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 / 2024 (63)

ТАШКЕНТ 2024

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)
Карабаева И.Т. (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 00.10.2024. Формат 60 × 84 1/8.
Печать офсетная. Усл. п.л. 21,5. 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.
18–19 октябрь 2024 й.

г. Ташкент
18–19 октября 2024 г.

Tashkent c.
18–19 october 2024 y.

Муҳаррирлик кенгаши анжуман материалларининг мазмунига масъул 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.

REVIEW: THE ROLE OF LACTOBACILLUS REUTERI IN THE MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS IN EARLY CHILDHOOD

D.A. ABDULLAEVA, A.M. MANNANOV

TPMI, departmentof dermatology and venerology, pediatric dermatology and venerology and AIDS. Tashkent

Introduction: Atopic dermatitis (AD) is a prevalent skin disorder, particularly in infants and young children, characterized by chronic inflammation, itching, and dry skin. Conventional treatments like corticosteroids and emollients often come with side effects or limited efficacy, leading to interest in alternative therapies. Emerging research suggests that probiotics, specifically *Lactobacillus reuteri* (*L. reuteri*), may play a beneficial role in managing AD by modulating the gut-skin axis and enhancing immune function. This review aims to explore the potential of *L. reuteri* in early-aged children with AD.

Mechanisms of action: *L. reuteri* supports AD management through several pathways. It promotes immune regulation by enhancing regulatory T-cell activity and balancing Th1/Th2 immune responses, thus reducing inflammation. It also strengthens the skin barrier by decreasing transepidermal water loss (TEWL) and improves gut health, impacting the gut-skin axis. Furthermore, *L. reuteri* has antimicrobial properties, inhibiting the growth of harmful bacteria like *Staphylococcus aureus*, often found in children with AD.

Clinical evidence: Numerous studies support the efficacy of *L. reuteri* in pediatric AD management. Clinical trials have shown that children receiving *L. reuteri* supplementation experienced significant reductions in SCORAD scores, improved skin barrier function, and decreased itch severity compared to placebo groups. These findings suggest that *L. reuteri* can be an effective and safe adjunctive therapy for AD in children.

Safety: Probiotics, including *L. reuteri*, have a well-established safety profile in pediatric populations. Studies have reported no serious adverse events, making them a suitable option for long-term use in early-aged children with AD.

Conclusion: The use of *L. reuteri* in managing atopic dermatitis in young children appears to be both safe and effective. By modulating immune responses and improving skin barrier function, *L. reuteri* offers a promising alternative to traditional treatments. However, further research is necessary to establish optimal dosing and duration, as well as to assess long-term outcomes.

CLINICAL FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

KH.A. ABIDOV, K.N. KHAITOV

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Relevance. Atopic dermatitis (AD) is a chronic, relapsing inflammatory skin condition that typically begins in early childhood. It is characterized by intense itching, redness, and a variety of skin lesions. The clinical presentation and severity of AD can vary significantly based on age, onset, and other factors.

The purpose of the study. To study the features of clinical picture of atopic dermatitis in children.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the clinical features of atopic dermatitis in children. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. Early-onset AD (before 2 years) is often associated with other allergic diseases such as allergic rhinitis and asthma. These children also tend to have more severe disease and poorer quality of life. Infancy-onset AD is linked with a higher prevalence of food allergies and inhalant allergen sensitization.

Typical symptoms include itchiness, redness, dryness, and oozing of the skin. These symptoms can vary in severity and distribution with age. Common lesion sites in children include the face (periorbital, ear, and cheek), hands, feet, and areas with xerosis (dry skin).

The severity of AD can range from mild to severe, with severe cases often requiring systemic immunosuppressants. Severe AD is associated with a significant impact on quality of life, affecting daily activities and productivity due to intense pruritus (itching).

AD can present in various forms, including lichenoid, nummular, follicular, and psoriasiform dermatitis. These atypical forms can complicate diagnosis and treatment. Seasonal variations in symptoms are common, with many children experiencing worsening of symptoms in winter.

Children with AD often have elevated IgE levels and peripheral eosinophilia, indicating an underlying immune dysregulation. There is a significant interplay between gut and oral microbiota and the clinical features of AD, suggesting a potential area for further research.

Conclusions. Atopic dermatitis in children is a complex condition with a wide range of clinical features that vary by age of onset, severity, and associated allergic conditions. Early-onset AD is often more severe and associated with other allergic diseases, impacting the quality of life significantly. The condition presents with typical symptoms like itchiness, redness, and dryness, but can also manifest in less common forms, complicating diagnosis and treatment. Understanding these variations is crucial for effective management and improving the quality of life for affected children.

IMMUNE SYSTEM DISORDERS IN ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

KH.A. ABIDOV, K.N. KHAITOV

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Relevance. Atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin condition that often begins in childhood. It is characterized by a complex interplay of immune responses, including the involvement of various cytokines such as IL-17A, IL-4, IL-22, IFN-γ, and TGF-β. This synthesis aims to present the key insights from recent research on the role of these cytokines in pediatric AD.

The purpose of the study. To study the role of immune system disorders in atopic dermatitis in children.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the role of immune system disorders in atopic dermatitis in children. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. IL-17A is significantly elevated in the serum and skin of children with AD, particularly in acute lesions, and is associated with disease severity. IL-17A promotes Th2-type immune responses, contributing to the pathogenesis of AD.

IL-4 and IL-13 are crucial in downregulating barrier-related molecules such as filaggrin, loricrin, and involucrin, leading to barrier dysfunction in AD. These cytokines activate the STAT6 and STAT3 pathways, exacerbating skin inflammation.

IL-22 is elevated in both the serum and skin of children with AD, contributing to epidermal hyperplasia and inflammation. IL-22, along with IL-17A, is involved in the early stages of pediatric AD, indicating a Th22/Th17 polarization.

IFN-γ is present in the skin lesions of children with AD, indicating some Th1 skewing, although it is less prominent compared to Th2 and Th17 responses.

IgG from AD patients can modulate thymic T cells in non-atopic infants, inducing IL-22 and IL-17 production, and influencing miRNA expression, which may have epigenetic implications.

The JAK/STAT pathway is a critical signaling mechanism for many cytokines involved in AD, including IL-4, IL-13, IL-22, and IL-17. Targeting this pathway with JAK inhibitors shows promise in treating AD.

Conclusions. The research highlights the multifaceted role of cytokines in the pathogenesis of atopic dermatitis in children. Elevated levels of IL-17A, IL-4, IL-13, and IL-22 are central to the disease's progression, contributing to immune dysregulation and skin barrier dysfunction. Understanding these mechanisms opens avenues for targeted therapies, such as JAK inhibitors, which may offer new hope for managing pediatric AD.

IL17A GENE POLYMORPHISM IN ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

KH.A. ABIDOV, K.N. KHAITOV

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Relevance. Atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin condition that often begins in childhood. The role of genetic factors, including polymorphisms in cytokine genes such as IL17A, has been a focus of research to understand the pathogenesis and variability in disease severity among children.

The purpose of the study. To study the role of IL17A gene polymorphism in atopic dermatitis in children.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the role of IL17A gene polymorphism in atopic dermatitis in children. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. Studies have shown that IL-17A levels are elevated in children with AD, indicating its role in the disease's pathogenesis and severity.

Increased levels of IL-17A/F are positively correlated with the severity of AD in children, suggesting that these cytokines play a significant role in the early phase of the disease.

No significant differences were found in the frequency of IL17A (rs2275913) and IL17F (rs763780) polymorphisms between children with AD and healthy controls, indicating that these specific polymorphisms may not be major risk factors for AD in children.

The IL17RA polymorphism (rs12484684) has been associated with an increased risk of adult-onset AD and elevated IgE levels, suggesting a potential genetic link to AD severity and allergic responses.

Early-onset pediatric AD shows significant activation of the Th17 pathway, with higher levels of IL-17A and related cytokines in skin lesions compared to adults, highlighting the importance of Th17 in the early stages of pediatric AD.

Environmental factors and ethnic background significantly influence the immune endotypes of AD. For instance, children in Sub-Saharan Africa showed different IL-17A levels and immune responses compared to those in Western countries, emphasizing the need for region-specific studies.

Conclusions. Research indicates that IL-17A and related cytokines play a crucial role in the pathogenesis and severity of atopic dermatitis in children. While specific IL17A and IL17F polymorphisms may not be significant risk factors, the IL17RA polymorphism could be linked to increased AD risk and severity. Additionally, the Th17 pathway is notably active in early-onset pediatric AD, and environmental and ethnic factors further modulate the disease's immune profile. Understanding these genetic and environmental influences is essential for developing targeted therapies for pediatric AD.

EFFECTIVE METHODS FOR TREATING ACNE

SH.A. ABIDOVA, K.N. KHAITOV

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Relevance. Acne is a prevalent skin condition that affects individuals of all ages, leading to both physical and psychological impacts. Various treatment modalities have been explored to manage and alleviate acne symptoms effectively.

The purpose of the study. To study the effective methods for treating patients with acne.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the effective methods for treating patients with acne. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. Topical drug combinations, including retinoids and antibiotics, are effective for mild-to-moderate acne. Benzoyl peroxide is effective but less tolerated compared to other topical treatments

Oral antibiotics combined with topical treatments are recommended for moderate-to-severe acne. Oral isotretinoin is highly effective for severe acne, especially when scarring or significant psychosocial distress is present.

Chemical peels and photochemical therapies are effective for mild-to-moderate acne, though evidence is less precise. Photodynamic therapy shows promise for moderate-to-severe acne but requires further research for conclusive evidence. Newer methods like radiofrequency, light or laser therapies, and

photodynamic therapy with 5-aminolevulinic acid or indocyanine green are emerging as alternatives to systemic medications.

Aloe vera gel combined with ultrasound and soft mask has shown significant improvement in acne symptoms, providing a non-drug alternative with minimal side effects. Oxybrasion, a method of exfoliating dead epidermis with compressed oxygen, has been effective in reducing acne symptoms and improving skin parameters.

Farmaka Acne Cream (FAC), a novel film-forming cream, has demonstrated effectiveness in reducing acne symptoms and controlling sebum secretion, with good tolerability and safety. Combined use of isotretinoin and methylprednisone has been reported to prevent severe inflammatory acne.

Conclusions. Effective management of acne involves a combination of topical and oral treatments, particularly for varying severities of the condition. Topical drug combinations and oral antibiotics are recommended for mild-to-moderate and moderate-to-severe acne, respectively. Physical and procedural therapies, including chemical peels and photodynamic therapy, offer additional options, especially for those seeking alternatives to systemic medications. Emerging treatments like aloe vera gel with ultrasound and oxybrasion provide promising non-drug alternatives. Innovative products like Farmaka Acne Cream also show potential in managing acne effectively.

CLINICAL FEATURES OF ALOPECIA AREATA

J.A. ALIMJANOV, KH.A. ABIDOV

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Relevance. Alopecia areata (AA) is a common autoimmune disorder characterized by nonscarring hair loss. It can affect any hair-bearing area of the body and presents with a variety of clinical features.

The purpose of the study. To study the modern features of clinical picture of alopecia areata.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the modern features of clinical picture of alopecia areata. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. AA typically presents as sharply demarcated, round or oval patches of hair loss on the scalp or other hair-bearing areas. Variants include patchy AA, reticular AA, ophiasis (band-like hair loss), and diffuse AA.

Common trichoscopic features include yellow dots, short vellus hairs, black dots, broken hairs, and exclamation mark hairs. Less common features include upright regrowing hairs, pigtail (circle) hairs, and Pohl-Pinkus constrictions.

AA is often asymptomatic but can be associated with mild pruritus, tenderness, or a burning sensation before hair loss. It is linked with other autoimmune diseases such as vitiligo, thyroiditis, and atopy, as well as psychiatric conditions like depression and anxiety.

AA can occur at any age but is most common in individuals below 30 years old. There is no significant difference in prevalence between ethnic groups.

The course of AA is unpredictable, with spontaneous remissions and exacerbations. Early onset, long-lasting, and severe cases tend to have a less favorable prognosis.

Conclusions. Alopecia areata is a nonscarring hair loss disorder with a variety of clinical presentations, including sharply demarcated patches and several distinct patterns of hair loss. Trichoscopic examination reveals characteristic features such as yellow dots and exclamation mark hairs. The condition is associated with other autoimmune diseases and psychiatric comorbidities. While the disease course is unpredictable, early and severe cases often have a poorer prognosis.

EFFECTIVE MODERN METHODS FOR TREATING ALOPECIA AREATA

J.A. ALIMJANOV, KH.A. ABIDOV

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Relevance. Alopecia areata (AA) is an autoimmune condition characterized by non-scarring hair loss, which can vary in severity from small patches to complete loss of scalp and body hair. Recent advancements in understanding the genetic and molecular mechanisms of AA have led to the

development of novel treatment options. Here, we synthesize the most effective modern methods for treating AA based on recent research.

The purpose of the study. To study the effective modern methods for treating patients with alopecia areata.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the effective modern methods for treating patients with alopecia areata. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. JAK inhibitors are at the forefront of ongoing clinical trials and have shown promising results in regrowing hair in AA patients. Topical, intralesional, and systemic corticosteroids are commonly used, especially as first-line treatments. They are preferred for their high level of evidence in both adult and pediatric AA patients. Agents like diphenylcyclopropenone and squaric acid dibutylester are used, particularly in severe cases. They are often combined with other treatments for better efficacy.

PRP therapy has shown encouraging preliminary results in promoting hair regrowth in AA patients. Biologics targeting specific immune responses, such as ustekinumab and dupilumab, have been reported to regrow hair in individual case reports or small studies.

Often used in combination with other treatments, minoxidil is another option for promoting hair regrowth in AA patients. PUVA-turban therapy, a method of applying a dilute psoralen solution to the scalp followed by UVA radiation, has shown effectiveness in some patients with severe, treatment-resistant AA.

Combining different treatment modalities, such as corticosteroids with topical immunotherapy or biologics, is often more effective, especially in cases with high disease activity and extensive hair loss.

Conclusions. The most effective modern methods for treating alopecia areata include JAK inhibitors, corticosteroids, topical immunotherapy, PRP therapy, biologics, minoxidil, and PUVA therapy. Combining these treatments can enhance efficacy, particularly in severe or rapidly progressing cases. While these treatments show promise, more large-scale, well-conducted clinical trials are needed to confirm their long-term benefits and safety.

CLINICAL FEATURES OF ALOPECIA AREATA

J.A. ALIMJANOV, KH.A. ABIDOV

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Relevance. Alopecia areata (AA) is a common autoimmune disorder characterized by nonscarring hair loss. It can affect any hair-bearing area of the body and presents with a variety of clinical features.

The purpose of the study. To study the modern features of clinical picture of alopecia areata.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the modern features of clinical picture of alopecia areata. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. AA typically presents as sharply demarcated, round or oval patches of hair loss on the scalp or other hair-bearing areas. Variants include patchy AA, reticular AA, ophiasis (band-like hair loss), and diffuse AA.

Common trichoscopic features include yellow dots, short vellus hairs, black dots, broken hairs, and exclamation mark hairs. Less common features include upright regrowing hairs, pigtail (circle) hairs, and Pohl-Pinkus constrictions.

AA is often asymptomatic but can be associated with mild pruritus, tenderness, or a burning sensation before hair loss. It is linked with other autoimmune diseases such as vitiligo, thyroiditis, and atopy, as well as psychiatric conditions like depression and anxiety.

AA can occur at any age but is most common in individuals below 30 years old. There is no significant difference in prevalence between ethnic groups.

The course of AA is unpredictable, with spontaneous remissions and exacerbations. Early onset, long-lasting, and severe cases tend to have a less favorable prognosis.

Conclusions. Alopecia areata is a nonscarring hair loss disorder with a variety of clinical presentations, including sharply demarcated patches and several distinct patterns of hair loss. Trichoscopic examination reveals characteristic features such as yellow dots and exclamation mark hairs. The condition is associated with other autoimmune diseases and psychiatric comorbidities. While the disease course is unpredictable, early and severe cases often have a poorer prognosis.

CONCOMITANT ALLERGIC DISEASES IN ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

K.N. KHAITOV, KH.A. ABIDOV, Z.K. KHAITOVA

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Relevance. Atopic dermatitis (AD) is a common inflammatory skin condition in children, often associated with other allergic diseases. Understanding the relationship between AD and these concomitant allergic conditions is crucial for effective management and prevention strategies.

The purpose of the study. To study the role of IL17A gene polymorphism in atopic dermatitis in children.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the role of concomitant allergic conditions in atopic dermatitis in children. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. A significant proportion of children with AD develop other allergic conditions such as asthma and rhinoconjunctivitis (RC). Up to one-third of children with moderate to severe AD have food allergies (FA).

The severity of AD is a strong predictor of the development of asthma and FA. Children with severe AD are more likely to develop these conditions compared to those with mild AD. Early onset of AD, particularly before the age of 2, is associated with a higher risk of developing asthma and FA later in childhood. Hen's egg sensitization is significantly related to the appearance of asthma and RC in children with AD.

Many children with AD may see a resolution of their symptoms by the age of 6–7 years, but a substantial number will develop respiratory allergies such as asthma and RC during late childhood. The concept of the «atopic march» describes the progression from AD in infancy to other allergic diseases like asthma and FA as the child grows older.

Genetic predisposition, such as parental history of allergies, increases the risk of developing concomitant allergic diseases in children with AD. Environmental factors, including mode of delivery and early-life nutrition, play a role in the development and progression of AD and associated allergic conditions.

Conclusions. Children with atopic dermatitis are at a heightened risk of developing other allergic diseases, particularly asthma, rhinoconjunctivitis, and food allergies. The severity and early onset of AD are significant predictors of these concomitant conditions. Genetic predisposition and environmental factors also contribute to the risk. Understanding these associations is essential for developing targeted prevention and management strategies for children with AD.

DERMOSCOPIC FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

K.N. KHAITOV, KH.A. ABIDOV, Z.K. KHAITOVA

Tashkent pediatric medical institute, Tashkent

Relevance. Atopic dermatitis (AD) is a common chronic skin condition in children, characterized by inflammation and a compromised skin barrier. Dermoscopy, a non-invasive diagnostic tool, has been increasingly used to assess and monitor pediatric dermatoses, including AD. This synthesis highlights the key dermoscopic features of atopic dermatitis in children based on recent research findings.

The purpose of the study. To study the features of dermoscopic picture of atopic dermatitis in children.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources PubMed, Medline and Cochrane Library devoted to the role of dermoscopic features of atopic dermatitis in children. The studies used various types of research approaches, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. Dermoscopy reveals dermal vascular ectasia (dilated blood vessels) and hyperkeratosis (thickening of the outer skin layer) in children with atopic dermatitis. These features improve with emollient and corticosteroid treatment.

Analysis of color characteristics in dermoscopic images can be used to monitor the severity and treatment response in children with AD. This method allows for an objective assessment of inflammatory processes and skin condition.

Pediatric AD shows significant lipid barrier defects and tight junction regulation issues, which can be observed through dermoscopy. These defects are linked to increased transepidermal water loss and are crucial for understanding the disease's impact on the skin barrier.

Dermoscopy can help identify inflammatory markers such as Th2/Th17/Th22 cytokines, which are prominent in pediatric AD. These markers are associated with the disease's severity and can guide treatment decisions.

Conclusions. Dermoscopy is a valuable tool for diagnosing and monitoring atopic dermatitis in children. Key dermoscopic features include dermal vascular ectasia, hyperkeratosis, and color characteristics that reflect the severity of inflammation and skin barrier defects. These insights help in the objective assessment and management of AD, providing a non-invasive method to track treatment efficacy and disease progression.

TREATMENT OF LICHEN PLANUS WITH TOPIC TACROLIMUS

SH.X. MAKHMUDOV, ABDUVAKHITOVA I.N., M.SH. TURSUNOV, Y.J. AYTUGDIYEV, G.SH. TOXTAYEV.

Tashkent regional department of dermatology and venerology, Tashkent, Uzbekistan
Tashkent medical academy, Tashkent, Uzbekistan

Relevance. Adaptation of patients with lichen planus in society is difficult for many reasons. In 90% of cases, the disease is localized in open areas of the skin and is a cosmetic defect that is clearly visible to others. The type of patients causes fear, anxiety, hostility, disgust in relatives, friends, work colleagues, random people. Patients with lichen planus have a hard time experiencing such an inadequate attitude towards themselves, with draw into themselves, avoid contacts, communication with acquaintances and, especially, with strangers. Defensiveness, which contributes to social maladaptation, is formed, leading to problems both in personal life and in professional activities, in the career of patients. Medico-social and psychological maladaptation of patients require the help of specialists such as psychotherapists, psychiatrists, psychologists, but it is almost impossible to get such help. Traditional (drug) treatment, which is, in fact, symptomatic in nature, in many cases is ineffective. In this regard, the problem of optimizing medical and social care for patients with lichen planus in modern society becomes relevant.

The purpose of this study. The aim of our work was to evaluate the clinical efficacy of topical tacrolimus therapy in patients with LP. The key property of tacrolimus is the suppression of mast cell degranulation and the synthesis of cytokines by them. Tacrolimus inhibits the proliferation and activation of CD4+ helper lymphocytes by binding to a cellular receptor known as the FK506 binding protein. The resulting complex inhibits calcineurin phosphatase, which is involved in the transfer of the nuclear factor of activated T-lymphocytes into the nucleus. This prevents the formation and release of inflammatory cytokines (IL-2, IL-3, IL-4, IL-5, TNF-alpha, etc.) and the proliferation of T-lymphocytes, which occurs when cell receptors are stimulated. Optimization of treatment and provision of medical and social assistance to patients with lichen planus to improve their quality of life. Standards of LP therapy include topical, intralesional, and systemic corticosteroids, retinoids, PUVA therapy, and, in persistent cases, cyclosporine. The etiopathogenesis of LP continues to be completely unexplored, although the existing infectious, neurogenic, and genetic theories have some basis. In recent years, the most significant is the autoimmune theory, according to which a cytotoxic reaction occurs in the basal layer of the epidermis, leading to an increase in Langerhans cells, which are considered as antigen-presenting cells for T-lymphocytes.

Materials and methods. We conducted a study, the purpose of which was to study the effectiveness and safety of using the Tacropic ointment (tacrolimus) in patients with lichen planus, and with manifestations on the oral mucosa. We observed 12 patients with LP (4 men, 8 women) aged 22 to 45 years. All patients were diagnosed with the classic form of LP, characterized by the presence of polygonal papules with a shiny surface, umbilical depressions on some elements, and location on the flexor surface of the upper and lower extremities. Almost all patients were concerned about skin itching of varying intensity, 5 out of 22 patients (22,7%) had manifestations of LP on the oral mucosa (4 patients had erosive formations, 1 patient had erosive and ulcerative formations). The method of treatment of patients with LP was that papular elements were treated twice a day with 0,1% Tacropic ointment for 3–6 weeks. Some patients were prescribed additional antihistamines and desensitizing drugs. Elements on the oral mucosa were also treated with 0,1% Tacropic ointment 2 times a day for 2–3 weeks.

Research results. Within 2–3 weeks, there was a regression of LP lesions on the oral mucosa. On the skin, the regression of papular elements occurred on average for 2–3 weeks of using the Tacropic ointment. For the first time, a model of medical and social care for patients with lichen planus was developed on the basis of a clinical and socio-psychological study of patients. In some cases, the resulting clinical effect is comparable to the results of therapy with strong corticosteroid drugs in the absence of side effects and complications characteristic of the latter. The use of tacrolimus is possible for a long time, which allows to obtain a clinical effect and carry out maintenance therapy, thereby preventing possible recurrences of dermatosis.

EFFICACY OF COMBINATION OF COLD PLASMA AND PROBIOTIC L. REUTERI IN MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS

A.M. MANNANOV, D.A. ABDULLAEVA

TPMI, departmentof dermatology and venerology, pediatric dermatology and venerology and AIDS. Tashkent

Actuality: Atopic dermatitis (AD) is a chronic inflammatory skin disease, particularly prevalent in children. Standard treatments often include topical corticosteroids and immunomodulators, which may have side effects with prolonged use. This, in turn, encourages us to explore safer and more sustainable methods for managing atopic dermatitis. Therapeutic methods like cold plasma has shown anti-inflammatory and antimicrobial properties, while Lactobacillus reuteri (L. reuteri), a probiotic, has demonstrated benefits in modulating immune responses and improving skin barrier function. Combining these therapies could offer synergistic benefits in managing AD.

Aim: To evaluate the efficacy of combining cold plasma therapy with L. reuteri supplementation in managing atopic dermatitis in pediatric patients.

Materials and Methods: The study involved 14 pediatric patients aged 2 to 16 years diagnosed with moderate atopic dermatitis. Patients were divided into two groups.

– Group A (n=7) received cold plasma therapy (3 sessions per week for 4 weeks) combined with daily oral L. reuteri supplementation. – Group B (n=7) served as a control and received standard care (topical corticosteroids and moisturizer).

Baseline assessments included SCORAD index, transepidermal water loss (TEWL), and inflammatory biomarkers in blood samples. These assessments were repeated after 4 weeks of treatment.

Results: In Group A, the combination therapy led to a slight reduction in SCORAD index (by 21%) compared to the control group (17%). TEWL values also showed a notable improvement in the cold plasma + L. reuteri group (reduction by 29%) compared to the control group (reduction by 15%). Inflammatory biomarkers, particularly IL-4 and TNF-α, were significantly reduced in Group A compared to baseline, while the control group showed a less pronounced decrease.

Conclusion: The combination of cold plasma therapy and L. reuteri supplementation demonstrated superior efficacy in reducing symptoms of atopic dermatitis and improving skin barrier function compared to standard care alone. This approach could represent a promising, safe, and effective alternative for managing AD in pediatric patients, though larger studies are necessary to confirm these findings.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ECZEMA OF THE SKIN

U.A. TASHKENBAEVA, U.R. MUZAPOVA

Tashkent medical academy

Eczema is an acute or chronic recurrent allergic skin disease formed under the influence of exogenous and endogenous trigger factors and characterized by the appearance of a polymorphic rash, an acute inflammatory reaction caused by serous inflammation of the skin and severe itching.

Materials and methods of research. All patients complained of itching of varying degrees of intensity from minor to biopsy, sleep disorders (short and shallow sleep, insomnia), irritability, increased fatigue, depressed mood.

Results. Among the factors most often provoking an exacerbation of atopic dermatitis, disorders in the psycho-emotional sphere (stress, nervous overstrain) were noted in 94 patients (61,4%). The skin process was also caused by climatic factors in 63 patients (41,2%), aeroallergens in 51 patients (33,3%). Concomitant somatic pathology was detected in 127 patients (83,0%). The most frequent of the concomitant diseases were lesions of the gastrointestinal tract – 42 patients (33,1%), as well as chronic respiratory diseases – 36 patients (28,3%) and ENT organs – 20 patients (15,7%). Diseases of the endocrine system, gynecological pathology, diseases of the central and peripheral nervous system were less frequently observed.

Conclusion. The special role of immunological moments in the pathogenesis of all forms of the eczematous process is beyond doubt. Determining the nature of the imbalance of the immune system in microbial and infected true eczema will clarify some points in the difference in their pathogenesis and develop more effective therapeutic complexes for the treatment and rehabilitation of patients with eczema.

DURATION OF INCIDENCE IN PATIENTS WITH SKIN ECZEMA

U.A. TASHKENBAEVA, U.R. MUZAPOVA

Tashkent medical academy

Skin eczema is a chronic recurrent inflammatory skin disease based on genetic predisposition, carried out through various mechanisms, characterized by age-related characteristics of itching and clinical manifestations

Research objective: to study the duration of the disease and the predisposition to procreation in patients with skin eczema

Materials and methods. We carefully collected the history of the disease and the life history of patients. The duration of the disease was determined

Results: an analysis of the age characteristics of the observed patients showed a predominance of patients aged 18–30 years – 127 people (83,0 %). One of the criteria for diagnosing atopic dermatitis is the onset of the disease in early childhood, which is confirmed by the anamnestic data of the patients we examined: in most of them – 62 people (40,5 %), the disease was first recorded in childhood, 36 (23,5 %) – from 1 to 3 years old, 24 (23,5 %) 15,7 %) in preschool age.

The duration of the disease in patients ranged from 5 to 36 years, with an average of 19,9 ± 2,5 years, with 60,8 % of patients having the disease exceeding 15 years.

Conclusions. In the course of the study of the history of the disease, a hereditary predisposition to allergic diseases was found in 91 patients (59,5 %). Thus, among the mother, father, brothers and sisters, there were 12,2 % atopic dermatitis, 7,3 % polynosis, 5,7 % bronchial asthma, as well as other allergic skin diseases and various manifestations of allergies.

TERI EKZEMASINING TARQALISHINING KLINIK-EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI *(Toshkent viloyati misolida)*

U.A. TASHKENBAYEVA, U.R. MUZAPOVA

Toshkent tibbiyot akademiyasi

Ekzema-bu yallig‘lanishli o‘tkir yoki surunkali takrorlanadigan kasallik bo‘lib, ekzogen yoki endogen ta’sir natijasida toshma kuchli qichishish elementlarining polimorfizmi bilan tavsiflangan. Ekzema muammosi tobora dolzarb bo‘lib bormoqda. Surunkali ekzema barcha teri kasalliklarining 40 % ni tashkil qiladi. Ekzema kasalligi barcha yosh guruhlarida uchraydi va ko‘pincha kasbiy kasalliklar bilan bog‘liq. Epidemiologik tadqiqotlarga ko‘ra, turli xil ekzema turlari dermatologiya amaliyotida eng keng tarqalgan kasalliklardan biridir

Tadqiqot maqsadi: Toshkent viloyati misolida ekzematoz holatlar kasallikning tarqalishini tahlil qilish orqali alomatlar, aniqlanmagan holatlar sonini va tegishli kasalliklarni baholash.

Materiallar va usullar. Retrospektiv epidemiologik tadqiqot (tibbiy hujjatlarni tahlil qilish bilan) o‘tkazilgan. 2019–2023-yillar davomida tibbiy hujjatlar retrospektiv tahlili ham o‘tkazildi Tekshiruvlar Toshkent tibbiyot akademiyasi dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasi va TOKVD klinik bazasida o‘rganildi.

Kasallanishlar turli yoshdagi erkak va ayollarda ekzemaning yillik tarqalishini hisoblab chiqdilar statistik jihatdan muhimligini aniqlash uchun Pirsonning regressiyasidan foydalanildi.

Natijalar: Teri ekzemasi bilan og‘rigan bemorlarni mintaqalar bo‘yicha taqsimlanishi quyidagicha: Olmaliq shahri – 5 (4,8 %), Angren shahri – 7 (6,7 %), Bekobod shahri – 7 (6,7 %), Chirchiq shahri – 3 (2,9 %), Ohangaron shahri – 6 (5,7 %), Oqqo‘rg‘on shahri – 4 (5,7 %), Bo‘ka tumani – 12 (11,4 %), Bo‘stonlik tumani – 2 (1,9 %), Zangiota tumani – 16 (15,2 %), Toshkent tumani – 8 (7,6 %), Qibray tumani – 6 (5,7 %), Quyi Chirchiq tumani – 1 (1 %), Parkent tumani – 6 (5,7 %), Piskent tumani – 3 (2,9 %), Chinoz tumani – 3 (2,9 %), O’rta Chirchiq tumani – 7 (6,7 %), Yuqori Chirchiq tumani – 2 (1,9 %), Yangiyo‘l tumani – 5 (4,8 %) va boshqa mamlakatlar – 1 (1,0 %).

Xulosa. Shunday qilib, tuman va Toshkent shahri bo‘yicha ekzema bilan statsionar davolanishni tahlil qilish shuni ko‘rsatdiki, eng katta ulushni Zangiota tumani (15,2 %), Bo‘ka tumani (11,4 %) va Toshkent tumani (7,6 %) tashkil etadi.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ЖЕНЩИН ПО ШКАЛЕ ВАНКУВЕРА

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

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

Цель исследования. Изучение параметров КР по шкале Ванкувера.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 58 женщин в возрасте от 14 до 24 лет. Все пациентки были распределены в зависимости от причины формирования КР на две группы: с «истинными» – 55,1% и «ложными» – 26 (44,9%) КР. Все рубцы представляли собой единичные или разбросанные плотные образования, которые значительно возвышались над уровнем кожи, распространялись на окружающие ткани и сопровождались выраженной болью или парестезиями. При суммировании баллов высчитывался общий показатель. Чем выше общий показатель, тем тяжелее клиническое состояние келоида.

Результаты исследования. У 89,2% пациенток с «истинными» келоидами, рубцы локализовались на коже груди, плечевого пояса и ягодиц, и лишь у 10,8% – на коже лица. «Ложные» келоиды чаще локализовались на местах оперативных и косметических вмешательств – 64,2%, или появились после ожогов (35,8%).

«Истинные» келоидные рубцы в 60,0% случаев были небольшого размера (менее 10 см$^{2)}$, тогда как рубцы, площадью более 50 см^2 регистрировалась у незначительного количества пациенток (6,2%). При «ложных» келоидах очаги с площадью более 50 см^2 встречались в 5,4 раза чаще, чем площадью менее 10 см^2 (51,0% против 9,4%).

Общий показатель баллов по шкале Ванкувера у пациенток с «истинными» КР был в 1,3 раза выше, чем у лиц с «ложными» келоидами (26,2 против 19,8). Наиболее выраженные отличия между «истинными» и «ложными» КР наблюдались в таких параметрах, как: высота (3,6 против3,0), васкуляризация (2,6 против 1,1) и консистенция келоида (3,1 против 2,5). Следует отметить, что у 10,8% пациенток с «истинными» келоидами наблюдалось изъязвление рубцовой ткани с образованием свищей, и данный показатель составил у них 2,1 балла, тогда как у больных с «ложными» рубцами такого явления не отмечалось. Показатель прогрессирования при «истинных» келоидах оказался в 1,5 раза выше, чем при «ложных» (3,5 против 2,4).

Таким образом, наиболее тяжелое клиническое течение наблюдалось у больных с «истинными» келоидными рубцами, что необходимо учитывать при проведении терапии.

ФОТОТИПЫ КОЖИ У ЖЕНЩИН С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ (КР)

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

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

Цель исследования. Изучение фототипов кожи у женщин с различными видами КР.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 118 лиц женского пола в возрасте от 15 до 30 лет. Средний возраст обследуемых составил 17,5 ± 1,2 лет. Доля подростково-юношеского возраста составила 53,4%. Все пациентки были распределены в зависимости от причины формирования КР на две группы: с «истинными» – 65 (55,1%) и «ложными» – 53 (44,9%) КР. Причиной формирования «ложных» келоидов являлись различные травматические факторы, «истинные» келоиды появлялись спонтанно.

Определение фототипа кожи было проведено 65 пациенткам с «истинными» и 53 – с «ложными» келоидами согласно классификации Т. Фицпатрика: I – «кельтский»; II – «европейский светлокожий»; III – «темнокожий европейский»; IV – «средиземноморский»; V – «азиатский»; VI – «африканский».

Результаты и исследования. При изучении взаимосвязи между келоидными рубцами и фототипами кожи пациенток, было выявлено, что все обследованные относились ко II, III и IV фототипам.

Из 118 больных с КР светлый II фототип встречался у 41 (34,7%) пациентки. 65,3% женщин составили группу пациенток с темными фототипами кожи, из которых 18,2% относились к IV фототипу.

«Истинные» келоиды формировались чаще у лиц со светлым фототипом, который встречался, в 1,3 раза чаще, чем темный – III фототип (56,9% против 43,1%). При этом «ложные» кело-

иды у лиц со II фототипом наблюдались лишь в 7,6% случаев, тогда как у лиц с III и IV фототипом «ложные» келоиды наблюдались у 66,0% и 26,4% пациенток соответственно. Следует отметить, что «истинные» келоиды не были выявлены ни у одной пациентки с IV фототипом кожи.

Таким образом, «истинные» келоиды появляются в 7,5 раз чаще при светлых фототипах кожи, чем «ложных». В то время как «ложные» келоиды формируются в 2 раза чаще у лиц с темными фототипами.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ГЕНОВ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО

С.Д. АБДУЛЛАЕВ, Х.Д. АБДУЛЛАЕВ

Самаркандский областной филиал республиканского специализированного дерматовенерологического и косметологического научно-практического медицинского центра

Введение. Витилиго характеризуется внезапным возникновением депигментированных пятен вследствие нарушения секреторной функции меланоцитов или их гибели, развивается у лиц с генетической предрасположенностью, сопровождается выраженными дисрегуляторными изменениями клеточно-опосредованных реакций иммунной системы, вегетативного дисбаланса с преобладанием симпатического тонуса и серьезной социальной дезадаптацией, обусловленной личностными особенностями и внешними социальными факторами. Витилиго является распространенным дерматозом. В мире число больных с данным заболеванием превышает 1% всего населения. В 70% случаев заболевание начинается в возрасте 10—25 лет, дети младше 10 лет, в том числе новорожденные и грудного возраста, составляют приблизительно 25% всех больных витилиго

Цель исследования. Провести у пациентов с витилиго анализ генетической структуры и определение активности генов: DDS и GNB3, оценив их возможную роль в патогенезе заболевания.

Материалы и методы исследования. В настоящее исследование были включены 53 пациентов с различными формами и стадиями витилиго в возрасте от 12–59 лет, находившихся на амбулаторном лечении в клинике кожных и венерических болезней областного центра города Самарканд в период с 2019 г. по 2021 г. Для сравнения результатов лабораторных исследований была обследована группа из 10 здоровых доноров. Анализ клинического материала проводился на основании данных анамнеза жизни и заболевания, оценки общего состояния и локального статуса пациента. У каждого пациента определяли клиническую форму заболевания по классификации витилиго. Клинический осмотр включал общий осмотр кожи больного, осмотр с использованием люминесцентной лампы, измерение площади депигментированных очагов с использованием линейки. Площади каждого очага поражения суммировали и оценивали в процентах относительно площади поверхности тела. Всем пациентам проводилось клиническое обследование, включавшее осмотр в т.ч с использованием люминесцентной лампы, сбор анамнеза, определение площади очагов поражения. Лабораторно-инструментальные исследования включали: – Клинический анализ крови; – Генотипирование однонуклеотидных полиморфизмов (8MP-генотипирование) методом пиросеквенирования. В качестве генов-«кандидатов» в исследование были включены два гена: OBC и CKB3; – Определение содержания естественных ауто-АТ к различным органам и тканям в сыворотке крови; – Исследование субпопуляционного состава Т- и В-лимфоцитов, анализ функциональной активности Т- и В-лимфоцитов, а также НК-клеток.

Результаты и обсуждение: Клиническая характеристика обследованных пациентов с витнлнго. Средний возраст больных обратившихся за медицинской помощью варьировал от 12 до 59 лет, среди которых число женщин было значительно больше чем мужчин.

Из клинических форм заболевания вульгарная форма: множественные, беспорядочно или (преимущественно) симметрично расположенные пятна на коже туловища, конечностей и лица наблюдалась у 58 (76,3%) пациентов. Акрофацеальная: поражение кистей, стоп, лица в периорбитальной и периоральной областях – у 11 (14,4%). Фокальная: одно или несколько пятен в одной области – у 5 (6,7%). Сегментарная: пятно по ходу нерва или сплетения – у 2 (2,6%) пациентов. Сочетание витилиго и невуса Сеттона – депигментации, окружающей родимое пятно выявлено у 6 пациентов с вульгарной формой заболевания. У 2 пациентов имелась депигментация волос на голове (лейкотрихия).

При сравнении генотипов 69 пациентов с витилиго и 20 здоровых доноров (контрольная группа), по генам 008 и CMB3 с известными функциями и сопоставлении полученных данных с фенотипическими характеристиками пациентов, мы обнаружили новую ассоциацию отдельного однонуклеотидного полиморфизма с витилиго. Так, общий анализ продемонстрировал ассоци-

ацию гаплотипов гена CMB3, кодирующего бета-субъединицу С-белка, с витилиго, по сравнению со здоровыми донорами (рис. 1). По данным литературы полиморфизм гз 5443 модулирует иммунный ответ Т-лимфоцитов и ассоциируется с диабетом II типа [Ba1топ М., 2008], что делает возможным его участие в аутоиммунном компоненте патогенеза витилиго. Рисунок 1. Результаты анализа полиморфизма гена CMB3.

Выводы: В результате проведенного нами генотипирования пациентов с витилиго выявлена ассоциация гаплотипов гена CKB3, кодирующего бета субъединицу С-белка с витилиго. Учитывая, что полиморфизм гз 5443 модулирует иммунный ответ Т-лимфоцитов и ассоциируется с диабетом II типа, это делает возможным его участие в аутоиммунном компоненте патогенеза витилиго.

РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Х.Д. АБДУЛЛАЕВ, С.Х. ЭШОНКУЛОВ

Самаркандский государственный медицинский университет;
Самаркандский областной филиал республиканского специализированного дерматовенерологического и косметологического научно-практического медицинского центра

Введение. Рост заболеваемости псориазом, особенно среди лиц молодого возраста, обуславливает актуальность данной работы. По данным литературы в Узбекистане псориазом страдает 2% взрослого населения, это более 750 тысяч человек, в европейских странах распространенность псориаза составляет 1–3% (Родионов А.Н., 2014, Разнатовский К.И., Терлецкий О.В., 2017).

Псориаз – хронический воспалительный иммуноопосредованный дерматоз многофакторного происхождения с выраженной генетической природой, который характеризуется поражением кожи эпидермально-дермальными папулами с выраженным шелушением и поражением не только кожи, но и ногтей, опорно-двигательного аппарата и внутренних органов.

Цель исследования. Определить эффективность терапии псориаза на основе интеллектуального статуса.

Материалы и методы исследования. Проведено клинико-лабораторное наблюдение за 140 больными вульгарным псориазом различной степени тяжести. Определение в сыворотке крови больных псориазом показателей ФНО-α, ИЛ-1, ИЛ-10, ИЛ-10 и IgA проводилось методом иммуноферментного количественного анализа с использованием коммерческих наборов фирмы Demeditec Diagnostics GmbH

Полученные в ходе исследования данные подвергались статистической обработке на персональном компьютере Pentium-IV с использованием пакета программ Microsoft Office Excel-2003, в том числе с использованием встроенных функций статистической обработки. Метод определения основан на твердофазном «сэндвиче» – варианте иммуноферментного анализа.

Результаты исследования. Уровень ИЛ-17 в первой группе до лечения составил 10,2 ± 2,4 пг/мл, после лечения 7,01 ± 0,19 пг/мл ($p<0,005$), что в 1,15 раза выше нормы. Данные показатели во второй группе до лечения составили 10,1 ± 2,2 пг/мл, после лечения 6,59 ± 0,10 пг/мл ($p<0,005$), что в 1,07 раза выше нормы, что свидетельствует о реакции иммунной системы на воспалительный процесс. Концентрация ФНОα оставалась стабильно высокой на начальных этапах терапии и к концу лечения приближалась к нормативным значениям (в контрольной группе до лечения – 13,3 ± 5,2 пг/мл, после лечения – 5,8 ± 4,2 пг/мл, $p>0,05$. Норма – 3,9 ± 1,5 пг/мл, во второй группе до лечения – 6,2 ± 2,1, после лечения – 4,3 ± 0,9 пг/мл, $p>0,05$). Уровень IgA в первой группе до лечения составил 3,05 ± 0,16 г/л, после лечения – 2,01 ± 0,07 г/л, ($p<0,005$), что в 1,12 раза больше нормы. Данные показатели во второй группе до лечения составили 3,15 ± 0,10 г/л, после лечения 6,59 ± 0,10 пг/мл ($p<0,005$), что на 1,04 выше нормы. Определение значения PASI позволяет оценить влияние тяжести псориаза на качество жизни пациентов. Показано, что тяжесть псориаза, оцененная с помощью PASI, коррелирует с величиной дерматологического индекса качества жизни. Эффективность терапии при распространенном псориазе кожи определяется на основании динамики индекса тяжести PASI (Psoriasis Area Severity Index).

Выводы. Разработан и внедрен алгоритм комплексной терапии больных псориазом, позволяющий дифференцированно подходить к назначению мембраностабилизирующего, антиоксидантного, гепатопротекторного и иммунокорригирующего препарата (внутрь и наружно), добиться клинической ремиссии и значительного улучшения состояния у 94,7–97,5% больных, 133 сокращения продолжительности госпитального этапа на 27,6%, удлинения сроков клинической ремиссии у 72,5% больных.

В то же время стандартная терапия не привела к выраженным изменениям содержания вторичных продуктов ПОЛ – КД и СТ (изопропанольной фазы), конечных продуктов перекисного окисления липидов – оснований Шиффа и ТБК-активных соединений.

Таким образом, при исследовании интерлейкинов у больных псориазом зафиксированы схожие результаты, что доказывает безукоризненное сходство с нашими данными и их достоверность. Анализ динамики содержания интерлейкинов у больных псориазом показал, что препарат оказывает нормализующее действие на цитокиновый статус больных.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА CO2-ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОФИМЫ

А.А. АБДУРАШИДОВ, С.Р. МУМИНОВА, Н.А. АБДУХАМИДОВА

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

Ведение. Ринофима – это прогрессирующая, ограниченная или генерализованная деформация носа, возникающая в результате гипертрофии сальной и соединительной ткани и является наиболее тяжёлым проявлением конечной стадии розовқх угрей. Она характеризуется постоянным, медленно образующимся вытягиванием нижней трети носа с непостоянными утолщениями и образованием узлов гротескной формы на гипертрофированной коже носа. В настоящее время для лечения ринофимы используются CO2 лазер, эрбиевый лазер и радиоволновая резекция.

Цель исследования. Изучить отдалённые результаты аблативного воздействия углекислого лазера на ринофиму.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 10 пациентов с ринофимой. Для лечения ринофимы нами был использован CO2 лазер.

Результаты. Коррекция ринофимы CO2 лазерном было завершено за один сеанс. Все пациенты были обследованы через 3–6–24 месяцев после лечения. Результаты лечения были оценены как хорошие или отличные у 9 и у одного пациента – неудовлетворительные. Всем пациентам был разослан опросник для оценки удовлетворённости в электронном виде, из них 12 пациента ответили. Пациенты сообщили о высоком уровне удовлетворённости после лечения. Основными осложнениями были боль, связанная с местной анестезией, длительный период заживления, образование рубцов и гипопигментации.

Выводы. Таким образом CO2-лазер является эффективным методом лечения ринофимы. Лечение сопряжено с низким риском побочных эффектов и связано с высокой приемлемостью и удовлетворённостью пациентов.

СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЭКЗЕМЫ

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

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент

Введение. Распространённость экземы среди населения планеты составляет 1–2%, среди дерматологических заболеваний – до 30–40%.

Экзему с высоким уровнем IgE в сыворотке относят к категории болезнь Т-хелперов II порядка (Th2). Мононуклеары из периферической крови больных экземой имеют повышенную способность вырабатывать IL-4, IL-5 и IL-13, тогда как, способность производить IFN-γ ограничена (12).

Цель исследования. Исследование состояния цитокинового статуса у больных с различными формами экземы.

Материалы и методы исследования. Нами было изучено состояние цитокинового статуса у больных с различными формами экземы и под нашим клиническим наблюдением находились 70 больных, страдающих экземой в возрасте от 18 до 60 лет. Мужчин было 37, женщин – 33. Давность заболевания составило от 1 месяца до 20 лет. При анализе клинической картины экземы были диагностированы следующие формы заболевания: истинная (45,1%), микробная (35,1%), себорейная (19,8%). У 90% больных процесс носил хронический характер.

Как показали наши исследования у больных, страдающих экземой отмечается статистически достоверное ($p < 0,01$) снижение противовоспалительного цитокина IL-4 ($2,2 \pm 0,06$ пг/мл) по сравнению с контрольными величинами ($2,5 \pm 0,04$ пг/мл), Тогда как, провоспалительный цитокин TNF-α был статически достоверно ($p < 0,01$) повышен ($25,4 \pm 2,05$ пг/мл), против нормальных величин ($2,9 \pm 0.09$ пг/мл).

Таким образом, наши исследования показали, что у больных страдающих экземой достоверно снижается противовоспалительный цитокин IL-4, тогда как, провоспалительный цитокин TNF-α статически достоверно повышается.

РОЛЬ АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТУ У ДЕТЕЙ

Б.С. АЗИЗОВ, А.А. МАННАНОВ

Ташкентский государственный стоматологический институт;
Кафедра дерматовенерологии, г. Ташкент, Узбекистан

Агрегационная способность эритроцитов к антигенам условно-патогенной микрофлоры (АГ- УПМ) и тканевым антигенам кожи (АГ-ТАК) была изучена у 40 детей больных атопическим дерматитом (АтД). Контрольную группу составили 10 здоровых детей. Полученные результаты показали, что у больных детей на мембране эритроцитов количество АГ-ТАК колебался в зависимости от клинической картины болезни. При экссудативной форме заболевания количество АГ-ТАК составило $1,68 \pm 0,2$, а при эритематозно-сквамозной форме повышена до $2,07 \pm 0,1$ ($P < 0,05$). При эритематозно-сквамозной форме с лихенификацией и лихеноидной формах заболевания содежание антигенов увеличивалось. Средней уровень их титров АГ-ТАК во всех клинических формах АтД, по сравнению с контрольной группой, был значим ($P < 0,001$). Аналогичные изменения наблюдались и с числом эритроцитов, чувствительных к АГ-УПМ и β- гемолитическим стрептококковым антигенам группы А.

Анализ агрегационных способностей эритроцитов к АГ-ТАК, АГ-УАМ и β- гемолитического стрептококкового антигена группы А во взаимосвязи с группой крови больных АтД показал, что уровень содержания на мембране эритроцитов вышеназванных антигенов был повышенным у больных с А (II) и В(III) группой крови ($P < 0,001$).

Заключая, необходимо отметить, что у больных детей АтД в крови на мембране эритроцитов обнаруживается антигены УПМ, ТАК и β- гемолитические стрептококковые антигены группы А. Содержание этих антигенов тесно взаимосвязано со стадией, формой болезни и группой крови. Свойства эритроцитов сохранять на своей мембране эти антигены позволяют использовать эти качества эритроцитов для прогнозирования течения болезни, и оценить эффективность проводимых терапевтических мероприятий.

ПСЕВДОЛИМФОМЫ КОЖИ, ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ

А.Ш. АЛИЕВ[1], Б.И. МУХАМЕДОВ[2], О.Ж. КУРБОНОВ[2], Э.В. КОЛДАРОВА[3], М. ОМОНОВА[1]

[1]Ташкентская медицинская академия;
[2]Ташкентская государственный стоматологический институт;
[3]Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Псевдолимфомой (ПЛК) кожи, гистологически и клинически напоминающей различные типы злокачественных лимфом, называют доброкачественную лимфопролиферацию, возникающую в ответ на воздействие экзогенного или эндогенного факторов. На основании этого широкого определения становится ясно, что многие процессы соответствуют критериям ПЛК. Неудивительно, что термин ПЛК, определенный таким образом, в литературе оказался слишком растянутым (Christina Mitteldorf et. all 2020). Многие инфекционные и неинфекционные заболевания характеризуются атипичными лимфоцитарными инфильтратами, которые можно легко ошибочно принять за кожную лимфому только на основании гистопатологических особенностей.

Термин «псевдолимфома» был впервые введён в 1891 году М. Капоши. В то время как термин «истинная псевдолимфома» кожи был предложен Н.С. Потекаевым и Ю.В. Сергеевым в 1978 году. В настоящее время в связи с улучшением диагностических и лабораторных методов исследования, в частности появление с иммуногистохимии, наблюдается увеличение распространения данного реактивного дерматоза.

На данный момент общепринятой международной классификации данной патологии нет, однако имеются классификации, широко используемые в клинической практике. Одной из них является подразделение ПЛК на классы в зависимости от клеточного состава лимфоцитарной инфильтрации, с соответсвенным деление по этому клиническому признаки на В- и Т- клеточные псевдолимфомы. Ни один из этих подходов не позволяет учитывать перекрывающиеся функции в этиологии заболевания. Имеет важное значение дальнейшее диагностическое обследование. Состав инфильтрата варьируется, на него влияют как генетические, так и иммунологические факторы пациента, о чем свидетельствует наблюдение, что идентичные агенты (например, Borrelia sp.) могут индуцировать либо В-ПЛК, либо Т-ПЛК.

Этиологическими факторами заболевания могут выступать прием лекарственных препаратов, вакцинация, инфекционные агенты, химические, биологические и физические факторы. Очень часто первые признаки доброкачественной лимфопролиферации могут наблюдаться у пациентов на фоне приема фенитоина, карбамазепина, фенобарбитала, блокаторов кальциевых каналов, пенициллина, аллопуринола.

Диагностика данной патологии очень важна, но нередко бывает затруднена, так как клинические и патогистологические признаки ПЛК очень схожи со злокачественными лимфомами до определенной стадии опухолевого процесса. Лечение псевдолимфом кожи проводится в 2 этапа:1 этап- устранение фактора, вызвавшего лимфоцитарную инфильтрацию кожи, 2 этап – применение классических терапевтических средств, применяемых в дерматологии.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

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

[1]Ташкентская медицинская академия;
[2]Ташкентская государственный стоматологический институт;
[3]Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Атопический дерматит (АД) – распространенное хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, которое часто появляется в детстве, но может проявляться и во взрослом возрасте и характеризующееся экзематозными поражениями кожи и зуд (Бойцов Н.Н и др. 2021; Wollenberg A, et all 2018). Это негативно влияет на пациентов, их семью и общество в целом. До одной пятой пациентов с атопического дерматита и нейродерматозов развивается заболевание от умеренной до тяжелой степени, которые часто невосприимчив к терапии первой линии это эмоленты, топические кортикостероиды и местные ингибиторы кальциневрина, что может привести к ухудшению качества жизнь (Munera-Campos M, et all 2020). У таких пациентов препаратом выбора являются системные пероральные кортикостероиды, однако их долгосрочное использование не рекомендуется из-за хорошо известных нежелательные побочных явлений (Wollenberg et. All 2018). Поэтому существует неудовлетворенная терапевтическая потребность, поскольку пациентам требуются новые безопасные и эффективные лекарства. Растущее знание патофизиологии нейродерматозов и роли Янус-киназы (JAK) и пути преобразователя сигнала и активатора транскрипции (STAT) в развитии и поддержании нейродерматозов привело к разработке агентов, блокирующих этот внутриклеточный сигнальный путь – это ингибиторы JAK. Барицитиниб демонстрирует высокую селективность в отношении JAK1 и JAK2, что делает его привлекательным для лечения этого заболевания. В исследованиях фазы II и фазы III оценивалась эффективность и безопасность барицитиниба при лечении АД, и результаты были обнадеживающими, демонстрируя хорошую эффективность и благоприятный профиль безопасности и переносимости. В конце 2020 года EMA одобрило барицитиниб для лечения взрослых пациентов с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени, которые являются кандидатами на системную терапию, что расширяет возможности лечения этого изнурительного заболевания. Следовательно, можно расширить спектр использования данного лекарственного препарата и использовать его в лечении нейродерматозов в целом.

ПСОРИАЗДА АЗОТ ОКСИДИ ТИЗИМИНИНГ АҲАМИЯТИ ТЎҒРИСИДА

С.Ф. АЛЯВИ

Тошкент давлат стоматология институти

Псориазнинг клиник кўринишлари тартибга солиш тизимларининг ўзгариши, катаболик жараёнлар ва оксидловчи метаболизмнинг интенсивлиги ва эпидермал пролиферация билан боғлиқ мураккаб ўзаро боғлиқ патоиммун ва биокимёвий механизмларнинг ривожланиши фонида узоқ муддатли яллиғланиш жараёнининг натижасидир. Яллиғланиш компоненти псориаз касаллигининг патогенезидаги муҳим бўғинлардан бири бўлиб, у турли зўравонликдаги яллиғланиш реакцияси билан кечадиган даврий рецидивлар билан содир бўлади. Сўнгги йилларда тадқиқотчиларнинг алоҳида эътиборини физиологик ва биокимёвий жараёнларнинг универсал регуляторларидан бири функцияларини бажарадиган азот оксиди (NO) жалб қилмоқда. ДНКнинг шикастланиши Л-аргининдан NO синтезининг бузилишига олиб келади, уларнинг асосий ферментлари NO – синтазалар (NOS): эндотелиал (е NOS), индуктив (iNOS) ва митохондриал (мNOS). NO-бу яллиғланиш касалликлари ва гиперпластик жараёнларда асосий сигнализация мембранаси бўлган кичик плеиотропик эркин радикал.

Ҳозирги вақтда яллиғланишни тартибга солишда NOнинг роли жадал ўрганилмоқда. NO яллиғланиш реакциясини блокировка қилиш ёки рағбатлантириш орқали яллиғланишнинг турли жиҳатларига таъсир қилиши мумкин. Бу NO концентрациясига, ҳужайра фаоллашувининг тури ва даражасига, бошқа яллиғланиш воситачиларининг таъсирига ва бошқаларга боғлиқ. Дерматоздаги теринининг ўзгариши унинг нейтрофил лейкоцитлар ва фаоллаштирилган Тлимфоцитлар томонидан инфильтрацияси, яллиғланиш цитокинларнинг экспрессиясини ошиши, уларнинг рецепторларидаги ўзгаришлар, шунингдек, NO тизимининг ҳолати билан боғлиқ.

NOнинг икки фазали антипролифератив таъсири ҳақида хабарлар мавжуд: NOнинг паст концентрацияси кератиноцитларнинг кўпайишини рағбатлантиради, in vitro, юқори концентрациялар ҳужайралар кўпайишини ингибиция қилади ва дифференциацияни келтириб чиқаради. Псориаз билан оғриган беморларнинг қонида NO даражаси ошади ва касалликнинг оғирлиги билан боғлиқ.

Шундай қилиб, кератиноцитлар ўсиши ва дифференциациясининг регуляторларидан бири бўлган NO кўп функцияли сигнализация молекуласи псориаз патогенезининг асосий бўғинларидан бири ҳисобланади.

К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ

С.Ф. АЛЯВИ

Ташкентский государственный стоматологический институт

В настоящее время и в современной русскоязычной медицинской литературе широко употребляют термин «коморбидность», под которым обычно понимают наличие у одного пациента двух и более заболеваний, патогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени независимо от активности каждого из них. Основными причинами коморбидности называют анатомическую близость пораженных органов, общие патогенетические механизмы развития заболеваний, причинно-следственную связь и развитие осложнений.

Одним из мультиморбидных кожных заболеваний является псориаз. Псориаз – хронический рецидивирующий дерматоз многофакторной природы с генетической предрасположенностью. Согласно клинико-статистическим данным псориазом страдает от 3 до 7% населения планеты, популяционная частота псориаза в странах Центральной Европы от 2 до 4,7%. В последние годы укрепилось мнение, что развитие патологических процессов при псориазе не ограничивается формированием поражений кожи и ее придатков – ногтей, а приводит к нарушениям функций разных органов.

Псориаз характеризуется сложностью патогенетических воспалительных механизмов и имеет ряд общих иммунологических признаков с другими сложными по патогенезу заболеваниями, такими, как сердечно-сосудистые, ожирение, сахарный диабет, депрессия, воспалительные заболевания суставов и кишечника. Закономерно частое сочетание различных болезней или состояний у одного пациента называется коморбидностью и встречается при многих воспалительных процессах. Предполагается, что развитие коморбидностей скорее всего основано на общности патогенеза сочетающихся заболеваний и не зависит от стиля жизни, доступности медицинской помощи или экономических факто-

ров и обычно имеет тенденцию увеличиваться с возрастом. Почти половина больных псориазом в возрасте старше 65 лет имеет, по крайней мере, три коморбидности, а у двух третей – две и более. Помимо схожих иммунологических механизмов обнаружены также гены, общие для псориаза и встречающихся при нем коморбидностей.

Показана корреляционная связь между тяжестью течения псориаза и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний, учащением заболеваний периферических сосудов, нарушений мозгового кровообращения, остеопороза, метаболического синдрома, воспалительных заболеваний кишечника, сердечно-сосудистых заболеваний.

Таким образом, последнее десятилетие наши представления о патогенезе псориаза радикально изменились, что привело к появлению новых мишеней для терапии и новых препаратов. Подбор лекарственного препарата должен основываться на тяжести заболевания и на наличии коморбидных заболеваний, что будет определять эффективность проводимой терапии псориаза.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

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

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент

Введение. Псориаз – это хронический рецидивирующий генетически детерминированный дерматоз мультифакториальной природы, характеризующийся гиперпролиферацией кератиноцитов и нарушением их дифференцировки. Лечение псориаза до сих пор остается актуальной и сложной задачей. В последние годы разработаны и предложены новые высокоэффективные и патогенетически обоснованные системные и топические методы лечения псориаза.

По мнению многих специалистов, основой лечения псориаза остаются местные препараты. Наряду с традиционными мазями, содержащими салициловую кислоту, серу, деготь, нафталан, ихтиол, мочевину, которые остаются востребованными больными, широко применяются глюкокортикостероидные (ГКС) препараты и их сочетании с кератолитиками.

Цель исследования. Изучить эффективность мази, содержащий бетаметазон дипропионат + салициловую кислоту (дипросалик) в топической терапии ограниченного бляшечного псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 48 больных с ограниченным псориазом в возрасте от 8 до 49 лет. Мужчин было 29 (60,4 %), женщин – 19 (39,6 %). Давность заболевание составил от 9 месяцев до 19 лет. Все больные получили лечение (антигистаминные, витаминные препараты) согласно стандартам обследования и лечения по дерматовенерологии (2021 г.) В качестве топической терапии первая группа (25 чел. – 52,1 %) больных очаги псориаза смазывали мази дипросалик, который в составе содержит бетаметазона дипропионат и салициловую кислоту. Вторая группа (23 чел. – 47,9 %) местно применяли ГКС препарат, не содержащий в составе бетаметазон, но использовали препарат по силе действия относящийся к сильным топическим ГКС. Кроме того, этот препарат в составе не содержал салициловую кислоту.

Обе группы больных топические ГКС наносили на очаги поражения 2 раза в день. Кроме того, больным рекомендованы смягчающие препараты на псориатические высыпания.

Результаты исследования. Как показали результаты лечения, через 1 нед. терапии, в обеих группах больных отмечена положительная динамика в разрешении кожно-патологического процесса – уменьшение зуда отмечали 17 (68 %) пациентов в первой группе, и во второй группе – 13 (56,5 %) больных; шелушения и гиперемии – у 21 (84 %) больных в первой группы, у 17 (73,9 %) пациентов второй группы. В дальнейшем клинический эффект терапии возрастали и к концу второго месяца наблюдения клиническая ремиссия достигнута у 24 (96 %) больных первой группы, и у 20 (86,9 %) больных второй группы.

