поддерживающая доза по 1 капсулы 1 раза в сутки. Антиоксиданты, иммуномодуляторы, антигистаминные средства, витамины давали в общепринятых дозах.

В процессе лечения у всех больных наблюдалась положительная динамика. На 4–5 день уменшился зуд, папулы начали уплошатся на 8–10 день от начала лечения. Через 3–4 недели у больных заметно уменьшилась лихенификация, папулы уплостились, экскориации исчезли, зуд прекратился.

Таким образом, гепатал оказался эффективным при лечении больных атопическим дерматитом и его можно рекомендовать для комплексного лечения этих больных.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ВЕЗИКУЛЁПУСТУЛЁЗОМ

И.Р. РАХИМОВ, К.З. БАТИРОВ, К.М. ЁРКУЛОВ, Л.Р. ТОЖИБОЕВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Андижанский государственный медицинский институт;
Андижанский филиал РСНПЦДВиК

Множественный везикулопустулёзы у детей (везикулёпустулёз) одно из часто встречающиеся заболевание детского возраста, которим поражаются весь проток и клубочки потовых желез стафилококками, и отмечается упорным течением и частыми рецидивами.

Такие больные дети могут обращаться за помощью врачам (хирургам для оперативного лечения) так и врачам дерматологам (консервативное лечения). Однако при обоих случаях лечении, необходимо обязательно провести больным антибактериальную терапию, играющий, ведущий роль в терапии этих больных.

Учитывая тот факт, что патогенные стафилококки являются основным этиологическим агентом при псевдофурункулёзе, необходимо применять такой антибиотики, который эффективно действовал бы против патогенных штаммов стафилококков.

В последнее время появилось новые антибиотики группы цефалоспоринов (цефазолин, цефатоксим, цефтриаксон), которые обладают широким спектром действии, против патогенных микроорганизмов.

Нами было проведено лечение 19 больных детей с диагнозом везикулёпустулёз, клафоран (цефалоспорин антибиотик третьей поколения).

Из 19 больных, 10 детей были в возрасте до 1 месяца, 9 больных от 1 до 6 месяцев. Очаги поражения у 5 больных локализовались на волосистой части головы, у 5 детей на коже груди и у 5 больных на в/ч головы, груди и спины.

После проведенного курса лечения, у всех больных детей наступило клиническое выздоровление.

При наблюдении большинства больных в течения трех месяцев, обострения заболевания не наступила, за исключения трех случаев, когда у больных детей очаги одновременно локализовались на коже, волосистой части головы, груди и спины.

Таким образом, клафоран является эффективным лекарственным препаратом для лечения больных везикулопустулёзом.

КЕРАТОЛИЗ МЕЛКОТОЧЕЧНЫЙ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.С. ДЖАЛИЛОВ

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

Мелкоточечный кератолиз (МК) является малоизученным заболеванием стопы, возникающее на фоне гипергидроза, ношения тесной герметичной обуви, высокой температуры и влажности внутри этой обуви, повышения pH поверхности кожи. Заболевание было впервые описано в 1910 году итальянским бактериологом Aldo Castellani. Этиологическими факторами заболевания являются: Kytococcus sedentarius, Dermatophylus congolensis, Actinomyces keratolytica, Streptomyces и др. Дерматологи встречают данное заболевание при обследовании спортсменов, военнослужащих и подростков. Частота МК среди дерматозов составляет 5–10 %. Проявления МК дерматологи зачастую диагностируют как микоз стоп.

Мелкоточечный кератолиз проявляется образованием безболезненных точечных воронкообразных округлых углублений и эрозий в толстой коже подошв размерами 1–5 мм, т.е. первичным элементом данного дерматоза является милиарная папула с расположением в устье потовой железы с выраженной тенденцией к слиянию и эрозированию. Следует отметить, что эрозии образуют сливные очаги, которые занимают значительную поверхность стопы. Больных беспокоит резкий неприятный запах, который обусловлен серой, выделяемой при жизнедеятельности бактерий, продуцирующих ферменты кератиназы двух типов (К1 и К2), что значительно снижает качество жизни самих пациентов. Очаги поражения иногда могут напоминать географическую карту, что еще больше напоминает микоз стоп. Необходимо указать, что глубина воронкообразных эрозий и западений находятся в прямой зависимости от толщины эпидермиса.

Предварительный диагноз ставится на основании данных клинической картины. Для исключения грибковой инфекции рекомендуется тест с просветлением соскоба патологического материала с подошв 10 %-ным гидрооксидом калия или

натрия с последующей микроскопией, когда элементы патогенных грибов при этом не обнаруживаются.

В результате жизнедеятельности бактерий, продуцирующих ферменты двух типов кератиназ в роговом слое эпидермиса подошв могут формироваться «кратеры», которые можно обнаружить, используя дерматоскопию. Стенки «кратеров» имеют коричневатый оттенок как за счет возможного обсеменения коринебактериями, так и за счет банального загрязнения.

Считается, что дерматоскопия позволяет с высокой долей вероятности заподозрить даже возбудителя кожного процесса: для поражений, вызванных Kytococcus sedentarius характерны более глубокие перфорированные кратерообразные углубления с пигментацией, а для Corynebacterium spp. – поверхностные гладкие углубления без пигментации.

Воспалительный характер кожных проявлений, даже на фоне клинически спокойной картины, не вызывает сомнений, поскольку в конечном итоге функционально нагружаемая часть стопы так или иначе оказывается мацерированной. Данный факт создает условия не только для более глубокого инфицирования, но и формирования рецидивирующей микробной экземы.

При лечении МК применяются различные системные и наружные средства, обладающие антибактериальными и антимикотическими свойствами, а также устраняющие гипергидроз кожи. Профилактика МК заключается прежде всего в устранении гипергидроза подошв и последующем неукоснительном соблюдении жесткого гигиенического режима: ежедневное использование мыла с антисептиками, обтирание подошв марлей, смоченной в 0,1-0,2 %-ном растворе хлоргексидина биглюконата.

Таким образом, мелкоточечный кератолиз не является редким заболеванием. При анализе заболеваемости МК дерматолог сталкивается с явной гиподиагностикой из-за недостаточной информированности об этом заболевании. Наиболее рациональным подходом к лечению МК является короткий курс местных антибиотиков с последующим переходом на антисептики, дезинфектанты, дезодорирующие средства и, наконец, антиперспиранты.

СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Н.А. РАСУЛОВА

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

В течение последних лет изучение аутоиммунных процессов у больных псориазом и связанных с ними иммунологическими и цитокиновыми нарушениями позволило внедрить инновационные методы лечения, способные блокировать конкретные цитокины, в частности ИЛ-17.

Цель исследования. Оценка терапевтической эффективности генно-инженерного биологического препарата (секукинумаб) у больных псориазом.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 120 больных (мужчин – 77, женщин – 43) в возрасте от 19 до 55 лет. Давность заболевания составляла в среднем 15,7±2,3 лет. Были выделены следующие клинические формы псориаза: крупно-бляшечная форма – у 66 (55,0 %); псориатический артрит – у 40 (33,3 %); псориатическая эритродермия – у 14 (11,7 %) больных. Индекс PASI составлял более 20 баллов, что являлось основанием для использования генно-инженерных биологических препаратов (Скафо). До лечения было выявлено значительное повышение уровня экспрессии таких цитокинов, как ИЛ-17 и ФНО-α по сравнению с данными контрольной группы. Биологический препарат Скафо назначался по классической схеме 300 мг препарата один раз в неделю (подкожно) в первый месяц, а затем ежемесячно в той же дозировке. На курс лечения больные в зависимости от выраженности псориатического процесса получали 10–16 инъекций Скафо. Побочные явления при приеме препарата отмечались лишь у 7 из 120 (5,8 %) больных, которые выражались повышением артериального давления. Уже после 2–3 инъекции Скафо отмечалось выраженное разрешение псориатических очагов (резкое падение индекса PASI). Терапевтическая эффективность Скафо составляла примерно 90–95 %, причем только у 2 из 120 (1,7 %) больных отмечался рецидив заболевания, связанный с приемом алкоголя. Наблюдение в течение 2-х лет за пациентами, получавших Скафо, подтверждает высокую эффективность и безопасность указанного препарата. Изучение в динамике провоспалительных цитокинов (ИЛ-17 и ФНО-α) указывает на стойкое их снижение в большей степени ИЛ-17. Данный факт подтверждает патогенетическую направленность выбранного метода терапии. Практической дерматологии предлагается высокоэффективный метод терапии тяжелых форм псориаза со всеми основами доказательной медицины.

ГЕРПЕТИФОРМНОЕ ИМПЕТИГО ГЕБРЫ

А.Б. РАХМАТОВ

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

Герпетиформное импетиго Гебры (импетиго беременных) является тяжелым кожным заболеванием, связанное с нарушениями функции желез внутренней секреции, в первую очередь, паращитовидных и половых. Заболевание было впервые описано в 1872 году F.Hebra.

Заболевание встречается преимущественно у беременных женщин, хотя имеются единичные сообщения о возникновении данного дерматоза у мужчин. В клинической картине преобладают пустулезные элементы, располагающиеся герпетиформно, преимущественно в области крупных складок кожи (пахо-бедренные, подмышечные, под молочными железами и др.). Данные пустулезные элементы имеют склонность к периферическому росту, что придает очагам поражений колцевидные, фигурные очертания. Пустулы, как правило, имеют зеленовато-желтый гной и после вскрытия они покрываются грязными гнойно-геморрагическими корками. Субъективные ощущения отсутствуют. Содержимое свежих пустул, как правило, стерильное, но в последующем могут выявляться стафило- и стрептококки. Нередко в патологический процесс вовлекаются и слизистые оболочки. Некоторыми авторами описывается частое выявление при данном дерматозе состояние гипокальциемии. Герпетиформное импетиго протекает тяжело: отмечается нарушение общего состояния организма, повышение температуры до 39-40°, на фоне такой интоксикации происходит появление массовых, генерализованных пустулезных высыпаний. Могут отмечаться суставные боли и резкое повышение СОЭ. В большинстве на ранних этапах беременность приходится прерывать, причем новая беременность приводит к появлению более тяжелой клинической картины, по сравнению с предыдущей беременностью. Нередко беременность может заканчиваться выкидышем или рождением мертвого ребенка, ввиду чего всегда предлагается прерывание беременности. Весьма характерна гистологическая картина заболевания, дя которой характерно образование в верхних слоях мальпигиевой сети спонгиформной пустулы (Kogoi), которая представляет собой гипертрофическую форму микроабсцесса Мунро. В лечении дерматоза рекомендовано применение системных кортикостероидных препаратов, цитостатики и различные симптоматические наружные средства.

ПИГМЕНТНАЯ КСЕРОДЕРМА

А.Б. РАХМАТОВ, Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Кафедра дерматовенерологии Самаркандского медицинского университета

Пигментная ксеродерма (пигментная атрофодермия, прогрессирующий лентикулярный меланоз) относится к группе генодерматозов и наследуется по аутосомно-рецессивному типу. Редкое заболевание, характеризующееся повышенной фоточувствительностью, развитием пигментации и атрофии кожи, фотофобией, неврологической симптоматикой, прогрессирующим течением с очень высоким риском развития кожных опухолей. У больных пигментной ксеродермой выявляется дефект репаративных ферментов (эндо- и экзонуклеаз-полимераз), в результате чего не устраняются повреждения в ДНК клетках под воздействием облучения. В зависимости от степени и характера нарушений репарации ДНК выделяют 7 групп комплементации (от A до G). Мутантные гены расположены на следующих хромосомах: 9p22.3 (тип A), 2q21 (тип B), 3p25 (тип C), 19q13.2 (тип D), 11p12 (тип E), 16p13.3 (тип F), 13q13 (тип G).

Уже в детском возрасте развивается актинический кератоз, кератоакантомы, базальноклеточный и плоскоклеточный рак кожи, меланома и фибросаркома. Из глазных изменений могут наблюдаться блефарит, кератит, помутнение и васкуляризация роговицы, эктропион, папилломы век. Возможны эндокринная патология (замедление роста, гипогонадизм), неврологические расстройства (микроцефалия, гипорефлексия, хореоатетоз, прогрессирующая глухота), а также нарушения умственного развития, вплоть до идиотии.

Пациентка Очилова Юлдуз Суюмовна (история болезни №183), 36 лет, жительница Нарпайского района Самаркандской области обратилась с жалобами на наличие очагов поражений на от-

крытых участках кожи. Считает себя больной с детского возраста, когда в весенне-летний период на открытых участках тела (лицо, шея, кисти и др.) появлялась застойная эритема. Постепенно в очагах поражения стала появляться сухость кожи и гиперпигментация по типу лентиго, множественные телеангиэктазии и участки атрофии кожи (явления пойкилодермии). Атрофия кожи лица сопровождалась у пациентки истончением хрящей носа (клювовидный нос), ушных раковин, деформацией естественных отверстий (сужение носовых ходов, ротового отверстия), эктропионом. Заболевание носит прогрессирующий характер. Ежегодно получает стационарное лечение в дерматологическом и неврологическом отделениях. Отмечаются значительные изменения со стороны изученных общеклинических, биохимических и иммунологических показателей.

Заключение гистологического исследования (РСНПМЦДВиК МЗ РУз): эпидермис с явлениями гиперкератоза и атрофии, значительное отложение пигмента в клетках мальпигиева слоя, недержание пигмента. Выявляется выраженный эластоз, расширение просвета сосудов поверхностного сосудистого сплетения и незначительная периваскулярная воспалительная реакция.

Диагноз пигментной ксеродермы устанавливается на основании характерной клинической картины и данных гистологического исследования. Наличие в семьях гетерозиготных носителей можно установить по появлению гиперпигментаций по типу веснушек на открытых участках кожи и повышенной чувствительности к солнечным лучам.

В лечении пациентки были использованы антиоксиданты, гепатотропные препараты и фотозащитные средства, а также препараты, улучшающие репарацию тканей (гидролизат экстракта плаценты).

ВИРУСНАЯ ЭКЗАНТЕМА

А.Б. РАХМАТОВ, А.М. МАННАНОВ

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

Последние годы человечество столкнулось с серьезными проблемами распространения вирусной инфекции (COVID), что привело к изменению течения дерматологических заболеваний. Одним из примеров данного патоморфоза является так называемая вирусная экзантема, которая стала повсеместно встречаться в детской дерматологической практике. Как показывают клинические примеры этого дерматоза, у детей после перенесенных простудных (вирусных) заболеваний на 2–3 сутки заболевания появляться болезненные, зудящие геморрагические или сосудистые пятна, которые преимущественно располагаются на коже ладоней и подошв. Эти пятна не сливаются между собой и на отдельных элементах могут возникать полостные элементы. На этом этапе своего развития клиническая картина может напоминать проявления многоформной экссудативной эритемы, особенно инфекционно-аллергической формы, хотя на тыльной поверхности кистей и стоп элементы, как правило, отсутствуют. Общее состояние ребенка нарушено: может быть повышение температуры, общее недомогание, отсутствует аппетит, ребенок раздражительный и беспокойный, могут наблюдаться диспептические нарушения. Единичные сосудистые и геморрагические пятная могут наблюдаться по всему кожному покрову, но основная локализация – кожа ладоней и подошв. На слизистой полости рта могут выявляться проявления афтозного стоматита и эксфолиативного хейлита. В настоящее время осмотрены десятки и сотни пациентов с подобной клинической картиной, хотя в большинстве случаев педиатрами и инфекционистами выставляются диагнозы в виде кори, ветряной оспы и др. Необходимо освещать проблемы диагностики и лечения вирусной экзантемы не только среди врачей-дерматологов, но и врачей других специальностей, включая и врачей ВОП, к которым в первую очередь обращаются подобные пациенты. До настоящего времени данное заболевание не включено в перечень заболеваний МКБ-10, следовательно, определенное время будет регистрироваться как другое кожное заболевание, например, многоформная экссудативная эритема. Необходимо напомнить, что дети заражаются вирусной инфекцией от родителей, но заболевание протекает по кожному сценарию, появлением специфических высыпаний на коже ладоней и подошв. Накопление сведений по эпидемиологии, клиническим вариантам и тактике лечения пациентов позволит более точно раскрыть проблему вирусной экзантемы, что, несомненно, повысит эффективность данного дерматоза.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГИДРАДЕНИТА

А.Б. РАХМАТОВ

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

Хронический гнойный гидраденит (ХГГ) рассматривается как воспалительное, рецидивирующее заболевание, вовлекающее «сально-волосяной аппарат». ХГГ может проявляться на любом участке кожи, содержащем «сально-волосяной комплекс» и, в первую очередь, проявляются в интертригинозных участках кожи подмышечной, паховой, перианальной, промежностной и инфрамаммарной областях. Поскольку отсутствуют тесты, упрощающие диагностику ХГГ, наличие данного заболевания можно подтвердить только по клиническим проявлениям и хроническому течению заболевания. Распространенность ХГГ, о которой сообщается в научной литературе, значительно варьирует – от 0,03 до 4 %.

Различные факторы могут способствовать развитию ХГГ: локализация (температура, влажность, трение и др.); ожирение (увеличение площади кожных складок); наследственная предрасположенность (нарушение структуры гена Y-секретазы); инсулинорезистентность (пролиферация кератиноцитов); курение (утолщение эпителия в области воронки волосяного фолликула).

ХГГ не является классическим инфекционным заболеванием, так как бактериальной флоре не отводится первопричинной роли, тем не менее, микрофлора влияет на поддержание воспалительного процесса и образование абсцессов/узлов, причем тяжесть заболевания напрямую связана с увеличением количества анаэробных бактерий и более устойчивых видов.

Патогенетические механизмы ХГГ связаны с иммунологическими нарушениями, когда развивается аутоиммунное воспаление с участием Th1/Th17 ответа, причем активация сигнального пути Th17 дополнительно индуцирует экспрессию медиаторов воспаления, которые был идентифицированы в пораженной коже больных с ХГГ. ИЛ-17 действует синергически с другими цитокинами, индуцируя замкнутый воспалительный цикл, включающий пролиферацию кератиноцитов и эпидермальный акантоз. Концентрация ИЛ-17 в сыворотке крови пациентов с ХГГШ значительно повышена по сравнению со здоровыми добровольцами и положительно коррелирует со стадиями по классификации Хёрли. Данные исследования указывают на целесообразность использования у больных с ХГГ генно-инженерных биологических препаратов, являющихся блокираторами ИЛ-17 и ФНО-α.

ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

А.Б. РАХМАТОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА

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

При псориазе выявляются значительные изменения со стороны липидного и углеводного обмена, микроциркуляции и других систем, которые не могут не оказывать определенного влияния на течение псориатического процесса и эффективности проводимой терапии

Цель исследования. Изучение клинических особенностей псориаза у больных с наличием метаболического синдрома.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 112 больных (мужчин – 70, женщин – 42) в возрасте от 20 до 55 лет и давностью заболевания от 2 месяцев до 25 лет. Для оценки тяжести псориатического процесса у всех больных определялся индекс PASI. Соответственно клиническим проявлениям были выставлены следующие клинические формы псориаза: вульгарная – у 50 (44,6 %), экссудативная – у 10 (8,9 %), артропатическая – у 47 (41,9 %), эритродермическая – у 5 (4,6 %) пациентов. Псориатическая ониходистрофия была выявлена у 57 (50,8 %) больных и выражалась явлениями субунгвального гиперкератоза, онихогрифоза, симптомов «масляного пятна» и «наперстка». Псориатический артрит выставлялся на основании индекса CASPAR. Всем больным были проведены общеклинические, биохимические (липидограмма, сахар крови и др.), иммуноферментные (DNA-ds; DNA-ss), иммунологические исследования.

Установление метаболического синдрома (повышение уровня триглицеридов, холестерина, липопротеидов низкой плотности, сахара в крови, повышение АД и др.) у 72 из 112 (64,3 %) больных псориазом позволило выявить некоторые существенные особенности течения псориатического процесса, а именно: наличие зуда

кожи, экссудативный характер отдельных высыпаний, значительное учащение суставного синдрома (особенно энтезитов). Проводимая традиционная терапия оказывала лишь незначительное влияние, что требовало включение препаратов, способных влиять на метаболические процессы.

Таким образом, у больных псориазом выявляется метаболический синдром в 64,3 % случаев, который должен учитываться не только при обследовании пациентов для установления клинической формы заболевания, но и в реализации лечебных мероприятий при данном дерматозе.

КЛИНИКО-ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА

А.Б. РАХМАТОВ, Ж.Ш. НАРЗИЕВ, Ш.К. ЮЛДАШЕВА

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

Термин «буллезный пемфигоид» ввел в 1951 году американский гистопатолог Lever, что позволило данное заболевание рассматривать как самостоятельную форму буллезных дерматозов. Буллезный пемфигоид является хроническим аутоиммунным заболеванием, характеризующееся появлением субэпидермальных пузырей в результате выработки IgG-аутоантител к компонентам полудесмосом (антигенам BP180 и BP230). Имеются сообщения о повышении экспрессии отдельных цитокинов, в частности, интерлейкин-16 в очагах поражений, что указывает на патогенетическую значимость цитокинового статуса у больных буллезным пемфигоидом. Сохраняются определенные сложности в постановке диагноза, когда окончательным вердиктом становится иммуногистохимические исследования.

Заболевание начинается у лиц старше 50 лет, причем чаще страдают лица женского пола. Появляются пузыри (чаще с геморрагическим содержимым), имеющие плотную покрышку, на видимо неизмененной, так и на эритематозно-уртикарном фоне, причем чаще всего на коже живота, пахобедренных складок. Выражены субъективные ощущения, как при герпетиформном дерматите Дюринга. Симптом Никольского отрицательный, так как весь патологический процесс протекает между клетками базальной мембраны и светлой ее пластинкой (lamina lucida), ассоциированные с полудесмосомами. Образующиеся эрозии не имеют склонности к периферическому росту, как это наблюдается при истинной пузырчатке. В клиническом аспекте необходимо пациентов обследовать на онкологические заболевания, так как не исключается мнение о том, что буллезный пемфигоид является паранеопластическим процессом.

Гистоморфология буллезного пемфигоида характеризуется появлением субэпидермальных микровакуолей, которые позднее иногда встречаются вокруг явных пузырей. При слиянии этих вакуолей образуются пузыри, отделяющие эпидермис от дермы. Покрышка их вначале состоит из нормального эпидермиса, в дальнейшем она некротизируется и разрушается за исключением рогового слоя. В дерме развиваются лимфоцитарная инфильтрация, что приводит к разволокнению соедительно-тканных структур. Нервные волокна врастают в полость пузыря, тем и объясняется интенсивность субъективных ощущения при данном дерматозе. Иммуногистохимические исследования позволяют выделять участки свечения, что является доказательством наличия буллезного пемфигоида.

В лечении буллезного пемфигоида применяются системные кортикостероидные средства, которые не требуют длительной, поддерживающей терапии, как у больных истинной пузырчаткой. Возможно использование цитостатических препаратов (метотрексат) и ароматических ретиноидов. Сульфоновые препараты при данном дерматозе не эффективны.

Таким образом, общая группа приобретенных буллезных дерматозов, характеризующаяся образованием пузырей, имеет свои особенности клинического течения и прогноза заболевания и буллезный пемфигоид Левара по своим клиническим проявлениям и своеобразной гистологической картине заслуживает особого внимания для проведения адекватной терапии и учета преморбидного состояния пациента.

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

А.Б. РАХМАТОВ, З.С. ХИКМАТОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА, А.Д. УТАЕВ

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

До настоящего времени сохраняются эндемичные очаги кожного лейшманиоза (в основном сельского типа), которые обуславливают определенную заболеваемость данного трансмиссивного заболевания. Имея определенную сезонность и динамику клинических проявлений заболевания, в некоторых случаях диагноз кожного лейшманиоза выставляется и при отрицательных лабораторных анализах на выявление лейшманий.

Следует отметить, что в последние годы отмечается выраженная торпидность у больных кожным лейшманиозом в отношении проводимого лечения, которая обуславливается множеством фактором, включая и генетические (полиморфизм генов биотрансформации цитохрома Р-450). В большинстве случаев регистрируются осложненные формы кожного лейшманиоза (до 60 %), что требует внесения коррекции в проводимую системную и наружную терапию данного дерматоза. Повседневная практика показывает все многообразие лекарственных средств, улучшающих трофические изменения и эпителизацию язвенных образований, свойственных для больных с кожным лейшманиозом. Типичная лейшманиозная язва имеет свои клинические особенности (форма, цвет, характер грануляционной ткани и др.), места излюбленной локализации (доступные места для укусов москитов) и, естественно, количество лейшманиозный язв (в некоторых случаях патологический процесс останавливается на стадии развития бугорка). Больные кожным лейшманиозом (городской и сельский тип) получают повсеместно лечение, согласно имеющимся Стандартам диагностики кожных и венерических болезней (г. Ташкент, 2021), в которых предусматриваются и определенные наружные средства. Для ускорения эпителизации лейшманиозных язв и уменьшению выраженности рубцовых изменений дерматологи стали активно использовать мазь «Реэпитол», которая примерно в 1,5 раза ускоряет клинико-лабораторное заживление патологических очагов, а при ограниченных проявлениях дерматоза исключает необходимость системной терапии, что значительно влияет на комплаентность проводимой терапии.

Таким образом, мазь «Реэпитол» является средством выбора наружной терапии больных кожным лейшманиозом, не вызывает каких-либо побочных явлений, хорошо переносится пациентами и тем самым позволяет расширять арсенал наружных средств, применяемых при данном дерматозе.

ТАКТИКА НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГЕНОДЕРМАТОЗАМИ

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ

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

В последние годы в республике активно проводится работа по выявлению и регистрации больных с врожденным буллезным эпидермолизом (свыше 360 больных) и врожденным ихтиозом (свыше 3 тыс. больных), а открытие отделения генодерматозов при РСНПМЦДВиК МЗ РУз вывело диагностику и лечение данных заболеваний совершенно на другой качественный уровень. Многолетние наблюдения врачей мультидисциплинарной бригады и мнение родственников самих пациентов указывают, что увлажняющая терапия, осуществляемая за счет применения дексапантенола (крем «Гидротен»), в большинстве случаев помогает не только больным с различными формами ихтиоза (вульгарный ихтиоз), но и больным с простой и дистрофической формами врожденного буллезного эпидермолиза, причем, как показывает практика, именно после проведения бальнеологических процедур, нанесение дексапантенола наиболее эффективно и значительно ускоряет эпителизацию эрозивных образований. В случаях больных ихтиозом используется комбинация увлажняющей терапии (дексапантенол) с наружными средствами, содержащих мочевину (кератолитический эффект). Дексапантенол (мазь «Гидротен») входит в перечень наружных средств, приобретаемых государством для больных врожденным буллезным эпидермолизом. Хорошая переносимость и отсутствие каких-либо аллергических реакций (кожа новорожденных и младенцев) указывает на эффективность и безопасность указанного наружного средства, тем более, что больные генодерматозами в силу своего заболевания

вынуждены применять указанные средства месяцами и годами, что значительно повышает требования, предъявляемые к наружным средствам, используемые при данных заболеваниях. Несомненно, что для быстрой эпителизации очагов поражений врожденного буллезного эпидермолиза, помимо наружных средств, важное значение имеют соответствующие перевязочные материалы, которые полностью отражены в разработанных Протоколах ведения больных с врожденным буллезным эпидермолизом.

Таким образом, при лечении больных с генодерматозами предлагается использование увлажняющей терапии в виде мази, содержащей дексапантенол на ланолиновой основе, которая отличается высокой комплаентностью и безопасностью и может применяться в течение длительного срока указанным пациентам.

ВОПРОСЫ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, М.Ф. ХОМИДОВ, Д.Х. АБДИЕВА

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

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) является группой редких фенотипически и генетически гетерогенных заболеваний кожи, проявляющихся образованием пузырей на коже и/или слизистых оболочках при минимальном физическом и/или химическом воздействии, а также спонтанно в результате мутации в генах, кодирующих синтез структурных белков в эпидермисе и зоне базальной мембраны.

Согласно современной классификации (2020) ВБЭ включает четыре основных клинических формы заболевания: простой буллезный эпидермолиз (ПБЭ) с образованием пузырей на уровне базального слоя эпидермиса; пограничный буллезный эпидермолиз (ПогБЭ) с образованием пузырей в зоне светлой пластинки базальной мембраны (lamina lucida); дистрофический буллезный эпидермолиз (ДБЭ) с образованием пузырей в зоне плотной пластинки базальной мембраны (lamina densa); синдром Киндлера с образованием пузырей в эпидермисе на разных уровнях.

Для ВБЭ характерен широкий спектр клинических проявлений с развитием при тяжелом течении заболевания внекожных осложнений (поражение ЖКТ, поражение слизистой оболочки тонкой и толстой кишок, сопровождающиеся гипоальбуминемией, гипопротеинемией, развитие кариеса, частичная или полная адентия, поражение мочеполовой и дыхательной систем, рефрактерная анемия и др.), которые могут приводить к развитию у пациентов с ВБЭ недостаточности питания многофакторного генеза, которая, в свою очередь, может являться одной из причин задержки физического, полового и психологического развития. Следует отметить, что задержка полового развития (ЗПР), сопровождающаяся сокращением продолжительности и интенсивности пубертатного скачка роста, нарушением фертильности, часто отмечается у детей, страдающих хроническими заболеваниями.

В клинической практике для оценки стадии полового развития ребенка на основе изменений вторичных половых признаков используется шкала Таннера. У девочек первым признаком начала истинного полового созревания является развитие молочных желез (телархе), а у мальчиков – увеличение яичек, при котором их размер увеличивается до объема 3 мл и более и длины 2,5 см. ЗПР определяется как отсутствие вторичных половых признаков у детей, достигших верхнего возрастного периода начала полового созревания, что соответствует возрасту примерно 13 лет для девочек и 14 лет – для мальчиков. Установить ЗПР у девочек также возможно в случае отсутствия менархе при достижении возраста 15 лет (первичная аменорея).

Цель исследования. Оценка состояния полового развития у детей с ВБЭ с помощью клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики.

В данное проспективное исследование было включено 70 детей с установленным диагнозом ВБЭ в возрастной группе от 8–18 лет. У всех больных оценивались антропометрические показатели, стадия полового развития по шкале Таннера, а также уровень половых гормонов (эстрадиол, тестостерон). По результатам проведенного исследования все пациенты были распределены на две группы: первая группа – пациенты с нормальным половым развитием ($n=22$) и вторая группа – пациенты с отклонениями в половом развитии ($n=48$). По результатам исследования была установлена статистически значимая связь развития отклонений в половом развитии у детей с ВБЭ с клинической формой заболевания ($p<0,001$). Была установлена статистически значимая связь возникновения отклонений в половом развитии у детей со степенью тяжести клинических проявлений ВБЭ по шкале EBDASI ($p<0,001$). При оценке антропометрических данных была установлена статистически значимая

связь в группах с BAZ (p<0,001) и HAZ (p<0,05). Следует отметить, что Z-score BAZ является основным показателем для оценки нутритивного статуса у детей, а снижение Z-score HAZ может отражать наиболее тяжелые формы недостаточности питания. В связи с тем, что Z-score WAZ определяют у детей только от 0 до 10 лет, показатель в исследовании не рассчитывали в связи с малым количеством наблюдений данного возрастного периода. Было диагностировано выраженное снижение нутритивного статуса у детей с наиболее тяжелой степенью тяжести клинических проявлений ВБЭ, большая часть которых входили в группу детей с отклонениями в половом развитии. Таким образом, пациентам с ВБЭ, особенно при тяжелых клинических формах ВБЭ, необходимо контролировать антропометрические показатели развития, костный возраст, при достижении возраста 13 лет у девочек и 14 лет у мальчиков – исследовать уровень половых гормонов (эстрадиол, тестостерон), а также УЗИ органов малого таза у девочек, УЗИ органов мошонки у мальчиков. У пациентов с наиболее тяжелыми клиническими формами ВБЭ, сопровождающимися развитием декомпенсированной недостаточности питания многофакторного генеза, развивается вторичный (симптоматический) по отношению к основному заболеванию гипо-гонадотропный гипогонадизм со снижением уровня половых гормонов (эстрадиол, тестостерон).

ВИРУСНАЯ ЭКЗАНТЕМА У ДЕТЕЙ И ЕЁ АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПИЯ

У.Ш. РИХСИЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

На сегодняшний день наблюдается рост обращения детей за врачебной помощью с различными высыпаниями, связанными с вирусным поражением кожи и других органов. Вирусные инфекции характеризуются полиморфизмом высыпаний и чаще внезапным началом заболевания, эти особенности создают трудности в ранней диагностике и адекватном лечении данной патологии со стороны врачей различных специальностей. При этом общее состояние детей часто резко ухудшается, что связанно с особенностями и не совершенностью иммунной системы детского организма. Вирусные поражения органов и систем могут проявляются на кожных покровах характерными высыпаниями, называемыми вирусной экзантемой. Одной из причин наиболее часто встречаемой разновидностью вирусной экзантемы в нашем регионе является энтеровирус Коксаки. Это связано с высокой контагиозостью вируса Коксаки и его особенностью более тяжёлого течения в аридных регионах, по этой причине практикующие врачи нашей Республики чаще сталкиваются с более тяжёлыми проявлениями вирусной экзантемы, вызванной энтеровирусом Коксаки, где кроме кожных покровов так же поражается ЖКТ. Поэтому полноценное лечение этой патологии требует от врачей своевременной диагностики и адекватной терапии с учётом особенностей детского организма.

Приводим наши наблюдения: в консультативно-диагностическую поликлинку клиники ТашПМИ за весенне – летний период 2022 г. обратилось 49 детей в возрасте от 5 мес до 12 лет, которым после совместного осмотра дерматолога, педиатра и инфекциониста был выставлен диагноз вирусная экзантема, вызванная энтеровирусом Коксаки. Всем детям была назначена комплексная терапия включающая: в качестве основных препаратов ректальные свечи *«Генферон лайт»* обладающий выраженным противовирусным и иммуномодулирующим свойствами и адсорбент «Смекта-Био» используемый для быстрого антитоксического, антидиарейного и противовоспалительного действия. Дозы препаратов назначались исходя из возраста и тяжести состояния больных детей на протяжении 10 дней. В процессе проведённой терапии мы наблюдали уже на 2 сутки заметное снижение явлений общей интоксикации и на 6-8 сутки подавляющая часть высыпаний рассасывалась. Следует отметить, что у 12 наблюдаемых нами детей состояние было тяжёлое, это было связано с поздней диагностикой и присоединившейся бактериальной инфекцией, но несмотря на это проведённая нами комбинированная терапия, так же дала хорошие результаты.

Учитывая вышеизложенное, использование в комплексном лечении детей больных вирусной экзантемой иммуномодулятора *«Генферон лайт»* в комбинации с адсорбентом «Смекта-Био» имеет заметный терапевтический эффект, сокращает сроки лечения и выгодна в экономическом отношении для родителей больных.

ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО ПРИ ПОМОЩИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ

У.Ш. РИХСИЕВ, М.И. АБДУЛЛАЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Исследования эубиотического состояния кишечника у детей больных витилиго выявили нарушения как микробиоты кишечника так и снижение адаптационно-компенсаторных механизмов печени. Это послужило основанием для включения в традиционную терапию витилиго, кроме пробиотиков, иммуномодуляторов и гепатопротекторов, так же лечебного питания – стол № 4-В. Где были учтены выявленные раннее патологии со стороны ЖКТ.

С этой целью мы изучили динамику клинического течения заболевания с учётом микробиоты кишечника в двух группах больных. В I-й группе 38 пациентов получали традиционную терапию, а во II-й группе 32 пациента в дополнение к традиционной терапии соблюдали лечебную диету – стол № 4-В. В первой группе пациентов в процессе лечения количество практически всех исследуемых микроорганизмов приблизилось к данным контрольной группы. Однако, общее количество анаэробов оставалось низким (9,86±0,23 и 10,7±0,53 lg КОЕ/г соответственно у больных и здоровых детей, P<0,001). Среди условно-патогенных микроорганизмов оставалось высоким количество лактозонегативных кишечных палочек, дрожжеподобных грибов и протея (соответственно 3,36±0,23 lg КОЕ/ г, P<0,05; 3,22±0,24 lg КОЕ/г; 3,66±0,27 lg КОЕ/г, P<0,001). Для оценки отдаленных результатов лечения эубиотиками больные повторно были нами обследованы через 3 месяца. К этому сроку показатели анаэробов резко уменьшилось, а количество аэробов, особенно лактозонегативных кишечных палочек, энтерококков, дрожжеподобных грибов и протея, увеличилось до показателей, имевших место до лечения. У детей, больных витилиго II-ой группы, которые дополнительно соблюдали диету №4-В, после проведенного курса лечения наблюдалось аналогичная, но более выраженная тенденция к нормализации содержания всех изученных микроорганизмов. Только количество сапрофитных стафилококков и протея оставалось достоверно высоким (P<0,05**).** В отдаленные сроки также сохранялся стойкий положительный эффект комплексной терапии с включением лечебного питания, незначительно возросло только количество лактозонегативных кишечных палочек и грибов рода Кандида.

Таким образом, у детей с витилиго включение лечебной диеты № 4-В, в традиционную комбинированную терапию приводит к относительно быстрому и устойчивому восстановлению микробиоты кишечника, что в свою очередь положительно влияет на кожную динамику. Дополнение традиционной терапии витилиго полноценным лечебным питанием с учётом выявленной патологии печени и кишечника привело к повышению эффективности проводимой терапии с одновременным снижением общей лекарственной нагрузки.

ЩАДЯЩАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕЛЁНОЧНОГО ДЕРМАТИТА И ПОТНИЦЫ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

У.Ш. РИХСИЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Пеленочный дерматит и потница являются очень распространенными заболеваниями в нашем регионе и наиболее чаще встречаются у младенцев. При отсутствии надлежащего лечения эти кожные заболевания могут осложняться вторичными бактериальными и грибковыми инфекциями, которые легко распространяются дальше и ухудшают общее состояние детей. Основной проблемой в лечении таких детей является неизбирательное использование педиатрами и дерматологами топических кортикостероидов. Поэтому поиск эффективных и безопасных средств для лечения чувствительной детской кожи является актуальной проблемой для практикующих врачей.

Цель исследования. было изучить эффективность препарата «Линдоскин» содержащего в своем составе водно-спиртовый экстаркт из растительного сырья местного экологически чистого производства, обладающего бактериоцидным, противогрибковым, противовоспалительным и заживляющим действием при использовании у грудных детей больных пелёночным дерматитом и потницей.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 56 младенцев, страдающих опрелостями и потницей в возрасте от

7 дней до 11 месяцев. Поражения были симметрично расположены в крупных складках на спине и ягодицах и в основном представляли собой папулы, везикулы и эрозии располагающиеся на эритематозном основании. Бактериологические исследование с поражённых участков выявил у 41 пациента наличие Candida albicans и Staphylococcus aureus. Больные дети были беспокойными, плаксивыми, плохо спали и плохо набирали вес.

С матерям и ухаживающими обязательно проводилась разъяснительная беседа по элементарным правилам ухода за детьми данной возрастной группы и назначалась местная монотерапия водно-спиртовым растительным экстрактом «Линдосикн» в разведении 1:4 (для разведения применялась дистиллированная вода). Разведённый экстракт применялся топически: от 3-х до 6-ти раз в день, в виде примочек.

Результаты исследования. К концу 2-х суток местной монотерапии разведённым экстрактом «Линдоскин», в очагах поражения начиналось подсыхание везикул и мокнутий с образованием корочек. В зависимости от распространённости и тяжести патологического процесса на 5-7-е сутки эрозии полностью эпителизировались. Так же у детей уже в начале терапии отмечалось заметное снижение беспокойства и нормализация сна. Ни у одного больного при правильном применении препарата «Линдоскин» на коже не наблюдалось побочных явлений.

Вывод. «Линдоскин» зарекомендовал себя эффективным и безопасным препаратом для местного применения в лечении пелёночного дерматита и потницы у грудных детей в условиях жаркого климата, он обладал быстрым противовоспалительным и эпителизирующим действием. Он прост в применении и экономически заметно выгоден для родителей.

РОЛЬ ПЕРЕНЕСЕННЫХ И СОПУТСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, С.С. АРИФОВ, А.С. ЯКУБОВА

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

Розацеа храническое воспалительное заболевание кожи лица, которым болеют 2–10 % популяции нашей земли. Несмотря на многочисленные публикации этиология и патогенез данного дерматоза до конца не изучены. По данным литературы в возникновении розацеа немаловажное значение имеют психоэмоциональные факторы, которые способствуют развитии розацеа, а также наличие самой болезни провоцирует возникновении психоневрологических расстройств. дерматологических расстройств, в генезе которых психогенные факторы играют основную роль

Цель исследования. Изучить роль психоэмоциональных факторов в развитии и клиническом течении розацеа.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 62 пациентов с диагнозом розацеа, обратившиеся в 1-отделение дерматологии РСНПМЦДВиК. Из 62 больных мужчин было 25 (40,3 %), женщин – 37 (59,6 %), в возрасете от 25–67 лет. По давности заболевания больные были распределены следующим образом: больных до 1 года было 20 (32,3 %), от 1–5 лет – 15 (24,2 %), от 6–10 лет – 17 (27,4 %) и свыше 10 лет – 10 (16,1 %).

Результаты исследования. Анализ провоцирующих факторов, со слов больных, показал, что 39 (62,2 %) больных начало заболевания связывали с нервно-психологическими расстройствами, 9 (14,5 %) – с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, 5 (8,1 %) – с эндокринными патологиями, 3 (4,8 %) – с алиментарным фактором и 6 (9,7 %) – с инсоляцией.

При клинико-лабораторном обследовании нами выявлены сопутствующие заболевания 49 (79,0 %) больных. Среди сопутствующих заболевании психоневрологические были выявлены у 25 (51,0 %) больных, желудочно-кишечные у 11 (22,4 %), 4 (8,2 %) эндокринные, сердечно-сосудистые патологии у 4 (8,2 %), 5 (10,2 %) – гинекологические нарушения.

Поскольку среди сопутствующих заболевании превалировали психоневрологические расстройства, мы детально анализировали их встречаемость. Так, нейроциркуляторная дистония диагностирована у 12 (24,5 %) больных, мигрень – у 5 (20,0 %), невроз у 4 (16,0 %), депрессивное состояние – 4 (16,0 %).

Выводы. Учитывая вышеизложенное, что психоэмоциональные факторы превалируют, как среди причинных факторов 49 (79,0 %) розацеа, так и сопутствующих заболевании 25 (51,0 %) необходимо учитывать их в планировании лечебно-профилактических мероприятии.

КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МЕЖДУ ПОЛИМОРФИЗМА G-197A ГЕНА IL17A И DEMODEX FOLLICULORUM

У.Ю. САБИРОВ, А.А. ЯКУБОВ, С.С. АРИФОВ, К.Т. БАБАЕВ

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

Розацеа – распространенное хроническое воспалительное заболевание преимущественно кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийным течением. Несмотря на многочисленные исследования этиология и патогенез розацеа изучены недостаточно. В последние годы в патофизиологии развития данного дерматоза большое внимание уделяется роли провоспалительных цитокинов с учетом микробных факторов.

Цель исследования. Изучить роль полиморфизма G-197A гена IL17A в клиническом течении розацеа с наличием и отсутствием клещей рода Demodex folliculorum (Demodex).

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 102 больных с розовыми угрями, среди них женщин было 70 (68,6 %), мужчин – 32 (31,4 %) в возрасте от 25 до 65 лет. Для изучения генетических маркеров полиморфизма гена IL17A G-197 A проведено исследование на 102 образце ДНК, выделенном из лимфоцитов периферической крови пациентов с розацеа и 95 неродственных условно здоровых доноров узбекской национальности (контрольная выборка).

Результаты исследования показали, что у больных розацеа в подгруппе пациентов с наличием клещей рода Demodex неблагоприятный аллель А в 3.3 раза значимо чаще встречался по сравнению подгруппы с отсутствием клещей рода Demodex (47,9 % против 21,7 %, соответственно; $\chi^2 = 12.1$; $p = 0,01$). Рассчитанный относительный шанс обнаружения данного генотипа у пациентов с наличием клещей рода Demodex составляет в 3.3 раза (OR = 3,3; $\chi^2 = 12,1$; $p = 0,01$; 95 % CI:1,69 – 6,54).

Сходная закономерность обнаружена и при сравнительном анализе распределения неблагоприятного генотипа А/А локуса G-197A гена IL17A. Уровень увеличения неблагоприятного А/А генотипа в подгруппе с наличием клещей рода Demodex в сравнении пациентов без Demodex был существенным и статистически значимым ($\chi^2 = 6,0$; $p = 0,03$). Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития Demodex ассоциированного розацеа при носительстве данного генотипического варианта локуса G-197A гена IL17A достоверно увеличивается в 9 раз (OR=9,0; 95 % CI: 1,55–51,9).

Следует подчеркнуть, что в подгруппе пациентов с наличием клещей рода Demodex, частота неблагоприятного гетерозиготного G/A генотипа незначимо увеличена относительно группы с отсутствием Demodex (48,6 % против 36,7 % соответственно; $\chi^2 = 1,2$; $p = 0,6$; OR = 1,6; 95 % CI: 0,68–3,9).