Таким образом, дипросалик мазь эффективен в топический терапии ограниченного бляшечного псориаза, поскольку бетаметазон оказывает противовоспалительное, противозудное, противоаллергическое, сосудосуживающее, противоэкссудативное и антипролиферативное действие, а мочевина – кератолитическое, смягчающее и увлажняющее действие. В синергизме оба компонента препарата обладают патогенетическим действием, что позволяет быстрого положительного клинического эффекта.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЕРТА PSO 50 PLUS В ТЕРАПИИ КЕРАТОДЕРМИИ

С.С. АРИФОВ[1], М.Х. АРИФОВА[2]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
[2]Частная клиника «Dermatolog SA»

Кератодермии – группа дерматозов, характеризующихся нарушением процессов ороговения, – избыточным рогообразованием преимущественно ладоней и подошв.

Этиология и патогенез заболевания окончательно не выяснены. Исследованиями установлено, что кератодермии обусловлены мутациями в генах, кодирующих кератин 6, 9, 16. Считают, что заболевание может возникать при недостаточностии витамина А, гормональных дисфункции, и других факторов.

Клинически различают диффузную и диффузную кератодермию. Эффективность терапии кератодермии, во многом, зависить от ее клинической разновидности и течения.

Цель исследования. изучить эффективность терапии различных форм кератодермии с применением PSO 50 Plus.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наболюдением находились 12 болных с различными клиническими формами кератодермии. Из них у 3 больных была диагностирована кератодермия Унны–Тоста, у 2 – кератодермия Меледа, у 2 – кератодермия Папийона–Лефевра и у 5 – локальные утолщения кожи ладони и подошв.

Все больные одновременно со стандартной терапией (витамины А, С; антиоксиданты, неотигазон) местно на очаги смазывали крем PSO 50 Plus, основным ингредиентом которого является 50 % мочевина. Кроме того, препарат содержит Швейцарскую ледниковую воду, масло Ши, Оливем 1000 и Салициловую кислоту. Эти составные части значительно уменьшают гиперкератоз, снимают воспаление, зуд, восстанавливает липидные резервы, реэпителизируют и смягчают кожу.

Крем PSO 50 Plus наносили на поверхность очагов поражения и массировали его до полного впитывания. Препарат применяли до получения желаемого эффекта.

Результаты терапии показали, что у подавляющего большинства больных начиная с 5-7 дня отмечался отшелушивание гиперкератотических очагов. В последующие дни клинический эффект возрастал и к концу терапии у большинства пациентов наблюдали значительное разрешение кожно-патологического процесса.

Заключение. PSO 50 Plus эффективен в терапии дерматозов, характеризующийся избыточным рогообразованием ладоней и подошв.

ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ

С.С. АРИФОВ[1], Н.С. ИБРОХИМОВА[2]

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

Акне (син.: вульгарные угри) – хроническое воспалительное заболевание сальных желез и волосяных фолликулов и 80 % лиц молодого возраста страдают данной патологией. Социальный аспект акне заключается в том, что патологический процесс в основном локализуется на лице и в значительной степени вызывает косметологический дефект, депрессивное состояние и снижает качество жизни больных. В настоящее время существующие методы терапии полностью не удовлетворяют ни больных, ни врачей.

Цель исследования. настоящего клинического исследования явилось оценит клиническую эффективность топического адапалена в терапии акне.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 52 больных вульгарными угрями от 14 до 22 лет, мужчин было 29 (55,8 %) и женщин – 23 (44,2 %). Длительность заболевание составила от 4 месяцев до 11 лет.

Согласно классификации, Plewig G., Kligman A.M., Jansen J. (2000) пациенты были разделены на следующие клинические формы: комедональной формой болели 17 (32,7 %) больных, папулопустулезной – у 25 (48,1 %) и конглобатная – у 10 (19,2 %) пациентов. При этом, с учетом классификации Глобального альянса по улучшению результатов акне легкая степень тяжести течения диагностирована у 17 (32,7 %) пациентов, средняя степень – у 21 (40,4 %) и тяжелая – у 14 (26,9) больных.

Результаты исследования. Все наблюдаемые больные были разделены на 2 группы с учетом получаемой терапии: первая группа (25 больных) получало лечение согласно стандартам обследования и лечения, в дерматовенерологии и косметологии Республики Узбекистан (2021), вторая группа группы (27 больных), на фоне стандартной терапии, согласно инструкции, при легкой степени местно назначали 0,1 % гель адапалена (Клензит), при средних и тяжелых степенях тяжести течения – адапален + клиндомицин (Клензит – С). Первая группа препараты адапалена не принимали.

Результаты терапии установили, что во второй группе больных, клиническую ремиссию патологического очага наблюдали у 15 (55,6 %), значительную улучшению – у 9 (33,3 %) и улучшение – у 3 (11,1 %) больных

В то время как в первой группе пациентов аналогичные показатели составили 9 (36 %), 11 (44 %) и 5 (20 %) соответственно.

Заключение. Применение адапалена (Клензит) в легкой степени течения, и Клензита – СМС – при тяжелых степенях течения акне позволяет получить наилучший клинический эффект по сравнению с традиционной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РУБЦАМИ ПОСТАКНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА 1997C/A ГЕНА COL1/A1

С.С. АРИФОВ, З.Э. ЭРКИНЛАР

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, г. Ташкент

Акне – самая частая причина формирования патологических рубцов, гиперпигментации, милиумов и других эстетических недостатков кожи лица, которые объединяются под термином симптомокомплекс постакне (постакне).

Длительность течения воспалительных акне напрямую коррелирует с риском развития симптомокомплекса постакне, которые формируются от 40 до 95,0 % случаев.

Применяемые, в настоящее время, методы лечения рубцов постакне представляет трудную задачу. Так как, они длятся долго и не всегда приводят к клиническому выздоровлению.

При некоторых дерматозах (витилиго, розацеа) показано, что эффективность лечения зависит от выраженности и распределения частот генотипов полиморфизма изучаемых генов.

Цель исследования. Изучить эффективность традиционной терапии рубцов постакне от выраженности и распределения частот генотипов полиморфизма 1997C/A **гена** COL1/A1.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 37 больных постакне получивших терапию (системно – энзимные препараты, витаминотерапия косметологические процедуры, лазеротерапия и физиотерапия и местно – препараты, улучшающие трофику тканей, ГКС в очаг и энзимные препараты), согласно стандартам обследования и лечения по дерматовенерологии (2021г.). Исследование полиморфизма 1997C/A гена COL1/A1 проводили с применением молекулярно-генетических методов.

Результаты исследования. При анализе эффективности терапии по динамике показателей шкалы GAIS, через 6 мес. стандартной терапии, без учета генотипов гена COL1/A1, значительное улучшение достигнута у 40 %, умеренно выраженное улучшение – у 34,4 %, улучшение – у 17,1 % и без изменений – у 8,6 % больных.

Нами проведен анализ эффективности терапии через 6 месяцев с учетом генотипов полиморфизма 1997C/A гена COL1/A1 у 37 больных, принимавших стандартный метод терапии. Из них 18 больных имели генотип C/C, 12 – генотип C/A и 7 – генотип A/A.

Значительное улучшение достигнуто у 57,1 % больных носящий генотип C/C, который имеет протективное действие в отношение формирования рубцовых изменений постакне. Тогда как, у больных с генотипом C/A значительное улучшение достигнуто у 25 %, а у больных несущий более неблагоприятный гомозиготный генотип A/A – самое низкое значения – 22,2 %. Умеренно выраженное улучшение при генотипе C/C достигнуто у 33,3 %, при генотипе C/A –у 50 % и при генотипе A/A – у 42,8 %. Улучшение достигнуто у 5,6 %, 8,3 % и 14,3 % соответственно. Результаты терапии остались без изменений у 1***З.Э.***(14,3 %) больного несущий генотип A/A.

Таким образом, от стандартной терапии наилучший эффект наблюдается при благоприятном генотипе C/C полиморфизма 1997C/A гена COL1/A1, имеющий протективный эффект в формировании рубцов постакне, по сравнению с неблагоприятным гетерозиготным (C/A) и неблагоприятным гомозиготным (A/A) генотипами.

АСОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА 1997C/A ГЕНА COL1A1 С ФОРМИРОВАНИЕМ ПОСТАКНЕ И ПОСТАКНЕ В СОЧЕТАНИИ СИМПТОМАМИ АКНЕ

С.С. АРИФОВ[1], З.Э. ЭРКИНЛАР[1], К.Т. БОБОЕВ[2]

[1]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников;
[2]Республиканский специализированный гематологический научно-практический медицинский центр, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. У больных с тяжелыми формами акне вероятность развития рубцов в 3.4–6.8 раза выше, по сравнению с менее тяжелыми формами. В финале формирования рубцов постакне большую роль играет коллаген I типа, который кодируется полиморфизма 1997C/A гена COL1A1. Исследованию роли полиморфизма 1997C/A гена COL1A1 посвящены много работ и полученные данные рознятся, поскольку данный ген был изучен в различных популяциях.

Цель исследования. Изучить роль полиморфизма 1997C/A гена COL1A1 у больных рубцами постакне с учетом клинического течения заболевания.

Материал и методы исследования. У 107 пациентов с постакне с помощью молекулярно-генетического метода исследования изучили полиморфизм 1997C/A гена COL1A1. 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 акне и постакне. Исследование полиморфизма 1997C/A гена COL1/A1 проводили с применением молекулярно-генетических методов.

Больные были разделены на 2 группы: первую подгруппу составили пациенты только с рубцами постакне, вторую группу – больные с рубцами постакне в сочетании с симптомами акне.

Результаты исследования показали, что в первой группе пациентов только с рубцами постакне генотипы C/C, C/A и A/A полиморфизма 1997C/A гена COL1/A1 распределились следующим образом: 66,7 %, 27,3 % и 6,1 %, тогда как, в контрольной группе частота встречаемость этих генотипов составила – 82,5 %, 15,5 % и 1,9 %, соответственно. При этом, риск развития рубцов постакне у больных носителей генотипа C/A составило 1,8 раз, а лиц с генотипом A/A – 3,2 раза.

Во второй группе пациентов с рубцами постакне в сочетании с симптомами акне частота распределения генотипов C/C, C/A и A/A составило 58,1 %, 32.4 % и 9.5 %, в то время как в контрольной группе аналогичные показатели распределились 82,5 %, 15,5 % и 1,9 % соответственно. Из этих данных следует, что в данной группе больных риск развития рубцов постакне в сочетании с симптомами акне при C/A генотипе повышен 2,1 раза, а при генотипе A/A – 5 раз.

В обеих подгруппах больных гомозиготный генотип C/C оказывает протективное влияние на риск развития этих патологии.

Следовательно, в развитии рубцов постакне и рубцов постакне в сочетании с симптомами акне определенную роль играют неблагоприятные генотипические варианты C/A и A/A, способствующие риску развития заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Н.М. АЮБОВА, И.Б. НУРМАТОВА, Б.С. АЗИЗОВ

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ташкентского государственного стоматологического института;
Кафедра дерматовенерологии и косметологии;
Ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. 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. Изучить различия пролиферативной активности клеток актиничес- кого кератоза и плоскоклеточного рака кожи на основе сравнительного анализа экспрессии маркера клеточной пролиферации Ki-67 в актиническом кератозе и плоско- клеточно раке кожи.

Материалы и методы исследования. Морфологический анализ включал гистологический и иммуногистохимический (ИГХ) методы исследо-

вания. Проведено гистологическое исследование у 32 пациентов с актиническим кератозом. В исследуемых биоптатах отмечали различные диспластические изменения эпидермиса, которую определяли по классификации C.Cockerel и J. Wharton.

Результаты исследования. В большинстве случаев 53,1% наблюдали дисплазию средной степени выраженности (KIN II), у 9 пациентов 28,1% легкую дисплазию (KIN I), и лишь у 6 пациентов тяжелая дисплазия эпидермиса (KIN III). Почти во всех препаратах наблюдался различной степени выраженности гиперкератоз, паракератоз: в верхних слоях дермы базофильная дегенерация коллагеновых волокон, лимфоцитарные инфилтраты.

Выводы. Таким образом, средний индекс пролиферации при актиническом кератозе составил 31,8%. В большинстве случаев Ki-67 позитивные клетки наблюдались в базальном и супрабазальном слоях 59,4%, в шиповатом и базальном слоях в 24,2% и по всей толще дермы 15,6%. При атрофической форме наблюдалась низкая пролиферативная активность 19,6%, и относительно высокая при бовеноидной форме 49,7%, что можно сказать фактором неблагоприятного прогноза.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ

Н.Б. БАБАБЕКОВА, И.Д. ХАСАНБАЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. На сегодняшний день заболевания кожных проявлений вирусной этиологии как вирусной экзантемы являются очень актуальной у детей.

В последние годы отмечается рост заболеваемости данным заболеванием среди младенческого, особенно дошкольного, младшего школьного возраста.

Цель исследования. Изучить клинические изменения у детей больных заболеванием кожных проявлений в разных возрастных группах.

Материалы и методы исследования. Исследование иммунологического состояния течения вирусной экзантемы у детей дошкольного возраста. Определение степени выраженности вирусной экзантемы при различных дерматологических заболеваниях. Изучение клинического течения вирусного экзантема у детей раннего и дошкольного возраста и его зависимости от соматического статуса больных. Для проведения обследований в отделении дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института, Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера запланировано проведение общеклинических и лабораторных диагностических исследований у 60 больных с вирусный экзантемы.

Результаты исследования. В амбулаторном приеме осматривались 60 детей, больных с вирусной экзантемой, в детской диагностической поликлинике при ТашПМИ. Заболевание протекало средней степенью тяжести процесса и стационарной стадией. При поступлении мы проводили клинические исследования и диагностические методы ИФА детям раннего и дошкольного возраста наблюдались выраженные положительные показатели при выявлении клинических признаков заболевания.

Выводы. В результате проведенных исследований совершенствуется диагностическая методика ИФА при заболеваниях кожи (вирусная экзантема) и лечение у детей раннего и дошкольного возраста.

ХАРАКТЕРИСТИКА КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ЖЕНЩИН ПО ШКАЛЕ ВАНКУВЕРА

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

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

Цель исследования. Изучение параметров различных видов КР по Ванкуверской шкале.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 58 женщин в возрасте от 14 до 24 лет. В первую группу вошли пациентки с «истинными» (55,1%), во вторую – с «ложными» (44,9%) КР. Все рубцы представляли собой единичные или разбросанные плотные образования, которые значительно возвышались над уровнем кожи, распространялись на окружающие ткани и сопровождались выраженной болью или парестезиями.

Оценка келоидов проводилась по модифицированной универсальной оценочной шкале рубцов Ванкувера – Vancouver Scar Scale, модифицированной Фисталь Н.Н. (2006). При суммировании баллов высчитывался общий показатель. Чем выше общий показатель, тем тяжелее клиническое состояние келоида.

Результаты исследования. У 89,2 % пациенток с «истинными» келоидами, рубцы локализовались на коже груди, плечевого пояса и ягодиц, и лишь у 10,8 % – на коже лица. «Ложные» келоиды чаще локализовались на местах оперативных и косметических вмешательств – 64,2 %, или появились после ожогов (35,8 %).

«Истинные» келоидные рубцы в 60,0 % случаев были небольшого размера (менее 10 см$^{2)}$, тогда как рубцы, площадью более 50 см^2 регистрировалась у незначительного количества пациенток (6,2 %). При «ложных» келоидах очаги с площадью более 50 см^2 встречались в 5,4 раза чаще, чем площадью менее 10 см^2 (51,0 % против 9,4 %).

Общий показатель баллов по шкале Ванкувера у пациенток с «истинными» КР был в 1,3 раза выше, чем у лиц с «ложными» келоидами (26,2 против 19,8). Наиболее выраженные отличия между «истинными» и «ложными» КР наблюдались в таких параметрах, как: высота (3,6 против3,0), васкуляризация (2,6 против 1,1) и консистенция келоида (3,1 против 2,5). Следует отметить, что у 10,8 % пациенток с «истинными» келоидами наблюдалось изъязвление рубцовой ткани с образованием свищей, и данный показатель составил у них 2,1 балла, тогда как у больных с «ложными» рубцами такого явления не отмечалось. Показатель прогрессирования при «истинных» келоидах оказался в 1,5 раза выше, чем при «ложных» (3,5 против 2,4).

Таким образом, наиболее тяжелое клиническое течение наблюдалось у больных с «истинными» келоидными рубцами, что необходимо учитывать при проведении терапии.

ИССЛЕДОВАНИЕ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Ш.Т. ГАНИЕВА, И.С. НОРМУХАММАДИЙ, М.Б. ХОДЖАЕВА

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, кафедра дерматовенерологии и косметологии

Розацеа (син.: розовые угри) – хроническое воспалительное заболевание кожи лица, в основе которого лежит ангионевроз, характеризуется прогредиентным течением и рефрактерностью к проводимому лечению.

Розацеа часто развивается в возрасте от 40 до 60 лет, встречается преимущественно среди женщин и у лиц с I и II типами кожи.

В последние годы внимание исследователей приковано изучению роли витамина D и рецептора витамина D (VDR) в формировании ряд дерматозов, в том числе розацеа.

В связи с этим целью настоящей работы явилось изучить уровень витамина D в сыворотке крови больных розацеа с учетом ее клинического течения.

Под нашим клиническим наблюдением находились 32 больных розацеа, в возрасте от 29 до 69 лет. Лиц женского пола было 22 (68,7 %) и мужского – 10 (31,3 %), соотношение мужчин и женщин составило 1:9. Все больные получали амбулаторное лечение.

Нормальный уровень 25-гидроксивитамина D(25(OH)D) в сыворотке крови составляет 30–60 нг/мл (75–150 нмоль/л). Контрольную группу составили 14 практически здоровых лиц.

Больные согласно классификации розацеа, предложенной Plewig G., Jansen T., Kligman A. (2000) был разделены на следующие клинические стадии:

эритематозно-телеангиэктатической стадией розацеа болели 9 (28,1 %) больных, папуло-пустулезной стадией – 16 (50 %) и пустулезно-узловатой – 7 (21,9 %) больных.

Средний уровень витамина D у больных розацеа составил 21,4 ± 0,98, в контрольной группе 32,8 ± 0,81. Уровень витамина D в зависимости от стадии заболевания был показан при эритематозно-телеангиэктатической стадии средний уровень витамина D составил 22,15 ± 0,45, папуло-пустулезной стадии – 15,90 ± 0,77, пустулезно-узелковой стадии розацеа – 17,78 ± 0,83.

Результаты нашего исследования показывают, что у пациентов с розацеа наблюдается снижение витамина D по сравнению с контрольной группой, а наибольшее снижение наблюдается у пациентов с папуло-пустулезной стадией.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН

Ш.Т. ГАНИЕВА, А.А. АБДУРАШИДОВ, Ш.И. МАХМУДОВА, М.Б. ХОДЖАЕВА

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников;
Кафедра «Дерматовенерология и косметология»

Цель исследования. Оценить эффективность эстетической процедуры трихопигментации у женщин с андрогенной алопецией.

Материалы и методы исследования. данная процедура была проведена у 40 женщин (в возрасте от 25 до 55 лет, (средний возраст пациенток составил 40 лет) с андрогенной алопецией. Для этого использовались специальный аппарат для трихопигментации (микропигментации кожи головы) – триходермограф на средне-высокой скорости (для нормальной кожи), специальная тройная игла с гладким кончиком и с шероховатой поверхностью, также использовали биосовместимый, гипоаллергенные пигменты черного и коричневого цвета. Для проведения процедуры выбрали эффект «Густых волос», так как при этом эффекте можно сохранить длину волос, не сбривая и не укорачивая кончики. Для достижения полного эффекта процедуру провели в 2–3 сеанса (в зависимости от степени выпадения волос и образа жизни пациенток). Второй сеанс провели с промежутками в одну неделю. Между которым пациентки пользовались специальным шампунем с меньшей кислотностью и сывороткой для устранения побочных эффектов таких как покраснения и зуд кожи головы. Третий сеанс провели через месяц. В течении недели после процедуры пациентки так же пользовались вышеуказанными шампунями и сыворотками.

Результаты исследования. Результативность проведения трихопигментации у всех пациенток (n=36) с андрогенной алопецией достигла желаемых пределов. На проблемные зоны были нанесены микроточечные пигменты, с размером волосяных фолликул 2 (3) раза с промежутками в неделю и месяц. После процедуры волосы визуально стали выглядеть более густыми и при этом не укоротились в длину. Эффект сохранится от двух до трех лет при соблюдении всех необходимых условий.

Выводы: эффект от трихопигментации видна сразу после одной процедуры, но для достижения максимальных результатов может понадобиться 2–3 процедуры. Так как женщинам с диагнозом «Андрогенной алопеции» рекомендуемое лечение является трансплантации волос, для которого нужно сбривать волосы, и это вызовет еще больше стресса для организма, что в свою очередь приведет к ухудшению состояния, то оптимальным и быстрым методом лечения для данных пациенток является проведения эстетической процедуры трихопигментации.

ДИНАМИКА ИНДЕКСА PASI В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

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

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

Оценка степени тяжести заболевания зависит от площади поражения, выраженности кожного процесса, осложнений, сопутствующей патологии, эффективности предшествующего лечения, влияния заболевания на общее состояние и повседневную жизнь больного, и на его социальное функционирование.

Цель исследования. Определение динамики индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index) и эффективности терапии у пациентов с псориазом до и после лечения.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 28 больных в возрасте от 18 до 65 лет, из них 10 мужчин и 18 женщин. Длительность заболевания более 15 лет отмечена у 9 (32,2%) человек; от 10 до 15 лет – выявлена у 14 (50,0%) больного; от 3 до 10 лет – 3 (10,7%) больных; от 1 до 3 лет – 2 (7,1%) обследуемых.

Для определения тяжести и распространенности псориаза использовали индекс PASI, учитывая площадь поражения, степень шелушения, эритемы и инфильтрации. Эффективность лечения рассчитывалась по формуле: (PASI до лечения−PASI после лечения)/PASI до лечения)*100%. При уменьшении индекса PASI на 75% и более, проводимая терапия считалась успешной.

Результаты исследования. На момент обращения у 64,3% пациентов отмечался вульгарный псориаз, у17,9% – экссудативный, у 10,7% – наблюдалась псориатическая эритродермия, у 7,1% – себорейный псориаз и у 3,6% -артропатическая форма заболевания. До лечения у 14,3% боль-

ных значение индекса PASI не превышало 10 баллов, у 50,0 % – от 10 до 20, у 35,7 % – индекс был более 20.

После окончания лечения в группе пациентов с начальным значением индекса PASI до 10 баллов наблюдалось уменьшение индекса PASI в 4 раза. В группе с начальным значением индекса от 10 до 20 баллов – индекс PASI уменьшился в 6,4 раза, в группе с показателем от 20 баллов и выше – в 4,1 раз.

В среднем у пациентов с псориазом отмечено уменьшение индекса PASI в 4,8 раза. Проводимая терапия была эффективной во всех случаях, так как индекс PASI достиг 75 % и более.

Таким образом, индекс PASI может быть применен для оценки распространенности и степени тяжести псориаза, сравнительной характеристики клинических проявлений до и после лечения и эффективности терапии.

ЭСТЕТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

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

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

Цель исследования. Изучение качества жизни у женщин с келоидными рубцами (КР).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 72 пациентки с КР, возраст которых варьировал от 15 до 30 лет. Из общего числа женщин у 45 (62,5 %) пациенток рубцы локализовались на открытых участках кожи, у 27 (37,5 %) – на закрытых. Всех пациенток в большей степени беспокоила эстетическая сторона проблемы, не зависимо от локализации.

Определение дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) у больных с КР проводилось с помощью опросника, состоящего из трех разделов: кожный, социальный и эмоциональный. Подсчет ДИКЖ производили суммированием баллов по 10 балльной системе. Чем больше баллов, тем большее влияние оказывало рубцовое поражение кожи на качество жизни.

Полученные результаты и их обсуждение. Результаты анкетирования показали, что ДИКЖ в 1,3 раза был выше у больных с келоидами на открытых участках кожи, чем на закрытых (24,72 ± 1,21 против 19,02 ± 1,02).

Кожные симптомы ухудшали качество жизни больных с келоидными рубцами кожи независимо от их расположения: на открытых или на закрытых участках кожи (5,90 ± 1,01и 4,95 ± 0,11соответственно). Психоэмоциональные изменения выражались в нарушениях отношений с противоположным полом, отсутствием взаимопонимания с близкими и родственниками, отказом от профессиональной деятельности. Более 50 % респондеток не верили в эффективность проводимой терапии и реабилитационных мероприятий. Показатель качества жизни в сфере «межличностных отношений» был высоким как у больных с поражением открытых, так и закрытых участков кожи (5,41 ± 1,01 и 4,94 ± 1,12 соответственно). Индекс качества жизни в социальной сфере (работа и учеба) был выше в 2,2 раза у женщин с локализацией КР на видимых участках.

Таким образом, ДИКЖ в 1,3 раза выше у больных с келоидами на открытых участках кожи, чем на закрытых, и выражается в ухудшении кожного, социального и психоэмоционального состояния пациенток, что необходимо учитывать при подборе специфической терапии.

ОЦЕНКА УРОВНЯ ВИТАМИНА D ПРИ ВИТИЛИГО ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ

Г.У. ЖАНАБАЕВА[1], З.И. АХМЕДЖАНОВА[2], К.А. МУЛДАБЕКОВА[3]

[1]Каракалпакский Республиканский территориальный филиал; Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии, РК, Нукус;
[2]Институт иммунологии и геномики человека АН РУз, Узбекистан, Ташкент;
[3]Ташкентский фармацевтический институт, Узбекистан, Ташкент

Аутоиммунитет играет важную роль в патогенезе витилиго. Витамин D через его антиапоптотический эффект управляет активацией, пролиферацией и миграцией меланоцитов, увеличивая меланогенез и содержание тирозиназы культивируемых человеческих меланоцитов. Витамин D также уменьшает аутоиммунное повреждение меланоцитов, модулируя Т-клеточную активацию. Известно, что недостаточность витамина D является важным фактором повышения уровней

провоспалительных цитокинов, что существенно снижает эффективность иммунного ответа. Участие 1,25(OH)2D в регуляции натуральных Т-киллеров и Т-цитотоксических лимфоцитов способствует поддержанию нормального цитокинового баланса, что очень важно для предупреждения аутоиммунных расстройств.

Цель исследования. Провести исследование уровня витамина D при витилиго у пациентов, проживающих в регионе Приаралье.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 44 пациента с витилиго, в возрасте от 18 до 65 лет, проходивших лечение в Каракалпакском филиале Республиканского специализированного научно – практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии. У всех пациентов было получено добровольное письменное согласие на проведение диагностических мероприятий. Все пациенты были обследованы клинически и лабораторно (общий анализ крови, ферменты, билирубин, саҳар крови). Для определения концентрации витамина D в сыворотке крови использовали наборы реагентов для иммуноферментного анализа производства фирмы «ВЕКТОР-BEST» Статистическую обработку полученных результатов проводили стандартными программами из пакета Microsoft Office Excel-2003.

Результаты исследований. Среди обследованных количество мужчин было 28 (64%), женщин 16 (36%). Анализ результатов клинического исследования выявил, что среди обследованных пациентов с витилиго у 20 больных установлена – акрофасциальная форма (45%), у 14- сегментарная форма (32%), у 5 – фокальная форма (11%), у 3 – вульгарная форма (7%), у 2 – болезнь Сеттона (5%). Исследование витамина D показало, что в общей группе пациентов с витилиго уровня витамина D составил 32,92 +5,82 нг/мл, что соответствовало нижним границам нормы. Анализ результатов по формам выявил, что у пациентов с акрофасциальной формой (45% всех больных) значения витамина D были ниже нормальных значений и составили 26,28 + 5,13 нг/мл.

Выводы. Проведенные исследования показали, что у больных с витилиго, проживающих в регионе Приаралья, выявлено снижение уровня витамина D. Учитывая, что рецепторы к витамину D обнаружены в клетках более 30 тканей организма, а также в большинстве клеток иммунной системы необходимы дополнительные исследования, чтобы изучить сложные связи витамина D с дерматологическими заболеваниями.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬЯ

Г.У. ЖАНАБАЕВА[1], З.И. АХМЕДЖАНОВА[2], М.К. ЕЩАНОВ[3]

[1,3]Каракалпакский Республиканский территориальный филиал;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
[2]Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

Цель исследования. Изучить выраженность тревожности и других отклонений со стороны психики у пациентов с витилиго, проживающих в регионе Приаралье.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 44 пациента с витилиго, в возрасте от 18 до 65 лет, проходивших лечение в Каракалпакском филиале РСНПМЦДК. Среди обследованных количество мужчин было 28 (64%), женщин 16 (36%). У всех пациентов было получено добровольное письменное согласие на проведение диагностических мероприятий. Все пациенты были обследованы клинически и лабораторно. Оценку психологического состояния провели тестированием по шкале Цунга. Тест необходим для точного измерения степени выраженности тревожности и других отклонений со стороны психики, панических атак, фобий. При анализе результатов оценка проводится по семи факторам, содержащим группы симптомов, которые отражают чувство душевной опустошенности, расстройство настроения, общие соматические и специфические соматические симптомы, симптомы психомоторных нарушений, суицидальные мысли и раздражительность/нерешительность. Результат в 50 баллов и выше расценивается как депрессия, в зависимости от набранной суммы баллов определяется клинический уровень депрессии. Статистическую обработку полученных результатов проводили стандартными программами из пакета Microsoft Office Excel-2003.

Результаты исследования. Анализ результатов психологического тестирования показал, что на предшествующие психотравмирующие ситуации (внутрисемейные и межличностные конфликты, смерть родителей или длительная хроническая болезнь родственников, неудачи в профессиональной деятельности) как на фактор, провоцирующий манифестацию или обострение заболевания, указывали 27 обследованных

(61 %), из них – 21 (77,7 %) женщины. Большинство пациентов указывали на неуверенность в себе, снижение настроения, эмоциональную лабильность, плаксивость, раздражительность, трудности в межличностном общении. У 39 % пациентов отмечены высокие показатели, отражающие симпатикотонические вегетативные сдвиги в организме, сопутствующие тревожности – учащенное сердцебиение, повышенное потоотделение, слабость, приступы головокружения. У 73 % обследованных выявлены нарушения психоэмоционального статуса– депрессивно-тревожные тенденции, а также снижение уровня качества жизни.

Выявлено, что различной степени выраженности депрессия имела место у 73 % пациентов (19 – женщины, 13 – мужчин). Высокий уровень тревожности обнаружен у 11 % пациентов, средний уровень тревожности у 34 % и у 28 %– легкой степени. Нормальное состояние выявлено у 27 % пациентов.

Нужно отметить, что тревожные состояния были более распространены среди женщин (43,1 %) по сравнению с мужчинами (29,5 %).

Выводы. Проведенное исследование показало, что наряду с дерматологическим обследованием пациентам с витилиго необходимо тестирование с определением степени выраженности депрессии для решения вопроса о своевременном проведении рациональной психофармакотерапии, Клиническая оценка психологического статуса больных витилиго показывает чёткую зависимость интенсивности психологической дезадаптации личности пациентов от длительности течения болезни, её распространённости и активности процесса.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРЕМА С ФИЛАГРИНОЛОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

А.Л. ЖИТНИКОВСКАЯ, Ю.В. КЕНИКСФЕСТ

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

Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость крема с филагринолом в составе наружной терапии у детей с атопическим дерматитом (АтД).

Материалы и методы исследования. Методом простой последовательной выборки были отобраны 20 детей с диагнозом АтД (с легким и среднетяжелым течением заюолевания) в возрасте от 1 года до 17 лет включительно. Критериями исключения были: вторичное инфицирование кожи, тяжелое течение АтД, диффузный процесс, использование других эмолентов. Оценка тяжести дерматоза проводилась клинически с использованием международной шкалы SCORAD. В качестве топической терапии на очаги кожного процесса наносили Бетаметазон 0,05 % крем 2 раза в день. Затем на 7–10 день, через 30–60 минут после нанесения бетаметазона 0,05 % крема, применялся крем с филагринолом 5 % на очаги высыпаний и на сухие участки кожи в течение 7–10 дней. Затем в течение 28 дней (4 недель) 1–2 раза в сутки наносили только крем с 5 % филагринолом. Родителям были подробно объяснены правила нанесения эмолента. Измерялась увлажненность кожи до начала терапии, на 7–10 день лечения (перед началом применения крема с филагринолом), на 28 день. На 28 день предлагалось ответить на вопросы анкеты, оценить интенсивность дневного и ночного зуда, оценить сухость кожи. Интенсивность зуда оценивалась по 10-бальной шкале, где 0 – отсутствие зуда, а 10 – интенсивный зуд. Оценка увлажненности кожи проводилась методом биоимпедансного анализа, результат фиксировался в процентах.

Оценка удовлетворенности органолептическими свойствами крема проводилась с помощью опроса. Пациенты получали крем на руки, использовали его в домашних условиях.

Обсуждение. До начала терапии у детей с АтД состояние оценивалось как легкое (индекс SCORAD был от 11 до 18), среднетяжелое (индекс SCORAD варьировал от 34 до 43,7). Через 4 недели терапии индекс в среднем снизился на 35 %. После 28 дней терапии (сначала комбинированную терапию топического ГКС и эмолента, затем только эмолента) 16 детей (80 % детей) имели чистую или почти чистую кожу, у 4 детей (20 % детей) ремиссия не была достигнута, при этом обострение АтД у троих из них было на фоне ОРВИ. Площадь высыпаний уменьшалась при использовании крема с 5 % филагринолом с 32,5 % до 7,8 %.

Зуд оценивался родителями по 10-бальной шкале. Дневной и ночной зуд оценивался отдельно. Пациенты/их родители отмечали значительное уменьшение ночного зуда с 4 до 1. Дневной зуд тоже уменьшился в среднем на 3 балла с 5 баллов до 2. Все пациенты (их родители) отметили уменьшение сухости кожи через 28 дней использования эмолента. Степень увлажненности сухой кожи увеличилась с 18 % до 26 %.

Нежелательных явлений при использовании крема с филагринолом отмечено не было.

Оценку «отлично» поставили 9 человек, оценку «хорошо» поставили 8 человек, оценку «удовлетворительно» -3 человека.

Все пациенты отметили отсутствие липкости эмолента, длительное ощущение увлажненности

Выводы. Комплексная наружная терапия с применением топического ГКС и эмолента с филагринолом эффективна и безопасна. Четырехнедельная схема использования крема с 5% филагринолом приводит к уменьшению тяжести течения АтД, снижению интенсивности зуда, повышение гидратации кожи.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

О.С. ИМАМОВ, Ж.А. РИЗАЕВ, И.Н. АБДУВАХИТОВА

Цель исследования. Анализ эффективности лечения герпес-ассоциированной многоформной экссудативной эритемы с использованием иммуномодулятора «Эхинацея» с учетом клинико-иммунологических показателей.

Материал и методы исследования. Клинические наблюдения проводили у 60 больных с герпес-ассоциированной МЭЭ в возрасте от 19 до 42 лет. Определяли концентрацию IL-4, IL-10,TNF-α, IFN-γ в сыворотке крови с помощью иммуноферментных тест-систем производства Pishtaz Teb Diagnostics (Иран).

Статистическую обработку осуществляли методом вариационной статистики, используя прикладные программы Excel-2016.

Результаты исследования. Пациенты обследованы в период рецидива и обострения заболевания. Во время рецидива у больных герпес-ассоциированной МЭЭ наблюдалось значительное увеличение концентрации цитокинов, вырабатываемых Th 2-го типа (IL-4, IL-10) – 64,65 ± 1,84 пг/мл и 78,11 ± 2,13 пг/мл, соответственно, в сравнении с контрольной группой, где количество IL-4 равнялось 18,11 ± 1,64 пг/мл, а IL-10 – 56,11 ± 2,86 пг/мл. При этом эти показатели также были высокими у больных с герпетическим рецидивирующим поражением – 51,28 ± 0,8 пг/мл и 71,11 ± 1,78 пг/мл. При рецидиве герпес-ассоциированной МЭЭ выявлено уменьшение продуцируемых цитокинов Th 1-го типа – IFN-γ, TNF-α. Содержание IFN-γ в периферической крови в контроле равнялось 2,39 ± 0,73 пг/мл, то при рецидиве герпес-ассоциированной МЭЭ – 0,43 ± 0,14 пг/мл, и это достоверно меньше больных с герпетическим рецидивирующим поражением в рецидиве (0,59 ± 0,26 пг/мл). Аналогичная тенденция с TNF-α – 0,15 ± 0,06 пг/мл при рецидиве герпес-ассоциированной МЭЭ, по сравнению с контролем – 1,19 ± 0,13 пг/мл и герпетическим рецидивирующим поражением в рецидиве – 0,27 ± 0,17 пг/мл. Уровень цитокинов, продуцируемых Th1-го типа – IFN-γ, TNF-α, при контрольном показателе 2,39 ± 0,73 пг/мл и 1,19 ± 0,13 пг/мл, соответственно, составляли при герпес-ассоциированной МЭЭ 1,5 ± 0,1 пг/мл и 0,67 ± 0,04 пг/мл и были ниже таких же при ремиссии с герпетическим рецидивирующим поражением – 1,82 ± 0,2 пг/мл и 0,65 ± 0,17 пг/мл, соответственно. Уровень увеличения цитокинов IL-4 и IL-10 были меньше аналогичных показателей при рецидиве как при герпес-ассоциированной МЭЭ, так и герпетическом рецидивирующим поражение. При ремиссии IL-4 у больных с герпес-ассоциированной МЭЭ снизился до 32,32 ± 1,18 пг/мл, но был больше контроля в 1,78 раз, герпетическое рецидивирующее поражение – соотношение к контролю – 1,38 раз (25,0 ± 0,35 пг/мл). Уровень цитокина IL-10 практически нормализовался у больных с герпетическим рецидивирующим поражением в период ремиссии, а у больных с герпес-ассоциированной МЭЭ оставался достоверно повышенным – 68,11 ± 2,23 пг/мл.

Снижение активности клеточного иммунного ответа обуславливает необходимость иммунокоррекции. Для нормализации состояния иммунной системы во время рецидива заболевания к схемам лечения целесообразно включать «Эхинацея» с неспецифическим иммуномодулирующим действием по увеличению активности фагоцитов (макрофагов и нейтрофилов), стимуляции синтеза специфических антител и цитокинов (интерлейкинов и интерферонов). В комплекс лечения включали отечественный иммуномодулятор препарат «Эхинацея». Лечение проводили в группах сравнения:1 контроль – традиционная (24 больных) терапия; 2- Традиционная терапия + «Эхинацея» (36 больных). «Эхинацею» назначали по 2 таб. 2 раза в сутки на протяжении 6 дней. Анализ лечения с применением «Эхинацея» демонстрирует достаточно высокую результативность, то есть клиническое выздоровление, во 2 группе, у 12 человек из 36 (33,33%) сократились сроки клинического выздоровления. (соответственно 13,8 + 0,27 дней и 11,6 + 0,24 дней против 16,3 + 0,32 дней в контроле) и микологической негативации (соответственно 22,0 + 0,44 дней и 21,7 + 0,3 дней против 27,0 + 0,29 дней в контроле). Наибольшая эффективность отмечена при соче-

тании этиотропной терапии с иммуномодулятором «Эхинацея». Достигнуто 100% клиническое и клиническое излечение, а также нормализация иммунологических показателей в сроки лечения.

Выводы. Совершенствование комплексной терапии многоформной экссудативной эритемы остается актуальным в связи с частыми рецидивами, с осложнениями и иммунными нарушениями. Для нормализации состояния иммунной системы во время рецидива заболевания к схемам лечения целесообразно включать «Эхинацея» с неспецифическим иммуномодулирующим действием по увеличению активности фагоцитов (макрофагов и нейтрофилов), стимуляции синтеза специфических антител и цитокинов (интерлейкинов и интерферонов). В результате у всех больных наблюдалась нормализация иммунного статуса или определялась тенденция к нормализации как следствие изменения гуморального ответа на клеточный, это позволило во время ремиссии заболевания проводить только поддерживающую иммунокорректирующую и профилактическую терапию, увеличивая тем самым продолжительность межрецидивных промежутков и предотвратить развитие возможных осложнений.

СОСТОЯНИЕ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ

О.С. ИМАМОВ, Ж.А. РИЗАЕВ, И.Н. АБДУВАХИТОВА

Цель исследования. Изучение уровня сывороточных цитокинов Th1 типа (IFN-γ, TNF-α) и Th2 типа (IL- 4, IL-10) у больных с герпес-ассоциированной многоформной экссудативной эритемой.

Материал и методы исследования. Обследовали 75 больных с герпес-ассоциированной многоформной экссудативной эритемой, из них мужчины составили 48,0% (51), женщины 32% (24). При распределении больных по возрасту выявлено: пациентов в возрасте 18–24 года было 19 (25,33%), 25–34 лет– 35 (46,66%), 35–42 лет – 21 (28,0%). Диагноз ставили на основании оценки элементов поражения, характерного клинического полиморфизма, в виде сгруппированных везикул с серозным содержимым на фоне отечной гиперемированной красной каймы губ, а также сгруппированных эрозий на отечной гиперемированной слизистой полости рта. На коже первичным элементом были эритематозно-папулезные, везикулезные либо буллезные элементы с прозрачным, либо геморрагическим содержимым. Диагноз простого герпеса подтверждали с помощью анализа ПЦР и ИФА. Результаты обрабатывали статистически с вычислением критерия Стьюдента.

Полученные результаты: Пациенты обследованы в период рецидива и обострения заболевания. Во время рецидива у больных герпес-ассоциированной МЭЭ наблюдалось значительное увеличение концентрации цитокинов, вырабатываемых Th 2-го типа (IL-4, IL-10) – 64,65 ± 1,84 пг/мл и 78,11 ± 2,13 пг/мл, соответственно, в сравнении с контрольной группой, где количество IL-4 равнялось 18,11 ± 1,64 пг/мл, а IL-10 – 56,11 ± 2,86 пг/мл. При этом эти показатели также были высокими у больных с герпетическим рецидивирующим поражением – 51,28 ± 0,8 пг/мл и 71,11 ± 1,78 пг/мл. При рецидиве герпес-ассоциированной МЭЭ выявлено уменьшение продуцируемых цитокинов Th 1-го типа – IFN-γ, TNF-α. Содержание IFN-γ в периферической крови в контроле равнялось 2,39 ± 0,73 пг/мл, то при рецидиве герпес-ассоциированной МЭЭ – 0,43 ± 0,14 пг/мл, и это достоверно меньше больных с герпетическим рецидивирующим поражением в рецидиве (0,59 ± 0,26 пг/мл). Аналогичная тенденция с TNF-α – 0,15 ± 0,06 пг/мл при рецидиве герпес-ассоциированной МЭЭ, по сравнению с контролем – 1,19 ± 0,13 пг/мл и герпетическим рецидивирующим поражением в рецидиве – 0,27 ± 0,17 пг/мл. Уровень цитокинов, продуцируемых Th1-го типа – IFN-γ, TNF-α, при контрольном показателе 2,39 ± 0,73 пг/мл и 1,19 ± 0,13 пг/мл, соответственно, составляли при герпес-ассоциированной МЭЭ 1,5 ± 0,1 пг/мл и 0,67 ± 0,04 пг/мл и были ниже таких же при ремиссии с герпетическим рецидивирующим поражением – 1,82 ± 0,2 пг/мл и 0,65 ± 0,17 пг/мл, соответственно. Уровень увеличения цитокинов IL-4 и IL-10 были меньше аналогичных показателей при рецидиве как при герпес-ассоциированной МЭЭ, так и герпетическом рецидивирующим поражение. При ремиссии IL-4 у больных с герпес-ассоциированной МЭЭ снизился до 32,32 ± 1,18 пг/мл, но был больше контроля в 1,78 раз, герпетическое рецидивирующее поражение – соотношение к контролю – 1,38 раз (25,0 ± 0,35 пг/мл). Уровень цитокина IL-10 практически нормализовался у больных с герпетическим рецидивирующим поражением в период ремиссии, а у больных с герпес-ассоциированной МЭЭ оставался достоверно повышенным – 68,11 ± 2,23 пг/мл (в 1,21 раз).

Выводы. Выявлены отличия в цитокиновом статуса во время рецидива и ремиссии. При рецидиве герпес-ассоциированной МЭЭ наблюдается увеличение уровня концентрации цитоки-

нов IL-4 в 3,57 раз и IL-10 в 1,39 раз и снижение уровня IFN-γ в 5,56 раз, TNF-α в 7,93 раза в сыворотке крови больных по сравнению с контрольной группой. Результаты исследования во время ремиссии показали достоверное уменьшение концентрации IFN-γ в 1,59 раз, TNF-α в 1,77 раз в сравнении с группой контроля и нарастание уровня IL-4 в 1,78 раз и IL-10 в 1,21 раза.

Таким образом выявлено наглядное отличие в цитокиновом профиле больных герпес-ассоциированной МЭЭ от больных герпетическое рецидивирующее поражение, которая может свидетельствовать о роли цитокинов в формировании ГА МЭЭ.

ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ

О.С. ИМАМОВ, Ж.А. РИЗАЕВ, Г.Ш. ТОХТАЕВ.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан;
Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. До сих пор нет единого мнения, относительно этиологии пузырчатки. В настоящее время признана ведущей роль патологического процесса-акантолиза, развивающихся в ответ на различные провоцирующие факторы. В литературе описаны примеры пузырчатки, спровоцированной вирусами. Существует мнение, что этиология пемфигуса связана с развитием другой сопутствующей аутоиммунной патологии. Выделяют клинические формы пузырчатки: листовидная (эксфолиативная), эритематозная, вульгарную и вегетирующую, другие же относят вегетирующую форму к варианту вульгарной пузырчатки, а эритематозную редкой разновидностью листовидной. Клинические проявления на коже и полости рта различаются в зависимости от формы. Первичный очаг при вульгарной пузырчатке (ВП) представляет собой вялый пузырь, обычно возникающий на внешне здоровой коже или слизистой. Пузыри хрупкие и быстро вскрываются, оставляя участки эрозии, которые постепенно заживают. Обследование пациентов с пузырчаткой основывается на клинических и лабораторных данных. Характерны: 1) положительный симптом Никольского; 2) симптом Асбо-Хансена. Для более точной диагностики проводят лабораторное исследование: 1) цитодиагностика-изучение мазков-отпечатков, на выявления акантолитических клеток – метод Тцанка, 2) непрямая реакция иммунофлюорисценции (НРИФ), 3) иммунофлюоресцентное исследование, направленное на обнаружение методом прямой флюоресценции фиксированного IgG в межклеточном веществе эпителия. Этот метод является наиболее эффективный в диагностике пузырчатки, который дает возможность различать ее от различных схожих дерматозов ВП в 60–80 % случаев впервые проявляет себя на слизистых оболочках рта (СОПР) и ротоглотки, долгое время 3–12 месяцев это может быть единственным проявлением болезни. Данная форма пузырчатки локализуется на слизистой оболочки красной каймы губ, твердого и мягкого неба и щек, переходной складки, в ретромолярной области, на задней стенке глотки и верхнем крае надгортанника. Как правило, типичные пузыри на СОПР отсутствуют. Вместо них обнаруживаются остатки покрышек пузырей по периферии полигональной болезненной при пальпации эрозии или язвы, которые очень медленно эпителизируются, а при отсутствии своевременной терапии увеличивают свою площадь. Появляются боли при глотании, жевании, разговоре. ВП может осложниться присоединением кандидозной инфекции, в результате чего поверхность эрозий покрывается характерным белым налетом, что маскирует картину пузырчатки и ведет к неправильной диагностике. При присоединении бактериальной инфекции клиническая картина также видоизменяется, остатки покрышек пузырей могут иметь белесый или серый цвета.

Цель исследования. Повышение эффективности методов ранней диагностики, профилактика и коррекция лечения пациентов с пузырчаткой слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проведены у больных пузырчаткой на базе Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер. Проведены: клинический опрос, клинический осмотр, определение стоматологического статуса, определение симптома Никольского, цитологическое исследование (мазки отпечатки на акантолитические клетки со дна свежих эрозий), общий анализ крови, биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, а также изученызоны поражения при вульгарной, эритематозной, В целом у больных отмечались сочетанные или изолированные нарушения содержания исследованных величин. Прогноз всегда серьезный, с возможным летальным исходом в течение 1–3 лет вследствие неконтролируемой потери жидкости и белка или оппортунистической инфекции. Нами было установлено, что чаще всего встречалась вульгар-

ная форма – у 69,2% пациентов, себорейная – у 24,8% наименьшие проявления были отмечены у пациентов с вегетирующая форма – 2,1% другие формы – у 3,9% Благодаря применению кортикостероидов в настоящее время смертность от вульгарной пузырчатки низкая.

Выводы. Таким образом, в этиологии, патогенезе и ранней диагностике пузырчатки имеются аспекты, по которым необходимо проводить мульти-комплексные дополнительные исследования для повышения эффективности лечения и качества жизни данной категории больных. Ранняя диагностика и вовремя начатое лечение пузырчатки способствуют более благоприятному течению заболевания и длительной, стойкой ремиссии.

ТЕРИ БАЗАЛИОМАСИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВ УСУЛДА БАҲОЛАШ

А.Ш. ИНОЯТОВ, Д.А. УМАРОВА

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

Мавзунинг долзарблиги: Тери базалиомаси – эпидермис ёки соч фолликулаларидан пайдо бўлиб, терининг маҳаллий деструкциясига сабаб бўлувчи, секин тарқалувчи ўсма. Тери базалиомаси (МКБ-10 С-44) (син. базал ҳужайрали карцинома) номеланоцитар эпителиал тери саратони орасида кенг тарқалган (70–90%). Жаҳон Соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) ўсмаларнинг халқаро гистологик таснифида тери базалиомаси такрорланиш эҳтимоли юқори бўлган маҳаллий эпителий ўсмалари сифатида таснифланади (Н.В. Новосёлова). Ҳозирги замонавий тиббиёт кенг имкониятлар йўлини очиб беряпти. Булардан бири юқори частотали ультратовуш текшируви юқори аниқликни таъминлайди, эпидермис, дерма, гиподерма, томирлар ва ўсманинг ҳажмини даволовчи шифокорга тасаввур қилиш имконини беради. Ўсмани тўлиқ олиб ташлашни назорат қилишда, (ўсма яна қайталанмаслиги мақсадида) даволашдан кейин қайта тикланиш жараёнини кузатишда муҳим аҳамиятга эга.

Мақсад: Тери базалиомаси даволаш самарадорлигини ультратовуш текширув усулда баҳолаш.

Натижа: 2024 йил июнь ойига қадар РИДВ ва КИАТМ клиникамизга тери базалиомаси билан мурожаат қилган беморлар сони 42 нафар бўлиб, шулардан 18 нафари эркак, 24 нафари аёл. Уларни юқори частотали ультратовуш текширув ёрдамида чуқурлик параметри бўйича гуруҳлаганда ≤0,5 мкм 2 нафар беморда, қолган 40 нафар беморда ≥0,5 мкм аниқланди. Беморларимизнинг 10 нафари маҳаллий иммуномодулятор ва импульсли PDL лазер билан даволанди. Беморлар 4 ойдан буён назорат остида бўлиб, ҳар ой даволаш самарадорлигини баҳолашда юқори частотали ультратовуш текширувнинг 2 хил 33 ва 75 Мгц датчиги ва допплердан фойдаланилди. Битта муолажадан кейин чуқурлик ўлчами ўртача 6,6 мм, 2 нафар муолажадан кейин 4,4 мм, 3 нафар муолажадан кейин 2,2 мм ни ташкил қилди. Допплер датчиги ёрдамида патологик ўчоқ текширилганда дерманинг юқори чегараларида қон айланиш даражаси аниқланмади.

Хулоса. Тери базалиомасини чуқурлик ўлчами бўйича даволаш самарадорлиги баҳоланганда 3 баробар кичрайганлиги қайд этилди. Юқорида айтиб ўтганимиздек даволаш самарадорлигини баҳолашда юқори частотали ультратовуш текшируви энг оптимал ва ноинвазив усуллардан бири. Изланишларимиз давом этмоқда, кейинги мақолаларда ИГХ текширувлар натижаси ёритиб берилади.

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Д.Ш. КОБИЛЖОНОВА, А.В. МУН, Д.Ф. НИЗАМОВА, К.К. КУДДУСОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ведение. В настоящее время, атопический дерматит (АД) является одним из самых распространенных кожных заболеваний с аллергической природой, который чаще всего возникает у детей в период раннего детства. АД характеризуется хроническим рецидивирующим течением, зудящими воспалительными поражениями кожи с истинным полиморфизмом (эритемы, папулы, везикулы), лихенификацией; симметричной топографией высыпаний; часто сочетается с функциональными расстройствами нервной системы, нарушениями иммуните-

та, атопическими поражениями респираторных органов.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической ситуации по заболеваемости атопическим дерматитом у детей в условиях Республики Узбекистан.

Материалы и методы исследования. Анализ уровня и динамики заболеваемости АД осуществлялся на основании данных пациентов, обратившихся на консультацию к дерматологу в Национальном детском медицинском центре в период с апреля 2023 года по июнь 2024 года.

Исследуемые были объединены в возрастные группы и распределены по клиническим формам АД.

Результаты исследования. Были исследованы данные 455 пациентов в возрасте от 3 месяцев до 7 лет. У 80 детей был выставлен диагноз АД, что составляет 17,5%. На втором месте по частоте встречаемости – акне и витилиго, у 45 (9,89%) пациентов. Третье место по распространённости занимает псориаз -22 больных (4,83%).

Исследуемые были объединены в возрастные группы.

Частота встречаемости АД у новорождённых и детей до 1 года составляет – 48 (60%). От 1 года до 2 лет – 9 (1,1%). У детей от 2 до 3 лет жизни – 11 (13%), от 3 до 4 лет – 6 (7,5%), от 4 до 5 лет – 3 (3,75%), и у детей младшего школьного возраста до 7 лет составляет – 3 (3,75%).

Согласно клинической классификации эритематозно-сквамозная форма АД была выявлена в 47 случаях (58,75%), экссудативная форма в 11 (13,75%), в стадии лихенификации – в 8 (10%), лихеноидная форма – в 14 (17,5%).

В соответствии с распределением по полу выявлено, что распространённость АД среди мальчиков выше, чем у девочек и составляет 43 (53,75%) и 37 (46,25%) соответственно.

Выводы:

Статистические исследования детей дошкольного в период от апреля 2023 года до июня 2024 года показали, что у детей младенческого возраста частота встречаемости АД превалирует над другими дерматозами. В 17,5% из 455 случаев был выставлен диагноз АД, что занимает первое место среди других дерматозов.

Следует отметить, что самая часто встречаемая клиническая форма атопического дерматита является эритематозно-сквамозная, она была выявлена больше 50% случаев.

Также выявлена разница в заболеваемости АД по гендерному признаку с преобладанием лиц мужского пола, в соотношении 1:1,16.

В результате исследования установлено, что атопический дерматит является наиболее распространенным среди прочих дерматозов.

АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА СЕРПИН 1 (PAI-1) 675(RS 1799768) 5G>4G У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

М.А. КОДИРОВА, Ш.З. МАВЛЯНОВА, А.И. ИСМАГИЛОВ

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

Данные литературы указывают, что в возникновении осложнений у больных акантолитической пузырчатки принадлежит приобретенным и генетически обусловленным факторам, к которым относятся аутоиммунный синдром и генетические мутации факторов свертывания или дефициты ингибиторов свертывания.

Цель исследования. Изучение особенностей распределения ассоциации полиморфизма аллельных вариантов и генотиопв 5G/4G гена «сосудистой системы» – серпин 1 (PAI-1) 675(rs 1799768) 5G>4G **у больных с акантолитической пузырчаткой.**

Материал и методы исследования. Нами обследованы 42 больных с акантолитической пузырчаткой в возрасте от 18 до 61 лет**.** Среди них лица мужского пола составили – 7 и женского – 25 больных. У всех больных проводили клинико-лабораторные, цитологические, биохимические, молекулярно-генетические и статистические исследования. Все больные консультировались смежными специалистами (терапевт, окулист, эндокринолог, хирург и др.) Контрольную группу составили 34 здоровых лиц в соответствующем возрасте без каких-либо кожных заболеваний.

Результаты исследования: Молекулярно-генетические исследования 5G/4G гена PAI-1 в группе контрольных здоровых функциональный аллель 5G составил 95,6% (65/68), а в группе больных с акантолитической пузырчатки (АП) – составил 76,2% (64/84), что в 1,3 раза был ниже по сравнению с контрольной группой. ($\chi 2 = 11,01$; $P = 0,0009$; $OR = 0,15$; 95% CI 0,04–0,52). Тогда как мутантный аллель 4G у больных АП определялся в 23,8% (20/84) и в 5,4 раз преобладал по сравнению с показателями здоровых лиц – 4,4% (3/34). ($\chi 2 = 11,01$; $P = 0,0009$; $OR = 6,77$; 95% CI 1,92–23,9). Частота распределения функциональных генотипов 5G/5G в основной группе больных с АП определился в 61,9% (26/42), а в

в группе здоровых лиц этот генотип составил – 91,2 % (31/34), что в 1,5 раз превышал показателей основной группы больных. ($\chi^2 = 9,1$; P = 0,01; OR = 0,16; 95 % CI 0,04–0,6). Гетерозиготный вариант генотипов 5G/4G гена PAI-1 в основной группе превышал в 3,3 раза по сравнению с показателями здоровых лиц и составил – 28,6 % (12/42), а в контрольной группе – 8,8 % (3/34) соответственно. ($\chi 2 = 9,1$; P = 0,01; OR = 4,13; 95 % CI 1,06–16,12). Тогда, как мутантный гомозиготный генотип 4G/4G гена PAI-1 в основой группе определился – в 9,5 % (4/42), а в контрольной группе здоровых лиц не определялся. ($\chi 2 = 9,1$; P = 0,01; OR = 8,06; 95 % CI 0,42–155,28). при ассоциации полиморфизмов генотипов 5G/4 G + 4G/4G (1799768) гена PAI-1 риск развития акантолитической пузырчатки в 6,36 раза (OR = 6,4) и имеет статистически достоверный характер. ($\chi^2 = 8,59$ p<0,003; OR = 6,36; 95 %CI 1,67–24,3). Данный показатель характеризует доминантый модель наследования. Полученные данные являются статистически достоверными.

Заключение. Таким образом, результаты генетических исследований показали достоверную связь аллеля «4G» и гетерозиготного генотипа 5G/4G полиморфизма (1799768) гена PAI-1 с механизмом развития акантолитической пузырчатки. Тогда как благоприятный вариант аллеля «5G » полиморфизма гена PAI-1 имеет протективную связь с развитием АП.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

О.А. ЛАПАСОВ, И.Б. НУРМАТОВА, Б.С. АЗИЗОВ

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

Цель исследования. Изучить клинические, дерматоскопические, патогистологические и иммуногистохимические характеристики больных базальноклеточным раком кожи в начальной стадии для оптимизации диагностических мероприятий

Дерматоскопическое исследование при подозрении на БКРК является рутинным методом диагностики и применяется уже при первичном визите пациента в клинику. С появлением дерматоскопии в практике врача – дерматолога-онколога увеличилась точность диагностики БКРК, причем даже если речь идет о пигментных формах и опухолях малого размера, поскольку их объединяют одни диагностические дерматоскопические признаки. Так, сосудистый паттерн является основным ориентиром, на который стоит первоначально обращать внимание. Ввиду активного роста новых сосудов в поверхностных слоях дермы в проекции опухоли, чаще всего мы можем обнаружить древовидные извитые, линейные сосуды и сосуды-шпильки вне зависимости от клинико-гистологического подтипа опухоли. Также существуют и дополнительные дерматоскопические признаки, свойственные БКК: листовидные участки, структуры по типу колеса со спицами, концентрические структуры относят к группе коричневых пигментных, серо-голубые точки, глобулы и гнезда. Наличие ульцерации на поверхности опухоли также является отдельным дерматоскопическим признаком. Структура представлена большой гомогенной красно-черной областью, иногда с коркой на поверхности элемента.

Для поверхностной формы БКРК наиболее характерными дерматоскопическими признаками являются телеангиоэктазии (короткие, тонкие, линейные сосуды), множественные мелкие эрозии (коричнево-красные корочки), блестящие красно-белые бесструктурные области/фон (полупрозрачные области красно-белого цвета). При пигментных вариантах наиболее часто встречаются множественные серо-голубые точки и глобулы, но также можно обнаружить листовидные структуры (пигментные луковичные расширения по периферии элемента), структуры по типу колеса со спицами (радиальные коричневые/серо-голубые четкие структуры с интенсивным центральным окрашиванием), концентрические структуры (крупные глобулы неправильной формы с интенсивным центральным окрашиванием).

Для определения БКРК узловой формы необходимо ориентироваться на наличие древовидных сосудов, которые зачастую имеют периферическое расположение. Также часто отмечается наличие бело-красных структур и в ряде случаев в центре новообразования можно обнаружить изъязвления. При пигментированной узловой форме БКРК отмечаются крупные серо-голубые овоидные гнезда, листовидные структуры, структуры по типу колеса со спицами и концентрические структуры.

При инфильтрирующих и фиброэпителиальных формах БКК можно дерматоскопически обнаружить разветвленные сосуды/телеангиоэктазии и короткие белые полосы соответственно, а также изъязвления, крайне редко – листовидные структуры.

Морфеаподобная форма характеризуется зачастую гипопигментацией, наличием древовидных сосудов и изъязвлений. В редких случаях присутствия пигмента дерматоскопически опре-

деляются крупные серо-голубые овоидные гнезда.

При любой из форм БКРК могут встречаться свободно расположенные точки и глобулы серого или черного цвета с четкими или размытыми границами, а также большие бесструктурные области темно-красного или черного цвета, клинически соответствующие отложениям пигмента и изъязвлениям.

В целом все дерматоскопические структуры, характерные для БКРК, можно разделить на три группы (см. табл. 1.1).

Таблица 1.1

Дерматоскопические признаки базальноклеточного рака кожи

Группа	Призна
Пигментные структуры	Крупные серо-голубые овоидные гнезда, множественные серо-голубые точки и глобулы, множественные сгруппированные точки, листовидные структуры, структуры по типу колеса со спицами, концентрические структуры
Сосудистые структуры	Древовидные сосуды, телеангиоэктазии, сосуды-шпильки, точечные и гломерулярные сосуды, штопорообразные сосуды, а также полиморфные сосуды
Непигментированные и несосудистые структуры	Блестящие белые структуры (линии, полосы и пятна), эрозии, блестящий бело-красный бесструктурный фон

Заключение. На сегодняшний день считают, что ни одна дерматоскопическая структура не является уникальной для определенного гистопатологического подтипа БКРК, и могут встречаться совершенно различные их комбинации. Тем не менее, распространенность встречающихся структур различна среди клинико-гистологических подтипов опухоли. Так, телеангиоэктазии, изъязвления, листовидные структуры и структуры по типу колеса со спицами относительно чаще встречались при поверхностных БКК, в то время как большие овоидные серо-голубые структуры – при узловой форме, древовидные сосуды – при узловой и инфильтрирующей формах.

Таким образом, нет ни одного дерматоскопического признака, который встречается абсолютно при всех формах БКК, так же как и признака, характерного лишь для одного типа БКК. Однако стоит отметить, что наибольшую распространенность среди всех описанных структур имеет сосудистый паттерн, а в частности – древовидные сосуды и короткие телеангиоэктазии, которые можно обнаружить в 51–75% случаев. Второй важный признак, указывающий на БКК, – это блестящие красно-белые области, которые могут быть обнаружены в 50% случаев. Пигментные структуры встречаются приблизительно в 40% новообразований и, конечно, характерны лишь для пигментных форм. Более простая дерматоскопическая идентификация пигментных структур объясняет высокую частоту верной верификации пигментных форм БКРК в сравнении, например, с красно-белыми образованиями при беспигментных БКК.

ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ АУТОАНТИТЕЛ К НАТИВНОЙ ДНК КЛАССА G В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

Ш.З. МАВЛЯНОВА, И.Б. ШУКУРОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Согласно исследованиям в патогенезе витилиго лежит аутоиммунный процесс, сопровождающиеся появления депигментированных очагов на коже и слизистых оболочек в результате гибели меланоцитов. Ezzedine K., Eleftheriadou V., Whitton M. (2015) продвигают генетическую, аутоцитотоксическую, характеризующиеся повреждающим действием продуктов синтеза меланиниа на меланоциты. Изучение аутоиммунного процесса в клиническом течении витилиго представляется важным критерием оценки клинического течения и прогнозирования заболевания. Данные литературы указывают, что на сегодняшний день идентифицировано большое количество индивидуальных аутоантигенов, в которых чаще обнаруживаются ААТ к белкам цитоскелета и другие внутриклеточные компоненты, ДНК, РНК и нуклеопротеины, фосфолипиды, различные ферменты, гормоны, рецепторы клеток и т. д.

Цель исследования. Оценка уровней содержания аутоантител к нативной ДНК класса G в сыворотке крови у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Обследовано 114 больных витилиго в возрасти от 7 до

62 года. Среди них лица мужского пола составили – 44 и женского – 70 больных. У всех больных проводились клинические, биохимические и ИФА исследования. Определения уровня аутоантител (ААТ) класса G(IgG) к нативной одноцепочечной (ДНК –SS) и двухцепочечной (ДНК – DS) ДНК в сыворотке крови определяли методом твердофазного ИФА – исследования (фирма «Вектор-Бест). Контрольную группу составили 27 здоровых лиц соответствующего возраста.

Результаты исследования. Анализ полученных результатов показали, что у больных витилиго отмечается повышения уровня ААТ класса G к нативной двух цепочечной ДНК в сыворотке крови, что составило 53,5% случаев. При этом ААТ класса IgG к двух-цепочечной ДНК выявлено – у 53,5%, а к IgG одно-цепочный ДНК было выявлено – в 52,6% случаев.

Анализ количественной характеристики аутоантител (ААТ) к нативной ДНК в сыворотке крови у больных витилиго выявило увеличение концентрации аутоиммунных антител класса G к двухцепочечной ААТ – DNK – DS в 2,9 раз по сравнению с показателями контрольной группы и составило в среднем 30,09 ± 0,9 МЕ/мл и имел статистически достоверный характер. (P<0,05). Тогда как концентрация ААТ класса G к одноцепочечной DNK – SS составило в среднем 30,2 ± 0,89 МЕ/мл, что в 4,7 раз превышал показателей контрольных здоровых лиц и имел статистически достоверный характер. (P <0,05).

Количественная характеристика уровня ААТ в сыворотки крови у больных витилиго в зависимости от клинической формы показало, что у больных с несегментарной формой уровень аутоантител IgG к двух ds-DNA в 3,6 раз повышался по сравнению с показателями здоровых лиц и по сравнению с показателями больных сегментарной формой – в 1,06 раз и в среднем составило – 37,1 ± 0,8 МЕ/мл. Такая же тенденция отмечалось в показателях уровня IgG к одноцепочечной ДНК (анти – ss-DNA) в группе больных витилиго с несегментарной формой и в среднем составило – 37,2 ± 0,7 МЕ/мл и полученные данные имели статистически достоверный характер (P < 0,05).

Выводы. Полученные результаты свидетельствует о том, что у больных витилиго отмечается развитии аутоиммунного процесса, характеризующие прогрессирующее течение заболевания. На нащ взгляд, повышение ААТ к IgG класса ДНК у больных витилиго свидетельствует о наличие компонентов аутоиммунных полигландулярных синдромов (АПС) – 3 – го типа, т.е. сочетание с аутоиммунным заболеванием щитовидной железы.

К РЕЗУЛЬТАТАМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, М.М. ЭШНИЯЗОВ, М.Р. МАХСУДОВ

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

Ихтиоз (ichthyosis; греч. Ichthyos рыба + osis; синоним: диффузная кератома, сауриаз) – являющиеся наследственным дерматозом, характеризуется диффузным нарушением ороговения по типу гиперкератоза, образованием на коже по типу рыбных чешуек. В основе развития ихтиоза лежит генетическая гетерогенность, локализованных на разных хромосомах.

В последнее время в дерматологической практике в клиническом течении многих дерматозов особое внимание уделяется состоянию микробиомы кожи.

Цель исследования. Оценка состояния микробиоты кожи у больных ихтиозом.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 34 больных ихтиозом в возрасте от 2 до 18 лет. Среди них мальчики составили 21 и девочек – 9. У всех больных проводились клинические (дерматоскопия), микробиологические и статистические методы исследования.

Результаты исследования. В группе больных ихтиозом по клинической форме у всех 34 больных отмечали ламиллярный ихтиоз. Микробиологические исследования кожи очагов поражения у 34 детей с АД выявили рост условно-патогенных микроорганизмов стафилококковой флоры у 33, что составило 97,1%. По видовой идентификации наиболее часто высевался st.epidermidis – 55,8% (19 из 34), st.aureus – 11,7% (4), (10,8%), st.saprophyticus – 8,8% (3) и s.Hemoliticus – 5,8% (2) соответственно. Степень колонизации st.epidermidis в среднем составило – 37,8 ± 1,8 КОЕ/см^2 и st.aureus – 82,5 ± 5,5 КОЕ/см^2, что в 7,4 раз превышали показателей здоровых лиц. (P <0,05).

Выводы. Таким образом, анализ микробиологических исследований показали, что у больных ихтиозом отмечается синдром повышенной колонизации стафилококковой флоры, что способствует к усугублению клинического течения дерматоза.

АКТИВИРОВАННЫЙ ГЛАУКОНИТ – ИММУНОСОРБЕНТ В ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА[1], А.И. ИСМАГИЛОВ[1], Ш.Н. МИРЗАКУЛОВА[1], Н.Ш. НУРАЛИЕВА[2], Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ

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

Поиск новых методов детоксикационной терапии у больных аллергическими заболеваниями кожи является приоритетным направлением практической дерматологии. Среди них особое место занимает атопический дерматит. АтД характеризуется формированием очагов персистирующего иммуноассоциированного воспаления в коже, опосредованного в основном активированными нерезидентными Т-лимфоцитами хелперами/индукторами второго порядка (Th2-лимфоциты) с участием антигенпрезентирующих клеток (клетки Лангерганса), макрофагов, эозинофилов, нейтрофилов и других иммунокомпетентых клеток, что приводит к хронизации и рецидивности заболевания, и развитием эндогенной интоксикацией, обусловленной бактериальной сенсибилизацией, которая усугубляет клиническое течение заболеваемости и проводимой базисной терапии.

Узбекскими учеными Мавлянова Ш.З., Умаралиева Н.Р. (2022) разработан детоксицирующее средство активированный глауконит (фатифильтрум 300, 600 мг) – биологическая активная добавка (минерал, водный алюмосиликат железа, кремнезема и оксида калия непостоянного состава, относится к группе гидрослюд) из месторождения Узбекистан. Оказывает общеукрепляющее, иммунокоррегирующее, энтеросорбирующее и дезинтоксикационное действие. Уникальность глауконита состоит и в том, что это он может использоваться в качестве высокоэффективного иммуносорбента, характеризующиеся связыванием и извлечением из крови антител или антигенов.

Цель исследования. Оценка иммуносорбирующей эффективности активированного глауконита (фатифильтрум) в комплексной терапии у больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 163 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 18 до 57 лет. Патогенетическая терапия характеризовалось назначением в комплексную терапию биологическую активную добавку – «фатифильтрум» – активированный глауконит 300 мг по 1 капсуле 3 раза в день за 1 час до еды в течение 15 дней. Контрольную группу составили 53 больных с атопическим дерматитом, получавшие традиционную терапию. У всех больных проводили клинические (SCORAD, ДИШС), иммунологические, биохимические и статистические исследования.

Результаты исследования. Результаты исследования (табл. 1), показали, что у больных с атопическим дерматитом в сыворотке крови отмечается достоверное увеличение сорбционной способности эритроцитов по сравнению с данными контрольной группы и в среднем она равнялась 40,2 ± 0,2% против 26,46 ± 0,61% в норме ($p<0,001$). Уровень пептидов средней молекулы также достоверно увеличился в 2,1 раза (0,416 ± 0,005 ЕЭ, $p<0,001$) по отношению к показателям группы контроля (0,213 ± 0,003 ЕЭ), свидетельствующие о развитии эндогенной интоксикации в организме больных с АтД.

Комплексное применение активированного глауконита способствовало снижению показателей эндогенной интоксикации, и тем самым положительной коррекции иммунологических показателей клеточного и гуморального звена иммунитета, снижению показателей CD95+ – Fas-рецептор апоптоза в 1,1 раз по сравнению до лечения, что способствовало повышению терапевтической эффективности, характеризующиеся уменьшением индекса SCORAD в 4,2 раза по сравнению до лечения.

Выводы. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что активированный глауконит (фатифильтрум) обладает не только детоксицирующей способностью, но и проявляет иммунокоррегирующее действие на основные показатели иммунной системы. Полученные результаты свидетельствует о широком применение в качестве иммуносорбента в практической дерматологии в лечении атопического дерматита.

КЛИНИКО-МИКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ю.Ш. АБДУКАДИРОВА

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

Заболевания волос представляют собой важную медико-социальную проблему, связанную с широкой их распространенностью среди населения и значительным влиянием на качество жизни человека. В дерматологической практике «проблема волос» является актуальной проблемой, по частоте распространенности среди кожных заболеваний составляет около 4–5%. Многофакторность , резистентность к проводимой терапии требует более глубокого подхода к изучению этиопатогенетических механизмов развития заболеваемости.

В последнее время в дерматологической науки особое внимание уделяется условно-патогенным микромицетам рода Candida. В связи с ростом факторов, приводящих к заболеванию причиной которой является грибы рода Candida spp., возрос интерес ученых всего мира к поражениям органов и тканей человека вызванными этими условно-патогенными микроорганизмами [Короткова Т.Н. 2006].

Исследованиями установлено, что около 40% больных гнездной алопецией (ГА) имеют бактериальную сенсибилизацию к одному или нескольким микроорганизмам с последующим развитием аутоиммунных процессов в коже и повреждением волосяного фолликула, причем у 21% совпадают результаты всех трех методов исследования (КАП, РБТЛ, РПГА).

Цель исследования. Оценка выявляемости кандидозных поражений организма у больных гнездной алопеций.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 62 больных с гнездной алопецией в возрасте от 2 до 53 лет. Среди них лица мужского пола составили – 26 и женского – 36. У всех больных проводили клинические (трихоскопию), микологические и статистические исследования. Микологические исследования характеризовались микроскопическим и культуральным исследованиями биосубстратов организма (слизистая полости рта, кишечник и кожные чешуйки). В се больные консультировались смежными специалистами (терапевт, эндокринолог, аллерголог, инфекционист и др).

Результаты исследования. Анализ микологических исследований показали, что среди 62 больных грибы рода Candida выявлены у 35 больных, что составило 56,5%. Среди биосубстратов организма в 94,3% (у 33 из 35) случаев Candida spp. обнаружены в кишечнике, у 4 (11,4%) – слизистая полость рта, тогда как на кожных чешуйках в очагах поражения не обнаружено.

По видовой идентификации дрожжеподобных грибов рода Candida у 20 (57,1%) культивирована C.krusei, у 9 (25,7%) – C.albicans и у 6 – Candida spp., что составило 17,1% соответственно. Обсемененность грибов рода Candida в среднем составило 1802±11,4 КОЕ/г (при норме 54,2±3,7 КОЕ/г) ($P<0,05$).

Следует отметить, что высокая обсемененность кишечника грибами рода Candida выявлялись в прогрессирующей стадии заболевания. Результаты ИФА исследования показали повышенную концентрацию уровня IgG Candida – 1,94±0,07 нг/мл (против 0,08±0,02) у 27 больных, что составило 77,1%.

Заключение. Таким образом, результаты микологических исследований свидетельствует о том, что у больных гнездной алопецией развивается микотическая инфекция кишечника с сенсибилизацией, что требует назначение противогрибковых препаратов системного действия.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЛЕЩА DEMODEX

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА, М.Р. МАХСУДОВ

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

Демодекоз (Demodicosis) B.88.0 (ILDSB88.020) – акариаз – это кожное заболевание, имеющее хроническое /или рецидивирующее течение, которое вызывается клещом Demodex, относящиеся паразитированным условно-патогенным микоорганизмам – железницы угревой (*Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*). Клещ Demodex имеющие размеры 0,2–0,5 мм обитает в протоках сальных и мейбомиевых желез, в устьях волосяных фолликулов человека и млекопитающих. Диагноз демодекоз подтверждается микроскопически: обнаружением клеща и его яиц в соскобе с кожи лица или секрете сальных желёз.

Исследованиями установлено, что продукты жизнедеятельности клеща обладают разрушающимися и раздражающимися действиями на эпителий фолликулов, способствуют развитию аллергических реакции организма, проявляющиеся в виде розовых угрей (*Acne rosacea*) на лице, себореи, а также вызывают специфическое поражение глаз – демодекозный блефарит и блефароконъюнктивит, а также отягощающее влияние его на течение периорального дерматита. Заболевание носит хронический характер с сезонными обострениями весной и осенью, однако как практика показывает, что он может проявляться в течение года. В исследованиях Громова С.А. (1997) выявлено, что клещь демодекс может быть переносчиком бактерий в глубокие слои фолликулов и сальных желез, что является фактором, усиливающее пустулизацию.

Цель исследования. Оценка количественной характеристики *Demodex folliculorum в клиническом течении у больных розацеа*.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 79 больных с розовыми угрями в возрасте от 38 до 62 лет. Среди них лица женского пола составили 47 и мужского пола – 32. По клинической форме у 27 – диагностирована эритематозно-телеангиоэктатическая, 39 – папуло-пустулезная и 13 – фиматозная. У всех больных проводились клинические (дерматоскопия), биохимические, микробиологические, статистические исследования.

Результаты исследования. Анализ микробиологических исследований кожи очагов поражения лица у 79 больных выявили наличие клеща Demodex folliculorum у 53 больных, что составило 67,08%. По клинической форме в группе больных с эритематозно-телеангиоктатической формы – у 19 из 27 (70,4%), у 25 из 39 (64,1%) папуло-пустулезной формы и у 9 из 13 фиматозной формы, что составило 69,2%.

Анализ количественной оценки клеща Demodex folliculorum в очагах поражения у обследованных больных в среднем составило от 7 до 27 в поле зрения. Следует отметить, что характер количественной оценки с учетом клинической формы розацеа не имело отличительной особенности, однако от характера клинического течения – давности патологического процесса имели значимый характер.

На основание клинико-лабораторных исследований нами разработана инновационная диагностика количественной характеристики клеща demodex на коже.

Так, количественная оценка в норме оценивается для лиц мужского пола до 3 единиц, тогда как для лиц женского пола – до 4. При выявляемости клеща 4–5/ или 5–6 единиц клеща с учетом пола характеризует легкую степень количественной оценки, 6–8/7–9 единиц – среднюю степень и больше 9 единиц – высокая степень количественной характеристики результата нативного материала.

Заключение. Разработанный способ оценки количественной характеристики клеща Demodex представляет большой практический интерес для ранней выявляемости тяжелой степени клинического течения демодекоза, а также для мониторинга динамики проводимой антипаразитарной и противовоспалительной терапии, что можно рекомендовать для лабораторной диагностики и практической деятельности врача – дерматолога и др.

ЗНАЧИМОСТЬ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, Д.Р. ХАКИМОВ, Ш. ХОНХОДЖАЕВ

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

Полиморфизм клинических проявлений, мультифакториальность, наличие иммуно-генетических механизмов развития аллергодерматозов требует более глубокого подхода к оценки степеней тяжести воспалительного процесса как местного характера (кожи), так и в целом организма.

В этом направлении оценка антимикробных пептидов в патогенезе воспалительных реакций кожи у больных атопическим дерматитом представляет большой научно-практический интерес.

Кателицидины – индуцируемые пептиды – LL-37 представляет собой амфипатический, альфа-спиральный антимикробный пептид. Выработка антимикробных пептидов LL-37 стимулируется вследствие повреждения кожи, воспалительных реакциях и ее инфицированности патогенными микроорганизмами S.aureus, E.coli, Candida и вакцинального штамма вируса натуральной оспы. [Braff M, Hawkins M, Di Nardo A. et al. 2005]. Исследованиями установлено участие антимикробных пептидов в воспалительных реакциях и оказывают прямое воздействие на эффекторные звенья воспалительного процесса. Центральное место среди них занимает цитокиновая сеть, которая контролируют процессы миграции в очаг воспаления эффекторных клеток, активируют их функциональную активность и регулируют процессы восстановления повреждённых тканей.

Цель исследования. Оценка уровня антимикробного пептида – кателицидина – LL-37 с учетом местного иммунитета и С-реактивного белка в клинико-морфологическом течении атопического дерматита.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 56 больных в возрасте от 12 до 60 лет. Среди них лица женского пола составили 32 и мужского – 24 лет. У всех больных проводили клинические (определение индекса SCORAD), иммунологические и микробиологические, статистические исследования. Клинические исследования индекса SCORAD определяли с помощью программной диагностики (Scoring of Atopic Dermatitis, 1993). Уровень АМП определяли в сыворотки крови методом ELISA. Уровень общего IgE, IgM IgG Candida в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА) с использованием коммерческих ИФА тест-систем «Вектор-Бест» (Новосибирск).

Результаты исследования. Результаты программной диагностики степени тяжести АД у обследованных больных выявили легкую степень тяжести – у 8 больных (14,3 %), среднюю – у 26 (46,4 %) и тяжелую степень – у 22, что составило 39,3 % случаев. Результаты ИФА исследования АМП LL-37 в сыворотке крови показали повышение концентрации у больных АД в 5,7 раз по сравнению с показателями контрольной здоровой группы и в среднем составил 10,3 ± 0,6 пг/мл ($P < 0,05$).

Следует отметить, что на фоне увеличения концентрации АМП LL-37 и общегоIgE уровень С-реактивного белка статистически достоверно повышался во всех изучаемых группах и в среднем составляли 7,7 ± 0,14 мг/мл, 11,5 ± 0,6 мг/мл и 18,6 ± 0,4 мг/мл соответственно. Такое повышение концентрации С-реактивного белка, ответственное за острой фазы воспаления у больных АД на наш взгляд обусловлен инфильтративно-воспалительным процессом, характеризующиеся синдромом нарушения резистентности условно-патогенных микроорганизмов рода staphylococcus spp. на коже.

Заключение. Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у больных АД повышение уровня АМП кателицидина LL-37 индуцируется инфекционным фактором, обусловленное staphylococcus spp. с повышенной колонизацией, что способствует нарушению местного иммунитета sIgA и может явиться одним из провоцирующих факторов в развитии не только обострений, но и осложнений основного кожного процесса вторичной инфекцией.

ВЫЯВЛЕНИЕ CANDIDA SPP. У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Е.В. ЕСИОНОВА

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

Актуальность. Candida spp. являются распространенными комменсалами организма и обладают высокой аллергизирующей способностью. Продукты метаболизма этих микроорганизмов играют роль в развитии атопического дерматита (АД), способствуя сенсибилизации к их антигенам. Длительное присутствие Candida spp. может ухудшать течение основного заболевания.

Цель исследования. Выявление Candida spp. в биосубстратах (слизистая оболочка полости рта, кожные чешуйки, содержание кишечника) больных различными формами атопического дерматита (АД).

Материалы и методы исследования. 137 больных АД (58 мужчин и 79 женщин) в возрасте от 10 до 67 лет и 36 человек относительно здоровых лиц в качестве контрольной группы. Кожно-патологический процесс носил распространенный симметричный воспалительный характер и располагался в основном на сгибах конечностях, лице и спине. Всех больных беспокоил зуд различной степени интенсивности. Согласно классификации Гребеннюка В.Н. и Маннанова А.М. (1987), у 22 больных была отмечена эритематозно – сквамозная форма, у 28 больных эритематозно – сквамозная форму с лихенификацией, у 24 больных – экссудативная, у 33 больных – лихеноидная и у 30 больных – пруригинозная форма.

Всем больным проведено микологическое исследование биосубстратов (отделяемое слизистой полости рта, кишечника, кожные чешуйки) с посевом на среду Сабуро.

Результаты исследования. Среди 137 больных у 95 (69,3 %) в биосубстратах были обнаружены грибы рода Candida. Из них у 2 (2,1 %) больных грибы были выявлены с кожных чешуек, у 38 (40 %) – со слизистой полости рта, у 55 (57,9 %) – в кишечнике. Тогда как в контрольной группе (36) грибы обнаружены у 12 (36 %) больных.

Candida spp. в зависимости от клинической формы АД была наибольше выявлена у больных с лихеноидной и пруригинозной формами 23 (24,8 %) и 27 (29,1 %), а наименьшее количество дрожжеподобных грибов рода Candida – среди больных с эритематозно-сквамозной и экссудативной формами – у 12 (17 %) и 14 (15,1 %) соответственно.

Анализ обсемененности Candida spp. со слизистой полости рта выявил высокий рост у больных с эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией в 70,6% случаев, с эритематозно – сквамозной формой – 58,3% и с экссудативной – 57,1%, а у больных с лихеноидной и пруригинозной формами рост был более низкой 26,1 и 18,5% соответственно.

Тогда как в кишечнике больных АД высевание Candida spp. было наиболее высоким при лихеноидной (73,9%) и пруригинозной формах (81,5%), что составило 5425 ± 93,52 КОЕ/мл и 4863 ± 52,08 КОЕ/мл соответственно, а при эритематозно-сквамозной форме – (41,7%) 2974 ± 35,4 КОЕ/мл, эритематозно-сквамозной с лихенификацией – (29,4%) 4281 ± 40,64 КОЕ/мл, экссудативной – (42,9%) 2768 ± 44,57 КОЕ/мл.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о повышенном росте Candida spp. в кишечнике у больных с лихеноидной и пруригинозной формами, а со слизистой полости рта у больных с эритематозно-сквамозной и эритематозно-сквамозной формой с лихенификацией. Данные служат основанием для разработки лечебной стратегии, повышающей эффективность терапии АД.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЖИ ПРИ РОЗАЦЕА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, С.Р. МУМИНОВА

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

В последние годы отмечается рост частоты встречаемости розацеа среди различных возрастных групп пациентов. Ключевыми факторами в развитии дерматоза являются генетически детерминированное нарушение нейрососудистой регуляции и повышенная иммунная реактивность кожи.

Цель исследования. Изучение особенностей микробного видового спектра кожи у больных розацеа, в зависимости от клинической формы заболевания.

Материалы и методы исследования. Всего было обследовано 84 пациента с различными клиническими формами розацеа в возрасте от 34 до 76 лет. Тяжесть заболевания определяли с помощью шкалы диагностики розацеа по В.П. Адаскевичу (2004). Количество баллов от 6 до 12 соответствовало легкой степени тяжести, от 13 до 17 баллов – средней степени тяжести, от 18 до 21 балла – тяжелой степени тяжести. Среди наблюдавшихся пациентов с розацеа преобладали лица со средней степенью тяжести заболевания – 43 (51,2%). Легкая степень была выявлена у 21 (25%) пациента, тяжелая степень – у 20 (23,8%) пациентов. Из 84 пациентов с розацеа у 32 (38,1%) также наблюдались проявления офтальмозацеа. С целью изучения микробиологического статуса кожи всем больным был проведен бактериологический культуральный анализ кожи лица. Для культуральных исследований использовали 5% кровяной агар, среда Эндо, Клиглера, а также солевой агар с добавлением манита и была проведена инкубация в термостате при 36,8°С градуса.

В результате микробиологических исследований у 84 больных розацеа были выявлены микроорганизмы семейства Micrococaссea – Staphylococcus spp. у 67, что составило 79,7% случаев. Следует отметить, что микробиологические исследования кожи проводились во время обострения кожного заболевания. По видовой идентификации у больных розацеа отмечали высокую выявляемость факультативной флоры St. Epidermidis – 58,4% (у 49 из 84), St. aureus – был высеян у 18 пациентов что составило 21,4%, St. saprophyticus был обнаружен у 7 пациентов (8,4%) и St. Haemoliticus у 10 пациентов соответственно что составило 11,9%. Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует о том, что у больных на коже очагов поражения во время обострения заболевания отмечается повышенная колонизация условно-патогенных микроорганизмов, что может явиться одним из провоцирующих факторов в развитии не только обострений, но и осложнений основного кожного процесса вторичной инфекцией.

К РЕЗУЛЬТАТАМ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММНОЙ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКИСТАН

Ш.З. МАВЛЯНОВА[1], М.К. ЭШАНОВ[2], М.Р. МАХСУДОВ[1], А.Р. ШАКАРОВ[3], Д.С. БЕКМУРАДОВ[3]

[1]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
[2]Каракалпакистанский филиал РСНПМЦДВиК МЗ РУз;
[3]Ташкентский государственный технический университет

По данным всей Всемирной организации здравоохранения аллергические заболевания кожи занимают ведущее 4-е место, а среди экономически развитых стран на долю приходится 30%. Среди них особое место занимает атопический дерматит.

В связи ранняя диагностика клинического течения атопического дерматита будет способствовать предотвращению развития осложненных форм заболеваемости и улучшению качество жизни больного.

Цель наших исследований. Оценка степени тяжести атопического дерматита у больных, проживающие Республики Каракалпакистан.

Материал и методы исследования. Всего обследовались 77 больных с кожными заболеваниями в возрасте от 6 месяцев до 47 лет. По гендерному аспекту лица женского пола составили 42 и мужского – 35 лиц. По клинической нозологии у 56 был диагностирован атопический дерматит, что составило 72,7%. У всех больных проводили клинические, микробиологические и статистические методы исследования. Клинические исследования характеризовалось программной диагностики степени тяжести заболевания, которая характеризовалась оценкой индекса SCORAD, наследственного фактора, давности и сезонности заболевания.

Результаты исследования. Результаты программной диагностики степени тяжести атопического дерматита показали высокую выявляемость тяжелой степени тяжести атопического дерматита у больных, проживающие в Республики Каракалпакистан.

Так, среди больных АтД наиболее часто диагностировали тяжелую степень тяжести – 57,14% (32 из 56). В зависимости от возрастного аспекта в группе больных детей АтД наиболее часто диагностировали тяжелую степень выявлено – 64% (16 из 25) и у взрослых – 51,6% (16 из 31) соответственно.

Всем больным было рекомендована комплексное клинико-лабораторные исследования и определена тактика оптимальной терапии и профилактических мероприятий.

Выводы. Внедрение программной диагностики в дерматологическую практику способствовало ранней диагностики тяжелой степени тяжести заболеваемости, и тем самым указывала о профилактических мероприятиях по устранению развития осложнений от основного заболевания. А также сократило время консультации практического врача – дерматолога, что создавала удобства в рабочем времени.

БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ШАКЛЛАНИШ ТАБИАТИГА ШАРҲ

А.А. МАННАНОВ, Б.С. АЗИЗОВ

Тошкент давлат стоматология институти, Тошкент ш.;
Тери ва таносил касалликлари кафедраси

Атопик дерматит (АтД) касаллигининг шаклланишига, ривожланишига турли хил преморбид омиллари (ҳомиладорлик даврининг кечиши, интранатал гипоксия, туғилиш жараёнининг асоратланиши каби ҳолатлар) таъсир кўрсатади. Гўдаклик ва эрта болалик даврларида касаллик вужудга келишида ва қайталанишида овқатланиш жараёнининг бузилиши, сунъий овқатланиш, профилактик эмлашлар, дори моддаларини турли касалликлар туфайли истеъмол қилиниши каби ҳолатлар сабабчи бўлса, болалик даврининг охири ва ўсмирлик-катталар босқичи ёшидаги болаларда касалликни кечишида нафас аллергенлари таъсири, руҳий юкламалар, чарчаш, кундалик тартибнинг бузилиши каби ҳолатлар устун келади. Бу вақтда иккиламчи инфекция аломатларининг қўшилиши эса касалликни асоратли кечишига сабабчи бўлади.

Эрта болалик даврида 10% беморлар АтД касаллиги билан хасталанса, тахминан 60% ҳолатларда эса беморларда касаллик вақтивақти билан рўёбга чиқиб қўзғалиб туради. Касалликнинг учраши 1 ёшдан 7 ёшгача бўлган бемор болаларда 2–10% ни ташкил этади. Касаллик 50–75% ҳолатларда бемор болалар балоғат ёшига етиши билан ўз-ўзидан йўқолиб кетади.

Шундай қилиб, АтД касаллигининг болаларда кечиши, белгиларини узлуксизлиги билан ифодаланади, уларнинг эса намоён бўлиши соғлом ва касал бўлган ҳолатлар ўртасидаги чегарани бузилиш ҳисобига амалга ошади. Бундай ҳолат генларни аддитив таъсири натижасида амалга ошади ва беморлар фенотипида генетик информацияни рўёбга чиқишига сабабчи бўлади ва касаллик белгилари кейинчалик ўзгарувчан кўринишда сурункали – қайталама кечади.

ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ

Ш.Х. МАХМУДОВ, И.Н. АБДУВАХИТОВА, М.Ш. ТУРСУНОВ, Я.Ж. АЙТУҒДИЕВ, Г.Ш. ТОХТАЕВ

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

Введение. 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. 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. 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.

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

Материалы и методы исследования. 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 хронические тонзиллит наблюдался у 7, хронически гепсориатическии артриттит – у 3, хронические 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, соответствующая 2а и 2б типу по классификации Фредериксона, повышение активности ферментов АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ и содержания билирубина. Повышение сывороточных 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 артритогенетическое значение и требует коррекции.

ЭКСТРАКТ ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ

Ф.Б. МИРОДИЛОВА, Ф.Х. АББОСХОНОВА, Ж.М. УМАРОВ

Ташкентская медицинская академия;
Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Актуальность. При патологических процессах в печени возникают повреждения, которые могут приводить к серьезным нарушениям метаболизма, антимикробной функции, иммунного ответа и детоксикационной функций. Многие болезни печени, заканчивающиеся выздоровлением, но оставляют после себя «след» метаболического нарушения, который сохраняется многие годы, и нередко переходит в болезнь, требующую лекарственной коррекции. Для лечения таких нарушений функции печени часто используют гепатопротекторные средства.

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

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 44 больных (мужчин – 24, женщин – 20) псориазом в возрасте 35–50 лет. У всех пациентов был установлен диагноз распространенного, вульгарного псориаза в прогрессирующей стадии заболевания. Из анамнеза установлено, что клинические проявления беспокоили пациентов от 8 до 11 лет, в среднем 9,2 ± 1,7 года. Пациенты были разделены на две группы по 22 больных: 1-я основная группа получала стандартное лечение в сочетании с юнисента; 2-я группа сравнения – стандартное лечение.

Результаты исследования. Клинические наблюдения показали, что включение в комплексную терапию препарата «Юнисента» позволяет увеличивать терапевтическую эффективность на 34,7 %. отмечена положительная динамика и нормализация показателей липидного обмена. Для коррекции метаболических нарушений у больных псориазом препарат «Юнисента» назначался по 1 ампуле, 2 мл (200 мг) в/м 1 раза в день в течение 20 дней. Использование данного препарата было основано на его гепатотропных свойствах природного происхождения (гидролизата плаценты человека). Благодаря широкому спектру действия на организм препарат способен оказывать противовоспалительный эффект за счет способности противоапоптического действия.

Вывод. Вовлечение печени в патологические процессы при ряде дерматозов обусловливает необходимость дальнейшего изучения возможностей ее фармакологической защиты при этих заболеваниях. В частности, адекватная гепатопротекция является одним из компонентов рациональной фармакотерапии псориаза у больных с метаболическим синдромом.

Включение в комплексную терапию препарата Юнисента является вполне обоснованным и по своей эффективности не уступает другим гепатопротекторам. При этом Юнисента в составе комплексной терапии значительно уменьшает площадь и тяжесть кожных проявлений, что выражается в снижении индекса PASI.

Таким образом, использование Юнисента позволяет не только нормализовать основные биохимические показатели печени, но и способствует более отчетливому разрешению кожных высыпаний при псориазе.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, О.В. СОАТКУЛОВА

ГУ Республиканский специолизированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

Психодерматология – одно из актуальных и, в то же время, наименее изученных направлений современной медицины, которое находится на стыке психиатрии и дерматовенерологии. В современном мире в результате увеличения объема поступающей сенсорной информации, ускорения ритма жизни, действия вредных экологических факторов человек может подвергаться чрезмерным психоэмоциональным нагрузкам, приводящим к развитию психических расстройств. Зачастую именно кожные высыпания являются объективным проявлением таких нарушений.

Цель исследования. Выявление психосоматической патологии у пациентов с атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Нами было обследовано 50 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 16 до 50 лет. Лица женского пола составили – 30 (60%) пациенток, мужчин – 20 (40%). Пациенты проходили комплексное клиническое обследование с использованием психологических опросников.

Результаты и обсуждение. По клинической форме атопического дерматита у 20 (40%) больных была диагностирована эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией, у 5 (10%) больных – пруригинозная форма, у 25 (50%) пациентов диагностировали лихеноидную форму заболевания.

Изучение возрастной категории больных с атопическим дерматитом показало что, пациентов с 16-20 лет составило 19 больных, 25–35 лет – 12 больных, 35–45 лет –10 больных, 45-50 лет – 9 больных. Как видно чаще всего атопический дерматит встречался у лиц молодого и трудоспособного возраста.

Среди страдающих атопическим дерматитом выраженные психические расстройства выявлялись в среднем в 20–35% случаев. При тяжелом течении атопического дерматита более чем у 2/3 больных превалировала психическая патология невротических и аффективных психопатологических регистров – депрессивные, тревожно-фобические и неврастенические расстройства. Также по результатам полученных данных было выявлено что у 15 (30%) пациентов отмечалось нарушение сна, у 9 (18%) трихотилломания.

Таким образом при обследовании пациентов с «психосоматическими дерматозами» необходимо аналитическое изучение факторов, участвующих в развитии конкретного заболевания (особенности тригерного воздействия, личностные особенности, изменения в психической сфере и клинической картине дерматоза), а также выявление единого для данного больного механизма адаптации, проявляющегося нейрофизиологическими, вегетативными, эндокринными, иммунными, кожными и психическими изменениями.

ЛЕЧЕНИЕ НЕВУСА ОТА ПИКОСЕКУНДНЫМ ЛАЗЕРОМ

С.Р. МУМИНОВА

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

Невус Ота, 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 проявляется 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. 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 2019-2023гг. 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.

ОМАЛИЗУМАБ В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

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

[1]Ташкентский государственный стоматологический институт;
[2]Ферганский медицинский институт общественного здоровья;
[3]Ташкентская медицинская академия

Введение. Атопический дерматит является одним из самых распространённых кожных заболеваний, с которым почти ежедневно обращаются пациенты различных возрастов. Представляет собой генетически обусловленное, аллергическое, хроническое воспалительное заболевание кожи, главным симптомом которого является кожный зуд. Высыпания на коже варьируют от легкой эритемы до тяжелой лихенификации. Часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями, такими как бронхиальная астма, аллергический ринит, пищевая аллергия, а также с рецидивирующими кожными инфекциями.

Цель исследования. Оценить эффективность применения омализумаба в терапии атопического дерматита у пациентов со средней и тяжелой степенью тяжести с учетом клинического течения и патогенетических механизмов.

Задачи. Определить особенности клинического течения больных с атопическим дерматитом средней и тяжелой степени тяжести поражения; определение уровня Ig E; сравнительная оценка эффективности терапии пациентов с атопическим дерматитом

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 32 больных с атопическим дерматитом средней (n-26) и тяжелой степени тяжести (n-6), в возрасте от 8 до 66 лет. Женщин – 17; мужчин – 15. Для оценки степени тяжести кожного процесса использовался индекс SCORAD, где учитывались распространенность кожных поражений, их интенсивность и субъективные симптомы. Проводилось определение значений IgE до начала терапии, через 1 и 3 месяца после окончания терапии.

Результаты исследования. В ходе исследования были выделены 2 группы – основная группа (n-17) получившие терапию омализумабом и группа сравнения (n-15) – стандартную терапию. В 1 группе индекс SCORAD достигал 36,43 ± 2,12 у пациентов со средней степенью тяжести и 57,67 ± 2,78 с тяжелой. Во 2 группе – 32,64 ± 2,64 у пациентов со средней степенью тяжести и 56,9 ± 1,3 с тяжелой. Что касается значений IgE – в первой группе 1050,86 ± 213,41 у пациентов со средней степенью тяжести и 2169,0 ± 65,69 с тяжелой. Во 2 группе – 951,17 ± 286,44 у пациентов со средней степенью тяжести и 2518,67 ± 213,64 с тяжелой. Значения IgE имели диапазон от 116 до 2880. Спустя 1 месяц терапии мы наблюдали достоверную динамику в 1 группе – среднее значений SCORAD по отношению к первоначальным значениям – уменьшение в 1,7 раз – с 40,18 ± 2,69 до 7,24 ± 1,21; в то время как в группе сравнения отмечалось снижение в 1,2 раза с 37,49 ± 3,34 до 21,31 ± 1,75. Через 3 месяца лечения индекс SCORAD в 1 группе снизился в 5.5 раз – с 40,18 ± 2,69 до 23,19 ± 2,22, у большей половины процентов полностью прошли симптомы, либо соответствовали критериями легкой степени. Во второй группе индекс SCORAD снизился в 1,8 раза – с 37,49 ± 3,34 до 30,95 ± 2,89, где у трети пациентов еще сохранялось обострение процесса. Среднее значение IgE – через 1 месяц лечения в группе контроля – снизилось с 1248,0 ± 213,64 до 139,0 ± 24,37, но спустя 3 месяца снова возросло до 963,0 ± 182,93. В группе сравнения среднее значение IgE через 1 месяц снизилось с 1264,0 ± 282,44 до 768,42 ± 147,34, к 3 месяцу составило 1154,4 ± 225,94.

Выводы. Полученные результаты позволяют рекомендовать применение омализумаба в лечении средних и тяжелых форм атопического дерматита. Однако, необходимо дальнейшее исследование долгосрочной эффективности и безопасности омализумаба при лечении АД.

ТЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО РЕБЁНКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Д.Д. НАБИЕВА, М.И. АБДУЛЛАЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Цель работы. Представить клинический случай нетипичного течения себорейного дерматита у 15-летнего пациента с ВИЧ-инфекцией, описать применённое стандартное лечение и выявить факторы, указывающие на иммунодефицитное состояние, требующее пересмотра лечебной тактики.

Клинический случай. Пациент А.И., 15 лет, поступил с жалобами на распространённые высыпания, слабость, длительную лихорадку, хронический кашель и диарею. Ему ранее был поставлен диагноз «себорейный дерматит» на основе клинической картины и назначено стандартное лечение согласно дерматологическим протоколам: местная терапия кетоконазолом 2% и гидрокортизоновой мазью 1%, а также антисеборейные шампуни на основе пиритиона цинка. В связи с неэффективностью терапии и увеличением площади поражений на коже была назначена системная терапия: антигистаминные препараты и короткий курс преднизолона. Однако, несмотря на лечение, состояние пациента продолжало ухудшаться. В дальнейшем у него развились системные симптомы, которые не были характерны для изолированного себорейного дерматита. Лабораторные анализы показали анемию, лимфопению и тромбоцитопению, а рентгенограмма грудной клетки выявила множественные очаги в лёгких. С учётом отсутствия положительной динамики и прогрессирования клинической картины было проведено тестирование на ВИЧ, которое дало положительный результат. Диагноз был уточнён – основной: ВИЧ-инфекция, стадия 2, с прогрессирующей пневмонией и дыхательной недостаточностью. Сопутствующий диагноз: Себорейный дерматит.

Заключение. Данный случай демонстрирует, что стандартное лечение себорейного дерматита, которое включает местные и системные противовоспалительные и антимикотические препараты, может быть неэффективным у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Наличие системных симптомов и резистентность к терапии указывают на необходимость углубленного обследования для исключения серьёзных иммунодефицитных состояний. Раннее выявление ВИЧ-инфекции и своевременное начало антиретровирусной терапии может значительно улучшить прогноз для таких пациентов.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Д.Ф. НИЗАМОВА, А.В. МУН, К.К. КУДДУСОВА, Д.Ш. КОБИЛЖОНОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Аллергодерматозы – одна из наиболее часто встречаемых патологий, по данным ВОЗ распространенность кожной аллергии достигает 25–33%. Более высокий уровень заболеваемости у жителей развитых стран. Проблема имеет большое медико-социальное значение, поскольку поливалентная сенсибилизация населения постоянно возрастает, соответственно, повышается частота кожных аллергозов, других аллергических заболеваний.

Цель исследования. Определить структуру заболеваемости и анализ эпидемиологической ситуации аллергодерматозов у детей до 18 лет.

Материал и методы исследования. Анализ медицинской документации 175 пациентов с аллергодерматозами в возрасте до 18 лет, зарегистрированных в базе данных Национального детского медицинского центра в период с апреля 2023 года до июня 2024 года.

Результаты и их обсуждение. В исследовании из 715 пациентов рассматривались 175 пациентов с аллергодерматозами. Из них 100 (13,9%) с атопическим дерматитом, 50 (6,9%) с экземой, 10 (1,3%) с крапивницей, 7 (0,9%) с нейродермитом, 5 (0,7%) с контактным аллергическим дерматитом и 3 (0,4%) с токсикодермией.

В соответствии с классификацией Н.П. Гундобина все обследованные разделены на 5 групп: младенчество (от 29 дней до 1 года) – 20 человек; раннее детство (1–3 года) – 85 человека; дошкольный период (3–7 лет) – 32 человека; младший школьный (8–11 лет) – 21 человек; старший школьный (12–18 лет) – 17 человек

В возрастной структуре заболеваемости в период младенчества выявлено 17 (9,7%) пациентов с атопическим дерматитом, 2 (1,1%) с экземой. В период раннего детства, соответственно, 63 (35,9%) с атопическим дерматитом, 10 (5,7%) с

экземой, 7 (4 %) с крапивницей, 3 (1,7 %) с контактным аллергическим дерматитом и 2 (1,1 %) с токсикодермией. В дошкольном периоде: 11 (6,4 %) с атопическим дерматитом, 18 (10,5 %) с экземой, 1 (0,5 %) с крапивницей, 1 (0,5 %) с нейродермитом, 1 (0,5 %) с контактным аллергическим дерматитом. В младшем школьном периоде: 8 (4,5 %) с атопическим дерматитом, 11 (6,2 %) с экземой, 1 (0,5 %) с крапивницей, 1 (0,5 %) с контактным аллергическим дерматитом. В старший школьный период: 1 (0,5 %) с атопическим дерматитом, 9 (5,2 %) с экземой, 1 (0,5 %) с крапивницей, 6 (3,4 %) с нейродермитом и 1 (0,5 %) с токсикодермией.

Выводы: в структуре общей заболеваемости среди детского населения, атопический дерматит составляет 13,9 %, в структуре заболеваемости аллергодерматозами составляет 45,7 %, что преобладает над остальными патологиями. С 3 до 18 лет количество экземы превалирует, составляя 21,7 % от общего числа больных аллергодерматозами. Таким образом атопический дерматит является самым распространенным заболеванием среди детского населения, что соответствует мировым стандартам по данным ВОЗ. Заболеваемость атопическим дерматитом в Узбекистане имеет более низкие показатели в сравнении с мировыми данными (по ВОЗ 15–20 %).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БАКТЕРИОФАГАМИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Д.Ф. НИЗАМОВА, Д.Р. КОБИЛДЖОНОВА, А.В. МУН

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Атопический дерматит (АД) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, часто осложняющееся бактериальной инфекцией. Традиционное лечение АД включает использование кортикостероидов и иммуномодуляторов, однако эти методы не всегда обеспечивают полный контроль над симптомами и могут сопровождаться побочными эффектами. В последние годы наблюдается растущий интерес к альтернативным подходам, таким как терапия бактериофагами.

Бактериофаги, вирусы, которые инфицируют и разрушают бактерии, могут предложить инновационное решение для контроля бактериальных инфекций, ассоциированных с АД. Доказательства эффективности бактериофагов в лечении кожных инфекций и их способность к специфичному воздействию на патогенные микроорганизмы делают их перспективной терапией для пациентов с АД, особенно в случаях, когда традиционные методы лечения не дают желаемого результата.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность терапии бактериофагами при атопическом дерматите

Материалы и методы исследования. Критерии включения охватывали пациентов до 18 лет с диагнозом атопический дерматит, с выраженностью по шкале SCORAD ≥ 20 , зарегистрированных в базе данных Национального детского медицинского центра. Пациенты были разделены на две группы: группа А (испытуемая), состоящая из 10 пациентов, получавших локальное лечение бактериофагами против *Staphylococcus aureus* дважды в день, и группа Б (контрольная), состоящая из 10 пациентов, получавших стандартное лечение, включая топические кортикостероиды и увлажняющие средства, также дважды в день. Эффективность оценивалась по первичным конечным точкам, таким как изменение по шкале SCORAD и уровень бактериальной колонизации до и через 6 недель, а также по вторичным конечным точкам, включающим улучшение симптомов (сухость кожи, эритема, шелушение, зуд) и побочные эффекты.

Результаты исследования. Результаты исследования показывают, что терапия бактериофагами эффективна в лечении атопического дерматита. В группе А, где использовались бактериофаги, снижение показателей по шкале SCORAD составило 80,37 % (с 38,2 до 7,5 баллов), тогда как в группе Б снижение составило 58,97 % (с 39,0 до 16,0 баллов). Уровень бактериальной колонизации в группе А уменьшился на 75 %, тогда как в группе Б – на 30 %. Симптомы сухости кожи, эритемы, шелушения и зуда значительно улучшились в группе А уже через 2 недели лечения, в то время как в группе Б улучшение наблюдалось только к 6-й неделе. Побочные эффекты в группе А были минимальными и незначительными по сравнению с контролем, где наблюдались случаи локальных раздражений.

Выводы. Терапия бактериофагами демонстрирует значительное преимущество в лечении атопического дерматита по сравнению с традиционными методами, обеспечивая более быстрое и выраженное снижение симптомов и бактериальной колонизации. Высокая эффективность, минимальные побочные эффекты и хорошая переносимость делают бактериофаги перспективным дополнением к стандартным методам лечения, особенно для пациентов с выраженными бактериальными осложнениями.

СТРАТЕГИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОНКОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ СКРИНИНГОВ

Е.В. НИКИТИНА[1], Л.Н. ИЗЮРОВ[2]

[1]ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии, 620023, г. Екатеринбург;
[2]ГАУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер, 620905, г. Екатеринбург

За период с 2011–2021 гг. наблюдается неуклонный рост общей заболеваемости ЗНО кожи в России и за рубежом. Злокачественные новообразования кожи лидируют в структуре онкологической заболеваемости (2-ое место после рака молочной железы), составляя 12,6% (вместе с меланомой – 14,4%). В России за 2021г. всего (мужчин и женщин) зарегистрировано 68458 случаев рака кожи («грубый» показатель 46,9 на 100 тыс. населения, прирост показателя 6,4%) и 11412 случаев меланомы («грубый» показатель 7,82 на 100 тыс. населения, прирост – 31,62%).

В Европе количество зарегистрированных новых случаев МК примерно равное. В целом меланома занимает 19-е место (1,7%) среди всех ЗНО.

Цель исследования – разработка мер по оптимизации медико-профилактической помощи пациентам групп риска по развитию ЗНО кожи на основании изучения современной эпидемиологической ситуации по заболеваемости меланомным и немеланомным раком кожи населения Свердловской области за период с 2011–2022 гг., а также, на основании анализа клинической эффективности онкоскрининга, как метода управления онкозаболеваемостью кожи.

Одним из принципов реализации концепции «Управляемой онкодерматологии» является необходимость и возобновление массового обследования населения.

В 2022 г. сотрудниками центра онкодерматологии (Свердловского Областного онкологического диспансера и ГБУ СО «Уральского НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург) проведено онкодерматологическое обследование 1600 жителей Свердловской области, на основе полученных клинических результатов оценили эффективность и важность такой работы для жителей нашей области (табл. 1).

Таблица 1

клинические результаты онкодерматологических скринингов	на 100 осмотренных
немеланомный рак кожи	5–8
поверхностная меланома и меланома in situ	1 на 150 осмотренных
меланоцитарные невусы с признаками дисплазии, требующие эксцизионной биопсии и морфологии	4–6
меланоцитарные невусы, требующие динамического наблюдения	4–8
пациенты с факторами риска развития ЗНО кожи, требующие специализированного наблюдения	20–23
Итого: подозрение на ЗНО кожи	12%
Итого: направлены под наблюдение	30%

Исходя из полученных результатов, можно сделать заключение о важности проведения онкодерматологических скринингов, что повышает онко-настороженность врачей, формируя обратную связь между лечебными учреждениями области, а также способствует ранней диагностике рака кожи.

Выводы: Как показал опыт совместной работы онкологической и дерматологической службы в Свердловской области, эпидемиологические показатели заболеваемости меланомным и немеланомным раком кожи могут и должны быть управляемы за счет методов ранней диагностики.

Накоплен значительный клинический опыт работы в сфере ранней диагностики злокачественных заболеваний кожи и на данный момент пришло время административных решений, без которых «удерживать» достигнутые показатели заболеваемости и выживаемости будет сложно.

ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ

М.А. НИШОНОВА, Б.С. АЗИЗОВ, И.Б. НУРМАТОВА

Кафедра дерматовенерологии и косметологии ташкентского государственного томатологического института, г. Ташкент, Узбекистан;
Кафедра дерматовенерологии и косметологии ташкентской медицинской академии, г. Ташкент, Узбекистан

Многоформная экссудативная эритема определяется как остро развивающийся дерматоз, хактеризующийся полиморфными высыпаниями на коже и слизистых оболочках и обладающий циклическим течением. Природа МЭЭ до сих пор до конца не изучена. Существующие теории патогенеза объясняют развитие МЭЭ генетически условленной способностью организма человека отвечать на воздействие различных провоцирующих факторов (инфекции, медикаменты, эмоциональный стресс и др.), возникновением клинической симптоматики характерной для данного заболевания. В последние годы установлено, что, несмотря на разнообразие провоцирующих факторов, клинические проявления МЭЭ обусловлены в основном первичным поражением сосудов с выходом клеточных элементов и плазмы в дерму. МЭЭ возникает вследствие иммунного ответа по типу реакций гиперчувствительности собственным кератиноцитам, несущим вирусные и лекарственные антигены, среди вероятных причин, развития многоформной эритемы указываются герпетическая и микоплазменная инфекция и их ассоциации.

Применяемые в настоящее время методы терапии отличаются значительным разнообразием. Используются препараты, обладающие местным и системными противовирусным, а также антибактериальным действием. Выраженный аутоиммунный компонент в развитии данного заболевание стал причиной назначений препаратов, обладающих иммуносупрессивным действием. С этой целью применяются кортикостероидные гормоны. Однако методы иммуносупрессивной терапии целым рядом серьезных побочных действий и осложнений. В клинической картине определяют буллезную, не буллезную и не уточненную формы. Ряд авторов считают что чаще развивается инфекционно-аллергическая форма- до 80 %, реже – токсико-аллергическая форма. Наблюдаются триггерные факторы развития многоформной экссудативной эритемы: рецидивы простого герпеса, обострения хронических воспалительных заболеваний ЛОР-органов, вирусные инфекции и грипп, прием лекарственных средств, психоэмоциональные стрессы. Таким образом проблема многоформной экссудативной эритемы остается открытой, нерешенной и дальнейшие исследования будут иметь научную и практическую значимость.

ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ИММУНОМАКС И 0,1 % МАЗИ ТАКРОЛИМУС ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

У.И. ПАК, Х.Д. АБДУЛЛАЕВ

Самаркандского областного филиала республиканского специализированного дерматовенерологического и косметологического научно-практического медицинского центра, г. Самарканд, Узбекистан

Введение. Внешне заболевание витилиго представляет собой нарушение окраски кожи в виде белых пятен, при гистологическом исследовании которых обнаруживается отсутствие, либо резкое снижение содержания меланина. В настоящее время отмечается рост заболеваемости витилиго среди всех этнических групп мира. Так, если раньше распространенность витилиго составляла 0,1 % [Бабаянц Р.С., Лоншаков Ю.И., 1978]. то в настоящее время этот показатель варьирует от 0,3 % в Великобритании, Италии, Турции [Агусап О. et al., 2008], до 4 % в Мексике и до 8,8 % в Индии [Sehgal V.N., Srivastava G., 2007].

Материалы и методы. В настоящее исследование были включены 53 пациентов с различными формами и стадиями витилиго в возрасте от 12 до 59 лет, находившихся на амбулаторном лечении в клинике кожных и венерических болезней областного центра города Самарканд в период с 2019 г по 2021г. Для сравнения результатов лабораторных исследований была обследована группа из 10 здоровых доноров. Анализ клинического материала проводился на основании

данных анамнеза жизни и заболевания, оценки общего состояния и локального статуса пациента. У каждого пациента определяли клиническую форму заболевания по классификации витилиго. Клинический осмотр включал общий осмотр кожи больного, осмотр с использованием люминесцентной лампы, измерение площади депигментированных очагов с использованием линейки. Площади каждого очага поражения суммировали и оценивали в процентах относительно площади поверхности тела. Всем пациентам проводилось клиническое обследование, включавшее осмотр в т.ч с использованием люминесцентной лампы, сбор анамнеза, определение площади очагов поражения.

Цель исследования. Разработать и оценить клиническую эффективность схемы дифференцированной терапии витилиго с применением препарата иммуномакс и 0,1 % мази такролимус.

Результаты и обсуждение. Таким образом, выявленные нами в процессе комплексной оценки изменения состояния иммунитета у больных витилиго послужили показанием к проведению иммунокорригирующей терапии препаратом иммуномакс. Монотерапия иммуномаксом была проведена 76 пациентам основной группы. Препарат назначался в разовой дозе 200 ЕД, растворяя в 1 мл воды для инъекций, внутримышечно. Курс лечения – 6 иньекций в 1, 2, 3, 8, 9, 10 дни лечения. Повторные курсы назначали с интервалом в 6 – 12 месяцев. Показанием к повторному курсу служило хорошее перенесение препарата, положительный клинический эффект, улучщение общего самочувствия, а также желание пациента продолжить терапию. Противопоказанием к назначению иммуномакса служила повыщенная чувствительность к препарату и непереносимость значительного числа медикаментов в анамнезе. Результаты лечения оценивали через 1 неделю после окончания лечения. Как в процессе лечения, так и сразу после его окончания 6 пациентов с прогрессирующей стадией заболевания отметили стабилизацию процесса, а 2 пациента со стационарной – стадией единичную точечную репигментацию. Клинические признаки восстановления пигментации на фоне проводимой терапии в виде диффузной, либо точечной репигментации, уменьшения площади депигментированных пятен мы наблюдали у 39 пациентов. Анализируя результаты проведенной нами местной терапии в зависимости от клинической формы заболевания, можно заключить, что фокальная и сегментарная формы витилиго наиболее эффективно поддаются лечению. При терапии акрофациальной формы витилиго, нами было отмечено, что очаги на лице практически всегда полностью или частично репигментируются, а локализованные на стопах и фалангах пальцев рук не поддаются терапии. Также было отмечено, что процесс репигментации наиболее интенсивно протекает в течение первых трех месяцев лечения, затем этот процесс замедляется, а после окончания курса – полностью останавливается.

Выводы. Анализируя результаты проведенной нами местной терапии в зависимости от клинической формы заболевания, можно заключить, что фокальная и сегментарная формы витилиго наиболее эффективно поддаются лечению. При терапии акрофациальной формы витилиго, нами было отмечено, что очаги на лице практически всегда полностью или частич1ю репигментируются, а локализованные на стопах и фалангах пальцев рук не поддаются терапии. Также было отмечено, что процесс репигментации наиболее интенсивно протекает в течение первых трех месяцев лечения, затем этот процесс замедляется, а после окончания курса – полностью останавливается витилиго, а в дальнейшем к полному (100 %) или выраженному (51–99 %) восстановлению пигментации у 50 % пациентов.

ВЛИЯНИЕ ДИЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА АКНЕ: ВЗГЛЯДЫ ПАЦИЕНТОВ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРОБЕЛЫ

С.Х. ПУЛАТОВА, О.А. БАБАДЖАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. С каждым годом растет количество доказательств, подтверждающих связь между диетой и развитием акне (acne vulgaris). Многие пациенты замечают ухудшение состояния кожи после употребления определенных продуктов, но степень этой взаимосвязи остается предметом научных дискуссий.

Цель исследования. Изучить взгляды пациентов на роль питания в развитии акне, а также провести анализ их информированности о влиянии диеты на это заболевание. Дополнительно исследовались источники информации, которые используют пациенты, и выявлялись пробелы в их знаниях.

Материалы и методы исследования. Был проведен опрос среди пациентов с акне с использованием структурированной анкеты. Вопросник охватывал аспекты восприятия связи между диетой и акне, источников информации о питании и существующих пробелов в знаниях. Для анализа собранных данных применялись методы дескриптивной статистики и анализа содержания. Дополнительно использовались методы корреляционного анализа для выявления связей между восприятием пациентов и их источниками информации.

Результаты. Из 150 опрошенных пациентов с акне 70% выразили уверенность в существовании связи между питанием и акне. Однако, 82% участников отметили недостаток профессиональных консультаций по вопросам питания со стороны дерматологов, что подчеркивает потребность в дополнительной информации. Вследствие этого пациенты активно обращаются к альтернативным источникам, таким как интернет (58%) и онлайн-форумы (49%). Тем не менее, большинство пациентов признали, что их собственные попытки диетических изменений не привели к значительным улучшениям, и указали на существование значительного дефицита достоверной информации.

Заключение. Результаты данного исследования подчеркивают наличие значительного дефицита информации среди пациентов относительно влияния диетических факторов на акне. Требуется создание адекватных образовательных программ, основанных на современных научных данных, чтобы помочь развеять мифы и ложные представления о связи между питанием и развитием акне.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТОПИЧЕСКИХ РЕТИНОИДОВ В ТЕРАПИИ АКНЕ

С.Х. ПУЛАТОВА, О.А. БАБАДЖАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценить сравнительную эффективность и безопасность современных топических ретиноидов (адапалена, третиноина и тазаротена) в лечении акне, а также определить оптимальные схемы их применения с учетом индивидуальных особенностей пациентов.

Методы исследования. В исследовании были проанализированы данные рандомизированных клинических испытаний и систематических обзоров, включавших пациентов с различными формами акне. Оценивались клинические параметры, такие как уменьшение воспалительных и невоспалительных элементов, степень кожного раздражения, скорость заживления и профилактика поствоспалительных изменений. Дополнительно изучались схемы комбинированной терапии с использованием ретиноидов и других топических агентов, таких как бензоилпероксид и клиндамицин.

Результат исследования. В ходе анализа клинических данных было установлено, что 0,1% адапален обеспечивает сопоставимые с 0,025% третиноином результаты в снижении воспалительных и невоспалительных элементов акне, но при этом вызывает меньше раздражающих реакций кожи (на 25% меньше случаев эритемы и шелушения). Третиноин показал высокую эффективность в лечении комедональной формы акне, особенно у пациентов с выраженной гиперкератинизацией, но в 40% случаев требовал коррективки схемы лечения из-за раздражения кожи. Тазаротен продемонстрировал выраженный комедонолитический эффект и способность уменьшать поствоспалительную гиперпигментацию на 30% более эффективно по сравнению с другими ретиноидами, однако вызвал значительное раздражение в 50% случаев, что потребовало снижения дозировки или смены препарата.

Таким образом, результаты исследования подчеркивают необходимость тщательной индивидуализации лечения с использованием современных топических ретиноидов, принимая во внимание профиль безопасности и эффективность в зависимости от формы акне и особенностей пациента.

Заключение. Современные топические ретиноиды, включая адапален, третиноин и тазаротен, демонстрируют высокую клиническую эффективность в лечении акне, но их выбор должен быть основан на индивидуальных особенностях пациента. Адапален выделяется своей низкой раздражающей активностью, что делает его предпочтительным для пациентов с чувствительной кожей. Третиноин эффективен при комедональной форме акне, но требует осторожного использования из-за высокой раздражающей активности. Тазаротен показывает глубокое проникновение и выраженный эффект, но также требует контроля из-за раздражения.

ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Е.Г. БЕЛОНОГОВА, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ

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

У больных с различными формами врожденного буллезного эпидермолиза (ВБЭ), особенно при дистрофической ее форме, выявляются многочисленные факторы, которые способствуют развитию остеопении и остеопороза. Остеопороз рассматривается как обменное заболевание костной массы и характеризуется нарушениями микроархитектоники костной ткани с последующим увеличением хрупкости костей и повышенной подверженности к переломам.

При анализе анамнестических данных 50 больных ВБЭ дистрофической формой, находящихся на учете в Национальном Регистре, были установлены беспричинные переломы конечностей и позвоночника у 12 (24%) пациентов, причем в возрасте от 2 до 7 лет. Основными факторами остеопороза у данных детей являлись: снижение двигательной активности, нарушения усвоения питательных веществ, хроническое воспаление кожи, нарушения роста и задержка полового созревания. Следует указать, что у детей с тяжелыми формами ВБЭ отмечается нарушение поступления питательных веществ вследствие поражения желудочно-кишечного тракта, которое приводит к снижению всасываемости витамина D и, следовательно, к остеопорозу. Практически у всех 50 больных с дистрофической формой ВБЭ были установлены критически низкие уровни витамина D в сыворотке крови. Кроме того, согласно имеющимся Клиническим протоколам по диагностике и лечению больных с ВБЭ, был проведены рентгенологические и денситометрические исследования костной ткани для выявления остеопении и остеопороза.

С целью коррекции выявленных нарушений были использованы препараты против остеопороза из группы бисфосфонатов (золедроновая кислота 4мг/5мл в виде инфузии (№1–2). Необходимо указать, что золедроновая кислота или золедронат – биофосфонат, обладающий избирательным действием на костную ткань. Препарат подавляет активность остеокластов, поэтому применяется для лечения остеопороза.