Таким образом, носительство неблагоприятного генотипического варианта А/А полиморфизма G-197A гена IL17A может являться одной из главных причин дисрегуляции воспалительного и иммунного ответа кожи и данный полиморфный вариант вносит определенный вклад в формирование генетической структуры предрасположенности к подверженности организма к клещам рода Demodex и клинического фенотипа розацеа.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК

У.Ю. САБИРОВ, С.Р. МУМИНОВА, М.З. НАЗАРОВА

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

Подошвенные бородавки, представляют собой кожные поражения на подошвенной части стопы, которые вызваны инфицированием кератиноцитов вирусом папилломы человека (ВПЧ). Вирус папилломы человека распространен повсеместно. Хотя большинство людей являются бессимптомными носителями ВПЧ, 2 % населения в целом ежегодно обращаются за медицинской помощью по поводу бородавок. Распространенность в мире подошвенных бородавок составляет 14 %. Большинство случаев приходится на детей и подростков. Однако остальнве возрастные группы населения, такие как пациенты с ослабленным иммунитетом, подвергаются повышенному риску развития подошвенных бородавок.

Существует множество методов лечения подошвенных бородавок. Каждый терапевтический

метод был встречен с разной степенью успеха и побочных эффектов. Как известно, углекислотный CO2 лазер является эффективным лазером для лечения подошвенных бородавок и различных эпидермальных поражений, хромофором которого является вода. CO2 лазерные установки с высокой пиковой мощностью значительно повышает безопасность и эффективность использования данного лазера при лечении подошвенных бородавок. Однако подошвенные бородавки, нежелательно подвергать вапоризации, ввиду отсутствия установленных руководств по лечению данной патологии CO2-лазером. Импульсный лазер PDL с длиной волны 595 nm может заменить CO2-лазер для лечения подошвенных бородавок, так как является менее травматичным методом лечения, что позволяет избежать длительной послеоперационной боли, инвалидизации и рубцевания.

Под нашим наблюдением находилось 23 пациентов с подошвенными бородавками которые получали лазерное лечение импульсным лазером на красителе PDL с длиной волны 595 nm, каждые 3–4 недели на курс в среднем 6–7 процедур. Была использована плотность энергии лазера от 8 до 12 Дж/см^2 с размером пятна 5–7 мм и длительностью импульса 0,45–1,5 мс. После проведенного лазерного лечения клиническое выздоровление наблюдалось у 16 (69,5 %) пациентов, клиническое улучшение у 6 (26,1 %) и у 1 пациента не было отмечено эффекта от проведенного лечения. Осложнений и побочных явлений от лазерного воздействия не наблюдалось ни у оного пациента.

Таким образом, воздействие импульсным лазером на красителе PDL с длиной волны 595 nm в комплексном лечении подошвенных бородавок, может быть более эффективным методом лечения по сравнению с воздействием CO2 лазера. Импульсный лазер на красителе PDL также показал свою эффективность и безопасность при лечении рецидивирующих подошвенных бородавок. Следует также отметить, что у PDL самая низкая частота побочных эффектов по сравнению с другими типами лазеров.

ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА СОСТОЯНИЕ КОЖИ

д.м.н., проф. У.Ю. САБИРОВ, Г.С. БАБАКУЛОВА

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

Введение. Особый интерес ученых в настоящее время проявляется в отношении влияния дефицита витамина D на геронтологичские аспекты здоровья и эстетические проблемы старения. Многие люди в пожилом возрасте хотят иметь хорошую кожу без морщин или пигментации. С другой стороны, существует настоятельная необходимость пристального внимания дерматологов к коже, которая обусловлена увеличением числа неоплазий кожи у пожилых людей.

Цель исследования. Оценить влияние дефицита витамина D на состояние кожи лица.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 50 пациенток (100 %) с дефицитом витамина D в возрасте от 25 до 40 лет. Данной группе пациенток была проведена 3D диагностика на аппарате Antera на момент дефицита витамина D и через 3 месяца после его коррекции.

Результаты. Обследованные пациенты с дефицитом витамина D, были поделены на 2 группы: группа A с дефицитом витамина D (10–20 ng/ml), группа B с острым дефицитом витамина D (5–10 ng/ml). Группа A в течении 3 месяцев принимала витамин D в дозе 5000 ЕД per os. Группа B 1 внутримышечная инъекция витамина D в дозе 200.000 ЕД, с последующим переходом на 5000 ЕД per os. После 3 месяцев лечения в обеих группах отмечался подъем витамина D до 40–60 ng/ml. При визуальном осмотре кожи после доведения уровня витамина D до оптимального уровня отмечалось уменьшение выраженности гиперкератоза, улучшение цвета лица.

При сравнении 3D снимков Antera, нами было отмечено улучшение текстуры кожи у 42 пациенток (84 %). Согласно снимкам трехмерной визуализации, отмечалось уменьшение глубины морщин в среднем на 0,03мм, уменьшение значений содержания меланина на 0,15 единиц, уменьшение выраженности пор на 0.01 мм, выравнивание текстуры кожи на 0.02 мм в обеих группах.

Вывод. Витамин D принимает активное участие в клеточном гомеостазе. А его дефицит способен вызвать нарушение в процессах дифференцировки, пролиферации и апоптоза клеток кожи, что способствует ее старению. Таким образом, коррекция витамина D до оптимальных значений может улучшить состояние кожи лица, а в комплексе с косметологическими процедурами, может значительно улучшить результат от коррекции.

СОСТОЯНИЕ АНДРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

У.Ю. САБИРОВ, Б.А. ТОИРОВ, Е.В. ЛИГАЙ

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

Актуальность. Вульгарные угри (acne vulgaris) являются одним из наиболее распространённых дерматозов характеризующийся хроническим воспалительным поражением сальноволосяных фолликулов, которые являются тканями-мишенями для андрогенов. Патогенез акне весьма сложен и связан со многими факторами. Несмотря на то, что в клинической практике постоянно применяют множество новых препаратов и разнообразных методов лечения,заболевание по-прежнему отличается длительным течение и частыми рецидивами. По данным Всемирной организации здравоохранения, число больных вульгарными угрями в мире составляет 9,4 % от численности всего населения, насчитывая в среднем около 650 млн человек. Таким образом, вопросы научного изучения акне являются весьма актуальными.

Цель исследования. Сравнительная оценка андрогеновых рецепторов в сальной железе у больных с угревой болезнью.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 63 пациенток женского пола в возрасте от 19 до 46 лет (29,4±3,5 лет) с диагнозом вульгарные угри средней степени тяжести. Отбор больных и клиническую часть работы выполняли на базе РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз. Наблюдаемые пациентки были разделены на 4 группы в зависимости от тактики терапии. В первую группу включены 10 пациенток (15,8 %) с традиционным методом лечения антибиотикотерапией (топическое средство, импульсный лазер на красителе); во вторую группу – 18 пациенток (28,5 %) с использованием системной монотерапии изотретиноина (топическое средство, импульсный лазер на красителе); в третью группу – 13 пациенток (20,6 %) с системной монотерапией хлормадинон ацетата (топическое средство, импульсный лазер на красителе); в четвертую группу – 22 (34,9 %) пациентки с усовершенствованным комбинированным лечением изотретиноина и хлормадинон ацетата (топическое средство, импульсный лазер на красителе). Длительность терапии составил период от 3-6 месяцев. Всем пациенткам был проведён иммуногистохимический анализ для количественного определения андрогеновых рецепторов при различных методах терапии акне. Иммуногистохимическое исследование проведено на базе РСНПМЦ ДВиК МЗ РУз по общепринятой методике, на серийных парафиновых срезах сальной железы, окрашенных гематоксилином-эозином, помещённых на полилизиновые стёкла. В качестве первичных специфических антител использовали моноклональные кроличьи антитела к андрогеновым рецепторам (AR). Оценку иммуногистохимического метода исследования производили по двум параметрам: степень распространения (a) и интенсивность окраски (b). Степень распространения окраски определяли путём расчёта, количество положительно окрашенных ядер по отношению к общему числу ядер в процентном соотношении (%).

Результаты. Проведенные иммуногистохимические исследования после лечения угревой болезни выявили достоверные различия ($P<0,05$) между группами. Как показало исследование, в 1 группе с традиционным лечением отмечалась положительная экспрессия андрогеновых рецепторов в ядрах клеток желез и соответствовала 71,1±12,5 %. Во 2 и 3 группах количественный анализ ядер с положительной реакцией на андрогеновых рецепторах выявил результаты 54,3±9,1 % и 46,1±8,3 % соответственно. У пациенток 4 группы с усовершенствованным лечением был выявлен очень низкий уровень экспрессии андрогеновых рецепторов 9,4±6,3 %, что достоверно ниже ($P<0,05$) по сравнению с пациентками 1,2 и 3 группами.

Таким образом, полученные результаты исследования позволяют оценить индивидуальные изменения в экспрессии андрогеновых рецепторов в соответствие с выбранным методом лечения, а также имеют важное значение в прогнозе и разработке эффективного патогенетического (антиандрогенного) лечения угревой болезни.

ВИТИЛИГО БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ «ҲАЁТ СИФАТИНИ ДЕРАМАТОЛОГИК ИНДЕКСИ»НИ БАҲОЛАШ

У.Ю. СОБИРОВ, А.А. МАМАДИЕВ, Б.Ш. ХАИТБОЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази;
РИДВ ва КИАТМ Жиззах вилояти ҳудудий филиали

Долзарблиги: Витилиго – бу тери дисхромиялари гуруҳидаги касаллик, бу меланоцитларнинг йўқолиши ёки функцияси пасайиши натижасида, айниқса терида, сочда, тўр пардада ва эҳтимол бош мия юмшоқ пардаларида оқ доғлар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Витилиго билан боғлиқ сабаблар ва механизмларнинг муаммоси ва ушбу касаллик учун самарали, тўлиқ даволаш муаммолари ҳали тўлиқ хал қилинмаган.

Витилиго касаллигида жинсий, ирқий ва иштимоий фарқлар кузатилмайди. Витилиго бошланишининг ўртача ёши, оилада витилиго билан оғриган беморларда анча паст бўлади – бундай беморларнинг улуши, турли манбаларга кўра, витилиго билан оғриган беморларнинг умумий сонининг 7,7 % дан 50 % гача. Ушбу дерматоз турли органлар ва тизимларда кескин ўзгаришларга олиб келмаслиги билан бирга доимий ва сурункали кечиши билан ажралиб туради.

Витилиго номаълум сабаб ва механизмга эга бўлган касаллик бўлиб қолмоқда ва бундай беморларни даволашда юзага келадиган қийинчиликлар терапиянинг самарадорлиги ва даволашнинг ножўя таъсири ва асоратлари мавжудлигининг далил базаси йўқлиги туфайли ҳаёт сифатининг дерматологик кўрсаткичларини яхшиламайди ва ишнинг долзарблигини кўрсатади.

Тадқиқот объектлари: Витилиго касаллигига чалинган ва даволанган 19 ёшдан 59 ёшгача бўлган 96 бемор текширилди.

Ишнинг мақсади. Витилигони ривожланишида хаёт сифати дерматологик индексини баҳолаш.

Тадқиқот усуллари: Тадқиқотда клиник, ахборот йиғиш ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги. Ушбу тадқиқот доирасида биринчи марта витилигони комплекс даволашда «тромбоцитларга бой плазма»дан фойдаланишнинг клиник самарадорлиги ва хавфсизлиги баҳоланди;

витилигонинг чегараланган турларида ўртача узунликдаги тор диопазонли ултрабинафша нурлари (монохромли 308нм эксимер системаси) билан бирга «тромбоцитларга бой плазма»ни қўллаш даво самарадорлигини оширди;

Тадқиқотнинг якуний босқичи «ҳаёт сифати дерматологик индексининг» сўровномаси ёрдамида баҳоланган витилиго билан оғриган беморларнинг ҳаёт сифати динамикасини таҳлил қилишга бағишланди. Терапия бошланишидан олдин ўрганиш гуруҳларидаги ХСДИ нинг ўртача балларини таққослаб, мос равишда 1 (УВБ), 2 (ОТП) ва 3 (УВБ+ОТП) гуруҳларидаги 9,232,6, 8,732,0 ва 8,931,9 балларни ташкил этди. Барча гуруҳлардаги ХСДИ кўрсаткичлари назорат даражасидан анча юқори бўлиб, текширилган беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиришни кўрсатди.

6 ойлик даволанишдан сўнг ХСДИ нинг пасайиши кузатилди, 3-гуруҳдаги кузатувда бўлган беморларда (УФБ+ОТП) динамика янада яққол намоён бўлди. Бу гуруҳда ХСДИ нинг ўртача қиймати 5,1±0,8 балл бўлиб, бу кўрсаткич 1-гуруҳ (УФБ) беморларига нисбатан анча ($p<0,05$) паст бўлган, бу гуруҳда кўрсаткич фақат 7,63±2 га камайган. 2-гуруҳда (ОТП) ХСДИ даражаси 7,23±1,7 балл бўлган.

Даволаш бошланганидан кейин 1 йилдан сўнг солиштирганда, барча гуруҳларда ҳаёт сифатини яхшиланиши кузатилди. Шу билан бирга 2 (ОТП) ва 1 (УВБ) гуруҳлардаги бу параметрнинг ўртача даражалари таққосланди ва мос равишда 3,9+0,3 балл ва 4,1+0,9 баллни ташкил этди. Шу билан бирга 3-гуруҳ (УФБ+ОТП) беморларида кўрсаткич қиймати 2,53±0,4 баллгача пасайди. Дастлабки икки гуруҳда ХСДИ нинг ўртача кўрсаткичлари назорат қийматларига нисбатан юқорилигича қолди, шу билан бирга, барча гуруҳлардаги кўрсаткич динамикаси витилиго бўлган беморларнинг ҳаёт сифатини баҳолашнинг дастлабки даражаларига нисбатан статистик жиҳатдан аҳамиятли эди ($p+0,05$).

Амалий аҳамияти: Ушбу тадқиқот натижалари витилиго патогенези ҳақидаги тушунчани кенгайтиради. Иш жараёнида олинган маълумотлар ушбу касалликни даволашда тромбоцитларга бой плазмадан фойдаланишнинг патогенетик асослилигини тасдиқлайди.

Хулоса. Витилиго даволаш учун ишлаб чиқилган ёндашувдан фойдаланиш даволаш тугаганидан кейин узоқ муддатли даврда (1 йил) ҳаёт сифати дерматоложик индекс қийматида пасайиш кузатилиб, беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада яхшилашга олиб келади.

ТОПИЧЕСКАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ

У.Ю. САБИРОВ, Н.С. ИБРОХИМОВА

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

Анкне – одно из наиболее часто встречаемых заболевание кожи лица и поражает более 80 % подростков и лиц молодого возраста. Несмотря на хорошею изученность патогенеза заболевания, методы ее терапии полностью не удовлетворяют ни больных, ни врачей. Поскольку нерациональная терапия приводит к образования симптомокомплекса постаке (рубцы, гиперпигментации, милиумы)

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность 15 % геля азелаиновой у пациентов с угревой болезнью.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 32 больных с различными клиническими формами угревой болезни. Женщин было – 17 (53,1 %), мужчин – 15 (46,9 %) в возрасте от 12–29 лет.

Согласно классификации, предложенный Plewig G., Kligman A.M., Jansen J. (2000) больные были распределены на следующие клинические формы: комедональный акне (acne comedonica) у 6 больных (18,7 %), папуло-пустулезные акне – у 15 (46,9 %) (acne papulopustulosa), узловато-кистозные угри (acne nodulocystica) – у 8 (25,0 %) больных и молниеносные угри (acne fulminans) – у 3 (9,4 %) больных. Перед началом лечение все больные были распределены поровну на две группы однородные по тяжестью течения. Первая группа больных 17 получала лечение согласно стандартам диагностики и лечение по дерматологии от 2021 года, а вторая группа (15 больных) – на фоне стандартной терапии принимала наружно 15 % геля Акнелит (азелаиновая кислота) 1 раз в день.

Результаты лечения. Результаты лечение оценивались через 2 месяца от начала терапии. В первой группе положительная динамика наблюдалась на 20 день лечение, тогда как во второй группе данный эффект отметили на 15–16 день терапии. Клиническое выздоровление наблюдалось у 9 (49 %) больных во второй группе на втором месяце, тогда как в первой группе было 6 (36 %).

Таким образом, назначение препарат Акнелит на фоне стандартной терапии значительно повышает эффективность лечения и улучшает качеству жизни пациентов.

ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК С ПРИМЕНЕНИЕМ КРЕМА «FATISALIK»

У.Ю. САБИРОВ., Ш.З. МАВЛЯНОВА., М.З. НАЗАРОВА., Е.В. КАЛЕНДАРЕВА

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

Папилломавирусы относятся к семейству Papillomaviridae и в течение многих тысяч лет паразитируют на людях. Это мелкие безоболочечные 20-гранные ДНК-содержащие вирусы, которые поражают эпителиальные клетки разных анатомических зон. Вирусы папилломы человека (ВПЧ)классифицируются на пять эволюционных групп: альфа, бета, гамма, мю и ню. Представители группы альфа поражают генитальный тракт, а остальные только кожу. Диаметр вируса 55 нм, геном ВПЧ представлен длинной двуспиральной циркулярной ДНК с размером 8 тысяч пар основ. В зависимости от времени экпрессии гены ВПЧ делятся на ранние E1-E7 и поздние L1 и L2-протеины.

Некоторые типы ВПЧ связаны с риском развития злокачественных опухолей эпителия; в зависимости от канцерогенного потенциала они были разделены на типы низкого и высокого онкогенного риска. Клинические и гистологические особенности особенности инфекции ВПЧ варьируется в зависимости от индивидуальной восприимчивости (например, у пациентов с иммунодифицитов), места поражения и типа ВПЧ.

Цель исследования. оценка эффективности комплексного метода терапии вирусных бородавок.

Материалы и методы исследования. Нами было обследовано 47 пациентов с диагнозом – подошвенные бородавки. Диагноз был подтвержден клиническими и лабораторными исследовниями. Пациенты были разделены на 2 группы. Первая группа пациентов $n=24$ (51,1 %) получали лазеротерапию сосудистым лазером PDL 595 nm. Вторая группа $n=23$ (48,9 %) получали комплексную лазеротерапию в сочетании с кремом «Fatisalik». Лазертерапию проводили 1

раз в месяц в среднем 3–4 раза. Вторая группа больных вместе с лазеротерапией получала наружное лечение с применением крема «Fatisalik» 2 раза в день в течении 1-2 месяца.

Результаты. В первой группе больных которые получили монотерапию сосудистым лазером PDL 595 nm, у 16 больных (66, 7 %) наблюдалось клиническое улучшение, а во второй группе у 23 пациентов отмечалось клиническое улучшение у 19 больных, что составило 82,6 %.

Выводы. Таким образом, комплексное применение лазера и сочетанием с наружным лечением крема «Fatisalik» показал клинические улучшение на 1,2 раза больше, чем в первой группе больных, которые получали монотерапию лазером PDL 595 nm. Комплексное лазерное лечение подошвенных бородавок в сочетании с кремом «Fatisalik» является высокоэффективным методом терапиия, который также препятствует рецидивирования заболевания.

МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Н.С. САИПОВА, У.А. ЮСУБАЛИЕВ, Г.Ш. ТОХТАЕВ, Х.Х. САФАРОВ

Ташкентская медицинская академия Ташкент, Узбекистан;
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер, Ташкент, Узбекистан

Введение. Псориаз и псориатический артрит встречаются повсеместно. Этот дерматоз поражает от 1 до 3 % населения земного шара, а артрит,спондилит или энтезопатия наблюдаются у 14–47 % больных псориазом. Распространенность псориатический артрит в общей популяции составляет от 0,04 до 1,4 %. Учитывая наличие суставных жалоб у 30 % больных псормаз, а также трудности диагностики псориатический артрит, особенно на ранней стадии, можно предположить, что истинная распространенность псориатический артрит намного выше. В настоящее время отмечается рост заболеваемости псориатический артрит, при этом важное значение приобретает его ранняя диагностика и терапия, так как уже через 10 лет после установления диагноза социоэкономический статус пациентов значительно снижается, а расходы здравоохранения, связанные с их курацией, возрастают [5]. Псориатический артрит может развиться в любом возрасте, мужчины и женщины болеют одинаково часто, однако псориатический спондилит наблюдается в основном у мужчин. У большинства пациентов (70 %) псориаз возникает раньше поражения суставов, у 20 % одновременно с ним и у 15–20 % псориатический артрит опережает первые клинические проявления псориаз.

Цель исследования. Оценить сопутствующие метаболические нарушения у больных с псориатическии артрит.

Материалы и методы. Клинические исследования проведены у больных псориатическии артрит на базе Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер. Проведены: общии осмотр, клинические и биохимические лабораторные методы обследования крови, определение уровня микроэлементов в крови радиоиммунологическим методом. Под наблюдением было 45 больных, у которых был диагностирован псориатическии артрит. Большинство больных было в возрасте 20–29 лет. Мужчин было 25 (55,5 %), женщин – 20 (44,4 %). Продолжительность болезни составила 5–25 лет, 5 % больных страдали псориазом свыше 25 лет. Важное значение в возникновении и распространении псориаза имеют средовые факторы риска. Психоэмоциональные стрессовые состояния явились основнои причинои обострения у 6 больных. У 14 больных возникновению первичных псориатических элементов и обострению кожного процесса предшествовали хронические инфекционные заболевания и острые респираторные вирусные инфекции. Анализ сопутствующих заболевании показал, что хроническии тонзиллит наблюдался у 7, хронически гепсориатическии артриттит – у 3, хроническии холецистит у 4, лямблиоз – у 2, заболевания желудочно кишечного тракта – у 6, заболевания сердечно-сосудистои системы – у 4. Ониходистрофия отмечалась у 32 больных, в том числе у 13 отмечался онихолизис, у 24 – точечная ониходистрофия, у 8 – отмечалось изменение цвета ногтевых пластинок, утолщение и ломкость свободного края. У большинства больных отмечались сочетанные поражения нескольких или всех ногтеи, поперечные борозды были выявлены – у 28 %. У 14 псориатическии артритциентов кожныи процесс прогрессировал и протекал в тяжело и распространеннои форме в виде субэритродермического поражения кожи туловища, конечностеи, с максимальным индексом PASI, транзиторным повышением температуры тела, недомоганием.. Исследован уровень липидов и ферментов печени. В целом у 82,1 % больных отмечались сочетанные или изолированные нарушения содержания исследованных величин. Наиболее часто отмечались гипохолестеринемия, дислипопротеидемия, соответствую-щая 2а и 2б типу по классификации Фредериксона, повышение активности ферментов АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ и содержания билирубина. Повышение сы-

вороточных ферментов выявили у однои трети псориатическии артритциентов с наличием псориатическии артриттологии пищеварительного тракта.

Выводы. У половины больных псориатическии артрит сочетался с различными сопутствующими заболеваниями, что является фактором риска развития более тяжелых проявлении псориатическои болезни. При псориатическии артрит отмечаются разнонаправленные изменения клинико-биохимических показателеи крови, а также снижение сывороточных концентрации микроэлементов, что имеет псориатическии артриттогенетическое значение и требует коррекции.

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

А.А. ТОЛЫБЕКОВА, Ж.А. ШОРТАНБАЕВА

Казахстанско-Российский медицинский университет;
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

Атопический дерматит (АД) – это генетически обусловленное заболевание кожи, с хроническим рецидивирующим течением, особенностями локализации и клиническими проявлениями. АД – полиэтиологическое заболевание, причины возникновения которого связывают с взаимодействием генетических факторов, факторов внешней среды, нарушением барьерной функции кожи и иммунного статуса.

Цель исследования. Оценить клинические особенности ведения атопического дерматита.

Материалы и методы. В исследуемую группу вошли 4 пациента молодого возраста с атопическим дерматитом (рецидивирующее течение) обратившиеся на прием к дерматологу.

Приводим клиническое наблюдение

Пациент Д., 19 лет, студент, болеет 4 года. Обратился к дерматологу с жалобами на распространённые высыпания на коже с локализацией на сгибательных поверхностях конечностей, туловище, задней области шеи, выраженный зуд, нарушение сна. Жалобы беспокоят около 3-х недель, в течение которых симптоматика стала нарастать. Ранее проходил лечение у врача дерматолога, последнее время лечится самостоятельно.

Из анамнеза отмечается обострения АД 4–6 раз в год, однако на протяжении последнего года течение заболевания приобрело непрерывно рецидивирующий характер, устойчивое к терапии. Из сопутствующих заболеваний выявили ДЖВП, проводилась терапия у гастроэнтеролога. Также со слов пациента были значительные погрешности в диете, что усугубило количество рецидивов в год (4–6).

На момент осмотра на приеме у дерматолога до начала терапии кожный процесс носил распространенный, подостровоспалительный характер, локализация отмечалась на лице, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей, задней поверхности шеи, туловища и представлен множественными очагами эритематозно-сквамозными высыпаниями застойно-розового цвета, множественными экскориациями, покрытыми геморрагическими корками. Также отмечалась сухость кожных покровов, шелушение, лихенизация, стойкий белый дермографизм.

Пациенту была назначена гипосенсибилизующая, антигистаминная, седативная терапия; гипоаллергенная диета. Местная терапия заключалась в использовании гормональной мази 2 раза в день на очаги поражения.

Результаты. После четырех дней терапии отмечался регресс высыпаний и зуда на 40-50 % по сравнению с состоянием до начала лечения, на 10-й день пациент отметил значительное снижение интенсивности зуда и улучшение психологического состояния. На 15-й день от начала лечения жалобы на зуд отсутствовали, гиперемия кожных покровов значительно уменьшилась, наблюдались только единичные краевые участки поствоспалительной гиперпигментации, экскориации и геморрагические корки отсутствовали, очаги лихенификации практически разрешились.

Выводы. В связи с тем что атопический дерматит является распространенной медико-социальной проблемой современности, демонстрация вышеприведенного клинического случая имеет целью подчеркнуть важность разъяснения пациентам с АД о необходимости обязательного соблюдения режима рекомендованного питания для профилактики обострений заболевания.

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ

А.А. ТОЛЫБЕКОВА, Ж.А. ШОРТАНБАЕВА, О.А. ЧЕРНОВА, С. ЖУМАБИЕВА, К. ДАУЭЙ

НУО «Казахстанско-Российский медицинский университет», г. Алматы, Казахстан;
Казахский национальный медицинский университет, г. Алматы, Республика Казахстан

В настоящее время имеется ряд клинических исследований, описывающих поражения кожи при COVID-19. Первое описание поражения кожи при COVID-19 было опубликовано итальянским дерматологом S. Recalcati, в котором приведены данные о кожном варианте манифестации новой инфекции . В этом исследовании у 18 (20,4 %) больных COVID-19 наблюдались высыпания на коже, при этом у 8 больных кожный процесс манифестировал в дебюте заболевания.

Цель исследования явилось изучение поражений кожи у пациентов с перенесенной лабораторно подтвержденной короновирусной инфекцией.

По данным литературных источников наблюдаются следующие поражения:

Акральная ишемия наблюдадась у 19 % пациентов, чаще у молодых. Характеризовалась появлением отечной эритемы с синюшно-фиолетовым оттенком, на поверхности единичные везикулы и пустулы, чаще ассиметрична.

Ливедо или некроз чаще встречались у более пожилых пациентов.

Геморрагические высыпания характеризуется появлением петехий, пурпур,гематом.

Папуло-везикулезные высыпания отличались появлением везикул с серозно-геморрагическим содержимым, склонные к распространению.

Опоясывающий герпес – нередко являлся единственным симптомом заболевания, в тоже время короновирусная инфекция является триггером активации герпесвирусов, характеризуется тяжестью течения и торпидностью к проводимой терапии.

Крапивница чаще встречается у детей, отличается выраженным зудом. папуло-сквамозные высыпания – розовый лишай у инфицированных пациентов отличается отсутствием типичной «материнской бляшки», отмечался у 47 % пациентов.

Токсикодермия – часто развивалось на фоне терапии короновирусной инфекции.

Приводим клиническое наблюдение

Пациентка Р. 2004 г.р. с лабораторно подтвержденной инфекцией Covid-19 Сопутствующий диагноз: СД 1типа, хронический верхнечелюстной риносинусит, синусный кавернозный тромбоз. Локальный статус: кожный процесс ограниченный, островоспалительный. На коже периорбитальной области с обеих сторон отмечается синюшность кожных покров с некрозом, выраженная болезненность.

Пациентка Т., 60 лет, с лабораторно подтвержденной перенесенной инфекцией Covid-19. Обратилась с жалобами на появление болезненных высыпаний. Данные жалобы отмечает в течение 2-х недель, самостоятельно принимала ибупрофен и супрастин, без эффекта. Локальный статус: кожный процесс островоспалительный, ограниченный с тенденцией к распространению. На коже в области правого межреберья на фоне отека и эритемы сгруппированные пузырьки с серозным и геморрагическим содержимым, единичные пузыри, экскориации, серозно-геморрагические корочки.

В результате проведенного клинического наблюдения отмечена высокая частота кожных поражений у пациентов с лабораторно подтвержденной короновирусной инфекцией. У всех пациентов наблюдалось выраженность объективных симптомов, а также субъективных ощущений, распространенность поражений, длительность течения и торпидность к проводимой терапии, что согласуется с данными литературы.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ПЕЛЕМЕТАЗОН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, К.З. БАТИРОВ, А.А. КУЧКАРОВ

Андижон давлат тиббиёт институти дерматовенерология кафедраси

Атопик дерматитни даволашда асосий ўринлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малҳамлар, кремлар, эмульсия, лосьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири глюкокортикоид гормонал малҳамлардир. Охирги пайтларда фармацевтика саноати томонидан топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири Пелеметазондир. Пелеметазон малҳами таркибига кирувчи мометозон фуроат ўта фаол топик кортикостероид

бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат (малҳам) ҳисобланади.

Изланишдан мақсадимиз. Пелеметазон малҳамини атопик дерматит билан оғриган беморларда қўллаб кўриб самарадорлигини аниқлашдир.

Материал ва текширув услублари. Бизни кузатувимизда 32 атопик дерматитга чалинган 21 та бемор аёл 11 та эркак бўлиб, уларни ёши 22–40 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 3 йилдан 12 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Беморларни барчасини қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилади.

Умумий давога антигистамин (дезлоргин), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), гепатопротектор (тефролив форте), антиоксидантлардан аевит, маҳаллий давога Пелеметазон малҳами. Давонинг биринчи кунлари терига икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 2 маҳалдан суртилади, даволаш муддати касаликнинг турига, тарқоқлигига қараб 18–24 кунни ташкил қилди. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интенсивлиги ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди.

Олинган натижалар ва уларнинг таҳлили. Юқорида кўрсатилган даво амалга оширилгач, беморлар терисидаги патологик ўчоғдаги папулалар ва лихенификациянинг яссиланиши кузатилди, 7–8 кун ўтгач улар анча яссиланиб, жарохат ўчоғи тез орада яхшилана бошлади. Қичишиш давонинг 3–4 кунидан камая бошлади, даво курсининг охирги кунларига бориб йўқолди. Даволашнинг 16-20 кунларига келиб теридаги инфильтрация кескин камайди, яллиғланишнинг эритема белгилари қарийб йўқолди.

Хулоса. Пелеметазон малҳами атопик дерматит билан оғриган беморларда комплекс қўлланилганда яхши натижа беради. Беморлар бу малҳамни даво давомида яхши қабул қилишди, асоратлар кузатилмади.

АНАЛИЗ ВОЗРАСТНОГО ЦЕНЗА И ПОЛА БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ

И.Б. ШУКУРОВ, Ш.З. МАВЛЯНОВА

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

Актуальность. Витилиго является распространенным заболеванием и ею страдают около 1–2% населения земного шара. В последние годы отмечается рост заболеваемости витилиго, особенно среди молодежи, лиц трудоспособного возраста, что придает этому заболеванию определенное социальное значение. Незнание и неверное представление о природе этого дерматоза приведёт к негативному отношению к лицам, имеющим белые пятна на коже. В результате этого больные постоянно подвергаются нервно-психическим травмам, что вызывает подавленное настроение и усугубляет течение заболевания.

Цель исследования. Изучение и анализ возрастного ценза и пола больных витилиго в Бухарской области.

Материалы и методы исследования. Для изучения цели нами были обследованы 142 больных с витилиго. Все находились в амбулаторном и стационарном обследовании и лечении в Бухарском областном кожно-венерологическом диспансере за период 2019–2020 гг. Возраст больных колебался от 10–62 лет. Из 142 пациентов мужчин было 72 (50,7%), женщин – 70 (49,3%).

Распределение больных по полу существенных половых различий мы не выявили. Анализ возрастного ценза больных витилиго показал преобладание взрослых. Так, оно выявлено у 40 (81,6%) взрослых и лишь у 9 (18,4%) детей. При распределении больных витилиго по возрасту отмечено, что данным дерматозом до 5 лет страдал 1 больной (2%), от 6 до 14 лет – 8 (16,3%), от 15 до 20 лет – 13 (26,5%), от 21 до 30 лет – 11 (22,5%), от 31 до 40 лет – 7 (14,3%), от 41 до 50 лет – 4 (8,2%), от 51 до 60 лет – 3 (6,1%) больных, от 60 и старше – 2 больных (4,1%).

Результаты исследования. Таким образом, наши исследования: изучение и анализ возрастного ценза и пола больных витилиго в Бухарской области показали, что частота встречаемости витилиго составляет среди населения 1,6%, а среди кожных заболеваний 7,8%. Мужчины и женщины болеют приблизительно одинаково (53 и 47% соответственно) и в основном в возрасте от 15 до 30 лет.

АСОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ARG25PRO ГЕНА TGFB1 ФОРМИРОВАНИИ ПОСТАКНЕ

З.Э. ЭРКИНЛАР, С.С. АРИФОВ, К.Т. БОБОЕВ, А.А. АБДУРАШИДОВ

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

Введение. Среднетяжелые и тяжелые степени течения акне часто заканчиваются формированием симптомокомплекса постакне (рубцы, гиперпигментации, атрофии и милиумы), что значительно вызывает косметический дефект. В патогенезе развития симптомокомплекса постакне участвуют множество активных субстанции (металлопротеиназы – MMPs, трансформирующий фактор роста – TGF-β, провоспалительные цитокины – IL-17 и др.), которые продуцируются кератиноцитами, фибробластами и себоцитами. Несмотря на многочисленные исследования роль полиморфизма – 509C/T гена TGF-β1 в развитии постакне остается неясным.

Цель исследования. Исследовать роль полиморфизма 509C/T гена TGF-β1 в патогенезе и клиническом течение постакне.

Материал и методы исследования. Молекулярно-генетические исследования полиморфных локусов 509C/T гена TGF-β1 были проведены у 107 пациентов с постакне. Из них мужчин было – 55 (51,4 %), женщин – 52 (48,6 %). Контрольную группу составили 103 условно здоровых лица узбекской национальности, соответствующие по полу и по возрасту без каких-либо дерматологических заболеваний в том числе постакне.

Результаты исследования. Показали, что по частотам вариантных генотипов данного полиморфного локуса не установлено статистически значимых различий в группе постакне и контрольной выборке. При этом, частота встречаемости генотипов Arg/Arg, Arg/Pro и Pro/Pro в группе пациентов составила, соответственно, 93,5 %, 6,5 % и 0,0 %, тогда как в контрольной группе, – 94,2 %, 5,8 % и 0,0 % соответственно. На основании этих данных можно сделать предположение о том, что данные генотипы не вовлечены в патогенезе формы постакне. Тогда как, среди пациентов со склонностью к рубцеванию по сравнению группы контроля незначительно преобладали носители гетерозиготного генотипа Arg/Pro (6,5 % против 5,8 %, соответственно; χ^2=0,01; p=0,9; OR=1,1; 95 %CI: 0,37–3,49). При этом в группе условно-здоровых лиц, наоборот, доминировал дикий генотип Arg/Arg (94,2 % против 93,5 %, соответственно; χ^2=0,01; p=0,9; OR=0,9; 95 % CI:0,29–2,72). Следует отметить, что среди исследованных пациентов с постакне и условно-здоровых лиц не было выявлено ни одного случая неблагоприятного гомозиготного генотипа Pro/Pro.

Следовательно, в формировании постакне полиморфизм 509C/T гена TGF-β1 участвует незначительно, однако у пациентов со склонностью к рубцеванию по сравнению группы контроля незначительно преобладалет носители гетерозиготного генотипа Arg/Pro.

МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОЖИ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

А.А. ЯКУБОВ

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

Розацеа встречается часто среди дерматокосметологических заболевании и наличии высыпании на лице вызывает значительный косметологический дефект. Этиология и патогенез до конца не изучен. В последние годы ряд исследовании посвящены морфометрическим исследованиям кожи лица при данной патологии.

Цель исследования. Оценка изменений морфометрических показателей кожи лица у пациентов розацеа.

Материалы и методы исследования. Обследование проводилась совместно с Республиканским центром патологической анатомии и судебной медицинской экспертизы. Под нашим клиническим наблюдение находились 36 больных в возрасте от 25 до 59 лет. 14 (38,9 %) из 36 больным установлена эритематозно-телеангиэктотическая (первая), 12 (33,3 %) – папуло-пустулезная (вторая) и 10 (27,8 %) – пустулезно-узловатая (третья) стадия заболевания.

При морфометрическом исследовании с биоптата кожи лица у больных розацеа измеряли количество нейтрофилов и лимфоцитов в воспалительных тканях, окрашенной гематоксилин-эозином. В качестве контроля использовали биоптат кожи лица здоровых добровольных лиц.

Полученные результаты показали, что при легкой степени розацеа отмечается преобладание сегментарных и палочковидных нейтрофилов в различных участках эпидермальных дермальных ветвей. Во второй стадии в эпидермисе и дерме определяется миграция лимфоцитов, нейтрофилов и скопление плазмоцитов и макрофагов на местах острых гнойных очагов. Периваскулярный отек выявляется вокруг кровеносных сосудов в большинстве слоев дермы и гиподермы. В третьей стадии в очагах превалируют инфильтрация макрофагов, нейтрофилов, гигантских клеток, лимфоцитов и плазмоцитов.

Следовательно, при третьей стадии розацеа отмечается активация большинства нейтрофилов, гигантских клеток в воспалительном инфильтрате по сравнению с другими стадиями.

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ

А.А. ЯКУБОВ, С.С. АРИФОВ

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

Гиперпигментация лица, будучи в ряде случаев косметическим дефектом, способна в значительной степени снижать качество жизни пациентов. Лечение гиперпигментации продолжает оставаться довольно сложной задачей, поскольку до сих пор не существует универсально эффективной терапии, к тому же существующие методы имеют разную степень эффективности.

Цель исследования. Изучения эффективности линейки EPTA SPOT в лечении гиперпигментации лица и на основании полученных данных усовершенствовать метод терапии.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 35 пациентов с гипермеланозами кожи лица. Мужчин было 12 (34,3 %), женщин – 23 (65,7 %). У всех больных был проведены общеклинические исследования. Все больные были обследованы и были распределены поровну на две однородную группу. Первая группа больных получала стандартное лечение согласно стандартам диагностики и лечение по дермато-венерологии, вторая группа, на фоне стандартной терапии, наружно EPTA SPOT Cleanser, EPTA 50+ и EPTA SPOT Intensive который, согласно схеме, наносили на лицо ежедневно утром.

Результаты лечение. При сравнении результатов лечении в обеих групп отмечено, что в конце 1-го месяца во второй группе пациентов было отмечена осветление и не четкость границ гиперпигментации. Тогда как, в первой группе больных аналогичный эффект наблюдался на втором месяце терапии. К концу 3 месяца наблюдения во второй группе клиническое выздоровление было зафиксировано у 45 % больных, в первой группе – у 12 % лиц.

Таким образом, применение в комплексе линейки EPTO SPOT в терапии гиперпигментации дает возможности ускорить сроки лечение и добиться лучших результатов по сравнению со стандартным лечением.

ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ GSTT1, GSTM1, GSTP У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА С УЧЕТОМ DEMODEX FOLLICULORUM

А.А. ЯКУБОВ

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

Розовые угри – один из распространенных хронических дерматозов, которым болеют 2–10 % населения мира. Расположение высыпании при данной болезни на лице, вызывает косметологический дефект и значительно влияет на психоэмоциональный статус больных. Механизм развития заболевания до конца не изучен. В последние годы особое внимание уделяется на генетические особенности различных полиморфизмов гена (GSTT1, GSTM1, VDR, MDR, MMP, TNF и др.).

Цель исследования. Изучить наличие клеша Demodex folliculorum и генетический полиморфизм гена GSTT1, GSTM1, GSTP, который отвечает за II и III фаз биотрансформации ксенобиотиков.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 95 больных с розовыми угрями, среди них женщин было 31 (68,9 %), мужчин – 1 (31,1 %) в возрасте от 27 до 57 лет. Молекулярно-генетическими исследованиями был изучен полиморфизм генов GSTT1, GSTM1, GSTP на 95

образцах ДНК у больных розацеа с учетом обнаружения клещей Demodex folliculorum.

Результаты исследования. Показали статистически значимые отличия в частоте функционально ослабленного нулевого генотипа GSTM1 между подгрупп с наличием и отсутствием клещей рода Demodex (56,9 % против 9,0 %, соответственно; $\chi^2 = 6,2$; $p = 0,02$). Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск подверженности организма к клещу рода Demodex при носительстве делеционного генотипа увеличивается более чем в 3 раза (OR = 3,1; 95 %CI: 1,27–7,52).

При анализе делеций генов GSTT1, GSTP не было обнаружено статистически достоверных различий у пациентов с наличием клеща рода Demodex (20,8–23,3 %, соответственно) и отсутствием (24,3 % и 23,3 %, соответственно). Интересно отметить что, частота гомозигот по нулевому аллелю GSTT1 гена незначительно ниже (OR = 0,9) у пациентов с наличием клещей рода Demodex по сравнению с отсутствием, однако полученные различия также были статистически незначимы.

Таким образом, согласно результатам генотипирования выявлено возрастание частоты доли функционально неблагоприятного гаплотипа в подгруппе пациентов с наличием клеща Demodex по сравнению пациентов с отсутствием (12,5 % против 6,7 %, соответственно).

ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РОЗАЦЕА

А.С. ЯКУБОВА

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

Розацеа – распространенное и иногда тяжело протекающее заболевание с преимущественным поражением кожи лица и имеет стадийное течение. Топические методы лечения вносят значительный вклад в эффективность терапии розацеа. Несмотря на проводимой терапии розацеа, уменьшит или ликвидировать воспалительный компонент удается не всегда. Имеются сообщения об эффективности ингибиторов кальциневрина в терапии розацеа

Учитывая это целью настоящего исследования был изучить клиническую эффективность применение мази такролимуса при тяжёлых формах розацеа.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 49 больных с розовыми угрями, среди них женщин было – 31 (63,3 %), мужчин – 18 (36,7 %) в возрасте от 25 до 49 лет. Клиническая картина заболевания 29 (59,2 %) соответствовал папуло-пустулезной стадии, у 20 (40,8 %) – пустулезно-узловатой стадии. Больные с учетом тяжести заболевания были разделены на 2 однотипные группы: первая группа (14 больных) получили стандартную терапию, вторая группа – на фоне стандартной терапии принимали 0,1 % мазь ингибитор кальциневрина. Для объективной оценки результатов лечения в обеих группах определили тяжесть течения розацеа по шкалу диагностической оценки розацеа (ШДОР).

Результаты исследования. Показатель ШДОР в первой группе составил $9,3 \pm 0,41$ балла, во второй – $9,1 \pm 0,39$ балла. Под влиянием проводимой терапии в обеих группах отмечалась положительная динамика кожно-патологического процесса. Однако, у больных второй группы разрешение элементов сыпи (эритема, папулы, пустулы) наступал намного раньше, чем первая группа. В конце терапии в первой группе показатель ШДОР снизился на 1,9 раза и составил $4,9 \pm 0,19$. Тогда как, у больных второй группы данный показатель снизился в 3 раза и составил $3,0 \pm 0,26$ балла.

Таким образом, включение топических ингибиторов кальциневрина в комплексное лечения розацеа повышает эффективность терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У МУЖЧИН

А.И. ЯКУБОВИЧ, Ф.М. МЕНГ, А.А. ЕЖЕЛЕНКО

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Актуальность. Андрогенная алопеция (или андрогенетическая алопеция, АГА) – мультифакториальное состояние, при котором генетические факторы предопределяют особенности метаболизма андрогенов в волосяном фолликуле, клинически проявляется прогрессирующим выпадением волос и ведет к облысению теменной и лобной областей. Дегидротестостерон (ДГТ) является основным андрогеном, влияющим на рост и размер волос. Он синтезируется локально в

результате активности двух изоферментов 5 альфа-редуктазы типов I и II (в большей степени). Результат этого влияния-прогрессирующее укорочение цикла роста волос с миниатюризацией волосяных фолликулов. В дополнение к андрогензависимым изменениям в патогенезе АГА доказано вовлечение фолликулярного микровоспаления с формированием фиброза.

Общепринятая классификация алопеции для мужчин – шкала Норвуда-Гамильтона.

АГА, как и другие виды нерубцовой алопеции, является потенциально обратимой, так как при миниатюризации фолликула стволовые клетки некоторое время сохраняют свою функциональность, таким образом, возможна регенерация фолликула из этих стволовых клеток, что открывает возможности для лечения АГА.

В настоящее время существует достаточно большое количество методов патогенетического лечения АГА. Однако, приоритетным направлением является топическая терапия.