Таким образом, у больных с дистрофической формой ВБЭ в 24% случаев выявляются признаки остеопороза, для коррекции которого предлагается применение золедроновой кислоты.

БАРИЦИТИНИБ В ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

А.Б. РАХМАТОВ

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

Очаговая алопеция рассматривается как аутоиммунное заболевание, при котором отмечается быстрое выпадение волос на коже головы, бровях и ресницах, лечение которого ограничено. Патогенез очаговой алопеции включает генетические и иммунные факторы. Цитокины, участвующие в патогенезе данного дерматоза, включая интерферон-гамма и интерлейкин-15, зависят от Янус-киназ (JAK1 и JAK2) необходимых для внутриклеточной передачи сигналов. Следовательно, использование в терапии больных гнездной алопецией препаратов, обладающих свойствами селективного ингибитора Янус-киназ 1 и 2 типа, могут прерывать передачу сигналов цитокинов, участвующих в патогенезе указанного дерматоза.

Цель исследования. Оценка эффективности применения препарата, содержащего барицитинаб, у больных гнездной алопецией.

Под наблюдением находилось 10 больных (мужчин-5, женщин-5) в возрасте от 20 до 40 лет и давностью заболевания от 1 до 5 лет. Ранее больные получали разнообразное лечение, включая глюкокортикоиды (местные, внутриочаговые и системные), другие иммунодепрессанты и контактную иммунотерапию. Среди критериев включения были показатель тяжести алопеции (SALT) 50 или выше (диапазон от 0 до 100, где) означает отсутствие выпадения волос на голове, а 100 – полное выпадение волос на голове), а также текущий эпизод очаговой алопеции, продолжающийся более 6 месяцев до менее 5 лет без спонтанного улучшения (снижение показателя SALT на 10<баллов) в течение предыдущих 6 месяцев. Всем больным назначался препарат, содержащий барицитиниб, в суточной дозировке 4 мг ежедневно в течение 36 недель. Пациентам запрещалось принимать другие препараты: сте-

роиды, иммунодепрессанты, фототерапия, богатая тромбоцитами плазма, статины.

Первичным результатом был показатель SALT 20, который был идентифицирован как значимый результат лечения для больных с тяжелой очаговой алопецией. Клинические лабораторные анализы, анализ жизненно важных показателей и другие оценки безопасности проводились во время плановых посещений. Частота и тяжесть нежелательных явлений регистрировались при каждом посещении. Сообщение о нежелательных явлениях и их тяжести основывались на субъективной оценке исследователя. К концу терапии процент пациентов, у которых показатель SALT составлял 20 или менее на 36 неделе, оцененный на основе объективных данных, составил 37,9 % с 4 мг барицитиниба, при эффективности у 9 из 10 пациентов гнездной алопецией.

Таким образом, поскольку JAK играют роль во внутренней передаче сигналов цитокинов, участвующих в иммунопатогенезе очаговой алопеции, ингибиторы JAK исследуются в качестве методов лечения данного дерматоза.

РИТУКСИМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

А.Б. РАХМАТОВ

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

Вульгарная пузырчатка (ВП) рассматривается как аутоиммунное заболевание кожи и слизистых оболочек из группы акантолитических пузырчаток. Гистологической характеристикой ВП являются интраэпидермальные пузыри, обусловленные потерей межклеточных связей в супрабазальных отделах эпителия в результате связывания аутоантител класса IgG со специфическими молекулами межклеточной адгезии – трансмембранным десмосомальным гликопротеином десмоглеином – 3, а в некоторых случаях и десмоглеином – 1. В диагностике ВП, наряду с анамнестическими данными, клиническими проявлениями и обнаружением в мазках-отпечатках акантолитических клеток, проводят гистологическое исследование с применением метода прямой иммунофлуоресценции, исследование сыворотки крови иммуноферментным методом для выявления IgG – аутоантител к десмоглеину – 1 и десмоглеину – 3.

Для уменьшения побочных явлений системной кортикостероидной терапии при лечении больных ВП был применен ретуксимаб, являющийся генно-инженерным моноклональным антителом, связывающееся с антигенов CD20 на В-лимфоцитах и инициирующее иммунологические реакции, опосредующие лизис В-клеток. В случае начала комбинированного лечения с применением препарата ретуксимаб и системной кортикостероидной терапии появляется возможность быстрого снижения дозы стероидов и полная их отмена. Европейское общество дерматологов и венерологов в 2020 г. включило ритуксимаб в клинические рекомендации по ведению больных с ВП в качестве терапии первой линии.

Под нашим наблюдением находилось 10 больных (мужчин – 6, женщин – 4) в возрасте от 29 ш до 55 лет. У всех больных диагноз ВП был подтвержден клиническими и лабораторными данными. Все больные принимали поддерживающую кортикостероидную терапию в дозах от 10 до 30 мг преднизолона в сутки. Ретуксимаб назначали в дозе 1000 мг внутривенно (капельно) с интервалом в две недели, после чего начинали снижение дозы преднизолона в течение 2-х месяцев до полной его отмены. У всех больных отмечался положительный результат уже после второй инъекции ритуксимаба. Следовательно, Ритуксимаб может быть назначен пациентам, уже принимающим преднизолон и иммуносупрессивные препараты, снижение дозы и приостановка последних должны быть ускорены из-за повышенного риска присоединения инфекций.

УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

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

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

Актинический кератоз (АК) – это часто встречающийся предраковый дерматоз, связанный с длительным, повторным интенсивным воздействием на кожу ультрафиолетового излучения. Высокий уровень заболеваемости АК зависит от степени интенсивности солнечного излучения.

Наиболее часто развивается у светлокожих жителей с I и II фенотипами кожи. Основная локализация участков АК на лице, шее, тыльной поверхности кистей рук определяет необходимость своевременной диагностики и выбора эффективного метода лечения для достижения оптимального косметического результата. Выделяют следующие клинические формы АК: эритематозная, кератотическая (папулезная), бородавчатая (папилломатозная), роговая и пигментная.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность наружного применения 5% крема Кераворт у больных АК. Под нашим наблюдением находилось 22 больных (мужчин – 15, женщин – 7) в возрасте от 45 до 63 лет при давности заболевания от 3 месяцев до 10 лет. У большинства пациентов отмечалась кератотическая и бородавчатая формы АК. Схема лечения соответствовала инструкции, когда препарат назначался на пораженные очаги один раз в день 3 раза в неделю. Курс лечения составлял 2 недели. Поражения АК оценивались одним и тем же врачом на исходном уровне (0-я неделя) и в конце лечения (2-я неделя) и через 2 недели завершенного курса лечения (8-я неделя). Поскольку применение 5% крема Кераворт приводит к демаскировке субклинических поражений, эффективность анализировали путем определения медианного процента и медианного абсолютного снижения количества поражений на исходном уровне (0-я неделя) и в конце лечения (2-я неделя) до конца периода наблюдения (8-я неделя). У всех больных был достигнут клинический эффект без появления серьезных осложнений, только у двух пациентов нанесения крема приводило к сильному жжению кожи, хотя данный факт не являлся противопоказанием для его дальнейшего применения. Таким образом, актинический кератоз является одной из проблем системы здравоохранения, ввиду возможной трансформации в плоскоклеточный рак кожи. Поэтому необходимо повышение уровня информированности населения о негативном влиянии ультрафиолетового излучения. При наличии факторов риска обучение пациентов самостоятельному осмотру, выявлению участков кожного покрова с изменениями, с целью ранней диагностики и последующего применения 5% крема Кераворт в амбулаторных условиях.

РИТУКСИМАБ В ТЕРАПИИ ПУЗЫРНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

А.Б. РАХМАТОВ

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

При лечении пузырных дерматозов, в частности, при вульгарной пузырчатке с успехом применяется генно-инженерный биологический препарат ритуксимаб. Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) также относится к группе буллезных дерматозов, только наследственной природы, клинически проявляющийся образованием пузырей на местах травматизации кожных покровов и слизистых, хотя необходимо отметить различия по уровню образования пузырей при ВБЭ (lamina lucida, lamina densa).

Собственное наблюдение. Пациент С.А., 18 лет с установленным диагнозом ВБЭ дистрофическая форма, рецессивный тип. Жалобы на обширные болезненные эрозии на коже и слизистой полости рта. Имеются проявления в виде псевдосиндактилии, анонихия, дефицит массы тела. Проведенные лабораторные исследования позволили установить симптомы эндогенной интоксикации (лейкицитоз, повышенные значения С-реактивного белка и др.). В связи с тяжестью течения заболевания было принято решение об инициации терапии ритуксимабом, две инфузии по 500 мг каждая, внутривенно капельно с интервалом 2 недели. До проведения вливания ритуксимаба больному была проведена однократная инъекция дипроспана в дозе 1 мл внутримышечно. Наружная терапия проводилась атравматичными перевязочными материалами, получаемых из Фонда. Эпителизация очагов отмечалась примерно ко 2-му месяцу наблюдения за пациентом, причем быстрее положительная динамика отмечалась на слизистой полости рта. В настоящее время еще рано решать о рассмотрении препарата ритуксимаб в качестве препарата первой линии при лечении больных ВБЭ, так как должны накапливаться материалы в данном направлении, так как это проводится по отношению больных с вульгарной пузырчаткой. Использование биологических препаратов при лечении больных ВБЭ является весьма перспективным, как, например, использование ингибитора интерлейкина (IL-1) при местном применении диацереина в качестве противовоспалительного средства.

Таким образом, при лечении больных ВБЭ необходимо внедрять биологические препараты противовоспалительной направленности, ускоряющие процесс заживления ран на кожных покровах и слизистых оболочках. Имеющиеся данные позволяют оптимистически рассматривать данную проблему лечения больных особенно с тяжелыми формами ВБЭ.

СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА

А.Б. РАХМАТОВ, Ш.К. ЮЛДАШЕВА

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

Хронический гнойный гидраденит (ХГГ) – хроническое, воспалительное, рецидивирующее дерматологическое заболевание, вовлекающее сально-волосяной аппарат. Распространенность ХГГ значительно варьирует от 0,03 до 4 % в популяции. Различные факторы могут способствовать развитию ХГГ: никотин, генетика, инсулинорезистентность, ожирение, локализация. ХГГ не является классическим инфекционным заболеванием, так как бактериальной флоре не отводится первопричинная роль, тем не менее, микрофлора влияет на поддержание воспалительного процесса. Иммунологический механизм поражения при ХГГ характеризуется значительным повышением экспрессии таких цитокинов, как ИЛ-1, ИЛ-17 и ФНО-альфа. Поскольку отсутствуют тесты, упрощающие диагностику ХГГ, наличие данного заболевания подтверждается только по клиническим проявлениям и хроническому течению дерматоза. Характерными признаками ХГГ являются: открытые двуглавые комедоны, болезненные твердые папулы и узлы, пустулы, флюктуирующие псевдокисты и абсцессы, свищевые ходы, связывающие воспалительные поражения, гипертрофические и атрофические рубцы. Существует клиническая классификация ХГГ по Хёрли, которая предусматривает наличие трех стадий дерматоза. Согласно Европейским протоколам различают следующие методы терапии: местная (клиндамицин, резорцин, внутриочаговое введение стероидов); системная (антибиотики, гормоны, иммунодепрессанты, ретиноиды); биологическая (инфликсимаб, устекинумаб, секукинумаб); лечение биоаналогами (биоаналоги адалимумаба). Ключевыми критериями для использования секукинумаба у больных ХГГ являлись: взрослые пациенты старше 18 лет со II и III стадиями ХГГ по Хёрли; не менее 5 очагов воспаления; диагноз ХГГ установлен более 1 года назад. Секукинумаб вводился по 300 мг подкожно с интервалом в 2 недели до появления клинического результата (на курс лечения больной получал в среднем 12–14 инъекций). Ответ на терапию секукинумабом на 16 неделе составлял примерно 47,8 %, так как препарат уменьшал количество абсцессов и воспалительных узлов со II и III стадиями ХГГ. В период проведения лечения секукинумабом обострения ХГГ не отмечалось. Таким образом, секукинумаб купирует симптомы ХГГ с благоприятным профилем безопасности, уменьшая количество асбцессов и воспалительных узлов, сокращает болевые ощущения и демонстрирует существенное улучшение качества жизни пациентов.

КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

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

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

Актуальность. Псориаз является хронически-рецидивирующим воспалительным дерматозом с генетической основой, характеризующийся гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки кератиноцитов, воспалительной реакцией в дерме, многочисленными биохимическими, иммунологическими, а также сосудистыми аномалиями. Полиорганность поражений при псориазе предполагает наличие взаимосвязи в некоторых патогенетических механизмах развития коморбидности.

Цель исследования. Изучить характер коморбидных состояний у больных псориазом.

Материалы и методы исследования. На базе РСНПМЦДВиК МЗ РУз было проведено анкетирование 150 больных псориазом за период 2021–2023 гг., проходившим лечение в условиях стационара, а также проведена оценка характера и частоты встречаемости сопутствующих заболеваний и оценка качества жизни пациентов.

Результаты исследования. Средний возраст больных составил 39,7 года. Мужчин было 80 (53,3 %), женщин – 70 (46,7 %), соответственно. Среди коморбидных состояний наиболее часто встречающимися были заболевания сердечно-сосудистой (n = 90) и эндокринной (n = 54) систем, 60 % и 36 %, соответственно. Звболевания опорно-двигательного аппарата наблюдались у в 30,7 % (n = 46), желудочно-кишечного тракта – 22,7 % (n = 34), гепатобилиарной системы – 13,3 % (n = 20), дыхательной системы – 10,7 % (n = 16). Важно отметить, что у многих больных отмечалось наличие нескольких заболеваний одновременно. Для анализа взаимосвязи индекса PASI и

коморбидными состояниями были отобраны две группы: I группа – это 150 больных с коморбидностью и II группа 75 больных – без сопутствующей патологии.

Заключение. Высокая частота встречаемости коморбидного псориаза характеризуется повышенными значениями индекса PASI, превышающими примерно в 5,5 раза аналогичные значения у пациентов без сопутствующей патологии. Кроме того, было установлено, что у больных первой группы были зафиксированы высокие баллы ДИКЖ в категории влияния дерматоза на уровень жизни. Следовательно, сопутствующие заболевания при псориазе не только усугубляют течение дерматоза, но способны приводить к значительному снижению качества жизни самих пациентов.

СЛУЧАИ МИГРИРУЮЩЕЙ КОЖНОЙ ЛИЧИНКИ

А.Б. РАХМАТОВ, Т.П. РАХМАТОВ, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ

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

Мигрирующая кожная личинка (Larva migrans) является паразитарным заболеванием, широко распространенное в тропических и субтропических климатических зонах. Возбудителями заболевания являются нематоды подотряда Strongylida: Ankylostoma braziliense, Ankylostoma caninum, Uncinaria stenocephala, Bunostomum phlebotomum. Резервуаром болезни являются кошки, собаки, причем яйца гельминтов, попадая с фекалиями, созревают в почве или песке. Заражение происходит контактным путем с влажной почвой или на песчанных пляжах. Кожные проявления дерматоза бывают в виде эритематозной, извилистой или серпигинозной полосы, соответствующей движению личинки и больных беспокоит зуд кожи.

Приводим собственное наблюдение

Пациент С.А.,18 лет, обратился в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз с жалобами на появление мокнущих высыпаний на коже подошвы, которые сопровождались интенсивным зудом кожи. Из анамнеза было установлено, что высыпания появились через одну неделю после туристического посещения Вьетнама. Следует указать, что пациент на пляже ходил босиком. При осмотре у больного очаг поражения носил асимметричный характер. Имеется резко очерченный участок гиперемии, который возвышался над поверхностью кожи, причем имела нитевидный, извилистый характер длиной примерно 5 см и шириной около 0,2 см. Помимо этого на очаге отмечались мелкие везикулезные элементы, а также корочки. До обращения в Центр больной обратился в КВД по месту жительства, где ему был выставлен диагноз микоз стоп и назначено соответствующее лечение, которое не оказало никакого эффекта, в связи и с чем пациент обратился в Центр. На основании клинико-анамнестических данных пациенту был выставлен диагноз: Мигрирующая кожная личинка. Больному было назначено следующее лечение: Альбендазол 400 мг в течение 3 дней; лордес по 1 таблетке в день в течение 10 дней. Наружно были применены крем Акридерм и раствор метиленового синего. Проведенное лечение привело к полному клиническому выздоровлению пациента.

Таким образом, развитие туризма и многочисленные поездки в тропические страны, хождение без обуви на песчанных пляжах может способствовать проникновению личинок в кожные покровы, в частности, в кожу стоп и вызывать соответствующее поражение кожи в виде Larva migrans.

КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА

А.Б. РАХМАТОВ

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

Ихтиоз представляет собой гетерогенную группу генетических заболеваний, признаки которых появляются при рождении или в раннем детском возрасте. Заболевание характеризуется нарушениями процессов ороговения. Клинически проявляется поражением всего кожного покрова в виде различной степени выраженности гиперкератоза и очагов шелушения, на фоне общей сухости кожи (ксероз), а также при некоторых типах, на фоне эритродермии. Проводимая работа по изучению распространенности врожденного ихтиоза в различных регионах республики позво-

лила выявить более 4000 больных с различными вариантами ихтиоза, которые разделялись, согласно классификации, на синдромальные и несиндромальные группы. В группе несиндромальных ихтиозов рассматривались следующие варианты: вульгарный ихтиоз, Х-сцепленный ихтиоз, ламеллярный ихтиоз, врожденная ихтиозиформная эритродермия, ихтиоз Арлекина, коллоидный плод (тяжелый вариант ламеллярного ихтиоза), эпидермолитический ихтиоз, Loricrin keratoderma, вариабельная эритрокератодермия, KLICK-синдром, пилинг-синдром. В группе синдромальных ихтиозов были выявлены следующие варианты: Х-сцепленный рецессивный ихтиоз, IFAP-синдром, Conradi-Hunermann-Happle-синдром, синдром Нетертона (с аномалиями волос), Шегрен-Ларсена-синдром и Рефсум-синдром (с неврологическими нарушениями). Основными клиническими проявлениями, присущие каждой группе ихтиозов являются: сухость (ксероз) кожи, трещины, явления фолликулярного гиперкератоза, шелушение (мелко- и крупнопластинчатое), коллоидная пленка (1 месяц жизни) и корки. Общими моментами для разных видов ихтиоза, кроме того, являются следующие признаки: ухудшение кожного процесса в весенне-летнее время, нарушения терморегуляции, постоянный субфебрилитет, зуд, боль, жжение, присоединение вторичной инфекции. К внекожным осложнениям, к которым может приводить ихтиоз являются: офтальмологические осложнения, осложнения со стороны ЛОР-органов, бактериальные и вирусные инфекции, недостаточность роста, поражения ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, дефицит витамина D, аномалии со стороны волос и ногтей. На сегодняшний день приоритетной подтверждающей диагностикой ихтиоза является генетический анализ, позволяющий выявить причину дерматоза, определить локализацию мутации в определенном белке-мишени, благодаря чему можно спрогнозировать рождение будущего ребенка.

ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЙЕССНЕРА-КАНОФА В ОБЛАСТИ ЛИЦА

А.Б. РАХМАТОВ, Т.П. РАХМАТОВ, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ

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

Лимфоцитарная инфильтрация Йесснера-Канофа относится к Т-клеточным псевдолимфомам – реактивным дерматозам, возникающим в ответ на воздействие эндогенных и экзогенных факторов и характеризующимся гистологическим и клиническим сходством со злокачественными лимфомами, от которых их отличает доброкачественное течение. Лимфоцитарная инфильтрация впервые была описана в 1953 году M.Jessner и B.Kanof. При лимфоцитарной инфильтрации образуются эритематозные папулы и бляшки, располагающиеся на голове, шее, верхней части груди и спины. Высыпания могут существовать длительное время и спонтанно разрешаться без какого-либо лечения. Заболевание протекает с периодами обострений и ремиссий. Этиология дерматоза остается малоизученной, хотя имеются сведения о значимости B.burgdorferi. Факторами риска, провоцирующими развитие заболевания, чаще всего являются хронические заболевания пищеварительного тракта, реже прием лекарственных препаратов, иммунотерапия, инсоляции. При гистологическом исследовании элементов инфильтрата обнаруживается плотная Т- лимфоцитарная муфтообразная периваскулярная инфильтрация дермы с преобладанием малых зрелых поликлональных лимфоцитов без вовлечения эпидермиса. По данным гистохимического исследования выявляется выраженная лимфоцитарная инфильтрация с преобладанием клеток CD4 (clone 4B12) и CD8 (clone C8/144B), характерная для Т-клеточных псевдолимфом. Дифференциальную диагностику лимфоцитарной инфильтрации проводят с дискоидной красной волчанкой, лимфоцитомой, злокачественной лимфомой кожи, саркоидозом, токсикодермией. Трудности диагностики заболевания обусловлены не только многообразием клинических проявлений, но и отсутствием клинической настороженности у практикующих дерматологов.

Представляем клинический случай пациентки (20 лет), которая обратилась в консультативную РСНПМЦДВиК МЗ РУз с жалобами на высыпания в области верхней губы справа, существующее около 12 месяцев. Отмечался медленный периферический рост очага поражения, причем субъективные ощущения отсутствовали. Появление сыпи больная ни с чем не связывала. Ранее заболевание было диагностировано как периоральный дерматит и красная волчанка. Пациентка получала лечение с применением системных и топических антибиотиков, кортикостероидов. Проведенная терапия не оказало какого-либо терапевтического эффекта. При объективном осмотре: на коже в области верхней губы справа определяются элементы высыпаний в виде плоских инфильтрированных бляшек 2–3 см в диаметре, синюшно-красного цвета, неправильной формы, плотноватой консистенции с гладкой поверхностью. Иммунологические тесты на крас-

ную волчанку – отрицательные. Иммуногистохимические исследования из центральной части очага поражения выявило выраженную лимфоцитарную инфильтрацию с преобладанием клеток CD4 и CD8, характерную для Т-клеточных псевлолимфом. Выявленные иммуногистохимические маркеры, а также клинические особенности заболевания, устойчивость течения, нормальная фоточувствительность), наиболее характерны для лимфоцитарной инфильтрации Йесснера-Канофа. Пациентке проведена кортикостероидная внутриочаговая терапия триамцинолоном, двухмесячный курс гидроксихлорохина, наружное применение ингибиторов кальциневрина ежедневно и узкополосную (311 нм) фототерапию дважды в неделю в течение 2 месяцев. В результате проведенного лечения был достигнут стойкий положительный эффект, сохраняющийся в течение 2 лет.

Таким образом, дерматологическая патология с наличием длительно существующих инфильтративных очагов поражения в области лица, устойчивых к стандартным методам терапии, требуют обязательного обследования для исключения или подтверждения лимфоцитарной инфильтрации Йесснера-Канофа.

ОПТИМАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ АППАРАТНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА

А.Б. РАХМАТОВ, Д.С. ДЖАЛИЛОВ, Н.А. РАСУЛОВА

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

Псориаз является хроническим заболеванием кожи, которое также может поражать суставы и ногти. От псориаза страдает около 4% населения земного шара. На сегодняшний день псориаз относят к аутоиммунным болезням с генетической предрасположенностью. Существует ряд вариантов классификации псориаза. Одной из наиболее современных и оригинальных классификаций является деление всех форм псориаза на пустулезные и непустулезные. К непустулезному псориазу относятся: вульгарный (бляшечный, каплевидный и др.); псориатическая эритродермия. К пустулезному псориазу относят: генерализованный пустулезный псориаз (тип Цумбуша); пальмоплантарный псориаз (тип Барбера); аннулярный пустулезный псориаз; хронический персистирующий акродерматит (псориаз ладоней и подошв); герпетиформное псориатическое импетиго. Ряд авторов выделяют дополнительные формы или типы псориаза: лекарственно-индуцированный псориаз; инверсный псориаз; псориаз Нпкина; себорейноподобный псориаз.

Одной из довольно распространенных и трудно поддаваемых лечению форм является пальмоплантарный псориаз, который встречается примерно у 25% больных. Эта форма дерматоза является причиной серьезных психологических и физических проблем, поводом для значительного снижения качества жизни пациентов. Ладонно-подошвенная форма псориаза, как правило, весьма резистентна к традиционным методам лечения. Также для нее характерны частые рецидивы, что обусловлено особенностью строения кожи ладоней и подошв, постоянным раздражением и травматизацией очагов. Выделяют три основные клинические формы ладонно-подошвенного псориаза: типичная папулезно-бляшечная; псориатические мозоли; везикуло-пустулезная. Наиболее часто для лечения ладонно-подошвенного псориаза применяются топические препараты иди их комбинации. На современном этапе одним из наиболее эффективных аппаратных методов лечения при этой форме заболевания является фототерапия (nb UVB).

Цель исследования. Разработать наиболее эффективную комбинацию медикаментозных и аппаратных методов лечения ладонно-подошвенной формы псориаза, используя мазь такролимуса и фототерапию nb UVB. В исследовании приняли участие 30 больных ладонно-подошвенным псориазом в возрасте от 20 до 55 лет. Пациенты были распределены на две группы по 15 человек. Основными показателями степени тяжести дерматоза являлись: гиперемия, инфильтрация, шелушение, зуд. В первой группе пациентов использована мазь такролимуса в качестве монотерапии в течение 2 недель, после чего проводилась фототерапия nb 311 нм, 16 процедур (4 нед). Во второй группе последовательно чередовали (через день) мазь такролимус и фототерапию nb 311 нм, 16 процедур (6 недель). В исследовании зарегистрирован более выраженный и устойчивый результат у пациентов второй группы. При чередующейся комбинации нестероидного противовоспалительного средства и фототерапии эффект наступал уже через несколько процедур. Необходимым условием эффективного лечения больных с ладонно-подошвенным псориазом является комбинация такролимуса и фототерапии, что является более эффективным, нежели монотерапия одним из этих методов.

ОПТИМАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ АППАРАТНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА

А.Б. РАХМАТОВ, Д.С. ДЖАЛИЛОВ, Н.А. РАСУЛОВА

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

Псориаз является хроническим заболеванием кожи, которое также может поражать суставы и ногти. От псориаза страдает около 4% населения земного шара. На сегодняшний день псориаз относят к аутоиммунным болезням с генетической предрасположенностью. Существует ряд вариантов классификации псориаза. Одной из наиболее современных и оригинальных классификаций является деление всех форм псориаза на пустулезные и непустулезные. К непустулезному псориазу относятся: вульгарный (бляшечный, каплевидный и др.); псориатическая эритродермия. К пустулезному псориазу относят: генерализованный пустулезный псориаз (тип Цумбуша); пальмоплантарный псориаз (тип Барбера); аннулярный пустулезный псориаз; хронический персистирующий акродерматит (псориаз ладоней и подошв); герпетиформное псориатическое импетиго. Ряд авторов выделяют дополнительные формы или типы псориаза: лекарственно-индуцированный псориаз; инверсный псориаз; псориаз Нпкина; себорейноподобный псориаз.

Одной из довольно распространенных и трудно поддаваемых лечению форм является пальмоплантарный псориаз, который встречается примерно у 25% больных. Эта форма дерматоза является причиной серьезных психологических и физических проблем, поводом для значительного снижения качества жизни пациентов. Ладонно-подошвенная форма псориаза, как правило, весьма резистентна к традиционным методам лечения. Также для нее характерны частые рецидивы, что обусловлено особенностью строения кожи ладоней и подошв, постоянным раздражением и травматизацией очагов. Выделяют три основные клинические формы ладонно-подошвенного псориаза: типичная папулезно-бляшечная; псориатические мозоли; везикуло-пустулезная. Наиболее часто для лечения ладонно-подошвенного псориаза применяются топические препараты иди их комбинации. На современном этапе одним из наиболее эффективных аппаратных методов лечения при этой форме заболевания является фототерапия (nb UVB).

Цель исследования. Разработать наиболее эффективную комбинацию медикаментозных и аппаратных методов лечения ладонно-подошвенной формы псориаза, используя мазь такролимуса и фототерапию nb UVB. В исследовании приняли участие 30 больных ладонно-подошвенным псориазом в возрасте от 20 до 55 лет. Пациенты были распределены на две группы по 15 человек. Основными показателями степени тяжести дерматоза являлись: гиперемия, инфильтрация, шелушение, зуд. В первой группе пациентов использована мазь такролимуса в качестве монотерапии в течение 2 недель, после чего проводилась фототерапия nb 311 нм, 16 процедур (4 нед). Во второй группе последовательно чередовали (через день) мазь такролимус и фототерапию nb 311 нм, 16 процедур (6 недель). В исследовании зарегистрирован более выраженный и устойчивый результат у пациентов второй группы. При чередующейся комбинации нестероидного противовоспалительного средства и фототерапии эффект наступал уже через несколько процедур. Необходимым условием эффективного лечения больных с ладонно-подошвенным псориазом является комбинация такролимуса и фототерапии, что является более эффективным, нежели монотерапия одним из этих методов.

ОПЫТ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ МЕТОТРЕКСАТОМ В ФОРМЕ ПОДКОЖНЫХ И ВНУТРИМЫШЕЧНЫХ ИНЪЕКЦИЙ

А.Б. РАХМАТОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА

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

Псориаз является системным иммуноассоциированным стрессогенным заболеванием мультифакториальной природы с доминирующим значением в развитии генетических факторов, характеризующиеся дисбалансом в иммунной системе, выраженными психоэмоциональными нарушениями, патологией системы пероксидации, частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата и внутренних органов. Все это диктует необходимость подбора адекватной

терапии, сдерживающей прогрессирование заболевания, в том числе цитостатических средств.

Метотрексат относится к цитостатическим препаратам и является антагонистом фолиевой кислоты, который приводит к подавлению синтеза нуклеиновых кислот и, как следствие, подавлению синтеза ДНК и РНК. Метотрексат угнетает продукцию медиаторов воспаления, таких как лейкотриены, ФНО-альфа и др. Одним из путей минимизации нежелательных явлений при терапии метотрексатом является изменение его пути введения: вместо перорального приема, что наиболее часто применяется в практике дерматологов и ревматологов, проведение подкожных инъекций в аналогичном дозовом и временном режиме.

Нами проведено сравнительное исследование по оценке эффективности и переносимости 15 мг метотрексата в равнении с инъекционной формой, вводимой внутримышечно в той же дозе 1 раз в неделю. Больные получали формы метотрексата методом случайной выборки, без рандомизации, подбор групп осуществляли по методу «случай-контроль» в соответствии с данными пациентов основной группы. Группы были сопоставимы по тяжести псориаза, активности суставного синдрома (индекс PASI), показателю влияния болезни на качество жизни (Дерматологический индекс качества жизни – ДИКЖ). Пациенты получали терапию в режиме стационара и амбулаторных условиях, когда назначали 15 мг метотрексата внутрь (I группа) и 15 мг внутримышечно (II группа) в течение 3-х недель и в обоих случаях через 24 часа больные получали таблетированную фолиевую кислоту в дозе 5 мг. Введение метотрексата в обоих группах, кроме значимого регресса псориатических элементов (регресс индекса PASI 70 в I группе составлял 72,5%, во II группе – 84,9%), способствовало снижению суставных проявлений: полному исчезновению болезненности суставов, уменьшению в 2,0–2,5 раза числа припухших суставов. Проведенная терапия метотрексатом с достижением неполной и полной клинической ремиссии способствовали восстановлению качества жизни у пациентов обеих групп (4,7 ± 1,2 и 5,0 ± 0,9 баллов, соответственно).

Таким образом, исследования показали общую высокую эффективность курса терапии метотрексатом в лечении больных псориазом и псориатическим артритом. Результаты, достигнутые в группе пациентов, получавших метотрексат в виде инъекций, свидетельствует о его более высокой эффективности, безопасности, лучшей переносимости и более длительной ремиссии псориатического процесса после окончания лечения.

АВТОМАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА КАРТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

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

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

При лечении больных псориазом необходимо использовать адекватные и информативные методы диагностики тяжести течения псориатического процесса, которые позволят оценить эффективность применяемых методов терапии. С этой целью нами была использована автоматизированная система «Foto Finder Systems GmbH» (Germny) картирования всего тела с помощью опоры «Bodystudio ATBM», котаорая позволила выполнять быстрое, унифицированное документирование всей поверхности кожи пациента. Программное обеспечение помогает пользователю в выполнении съемки 20 определенных позиций и в дальнейшем расчет индекса PASI.

При обследовании больных псориазом уже многие годы используется индекс PASI, вычисляемый классическим методом, когда выраженность эритемы, степень шелушения и другие признаки оцениваются врачом и, следовательно, полученные данные в определенной степени будут зависеть от человеческого фактора.

При обследовании 40 больных псориазом были использованы данные классического и автоматизированного подсчета индекса PASI, что позволило установить разницу примерно в 8–15 баллов, особенно по таким показателям, как эритема и шелушение. Суммарный балл индекса PASI позволял реально оценивать тяжесть течения псориатического процесса и рекомендовать применение таргетной терапии. Изученные в динамике проводимой терапии автоматизированные данные индекса PASI являлись доказательством успешной терапии больных генно-инженерным биологическим препаратом (секукинумаб).

Таким образом, использование инновационного метода диагностики, а именно, применение автоматизированного подсчета индекса тяжести течения псориатического процесса позволяет объективно и достоверно оценивать состояние пациента и контролировать лечение биологическим препаратом, исключая возможности влияния человеческого фактора на столь важный критерий псориатического процесса. Данный метод позволяет унифицировать подходы к обследованию больных псориазом и контролировать любой метод терапии, особенно необходимый при лечении биологическими препаратами, где еженедельно должен оцениваться индекс PASI.

СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

А.Б. РАХМАТОВ

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

В настоящее время в республике создан Национальный регистр больных с врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ), где имеется вся информация по больным с простой, пограничной, дистрофической формами и синдромом Киндлера, согласно которой производится расчет потребностей по наружным и перевязочным материалам, лечебному питанию и лекарственным препаратам. Дистрофическая форма ВБЭ (ДВБЭ) вызывается мутацией в гене COL7A1, что приводит к снижению или отсутствию уровня биологической активности COL7.

В 2023 году в США одобрен препарат «ВИДЖУВЕК» (беремаген геперпавек-svdt) – биологический лекарственный препарат в виде суспензии, смешанный с гелем в качестве вспомогательного вещества, для местного применения. Следует указать, что «ВИДЖУВЕК» – это генно-терапевтический препарат, представляющий собой вектор на основе вируса простого герпеса I типа (HSV-1), показанный для лечения ран у пациентов в возрасте от 6 месяцев с ДВБЭ с мутацией в гене альфа-1 цепи коллагена VII типа (COL7A1). «ВИДЖУВЕК» – это генетически модифицированный препарат для неинтеграционной генной терапии, представляющий собой вектор на основе вируса герпеса 1 типа, дефектного по репликации. Препарат не реплицируется в клетках пациента и не интегрируется в нативный генетический материал клеток пациента. Препарат «ВИДЖУВЕК» наносится на выбранную рану (эрозии) каплями, равномерно распределяя по поверхности, на расстоянии 1 см друг от друга (один раз в неделю). Обший курс лечения занимает 25 недель. При местном применении на ранах препарат «ВИДЖУВЕК» может трансдуцировать как кератиноциты, так и фибробласты. После проникновения препарата «ВИДЖУВЕК» в клетки геном вектора попадает в ядро. После проникновения в ядро начинается транскрипция кодированного человеческого коллагена COL7A1. Полученные транскрипты обеспечивают выработку и секрецию клеткой коллагена COL7 в его зрелой форме. Эти молекулы COL7 складываются в длинные тонкие пучки, которые образуют якорные фибриллы. Якорные фибриллы удерживают эпидермис и дерму вместе и необходимы для поддержания целостности кожи. Следует указать, что у больных с аутосомно-доминантным типом ДВБЭ уровень функциональных якорных фибрилл ниже нормы, а у пациентов с аутосомно-рецессивным типом ДВБЭ якорные фибриллы полностью отсутствуют. Поскольку клинические исследования проводятся в самых разных условиях, частоту нежелательных реакций, наблюдаемых в ходе клинических исследований одного препарата, нельзя напрямую сравнивать с частотой в ходе клинических исследований другого препарата, и она может не отражать частоту, наблюдаемую на практике.

Таким образом, представляется возможность использования уже непосредственно генных препаратов, которые, несомненно, окажут выраженный терапевтический эффект при одной из тяжелых форм ВБЭ, а именно, при дистрофической ее форме.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШАБИРА

А.Б. РАХМАТОВ

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

В настоящее время проводится большая работа по выявлению, диагностики и ведению пациентов с орфанными заболеваниями, в частности с врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ). Среди более чем 360 больных с ВБЭ, находящихся в Национальном Регистре, был выделен один пациент 1,5 лет, который входил в группу с пограничной формой ВБЭ. Своеобразная клиническая симптоматика и внекожные осложнения позволили установить своеобразный синдром. Синдром Шабира или ларинго-онихокожный синдром, который был впервые описан Г.Шабиром ы 1986 году. Заболевание рассматривалось как подтип пограничной формы ВБЭ. Воз-

никновение заболевания связывали с мутациями в гене LAMA3. Случаи синдрома Шабира зарегистрированы во многих странах, а не только в Пакистане, как считалось ранее. Синдром Шабира наследуется по аутосомно-рецессивному пути, хотя описаны и спорадические случая генодерматоза. Заболевание характеризуется повышенной ранимостью кожных покровов (образованием пузырей и эрозий), разрастанием грануляционной ткани вокруг ногтевых пластин, в области глаз, в гортани, что в последующем может приводить к развитию одышки и асфиксии. В случаях прогрессирования заболевания может возникать необходимость в трахиостомии. Также может наблюдаться разнообразная патология зубов, в виде позднего их прорезывания, нарушения зубной эмали, тотальный кариес и микродонтия. У некоторых пациентов может выявляться патология со стороны органов зрения: двухсторонний симблефарон, изъязвление и рубцевание роговицы. Наиболее часто в процесс вовлекаются кожа ушных раковин, подмышечных впадин и разрастание грануляций вокруг ногтей, причем указанные проявления могут возникать с рождения или появляться в первые три месяца жизни пациента. Следует указать, что практически все формы ВБЭ за исключением простой, могут сопровождаться серьезными осложнениями, поражениями желудочно-кишечного тракта, бронхо-легочной системы, кахексиями, которые способны приводить к летальному исходу пациентов. Лечение всех указанных осложнений практически только симптоматическое, например, удаление грануляций любой локализации не предотвращает от последующего рецидива заболевания. Описанный синдром Шабира необходимо учитывать при объеме обследования пациентов и детальном осмотре определенных патологических локализаций, свойственных для данной разновидности ВБЭ.

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА

А.Б. РАХМАТОВ, Ш.К. ЮЛДАШЕВА

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

Хронический гнойный гидраденит (ХГГ) является хроническим рецидивирующим заболеванием кожи, характеризующееся развитием аутоиммунного воспаления инфундибулярной части волосяного фолликула и апокриновых потовых желез, локализованных в подмышечной впадине, паховой области, субмаммарных складках и перианальной области. Данное заболевание характеризуется появлением болезненных абсцедирующих узлов, свищей и рубцов. Образование ХГГ напрямую связано с микробиомом кожи, когда при возникновении определенных условий микроорганизмы, находящиеся на кожных покровах, способны проникать во внутренние ее структуры, тем самым вызывая пролиферацию кератиноцитов, развитие воспаления и дисбаланс факторов развития фиброза. Выявление в очагах поражения IL-1β, IL-17 и IL-23 является подтверждением аутоиммунного воспаления, с участием Th17-лимфоцитов в патогенезе ХГГ. Средовыми факторами ХГГ являются курение, ожирение, механическое трение и наследственная предрасположенность.

Согласно МКБ 10, диагнозу ХГГ соответствует код L72.2 и необходимы сочетание трех критериев: типичные изменения на коже; типичная локализация и хроническое рецидивирующее течение. В клинической практике применяются разнообразные оценочные шкалы тяжести ХГГ, хотя наиболее популярной является система стадирования Хёрли, предусматривающая III стадии дерматоза.

Согласно Европейским клиническим рекомендациям [2020], основными критериями установления диагноза ХГГ являются анамнез (рецидивирующие болезненные гнойные поражения), характер поражений (наличие воспаленных или невоспаленных узлов, свищевых ходов, рубцов) и их локализация. Дополнительными критериями могут являться семейный анамнез и результаты микробиологического анализа кожи (ХГГ диагностируют при наличии нормальной смешанной кожной микрофлоры или при отрицательном результате мазка).

Необходимо отметить, что зачастую больным устанавливают диагноз ХГГ с большим опозданием, что в первую очередь связано с отсутствием стандартных подходов к диагностике и маршрутизации пациентов. Врачи разных специальностей занимаются данной проблемой, однако решающая роль в диагностике и лечении ХГГ остается за дерматовенерологом.

СИНДРОМ НЕТЕРТОНА

А.Б. РАХМАТОВ

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

Синдром Нетертона (СН) является редким аутосомно-рецессивным генодерматозом, который характеризуется тремя основными признаками: ихтиозиформная эритродермия; «бамбуковые волосы»; атопический дерматит. Частота заболевания составляет 1-9/1 млн населения. Это состояние вызвано мутациями в гене SPINKS, который находится на хромосоме 5. Среди выборки больных ихтиозом, насчитывающей свыше 2 тыс пациентов (регистр генодерматозов), было выявлено всего 12 пациентов с указанным синдромом. Средний возраст пациентов составлял от 7 до 22 лет (мужчин – 8, женщин – 4). На момент выявления у 5 из 12 больных сохранялась эритродермия, которая началась с младенческого возраста, хотя и стала менее агрессивна. У остальных пациентов явления эритродермии эволюционировали в серповидные чешуйчатые образования с локализацией на коже нижних и верхних конечностей. Нередко данные высыпания сопровождаются зудом кожи и формируются экзематозные бляшки с явлениями лихенизации кожи, особенно в местах сгибов, особенно на запястьях, подколенных ямках, что очень напоминает клинические проявления атопического дерматита. У всех больных СН в большей или меньшей степени выраженности наблюдались изменения волос на волосистой части головы, они были редкими, короткими и атрофичными. Данная аномалия волос началась у больных с младенчества и с возрастом мало изменилась. Только у одного пациента с возрастом характер роста волос изменился в лучшую сторону и в момент осмотра они выглядели обычными. Волосы при СН подвергаются шаровидной деформации стержня волоса, так формируются «бамбуковые волосы» (инвагинация дистальной части волоса в проксимальный – инвагинальный трихорексис). Третье характерной особенностью СН являются атопические проявления, когда у пациентов выявляется пищевая аллергия, вазомоторный ринит и, конечно, проявления свойственные для атопического дерматита. У все наблюдаемых 12 пациентов было выявлено значительное повышение IgE (от 100 до 5000 МЕ/мл) в крови. У 4 из 12 пациентов часто возникают явления хронической рецидивирующей кравницы. Обсуждаются вопросы лечения больных СН генно-инженерными биологическими препаратами, тапа дупилумаб. Синдром Нетертона имеет своеобразную клиническую картину и относится к группе синдромальных ихтиозов, сопровождающийся разнообразной патологией со стороны внутренних органов, особенно явлениями атопии, на чем и основан метод таргетной терапии препаратом дупилумаб.

ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

А.Б. РАХМАТОВ, А.Ш. ИНОЯТОВ, И.А. САМАРХОДЖАЕВА

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

Очаговая алопеция – распространенный воспалительный и нерубцовый тип алопеции, поражающий пациентов всех возрастов, полов и этнических групп. Тяжесть заболевания варьирует от легких случаев с небольшими четко очерченными участками выпадения волос до тяжелых случаев универсальной алопеции. Заболевание связано с аутоиммунным процессом, когда CD8+T-клетки участвуют в высвобождении интерферона-Y, что приводит к нарушению иммунной толерантности волосяных фолликулов и последующему воздействию аутоантител. Для лечения гнездной алопеции используются кортикостероиды, иммунодепрессанты (метотрексат и азатиоприн), ингибиторы Янус-киназы, мезенхимальные стромальные клетки. Лечение очаговой алопеции пероральными мини-импульсными дозами кортикостероидов является доступным методом, эффективность и безопасность которого пока до конца не изучена. Целью настоящего исследования являлось оценка эффективности и безопасности лечения пероральными кортикостероидами в виде пульс-терапии у пациентов очаговой алопецией, а также изучить потенциальные факторы, связанные с ответом в реальных условиях. Под наблюдением находилось 10 больных (мужчин – 6, женщин – 4) гнездной алопецией, средний возраст которых составлял 33,3 ± 2,7 года. Для оценки тяжести заболевания использовали индекс SALT II (Severety Alopecia Tool II), который определялся вначале, через 3, 6, 9, 12 мес и во время последнего контроля ле-

чения. Все пациенты получали пульс-терапию дексаметазоном, причем средняя доза препарата составляла 2,7мг/день два дня в неделю, при этом продолжительность лечения составляла 12 месяцев. Исходный балл SALT составлял 71,5 ± 5,9 баллов и затем через 3, 6, 9, и 12 месяцев соответственно: 58,2 ± 6,9; 50,1 ± 4,5; 42,1 ± 9,2; 30,3 ± 6,2 баллов. Было отмечено, что у пациентов с «ранним началом» заболевания снижение показателей индекса SALT было менее заметным, нежели у больных с «поздним началом» (p<0,001). Побочные явления (увеличение веса, гликемические нарушения, угревая сыпь и др.) были выявлены у 2 из 10 пациентов, получавших пульс-терапию дексаметазоном.

Таким образом, пероральный дексаметазон, назначаемый в виде пульс-терапии два раза в неделю является эффективным и безопасным методом терапии больных с очаговой алопецией. Основным фактором, связанным с побочными явлениями, является доза дексаметазона, хотя продолжительность лечения и кумулятивные дозы являются другими потенциальными факторами.

ИММУНОМОДУЛИН-ФОРТЕ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

А.Б. РАХМАТОВ, Н.А. РАСУЛОВА

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

В практике дерматовенеролога встречаются ряд дерматозов (псориаз, пузырчатка, алопеции и др.), которые имеют хронически-рецидивирующий характер течения, выраженную торпидность в отношении проводимого лечения. Согласно имеющимся литературным данным, при всех указанных дерматозах выявляются значительные нарушения клеточного и гуморального звеньев иммунитета, что является обоснованием применения так называемых иммуномодулирующих препаратов.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности применения препарата «Иммуномодулин-форте» у больных псориазом. Под наблюдением находилось 42 больных псориазом (мужчин – 29, женщин – 13) в возрасте от 20 до 40 лет и давностью заболевания от 1 года до 15 лет. У всех больных была установлена крупно-блямшечная форма вульгарного псориаза. Индекс PASI составлял в среднем 18,1 ± 2,3 балла. В зависимости от методики лечения все больные псориазом были разделены на 2 группы, сопоставимые по полу, возрасту, давности заболевания и клиническим проявлениям дерматоза: I группа (20 больных) получала традиционное, стандартное лечение; II группа (22 больных) – стандартное лечение в сочетании с иммуномодулином-форте, который получают из тимуса плодов овец. Иммуномодулин-форте назначался по 1 мл внутримышечно через день (на курс лечения – 10 инъекций). Эффективность лечения оценивалась по динамике индекса PASI: у больных I группы отмечалось снижение значений с 16,9 ± 1,7 до 10,5 ± 2,2 баллов при p < 0,05; у больных II группы – с 19,1 ± 1,3 до 7,7 ± 1,2 баллов при p < 0,001. Включение в комплексное лечение больных псориазом иммуномодулина-форте позволило снизить значения индекса PASI, а значит улучшить состояние псориатического процесса, в 2,5 раза, в то время как обычное лечение – лишь в 1,5 раза. Проведенные исследования показателей иммунного и цитокинового статуса отметили выраженные иммуномодулирующие свойства выбранного препарата, особенно по достоверному снижению экспрессии провоспалительного цитокина TNF-α (до лечения – 20,1 ± 1,4 пг/ил; после лечения – 6,5 ± 0,9 пг/мл при p<0,001). Таким образом, включение в комплексное лечение больных псориазом иммуномодулятора природного происхождения обеспечивает высокую терапевтическую эффективность и отсутствие каких-либо побочных явлений. Высокая комплаентность данного метода является основой широкого применения иммуномодулина-форте при лечении больных псориазом.

СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.В. РАХМАТОВА

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

В рейтинге эстетических манипуляций на первом месте, несомненно, стоят инъекционные методы. Как и любые другие инвазивные вмешательства, они имеют ряд побочных эффектов, наиболее частыми из которых признаны отечность и кровоизлияние. Отечность является от-

ветом кожи на введенный препарат и травму. Выраженность отека зависит от характера вводимого препарата. В частности, после введения гиалуроновой кислоты отек выражен сильнее, так как указанное средство само по себе способно притягивать воду. Кровоизлияние также является побочным эффектом инъекционной косметологии и может быть представлено точечной реакцией на укол иглы или до образования гематомы. Появление гематом связано с эндогенными (тип кожи, сопутствующие заболевания, прием определенных лекарственных препаратов и др.) и экзогенными (вид процедуры, мастерство и опыт врача) факторами. Кровоизлияние часто наблюдается при подкожном введении материала с использованием веерной и линейной техники, а также при введении плотных препаратов. Необходимо отметить, что без применения специальных средств период восстановления может составлять 2 недели и более. С целью сокращения реабилитационного периода возможно использование лекарственных средств, обладающих антитромботическим, ангиопротекторным, венотонизирующим эффектами. В повседневной практике был использован гель Венолайф, в состав которого входят троксерутин, декспантенол, гепарин и целевые добавки, включая фенилэтиловый спирт. При наружном использовании геля Венолайф активные его вещества быстро абсорбируются кожей, благодаря гелевой основе полностью впитываются, не вызывая ощущения жирности и липкости. Гель наносится тонким слоем на пораженные области 2–3 раза в день, равномерно распределяя по поверхности кожи легкими, втирающими движениями до полного впитывания. Например, у пациентки, получившей в подчелюстную область препарат липолитического действия, на следующий день появились гематомы лилово-красного цвета. Использование геля Венолайф привело уже на 3 день образование по периферии гематомы венчика желтозеленоватого цвета, на 5 день гематома приобрела желтый цвет и на 8 день практически разрешилась.

Таким образом, гель Венолайф может рассматриваться средством «скорой помощи» при возникновении гематом и способствует сокращению реабилитационного периода после проведения косметических процедур.

ТАКРОЛИМУС В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

А.Б. РАХМАТОВ

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

Проблема витилиго остается весьма актуальной, так как не во всех случаях удается остановить прогрессирование заболевания, Предлагаются самые разнообразные методы медикаментозного и физиотерапевтического воздействия у больных витилиго, включая и средства наружной терапии.

Витилиго является аутоиммунным заболеванием, следовательно, патогенетическое воздействие могут оказывать препараты, обладающие противовоспалительной активностью и здесь, в первую очередь, необходимо указать кортикостероидные препараты, хотя их длительное применение может вызывать ряд серьезных побочных эффектов, особенно на стероидчувствительных участках кожи. В этой связи были предложены топические нестероидные средства (пимекролимус и такролимус), которые обладают противовоспалительными свойствами.

Цель исследования. Оценка клинической эффективности такролимуса (мазь «Такрофорд») при лечении больных витилиго.

Под нашим наблюдением находилось 67 больных витилиго (мужчин-42, женщин-25) в возрасте от 18 до 55 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 12 лет. По клиническим формам были выделены: вульгарная – у 29, акрофациальная – у 19, сегментарная – у 10, фокальная – у 9 больных. До поступления в стационар пациенты получали разнообразное лечение, включая и системные кортикостероидные препараты. У большинства больных было отмечено прогрессирование заболевания в весеннее время года. Лечение больные витилиго получала согласно имеющимся «Стандарты диагностики и лечения кожных и венерических заболеваний». Дополнительно пациентам назначали 0,1 % мазь Такрофорд (такролимус), которая втиралась в депигментированные участки кожи два раза в день в течение одного месяца. Для оценки эффективности 0,1 % мази Такрофорд, больные витилиго были разделены на две группы: I группа (основная), получавшая мазь Такрофорд; II группа (сравнительная), получавшая стандартное лечение. Сравнительный анализ показал, что включение в комплексное лечение больных витилиго 0,1 % мази Такрофорд повышает терапевтическую эффективность примерно на 25 %, что указывает на патогенетическое воздействие такролимуса, способствующее репигментации витилигинозных очагов.

МАСТОЦИТОЗ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

А.Б. РАХМАТОВ, Т.П. РАХМАТОВ

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

Мастоцитоз характеризуются аномальной пролиферацией и накоплением в одном или нескольких органах клональных тучных клеток, высвобождающих биологически активные вещества, которые вызывают развитие реакции гиперчувствительности немедленного типа. Согласно имеющейся статистики, 65–70 % случаев мастоцитоза приходится на детский возраст, причем кожный мастоцитоз характерен для детского, а системный мастоцитоз – для взрослого населения. У детей мастоцитоз является временным проявлением гиперреактивности тучных клеток, чаще проявляется в раннем возрасте, протекает в виде кожных форм и может спонтанно регрессировать в пубертатном возрасте. Кожный мастоцитоз бывает трех видов: пигментная крапивница, мастоцитома кожи и диффузный кожный мастоцитоз. Особым клиническим вариантом является узловатый мастоцитоз, иногда встречающийся и имеющий свои специфические отличия. Тяжелой формой кожного мастоцитоза является буллезный вариант, который встречается исключительно у новорожденных. Системный мастоцитоз подразделяется на следующие формы: вялотекущий (индолентный); мастоцитоз, ассоциированный с гематологическим заболеванием (не из тучных клеток); агрессивный системный мастоцитоз; тучноклеточный лейкоз или лейкемия из тучных клеток; саркома тучных клеток; внекожная мастоцитома. Следует указать, что при системном процессе аномальная инфильтрация тучных клеток обнаруживается не только в коже, но и в костном мозге, печени, селезенке и других внутренних органах. Диагноз мастоцитоза основан на данных клинических, гистологических и иммуногистохимических исследованиях биоптата, в которых выявляются специфические маркеры заболевания, а именно специфического рецептора CD117 (c-KIT), лигандом которого является фактор стволовых клеток. У детей необходимо проводить исследования на содержание фермента триптазы в сыворотке крови, так как вероятность развития системного мастоцитоза велика. Эффективных методов терапии на данный момент не существует. Кожный мастоцитоз у детей, не сопровождающийся системными сиптомами, особого лечения не требует, так как не осложняет жизнь пациента и имеет тенденцию к спонтанному регрессу. Лишь в период обострения рекомендуется прием антигистаминных препаратов. При тяжелых кожных формах помимо антигистаминных препаратов используют препараты на основе кромоглициевой кислоты, лейкотриены, местные кортикостероиды и физиотерапевтические процедуры.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРЧАТКИ НА ОБСЛЕДОВАНИИ У СТОМАТОЛОГА

Ж.А. РИЗАЕВ, О.С. ИМАМОВ, Г.Ш. ТОХТАЕВ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан;
Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер, Ташкент, Узбекистан

Введение. На амбулаторном приеме у врача-стоматолога очень важно определить любое заболевание и вовремя диагностировать его – это может спасти пациента. Врач-стоматолог должен правильно поставить диагноз. Диагностика пузырчатки основывается на клинических и лабораторных методах. Основными клиническими симптомами являются: положительный симптом Никольского – при трении здоровой на вид слизистой оболочки или кожи происходит отслойка поверхностных слоев эпителия с образованием пузырей или эрозий; «краевой» симптом Никольского – при потягивании пинцетом за обрывки покрышки пузыря эпителий отслаивается за пределы видимой эрозии; симптом Асбо–Хансена – при надавливании на пузырь площадь его увеличивается.

Клинические признаки позволяют лишь заподозрить пузырчатку. Для постановки окончательного диагноза необходимо провести лабороторное обследование. К числу широко применяемых методов относят-ся: цитодиагностика – изучение мазков-отпечатков на предмет обнаружения аканто-литических клеток (метод Тцанка); непрямая реакция иммунофлюоресценции (НРИФ), позволяющая обнаружить циркулирующие в сыворотке, а также в пузырной жидкости антитела класса IgG; иммунофлюоресцентное исследо-

вание, направленное на обнаружение методом прямой флюоресценции фиксированного IgG в межклеточном веществе эпителия. Это исследование – наиболее перспективный метод в диагностике пузырчатки, позволяющий дифференцировать ее от других буллезных дерматозов.

Как правило, пациент с первичными проявлениями пузырчатки на СОР, лечится у врача-стоматолога по поводу различных форм стоматита, гингивита, многоформной экссудативной эритемы и других патологий. Безуспешность местной терапии или присоединение проявлений пузырчатки со стороны других органов ведут к необходимости консультации специалистами-дерматологами. В этиологии, патогенезе и ранней диагностике пузырчатки имеются аспекты, по которым необходимо проводить мульти-комплексные дополнительные исследования для повышения эффективности лечения и качества жизни данной категории больных. Несмотря на редкость заболевания, врачи-стоматологи должны проявлять настороженность относи.

Цель исследования. Повышение эффективности методов ранней диагностики, профилактика и коррекция лечения пациентов с пузырчаткой слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы исследования. Клинические исследования проведены у больных пузырчаткой на базе Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер. Проведены: клинический опрос, клинический осмотр, определение стоматологического статуса, определение симптома Никольского, цитологическое исследование (мазки отпечатки на акантолитические клетки со дна свежих эрозий), общий анализ крови, биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, а также изучены зоны поражения при вульгарной, эритематозной, В целом у больных отмечались сочетанные или изолированные нарушения содержания исследованных величин. Прогноз всегда серьезный, с возможным летальным исходом в течение 1–3 лет вследствие неконтролируемой потери жидкости и белка или оппортунистической инфекции. Нами было установлено, что чаще всего встречалась вульгарная форма – у 69,2% пациентов, себорейная – у 24,8% наименьшие проявления были отмечены у пациентов с вегетирующая форма – 2,1% другие формы – у 3,9% Благодаря применению кортикостероидов в настоящее время смертность от вульгарной пузырчатки низкая.

Выводы. Таким образом, в этиологии, патогенезе и ранней диагностике пузырчатки имеются аспекты, по которым необходимо проводить дополнительные исследования для повышения эффективности лечения и качества жизни данной категории больных. Несмотря на редкость заболевания, врачи-стоматологи должны проявлять настороженность относительно пузырчатки, так как они чаще первыми сталкиваются с проявлениями этого злокачественного заболевания. Ранняя диагностика и вовремя начатое лечение пузырчатки способствуют более благоприятному течению заболевания и длительной, стойкой ремиссии.

БЕЗОПАСНАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ «ЛИНДОСКИН»

У.Ш. РИХСИЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Кожные заболевания, связанные с гормональными изменениями, наблюдается у 20% новорожденных детей и одним из таких проявлений является акне новорожденных. Acne neonatorum наблюдается при рождении или развивается в первые недели жизни. Заболевание часто разрешается спонтанно за несколько недель, но при более выраженных гормональных нарушениях протекает тяжело (acne conglobatum infantum), что может бить следствием эндокринных нарушений, а также прогностическим маркером более тяжёлой формы заболевания в подростковом периоде. Акне новорожденных довольно часто принимается педиатрами за аллергический процесс и лечится антигистаминными препаратами общего действия и топическими кортикостероидами, которые при данной патологии мало эффективны и это приводит к их длительному необоснованному назначению что чревато множеством побочных эффектов для детской кожи и организма в целом. В связи с этим поиск эффективных и безопасных для детской кожи методов лечения является актуальным для практикующих врачей.

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

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 47 детей в возрасте от 1-ой недели – до 18-месяцев с различными проявлениями акне новорожденных. Высыпания располагались в основном симметрично

на коже лба, обеих щёк и подбородка. У некоторых детей элементами сыпи являлись только белые угри без признаков воспаления и нагноения, но у большинства детей на коже наблюдались множественные пустулы, располагающиеся на инфильтрированном основании с наличием типичных для данной патологии чёрных комедонов.

Матерям больных детей была назначена соответствующая диета и местная монотерапия раствором «**Линдоскин**» в разведении 1:5 (для разведения применялся дистиллированная вода). Препарат применялся 2 раз в день, в виде протираний поражённых участков кожи смоченным в разведённом растворе марлевым тампоном. 12-ти детям из этой группы страдающим более тяжёлой формой акне новорожденных (acne conglobatum infantum) после протираний препаратом «**Линдоскин**» на глубокие инфильтраты и пустулы дополнительно наносился местный антибактериальный препарат 2% мазь «Мупиробан».

Результаты исследования. У детей больных акне новорожденных на 10–12 сутки после начала местного лечения раствором «**Линдоскин**», заметно уменьшилась эритема и инфильтрация, а пустулы начались ссыхаться в корочки. К концу 3-ей недели лечения, у большинства больных пустулы полностью отсутствовали и прекратилось появление новых элементов. Ни у одного больного при правильном применении препарата «**Линдоскин**» на коже не наблюдалось побочных явлений.

Вывод. Препарат «**Линдоскин**» оказался эффективным препаратом для местного применения в лечении акне новорожденных (acne neonatorum) обладающим хорошим противовоспалительным и антибактериальным действием, удобным в применении и экономически заметно выгодным для родителей.

ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЯ «КЛИНТОПИК» ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЁТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ КОЖИ ПОДРОСТКОВ

У.Ш. РИХСИЕВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

В пубертатном периоде на поверхности кожи наблюдаются различные дерматозы, связанные с происходящими гормональными изменениями и одним из наиболее распространенных, является угревая болезнь, которая может выявляется у 90% подростков. Нередко при тяжёлом течении акне формируются глубокие кисты, узлы и пустулы, приводящих к возникновению необратимых поствоспалительных изменений кожи, которые оставляют после себя гипертрофические, келоидные, атрофические рубцы и стойкое нарушение пигментации. Формирование таких косметических дефектов требуют не только длительного лечения, но и беспокоят больных не меньше, чем сами угри. Это часто оказывает сильное влияет на психоэмоциональное состояние больных, снижает их самооценку, вызывает депрессивные расстройства что приводит к проблемам социальной адаптации, особенно в подростковом возрасте. На сегодняшний день в арсенале врачей имеется большое количество лекарственных препаратов, но лечение больных акне представляет собой трудную задачу и требует индивидуального, комплексного подбора лекарств.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 47 пациентов (27 девочек и 20 мальчиков) в возрасте от 12 до 18 лет с диагнозом угревая болезнь. Из наблюдаемых больных у 36 была выявлена 1–3 степени тяжести течения угревой болезни, что соответствовало легкой и среднетяжёлой форме заболевания, у остальных 11 больных наблюдалась наиболее тяжелая – 4 степень течения угревой болезни.

Больные получали лечения по разработанному алгоритму в зависимости от степени тяжести заболевания, куда входили препараты системного и местного действия. Важен был комплексный и дифференцированный подход к пациентам с различными формами акне, им требовалась продолжительная патогенетическая терапия на фоне правильно подобранного местного лечения. Больным с лёгкой и средне тяжёлой формами акне в качестве монотерапии применялся гель «Клинтопик» а больным с тяжёлой – 4^{й} степенью угревой болезни в комбинации с доксициклина моногидратом (юнидокс солютаб).