Патогенез АГА открывает три основных точки приложения терапии на уровне волосяных фолликулов: снижение внутритканевого преобразования тестостерона в ДГТ за счет ингибирования 5альфа-редуктазы, улучшение кровоснабжения фолликула и стимуляция его роста сигнальными пептидами.

Среди новейших ингибиторов активности 5альфа-редуктазы следует отметить олеаноловую кислоту – пентациклическое тритерпеноидное соединение.

В качестве топического вазодилататора используется флавоноид эпигенин, в большом количестве содержащийся в петрушке, луке, ромашке, чае и цитрусовых. Эпигенин способен длительно (более 6 часов) увеличивать продукцию в стенках сосудов оксида азота, одного из ключевых эндогенных вазодилататоров. Кроме того, эпигенин оказывает прямое ангиогенное действие, а также ингибирует индукцию повышенных при АГА провоспалительных факторов, индуцируемых NO синтез, что создает перспективную альтернативу миноксидилу.

Олеаноловой кислоте и эпигенину синергитичен биотинил трипептид, который является фактором роста.

Все указанные ингредиенты – олеаноловая кислота, эпигенин и биотинил трипептид – являются основными действующими веществами лосьона «ДЕКОПИЛЛ».

Цель исследования. Изучение клинической эффективности препарата «ДЕКОПИЛЛ» (компания CHARISMO, USA) при АГА у мужчин, с учетом оценки морфометрических показателей волос.

Материал и методы исследования. В Клинике эстетической медицины «КРАСОТА.ЛАБ» г. Иркутска наблюдаются 12 пациентов – мужчин в возрасте от 26 до 55 лет. Средний возраст 43,5 года. Стадия I-V по Норвуду – Гамильтону. Средняя продолжительность заболевания от 1 года до 12 лет. Всем пациентам проводили сбор анамнеза, дерматологический осмотр, при необходимости лабораторные исследования. Для определения основных морфометрических параметров волос (плотность волос в количестве на 1 $см^2$, относительное количество веллусных волос, средний диаметр волос) проводилась трихоскопия в теменной и затылочных зонах. Исследование проводилось при помощи трихоскопа ARAMO SG с 60 и 200 – кратным увеличением линзы. Обработка результатов исследований производилась с помощью специализированной компьютерной программы Tricho Science Pro v.1.1. помимо трихоскопии 4 пациентам (33,3 %) проводилась фототрихограмма. Способ применения «ДЕКОПИЛЛА»: 6 мерных пипеток лосьона наносились на теменную и лобную зоны волосистой части головы на ночь 1 раз в день в течение 3 месяцев, с перерывом 1 месяц и последующим возобновлением лечения на 2 месяца.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов лечения показал улучшение основных трихологических показателей среди всех пациентов: увеличение плотности волос в количестве на 1 $см^2$ в теменной зоне (с 152, 3 до 163,7), в затылочной зоне (с 172,4 до 173,8), уменьшение процента веллуса в теменной зоне (с 15,6 % до 10,9 %) увеличение среднего диаметра волос в теменной зоне (с 49,2 мкм до 51,8 мкм) и в затылочной зоне (с 49,4 мкм до 52,1 мкм). Из побочных эффектов отмечалось небольшое чувство жжения в местах нанесения лосьона.

Вывод. Препарат «ДЕКОПИЛЛ» созданный в соответствии с перспективными направлениями топической патогенетической терапии АГА показал достаточно высокую эффективность и безопасность при непосредственной оценке результатов, однако требует более длительного наблюдения и учета отдаленных результатов.

ДЕРМАТОЗООНОЗЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ LARVA MIGRANS

А.И. ЯКУБОВИЧ[1], А.Р. КОРЕПАНОВ[1], Д.Ф. ПОРСОХОНОВА[2]

[1] ФГБОУ ВО Иркутский государственный медицинский университет МЗ России, г. Иркутск;
[2]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

Актуальность. Распространенность дерматозоонозов, вызванных нематодами (круглыми червями) до настоящего времени достоверно неизвестна. Имеются сведения, что до 7 % людей, побывавших в некоторых южных странах, могут быть заражены Larva migrans (мигрирующей личинкой), которая является возбудителем указанного дерматозооноза. Наиболее часто встречается у туристов, вернувшихся из стран с тропическим и субтропическим климатом. Прошедшая пандемия инфекции Covid-19, в определенной степени приостановила туристические потоки, соответственно и верификацию таких больных. Однако с ликвидацией пандемии такие больные появились вновь.

Заболевание вызывается проникновением в организм личинки нематод, чаще всего Ancylostoma braziliense (семейство Ancyclostomatidae). Наиболее часто поражается кожа в области стопы и лодыжки, реже ягодиц, гениталий, живота и ладоней. Миграция личинки в коже начинается через несколько (чаще 3–4) недель или иногда месяцев после заражения, в зависимости от вида нематоды. Пациенты отмечают зудящие, воспаленные очаги на коже, которые мигрируют змеевидным образом. Нематоды продвигаются в сутки на расстояние от 0,2 до 2 сантиметров и оставляет за собой след в виде выступающего над уровнем здоровой кожи отечного эритематозного извилистого хода, от красного до фиолетового цвета, шириной 2–4 миллиметра. Сама мигрирующая личинка, а также продукты ее жизнедеятельности в организме человека вызывают реакцию гиперчувствительности. Нередко наблюдается осложнение кожного процесса вторичной инфекцией и экзематизацией. Диагностика в большинстве случаев не вызывает трудностей и опирается на эпидемиологические данные, а также характерную клиническую картину. Дополнительные методы исследования могут выявить эозинофилию и повышение уровня IgE в крови. В настоящее время нет рекомендаций по лечению кожной мигрирующей личинки, при этом в российских аптечной сети имеется два из рекомендуемых за рубежом препаратов – это альбендазол и мебендазол.

Цель исследования. Оценить эффективность использования альбендазола у больных дерматозоонозом, обусловленным Larva migrans.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 11 пациентов с жалобами на высыпания, появившиеся после поездки в страны Юго-Восточной Азии. Инкубационный период варьировал от 3 недель до 2 месяцев после возвращения. Большинство из обратившихся пациентов (9) находились в Таиланде, по 1 во Вьетнаме и на Филиппинах. Среди обратившихся было 7 мужчин и 3 женщины, в возрасте от 25–47 лет и девочка 14 лет. Клиническая картина высыпаний и данные эпидемиологического анализа позволили поставить диагноз кожная мигрирующая личинка. У одной из пациенток, высыпания располагались на коже левого бедра, из анамнеза было выяснено, что она часто сидела на песке. У остальных пациентов высыпания локализовались на ногах в области тыла и подошвы ступни. Субъективные ощущения в виде умеренного зуда присутствовали у всех 11 пациентов, кожный процесс был представлен типичными для данного заболевания извилистыми, эритематозными, слегка возвышающимися над уровнем здоровой кожи линиями причудливых очертаний. У 9 пациентов присутствовал один ход, что свидетельствовало о заражении одной особью нематод. У 2 больных наблюдалось переплетение ходов, по-видимому, обусловленное внедрением как минимум двух нематод. Продвижение гельминтов у всех пациентов отмечалось со скоростью, 0,5–2 сантиметра в сутки.

Всем пациентам было назначено лечение антигельминтным препаратом альбендазол (немазол) в дозировке 400 мг в день во время приема пищи в течение 3 дней. Девочке препарат был назначен из расчета 15 мг/кг массы тела один раз в день, также в течение 3 дней. Во всех случаях миграция личинки и зуд прекращались через 2–3 дня после начала лечения, а выступающие над уровнем кожи извилистые тяжи регрессировали в течение 7–10 дней.

Выводы. Антигельминтное средство, в частности альбендазол является в настоящее время препаратом выбора для лечения кожной мигрирующей личинки. Прогноз заболевания благоприятный. Основным методом профилактики заражения личинкой нематоды у данной категории пациентов являются – консультирование туристов, посещающих эндемичные страны по защите кожных покровов от контакта с влажными почвой и песком. Указанная профилактическая мера является трудновыполнимой в связи с разрозненностью организаций, предоставляющих туристические услуги, поэтому появление подобных случаев у данной категории туристов вполне ожидаемо.

POLYMORPHISMS OF CYP27A1, CYP2R1, VDR GENES IN ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

KH.A. ABIDOV

Department of dermatovenerology, pediatric dermatovenerology and AIDS of Tashkent pediatric medical institute, Uzbekistan

Introduction. Atopic dermatitis (AD) is one of the most common skin conditions in children. It is characterized by dry skin, itching, and inflammation, and may be associated with other allergic conditions such as asthma and allergic rhinitis. Although the exact causes of AD are unknown, there is ample evidence that genetic factors play an important role in the development of this condition.

Objective. The aim of this study was to investigate the polymorphisms of the CYP27A1, CYP2R1, and VDR genes and their association with the development of AD in children.

Materials and methods. The study was conducted on 100 children aged 5 to 12 years with AD and 100 healthy children as a control group. DNA from all participants was extracted from blood samples, and polymorphisms of the CYP27A1, CYP2R1, and VDR genes were analyzed using polymerase chain reaction (PCR) and subsequent sequencing.

Results. It was found that the frequency of the CYP27A1 gene polymorphism was significantly higher in children with AD than in the control group ($p < 0,05$). In addition, children with AD had higher levels of CYP2R1 gene expression ($p < 0,01$) and lower levels of VDR gene expression ($p < 0,001$) than the control group.

Discussion. Our results confirm previous studies that genetic factors play an important role in the development of AD. Specifically, our data suggest that polymorphisms of the CYP27A1, CYP2R1, and VDR genes may be associated with the development of AD in children. The CYP27A1 gene encodes an enzyme that is involved in vitamin D metabolism, which is known for its immune-modulating properties. Therefore, polymorphisms in this gene may affect the immune response and thus the development of AD. The CYP2R1 gene also participates in vitamin D metabolism, and the VDR gene encodes a vitamin D receptor that plays an important role in regulating the immune response.

Conclusions. Overall, our results suggest that polymorphisms of the CYP27A1, CYP2R1, and VDR genes may be associated with the development of AD in children. These findings may help further understand the mechanisms of AD development and aid in the development of new treatment and prevention methods for this condition.

IMPROVING APPROACHES TO THE TREATMENT OF CHILDREN SUFFERING FROM COMPLICATED FORMS OF ATOPIC DERMATITIS

S.M. KHODJAEVA, N.A. USMANOVA

Tashkent pediatric medical

Objective: to evaluate the clinical efficacy of antibacterial and antimycotic therapy in children with atopic dermatitis (AD) complicated by secondary infection, depending on the type of pathogen.

Materials and methods: 82 patients with blood pressure complicated by secondary staphylococcal and/or fungal infection, aged 6 months to 15 years. Of these, boys – 46,3 %, girls – 53,7 %. Children aged 6 months-3 years – 29,3 %, 3–7 years – 26,8 %, 7–12 years – 20,7 %, 12–15 years – 23,2 %. Moderate course of the disease was noted in 56,4 %, severe course – in 25,6 %. To diagnose secondary complications, in-depth clinical examination, paraclinical, as well as cultural examination of the skin were performed. The therapeutic protocol was formed in accordance with the results of bacteriological and mycological examination of the skin, taking into account the morphological nature of the rash, the severity of the process, the severity of the disease (SCORAD index), the age of the child. To evaluate the effectiveness of treatment, patients they were divided into the main (42 patients) and control (40 children) groups. Patients of the main group as part of complex therapy received external and systemic etiotropic therapy according to the developed scheme, and in the control group – traditional antiallergic treatment. The clinical efficacy of the treatment was evaluated on the basis of the general and individual therapeutic effect, the frequency of exacerbations and the duration of remission. External therapy of patients of the main group was carried out in three stages: stage I included the rehabilitation of infection using means with antibacterial, antimycotic and anti-inflammatory action (triderm, skin-cap, etc.) for 7–10 days, at the II stage after the rehabilitation of the secondary infection, anti-inflammatory therapy was carried out for 2–3 weeks (advantan, elokom, elidel), on the

Stage III – long-term moisturizing therapy (DARDIA Lipo Line products). According to the indications, systemic antibacterial and antifungal therapy was carried out.

Results: in the main group, the overall therapeutic effect was 86,9 %, the SCORAD index decreased from 65 to 29.5 points, the frequency of exacerbations decreased by 4 times, the duration of remission according to clinical observation for 2,5–3 years increased by 3,5 times. In the control group, the overall therapeutic effect was 9.7 %, stable remission could not be achieved.

Conclusions: the proposed approach to the treatment of children with complicated forms of blood pressure makes it possible to stop secondary infection in a timely manner, prevent the severe course of the disease and achieve stable

MASTOCYTOSIS (PIGMENTED URTICARIA)

S.M. KHODJAEVA, N.A. USMANOVA

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent, Uzbekistan

The relevance of the problem. Pigmented urticaria (mastocytosis) is a disease in which the pathological process is caused by the accumulation and proliferation of mastocytes and the release of biologically active substances from them. With mastocytosis, itchy pink spots appear, in the future, under certain conditions (with irritating effects), transformation into blisters is possible. The exact prevalence of mastocytosis is unknown, but according to various epidemiological studies, it ranges from 1 in 1000 to 1 in 8000 patients in dermatological clinics.

The purpose of the study. A clinical case and optimal treatment are given.

Material and methods of research. Anamnesis was collected, clinical symptoms and laboratory data were evaluated.

Results. A child, a boy of 8 months, was sent to the clinic of the Tashkent Pediatric Medical Institute to the department of Pediatric Dermatology with complaints from his mother about rashes on the skin of the child's chest, back, shoulders, hips. It is known from the anamnesis of the disease that the rash appeared about a month ago. When the elements are squeezed, their redness is noted. It is known from the anamnesis of life that the child is from the second pregnancy, which proceeded physiologically, the first urgent delivery. The newborn period proceeded smoothly, heredity is not burdened. The baby is on mixed feeding. Objectively: when examined on the skin of the chest, lateral surface of the back, shoulders, hips, multiple spots of yellow-brown color, rounded shape, size 1×2 cm. There is a positive symptom of Darya-Unna, urticar dermographism. From the laboratory study of the general blood test, urine and stool analysis, blood biochemistry: no pathological changes were detected.

Taking into account the anamnesis and clinical data, the diagnosis was made: mastocytosis (pigmented urticaria). The child's therapy included desensitizing, antihistamines and vitamin therapy. Externally, hormonal agents were prescribed. After the prescribed treatment, the child was discharged from the clinic with a significant improvement. It was recommended to observe a dermatologist at the place of residence and avoid various skin irritations.

Conclusions. Children with pigmented urticaria need the supervision of dermatologists practicing specifically in the field of pediatric dermatology for the timely detection and treatment of this disease.

A NEW LOOK AT THE PATHOGENESIS OF VITILIGO: THE ROLE OF THE POLYMORPHISM OF NEUROTRANSMITTER GENES ON THE DISEASE DEVELOPMENT

A. KUSSAINOVA, L. KASSYM, A. AKHMETOVA, M. ZHOKEBAEVA, A. OMAROVA

NJSC «Semey medical eniversity», semey, Republic of Kazakhstan

Background. Vitiligo, a prevalent form of hypomelanosis, leads to the loss of pigmentation in the skin, hair, and mucous membranes due to the destruction of melanocytes. Researchers aimed to examine the potential involvement of two genes, brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and corticotropin-releasing hormone (CRH), in the development of vitiligo. This study focused on investigating the levels of BDNF and CRH in the serum, along with specific genetic variations (single nucleotide polymorphisms or SNPs), in individuals with vitiligo compared to healthy individuals.

Methods. Between October 2020 and June 2021, a cross-sectional study was conducted involving 93 vitiligo patients aged between 23 and 48 years, as well as 132 healthy controls aged between 24 and 52 years. The psychological well-being of the participants was assessed using the Generalized

Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale. Serum levels of BDNF and CRH were measured using a commercially available sandwich enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) kit. Genotyping for the rs11030094 polymorphism of the BDNF gene and the rs242924 polymorphism of the corticotropin-releasing hormone receptor 1 (CRH-R1) gene was performed using real-time polymerase chain reaction (PCR).

Results. A noteworthy correlation was observed between the CRH-R1 rs242924 and BDNF rs11030094 genetic variations and vitiligo. Additionally, there were significant differences in the levels of neurotransmitters in the serum between the vitiligo group and the control group. These differences were found to be associated with the CRH-R1 rs242924 and BDNF rs11030094 single nucleotide polymorphisms (SNPs).

Conclusions. The pooled prevalence of anxiety among vitiligo patients worldwide was comparable to other severe skin disorders. This finding accentuates the necessity of anxiety awareness in management of patients with skin diseases.

RISK FACTORS AND THEIR EFFECT ON COURSE OF PEMPHIGUS

V.F. MAHMUDOV

Azerbaijan medical eniversity, dermatovenerology department

Pemphigus remains one of the most actual problems in modern dermatology and is characterized by a chronic and severe course. Among the undeveloped aspects of pemphigus, on top of etiopathogenesis, many clinical and epidemiological manifestations of this disease, as well as treatment, prevention and rehabilitation remain unclear.

Currently, pemphigus is considered as an autoimmune process in the presence of a genetic affiliation. Breakdown of immunological tolerance to skin antigens is a key factor. However, the causes of impaired functioning of the immune system remain unclear. A required condition for the normal functioning of the immune system is the integrity of the neurohumoral link in the regulation of immunological processes in the body. Disturbances in the hormonal and autonomic nervous system lead to impaired ability to adequately respond to exogenous and endogenous influencing factors.

The available information about a rather small group of exogenous trigger factors in pemphigus is individual and not necessarily in the majority of patients. According to the results of clinical observations, garlic, leek, fish, mustard may be risk factors. A number of authors indicate that a gluten-free diet improves the course of pemphigus.

The aim of the study is to expand information on exogenous and endogenous risk factors that affect the course of pemphigus.

Materials and research methods. Clinical observation of 554 patients and retrospective analysis for 28 years (since 1956–1985) 231 patients.

Analyzing the age aspect and gender in patients with pemphigus, it was found that the main group of patients – 485/87,4 % were aged 40–60 years, and 69/12,6 % were under the age of 40 years. Information about the formation and growth of the disease in the menopause allows us to consider the role of menopause as one of the possible endogenous causes that affect the course and development of the disease. It is during this period that deviations in the metabolic, psychovegetative and hormonal status can be observed. Risk factors can act both individually and at the same time layering (combined impact), thereby increasing the impact.

In order to identify endogenous factors, studies should be carried out depending on the stage of the disease, age and clinical form.

APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF OCCUPATIONAL SKIN DISEASES IN EMPLOYEES

SH.X. MAKHMUDOV, M.SH. TURSUNOV, I.N. ABDIVAKHITOVA, Y.J. AYTUGDIYEV, G.SH. TOXTAYEV

Tashkent regional department of dermatology and venerology, Tashkent, Uzbekistan; Tashkent medical academy Tashkent, Uzbekistan

Relevance. Among occupational diseases, an important place is occupied by skin pathology, which, being a pronounced defense of the body, has an impact on the impact of the external environment. In recent years, there has been an increase in the number of occupational dermatoses, accompanied by a transformation of character and the occurrence of occupational skin lesions. The reason for this is the increase in the contingent of workers, identified industrial contact with allergens, the use of new, previously unknown allergenic compounds, subsequent technological processes and equipment, direct contact with allergenic exposures. Many authors note that the imperfection of the system

of preliminary and periodic medical examinations also contributes to the growth of professional skin pathology. Modern industry is characterized by low levels of influencing factors, their complex or combined nature. Combined exposure to allergens can contribute to the development of polyvalent sensitization of the body of workers. Allergic dermatoses prevail in the structure of occupational morbidity of the skin. The formation of occupational pathology is due to the high concentration of industry and the rapidly changing immunoreactivity of the population in recent years.

The purpose of this study. Study the state of the incidence of occupational dermatoses. The purpose of these studies was to study an occupational skin disease, which was established on the basis of anamnesis data, the clinical picture of the disease, an allergological examination, taking into account the professional route and the sanitary and hygienic characteristics of the patient's workplace. Allergological examination was carried out by drop and compress skin testing using allergens present at the workplaces of the examined persons.

Skin lesions localized on the hands, face in the form of eczematous processes in patients. Most often, dermatosis was formed under the influence of organic solvents, cutting fluids, hardeners, epoxy and PVC pitches. In engineering, metallurgical industry combined action of strong allergens (metals, formaldehyde) with substances damaging the integrity of the skin, led to the development of occupational allergic skin diseases in 3–5 years from the start of work. Identified tendency to torpid flow allergopathology, chronic skin processes

Research results. Thus, the problem of the prevalence of occupational dermatoses is relevant. The main clinical forms of occupational dermatosis are eczema, contact-allergic dermatitis. In the region, the detection of occupational skin pathology at medical examinations is decreasing, which indicates the need for additional training of dermatovenereologists of the general medical network on occupational pathology. Medical workers are a risk group for the development of occupational skin lesions, requiring effective preventive measures.

IMMUNOREACTIVITY IN CHILDREN WITH MORPHEA (LIMITED SCLERODERMA)

MUN A.V.

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Localized scleroderma (LS) is an autoimmune disease of connective tissue, which is based on a cascade of immune reactions, including autoaggression, metabolic disorders in the extracellular matrix, endothelial cell damage, etc. It is proved that an important role in the development of fibrosis in LS is played by impaired cellular immunity. Therefore, healthy skin biopsy specimens from patients with LS show diffuse perivascular infiltration around sclerotic foci, mainly by T-lymphocytes and macrophages.

Aim. To determine the influence of immunity on the course and prognosis of localized scleroderma in children.

Materials and methods. We studied 35 children with limited scleroderma, of which 20 children (57,1 %) had a linear form of the disease, 9 patients (25,7 %) had plaque, scleroatrophic Lichen was diagnosed in 6 children (17,1 %). The state of the cellular immunity system was monitored by immunophenotyping using specific monoclonal antibodies to surface molecules CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD23, CD38, CD95. The content of immunoglobulins A, M, G in blood serum was determined by enzyme immunoassay.

Results. The data of immunologic studies of peripheral blood of LS patients revealed suppression of the T-system of immunity: the percentage of CD3 T-lymphocytes was statistically significantly reduced, especially in the erythema-oedema-atrophy (13,3 %) and sclerosis-atrophy (7,4 %) stages; CD4 T-helper cells were also reduced 1,3 times in the erythema-oedema-atrophy stage and 1,2 times in the sclerosis-atrophy stage. stage, and 1,2 – fold in the hardening-atrophy stage. The content of cytotoxic CD8-lymphocytes was significantly reduced by an average of 22,3 % in the erythema-edema phase and in the solidification phase; as a result of more pronounced suppression of CD8, the immunomodulatory index increased by an average of 21,4 % compared with the control group. The increase in the immunoregulatory index indicated activation of the immune system. Statistically significant differences were observed for CD16, CD38 and CD95, especially in the number of lymphocytes of different phenotypes, the content of which was increased compared to healthy patients.

Conclusions. LS, depending on the stage of the inflammatory process, is accompanied by a decrease in the number of total blood lymphocytes due to subpopulations, namely CD4 T-helpers and CD8 T- suppressors. In the pathogenesis of LS, an important role belongs to the activation of the T-cell link of the immune system in the skin, characterized by the appearance of immune inflammation, mainly from CD4- and CD8-lymphocytes, as well as IL-1 and IL-2 producing cells, which are mediators of inflammation. The appearance of cytotoxic CD8-

lymphocytes in the epidermis contributes to its destruction.

In patients with LS, there is a significant increase in the blood of pro- inflammatory – IL-1β, IL-6, TNF-α, anti-inflammatory (IL-4) cytokines and macrophages CD16, B-lymphocytes CD20.

USE OF HAIRCARE MESOPREPARATION IN TRICHOLOGY

I.R. RAKHIMOV, N.B. NASRITDINOVA

State university «Republican specialized pelvic practical medical center of dermatovenerology and cosmetology» of the ministry of health of the Republic of Uzbekistan «NATURAL HAIR CLINIC»

Purpose of the study. Mesotherapy HairCare ® by RevitaCare ® is a cocktail of natural non-toxic ingredients in an effective concentration. And it is the first product specifically designed to treat capillary problems.

Hair mesotherapy is a procedure that involves the introduction of very small doses of substances into the scalp to improve the structure of the hair and its condition, as well as stimulate the growth of curls. Injections are made with the help of the thinnest needles, which the specialist immerses in the scalp for a few millimeters.

Materials and methods. The tool is a universal supplier of the main structural elements of the skin and hair follicles, increases the number of specific fibroblasts, microvessels and accelerates metabolism, eliminates congestive swelling. As a result, it slows down hair loss, stimulates hair growth, improves the structure of the hair shaft and scalp. Normalizes the production of sebum and the formation of epithelium, has an anti-inflammatory effect.

Indications: Androgenetic alopecia, telogen alopecia (seasonal hair loss), alopecia areata, diffuse alopecia.

Contraindications: hypersensitivity to the components of the drug.

Method of application: 12–15 procedures with an interval of 5–7 days.

Insertion technique: professional care in the area of the scalp. It can be used with a mesoscooter and a fractional mesotherapy device.

For microneedling therapy, draw the drug into a clean syringe, apply drip on cleansed skin during therapy with a mesoscooter or fractional apparatus.

Store opened concentrate in the refrigerator for up to 14 days.

Results and discussion. Features of HairCare mesopreparation First of all, RevitaCare ® HairCare ® restores hair follicles, as it contains arginine, glutamine, glycine and ornithine, which are necessary for cell proliferation. These nutrients ensure the process of healthy hair growth. Strengthening and protection of the capillary fiber is achieved through the content in the preparation of cysteine and zinc, the two main components of keratin that make up the capillary fiber. They are used to ensure the health and beauty of the hair. Stimulation of hair growth is the result of the content of B vitamins in the preparation. They increase the ability of hair follicles to renew themselves and have a role in stimulating hair growth. Whereas the nutrition and hydration of the scalp is achieved through the moisturizing properties of hyaluronic acid. It nourishes and protects the tissues surrounding the hair follicle from drying out and therefore prevents dandruff.

Haircare. Preparation for the scalp. The composition includes amino acids (arginine, cysteine, glycine, ornithine, glutamine), zinc, B vitamins (B3, B5, B6, B8, B9, B12). Produced in a bottle of 5 ml.

Hair Indications

Excessive hair loss.

Dry, brittle, dehydrated hair.

Dull colored hair.

Premature loss of pigment (gray hair).

Seborrheic dermatitis.

Action taken

B group vitamins improve microcirculation, tissue regeneration, participate in redox and metabolic processes, stimulate hair follicle cell division.

Amino acids are regulators of metabolic processes and structural components of many proteins. Cysteine is the main amino acid that is part of the hair keratin.

Zinc regulates protein and fat metabolism, redox processes, as well as the ability of cells to synthesize substances.

The effect of the drug

Accelerates hair growth and reduces hair loss. The skin of the scalp is cleansed, moisturized, relieved of inflammation and flaking. The manifestations of seborrhea of the scalp are reduced. Hair acquires elasticity and vitality.

It is used as an independent drug to eliminate problems of the skin of the scalp and hair. One procedure will require 4–5 ml of the drug.

The effect of the drug

The skin acquires a healthy color, the skin texture evens out, inflammation decreases, the activity of the sebaceous glands normalizes, the skin becomes moisturized, fine wrinkles are smoothed out, dark circles under the eyes become less noticeable,

scars and post-acne spots are smoothed out, a pronounced rejuvenating effect.

It is used in mono form with a different ratio of 1 and 2 vials.

To create a hydro reserve:

The required ratio in the HA cocktail: MW = 2:1 and additionally use in the HA monotype.

Restoration of the microelement composition and structure of the skin:

The required ratio in the HA cocktail: MW = 1:1.

Quick effect of healthy and radiant skin

The predominance of vitamins in the cocktail is necessary. GK: MV = 1: 2.5

Conclusion

Advantages of HairCare mesopreparation

The advantages of the mesopreparation from RevitaCare ® HairCare ® are:

– Deep hydration of the scalp

– Successful elimination of dandruff

– Slow down the process of hair loss

– Restructuring of the hair follicle, strengthening and giving the hair softness and brightness

The quality of the hair is improved from roots to ends. The specific formula of RevitaCare® HairCare® is aimed at slowing down the process of hair loss and restructuring of their fibers. This product is an ideal solution specifically formulated to treat the symptoms of various scalp and hair conditions for both men and women.

SKIN TUBERCULOSIS: ETIOPATHOGENETIC AND CLINICAL ASPECTS

N.S. SAIPOVA, U.A. YUSUBALIYEV, G.SH. TOXTAYEV, KH.KH. SAFAROV

Tashkent medical academy;
Tashkent regional department of dermatology and venerology, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. According to modern concepts, tuberculosis is recognized as the result of complex interactions of a microbial community, and not a single pathogen, as is traditionally believed. Moreover, Mycobacterium tuberculosis infection requires long-term combination antibiotic therapy, which can change the microbiome of different biotopes, reducing treatment outcome. The frequent development of concomitant skin pathology against the background of tuberculosis of the internal organs was noted. In this regard, it is of interest to study the skin microbiota in patients with pulmonary and extrapulmonary tuberculosis.

Material and methods. The purpose of these studies was to study the indicators of skin microbiocenosis in patients with pulmonary tuberculosis and in the presence of concomitant dermatological diseases.

For qualitative and quantitative analysis of the skin microflora, washing methods according to Willamsonet Kligman (2001) were used using sterile cotton swabs soaked in nutrient broth. For crops, highly selective nutrient media were used: blood agar, yolk-salt agar, Saburo, Endo, etc. Washouts were made from 1 cm^2 of the skin surface. The isolated cultures were identified by cultural, biochemical and antigenic properties. The material was collected from lesions in 78 patients with TL with concomitant dermatoses and from symmetrical areas of apparently intact skin (66 patients with TL). The results were compared with those of 35 apparently healthy individuals. The studies included persons of both sexes aged 20–45 years.

In patients with TL in combination with dermatoses on skin areas free from rashes, a significantly larger number of isolated strains of microorganisms (184 strains) was noted, of which staphylococci – 89 strains (48,37 %). At the same time, Staph.aureus were sown much more often – 35 (19,02 %), Staph. Haemoliticus – 16 (8,68 %) and Staph. Hominis – 7 (3,8 %). spp practically did not change – 8 (4,34 %). Micrococci – 20 (10,87 %), fungi of the genus Candida – 27 (14,67 %), less often Corynebacter – 22 (11,95 %) and bacillus (3,26 %) were determined in large numbers, the proportion of enterococci slightly increased. It should be noted the appearance of strains that are not typical for this biotope, namely Klebsiela – 4 (2,17 %), Psevdomonas auriginosa – 4 (2,17 %) and Proteus – 3 (1,63 %). The same trends in the composition of the skin microflora are observed in patients in areas in the immediate vicinity or in the foci of skin rashes. A total of 185 strains of microorganisms were isolated, with the dominant participation of Staph. Aureus 42 (22,7 %), Staph. epiderm 27 (14,59 %). Significantly increases the frequency of detection and the degree of contamination by microorganisms (table 1). The greatest changes were noted for Candida – 39 (21,08 %) and 20,4 ± 0,79 KOE/cm^2, somewhat less for Corynebacter – 16 (8.64 %) and 125.9 ± 5.9 KOE/cm^2. Colonization density for Staph. aureus was 425 ± 25,0 KOE/cm^2 in the affected areas and 420,3 ± 21,07 KOE/cm^2 in apparently healthy skin, for Staph.epiderm 182,3 ± 7,73 KOE/cm^2 and 178,5 ± 6,84 KOE/cm^2, which was significantly higher than the control values of healthy individuals.

Research results. Thus, in patients suffering from pulmonary tuberculosis with concomitant dermatoses, there are changes in the quantitative and qualitative composition of the skin microflora both in the foci of pathological rashes and in apparently healthy areas of the skin.

COVID-19 BILAN BOG'LIQ ALOPESIYANING DIFFUZ SHAKLLARI BO‘LGAN BEMORLARDA MIKROELEMENTLAR HOLATINING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI

U.A. TASHKENBAYEVA. F.X. ABBOSXONOVA

Toshkent tibbiyot akademiyasi;
Dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasi

Tadqiqot maqsadi. COVID-19 bilan bog’liq bo‘lgan alopetsiya mavjud bemorlarda soch tuzilishining mikroelement holatini baholash.

Materiallar va usullar. Klinik tadqiqotda mikroelement qiymatlari darajasi COVID-19 bilan bog’liq diffuz alopesiyaning androgen (AA) va telogen (TA) shakllari bo‘lgan bemorlarning sochlarini spektrometrik tahlil qilish jarayonida o‘rganib chiqildi. Tadqiqotga yangi koronavirus infektsiyasi bo‘lgan va COVID-19 laboratoriya tomonidan tasdiqlangan 129 bemor kiritilgan. Tadqiqotda qatnashgan barcha bemorlarda COVIDdan keyingi davrda alopetsiya bilan muroajaat qilishgan.

Tadqiqot ishtirokchilari AA bilan kasallangan 51 (39,5 %) va TA bilan 78 (60,5 %) bemorni o‘z ichiga oldi. Klinik tadqiqot doirasida bemorlar bosh terisini trixoskopik tekshiruvdan o‘tkazdilar, so‘ngra spektrometrik tahlil uchun biologik material to‘plandi. Sochlarning spektrometrik tahlili O‘zbekiston Respublikasi Fanlar akademiyasi Yadro fizikasi institutida joylashgan BBP-CM yadro analizatori yordamida amalga oshirildi, olingan ma’lumotlarni qayta ishlash uchun GENIE 2000 dasturidan foydalanildi.

Natijalar. AA va TA bilan og’rigan bemorlar o‘rtasida soch tuzilishining mikroelement holatining qiyosiy spektrometrik tahlili AA bilan kasallangan bemorlar guruhida ham, TA guruhida ham mikroelement holatida sezilarli o‘zgarishlarni aniqladi (1-jadval).

1-jadval

Mikroelement statusiniong spektrometrik tahlili (мкг/г) M±SD/Me							
MS	**AA**	**TA**	**norma**	**MS**	**AA**	**TA**	**norma**
Na	505,7±44,6	221,4±31,3*	500–900	K	1072,6±78,04	1147,2±100,9	1000–1500
Cl	1972,02±260,1	2004,8±314,0*	1000–2000	Se	0,36±0,083*	0,39±0,045*	0,4–1,0
Ca	1137,2±154,9*	1106,3±108,2*	1500–2500	Br	4,5±0,15*	1,69±0,05	1,5–3,5
Sc	0,0028±0,0002	0,0029±0,0005	0,002–0,003	Ag	0,01	0,01	0,01–0,1
Cr	0,8±0,093	0,9±0,062	0,4–1,0	Cd	0,03	0,03	0,01–0,05
Mg	0,27±0,05*	0,54±0,043	0,4–1,0	Sb	0,024±0,00021	0,023±0,0005	0,02–0,05
Fe	23,2±4,01*	24,2±3,7*	25,0–40,0	I	0,321±0,013*	0,44±0,011*	1,0–2,0
Co	0,076±0,012	0,084±0,014	0,07–0,12	Hg	0,023	0,023	0,01–0,03
Bi	5,0	5,0	5,0	Sr	10,0	10,0	10,0
Cu	13,03±1,04*	16,31±1,82*	20,0–35,0	U	0,16±0,02	0,14±0,015	0,01–0,2
Zn	147,5±21,8*	141,2±33,6*	150,0–250,0	Ni	1,0	1,0	0,5–1,5

Eslatma: * – p<0,05, nazorat guruhi bilan farqlarning statistik ahamiyati.

(Styudent t-mezoni, Manni-Uitni-testi)

Oddiy qiymatlarga nisbatan ME holatidagi eng xarakterli o‘zgarishlar TA bilan og’rigan bemorlar uchun xlor (Cl) ning 0,1 baravar, AA bilan kasallangan bemorlar uchun brom (Br) 1,6 baravar ko‘p bo‘lgan. Natriy (Na) kabi mikroelementlar etishmovchiligida TA bilan og’rigan bemorlarda 2,1 marta, kaltsiy (Ca) AA va TA bilan og’rigan bemorlarda 0,4 marta, magniy (Mg) AA bilan kasallanganlarda 1,9 marta, temir (Fe) 0,2 AA va TA bilan kasallanganlar uchun – 0,3 marta, AA va TA bilan kasallanganlar uchun mis (Cu) 0,3 marta, AA va TA bilan kasallanganlar uchun rux (Zn) 0,1–0,2 marta, AA va TA bilan kasallanganlar uchun selen (Se) 0,2 marta. AA va TA bilan og’rigan bemorlar uchun TA va yod (I) 0,5 marta kuzatilgan.

Olingan spektrometrik tahlil ma’lumotlarini klinik talqin qilishda, COVID-19 bilan bog’liq bo‘lgan alopetsiyaning diffuz shakllari bo‘lgan bemorlar uchun terapiyani tanlash nuqtai nazaridan eng muhimi Cl, Mg, Fe, Cu, Zn, Se va Br hisoblanadi.

Xulosa. Shunday qilib, soch strukturasining mikroelement holatini kompleks spektrometrik tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, parametrlardagi o‘zgarishlar, ehtimol, COVID-19 bilan bog’liq bo‘lgan alopetsiyaning diffuz shakllari bo‘lgan bemorlarning tanasida mikroelementlar muvozanatining buzilishiga sabab bo‘lishi mumkin. Shu bilan birga, mikroelement holatining klinik jihatdan muhim ko‘rsatkichlarining yetishmasligi COVID-19 bilan bog’liq bo‘lgan androgen va telogen alopetsiya bilan kasallangan bemorlarga xosdir. Biroq, bu taxminni tasdiqlash uchun qo‘shimcha murakkab klinik tadqiqotlar talab qilinadi.

KORONAVIRUS INFEKSIYASIDAN KEYIN ALOPETSIYA RIVOJLANGAN BEMORLARDA DAVO MUOLAJASIDAN KEYINGI NATIJALAR TAHLILI

U.A. TASHKENBAYEVA. F.X. ABBOSXONOVA

Toshkent tibbiyot akademiyasi;
Dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasi

Tadqiqotning maqsadi. Vitamin-mineral kompleks «Vitamineralle», Fatiderm spreyidan foydalangan holda COVID-19 bilan bog'liq alopesiyaning diffuz shakllari bo'lgan bemorlarda kompleks terapiya samaradorligini baholash.

Materiallar va usullar. Klinik tadkikotda «Vitamineralle» vitamin-mineral kompleksidan foydalangan holda kompleks terapiyadan o'tayotgan 82 (*n*1=100 %) bemor o'rtasidagi davolash samaradorligini qiyosiy tahlil qilish modeli qo'llanildi. BS-LL7H modeli (Koreya Respublikasi) va O'zbekiston Respublikasida alopesiya bilan og'rigan bemorlarni davolash bo'yicha tavsiyalarga muvofiq standart terapiya olgan 42 (n^2=100 %) bemorlar. Tadqiqotda qatnashgan barcha bemorlarda COVID-19 bilan bog'liq diffuz alopesiya (DA) klinik va koronavirus infeksiyasi bilan kasallanib o'tganini laborator tasdiqlangan tashxisi bor edi. Davolashning samaradorligi ko'rsatkichi sifatida sochni spektrometrik tahlil qilish va davolash kursidan oldin va keyin qonning biokimyoviy tahlili ma'lumotlari hisobga olingan.

Natijalar. Tahlil natijalariga ko'ra, kompleks terapiya olayotgan bemorlar orasida androgenik alopesiya (AA) bilan 31 (37,8 %), telogen effluvium (TA) bo'lgan 51 (62,2 %) bemorlar, standart terapiya guruhida 20 (42,5 %)) AAli bemorlar va 27 (57,5 %) TA (p=0,482). Davolanish boshlanishidan oldin soch tuzilishining mikroelement holatini (MS) dinamik tahlil qilish temir (Fe), rux (Zn) va selen (Se) ning pasayishini aniqladi, ba'zi hollarda xlor mikroelementlari orasida ortiqcha qiymatlar qayd etilgan. (Cl) va brom (Br). Qonning biokimyoviy ko'rsatkichlarini tahlil qilishda gemoglobin (Hb), ferritin, D vitamini (D) va B12 vitamini (B12) darajasida etishmovchilik qayd etilgan (1-jadval).

1-jadval

Davolashdan oldin va keyin mikroelement holati va gematologik ko'rsatkichlarini tahlil qilish

Sochlarning spektrometriyasi						
Ms	**Davodan oldin M±SD/Me (95 % ДИ/Q_1–Q_3)**			**Davodan keyin M±SD/Me (95 % ДИ/Q_1–Q_3)**		
	n_1	**n_2**	***p***	**n_1**	**n_2**	***p***
Cl	1904,8 (1697,2–2064,6)	1984,1 (1685,3 – 2180,8)	0,103	1213,2 (1065,1–1590,5)	1462,4 (1280,4–1836,5)	<0,001*
Fe	23,3±5,5 (19,1–27,3)	24,7±7,2 (20,3 – 29,2)	0,061	29,4 (25,5–35,7)	25,2 (21,2–31,1)	<0,001*
Cu	16,50 (12,00–18,00)	16,40 (12,00–18,00)	0,411	18,10 (13,00–19,00)	16,90 (12,00–19,00)	0,043*
Zn	140,02±26,6 (126,1–164,3)	139,04±21,2 (125,4–165,8)	0,930	150,9±31,2 (130,3–177,2)	143,11±31,2 (148,5–172,8)	0,001*
Se	0,40 (0,27–0,91)	0,39 (0,27–0,93)	0,054	0,49 (0,34–1,37)	0,42 (0,35–1,18)	0,025*
Ni	0,98 (0,8–1,02)	0,97 (0,8; 1,0)	0,072	0,98 (0,8; 1,0)	0,98 (0,8; 1,0)	0,001*
Br	2,3±1,5 (0,41–3,6)	2,4±1,4 (0,40–3,7)	0,110	1,8±1,6 (0,41–2,7)	2,1±1,5 (0,41–3,2)	0,029*
Qonning bioximik tahlili						
	Davodan oldin			**Davodan keyin**		
Hb	119,2±19,4 (111,2–123,6)	120,6±14,3 (110,4–129,1)	0,456	120,4±7,9 (112,3–128,5)	121,2±8,8 (112,7–129,5)	0,268
Ferritin	90,3±36,6 (47,3–154,1)	89,5±41,2 (40,9–141,5)	0,313	99,0±38,6 (47,0–154,2)	90,5±35,9 (42,5–139,5)	0,014*
B_{12}	175,0±60,6 (136,5–256,2)	168,0±74,9 (135,2–252,6)	0,691	229,0±68,4 (207,9–341,4)	189,2±58,3 (170,2–278,5)	<0,001*
D	20,8±6,6 (12,0–24,0)	20,4±10,5 (12,8–25,2)	0,192	28,9±8,9 (17,3–41,4)	21,5±9,1 (15,0–28,8)	0,036*

COVID-19 bilan bog'liq bo'lgan DA bo'lgan bemorlarda sochlarning spektrometrik tahlilida, amalga oshirilgan davolash turiga qarab, boshqa kompensatsion terapevtik ta'sir kuzatildi. Murakkab terapiyani olgan bemorlar yetishmovchilikni

qoplashning yanada muhim (p<0,001 va p<0,05) ko‘rsatkichi bilan tavsiflanadi.

Xulosa. Tadqiqot mikroelementlar holatining nuqsonli holatini kompensatsiya qilishda amalga oshirilgan davolash turiga qarab, statistik jihatdan sezilarli farqni aniqladi. «Vitamineralle» vitamin-mineral kompleksi, «Fatiderm» spreyi va lazer fizioterapevtik usullaridan kombinatsion foydalangan holda kompleks terapiya olgan bemorlar guruhida mikroelementlar yetishmasligi, COVID bilan bog’liq bo‘lgan alopesiyaning diffuz shakli bo‘lgan bemorlar guruhidan farqli o‘laroq, terapiyaning standart shaklini olgan chegara qiymatlari darajasiga yaqin edi.

DERMATOLOGIK KASALLIKLARDA ETIOLOGIK OMILLAR TA’SIRINING KLINIK HOLATI

U.A. TASHKENBAYEVA[1], SH.X. MAXMUDOV[2], U.R. MUZAPOVA[1]

[1]Toshkent tibbiyot akademiyasi;
[2]Toshkent viloyati teri ta‘nosil kasalliklari dispanseri

Annotatsiya: Dermatologik kasalliklarda kasallikning klinik holatiga etiologik omillarning roli juda katta. Etiologik omillar bilgan holatda kasallikning kechishi, kasallikni tashxishlash, kasallikni davolash va ularning kechishini prognozlash natiyjasini oshiradi.

Dermatologik kasalliklarning kelib chiqishiga qarab, kasalliklar tug‘ma, orttirilgan, parazitar va mikotik bo‘lishi mumkin. Kasallikning etiologik omillariga qarab shifokor dermatovenerolog bemorlarni to‘g’ri tashxishlashda va davolashda shu me’zonlarni hisobga olsa, davo samaradorligini oshirish imkoni yuqori bo‘ladi.

Maqsad: dermatologik kasalliklarni tashxishlashda etiolologik omillarning kasallikning klinik holatiga ta ‘sirini o‘rganish.

Materiallar va usullar: bizning bemorlarning hammasi Toshkent tibbiyot akademiyasi «Dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasi» va Toshkent viloyati teri ta‘nosil kasalliklari dispanseri (TV-TTKD) bilan hamkorlikda statsionar va ambulator davolanoyatgan bemorlar o‘rganildi. Bir oy ichida TV-TTKD ga har xil etiologik omillarga ega bo‘lgan jami 43 ta bemor murojaat qilingan.Ulardan 1 (2,3 %) – Bazenning nurli suvchechagi, 1 (2,3 %) lavra migrans, 2 (4,6 %) – teri sili, 2 (4,6 %) – pigmentli kseroderma, 5 (11,6 %) – psoriaz, qizil yassi temiratkisi, 8 (18,6 %) – mikotik kasalliklari, 11 (22,6 %) – parazitar kasalliklari, 13 (30,3 %) – ekzema kasalligi hisoblanadi.

Davolashning davomiyligi 4 hafta edi. Nazorat guruhiga 35 nafar sog’lom odam kirdi.

Natijalar: barcha bemorlar turli etiologik sabablar ko‘ra shikoyat qilishdi.

Etiologik sabablariga klinik omillarni hisobga olgan holatda etiotrop va simptomatik davo muolajalari tayinlandi.

Kasallikning og‘irlik darajasiga qarab kasallarga har xil fizioterapevtik muolajalar tayingandi va ijobiy natiyjalarga erishildi.

Xulosa: dermatologik kasalliklarni tashxishlashda va davolashda asosiy o‘rinni kasallikning etiologik omillarni o‘rni juda katta. Shuni hisobga olgan holda kasallikni prognozlashda etiologik davolash bilan bir qatorda kompleksli davo muolajalarini tavsiya etish yaxshi natiyjalar ko‘rsatadi.

TERI EKZEMASI DAVOLASHIDA PERSONIFITSIRLANGAN YONDASHISH

U.A. TASHKENBAEVA, U.R. MUZAPOVA

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Annotatsiya: Ekzema surunkali yallig’lanishli teri kasalligi bo‘lib, u qichima, qizarish va suyuqlikning kichik pufakchalari ko‘rinishidagi toshmalarga olib keladi. Toshma suv qaynayotganda paydo bo‘ladigan havo pufakchalariga o‘xshaydi. Shuning uchun kasallikning nomi (yunoncha ekzeodan – qaynatish uchun).

Ekzemani davolash bo‘yicha klinik ko‘rsatmalarga muvofiq, cheklangan jarayonga ega bo‘lgan bemorlarning ko‘pchiligi (bemorlarning taxminan 80 %) faqat tashqi davolanishga muhtoj. Shuningdek, tavsiyalarga muvofiq va ekzema kasalligi uchun dalillar bazasini hisobga olgan holda, foydalanish uchun quyidagilar tavsiya etiladi: kortikosteroid preparatlari, kalsipotriol, kalsipotriolning betametazon bilan kombinatsiyasi. Kalsiypotriol keratinositlar proliferatsiyasining dozaga bog’liq inhibisyoniga olib keladi, ularning morfologik farqlanishini tezlashtiradi. Tanadagi kaltsiy almashinuviga ozgina ta’sir qiladi (vitamin D3 dan 100 baravar zaif). Kalsipotriol IL-10 tomonidan qo‘zg’atilgan T-limfotsitlar faollashuvining kuchli inhibitoridir. Teridagi immunitet jarayonlarini tartibga soladi.

Maqsad: teri ekzemasi bor bemorlarda personifitsirlangan terapiyaga yondashuvlarni ishlab chiqishda qichishishni shakllantirishda o‘sish omillarining rolini o‘rganish.

Materiallar va usullar: teri ekzemasi bo‘lgan 45 bemorda qichishish intensivligi vizual analog shkala yordamida aniqlandi. Barcha bemorlarda terida

neyrotrofin nerv o‘sish omili, epidermal o‘sish omili amfiregulin, nerv reduksiya omili semaforin-3 A, shuningdek, nerv tolalari markeri PGP9,5 oqsilining teridagi ifodasi bilvosita immunofluoresans usuli bilan aniqlandi. 30 bemorga tor diapazonli (311 nm) fototerapiya, 15 bemorga 0,1 % kalsipotriol malhami bilan tashqi terapiya o‘tkazildi. Davolashning davomiyligi 4 hafta edi. Nazorat guruhiga 25 nafar sog’lom odam kirdi.

Natijalar: barcha bemorlar turli intensivlikdagi qichishishdan shikoyat qilishdi. Qichishishning intensivligi tor diapazonli (311 nm) fototerapiya kursidan keyin ham, 1 % kalsipotriol malhami bilan tashqi terapiyadan keyin ham kamaydi. Fototerapiyadan so‘ng epidermisning innervatsiyasi ko‘rsatkichlari ham kamaydi – qichishish intensivligi bilan bog’liq bo‘lgan nerv tolalarining lyuminestsensiyasining soni, o‘rtacha uzunligi va o‘rtacha intensivligi, terining innervatsiyasining og’irligini aniqlaydigan oqsillarni ifodalash darajasini normallashtirgan – nerv o‘sish omili va semaforin-3 A tekshirildi. Kalsipotriol bilan terapiyadan so‘ng epidermisdagi nerv tolalarining o‘rtacha uzunligi, lyuminestsensiyasining o‘rtacha intensivligi, nerv o‘sish omilining ifodalanish darajasi pasayib, epidermisda semaforin-3 A ning ifodalanish darajasi oshdi.

Xulosa: tor diapazonli (311 nm) fototerapiya va 1 % kalsipotriol malhami bilan tashqi terapiya teri ekzemasida qichishishni kamaytirishga yordam beradi. Antipruritik ta’sir epidermisning innervatsiyasining zo‘ravonligining pasayishi va epidermisda nerv o‘sish omili va semaforin-3 A ning ifoda darajasini normallashtirish bilan bog’liq. Epidermisning innervatsiyasiga aniq ta’sir ko‘rsatishi va kuchli qichishishi bo‘lgan teri ekzemasi bo‘lgan bemorlarni davolash uchun o‘sish omillari oqsillarini ifodalash bilan bog’liq holda, tor diapazonli (311 nm) fototerapiyani buyurish afzaldir.

TERI EKZEMASI IMMUNOPATOGENEZIDA T-LIMFOSITLARNING SUPPRESSOR SUBPOPULYASIYALARI

U.A. TASHKENBAEVA, U.R. MUZAPOVA

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Annotatsiya: Hozirgi kunda ekzema polietiologik kasallik bo‘lib, neyropsixologik, allergik, irsiy, endogen (endokrin, metabolik), ekzogen va boshqa omillarning murakkab ta ‘siri natijasida rivojlanadi. Ko‘pgina hollarda terining sezgirligi va ekzematoz reaktsiyalar kimyoviy moddalar, shuningdek, mikrobli va zamburug‘li mikroorganizmlari tufayli yuzaga keladi.

Limfotsitlar o‘zlarining subpopulyatsiyasi va rivojlanish bosqichiga xos bo‘lgan bir qator sirt va sitoplazmatik antijenlarni ifodalaydi. Ularning fiziologik roli har xil bo‘lishi mumkin. Ushbu tuzilmalar turli xil subpopulyatsiyalarning antigenik belgilari sifatida limfotsitlarni immunofenotiplash uchun maqsad bo‘ladi.

Leykotsitlarning immunofenotiplanishi ularning yuzasida differentsiatsiya belgilarini yoki CD antigenlarini aniqlashdan iborat. Leykotsitlar o‘zlarining subpopulyatsiyasi va rivojlanish bosqichiga xos bo‘lgan bir qancha sirt va sitoplazmatik antigenlarni ifodalaydi. CD antigenlari (inglizcha klaster of differentiation antigens) – hujayralar yuzasida antgenler bo‘lib, ayrim turdagi hujayralarni boshqalardan ajratib turadigan belgilar. Ushbu antigenlarning differentsiatsiyasi o‘rganildi va standartlashtirildi, ularga maxsus raqamlar berildi.

Maqsad: sog‘lom odamlar va teri ekzemasi bo‘lgan bemorlarning qonida limfotsitlarning supressor subpopulyatsiyasi ko‘rsatkichlarini remissiya va o‘tkir bosqichida aniqlash.

Materiallar va usullar: periferik qonda T-regulyator hujayralari (T-reg) chiqishi bilan limfotsitlar subpopulyatsiyasining miqdoriy tarkibi 44 bemorlarda aniqlandi (teri ekzemasi tashxisi bilan 29 ta (15 ta o‘tkir bosqichda, 14 tasi remissiyada), 21–33 yosh) va 15 – nazorat guruhi (allergik kasalliklarsiz, 21–33 yosh) Limfotsitlarning immunofenotipi oqim sitofluorimetriya usuli yordamida amalga oshirildi.

Natijalar: biz sog‘lom odamlar guruhlarida (0,38 %, $p < 0,001$) va o‘tkir bosqichda teri ekzemasi bo‘lgan odamlarda (1,2 %, $p < 0,001$), shuningdek, T-regulyatsiya hujayralari tarkibidagi statistik jihatdan sezilarli farqlarni aniqladik. Remissiyada teri ekzemasi bo‘lgan guruhlarda (0,03 %, $p < 0,001$) va o‘tkir davrda (1,2 %, $p < 0,001$)ni tashkil qildi. Sog‘lom odamlar guruhida nisbiy indekslarning ortishi bilan limfotsitlarning yagona subpopulyatsiyasi NK-hujayralari (CD3-, CD15 + CD20 +) bo‘lib, bu yerda biz sog‘lom (11,5 %, $p < 0,004$) va teri ekzemasi bo‘lgan odamlar o‘rtasidagi farqlarni topdik. Bosqich remissiyasida (7,35 %, $p < 0,004$) va sog‘lom (11,5 %, $p < 0,004$) va o‘tkir teri ekzemasi bo‘lgan odamlar (6,8 %, $p < 0,001$) tashkil qildi.

Xulosa: teri ekzemasi bo‘lgan bemorlar va sog‘lom odamlar guruhlarida limfotsitlarning supressor subpopulyatsiyalari sonining ko‘rsatkichlari farqlanadi. Shu bilan birga, allergik reaksiyasi kuchaygan odamlarda supressor faolligi bo‘lgan hujayralar soni ko‘payadi va remissiya bosqichida teri ekzemasi bo‘lganbemorlarda u kamayadi. Teri ekzemasining turli shakllari rivojlanishining immunologik mexanizmlarini tushunish ushbu kasallikni davolash va oldini olish uchun yangi terapevtik yondashuvlarni yaratish istiqbollarini aniqroq aniqlash imkonini beradi.

KOSMETOLOGIYA VA DERMATOLOGIYADA OZON TERAPIYASI USULINI QO‘LLASH

J.R. XOSHIMOV, B.R. RAJABOV

RIDV va KIATM NVX filiali direktori

Kirish. Ozon terapiyasi uzoq vaqtdan beri zamonaviy tibbiyotda kuchli mavqega ega. Inson tanasiga kislorod ta’sir qilishning eng keng tarqalgan usullaridan biri bu Ozon bo‘lib, u hozirgi vaqtda dermatologiya, kosmetologiya muvaffaqiyatli qo‘llaniladi.

Tadqiqot maqsadi. Psoriaz, ekzema, neyrodermit va alopesiya vitiligo terining yiringli kasalliklarii bilan og‘rigan bemorlarda ozon ta’sirini o‘rganish.

Tadqiqot o‘tkazilgan joy. RIDV va KIATM Navoiy viloyati xududiy filiali.

Materiallar va usullar. 2023-yil 5 oy davomida, ozon 10 yoshdan 75 yoshgacha bo‘lgan 258 nafar bemorda qo‘llanilgan. 38 nafar bemorda o‘tkir ekzema bilan asoratlangan, 37 nafarida neyrodermit kasallikda, 47 nafarida psoriaz kasallikda, 35 nafarida vulgar xusnbuzar kasallikda, alopesiya 47 nafar va 54 nafari vitiligo boshqa kasalliklar. Barcha bemorlar standart asosida giposensibillovchi dori, antigistamin vositalar, antibakterial, va dezintoksikasion terapiyasini oldilar, Ozon turli xil shifobaxsh ta’sirga ega. Masalan, u antibakterial, yallig’lanishga qarshi va immunomodulyator ta’sirga ega, mikrogemodinamikani kuchaytiradi, lipid peroksidatsiyasining buzilishlarini tuzatishga yordam beradi va antioksidant himoya tizimining faolligini oshiradi. Bularning barchasi bir qator kasalliklarni davolashda ozonoterapiya usulini qo‘llash imkonini berdi.

Natijalar. Standart terapiya olgan bemorlar bilan ozon olgan bemorlar solishtirganda, qo‘shimcha Ozon olgan bemorlarda vitiligo alopesia xusnbuzar kasalligida ko‘rinishlarining regressiyasi qisqa vaqt ichida sodir bo‘ldi, laboratoriya ko‘rsatkichlari o‘rtacha 15–20% ga tezroq normal holatga qaytdi va davolanish davomiyligi 3–4 kunga qisqardi.

Xulosa. Ozon teri kasalliklarni davolashda foydalanish uchun qulay, xavfsiz va yuqori samarali usul bo‘lib, u yallig’lanish jarayonini qisqa vaqt ichida to‘xtatish, kasallikning yiringli-destruktiv shakliga o‘tishni oldini olish va allergik jarayonni tezroq normallashtirish imkonini beradi. Dermatologiya amaliyotida kompleks davolashda muvaffaqiyatli qo‘llanilishi mumkin.

QVILN (VLOK) TERAPIYA AMALIYOT DERMATOLOGIYA AMALIYOTIDA FOYDALANISH

J.R. XOSHIMOV, SH.SH. GANIYEV

RIDV va KIATM NVX filiali

Kirish. So‘ngi yillarda kasalliklarni Lazer davolash usili zamonaviy tibbiyotda keng qo‘llanmoqda. Inson tanasiga past intensiv lazer nurlanishli ta’sir qiluvchi eng keng tarqalgan usullaridan biri QVILN bo‘lib, u hozirgi vaqtda dermatologiya, shu jumladan bolalar dermatologiyasida muvaffaqiyatli qo‘llanilmoqda. Vlok turli immunitet tizimlarining faollashishi va proteolitik fermentlarning haddan tashqari faolligini oshirishi tufayli ijobiy klinik ta’sirga ega.

Tadqiqot maqsadi. Psoriaz, ekzema, neyrodermit va terining yiringli kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarda QVILN apparatini qollagan holda kompleks davolash usulini qo‘llash.

Tadqiqot o‘tkazilgan joy. «RIDV va KIATM» DM Navoiy viloyati xududiy filiali.

Materiallar va usullar. 2023-yil 5 oy davomida, QVILN 10 yoshdan 75 yoshgacha bo‘lgan 214 nafar bemorda qo‘llanildi. 34 nafar bemorda o‘tkir ekzema bilan asoratlangan, 70 nafarida neyrodermit kasaligida, 52 nafarida psoriaz kasalligida, 21 nafarida vulgar xusnbuzar kasalligida, 14 nafarida furunkul kasalligida va 23 nafari boshqa kasalliklar. Barcha bemorlar standart asosida giposensibillovchi dori, antigistamin vositalar, antibakterial, va dezintoksikasion terapiyasini oldilar, To‘lqin uzunligi 0,63 mkm bo‘lgan «Лазмик – Влок» apparati bilan qonni nurlantirish usuli qo›llanildi, yorug‘lik qo›llanmasining oxirida quvvat 0,5–1,5 mVt, protsedura davomiyligi 10 minut, kurs uchun. Kurs davomiyligi 5–10 seans.

Natijalar. Standart terapiya olgan o‘tkir eczema bemorlar bilan solishtirganda, qo‘shimcha Vlok olgan bemorlarda ekzema xusnbuzar kasalligida ko‘rinishlarining regressiyasi qisqa vaqt ichida sodir bo‘ldi, laboratoriya ko‘rsatkichlari o‘rtacha 20% ga tezroq normal holatga qaytdi va davolanish davomiyligi 3–4 kunga qisqardi.

Xulosa. Vlok yiringli kasalliklarni davolashda foydalanish uchun qulay, xavfsiz va yuqori samarali usul bo‘lib, u yallig’lanish jarayonini qisqa vaqt ichida to‘xtatish, kasallikning yiringli-destruktiv shakliga o‘tishni oldini olish va allergik jarayonni tezroq normallashtirish imkonini beradi. Dermatologiya amaliyotida kompleks davolashda muvaffaqiyatli qo‘llanilishi mumkin.

EPIDERMODYSPLASIA VERRUCIFORMIS (Tree-man syndrome)

HASSAN ABOU HAMMINE

Azerbaijan medical university, Department of Dermato-venerology

Keywords: Rare, Disease, Human papillomavirus (HPV), Cell-mediated immunity, Epidermodysplasia verruciformis.

Introduction: Epidermodysplasia verruciformis or Lewandowsky-Lutz dysplasiais a rare, heritable disease characterized by an unusual susceptibility to infection with specific types of human papillomavirus and a propensity for developing malignant skin tumours. Partial defects in cell-mediated immunity have been demonstrated in this disease. In the present report, a young patient with epidermodysplasia verruciformis who was treated successfully with surgical treatment is described.

EV is one condition that can lead to generalized verrucosis, defined as a widespread infection with human papillomavirus (HPV).People with EV typically first develop warts as young children. The disease is non-remitting and is often disabling. Half of patients with EV will develop a non-melanomatous skin cancer by age 30–40, particularly in sun-exposed areas like the forehead.

There are two main lesion types seen on patients with EV:

The first type resemble the coalescent scaling patches and plaques of tinea versicolor and can be either hyper-or hypopigmented. They are found on the trunk, neck, and limbs and generally do not become malignant.

The second lesion type is verrucous and seborrheic keratosis-like in form and found in areas of sun exposure such as the hands, feet, and face. These are the lesions that can become non-melanomatous skin cancers, particularly with sun exposure.

Aim of the study: To shed the light on the rarity of disease, and to do a full study aiming for a better treatment and cure methods .

Description: Epidermodysplasia verruciformis is a rare disease with about just over 500 cases in the world according to recent international studies and statistical surveys, having severe types of symptoms, and harsh effects of the patients from different aspects, physically, mentally and the physiologically. The presentation will represent a full study of the disease from A to Z considering the time given.

Conclusion: these types of diseases should be given more attention due to it severity, and should be taken more seriously in the medical aspect in the future, trying to serve a new, final and definitive treatment and cure methods.

ЗАРАЗНЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЧЕСОТКИ

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

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

Анализ литературы свидетельствует о разных подходах к лечению осложненной чесотки. Ряд авторов предлагают сначала купировать осложнения, а затем проводить специфическую терапию скабицидами; другие – считают, что последовательность лечения неспецифическими противовоспалительными средствами и скабицидами зависит от тяжести осложнений; третьи указывают, что лечение чесотки и её осложнений должно проводиться одновременно.

Цель исследования. Изучение встречаемости осложненной чесотки и оценка эффективности разработанных схем лечения.

Материалы и методы исследования. Оценка эффективности разработанных схем лечения осложненной чесотки применена у 65 больных. Возраст пациентов находился в пределах от 1года до 60 лет. Мужчины преобладали над женщинами (75,7 % против 24,3 %). Вторичная пиодермия отмечалась у 26 (40 %), микробная экзема – у 5 (7,7 %), аллергический дерматит – у 23 (35,4 %), сочетанная патология – у 11 (16,9 %) пациентов.

Результаты исследования. Учитывая, что при зуде нарушается целостность кожных покровов, что является важной предпосылкой возникновения пиодермии, необходимо первоначально обработаться скабицидом. Мытье перед началом курса терапии нецелесообразно. При вторичной пиодермии приоритет принадлежит скабицидам, не требующим интенсивного втирания и не вызывающим диссеминации вторичной инфекции. Скабицид втирать в 1 и 4 дни курса, с учетом жизненного цикла возбудителя. 2-ой и 3-й дни, свободные от втирания, используются для лечения пиодермии. При поверхностной пиодермии ограничиваются наружной терапией. Пустулы прижигают растворами анилиновых красителей и другими антисептиками. При глубоких формах пиодермии лечение дополняется системными антибиотиками, а наружная терапия проводится как при поверхностной форме.

Первоначально для устранения зуда при лечении чесотки, осложненной аллергическим дерматитом, необходима обработка скабицидом. Однократная обработка любым скабицидом вызывает гибель самок, личинок, нимф и яиц с эмбрионами. Зуд обусловлен деятельностью чесоточного клеща, продуцирующего аллергены. При лечении чесотки, осложненной аллергическим дерматитом, необходимы скабициды, не требующие интенсивного втирания в кожу. Для лечения скабицидом используется схема втирания препарата в 1 и 4 дни курса, при этом во 2-ой и 3-и дни проводится лечение аллергического дерматита. При ограниченном процессе проводится только местная терапия. Используются комбинированные препараты, содержащие топические стероиды. При распространенном аллергическом дерматите обязательно назначаются антигистаминные препараты внутрь. Местную терапию проводят водной взбалтываемой смесью, и др. индифферентными средствами, включая средства для ухода за сухой раздраженной кожей.

Таким образом, чесотка, осложненная вторичной пиодермией и аллергическим дерматитом, является частым осложнением чесотки. Оптимальной схемой лечения осложненной чесотки является применение скабицидов, не требующих интенсивного втирания в 1 и 4 дни курса. Это связано с особенностями гибели различных стадий возбудителя после однократной обработки и возможностью использования 2 и 3 дней курса для лечения пиодермии и аллергического дерматита.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЛУТАТИОНУ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ МИКОЗА СТОП ПОСЛЕ ПРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

М.И. АБДУЛЛАЕВ, Н.Н. АХМЕДГАЛИЕВА

ТашПМИ, кафедра дерматовенерологии и СПИДа;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №8 г. Ташкент, Узбекистан

За последние годы в публикуемых материалах врачами различных специальностей часто можно ввстретить информации,которые были посвященыпоследующим осложнениям COVID-19. По данным этихисточников, припостковидном состоянии обострение и выявление микоза стоп наступило в 56 % случаев. Данный факт настораживает о том, что в реабилитационном периоде после COVID-19 в обязательном порядке больные должны получать препараты, улучшающие иммунный статус организма. Особенно это касается больных сахарным диабетом, ВИЧ инфекцией, вторичными иммунодефицитными состояниями. Мы в предыдущих своих публикациях указали клинико-иммунологические особенности больных микозом стоп с сахарным диабетом, переболевших с COVID-19, которым требуется рациональная иммунологическая коррекция.

Цель исследования. Изучение клинико-иммунологической эффективности применения Глутатиона у больных с осложненными формами микоза стоп и сахарным диабетом после перенесённой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. За 2022 г. в Межрайонный кожно-венерологический диспансер №8 обратились 134 больных с микозом стоп, из них 46 больных (34,3 %) ранее переболели COVID-19 различной степенью тяжести (в частности, до 30-ти лет 9 (19,6 %) больных, от 31-го года до 50-ти лет 26 (56,5 %) больных, от 50-ти лет и старше 11 (23,9 %) больных). У 54 (40,3 %) больных был диагностирован сахарный диабет 2-го типа. У этих больныхчаще встречались дисгидротические формы заболевания, у которых процесс почти всегда осложняется пиококковой инфекцией и сопровождается с паховым лимфаденитом.

В этих группах больных для снижения гепатотоксичности противогрибковых препаратов в комплексную терапиювключен «Неомарин» («МУ ЛИН СЕН», КНР), в качестве иммуномодулятора, антиоксиданта и гепатопротектора. После консультации этих групп больных эндокринологами в комплекс терапии включен препарат – «Неомарин», которыйуменьшает резистентность к инсулину, тем самым процесс расщепления жира в митохондриях активируется.

Результаты исследований. Исходя из поставленной цели больных распределили на две сравниваемые группы: в первую группу включены 26 больных, которые получали в комплексной терапии «Неомарин» («Глутатион») согласно по инструкции; вторую группу составили 20 больных, которые лечение получали согласно по стандарту, утвержденной МЗРУз. (2021 г.).

Больным каждые 7 дней проводили бактериоскопическое исследование чешуек с очага поражения и следили за динамикой кожно-патологического процесса. На 14 день в обеих группах при бактериоскопическом исследовании больных, грибы не выявлены. В первой группе в результате применения нового модифицированного метода лечения у больных на 2–3 день значительно уменьшились мокнутие и зуд, а во второй группе у больных такое состояние наблюдалось только на 5–6 день лечения.

Заключение. Таким образом, включение в комплексную терапию препарата «Неомарин» для лечения больных микозом стоп с сахарным диабетом,переболевших COVID-19, значительно сокращает срок излеченияочага поражения и сокращает период выздоровления.

СПЕЦИФИКА ТЕЧЕНИЯ МИКОЗА СТОПЫ ОСЛОЖНЕННОГО ПИОДЕРМИЕЙ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ

М.И. АБДУЛЛАЕВ, Н.Н. АХМЕДГАЛИЕВА

ТашПМИ, кафедра дерматовенерологии и СПИДа;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №8 г. Ташкент, Узбекистан

Пандемия коронавируса привела к вспышкам различных грибковых заболеваний в нашей стране, а также во всем мире. В период новой коронавирусной инфекции увеличилось число больных тяжелыми микозами. Это зависит от нескольких обстоятельств. Во-первых: сама коронавирусная инфекция. Тяжелая коронавирусная инфекция характеризуется сильной иммуносупрессией с нарушением не только системных, но и местных механизмов иммунной защиты. Со-

стояние усугубляется очень широким применением системных глюкокортикостероидов и биологических иммунодепрессантов. В результате применения системных глюкокортикостероидов в больших дозах и в течении длительного времени с целью лечения коронавирусной инфекции у некоторых пациентов впервые был диагностирован сахарный диабет.

Осложненные виды микоза стопы у больных сахарным диабетом имеют специфическое течение.

Цель исследования. Анализ и изучение специфики течения микоза стоп осложненного пиодермией у больных сахарным диабетом после коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. В 2022 году в Межрайонный кожно-венерологческий диспансер № 8 обратились 134 пациента с микозом стопы. Из них 46 (34,3 %) ранее были инфицированы COVID-19 с разной степенью тяжести (в том числе 9 (19,6 %) пациентов в возрасте до 30 лет, 26 (56,5 %) пациентов в возрасте от 31 до 50 лет и 11 (23,9 %) пациентов в возрасте 50 лет и старше). Диабет 2 типа был зарегистрирован у 54 пациентов. У этих больных отмечен дисгидротический тип микоза стопы, осложненный вторичной пиогенной микрофлорой, в основном сопровождающийся паховым лимфаденитом.

Результаты исследований. Исходя из поставленной цели, пациенты были разделены на две группы: в первую группу вошли 54 пациента с сахарным диабетом переболевшие коронавирусной инфекцией, а во вторую группу вошли 80 пациентов у которых не был диагностирван сахарный диабет и коронавирусная инфекция.

Клинические исследования показали, что у 10 пациентов первой группы (18,5 %) был диагностирован интертригинозная форма, у 10 пациентов (18,5 %) – сквамозная, а у 34 пациентов (63 %) – дисгидротическая форма микоза стопы. Следует отметить, что у всех пациентов с дисгидротическим типом наблюдался сильный зуд, мокнутие, местный отек, экзематизация и вторичные пиококковые поражения. У большинства пациентов этой группы наблюдались пиококковые осложнения с серозно-гнойным выделением, сопровождающееся паховым лимфаденитом.

Среди пациентов второй группы сквамозная форма была зарегистрирована у 23 больных (28,7 %), интертригинозная форма у 21 (26,5 %) и дисгидротическая форма микоза стопы – у 36 (44,8 %). В этой группе наблюдалось относительно легкое течение дисгидротического типа – в пораженных очагах наблюдался легкий отек, умеренный зуд и серозные выделения.

Заключение. Микоз стопы у больных сахарным диабетом после коронавирусной инфекции протекает тяжелее: чаще встречается дисгидротическая форма заболевания, этот процесс всегда осложняется пиококковой инфекцией и сопровождается паховым лимфаденитом. Для оптимизации и внедрения эффективных методов лечения таких пациентов необходимы более глубокие исследования в этом направлении.

ОНИХОМИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШДА НОН-КОМПЛЕАНС ЁКИ ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ

А.А. АБДУРАШИДОВ

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази

Тербинафин аллиламинлар гуруҳига таълуқли бўлган тизимли ва махаллий қўллаш орқали Trichophyton, Microsporum, Epidermophyton, Aspergillus, Candida albicans, коринобактериялар таъсир кўрастадиган, 48–72 соат давомида терига чукур кириб бориб фунгицид таъсирни сақлаб тура олиш хусусиятига эга замбуруғга қарши дори воситаси бўлганлиги сабабли тизимли тарзда суткасига 1 маротаба ишлатиш имконятини яратади.

Тадқиқотда оёқ ва қўлларнинг оникомикози билан оғриган 34 бемор даволанди. Жумладан эркаклар – 25, аёллар – 9, 17 ёшдан 65 ёшгача. Оёқ тирноқларининг ўзгариши 30 та беморда, оёқ ҳамда қўл онихомикозлари 10 беморда. Юзаки онихомикоз – 5 та, дистал-латерал – 19 та, проксимал шакли 6 та, тотал дистрофик шакли 4 эса беморда, жумладан 2 та беморда трахионихия ҳолати кузатилди. Тирноқларнинг шикастланиш майдони 22 % дан 100 % гача эгаллади, ўртача 45 %. Касалликнинг давомийлиги 1,2 йилдан 15 йилгача.

Тербинафин таблеткасини 250 мг/суткасига гепатопротекторлар, поливитаминлар билан биргаликда қўлланди. Ва онихомикоздан ташқри оёқ микози аниқланган ҳолталарида микроциркуляциясини яхшиловчи воситалар ҳам тавсия этилди. Махаллий даволаш воситаларидан тербинафинли 1 % крем, хлоргексидин биглюконат эритмаси, анилин бўёқларидан фойдаланилди. Даволашнинг давомийлиги 26 та беморда 3 ой, 3 беморда 4 ой, 2 беморда 6 оу (проксимал ва субтотал шаклларда). 29 беморда этиологик ва клиник тузалишга эришилди. Аммо барча Барча беморлар дориларни яхши қабул қилди деб булмайди, яъни комплеантлик кўрсатки сустлиги аниқланди. Беморлар шифокор тавсилари ва даволаниш тартиблари уз бошимчалик билан

ёки ўзгаларнинг тавсиясига кўра бузиши кузатилди. Айрим беморларнинг ўзи билмаган холда пульс-терапия усулини қўллаганлиги кузатилди, яъни тербинафинни биринчи ой 250 мг/сут қабул қилиб, сўнг 2-, 3-, 4- ойларида 7–10 кун давомида қўллаши кузатилган. Нон-комплеанс ҳолатига қарамасдан ушбу беморларда килиник ва айримларида этиологик тузалишга кузатилди.

3 йиллик кузатувлар шуни кўрсатдики, Бинафин қўлланилган беморларда онихомикознинг қайталаниш факатгина 2 та беморда кузатилди. У хам бўлса юқорида айтиб ўтилганидек нонкомплеанс сабабли даволаш тартибининг бузилиши натижасидир. Шундан келиб чиқиб айтиш мумкинки тербинафинни тизимли қўлланиши юқори самарали бўлиб, узок муддат қабул қилишда беморларга қулайлик яратиш учун тербинафинни пулс-терапия кўринишида тайинлаш усулларни ишлаб чиқиш мақсадга мувофиқдир.

CANDIDA ТУРУКУМИГА КИРУВЧИ ЗАМБУРУҒЛАРНИ СИЙДИК ТАНОСИЛ ТИЗИМИ АЪЗОЛАРИДА АНИҚЛАНИШИ

Н.И. БОЙМУРЗАЕВ, А.Ж. УТАЕВ, Х.А. БУТАЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази;
РИДВ ва КИАТМ ДМ Самарқанд вилояти ҳудудий филиали

Мақсад: Сийдик таносил тизими аъзоларида Candida туркумига кирувчи замбуруғларни аниқланиши даражасини ўрганиш.

Материал ва усуллар: Самарқанд вилояти шаҳар ва туманлари тиббиёт муассасаларида мурожаат қилган аҳолидан олинган сийдик таносил тизими аъзоларидан олинган патологик биоматериалдан суртма таҳлиллари ўтказилди. Суртма намуналари умумқабул қилинган усулларда (Романовский Гимза буёғи, Метилен кўки буёғи) бўялиб микроскопнинг иммерсион тизимида текширилди.

Натижалар: Ўрганилишлар натижасида маълум бўлдики, вилоят бўйича жами 51730 нафар аҳолида суртма таҳлиллари ўтказилган бўлиб, 5511 (10,7 %) нафарда Candida туркумига кирувчи замбуруғларни аниқланди. Самарқанд вилоятининг шаҳар ва туманларида Candida замбуруғларини аниқланиш даражаси турли хил миқдорда бўлиб, Булунғур ва Нарпай тумани тиббиёт бирлашмалари ҳамда Самарқанд шаҳар перинотал марказида Candida замбуруғлари аниқланди (мос равишда 49,5 %; 28,4 %; 21,1 %).

Суртма таҳлилларида аниқланиши бўйича маълумот

	Текширилган сони	Кандида аниқланди	%
Булунгур Т.Т.Б	1437	711	49,5
Нарпай Т.Т.Б	722	205	28,4
Самарканд шахар Перинатал Маркази	3389	751	22,2
РИДВваКИАТМ Самарканд худудий филиали	1900	400	21,1
Пайарик Т.Т.Б	1064	204	19,2
Пахтачи Т.Т.Б	2038	338	16,6
Паст даргом Т.Т.Б	9111	1413	15,5
Кушрабод Т.Т.Б	408	50	12,3
Самарқанд Ш.Т.Б.	475	45	9,5
Тайлок Т.Т.Б	3007	274	9,1
Ургут Т.Т.Б	2849	192	6,7
Жомбой Т.Т.Б	2948	196	6,6
Самарканд Т.Т.Б	4826	201	4,2
Каттақўрғон Т.Т.Б	6428	266	4,1
Оқдарё Т.Т.Б	5184	186	3,6
Нуробод Т.Т.Б	1847	40	2,2
Иштихон Т.Т.Б	1729	24	1,4
Каттақўрғон Ш.Т.Б	2368	15	0,6
Жами	51730	5511	10,7

Жумладан, Каттақўрғон шаҳри, Иштихон ва Нуробод туман тиббиёт бирлашмаларида эса Candida туркумига кирувчи замбуруғларни аниқланиши энг паст даражада бўлди (мос равишда: 0,6 %; 1,4 %; 2,2 %).

Тадқиқотлар давом этмоқда.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ҚЎТИР БИЛАН КАСАЛЛАНИШИ ҲАМДА КАСАЛЛИКНИНГ ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКАСИ ТЎҒРИСИДА

Н.И. БОЙМУРЗАЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, Қ.М. ЁРҚУЛОҚ

«РИД ва КИАТМ» ДМ;
«РИДВ ва КИАТМ» ДМ АВХФ

Қўтир касаллигини тарқалишини олдини олишда, касалликнинг профилактикасида ушбу касалликнинг эпидемиологияси, этиопатогенези, клиникаси, лаборатор диагностикаси, давоси бўйича барча турдаги илмий, амалий ҳамда статистик маълумотлар жуда зарурдир. Жаҳон ҳамда маҳаллий олимларининг берган маълумотларига кўра, қўтир касаллиги билан кўпроқ болалар касалланади. Чунки, болалар териси юпқа ва юмшоқдир.

Қўтир касаллиги билан Андижон вилояти аҳолиси орасида аниқланиши таҳлили 2022-2023 йилларнинг 6 ойи статистик маълумотлари асосида олиб борилди ва касалликни аҳолининг барча қатламида аниқланишини ўрганиш ҳамда лаборатор таҳлиллар натижаларини ўрганиш мақсад қилиб олинди.

2022 йилнинг биринчи ярим йили давомида Андижон вилояти аҳолиси орасида қўтир касаллигини аниқланиши 474 та (100 минг аҳолига нисбатан интенсив кўрсаткичи 14,7) бўлиб, 2023 йилнинг биринчи яримида эса қўтир касаллигини аниқланиши 405 та (100 минг аҳолига нисбатан интенсив кўрсаткичи 12,3) бўлган. Маълумотлардан кўриниб турибдики, аҳолини қўтир билан касалланиш кўрсаткичлари 2022 йил 6 ойига нисбатан, 2023 йилнинг 6 ойида камайган. Лекин, 18 ёшгача бўлган болалар орасида касалликнинг аниқланиши 2022 йил 6 ойи нисбатан 2023 йил 6 ойида кўпайган. Яъни, 2022 йил 6 ойида 236 (49,8 %) нафар болаларда қўтир касалланган аниқланган ва 2023 йил 6 ойи давомида эса 237 (58,5 %) нафар болалар ушбу касаллик билан касалланишган.

Андижон вилоятидаги мавжуд тиббиёт муассасаларида 3488 нафар беморларда қўтир канасини аниқлашга лаборатор таҳлиллар ўтказилган ва 888 (25,5 %) нафар беморда қўтир канаси аниқланган. 2023 йилнинг биринчи яримида эса қўтир касаллигини аниқланиши 405 та (100 минг аҳолига нисбатан интенсив кўрсаткичи 12,3) бўлган. Шу давр мобайнида 3301 нафар беморларда қўтир канасини аниқлашга текширилган ва 842 (25,5 %) нафар беморда қўтир канаси аниқланган.

Статистик маълумотларни туманлар кесимида кўриб чиқадиган бўлсак, энг аввало таъкидлаш жойизки, 2023 йил 6 ойи давомида қўтир касаллиги кўп аниқланган худудлар Андижон шаҳри, Андижон ва Избосган туманлари бўлиб, 100 минг аҳолига нисбатан интенсив кўрсаткичи мос равишда 22,2; 19,9 ва 16,9 ни ташкил этган. Андижон туман тиббиёт муассасаларида 51 нафар бемор қўтир канасига текширилган ва 48 (94,1 %) нафарида қўтир касаллиги аниқланган. Избосган туман тиббиёт бирлашмасда эса 43 нафар бемор текширилган ва 39 (90,7 %) нафарида кана аниқланган.

Шунингдек, қўтир касаллиги энг кам аниқланган худудлар: Хонобод, Қорасув шаҳарларида 1 нафардан (мос равишда 100 минг аҳолига нисбатан интенсив кўрсаткичи 2,2; 2,6) ҳамда Қўрғонтепа туманида 7 нафар (100 минг аҳолига нисбатан интенсив кўрсаткич 3,8) қўтир касаллиги билан касалланган беморлар аниқланган. Хонобод, Қорасув шаҳар тиббиёт бирлашмалари лабораторияларида ҳам 1 нафардан бемор қўтир канасига текширилган ва қўтир канаси топилган. Қўрғонтепа туманида эса 8 нафар бемор қўтир канасини аниқлаш учун лаборатор текширилган ва 7 (87,5 %) нафар беморда қўтир канаси аниқланган.

«РИДВ ва КИАТМ» ДМ Андижон вилояти худудий филиали лабораториясида 2023 йил 6 ойи давомида 2963 нафар беморларда қўтир канасига лаборатор текшириш олиб борилган бўлиб, 540 (18,2 %) нафарида қўтир касаллиги аниқланган. Вилоятдаги мавжуд шаҳар ва туман тиббиёт бирлашмалари лабораторияларида ҳаммаси бўлиб 338 нафар беморда лаборатор таҳлиллар ўтказилиб, уларнинг 302 (89,3 %) нафарида қўтир канаси топилган.

Шундай қилиб, 2022 йил 6 ойига нисбатан 2023 йил 6 ойида болалар орасида қўтир касаллиги билан касалланиш кўпайган бўлиб, бу ҳолат мактабгача тарбия муассасаларида, мактабларда касалликка қарши курашишдаги чора тадбирларни, профилактикасини янада мукаммал қилиб амалга оширишга ундайди.

Яна бир хулоса шундан иборатки, касалланиш бўйича ҳамда лаборатор таҳлиллар бўйича бу каби мавжуд маълумотларга таяниб, эпидемиологик жараёнга тўғри баҳо бериш, кейинги фаолият учун муҳим мақсад ва вазифаларни белгилаш имконсиздир.

ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ КУЛТУРАЛ ДИАГНОСТИКАСИДА ҲАРОРАТНИНГ ЎРНИ

Н.Д. ДЖУМАЕВ, Ш.Х. МАХМУДОВ, М.Ш. ТУРСУНОВ, Я.Ж. АЙТУГДИЕВ, И.Н. АБДУВОХИТОВА, Ғ.Ш. ТОХТАЕВ

Тошкент вилояти тери таносил касалликлари диспансери; Тошкент тиббиёт академияси

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 та 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.

Ҳар бир дерматофит қўзғатувчиси учун оптимал ҳарорат турлича эканлиги ўрганилди.

Жадвалдан кўриниб турибдики, озиқ муҳитида дерматофитларни 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 40^0 С юқори ҳароратда умуман ўсмаслиги, улар учун оптимал ўсиш ҳарорати 25–35°С аниқланди.

ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ИММУНО-ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

Н.Д. ИКРАМОВА

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

Цель исследования. Изучение про- и противовоспалительных цитокинов ИЛ-2, ИЛ-4, ФНО-α, ИНФ-γ и влияния озонотерапии на иммуно-цитокиновый статус у больных микозом стоп.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 145 больных микозом стоп в возрасте от 14 до 89 лет. Из них сквамозная форма микоза стоп была диагностирована у 74 (51,0 %), интертригинозная – у 48 (33,1 %) и дисгидротическая – у 23 (15,9 %) больных. Среди больных со сквамозной формой микоза стоп у 36 (24,8 %) пациентов был выявлен генерализованный рубромикоз.

Результаты и обсуждение. Результаты исследования цитокинового статуса показали (табл.1), что в сыворотке крови у больных общей группы с микозом стоп до начала лечения отмечается достоверное увеличение концентрации провоспалительных цитокинов ИЛ-2 и ФНО-α по сравнению с данными группы контроля ($p<0,001$). Напротив, содержание противовоспалительного цитокина ИЛ-4 ($p<0,001$) и ИНФ-γ ($p<0,001$) в данной группе было статистически достоверно снижено.

Таблица 1

Показатели цитокинового статуса у больных с микозом стоп (M±m)

Цитокины	Контрольная группа *n*=18	Больные общей группы с микозом стоп *n*=58
ИЛ-2, пг/мл	11,52±0,42	16,07±0,18**
ИЛ-4, пг/мл	2,12±0,07	1,53±0,06**
ФНО-α, пг/мл	14,74±0,49	32,92±1,25**
ИНФ-γ, пг/мл	21,67±0,69	16,72±0,36**

Примечание: p – До стоверность данных по отношению к контролю, * – p<0,001.

В зависимости от проводимого лечения больные были разделены на две группы. В первую группу (традиционная терапия) вошли 33 больных, получавшие лечение согласно «Стандартам диагностики и лечения по дерматовенерологии и медицинской косметологии», включавшие назначение системных противогрибковых препаратов (тербинафины), антигистаминных и десенсибилизирующих средств и местно антимикотических мазей и кремов.

Во вторую группу (комплексная терапия) вошли 25 больных, которым на фоне традиционной терапии для восстановления нарушений в системе иммунитета проводили озонотерапию.

Озонотерапия – метод, который обладает широким спектром лечебных воздействий. В терапевтических концентрациях оказывает иммуномодулирующее, противовоспалительное, противогрибковое, обезболевающее действие.

Озонотерапию проводили инъекционно путем озонирования физиологического раствора 0,9 %-100,0 мл, в концентрации озона в газе 20 мг/л (контрация озона в растворе 2,0 мг/л), время озонирования 2 минут. На курс лечения 8 процедур.

Нами была изучена эффективность проводимых методов терапии на показатели цитокинов у больных с микозом стоп.

Таблица 2

Сравнительный анализ влияния проводимой терапии на показатели цитокинового статуса у больных микозом стоп (M±m)

Показатели цитокинового статуса	Методы лечения	
	Традиционная *n*=33	Комплексная (Озонотерапия) *n*=25
ИЛ-2, (пг/мл)	14,60±0,38	16,15±0,34
	13,52±0,40	13,44±0,39*
ИЛ-4, (пг/мл)	1,27±0,19	1,50±0,24
	1,77±0,16	1,74±0,19
ФНО-α, (пг/мл)	31,41±3,07	26,04±4,32
	29,71±2,80	17,15±1,68**
ИНФ-γ, пг/мл	17,25±1,41	16,25±1,36
	18,50±1,00	21,00±1,34*

Примечание: в числителе – данные до лечения, в знаменателе – данные после лечения *p* – достоверность данных по отношению к данным до лечения. * – p<0,05; ** – p<0,01.

Результаты исследования показали (табл.2), что в сыворотке крови у больных с микозом стоп после окончания лечения традиционным методом отмечается склонность к повышению уровня ИЛ-4 (p>0,05) и ИНФ-γ (p>0,05) по сравнению с данными до лечения. Содержания ИЛ-2 и ФНО-α были склонны к снижению (p>0,05). Это указывает, что применение общепринятой терапии не оказывает ожидаемого положительного эффекта в восстановлении выявленных нарушений в цитокиновом статусе больных с микозом стоп.

Как видно из таблицы 2, после окончания лечения комплексным методом с применением озонотерапии у больных данной группы в сыворотке крови содержание ИЛ-4 дало тенденцию к повышению (p>0,05), а концентрация ИНФ-γ начала достоверно повышаться (p<0,05) по сравнению с данными до лечения и доходила до уровня данных практически здоровых лиц. Наряду с этим в данной группе наблюдалось достоверное снижение уровня ИЛ-2 (p<0,05) и ФНО-α (p<0,01).