Выбор геля «Клинтопик» был связан с тем что он является комбинированным препаратом предназначенный для местной терапии акне различной степени тяжести и содержит в своём составе вещества: клиндамицин 10 мг и бензоил пероксид 50 мг. Клинтопик гель наносился на участки поражения кожи тонким слоем 1 раз в день, вечером после тщательного очищения кожи тёплой проточной водой и полного высыхания кожи.

Результаты. На протяжении всего периода наблюдения пациенты отмечали простоту применения и уменьшение дискомфорта а так же гель способствовал заметному разрешению комедонов, нормализации процессов экскреции кожного сала и выраженно снижал гиперемию кожи. Что характкризует высокую противовоспалительную

активность геля «Клинтопик». Побочные явления были в основном легкими и умеренными местными реакциями такими как эритема, сухость, шелушение, зуд и жжение, которые быстро проходили при дальнейшем правильном применении препарата.

Выводы. В ходе проведенного исследования удалось установить, что гель «Клинтопик» безопасен и удобен в применении, хорошо переносится пациентами, высокоэффективен при акне легкой и средней степени тяжести в виде монотерапии, а при тяжелой степени в комбинации с пероральным применением доксициклина моногидратом. Полученные данные показали обоснованность рекомендаций геля «Клинтопик» для широкого и активного внедрения в повседневную клиническую практику врачами-дерматовенерологами и косметологами при лечении угревой болезни различной степени тяжести, что расширяет их терапевтический арсенал.

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

И.А. РУЗИБАЕВ, Х.Д. АБДУЛЛАЕВ

Самаркандский областной филиал Республиканского специализированного дерматовенерологического и косметологического научно-практического медицинского центра

Введение. Атопический дерматит (АД) (или атопическая экзема) – хроническое воспалительное заболевание кожи, которое поражает детей и взрослых и оказывает существенное влияние на качество жизни. Топические кортикостероиды (ТКС) являются терапией первой линии для этого состояния; однако они могут быть связаны со значительными побочными эффектами при хроническом использовании. Мазь такролимуса (в двух производимых концентрациях 0,1 % и 0,03 %) может быть альтернативным лечением. Такролимус, вместе с пимекролимусом, являются препаратами, называемыми топическими ингибиторами кальциневрина (ТКИ).

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность топического такролимуса при умеренном и тяжелом атопическом дерматите по сравнению с другими активными методами лечения.

Методы и методы исследования. Мы провели поиск всех доступных литературных источников. Критерии отбора: все рандомизированные контролируемые исследования (РКИ) участников с умеренным или тяжелым атопическим дерматитом (как детей, так и взрослых) с использованием топического такролимуса в любой дозе, продолжительности курса и времени наблюдения по сравнению с другими активными методами лечения. Нашими вторичными результатами была оценка улучшения заболевания с помощью проверенных или объективных показателей, таких как SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis), EASI (индекс площади и тяжести экземы) и баллы BSA (площадь поверхности тела).

Результаты и обсуждение. Мы включили 20 исследований с 85 участниками. Изменчивость доз препаратов, результатов и периодов наблюдения затруднила проведение метаанализов. Одно исследование показало, что такролимус 0,1 % был лучше, чем низкоактивные ТКС по оценке врача (коэффициент риска (ОР) 3,09, 95 % доверительный интервал (ДИ) 2,14–4,45, 1 исследование, доказательства среднего качества). Он также был немного лучше, чем низкоактивные ТКС на лице и шее и среднеактивные ТКС на туловище и конечностях по оценке врача (ОР 1,32, 95 % ДИ 1,17–1,49, 1 исследование, умеренный уровень доказательств) и для некоторых вторичных результатов. По сравнению с пимекролимусом 1 % у пациентов, получавших такролимус, вероятность улучшения по оценке врача была почти в два раза выше (RR 1,80, 95 % ДИ 1,34–2,42, 2 исследования, среднее качество доказательств). По сравнению с более низкой концентрацией 0,03 % формула такролимуса 0,1 % снижала риск отсутствия улучшения на 18 % по оценке врача (RR 0,82, 95 % ДИ 0,72–0,92, 6 исследований, высокое качество доказательств). Такролимус 0,1 % по сравнению с умеренно-мощными ТКС не показал никакой разницы по оценке врача и 2 вторичных результата (1 исследование,) и незначительное преимущество в пользу такролимуса 0,1 % было обнаружено по оценке участника (RR 1,21, 95 % ДИ 1,13–1,29, 1 исследование, низкое качество доказательств) и SCORAD. На основании данных 2 испытаний такролимус 0,03 % превосходил легкие ТКС по оценке врача (RR 2,58, 95 % ДИ 1,96–3,38, 2 исследования, умеренное качество доказательств) и самооценке участника (RR 1,64, 95 % ДИ 1,41–1,90, 1 исследование, умеренное качество доказательств). Одно исследование показало умеренную пользу такролимуса 0,03 % по сравнению с пимекролимусом 1 % по оценке врача (RR 1,42, 95 % ДИ 1,02–1,98, 1 исследование, доказательства низкого качества), но эффекты были неоднозначными при оценке BSA. При сравнении такролимуса 0,03 % с кортикостероидами средней и высокой силы не было обнаружено никакой разницы в большинстве измеренных результатов (включая оценку врача и

участника, а также вторичные результаты), но в двух исследованиях было обнаружено незначительное преимущество в пользу группы кортикостероидов для оценок EASI и BSA. Жжение чаще возникало у тех, кто использовал ингибиторы кальциневрина, чем у тех, кто использовал кортикостероид такролимус 0,03% (RR 2,48, 95% CI 1,96–3,14, 5 исследований, 1883 участника, высококачественные доказательства), но не было обнаружено никакой разницы в отношении кожных инфекций. Наблюдаемые симптомы были легкими и преходящими. Сравнение двух ингибиторов кальциневрина (пимекролимуса и такролимуса) показало одинаковую общую частоту нежелательных явлений, но с небольшой разницей в частоте местных эффектов. Серьезные нежелательные явления наблюдались редко; наблюдались как в группах такролимуса, так и кортикостероидов; и в большинстве случаев считались не связанными с лечением. Случаев лимфомы не было отмечено ни в включенных исследованиях, ни в несравнительных исследованиях. Случаи были отмечены только в спонтанных отчетах, когортах и исследованиях случай-контроль. Системная абсорбция обнаруживалась редко, только в низких уровнях, и она уменьшалась со временем. Исключение сделано для заболеваний с тяжелыми дефектами барьера, таких как синдром Нетертона, пластинчатый ихтиоз и несколько других, с отчетами о случаях более высокой абсорбции. Мы оценили клинические испытания; отчеты о случаях; и исследования in vivo, in vitro и на животных; и не нашли никаких доказательств того, что местный такролимус может вызывать атрофию кожи.

Выводы. Такролимус 0,1% был лучше, чем кортикостероиды низкой активности, пимекролимус 1% и такролимус 0,03%. Результаты были неоднозначными при сравнении обеих дозировок с кортикостероидами средней и высокой силы. Такролимус 0,03% превосходил слабые кортикостероиды и пимекролимус. Обе формулы такролимуса казались безопасными, и не было обнаружено никаких доказательств, подтверждающих возможное повышение риска злокачественных новообразований или атрофии кожи при их использовании. Надежность и сила доказательств были ограничены отсутствием данных; таким образом, результаты этого обзора следует интерпретировать с осторожностью.

«ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ»

У.Ю. САБИРОВ, М.З. НАЗАРОВА, Н.Б. ХОДЖАЕВА, Е.В. КАЛЕНДАРЁВА

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

Актуальность. 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 исследования. Оптимизировать дифференцированный подход к терапии подошвенных бородавок.

Материалы и методы исследования. Обследование проводили у 98 больных с подошвенными бородавками **(ПБ**), в возрасте от 18 до 45. Мужчин было 41 (41,8%) и женщин 57 (58,2%).

Давность заболевания составила от 1 месяца до 1 года, в том числе от 1 до 3 месяцев – у 29 (29,6%), от 4 до 6 месяцев – у 48 (49,0%) и от 7 месяцев до 1 года – у 21 (21,4%) больных.

Клинико-анамнестический анализ показал, что в 93,5% случаев выявлен временный эффект и в 6,5% случаев наблюдалось отсутствие эффекта от полученной терапии, а в 92,4% случаев – были регистрированы рецидивы заболевания.

Таким образом, анализ клинического материала показал, что среди больных с ПБ инфекцией преобладали женщины (58,2%) и в 93,5% случаев выявлен временный эффект и в 6,5% случаев наблюдалось отсутствие эффекта от полученнойтерапиия в 92,4% случаев – были регистрированы рецидивы заболевания.

Результаты исследования. Показали, что среди обследованных больных детей с папилломавирусной инфекцией в биоптатах кожи у 65 (66,3%) больных детей в ПЦР был получен положительный результат на наличие HPVlr, что подтверждает вирусный генез заболевания. У остальных 33 (33,7%) больных результат тестирования был отрицательным.

Среди 65 больных с ПБ, у которых был получен положительный результат, у 38 (58,5%) больных детей выявлен HPVlr6, у 19 (29,2%) больных – HPVlr 11 и у 8 (12,3%) больных сочетание HPVlr6 и HPVlr 11типов человеческих папилломавирусов.

Результаты исследования показали, что в сыворотке крови у больных детей с ПВИ до начала лечения наблюдается статистически достоверное увеличение концентрации провоспалительного цитокина ФНО-α по сравнению с данными группы контроля ($p<0,001$) и в среднем она рав-

нялась 33,01 ± 1,21 пг/мл при 14,32 ± 0,59 пг/мл в контрольной группе. Напротив, содержание противовоспалительного цитокина ИЛ-4 в данной группе было достоверно снижено (p<0,001) и в среднем составило 1,56 ± 0,06 пг/мл против 1,97 ± 0,16 пг/мл в контроле.

При исследовании содержания интерферонов выявлено, что у больных данной группы в сыворотке крови отмечается достоверное снижение концентрации как интерферона-α (p<0,001), так и интерферона-γ (p<0,001) по сравнению с данными группы контроля и в среднем они равнялись 37,71 ± 0,77 пг/мл и 16,30 ± 0,35 пг/мл соответственно при 44,71 ± 2,01 пг/мл и 21,21 ± 0,79 пг/мл соответственно в контроле.

В связи с этим при проведении терапии больных с ПБ целесообразно провести коррекцию цитокинового статуса нами был включен препарат инозин пранобекс.

Критериями эффективности проводимой терапии являлась сроки эпителизации ран на коже, частота возникновения рецидивов заболевания.

В группе больных, которым проводили удаление бородавок методом фототермолизис с применением импульсного лазера, у всех обследованных больных отмечалось полное клиническое выздоровление, и наблюдение за ними в течение 1 года выявило, что после данного метода лечения ПВИ рецидивов заболевания не наблюдается.

Таким образом, вышеизложенное свидетельствует, что при удалении бородавок методом фототермолизис с применением импульсного лазера по сравнению с удалением бородавок методом электрокоагуляции наблюдается отсутствие рецидивов заболевания.

После окончания леченияинозина пранобекса в комплексе с применением фототермолизиса с импульсным лазером у больных данной группы в сыворотке крови содержание ИЛ-4 начало достоверно повышаться (p<0,01) по сравнению с данными до лечения и оно доходило почти до уровня данных практически здоровых лиц. У больных после применения инозина пранобекса в комплексе с применением фототермолизиса с импульсным лазером в сыворотке крови концентрация ИНФ-α и ИНФ-γ была достоверно повышена по сравнению с данным до лечения (p<0,01).

Результаты исследования свидетельствуют, что использование инозина пранобекса в комплексе с применением фототермолизиса с импульсным лазером у больных с ПБоказывает положительный эффект в восстановлении выявленных нарушений в цитокиновом статусе организма.

Таким образом, разработанный комплексный метод лечения больных с ПБ, заключающийся в использовании инозина пранобекса в комплексе с применением фототермолизиса с импульсным лазером, а такжеместно 0,25% оксалиновую мазь, оказывает положительный терапевтический эффект, уменьшает рецидивов заболевания, способствует восстановлению выявленных нарушений в показателях цитокинового статуса организма.

ИММУННЫЕ СВОЙСТВА ПРЕАДИПОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, К.Ш. КУРБАНОВА

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

Преадипоциты «ASC» обладают рядом преимуществ как перспективный источник клеток для регенерации тканей и клинической терапии. ASC могут быть получены из обильного аутологичного источника путём липосакции; ASC имеют значительную пролиферативную способность такой как адипогенная, остеогенная и хондрогенная дифференцировки тканей; ASC можно идентифицировать с помощью сортировки клеток, активированных флуоресценцией. ASC являются иммуномодуляторами и иммуносупрессорами посредством прямого взаимодействия между клетками или секретируемого профиля цитокинов, таких как простагландин E2 (PGE2).

Цель исследования. Изучение специфических маркеров иммунной активности исследованием простагландина E2 (PGE2) в крови пациентов андрогенной алопецией.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 75 пациентов с андрогенной алопецией в возрасте от 18 лет до 53 лет, среди которых лиц женского пола было 52 человек, лиц мужского пола – 23. У женщин наблюдалась в большинстве II–III степень по Людвигу 38 (73,1%) и клинически отмечалось значительное разрежение волос в лобно-теменной области волосистой части головы, и у 14 (26,9%) отмечалась I степень заболевания, при котором наблюдалось небольшой (0,7–1 см шириной) разрежение волос в темени. У 11 (47,8%) мужчин преобладала III–IV андрогенной алопеции по Гамильтону, при котором клинически отмечалось выпадение волос в лобной, височной и теменной областях во-

лосистой части головы, у 8 (34,8 %) мужчин – III степень, при котором клинически констатировали выпадение волос лишь в области лба и висков. У 4 (17,4 %) мужчин отмечалась IV–V степень андрогенной алопеции, при котором наблюдались выраженные залысины, образовавшиеся при слиянии участков выпадения волос в лобно-теменной области волосистой части головы. Лица контрольной группы были в составе 20 человек, репрезентативных по полу и возрасту с пациентами андрогенной алопецией.

Всем пациентам с андрогенной алопецией было проведено видео триходерматоскопическое исследование кожи волосистой части головы при помощи видеокамеры Aramo-SG (Корея) с линзами X60 и X200, и диагностической программы Trichoscience. Видеотриходерматоскопия кожи волосистой части головы у лиц женского пола показала достоверное снижение количества анагеновых волос и увеличение телогеновых волос как в теменной области волосистой части головы, так и в затылочной. Исследование фаз анагена и телогена у пациентов мужского пола с андрогенной алопецией показало высоко достоверное снижение количества волос в фазе анагена и увеличение количества волос в стадии телогена в теменной области, тогда как соотношение фаз роста и покоя в затылочной областях не было достоверным при III степени и достоверно снижалось при III–IV и IV–V стадиях.

Исследование PGE2 в крови у пациентов андрогенной алопецией были проведены автоматизированным иммуноферментным методом на аппарате «HumareaderSingle». Результаты анализов учитывали спектрофотометрически при длине волны 450 нм. Измерения проводили сразу после остановки реакции.

Результаты и обсуждение: мы изучили простагландин E2 (PGE2) в крови пациентов андрогенной алопецией. У пациенток женского пола с андрогенной алопецией уровень простагландина E2 (PGE2) в крови достоверно увеличилась с увеличением тяжести заболевания: при II степени – 235,2 ± 31,5 ng/ml (P < 0,001) и при III степени – 265,8 ± 54,7 ng/ml (P < 0,001), тогда как аналогичный уровень у лиц контрольной группы составлял 98,56 ± 4,5 ng/ml. Но у лиц женского пола с I степенью андрогенной алопеции отмечалась тенденция к увеличению E2 (PGE2)– 203,3 ± 9,2 ng/ml. У пациентов мужского пола концентрация простагландина E2 (PGE2) также достоверно увеличилась с увеличением тяжести заболевания: при III степени – 232,6 ± 37,5 ng/ml (P < 0,01), при III–IV – 261,9 ± 41,6 ng/ml (P < 0,001), при IV–V степени – 290,3 ± 61,4 ng/ml (P < 0,01), тогда как аналогичный уровень у лиц контрольной группы составлял 98,56 ± 4,5 ng/ml.

Основываясь на данных, которые доказывают регулирование иммунной системы преадипоцитами ASC вследствие прямого взаимодействия клеток волосяного фолликула и простагландина E2 (PGE2), в нашем исследовании достоверное увеличение последнего, видимо, обосновывает клеточные иммунные нарушения из-за снижения пула преадипоцитов.

Выводы: Таким образом, исследование простагландина E2 у пациентов андрогенной алопецией имеет значение в регенерации волосяного фолликула. Применение фракции ASC внутридермально в кожу волосистой части головы при андрогенной алопеции, возможно, усилит регенерацию волос и успешно отразится на не только на качестве терапии данного заболевания, но и уменьшит рецидивирование патологического процесса.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АДИПОЦИТОВ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ

У.Ю. САБИРОВ, Ф.В. АЗИМОВА, К.Ш. КУРБАНОВА

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

Преадипоциты «ASC» является стандартной номенклатурой, предложенной Международной федерацией по терапии и науке жировой ткани. ASC обладают рядом преимуществ как перспективный источник клеток для регенерации тканей и клинической терапии. ASC имеют значительную пролиферативную способность в культуре и многолинейный потенциал, такой как адипогенная, остеогенная и хондрогенная дифференцировки тканей; ASC можно идентифицировать с помощью сортировки клеток, активированных флуоресценцией, поскольку они имеют несколько специфических поверхностных маркеров – CD117, человеческий лейкоцитарный антиген – DR (HLA-DR) и маркер, связанный со стволовыми клетками, такой как CD34.

Существенной функцией ASC является секреция факторов роста, которые активируют митоз и пролиферацию клеток, которые позволяют ASC иметь ангиогенную способность и усиливать неоваскуляризацию тканей, что в последующем, отразится на регенерации клеток.

Цель исследования. Изучение специфических маркеров клеток адипоцитов (ASC) – CD117, CD34 в крови пациентов андрогенной алопецией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 75 пациентов с андрогенной алопецией в возрасте от 18 лет до 53 лет, среди которых лиц женского пола было 52 человек, лиц мужского пола – 23. У женщин наблюдалась в большинстве II–III степень по Людвигу 38 (73,1 %) и клинически отмечалось значительное разрежение волос в лобно-теменной области волосистой части головы, и у 14 (26,9 %) отмечалась I степень заболевания. У 11 (47,8 %) мужчин преобладала III–IV андрогенной алопеции по Гамильтону, у 8 (34,8 %) мужчин – III степень, при котором клинически констатировали выпадение волос лишь в области лба и висков. У 4 (17,4 %) мужчин отмечалась IV -V степень андрогенной алопеции, при котором наблюдались выраженные залысины, образовавшиеся при слиянии участков выпадения волос в лобно-теменной области волосистой части головы. Лица контрольной группы были в составе 20 человек, репрезентативных по полу и возрасту с пациентами андрогенной алопецией. У пациенток с андрогенным выпадением волос определялся также гормональный статус (ЛГ, ФСГ, ДГЭС, СССГ, 17-ОН.

Результаты и обсуждение: У пациентов с андрогенной алопецией отмечалось достоверное снижение маркеров адипоцитов CD117, CD34. Так, у пациенток женского пола с I степенью андрогенной алопеции наблюдалось достоверное снижение уровня CD34 – 3,2 ± 1,05 ng/ml (P < 0,05), II степени – 1,4 ± 0,06 ng/ml (P < 0,01), III степени – 0,7 ± 0,03 ng/ml (P < 0,01), тогда как аналогичный уровень у лиц контрольной группы составлял 10,2 ± 2,8 ng/ml. Уровень CD117 также достоверно снижался у пациенток андрогенной алопецией: при I степени андрогенной алопеции 2,9 ± 0,3 ng/ml (P < 0,001), при II степени – 1,2 ± 0,01 ng/ml (P < 0,001), III степени – 0,9 ± 0,06 ng/ml (P < 0,001), тогда как аналогичный уровень у лиц контрольной группы составлял 25,4 ± 5,1 ng/ml.

У пациентов мужского пола с III–IV степенью андрогенной алопеции наблюдалось достоверное снижение уровня CD34 – 2,6 ± 0,11 ng/ml (P < 0,05), IV–V степенью – 1,4 ± 0,8 ng/ml (P < 0,01), тогда как аналогичный уровень у лиц контрольной группы составлял 10,2 ± 2,8 ng/ml. Но у пациентов с III степенью отмечалась тенденция к снижению данного маркера – 5,7 ± 0,4 ng/ml (P < 0,01). Уровень CD117 высоко достоверно снижался у пациентов андрогенной алопецией: при III степени – 3,1 ± 0,9 ng/ml (P < 0,001), при III–IV – 2,5 ± 0,03 ng/ml (P < 0,001), при IV–V степени – 1,2 ± 0,05 ng/ml (P < 0,01), тогда как аналогичный уровень у лиц контрольной группы составлял 25,4 ± 5,1 ng/ml. С увеличением тяжести андрогенной алопеции наблюдалось все более выраженное снижение маркеров адипоцитов CD34 и CD117.

Результаты исследования. ASC у пациентов андрогенной алопецией показали, что достоверное снижение маркеров адипоцитов, идентифицирующих активность ASC, доказывают их низкую метаболическую активность и вследствие этого, снижение их роли в регенерации волос. Основываясь на данных, что ASC секретируют факторы роста, усиливающие митоз и пролиферацию клеток, в нашем исследовании у пациентов с андрогенной алопецией, предположительно, наблюдается также снижение их уровня, что в последующем приводит к уменьшению митоза и пролиферации клеток волосяного фолликула.

Выводы. Таким образом, исследование маркеров ASC у пациентов андрогенной алопецией имеет важное значение для определения ее метаболической активности, что непосредственно отразится на регенерации волосяного фолликула и увеличения волос в стадии анагена. Применение фракции ASC внутридермально в кожу волосистой части головы при андрогенной алопеции, возможно, усилит регенерацию волос и успешно отразится на не только на качестве терапии данного заболевания, но и уменьшит рецидивирование патологического процесса.

«СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ»

У.Ю. САБИРОВ, Е.В. КАЛЕНДАРЁВА, Н.Б. ХОДЖАЕВА, М.З. НАЗАРОВА

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

Угревая болезнь- это хроническое воспалительное заболевание сальных желез кожи, которое характеризующееся образованием папул, узелково-кистозными поражениями и воспалением волосяных сальных фолликулов.

По статистике акне является большой проблемой для 650 млн человек во всём мире, что составляет 9,4 % населения всего земного шара. Наиболее часто акне встречается у юношей и девушек от 12 до 24 лет и в подростковом возрасте у молодых людей от 25 до 35 лет. Легкая форма акне чаще встречается у представителей европеоидной расы, тогда как тяжелая форма акне, чаще встречается у азиатов и африканцев.

Этиопатогенез. Акне включает в себя: генетическую предрасположенность; андрогенную гормональную стимуляцию, которая приводит к увеличению сальных желёз; изменение липидного состава фолликулярная гиперкератинизация; бактериальная колонизация в основном Propionbacterium aacnes, перигландулярное воспаление.

Клиника. Заболевание характеризуется образованием папул, узелково-кистозными поражениями и воспалением волосяных сальных фолликулов

Диагностика. Диагноз ставится на основании клинических признаков таких как закрытые и открытые комедоны, папулы, пустулы, узелки и воспаленные узелково-кистозные поражения. Локализация в себорейных зонах лицо, шея, спина, грудь, плечи или плечи. Если нет клинических показаний, то лабораторные исследования обычно не требуются. Диагностика не вызывает трудностей, однако, не всегда визуально удается определить глубину и степень поражения слоев кожи. Следовательно применяется высокочастотная ультразвуковая диагностика кожи (виртуальная биопсия) и Антера 3D диагностика.

Дифференциальная диагностика. Заболевание необходимо дифференцировать с бактериальным фолликулитом, келоидными угрями, милиумами, потницей, сирингомами, периоральным дерматитом, гиперплазией сальных желез, папуло-пустулезными формами розацеа, волосяным кератозом, контагиозным моллюском, ангиофибромами лица при туберозном склерозе, и бородавка обыкновенная. Отличительные признаки каждого заболевания позволяют легко и быстро отличить его от прыщей.

Лечение. Методы лечения включают проведение косметологических процедур, назначение антибиотиков (местно и системно), ретиноидов. В тоже время, число больных акне не уменьшается, а частота встречаемости запущенных тяжелых форм заболевания – увеличивается. Это диктует необходимость пересмотра подходов к диагностике и лечению акне. Учитывая большой прогресс в развитии аппаратных методов диагностики и лечения патологии кожи, представляет интерес исследование эффективности различных видов лазеро-терапии (PDL,IPL и др), а также фотодинамической терапии в лечении акне.

КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЙ ОСОБЕННОСТИ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, А.А. ЯКУБОВ

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

Розацеа – хроническое, распространенное, воспалительное заболевание, которое проявляется рецидивирующим покраснением, эритемой, телеангиэктазией, папулами или пустулами на коже щек, подбородка, лба и виде ринофимы на носу. Этиология розацеа до конца не изучена. Имеется много факторов в развитие розацеа: генетикий, иммунная реакция, воздействие микроорганизмов, неблагоприятные факторы окружающей среды (тепловое и солнечное воздействие) и нейроваскулярная дисрегуляция.

В последние годы внимание ученых привлекает участие фермента глутатион-S-трансферазы в патогенезе ряд дерматозов, в частности, розацеа. Так как данный фермент глутатион-S-трансфераза способствует утилизации токсических продуктов, вызванного УФ-индуцированным окислительным стрессом и защищает клетки от электрофильных химических соединений и радикальных форм кислорода. По мнению ученых повышение активных форм кислорода или снижение антиоксидантного потенциала возможно, связано также с полиморфизмом гена GST, и имеет значение в патогенезе розацеа.

Цель исследования. Изучение содержание глутатион-S-трансферазы в сыворотки крови в зависимости от клинического течени розацеа.

Материал и методы исследование. Под нашем клиническом наблюдением находились 91 больных в возрасте от 20 до 76 лет. Из них женщины 71 (78,0 %) и мужчины 20 (22,0 %). Соотношение мужчин к женщинам было 1:3,5. Большинство больных было в возрасте от 31 до 50 лет и составила 51 (56,0 %). Среди обследованных у 21 (23,1 %) больных диагностирована эритематозно-телеангиэктатическая, у 45 (49,4 %) – папулопустулезная и у 25 (27,5 %) – пустулезно-узловатая форма розацеа. Контрольную группу составили 14 практически здоровые лица.

Результаты исследования показали, что у больных розацеа в сыворотке крови отмечается статистически достоверное снижение содержания GST по сравнению с показателями группы контроля ($p<0,001$) и в среднем оно составило $17,05 \pm 0,56$ мкат/мл против $54,28 \pm 1,11$ мкат/мл в контроля. При изучении содержания GST у больных розацеа в зависимости от клинической стадии заболевания выявлено, что при эритематозно-телеангиэктатической стадии уровень GST в сыворотке крови среднем равнялся $21,25 \pm 0,72$

мкат/мл (p < 0,001), папуло-пустулезной стадии – 17,93 ± 0,69 мкат/мл (p < 0,001) и пустулезно-узловатой стадии данный показатель был – 11,96 ± 0,77 мкат/мл (p < 0,001), при 54,28 ± 1,11 мкат/мл в группе контроля, что показывает о достоверном снижении содержания глутатион s-трансферазы в сыворотке крови у обследованных групп больных по сравнению с данными контрольной группы.

Полученные данные показывают, что при розацеа в сыворотке крови выявляется нарушение выработки глутатион s-трансферазы (GST) в виде снижения данного показателя. Следует отметить, что более выраженное снижение данного показателя было выявлено у больных с пустулезно-узловатой стадии розацеа.

СОДЕРЖАНИЕ ГЛУТАТИОН S ТРАНСФЕРАЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ РОЗАЦЕА

У.Ю. САБИРОВ, А.А. ЯКУБОВ

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

Розацеа – распространенное, хроническое, рецидивирующее, воспалительное заболевание кожи лица, имеющее полиэтиологическую природу и характеризующееся стадийным течением. Этиология и патогенез розацеа изучены недостаточно и в развитии заболевания участвуют как эндогенные, так и экзогенные факторы. В научных исследованиях работы по изучению уровень глутатион-S-трансфераза у больных розацеа мало и это затрудняет объяснить механизмы участие этих показателей, а также взаимосвязи их с другими патофизиологическими аспектами развития розацеа.

Цель исследования. Изучение содержание глутатион-S-трансферазы в сыворотки крови в зависимости от давности заболевание.

Материал и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 91 больных с клиническим установленным диагнозом розацеа. Женщин было – 71 (78,0 %), мужчин – 20 (22,0 %), с давностью заболевания от 2 месяцев до 15 лет. Большинство больных (56,8 %) были в трудоспособном возрасте.

Результаты исследования. Показали, что у больных общей группы с розацеа в сыворотке крови отмечается статистически достоверное снижение содержания уровня GST по сравнению с показателями группы контроля (p<0,001) и в среднем оно составило 17,05 ± 0,56 мкат/мл против 54,28 ± 1,11 мкат/мл. Статистический анализ исследования показало, что у больных с розацеа не зависимо от давности существования патологического процесса во всех обследованных группах в сыворотке крови содержание GST статистически достоверно снизилось по сравнению с данными группы контроля. У больных с давностью заболевания до 1 года в среднем равнялось 18,95 ± 1,01 мкат/мл (p < 0,001), с давностью заболевания от 1 года до 5 лет – 17,58 ± 0,68 мкат/мл (p < 0,001), с давностью заболевания от 6 лет до 10 лет – 13,84 ± 1,41 мкат/мл (p < 0,001) и с давностью заболевания 11 лет и более – 10,18 ± 1,64 мкат/мл (p < 0,001) против группы контроля (54,28 ± 1,11 мкат/мл).

Полученные результаты показали статистическое достоверное снижение уровня GST в сыворотке кроив и выявленные изменения были зависимы от давности заболевания, и наибольшее изменение содержания глутатион s-трансферазы выявлено у больных с давностью болезни 11 и более лет.

ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА АПОПТОЗ КЛЕТКИ

У.Ю. САБИРОВ, Г.С. БАБАКУЛОВА

Введение: Апоптоз – программированная гибель клетки, выполняющая ключевую роль в поддержании клеточного гомеостаза. Исследования последних лет показывают, что процесс старения ассоциирован с усилением апоптоза в клетках кожи. С одной стороны, этот механизм клеточной гибели является результатом генетической программы старения клетки, а с другой стороны – апоптоз может запускаться оксидативным стрессом, УФ-излучением, ионизирующей радиацией, действием химических препаратови другими неблагоприятными факторами. Исследования последних лет демонстрируют влияние витамина Д на белок супрессор опухолей p53, имеющий влияние на повреждение ДНК и теломер. Известно так же о синергической активности белка p53 с антиапоптотическим белком bcl-2. Его локализация на мембране

митохондрий вблизи источника свободных радикалов дает основание предполагать, что bcl-2 предотвращает апоптоз клетки, ингибируя выработку радикалов или действуя как антиоксидант. В эпидермисе bcl- 2 экспрессируется базальными кератиноцитами и, следова тельно, обеспечивает выживание активно пролиферирующих клеток. В связи с этими данными нашей задачей является определение влияния витамина D апоптоз клеток.

Цель исследования. Определение влияния витамина Д на клеточный апоптоз через влияние на противоапоптотические белки bcl-2 и p53.

Материалы и методы исследования. Было исследовано 40 биоптатов кожи, взятых с живота женщин фертильного возраста. 20 биоптатов с различной степенью недостаточности витамина Д и 20 биоптатов после лечения и нормализации уровня витамина Д в сыворотке крови. С помощью иммуногистохимического исследования мы определяли экспресиию белков p53 и bcl-2. Полученные результаты оценивались по методике ALLRED – системе, названной в честь врача, ее разработавшего. По данной системе, выявляется какой процент клеток положителен на рецептор и насколько хорошо рецепторы проявляются после окрашивания. Затем эта информация объединяется для оценки выборки по шкале от 1 до 3. Минимальный балл – 0 (отрицательный), 1 балл (низкоположительный 10–30 %), 2 балла (высокоположительный 30–60 %), 3 балла (высокоположительный 60–100 %).

Результаты исследования:

№	Реагент	Негатив	+1	+ +2	+ + +3
20	**Bcl2 (до)**	3	17		
	Bcl2 (после)		10	6	4
20	**p53 (до)**	3	17		
	p53 (после)	2	18		

Выводы. Уровень витамина Д оказывает влияние на противоапоптотические белки p53 и bcl-2. В ответ на повышение уровня витамина Д, в эксперименте мы наблюдали умеренную экспрессию данных белков. В связи с чем, мы можем судить о том, что нормальный уровень витамина Д повышает устойчивость клетки к апоптозу, как результату влияния неблагоприятных факторов внешней и внутреннней среды.

РОЛЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, И.И. НАЗАРОВА

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

Введение. Последние несколько лет активно развивается ультразвуковая диагностика высокого разрешения в косметологии. Внимание ученых сконцентрировано на осложнениях после косметологических процедур. Опубликованы работы по диагностике отеков, возникающих после контурной пластики, фиброзных изменений, визуализации косметологических нитей. Ранее в литературе были представлены результаты гистологического исследования эпидермиса и дермы у людей в норме, а также у лабораторных животных после введения в мягкие ткани филлеров разной химической природы. Гистологическое исследование остается золотым стандартом в дерматологической диагностике, но в дополнение, высокочастотный ультразвук можно использовать как биомикроскоп для мультимодального исследования кожи in vivo, включающего точные изображения структуры тканей, оценку кровотока и эластичности. Имеющиеся в научных источниках сведения по данному вопросу носят противоречивый характер, большинство ультразвуковых исследований выполнены линейными датчиками, частотный диапазон которых не предназначен для диагностики структур кожи, не представлена сравнительная характеристика различных возрастных групп. Толщина кожи отличается на разных участках лица и меняется с возрастом, соответственно должна учитываться при планировании аппаратных и инъекционных процедур. Дефицит или отсутствие подкожной жировой клетчатки повышают риск развития гиперкоррекции при инъекциях филлеров или имплантации нитей, развития сосудистых осложнений и фор-

мирования рубцов при выполнении аппаратных процедур. В связи с этим актуальным остается изучение эффективности высокочастотного (ВЧ) УЗ исследования на этапе планирования косметологических процедур как безопасного неинвазивного метода, позволяющего оценить признаки старения кожи и персонализировать протокол эстетической коррекции.

Цель исследования. Оценить диагностическую эффективность высокочастотного ультразвукового сканирования в топической диагностике возрастных изменений кожи.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 25 пациентов женского пола с признаками старения кожи в возрасте от 30 до 70 лет, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, не имели выраженной соматической и острой дерматологической патологии, не получали инъекционные и аппаратные косметологические процедуры в течение последних 6 месяцев перед обследованием, были поделены на возрастные группы: 30–39 лет, 40–49 лет, 50–59 лет, 60–69 лет. Высокочастотная ультразвуковая диагностика проводилась на аппарате DUB Skin Scanner на частотах 33МГц и 75МГц. При этом изучалось состояние микрорельефа кожи (МЭ), толщина эпидермиса (ТЭ) и дермы (ТД), акустическая плотность эпидермиса (АПЭ) и дермы (АПД) в 4х фиксированных точках на коже лица: 1 – от линии роста волос 3 см до середины лба, 2 – от козелка уха 7см до скуловой области, 3 – от угла рта 3 см до крыла носа (носогубная складка), 4 – 2 см от края нижней губы (середина подбородка).

Результаты исследования. По полученным данным ВЧ УЗ исследования различие между всеми возрастными группами по показателям МЭ были достоверны и отмечалась тенденция к увеличению МЭ с возрастом преимущественно во 2-й и 3-й точках, что соответствует области вокруг глаз и носогубной складке в среднем на 20%. Неоднородность толщины эпидермиса как еще одного признака старения кожи, объясняется нарушением процессов ороговения кератиноцитов, которое чаще всего проявляется на открытых участках кожи, подверженных инсоляции и температурным колебаниям. В изучаемых нами возрастных группах наименьший показатель был зафиксирован на коже лба, и значительное его снижение с возрастом отмечалось в области носогубной складки. При ВЧ УЗ исследовании морщина визуализировалась как клиновидный дефект рельефа кожи, толщина эпидермиса в области морщины неравномерная, как правило, эпидермис толще в области дна морщины и тоньше по краям. На всех исследованных участках кожи прослеживалась тенденция к значительному снижению толщины дермы в возрастных группах, что объясняется одновременным снижением синтеза коллагена и эластина, уменьшением количества гликозоаминогликанов, что в комбинации приводит к дегидратации кожи с последующей атрофией дермы. Достоверное снижение толщины дермы выявлено при сравнении в группах 30–39/40–49 лет и 50–59 лет/60–69 лет и наблюдалось во всех измеряемых точках на коже лица, преимущественно в области лба и вокруг глаз на 32% и 40% соответственно. Атрофические процессы в дерме под морщиной визуализируются в виде разнонаправленных изменений акустической плотности верхних и нижних слоев дермы. В верхних слоях дермы акустическая плотность снижена в среднем до 8 ед. за счет атрофии, а в нижних слоях дермы наблюдается гиперэхогенная 45 ед. область треугольной формы, напоминающая зеркальное отражение морщины. Внутри гиперэхогенной области визуализируются утолщенные пучки коллагеновых волокон. Такие структурные изменения глубоких слоев дермы объясняются хронической деформацией ткани при сокращении мимических мышц. В возрастных группах наблюдалось незначительное изменение АПЭ, в то время как АПД снижалась более чем на 27%, преимущественно в сосочковом слое.

Таким образом, во всех исследованных зонах кожи лица с возрастом отмечалось значительное снижение толщины и акустической плотности дермы с одновременным увеличением микрорельефа эпидермиса.

Заключение. Высокочастотное ультразвуковое исследование кожи позволяет проводить прямые измерения микрорельфа и толщины слоев кожи, выявлять изменения в эхогенности эпидермиса и дермы, которые коррелируют с возрастом пациентов, а также выявлять индивидуальные фенотипические особенности кожи пациентов. Объективная оценка маркеров старения кожи методом ВЧ УЗ визуализации может быть рекомендована для первичного обследования косметологических пациентов с целью определения степени выраженности возрастных изменений кожи и последующего контроля безопасного выполнения косметологических инъекционных и аппаратных антивозрастных процедур в режиме реального времени с максимальным комфортом для пациентов.

ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕЛАНОМОЙ: АНАЛИЗ 5-ЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ по г. ТАШКЕНТУ

М.Н. СОЛМЕТОВА[1], Д. ЮЛДАШЕВА[2], М.Д. АЛЛАЕВА[1], Ж.А. ТАГАЕВ[1]

[1]Ташкентский государственный стоматологический институт;
[2]ТГФ РСНПМЦОиР

Введение: Меланома – коварная злокачественная опухоль, саркаматозного характера, преимущественно поражающая лица со светлым фототипом кожи (Фицпатрик).

Цель исследования. Изучить этнические и другие особенности распространения меланомы (М) в многонациональном мегаполисе.

Задача: подтвердить значение этнического фактора в этиопатогенезе меланомы, выявить наличие гендерно-возрастных особенностей заболеваемости меланомой.

Материалы и методы исследования. данные официальной статистики рака за 2023 г. по республике Узбекистан; данные Канцер-регистра г.Ташкента за 2019–2024 гг. (последний год полугодовые данные экстраполированы на целый год).

По итогам 2023 г., г. Ташкент – солнечная столица Узбекистана (более 300 солнечных дней в году), отличающаяся многонациональным составом, заняла первое место среди регионов республики по заболеваемости меланомой. Составляя менее 10 % от общего населения страны, заболеваемость меланомой в 2023 году в общерегионарной структуре составила 31,7 % (39 случаев из 123-х). При изучении 5 летней динамики с включением экстраполированных данных 2024 г. установлен выраженный рост заболеваемости меланомой среди взрослого населения столицы с 1,7 на 100 тыс населения до 2,4. Этнический анализ заболеваемости М в столице нашей страны (представленной на 68 % представителями титульной нации – узбеками), установил чувствительное преобладание светлых фототипов. Так больные принадлежащие к титульной и близкой к ней нациям составили – 45,4 %, в то время как представителей национальностей с характерным светлым фототипом (русские, татары, украинцы и др.) зарегистрировано 54,6 %. В гендерном плане соотношение составило 2:3, то есть на 2 мужчин пришлось 3 женщины заболевших меланомой. Хотя злокачественные заболевания преимущественно поражают пожилой и старческий возраст, при М возрастная структура отличается более «молодым» составом. Так каждый пятый заболевший М был отнесен к группе молодых (18-44 лет) и составили 21,7 %; в среднем возрасте зарегистрировано – 24,3 %, группа пожилых составила – 33,6 %, а первично заболевшие М старческого возраста составили – 20,4 %. В гендерно-возрастном плане средний возраст заболевших М у мужчин был моложе чем у женщин и составил 59,6 + 14,6 и 61,8 + 17,1, соответственно.

Выводы: Город Ташкент – урбанизированный многонациональный мегаполис, отличается высокими показателями заболеваемости меланомой, относительно чаще поражающее молодых и носителей светлых фототипов, что требует повышения онкологической настороженности дерматологов и смежных специальностей при первичном обследовании кожных больных.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА[1], А.Ш. АЛИЕВ[1], Б.И. МУХАМЕДОВ[2], М.З. ДЖУРАЕВА[1], Д. РУСТАМОВ[1], Б.Б.МУХАМЕДОВ[2]

[1]Ташкентская медицинская академия;
[2]Ташкентский государственный стоматологический институт

Гнездная алопеция (ГА) – хроническое иммуноопосредованное аутоиммунное заболевание, поражающее волосяные фолликулы, ногти и, иногда, пигментный эпителий сетчатки. Это состояние поражает анагенные волосяные фолликулы людей и приводит к выпадению волос без необратимого повреждения фолликулов. Очаговая алопеция возникает в результате аутоиммунного нарушения нормального цикла роста волос, что приводит к потере иммунных привилегий в волосяных фолликулах (Kenia L., et all 2024).

ГА обычно проявляется в виде локализованных участков выпадения волос на коже головы, которые развиваются в течение нескольких недель. Классическая форма очаговой алопеции включает изолированное, гладкое, внезапное, не образующее рубцов и очаговое выпадение волос на коже головы или в любой области, где растут

волосы. Хотя у многих людей наблюдается спонтанное возобновление роста волос в течение 1 года, очаговая алопеция – это хроническое состояние, характеризующееся повторяющимися эпизодами выпадения волос, требующее как психологической поддержки, так и медицинского лечения.

В рамках диагностики ГА существенную роль играют факторы, которые могут инициировать нарушение нормального цикла роста волос. К таким факторам могут относиться многие лекарственные препараты, которые могут стать причиной алопеции: оральные контрацептивы, андрогены, ретиноиды, бета-блокаторы, ингибиторы АПФ (ангиотензинпревращающий фермент), противосудорожные средства, антидепрессанты и антикоагулянты (гепарин). Важной закономерностью является длительность приема препарата. После 12 недель приема препарата может спровоцировать ГА. Изменения в дозировках препаратов также могут привести к алопеции. Наряду с лекарственными факторами, предшествующим ГА, сильным провокатором является повышенный физиологический стресс. Хирургическая травма, высокая температура, хроническое системное заболевание и кровотечение, может вызвать ГА. Родовая деятельность также может быть причиной выпадения чрезмерного количества волос в фазу телогена. Такой тип ТГА называется telogen gravidarum и возникает примерно через 3 месяца после родов [88]. Связь между эмоциональным стрессом и выпадением волос неоднозначна, поскольку выпадение волос само по себе является источником эмоционального стресса для пациента. Многочисленные острые и хронические состояния могут привести к ГА. Такие заболевания как гипер-, и гипотиреоз могут вызывать ГА, и это полностью устраняется после достижения компенсации эутиреоидного состояния. Хронические системные заболевания, такие как амилоидоз, печеночная недостаточность, хроническая почечная недостаточность, воспалительные заболевания кишечника и лимфопролиферативные заболевания, некоторые аутоиммунные заболевания, включая дерматомиозит, хронические инфекции, такие как ВИЧ, и вторичный сифилис, псориаз и себорейный дерматит, также могут приводить к ГА. Дефицит белка, жирных кислот и цинка, хроническое голодание и ограничение калорийности могут привести к ГА. Дефицит незаменимых жирных кислот приводит к ГА, и это обычно происходит через 2–4 месяца после недостаточного потребления. Это может быть вызвано снижением запасов железа в организме. Однако эта взаимосвязь весьма противоречива. Витамин D жизненно важен для роста клеток, и, следовательно, его дефицит также может быть возможной причиной ГА. Другой причиной может быть дефицит биотина, но, как сообщается, это происходит очень редко.

Доступны различные варианты лечения, такие как кортикостероиды, иммунотерапия, ингибиторы Янус-киназы (JAK) и растворы для местного применения, которые помогают контролировать степень и продолжительность выпадения волос.

ДИАГНОСТИКИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ, НАЧИНАЮЩЕЙСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА

Г.Ш. ТОХТАЕВ, Ж.А. РИЗАЕВ, О.С. ИМАМОВ

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан;
Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд, Узбекистан;
Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Пузырчатка – это злокачественное аутоиммунное заболевание, сопровождающееся появлением в сыворотке крови больных антител против антигенов росткового слоя. Заболевание проявляется в виде образования на воспаленной коже и слизистой оболочке пузырей, развивающихся в результате акантолиза. Причины пузырчатки: – вирусные бактерии, – токсическое действие лекарственных препаратов. У больных выявляются аутоантитела к белкам межклеточной адгезии кератиноцитов кожи, входящие в состав десмосом и формирующих контактов между клетками – десмоглеину-3 (ДСГ-3) и десмоглеину-1 (ДСГ-1). Взаимодействие аутоантител с ДСГ-1 и ДСГ-3 приводит к нарушению клеточной адгезии между кератиноцитами – акантолизу, в результате чего внутри эпидермиса и слизистой оболочки формируются щели, заполняющиеся акантолитическими пузырьками. По мере роста эпидермиса пузырьки вскрываются, что приводит к образованию на коже и слизистой оболочке обширных эрозий. Установлено, что доминирующим классом аутоантител при пузырчатке являются антитела IgG, преимущественно субкласса IgG4, реже – аутоантитела субклассов IgG1 и IgG2. У пациентов с активной формой заболевания основными аутоантителами являются иммуноглобулины субклассов IgG1 и IgG4. У пациентов в стадии ремиссии доминирующими являются антитела субкласса IgG1, но также выявляются антитела субкласса IgG4, хотя их титр значительно меньше, чем при острой стадии болезни.

Цель исследования. Повышение эффективности методов ранней диагностики, профилактика и коррекция лечения пациентов с пузырчаткой слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы. Клинические исследования проведены у больных пузырчаткой на базе Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер. Проведены: клинический опрос, клинический осмотр, определение стоматологического статуса, определение симптома Никольского, цитологическое исследование (мазки отпечатки на акантолитические клетки со дна свежих эрозий), общий анализ крови, биохимический анализ крови, клинический анализ мочи, а также изучены зоны поражения при вульгарной, эритематозной, При анализе показателей общего статуса у 41% пациентов с пузырчаткой были выявлены изменения лейкоформуле по таким показателям, как лейкоциты, моноциты, гранулоциты и лимфоциты. Лейкоциты были увеличены у 69,8%, лимфоциты – у 81,2, гранулоциты – у 25,9, моноциты – у 68,1. При исследовании биохимического анализа крови у 30,3 пациентов с пузырчаткой обнаружен С-реактивный белок, который достигал 16,2 ед. (в норме С-реактивный белок не определяется), у 14,9% наблюдалось повышение глюкозы от 5,84 ед. нормы до 19,12. При обследовании также были обнаружены изменения в общем анализе мочи у 29,8% пациентов, в том числе у 22,7% относительная плотность превышала норму. При изучении клинических прявлений пузырчатки в зависимости от локализации нами установлены топографических зон: грудь, живот, задняя половина туловища, аногенитальная область, верхние конечности, нижние конечности, лицо, волосистая часть головы, губы, ротовая полость, шея.

Выводы. Таким образом, в этиологии, патогенезе и ранней диагностике пузырчатки имеются аспекты, по которым необходимо проводить дополнительные исследования для повышения эффективности лечения и качества жизни данной категории больных. Несмотря на редкость заболевания, врачи-стоматологи должны проявлять настороженность относительно пузырчатки, так как они чаще первыми сталкиваются с проявлениями этого злокачественного заболевания. Ранняя диагностика и вовремя начатое лечение пузырчатки способствуют более благоприятному течению заболевания и длительной, стойкой ремиссии.

ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА (СЛ) У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА

Т.Т. УСТОБАЕВА*, Д.Х. АБДИЕВА**, Х.И. АЛИЕВ**

***ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абу али ибн Сино», г. Душанбе, Таджикистан;*
**Консультативно – диагностическая клиника «ГИППОКРАТ», г. Душанбе, Таджикистан*

Цель исследования. Изучить безопасность и эффективность комплексной терапии 0,05% мазью «Клобетазол пропионат» и 0,1% мазью «Такролимус» в лечении СЛ.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 36 женщин постменопаузального периода в возрасте 46–60 лет. Давность заболевания колебалась в пределах 5–10 лет. Все пациентки были обследованы смежными специалистами и, при необходимости, получали соответствующее лечение. Всем женщинам назначалась местная терапия 0,05% мазью «Клобетазола пропионат» в течение трех недель, с последующим длительным (16 недель) применением топического ингибитора кальциневрина – 0,1% мази «Такролимус», а также ежедневно увлажняющий крем «Локобейз рипеа».

Результаты исследования. В процессе терапии у большинства женщин со стороны субъективных ощущений отмечалась положительная динамика. Так, зуд генитальной области до лечения встречался в 100% случаев, после проведения комплексной терапии – в 27%; болезненные ощущения в очагах поражения уменьшились в 5 раз (83,3% против 16,6%.). Парестезии на момент обращения регистрировались в 80,6% случаев, после проведённой терапии – лишь у 13,7%. Чувство стягивания и сухость, которое отмечали 94,4% пациенток, осталось только у 26,5% женщин. Нарушения сна до лечения регистрировались в 91,7%, после лечения – в 12,1% случаев. Уменьшение или исчезновение проявлений генитоуринарного синдрома в виде диспареунии и дизурических расстройств наблюдалось в 88,8% случаев.

На начальном этапе применения топических кортикостероидов наблюдалось быстрое купирование симптомов заболевания. Эффективность проведенной терапии оценивалась по положительной динамике кожного процесса: уменьшению плотности очагов, исчезновению или побледнению эритемы, отсутствию появления новых, или уменьшению размеров старых очагов, уменьшению субъективных ощущений. Максимальный эффект наблюдался между 10-й и 20-й неделями терапии. В течение первых 7 дней

лечения мазью «Такролимус» у некоторых пациенток отмечалась местная реакция в виде зуда и жжения, а у 1 пациентки возник кандидозный вульвовагинит. На фоне длительной комплексной поддерживающей терапии выявлено клиническое улучшение и положительный эффект у 83% пациенток.

Выводы. Предложенный метод терапии СЛ, является перспективным, однако требует проведения дальнейших сравнительных исследований и оценки отдаленных результатов лечения для подтверждения эффективности и безопасности предложенной методики.

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АКНЕ

А.Ж. УТАЕВ, Х.Д. АБДУЛЛАЕВ

Самаркандский областной филиал республиканского специализированного дерматовенерологического и косметологического научно-практического медицинского центра;
Самаркандский государственный медицинский уневерситет кафедры кожных и венерических болезней

Аннотация Акне – распространенное воспалительное заболевание кожи, которое поражает волосяные сальные железы кожи. Оно может иметь серьезные психологические последствия и может оставить у пациента серьезные рубцы на коже. Существует четыре общепризнанных патологических фактора, ответственных за акне, которые также являются целью терапии акне. В этом обзоре обсуждаются различные варианты лечения, включая местное (т. е. ретиноиды и антибиотики) и системное (т. е. ретиноиды, антибиотики и гормональные) лечение. Поскольку широкая общественность проявляет все больший интерес к более естественным и в целом более безопасным вариантам лечения, также обсуждалось использование дополнительных и альтернативных лекарственных средств (КАМ) для лечения акне. Также упоминается использование физиотерапии, такой как извлечение комедонов, криослизьтерапия, криотерапия, электрокоагуляция, внутриочаговые кортикостероиды и оптические процедуры. Акне широко исследовалось с точки зрения механизма заболевания, а также вариантов лечения. Однако из-за растущей устойчивости Propionibacterium acnes к доступным антибиотикам возникает необходимость в новых методах лечения. Кроме того, отсутствие необходимых доказательств эффективности терапии САМ заставляет исследователей более подробно изучить эти варианты лечения.

Ключевые слова: Acne vulgaris; лечение акне; местное; системное; физиотерапия; натуральная

Введение Acne vulgaris – распространенное хроническое воспалительное заболевание кожи. Оно встречается примерно у 80% молодых людей и подростков. Это заболевание, которое поражает волосяные сальные железы кожи и может приводить к воспалительным или невоспалительным поражениям . Strauss et al. определили акне как хронический воспалительный дерматоз, который состоит из открытых комедонов (черных точек), закрытых комедонов (белых точек) и воспалительных поражений, таких как узелки, пустулы и папулы. Thiboutot et al. [5] предположили, что акне следует признать хроническим заболеванием, которое также может влиять на пациента психологически.

В последние годы акне наблюдалось у молодых пациентов из-за более раннего начала полового созревания. Adebamowo et al. заявили, что акне чаще встречается у девочек в возрасте 12 лет и младше, но чаще встречается у мальчиков в возрасте 15 лет и старше. В большинстве случаев акне исчезает в возрасте двадцати с небольшим лет; однако акне может сохраняться и во взрослом возрасте, что обычно чаще встречается у женщин.

Акне оказывает множество негативных последствий на молодых подростков. Оно вызывает дискомфорт, эмоциональный стресс, обезображивание и даже постоянное рубцевание кожи. Оно также может вызывать беспокойство и смущение у пациентов и может ухудшить физиологическое и социальное благополучие пациента. Несколько факторов могут вызывать появление акне или усиливать его тяжесть. Некоторые из этих факторов включают генетику, мужской пол, молодость, стресс и курение, а также комедогенные препараты, такие как андрогены, галогены, кортикостероиды и косметику, закупоривающую поры. Прошлые исследования показывают, что генетическое влияние в сочетании с комедогенными гормонами (особенно андрогенами) приводит к аномальным объемам кожного сала, которые способствуют появлению угревой сыпи.

Цель исследования. Изучение методов терапии Акне.

Материалы и методы исследования. разбор литературных данных по лечению и методам терапий использующихся для лечения Акне.

Результаты исследования. В настоящее время широко распространен интерес к связи между диетой и Acne vulgaris. Однако эта связь не будет обсуждаться в данной статье, поскольку имеется большой объем доступной информации, и она сама по себе является предметом обсуждения. Диагностика акне проста и понятна. Дифференциальный диагноз, который существует, – это розацеа (без комедонов), фолликулит, дерматит и лекарственные высыпания.

Текущее лечение акне

Основной целью лечения акне является контроль и лечение существующих угревых высыпаний, предотвращение постоянного рубцевания, насколько это возможно, ограничение продолжительности заболевания и минимизация заболеваемости. Пациент должен быть проинформирован о целях, связанных с предотвращением новых угревых высыпаний, позволяя существующим заживать. Пациенты также должны знать, что может пройти 3–6 недель, прежде чем можно будет наблюдать улучшение.

Индивидуальные факторы пациента должны быть приняты во внимание при определении режима лечения акне. Некоторые из этих факторов включают текущее состояние здоровья, состояние заболевания, тяжесть поражений, эндокринный анамнез и предпочтительное лечение пациента (пероральное или местное). Акне можно лечить местно или системно (пероральными препаратами). Другие варианты лечения включают использование натуральных продуктов или использование немедикаментозных методов лечения, таких как, например, оптическая терапия. Однако комбинированное лечение, направленное на более чем один из механизмов патогенеза акне, часто бывает успешным. Реакция пациента регистрируется, и режим может быть скорректирован по мере улучшения клинического состояния.

Лечение, нацеленное на более чем один из механизмов патогенеза акне, часто бывает успешным. Реакция пациента регистрируется, и режим может быть скорректирован по мере улучшения клинического состояния.

Преимущество местных средств в том, что они наносятся непосредственно на пораженную область; таким образом, снижается системная абсорбция и увеличивается воздействие лечения на волосяные сальные железы. Однако основным побочным эффектом местных средств от акне является раздражение кожи. Препараты для местного применения доступны в виде различных формул, включая кремы, гели, лосьоны, растворы и моющие средства.

Местная терапия основана на типе и тяжести акне. Легкую форму акне часто лечат местными ретиноидами или различными разнообразными методами лечения, такими как азелаиновая кислота, салициловая кислота и бензоилпероксид. Легкую и умеренную воспалительную акне можно лечить местными противовоспалительными средствами, а также местными антибиотиками. Различные местные препараты против угревой сыпи воздействуют на различные патофизиологические факторы.

Выводы. Акне – это распространенное воспалительное заболевание кожи, которое причиняет много страданий пациентам, постоянно страдающим от него. Оно было тщательно исследовано как в отношении самого заболевания, так и доступных и потенциальных вариантов лечения. Целью терапии акне являются четыре известных патогенных фактора, ответственных за это болезненное состояние. В этом текущем обзоре обсуждались различные варианты лечения акне, такие как местная терапия, системная терапия, КАМ и физиотерапия. Однако из-за растущей устойчивости P. acnes к доступным антибиотикам и различий между пациентами, дальнейшие исследования в этой области всегда будут необходимы. Кроме того, широкая общественность выбирает более натуральные продукты для лечения различных кожных заболеваний, что делает необходимым дальнейшее изучение КАМ как возможной дополнительной терапии акне.

ПСОРИАЗ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ

Н.Н. ФИЛИМОНКОВА, Н.В. КИСЕЛЕВА

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

Процесс системного воспаления на фоне дислипидемии при среднетяжелых и тяжелых формах псориаза провоцирует развитие субклинической коморбидной патологии, что приводит к формированию атеросклеротических явлений, сердечно-сосудистым заболеваниям с одновременным усугублением клинической картины и тяжести течения дерматоза, с повышением маркеров системного воспаления: СРБ-ультра, гомоцистеин, сывороточный амилоид А.

Целью данного исследования явилось изучение патогенетического значения комплекса

ключевых биохимических показателей липидного статуса и маркеров системного воспаления у пациентов с вульгарным псориазом тяжелого течения, имеющих как избыточную массу тела, так и уровень ИМТ в пределах нормы (индекс массы тела).

В клинике ГБУ СО «УрНИИДВиИ» было проведено обследование 39 пациентов от 19 до 68 лет (средний возраст 44 (11), 17 женщин и 22 мужчин (45% и 55% соответственно), с распространённым вульгарным псориазом тяжелого течения, с нормальной и избыточной массой тела, анализ клинико-анамнестических данных, комплексное исследование липидного спектра сыворотки крови пациентов и маркеров системного воспаления: холестерол, хс-ЛПВП, хс-ЛПНП, триглицериды, апобелки – апоА1, апоВ100, апоЕ, СРБ ультрачувствительного диапазона, гомоцистеин, серомукоид. Статистически достоверных различий по тяжести процесса на момент поступления между группами выявлено не было (по данным индекса PASI – Psoriasis Area and Severity Index).

Исследование проводили при поступлении в стационар и на 21–23 день лечения. Схема проведенной терапии была одинакова в обеих группах и включала: ФХТ (фотохимиотерапия) по 4-дневной схеме с фотосенсибилизатором аммифурин, метотрексат в дозе 15-20 мг/неделю внутримышечно с курсовой дозировкой от 30 до 60 мг, топические ГКС.

Заключение. Наличие атерогенной дислипидемии у 43,6% обследуемых свидетельствует о наличии атеросклеротической компоненты, утяжеляющей течение псориаза, способствующей торпидности его течения. Индивидуальный анализ показателей биохимического профиля пациентов выявил преобладание среднего риска развития атерогенной патологии у пациентов с избыточным ИМТ и низкого риска у пациентов с нормальным ИМТ.

Выявление С-реактивного протеина CRP (С-реактивный белок ультрачувствительный) и SAA (сывороточный амилоид А) значимо в диагностике воспалительных процессов, определяя их активность и необходимость терапии. Результаты исследования характеризуют продолжающийся воспалительный процесс в сосудистой стенке, псориатических очагах и предполагают возможное развитие артропатии, что нуждается в дальнейшем уточнении.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, М.З. ХАМИДОВА

***Андижанский государственный медицинский институт*, Узбекистан**

Цель исследования. Изучить количественную оценку степени тяжести гнездной алопеции (Severity Alopecia Tool [SALT]) у больных Alopecia areata.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 62 больных (40 женщин, 22 мужчин) Гнездной алопецией, средний возраст которых составил 32,3 года. Всем больным диагноз Гнездной алопецией был поставлен после стандартного обследования.

У всех больных Гнездной алопецией до и после комплексного лечения с применением Колострума и Метровита было изучено SALT, дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), а также изучалось состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) (концентрация малонового диальдегида (МДА)).

Результаты исследования. У всех больных Гнездной алопецией до комплексного лечения с применением Колострума и Метровита показатели SALT составили в среднем 54,5 ± 1,34%, индекс ДИКЖ – 24,12 ± 0,34 балла, МДА – 4,71 ± 0,22 нмоль/л (контрольная группа (n = 10) – 1,36 нмоль/л).

После комплексной терапии с применением Колострума и Метровита у пациентов Гнездной алопецией показатели SALT снизились до 30,1 ± 0,54% и рост волос по сравнению с исходным показателем составил более 20%.

Индекс ДИКЖ после комплексного лечения у больных Гнездной алопецией снизился до 10,12 ± 0,87 балла.

Показатель ПОЛ у пациентов Alopecia areata после комплексного лечения снизился, и средняя концентрация МДА составила 2,03 ± 0,13 нмоль/л.

Вывод. Исследованием было показано, что SALT лучшим образом показал эффективность проведенного комплексного лечения. В данном исследовании хотя и наблюдалось снижение показателей ДИКЖ и МДА после комплексного лечения у больных Гнездной алопецией, но показатели SALT как указывают, полноценного изменения в положительную сторону в очаге поражения не дали.