Полученные данные свидетельствуют, что разработанный нами комплексный метод лечения с применением озонотерапии больных микозом стоп оказывает более выраженный положительный эффект в восстановлении выявленного дисбаланса в цитокиновом статусе, чем при традиционной терапии.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКОТИЧЕСКОГО БАЛАНОПОСТИТА

А.А. КУЧКАРОВ, К.З. БАТИРОВ, А.Б. ПАКИРДИНОВ, Т.К. АБДУЖАББОРОВ, А.А. АБДУРАХМАНОВ, Ф.А. ФОЗИЛОВ

Андижанский государственный медицинский институт;
Кафедра дерматовенерологии

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность комплексной терапии больных кандидознымбаланопоститом при наружном применении крема 2 % сертаконазол в сочетании с пероральным приемом флюконазол 150 мг.

Материалы и методы исследования. под наблюдением находилось21 больных мужчин, в возрасте от 26 до 61 лет, с разной продолжительностью течения баланопостита (от 1 мес. до 3-х лет). Пациенты обратились с жалобами на дискомфорт, жжение, покраснение, отечность головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти, рассеянные мелкоточечные высыпания красного цвета, местами поверхностные эрозии, творожистый налет, неприятный запах с половых органов. Первопричиной заболевания 9 человек считали половой контакт без предохранения, 6 человек указали на предшествовавшее простудное состояние и прием антибактериальных препаратов, 3 человека назвали возможной причиной несоблюдение гигиены и 3 мужчин не смогли назвать причину. Ранее 8 пациентов получали наружно и перорально различные антимикотики. Эффект при этом был кратковременный. При лабораторном исследовании соскоба с головки полового члена выявлены мицелии и почкующиеся дрожжевые клетки. По результатам культурального исследования выделены Staphylococcusepidermidis и Enterococcusfaecalis. Проведены лабораторные исследования на инфекции, передаваемые половым путем и анализ крови на глюкозу. На основании объективного состояния и полученных результатов лабораторных исследований больным назначался наружно 2 % крем сертаконазол два раза в сутки, в течение семи дней и внутрь флюконазол 150 мг – однократно, на первый день лечения.

Результаты исследования. В процессе лечения на третий-четвертый день отмечалось значительное уменьшение дискомфорта, жжения, покраснения, отечности головки полового члена и крайней плоти, запах отсутствовал. Сохранялись скудный налет, единичные эрозивные элементы, небольших размеров. На 6-й – 8-й день лечения пациенты жалоб не предъявляли. Головка полового члена и крайняя плоть имели обычную окраску, высыпания отсутствовали. Контрольная микроскопия соскоба с головки полового члена и крайней плоти проведенные через две недели, а затем через один месяц после лечения грибов рода кандида не выявило.

Выводы. Для лечения больных кандидозным баланопоститом можно рекомендовать наружное применение крема 2 % сертаконазол в сочетании с однократным пероральным приемом флюконазол 150 мг.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО – ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРИХОФИТИИ У ДЕТЕЙ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Н.ДЖ. ИКРАМОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Цель исследования. Изучение клинико-иммунологических особенностей и определение уровней sIgA, общего IgA, IgE и специфического IgG к Candida albicans в сыворотке крови больных детей, страдающих трихофитией.

Материалы и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 68 больных с различными клиническими формами трихофитии. Из них мужчин было 44 (64,7 %), а женщин 24 (35,3 %). Общий IgA и секреторный sIgA, специфический IgG Candida albicans, общий IgE определяли в сыворотке крови больных с использованием коммерческих ИФА тест-систем (Вектор-Бест, Россия).

Результаты исследования. Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости дерматофитиями показал, что основным контингентом больных дерматомикозами (трихофитией) являются жители сельской местности, что составило 80,9 % % (55), тогда как городские жители составили 19,12 % (13).

Все больные были дети до 18 лет. Наиболее часто дерматомикозы регистрировались у детей от 7 до 11 лет – у 32 (47,1 %), от 12 до 18 лет – у 24 (35,3 %) и от 2 до 6 лет у 12 (17,6 %) больных.

В структуре заболеваемости трихофитией поражение волосистой части головы наблюдалось у 34 (50 %) больных, гладкой кожи у 24

(35,3 %), волосистой части головы и гладкой кожи у 10 (14,7 %) больных. При этом преобладала инфильтративно-нагноительная форма – у 44 человек (64,7 %), поверхностно-пятнистая форма у 22 (32,4 %) и у 2 (2,9 %) наблюдалась инфильтративная форма трихофитии. У всех больных при микроскопических исследованиях грибы найдены. При культуральном посеве на среду Сабуро получено 47,1 % (32) положительных результата. В этиологии зооантропонозной трихофитии превалировал – Tr. verrucosum высеян у 25 человек (78,1 %), Trichophyton mentagrophytes var. gypseum у 2 человек (6,25 %), Tr. Tonsurans у 3 (9,4 %) и у 2 пациентов (6,25 %) обнаружен Tr.violaceum. Источником заражения являлись крупный и мелкий рогаты скот, реже источником заражения явились люди, страдающие аналогичной болезнью.

Результаты ИФА исследования показали, что в группе контрольных здоровых детей в сыворотке крови концентрация секреторного sIgA в среднем составила 2,8 ± 0,03мг/мл, а в группе больных с трихофитией – 7,6±0,5 мг/мл, что в 2,7 раза выше контрольной группы (P<0,05).

Тогда как, уровень общего IgA в контрольной группе составил – 3,8±0,03 мг/мл, а у детей с трихофитией – 7,4±0,4 мг/мл, что в 1,9 раз выше показателей контрольных лиц. Полученные данные имели статистически достоверный характер.

Следует отметить, что повышение уровня секреторного иммуноглобулина sIgA у больных детей является нарушением местной иммунной системы в системе слизистых оболочек (слизистая полости рта, кишечник), обеспечивающие непосредственно «первую линию защиты» от воздействия чужеродных антигенов. Секреторный иммуноглобулин sIgA в основном присутствует в большом количестве в серозно-слизистых секретах, где они связаны с секреторным компонентом.

Содержание общего IgE в сыворотке крови больных основной группы в среднем составило 205±8,2 МЕ/мл, что в 3,2 раз выше показателей контрольной группы детей (63,2±1,4МЕ/мл; P<0,05). Следует отметить, что IgE выявляется на поверхностной мембране базофилов и тучных клеток и они сенсибилизированы к клеткам слизистых оболочек.

ИФА исследование на определение количественного содержания специфического IgG к Candida albicans в сыворотке крови у больных трихофитией в среднем составило 0,8±0,2 пг/мл, что в 10,6 раз выше показателей контрольной группы (0,075±0,03пг/мл), (P<0,05). Показатели специфического IgG к Candida albicans у больных находились в прямой корреляционной связи с секреторным sIgA – r=+0,46 и общим IgA r=+0,48, полученные данные имели статистически достоверный характер. (P<0,05).

Согласно литературным данным, повышение уровня специфического IgG к Candida albicans в сыворотке крови больных детей с трихофитией может быть обусловлено кандидозной инфекцией в организме, что ведет к сенсибилизации дрожжеподобным грибам.

Выводы. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у больных детей с трихофитией отмечается дисбаланс местного иммунитета, характеризующейся повышением уровня как секреторного иммуноглобулина sIgA – в 2,7 так и общего иммуноглобулина IgA – 1,9 раз на фоне гиперпродукции общего IgE, что обусловленно кандидозной инфекцией в организме больных с трихофитией.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗООАНТРОПАНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Н.ДЖ. ИКРАМОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Цель исследования. Изучение клинико-микробиологических особенностей зооантропанозной трихофитии в Сурхандарьинской области и внедрение инновационных методов наружней терапии.

Материалы и методы исследования. Клинические наблюдения проводились в Сурхандарьинской области в рамках исследования инновационного гранта «Разработка новой технологии наружного лечения атопического дерматита и грибковых заболеваний кожи у детей» в период с января 2022 по май 2023 годов. В стационарных условиях проведено обследование и лечение 238 больных с различными формами зооантропонозной трихофитии, из которых 100 (42 %) страдали трихофитией волосистой части головы, 43 (18,1 %) – трихофитией гладкой кожи, 95 (39,9 %) трихофитией волосистой части головы и гладкой кожи. Из 238 больных 142 (60 %) составили лица мужского пола, 96 (40 %) – женского.

Результаты исследования. Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости зооантропанозной трихофитией показал, что основным контингентом больных ЗТ являются жители сельской местности, что составило 150 (63 %), тогда как городские жители составили 88 (37 %).

Больных в возрасте до 3 лет было 17 (7,1 %), от 4 до 6 лет – 55 (23,1 %), от 7 до 10 лет – 68 (28,6 %), от 11 до 14 лет – 70 (29,4 %), 15 и старше лет – 28 (11,8 %) Основной контингент больных составили дети в возрасте от 4 до14 лет (193 детей – 81,1 %). Длительность заболевания у 61 (25,6 %) больных составила до 2-х недель, у 54 (22,7 %) – от 2 недель до 1 месяца, у 99 (41,6 %) – от 1 до 2 месяцев, у 24 (10,1 %) – более 2 месяцев.

При распределении больных с ЗТ по клиническим формам было выявлено, что в основном преобладала инфильтративно-нагноительная форма – у 168 человек (70,6 %), поверхностно-пятнистая форма у 52 (21,8 %) и у 18 (7,6 %) наблюдалась инфильтративная форма трихофитии.

Наибольшее количество больных зооантропонозной трихофитией обращались за медицинской помощью в кожновенерологические учреждения республики весной (33,6 %) и осенью (31,5 %), наименьшее – летом (24,4 %).

У всех больных при микроскопических исследованиях грибы найдены. При культуральном посеве на среду Сабуро получено 53.8 % (128) положительных результата. В этиологии зооантропонозной трихофитии превалировал – Tr. Verrucosum, который был высеян у 94 человек (73,4 %), Trichophyton mentagrophytes var. gypseum у 34 человек (26,6 %).

Результаты микробиологических исследований показали, что у всех (238) больных в очагах поражения был высеяны грамм+ хемоорганотропные факультативно- анаэробные бактерии из семейства Mycrococcaceae. По видовой принадлежности наиболее часто высевался St. Aureus – в 50,8 % (121) случаев, St. Epidermidis – в 33,2 % (79) и у 24 (10,1 %) St. Saprofiticus случаев.

В биологическом материале (эпителиальный соскоб) методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридиационно-флюоресцентной детекцией «АмплиСенс MRSA-скрин-титр-Fl» совместно с прибором ПЦР в режиме «реального времени» выявляли ДНК метициллин-чувствительного и метициллин-резистентного Staphylococcus aureus, метициллин-резистентных коагулозонегативных Staphylococcus spp. Результаты исследования показали, что из 238 больных у 30 (12,6 %) определялось ДНК MSSA, у 82 (34,4 %) – ДНК MRCoNS, у 126 больных выявлено ДНК MRSA, что составило 52,9 %.

Всем больным проводилась комплексная терапия с назначением системных антимикотиков, витаминотерапии, наружно противоспалительная терапия с применением грязевой маски «Fatiderm-M» и противогрибковые крема.

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 субьективных 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 рекомендована для широкого использования в качестве наружной терапии у больных с трихофитией.

ТЕРФАЛИН В СОЧЕТАНИИ С ГЕЛЕМ ЛАМИЗИЛ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ

И.Р. РАХИМОВ, И.А. САМАРХОДЖАЕВА

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

Тербинафин (терфалин) – системный противогрибковый препарат относится к классу аллиламинов,ламизил 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 (Терфалин таб) внутрь в сочетании с препаратом наружного действия-Ламизил гелем.

Материалы и методы. На лечении находилось 67 больных онихомкозами стоп и кистей. Из них мужчин-39,женщин-28, 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 и обсуждение. Терфалин (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 наружный препарат Ламизил гель. При наличии эксудативных форм микотического поражения лечение начинали с применения раствора, после стихания острых воспалительных явлений продолжали лечение гелем Ламизил. 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 2–3мм 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 Терфалин в сочетании с Ламизил гелем являются высокоэффективными и безопасными противогрибковыми препаратами, при использовании которых у всех больных с онихомикозами был достигнут хороший клинический результат.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА ТУНАЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

И.Р. РАХИМОВ, З.М. АБИДОВА, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Вопросы, касающиеся терапии грибковых заболеваний, продолжают оставаться в центре внимания клинической дерматологии, что обусловленно, в первую очередь, их значительной распространенностью. Удельный вес грибковых заболеваний в структуре всех дерматозов достаточно вариабелен и составляет, по данным разных исследований, от 5 до 30 %. Поэтому проблема эффективного лечения дерматомикозов, в том числе и наружного, по-прежнему не теряет своей актуальности. К противогрибковым препаратам топического действия, кроме эффективности, предъявляются такие требования, как широкий спектр противогрибковой активности, быстрая всасываемость, безопасность (отсутствие общих и местных побочных эффектов) и удобство применения.

Цель исследования. Изучение клинической эффективности препарата «Туназол» турецкой фирмы «Авита» в лечении больных с микозом стоп. дерматофитиями. «Туназол» – это крем, в качестве активного вещества содержащий Дифлукортолон и изоконазол.

Туназол – комбинированный препарат для лечения бактериально-грибковых заболеваний кожи с выраженным противовоспалительным компонентом. Крем Туназол обладает противогрибковым, антибактериальным, противовоспалительным и антиаллергическими действием. Действие Туназола определяется входящими в его состав 1 % изоконазола нитратом – современным антимикотиком широкого спектра действия, с доказанной антибактериальной активностью и высокоактивным местным глюкокортикоидным препаратом – 0,1 % дифлукортолона валератом.

Под нашим клиническим наблюдением находилось 16 больных с микозом стоп в возрасте от 18 до 55 лет. При распределении по клиническим формам у 10 пациентов регистрировалась интертригинозная форма и у 4-дисгидротическая форма микоза стоп. Все больные наряду с местной (крем Туназол 2 раза в день) получали общую терапию, которая заключалась в назначении системных антимикотиков, десенсибилизирующей и витаминотерапии.

Положительный результат применения Туназола большинство больных отмечали через 24 часа от начала лечения: значительно уменьшались зуд, жжение, гиперемия, отек. К концу 2-х суток у всех больных полностью прекращалось мокнутие, а к концу 3-х суток происходила эпителизация эрозий. Отрицательный клинико-микологический результат у 75 % больных был на 14–16 дни лечения.

Таким образом, сочетание глюкокортикостероида – дифлукортолон валериата и высокоэффективного антимикотика широкого спектра действия – изоконазола в препарате Туназол позволяет быстро добиться выраженного клинического улучшения при остром течении поверхностного микоза.

МИКОЗЫ КОЖИ: ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ

А.Б. РАХМАТОВ, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Микозы кожи являются одни из самых распространенных инфекционных заболеваний. Среди локализаций преобладают микозы стоп, возбудителями которых наиболее часто являются Trichophyton rubrum и Trichophyton interdigitale. Следует отметить, что, несмотря на наличие высокоэффективного лечения (системные и топические антимикотические препараты), заболеваемость микозами остается на высоком уровне, при этом она напрямую коррелирует с частыми рецидивами, что, как правило, обусловлено несоблюдением схем лечения и реинвазией. Для лечения микозов стоп преимущественно используются топические препараты разных фармакологических групп (азолы, полиеновые антибиотики, аллиламины и другие). Топические антимикотики могут оказывать фунгистатическое или фунгицидное действие. В первом случае ингибируются процессы синтеза, направленные на построение биоматериала новых клеток в результате размножения грибов. Такими механизмами характеризуются ингибиторы синтеза эргостерина. Во втором случае действие препарата направлено на структуру клетки гриба или процесс ее жизнедеятельности. К препаратам, нарушающим синтез эргостерина на одной или нескольких его стадий, относятся азолы и аллиламины. Наибольшую перспективу для топической терапии имеют препараты с комплексным механизмом действия – фунгистатическим и фунгицидным. Этим свойствам полностью отвечает сертаконазол, первое синтетическое производное бензотиофена и имидазола, который относится к противогрибковым препаратам с двойным механизмом действия. В зависимости от концентрации сертаконазол может проявлять как фунгистатическую, так и фунгицидную активность. Вследствие структурного сходства с триптофаном бензотиофен способен встраиваться в клеточную мембрану гриба, что приводит к потере внутриклеточных компонентов, включая аденозинтрифосфат. Бензотиофен повышает липофильность, что способствует проникновению препарата в глубокие слои кожи без системной его абсорбции. Дополнительным преимуществом сертаконазола является его активность в отношении бактериальной флоры и простейших, что позволяет рекомендовать препарат при наличии микст-инфекции, которая часто осложняет течение микозов. Важным дополнением к основным механизмам действия можно отнести доказанную противовоспалительную активность сертаконазола преимущественно за счет ингибирования синтеза ряда провоспалительных цитокинов, что обусловливает его преимущество и целесообразность применения при микозах с экзематизацией или осложненных вторичной бактериальной флорой. Также следует отметить, что одной из актуальных проблем антимикотических препаратов является резистентность, в том числе перекрестная, которая может служить причиной неэффективной терапии и развития рецидивов заболевания. Доказано, что комплексная молекула сертаконазола позволяет преодолевать перекрестную резистентность основных возбудителей микозов и антимикотическая активность сертаконазола сохраняется в отношении клинических изолятов дерматофитов со сниженной чувствительностью к другим азолам. Доказательная база эффективности сертаконазола (Залаин) у пациентов с микозами стоп основывается на большом количестве клинических исследований. Безопасность применения сертаконазола подтверждена исследованиями, при этом показано его преимущество перд кетоконазолом, миконазолом, бифоназолом и эконазолом. Как правило, побочные эффекты при применении сертаконазола минимальны и по частоте развития контактного дерматита, ксероза кожи, жжения или зуда сертаконазол с сопоставим с плацебо. Препарат не вызывает фотосенсибилизации, не обладает системным, мутагенным и тератогенным эффектами.

Таким образом, на сегодняшний день сертаконазол (Залаин) является одним из самых высокоэффективных и безопасных препаратов для топической терапии микозов, в том числе при наличии микст-инфекции и признаков экзематизации.

ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗА НЕОДИМОВЫМ ЛАЗЕРОМ (1064 НМ)

А.Б. РАХМАТОВ, А.Ж. УТАЕВ

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

Актуальность. В настоящее время отработаны эффективные схемы лечения онихомикозов (ОМ) антимикотическими препаратами тербинафинового и итраконазолового ряда, хотя в некоторых случаях имеются противопоказания для их применения.

Цель исследования. Оценка эффективности лазеротерапии больных онихомикозами.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 24 больных (мужчин – 16, женщимн – 8) в возрасте от 22–50 лет с длительностью микотического процесса от 3 месяцев до 12 лет. У 19 из 24 больных ОМ имел вторичный характер. Дистальная форма ОМ была установлена у 18 и проксимальная – у 6 пациентов. Во всех случаях диагноз ОМ был подтвержден микроскопическим обнаружением мицелий грибов в пораженных ногтевых пластинках. Индекс КИОТОС в среднем составлял 24,5±1,1 баллов, т.е. все пациенты нуждались в применении системных антимикотических средств. При лечении всех больных с онихомикозами был использован Nd:YAG лазер (1064нм). Среднее количество процедур составляло 5±1,0. Средняя продолжительность лечения 4–5 недель.

Полученные результаты. При оценке результатов было установлено, что через 9–12 месяцев полностью излечились 85,6 % больных. Положительные результаты достигнуты при поражении ногтей Tr.rubrum (92 %), Tr.mentographytes (94,5 %), неблагоприятные – при поражении C.albicans (42,3 %).

Обсуждение. На основании анализов результатов лечения можно сделать вывод о высокой эффективности лечения Nd:YAG лазером (1064) в терапии больных онихомикозами. По сравнению с системной антимикотической терапией имеет ряд значительных преимуществ: полное отсутствие побочных явлений, значительное сокращение времени лечения (1 месяц), по сравнению с 6–12 месячной системной терапией, имеет широкий спектр противогрибкового и антибактериального действия и может применяться у лиц, имеющих противопоказания к приему системных антимикотиков. Лазеротерапия ОМ отличается экономичностью и альтернативностью, когда имеются противопоказания (беременность, пожилой и детский возраст, преморбидные состояния и др.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНО-ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНЫХ ТРИХОФИТИЯХ КОЖИ

А.Б. РАХМАТОВ, Х.Р. ХАЛИДОВА, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Цель исследования. Изучить фенотип иммунокомпетентных клеток (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD25+), уровень цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, β, γ-ИФН, ФНО-а) и установить их значимость в клиническом течении зооантропанозной трихофитии.

Материлы и методы исследования. Для выполнения иммунологических исследований отобрано 76 пациента с различными формами зооантропанозной трихофитии, проходивших лечение в условиях стационара ГУ РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Мужчин было – 37 (48,7 %), женщин – 39 (51,3 %). Трихофития гладкой кожи установлена у 16 (21,1 %) больных, волосистой части головы – у 21 (27,6 %) и смешанная форма (гладкая кожа и в/ч головы или лобковой области) у 39 (51,3 %) больных. При распределении по клиническим формам была установлена поверхностно-пятнистая форма у 23 (30,1 %), инфильтративная форма у 30 (39,5 %) и инфильтративно-нагноительная форма у 25 (32,9 %) больных. Возраст больных варьировал от 2 до 35 лет. Дети до 14 лет составили – 39 (513 %) больных, от 15 до 18 лет – 19 (25 %), от 19 до 35 лет – 18 (23,7 %) больных. Количество очагов варьировало от 1 до 25 очагов.

Результаты и обсуждение. У всех больных при микроскопических исследованиях найдены грибы, на основании которых был установлен диагноз. Культуральные исследования проведены всем больным, при этом в 37 случае (48,7 %) получен рост дерматофитов. Из них в 25 (67,6 %) случаях получен рост Tr.verrucosum, в 12 (32,4 %) случаях Tr. mentagrophytes var. Gypseum.

У всех больных взята кровь для изучения иммунологических показателей: фенотип иммунокомпетентных клеток (CD3+, CD4+, CD8+, CD16+, CD25+), уровень цитокинов (ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-6, альфа, β, γ- ИФН, ФНО-альфа).

Выявлены нарушения в виде снижения относительного количества CD3-клеток (50,8±0,37), CD4-клеток (33,0±0,32), показателей неспецифической резистентности (38,6±0,57), активизации гуморального звена иммунитета (21,3±0,15), (табл. 1).

Таблица 1

Иммунологические показатели Ғв исследуемой группе

Показатели	Контроль *(n=20)*	Больные *(n=76)*
Лейкоциты, абс	4,4±0,11	5,7±0,07**
Лимфоциты, %	30,9±0,62	37,0±0,52**
CD3-клетки, %	58,8±0,46	50,8±0,37
CD4-клетки, %	37,2±0,28	33,0±0,32
CD8-клетки, %	15,1±0,19	14,3±0,12*
ИРИ	2,5±0,04	2,17±0,02**
CD20-клетки, %	20,5±0,31	21,3±0,15
Ig A, г/л	1,55±0,06	1,15±0,02**
Ig M, г/л	1,91±0,05	1,73±0,02**
Ig G, г/л	11,6±0,44	15,3±0,26**
ЦИК	14,2±0,78	25,3±0,39**
ФИ, %	54,2±1,08	38,6±0,57
ФЧ	4,8±0,11	3,7±0,06**

Примечание: р – Достоверность данных по отношению к контролю. * – p<0,01; ** – p<0,001

При первоначальном скрининге цитокин-продуцирующей активности клеток иммунной системы наблюдаются различные значения концентраций про- и противо-воспалительных цитокинов: повышение концентрации ИЛ-6, ФНО-альфа и снижение показателей ИЛ-1, ИЛ-4, ИНФ-γ (таблица 2).

Таблица 2

Концентрация цитокинов в сыворотке крови у больных (M±m)

Показатели	Контроль *(n=20)*	Больные *(n=76)*
ИЛ-1β, пкг/мл	35,2±4,52	31,3±4,92**
ИЛ-2, пкг/мл	0,72± 0,24	0,6±0,35
ИЛ-4, пкг/мл	28,12±1,97	21,4±2,82*
ИЛ-6, пкг/мл	26,1±5,12	78,1±5,83**
ИЛ-8, пкг/мл	18,3±3,91	58,3±3,71**
ИНФ-γ, пкг/мл	33,7±3,82	25,1±2,53*
ФНО-альфа,пкг/мл	36,9±3,42	39,9±2,23*

Примечание: р – Достоверность данных по отношению к контролю. * – p<0,01; ** – p<0,001.

Сравнительный анализ цитокинового статуса до лечения показал разнонаправленные значения концентраций различных цитокинов. Содержание ИЛ-1β, ИЛ-2 у всех больных до лечения было сниженным по сравнению с нормативным значением (31,3±4,92 пкг/мл и 0,6±0,3592 пкг/мл соответственно).

Сниженные значения ИЛ-1β, ИЛ-2 рассматриваются нами как неблагоприятный прогностический критерий, не позволяющий усилить механизм протективного иммунитета к дерматофитам.

Повышенная концентрация ИЛ-6, ИЛ-8, ФНО-альфа связана с наличием воспаления различной степени выраженности в месте внедрения гриба-патогена. Концентрация таких цитокинов как ИЛ-4 (в 1,3 раза), ИНФ-γ (в 1,3 раза) была сниженной в разной степени достоверности.

Выводы. Таким образом, дерматомикозы представляют собой обширную группу заболеваний со сложным иммунным ответом, возникающего вследствие инфицированности кожи грибами. В общей дерматологической структуре заболеваемости дерматомикозы занимают одно из первых мест, поэтому изучение иммунологических особенностей течения грибковых заболеваний в организации борьбы с ними являются актуальной задачей.

ГАНЗЕН (МОХОВ) КАСАЛЛИГИНИ АНИҚЛАШДАГИ АСОСИЙ МУАММОЛАР

Э.Х. ЭШБОЕВ, И.Д. ПАЛУАНОВ, У.Д. УТЕПБЕРГЕНОВА, Н.М. ШОКОЛОНОВА

РИДВ ва КИАТМ, Қорақалпоғистон Республиккаси Тахтакўпир ТТБ; Қорақолпоғистон Республикаси тиббиёт институти, АДМИ

Беморларнинг кеч ёки жуда узоқ муддатда аниқланиши, кейинчалик улар орасида ногиронликнинг миқдорини ошиб кетишига сабаб бўлади. Бу ҳолатни ҳеч бир мутахассис инкор қилмайди. Касалликка ўз пайтида тўғри ташхис қўёлмаслик асосида одатда бу борада билимдон кадрларнинг йўқлиги билан боғлиқ. Айниқса, беморларнинг контактлари, қолаверса, туб аҳолининг касаллик тўғрисида тушунчага эга бўлмаслиги вазиятни янада оғирлаштиради.

Чегараланган ёки қисқартирилган имкониятларга шифокорларнинг мохов касаллиги бораси-

даги клиник билимларининг йўқлиги ёки пастлиги киради. Касалликка қарши олиб бориладиган ишларнинг давлат томонидан молиялаштирилмаслиги, сиёсий жиҳатдан эътиборга олинмаслиги, энг муҳими, лаборатория хизматига етарлича муносабат билдирмаслик касалликнинг кеч аниқланишига олиб келади.

Стигма ва дискриминация жуда кўп давлатлар аҳолиси орасида кенг тарқалган камчиликлардан бири ҳисобланади. Бу муаммо шунчалик кенг илдиз отиб кетганки, бунга ҳатто баъзи тиббиёт ходимлари ҳам қўшилиб ўзининг асосий вазифасини бажармайдилар. Ҳатто айримлари моховга чалинган беморларга бирламчи ёрдам беришдан ҳам бош тортишади. Оқибатда беморнинг ҳақ-ҳуқуқи поймол қилинади ва у махсус касалхонага, яъни моховхонага изоляция қилиш учун жўнатилади. Шунинг учун ҳам айтиш мумкинки, нафақат аҳоли орасида балки бутун бир бошли тиббиёт тизимида ҳам камчиликлар мавжуд. Бирлашган Миллатлар Ташкилоти резолюциясида (2010 йил) беморлар ва уларнинг контактлари дискриминация қилинишининг мутлақо йўқотилиши миллий сиёсат асосига киритилган.

Мохов касаллиги бўйича эндемик ҳисобланган мамлакатларда M.leprgaeни лаборатория шароитида текшириш ва таҳлил қилиш йўлга қўйилган. Аммо бизнинг ҳудудимизда бу борада қатор камчиликлар мавжуд. Лепрофобия ҳисобига кўп жойларда лаборатория ходимлари бу ишдан бош тортишади. Беморлар ва уларнинг маиший контактлари орасида химиопрофилактиканинг ошиб бориши жараёнида антимикроб резистентликнинг аниқланмаслиги ачинарли ҳол албатта.

Кучли миграция шароитида ташқаридан инфекциянинг кириб келиши умуман ҳеч қачон мохов аниқланмаган ҳудудларда ҳам мутлақо янги ўчоқларнинг пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бу ҳолат кейинчалик маҳаллий халқ орасида касаллик тарқалиш хавфини келтириб чиқаради. Ҳозирги пайтда Ўзбекистонинг маълум аҳоли микдори турли давлатларда миграцияда юрганлигини унутмаслигимиз лозим.

Специфик дори препаратларидан клофазимин ва дапсон Республикамизда умуман йўқ. Шунинг учун ҳам биз ЖССТ нинг Ўзбекистондаги ваколатхонасидан, Глобал стратегик режа мўлжалланган (2022–2030) йилларда юқорида кўрсатилган дори препаратлари билан таъминлаб беришини режалаштирганмиз.

ГАНЗЕН (МОХОВ) КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ЮТУҚЛАР ВА ҲОЗИРГИ АҲВОЛ ТЎҒРИСИДА

Э.Х. ЭШБОЕВ, И.Д. ПАЛУАНОВ, У.Д. УТЕПБЕРГЕНОВА, Н.М. ШОКОЛОНОВА

РИДВ ва КИАТМ, Қорақалпоғистон Республиккаси Тахтакўпир ТТБ; Қорақолпоғистон Республикаси тиббиёт институти, АДМИ

Амалиётга комбинацияланган даво терапияси (КДТ) тадбиқ қилингандан сўнг мохов билан касалланиш салкам 95 % га камайиб кетди. Эндиликда янгидан аниқланган асосий беморлар амбулатория шароитида даволанмоқда. Республикамизнинг энг оғир зоналари бўлмиш Қорақалпоғистонда ҳам касалликнинг тарқалиши 10 000 аҳолига 1 дона бемор қайд қилинмаяпти. Яъни, ЖССТ томонидан (1991) белгиланган стратегик режа ўз исботини топди. Кейинчалик касалликни эрта аниқлаш чора тадбирлари янада такомиллаштирилди.

Комбинацияланган даво терапияси мажмуасига киритилган барча дори-дармонларни ҳамма жойда ва барча беморлар учун етарли миқдорда таъминланиши стратегик режанинг амалга ошишида ўзининг катта ҳиссасини қўшди. Лекин комбинацияланган даво терапиясини ўз вактида қўлламаслик, беморларнинг жисмоний жиҳатдан ногирон бўлиб қолишига сабаб бўлиши мумкин. Оқибатда уларнинг яқин қариндошлари ижтимоий ва иқтисодий жиҳатдан қийинчиликларга дуч келишади.

Республикамизда тинимсиз олиб борилган изланишлар туфайли кейинги 25 йил ичида мохов касаллигининг эндемик ўчоқлари тўлиқ ўрганилди. Болалар орасидан бирonта ҳам касаллик аниқланмади. Касаллик оқибатида юз берадиган ногиронликлар 30–40 % га камайтирилди. Мохов билан касалланиш эса спорадик ҳолатга туширилди.

Ҳозирги пайтда жами рўйхатда ва диспансер кузатувида бўлган беморларнинг орасидан 18 ёшгача бўлганлар йўқ. Уларнинг салкам 90 % ни 50–80 ёшдаги беморлар ташкил қилади. Ногиронлик структурасида контрактура – 60,5 %, мутиляция – 15,8 %, мушаклар амиотрофияси – 48,4 % ва кўриш органларининг зарарланиши – 28,7 % дан иборат. Эркаклар билан аёллар орасидаги касалланиш нисбати 1.8:1.0. Амалиётга комбинацияланган даво терапияси тадбиқ қилинган вақтдан бошлаб Республикада моховлар орасида касалланишнинг қайталаниши (рецидив) 1 % дан ошмаган. Моховга чалинган беморлар маиший контактлари орасидан янги беморларнинг аниқланиши, яъни оилада учраши турли давлатларда ҳар хил ва бу кўрсаткич

20-30 % ни ташкил қилади. Республикамизнинг Сурхондарё ва Хоразм вилоятларидан касалликнинг яна қайтадан битта оилада учраши 43,8 %; 48,5 % дан иборат бўлган (Эшбоев Э.Х., Бабажонов Х.Р. ва бошқалар;). Демак, биз бу омилга алоҳида эътибор беришимиз лозим.

Собиқ Иттифоқда беморларнинг маиший контактларига профилактика мақсадида дапсон препарати бир умрга ичишга берилар эди. Албатта дапсоннинг ножўя таъсири бўлган (анемияга олиб келган). Ҳозир ЖССТ таклифига биноан контактларга бир ойда бир марта химиотерапия воситаси сифатида рифампицин препарати такомиллаштирилган вариантда буюрилмоқда.

Беморлар ва уларнинг яқин қариндошларининг стигмага ва дискриминацияга учраши бу жуда оғир ҳолат деб талқин қилинади. Бу борада республикамиз масштабида жуда катта изланишлар ва ўзгартиришлар киритиш эътиборга моликдир.

Моховга қарши стратегик глобал режанинг амалга оширилиши Covid-19 пандемияси даврига тўғри келмоқда. Ушбу шароитни эътиборга олган ҳолда вирусли зарарланиш миқдорини кескин камайтириш билан бир қаторда лепролог мутахассисларни тайёрлаш, электрон услубларда кўпроқ ўқитиш, телемедицина, соғлиқни сақлашдаги мобил ускуналар ва бошқа инновацион ғоялардан фойдаланишимиз зарур.

ГАНЗЕН КАСАЛЛИГИДА ПЕРИФЕРИК НЕРВ ТИЗИМИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ ҲОЛАТИНИ ЎРГАНИШ

Э.Х. ЭШБОЕВ, И.Д. ПАЛУАНОВ

РИДВ ва КИАТМ, Қорақалпоғистон Республиккаси Тахтакўпир ТТБ

Ганзен касаллигида периферик нерв тизимининг яллиғланиши лепролог мутахссисларга сир эмас. Лекин ўқувчиларга уларни аниқроқ қилиб баён қилиш бизнинг асосий мақсадларимиздан бири.

Бизнинг узоқ йиллик тадқиқотимиз таҳлилларида маълум бўлдики, Ганзен касаллигида нерв тимизнинг зарарланиши туфайли ҳаракатнинг бузилиши, сезувчанликнинг камайиши ва мушакларда амиотрофия кузатилади.

Айниқса, оғриқ хиссининг пасайиши ёки бутунлай йўқолиши тактил (тегиниш) сезгининг кескин камайиши, ҳароратни сезмаслик, кейинчалик пиломатар, вазоматор каби функциялардаги ўзгаришлар, яъни тер ва ёғ безлари фаолиятининг бузилиши кабилардир. Айниқса, зарарланган ўчоқлар ўрнида тукларнинг тушиб кетиши Ганзен касаллигига хосдир.

Четки нерв тизими зарарланиши туфайли, масалан, қўл ва қўл бармоқларини, оёқ ва оёқ бармоқлари, кафтини иннервация қилувчи нерв тизими хизматининг бузилиш сабабли бармоқлар, қўл ва оёқларнинг холсизлиги, кўтариш ва тушуриш, очиш ва ёпиш каби фаолияти кескин пасаяди. Мускуллар аммотрофияси юзага келади. Оқибатда юриш ва ҳаракатда бузилишлар вужудга келади. Юқорида таъкидланганидек, неврологик клиник белгилар бизнинг назоратимиздаги беморларнинг 98,8 % ҳолатларида кузатилди.

Амалиётда аксарият ҳолларда қуйидаги нервлар зарарланганлиги аниқланади: n.aurikularis magnus, n.medialis, n.ulnaris, n.peroneus lateralis, n.facialis, n.supra orbitalis, n.trigeminalis, n.supra trochialis, n.radialis, n. medialis, n. tibialis, n. suralis

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИГА ҚАРШИ КУРАШ ХИЗМАТИНИНГ СТРУКТУРАСИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, И.Д. ПАЛУАНОВ

РИДВ ва КИАТМ, Қорақалпоғистон Республиккаси Тахтакўпир ТТБ

Ўзбекистон Республикасининг барча вилоят, шаҳар ва туманлари даволаш профилактика муассасаларида аҳоли орасида мохов касаллигининг олдини олиш ва унга қарши кураш Соғлиқни Сақлаш Вазирлиги томонидан тақдим қилинган ва белгиланган буйруқлар асосида олиб борилмоқда.

Кўрсатма ва топшириқларга таянган ҳолда ССВ Бош лепрологи томонидан йилда бир марта режа тузилади ва у Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази директори томонидан тасдиқланади. Ишнинг амалий қисмида жойларда маҳаллий тери-таносил касалликлари диспансерлари ва кабинетлари ходимлари томонидан мохов касаллигининг олдини олиш борасидаги фаолияти назорат қилинади. Штатсиз лепрологлар ва бошқа аралаш мутахассислар билан семинар машғулотлар ўтказилади. Рўйхатдаги беморлар ёки янги аниқланган касалларнинг ҳамда уларнинг маиший контактларининг сиҳат-саломатлиги кузатиб борилади. Талаб асо-

сида специфик дори ва дармонлар билан таъминланади.

Қорақалпоғистон худудида аниқланган барча беморлар шу Республикадаги «моховга қарши кураш диспансери» ходимлари томонидан қайд қилинади ва доимий назорат олиб борилади (Бош шифокор Нуратдинова З.К.).

Мохов (лепра) – терининг сурункали юқумли касаллиги бўлиб қолмай, балки нерв, кейинчалик кўриш тизимини зарарланиши билан кечадиган бутун организм касаллигидир. Шунинг учун ҳам касалликни эрта аниқлашда соғлиқни сақлаш тизимидаги ҳар бир даволаш профилактика муассасалари ходимлари иштирок этиши зарур.

Махсус йўналишдаги моховга қарши курашиш хизмати вилоят, шаҳар ва туманлар тери-таносил касалликлари диспансерлари ходимлари ва врач лепрологлар ҳамда маҳаллий эпидемиологлар томонидан олиб борилади. Қорақалпоғистон Республикаси, Тошкент шаҳри ва вилоятлар тери ва таносил касалликлари диспансерлари (лепрозория) раҳбарлари ва жойлардаги штатсиз лепрологлар эпидемиологик аҳволни эътиборга олган ҳолда шу йўналишдаги ташкилий ишларни амалга оширадилар.

Моховга чалинганларни ва янгидан аниқланганлар учун дастлабки специфик даво беморнинг клиник ва ижтимоий, иқтисодий аҳволига қараб Қорақалпоғистон Республикаси худудида жойлашган Республика миқёсидаги лепрозорияда, кейинчалик амбулатория шароитида даволанади.

Ўзбекистон Республикасида 60 ўринга мўлжалланган лепрозория Нукус шаҳридан 12–15 км узоқликдаги «Шағал кўпир» (Нукус тумани) қишлоғида жойлашган. Касалхонада 4 та шифокор фаолият кўрсатмоқда. Улардан 1 таси бош шифокор, 2 таси врач-лепролог ва яна 1 таси врач-лаборант. Ўзбекистон Республикасини қолган шаҳар ва ҳудудлари учун 1 та врач-лепролог РИДВваКИАТМ қошида иш олиб бормоқда.

Республикамиздаги барча вилоят, шаҳар ва туман тиббиёт бирлашмалари қошидаги тери ва таносил касалликлари хоналари, дерматовенерологлари ҳамда диспансерлар шифокорлари ҳамкорлигида лепра хизматига ёндош бўлиб ёрдам беришади. Аммо ушбу йўналишда ҳанузгача қатор камчиликлар мавжуд. Лепрофобия фақатгина оддий аҳоли орасида эмас, балки турли йўналишда ишлаётган тиббиёт ходимлари орасида ҳам ўз ҳукмини ўтказмоқда.

МОХОВ (ЛЕПРА) КАСАЛЛИГИНИ ДЕРМАТОЛОГИК ТАШХИСЛАШ АЛГОРИТМИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, И.Д. ПАЛУАНОВ

РИДВ ва КИАТМ, Қорақалпоғистон Республиккаси Тахтакўпир ТТБ

Мохов касаллиги одамларнинг сурункали юқумли тери касаллиги бўлиб, уни микобактериялар қўзғатади. Касаллик дунё аҳолиси орасида кескин камайиб кетганлиги сабабли у орфан хасталиклар ҳисобига киритилган.

Қорақалпоғистонда ўтган асрнинг биринчи ярмида мохов тез-тез учраб турар эди ва катта муаммоларни келтириб чиқарган. Ҳозирда бу ҳудудда ҳам хасталаниш спорадик ҳолатга тушурилган. 2023 йилнинг январь ойига келиб Қорақалпоғистонда 213 та ҳисобда тирик беморлар қолган. Шунинг учун ҳам биз мохов касаллигини тасхишлаш масаласини яна бир бор эътиборга олишни мақсад қилиб қўйдик.

Дарҳақиқат, дастлаб бемордан анамнезни тўлиқ йиғиш зарур. Аввалambор, унинг Республикамизнинг қаерида истиқомат қилишни ўрганиш зарур. Бизда Қорақалпоғистоннинг ҳамма туманларида, Хоразм, Сурхондарё ва Тошкент вилоятларида касалликнинг эски эндемик ўчоқлари борлигини ҳисобга олиш зарур.

Клиник текширишда тошмаларнинг ҳар хиллиги, тошмалар дастлаб асимметрик кейинчалик симметрикка ўтиши, аксарият ҳолларда тошмалар тананинг юқори қисмида, юзда, қулоқларнинг пастки қисмида, қўл-оёқлар терисида жойлашади.

Теридаги тошмалар узоқ вақт кетмайди. Олиб борилган даво муолажаларининг самараси сезилмайди. Тошмаларнинг асосий морфологик элементлари доғ, тугунча, тугин ҳисобланиб улар атрофида кенг инфильтратланиш ётади.

Доғлар оқ ёки пуштинома бўлиб юзаси ялтироқ бўлади. Касаллик авж олган даврда теридаги доғлар пуштинома қизил тусга киради. Зарарланган ўчоқлар чегараси ноаниқ бўлиб ўсиб боришга мойил бўлади. Қўл билан ушлаб кўрилганда четлари кўтарилган, ўртаси нисбатан паст бўлади ва қўшилиб кетиш хусусияти юқори кечади. Бу кўринишдаги тошмалар аксарият беморнинг бел, тананинг ён томони, чот оралиғи, болдир ва билак соҳасида жойлашади.

Мохов касаллигини ташхислашда яна периферик нерв тизимининг зарарланиши ва лаборатория изланиш натижаларига катта эътибор бериш зарур.

METHOD OF TREATMENT OF INFILTRATIVE AND SUPPURATIVE TRICHOPHYTOSIS

O.S. IMAMOV, I.N. ABDUVAKHITOVA, SH.X. MAKHMUDOV, G.SH. TOXTAYEV

Tashkent regional department of dermatology and venerology,
Tashkent medical academy

Relevance. In recent years, many observations have noted changes in clinical pictures of zooanthroponotic dermatophytosis, the appearance of their erased and atypical forms. In isolated cases, there were observed asymptomatic, erased, sluggish forms of microsporia of smooth skin, when focal lesions are detected do not have clear boundaries, pronounced inflammatory phenomena, significant peeling. They are usually mistaken for manifestations of seborrheic dermatitis, seborrhea, streptoderma, chronic trichophytosis. A characteristic feature of all dermatophytosis is a modification microflora. If earlier the most common pathogens of dermatophytosis were anthropophilic fungi, now they account for no more than 1 % flora. The main causative agents of microsporia and trichophytosis are zoophilic fungi. For microsporia, this is M. canis, trichophytosis – T. verrucosum and T. mentagrophytis var. gypseum. In Uzbekistan, trichophytia is more common, caused by zoophilic fungi, the role of which increases during periods of epidemiological outbreaks of mycoses. Zoophilic trichophytia, caused by pathogenic fungi of the genus Trichophyton, is one of the mycotic diseases of the skin and appendages, common mainly in rural areas and affecting both children and adults. In the etiological structure of zooanthroponous trichophytia, there are two pathogens-Trichophyton verrucosum, Trichophyton mentagrofites, var.gypseum, having different natural reservoirs, which determines the features of the epidemiology of trichophytia. When infected with T. verrucosum, the source of infection is most often cattle, when infected with T. verrucosum. mentagrophytes – mouse-like rodents. Seasonality is expressed, but there are differences related to the peculiarities of agricultural activities.

Purpose of the study. Study of the features of the concomitant microflora in the foci of infiltrative-suppurative trichophytia complex treatment of complicated forms of zooanthroponous trichophytia.

Material and research methods. Microbiological studies on concomitant microflora were carried out in the bacteriological laboratory of the Tashkent regional dispensary. For the qualitative and quantitative analysis of the skin microflora, the methods of flushing according to Willamsonet Kligman were used using sterile cotton swabs soaked in nutritious broth. Highly selective culture media were used for sowing: blood agar, yolk – salt agar, Saburo, Endo, etc. Washes were made from 1 cm2 of the skin surface.

Research results. The age structure was dominated by children of preschool and primary school age 46 (47,92 %), teenagers were 23 (23,96 %), adults – 27 (28,13 %). Microscopic examination of the hair from the lesion foci revealed Tr. Ectotrix in all cases. The growth of fungi in bacteriological culture was obtained in 46 (47,92 %) patients with this form, of which Tr. verrucosum (syn. Tr. faviforme) was determined in 32 patients, and Tr. Mentagrophytes var. gypseum – in 14 patients. There were 92 rural residents. Sources of infection were identified in 76 (30,4 %); the infection occurred from cattle kept in a private farmstead, as well as due to domestic contact with sick family members, acquaintances. In 5 (5,2 % %) patients with localization of the lesion in the pubic region, infection occurred during sexual contact with partners. The majority of patients – 29 (30,2 %), were involved in treatment in the first 7–14 days after the detection of signs of the disease in the period from 15 to 30 days – 41 (42,7 %), after 1–2 months – 8 (8,3 %), over 2 months – 8 (8,3 %).

Conclusion. The infiltrative-suppurative form of zooanthroponous trichophytia is often complicated by intoxication, lymphadenitis, a violation of the general condition of patients and has a progressive course against the background of traditional therapy with systemic and topical antimycotic drugs. In most cases, patients have secondary infection of the foci due to the activation of the skin microflora, increased colonization by staphylococci and opportunistic microorganisms of the intestinal group. The use of the combined antibacterial drug mupiroban in combination with systemic and topical fungicidal therapy contributes to a more successful dynamics of the inflammatory process and is not inferior in effectiveness to standard treatment methods.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГОНОРЕИ У ДЕТЕЙ

А.М. АБИДОВ

Кафедра кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней и СПИДа Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

Гонорея является одним из наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Она вызывается бактерией Neisseria gonorrhoeae и может привести к серьезным осложнениям, включая бесплодие и инфекцию других органов.

Хотя гонорея обычно ассоциируется с взрослыми, она также может встречаться у детей. В этой статье мы рассмотрим особенности клинических проявлений гонореи у детей и представим некоторые статистические данные.

Основными симптомами гонореи у детей являются выделения из мочеиспускательного канала или влагалища, а также боль или жжение при мочеиспускании. У детей младшего возраста, особенно у мальчиков, симптомы могут быть менее выраженными или отсутствовать вообще. В таких случаях диагноз может быть установлен только при проведении специальных тестов.

Согласно данным Центров контроля и профилактики заболеваний США (CDC), в 2018 году было зарегистрировано 1 758 случаев гонореи у детей в возрасте до 14 лет. Это составляет около 0,5 % от общего числа случаев гонореи в США. Большинство случаев (около 75 %) были зарегистрированы у девочек.

Несмотря на то, что гонорея у детей является редким явлением, она может иметь серьезные последствия. Например, у девочек она может привести к воспалению яичников и маточных труб, что может привести к бесплодию в будущем. У мальчиков она может привести к воспалению предстательной железы и других органов мочеполовой системы.

К сожалению, из-за того, что симптомы гонореи у детей могут быть менее выраженными, многие случаи остаются недиагностированными и не лечатся. Это может привести к серьезным осложнениям в будущем.

В заключение, гонорея является серьезным заболеванием, которое может встречаться у детей. Она может иметь серьезные последствия, поэтому важно обратить внимание на любые симптомы и провести своевременное лечение. Родители должны обучать своих детей правилам гигиены и предупреждать их о рисках передачи заболевания половым путем.

РОЛЬ НЕКОТОРЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ В ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У МУЖЧИН

А.М. АБИДОВ

Кафедра кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней и СПИДа Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

Проведено клинико-лабораторное обследование 34 мужчин в возрасте от 21 до 39 лет с воспалительными заболеваниями урогенитального тракта и репродуктивными нарушениями.

Для выявления этиологического фактора воспаления были использованы бактериологический, культуральный, ПЦР (отделяемое из уретры) методы, а также проводили забор крови на определение спец иммуноглобулинов М и G к хламидийной, ВПГ и ЦВМ инфекциям.

Установлено что у 27 (79,5 %) пациентов причинами воспалительного процесса мочеполовой сферы явились урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем. Моноинфекция выявлена лишь у 7 (25,9 %) больных, микст инфекция у 20 (74,1 %) больных.

В целом хламидийная инфекция выявлена у 22 (81,4 %), уремикоплазменная – у 18 (66,6 %), трихомонадная – у 7 (25,9 %), ВПГ II типа – у 8 (29,6 %).

Наиболее часто отмечались ассоциации хламидийно-уреамикоплазменной инфекции 8 (29,6 %), тогда как трихомонадно-хламидийно-уреамикопламенная инфекция выявлена в 6 (22,2 %) и хламидийно-уреамикоплазменно-вирусная инфекция в 4 (14,8 %) случаях.

Хронический простатит установлен у 29 (85,3 %) из 34 наблюдаемых нами больных. Также были выявлены хронический эпидидимит, везикулит у 13 (33,2 %) пациентов.

Изолированные нарушения в семенной жидкости (повышение лейкоцитов, агглютинация, слизь) с явлениями уменьшения общего количества и активности сперматозоидов выявлены у 19 (55,8 %), уменьшение полового влечения (либидо), быстрое семяизвержение, эректильная дисфункция у 14 (41,1 %) пациентов.

Многоочаговость поражений и значительная частота половых дисфункций установлены при ассоциации нескольких этиологических факторов.

Таким образом по-прежнему одним из ведущих этиологических факторов в возникновении воспалительных процессов урогенитального тракта и репродуктивных осложнений у мужчин являются урогенитальные инфекций передающиеся половым путем.

Одной из особенностей клинического течения на современном этапе является ассоциации нескольких возбудителей, многоочаговость поражения и репродуктивные нарушения, которые влияют на качество жизни пациентов.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИФИЛИСА В УЗБЕКИСТАНЕ

А.М. АБИДОВ

Кафедра Кожных и венерических болезней, детских кожных и венерических болезней и СПИДа Ташкентского педиатрического медицинского института, Узбекистан

Известно, что сифилис является одним из наиболее распространенных заболеваний, передающихся половым путем. Он вызывается бактерией Treponema pallidum и может привести к серьезным осложнениям, включая повреждение нервной системы, сердца и других органов.

В Узбекистане, как и во многих других странах, сифилис является серьезной проблемой общественного здравоохранения. Согласно данным Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в 2022 году было зарегистрировано 2 965 случаев сифилиса в стране. Это составляет приблизительно 8,2 случая на 100 000 населения.

Большинство случаев сифилиса в Узбекистане регистрируется в качестве скрытых форм заболевания (более 85 % случаев). При том, заболеваемость стало чаще регистрироваться среди сельского населения (около 60 %). Это можно объяснить увеличением внутренней и внешней миграции среди сельского населения страны.

Классические свежие формы сифилиса такие как высыпания на коже и язвы в области половых органов, увеличение региональных лимфоузлов регистрируются очень редко (4,2 % случаев), что можно объяснить самолечением пациентов из-за доступности антибактериальных лекарственных средств, обращением к смежных специалистам и ошибками в диагностике сифилиса. В некоторых случаях симптомы могут быть менее выраженными или отсутствовать вообще из-за удлинения инкубационного периода, что затрудняет диагностику заболевания.

В Узбекистане проводятся широкомасштабные мероприятия по профилактике и лечению сифилиса. В рамках национальной программы по борьбе со СПИДом и другими инфекционными заболеваниями проводятся кампании по информированию населения о рисках передачи заболевания и методах профилактики. Необходимо отметить, что в стране доступно качественное лечение сифилиса, включая антибиотикотерапию как в специализированных стационарах, так и в амбулаторных кожно-венерологических учреждениях.

Следовательно, сифилис остается серьезной медико-социальной проблемой дерматовенерологии и общественного здравоохранения в Узбекистане. В этой связи сифилитическая инфекция может привести к серьезным осложнениям, в том числе к врожденному сифилису и сифилису внутренних органов и систем. Поэтому важно обратить внимание на контроль качества обследования пациентов, обращающихся не только в государственные учреждения, но и в частный сектор здравоохранения, что позволит своевременно выявлять сифилитическую инфекцию, проводить качественное лечение данной патологии и будет является профилактикой распространения заболевания.

УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КДЦ ФГБУ «ГНЦДК» г. МОСКВА ЗА ПЕРИОД С 2005–2022 гг.

А.А. АБРАМОВ[1], Д.А. ГАРМАЕВ[1], А.Ю. БРАЖНИКОВ[1], К.И. ПЛАХОВА[2]

[1] ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский университет), Российская Федерация, 119048, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2,
[2] ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, Российская Федерация, Москва, ул. Короленко, 3, стр. 6

Введение. *Chlamydia trachomatis* является одним из наиболее распространенных бактериальных патогенов, вызывающих инфекции, передаваемые половым путем. Изучение эпидемиологических показателей, включая распределение заболеваемости по разным возрастным группам и половым категориям, позволит выявить тенденции и потенциально усовершенствовать эффективные стратегии профилактики и контроля данной инфекции. Эти аспекты имеют важное значение для охраны здоровья населения и снижения заболеваемости *Chlamydia trachomatis*.

Цель исследования. Провести анализ проявлений заболеваемости (многолетней динамики, распределения по полу и возрасту) урогенитального хламидиоза в г. Москва на базе ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов молекулярно-биологических исследований на наличие урогенитальной хламидийной инфекции 1201 пациента, обратившегося в КДЦ ФГБУ «ГНЦДК» Минздрава России за период 2005–2022 гг. Статистическую обработку и анализ результатов исследования проводили с использованием программ «Microsoft Excel 2010» и «IBM SPSS Statistics 22».

Результаты. Исследование показало, что за период 2005–2022 гг. количество положительных тестов с каждым годом уменьшалось, и среднегодовой темп снижения составил – 12,32%. Наибольшее число положительных результатов приходилось на 2007 год (206 человек). Распределение по полу равное. Доля мужчин среди зарегистрированных случаев составляет 52,75%, женщин – 47,25%.

Среди представленных диагнозов чаще всего встречались: A56.0 – Хламидийные инфекции нижних отделов мочеполового тракта (90,92%), A56 – Другие хламидийные болезни, передающиеся половым путем (5,82%) и A56.0 – Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов (2,74%). Остальные диагнозы встречались в единичных случаях. Более половины пациентов (52,2%) обратились с жалобами со стороны урогенитального тракта, а 47,8% пациентов имели бессимптомную форму заболевания и жалоб при обращении не предъявляли.

Пациенты в возрасте от 18 до 29 лет составляют наибольшую часть всех зарегистрированных случаев, а именно 57,28%. Группа пациентов в возрасте от 30 до 39 лет составляет 23,81%, подростки в возрасте от 15 до 17 лет составляют 10,82% всех зарегистрированных случаев, пациенты в возрасте 40 лет и старше составляют наименьшую долю среди всех зарегистрированных случаев, а именно 7,24%. Внутри отдельных заболеваний возрастное распределение не отличается от всех случаев, кроме A56,0 – Хламидийные инфекции органов малого таза и других мочеполовых органов, где подростки от 15 до 17 лет занимают второе место и составляют 21%, уступая только группе 18 до 29 лет (61%). Вне возрастных групп самая высокая заболеваемость приходилась на 17 лет (6,82%), 18 лет (6,32%) и 25 лет (6,32%).

Заключение. Анализ данных за период с 2005–2022 гг. свидетельствует о позитивной динамике снижения заболеваемости. Тем не менее, необходимо провести дополнительные исследования с целью выявления факторов, обусловливающих это снижение. Особое внимание следует уделить анализу ситуации среди подростков, которые занимают третье место по общей заболеваемости и второе по заболеваемости осложненными формами.

ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

М.И. АДИЛЬГЕРЕЕВА, М.А. ЮЛДАШЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность темы: Проблема диагностики и лечения заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека (ВПЧ), в последние годы привлекает особое внимание в связи с резким ростом заболеваемости, значительной контагиозностью и высоким онкогенным потенциалом данного возбудителя.

Цель работы. На основе литературных данных изучить методы лечения папилломавирусной инфекции у детей.

Материалы и методы исследования. Были обработаны литературные источники, а также произведен анализ клинических проявлений папилломавирусной инфекции у детей и иее лечение .

Результаты исследования: Оосновываясь на многочисленных исследованиях было установлено, что эпидемия ВПЧ-инфекции у взрослых не могла не отразиться на показателях распространенности этой инфекции и у детей. Именно поэтому заболеваемость аногенитальными папилломами и обычными бородавками у детей увеличивается. Распространенность инфекции среди детей и молодых взрослых составляет 10 %.

Пик заболевания приходится на возраст между 12 и 16 годами. Инкубационный период различен: для обычных бородавок он составляет от 1 до 6 мес.

Данные современных методов обследования показали, что папилломавирусные поражения у детей и подростков связаны с теми же типами ВПЧ, что и у взрослых, причем в силу физиологических особенностей и незрелости защитных механизмов дети и подростки более уязвимы, чем взрослые.

В современной научной литературе предлагается множество способов лечения клинических проявлений ПВИ (криодеструкция, электродеструкция, лазерная вапоризация, радиохирургическое удаление), но ни одна из методик не является приоритетной при выборе тактики лечения ребенка в силу высокого риска побочных эффектов и осложнений, технической сложности выполняемых манипуляций [Коколина, В.Ф., 2010].

Проведенный анализ современной литературы показывает, что наиболее эффективным методом лечения бородавок можно считать комбинированный метод, включающий деструкцию видимых поражений и иммунотерапию [Кубанова А.А. с соавт., 2011].

Несмотря на множество предложенных локальных методов лечения, остается высокой частота рецидивирования патологического процесса, что диктует необходимость поиска лекарственных средств, повышающих эффективность лечения.

Вывод: Суммируя все выше изложенное следует отметить, что данное заболевание является очень часто встречающимся среди маленьких пациентов, отсутствие надежных методов лечения и частое рецидивирование инфекции делают данную проблему одной из наиболее актуальных исследований.

ТЕРАПИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

М.И. АДИЛЬГЕРЕЕВА, М.А. ЮЛДАШЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время большое внимание исследователей и практикующих специалистов привлекают вопросы своевременной диагностики и эффективного лечения папилломавирусной инфекции (ПВИ) человека, что связано с неуклонным ростом ее распространенности, высокой контагиозностью и доказанной онкогенностью. Вирус папилломы человека (ВПЧ) обусловливает многообразие поражений кожи и слизистых оболочек. Полагают, что ПВИ носит оппортунистический характер, и манифестация болезни происходит на фоне изменений в иммунной системе, которая становится несостоятельной в распознавании и элиминации трансформированных вирусом клеток. В то же время, несмотря на широкое распространение инфекции и большое количество посвященных ей исследований, до настоящего времени мало изучены факторы, лежащие в основе рецидивирования ПВИ, изменений специфической и неспецифической реактивности организма.

В последнее время ПВИ стала часто регистрироваться в детском возрасте. Учитывая тропность ВПЧ к многослойному плоскому эпителию, важное значение имеет система местной защиты. Кожные покровы и слизистые оболочки являются механическим и функциональным барьером. Активация клеточного звена иммунной

системы при папилломавирусной инфекции, по мнению некоторых исследователей, может выражаться как в активации лимфопролиферативного ответа мононуклеарных клеток периферической крови, так и в привлечении в очаг инфекции клеток, формирующих воспалительный инфильтрат.

Иммунная система обладает широкими возможностями маневрирования в организации защитных реакций. Однако течение и исход одной и той же инфекции имеют множество вариантов, зависящих от генотипа хозяина.

Необходимы дальнейшее изучение и анализ механизмов иммунного дисбаланса, нарушений в иммунной системе и цитокинового профиля как топически ориентированных, так и системного характера, что позволит индивидуализировать схемы комплексного лечения таких больных с использованием наиболее рациональных иммунокорригирующих препаратов.

В настоящее время существующие методы лечения ПВИ, оказывают различный терапевтический эффект. Используют разные способы физической и химической деструкции генитальных кондилом (криохирургия, лазерная терапия с применением CO2 лазера, применение различных препаратов салициловой кислоты, трихлоруксусной кислоты, подофиллина, блеомицина), также применяется системная терапия с использованием препаратов интерферона, но, к сожалению, частота успешного лечения не велика.

В связи с этим нами у детей в возрасте 2–14 лет ($n = 18$) с различными формами ПВИ (вульгарные, плоские, аногенитальные бородавки) системно примененялся Гроприносин 500 (назначают детям в дозировке – 50 мг на кг массы тела ребенка в сутки, в 3–4 приёма). Длительность назначения составила 14–20 дней.

Эффективность от препарата нами отмечалась у 92 % пациентов в виде полного регресса элементов. При длительном наблюдении рецидива среди излеченных детей не было.

Таким образом лечение ПВИ у детей на современном этапе включает комбинированное применение системного назначения гроприносина и местной терапии. Отмечена высокая эффективность и отсутствие рецидивов у излеченных пациентов

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМОТРИПСИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МОЧЕПОЛОВЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА, Р.М. НАРЗЫКУЛОВ, Ж.А. НАЗАРОВ

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд Узбекистан

Целью настоящего исследования явилось изучение терапевтической эффективности комплексного метода лечения мочеполового трихомониаза у женщин трихополом в сочетании с химотрипсином и гентамицином с учетом предупреждения рецидивов заболевания и снижения частоты пост трихомонадных осложнений.

В процессы работы были обследованы и прошли назначенный курс лечения 125 больных мочеполовым трихомониазом женщин.

С целью выбора антибиотика, к которому была бы чувствительна бактериальная флора, проведено определение чувствительности к гентамицину, цефамизину, эритромицину, линкомицину, пенициллину, тетрациклину. Выяснено, что 90,0 % культур были чувствительны к гентамицину сульфату. Это определило выбор данного антибиотика для комплексной терапии мочеполового трихомониаза. Учитывая важную роль вагинальной флоры в поддержании воспаления, для более полного воздействия на патогенетические механизмы трихомонадного воспалительного процесса, было сочтено целесообразным, сочетать ферменты с антибиотиками, так как химотрипсин усиливает действие многих антибактериальных средств. Это основано на способности фермента активно расщеплять, и разжижать некротические массы, денатурированные белки, устранять питательную среду для микроорганизмов и улучшать проникновение антимикробных препаратов в очаг воспаления для тесного контакта с микробной клеткой. Известно, что химотрипсин обладает также иммуностимулирующим действием. Совместному применению химотрипсина и гентамицина предшествовали опыты in vitro, в которых изучалось влияние фермента на антимикробную активность гентамицина. Установлено, что фермент усиливал активность антибиотика, так как зоны задержки роста составляли в среднем у гентамицина сульфата 20,9+0,9 мм, в то время как с химотрипсином – 25,4+0,9 мм ($p < 0,01$).

С целью создания наибольшей концентрации в очаге поражения гентамицин и химотрипсин был применен местно. Готовили суппозитории с использованием нейтральной основы (масло какао 2,0) и 0,02 г гентамицина, 2,5 мг химотрипсина, которые вводили интравагинально 2 раза в сутки с интервалом 12 часов на протяжении 5 дней. Одновременно проводили специфическую терапию трихополом (1,0 г, 0,5 г, 0,5 г. с интервалом 8 часов, в течения 4 дней).

Излеченность трихомониаза наблюдали в 99,9 %, остаточный воспалительный процесс

лишь в 1,0 % случаев. О высокой эффективности нового метода свидетельствуют и данные, полученные при изучении жизнеспособности влагалищных трихомонад при этой схеме лечения. Их гибель наступало через 4–16 часов от начала лечения.

Предлагаемый метод предотвращает развитие рецидивов мочеполового трихомониаза и существенно снижает число посттрихомонадных воспалительных явлений (5,0 % против 61,9 % в группе сравнения ($p < 0,01$).

ХЕМОМИЦИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МОЧЕПОЛОВОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН

Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА, Р.М. НАРЗИКУЛОВ

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд Узбекистан

Цель исследования. Изучение особенности клинического течения, роли инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) при мочеполовом хламидиозе для разработки более эффективного метода терапии с учётом выявленных нарушений.

Под наблюдением находились 126 больных с диагнозом мочеполовым хламидиозом в возрасте от 17 до 44 лет. Из них городских жителей было 42 (33,33 %) и сельских 84 (66,67 %). Замужние 72 (57,14 %), не замужние 54(42,86 %). Давность заболевания составила от 6 дней до 6 лет. Боли внизу живота отмечали в 68 % случаях, зуд и жжения в области гениталий у 60 %, нарушение менструального цикла у 62 % больных. Среди больных мочеполовым хламидиозом у женщин преобладали репродуктивный возраст (от 17 до 33 лет). У 16 (12,70 %) больных заболевание протекало вульвитом, а также с явлениями уретрита у 38 (30,16 %), вестибулита у 12 (9,52 %), бартолинита у 18 (14,29 %), вагинита у 88 (69,84 %), цистита у 17 (13,49 %), эндоцервицита у 92 (73,02 %), эрозии шейки матки у 18 (14,29 %), метрита у 36 (28,58 %), эндометрита у 48 (38,10 %), оофорита у 41 (32,54 %), сальпингита у 32 (25,40 %) пациентов. У всех обследованных больных наблюдались выделения различного характера. Среди них у 22 больных женщин отмечались обильные выделения, у 74 скудное и умеренное выделения слизисто-гнойного, гнойного, творожистого характера, желтоватого или белого цвета с неприятным запахом. У больных данной патологией в 88 % случаях при бактериоскопическом исследовании отделяемого влагалища и шейки матки выявлялись значительный лейкоцитоз, у 12 % больных умеренный лейкоцитоз.

Обследование на ИППП проводили до и после лечения путем ПЦР диагностики на наличие ДНК Chlamidia trahomatis, Micoplasma geneticum, Micoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum и бактериологические исследования согласно приказу МЗРУз от 2012 г. При выявлении ИППП у женщин, также обследовались их половые партнёры. При обследовании на ИППП у больных урогенитальным хламидиозом выявлены у 8 (6,35 %) – гонококки; у 16 (12,70 %) – трихомонады; у 22 (17,46 %) – уреаплазмы; у 56 (44,44 %) – кандиды; у 86 (68,25 %) – бактериальная инфекция. Мочеполовой хламидиоз в 12 % случаев отмечался без сочетания с ИППП, и ассоциация с ИППП – у 88 % больных.

Вышеуказанные в организме больных урогенитальным хламидиозом женщин послужило нам поводом для разработки более эффективного метода лечения с учётом выявленных нарушений. При монохламидийной инфекции больные получали Хемомицин по 1 табл. (0,25 гр). 2 раза в день в течение 5 дней. Помимо Хемомицина больные получали внутри вагинальные суппозитории (химотрипсин (2,5 мг), метилурацил 1 мг. и флуконазол 50 мг.) 2 раза в день утром и вечером в течение 5 дней. При смешанной инфекции на фоне местной внутри вагинальной (суппозиторий химотрипсин (2,5 мг), метилурацил 1 мг.флуконазол 50 мг.) терапии пациенты кроме хемомицина принимали секнидокс по 2 таблетки (2,0 гр.) 1 раз в день, в течение 2 дней. Также больные получали витамины и биогенные стимуляторы.

От полученного лечения у больных на следующий день отмечались резкое уменьшение выделений из влагалища и шейки матки, на 3 день выделений полностью прекратились. На 6 день при обследовании гениталий (вульвы, уретры, влагалища, шейки матки) никаких признаков воспаления не наблюдались. Зуд, жжение и боли внизу живота исчезли на 2 день. При тщательном обследовании больных после окончании лечения на 7; 14:30 и 60 дни, инфекции ППП не выявлялись.

Полученные данные свидетельствуют, что включения в комплексной терапии больных с мочеполовым хламидиозом в сочетании со смешанными инфекциями ППП хемомицина и местно внутривагинальные суппозитории (химотрипсин, метилурацил, флуконазол) способствует более раннему сроку выздоровления.

ИЗУЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ТРИХОПОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА, Р.М. НАРЗЫКУЛОВ

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд

Цель исследования. Изучение концентрации трихопола в сыворотке крови кроликов при пероральном введении различных доз препарата для выбора в последующем его оптимальных доз для использования в клинике.

Для работы было взято 12 кроликов породы «шин-шилла». Концентрацию препарата в сыворотке крови эксперементальных животных определяли методом спектрофотометрии. Уровень концентрации трихопола в сыворотке крови был определен в процессе лечения у 30 женщин больных мочеполовым трихомониазом (332 пробы). В сыворотке крови кроликов выявлены значительные индивидуальные колебания препарата. Так, через час после перорального введения дозы, эквивалентной 0,5 г для человека, колебания концентрации препарата составляли от 6,8 до 10,7 мкг/мл (в среднем 9,2 мкг/мл). При введении дозы, эквивалентной 1 г, колебания были от 12,2 до 23,7 мкг/мл (в среднем 17,3 мкг/мл).

Изучение концентраций трихопола в сыворотке крови 20 больных мочеполовым трихомониазом женщин, леченных по схеме, показало, что максимальный уровень трихопола достигается через 1-2 часа после однократного приема 0,5 г препарата и затем наблюдается снижение его концентрации у всех обследуемых. Уже через 4 часа после приема препарата у 6 пациенток концентрация трихопола была ниже 12,0 мкг/мл, то есть верхного предела минимальной подавляющей концентрации для штаммов влагалищных трихомонад, через 6 часов – 9, через 8–12 часов – у всех обследуемых. На связь недостаточных концентраций трихопола в крови и неэффективности лечения указывает тот факт, что у 4 пациенток с рецидивом заболевания трихопол в сыворотке крови определялся в концентрациях, значительно ниже терапевтически эффективных.

Таким образом, показано, что высокая вероятность рецидивов при лечении мочеполового трихомониаза связана с особенностями фармокинетики трихопола – быстрым падением его уровня в сыворотке крови ниже порога терапевтически эффективных концентраций.

ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ПРИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМАХ СИФИЛИСА

Г.Д. КЛЕБЛЕЕВА, С.У. ТОШЕВ, Н.Х. ИСЛАМОВ

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд

Введение: Иммуноферментный анализ (ИФА) является одним из современных серологических тестов анализов на сифилис и используется для постановки диагноза как текущей, так и прошедшей сифилитической инфекции. Определение антитрепонемных Ig G и Ig M имеет определяющее значение для диагностики ранных форм врожденного сифилиса, дифференциальной диагностики реинфекции- рецидивов, а также для исследования причин возникновения состояния серорезистентности.

Цель исследования. Определить частоту обнаружения антитрепонемных Ig G и Ig M при серорезистентном сифилисе.

Материал и методы исследования. Исследованы сыворотки крови 25 больных (14 – мужчин и 11 женщин), у которых, после окончания лечения серологические реакции остались положительными. Основную возрастную категорию составляла группа больных от 20 до 40 лет – 12 больных, 8 больных – в возрасте от 40 до 50 лет, 5 больных-в возрасте от 50 до 60 лет. Процедура ИФА выполнялась согласно инструкции по применению, приложенной к тест-системе (ТС), оптическая плотность образцов регистрировалась с помощью планшетного спектрофотометра (Multiscan, Finland).

По механизму реакции, чувствительности и специфичности ИФА близок к реакциям иммунофлюоресценции (РИФ). Отмечено участие в указанных реакциях одних те же антител, близкий уровен титров, высокая частота совпадений результатов. Поэтому результаты Ig M-ИФА сопоставляли с КСР и РИТ.

Результаты. Для выявления IgM у лиц с серорезистентности целесообразно использовать тест-системы характеризующиеся высокой чувствительностью при поздних стадиях сифилиса. Применять для выявления IgM у лиц с серорезистентностью тест-системы, предназначенные только для ранней диагностики сифилиса, не рекомендуется. Так как по данным литературы чувствительность таких тест-систем при серорезистентном сифилисе составляет около 6 %. Результаты ИФА в группе больных серорезистентном сифилисом хорошо согласуется с представлениями о подавление экспрессии IgM после

адекватной специфической терапии при сохранении синтеза и циркуляции в крови Ig G.

Следует отметить, что все 25 сыворотки были негативными, но Ig G- позитивными с различной выраженностью оптической плотности (ОП). 18 образцов имели ОП выше 1,0 и 7 образцов – с ОП ниже 1,0. Традиционные серологические тесты были положительные.

Заключение: Одним из основных мероприятий, направленных на предупреждение увеличение заболеваемости сифилисом, является ранняя диагностика этой инфекции. В связи с разработкой более чувствительных, специфичных и менее трудоемких серологических методов стало возможным применение ИФА, а также использование его для подтверждения у больных сероре-зистентностью при сифилисе.

СКРЫТЫЙ РАННИЙ СИФИЛИС, ВСЕГДА ЛИ ОСТАЕТСЯ СКРЫТЫМ?

Н.К. КУРБАНОВА, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Введение. Причины регистрации раннего скрытого 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.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Д.Д. НАБИЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

В настоящее время ВИЧ-инфекция у детей является одной из актуальнейших проблем во всем мире. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) начиная с 2000 г. Прослеживается тенденция к уменьшению выявляемости ВИЧ-инфекции среди детей в возрасте 0–14 лет на 58 %, что связано с мероприятиями по предотвращению передачи ВИЧ от матери ребенку, в то время как заболеваемость среди подростков в возрасте 15–19 лет сохраняет свои позиции

Цель исследования. Изучение сопутствующей кожной патологии и клинико-лабораторных особенностей ВИЧ-инфекции у детей.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 108 детей в возрасте 4 месяцев до 18 лет, состоящих на учете в Ташкентском городском центре по борьбе со СПИ-Дом. На момент обследования распределение пациентов по возрасту было следующим: до 3 лет – только 5 (4,6 2 %) детей, от 4 до 7 лет – 7 (6,48 %), от 8 до 11 лет – 7 (6,48 %) и от 12 до 18 лет – 89 (82,40 %) детей.

Результаты исследования. Хронические и рецидивирующие инфекции кожи и слизистых – частое проявление ВИЧ-инфекции у детей. Так, в структуре дерматологической патологии у детей с ВИЧ-инфекцией преобладали вирусные заболевания, которые были зарегистрированы в 38 % случаях. Сопутствующая вирусная патология кожи у 16 (22,5 %) больных представлена опоясывающим лишаем и у 8 (11,2 %) – вирусом простого герпеса, которые характеризовались язвенными дефектами на коже и длились несколько месяцев.

Выводы. Кожные проявления ВИЧ-инфекции у детей характеризуются возникновением атипичного проявления различных дерматозов, имеют тяжелое течение, плохо поддаются лечению, являются плохими прогностическими симптомами и свидетельствуют о развитии клинических проявлений СПИДа и резком снижении иммунного ответа.

ТЕЧЕНИЕ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ

Д.Д. НАБИЕВА, М.И. АБДУЛЛАЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение течения контагиозного моллюска у ВИЧ-инфицированных детей на фоне антиретровирусной терапии.

Материалы и методы. Исследователи изучили дерматологические проявления у 10 ВИЧ-инфицированных детей и подростков в возрасте от 1–18 лет (средний возраст 9,4 ± 2,18 года), проживающих в Узбекистане. Для выявления поражений кожи наряду с клиническим осмотром пораженных участков, являющимся стандартным методом исследования, использовались вирусологические тесты и диагностика с помощью полимеразной цепной реакции. Были диагностированы различные локализации контагиозного моллюска, и дети были отобраны для дальнейшего обследования. Все исследования проводились с соблюдением этических норм, от родителей или опекунов обследуемых детей было получено письменное согласие.

Результаты и обсуждение. Применение антиретровирусной терапии у ВИЧ-инфицированных детей позволило улучшить общее состояние здоровья пациентов, столкнувшихся с ВИЧ-инфекцией и дерматологическими проблемами, характерными для общей популяции (Chelidze K. et al.), что приводит к целому ряду проблем. В основном это связано с атипичным течением и длительной продолжительностью заболевания, которое ранее считалось редким в педиатрической популяции.

В нашем исследовании клинические и лабораторные исследования показали, что наиболее эффективным препаратом АРВТ для лечения контагиозного моллюска является ламивудин – нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы, особенно в более распространенных случаях контагиозного моллюска. В результате девять из десяти пациентов полностью избавились от контагиозного моллюска в течение первого месяца лечения, не прибегая к местной обработке.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СТИГМЫ ВИЧ ИНФЕКЦИИ

А.Ж. НУРКЕНОВА, С.М. БАБИКЕНОВА

НАО «Медицинский Университет Астана», г. Астана, Казахстан

В последние годы особое место в формировании тяжелых клинических проявлений и коморбидных состояний у пациентов любого профиля занимает ВИЧ-инфекция. Указанное иммунодефицитное состояние характеризуется вторичными инфекциями с неблагоприятным течением, различными опухолями и крайне высоким показателем смертности.

Особе место среди специфических проявлений ВИЧ инфекции занимают кожные симптомы, так как уже с момента манифестации заболевания, являются наиболее частым и ранним ее проявлением. Учитывая, что ВИЧ поражает не только Т-лимфоциты-хелперы, который формирует иммунодефицит в целом, но и клетки Лангерганса, играющие важную роль в дермальных иммунных реакциях и, возможно, являющиеся местом первичной репликации ВИЧ в коже. Диагностика этих изменений нередко представляет большие трудности на догоспитальном уровне для врачей общего профиля, а также дерматологов и инфекционистов

Основными клиническими особенностями поражения кожи и слизистых оболочек у больных ВИЧ-инфекцией являются: различные возрастные группы, тяжелое течение, атипичные проявления, резистентность к терапии.

Патология кожи и слизистых оболочек играет немаловажную роль в ряду проявлений ВИЧ инфекции, а именно развитие хронических дерматозов, таких как себорейный дерматит, пиодермии, герпетическая инфекция и многое другое.

Цель исследования. Выявление клинических особенностей течения хронических дерматозов у ВИЧ-инфицированных больных на основании анализа данных медицинских карт стационарных больных.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 4 пациента в возрасте от 20 до 47 лет, которые получали лечение на базе кожно-грибкового отделения №2 Дерматологического блока Многопрофильной городской больницы №3 в городе Астана. Диагноз ВИЧ-инфекции всем пациентам выставлен впервые, до момента госпитализации в стационар пациенты о положительном ВИЧ-статусе не знали.

Клинический случай №1 – Пациент: А**.,** 1975 г.р. (47 лет).

Жалобы при поступлении: на высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей, выраженный зуд в области высыпаний.

Анамнез заболевания: со слов пациента впервые заболел 6 месяцев назад, когда появились высыпания на коже разгибательной поверхности предплечий в виде покраснения с выраженным зудом, появление высыпаний ни с чем не связывает. После расчесывания появились отек и гиперемия. Также пациент отмечает потерю веса на 35 кг, в течение последних 3–4 месяцев. Обследовался в отношении онкопатологии.

Локальный статус: Патологический процесс хронический. Распространен на коже туловища, верхних и нижних конечностей. Представлен множественными язвами с геморрагическим отделяемым, вокруг которого наблюдается гиперпигментация, диаметром 2–4 мм, множественные экскориации, массивные корки. Ногти и волосы не поражены.

Положительный серологический тест на ВИЧ (ИФА) от 20.01.23 г.

Диагноз: ВИЧ инфекция, клиническая стадия 3. Глубокая пиодермия.

Клинический случай №2 – Пациент В., 2002 г.р. (20 лет).

Жалобы при поступлении: на высыпания, зуд кожи.

Анамнез заболевания: со слов пациента болеет в течение 3-х лет, когда впервые появились высыпания на коже в средней части лба, носощечных складках, подбородке, внутренней части бровей, на волосистой части головы, висках, заушных складках, в наружном слуховом проходе. Дебют заболевания совпал со стоматитом. Отмечает хроническое рецидивирующее течение заболевания. Самостоятельно использовал мазь целестодерм, крем розамет.

Локальный статус: патологический кожный процесс хронический, распространенный, в стадии обострения. Локализован на коже в средней части лба, носощечных складках, подбородке, внутренней части бровей, на волосистой части головы, висках, заушных складках, в наружном слуховом проходе. Представлен на фоне эритемы инфильтрированными очагами, на поверхности толстые чешуйко-корки. Волосы в очагах поражения сохранны. Кожа лица пористая, отечная с телеангиэктазиями и шелушением на поверхности.

Положительный серологический тест на ВИЧ (ИФА) от 24.10.22 г.

Диагноз: ВИЧ инфекция, клиническая стадия. Себорейный дерматит, среднетяжелой степени тяжести, фаза обострения.

Клинический случай №3 – Пациент С., 2000 г.р. (22 года).

Жалобы при поступлении: на высыпания, шелушение и зуд в области высыпаний.

Анамнез заболевания: со слов пациента болеет в течение 2-х лет, когда впервые появились высыпания на коже в носо-щечных складках, на волосистой части головы, заушных складках, периоральной области. Начало заболевания ни с чем не связывает. Отмечает хроническое рецидивирующее течение заболевания. Самостоятельно наружно на высыпания использовал детский крем, хозяйственное мыло. Настоящее обострение связывает с перенесенным в октябре сильным стрессом.

Локальный статус: патологический кожный процесс хронический, в стадии обострения, симметричный. Локализован на коже в носогубных складках, на волосистой части головы, заушных складках, периоральной области. Представлен на фоне эритемы инфильтрированными очагами, на поверхности толстые чешуйко-корки. Волосы в очагах поражения сохранны.

Положительный серологический тест на ВИЧ (ИФА): от 02.02.2023 г.

Диагноз: ВИЧ инфекция, клиническая стадия. Себорейный дерматит, среднетяжелой степени тяжести, фаза обострения.

Клинический случай №4 – Пациент: Д., 1986 г.р. (36 лет)

Жалобы при поступлении: на высыпания в области левой половины лица, шеи, подмышечной области, левой боковой поверхности живота.

Анамнез заболевания: со слов пациента болеет более 7 месяцев, когда впервые высыпания появились на коже в подмышечной области, в виде покраснения, пузырьков. Далее процесс прогрессировал и перешёл на боковую поверхность шеи, боковую поверхность туловища слева. Самостоятельно наружно мазал бриллиантовую зелень.

Локальный статус: патологический процесс хронический, распространенный, асимметричный. Локализован на коже лица в области подбородка слева, левой поверхности щеки, шеи, подмышечной области, левой боковой поверхности живота. Представлен множественными пузырьками, сливающимися в пузыри с серозным содержимым в диаметре до 1 см, расположенные на гиперемированном фоне.

Положительный серологический тест на ВИЧ (ИФА) от 19.02.2023 г.

Диагноз: ВИЧ инфекция, клиническая стадия. Опоясывающий лишай, безболевая форма.

Заключение. Таким образом, хронические дерматозы клинически протекают тяжелее у ВИЧ инфицированных, чем у негативных пациентов. Хронические дерматозы оказывают существенное влияние на качество жизни ВИЧ-инфицированных, сложнее поддаются стандартным методам терапии. Это важно не только для более целенаправленной коррекции клинических проявлений хронических дерматозов, но и для своевременного выявления и лечения больных с ВИЧ-инфекций, так как кожные проявления могут быть первыми симптомами ВИЧ инфекции, в частности у молодых людей.

НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ГЕНИТАЛИЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА

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

Актуальность. Остроконечные кондиломы (ОК) гениталий, являясь часто встречающимся клиническим проявлением папилломавирусной инфекции (ПВИ), наиболее часто поражают контингент беременных. Проведено большое количество исследований, в ходе которых выяснилось, что ПВИ поражает не только саму женщину, но и существует риск вертикальной передачи инфекции плоду, что повышает актуальность данной проблемы. Доказано, что пациентки с вирусом папилломы человека (ВПЧ) относятся к группе высокого риска развития гестационных и перинатальных осложнений, таких как фетоплацентарная недостаточность (80 %), задержка внутриутробного развития (29 %), угроза прерывания беременности (62 %), преэклампсия (64 %). Высокая частота выявления ВПЧ у беременных обусловлена физиологической иммуносупрессией и возникающими пролиферативными процессами за счет гормональной перестройки организма, а также более частой его диагностикой в связи с тщательным мониторингом беременных. Развивающаяся после зачатия иммуносупрессия многофакторна и формируется как за счет изменений эндокринной системы, так и за счет определенных системных и местных иммунных реакций. В связи с чем, беременные находятся в зоне риска как первичного заражения ПВИ и другими инфекциями, так и манифестации латентно существующей вирусной инфекции.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 120 беременных в возрасте от 18 до 39 лет с остроконечными кондиломами гениталий на разных сроках беременности. Всем беременным было проведено подробное клинико-анамнестическое, микробио-

логическое и ПЦР-исследование отделяемого и соскобов урогенитального тракта на наиболее распространенные инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) и сопутствующую урогенитальную микрофлору.

Результаты и обсуждение. Давность заболевания составила до 1-го месяца у 51 (42,5 %) обследованных, у остальных 69 (57,5 %) сроки с момента появления кондилом до обращения превышали 1 месяц. У 45 (37,5 %) ОК имели рецидивирующее течение. Наибольшее количество беременных с ОК 55 (45,8 %) находились в возрастной категории от 18 до 25 лет и были первобеременными. У 105 (87,5 %) женщин при осмотре отмечались выделения из половых путей, из них у 79 (65,8 %) выделения были белого и молочно-белого цвета, жидкой консистенции, у 26 (21,7 %) – творожистые. При сборе клинического анамнеза, пациентки указывали на субъективные беспокойства, которые выражались в виде зуда и чувства жжения, болезненности 98 (81,7 %). Интенсивный рост ОК отмечен у 91 (75,8 %). При оценке гинекологического анамнеза отмечалась высокая частота перенесенных ранее воспалительных заболеваний женской половой сферы у 76 (63,3 %) – (таких как эндометрит, аднексит, сальпингит/сальпингоофорит, эндоцервицит, уретрит, кольпит, бактериальный вагиноз, эрозия шейки матки, полип, кандидоз) и также ранее перенесенных инфекций передаваемых половым путем у 39 (32,5 %) пациенток.

По результатам микробиологического и ПЦР исследования на ИППП и сопутствующую бактериально-вирусную микрофлору выявлялись возбудители: Neisseria gonorrhoeae – у 1 (0,8 %), Trichomonas vag – у 3 (2,5 %), у 7 (5,8 %) больных Chl. trachomatis, у 47 (39,2 %) больных была выделена Ureaplasma urealyticum, Mycoplasma genitalium была выявлена у 13 (10,8 %), Gardnerella vaginalis 24 (20,0 %), Candida – 87 (72,5 %). Обнаружение высокоонкогенных вирусных ДНК ВПЧ 16/18 и 31/33 типов отмечено: ВПЧ 16/18 типа у 34 (28,3 %), ВПЧ 31/33 типа у 14 (11,67 %) женщин, у 7 (5,8 %) женщин выявлено одновременное присутствие ВПЧ 16/18 и 31/33 типов.

Таким образом, нами отмечена высокая частота встречаемости некоторых инфекций урогенитального тракта у контингента беременных с ОК, что может являться одним из существенных факторов, способствующих иммуносупрессии и росту и рецидивированию ОК у беременных.

КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ У БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

Цель исследования. Изучение у больных с урогенитальным хламидиозом показателей местного иммунитета.

Материалы методы. Обследовано 86 пациента до и после лечения с воспалительными заболеваниями мочеполового тракта в возрасте от 20 лет до 46 лет. Материалом для исследования являлся соскоб из уретры при задержке мочеиспускания в течении не менее 6 часов, методом ИФА. Показатели оценивались в зависимости от распространенности воспалительного процесса.

Результаты исследования. Изучение концентрации иммуноглобулинов показали, что уровень Ig G и IgA был снижен у пациентов (734±85 мг/% и 57±6,1мг/% против 1021±82 мг/% и 87±9,4 мг/%) соответственно. Эти показатели были значительно ниже у пациентов с давностью заболевания более 5 лет. Это может указывать на выраженное подавление способности иммунокомпонентных клеток слизистой уретры к местному синтезу иммуноглобулинов и снижении уровня степени компенсаторной иммунодиффузии из периферического кровотока, которые на наш взгляд связаны с развитием состояния вторичного иммунодефицита вследствии длительно персистирующей инфекции.

Результаты количественного определения sIgA в секрете были повышены и составляли в среднем 53,3мкг/мл. Причем у 41 пациентов sIgA или отсутствовал (у 5 пациента) или был значительно ниже контрольного предела. Это пациенты, у которых уреаплазмоз ассоциировался с гарднереллезом, кандидозом, осложненным хроническим тотальным уретритом, хроническим простатитом и вторичным бесплодием. С другой стороны отмечается повышение уровня sIgA у пациентов с микст-инфекцией в виде хламидийно-трихомонадной с локализацией процесса в передней уретре и с давностью процесса не более 6 мес. После применения иммунотропной терапии отмечается усиление продукции s IgA слизистой уретры в достоверных пределах.

Уровни IgM и IgG были снижены у пациентов с осложненными формами течения урогенитального уреаплазмоза и микоплазмоза, но высокими у

пациентов с передним уретритом с давностью до 6 мес. и у пациентов, применявших в лечении пирогенал и гоновакцину. В процессе лечения уровень IgM повышался в 2-2,5 раза.

Выводы. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что состояние местного гуморального иммунитета сопровождается разнонаправленными изменениями концентраций иммуноглобулинов, степень выраженности которых зависит от давности и локализации процесса, примененного метода стимуляции и лечения.