ИНДЕКС ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ВИТИЛИГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАЗЬЮ ЛЮКОДЕРМИН

Ф.Ш. ХАМИДОВ, М.З. ХАМИДОВА

***Андижанский государственный медицинский институт*, Узбекистан**

Цель исследования. Изучить Индекс прогредиентности витилиго (Vitiligo Disease Activity score) у больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 80 больных с витилиго в возрасте от 18 до 53 лет (40 женщин, 40 мужчин). У всех больных было исследовано VIDA до и после лечения. Больные получали в монотерапии мазь Люкодермин (Метоксален). Мазь Люкодермин – Мазь для наружного применения, содержит метоксален и пара-аминобензойную кислоту. Метоксален – вещество, выделенное из семян растения Ammi majus. Является производным метокси-псоралена. Метоксален увеличивает образование меланиновых пигментов на коже при воздействии ультрафиолетовым светом. Назначается в качестве местного репигментационного средства при витилиго в сочетании с контролируемыми дозами ультрафиолетовых (320–400 нм) и солнечных лучей. Мазь Люкодермин наносят на точно определенные участки витилиго и эти' участки далее подвергаются обработке УФ светом из соответствующего источника или солнечными лучами. Первоначальное воздействие должно быть консервативным и не превышать половину предполагаемой минимальной эритемной дозы. Интервалы лечения должны повторяться в зависимости от результата покраснения и рекомендуется один раз в неделю или реже в зависимости от результатов. Пигментация может начаться после нескольких недель, но значительная репигментация может потребовать от 6 до 9 месяцев лечения. Лечение должно быть индивидуальным Препарат наносили небольшим слоем на зоны депигментации туловища и головы, включая кожные складки. Мазь наносили только на небольшие точно определенные пораженные участки кожи или предпочтительно на участки, которые были защищены одеждой или солнцезащитными средствами от повторяющихся воздействий источников УФ света. Если мазь применялся для лечения лица или рук, то пациенты защищали участки, подвергающиеся лечению от света, с помощью защитной одежды или солнцезащитных средств. У всех больных было исследовано Дерматологический индекс качество жизни (ДИКЖ), VIDA до и после лечение.

Индекс прогредиентности витилиго (Vitiligo Disease Activity score [VIDA]) был предложен в 1999 году учеными Njoo M.D. et al. [4]. Представляет собой шестибалльную шкалу прогредиентности (активности) дерматоза, предназначенную для оценки эффективности проводимой терапии (прекращение распространения депигментации кожи). Подсчет баллов (в диапазоне от -1 до +4) основывается на личной оценке пациентом прогрессирования заболевания с течением времени. Прогрессирование витилиго характеризуется распространением (увеличением размеров) существующих очагов или возникновением новых очагов депигментации кожи. Если такие симптомы отсутствуют, состояние считается стабильным.

Уменьшение величины индекса после проведенной терапии указывало на ее эффективность.

Результаты исследования. Состояние кожного процесса больные оценивали сами до и после монотерапии мазью Люкодермин. До лечения у больных витилиго VIDA составило 3,95 ± 0,13 баллов. После проведения монотерапии с мазью Люкодермин индекс VIDA снизился до 2,90 ± 0,14 баллов.

До монотерапии Люкодермином индекс ДИКЖ в среднем составил 27,16 ± 2,11 балл. У больных витилиго после лечения, индекс ДИКЖ снижался незначительно и доходил в среднем до 18,12 ± 0,14 балла.

Из 80 больных с витилиго у 30 наблюдались побочные явления в виде ожога, жжения, зуда, покраснения в начале лечения, которые носили временный характер и исчезли самостоятельно на протяжении первых недель.

Вывод. Как показывает исследование, индексом VIDA хорошо оценивалось распространенность и прогредиентность у пациентов с витилиго. Снижение индексов VIDA и ДИКЖ у больных витилиго, указывало о состоянии кожного процесса глазами больного, качество жизни пациента и показало о незначительной эффективности монотерапии мазью Люкодермин (Метоксален). Препарат Люкодермин можно использовать в терапии витилиго, хотя и наблюдались побочные явления.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА EPTA VTLG ЭМУЛЬСИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Витилиго билан хасталанган беморларда EPTA VTLG эмульсиясининг клиник самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Бизнинг назоратимизда 22 ёшдан 45 ёшгача бўлган, 21 нафар бемор (12 нафар аёл, 9 нафар эркак) бўлиб, барчасига стандарт текширишдан сўнг витилиго диагнози қўйилди.

Барча беморларда комплекс даволаш даврида EPTA VTLG эмульсияси қўлланилди. EPTA VTLG таркиби фаол компонентлардан (Щвейцария музликлари суви, Ineol EGCG®, аскорбилфосфат натрий, Dnage®, ViaPure®, ниацинамид, магнолия қобиғи экстракти, Сепитоник™ М3,0, салицил кислотаси) ташкил топган. Эмульсиянинг таркиби микроэлементларга бой, яллиғланишга қарши ва қичишишга қарши таъсирга эга. Кўплаб функцияларни бажаради – оксидланиш стресси сабабларига қарши курашувчи, липопероксидацияни босувчи, оксидланишли жароҳатларда ҳужайра мембранасини ҳимоя қилади, липопероксидацияни юқори даражада профилактика қилади, коллаген синтезини стимуляция қилади, юқори даражада хавфсиз ва стабилликни чақиради, асосан UVBдан ҳимоя қилади, UVAдан митохондрияларни ҳимоя қилади, шунингдек, ҳужайраларнинг тикланиш жараёнларига ёрдам беради, терини намлайди, кератин синтезини оширади ҳамда филаггрин ва инволюкрин ишлаб чиқарилишини стимуллайди. Препарат микробларга, бактерияларга ва яллиғланишга қарши таъсирга эга, юқори антиоксидантликка эга бўлиб, дезинтоксикацион таъсир қилади, нуклеин кислотасининг ҳосил бўлишида иштирок этади, энергия ишлаб чиқарилишига имкон беради, тирозиназа ингибитори ҳисобланади. Салицил кислотаси ёрдамида терининг чуқур қаватларига турли хил фаол моддалар кириб боради. Тадқиқот даврида препаратнинг самарадорлиги 4 балли шкалада ўрганилди: –1 – ёмонлашди; 0 – стабил; +1 – қисман репигментация (>о=50% суртилган участкалар); +2 – репигментация 50%дан кўп. Қитиқлашиши ёки яллиғланиш хавфи ривожланишини баҳолаш учун беморларнинг ишлов берилаётган тери участкалари ва пациентни умумий ҳолати назорат қилиб борилди.

Тадқиқотнинг натижалари. EPTA VTLG витилиго ўчоқларига бир маҳалдан 3 ой давомида суртилди. Даволаш натижасида 22 нафар витилиго билан оғриган беморлар терисидаги патологик жараёнда салбий ўзгаришлар кузатилмади. 2 нафар беморда стабил ҳолат кузатилди. 16 нафар беморларда қисман репигментация кузатилган бўлса, 4 нафар пациентларда репигментация 50% дан ортиқ ҳолатда аниқланди.

Хулоса. EPTA VTLG эмульсиясини витилиголи пациентларда қўллаш яхши самара берганлиги, бу препаратни витилиголи беморлар кенг қўллаш мумкин. Қитиқланишлар, косметик ножўя таъсирлар, салбий ҳолатлар кузатилмагани бу препаратни самарали қўллашга имкон беради.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЗИ ТАКРОФОРД В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт;
Лечебное учреждение «Аъломед клиник»

По данным T. Braza и соавт., K. Papp и соавт., B. Cook и соавт., E. Rallis и соавт., О.Ю. Олисова и соавт. такролимус, будучи топическим иммуносупрессором, достаточно эффективен при себорейном дерматите (СД).

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность мази Такрофорд (такролимус) у больных себорейным дерматитом в условиях Ферганской долины.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 50 пациентов (23 мужчин и 27 женщин) СД в возрасте от 22 до 46 лет (средний возраст 23,3 ± 2,3 года) с локализацией высыпаний на лице и груди. Всем больным диагноз СД был установлен после стандартного исследования. Все пациенты СД наносили 0,1% мазь Такрофорд (такролимуса) на очаги высыпаний 2 раза в день. У всех больных до и после монотерапии Такрофордом был определен индекс тяжести СД.

Результаты исследования. До лечения у больных себорейным дерматитом индекс тяже-

сти СД среднем составил 26,7 ± 0,23 балла. У больных СД лечение длилось от 5 до 20 дней. После монотерапии мазью Такрофорд индекс тяжести СД снизился до 10,34 ± 0,25 балла. В результате лечения, у 38 пациентах отмечался полный регресс высыпаний, у 12 пациентов сохранялась остаточная эритема бледно-розового цвета. Из 50 больных у 35 пациентах при нанесении препарата в течение непродолжительного времени (5–15 минут) пациенты отмечали незначительное жжение. Других побочных эффектов не выявлено.

Вывод. По результатам исследования мы сделали вывод, что Такрофорд (такролимус) высокоэффективен и безопасен при себорейном дерматите.

ТАКРОФОРД В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт;
Лечебное учреждение «Аъломед клиник»

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность мази Такрофорд у больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 20 больных (10 женщин и 10 мужчин) атопическим дерматитом средней тяжести в возрасте от 10 до 25 лет. Такрофорд (такролимус) в виде 0,1% мази назначали на очаги, в том числе на лице и в складках кожи, 2 раза в день в течение 4 нед. Тяжесть течения оценивали в баллах с определением индекса SCORAD до и после окончания лечения.

Для оценки тяжести кожных проявлений и эффективности терапии в нашем исследовании применяли также дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ), позволяющий оценить уровень негативного влияния заболевания на различные аспекты жизни больного, которые могут быть ущемлены в данный отрезок времени (отношения в семье с родственниками, друзьями, коллегами, занятия спортом, сексом, социальная активность и т. д.) до и по окончании лечения. Выраженность зуда оценивали по 10-балльной шкале субъективной оценки пациента.

Результаты исследования. В результате терапии мазью Такрофорд (такролимус), проведенной у 20 пациентов, клинического излечения удалось добиться у 12 (60%) больных, значительного улучшения – у 3 (15%), улучшения – у 5 (25%) больных. Величина индекса SCORAD до лечения составляла 55,1 ± 5,3, что соответствовало средней тяжести кожного процесса, а после лечения индекс снизился до 15,1 ± 0,5. Показатель ДИКЖ (в среднем) также снижался с 25,3 (до лечения) до 7,1 балла. Выраженность зуда до лечения и спустя 4 нед. составила 8,1 и 1,3 балла соответственно. Все это свидетельствовало о значительном регрессе высыпаний в процессе лечения. Пациентам, у которых после 4-недельного курса сохранялись отдельные высыпания, было рекомендовано продолжить использование Такрофорд (такролимус) 2 раза в неделю до полного разрешения клинических проявлений.

Выводы. Переносимость терапии Такрофордом (такролимус) была хорошей. У некоторых пациентах отмечался дискомфорт (виде умеренного кратковременного ощущения жжения и зуда в первые минуты нанесения мази). Других побочных эффектов не отмечено. Результаты проведенного исследования подтверждают высокую эффективность и безопасность мази Такрофорд (такролимус) при атопическом дерматите.

ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ДИПРОСПАН ВА ЕРТА VTLG ЭМУЛЬСИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижон давлат тиббиёт институти, Ўзбекистон

Тадқиқотнинг мақсади. Витилиго билан хасталанган беморларда Дипроспан ва ЕРТА VTLG эмульсиясининг клиник самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Бизнинг назоратимизда 22 ёшдан 45 ёшгача бўлган, 21 нафар бемор (12 нафар аёл, 9 нафар эркак) бўлиб, барчасига стандарт текширишдан сўнг витилиго диагнози қўйилди.

Барча беморларда комплекс даволаш даврида Дипроспан ва ЕРТА VTLG эмульсияси қўлланилди. Дипроспан инъекцияси 1 ойда бир

марта жароҳат витилиго ўчоқларининг эпидермис орасига Манту кўринишида, жами 6 та инъекция қилинди. EPTA VTLG таркиби фаол компонентлардан (Щвейцария музликлари суви, Ineol EGCG®, аскорбилфосфат натрий, Dnage®, ViaPure®, ниацинамид, магнолия қобиғи экстракти, Сепитоник™ М3,0, салицил кислотаси) ташкил топган. Эмульсиянинг таркиби микроэлементларга бой, яллиғланишга қарши ва қичишишга қарши таъсирга эга. Кўплаб функцияларни бажаради – оксидланиш стресси сабабларига қарши курашувчи, липопероксидацияни босувчи, оксидланишли жароҳатларда ҳужайра мембранасини ҳимоя қилади, липопероксидацияни юқори даражада профилактика қилади, коллаген синтезини стимуляция қилади, юқори даражада хавфсиз ва стабилликни чақиради, асосан UVBдан ҳимоя қилади, UVA дан митохондрияларни ҳимоя қилади, шунингдек, ҳужайраларнинг тикланиш жараёнларига ёрдам беради, терини намлайди, кератин синтезини оширади ҳамда филаггрин ва инволюкрин ишлаб чиқарилишини стимуллайди. Препарат микробларга, бактерияларга ва яллиғланишга қарши таъсирга эга, юқори антиоксидантликка эга бўлиб, дезинтоксикацион таъсир қилади, нуклеин кислотасининг ҳосил бўлишида иштирок этади, энергия ишлаб чиқарилишига имкон беради, тирозиназа ингибитори ҳисобланади. Салицил кислотаси ёрдамида терининг чуқур қаватларига турли хил фаол моддаларни кириб боради.

Тадқиқот даврида препаратнинг самарадорлиги 4 балли шкалада ўрганилди: –1 – ёмонлашди; 0 – стабил; +1 – қисман репигментация (> о=50% суртилган участкалар); +2 – репигментация 50%дан кўп. Қитиқлашиши ёки яллиғланиш хавфи ривожланишини баҳолаш учун беморларнинг ишлов берилаётган тери участкалари ва пациентнинг умумий ҳолати назорат қилиб борилди.

Тадқиқотнинг натижалари. Дипроспан тери орасига ҳар ой 1 мл дан юборилди ҳамда EPTA VTLG шу витилиго ўчоқларига бир маҳалдан 3 ой давомида суртилди. Даволаш натижасида 22 нафар витилиго билан оғриган беморлар терисидаги патологик жараёнда салбий ўзгаришлар бир оз кузатилди. 5 нафар беморларда терининг бир оз склерози бошлангани кузатилади, аммо даволаш муолажалари тўхтатилгач, бу жараён ижобий томонга қайтгани аниқланди. 2 нафар беморда стабил ҳолат кузатилди. 16 нафар беморларда қисман репигментация кузатилган бўлса, 4 нафар пациентларда репигментация 50% дан ортиқ ҳолатда аниқланди.

Хулоса. Дипроспан препарати ҳамда EPTA VTLG эмульсиясини витилиго билан оғриган беморларда қўллаш ижобий самара берганлиги, бу препаратларни витилиголи беморларда комплекс даво таркибида кенг қўллаш мумкинлигини кўрсатди. Қитиқланишлар, косметик ножўя таъсирлар, салбий ҳолатлар деярли кузатилмагани бу препаратларни самарали қўллашга имкон беради.

ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ

С.М. ХОДЖАЕВА, С.Р. АБДУАЛИМОВА, Г.Р. АЛИМДЖАНОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Витилиго относят к приобретенным гипомеланозам, который характеризуется появлением на коже белых пятен. В дальнейшем эти пятна могут увеличиваться в размере, что обусловлено нарушением функции меланоцитов, и часто имеют симметричный характер. В развитии витилиго имеют место и эндогенные и экзогенные факторы. Среди эндогенных факторов основное место занимают стрессы, механическое раздражение и травмы (феномен Кебнера), чрезмерное облучение и химические агенты. Из эндогенных часто отмечаются инфекционные и соматические заболевания, прием лекарственных средств, влияющих на пигментообразующую функцию меланоцитов.

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения витилиго у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении дерматологии клиники ТашПМИ находились 10 больных детей (6 мальчиков и 4 девочек) в возрасте от 7 до 16 лет.

Методы исследования включают сбор анамнеза жизни и заболевания, были проведены общеклинические обследования, а также была изучена локализация и симметричность очагов депигментации.

Результаты исследования. При обследовании несегментарная форма витилиго отмечалась у 7 (70%) детей, а сегментарная форма у 3 (30%). Дебют заболевания у всех детей приходилось в возрастной группе до 10 лет. Вульгарная форма несегментарной формы витилиго отмечалась у 2 (29%), акрофациальная форма у 4 (57%) детей, фокальная у 1 (14%). У 5 (50%) больных отмечались субъективные ощущения в виде зуда и чувства жжения. У детей с сегментарной формой заболевание прогрессировало в течении короткого времени, а у детей с несегментарной формой отмечался дальнейший рост белых пятен. Средняя продолжительность заболевания

при сегментарной форме составила 3 года, тогда как при несегментарной форме 7 лет. Симметричность очагов депигментации наблюдалось у 2 (20%) детей.

Выводы. При данном исследовании был сделан вывод, о том что для сегментарной формы витилиго характерно быстрое начало с последующей стабилизацией процесса, а при несегментароной форме отмечается постепенное прогрессирование заболевания.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

С.М. ХОДЖАЕВА, С.Р. АБДУАЛИМОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Очаговая алопеция является генетически обусловленным мультифакториальным заболеванием. Заболеваемость гнездной алопецией (ГА) составляет от 3–5 до 8–12% от обращающихся за помощью к дерматологам больных, 60% которых составляют дети. У большинства пациентов дисбиоз кишечника с гнездной алопецией поддерживает прогрессирование дерматоза.

Цель исследования. Изучение особенностей клинического течения очаговой алопеции у детей с учетом микробиоценоза кишечника, а также разработка оптимальных методов терапии для пациентов с данной патологией.

Методы исследования. Для достижения поставленной цели было обследовано 25 больных, из них 14 (56%) девочек и 11 (44%) мальчиков. У всех обследуемых детей определяли дисбактериоз кишечника по методу Грачевой.

Результаты исследования. У детей, больных ОА, количественные изменения во флоре происходят более выраженные дисбиотические сдвиги по отношению к контрольным цифрам, однако отмечалось появление штаммов патогенных стафилококков и достоверное возрастание грибов рода *Candida* – 12,1 ± 0,2 КОЕ/см², при норме равной 2,0 ± 0,1 КОЕ/см². Почти по всем изученным микробам наблюдается рост, особенно штаммов стафилококков, стрептококков и эширихий. Препаратами выбора при лечении дисбактериоза являются пробиотики и эубиотики. С этой целью нами в комплексную терапию ОА был включен препарат нового поколения – синбиотик бифолак-цинкум. Это комбинированный препарат, в состав которого входят живые бактерии 4 видов (лакто- и бифидобактерии) в количестве 5 млрд и питательная среда для них – фруктоолигосахариды и микроэлемент цинка. Преимуществом перед назначением других препаратов, является то, что фруктоолигосахариды помимо основного действия, ускоряют инактивацию аллергенов, стимулируют продукцию интерферона и интерлейкина. Коррекция нарушений микробиоценоза кишечника проводилась в зависимости от степени дисбактериоза от 20 до 40 дней. Дополнительное включение в комплексную терапию ОА препарата нового класса привело к более быстрому регрессу основных клинических проявлений заболевания и нормализации микрофлоры кишечника.

Вывод. Таким образом, очевидно, что эти микробы, которые обладают большим арсеналом ферментов патогенности, будут определять мониторинг кожного процесса при данном заболевании. Необходимо продолжить изучение влияния дисбиоза кишечника на прогрессирование очаговой алопеции у детей и эффективность применения пробиотиков и эубиотиков.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА « МЕЗОДЕРМ» У ДЕТЕЙ С ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА

С.М. ХОДЖАЕВА, С.Р. АБДУАЛИМОВА, Г.Р. АЛИМДЖАНОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы. Вульгарная форма псориаза – это хроническое рецидивирующее, мономорфное заболевание кожи, характеризующееся папулезными высыпаниями. Вульгарная форма псориаза способен поражать не только нервную систему, но и другие внутренные органы . Лечение вульгарной формы псориаза назначается с учетом формы распространенности процесса. Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают фосфолипидные препараты, которые оказывают гепатопротекторное действие, а также оказывает терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корригирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы кератинизации и регене-

рации эпидермиса). Кроме общего лечения назначают местную терапию.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Мезодерм» у больных вульгарной формой псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 25 больных (12 мальчиков и 13 девочек), в возрасте от 2 до 12 лет. У всех больных было диагностировано вульгарная форма псориаза. Из них у 14 56 %) пациентов было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, в области ягодицы и поясницы. В очаге поражений наблюдались папулы, чешуйки и шелушение. Симптом триады Поспелова было положительна у всех больных. Из 25 больных у 23 был отмечен феномен Кебнера на месте раздражений, травм, инъекций. Местные очаги поражения обрабатывались Кремом Мезодерм.

Результаты исследования. На 8 день после начала комплексного лечения с применением Крем Мезодерм, у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и бляшек. Регресс воспалительных явлений усиливался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 2–3 дня. У всех больных после применения Крем Мезодерм побочные явления не наблюдались.

Вывод. Крем Мезодерм оказалось эффективным методом в лечении вульгарной формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ

А.Н. ШАКИРОВА, И.А. КУКЛИН, М.М. КОХАН

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

Введение. Грибовидный микоз (ГМ) является наиболее распространенной формой Т-клеточных первичных лимфом кожи, диагностируется у взрослых пациентов в возрасте 55–60 лет и старше. Однако, в зарубежной и отечественной литературе имеются публикации о случаях диагностики грибовидного микоза у детей, подростков и лиц молодого возраста.

Цель исследования. Описание клинического случая дебюта ГМ у пациента в молодом возрасте.

Материалы и методы исследования. Диагноз ГМ установлен на основании анамнезе и клинических особенностей заболевания, результатов патоморфологического и иммуногистохимического методов исследования биоптатов кожи.

Результаты. По данным зарубежной и отечественной литературы возраст дебюта ГМ за последние десятилетия имеет тенденцию к омоложению. Об этом свидетельствуют данные ретроспективных исследований, проведенных отечественными и зарубежными авторами (Cai Z.R. et al., 2022; Pruksaeakanan C., et al., 2021; Sidiropoulou P. et al., 2020; Нефедьева Ю.В. и соавт., 2018; Филимонова Е.С. и соавт., 2014).

В ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» активно изучаются вопросы совершенствования диагностики ГМ.

Клинический случай. Мужчина 44 лет, считает себя больным в течение 4–5 лет. Начало заболевания ни с чем не связывает. Пациент наблюдался у дерматовенеролога по месту жительства с диагнозами: пиодермия, хроническая экзема. Отмечалось волнообразное течение кожного процесса, с чередованием периодов ухудшения и улучшения на фоне терапии, полной ремиссии не наблюдалось. В течение года отмечено выраженное ухудшение кожного процесса – значительное усиление интенсивности кожного зуда, увеличение количества и размеров элементов, отсутствие эффекта от проводимой терапии. При объективном осмотре кожный процесс имеет распространенный характер, представлен множественными бляшками, ярко-красного цвета, с мелкопластинчатым шелушением на поверхности, умеренной инфильтрацией, плотно-эластической консистенцией. Бляшки имеют округлую, овальную и неправильные формы, в диаметре от 0,5 до 10 см. Поверхность наиболее крупных бляшек покрыта геморрагическими корками, язвами в различных стадиях эпителизации, ярко-красного цвета, с серозно-гнойным отделяемым в области дна, с подрытыми краями. На коже в области спины и плеч определяется выраженный фолликулярный гиперкератоз. С учетом патоморфологии и иммунофенотипа клеток дермального инфильтрата установлен диагноз: грибовидный микоз, фолликулотропный вариант, IIA стадия, (T2, N1, M0, B0). Больной был направлен к онкологу для проведения дополнительного обследования и лечения.

Заключение. Представленные данные определяют научно-практические задачи по совершенствованию диагностики ГМ у лиц молодого возраста, целью которых является сокращение диагностического периода, раннее начало специфической терапии и рациональное диспансерное наблюдение больных. В этом аспекте необходимым является повышение онконастороженности врачей дерматовенерологов при проведении клинической дифференциальной диагностики у больных хроническими дерматозами данной возрастной группы, а также увеличение диагностической активности специалистов, в том числе с использованием патоморфологических и иммуноморфологических методов исследования биоптатов кожи.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Х.Р. ЮНУСОВА, Х.А. АБИДОВ, Б.Б. КАРИМОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент

Актуальность. Атопический дерматит (АД) является одним из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний кожи, особенно среди детей, с глобальной распространенностью от 15–30% в развитых странах. Заболевание существенно ухудшает качество жизни пациентов и их семей, увеличивает риск развития сопутствующих заболеваний, таких как бронхиальная астма и аллергический ринит, что делает необходимым изучение патогенеза АД и совершенствование методов его диагностики и лечения . Актуальность исследования заключается в необходимости внедрения эффективных методов диагностики и индивидуализированных подходов к лечению, направленных на улучшение барьерной функции кожи и снижение частоты обострений.

Цель исследования. Оценить клинические и патогенетические особенности атопического дерматита у детей и определить эффективность современных терапевтических подходов, включая использование топических кортикостероидов, ингибиторов кальциневрина, а также эмолентов для восстановления барьерной функции кожи.

Материалы и методы исследования. Проведено проспективное когортное исследование с включением 200 детей с диагнозом атопический дерматит, диагностированных на основании клинических и лабораторных данных. В качестве методов исследования применялись визуальная оценка тяжести заболевания (шкала SCORAD), биопсия кожи с последующим гистологическим исследованием, оценка мутаций гена филаггрина (FLG), проведение аллергологических проб. Также, пациентам проводилась терапия с использованием топических кортикостероидов (тГКС), ингибиторов кальциневрина и эмолентов, результаты оценивались через 6 и 12 месяцев лечения.

Результаты исследования. У 65% детей с АД выявлены мутации гена FLG, что подтверждает ключевую роль генетических факторов в патогенезе заболевания. Через 6 месяцев лечения значительное улучшение было отмечено у 72% пациентов, получавших комбинированную терапию тГКС и ингибиторами кальциневрина. У 85% пациентов регулярное использование эмолентов привело к снижению частоты обострений и уменьшению потребности в применении кортикостероидов. До начала терапии у 78% детей наблюдались выраженные нарушения сна и повышенная тревожность. Через 12 месяцев комплексного лечения показатель улучшился до 32%, что свидетельствует о положительном влиянии терапии на качество жизни пациентов и их семей.

Выводы. Атопический дерматит у детей имеет сложный патогенез, включающий генетические и внешние факторы, такие как мутации гена FLG и нарушение барьерной функции кожи. Современные методы лечения, включающие использование топических кортикостероидов и ингибиторов кальциневрина, доказали свою эффективность в контроле симптомов и снижении частоты обострений. Комбинация медикаментозного лечения с регулярным использованием эмолентов является ключевым компонентом для поддержания ремиссии и улучшения качества жизни пациентов.

РАЗНООБРАЗИЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ

А.И. ЯКУБОВИЧ, Е.А. ТРАПЕЗНИКОВА, Э.Г. ГАЙДАРОВА

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Актуальность. На сегодняшний день псориаз является одной из самых актуальных проблем современной дерматологии, что обусловлено его широкой распространенностью. Имеется множество данных об ассоциации псориаза с определенными коморбидными состояниями. Коморбидность – сосуществование двух и более заболеваний у одного пациента, патогенетически и генетически взаимосвязанных между собой. Так, у пациентов с псориазом отмечается повышенный риск развития сахарного диабета второго типа, метаболического синдрома, ожирения, гипертонической болезни, ишемической болезни сердца, неалкогольной жировой болезни печени, болезни Крона, депрессии и других состояний.

Цель исследования. Анализ структуры сопутствующей патологии у пациентов с распространенной бляшечной формой псориаза.

Материалы и методы исследования. Проведено открытое, неконтролируемое, одноцентровое ретроспективное исследование историй болезни 100 пациентов с распространенным вульгарным псориазом, находившихся на стационарном лечении. В исследование включены 52 мужчины и 48 женщин, средний возраст участников составил 47,7 ± 14,9 лет. Сопутствующая патология устанавливалась на основании данных анамнеза и физикального осмотра, результатов лабораторных исследований, консультаций терапевта и смежных специалистов.

При анализе данных применены методы аналитической и описательной статистики. Вычислялась доля проявлений каждой исследуемой категории (выявленных коморбидных патологий), выраженная в процентах от общего количества наблюдений. Статистическая обработка результатов проводилась при помощи пакета программ Microsoft Office Excel 2016.

Результаты исследования. По данным проведенного исследования установлено, что наибольший удельный вес сопутствующей патологии при псориазе составили заболевания органов желудочно-кишечного тракта (81 %), из них приоритетное значение имела неалкогольная жировая болезнь печени – 43 %. Диагноз желчнокаменной болезни выставлен у 25 % пациентов, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки диагностирована у 9 % пациентов, хронический панкреатит – у 4 % обследуемых.

Второе место занимали эндокринопатии – удельный вес составил 75 %. У трети пациентов (33 %) выявлено ожирение различной степени, избыточная масса тела отмечена у 18 % обследуемых. Частота встречаемости сахарного диабета составила 14 %, а у 4 % пациентов диагностирована нарушенная толерантность к глюкозе. Патология щитовидной железы имелась у 6 % пациентов: у одинакового числа обследуемых (по 3 %) выставлены диагнозы одноузлового и многоузлового зоба.

Заболевания органов кровообращения выявлены у 36 % пациентов, среди них диагноз гипертонической болезни поставлен 29 % обследуемых, частота встречаемости ишемической болезни сердца составила 5 %. Фибрилляция предсердий диагностирована у 2 % обследуемых.

Псориатический артрит разной степени активности отмечен у 11 % пациентов.

Диагноз мочекаменной болезни имелся у 8 % обследуемых, а по данным ультразвукового исследования в 21 % случаев выявлен нефроптоз различной степени.

По результатам биохимического анализа крови дислипидемия диагностирована у 31 % обследуемого, у четверти пациентов (25 %) отмечена бессимптомная гиперурикемия. У 10 % обследуемых выявлена анемия неуточненного генеза.

Помимо того, двое обследуемых страдали бронхиальной астмой, у одной пациентки имелась миома матки.

По результатам полученных данных установлено, что пациенты до 40 лет в среднем имели 1–2 коморбидных состояния, тогда как к возрасту 60 лет количество сопутствующих патологий увеличивалось до 4–5. У одной пациентки было выявлено 6 хронических заболеваний. Более того, у пациентов, имевших коморбидности, отмечалась торпидность течения кожного процесса и резистентность к проводимой терапии. Важно отметить, что по результатам исследования только у 17 % пациентов не были выявлены сопутствующие патологии.

Выводы. Проведенный анализ установил, что псориаз у большинства пациентов ассоциирован с заболеваниями органов желудочно-ки-

шечного тракта (81%), эндокринопатиями (75%) и патологией системы кровообращения (36%), является участником их развития и дальнейшего течения, что приводит к негативному влиянию их друг на друга и необходимости учета этого фактора при выборе тактики проводимого лечения. Таким образом, персонифицированная терапия пациентов с псориазом при наличии у них коморбидных состояний должна быть направлена не только на регресс патологического кожного процесса, но и на корректировку метаболических нарушений.

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ЭКСПОСОМА НА ПАТОГЕНЕЗ АКНЕ

А.И. ЯКУБОВИЧ, А.Ю. ЧАЩИН, Е.Е. ВЕРШИНИНА

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Актуальность. Акне является одним из наиболее распространенных хронических воспалительных дерматозов. В последнее десятилетие отметается рост заболеваемости акне во всем мире, более раннее его начало и затяжное, а нередко длительное течение с поражением мужчин и женщин. Продолжается поиск патогенетических факторов заболевания. Предполагалось, что исследования в области экспосома создадут предпосылки для понимания связей между различными экзогенными факторами и заболеваниями, в том числе и акне, а также позволят установить самостоятельную значимость факторов среды в патогенезе болезней или характере их взаимодействия с генетическими факторами.

Цель исследования. Оценить влияние факторов экспосома на развитие акне у студентов медицинского университета.

Материалы и методы исследования. Проведено анкетирование студентов медицинского ВУЗа. В анкетировании приняло участие 312 человек.

Результаты исследования. Среди 312 опрошенных студентов, 94% отметили, что у них имеются проблемы с кожей в виде акне. 84% респондентов отметили, что комедоны на коже лица появляются у них довольно часто. Самой распространенной формой акне являлась папуло-пустулезная (72%). У 77% опрошенных на коже лица количество комедонов не превышало 10, у 13% их достаточно много, но не более 25 и лишь у 4% – практически на всей пораженной поверхности кожи (более 25). Проанализировав характер питания, студентов, страдающих акне, отмечено, что в качестве перекусов и основных приемов пищи используют фаст-фуд (43%), шоколад и печенье (23%), газированные напитки (8%). Данные продукты относятся к пище с высоким гликемическим индексом. Среди респондентов, страдающих акне, большое количество лиц также употребляло молоко и молочные продукты ежедневно (28%) и несколько раз в неделю (57%). Анализ характера сна и стресса показал, что средняя продолжительность сна у респондентов составляет 6–7 часов. Отход ко сну позднее 00:00 наблюдался у 87% лиц с акне.

Соблюдение рационального косметического ухода (этапы очищение, тонизация, увлажнение) показали, что состояние кожи у опрошенных, страдающих акне, улучшилось (37%), были улучшения, но не полный регресс высыпаний у 55%.

Выводы. Экспосом-факторы, включающие питание и психосоциальный образ жизни, могут влиять на течение и тяжесть акне путем взаимодействия с эпидермальным барьером, сальными железами, врожденным иммунитетом и микробиотой кожи. Кроме того, важное значение в развитии, обострении и поддержании заболевания играют пищевые факторы, такие как инсулиногенная пища, в первую очередь молочные продукты.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛАМЕЛЛЯРНОГО ИХТИОЗА

А.И. ЯКУБОВИЧ, А.Ю. ЧАЩИН, С.Э. ЯРЫЕВА, Е.Е. ВЕРШИНИНА

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Актуальность. Ламеллярный ихтиоз относится к группе аутосомно-рецессивного врожденного ихтиоза кожи и характеризуется тяжелым течением. До настоящего времени не существует эффективных методов лечения ихтиоза.

Цель исследования. Изучить особенности течения ламеллярного ихтиоза и ответа на медикаментозную терапию на протяжении шестнадцати лет.

Материалы и методы исследования. Были собраны данные пациента с ламеллярным ихтиозом за шестнадцать лет в историях болезней Клиник ИГМУ.

Результаты исследования. Больной, Ф., 28 лет, поступил в дерматологическое отделение Клиник ИГМУ в ноябре 2022 г. с диагнозом: «ламеллярный ихтиоз». Объективно при поступлении: патологический процесс на коже носил генерализованный характер, с поражением всего кожного покрова. Отмечалась субтотальная эритродермия, крупнопластинчатое шелушение с плотно сидящими роговыми чешуйками, особенно выраженное на ладонях и подошвах. Наблюдался эктропион и не резко выраженный экслабион. Имелась деформация ушных раковин. Волосяной покров на коже головы разрежен. Отмечено изменение ногтевых пластин. Сам пациент начало последнего обострения ни с чем не связывал. Со слов пациента, всю жизнь помнит себя с высыпаниями на коже, в первые годы с выраженной краснотой, напряженностью кожных покровов, в дальнейшем с усилением шелушения и спонтанно возникающими покраснениями и усилением шелушения. С 12 лет проходил курсы стационарного лечения в условиях Клиник ИГМУ. Проводилась противовоспалительная терапия с применением витамина А, наружная терапия с кератолитиками. Отмечалось значительное снижение выраженности эритродермии, уменьшение гиперкератоза. На ладонях и подошвах выраженной динамики отмечено не было. С 18 лет вместо витамина А начали применять Ацитретин по 40 мг в сутки. В процессе проводимого лечения наблюдался регресс эритродермии и ладонно-подошвенного гиперкератоза, однако сохранялись единичные проявления в области локтевых и коленных суставов. В последующие годы продолжалась положительная динамика, и Ацитретин назначался в меньшей дозе – 35 мг в сутки. В 2018 году в связи с невозможностью приобрести перестал принимать данный препарат. При обследовании в клинике в ноябре 2022 г. по результатам лабораторных исследований патологии не выявлено. По немедицинским показаниям ретиноиды не были назначены. Проводилась противовоспалительная терапия с применением витамина А, наружно назначались кортикостероиды с кератолитиками. В результате терапии сохранялась диффузная эритема и очаги гиперкератоза на ладонях, подошвах.

Заключение. При продолжительной системной терапии Ацетритином у наблюдаемого больного отмечалась выраженная положительная динамика ламеллярного ихтиоза. Назначение системных синтетических ароматических ретиноидов показало более быструю динамику разрешения кожного процесса и более высокую эффективность по сравнению с применением системного витамина А. Однако, представленный случай показал, что не всегда такие препараты являются доступными для данной категории больных, что безусловно негативно сказывается на качестве их жизни.

КОНГЛОБАТНЫЕ АКНЕ С ФОРМИРОВАНИЕМ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ И ПОСТАКНЕ НА ФОНЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА

А.И. ЯКУБОВИЧ, Н.Б. ПРИМАК

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Актуальность. Рубцовые изменения после акне являются значимой проблемой современной дерматологии и косметологии. Доказано, что именно эти изменения оказывают самое существенное влияние на психологический статус пациентов и их качество жизни.

Цель исследования. Представление клинического случая конглобатного акне тяжелой степени тяжести с образованием спонтанных келоидных рубцов и постакне на фоне диспластического синдрома.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилась пациентка, 22 лет, поступившая в дерматологическое отделение клиник ФГБОУ ВО ИГМУ в ноябре 2023 г. с диагнозом: Акне конглобатное 4 степени тяжести. Келоидные рубцы спонтанные и постакне на фоне сопутствующего заболевания: Врожденная дисплазия соединительной ткани. Двусторонний диспластический коксартроз 3 ст. Состояние после эндопротезирования правого тазобедренного сустава (2022 г.), НФС 3. Первичный полиостеоартрит с поражением мелких суставов кистей и крупных суставов. Rg-ст. 1. НФС 1.

Из анамнеза удалось выяснить, что появление жалоб на акнеформные высыпания впервые отметила на коже лица в четырнадцатилетнем возрасте. Постепенно высыпания распространились на кожу груди, спины, плеч. Высыпания имели папулопустулезный характер. С 16 лет отметила образование узлов до 1,5 см, а также образование келоидных рубцов на месте акне. С раннего детства пациентка страдает врожденной патологией соединительной ткани – диспластическим коксартрозом, вегетососудистой дистонией по кардиальному типу, синусовой тахикардией. Состоит на учете у ревматолога и кардиолога. В 2007 году был проведен металлосинтез левого тазобедренного сустава. В марте 2022 года было проведено эндопротезирование правого тазобедренного сустава, после чего отметила на послеоперационном шве появление

угреподобных узлов с трансформацией в келоидные рубцы.

Кожный процесс локализовался на коже лица, груди, спины, плеч и бедер. Высыпания располагались как изолированно, так и сгруппированно и были представлены множественными узлами 0,5–1,0 см багрово-синюшного цвета фолликулярного характера, полушаровидной формы. Преобладали множественные гигантские рубцы, значительно возвышающиеся над уровнем кожи, разной формы (округлой, линейной, неправильной). Их размеры от 1–2 см, цвет коричневато-фиолетовый, поверхность гладкая, плотная при пальпации. На коже груди и плечей рубцы сливались в более крупные очаги (округлые, линейные) размерами 3–5–7 см.

Проведена системная и наружная терапия:

Изотретионин 10 мг 1 капс 1 раз в день 11 дней;

Р-р. Бовгуалуронидаза азоксимер 3000 МЕ+2,0 мл 0,5% раствора новокаина 2 дня посредством внутрирубцового обкалывания;

Р-р. Бетаметазон Сусп/инъекц. 2 мг+5 мг/мл 2 дня; для внутрирубцового обкалывания;

Ихтаммоловый полукомпресс 1 раза в день на узлы 11 дней;

Р-р. 1% клиндамицина на все высыпания 11 дней.

Результаты исследования. На фоне лечения отмечалось улучшение со стороны кожного процесса: уплощение, размягчение и сглаживание контуров рубцов. После чего, пациентке было рекомендован прием изотретионина по 10 мг в сутки. Пациентка посещала на контрольные обследования у дерматолога через 1,5 и 3 месяца. За это время пациентка получила внутрирубцовые инъекции растворами Бетаметазона Сусп/инъекц. 2 мг+5 мг/мл №2 и Бовгуалуронидаза азоксимера 3000 МЕ+2,0 мл 0,5% раствора новокаина №7. Отмечена хорошая переносимость системного лечения и уменьшение субъективных ощущений стягивания и последующей положительной динамикой – уплощение и просветление в области рубцов практически схожего с участками кожи.

Выводы. В представленном клиническом случае следует отметить, что пациентка в течение 8 лет получала разнообразную дерматотропную терапию по месту жительства, однако тяжесть кожного заболевания усугублялась патологией соединительной ткани и последующими психологическими проблемами. Исходя из наличия сопутствующей патологии (диспластический синдром) проведенная терапия с использованием изотретионина в дозе по 10 мг в сутки оказалась в данной клинической ситуации оптимальной и эффективной, но требует дальнейшего наблюдения за пациенткой.

ИЗМЕНЕНИЕ МОТИВОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ОРДИНАТОРОВ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

А.И. ЯКУБОВИЧ, Н.Б. ПРИМАК

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Актуальность. Изучение динамики мотивов учебной деятельности ординаторов обусловлена необходимостью повышения эффективности образования в современных условиях.

Цель исследования. Изучить динамику мотивов учебной деятельности ординаторов, поступивших на первый год обучения.

Материалы и методы исследования. Для проведения исследования мотивации учебной деятельности использовались методика: «Изучение мотивов учебной деятельности студентов высших учебных заведений», авторы А.А. Реан, В.А. Якунин и индивидуальные беседы с ординаторами, принявшими участие в исследовании. В исследовании участвовали ординаторы первого года обучения кафедры дерматовенерологии и косметологии ИГМУ: 20 человек – в 2022 году; 22 человека – в 2023 году. Из предложенных в методике 16 мотивов, необходимо было выбрать пять наиболее значимых:

1. Стать высококвалифицированным специалистом.
2. Получить сертификат специалиста.
3. Успешно продолжить обучение на последующих курсах.
4. Успешно учиться, сдавать экзамены на «хорошо» и «отлично».
5. Устроиться на высокооплачиваемую работу.
6. Приобрести глубокие и прочные знания.
7. Быть постоянно готовым к очередным занятиям.
8. Не запускать изучение предметов учебного цикла.
9. Не отставать от сокурсников.
10. Обеспечить успешность будущей профессиональной деятельности.
11. Выполнять педагогические требования.
12. Достичь уважения преподавателей.
13. Быть примером для сокурсников.
14. Добиться одобрения родителей и окружающих.
15. Избежать осуждения и наказания за плохую учебу.
16. Получать интеллектуальное удовлетворение.

Результаты. Ведущий мотив, «Стать высококвалифицированным специалистом», занимал первое место на первом году обучения и сохранялся у всех ординаторов в динамическом наблюдении. 80 % и 77,3 % обучающихся желают обеспечить успешность своей работы за счет приобретения глубоких знаний в выбранной специальности. На третьем месте мотивов «устроиться на высокооплачиваемую работу» усматривалась тенденция к снижению количества ординаторов 2022-го года у 70 % респондентов до 59 % в 2023 году. Ординаторы в беседе уточняли, что полученные знания и навыки в ординатуре являются фундаментом их профессионального роста и залогом успеха в будущем. Тем не менее, уровень оплаты труда имеет весьма существенное значение, но претерпел довольно существенные изменения. Четвертое место объяснимо занимал мотив «получить сертификат специалиста» у 41 % обучающихся, против 50 % ранее регистрируемых. И пятое место занимает мотив «получения интеллектуального удовлетворения», такой выбор сделали 30 % ординаторов в 2022 году и 44,5 % обучающихся в 2023 году.

Положительная динамика усматривается в процессе учебы, что показывает процент увеличения «желающих учиться успешнее на кафедре и последующих циклах обучения»: с 15 % до 50 % и с 20 % до 27,3 % соответственно. Незначительно увеличился средний возраст обучающихся на нашей кафедре до 25,3 лет, в сравнении с 2022 годом – 25,1 год, что можно рассматривать в пределах погрешности. Безусловно, накладывает отпечаток на мотивацию учебной деятельности, тот факт, что многие из обучающихся проходят обучение в ординатуре, уже имея за плечами опыт работы в практическом здравоохранении и сертификат специалиста в другой области. При этом часть ординаторов, проходя обучение в ординатуре, продолжают работать причем не всегда по специальности дерматовенерология.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИКИ КРАПИВНИЦЫ

А.И. ЯКУБОВИЧ, В.С. ФАДЕЕВА

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Актуальность. Проблема аллергических заболеваний остается одной из актуальных в современной медицине. Количество больных, страдающих различными аллергическими реакциями, в том числе их кожными проявлениями продолжает увеличиваться. Отмечается тенденция и к увеличению количества аллергических дерматозов, в том числе среди детей. Аллергические состояния нередко сопровождают человека на протяжении всей жизни, часто утяжеляются в течении и переходят в хронические формы. Высока доля в этой группе заболеваний, принадлежит крапивнице, диагноз которой в большинстве случаев можно установить, опираясь на характерную клиническую картину. В настоящее время трудность диагностики заключается в том, что клиническая картина данного заболевания, особенно при хроническом течении, становится весьма вариабельной и требует дифференциальной диагностики, а невозможность выявить конкретный провоцирующий фактор не позволяет получить желаемый терапевтический результат.

Цель исследования. Определить распространенность крапивницы среди населения Иркутской области за 2021–2023 гг. и выявить особенности её течения.

Материалы и методы исследования. Проведен анализ статистических данных «Областного кожно-венерологического диспансера» г. Иркутска по первичным амбулаторным обращениям пациентов Иркутской области по основному диагнозу «крапивница» за период 2021–2023 гг.

Анализ полученных данных показал, что за взятый промежуток времени отмечалось волнообразное течение выявления заболеваемости крапивницей, в 2021 г. – 248 случаев, в 2022 г. – 195, в 2023 г. – 253 случаев обращений.

Анализ данных по возрастно-половому составу, выявил, что крапивница встречается у лиц женского пола в 2 раза чаще, чем лица мужского пола. За 2021 год – среди пациентов мужского пола было 88 обращений, что составляет 35,5 %, среди женщин 160, что составило 64,5 %, за 2022 год – среди мужчин 63 (32,3 %), среди женщин 132 (67,7 %), за 2023 год – среди мужчин 79 (31,1 %), среди женщин 175 (68,9 %).

Наиболее часто крапивница встречалась у лиц зрелого возраста (от 21 до 55 женщины и 60 лет мужчины). Доля их по годам имела тенденцию к снижению и составила соответственно по годам 69 %; 59 % и 55,1 %. Доля пациентов среди пожилого и старческого (от 56/61 до 90 лет) возраста была достаточно стабильной с некоторой тенденцией к снижению и составляла соответственно 14,1 %; 14,4 % и 12,2 %. При этом доля пациентов детского и юношеского возраста (от 1 года до 20 лет) имела тенденцию к неуклонному росту (в 1,9 раза), соответственно 16,9 %; 26,7 % и 32,7 %.

Касательно полового состава за все годы наблюдения преобладали женщины с тенденцией к увеличению, соответственно 64,5%; 67,7% и 68,9%.

Необходимо отметить также, что иногда имели место трудности в своевременной диагностике крапивницы из-за нетипичной клинической картины заболевания, когда врачи на первоначальных этапах обращения больного трактовали заболевание в основном как токсидермия, несвоевременно начатой соответствующей терапии и как следствие ее недостаточной эффективности, что в конечном итоге приводило к хронизации кожного процесса.

Выводы. Отмечается рост количества больных крапивницей среди пациентов детского и юношеского возраста (от 1 года до 20 лет), за исследованный временной период, количество обращений данной категории выросло в 1,9 раза. Кроме того, в настоящее время крапивница проявляется не только классической клинической картиной, но и приобретает атипичное течение, что требует более детального подхода к диагностике заболевания и дифференцированию с такими заболеваниями как токсидермия, уртикарный васкулит, центробежная кольцевидная эритема, кольцевидная гранулема и др., сопровождается трудностями терапии и имеет склонность к хронизации течения.

ВЕНЕРОЛОГИЯ

СЕРОРЕЗИСТЕНЛИК ҲОЛАТ (СР) КУЗАТИЛГАН ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА УМУМИЙ ОҚСИЛ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Қ.М. АБЗОИРОВ

Тошкент ш. Олмазор туманлараро 4-ТТК диспансери

Кириш. СР ҳолат кузатилган беморларда умумий оқсил миқдорини ўрганиш аҳамият касб қилади.

Тадқиқот мақсади. СР ҳолат беморлари қонида умумий оқсилни қўшимча даволаш олдидан кўрсаткичларни ўрганиш.

Материал ва текширув усуллари. Текширув 128 нафар СР ҳолат кузатилган беморлар қонида қўшимча даволаш олдидан амалга оширилди. Назорат гуруҳида 18 нафар соғлом одамлар бўлди.

Натижалар. Бирламчи ташхиси «бирламчи серопозитив захм» бўлган беморларда СР ҳолат кузатилганлар қонида умумий оқсил – 75,2+–1,2 г/л ни, «иккиламчи захм»да (44 нафар) – 76,4+–1,0 г/л ни, «эрта яширин захм» ташхисида (67 нафар) – 76,1+–0,7 г/л ни, «кечки яширин захм»да (8 нафар) – 77,1+–1,2 г/л ни ва «нейрозахм»да (2 та) умумий оқсил – 76,2+–0,7 г/л ни ташкил қилди (норма – 65–85 г/л), назорат гуруҳида – 72,6+–0,6 г/л (18 нафар).

Хулоса. Қилиб, шуни таъкидлаш мумкинки, бирламчи ташхис бўйича умумий оқсил миқдори захм инфекциясининг организмда қанча кўп вақт ҳукм сурса, шунча оқсил миқдори юқорилашган.

ЗАХМДА СЕРОРЕЗИСТЕНТЛИК ҲОЛАТ БЕМОРЛАРИ ҚОНИДА МОЧЕВИНА ВА КРЕАТИНИН КЎРСАТКИЧЛАРИ

Қ.М. АБЗОИРОВ

Тошкент ш. Олмазор туманлараро 4-ТТК диспансери

Кириш. СР ҳолат беморлари қонида азот қолдиқлари компонентлари – мочевина ва креатининни ўрганиш аҳамиятлидир.

Мақсад. СР ҳолат кузатилганида мочевина ва креатининни ўрганиш.

Материал. Мочевина 121 нафар, креатинин 119 нафар СР ҳолат қайд қилинган беморлар қонида текшириб ўрганилди. СР ҳолат беморларида қўшимча даволашгача олинган текширув умумий услублар асосида бажарилди.

Натижалар. Мочевинанинг миқдори бирламчи ташхиси «серопозитив захм»да – 5,1+–0,24 ммоль/л, икиламчи захмда – 5,2+–0,15 ммоль/л, эрта яширин захмда – 5,3+–0,15 ммоль/л, кечки яширин захмда – 5,8+–0,25 ммоль/л, нейрозахмда – 5,37+–0,25 ммоль/л кузатилди (норма – 2,5–8,3 иммол/л, назорат – 5,4+–0,2 ммол,л).

Креатинин бирламчи ташхиси – бирламчи серопотив захмда – 0,053+–0,002 ммоль/л, иккиламчи захмда – 0,057+–0,002 ммоль/л ни, эрта яширин захмда – 0,058+–0,002 ммоль/л ни, кечки яширин захмда – 0,061+–0,002 ммоль/л ни, нейрозахмда – 0,059+–0,002 ммоль/л ни кўрсатди (норма – 0,044+-0,1 ммоль/л, назорат гуруҳида – 0,039+–0,002 ммоль/л).

Хулоса. Қилиб, шуни таъкидлаш ўринлики, бирламчи ташхис қанча кечки захм формаси бўлган СР ҳолат беморларида азот қолдиқлари компонент-ларидан – мочевина ва креатинин миқдорлари инфекциянинг узоқ ҳукм суришига боғлиқ бўлди ва шу тариқа миқдори ошиб борди.

УРОГЕНИТАЛ ХЛАМИДИОЗНИ ДАВОЛАШДА ЛЕВОФЛОКСАЦИН ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

А.М. АБИДОВ

Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент ш.

Долзарблиги. Урогенитал хламидиоз атамаси ҳужайра ичидаги шартли микроорганизм Chlamydia trachomatis келтириб чиқарадиган касалликлар ва аломатлар гуруҳини англатади. ЖССТ маълумотларига кўра, бу энг кенг тарқалган жинсий йўл билан юқадиган инфекциялардан биридир. Аҳолида хламидия инфекциясининг частотаси 8–15 % ни ташкил қилади ва дунёда ҳар йили касалликнинг 90 миллионга яқин янги ҳолатлари қайд этилади.

Тадқиқот мақсади. Урогенитал хламидиоз билан ҳасталанган беморларни даволашда левофлоксацин дори воситасининг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материаллари ва усуллари. Урогенитал Хламидиоз ва уреамикоплазмоз ташхиси қўйилган ёши 21 дан 35 гача булган 34 нафар бемор эркак назоратда бўлди.

Clamydia trachomatis ташхиси уретра ажратмасини бактериоскопик, полимераз занжир реакцияси (ПЗР) ва кон зардобида ихтисослашган M ва G иммуноглобулинларнинг миқдорини аниқлаш ёрдамида қўйилди.

Урогенитал уреамикоплазмоз ташхиси уретра ажратмасини ЭД1 озиқ муҳитига экиш ва ПЗР ёрдамида текшириш орқали қўйилди.

Натижалар. Беморларнинг клиник анамнестик текширувларида қуйидагилар аниқланди: 33 (97 %) нафар беморда уретрада ва мояклларда оғрик, 28 (82,3 %) нафарида дизурия белгилари, 31 (91,1 %) нафарида уретрада ачишиш, қичишиш ҳисси, 26 (76,5 %) нафарида сексуал сусайиш (либидонинг кескин пасайиши) каби белгилар аниқланди.

Clamydia trachomatis моноинфекция шаклида фақат 3 (8,8 %) нафар беморда аниқланди. Қолган 12 (35,2 %) нафар беморда Ureaplasma urealyticum parvum, 9 (26,4 %) нафарида Mycoplasma genitalium ва 4 (11,7 %) нафари билан ассоциацияси аниқланди. Ureaplasma urealyticum parvum, Mycoplasma genitalium ва Mycoplasma hominis 5 (14,7 %) нафар беморда, 1 (2,9 %) нафар беморда Ureaplasma urealyticum T 960 штамми қайд этилди.

Беморларни комплекс давосида антибактериал дори воситаси сифатида таблетка шаклидаги 500 мг левофлоксацин (Целево) кунига 1 маҳалдан 10 кун мобайнида қўлланилди. Даволаниш даврида 33 (100 %) нафар беморда оғриқ симптомлари, 27 (96 %) нафар беморда дизурия белгилар йўқ бўлди. Беморларнинг 31 (100 %) нафарида даволаш муддатининг биринчи 3 кунида уретрадан ажратма тўхтади, 24 (92,4 %) нафарида эса сексуал (либидо) функция яхшиланди. Даволаниш жараёнида беморларнинг марказий асаб тизими, ошқозон-ичак тизими ва терисида ҳеч қандай ножўя таъсирлар (реакция) кузатилмади. Даводан сўнг 1 ой ўтгач 34 (94,1 %) нафар беморларда инфекцион қўзғатувчиларнинг элиминациясига эришилди. 26 (78,7 %) нафар беморларнинг жинсий жуфтлиги (конфронтация гуруҳи) текширилди ва даволанди.

Хулоса. Таблетка шаклидаги 500 мг левофлоксацин (Целево) дори воситаси урогенитал хламидиоз ва уреамикоплазмоз билан хасталанган беморларда самарали антибактериал дори воситаси сифатида амалиётда кенг қўлланиши мумкинлигини таъкидлаймиз.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

А.М. АБИДОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Врожденный сифилис остается одной из наиболее значимых проблем общественного здравоохранения, особенно в странах с недостаточно развитой системой здравоохранения. Несмотря на доступность диагностики и лечения, количество случаев врожденного сифилиса в мире продолжает расти. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно регистрируется более 350 000 случаев врожденного сифилиса, из которых значительная часть связана с отсутствием своевременного серологического обследования беременных женщин и неадекватным лечением. Современные методы профилактики направлены на совершенствование программ скрининга и внедрение более жестких протоколов лечения сифилитической инфекции у беременных женщин, что особенно важно для предотвращения передачи инфекции от матери к ребенку.

Цель исследования. Изучить и проанализировать эффективность современных методов профилактики врожденного сифилиса, а также

предложить улучшенные рекомендации для снижения уровня передачи сифилиса от матери к ребенку.

Материалы и методы исследования. Проведен систематический обзор и метаанализ данных за последние пять лет, включающий исследования по диагностике, профилактике и лечению врожденного сифилиса в разных странах. При этом, были проанализированы данные из 15 научных исследований, включающих свыше 50 000 беременных женщин, прошедших скрининг на сифилис на различных этапах беременности.

Результаты исследования. По литературным данным, в качестве методов диагностики широкое применение имеет серологическое обследование с использованием нетрепонемных тестов (RPR, VDRL) и трепонемных тестов (TPHA, FTA-ABS) на ранних сроках беременности и повторное тестирование в третьем триместре. Что касается методов профилактики, то применение пенициллиновой терапии для серопозитивных женщин, контроль эффективности лечения с использованием серологических тестов, а также мониторинг состояния новорожденных были наиболее частыми мерами по предотвращению развития заболевания.

Согласно данным систематического обзора, внедрение программ серологического скрининга на сифилис в первом триместре беременности привело к снижению частоты врожденного сифилиса на 20–50% в странах с развивающейся системой здравоохранения. При этом многократные тестирования на сифилис в первом и третьем триместрах доказали свою эффективность в снижении числа пропущенных случаев.

В странах с эффективной программой раннего серологического скрининга и своевременной пенициллиновой терапии уровень передачи сифилиса от матери к ребенку составляет менее 1%. Применение пенициллина на ранних стадиях беременности снижает риск передачи инфекции до 98%.

Ключевыми проблемами остаются недостаточное охват серологическим скринингом и недостаточная информированность медицинского персонала о современных стандартах лечения сифилиса. Страны, где программа скрининга не охватывает всех беременных женщин, продолжают фиксировать высокие уровни врожденного сифилиса (до 5%).

Выводы. Современные методы профилактики врожденного сифилиса включают обязательное серологическое обследование на сифилис на ранних сроках беременности и повторное тестирование в третьем триместре для своевременного выявления инфекции. Введение пенициллиновой терапии на ранних стадиях беременности является наиболее эффективным методом профилактики, который снижает риск передачи инфекции почти до нуля. Систематическое применение этих методов в рамках национальных программ общественного здравоохранения показало свою эффективность в снижении заболеваемости врожденным сифилисом в странах с развивающимися системами здравоохранения. Рекомендуется усиление контроля за соблюдением протоколов диагностики и лечения сифилиса у беременных женщин, а также внедрение образовательных программ для медицинских работников.

ВАССЕРМАНИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА

В.А. АБИШАЛА, Х.Р. ХАЛИДОВА, Д.Х. ДЖУМАНОВ

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

Введение. Вассерманизация беременных женщин является основным методом выявления сифилиса и, соответственно, методом профилактики врожденного сифилиса (ВС). Согласно приказа № 633 от 23,10.2017г. МЗ РУз для профилактики ВС обязательно обследуется кровь на сифилис в первой и во второй половине беременности двумя методами нетрепонемным и трепонемным тестами (НТТ+ТТ). Например, РМП в сочетании с одним из трепонемных тестов (ИХА, РПГА, ИФА).

Цель исследования. Изучить эффективность вассерманизации беременных на сифилис двумя методами одновременно НТТ+ТТ в районных лабораториях РУз.

Материалы и методы исследования. Материалом обследования послужили годовые отчеты областных филиалов ГУ «РСНПМЦДВиК» РУз за 2023 г., представленные в отдел организационно-методической работы и медицинской статистики Центра.

Результаты: По отчетным данным за 2023г. профилактическое обследование беременных женщин на сифилис проводилось в 193-х лабораториях, находящихся в районных ЛПУ РУз, из которых в 119-ти (61,7%) обследование беременных проводят двумя методами одновременно (НТТ+ТТ). РМП в комплексе с иммунохроматографическим методом (ИХА–антиТР) ставилась в 98-ми районных лабораториях, с

реакцией пассивной геммаглютинации (РПГА) в 16-ти районных лабораториях, с иммуноферментным анализом (ИФА) в 5-ти районных лабораториях, В остальных районных лабораториях (38,3%) обследование беременных проводится с использованием одного отборочного (скрининг) НТТ – реакции микропреципитации (РМП).

Низкая профилактика ВС отмечается в областях: Ферганской (52,0%), Джизакской (72,1%), Навоийской (76,0%).

В 14 районных лабораториях Кашкадарьинской области обследование беременных проводится только при помощи – РМП. Интенсивный показатель выявления сифилиса среди беременных на 100 000 населения составил – 0,11 (по РУз – 0,4). В Бухарской области из 11-ти районов только в Алатском и Бабкентском применяется РМП в сочетании с ИХА, интенсивный показатель выявления сифилиса среди беременных на 100 000 населения составил – 0,1.

В районных лабораториях Ташкентской области: вассерманизация двумя тестами (НТТ+ТТ) составляет 100%, интенсивный показатель выявления сифилиса среди беременных на 100 000 населения составил – 0,7. В РКК вассерманизация беременных двумя методами составляет – 98,5%, интенсивный показатель выявления сифилиса среди беременных на 100 000 населения составил – 1,2.

Заключение. Таким образом, профилактическое полноценное обследование на сифилис беременных, вставших на учет, имеет первостепенное значение для ранней диагностики, своевременного лечения сифилиса и, соответственно профилактики врожденного сифилиса.

ПРОФИЛАКТИКА ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ

М.И. АДИЛЬГЕРЕЕВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Введение. Вирус папилломы человека (ВПЧ) – это группа ДНК-содержащих вирусов с более чем 200 генотипами, разделяющихся на низко- и высокоонкогенные типы. Высокоонкогенные штаммы, такие как ВПЧ 16 и 18, ассоциируются с раком шейки матки и другими видами рака, в то время как низкоонкогенные типы вызывают доброкачественные новообразования, такие как генитальные бородавки. Основной метод профилактики – вакцинация, которая предотвращает инфицирование высокоонкогенными штаммами.

Актуальность. ВПЧ остается одной из самых распространенных инфекций, передающихся половым путем, особенно в развивающихся странах, где доступ к вакцинации ограничен. Несмотря на широкое использование вакцин, заболеваемость ВПЧ-ассоциированными заболеваниями продолжает расти, что требует дальнейших исследований и совершенствования профилактических мер.

Цель исследования. Определить ключевые аспекты профилактики заболеваний, ассоциированных с вирусом папилломы человека, включая актуальность проблемы, классификацию и эффективность вакцин, а также их доступность в развивающихся странах.