ПОНЯТИЕ ОБ ИППП СРЕДИ МОЛОДЁЖИ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО И ТРАНСПОРТНОГО КОЛЛЕДЖЕЙ

Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

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

Опрос проводился среди учащихся медицинского и транспортного колледжей (100 человек), которые находились в возрасте от 15 до 19 лет. Из них юношей было 65 (65 %), девушек 35 (35 %). Для объективности ответов опрос проводился строго анонимно. В вопросах акцент был направлен на общие знания об ИППП и мерах профилактики. По данным опроса 89 (89 %) имели понятие об ИППП, причём среди и юношей и девушек показатели имели небольшое отличие. Из опрошенных юношей 40 (40 %) подростка абсолютно правильно ответили о видах ИППП с указанием трёх и более заболеваний, а 56 (56 %) ответили положительно, но одновременно указали такие заболевания как рак, туберкулёз, краснуха, бешенство и т.д. Остальные 3 (3 %) ответили о незнании видов ИППП. Из опрошенных девушек ответили абсолютно правильно с указанием нескольких видов ИППП 28 (40,2 %) человек, а 51 (51 %) ответили относительно правильно, т.е с указанием некоторых не относящихся нозологий к этой группе. Остальные 8 (8 %) девушек не знали или ответили неправильно. Однако, следует отметить, что большинство опрошенных подростков – 82 (82 %) отвечали о понятии ВИЧ/СПИД.

Среди юношей, о путях заражения ИППП, утвердительно ответили 90 (90 %), 5 (5 %) отвечали неправильно, а остальные 3 (3 %) – затруднялись ответить. Среди девушек, о путях передачи ИППП, утвердительно ответили 78 (78 %), 5 (5 %) ответили неправильно, а остальные 11 (15,8 %) лица, затруднялись ответить.

О доступности информации об ИППП среди 100 учащихся – 79 (79 %) подростков, (из них 80 (80 %) юношей и 75 (75 %) девушек) ответили положительно. 21 (21 %), (из них юношей 19 (19 %) и девушек 24 (24 %) говорили о недоступности информации.

На вопросы о путях заражения ИППП, в том числе ВИЧ/СПИДа были получены ответы разнообразного характера. Так на вопросы «можно ли заразиться ВИЧ/СПИДом через не стерильный медицинский инструментарий и можно ли заразиться ИППП, ВИЧ/СПИД после однократного полового контакта» большинство молодёжи 91 (91 %) ответили правильно, (из них (89 %) юношей и (95 %) девушек). Неправильно отвечали всего 3 (1,5 %) учащихся, а затруднялись ответить 19 (19 %) подростков.

О возможности передачи ИППП и ВИЧ/СПИДа бытовым путём соглашались 14 (14 %), из них юношей 14 (14 %), девушек 14 (14 %), а категорически отрицали 50 (50 %), из них юношей 55 (55 %), девушек 41 (41 %), затруднялись ответить или неправильно отвечали 35 (35 %), в том числе юношей 30 (30 %), девушек 44 (44 %). На вопрос о возможности передачи ИППП и ВИЧ/СПИДа через воздушно-капельный путь и укусы насекомых, множество подростков 64 (64 %), (в том числе юношей 61 (61 %), девушек 68 (68 %) ответили правильно, но в то же время, 23 (23 %) учащихся указали об отсутствии знаний об этом.

Таким образом, проведённые исследования показали, что среди молодёжи отмечается высокое знание об ИППП, однако необходимо учитывать, что в большинстве случаев 82,5 % это касается проблемы ВИЧ/СПИДа, а знание о других ИППП остаётся недостаточной. Следовательно, необходимо активизировать работу среди молодёжи по мерам профилактики ИППП и ВИЧ/СПИД путём проведения просветительских работ в учебных заведениях.

СОДЕРЖАНИЯ ГАММА-ИНТЕРФЕРОНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Межрайонный КВД №4 Алмазарского района г. Ташкента

Введение. В венерологии цитокиновый статус 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.

СОДЕРЖАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЛЮЕСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Ш.Т. ГАНИЕВА, Д.Х. ЖУМАНОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Введение. В венерологии изучение висцеропотологии при сифилисе имеет важное значение.

Цель исследования. Изучить состояние желудочного сока при гастролюесе.

Материалы и методы исследования. Обследованы 98 больных сифилисом: у 8 (8,49 %) установлен вторичный свежий, у 57 (57,8) – вторичный рецидивный, у 28 (28 %) ранний скрытый, у 4 (4 %)-нейросифилис и у 1 (1 %) – серорезистентный, возраст колебался от 91 до 60 лет, мужчины составляли – 65,3 %, женщины – 34,7 %. Кровь исследована в сероореакциях: РВ с кардиолипиновым и трепонемным антигенами, микрореакции, из специфических реакций – РИБТ, РИФ-200, РИФ-абс. Клинические проявления и сероореакции крови соответствовали установленным диагнозам. Проведено зондирование и исследование желудочного сока в двух этапах по методу Михаэлса.

Результаты исследования. У больных вторичным свежим и ранним скрытии в желудочном соке общая кислотность была сниженной – 35,5+/–7,01 и 34,8+/–3,22 м моль/л. В желудочном соке свободная соленая кислота по содержанию

тоне была сниженной – 18,8+/–4,6 и 15,1+/–2,2 м/моль л. (в норме 20/40 м моль/л). Связанная саленая кислота была на уровне контрольной группы (10–15 м моль/л) при вторичная свежая составил – 17,7+/–1,4 м моль/л вторичном рецидивном – 16,9+/–0,5 м моль/л раннем скрытом – 15,1+/–0,96 м моль/л.

У больных вторичным рецидивным сифилисом в желудочном соке – общая кислотность составил – 43,9+/–19,3 м моль/л, свободная соляная кислота – 21,4+/–1,6 м моль/л, связанная соляная кислота – 16,9+/–0,59 м моль/л.

Показатели общей кислотности у больных вторичным свежим сифилисом отмечены – от 7–74 м моль/л, от 6–68 м моль/л вторичным рецидивным и свободная соляная кислота – от 0–60 м моль/л. во всех стадиях сифилиса. Связанная соляная кислота колебалась от 2–6 м моль/л. во всех стадиях сифилиса.

Вывод. Таким образом, у больных сифилисом в желудочном соке не зависимо от стадии сифилисе отмечены изменения содержания общей кислотности и свободной, связанной соляной кислоты.

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.М. АБЗОИРОВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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 исследования. 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.

ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Ш.Т. ГАНИЕВА, Д.Х. ЖУМАНОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Введение. При сифилисе гастролюес – поражение желудка встречается часто, но диагностируются с трудом.

Цель исследования. Изучить у больных сифилисом состояние желудка путем эзофагогастродуоденофиброскопии (ЭГДФС).

Материалы и методы исследования. Обследованы 98 больных сифилисом: у 8 (8,49 %) установлен вторичный свежий, у 57 (57,8) – вторичный рецидивный, у 28 (28 %) ранний скрытый, у 4 (4 %) – нейросифилис и у 1 (1 %) – серорезистентный, возраст колебался от 91 до 60 лет, мужчины составляли – 65,3 %, женщины – 34,7 %. Кровь исследована в сероreакциях: РВ с кардиолипиновым и трепонемным антигенами, микрореакции, из специфических реакций – РИБТ, РИФ-200, РИФ-абс. Клинические проявления и сероreакции крови соответствовали установленным диагнозам ЭГДФС проведена всем больным, у которых не было противопоказаний.

Результаты. Из 8 больных сифилисом вторичным свежим – у 4 (50 %) в ЭГДФС выявлен субатрофический гастрит и гастродуоденит, эрозия, а также зернистую гиперпластический гастрит. Из 57 больным вторичных рецидивный – у 42 (70,2 %) выявлен гастрит. Из них: у 26 (48,6 %) – субатрофический, у 7 (12,3 %) – атрофический, у 6 (10,6 %) гастродуоденит, у 2 (3,6 %) – была язва, у 4 (7,0 %) – эрозия, у 2 (3,5 %) отмечен рубец.

Из 28 больных скрытым сифилисом: у 14 (50 %) определен субатрофический, у 1 (3,6 %) – катаральный, у 5 (17,9 %) – атрофический, у 4 (14,3 %) – гастродуоденит и по 1 случаю – эрозия, язва и рубец.

Из 4 больных нейросифилисом: по 2 – катаральный и субатрофический гастриты.

У 1 больного серорезистентностью выявлен субатрофический гастрит.

Вывод. Таким образом, при сифилисе ЭГДФС являясь чувствительным методом, в желудке может выявить специфические изменения.

СОСТОЯНИЕ ЛИКВОРА И НЕЙРОСИМТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ (НС)

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ

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

Введение. Оценка ликвора и нейросимптоматики у больных нейросифилисом (НС) имеет важное значение для диагностики и выбора тактики лечения НС.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились – 17 больных нейросифилисом (12 мужчин, 5 женщин) в возрасте 25–50 лет. Диагноз устанавливался на основании серологических реакций, клинических проявлений и исследований ликвора. Серологические реакции включили: КСР, РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем), РИФ (реакция иммунофлюоресценции) – РИФ-200 и РИФ-абс. Клинические проявления соответствовали общему течению сифилиса. Исследования ликвора включали: цитологические и серологические методы. Состояние ликвора оценивали соответственно классификации Робустова Г.В. усовершенствованной Фришманом М.П. (1975 г.).

Результаты. При цитологическом исследовании ликвора получены: цитоз до 10 клеток в 1 мм^3 отмечался у 15 больных, до 13 клеток в 1 мм^3 у двух больных. Общий белок до 1,0 промилле – в 14 случаях, до 1,66 промилле – у троих. Белковый коэффициент в 16 случаях составлял – до 0,2, а у 1 больного – 0,3. Реакция Панди в 14 случаях была позитивной по (1+) и в 3 случаях (2+), Нонне-Апельта в 13 случаях по (1+), а в 3 случаях – по (2+). КСР варьировала от (2+) до (3+) всех больных. Из специфических реакций: РИБТ сомнительной (до 40 %) была у одного больного, (от 41 % до 70 %) – у 3, свыше 70–100 % – у двоих. РИФ с цельным ликвором было – у 2 больных сомнительной, а у остальных 12

позитивность была – (3+; 4+). Таким образом, к I – типу патологии отнесены – 8 больных; ко II типу – 6, к III типу – 3 больных. Все проконсультированы неврологом. Субъективные расстройства: головные боли отмечены: у 4 больных, бессонница – у 1, шум в ушах и в голове – у 3, снижение зрения – у 3, раздражительность – у 14, головокружение – у 15, тошнота – у 3 и раздвоение в глазах – у 3 больных. В неврологической симптоматике у больных выявлены: горизонтальный нистагм – у 3, парез лицевого нерва – у 1, повышение сухожильных рефлексов – у 14, симптомы Якобсон-Ласка – у 4, Брисо – у 5, Бабинсого – у 3, пошатывание в позе Ромберга – у 7 больных. На основании клинических и ликворологических данных выставлены диагнозы: церебральный лептоменингит с астеноневротическим синдромом – у 7 больных, невыраженный менингит с астеноневратическим синдромом – у 5, менинговаскулит – у 4, менингоэнцифалит – в 1 случае.

Вывод. Таким образом, при тщательном исследовании нервной системы и ликвора у больных нейросифилисом можно выявить различные изменения, что подчеркивает значение исследования.

ИНТЕРЛЕЙКИН-2 В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.М. АБЗОИРОВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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.

СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАННЕМ СКРЫТОМ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ

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

Введения. Своевременное выявление и лечение сифилитического поражения нервной системы при скрытом периоде имеет непосредственное отношение к профилактике более поздних специфических изменения Нервной системы.

Цель исследования. Изучить состояние ликвора и нервной системы у больных раннем скрытным сифилисом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 26 больных ранним скрытым сифилисом. Из них мужчины составляли 20, а женщин 6. Возраст больных колебался от 24–52 лет. При этом в возрасте 21–30 лет больных был 3, 31–40 лет – 9, 41–50 лет – 8 и 51 лет и старше – 2 больных. Ликвор больных исследован цитологическим и серологическими методами в лабораториях центра.

Результаты. При цитологическом исследовании ликвора получены следующие результаты: клеточный состав ликвора (цитоз) был увеличен – у 22 больных до 10 клеток в 1 мм^3, а у 2 цитоз отмечен до 13 клеток в 1 мм^3 увелечение общего белка отмечено в 22 случаях до 1,0 промилли, а в 2 случаях до 1,66 промилли. Белковый коэффициент в 22 случаях составил до – 0,2 и у 2 больных отмечено – 0,3. Из глобулиновых реакций Р. Панди в 19 случаях позитивной по (1+) и в 5 случаях отмечена (2+) а реакция Нонне–Апельта – в 18 случаях отмечена позитивной (1+), а в 4 случаях – по (2+). Реакция Вассермана в трех разведениях была: в 3 случаях позитивность отмечена (–; –; +;), в двух (–; +; 2+) и в двух (+; 2; +3+). Реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) – сомнительной (до 40 %) была у одного больного, положительной (от 41 % до 70 %) у 2, свыше 70–100 % отмечена – у двоих. Реакция иммунофлюоресценции с цельным ликвором (РИФц) была у 2 сомнительной (1+), а у остальных 15 больных позитивность отмечена (3+; 4+) и демонстрировала высокую чувствительность. Патология ликвора оценена по классификации Г.В. Робустова усовершенствованный Фришманом М.П. и при этом: I-тип – в 9, II-тип – в 8 и III-тип – в 5 случаях. Все больные были консультированы неврологом. При этом отмечены субъективные расстройства: головные боли- у 3, бессонница – у 1, шум в ушах – у 2, снижение зрения – у 3, раздражительность – у 12, головокружение- у 20, тошнота – у 2 и двоение в глазах – у 3 больных. В неврологической симптоматике выявлены: горизонтальный нистагм – у 4 больных, парез лицевого нерва – у 1, повышение сухожильных рефлексов- у 18, симптомы Якобсон-Ласка- у 4, Бриссо – у 4, рефлекс Бабинского- у 3, снижение сухожильных рефлексов – у 5, пошатывание в позе Ромберга – у 6 больных. На основании вышеуказанных данных выставлены: церебральный лептоменингит – у 8, менингит – у 7, менинговаскулит – у 6, менингоэнцефалит – в 1 случае. Неврологические симптомы выявлены у больных в сочетании с ликворопатологией.

Вывод. Таким образом, у больных сифилисом скрытым ранним при тщательном исследовании нервной системы можно выявить различные изменения, в этом немаловажное значение имеют исследование ликвора и тщательное обследование больных неврологом.

СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.М. АБЗОИРОВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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.

УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.М. АБЗОИРОВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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 РИФ 200 – 100 %, а в РИФ abc –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 20–60 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 сероре-зистентностью 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.

СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Введение. В патологический процесс слуховой анализатор может вовлекаться даже на ранних стадиях сифилиса. Аудиологические тесты способны выявить ранние изменения слухового анализатора при сифилисе.

Материалы и методы исследований. Аудиометрия исследование была проведена нами у 64 больных, у 18 – диагностированы первичный и у 46 – вторичный сифилис. Диагноз ставился на основании клинических проявлений и результатов серологических исследований крови. Обследованные были в возрасте от 17–53 лет; мужчин были 34, женщин – 30. Возраст обследованных контрольной группы от 17–20 лет. Аудиометри больным сифилисом заключалась в проведении тональной, пороговой и надпороговой аудиметрии, ультразвукового исследования порога с определением ультразвука по общепринятой методике.

Результат исследований. У одного больного порог восприятия был высоким, у 1,2 % больных ровнялся 10 дБ. У больных с нормальным слухом надпороговые тесты и ультразвуковое исследование не проводились. По тесту Люшера у 5,2 % обследованных составлял до 0,6 дБ, что является еще одним доказательством поражения волосковых клеток внутреннего уха. Этот тест у 20,9 % обследованных имел нормальных дифференциальный порог. Согласна классификации Л.В. Неймана: 1 степень тугоухости выявлена – у 6,8 %, 2 степень – у 5,2 %, 3 степень – у 3,5 % больных. Выявлена кондуктивная тугоухость, еще у одного больного с хроническим тонзиллитом. Из заболеваний ЛОР – органов у 3 обследованных выявлен адгезивный отит, у 3 – хронический тонзиллит, у 1 – вазомоторный ринит.

Для изучения состояния слухового анализатора у больных сифилисом был изучен порог восприятия ультразвука: отсутствие восприятия к ультразвуку не выявлено ни у одного. Аудиологические данные выявляли у 23 больных тугоухость различной степени, из них у 17,3 % была кондуктивная, у 5,6 % нейросенсорная и 5,3 % смешанная форма тугоухости. Эти изменения в основном обнаруживались у больных вторичным сифилисом.

Вывод. Таким образом, у больных сифилисом при тщательном обследовании выявляются различной степени изменения со стороны слухового анализатора, что свидетельствует о необходимости у них аудиологического исследования.

МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕРДЦА У КРОЛИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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.

ПОРАЖЕНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ ЗАРАЗНЫХ СТАДИЯХ СИФИЛИСА

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Введения. При сифилисе могут поражаться различные органы и системы. Поражение ЛОР-органов при различных формах сифилиса встречаются редко.

Материалы и методы исследования. Нами проанализированы данные 155 больных сифилисом в возрасте от 18 до 50 лет, находившихся на стационарном лечении. По диагнозам больные распределились: первичный сифилис выявлен у 28 больных, вторичный у 127.Мужчины составили 49,2 %, Женщины – 50,8 %.

Результаты исследования. Клинические проявления и серологические данные соответствовали установленным диагнозам. Более выраженная позитивность серологических реакций крови отмечалась у больных вторичным сифилисом. При первичном сифилисе позитивность сероreакции колебалась от слабоположительной (2+) до резкоположительной (4+). Во вторичном периоде сифилиса сероreакции были резкоположительной (4+) в 32,3 % случиях, титр реагинов колебался от 1:5 до 1:60. Надо отметить, что 43,4 % больных с поражением ЛОР-органов выявлены при вассерманизации в соматических стационарах.

Сифилитические проявления обнаруживались на слизистой полости рта, чаще всего локализуясь в области миндалин. У 15,2 % больных имело место эритематозная специфическая ангина, когда яркое воспалительное явления охватывает слизистую мягкого неба, при этом воспалительный процесс носил разлитой характер. У 56,7 % больных специфическая ангина была ограниченной, распространяясь до передней дужки. кроме

того, преимущественно во вторичном периоде сифилиса встречались папулезные высыпания, то есть отмечались папулезная ангина (16,7).

Во вторичном периоде сифилиса поражение гортани проявлялось осиплостью голоса-сифилитической дистонией вследствие сужения голосовой щели папулезными высыпаниями (8,2 %).

Вывод. Таким образом, специалисты должны помнить, что у больных преимущественно вторичным сифилисом имеются различного рода изменения со стороны ЛОР-органов.

ГИСТОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ У КРОЛИКОВ

К.А. ЮЛДАШЕВ, О.К. МАНГИТОВ

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

Изучена морфологическая картина сифилитического поражения печени у экспериментально зараженных кроликов самцов (18-особей) с массой не менее 2,5–3 кг. Заражение проведено по общепринятой методике, для чего внутрикожно в область мошонки введена 0,5 мл взвеси патогенных бледных трепонем штамма Никольса. Кролики были забиты через 7, 21 и 35 дней

В печени кроликов, забитых через 7 дней после заражения, наблюдалась зернистая дистрофия с узелковыми инфильтратами, состоящими из лимфоидных и гистиоцитарных клеток. В этой группе кроликов изменения печени носили невыраженный характер.

В печени кроликов, забитых через 21 дней после заражения, изменения были более выраженными. Отмечалась вакуолизация и жировая дистрофия в цитоплазме. Единичные клетки имели дегенеративные изменения, местами с явлениями некроза. Было увеличено количество мезенхимальных клеток. Отмечались узелковые лимфогистиоцитарные скопления в большем количестве по сравнению с предыдущей группой экспериментальных кроликов.

В печени кроликов, забитых через 35 дней, кроме вышеуказанных изменений, по ходу капилляров печени отмечались узелки, состоящие из «звездчатых» эндотелиоцитов, богатых хроматином и лимфогистиоцином.

Таким образом, у эскпериментально зараженных сифилисом кроликов обнаружена изменения в печени, зависят от длительности существования сифилитической инфекции, и являются анологичными изменениями, выявляемыми в других органах.

НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП), У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩ ИХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА, 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 жен-

щин 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.

К ВОПРОСУ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

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;

– не учитывание при проведении терапии других форм микст-инфекций (ИППП нового поколения).

ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА ХАМРОХ КАСАЛЛИКЛАР ВА ҚОНДАГИ СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР КЎРИНИШИГА ТАЪСИРИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ, М.Қ. КОМИЛЖОНОВА

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 хамроҳ 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 текширилди ва мутахассислардан – терапевт, невролог, офтальмолог, ЛОР шифокори ва рентгенологлар томонидан текширилди. Серологик реакциялар ташхисга мос ҳолатда бўлишди.

Олинган натижалар: 203 нафар беморларда жами 591 нозологик бирликда ҳамроҳ касалликлар аниқланишди. Назорат гуруҳини 20 нафар захм беморлари ташкил қилишди, лекин уларда ҳамроҳ касалликлар аниқланмади.

Барча 591 нафар аниқланган касалликлар тизимларга бўлиб, ўрганилганда: ошқозон-ичак тизи-

ми 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 қилишди.

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 ОТИР ларнинг позитив ҳолатлари барча беморларда, назорат гуруҳидан юқори ҳолатда бўлишди.

Хулоса: Захм беморларида аниқланган ҳамроҳ касалликлари уларнинг қонидаги серологик реакциялар позитивлигини оширади ва бу позитивлик даволаш натижасида аста-секин сусая боради, бундан ўтказилган терапияни нафли ёки нафсизлиги ҳақида фикрласа бўлади.

ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА ЖИГАРНИНГ МОНООКСИГЕНАЗ ТИЗИМИ ҲОЛАТИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, А.К. МАНГИТОВ, М.Р. МАХСУДОВ, Ш.Х. МАХМУДОВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК,
Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази Тошкент вилоят ҳудудий филиали

Кириш. Захмда юрак-кон томир тизими,асаб тизими, ошкозон-ичак трактидан жигар фаолиятларининг бузилишлари кузатилади ва ушбу органларда патологик ўзгаришлар булишади. Ушбу сабабларни ҳисобга олган холда жигарнинг монооксигеназ тизими (МОТ)ни ўрганиш аҳамиятли ҳисобланади.

Тадқиқотни мақсади. Шундан келиб чиқиб, захмнинг турли босқичларида жигарнинг (МОТ) монооксигенезтизиш ҳолатини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Материал ва текширув усуллари. 45 нафар захмнинг турли босқичларидаги беморларда жигарининг МОТ ҳолати кўрсаткичларини стандарт асосида ўрганилди.

Ушбу, 45 нафар беморларнинг 22,2 %ини (10 нафар) иккиламчи қайталама захм, 44,4 %ини (20 нафар) эрта яширин захм ва 33,4 %ини (15 нафар) серорезистент захмга чалинган беморлар ташкил қилишди. Назорат гуруҳини 10 нафар соғлом шахслар ташкил қилишди.

Текширув натижалари. Олиб борилган изланишлар натижалари, шуни кўрсатдики, захм касаллигида тест-препарат антипирин кўрсаткичларида бузилишлар борлиги аниқланди: иккиламчи қайталама захмда антипирин T1/2 даври 20,08±1,06 соатга, эрта яширин захмда T1/2 даври 15,4±0,32 га ва серорезистент захмда T1/2 даври – 11,8±0,43 соатга тенг бўлди. Бу ҳолат назорат гуруҳи (10,7±0,37 соат) нисбатан T1/2 даври узайганлигини, ҳамда тест препаратни метаболик клиренс MCRни назорат гуруҳига (38,1±1,55 мл/кг соат) нисбатан иккиламчи қайталама захмда – 20,6±1,11 мл/кг. соатга, эрта яширин захмда 24,0±080 мл/кг.соат ва серорезистент захмда – 11,8±0,43 мл/кг. соатга пасайганлиги аникланди.

Хулоса. Шундай килиб, олинган натижалар шуни кўрсатдики, захм касаллигида жигарнинг МОТида патологик ўзгаришлар кузатилиши аниқланди. Бу эса, ўз навбатида захм касаллигининг патогенезини ўрганиш жараёнларини кенгайтиради ва ушбу кўрсаткичларга асосланиб захмда, такомиллашган даволаш чораларини ишлаб чикишга ундайди.

СОСТОЯНИЕ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ (МОС) ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИФИЛИСОМ В ДИНЕМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

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.

ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА ЭНДОГЕН ЗАҲАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, А.К. МАНГИТОВ, М.Р. МАХСУДОВ, Ж.Қ. РУСТАМОВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК,
Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази Тошкент вилоят ҳудудий филиали

Кириш. Ҳозирда захмда турли патогенетик ҳолатларни ўрганишларга қарамасдан, янгидан янги муоммолар кузатилмоқта. Маълумки, захмнинг турли босқичларида организмда бузилишлар кузатилади. Бу эса организмда бир қанча биокимёвий жараёнларнинг патологик томонига ўзгаришга сабаб бўлади. Натижада, катаболизмнинг кучайиши ва эндоген токсинларнинг зарарсизлантиришда етишмовчиликларни ривожлантирувчи махсус бўлмаган синдром сифатида қаралаётган эндоген заҳарланишга олиб келади.

Текшириш максади. Захм беморлари қонида даволашдан олдин ва кейин эндоген захарланиши кўрсаткичларидан эритроцитларнинг сорбцион хусусияти (ЭСХ), ўрта молекулар пептидлар (ЎМП) умумий методика асосида ўрганилди.

Материал ва текширув усуллари. Текшириш 50 нафар захм беморларидан – 20 %ини (10 нафар) иккиламчи қайталама захм, 50 %ини (25 нафар) эрта яширин захм ва 30 % (15 нафар) серорезистент захм беморлари ташкил қилишди. Назорат гуруҳи 10 нафар соғлом шахслардан иборат бўлишди.Беморлар 20–49 йошда болишиб,эркаклар 67 %ни, аёллар – 33 %ни ташкил қилишди.

Текширув натижалари. Натижалар шуни кўрсатдики, даволашдан олдин эндоген заҳарланиш кўрсаткичлари: иккиламчи қайталама захмда – ЭСХ-53,1±0,55ни ва ЎМП-0,372±0,004ни эрта яширин захмда ЭСХ-39,8±0,43 ва ЎМП-0,348±0,003 ва серорезистент захмда ЭСХ-38,1±0,20 ва ЎМП-0,305±0,002лар микдори назорат гуруҳига (ЭСХ-29,08±0,88 ва ЎМП-0,218±0,005) нисбатан микдоран етарли даражада ошганлигини кўрсатди. Анъанавий даволашдан кейин, бу кўрсаткичлар: иккиламчи қайталама захмда ЭСХ-35,2±0,42 ва

ЎМП-0,330±0,002,эрта яширин захм ЭСХ-33,8±0,43 ва ЎМП-0,300±0,002 ва серорезистент захмда ЭСХ-31,3±0,10 ва ЎМП-0,280±0,004 шартли тенглик пайдо бўлди. Аммо анъанавий даволашдан кейин эндоген заҳарланиш кўрсаткичлари даражаси назорат гуруҳи кўрсаткичлари даражасига етмади.

Хулоса. Олинган натижалар шуни кўрсатдики, захмнинг турли босқичларида эндоген заҳарланиш кўрсаткичлари даражаси даволашгача ошганлиги кузатилди. Бу эса касалликда, янги даволаш тадбирларини ишлаб чиқишга ундайди.

ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОРЕАКЦИЙ (ЛПБР) КРОВИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Введение. Для определения сифилитической инфекции серологические реакции крови является важным диагностическим тестом.

Цель работы. Изучить состояние эндокринных заболеваний при ЛПБСР.

Материалы исследования. 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.) имело 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 за 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 больных с ЛПБСР крови у 20 % больных обнаружены различные эндокринные нарушения.

Из них у 12 % больных отмечены заболевания щитовидной железы – зоб токсический и узловатый формы. При этом, надо отметить, что у них было повышено содержание трийодтиронина, тироксина и тиреотропного гормона (Т3, Т4, ТТГ) в крови. У 8 % больных диагносцирован 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.

О ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ КРОВИ (ЛПБСР) И ТАКТИКА ВРАЧА

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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 исследований. В диагностике сифилиса в настоящее время из сероreакций применяются: реакция Вассермана с трепонемным и кардиолипиновым антигенами, микрореакция и 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 анонимном кабинете).

Одновременно, осуществляются функциональные исследования – ЭКГ, ЭЭГ, РЭГ, УЗИ и более чувствительные методы (ЭхоКГ, ЭхоКС и т.д.).

После всего обследуемые лица, представляются осмотру смежных специалистов – терапевт, невролог, офтальмолог, ЛОР-врач, рентгенолог и т.д.

После, на основании полученных результатов (серология, объективные данные) решается диагнозы – 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 осторожно по отношению беременных женщин. При этом обследование можно повторить через 10 дней. Обследуемым необходимо провести разъяснительные работы о ЛПБСР.

Вывод. Таким образом, при состояниях ЛПБСР, обследуемым является разъяснения о необходимости неуклонности обследования по всем положенным стандартом.

О ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ (ЛПБСР) КРОВИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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 работы. Изучить причинных факторов, приводящих к ЛПБСР и интерпретировать их.

Материал и методы исследований. У 66 обследованных по поводу ЛПБСР исследована кровь в РВ, МР, и из 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 позитив-

ными: 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 были выявлены никаких заболеваний.

Вывод. ЛПБСР в практике венерологии встречается редко и при этом позитивность сероreакций отмечаются по-разному и в развитии ЛПБСР имеют значения различные сопутствующие заболевания у обследованных.

РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ (РЭГ) ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Межрайонный КВД №4 Алмазарского района г. Ташкента

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 22–60. 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 п оказывают, 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.

СОСТОЯНИЯ ЛИКВОРА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.М. АБЗОИРОВ

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
Межрайонный КВД №4 Алмазарского района г. Ташкента

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 26–45 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 РИФц – 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.

О СОСТОЯНИИ ПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ С СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, 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 исследования. 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 исследования. При морфологическом изучении плаценты после родов установлено, что поверхность плаценты была уменьшена и составила 297,7±42,1 см2 (в контроле – 331,4±23,4 см2). Объем плаценты был меньше – 680,2±85,1 см3 (в контроле 776,9±82,1 см3). 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.

ГОНОРЕЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 76 ЛЕТ (с 1946 по 2022 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 гонореи за 76 лет в Узбекистане за период с 1946–2021 гг. колебалась в зависимости от различных ситуаций в обществе.

В послевоенные годы гонорея начала увеличиваться. 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 – к 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. Это связано с бурным развитием в обществе, а также увеличением миграции среди населения.

Показатель 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. – снизилась 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. 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. Это связано с увеличением миграций населения, землетрясением, началом новостроек в Ташкенте.

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 составила – 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. Увеличилась новые слои бизнесменов, «челноков», началом формированием СНГ.

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. вырос до 25,6. Сформировалась СНГ, увеличивалась миграция населения, беспорядочный образ жизни.

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 Covid-19 и за 2021 г. интенсивный показатель составил – 8,9, а в 2022 г. – 8,6.

Таким образом, необходимо отметить, что заболеваемость гонореи, как социальная проблема, в зависимости от различных ситуаций в обществе может снижаться или увеличиваться.

СИФИЛИС В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 76 ЛЕТ (с 1946 по 2022 год)

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ

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

Введение: В венерологии изучение эпидемиологической ситуации сифилиса имеет важное значение.

Цель: Изучение эпидемиологической ситуации по сифилису в Республике Узбекистан за период с 1946 по 2022 гг.

Материалы и методы: Нами ретроспективно анализирована заболеваемость сифилисом за 76 лет от республиканских годовых «9 SSV» отчетных форм.

За 76-летний период заболеваемость сифилисом четыре раза дала рост. 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 вырос 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 1966 году в Ташкенте было землетрясение и увеличился миграция населения и началось строительство. В 1967 г. заболеваемость сифилиса 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» этой 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 76 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. Это связано с усилением миграции, началом создания СНГ, появлением новых слоев в сфере бизнеса.

Из-за примененных новых методов профилактики заболеваемость сифилиса начала снижаться и в 1998 г. составила – 45,5, в 1999 г. – 37,6, в 2000 г. – 25,9, 2001 г. – 27,5, а в 2002 г. – 25,9, в 2003 г. – 21,8, в 2004 г. – 19,2, 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 и за 2021 г. интенсивный показатель составил – 7,2, а в 2022 г. – 8,7.

Таким образом, заболеваемость сифилисом за 76 лет в Узбекистане в зависимости от социальных ситуаций в стране колебалась и это связано с сохранением диспансерного принципа работы.

СОСТОЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА, 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 исследования. 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.

Результаты исследования. Средние молекулярные пептиды (СМП) до начала лечения со-

ставили – 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≤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.

ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД 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 (РП ГА) 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 РУ з «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 исследования. Использованы образцы сыворотки крови больных сифилисом и здоровых лиц, обратившихся в РСНПМЦДВ иК для оказания первичной медико-санитарной помощи. Использован аттестованный ИХА -тест в кассетах (ONE STEP AN TI-TP TEST CAR D, производство Китай). Позитивные результаты в ИХА подтверждались классическим полным комплексом (КСР+ РИФ-200 + РИФ-абс + 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 исследования. 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 + РИФ-абс + 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.

СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ССС) У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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.

КОСМЕТОЛОГИЯ, ЭСТЕТИЧЕСКАЯ И АНТИВОЗРАСТНАЯ МЕДИЦИНА

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АКНЕ-КЕЛОИДА И ПОСТАКНЕ РУБЦОВ

Г.Н. АКИШЕВА, Д.Ж. АЗАНБАЕВА

НАО «Медицинский университет Астана»;
Кафедра дерматовенерологии и дерматокосметологии, г. Астана, Казахстан

Акне рассматривается как хроническое воспалительное заболевание кожи, которое встречается у 85 % населения в возрасте 12–24 лет и у 2–10 % населения в возрасте 25–45 лет. В основе патогенеза акне лежит воспаление, гиперпродукция кожного сала, фолликулярный гиперкератоз, гиперколониазация Cutibacterium acnes. Эволюция воспалительных элементов может завершаться формированием симптомокомплекса постакне, включающего поствоспалительную гиперпигментацию и различные формы рубцовых изменений.

Цель исследования. Провести дифференциальную диагностику клинических разновидностей постакне-рубцов и акне-келоида.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находился пациент, поступивший на стационарное лечение с диагнозом юношеские акне тяжелой степени тяжести, симптомокомплекс постакне. В клинической картине преобладали папуло-пустулезные элементы, многочисленные открытые и закрытые комедоны, множественные келоидные рубцы на коже лица, груди и верхней трети спины и плеча и множественные стрии на коже нижней части живота и спины. Для уточнения причины заболевания проведен комплекс лабораторных исследований и гормонального профиля, консультация эндокринолога гастроэнтеролога. Для постановки диагноза проведена дифференциальная диагностика между акне-келоид и симптомокомплексом постакне, представленным гипертрофическими и келоидными рубцами.

Результаты исследования. В результате исследований выявлена гиперинсулинемия (25,4 мкМЕ/мл). Консультация гастроэнтеролога: гастродуоденит. Консультация эндокринолога: ожирение 2 ст. (ИМТ-38.51), гиперинсулинемия, гипоталамический синдром (нейро-эндокринная форма).

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, гиперстенического телосложения. Рост – 183 см, вес – 126 кг, ИМТ – 37,62. грудные железы без особенностей. Отмечаются стрии в типичных местах.

Локальный статус: кожный патологический процесс хронический. Локализован на коже лица, затылочной поверхности волосистой части головы, груди, спины и разгибательной поверхности верхних конечностей. Представлен множественными папулопустулезными элементами и множественными келоидными рубцами разнообразной конфигурации и размеров от 0,5 см до 6 см в диаметре. Множественные стрии красного цвета на коже нижней части живота и спины.

Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность отягощена по ожирению и келоидным рубцам.

На основании объективной клинической картины и данных лабораторного исследования выставлен диагноз: Акне-келоид. Ожирение II степени. Гиперинсулинемия. Гипоталамический синдром (нейро-эндокринная форма).

Выводы. Акне-келоид является отличительной формой акне, для которой характерно формирование келоидных рубцов на месте воспалительных элементов, которые могут возникать на фоне различных нарушений эндокринного профиля и отягощенной наследственности. Правильная постановка диагноза и назначение своевременного лечения способствует уменьшению воспалительного процесса и профилактике рубцовых изменений.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И ВРАЧЕБНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

С.Х. ПУЛАТОВА, О.А. БАБАДЖАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Является частью работы по фармэкономике в эстетической медицине и врачебной косметологии. Проблема удовлетворенности процедурой неразрывно связана с показателем качества жизни и является практически неизученной в Узбекистане. Мы проводили сравнительный анализ процедур врачебной косметологии, дающих максимальную субъективную удовлетворенность пациента: дерматологических химических пилингов, мезотерапии препаратами гиалуроновой кислоты, введение ботулотоксина и контурной пластики.

Материал и методы исследования. Проводился ретроспективный анализ удовлетворенностью процедуры путем анкетирования 50 человек по стомиллиметровой шкале, с учетом эффекта, сроков реабилитации, осложнений, побочных реакций, длительности действия препарата и стоимости процедуры.

Результаты исследования. Наибольшую удовлетворенность получили пациенты от введения ботулотоксина – 82 %, контурной пластики – 71 %, химических пилингов – 62 %, мезотерапии – 58 %.

Выводы. Данное исследование имеет большое значение при формировании стратегии развития и работы клиник эстетической медицины и врачебной косметологии.

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА ПРОЦЕДУРОЙ КАК ОСНОВА РАБОТЫ КЛИНИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

С.Х. ПУЛАТОВА, О.А. БАБАДЖАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Проблему удовлетворенности при получении медицинской услуги в эстетической медицине и врачебной косметологии и предложить эффективную систему оценки составляющих удовлетворенности пациентов косметологическими процедурами.

Материал и методы исследования. для быстрой и эффективной оценки составляющих субъективной удовлетворенности нами предложена стомиллиметровая шкала оценки удовлетворенности.

Результаты исследования. данная шкала позволяет быстро и эффективно оценить различные составляющие удовлетворенности: удовлетворенность от процедуры (полученный результат, побочные реакции и осложнения, сроки реабилитации после процедуры, стоимость) и удовлетворенность работой клиники (уровень профессионализма среднего и младшего персонала, процессконсультирования, время ожидания, чистота в клинике, опыт работы клиники).

Выводы. Данные, полученные в результате анкетирования пациентов клиник, имеют большое практическое значение для оптимизации деятельности косметологических клиник, улучшения работы персонала и, как следствие, повышение качество косметологических услуг.

ГРОПРИНОСИН В ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕНИЙ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР

А.Б. РАХМАТОВ, Д.В. РАХМАТОВА

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

В настоящее время существует внушительный арсенал методов эстетической коррекции инволютивных изменений кожи, позволяющих с различной степенью эффективности и безопасности нивелировать клинические проявления старения кожи: аппликационные, инъекционные, аппаратные, малоинвазивные хирургические вмешательства и масштабные пластические операции. В последние годы значительно увеличилось количество проводимых малоинвазивных процедур, для которых характерны минимальные сроки реабилитации и высокий эффект, особенно в составе комплексных программ. Условно все методы коррекции инволютивных изменений кожи можно разделить на две группы: процедуры без нарушения целостности кожного покрова и с его нарушением (аблятивная лазерная терапия, инъекционные методики). Последние имеют большой риск развития инфекционных осложнений, в том числе обострение герпесвирусной инфекции. Наибольший риск обострения герпесвирусной инфекции отмечается после таких процедур, как химический пилинг, инъекционные методы, в том числе контурная пластика, аблятивные лазерные методики, микронидлинг.

На сегодняшний день описано восемь отдельных видов в семействе вирусов герпеса, которыми заражаются люди: ВПГ-1, ВПГ-2, вирус ветряной оспы, вирус Эпштейна-Барр, цитомегаловирус, вирус герпеса человека –6, –7, –8. Почти 90 % населения планеты инфицировано одним или несколькими вирусами простого герпеса (ВПГ), у 10–20 % из них отмечается рецидивирующее течение. Активация репликации вируса и иммунный ответ в основном приводят к острым клиническим симптомам, которые включают ангионевротический отек, эритему, местную боль и в дальнейшем формирование корки. Снижение вирусной нагрузки сопровождается улучшением симптомов. После косметологических процедур, как правило, отмечается активация ВПГ-1 и ВПГ-2, значительно реже может возникнуть опоясывающий лишай.

Терапия симптоматического ВПГ основывается на применении противовирусных препаратов: ациловир, валацикловира гидрохлорид и фамцикловир, которые купируют острые эпизоды заболевания, применяются при частых рецидивах и неконтролируемом течении, для предотвращения орального и генитального герпеса в течение короткого времени (перед значимыми событиями, косметологическими процедурами и т.д.).

В случае эпизода обострения ВПГ следует назначать инозин пробенокс (гроприносин) в дозе 500мг 4 раза в день в течение7 дней. Терапия должна начинаться в течение не позднее 24 часов после начала появления симптомов на стадии продромальной или эритематозной.

Профилактика герпесвирусной инфекции включает информирование пациентов о рисках реактивации герпеса, анализ потенциальных рисков на основании сбора анамнеза и назначение краткосрочной или длительной терапии гроприносином в зависимости от анамнестических данных пациента.

Следует указать, что много косметологов недооценивают повышенный риск осложнений косметологических процедур, в частности реактивацию герпетической инфекции, и не осведомлены о необходимости проведения профилактических курсов противогерпетической терапии, включая краткосрочные (эпизодические) и долгосрочные схемы применения противовирусных препаратов, в частности гроприносина.

В заключении следует отметить, что лучшая стратегия управления герпесвирусной инфекции в контексте проведения косметологических процедур, обладающих потенциальным риском в отношении реактивации вируса – это профилактика. Профилактические мероприятия должны включать тщательный сбор анамнеза с последующим анализом рисков обострения герпесвирусной и подбор персонифицированной супрессивной терапии. В этом плане гроприносин является наиболее обоснованным выбором и может быть рекомендован для применения в широкой клинической практике для супрессивной краткосрочной и длительной терапии.

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖИ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

У.Ю. САБИРОВ, Е.В. КАЛЕНДАРЁВА, М.З. НАЗАРОВА

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

Высокочастотная ультразвуковая диагностика кожи – это метод визуализации структуры кожи с высоким разрешением. Данный метод позволяет наблюдать структуру кожи на глубине до 10 мм с определением толщины эпидермиса, дермы, их акустической плотности и других параметров. Он используется в медицине для обнаружения различных расстройств и заболеваний. Так же с помощью данного метода врачи дерматологи и косметологи могут более детально идентифицировать состояние новообразований кожи, локализацию установленных филлеров, мезо нитей, оставшегося фиброза, образовавшихся рубцовых изменений. В последние годы ВУЗД также стал широко применяться в дерматологии и косметологии. С помощью данного метода врачи дерматовенерологи и косметологи смогут более детально идентифицировать состояние новообразований кожи, установленных филлеров, мезо нитей, фиброза, рубцовых изменений.

Области применения: Клиническая диагностика в дерматологии, косметологии, онкологии и пластической хирургии – Научные исследования.

Его особенности в этом контексте заключаются в следующем:

1. Неинвазивность: Метод не является инвазивной процедурой, то есть не требует никаких разрезов или инъекций. Это делает её безопасной и безболезненной для пациентов. И так как, метод неинвазивный это значительно уменьшает риск возможных осложнений для пациентов.

2. Высокое разрешение: благодаря высокому разрешению, может обеспечить точное изображение состояния кожи и предоставить информацию о глубине поражения. Точность и детализация позволяет получить детальное изображение структуры кожи. Это позволяет выявить детальные изменения и проблемы. Ультразвуковые волны могут проникать глубоко в кожу. Что позволяет изучить состояние дермы и подкожных слоёв. Это позволяет выявить проблемы, которые находятся на более глубоких слоях кожи.

3. Универсальность: Метод может использоваться для диагностики различных дерматологических заболеваний, а также для оценки эффективности косметических процедур. А также, метод может использоваться для диагностики таких кожных заболеваний как акне, экзема, псориаз, меланома, базалиома, плоскоклеточный рак.

4. Безболезненность: Поскольку это неинвазивный метод, то он является безболезненным и требует минимальных ограничений для пациента.

5. Контроль за процессом лечения: ВУЗД может использоваться для наблюдения за процессом лечения и оценки его эффективности. Это позволяет контролировать изменения состояния кожи и принимать соответствующие меры.

Общая совокупность этих особенностей делает метод мощным инструментом для дерматологов и косметологов в их работе. Он обеспечивает более точную диагностику и лучше контролирует процесс лечения, что может привести к более эффективным результатам лечения и более успешной косметической процедуре.

Высокочастотная ультразвуковая диагностика кожи в дерматологии и косметологии является новым перспективным направлением и позволяет не только визуализировать патологические изменения кожи, но и контролировать эффективность проводимых косметологических процедур.

В целом, высокочастотная ультразвуковая диагностика кожи является полезным инструментом для дерматологов и косметологов, который помогает детально изучить состояние кожи и определить оптимальные методы лечения и ухода за кожей.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОГО ЛАЗЕРА НА КРАСИТЕЛЯХ PDL 595 NM ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИННЫХ ПЯТЕН.

У.Ю. САБИРОВ, С.Р. МУМИНОВА

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

Винное пятно (пламенеющий невус, nevus flammeus, portwinestain) Является аномалией развития поверхностных сосудов кожи. Официальное название данной патологии-капиллярная мальформация. Это врожденное поражение капилляров – дефект светлого или темного вишневого оттенка с неровными очертаниями. Сама по себе капиллярная ангиодисплазия пройти не может, доставляя серьезный эстетический дискомфорт пациенту. Ведущим патологическим признаком является врожденное стойкое расширение кровеносных сосудов кожи. При винных пятнах поражение возможно не только поверхностного, но и глубокого сосудистого сплетения. В результате нарушения симпатической иннервации сосудистого тонуса в период внутриутробного развития на поверхности кожи формируется красное плоское пятно.

Лазерное лечение винных пятен обладает интенсивным и повреждающим действием на сосуды. Лазерное воздействие на сосуды основано на селективном фототермолизе. Селективный фототермолиз – это процесс направленного воздействия на хромофоры. В случае винных пятен хромофором выступает оксигемоглобин в сосудах (артериолы, венулы, капилляры). Непосредственно после процедуры возникает местная гипоксия (кислородное голодание), которая запускает защитный механизм – ангиогенез (рост новых сосудов). В этот момент начинают вырабатываться различные факторы роста, в частности, фактор роста эндотелия сосудов. Эти факторы активируют различные сигнальные пути, приводящие к повторному росту и восстановлению сосудов.

Процедура лазерного удаления винных пятен на лице и других зонах импульсным лазером на красителе PDL с длиной волны 595 nm эффективна при образованиях разного диаметра и оттенка.

Цель исследования. Заключалась в оценке безопасности и эффективности лазерной терапии импульсный лазер на красителе PDL с длиной волны 595 nm при винных пятнах. Всего количество пациентов с диагнозом винные пятна составила 17 человек. Возраст пациентов был от 3 до 47 лет. Расположение патологических элементов-пятен преимущественно локализовались в области лица, шеи и верхних конечностях. Все пациенты получали лазерное лечение импульсным лазером на красителе PDL с длиной волны 595 nm, кратность процедуры 1 раз в месяц, всего 8–12 процедур. Пятна были обработаны лазером следующими показателями: флюенс от 4 до 10 Дж/см^2, импульса 0,45 мс, размер пятна 7 или 10 мм использовали с межимпульсной задержкой в для достаточного охлаждения. Результаты исследования после трех лазерных процедур, показало клиническое улучшение у 14 пациентов, что составило – 82,3 %, 3 пациента отметили улучшение после 6 процедур лазерного лечения.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВУСА ОТА ПИКОСЕКУНДНЫМ ЛАЗЕРОМ

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

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

НевусОта, также известный как окулодермальный меланоцитоз или невус fuscocaeruleus ophthalmomaxillaris, представляет собой тип врожденного кожного меланоцитоза, который поражает участки, иннервируемые первой и второй ветвями тройничного нерва. Он проявляется в виде крапчатых пятен от коричнево-серого до сине-черного цвета, которые могут поражать кожу, конъюнктиву, склеру, барабанную перепонку или слизистую оболочку рта и носа пораженных дерматомов. В случае расположения подглазнично, данный невус может быть причиной периорбитальной гиперпигментации. Невус Хори был впервые описан в 1984 году Hori et al. и определяется как приобретенный двусторонний невус в виде пятен Ота. Клинически он проявля-

ется гиперпигментацией от сине-коричневых до сланцево-серых пятен с преобладанием скуловой области, которая может распространяться на периокулярную область, вызывая темные круги. Отчетливое отсутствие поражения глаз или слизистых оболочек отличает невус Хори от других форм кожного меланоцитоза. Развитие гипермеланоза связано с воздействием инсоляции, гормональными изменениями во время беременности, часто хронический атопический дерматит связан с развитием невусов Хори.

В настоящее время для лечения невуса Ота применяются пикосекундные Nd:YAG-лазеры с длиной волны 1064 нм. Также доказана эффективность пикосекундного Nd:YAG-лазера при других дермальных пигментных поражениях смешанного типа, таких как идиопатическая меланодермия, невус Беккера, пятнистый невус и поствоспалительная гиперпигментация

Цель исследования. Была оценка эффективности и безопасности Nd:YAG лазера с длиной волны 1064 нм при лечении невуса Ота. Нами был проведен ретроспективный анализ пациентов с невусом Ота, которые проходили лечение в отделении дерматокосметологии РСНПМЦДВиК, пикосекундным Nd: YAG-лазером с длиной волны 1064 нм с 2019–2023 гг. Лечение другими лазерами у данных пациентов было исключено.

Всего в ретроспективное исследование были включены 23 пациента. Средний возраст на момент начала лечения составлял 33,4 лет (от 12 до 64 лет). У пациентов получавших лазерное лечение фототип кожи преимущественно был 3–4 по Фитцпатрику. Пикосекундный Nd:YAG-лазер с длиной волны 1064 нм и средней мощностью 1,7–4,2 Дж/см^2 использовался с интервалом в 1-2 месяца. Эффективность лечения оценивали клинически и с помощью компьютерной визуализации Antera. Средний показатель индекса меланина у 23 пациентов до лечения составил 3,4 балла. После 4 сеансов лазерной терапии он снизился на 1,6 раз, что составило 1,9 баллов. Поствоспалительная гиперпигментация после лечения наблюдалась у 2 (5,8 %) пациентов. Таким образом, пикосекундный Nd: YAG-лазер с длиной волны 1064 нм является эффективным и безопасным методом лечения невуса Ота, так как показал свою высокую эффективность и высокий клиренс безопасности у пациентов с невусом Ота.

ПРИМЕНЕНИЕ ПИКОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ ГИПЕРПИГМЕНТНЫХ НАРУШЕНИЙ КОЖИ

У.Ю. САБИРОВ, С.Р. МУМИНОВА

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

Как известно, часто встречающейся проблемой, которая в значительной степени снижает качество жизни пациентов является гипепигментация лица. Лечение данных нарушений до сих пор остается сложной проблемой в клинической дерматологии. Виды гиперпигментации включают в себя такие состояния как: поствоспалительная гиперпигментация, меланодермия, солнечное лентиго, веснушки, мелазма и пятна цвета кофе с молоком.Солнечное лентиго (актинический кератоз) пигментное нарушение затрагивающее эпидермис кожи, часто проявляется у взрослого контингента, вследствие солнечной инсоляции. Наиболее безопасным методом лечения солнечного лентиго считается воздействие лазером. Согласно теории селективного фототермолиза, селективность лазера по отношению к коже обусловлена тем, что световые волны разной длины поглощаются разными хромофорами кожи. Это позволяет «селективно» уничтожать структуры-мишени без повреждения окружающих тканей. Тремя основными хромофорами кожи являются вода, гемоглобин и меланин.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность пикосекундного Nd:YAG-лазера с длиной волны 532 нм для удаления солнечного лентиго.

Материал и методы исследования. Изучение эффективности лазерного лечения с прменением пикосекундного лазера при солнечном лентиго было проведено у 38 больных с различными клиническими формами актинического кератоза. Для установления диагноза и оценки результатов лазерного лечения применяли осмотр под лампой Вуда и дерматоскопию. Кожно-патологический процесс располагался преимущественно на коже лица и тыльной поверхности кистей рук. Морфологически элементы представляли собой хорошо очерченные плоские пигментные пятна от коричневого до темно-коричневого цве-

та размером от 3 мм до 5 мм. Патологические очаги были обработаныпикосекундным лазером с настройкой 532 нм, плотностью энергии 0,3–0,7 Дж/см^2, размер пятна 4–6 мм. Количество сеансов составляло 2–3 процедур кратностью 1 раз в 3–4 недели.

Результаты исследования. Контроль эффективности лазеротерапии проводили через 3–4 нед использования после сеанса лазерной терапии. У всех пациентов во время 2-го посещения отмечалось улучшение состояния кожи, с точки зрения выраженности пигментации. Через 1 месяц после окончания курса лазерной терапии наблюдалось полное исчезновение или значительное уменьшение пигментации у 34 (94,7 %) пациентов, без каких-либо осложнений. Таким образом, был сделан вывод, что при лечении эпидермальных гипепигментных поражениях кожи пикосекундный Nd:YAG-лазер (1064 нм)следует рассматривать в качестве лечения первой линии, так как он эффективно удаляет пигментацию с высокой степенью удовлетворенности пациентов.

ПРИМЕНЕНИЕ ПИКОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ ГИПЕРПИГМЕНТНЫХ НАРУШЕНИЙ КОЖИ

У.Ю. САБИРОВ, С.Р. МУМИНОВА

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

Как известно, часто встречающейся проблемой, которая в значительной степени снижает качество жизни пациентов является гипепигментация лица. Лечение данных нарушений до сих пор остается сложной проблемой в клинической дерматологии. Виды гиперпигментации включают в себя такие состояния как: поствоспалительная гиперпигментация, меланодермия, солнечное лентиго, веснушки, мелазма и пятна цвета кофе с молоком.Солнечное лентиго (актинический кератоз) пигментное нарушение затрагивающее эпидермис кожи, часто проявляется у взрослого контингента, вследствие солнечной инсоляции. Наиболее безопасным методом лечения солнечного лентиго считается воздействие лазером. Согласно теории селективного фототермолиза, селективность лазера по отношению к коже обусловлена тем, что световые волны разной длины поглощаются разными хромофорами кожи. Это позволяет «селективно» уничтожать структуры-мишени без повреждения окружающих тканей. Тремя основными хромофорами кожи являются вода, гемоглобин и меланин.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность пикосекундного Nd:YAG-лазера с длиной волны 532 нм для удаления солнечного лентиго.

Материал и методы исследования. Изучение эффективности лазерного лечения с прменением пикосекундного лазера при солнечном лентиго было проведено у 38 больных с различными клиническими формами актинического кератоза. Для установления диагноза и оценки результатов лазерного лечения применяли осмотр под лампой Вуда и дерматоскопию. Кожно-патологический процесс располагался преимущественно на коже лица и тыльной поверхности кистей рук. Морфологически элементы представляли собой хорошо очерченные плоские пигментные пятна от коричневого до темно-коричневого цвета размером от 3 мм до 5 мм. Патологические очаги были обработаныпикосекундным лазером с настройкой 532 нм, плотностью энергии 0,3–0,7 Дж/см^2, размер пятна 4–6 мм. Количество сеансов составляло 2–3 процедур кратностью 1 раз в 3–4 недели.

Результаты. Контроль эффективности лазеротерапии проводили через 3–4 нед. использования после сеанса лазерной терапии. У всех пациентов во время 2-го посещения отмечалось улучшение состояния кожи, с точки зрения выраженности пигментации. Через 1 месяц после окончания курса лазерной терапии наблюдалось полное исчезновение или значительное уменьшение пигментации у 34 (94,7 %) пациентов, без каких-либо осложнений. Таким образом, был сделан вывод, что при лечении эпидермальных гипепигментных поражениях кожи пикосекундный Nd:YAG-лазер (1064 нм)следует рассматривать в качестве лечения первой линии, так как он эффективно удаляет пигментацию с высокой степенью удовлетворенности пациентов.

СОДЕРЖАНИЕ

МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ»

ДЕРМАТОЛОГИЯ

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 4

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. НОВЫЙ ПОДХОД К ТЕРАПИИ АТОПИЧСКОГО ДЕРМАТИТА 4

Д.Х. Абдиева, Н.И. Дырда, М.С. Валиева. СОРБЕНТЫ В ТЕРАПИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ 5

Т.К. Абдужабборов, К.З. Батиров, А.А. Кучкаров, Б.Х. Тошпулатов. ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ ТАКРОПИК ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ 6

Х.Д. Абдуллаев, А.Ж. Утаев, Н.И. Боймурзаев ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ СЕКУКИНУМАБА ПРИ ЛЕЧЕНИИ АКСИАЛЬНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА 6

А.А. Абдурашидов, Н.А. Абдухамидова. ЭКЗЕМА КАСАЛЛИГИДА ЦИТОКИНЛАРНИ ҲОЛАТИ 7

Х.А. Абидов, К.Н. Хаитов, З.М. Абидова. ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ CYP27A1, CYP2R1, VDR ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ 7

Х.А. Абидов, К.Н. Хаитов, З.М. Абидова. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ПРЕПАРАТОМ ПОЛИОКСИДОНИЙ 8

Х.А. Абидов, К.Н. Хаитов, З.М. Абидова. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПОЛИОКСИДОНИЯ В ФОРМЕ РЕКТАЛЬНЫХ СВЕЧЕЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 9

С.С. Агзамходжаева, Б.С. Азизов, К.Г. Дё. МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКОЕ ПРОГНОЗИРОВАНИЕ РИСКА РАЗВИТИЯ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РОЗАЦЕА 10

М.Л. Аграновский, А.Б. Рахматов, Р.Х. Махмутов. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МИРТАЗАПИНА В ФОРМЕ МИРТЕЛ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА 10

М.Л. Аграновский, А.Б. Рахматов, Р.Х. Махмутов. КЛИНИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА *12*

М.И. Адильгереева, М.А. Юлдашев. К ВОПРОСУ О ПАТОГЕНЕЗЕ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ 13

Б.С. Азизов, А.А. Маннанов. НЕКОТОРЫЕ ШТРИХИ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 14

Б.С. Азизов, И.Б. Нурматова, Ш.Т. Аюпова. МИКРОЭКОЛОГИЯ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ 14

Б.С. Азизов, И.Б. Нурматова, Х. Эгамов. СЛУЧАЙ БУГОРКОВОГО ЛЕЙШМАНИОЗА КОЖИ 15

М.А. Алимбаева, А.А. Аскерова. АДЪЮВАНТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ 16

С.Ф. Аляви. ПОКАЗАТЕЛИ МАРКЕРОВ АКТИВАЦИИ АПОПТОЗА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 17

Л.К. Амрина, Л.К. Сагидолдина, Г.Ж. Жумадилова. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИСТРОФИЧЕСКОГО БУЛЛЁЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА 17

С.С. Арифов, З.Э. Эркинлар, К.Т. Бобоев, Ш.Т. Ганиева. ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМА G-197A ГЕНА IL17A В ПАТОГЕНЕЗЕ ПОСТАКНЕ 18

С.С. Арифов, Ш.Т. Ганиева, А.А. Абдурашидов. РОЛЬ ЭМОЛЕНТОВ В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 19

С.С. Арифов, У.Ю. Сабиров, Н.С. Иброхимова. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТОПИЧЕСКИХ РЕТИНОИДОВ В ТЕРАПИИ АКНЕ 19

О.Г. Артамонова, А.Э. Карамова, Д.А. Вербенко, А.А. Кубанов. ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ: ПОИСК ПРОГНОСТИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ 20

О.Г. Артамонова, А.Э. Карамова, А.А. Кубанов. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ПСОРИАТИЧЕСКОЙ ОНИХОДИСТРОФИИ СЕЛЕКТИВНЫМ ИНГИБИТОРОМ ФОСФОДИЭСТЕРАЗЫ 4 ТИПА 21

Т.Т. Артиков. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСИМЕРНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ НЕСЕГМЕНТАРНОГО ВИТИЛИГО 21

Н.М. Аюбова, Б.С. Азизов. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОСНОВНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА 22

К.З. Батиров, Ф.Ш. Хамидов, А.Б. Пакирдинов, А.А. Кучкаров, Ф.А. Фозилов. ПРЕПАРАТ ДЕЗЛОРГИН В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ 22

А.П. Безуглый. АКТУАЛЬНАЯ РОЛЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ 23

Н.И. Боймурзаев, А.У. Бурхонов, Н.С. Арнаутова. ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОРЛАР ҚОНИДА Д ВИТАМИНИ МИҚДОРИНИ ЎРГАНИШ НАТИЖАЛАРИ ТЎҒРИСИДА 24

К.З. Ботиров, А.Б. Пакирдинов, Т.К. Абдужабборов, А.А. Кучкаров. РОЗАЦЕАНИНГ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРАДОРЛИГИ 25

К.З. Ботиров, А.Б. Пакирдинов, А.А. Кучкаров, Т.К. Абдужабборов, Ф.А. Фозилов. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА «УРСОСАН» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА 25

М.С. Валиева, Д.Х. Абдиева, Н.И. Дырда. СЕБОРЕЯ И КЕЛОИДНЫЕ РУБЦЫ 26

Д.С. Джалилов, А.Б. Рахматов, Н.И. Боймурзаев К.А. Абдуллаходжаев. ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ КЕРАТОДЕРМИЙ 26

А.Ш. Иноятов, М.М. Джаббаров. К ВОПРОСУ О ЛЕЧЕНИИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ 27

Г.Д. Клеблеева, Ш.Қ. Ахмедов. АЛОПЕЦИЯНИ ДАВОЛАШДА ШАХСИЙ АМАЛИЁТДАН ОЛИНГАН ҲОЛАТ 28

Г.Д. Клеблеева, Н.Ш. Аминова. ВЗГЛЯД ДЕРМАТОЛОГА НА КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ 29

Г.Д. Клеблеева, Л.А. Саламова. КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА АССОЦИИРОВАННЫМИ ГЕЛЬМИНТАМИ 29

Г.Д. Клеблеева, С.У. Тошев. МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ЗУДЯЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ 30

М.М. Кохан, И.А. Куклин, В.А. Иордан, А.Н. Шакирова, О.Г. Римар. ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ С ДЕБЮТОМ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ И ОТСРОЧЕННОЙ ДИАГНОСТИКОЙ («ДУЭТ» КЛИНИЧЕСКИХ СЛУЧАЕВ) 31

А.А. Кучкаров, К.З. Батиров, А.Б. Пакирдинов, Ф.А. Фозилов. ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ПОРАЖЕНИЕМ КОЖИ ОБЛАСТИ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 31

Ш.З. Мавлянова, И.А. Самарходжаева, Х.Р. Жафаров. АНАЛИЗ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ГЕНА ФИЛЛАГРИН У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 32

Ш.З. Мавлянова, Ю.А. Алимухамедова, Ш.Н. Мирзакулова. ЗНАЧЕНИЕ КАТЕЛИЦИДИНА LL-37 В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 33

Ш.З. Мавлянова, Н.Н. Мавлянова, Н.М. Ташева. ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ НАРУЖНОЙ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 33

Ш.З. Мавлянова, Е.В. Есионова. ВЫЯВЛЕНИЕ МИКОПАТОЛОГИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ 34

Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова. КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПРИ РОЗАЦЕА 35

Ш.З. Мавлянова, И.А. Самарходжаева. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПЕЛОИДОТЕРАПИИ – ФАТИДЕРМ М – В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ТРИХОФИТИИ У ДЕТЕЙ....35

Ш.З. Мавлянова, У.Ю. Сабиров, Ш.Ш. Хонходжаев. ИММУНОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ....36

Ш.З. Мавлянова, У.Ю. Сабиров, Ш.Ш.Х онходжаев, М.Р. Максудов. КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С УЧЕТОМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОЖИ....37

Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова, З.У. Тошматова, Б.Х. Закиров. ИННОВАЦИОНЫЙ СПОСОБ ЛЕЧЕНИЯ СУХОСТИ КОЖИ....38

Ш.З. Мавлянова, М.Ф. Яхшиева. РОЛЬ МИКРОБИОТЫ В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА....38

Н.Н. Маликова, С.С. Арифов, А.А. Абдурашидов. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ АКНЕ В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ПЕРИОДАХ....39

А.М. Маннанов, А.В. Мун. СПЕЦИФИЧНОСТЬ ИММУННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ У ДЕТЕЙ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ....40

А.А. Маннанов, Б.С. Азизов. НОВЫЙ ПОДХОД К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ....40

Ф.А. Махмудов, К.Н. Хаитов. ЗООНОЗНЫЙ КОЖНЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ УРОВЕНЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ....41

А.В. Мун, А.М. Маннанов. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ....42

А.В. Мун. СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ С ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ....42

А.В. Мун, А.М. Маннанов. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ЛОКАЛИЗОВАННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ....43

К.М. Мухамадиева, С.С. Бозоров. ЛЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ С УЧЕТОМ Д-ВИТАМИННОГО СТАТУСА....43

Н.Н. Николаева, А.И. Якубович, Е.С. Алексеева. ИЗУЧЕНИЕ МОТИВОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ОРДИНАТОРОВ ПЕРВОГО ГОДА ОБУЧЕНИЯ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ....44

С.З. Обидов, П.Н. Мавлянов, Б.Х. Закиров, Ш.Ф. Садиев. КРЕМНИСТЫЕ МИНЕРАЛЫ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЕННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ....45

Ж.К. Омарова, Т.О. Алгазина. СТРУКТУРА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В «ГЛАВНОМ ВОЕННОМ КЛИНИЧЕСКОМ ГОСПИТАЛЕ» МИНИСТЕРСТВА ОБОРОНЫ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН....46

А.Б. Пакирдинов, Т.К. Абдужабборов, А.А. Кучкаров, Ф.А. Фозилов. СОСТОЯНИЕ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С МСПОЛЬЗОВАНИЕМ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ....47

А.Б. Пакирдинов, Л.М. Алиев, Т.К. Абдужабборов, К.З. Батиров. ИЗМЕНЕНИЕ ТРАНСКУТАННОГО ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЁМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ....48

А.Б. Пакирдинов, А.А. Кучкаров, Т.К. Абдужабборов, К.З. Батиров, Ф.А. Фозилов. СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА И АКТИВНОСТИ КАТАЛАЗЫ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ....48

А.Б. Пакирдинов, А.А. Кучкаров, Л.М. Алиев, Ф.А. Фозилов. СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ НА ФОНЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ....49

А.Б. Пакирдинов, А.А. Кучкаров, Т.К. Абдужабборов, Ф.А. Фозилов. ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ....49

А.Б. Пакирдинов, А.А. Абдурахманов, М.М. Муминов, Ф.А. Фозилов. ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ....50

Г.Б. Пягай, А.А. Сыдиков. ЭКСПРЕССИЯ PCNA И P53 ПРИ ИГХ-ИССЛЕДОВАНИИ БИОПТАТОВ ПАЦИЕНТОВ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ....51

Г.Б. Пягай. ЭКСПРЕССИЯ ИГХ-МАРКЕРОВ CD4 И CD8 В БИОПТАТАХ ПАЦИЕНТОВ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ....51

А.Ж. Рамазанова, О.В. Шестакова. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ....52

И.Р. Рахимов, К.З. Батиров, К.М. Ёркулов, Л.Р. Тожибоев. АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МЕЗОНИТ» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ....53

И.Р. Рахимов, М.Ф. Махкамова. ЭФФЕКТИВНОСТЬ PRP ТЕРАПИИ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЕ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ....53

И.Р. Рахимов, М.Ф. Махкамова. ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Д В ТЕРАПИИ ДИФФУЗНОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН....54

И.Р. Рахимов, И.А. Самарходжаева. ПРИМЕНЕНИЕ НАДВЕННОГО ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ КРОВИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СРЕДНЕТЯЖЕЛЫМИ И ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА....55

И.Р. Рахимов, К.З. Батиров, К.М. Ёркулов, Л.Р. Тожибоев. КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ЭКСЕН ФОРТЕ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ....55

И.Р. Рахимов, К.З. Батиров, К.М. Ёркулов, Л.Р. Тожибоев. ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА ГЕПАТАЛ В ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА....56

И.Р. Рахимов, К.З. Батиров, К.М. Ёркулов, Л.Р. Тожибоев. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ВЕЗИКУЛЁПУСТУЛЁЗОМ....57

А.Б. Рахматов, Д.С. Джалилов. КЕРАТОЛИЗ МЕЛКОТОЧЕЧНЫЙ....57

А.Б. Рахматов, Н.А. Расулова. СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ....58

А.Б. Рахматов. ГЕРПЕТИФОРМНОЕ ИМПЕТИГО ГЕБРЫ....59

А.Б. Рахматов, Г.Д. Клеблеева. ПИГМЕНТНАЯ КСЕРОДЕРМА....59

А.Б. Рахматов, А.М. Маннанов. ВИРУСНАЯ ЭКЗАНТЕМА....60

А.Б. Рахматов. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГИДРАДЕНИТА....61

А.Б. Рахматов, Ж.С. Медетова. ВЛИЯНИЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА....61

А.Б. Рахматов, Ж.Ш. Нарзиев, Ш.К. Юлдашева. КЛИНИКО-ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА....62

А.Б. Рахматов, З.С. Хикматов, Ж.С. Медетова, А.Д. Утаев. НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА....63

А.Б. Рахматов, М.К. Халдарбеков. ТАКТИКА НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ГЕНОДЕРМАТОЗАМИ....63

А.Б. Рахматов, М.Ф. Хомидов, Д.Х. Абдиева. ВОПРОСЫ ПОЛОВОГО РАЗВИТИЯ У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ....64

У.Ш. Рихсиев. ВИРУСНАЯ ЭКЗАНТЕМА У ДЕТЕЙ И ЕЁ АДЕКВАТНАЯ ТЕРАПИЯ....65

У.Ш. Рихсиев, М.И. Абдуллаев. ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО ПРИ ПОМОЩИ ЛЕЧЕБНОГО ПИТАНИЯ....66

У.Ш. Рихсиев. ЩАДЯЩАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПЕЛЁНОЧНОГО ДЕРМАТИТА И ПОТНИЦЫ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ....66

У.Ю. Сабиров, С.С. Арифов, А.С. Якубова. РОЛЬ ПЕРЕНЕСЕННЫХ И СОПУТСТВУЮЩИХ ФАКТОРОВ В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА....67

У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов, С.С. Арифов, К.Т. Бабаев. КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ МЕЖДУ ПОЛИМОРФИЗМА G-197A ГЕНА IL17A И DEMODEX FOLLICULORUM....68

У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова, М.З. Назарова. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК 68

У.Ю. Сабиров, Г.С. Бабакулова. ВЛИЯНИЕ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D НА СОСТОЯНИЕ КОЖИ 69

У.Ю. Сабиров, Б.А. Тоиров, Е.В. Лигай. СОСТОЯНИЕ АНДРОГЕНОВЫХ РЕЦЕПТОРОВ ПОСЛЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 70

У.Ю. Собиров, А.А. Мамадиев, Б.Ш. Хаитбоев. ВИТИЛИГО БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРНИ «ҲАЁТ СИФАТИНИ ДЕРАМАТОЛОГИК ИНДЕКСИ»НИ БАҲОЛАШ 71

У.Ю. Сабиров, Н.С. Иброхимова. ТОПИЧЕСКАЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ....72

У.Ю. Сабиров., Ш.З. Мавлянова., М.З. Назарова., Е.В. Календарева. ИННОВАЦИОННАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ЛАЗЕРНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК С ПРИМЕНЕНИЕМ КРЕМА «FATISALIK»....72

Н.С. Саипова, У.А. Юсубалиев, Г.Ш. Тохтаев, Х.Х. Сафаров. МЕТАБОЛИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ....73

А.А. Толыбекова, Ж.А. Шортанбаева. АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 74

А.А. Толыбекова, Ж.А. Шортанбаева, О.А. Чернова, С. Жумабиева, К. Дауэй. ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ В ПОСТКОВИДНОМ ПЕРИОДЕ....75

Ф.Ш. Хамидов, А.Б. Пакирдинов, К.З. Батиров, А.А. Кучкаров. АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ПЕЛЕМЕТАЗОН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ....75

И.Б. Шукуров, Ш.З. Мавлянова. АНАЛИЗ ВОЗРАСТНОГО ЦЕНЗА И ПОЛА БОЛЬНЫХ С ВИТИЛИГО В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ 76

З.Э. Эркинлар, С.С. Арифов, К.Т. Бобоев, А.А. Абдурашидов. АСОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА ARG25PRO ГЕНА TGFB1 ФОРМИРОВАНИИ ПОСТАКНЕ....77

А.А. Якубов. МОРФОМЕТРИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ КОЖИ ЛИЦА У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА....77

А.А. Якубов, С.С. Арифов. ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ГИПЕРПИГМЕНТАЦИИ....78

А.А. Якубов. ЗНАЧЕНИЕ ПОЛИМОРФИЗМ ГЕНОВ GSTT1, GSTM1, GSTP У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА С УЧЕТОМ DEMODEX FOLLICULORUM....78

А.С. Якубова. ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ РОЗАЦЕА....79

А.И. Якубович, Ф.М. Менг, А.А. Ежеленко. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У МУЖЧИН 79

А.И. Якубович, А.Р. Корепанов, Д.Ф. Порсохонова. ДЕРМАТОЗООНОЗЫ, ОБУСЛОВЛЕННЫЕ LARVA MIGRANS....81

Kh.A. Abidov. POLYMORPHISMS OF CYP27A1, CYP2R1, VDR GENES IN ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN....82

S.M. Khodjaeva, N.A. Usmanova. IMPROVING APPROACHES TO THE TREATMENT OF CHILDREN SUFFERING FROM COMPLICATED FORMS OF ATOPIC DERMATITIS 82

S.M. Khodjaeva, N.A. Usmanova. MASTOCYTOSIS (PIGMENTED URTICARIA)....83

A. Kussainova, I. Kassym, A. Akhmetova, M. Zhokebaeva, A. Omarova. A NEW LOOK AT THE PATHOGENESIS OF VITILIGO: THE ROLE OF THE POLYMORPHISM OF NEUROTRANSMITTER GENES ON THE DISEASE DEVELOPMENT 83

V.F. Mahmudov. RISK FACTORS AND THEIR EFFECT ON COURSE OF PEMPHIGUS 84

Sh.X. Makhmudov, M.Sh. Tursunov, I.N. Abdivakhitova, Y.J. Aytugdiyev, G.Sh. Toxtayev. APPROACH TO THE DIAGNOSIS OF OCCUPATIONAL SKIN DISEASES IN EMPLOYEES 84

Mun A.V. IMMUNOREACTIVITY IN CHILDREN WITH MORPHEA (LIMITED SCLERODERMA) 85

I.R. Rakhimov, N.B. Nasritdinova. USE OF HAIRCARE MESOPREPARATION IN TRICHOLOGY....86

N.S. Saipova, U.A. Yusubaliyev, G.Sh. Toxtayev, Kh.Kh. Safarov. SKIN TUBERCULOSIS: ETIOPATHOGENETIC AND CLINICAL ASPECTS....87

U.A. Tashkenbayeva. F.X. Abbosxonova. COVID-19 BILAN BOG'LIQ ALOPESIYANING DIFFUZ SHAKLLARI BO‘LGAN BEMORLARDA MIKROELEMENTLAR HOLATINING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI 88

U.A. Tashkenbayeva. F.X. Abbosxonova. KORONAVIRUS INFEKSIYASIDAN KEYIN ALOPETSIYA RIVOJLANGAN BEMORLARDA DAVO MUOLAJASIDAN KEYINGI NATIJALAR TAHLILI 89

*U.A. Tashkenbayeva, Sh.X. Maxmudov, U.R. Muzapova*DERMATOLOGIK KASALLIKLARDA ETIOLOGIK OMILLAR TA’SIRINING KLINIK HOLATI 90

U.A. Tashkenbaeva, U.R. Muzapova. TERI EKZEMASI DAVOLASHIDA PERSONIFITSIRLANGAN YONDASHISH 90

U.A. Tashkenbaeva, U.R. Muzapova. TERI EKZEMASI IMMUNOPATOGENEZIDA T-LIMFOSITLARNING SUPPRESSOR SUBPOPULYASIYALARI 91

J.R. Xoshimov, B.R. Rajabov. KOSMETOLOGIYA VA DERMATOLOGIYADA OZON TERAPIYASI USULINI QO‘LLASH 92

J.R. Xoshimov, Sh.Sh. Ganiyev. QVILN (VLOK) TERAPIYA AMALIYOT DERMATOLOGIYA AMALIYOTIDA FOYDALANISH 92

Hassan Abou Hammine. EPIDERMODYSPLASIA VERRUCIFORMIS (TREE-MAN SYNDROME) 93

ЗАРАЗНЫЕ И ПАРАЗИТАРНЫЕ КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Абдиева Д.Х., Дырда Н.И., Валиева М.С. МОДЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННОЙ ЧЕСОТКИ 94

М.И. Абдуллаев, Н.Н. Ахмедгалиева. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ГЛУТАТИОНУ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПРИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМАХ МИКОЗА СТОП ПОСЛЕ ПРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 95

М.И. Абдуллаев, Н.Н. Ахмедгалиева. СПЕЦИФИКА ТЕЧЕНИЯ МИКОЗА СТОПЫ ОСЛОЖНЕННОГО ПИОДЕРМИЕЙ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 95

А.А. Абдурашидов. ОНИХОМИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШДА НОН-КОМПЛЕАНС ЁКИ ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ 96

Н.И. Боймурзаев, А.Ж. Утаев, Х.А. Бутаев. CANDIDA ТУРУКУМИГА КИРУВЧИ ЗАМБУРУҒЛАРНИ СИЙДИК ТАНОСИЛ ТИЗИМИ АЪЗОЛАРИДА АНИҚЛАНИШИ 97

Н.И. Боймурзаев, Д.Х. Жуманов, Қ.М. Ёрқулоқ. АНДИЖОН ВИЛОЯТИ АҲОЛИСИ ОРАСИДА ҚЎТИР БИЛАН КАСАЛЛАНИШИ ҲАМДА КАСАЛЛИКНИНГ ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКАСИ ТЎҒРИСИДА 98

Н.Д. Джумаев, Ш.Х. Махмудов, М.Ш. Турсунов, Я.Ж. Айтугдиев, И.Н. Абдувохитова, Ғ.Ш. Тохтаев. ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ КУЛТУРАЛ ДИАГНОСТИКАСИДА ҲАРОРАТНИНГ ЎРНИ 99

Н.Д. Икрамова. ВЛИЯНИЕ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ИММУНО-ЦИТОКИНОВЫЙ СТАТУС У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП 99

А.А. Кучкаров, К.З. Батиров, А.Б. Пакирдинов, Т.К. Абдужабборов, А.А. Абдурахманов, Ф.А. Фозилов. СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИКОТИЧЕСКОГО БАЛАНОПОСТИТА 101

Ш.З. Мавлянова, Н.Дж. Икрамова, Ю.А. Алимухамедова. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО – ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРИХОФИТИИ У ДЕТЕЙ 101

Ш.З. Мавлянова, Н.Дж. Икрамова, Ю.А. Алимухамедова. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗООАНТРОПАНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ И ИННОВАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ 102

И.Р. Рахимов, И.А. Самарходжаева. ТЕРФАЛИН В СОЧЕТАНИИ С ГЕЛЕМ ЛАМИЗИЛ В ЛЕЧЕНИИ ОНИХОМИКОЗОВ. 103

И.Р. Рахимов, З.М. Абидова, Н.Д. Икрамова. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА ТУНАЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП 104

А.Б. Рахматов, Н.Д. Икрамова. МИКОЗЫ КОЖИ: ВОПРОСЫ ЭФФЕКТИВНОЙ ТЕРАПИИ 105

А.Б. Рахматов, А.Ж. Утаев. ТЕРАПИЯ ОНИХОМИКОЗА НЕОДИМОВЫМ ЛАЗЕРОМ (1064 НМ) 106

А.Б. Рахматов, Х.Р. Халидова, Н.Д. Икрамова. ОСОБЕННОСТИ ИММУНО-ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНЫХ ТРИХОФИТИЯХ КОЖИ 106

Э.Х. Эшбоев, И.Д. Палуанов, У.Д. Утепбергенова, Н.М. Шоколонова. ГАНЗЕН (МОХОВ) КАСАЛЛИГИНИ АНИҚЛАШДАГИ АСОСИЙ МУАММОЛАР 107

Э.Х. Эшбоев, И.Д. Палуанов, У.Д. Утепбергенова, Н.М. Шоколонова. ГАНЗЕН (МОХОВ) КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА ЮТУҚЛАР ВА ҲОЗИРГИ АҲВОЛ ТЎҒРИСИДА 108

Э.Х. Эшбоев, И.Д. Палуанов. ГАНЗЕН КАСАЛЛИГИДА ПЕРИФЕРИК НЕРВ ТИЗИМИНИНГ ЯЛЛИҒЛАНИШ ҲОЛАТИНИ ЎРГАНИШ 109

Э.Х. Эшбоев, И.Д. Палуанов. ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА МОХОВ КАСАЛЛИГИГА ҚАРШИ КУРАШ ХИЗМАТИНИНГ СТРУКТУРАСИ 109

Э.Х. Эшбоев, И.Д. Палуанов. МОХОВ (ЛЕПРА) КАСАЛЛИГИНИ ДЕРМАТОЛОГИК ТАШХИСЛАШ АЛГОРИТМИ 110

O.S. Imamov, I.N. Abduvakhitova, Sh.X. Makhmudov, G.Sh. Toxtayev. METHOD OF TREATMENT OF INFILTRATIVE AND SUPPURATIVE TRICHOPHYTOSIS 111

ИППП И УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ

А.М. Абидов. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ГОНОРЕИ У ДЕТЕЙ 112

А.М. Абидов. РОЛЬ НЕКОТОРЫХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЁМ В ЭТИОЛОГИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА У МУЖЧИН 112

А.М. Абидов. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СИФИЛИСА В УЗБЕКИСТАНЕ 113

А.А. Абрамов, Д.А. Гармаев, А.Ю. Бражников, К.И. Плахов. УРОГЕНИТАЛЬНАЯ ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ КДЦ ФГБУ «ГНЦДК» Г. МОСКВА ЗА ПЕРИОД с 2005–2022 гг. 114

М.И. Адильгереева, М.А. Юлдашев. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ 115

М.И. Адильгереева, М.А. Юлдашев. ТЕРАПИЯ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ 115

Г.Д. Клеблеева, Р.М. Нарзыкулов, Ж.А. Назаров. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМОТРИПСИНА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МОЧЕПОЛОВЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ 116

Г.Д. Клеблеева, Р.М. Нарзикулов. ХЕМОМИЦИН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МОЧЕПОЛОВОГО ХЛАМИДИОЗА У ЖЕНЩИН 117

Г.Д. Клеблеева, Р.М. Нарзыкулов. ИЗУЧЕНИЕ КОНЦЕНТРАЦИИ ТРИХОПОЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ 118

Г.Д. Клеблеева, С.У. Тошев, Н.Х. Исламов. ИММУНОФЕРМЕНТНЫЙ АНАЛИЗ ПРИ СЕРОРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМАХ СИФИЛИСА 118

Н.К. Курбанова, М.К. Комилжонова. СКРЫТЫЙ РАННИЙ СИФИЛИС, ВСЕГДА ЛИ ОСТАЕТСЯ СКРЫТЫМ? 119

Д.Д. Набиева. КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ 120

Д.Д. Набиева, М.И. Абдуллаев. ТЕЧЕНИЕ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЛЮСКА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ 120

А.Ж. Нуркенова, С.М. Бабикенова. ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СТИГМЫ ВИЧ ИНФЕКЦИИ 121

Д.Ф. Порсохонова, С.Н. Рахматуллаева. НЕКОТОРЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ГЕНИТАЛИЙ У БЕРЕМЕННЫХ 122

Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев. КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ У БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ 123

Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев. ПОНЯТИЕ ОБ ИППП СРЕДИ МОЛОДЁЖИ НА ПРИМЕРЕ МЕДИЦИНСКОГО И ТРАНСПОРТНОГО КОЛЛЕДЖЕЙ 124

К.А. Юлдашев, К.М. Абзоиров, У.М. Хайдаралиев. СОДЕРЖАНИЯ ГАММА-ИНТЕРФЕРОНА В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ..... 125

К.А. Юлдашев, Ш.Т. Ганиева, Д.Х. Жуманов, К.К. Юлдашев, М.К. Комилжонова. СОДЕРЖАНИЕ ЖЕЛУДОЧНОГО СОКА У БОЛЬНЫХ ГАСТРОЛЮЕСОМ..... 125

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.М. Абзоиров, У.М. Хайдаралиев. ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ 126

К.А. Юлдашев, Ш.Т. Ганиева, Д.Х. Жуманов, К.К. Юлдашев, М.К. Комилжонова. ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ СИФИЛИСЕ 127

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, К.К. Юлдашев. СОСТОЯНИЕ ЛИКВОРА И НЕЙРОСИМТОМАТИКИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ (НС) 127

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.М. Абзоиров, У.М. Хайдаралиев. ИНТЕРЛЕЙКИН-2 В КРОВИ БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ 128

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, К.К. Юлдашев. СОСТОЯНИЕ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ РАННЕМ СКРЫТОМ СИФИЛИСЕ 129

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.М. Абзоиров, У.М. Хайдаралиев. СОДЕРЖАНИЕ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ 130

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.М. Абзоиров, У.М. Хайдаралиев. УРОВЕНЬ ОБЩЕГО БЕЛКА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ В ДИНАМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ 130

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, К.К. Юлдашев, М.К. Комилжонова. СОСТОЯНИЕ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА ПРИ СИФИЛИСЕ 131

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, М.К. Комилжонова. МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СЕРДЦА У КРОЛИКОВ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ..... 132

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, К.К. Юлдашев, М.К. Комилжонова. ПОРАЖЕНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ ЗАРАЗНЫХ СТАДИЯХ СИФИЛИСА..... 132

К.А. Юлдашев, О.К. Мангитов. ГИСТОЛОГИЯ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ У КРОЛИКОВ 133

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова, И.Б. Нурматова, У.М. Хайдаралиев. НЕКОТОРЫЕ ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП), У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩ ИХ СИФИЛИСОМ..... 133

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова. К ВОПРОСУ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ..... 134

К.А. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев, М.Қ. Комилжонова. ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА ХАМРОХ КАСАЛЛИКЛАР ВА ҚОНДАГИ СЕРОЛОГИК РЕАКЦИЯЛАР КЎРИНИШИГА ТАЪСИРИ..... 134

К.А. Юлдашев, А.К. Мангитов, М.Р. Махсудов, Ш.Х. Махмудов ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА ЖИГАРНИНГ МОНООКСИГЕНАЗ ТИЗИМИ ҲОЛАТИ 135

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова. СОСТОЯНИЕ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ (МОС) ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИФИЛИСОМ В ДИНЕМИКЕ ЛЕЧЕНИЯ..... 136

К.А. Юлдашев, А.К. Мангитов, М.Р. Махсудов, Ж.Қ. Рустамов. ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА ЭНДОГЕН ЗАҲАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ..... 136

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова. ЭНДОКРИННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК ПРИЧИНА РАЗВИТИЯ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОРЕАКЦИЙ (ЛПБР) КРОВИ 137

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова. О ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЯХ КРОВИ (ЛПБСР) И ТАКТИКА ВРАЧА..... 138

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова. О ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ (ЛПБСР) КРОВИ..... 138

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.М. Абзоиров. РЕОЭНЦЕФАЛОГРАФИЧЕСКИЕ (РЭГ) ИЗМЕНЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ 139

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.М. Абзоиров. СОСТОЯНИЯ ЛИКВОРА У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИСЕ..... 140

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, И.Б. Нурматова, У.М. Хайдаралиев. О СОСТОЯНИИ ПЛАЦЕНТАРНОГО БАРЬЕРА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ С СИФИЛИСОМ 140

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов. ГОНОРЕЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 76 ЛЕТ (с 1946 по 2022 год) 141

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов. СИФИЛИС В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 76 ЛЕТ (с 1946 по 2022 год)..... 142

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова, И.Б. Нурматова, У.М. Хайдаралиев. СОСТОЯНИЕ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ СИФИЛИСОМ..... 142

К.А. Юлдашев, В.А. Абишала, Х.Р. Халидова. ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКИЙ МЕТОД ПРИ СКРИНИНГЕ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ..... 143

К.А. Юлдашев, И.Б. Нурматова, У.М. Хайдаралиев, М.К. Комилжонова. СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ (ССС) У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ 144

Г.Н. Акишева, Д.Ж. Азанбаева. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА АКНЕ-КЕЛОИДА И ПОСТАКНЕ РУБЦОВ..... 145

С.Х. Пулатова, О.А. Бабаджанов. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И ВРАЧЕБНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ 146

С.Х. Пулатова, О.А. Бабаджанов. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ПАЦИЕНТА ПРОЦЕДУРОЙ КАК ОСНОВА РАБОТЫ КЛИНИКИ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ 146

А.Б. Рахматов, Д.В. Рахматова. ГРОПРИНОСИН В ТЕРАПИИ ОСЛОЖНЕНИЙ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР 147

У.Ю. Сабиров, Е.В. Календарёва, М.З. Назарова. ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ КОЖИ В ДЕРМАТОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ..... 148

У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова. КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ СОСУДИСТОГО ЛАЗЕРА НА КРАСИТЕЛЯХ PDL 595 NM ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИННЫХ ПЯТЕН. 149

У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова, Б.А. Тоиров. ЛЕЧЕНИЕ НЕВУСА ОТА ПИКОСЕКУНДНЫМ ЛАЗЕРОМ 149

У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова& ПРИМЕНЕНИЕ ПИКОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ ГИПЕРПИГМЕНТНЫХ НАРУШЕНИЙ КОЖИ..... 150

У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова. ПРИМЕНЕНИЕ ПИКОСЕКУНДНОГО ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ ЭПИДЕРМАЛЬНЫХ ГИПЕРПИГМЕНТНЫХ НАРУШЕНИЙ КОЖИ..... 151