Методы исследования. Проведен анализ литературы из баз данных *PubMed*, *Cochrane Library* и *NCBI* за последние 10 лет. Рассматривались исследования, посвященные вакцинации и скринингу ВПЧ-ассоциированных заболеваний, а также методы профилактики. Сравнивались различные подходы к профилактике, включая вакцинацию, барьерные методы контрацепции и поведенческие изменения.

Результаты исследования. Существует три основных типа вакцин: двухвалентные (*Cervarix*), четырехвалентные (*Gardasil*) и девятивалентные (*Gardasil 9*). Девятивалентная вакцина обеспечивает самую широкую защиту от различных штаммов ВПЧ, но из-за высокой стоимости она менее доступна в странах с ограниченными ресурсами. Четырехвалентные и двухвалентные вакцины предлагают эффективную защиту, но их спектр действия ограничен. В развивающихся странах наиболее оптимальным вариантом является четырехвалентная вакцина, которая обеспечивает хорошую защиту при меньших затратах. Программы вакцинации доказали свою эффективность, снижая заболеваемость ВПЧ-ассоциированными раками на 50–60% в течение 10–15 лет.

Выводы. Профилактика ВПЧ-ассоциированных заболеваний, особенно через вакцинацию, является приоритетной задачей для снижения заболеваемости и смертности. Важно поддерживать программы вакцинации и учитывать экономические ограничения, чтобы выбрать наиболее эффективные и доступные вакцины.

ИЗМЕНЕНИЕ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА

Г.А. ИСМАИЛОВА, Ф.Б. МИРОДИЛОВА

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Рецидивирующая герпетическая инфекция, многократно повторяющаяся в течение многих лет, с интенсивными болями, зудом и жжением, дизурическими расстройствами, диспареунией приводит к бессоннице, невротическим состояниям, расстройству нормальных семейных отношений. Широкая распространенность заболевания, разнообразные варианты герпесвирусной инфекции, его устойчивость к терапии традиционными противовирусными препаратами и длительное течение заставляют исследователей обращать внимание на причины, как правило, приводящие к развитию герпесвирусной инфекции и обусловливающие ее персистирование.

Цель исследования. Изучение иммунной реактивности у больных рецидивирующим генитальным герпесом, в процессе комплексной терапии ацикловиром, глицирризином и индуктором интерферона гозалидоном.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 больных РГГ в возрасте от 18 до 50 лет, в том числе мужчин было 24, женщин – 26.

Больных разделили на 2 группы. Первая группа больных (30 человек) получала традиционное лечение, включающее эпизодическую терапию: ацикловир, 200 мг внутрь 5 раз в день в течении 7 дней, витамины С, группы В, наружно анилиновые красители, ацикловир, крем 3%. Пациенты второй группы (30) получали комбинированную патогенетическую терапию ацикловиром, раствором глицирризина, 20 мл внутривенно 10 дней и гозалидоном 0,1 г внутрь 2 раза в день 2 циклами по 3 дня с интервалом в 3 дня, наружно мегосин, мазь 3% (эпизодическая терапия). Эффективность лечения оценивали по сокращению длительности рецидива, увеличению сроков ремиссии, а также по показателям иммунного статуса.

Результаты исследования. Как показали исследования, для больных с РГГ было характерно снижение относительного и абсолютного содержаний CD3+; CD4+, индекса CD4+/CD8+, фагоцитарной функции нейтрофилов.

Анализ полученных иммунограмм пациентов с РГГ после примененных методов лечения, показал, что средние относительные значения CD3+ лимфоцитов после лечения комплексной терапией повысились относительно исходных показателей, причем, при легкой форме РГГ приближались к контрольным значениям.

У больных, леченных традиционной терапией, уровень CD3+ клеток не отличался от таковых исходных при среднетяжелой форме и был ниже исходных показателей у больных РГГ с легкой и тяжелой формами.

Абсолютное число CD3+ лимфоцитов при терапии обоими методами у больных с легкой формой стало ниже относительно исходных и приближалось к контрольным показателям. У больных среднетяжелой и особенно тяжелой формами РГГ, получавших традиционную терапию, абсолютные значения этих клеток подвергались еще большей супрессии, нежели у леченных комплексной терапией. Относительные значения СД4 лимфоцитов подвергались значительному восстановлению у всех пациентов с РГГ, получавших комплексную терапию. Традиционная терапия не оказывала существенного влияния на эту популяцию лимфоидных клеток.

Абсолютные значения CD4+ клеток практически не отличались от исходных у пациентов с легкой и среднетяжелой формами РГГ, леченных комплексной терапией, тогда как у пациентов с тяжелой формой при применении этой терапии статистически были значимо выше исходных показателей. Существенные сдвиги в относительных показателях CD8+ лимфоцитов при применении обоих видов терапии не отмечались.

Лишь у больных с легкой формой РГГ, получавших традиционную терапию, эти показатели в статистически значимых пределах подвергались ингибиции по отношению к исходным и данным контроля у здоровых. Подобная динамика наблюдалась и в отношении абсолютных значений CD8+ лимфоцитов. Соотношения CD4+/CD8+ клеток у всех больных с РГГ, получавших комплексную терапию повышались статистически значимо от исходных значений, и приближались к показателям практически здоровых лиц. Вместе с тем, при применении традиционной терапии иммунорегуляторный индекс был значительно ниже контрольных показателей. Оба вида терапии способствовали восстановлению значений CD 22+ клеток. При этом коррекция их показателей у всех больных с РГГ в выраженной степени происходила при применении комплексной иммуномодулирующей терапии.

Как показали наблюдения, применение индуктора интерферона гозалидона и глициррина, как в составе эпизодической, так и в составе продолжительной профилактической терапии у больных РГГ, отразилось как на проявления частоты и тяжести рецидивов, так и на качество жизни пациентов в целом.

ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА

М.А. МИРСАИДОВА, Х.Х. ФАЙЗИЕВА

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

В последние годы отмечается учащение осложненных форм эрозивно-язвенных заболеваний гениталий. По данным зарубежных авторов, в мире наиболее распространенными этиологическими агентами эрозивно-язвенных поражений гениталий являются сифилис, мягкий шанкр, венерическая лимфогранулема, донованоз, острая язва вульвы Чапина Липщютца, в частности Болезнь Бехчета, диагностика которого предоставляет немало важные трудности в раннем периоде данного заболевания.

Часто неправильная и несвоевременная диагностика данных заболеваний приводит к неадекватной терапии и впоследствии к грозным осложнениям вплоть до летального исхода.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная А.Н. 1999 г.р., обратилась в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз 17.10.2023 с жалобами на наличие болезненных эрозивно- язвенных образований в области гениталий, во рту. Со слов пациентки заболевания началось 3 месяца назад с периодическим появлением высыпаний во рту, потом на коже гениталий. По поводу чего лечилась по месту жительства, в частных клиниках, постоянно получала лечение у гинекологов. Точный диагноз за данное время не был выставлен, эрозии и язвы не заживлялись, приносили немало дискомфорта во время еды и также наблюдалось общее недомогание, субфебрильная температура. При анамнеза выяснилось ухудшение зрение. При обращении в КВД по месту жительства были назначены только наружные средства, которые практически не дали эффекта. Из-за неэффективности проводимого лечения пациентка самостоятельно пользовалась мазями, примочками. Отмечала ухудшение процесса, наблюдались боли в суставах, повышение температуры тела, после чего направлена в РСНПМЦДВиК

Со стороны обследованных клинических, микробиологических, морфологических, что является обязательным в постановке диагноза, и инструментальных исследований больной выставлен диагноз Болезнь Бехчета.

Больной было назначена ГКС преднизалон по схеме, местное лечение в том числе с фотодинамическим лазером АЛТ Восток сроком на 10 дней, с последующим продолжением лечение под наблюдением врача дерматовенеролога, окулиста, ревматолога, так как данное заболевание имеет полиорганную патологию

Тактика правильного и своевременного диагностирование заболевания позволяет до максимума ускорять начало необходимость эффективного лечения Болезни Бехчета.

НАРУШЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ

М.А. МИРСАИДОВА, М.Т. АЛИШЕВА

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

Введение. Генитальный кандидоз является одной из частых причин нарушения репродуктивной функции, и влияющий на качество жизни женщин, а также этиологическим фактором анте- и интранатального инфицирования плода. Важную роль в хронизации кандидозной инфекции генитального тракта играет нарушение местной антиинфекционной защиты влагалища и системного иммунитета, что определяет необходимость разработки новых патогенетически обоснованных подходов к терапии данной патологии с учетом сопутствующих урогенитальных инфекций и иммунных нарушений. На сегодняшний день диагностика кандидоза остается проблематичной, так как определение вида гриба и его чувствительность к антимикотикам затратный и долгий процесс и занимает более 7-8 дней. Известно, что кандидоз возникает при нарушенной микрофлоре, и логично не определив его вылечить инфекцию трудно. Изучение состава микробиоты: определение каждой бактерии путем бактериологического посева, во-первых, дорого, и занимает время (7-9 дней). Лечение также не основывается данным этиопатогенетических факторов, и ограничивается только антимикотическим препаратом не подтвержденным вида гриба и чувствительности к какому именно антимикотику, что дает неполное излечение и впоследствии возникают рецидивы. Изучение вульвовагинального кандидоза, на сегодняшний день считается

актуальной и своевременной в связи частыми рецидивами, со сложностью иденцифицирования сочетанных с ними ИППП, и трудностью в лечении. Необходимо использовать терапевтические схемы, предполагающие устранение или ослабление воздействия факторов возникновения, персистенции и прогрессирования заболевания. Это позволит наиболее правильно подобрать этиотропное лечение и достичь скорейшего положительного результата с ускорением репаративных процессов в вагинальном биотопе. Важную роль в хронизации кандидозной инфекции генитального тракта играет нарушение местной антиинфекционной защиты влагалища и системного иммунитета, что определяет необходимость разработки новых патогенетически обоснованных подходов к терапии данной патологии с учетом сопутствующих иммунных нарушений.

Материалы и методы исследования. В РСНПМЦДВиК были обследованы 22 женщин возрасте от 22 до 47 лет, с диагнозом «Хронический вульвовагинальный кандидоз». У всех пациентов были жалобы на выделения из половых путей, жжение и зуд. Данные пациенты в течении несколько лет получали лечение, но от лечения отмечали кратковременный эффект. У 17 пациентов отмечались рецидивы заболевания 3-4 раза в год. В основном все пациенты получали лечение в виде курсовых доз Флуканазола. При объективном осмотре в гинекологических зеркалах: выделения были у всех пациенток белого цвета, творожистого характера, стенки влагалища были гиперэмированы, отечны.При кольпоскопическом исследовании у 10 больных была выявлена эрозия шейки матки, ацетобелый эпителий, йоднегативная зона, у остальных пациенток кольпоскопическая картина была в пределах нормы. Для определения вида гриба проводили ПЦР «Микозо-скрин». Микозо-Скрин – это анализ для выявления и типирования возбудителей грибковых инфекций рода Candida, Malassezia, Sacchromyces и Debaryomyces полимеразной цепной реакцией с детекцией результатов в режиме реального времени; полуколичественный мультиплексный анализ в препаратах, полученных из биологического материала человека.Так как дисбиоз влагалища и уменьшение количества лактобактерий усугубляет течение кандидоза и дает частые рецидивы, всем пациенткам были проведены следующие обследования: для исследования условно-патогенной микрофлоры (УПМ) использование ПЦР тест-системы «Фемофлор-16» качественной и количественной оценки дисбиоза влагалища. Учитывалось присутствие УПМ и ее количество и количество лактобактерии по отношению к общей бактериальной массе (ОБМ). (табл. 2). Из таблицы видно, что только у 3 больных отмечается нормоценоз, у остальных 17 пациентов отмечается отсутствие лактобацилл и нарушение микробиоценоза влагалища с выявлением тех или иных бактерий. Группы микроорганизмов разделены на следующие виды: 1. Факультативно-анаэробные микроорганизмы: 2. Облигатно- анаэробные микроорганизмы 3. Дрожжеподобные грибы Candida spp. 4. Микоплазмы Mycoplasma hominis Ureaplasma (urealyticum + parvum) 5. Патогенные микроорганизмы: Mycoplasma genitalium

Вывод. Таким образом, развитие вульвовагинального кандидоз – многофакторный процесс, в котором определенную роль играют как свойства дрожжевых грибов, так и различные нарушения вагинальной микрофлоры, которые способствуют развитию воспалительного процесса и рецидивированию УГК, что создает немалый дискомфорт пациенткам, и соответственно требует дальнейшего более детального и углубленного исследования данной патологии с учетом нарушений в микрофлоре и местного иммунитета влагалищного биотопа. Из этого следует, что для достижения лучшего терапевтического эффекта лечение УГК, который развивается на фоне нарушения вагинальной микрофлоры, должно быть комплексным, направленным не только на грибковую, но и на бактериальную условно-патогенную микрофлору, что может обеспечить лучший терапевтический эффект и предотвращение рецидивов заболевания. В дальнейшем применение противогрибковой терапии в сочетании с комплексными препаратами широкого спектра действия, направленными на устранение дисбиотических нарушений микрофлоры влагалища способствует нормализации вагинальной микробиоты, в последствии к достоверному снижению рецидивов УГК у исследуемых женщин.

ИММУНОДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНЫХ КАНДИДОЗОВ У ЖЕНЩИН

Ф.Н. НУРАЛИЕВ

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии, г. Ургенч, Узбекистан

Кандидозная инфекция не передается от больного к здоровому, но возникновение этой инфекции приводит к серьезным медицинским и экономическим последствиям. Кроме того, трудности представляет ранняя диагностика, лечение и прогноз исхода заболевания, а также состояние иммунного статуса обследуемых.

Данное исследование выполнена в Хорезмской и Бухарских областях. В исследовании приняли участие 135 женщин с диагнозом урогени-

тальный кандидоз в возрасте от 19 до 59 лет, из которых 73 были постоянными жительницами Хорезмской и 62 – Бухарской областей.

Обследованные пациентки были разделены на 2 группы с учетом клинико-микробиологических аспектов заболевания (Елинов Н.П., 2000):

1-группа (основная группа) – женщины с истинными кандидозами (n=39), *Candida spp.* высевалась в виде монокультуры (>1x10^4 КОЕ/мл);

2-группа (группа сравнения) – женщины, у которых наблюдалось появление истинного кандидоза в сочетании с дисбиозом влагалища (n=96), здесь *Candida spp* >1x10^4 КОЕ/мл, патогенные и УПМ >1x10^9 КОЕ/мл;

3-группа (контрольная группа) – 20 практически здоровых женщин, у которых в анамнезе не наблюдался урогенитальный кандидоз.

Анализ результатов исследования гуморального иммунитета показал, что концентрация основных иммуноглобулинов в сыворотке крови были достоверно выше у женщин основной группы по сравнению с данными женщин контрольной группы. В частности, установлено, что уровень IgA в 1,30 раза достоверно выше в основной группе пациентов по сравнению с контрольными показателями (P<0,05). Также наблюдалась тенденция к повышению концентрации IgM. Уровень IgG у пациенток значительно отличался, в 1,95 раза от данных женщин контрольной группы (P<0,001). Повышение концентрации иммуноглобулинов основных классов в сыворотке крови указывает на наличие воспалительного процесса в организме, пусковые механизмы этого процесса имеют микробную природу.

Анализ уровня IgE показал, что у пациенток его уровень в 6,59 раза превышает показатели контрольной группы (P<0,001), что свидетельствует о наличии сильного аллергического фона у обследованных женщин с урогенитальным кандидозом.

Концентрация основных иммуноглобулинов (IgA, IgM, IgG) в сыворотке крови, обеспечивающих гуморальный иммунитет иммунной системы организма, была достоверно выше значений контрольной группы в обеих сравниваемых группах.

Вывод. Таким образом, при оценке иммунного статуса женщин, больных урогенитальным кандидозом, достаточно определить только гуморальные иммунные факторы без определения клеточного иммунитета, эти показатели достаточны для оценки иммунного статуса.

ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА

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

Введение. Дистрофические заболевания вульвы (ДЗВ) представляют собой обширную группу заболеваний в основе которых лежит дезорганизация коллагена, вызванная различными причинами. В большинстве ДЗВ протекают доброкачественно, но в ряде случаев могут приводить к злокачественной трансформации тканей вульвы и влагалища. В связи с этим, вопросы профилактики ДЗВ неразрывно связаны с профилактикой рака гениталий. Kiyohara T. et all. (2013) считают дистрофию вульвы иммуноопосредованным заболеванием. Одной из особенностей функционирования иммунной системы у женщин с дистрофическими заболеваниями вульвы являются закономерные изменения параметров Т-клеточного звена иммунитета, проявляющиеся достоверным падением уровня CD3/4+ Т-лимфоцитов (хелперы/индукторы) и CD3/19+ В-лимфоцитов (Chang J.C., 2013). Изучение баланса наиболее значимых цитокинов у пациенток со склероатрофическим лихеном вульвы (САЛВ) показало разнонаправленные изменения цитокинового профиля в зависимости от формы САЛВ (Колесникова Е.В., 2019). Иммунологические нарушения при ДЗВ находятся на стадии изучения и пока не вполне ясно, какими именно факторами они вызваны. Одной из причин иммунологических нарушений могут являться вирусные инфекции урогенитального тракта. В связи с этим целью наших исследований явилась оценка содержания основных цитокинов сыворотки крови у пациенток с ДЗВ, протекающих на фоне вирусных инфекций.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 22 пациентки с ДЗГ в возрасте от 38 до 60 лет, у которых были выявлены герпесвирусные и/или папилломавирусные возбудители. Проводилось определение количественного содержания провоспалительных цитокинов – α-ФНО, γ-ИНФ, ИЛ-2 и ИЛ-6, ИЛ 18 с помощью ИФА.

Результаты и обсуждение. При исследовании уровней провоспалительных цитокинов у пациенток с ДЗГ содержание ФНО-α в сыворотке крови было достоверно повышено по отношению к значениям контрольной группы. Он составил 32,1 ± 3,4 пг/мл, что было в 5,5 раза выше контрольных значений (p<0,001). Изучение γ-ИНФ

в сыворотке периферической крови больных с ДЗГ позволило выявить достоверное повышение данного показателя в этой группе пациенток по сравнению со значением контрольной группы. Так, концентрация γ-ИНФ в среднем у больных с ДЗГ составила 30,8 ± 2,9 пг/мл, тогда как в контрольной группе 8,5 ± 1,9 пг/мл, что достоверно различалось между собой ($p < 0,05$). При этом содержание γ-ИНФ в группе пациентов с ДЗГ было повышено в 3,6 раза по сравнению с данными контрольной группы. При сравнительном анализе содержания ИЛ-2 и ИЛ-6 в сыворотке крови между средними значениями исследуемых групп больных и контрольной группы обнаружено достоверное их повышение в группе пациентов с ДЗГ. Так, сывороточный уровень ИЛ-2 был повышен в группе больных ДЗГ в 4,7 раза по сравнению со значением контрольной группы: 30,2 ± 2,9 пг/мл и 6,3 ± 0,8 пг/мл соответственно. Содержание ИЛ-6 было достоверно повышено в 4,3 раза по сравнению с контрольной группой, что в среднем составило: 19,8 ± 3,2 пг/мл и 4,6 ± 0,8 пг/мл соответственно.

Изучение ИЛ 18 в сыворотке периферической крови больных с ДЗГ позволило выявить достоверное повышение данного показателя в этой группе пациенток по сравнению со значением контрольной группы. Так, концентрация ИЛ 18 в среднем у больных с ДЗГ составила 56,7 ± 4,3 пг/мл, тогда как в контрольной группе 16,2 ± 0,9 пг/мл, что достоверно различалось между собой. При этом содержание ИЛ 18 в группе пациенток с ДЗГ было повышено в 3,5 раза по сравнению с данными контрольной группы. Следовательно, зарегистрировано достоверное повышение среднего значения ИЛ 18 в группе больных. Увеличение содержания указанных цитокинов может отражать присутствие вирусной инфекции в организме, а также их прямое или опосредованное участие в запуске аутоиммунных реакций. В отношении ИЛ-2 имеется ряд публикаций, касающихся его пруригенных свойств, и в этом смысле его повышение будет знаменовать усиление зуда. Поскольку ИЛ-18 участвует в активации цитотоксических Т-лимфоцитов, НК-клеток, макрофагов, дендритных клеток и способствует формированию эффективного противоинфекционного и противоопухолевого иммунного ответа (Jablonska E. et al., 2006; Kito T. et al., 2003), его повышение может характеризовать состоятельность иммунологических реакций у пациенток с ДЗГ

Всем обследованным пациенткам была назначена иммунотерапия иммуномодулирующим препаратом с противовирусным действием Виферон, содержащий интерферон альфа 2β рекомбинантный человеческий 500 000ЕД в виде ректальных суппозиториев, 2 раза в сутки в течение 10 дней. Также терапия сопровождалась нанесением мази Виферон 2 раза в сутки после проведения однократно в день санации влагалища раствором бетадин 1:10.

По завершении терапии была проведена оценка содержания изучаемых цитокинов и было зафиксировано статистически достоверное снижение цитокинов α-ФНО, γ-ИНФ, ИЛ-2 и ИЛ-18 относительно исходных показателей и относительно показателей контрольной группы. Контрольное тестирование на присутствие вирусной (ВПГ, ВПЧ) инфекции показало в 62,0 % случаев их негативацию в ПЦР-анализах и снижение титров специфических антител класса М в результатах ИФА. Также у всех пациенток отмечался выраженный клинический эффект от проведенной терапии, что характеризовалось значительным снижением и исчезновением зуда, чувства стягивания и ползания мурашек, вульводинии. Объективно отмечалось восстановление кожного рисунка, активная гиперемия в очагах склероза, заживление трещин и эрозивных участков.

Таким образом, сочетанное применение препаратов рекомбинантного человеческого альфа 2 β интерферона в виде ректальных свечей и мази Виферон способствовало не только противовирусному эффекту, но и клинико-иммунологической реабилитации у пациенток с ДЗГ и может быть рекомендовано для перспективного использования.

КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ У ЖЕНЩИН

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ

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

Введение. Остроконечные кондиломы (ОК) гениталий продолжают оставаться одной из важных проблем современной венерологии, во многом из-за разнообразных последствий, к которым приводит внедрение вируса папилломы человека (ВПЧ). Как и многие инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) помимо клинических особенностей, данное заболевание сопровождается целым рядом эпидемиологических вопросов, решение которых будет способствовать сокращению рецидивов заболевания. В первую очередь, это вопросы, связанные с источником заражения

и путями распространения вируса. От правильного выявления источника инфекции напрямую зависит результативность лечебных мероприятий. Избежать рецидивов ОК и, следовательно, повторных процедур, связанных с деструкцией, это задача, связанная как с психологическим комфортом пациента, так и с репутацией врача, гарантирующего качество проводимой терапии. К сожалению, на сегодняшний день обеспечить полное излечение от кондилом и последующего носительства ВПЧ, который может рецидивировать при малейшем ослаблении иммунитета, весьма сложно. В связи с чем выявление причин и факторов, способствующих осложненному течению остроконечных кондилом (кровотечение, нагноение, бурный рост, рецидивирование) должно способствовать более эффективному лечению.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 87 пациенток с диагнозом: остроконечные кондиломы гениталий, обратившихся в РСНПМЦДВиК в возрасте от 18 до 54 лет. Все пациентки были обследованы поэтапно, что включало в себя анкетный опрос, ИФА на наиболее распространенные ИППП и ВИЧ, общеклинические анализы, микробиологичекое исследование, ПЦР диагностика, иммунологические исследования. Кольпоскопическое исследование проводилось до начала терапии и после нее на кольпоскопе SW-3303 с увеличением 1х40 и 1х60. Цитологическое исследование мазков с экзо- и эндоцервикса проводилось по методике Папаниколау ((Pap-smear-test) Пап – мазок).

Результаты и обсуждение. Давность заболевания ОК менее 2-х месяцев наблюдалась у 51 (42,5 %) обследованных больных, более 2-х месяцев – у 49 (40,8 %), более 1 года – у 20 (16,7 %) женщин. В общей группе пациенток, по результатам проведенных общеклинических исследований было выявлено: в 18 случаях ускорение СОЭ до 17-25 мм/ч, у 29 женщин отмечалось снижение показателей Hb (87–100 г/л), у 15 отмечалась эозинофилия (от 5-7 %), в 11 случаях выявлена лимфоцитопения от (15 до 26 %), у 21 пациентки отмечался незначительный лимфоцитоз. Клинические проявления ОК гениталий чаще всего локализовались в областях, которые травмируются во время полового акта, либо по ходу обильных выделений из половых путей, и были представлены в основном фиброэпителиальными образованиями на поверхности кожи и слизистых оболочках с тонкой ножкой или широким основанием, имеющих вид единичного узелка или множественных эпителиальных выростов, напоминающих «петушиные гребни» или «цветную капусту». В большинстве случает имели место экзофитные папиллярные, плоские и остроконечные формы кондилом. Основная локализация высыпаний была в области возможной мацерации, складках вульвы, малых и больших половых губ, на слизистой влагалища и шейки матки, в лобковой и перианальной области, реже в области клитора, наружного отверстия уретры, паховых складках. При сборе клинического анамнеза, пациентки указывали на субъективные беспокойства, которые выражались в виде зуда и чувства жжения, болезненности 67 (77,0 ± 4,5 %). Интенсивный рост ОК отмечен у 62 (71,3 ± 4,9 %). Площадь ОК, суммарно превышающая 5 см² отмечена у 52 (59,8 ± 5,3 %), обильные выделения из половых путей молочно-белого цвета, творожистого или гноевидного характера у 68 (78,2 ± 4,4 %), расположение ОК на шейке матки – у 29 (33,3 ± 5,1 %), расположение ОК по ходу выделений из половых путей – у 69 (79,3 ± 4,3 %), кровоточивость кондилом – у 18 (20,7 ± 4,3 %). Наличие остроконечных кондилом на шейке матки выявлено у 29 (33,3 ± 5,1) пациенток. Среди пациенток с ОК отмечался высокий процент 2-го (57,5 ± 0,41 %) и 3-го (34,5 ± 0,39 %) типов ПАП-мазка, что указывает на вовлеченность в воспалительный процесс слизистой шейки матки и делает контингент пациенток с ОК потенциально уязвимым в отношении развития возможных диспластических процессов в перспективе при отсутствии необходимой терапии и мониторинга.

Помимо генитальных проявлений ПВИ у пациенток также отмечались кожные очаги ВПЧ другой локализации у 17 (19,5 ± 4,3 %) женщин, в виде – бородавок, папиллом, кератом, доброкачественных невусов, что указывает на изначальное присутствие ВПЧ в организме и согласно литературным данным, может стать источником самозаражения и кофактором роста ОК. Нагноение кондилом отмечалось у 11 (10,3 ± 3,3 %) женщин, рецидивы ОК отмечались у 52 (59,8 ± 5,3 %). Значительная выраженность симптомов и осложнений ОК имели место у пациенток с микст-инфицированием урогенитального тракта.

Выводы. Таким образом, ряд клинических симптомов и показателей, таких как, анемия, лимфоцитопения, интенсивный рост кондилом, площадь их распространения свыше 5 см², обильные выделения из половых путей, нагноение и кровоточивость, зуд в области высыпаний, вовлечение в патологический процесс шейки матки, наличие других очагов ВПЧ, сопутствующие инфекции урогенитального тракта являются основными клиническими признаками осложненного течения ОК, и возможных рецидивов. В связи с этим, объем и длительность терапии таких пациенток могут быть расширены, что наряду с устранением возможных триггеров заболевания послужит более эффективной элиминации вируса.

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, Н.Н. ИЛЕСОВА

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

Актуальность. Склероатрофический лихен вульвы (САЛВ) – это хронический воспалительный доброкачественный дерматоз, характеризующийся очаговой дистрофией кожи и слизистых с преимущественной локализацией на половых органах. Этиопатогенез дерматоза все еще до конца не изучен, но прослеживается роль аутоиммунизации, травматизации, воздействия раздражающих веществ, аллергенов, вирусных инфекций, а также метаболических расстройств. В 12% случаев прослеживается генетическая предрасположенность. По гистологическим признакам выделяют ранний и поздний САЛВ. В последние годы для оценки морфофункциональных характеристик кожи в очаге поражения, а именно влажности, эластичности и жирности, а также для оценки локализации, распространенности, цвета, консистенции и характера высыпаний используется малоинвазивный метод диагностики на аппарате MultiSkin Test с помощью насадок себуметра, корнеометра и кутометра. Целью настоящего исследования явилась оценка состояния кожи и слизистых у пациенток со склероатрофическим лихеном вульвы до и после проводимой терапии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 60 пациенток в возрасте от 18 до 75 лет с диагнозом склероатрофический лихен вульвы. Давность заболевания варьировала от 1-го года до 12-ти лет. Всем пациенткам было проведено подробное клинико-анамнестическое наблюдение, дерматоскопия, кутометрия, корнеометрия, себуметрия и мексаметрия на аппарате MultiSkin Test Center MC 1000 до и после лечения.

Результаты исследования. Всех пациенток 60 (100%) беспокоил интенсивный зуд половых органов преимущественно в ночное время. У 45 (75%) наблюдаемых пациенток, отмечалась болезненность, у 38 (63,3%) парестезии, у 52 (86,7%) сухость, чувство стягивания, у 28 (46,7%) депрессия, у 34 (56,7%) нарушение сексуальной функции и у 50 (83,3%) нарушение сна.

Дерматоскопическая картина зависела от стадии и длительности заболевания. Так, у 18 (30,0%) пациенток с длительностью заболевания в год в прогрессирующей стадии превалировали эритематозный венчик, телеангиоэктазии, роговые пробки, у 26 (43,3%) пациенток в стационарной стадии были роговые пробки и бесструктурные зоны белого цвета и у 16 (26,7%) пациенток в регрессирующей стадии были бесструктурные зоны белого цвета, отсутствие телеангиоэктазий и роговых пробок.

По результатам проведения корнеометрии, кутометрии, себуметрии и мексаметрии у пациенток влажность до лечения составляла 25,2 у.е., а после лечения 28,7 у.е.; жирность – до лечения 29 у.е., после лечения – 32,8 у.е.; эластичность – до лечения 27,7 у.е, после лечения 32,1 у.е., пигментация – до лечения 28,1 у.е., после лечения – 32,6 у.е.

Всем пациенткам было проведено комплексное лечение, включавшее антибактериальную, противовирусную, противокандидозную терапию в зависимости от выявленного возбудителя, ферментные препараты, а также малоинвазивные методы лечения, такие как мезотерапия ниацинамидом, фототерапия с 5-аминолевулиновой кислотой и аутолипофилинг. При наличии микстинфекции и раздражающих кожу и слизистые выделений, производилась санация половых путей раствором хлоргексидина биглюконата (0,05%) или повидона йодида (10%-ный водный раствор в разведении 1:10) с последующим смазыванием раствором фукорцина.

В результате проведенной терапии отмечался хороший клинический эффект (прекращение зуда и жжения, эпителизация микротрещин и эрозий, восстановление текстуры кожи, гиперемия в области побелевших участков) и негативация выявленных возбудителей.

Выводы. Таким образом, морфофункциональные характеристики кожи, измеряемые при помощи современных неинвазивных аппаратных методик подвергались цифровизации и претерпевали положительную динамику в процессе проводимого лечения.

Данные методы могут быть использованы для более частого мониторинга и сравнительной оценки различных методов лечения, а также позволяют снизить психологический дискомфорт от часто используемых инвазивных методов обследования.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОБЛОТТИНГА В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

Х.Р. ХАЛИДОВА, В.А. АБИШАЛА, Х.Т. ИСРАИЛОВ

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

Введение В настоящее время имеется широкий спектр методов диагностики сифилиса, среди которых высокоэффективным подтверждающим тестом является иммуноблоттинг. Ему отводится особая роль особенно при получении неоднозначных результатов скрининговых и других подтверждающих тестов на сифилис.

В иммуноблоттинге (ИБ) на сифилис применяются четыре рекомбинантных антигена – аналоги иммунодоминантных белков TmpA, 47, 17 и 15 кDa *T. Pallidum*, позволяющие избегать гипердиагностику сифилиса.

В лабораторной практике централизованной серологической лаборатории (ЦСЛ) с 2023г. в качестве диагностического подтверждающего теста на сифилис внедрен ИБ, позволяющий выявить в биоматериале антитела к отдельным антигенам *T. Pallidum.*

Цель исследования. Оценить эффективность ИБ в исследовании образцов сывороток крови, полученных от пациентов с подозрением на сифилис, обратившихся в клинику ГУ «РСНПМЦДВиК» МЗ РУз.

Материал и методы исследования. 65 сывороток, полученных от пациентов, обратившихся в кабинет анонимного обследования (КАО) и клинику ГУ «РСНПМЦДВиК» МЗ РУз, предварительно обследованных методом РМП, РПГА РИФ (200, абс).

Иммуноблоттинг (ИБ) выполнен с использованием тест-системы «Лайн-Блот Сифилис» ЗАО «ЭКОлаб» с выявлением антител классов Ig M и Ig G. Постановку проводили в соответствии с требованиями инструкции для данной тест-системы.

Результаты исследования. Было проведено исследование 65 спорных образцов одновременно на наличие Ig G и Ig M к отдельным антигенам *T. Pallidum*

Из протестированных образцов тест-системой «Лайн-Блот Сифилис» Ig G 10 образцов (15,4 %) показали отрицательный результат, 53 (81,5 %) – положительный, 2 (3,1 %) – неопределенный.

При исследовании тест-системой «Лайн-Блот Сифилис» Ig M все 65 сывороток крови (100 %) показали отрицательный результат.

Из 65 проанализированных образцов методом РИФ (200; абс) – 4 (6,1 %) показали отрицательный результат (отсутствие суммарных антител *T. Pallidum*), 61 (93,9 %) – слабоположительный результат (РИФ 200 2+; абс 3+).

Далее были сопоставлены итоговые результаты всех 65 образцов в обеих тест-системах «Лайн-Блот Сифилис».

По результатам ИБ 10 (15,4 %) образцов оказались отрицательными, в них не были обнаружены антитела IgG и IgM. 53 образца (81,5 %) – положительными, выявлены только IgG.

Заключение. Использование ИБ для исследования 65 образцов позволило исключить неопределенность результатов исследований на наличие антител к *T. Pallidum.* Показана высокая диагностическая эффективность тест-системы «Лайн-Блот Сифилис». Иммунноблоттинг используется в комплексной диагностике сифилиса в качестве специфического трепонемного теста для углубленного исследования при неубедительных результатах скрининговых и подтверждающих тестов.

ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАР ОРАСИДА «ГЕНИТАЛ УЧУҚ»НИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, Қ.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Кириш. Ўзбекистонда «Генитал учуқ» касаллигининг эпидемиялогиясини ўрганиш катта аҳамият касб этади. Чунки бу патологик ҳолатлар ўзига хос асоратлар туғдиради.

Тадқиқот мақсади: 2019–2023 йиллар (COVID-19 пандемияси ва ундан сўнгги даврларда) оралиғида ЖАОЮКлар турларига кирувчи «Генетал учуқ»нинг тарқалишини ўрганиш.

Материал. Сифатида РИДВ ва КИАТМ маркази қошидаги статистика бўлимининг йиллик ҳисоботлари қўлланилди.

Натижалар: Ўзбекистонда ,,герпес'' вирусларни аниқлаш тўлиқ йўлга қўйилган ва аниқланиш даражаси вилоятларига турлича.

2019 йили «генитал учуқ» Республикада ҳар 100000 аҳолига – 11,2 ни, 2020 йилда эса аниқланиш даражаси бироз пасайиб – 8,1 ни ташкил қилди. 2021 йилда эса аниқланган «генитал герпес» миқдоран ўсиб – 9,1 га тенг бўлди.

Пандемиядан сўнгги 2022 йилда интенсив кўрсатгич – 9,2 ни ташкил қилса, 2023 йилда ҳар 100000 аҳолига 8,9 ни ташкил қилди.

Хулоса ўрнида шуни таъкидлаш лозимки, «генитал учуқ» бўйича Ўзбекистонда эпидемиологик жараёнга COVID-19 панидемиясининг ўзига хос таъсири кузатилди, аниқланиш даражасига ўз таъсирини ўтказди.

ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ КРОВИ (ЛПБСР) И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАННЕТОВ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА, И.Б. НУРМАТОВА

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

Введение. В практике венерологии серологические реакции крови являются основными в постановке диагноза сифилиса но иногда отмечаются случаи «ложноположительных биологических сероreакций» (ЛПБСР). При этом для дифференциации необходима своеобразная тактика врача.

Материал и методы исследования. В диагностике сифилиса в настоящее время из сероreакций применяются: реакция Вассермана с трепонемным и кардиолипиновым антигенами, микрореакция 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.

ГОНОРЕЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 77 ЛЕТ (с 1946 по 2023 год)

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ

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

Гонорея, как древнее заболевание среди различных ИППП занимает особое место.

Заболеваемость гонореи за 77 лет в Узбекистане за период с 1946 г. по 2023 г. 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 обще-

стве, 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, 2022 г. – 8,6, а в 2023 году отмечен снижение до – 7,6.

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 77 ЛЕТ (с 1946 по 2023 год)

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ

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

Введение. В венерологии изучение эпидемиологической ситуации сифилиса имеет важное значение.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической ситуации по сифилису в Республике Узбекистан за период с 1946 по 2023 гг.

Материалы и методы исследования. Нами ретроспективно анализирована заболеваемость сифилисом за 77 лет от республиканских годовых «9 SSV» отчетных форм.

За 77-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 77 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, а в 2023 году увеличен до 8,9.

Таким образом, заболеваемость сифилисом за 77 лет в Узбекистане в зависимости от социальных ситуаций в стране колебалась и это связано с сохранением диспансерного принципа работы.

ЖЕЛУДОЧНЫЙ СОК ПРИ ГАСТРОЛЮЕСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Ш.Т. ГАНИЕВА, 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 сероreакциях: РВ с кардиолипиновым и трепонемным антигенами, микрореакции, из специфических реакций – РИБТ, РИФ-200, РИФ-абс. Клинические проявления и сероreакции 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 содержаниютоне 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.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА (ССС) У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСО

К.А. ЮЛДАШЕВ, И.Б. НУРМАТОВА, 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 значение.

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.

Результаты исследования. 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.

ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИО У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА, И.Б. НУРМАТОВА

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 лечени.

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-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 до1,76 ± 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.

СОСТОЯНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Введения. При сифилисе могут поражаться ЛОР орган и но встречаются редко.

Материалы и методы исследования. 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, нужно помнить, что у больных преимущественно вторичным сифилисом имеются различного рода изменения со стороны ЛОР-органов.

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Введение. В венерологии серорезистентность при сифилисе является актуальной проблемой.

Цель исследования. Изучить состояние ликвора у больных серорезистентным сифилисом.

Методы и методы исследования. Нами изучены причинные факторы у 110 больных с серорезистентностью при сифилисе. Первично был определен: вторичный сифилис – у 9 больных и скрытый – у 101 больного. Из них мужчин составило – 65, женщин – 45. Возраст колебался от 19 до 71 года.

Результаты исследования. В результате изучения причинных факторов в возникновении серорезистентности нами было выявлено следующее:

– позднее выявление сифилиса, т.е. чем больше в организме существует сифилитическая инфекция, тем выше шанс развития серорезистентности;

– в поздние сроки начатое лечение и проводимая терапия без учёта персистенции бледной трепонемы;

– самостоятельное лечение и частная терапия различными средствами без учёта состояния гематоэнцефалического барьера;

– различные (соматические) патологии внутренних органов, влияющие на позитивность серологических реакций крови;

– повышенное состояние эндогенной интоксикации организма;

– применение различных антибиотиков в недостаточных дозах без учёта плацентарного барьера у беременных;

– неправильная интерпретация «ложноположительных серологических реакций» крови у обследованных;

– не учитывание при проведении терапии других форм микст-инфекций (ИППП нового поколения).

МОНООКСИГЕНАЗНАЯ СИСТЕМА (МОС) ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Введение. В венерологии изучение состояния функций печени у больных сифилисом во время беременности имеет важное значение.

Цель исследования. Изучить состояние монооксигеназной системы (МОС) печени у беременных женщин с сифилисом.

Материалы и методы исследования. Изучение МОС печени у 53 больных сифилисом (у 24 – вторичный, у 29 – скрытый ранний) проведено до и после специфического лечения. Серологическая картина соответствовала общему течению сифилиса. Монооксигеназная система пече-

ни 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.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА 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. При скрытом сифилисе своевременное выявление сифилитического поражения нервной имеет отношение к профилактике более поздних специфических изменений.

Цель исследования. Изучить состояние ликвора и нервной системы у больных ранним скрытым сифилисом.

Материал и методы исследования. Под 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 мм3, а у 2 цитоз отмечен до 13 клеток в 1 мм3 увеличение 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 (до40 %) 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.

ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИЙ (ЛПБСР) КРОВИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА, И.Б. НУРМАТОВА

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

Введение. В венерологии встречаются случаи ЛПБСР крови. При этом необходимо провести дифференциальную диагностику с сифилисом.

Цель исследования. Изучить причинных факторов, приводящих к ЛПБСР и интерпретировать их.

Материал и методы исследования. 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 позитными: 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 %, хроническийпиелонефрит – 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.

К ВОПРОСУ СКРЫТОГО РАННЕГО СИФИЛИСА

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, М.К. КОМИЛЖОНОВА, И.Б. НУРМАТОВА

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

Введение. Причинных факторов регистрации раннего скрытого сифилиса многообразны. По нашему мнению, имеет место как первично бессимптомное течение сифилитической инфекции, так и некачественное, неполноценное проведённое лечение, а в некоторых случаях самолечение. Причин длительного бессимптомного течения сифилиса окончательно не выяснены. По мнению большинства авторов, при этом возникает иммунологическое равновесие между макро- и микроорганизмом. Важным аспектом в диагностике и обследовании больных скрытым ранним сифилисом является исключение специфических висцеропатологий и нервной системы.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные клинико-анамнестических, серологических, иммунобиохимических, ликворологических и инструментальных исследований у 386 больных скрытым сифилисом, находившихся на стационарном лечении в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУЗ. Мужчин было 214, женщин – 172. Возраст больных составил от 18 до 69 лет. Из них: больных до 20 лет – 40, от 21 до 30 лет – 162, от 31 до 40 лет – 80, от 41 до 50 лет – 48, от 51 до 60 лет – 36, от 61 и старше – 20 человек. Позитивность серологических реакций крови отмечалась: в реакции Вассермана с кардиолипиновым антигеном в 89,6 % случаях, трепонемным антигеном – 87,3 %, микрореакции в 93,3 %, РИФ-200 и абс – в 92,4 %, РИБТ – в 90,1 %.

Результаты исследования. Следует отметить, что скрытый ранний сифилис не всегда остаётся скрытым, так как при тщательном обследовании больных можно определить различные отклонения со стороны внутренних органов и систем:

– из 386 больных ранним скрытым сифилисом в 92 случаях отмечены отклонения со стороны неврологического статуса; – из 54 больных при обследовании ликвора в 48 случаях выявлено патологическое состояние различной степени;

– при обследовании сердечной деятельности у 98 больных скрытым ранним сифилисом в возрасте 20–50 лет в 44,1 % случаев выявлены признаки аортита и в 31,2 % случаев – поражение миокарда;

– биохимические показатели указывающие на состояние функции печени (общий белок, креатинин, мочевина, билирубин, глюкоза и др.) до лечения были снижены или увеличены, но после проведённой дополнительной специфической терапии нормализовались;

– исследование состояния клеточного иммунитета показало, что количество Т-лимфоцитов в среднем было снижено до 78 % от контрольных величин, отмечалось снижение относительного количества Т-хелперов в среднем на 13 % и увеличение уровня Т-супрессоров на 9 %. Кроме того, отмечалось увеличение циркулирующих иммунных комплексов в среднем в 1,3 раза.

Выводы. Резюмируя, нужно отметить, что у больных скрытым ранним сифилисом при тщательном обследовании можно выявить различные отклонения со стороны висцеральных органов, нервной системы, применяя чувствительные серореакции в крови, а также инструментальные исследования.

ЛИКВОР У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИС

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, К.М. АБЗОИРОВ

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

Введение. Для определения поражённости нервной системы широко применяется чувствительный метод – исследование ликвора. Нужно отметить, что в ликворе больных с серорезистентным сифилисом указывается на поражение сифилисом нервной системы, и это является причиной развития серорезистентности.

Цель исследования. Изучение состояния ликвора у больных с серорезистентностью при сифилисе и оценка патологического состояния.

Материалы и методы исследования. Ликвор исследовали у 38 больных с серорезистентным сифилисом в возрасте от 26–45 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.

ПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, С СИФИЛИСОМ

К.А. ЮЛДАШЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА, И.Б. НУРМАТОВА

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 см^2 (в контроле – 331,4 ± 23,4 см^2). Объем плаценты был меньше – 680,2 ± 85,1 см^3 (в контроле 776,9 ± 82,1 см^3). Масса плацентарной ткани была больше и составила 589,1 ± 32,7 гр. (в контроле 550,1 ± 35,7 гр). Поверхность плаценты была дряблой, ломкой и неровной. Масса родившихся детей от больных сифилисом женщин в среднем составила – 3646,4 ± 21,7 гр (в контроле 3560,7 ± 100,1 гр). Плодово-плацентарный коэффициент отмечен 5,86 ± 0,21 и был уменьшенным (в контр 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.

ЧУВСТВИТЕНОСТЬ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА

К.А. ЮЛДАШЕВ, В.А. АБИШАЛА, Х.Р. ХАЛИДОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ

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 ре-

зультата при отсутствии специального оборудования и специальных навыков; высокая чувствительность по сравнению с РМП и сопоставимая специфичность с РИБТ и РИФ; возможность получения ложноположительных результатов.

СУБЫКТИВНЫЕ РАСТРОЙСТВА СО СТОРОНЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ СИФИЛИС

К.А. ЮЛДАШЕВ, Н.К. КУРБАНОВА, К.К. ЮЛДАШЕВ

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

Введения. Изучение состояниа нервной системы У ЛИЦ, перенесщих сифилис имеет знание.

Цель исследования. Изучение клинико – неврологических паказателей у лиц, перенесших сифилис.

Материал и методы исследования. Подвергнуты 221 лицо, леченых по повуду сифилиса. По диагнозам распределились: первичный серопозитивный – у 21, вторичный свежий – у 27, вторичный рецидивный – у 77, скрытый ранний – у 72, скрытый поздный – у 24 человек. Возраст обследованных составлял об 17 до 60 лот.

Из Серологических реакции кров обследованных пазитивными были: РВ сК/а – у 10,5%, РВ ст/а – у9,9% микрореакция – у 21,4%, РИБТ – у 56,7%, РИФО – 83,3% и РИФ – абс – 93,2%.

Результаты: У обследованных лиц в 11,7% случаях отличены: Головные боли, в 5,9% случаях головокружение, в 5,9% отлечени жалобы неврологического хорактера, в 3,2% случаях было снижения настроения, расстройство сна отлечено в 32 случях, чувство тревоги – в 2,3%, онемение в руках – 3,2%, раздражительность отмечена – в 18%, Шум в ушах – в 1,4%, снижениа слуха – в 3,7.

Вывод. Таким образом, у обследованиых перенесщих сфилис отлечены субьективные рассройства астено – невролигечско характера.

ЗНАЧЕНИЕ АУДИО МЕТРИИ ПРИ СИФИЛИСЕ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Д.Х. ЖУМАНОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЙЕВ

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

Введение. Слуховой анализатор может вовлекаться даже на ранних стадиях сифилиса. Аудиологические тесты способны выявить дайя ранние изменения слухового анализатора.

Материалы и методы исследования. Аудиометрия была проведена у 64 больных; у 18 – диагностирован первичный и у 46 – вторичный сифилис. Диагнозу ставновлен на основании клинических проявлений и результатов серологических исследований крови. Обследованные были в возрасте от 17–53 лет; мужчин были 34, женщин – 30. Возраст их контрольной группы; от 17–20 лет. Аудиометрия больным сифилисом заключалась в проведении тональной, пороговой и надпороговой аудиметрии, ультразвукового исследования порога с определением ультразвука по общепринятой методике.

Результаты исследования. 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 больних аудиологические исследования.

СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ СИФИЛИТШАСКОЙ ИНДЕКЦИИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, Ш.Т. ГАНИЕВА, Д.Х. ЖУМАНОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙИДСОЛИЕВ

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

Введение. 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 21 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 зернистый гиперпластический гастрит. Из 57 больны вторичным рецидивным – 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 %) – обнаружена язва, у 4 (7,0 %) – эрозия, у 2 (3,5 %) отмечен рубец.

Из 28 больных данним 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 методоми в желудке может выявить специфические изменения специфического генеза.

ЛИКВОР И НЕЙРОСИМТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ (НС)

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Введение. Ликвор и нейросимптоматика у больных нейросифилисом (НС) имеет важное значение в диагностике и выбора тактики специфического лечения НС.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились – 17 больных нейросифилисом (12 мужчин, 5 женщин) в возрасте 25–50 лет. Диагноз устанавлен на основании серологических реакций крови, клинических проявлений а такие исследованием ликвора. Серологические реакции включили: КСР, РИБТ (реакция иммобилизации бледных трепонем), РИФ (реакция иммунофлюоресценции) – РИФ-200 и РИФ-абс в ликворе РИФ-ц. Клинические проявления соответствовали общему течению сифилиса. Исследования ликвора включали: цитологические, биохимические и серологические методы. Состояние ликвора оценивали соответственно классификации Робустова Г.В. усовершенствованной Фришманом М.П. (1975 г.).

Результаты. При цитологическом и биохимическая исследованиох 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 глобилиновор Панди в 14 случаях была позитивной по (1+) и в 3 случаях (2+) Р, Нонне-Апельта – в 13 случаях по (1+), а в 3 случаях – по (2+). КСР варьировала от (2+) до (3+)У 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 ДИФ-ц было – у 2 больных сомнительной, а у остальных 12 позитивность была – (3+; 4+). Таким образом, к I – типу патологии ликвора 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: гори-

зонтальный нистагм – у 3, парез лицевого нерва – у 1, повышение сухожильных рефлексов – у 14, симптомы ЯкобсонЛаска – 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.

ПЕЧЕНЬ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ У КРОЛИКОВ

К.А. ЮЛДАШЕВ, О.К. МАНГИТОВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Изучена морфологическая картина печени у экспериментально зараженных сифилиса 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

Забиты через 7 дней в печени кроликов, забитых после заражения, наблюдалась зернистая дистрофия с узелковыми инфильтратами, состоящими из лимфоидных и гистиоцитарных клеток. В этой группе кроликов изменения печени носили невыраженный характер.

Через 21 дней забитых в печени кроликов, после заражения, изменения были более выраженными. Отмечалась вакуолизация и жировая дистрофия в цитоплазме. Единичные клеимели 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.

Через 35 дней забитых в печени кроликов, кроме вышеуказанных изменений, по ходу капилляров печени отмечались узелки, состоящие из «звездчатых» эндотелиоцитов, богатых хроматином и лимфогистиоцином. Таким образом, у экспериментально зараженных сифилисом кроликов обнаружена изменения в печени, зависят от длительности существования сифилитической инфекции, и являются анологичными изменениями, выявляемыми в других органах.

ЗАХМДА ЖИГАРНИНГ МОНООКСИГЕНАЗ ТИЗИМИНИНГ 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 барча тизими ва ички аъзолар фаолиятларининг бузилишлари кузатилади ва ушбу органларда патологик ўзгаришлар кузатилади. Ушбу сабабларни ҳисобга олган холда жигарнинг монооксигеназ тизими (МОТ)ни ўрганиш аҳамиятли ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади. Захмнинг турли босқичларида жигарнинг (МОТ) монооксигенез тизим ҳолатини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Материал ва текширув усуллари. 45 нафар захмнинг турли босқичларидаги беморларда жигарининг МОТ 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 Т1/2 даври 20,08 ± 1,06 соатга, эрта яширин захмда Т1/2 даври 15,4 ± 0,32 га ва серорезистент захмда Т1/2 даври – 11,8 ± 0,43 соатга тенг бўлди. Бу ҳолат назорат гуруҳи (10,7 ± 0,37 соат) нисбатан Т1/2 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. со-

атга, эрта яширин захмда 24,0 ± 080 мл/кг.соат ва серорезистент захмда – 11,8 ± 0,43 мл/кг. соатга пасайганлиги аниқланди.

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 чиқишга ундайди.

ЗАХМДА ЭНДОГЕН ЗАҲАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, А.К. МАНГИТОВ, М.Р. МАХСУДОВ, Ж.Қ. РУСТАМОВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК;
Тошкент вилоят ҳудудий филиали

Кириш. Ҳозирда захмда турли патогенетик ҳолатларни ўрганишларга қарамасдан, янгидан янги муаммолар кузатилмоқда. Маълумки, захмнинг турли босқичларида организмда бузилишлар кузатилади. Бу эса организмда бир қанча биокимёвий жараёнларнинг патологик томони ўзгаришига сабаб бўлади. Натижада, катаболизмнинг кучайиши ва эндоген токсинларнинг зарарсизлантиришда етишмовчиликларни ривожлантирувчи махсус бўлмаган синдром сифатида қаралаётган эндоген заҳарланишга олиб келади.

Текшириш мақсади. Захм беморлари қонида даволашдан олдин ва кейин эндоген заҳарланиши 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 ёшда 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 ЎМП0,305 ± 0,002лар микдори назорат гуруҳига (ЭСХ29,08 ± 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 ЭСХ31,3 ± 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.

ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИХЕ РЕАКЦИИ КРОВИ (ЛПБСР)

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ, М.К. КОМИЛЖОНОВА

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

Введение. В венерологии серологические реакции крови являются основными в постановке диагноза сифилитической инфекции. Иногда отмечаются случаи «ложноположительных биологических сероreакций» (ЛПБСР).

Материал и методы исследования. 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 РПГА.

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 положи-

тельных 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.

ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАР ОРАСИДА «ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР»НИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, Қ.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Кириш. ЖАОЮК «Туркумига кирувчи «ўткир учли кондилома»лар аниқланиш даражасини Ўзбекистонда ўрганиш аҳамиятлидир, чунки бу касаллик ўзига хос саломатликка таъсир қилади.

Тадқиқот мақсади. 2019–2023 йиллар орасида (COVID-19 ва ундан кейин) «ўткир учли кондилома»лар аниқланиш даражасини ўрганиш.

Материал. Марказда статистик бўлим томонидан тайёрланган йиллик ҳисоботлар қўлланилган йиллик ҳисоботлар.

Натижалар. «Ўткир учли кондиломалар» вирусли ЖАОЮИ туркумига кириб, 2019 йилда Ўзбекистонда ҳар 100000 аҳоли ҳисобича 7,4 га, 2020 йилда интенсив кўрсатгич бир оз камайиб 6,5 га тенг бўлди. 2021 йилда ЎУК лар бўйича интенсив кўрсатгич – 7,0 бўлиб кузатилди. 2022 йилда COVID-19 пандемиясидан сўнг, касаллик бироз юқорироқ бўлиб – 8,2 га тенг бўлди. 2023 йилда ЎУК бўйича интенсив кўрсатгич – 7,4 га тенглашди.

Хулоса тариқасида шуни таъкидлаш мумкинки, COVID-19 пандемияси ЎУК аниқланиши даражасига ўзига хос таъсир қилди. Бу ҳолатни эътиборга олиш лозим.

ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАРДА ҚЎТИРНИ АНИҚЛАНИШ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, Қ.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Кириш: Қўтир касаллиги ҳам ЖАОЮК туркумига кириб, унинг тарқалишини ўрганиш аҳамиятли ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади: Ўзбекистонда 2019–2023 йиллар орасида Қўтир касаллиги аниқланишини ўрганиш ҳисобланди, чунки 2019–2021 йилларда COVID-19 пандемияси ва ўтган (2022–2023 й.) даврни ўз ичига олади.

Натижалар: 2019 йилда Ўзбекистонда Қўтир касаллигини аниқланиш даражаси ҳар 100000 ахоли ҳисобига – 19,3 ни ташкил қилди. 2020 йилда Қўтирнинг аниқланиши бироз пасайиб – 15,2 ни, 2021 йилда Қўтир касаллигини интенсив кўрсатгичи бир оз юқорилашиб – 16,9 ни ташкил қилди. Бу кўрсатгичлар Қўтир касаллигинг бўйича COVID-19 пандемияси даврида кузатилди. 2022 йилда Қўтирнинг аниқланиши интенсив кўрсатгичда 16,5 га, 2023 йилда эса кўрсатгич ўсиб – 19,2 га тенг бўлди.

Хулоса тариқасида, ушбу жараённи қайд қилишимиз ўринли, Ўзбекистонда Қўтир касаллигининг аниқланишида COVID-19 пандемиясининг таъсири ўзига хос кузатилди ва пандемиядан кейинги даврда яна ўз ўрнига тушди албатта, бунга ахолини мурожаатларини ва лаборатор диагностиканинг ривожига таъсирини қайд этиш лозим.

ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАРДАГИ ТРИХОМОНИАЗ БУЙИЧА ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Кириш. Венерологияда ЖАОЮКларнинг эпидемиологик ҳолатини ўрганиш аҳамиятлидир. Трихомониаз Республикамизда кенг тарқалган касалликлардан ҳисобланади.

Тадқиқот мақсади. COVID-19 пандемияси даврида (2019–2021 й.) ва ўтган кейинги (2022–2023 й.) вақтида трихомониазнинг Республикада тарқалишини ўрганиш.

Материал бўлиб РИДВ ва КИАТМ марказ қошидаги ҳисобот бўлимидаги йиллик кўрсатгичлари қўлланилди.

Олинган натижалар. 2019–2023 йилларда трихомониазни турли вилоятларда аниқланишда одамларнинг мурожаати, лаборатория ишчиларининг моҳирлиги малакаси аҳамият касб қилади.

2019 йили Ўзбекистонда трихомониаз интенсив кўрсаткичда 49,6 ни, 2020 йилда эса аниқланиш даражаси пасайиб – 27,9 ни, 2021 йилда трихомониазни аниқланиши бир оз ўсиб – 37,6 га етди. Бу 3 йил COVID-19 пандемиясига тўғри келди.

Бу даврдан сўнг 2022 йил интенсив кўрсатгич трихомониаз бўйича Ўзбекистонда – 36,8 га ўсди ва 2023 йили трихомониаз аниқланиш даражаси янада пасайиб – 34,9 ни ташкил қилди.

Хулоса қилиб, шуни таъкидлаш ўринлики, Республикамиз миқёсида трихомониаз аниқланиши COVID-19 пандемияси таъсири остида ўзгарувчанлиги кузатилди. Бунда, албатта, мурожаат учун беморларнинг камайиши ва лаборатор диагностиканинг сифатига боғлиқдир.

ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАРДА «УРЕАПЛАЗМОЗ» КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА КЎРСАТГИЧЛАРИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Кириш. Венерологияда «янги авлод» туркумига кирувчи ЖАОЮКлардан – уреаплазмозни тарқалишини ўрганиш аҳамиятли ҳисобланган.

Тадқиқот мақсади. 2019–2023 йилларда «уреаплазмоз» касаллиггини эпидемиологик ҳолатини ўрганиш бўйича COVID-19 пандемияси даври (2019–2021 й.) ва ўтган сўнги йиллар (2022–2023 й.) киритилган.

Материал сифатида. 2019–2023 йиллар орасида РИИАТДВК марказида тайёрланган уреаплазмоз бўйича ҳисоботлар хизмат қилиш.

Натижалар. 2019 йилда «уреаплазмоз» касаллигининг аниқланиши ҳар 100000 аҳолига 5,8 ни (бу COVID-19 пандемиянинг 1-йили), 2020 йилда бироз пасайиб – 4,7 ни ташкил қилди.

Пандемиядан сунгги 2021 йилда «уреаплазмоз» касаллиги бироз ўсди ва 6,8 га тенг бўлди. 2022 йилда уреаплазмоз инфекциясини аниқланиши – 7,1 га ва 2023 йилда интенсив кўрсатгич – 6,9 га тенглашди.

Хулоса. Қилиб шуни таъкидлаш ўринлики, COVID-19 пандемияси «уреаплазмоз» касаллиги эпидемиологик ҳолатига ўз таъсирини ўтказди. Бу ҳолат барча ЖАОЮИлар таркалишига, аниқларишига таъсири кўзатилди.

ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАРДА ХЛАМИДИОЗНИНГ ТАРҚАЛИШ ҲОЛАТИ

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, Қ.К. ЮЛДАШЕВ, У.М. ХАЙДАРАЛИЕВ

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

Кириш. ЖАОЮИ ичида «янги авлод» деб юриладиган хламидиознинг Ўзбекистонда тарқалиш ҳолатини ўрганиш аҳамиятли ҳисобланди.

Ушбу тадқиқот мақсади – хламидиозни 2019–2023 йиллардаги (COVID-19 даври ва ундан сўнг) Республикамизда эпидемиологик ҳолатини ўрганиш, аҳамият касб этади.

Материал сифатида марказнинг ҳисобот бўлимида тайёрланган асос бўлди.

Олинган натижалар. «Янги авлод ЖАОЮК» ҳисобланувчи хламидиоз касаллиги турли йилларда ва вилоятлар орасида ҳар хил кўрсатгичлар билан кузатилди.

2019 йилда Ўзбекистонда хламидиоз касаллигининг аниқланиши ҳар 100000 аҳолига 12,9 ни, 2020 йилда аниқланиш даражаси пасайиб – 7,7 ни, 2021 йилда эса хламидиоз аниқлариши ўсиб 10,3 ни ташкил қилди.

Пандемиядан сўнгги 2022 йилда интенсив кўрсатгич пасайиб – 9,6 ни, 2023 йилда эса яна пасайиб – 8,6 ни ташкил қилди.

Хулоса. Қилиб шуни таъкидлаш ўринлики, янги ЖАОЮК авлодидан – хламидиозни эпидемиологик жараёнига COVID-19 пандемиясиниг ўзига хос таъсирини таъкидлаб ўтиш жоиздир. Бунга сабаб мурожаат қилувчиларнинг сони пасайгани ва лаборатор текширувларнинг аҳамияти каттадир.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦИТОКИНОВ IL 6 У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

З.С. ЮНУСОВА

ГУ «2 Межрайонный кожно-венерологический диспансер» МЗРУз

Заболеваемость аллергодерматозов в последние годы имеет тенденцию к росту. В связи с этим сохраняет актуальность проблема изучения новых данных по патогенезу заболевания и поиску патогенетически обоснованных методов терапии аллергодерматозов.

Результаты отечественных и зарубежных исследований показали важную роль микрофлоры кожи в развитии аллергических дерматозов: гиперчувствительность кожи к ряду антигенных стимулов, особенно к патогенным антигенам; снижение резистентности кожного барьера к патогенной и условно-патогенной флоре, актуальность исследования основных цитокинов, участвующих в развитии аллергодерматозов и является одной из важных причин рецидивирующего течения заболеваний.

Цель исследования. Изучить состояние IL 6 у больных с различными клиническими формами аллергодерматозов.

Материал и методы исследования. Обследовано 62 больных с различными формами аллергодерматозов в возрасте от 5 лет до 71 года. Лица мужского пола составили 30 человек и женского-32. У всех больных проводили клинические и ИФА – исследования.

Результаты исследования. По клинической форме аллергодерматозов у 18 (29,0 %) больных диагностирован атопический дерматит (АД), у 10 (16,1 %) аллергический дерматит, у 12 (19,3 %) различные формы экземы, у 6 (9,6 %) больных токсикодермию, у 5 (8,06 %) больных многоформную экссудативную эритемы, у 6 (9,6 %) больных нейродермит, у 2 больных (3,22 %) почесуху и по 1 (1,61 %) больному себорейный дерматит, угри, узловатая эритема. Результаты исследования IL 6 в сыворотке крови показали повышение концентрации данных иммунологических маркеров независимо от степени тяжести и клинической формы заболевания. В зависимости от клинической формы у больных АлД наблюдалось следующее: у больных Атопическим дерматитом уровень IL 6 составил 20,2 + 0,44* пг/мл; при аллергическом дерматите уровень IL 6 составил пг/мл; при токсикодермии; при экземе; при нейродермите.

Выводы. Содержание ИЛ-6 повышено в 4,4 раза по сравнению с контрольной группой,что в среднем составило 20,2 + 0,44* пг/мл.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ВИТАМИН Д3» У БОЛЬНЫХ С МИКОЗОМ СТОП

М.И. АБДУЛЛАЕВ, Н.Н. АХМЕДГАЛИЕВА

ТашПМИ, кафедра дерматовенерологии и СПИДа;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №8, г. Ташкент, Узбекистан

Одним из важных задач на сегодняшний день является изучение современных клинико-иммунологических особенностей микоза стоп, что позволит улучшить рациональную терапию с учётом особенности иммунного статуса заболевания и повысить эффективность лечение при иммунодефицитных состояниях.

Цель исследования. Изучение клинико-иммунолоческой эффективности применения витамина Д3 у больных с микозом стоп.

Материал и методы исследования. За 6 месяцев 2024 г на наличие микоза стоп и онихомикоза обследованы 40 больных (до 30 лет – 9 больных, от 31 года до 50-лет – 22 больных, от 50-ти и старше – 9 больных).

Как показывают данные, снижение иммунного статуса после COVID-19 привело к дальнейшему росту заболеваемости микоза стоп. При постковидном состоянии обострение и выявленные микозы 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.

В комплексе противогрибковыми препаратами было использовано Коликальциферол (витамин D3), в качестве иммуномодулятора.

За последние годы в изучении роли витамина D в профилактике и течении целого ряда широко распространенных заболеваний современного человека получены исключительно важные данные. По данным многочисленных исследований установлено, что дефицит витамина D приводит не только к нарушению минерального и костного метаболизма, но и к повышенному риску развития многих патологических состояний.

Открытие рецепторов к кальцитриолу во многих клетках иммунной системы (на активированных Т-лимфоцитах, макрофагах, на незрелых лимфоцитах тимуса и зрелых CD8-клетках) явилось доказательством участия витамина D в функционировании иммунной системы [8, 9, 10]. Витамин D оказывает оптимизирующее влияние на функционирование неспецифических механизмов защиты и адаптивного иммунитета. 1,25(OH)2D непосредственно модулирует пролиферацию Т-лимфоцитов, подавляет развитие Th17-клеток, замедляет дифференцировку В-клеток-предшественников в плазматические клетки, ингибирует продукцию Th1-ассоциированных цитокинов и молекул (CD40, CD80 и CD86), стимулирует продукцию Th2-ассоциированных цитокинов.

Большую роль в продукции витамина D играет кожа, где он может активно синтезироваться кератиноцитами, фибробластами и макрофагами под действием УФ-лучей. Витамин D3 выполняет множество функций в нашем организме, но одна из самых важных – поддержание иммунной системы в рабочем состоянии. Витамин D3 улучшает способность белых кровяных клеток идентифицировать и уничтожать вирусы и бактерии, при этом снижает риск широкого спектра заболеваний.

Регулирует врожденный и приобретенный иммунитет посредством взаимодействия с рецепторами витамина D (VDR) моноцитов, макрофагов, дендритных клеток, Т- и В-лимфоцитов, регулирует их пролиферацию, дифференцировку, активацию, секрецию ими цитокинов, кателицинов и т.д. Модулирует экспрессию гена главного комплекса гистосовместимости. Исследования показывают, что дефицит витамина D ведет к нарушению регуляции иммунных механизмов, нарушая толерантность иммунной системы к антигенам собственных тканей.

Результаты собственных исследований. Исходя из того, что у больных микозом стоп выявляются изменения в иммунной системе, мы попытались откорректировать эти нарушения

препаратом «Витамин Д3-Ламира» в комплексе с базисной терапией. Все больные получали традиционную терапию (пероральные противогрибковые препараты, наружно, также противогрибковые крема) в сочетании витамином Д3 по 1 капсуле 1 раз в день, в течении 3 месяца. После окончания комплексной терапии у больных с микозом стоп отмечалось улучшение клинических симптомов, в особенности осложненных форм и у больных с сахарным диабетом.

Заключение. Прослеживая динамику изменений клинических симптомов отмечается положительная динамика кожно-патологического процесса. А, следовательно можно отметить положительный эффект лечения исследуемым препаратом. На основании проведенных исследований мы рекомендуем его широко использование при лечении пациентов. Таким образом, включение витамина Д3 в комплексное лечение микоза стоп с осложненными формами после коронавирусной инфекции способствует активации иммунной системы организма, что в свою очередь повышает положительную динамику заболевания.

МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ДЕРМАТОФИТИЙ

Н.А. ГЕРАСИМОВА, Н.П. ЕВСТИГНЕЕВА

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

Изучение возбудителей дерматофитий – инфекционного заболевания поверхностных слоёв кожи и придатков, вызванного грибами родов: Microsporum, Trichophyton, Epidermophyton остается актуальным. По данным ВОЗ 1/3 населения Земли страдает грибковыми заболеваниями, до 60,0% – микозами стоп, онихомикозами. В РФ наблюдается стабильно высокий уровень заболеваемости дерматофитиями. В 2022 году, по данным ЦНИИиОЗ МЗ РФ, заболеваемость дерматофитиями составила более 236 тыс. новых случаев (163 на 100 тыс. населения); в Уральском федеральном округе (УФО) – более 23 тыс. новых случаев (187,6 на 100 тыс. населения). Важным этапом в постановке диагноза является быстрая точная диагностика. Диагностика дерматофитий классическими методами – микроскопией и культуральным исследованием затруднена из-за частого самолечения пациентов, что приводит к снижению чувствительности микроскопического метода, удлинению периода роста культуры гриба и частым некультивируемым случаям. Показана высокая эффективность лабораторного выявления грибов непосредственно из биологического материала с использованием метода ПЦР в реальном времени (ПЦР РВ) относительно микроскопии и культурального метода в 2,6 и 3,4 раза соответственно [Носырева К.К., Гущин А.Е., 2023].

Цель исследования. Оценить методом ПЦР в реальном времени долю пропущенных положительных образцов в группе с отрицательными результатами, полученными классическими методами: микроскопией и культуральным.

Материалы и методы исследования. Применяли набор реагентов для мультиплексного выявления ДНК *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes complex*, *Trichophyton tonsurans*, *Epidermophyton floccosum*, *Microsporum canis* методом полимеразной цепной реакции с детекцией в режиме «реального времени» «АмплиПрайм® Дерматофиты НекстБио, РФ.

Забор биоматериала от дерматологических пациентов с подозрением на микозы осуществляли при отсутствии использования: топических антимикотических препаратов в течение 48 часов; кремов, декоративной косметики, моющих средств в течение 24 часов. Исследовали образцы ногтевых пластинок, гладкой кожи и волосистой части головы. ДНК выделяли набором реагентов на основе магнитной силики.

Результаты исследования. По нашим данным случаи дерматофитии получают лабораторное подтверждение микроскопическим методом – в 31,5%, культуральным методом – в 10,9% от всех исследованных образцов, без подтверждения микроскопическим и культуральным методами остаются более 65% образцов. Среди отрицательных образцов при классической диагностике (n=51, отобранных случайным образом), методом ПЦР РВ в 5,7% выявлена ДНК дерматофитов. Таким образом, на собственном материале показана эффективность диагностики дерматофитов методом ПЦР РВ. Новый метод направлен на решение проблем в диагностике дерматофитий и, как следствие, на улучшение эпидситуации в РФ на современном этапе.

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

К.К. КУДДУСОВА, А.В. МУН, Д.Ф. НИЗАМОВА, Д.Ш. КОБИЛЖОНОВА

Ташкентский педиатрический медицинский институт, г. Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Существует несколько разделов кожных заболеваний, один из которых-инфекционные заболевания кожи. В эту группу входят бактериальные, вирусные и грибковые инфекции кожи. Учитывая, что кожа надежно защищена от всех окружающих микроорганизмов и что многие бактерии могут контактировать с кожей и поселяться на ней, не вызывая инфекционного процесса, многие инфекционные заболевания кожи могут развиваться при нарушении защитной функции кожного барьера.

Цель исследования. Определить структуру заболеваемости инфекционных заболеваний кожи у детей до 18 лет.

Материал и методы исследования. Анализ медицинской документации 715 пациентов в возрасте до 18 лет, обратившихся за консультацией в Национального детского медицинского центра в период с апреля 2023 года до июня 2024 года.

Результаты исследования. При исследовании всех пациентов рассматривались 141 пациентов с инфекционными заболеваниями кожи. Из них 53 (37,6 %) с бактериальной, 55 (39 %) с вирусной и 33 (23,4 %) с грибковой инфекцией.

Бактериальные заболевания наиболее часто вызываются стафилококками и стрептококками. Среди клинических форм стафилодермий выявляются в основном фолликулит 7 (58 %) и фурункулез 5 (42 %). Однако количество стрептодермий, в сравнении с заболеваниями, вызванными бактериями вместе 20 (37,73 %), выявлено относительно больше 21 (39,6 %).

Число заболеваемости вирусными заболеваниями возрастает с каждым годом, особенно увеличивается распространенность возбудителя вируса папилломы человека, который был выявлен у 28 (51 %) пациентов. Также были выявлены другие вирусные заболевания, как вирусная экзантема 12 (21,8 %), контагиозный моллюск 8 (14,6 %) герпес 4 (7,3 %), вирусная пузырчатка 1 (1,8 %) и ветряная оспа 1(1,8 %).

Согласно результатам исследований выявлены такие заболевания кожи, вызванные грибами, как кандидамикозы 11 (33,3 %); кератомикозы 9 (27,3 %), в частности разноцветный лишай; дерматомикозы 13 (39,4 %), среди которых микроспория 3 (23 %), микоз гладкой кожи 5(38,5 %), микоз волосистой части головы 2 (15,4 %), микоз стоп 2 (15,4 %) и онихомикозы 1(7,7 %);

Выводы. Согласно полученным данным инфекционные дерматозы у детей имеют большую долю в структуре заболеваемости. Наиболее часто среди пациентов детского возраста встречается вирусные заболевания (39 %), на втором месте бактериальной этиологии (37,6 %) и с грибковой (23,4 %).

Таким образом, своевременная диагностика и лечение инфекционных заболеваний кожи имеет важное значение в снижении заболеваемости среди детей.

ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ

Ш.Х. МАХМУДОВ, И.Н. АБДУВАХИТОВА, М.Ш. ТУРСУНОВ, Я.Ж. АЙТУҒҒДИЕВ, Ғ.Ш. ТОХТАЕВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДУК;
Тошкент вилоят ҳудудий филиали

Қўтир – терининг паразитар касалликлари ичида энг кўп тарқалган касаллик ҳисобланади. Қўтир касаллиги одам терисининг, айниқса, кечаси қаттиқ қичиши билан ифодаланади. Бу касаллик инсониятга қадимдан маълум бўлиб «қичима» деб юритилган. Қатор олимлар ўз асарларида қўтир касаллиги билан оғриган бемор терисида қандайдир майда тирик паразит жониворлар бўлишини ёзиб қолдирганлар. 1834 йилда Корсикалик талаба Ринуччи қўтир касаллигининг юқумли эканлиги ва уни кана, кўзғатишини аниқ маълумотлар билан исбот этди. Шу даврдан бошлаб унга қарши даво ва профилактик чоратадбирлар ишлаб чиқила бошланди.

Беморнинг ички ва устки кийимлари, этадиган ўрин-кўрпалари, ишлатган асбоб-анжомлари, болаларнинг ўйинчоқлари дезинфекция қилиниши зарур. Дезинфекция махсус нам камераларда бажарилади. У бўлмаган тақдирда кийим-кечакларни қайнатиб ювиш ва яхшилаб дазмоллаш

зарур. Ўрин-кўрпаларни офтобга эйиб, ҳар куни бир неча марта орқа-ўнгини ағдариб туриш (4–5 кун) лозим.

Қўтир касаллиги кўпайиб кетганда беморларни даволаш учун махсус скабиозорийлар очилади, аҳоли ўртасида қўтир касаллиги ҳақида тушунтириш ишлари олиб борилади.

Материал ва методлар. Тошкент вилояти тери-таносил касалликлари диспансерига мурожаат қилган беморлар амбулатор карталари ва стационар шароитда даволанган беморлар касаллик баённомалари, лабораторияда олиб борилган текширувлар таҳлил қилинди. 2015–2019 йиллар давомида Тошкент вилоятида 4161 та қўтир билан касалланиш аниқланган. 2017 йил жами 859 та қўтир рўйхатга олинган бўлиб, ҳар 100 минг аҳолига нисбатан касалланиш интенсив кўрсаткичи 30,2 ни ташкил қилган. Аниқланган беморлардан 397 нафарини (46,2%) эркаклар, 462 нафарини (53,7%) аёллар ташкил қилиб, шулардан 398 нафари (46,3%) болалар, 44 нафари (5,1%) ўспиринлар ва 417 нафари (48,5%) катталар ўртасида кузатилган. 2018 йил жами 1082 та қўтир рўйхатга олинган бўлиб, ҳар 100 минг аҳолига нисбатан касалланиш интенсив кўрсаткичи 36,6 ни ташкил қилган. Аниқланган беморлардан 540 нафарини (49,9%) эркаклар, 542 нафарини (50,1%) аёллар ташкил қилиб, шулардан 528 нафари (48,7%) болалар, 106 нафари (9,7%) ўспиринлар ва 448 нафари (41,4%) катталар ўртасида кузатилган. 2019 йил жами 1176 та қўтир рўйхатга олинган бўлиб, ҳар 100 минг аҳолига нисбатан касалланиш интенсив кўрсаткичи 40,5 ни ташкил қилган. Аниқланган беморлардан 542 нафарини (46,1%) эркаклар, 634 нафарини (53,7%) аёллар ташкил қилиб, шулардан 540 нафари (45,9%) болалар, 151 нафари (12,8%) ўспиринлар ва 485 таси (41,2%) катталар ўртасида кузатилган.

Хулоса: Қўтир билан касалланишнинг ортишига турли хил ижтимоий муаммолар сабаб бўлади. Аҳолининг миграцияси, маълум бир аҳоли қисмининг шахсий гигиена қоидаларига бўйсунмаслиги, эрта жинсий ҳаётнинг бошланиши ва бошқалар бунга мисол бўла олади. Ижтимоий омиллар қўтирнинг ўзига хос хусусиятларини (инкубацион даврининг юқумлилиги, касалликнинг атипик шаклларининг кўплаб учраши) янада оғирлаштиради.

ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИНИНГ ЭПДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ

Ш.Ҳ. МАХМУДОВ, З.М. АБИДОВА, Я.Ж. АЙТЎҒДИЕВ, Ғ.Ш. ТОХТАЕВ, Л.Т. ДАДАҚЎЗИЕВА

РИДВ ва КИАТМ Тошкент вилояти филиали,
«AKFA Medline» университет клиникаси

Лейшманиоз – одамларда ва ҳайвонларда учрайдиган трансмиссив протозой касаллик бўлиб, кўзғатувчиси лейшманиялар ҳисобланади ва искабтопар чивинлар ташувчи бўлиб, чақиш йўли билан юқтирадилар.

Лейшманиоз – одамлар ва ҳайвонларнинг табиий ўчоқли, ички органлар (висцерал лейшманиоз) ёки тери ва шиллиқ пардалар (тери лейшманиози) зарарланиши билан кечувчи протозойли касалликлари гуруҳи ҳисобланиб, одамлар ва турли ҳайвонлар инвазия резервуари ва манбаи бўлиб хизмат қилади. Касаллик терида дўмбоқча ва яра ҳосил қилиши, аста-секин чандиқли битиши билан характерланади. Касаллик замонавий дерматовенерологияда ҳал қилиниши керак бўлган энг долзарб ва ечилиши қийин муаммолардан бири бўлиб, у маълум бир эпидемиологик вазиятга эга. Касаллик субтропик ва тропик зоналар (Ўрта ер денгизи, Шарқий ва Марказий Африка, Яқин Шарқ, Марказий Осиё, Марказий ва Жанубий Америка) ҳудудларида кенг тарқалган. Ўзбекистонда тери лейшманиозининг кенг тарқалган табиий ўчоқлари мавжуд ва у республикада учрайдиган ўлка касалликлари ичида юқори ўринни эгаллайди. Ўзбекистоннинг эндемик ҳудудлари (Бухоро, Қашқадарё, Сурхондарё, Жиззах, Навоий, Қорақалпоғистон, Хоразм)да ҳар йили юзлаб зооноз тери лейшманиози билан касалланганлар қайд қилинади. Лекин охирги йилларда Тошкент вилояти Олмалиқ шаҳрида, Фарғона, Жиззах ва Самарқанд вилоятларида антропоноз тери лейшманиози ҳам қайд қилинмоқда (З.М. Абидова, А.Б. Рахматов, И.Р. Рахимов. Кож.лейшманиоз – Тошкент 2018 й.).

Статистик маълумотларига кўра, охирги 5 йил ичида республикамизда тери лейшманиози билан касалланиш стабил юқори кўрсаткичларда сақланмоқда ва рўйхатга олинган беморлар сони 1,5 маротабадан 2 маротабагача ортган, яъни 2019 йилда 672 тадан 2023 йилда 958 тага етган. Интенсив кўрсаткич 2,6 га тенг бўлди.

Тери лейшманиози билан касалланишнинг Тошкент вилояти бўйича статистик таҳлили шуни кўрсатдики, вилоятда тери 2016 йилда 8 нафар тери лейшманиози билан бемор рўйхатга олинган бўлиб, интенсив кўрсаткич 0,3 га тенг бўлган ва кейинги 7 йил давомида касаллар сони 3 баробарга кўпайган ва 2023 йилга келиб 24 нафар бемор рўйхатга олинган бўлиб, интенсив кўрсаткич 0,8 ни ташкил этган. Вило-

ятнинг деярли барча туманларида тери лейшманиозининг зооноз тури билан касалланган беморлар рўйхатга олинган бўлиб, фақатгина Олмалиқ шаҳрида лейшманиознинг антропоноз тури аниқланган. Олмалиқ шаҳрида 2016 йилда 3 нафар бемор рўйхатга олинган, интенсив кўрсаткич 2,5 ни ташкил қилган бўлса, 2023 йилга келиб беморлар сони 16 нафарга етган, интенсив кўрсаткич эса ҳар 100 минг аҳолига 11,5 ни ташкил қилган, яъни ушбу касаллик ўтган йилларга нисбатан 5 маротаба ортган.

Шундай қилиб статистик таҳлиллар шуни кўрсатдики, Олмалиқ шаҳрида охирги 5 йилликда (2016–2023 йй.) жами тери лейшманиози билан 50 нафар бемор рўйхатга олинган бўлиб, ушбу беморларнинг барчасида касаллик лаборатор Leishmania қўзғатувчилари топилиши билан тасдиқланган. 50 нафар беморнинг 17 нафари эркак (34 %) ва 33 нафари аёл (66 %)лар бўлиб, жами аниқланган беморнинг 32 нафари (64 %) 18 ёшгача бўлган болалардир. Олмалиқ шаҳрида тери лейшманиози билан оғриган беморларнинг касаллик тарихи, амбулатор тиббий карталари ўрганилганида ва охирги 3 йилликда касалланган беморларни тиббий кўрикдан ўтказилганида шу нарса аниқ бўлдики, 50 нафар беморнинг 3 нафар (6 %)и бошқа вилоятларда бўлиб қайтишган, 47 нафар (94 %)и эса Олмалиқ шаҳридан бошқа ҳудудларда бўлишмаган.

Бошқа вилоятда бўлиб қайтган ушбу 3 нафар беморнинг барчасида, яъни 100 % ида касалликнинг ярали ва лимфангоит шакли кузатилиб, яранинг ўрнида ўлчами 3–5 см га тенг, штамп қўйилганидек, усти текис ва ялтироқ, чегара қирраси нотекис фестонсимон, атрофида вақтинчалик гиперпигментация бўлган атрофик чандиқ пайдо бўлган. Тошмалар вужудга келганда то яралар битгунгача бўлган ўртача давр 5–6 ой ни ташкил этади. 47 нафар беморда эса касалликнинг дўмбоқчали шакли аниқланган. Барча беморларда тошмалар пайдо бўлиб, то тузалгунигача бўлган давр ўртача 1 йилга тенг бўлган. Тошмалар асосан юз соҳасида жойлашган бўлиб, дўмбоқчалар камдан-кам ҳолатларда яраланган ва ўзидан кейин ўлчами 1–2 см га тенг, чегараси аниқ, ялтироқ кўринишдаги юзаки атрофик чандиқлар пайдо бўлган. Бундан ташқари баъзи оилаларнинг 2–3 нафарида лейшманиоз билан оғриган беморлар ҳам мавжуд, яъни 14 нафар (30 %) беморда ушбу ҳолат кузатилган.

Юқоридагиларга асосланиб, Тошкент вилояти Олмалиқ шаҳрида тери лейшманиозининг антропоноз тури аниқланган бўлиб, ушбу тур билан касалланган беморларнинг учраш ҳолатлари йилдан-йилга кўпаймоқда. Бу эса касаллик манбалари ва контактда бўлган беморларни ўз вақтида аниқлаш, инфекция ўчоқларида профилактик ишларни олиб бориш каби жараёнларга эътиборимизни оширишимиз кераклигини англатади!

РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА СЕРТОКОНАЗОЛ КРЕМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, М.З. ХАМИДОВА, Ф.Ш. ХАМИДОВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази;
Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади – ранг-баранг темиратки билан оғриган пациентларда сертаконазол креминг клиник самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва услублари. Бизнинг назоратимизда 30 нафар ранг-баранг темиратки (Pityriasis versicolor) билан оғриган беморлар кузатилиб, уларнинг ёши 18 дан 45 ёшгача эди (14 нафар эркак ва 16 нафар аёл). Беморларнинг барчасига стандарт текширувлардан сўнг ранг-баранг темиратки диагнози қўйилди. Барча беморларда жароҳат ўчоғида Malassezia furfur *қўзғатувчиси топилди. Тошмалар турли хил ўлчамларда, пушти, гиперпигментив (жигарранг*), гипопигментив кўринишда бўлиб, яллиғланишсиз доғларнинг юзларида унсимон кепакланиш кузатилди. Кепакланиш кузатилмаган беморларнинг терисидаги гипопигментив доғларда *Бенье симптоми аниқланди*. Вуд лампаси ёрдамида жароҳат ўчоғлари текшириб кўрилганида қизғиш-сариқ, зангори кўкимтир, жигарранг ёғдуланиш аниқланди.

30 нафар беморларнинг 20 нафарида гипопигментив ва 10 нафар пациентларда гиперпигментив доғлар кузатилди. Ранг-баранг темиратки билан оғриган беморларда пигментациянинг жароҳат ўчоғин бир текис қопламаган ҳолати белгиси дерматоскопияда энг кўп кузатилган ҳолат сифатида аниқланди. 90 % (18 нафар) беморларда гипопигментив жароҳатланган соҳаларда ушбу ҳолат кузатилган бўлса, гиперпигментли зарарланган беморларда эса у 100 % ҳолатда кузатилди. Тангачалар гипопигментив доғли беморларда ҳам гиперпигментли доғли пациентларда ҳам 90 % ҳолатда намоён бўлди. Нуқтали кепакланиш 80 % ҳолатда гипопигментли жароҳатланган беморларда кузатилган бўлса, гиперпигментли зарарланган соҳаларни дерматоскопик текширишда теридаги эгатчалар-

даги кепакланиш аниқланди (4 нафарда (40%)). Кўзга кўринмас тизмалар (чўққиларида) ва эгатлар ҳамда перилезион гиперпигментациялар ранг-баранг темиратки билан жароҳатланган беморлар териси дерматоскопия қилинганда аниқланган бошқа муҳим ўзига хусусиятлар эди.

Хулоса. Бундай белгилар ранг-баранг темиратки касаллиги диагностикасида қимматли маълумот экани яна тасдиқланди ва дерматологларнинг ранг-баранг темиратки билан боғлиқ муаммоларни ҳал этишда катта аҳамиятга эга.

РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ПРОКОЛЬЦИТОНИН, Д ВИТАМИНИ ВА ИНТЕРЛЕЙКИН-17 НИНГ ҲОЛАТИ

Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, М.З. ХАМИДОВА, Ф.Ш. ХАМИДОВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази;
Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади: Ранг-баранг темиратки билан оғриган беморларда прокольцитонин, Д витамини ва Интерлейкин-17 (ИЛ-17) ҳолатини ўрганиш.

Тадқиқотнинг материал ва услублари. Бизнинг назоратимизда 9 нафар ранг-баранг темиратки (Pityriasis versicolor) билан оғриган беморлар бўлиб, уларнинг ёши ўртача 27,7 ёшни ташкил қилди (барчаси эркаклар эди). Беморларнинг барчасига стандарт текширувлардан сўнг ранг-баранг темиратки диагнози қўйилди. Пациентларнинг терисидаги жароҳат ўчоғидан олинган материалларда Malassezia furfur қўзғатувчиси топилди. Тошмалар турли хил ўлчамларда, пушти, гиперпигментив (жигарранг), гипопигментив кўринишда бўлиб, яллиғланишсиз доғларнинг юзларида унсимон кепакланиш кузатилди. Кепакланиш кузатилмаган беморларнинг терисидаги гипопигментив доғларда Бенье симптоми аниқланди. Вуд лампаси ёрдамида жароҳат ўчоғлари текшириб кўрилганида қизғиш-сариқ, зангори кўкимтир, жигарранг ёғдуланиш аниқланди.

9 нафар беморларнинг 5 нафарида гипопигментив ва 4 нафар пациентларда гиперпигментив доғлар кузатилди. Ранг-баранг темиратки билан оғриган беморларда пигментациянинг жароҳат ўчоғини бир текис қопламаган ҳолати белгиси дерматоскопияда энг кўп кузатилган ҳолат сифатида аниқланди. 80% (4 нафар) беморларда гипопигментив жароҳатланган соҳаларда ушбу ҳолат кузатилган бўлса, гиперпигментли зарарланган беморларда эса у 100% ҳолатда кузатилди. Тангачалар гипопигментив доғли беморларда ҳам гиперпигментли доғли пациентларда ҳам 80% ҳолатда намоён бўлди. Нуқтали кепакланиш 80% ҳолатда гипопигментли жароҳатланган беморларда кузатилган бўлса, гиперпигментли зарарланган соҳаларни дерматоскопик текширишда теридаги эгатчалардаги кепакланиш аниқланди. Кўзга кўринмас тизмалар (чўққиларида) ва эгатлар ҳамда перилезион гиперпигментациялар ранг-баранг темиратки билан жароҳатланган беморлар териси дерматоскопия қилинганда аниқланган бошқа муҳим хусусиятлар эди. Ранг-баранг темиратки билан касалланган 4 нафар беморларда ИЛ-17 кўрсаткичи ўртача 0,46 ± 0,08 мг/мл ни; Прокальцитонин ўртача 0,37 ± 0,2 мг/мл ни, 27,07 ± 3,24 мг/мл ни ташкил қилди.

Хулоса. Бундай тадқиқотлар ранг-баранг темиратки касаллигини диагностикасида қимматли маълумот экани яна тасдиқланди ва бу кўрсаткичларни ранг-баранг темиратки билан оғриган беморларда уларнинг аҳамиятини ўрагниш учун янада чуқурроқ тадқиқотлар ўтказиш кераклигини кўрсатмоқда.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ И РН КОЖИ ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ ЛОБКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

У.Б. НУРМАТОВ

Ташкентский государственный стоматологический институт, г. Ташкент, Узбекистан

Проведенные нами исследования по изучению состояния сопутствующей микрофлоры и pH кожи в очагах поражения у 84 больных трихофитией лобковой локализации показали, что развитие и клиническое течение зооантропонозной трихофитии лобковой области характеризуется как качественным, так и количественным изменением микробного пейзажа, характеризующееся появлением и увеличением количества таких микроорганизмов как Clostridium perfringens,

Enterococcus, Streptococcus haemolyticus, Klebsiella. А также дисбиозом нормафлоры (Staphylococcus epidermidis, Staphylococcus aureus, Candida) и нарушением pH среды кожи со сдвигом в щелочную сторону. Причем эти изменения оказались в прямой зависимости от клинических форм заболевания.

В связи с этим целью наших исследований было изучение влияния терапии на коррекцию выявленных нарушений в очагах поражения у больных зооантропонозной трихофитией лобковой локализации.

Больные зооантропонозной трихофитией лобковой области в зависимости проводимого лечения больные были разделены на две группы:

В первую группу вошли 42 больных, получавшие традиционный метод лечения, включающий системные антимикотики, антигистаминные и десенсибилизирующие препараты и наружно – анилиновые красители, противогрибковые средства

Во вторую группу вошли 42 больных, которым на фоне традиционной терапии для восстановления нарушений в иммунной системе и неспецифической защиты организма был назначен таблетки метилурацила и местно – раствор «Цитеал»а – обладающий противомикробным действием и нормализующий pH кожи.

Критериями эффективности проводимой терапии являлись прекращение кожного зуда, жжения и регресс патологических элементов. Больной считался излеченным при полном разрешении клинических проявлений заболевания и получения 2-х отрицательных анализов на грибы.

Результаты показали, что при использовании комплексного метода у 68% больных негативация микологических тестов происходит к концу 2 недели, а к концу третьей недели она составляет 99%. Применение раствора «Цитеал» обладающего противомикробным и противогрибковым действием способствовало восстановлению уровня pH и микробициноза кожи, которое достигало данных здоровых лиц.

Таким образом, включение в комплекс этиотропной терапии зооантропонозной трихофитией лобковой области препарата «Метилурацил» и антибактериального раствора «Цитеал» оказывает выраженный лечебный эффект в виде сокращения сроков регресса очагов поражения, с ранней микологической негативизацией и положительной динамикой иммунологических показателей с нормализацией микрофлоры и pH кожи в очагах поражения.

СУБПОПУЛЯЦИИ ЛИМФОЦИТОВ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ

М.В. ПОНОМАРЕВА, О.А. БЕЛЫХ, Н.К. ЛЕВЧИК

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

При сифилитической инфекции и подозрении на поражение специфическим процессом ЦНС исследование клеточного состава цереброспинальной жидкости (ЦСЖ) в основном ограничено определением их общим количества (плеоцитоз используется в качестве диагностического теста подтверждения воспалительного процесса). Проточная цитометрия общепризнанна весьма многообещающим методом, позволяющим закрыть пробел в знаниях о фенотипе воспалительных иммунных клеток ЦСЖ и получить ценную информацию о патологии заболеваний ЦНС для диагностических, терапевтических и исследовательских целей.

Чтобы восполнить данный пробел, проведено пилотное, кросс-секционное исследование субпопуляций лимфоцитов ЦСЖ у 64 ВИЧ-негативных пациентов с сифилитической инфекцией поступивших для проведения диагностической пункции в УрНИИДВиИ согласно клиническим показаниям. В исследовании участвовали все образцы, за исключением образцов с признаками контаминации с периферической кровью. Фенотипирование лимфоцитов ЦСЖ проводилось методом проточной цитометрии на цитофлуориметре Canto II (Becton Dickinson, USA) с использованием 6-цветной панели моноклональных антител BD Multitest™ TBNK и лизирующих/фиксирующих и промывающих растворов производства Becton Dickinson: CD3 FITC/CD16+56 PE/CD45 PerCP-Cy5.5/CD4 PE- Cy7/CD19 APC/CD8 APC-Cy7 для определение следующих популяций лимфоцитов: Т-клетки, субпопуляций CD4+ и CD8+ Т-клеток, В-клетки, NK-клетки и соотношение CD4/CD8 Т-клеток.

У большинства пациентов (77%) при оценке количественного состава клеток ЦСЖ преобладал нормоцитоз (<5 клеток/мкл), плеоцитоз (6-20кл/мкл) фиксировали в 23% образцах. Несмотря на то, что основной популяцией лимфоцитов ЦСЖ у пациентов с сифилисом являются Т–лимфоциты, тем не менее, у большинства пациентов (72%) обнаружили нарушение соотношения (соотношение CD4/CD8 Т-клеток <3) субпопуляций Т-лимфоцитов (рост представительства цитотоксических CD8+Т-лимфоцитов). Повышенное со-

держание (>1%) В-клеток зафиксировали у 44% пациентов, повышенное содержание (>1%) НК-клеток регистрировали у 65% пациентов.

Таким образом, тот факт, что данные отклонения регистрировались у пациентов при нормоцитозе ликвора, позволяет расширить диагностические возможности такого показателя как «цитоз ликвора» в диагностике нейросифилиса. А также, согласно литературным данным и полученным результатам, иммунокомпетентные клетки ЦСЖ являются перспективным предметом для изучения как потенциальные биомаркеры направленности (патогенеза) поражения ЦНС при сифилисе для диагностики, индивидуального прогноза, принятия решений о лечении, мониторинга заболевания или стратификации пациентов.

ПЦР ДИАГНОСТИКА ТЕРБИНАФИН-УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТРИХОФИТИЙ

А.Б. РАХМАТОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Актуальность. В последние годы сообщалось о значительном росте числа случаев с необычными, атипичными и резистентными проявлениями микоза, что привело к возникновение проблем общественного здравоохранения. Устойчивость к тербинафину преимущественно связывают с миссенс-мутациями скваленэпоксидазы (SQLE) ген-мишень, влияющий на Leu393 и Ph397. В настоящее время лабораторные исследования дерматофитий основаны на микроскопических и культуральных исследованиях, в которых исключаются определение чувствительности к антимикотическим препаратам.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 20 больных с различными формами трихофитий. Набор для ПЦР в реальном времени «DermaGenius Resistance Multiplex» (Нидерданды) позволяет обнаруживать точечные мутации в SQLE гене, который приводит к устойчивости к тербинафину и дифференцируется от дерматофитов дикого типа SQLE. Кроме того, набор для ПЦР в реальном времени DermaGenius Resistance Multiplex обнаруживает и дифференцирует виды дерматофитов Trichophyton rubrum и Trichophyton interdigitale/ Trichophyton mentagrophytes. Другие виды Trichophyton, включая Trichophyton violaceum, Trichophyton soudanense, Trichophyton tosurans, Trichophyton mentagrophytes IV, Trichophytjn schoenleini/Trichophyton quinckeanum также могут быть обнаружены, но имеется ограниченная информация об их профилях устойчивочти к тербинафину.

Результаты исследования. Набор для ПЦР в реальном времени «DermaGenius Resistance Multiplex» позволил выявлять ДНК грибов в образцах ногтей, волос и кожи, а также идентифицировать SQLE-ген мутациях Phe397Leu и Leu393Phe. Выявление данных мутаций являлись основанием для исключения использования противогрибковых препаратов тербинафинового ряда и больных с микозами переводили на лечение средствами итраконазолового ряда, что давало клинико-микологическое излечения в большинстве клинических случаях.

Заключение. Современные методы генодиагностики позволяют уже на ранних этапах устанавливать целесообразность использования той или иной группы антимикотических препаратов, что, несомненно, сказывается на эффективности проводимой терапии микотического процесса.

ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОНИХОМИКОЗАМИ

А.Б. РАХМАТОВ, А.Д. УТАЕВ

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

Введение. В большинстве регионов мира среди возбудителей онихомикозов преобладают дерматофиты, представленные родами Epidermophyton, Microsporum и Trichophyton. Самым частым возбудителем онихомикоза среди дерматофитов является Trichophyton rubrum. Для лабораторной диагностики онихомикозов в настоящее время используют метод микроскопии, культуральный метод, гистологическое исследование, а также молекулярно-биологический метод (ПЦР).

Цель исследования. Изучение частоты выявления дерматофитов в ногтевых пластинках у лиц мужского и женского пола разных возрастных групп.

Материалы и методы. Исследования проведены среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью в Самаркандский филиал РСНПМЦДВиК МЗ РУз за период 2022-2023гг. Всего было обследовано 1427 препарата, полученного из ногтевых пластин 110 больных (мужчин-77, женщин-33) с подозрением на онихомикоз. Пациенты были разделены на 4 возрастные группы: 1 группа – дети от 0 до 18 лет; 2 группа – лица от 18 до 40 лет; 3 группа – лица от 41 до 59 лет; 4 группа – лица от 60 лет и старше. Для обнаружения дерматофитов в ногтевых пластинках использовался микроскопический метод исследования.

Результаты исследования. В ходе сравнительного анализа было выявлено, что в первой возрастной группе положительные результаты были получены у 1,8% лиц и у 2,9% от всех результатов данной возрастной группы. Во второй группе положительный результат был получен у 13,5% лиц и у 14,9% от результатов данной возрастной группы. В третьей группе положительные результаты были получены у 30,1% и у 26,9% от всех результатов данной возрастной группы. В четвертой группе аналогичные результаты были получены у 54,6% и 35,6%, соответственно. Среди мужчин выявляемость дерматофитий составляла 26,1% и женщин – 22,8% случаев.

Заключение. В результате проведенных исследований установлено, что частота поражения грибами-дерматофитами ногтевых пластин у лиц обоего пола возрастает с увеличением возраста, причем наиболее часто у лиц старше 60 лет, что обусловлено наличием у них факторов риска, способствующих развитию онихомикоза (сахарный диабет, ожирение и др.).

АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОФИТИЙ

А.Б. РАХМАТОВ

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

Во всем мире по данным ВОЗ, каждый пятый житель планеты страдает грибковым заболеванием кожи и ее придатков. На долю микозов приходится от 37 до 42% от всех болезней кожи, они нередко ассоциируются с аллергодерматозами, вирусными и бактериальными инфекциями. Клиническая картина трихофитий в настоящее время отличается учащением случаев тяжелых форм кериона, многоочаговых инфильтративно-нагноительных очагов с атипичной локализацией, осложнений (рубцы, аутоиммунный процесс, васкулиты и др.). Описанные клинические особенности микоза, естественно, отображаются на эффективности проводимой терапии и возникновении резистентных форм заболевания.

Целью настоящего исследования являлось усовершенствование лечения больных с различными клиническими формами трихофитии. Под нашим наблюдением находилось 48 больных с установленным диагнозом трихофития (микроскопические и ПЦР-исследования). Были выделены следующие клинические формы трихофитий: поверхностно-пятнистая – у 17 больных; инфильтративная – у 16 больных; инфильтративно-нагноительная – у 15 больных. У всех больных диагноз трихофитии был установлен с помощью микробиологических и ПЦР-исследований в режиме реального времени.

Лечение больных с различными формами трихофитий получали согласно имеющимся «Стандарты диагностики и лечения кожных и венерических болезней» (Ташкент-2021). Для оценки эффективности включения в комплексную терапию больных с трихофитиями системной энзимотерапии (Вобэнзим) наблюдаемые больные были разделены на две группы, сопоставимые по клинически проявлениям и давности заболевания: I группа (24 больных) – получала стандартное лечение; II группа (24 больных) – получала стандартное лечение в сочетании с Вобэнзимом, который назначался по 3 таблетке 3 раза в день в течение 20 дней. Контрольные анализы на грибы производили на 7–14–21 день лечения, затем в контроле – через 1–2 месяца. Клинико-микологические выздоровление было достигнуто у 17 из 24 (70,8%) больных I группы и у 22 из 24 (91,7%) больных II группы.

Таким образом, включение системной энзимотерапии в комплексное лечение больных трихофитиями приводит к достоверному повышению клинико-микологического излечения, отсутствию побочных явлений и повышению комплентности предложенного метода.

СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ

А.Б. РАХМАТОВ, Х.И. НАСИМОВ, Х.Р. ХАЛИДОВА

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

В последние годы значительно повысилась значимость проведения лабораторных тестов для подтверждения микотической инфекции.

Цель исследования. Оценка лабораторных методов диагностики зооантропонозной трихофитии. Под нашим наблюдением находилось 112 больных (мужчин – 72, женщин – 40) в возрасте от 3 до 52 лет и давностью заболевания от 1 месяца до 2 лет. Для подтверждения диагноза использовались классические методы (микроскопический, культуральный) и ПЦР-исследования с использованием специальных реагентов известных возбудителей данного микоза («BIO-RAD CFX96 Real-time System»). Микробиологические исследования проводились в микологической лаборатории РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Проводилось микроскопические исследование материала соскоба с поверхности очагов и волос с использованием раствора КОН. Культуральные исследования проводились путем посева патологического материала на искусственную питательную среду Сабуро. Были диагностированы следующие разновидности зооантропонозной трихофитии: поверхностно-пятнистая форма у 39 (%) больных; инфильтративная форма – у 51 (%) больных; инфильтративно-нагноительная форма – у 22 (%) больных.

В подавляющем большинстве случаев у 79 из 112 (70,5%) больных было отмечено полное совпадение положительных результатов микроскопии с КОН и бактериологических посевов на среде Сабуро, в то время как совпадение микроскопии с КОН в сопоставлении с ПЦР-исследования было выявлено у 101 из 112 (90,2%) больных. Полученные результаты являются свидетельством большей информативности ПЦР-исследований по сравнению с культуральным методом на среде Сабуро (почти в 20%), не говоря уже осроках выполнения указанных исследований.

Таким образом, информативность и диагностическая ценность ПЦР-исследований составляет 90,2% и позволяют верифицировать диагноз микоза в более короткие сроки. Полученные данные позволяют заключить, что практическое применение ПЦР-исследований для идентификации возбудителя трихофитии и определения его видовой характеристики, позволяющие получить достоверную информацию в более короткие сроки, способствует оптимизации эпидемиологического контроля ра распространением микотической инфекции.

СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРИХОФИТИЙ КОЖИ

А.Б. РАХМАТОВ, Х.И. НАСИМОВ

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

В настоящее время трихофитии отличаются клиническим полиморфизмом, учащением тяжелых форм микоза и выраженной торпидностью в отношении проводимого лечения, что приводит к длительному течению и семейным случаям заболевания. Согласно ретроспективному анализу установлено отсутствие «ответа» на проводимое лечение антимикотиками тербинафинового ряда примерно у 20–25% пациентов с данным микозом, что основывалось на проведении микроскопических, культуральных и ПЦР-исследований в процессе использования антимикотика. Целью настоящего исследования являлось разработка методики использования системной антимикотической терапии, препаратом итраконазолового ряда (текназол) в сочетании с системной энзимотерапией (вобэнзим). Под нашим наблюдением находилось 112 больных (мужчин – 87, женщин – 25) с различными формами трихофитии в возрасте от 18 до 45 лет. Были установлены следующие клинические формы трихофитий: поверхностно-пятнистая – у 37 (33,1%); инфильтративная – у 46 (41,1%); инфильтративно-нагноительная – у 29 (25,8%) больных. Во всех случаях трихофития была подтверждена данными микроскопических (ПИФ), культуральных (среда Сабуро) и ПЦР-исследований в режиме реального времени. Были установлены весьма вариабельные сроки заболевания: от нескольких недель до 12–18 месяцев. Анамнестически было установлено,

что 45 из 112 больных (40,2 %) ранее получали лечение, включая и использование системных антимикотиков, в частности, тербинафинового ряда. Лечение больных с трихофитиями проводили согласно стандартам МЗ РУз по комплексной схеме, включающей обязательное назначение системного антимикотика в возрастной дозировке, согласно инструкции производителя (итраконазол). Больные в зависимости от методики лечения были разделены на две группы: I группа (50 больных) получала стандартное лечение; II группа (62 больных) дополнительно применялась системная энзимотерапия (препарат Вобэнзим по 3 таблетке 3 раза в день в течение 20 дней). Переносимость лечения в обеих группах была удовлетворительной, побочных явлений не отмечалось. Контрольные анализы забирались через 2 и 4 недели с момента начала лечения. Клинико-микологическое излечение отмечалось через 4 недели у 37 (74,0 %) больных I группы и у 58 (93,5 %) больных II группы, что является убедительным доказательством целесообразности включения системной энзимотерапии в комплексное лечение больных трихофитиями.

TERI LEYSHMANIOZIDA TERI MIKROFLORASINING AHAMIYATI

A.A. SULTANOV, Q.N. XAITOV

Toshkent tibbiyot akademiyasi;
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

O‘zbekistonda teri leyshmaniozi o‘lka patologiyasida salmoqli ulushga ega keng tarqalgan parazitar kasalliklardan biri hisoblanadi. Zoonoz teri leyshmaniozi tarqalishining yuqori ko‘rsatkichi Markaziy Osiyo davlatlaridan Turkmaniston va O‘zbekistonda kuzatiladi, bu yerda har yili endemik hududlarda ushbu kasallikning o‘nlab va yuzlab yangi holatlari qayd etiladi.

Epidemiologik tadqiqotlar teri leyshmaniozi uchun muayyan mavsumiylik xosligini ko‘rsatdi. Dastlabki bemorlar may oyining oxirlarida paydo bo‘ladi, keyinchalik kasallanish ko‘payib, sentabr-oktabr oylarida maksimal darajaga yetadi, so‘ngra kasallanishning asta-sekin kamayishi qayd etiladi va qishda, odatdagidek, zoonoz teri leyshmaniozining yakka-yarim holatlari kuzatilishi mumkin, va bu tibbiy yordam so‘rab kech murojaat qilgan bemorlarga taalluqlidir.

Tadqiqot maqsadi. Immuno-mikrobiologik tadqiqotlarni o‘rganish asosida teri leyshmaniozi o‘choqlari atrofida teri mikroflorasining rolini va kasallikning klinik ko‘rinishiga ta’sir qilish mexanizmini o‘rganish.

Material va metodlar. Bemorlarning to‘liq klinik-laboratoriya tekshiruvi, shu jumladan Borovskiy tanachalarini aniqlash uchun jarohat o‘choqlaridan ajralmalar mikroskopik tekshiruvi o‘tkazildi.

Natija. Mikroskopik tekshiruvda barcha bemorlarda terining zararlangan sohasidan olingan surtmalarda leyshmaniyalar aniqlandi. Tur tarkibini aniqlashda barcha bemorlarda L. Infantum aniqlangan. Tekshirilgan bemorlar orasida yuz terisining (qoshlar, burun, yonoqlar, burun qanshari, og‘iz burchagi, iyak) zararlanishi 6 (8,3 %) bemorda, qo‘l terisining (panjalar, bilaklar, yelkalar, tirsaklar) zararlanishi 17 (23,6 %), oyoq terisi (oyoq panjasi, boldirlar, sonlar) 34 nafar (47,2 %), yuz, yuqori va pastki sohalarida 3 nafar (4,2 %), yuz va oyoq-qo‘llar terisining zararlanishi 1 nafar (1,4 %), oyoq-qo‘llar terisining zararlanishi 8 (11,1 %), yuz va oyoqlar terisining zararlanishi 3 (4,2 %) bemorda qayd etilgan.

Ma’lumki, mavjud hamroh mikroflora ba’zi holatlarda teridagi patologik jarayonning klinik kechishiga ta’sir qilishi mumkin. Shu sababli teri leyshmaniozi o‘choqlarida ikkilamchi mikrofloraning rolini va uning kasallikning klinik ko‘rinishiga ta’sir qilish mexanizmini o‘rganish dolzarbdir.

Shu sababli biz teri leyshmaniozi bilan og‘rigan bemorlarda zararlanish o‘choqlarida terining mavjud hamroh mikroflorasi holatini o‘rgandik.

Teri leyshmaniozi bilan og‘rigan 72 bemorda teri mikroflorasining holatini 16 nafar amaliy jihatdan sog‘lom shaxslar (nazorat guruhi) ma’lumotlari bilan solishtirib o‘rganildi. Tekshirilgan bemorlar orasida 50 nafar bemorda teri leyshmaniozining do‘mboqcha shakli va 22 nafarida yarali leyshmaniomalar aniqlandi. Nazorat guruhidagi shaxslardan terini yuvish natijasida olingan ajralmalarni o‘rganishda 6 nafar (37,5 %) bemorda Staphylococcus yepidermidis va 2 nafar (12,5 %) bemorda Candida Spp. aniqlangan, bu amaliy jihatdan sog‘lom shaxslarda terining mikrob landshaftini tashkil qiladi.

Xulosa. Bemorlarda teri leyshmaniozining klinik shakllariga qarab hamroh teri mikroflorasining holatini o‘rganish hamda ushbu mikroflorani kasallikning kechishiga ta’sir etishi, asoratlangan shakllarining rivojlanishiga olib kelishi aniqlangan.

TERI LEYSHMANIOZINI MAHALLIY DAVOLASH USULLARI

A.A. SULTANOV, Q.N. XAITOV

Toshkent tibbiyot akademiyasi;
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Leyshmaniozlar (leishmanioses) – odam va hayvonlardan o‘tadigan protozoy kasalliklari guruhi bo‘lib, ularning qo‘zg‘atuvchilari (leyshmaniyalar) qon so‘ruvchi hasharotlar – Phlebotomus (Qadimgi dunyo leyshmaniozi) yoki Lutzomiya (Yangi dunyo leyshmaniozi) tomonidan yuqadi.

Iskabtopar chivinlarning 500 ga yaqin turi ma’lum, shundan 30 ta turi leyshmanioz tashuvchisi hisoblanadi. Leyshmanioz (yoki leyshmaniya) Leishmania turkumidagi hujayra ichi protozoyalari keltirib chiqaradigan kasalliklar guruhiga kiradi

Morfologik tuzilishi xususiyatlariga ko‘ra, leyshmanioz qo‘zg‘atuvchilari amastigota va promastigota shakllariga bo‘linadi. Amastigota shakllarining rivojlanish sikli odam va boshqa sutemizuvchilar organizmida o‘tadi, promastigota shakllariniki esa Phlebotomus turiga mansub moskitlar organizmida kechadi.

Leyshmanioz hanuzgacha dunyodagi eng e’tibordan chetda qolgan kasalliklardan biri bo‘lib, asosan rivojlanayotgan mamlakatlarda ko‘proq kambag‘allarning eng nochor qatlamini zararlaydi; taxminlarga ko‘ra, 350 million kishi leyshmanioz bilan kasallanish xavfi ostida va har yili 2 millionga yaqin yangi holatlar aniqlanadi.

Odam leyshmaniozining ikki shakli farqlanadi: limfogistiotsitar tizimning zararlanishi, qaytalanuvchi isitma, kaxeksiya, zo‘rayib boruvchi anemiya, leykopeniya, taloqning keskin kattalashishi bilan xarakterlanadigan *visseral leyshmanioz (leishmaniosis visceralis)* va asosan teri (shiliq pardalar) zararlanadigan, jarayon yaralar paydo bo‘lishi va keyinchalik chandiqlanish orqali namoyon bo‘ladigan *teri leyshmaniozi (leishmaniosis cutanea)*. Ikkala shakl ham turli geografik va klinik-epidemiologik variantlarni o‘z ichiga oladi.

Tadqiqot maqsadi. Immuno-mikrobiologik tadqiqotlarni o‘rganish asosida teri leyshmaniozini patogenetik davolash usulini takomillashtirish va uning oldini olish choralarini ishlab chiqish.

Material va metodlar. Davolashni boshlashdan oldin bemorlarni to‘liq klinik-laboratoriya tekshiruvi, shu jumladan Borovskiy tanachalarini aniqlash uchun jarohat o‘choqlaridan ajralmalar mikroskopik tekshiruvi o‘tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Shuni ko‘rsatdiki, teri leyshmaniozining do‘mboqcha shakli bilan og‘rigan bemorlarda leyshmaniomalarning yiringli-nekrotik karashdan tozalanish asosiy guruhida o‘rtacha 15,0 ± 0,36 kunga, an’anaviy davolangan bemorlar guruhida 20,0 ± 0,43 kunga teng bo‘ldi. Ushbu guruhdagi bemorlarda an’anaviy terapiyadan so‘ng o‘rtacha 11,4 ± 0,75 kun ichida parazitologik sog‘ayish sodir bo‘ldi va yaralarning epitelizatsiyasi davolanishning 24,9 ± 0,43 kunda yakunlandi. Kompleks davolangan bemorlarda esa parazitologik sog‘ayish o‘rtacha 10,0 ± 0,00 kundan keyin sodir bo‘ldi va yaralarning epitelizatsiyasi davolashning 19,8 ± 0,41 kunida yakunlandi. Ushbu guruhdagi bemorlarda an’anaviy terapiyadan so‘ng spetsifik asoratlarning to‘liq so‘rilishi 29,6 ± 0,43 kunda, kompleks davolashni olgan bemorlarda esa davolanishning 23,7 ± 0,38 kunida sodir bo‘ldi.

Yuqorida qayd etilganlar shundan dalolat beradiki, teri leyshmaniozining do‘mboqchali shakli bilan og‘rigan bemorlarni davolashning kompleks usuli an’anaviy davolash usuliga qaraganda leyshmaniomalarni yiringli-nekrotik blyashkadan erta tozalashga, parazitologik sog‘ayish, yaralarning epitelizatsiyasi va spetsifik asoratlarning to‘liq so‘rilishiga yordam beradi.

Xulosa. Olingan ma’lumotlar shuni ko‘rsatadiki, teri leyshmaniozi bilan og‘rigan bemorlarda kasallikning klinik ko‘rinishidan qat’i nazar, an’anaviy terapiyadan so‘ng teri mikroflorasini tiklashda ijobiy o‘zgarishlar yuz beradi, ammo terining patogen mikrofloradan to‘liq tozalanishi kuzatilmadi. Aksincha, ushbu guruhlardagi bemorlarda teri leyshmaniozini davolash uchun biz tomondan ishlab chiqilgan usul terini patogen mikrofloradan tozalashda sezilarli ta’sir ko‘rsatadi va bu teri leyshmaniozining do‘mboqcha shakli bilan og‘rigan bemorlarda yaqqol ifodalandi va bu bemorlarda davolashdan keyin terini yuvmalarida aniqlangan mikroorganizmlar butunlay yo‘q bo‘ldi.

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО БОРЬБЕ С КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

К.Н. ХАИТОВ, А.А. СУЛТАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Кожный лейшманиоз – зооантропонозное заболевание, встречающееся у людей и животных. Чаще встречается в тропических и субтропических регионах. По статистике ВОЗ, ежегодно от этого заболевания страдают 350 миллионов человек.

Кожный лейшманиоз в нашей республике регистрируется преимущественно в Республике Ка-

ракалпакстан, Сурхандарьинской и Бухарской областях, в единичных случаях – Кашкадарьинской, Джизакской областях. Среди детей чаще всего страдают дети от 1 до 5 лет.

Ключевые элементы, которые следует учитывать при разработке национальных программ борьбы с лейшманиозом в соответствии со структурой заболевания: национальные планы борьбы, механизмы координации (межсекторальные комитеты, национальные оперативные службы), эффективные стратегии мобилизации сообщества и коммуникации, реализация мобилизации ресурсов, стратегии мониторинга и оценки, а также оперативные исследования.

Большинство стран, где лейшманиоз является эндемичным являются развивающимися странами. Значительная часть населения в эндемичных районах не имеет государственных программ здравоохранения, диагностика и лечение могут оказаться невозможными, поскольку посещение медицинских центров отнимает много времени и денег или пациенты не знают о доступности таких услуг. В этих странах большая часть бюджета здравоохранения тратится на лечебные услуги, поэтому программы профилактики заболеваний постоянно нуждаются в квалифицированных медицинских работниках, транспорте и лекарствах.

Несмотря на достижения в инфраструктуре здравоохранения и усовершенствованные технологии, необходимы программы упреждающего выявления случаев заболевания, обучение первичной медико-санитарной помощи и обучение поставщиков медицинских услуг диагностике и лечению. Обучая медицинский персонал и используя экспресс-диагностические тесты, можно повысить эффективность выявления заболевания в его активной стадии.

Одной из мер, принимаемых против распространения кожного лейшманиоза, является проведение благоустройства населенных пунктов и жилых домов. Кроме того, обработка домов ядохимикатами против насекомых. При регистрации заболевания обрабатывают внутреннюю и внешнюю часть дома, а также соседние дома.

В эндемичных районах для личной профилактики целесообразно использовать репелленты, инсектициды длительного действия, электрофумигаторы. С кожным лейшманиозом невозможно успешно бороться без участия различных административных структур, в том числе структур сектора сельского хозяйства. Важно привлечь персонал различных медицинских, социальных и биологических дисциплин, включая врачей и исследователей в области паразитологии и ветеринарии.

Любая национальная программа контроля, даже небольшая по масштабу, должна основываться на хорошо разработанном плане с четким описанием целей, методов и сроков.

АКИУАЛЬНОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

К.Н. ХАИТОВ, А.А. СУЛТАНОВ

Ташкентский педиатрический медицинский институт;
Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент, Узбекистан

Клинические проявления кожного лейшманиоза могут имитировать симптомы других кожных заболеваний, таких как стафилококковые или стрептококковые инфекции, микобактериальные язвы, лепру, грибковые инфекции, рак, саркоидоз и тропические язвы. Поскольку клинические проявления кожного лейшманиоза неспецифичны, диагностическое подтверждение имеет важное значение.

Паразитологическая диагностика остаётся стандартом диагностики в связи со спецификой кожного лейшманиоза. При этом эффективность метода широко варьируется в зависимости от географического положения, типа пораженной территории и стадии развития. Поэтому каждому пациенту необходимо провести несколько паразитологических диагностических исследований.

Материал, полученный с помощью соскоба, тонкоигольной аспирации или биопсии раны, может быть использован для микроскопического исследования, культивирования и использования методов молекулярной диагностики.

Микроскопическое исследование материала, окрашенного по методу Романовского-Гимзы, часто является единственным методом, доступным в учреждениях первичной, вторичной или третичной медицинской помощи в эндемичных районах. Культивирование паразита в нормальной среде позволяет идентифицировать вид и изучить его особенности. Обнаружение нуклеиновых кислот паразитов методами молекулярной диагностики, особенно методами ПЦР, повышает чувствительность диагностики и позволяет идентифицировать виды Leishmania. Это особенно важно в регионах, где сосуществуют несколько видов Leishmania и характеризуются разными клиническими исходами и разной реакцией на лечение.

Мультиплексные ПЦР-анализы позволяют быстро идентифицировать виды, и их использование в диагностике кожного лейшманиоза растёт. Как выращивание биологического материала, так и молекулярная диагностика требуют обширной лабораторной инфраструктуры и технических

знаний, что ограничивает их использование специализированными лабораториями.

Серологическая диагностика кожного лейшманиоза ограничена из-за низкой чувствительности и переменной специфичности. Кожные пробы с лейшманином могут быть полезны в эпидемиологических исследованиях, но они не имеют большого значения для диагностики кожного лейшманиоза. Ни серологические тесты, ни кожные тесты не различают предыдущие и текущие инфекции.

Диагностика кожного лейшманиоза должна быть специфичной для служб здравоохранения, поскольку наличие лабораторного оборудования во многом зависит от уровня системы здравоохранения. Диагностика, которая также необходима для обнаружения рецидива лейшманиоза, должна проводиться на районном или вышестоящем уровне системы здравоохранения.

ҚЎТИР БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ИВЕРМЕКТИН ВА БЕНЗИДЕП ПРЕПАРАТЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, М.З. ХАМИДОВА

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Қўтир касаллиги билан азобланган пациентларда Ивермектин ва Бензидеп препаратларининг комплекс даволашдаги самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва усуллари. Қўтир билан оғриган 60 нафар беморларда Ивермектин ва Бензидеп препаратлари комплекс терапияда қўлланиб кўрилди (4 ёшдан 54 ёшгача бўлган, 32 нафар аёл ва 28 нафар эркаклар). 19 нафари типик қўтир, 12 нафари инкогнито қўтир, 7 нафари постскабиоз лимфоплазия, 5 нафари қўтир йўлларисиз шакли, 29 нафари асоратланган (аллергик дерматит, экзема, пиодермия) қўтир билан касалланган беморлар эди. Беморларнинг барчаси 200 мкг/кг миқдорда комплекс терапияда ивермектин препаратини per os қабул қилишди. Ташқи давога (10–20 % ли) бензидеп спрей дори воситаси қўлланилди.

Барча беморларда даводан олдин лаборатор текшириш учун жароҳат ўчоғидан олинган материалда қўтир канаси аниқланди. Барча беморлардаги қичишиш кечаси кучайгани кузатилсада, асоратланган беморларда қичишиш, ачишиш, оғриқ кундузи ҳам безовта қилгани кузатилди.

Тадқиқот натижаси. Комплекс терапияда типик қўтир билан оғриган беморларда Ивермектин ва Бензидеп спрей препарати қабул қилинганидан кейин қичишиш ўртача 3,0 ± 0,3 кундан кейин йўқолгани кузатилди. Постскабиоз лимфоплазия, қўтир йўлларисиз шаклларида ва асоратланган қўтир билан оғриган беморларда қичишиш ўртача 5,6 ± 0,3 куни камайгани аниқланди. Клиник тузалиш барча беморларда асоратларсиз кузатилди.

Хулоса. Қўтир билан оғриган беморларда Ивермектин ва Бензидеп спрей препаратлари қўлланилганда, юқори самара бергани кузатилди. Бу препаратларни комплекс қўллашни дерматологлар ва УАШ фаолиятида кенг қўллашни тавсия қилишлари мумкин.

ПЕРМЕТРИЖОР МАЛҲАМИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ МЎЛЛИК ВА УЧРАШ ИНДЕКСИНИ АНИҚЛАШ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотнинг мақсади. Перметрижор малҳами билан даволанган пациентларда қўтир касаллигининг мўллик ва учраш индексини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва услублари. Назоратимизда 60 нафар (30 эркак ва 30 аёл) қўтир билан оғриган беморлар бўлиб, ёши ўртача 23,3 ёшни ташкил қилди. Барчасига қўтир диагнози стандарт текширувларда қўтир канаси топилгач қўйилди.

Эпизоотик жараёни характеристикаси учун учраш частотаси кўрсаткичидан (инвазияни экстенсивлиги (ИЭ) ва мўллик индекси (МИ) фойдаланилади.

Учраш индекси (частотаси, УИ) кўрсаткичини аниқлаш учун қуйидаги формуладан фойдаланилд

$$p_{\text{часть}} = \frac{n_к 100\,\%}{N}$$

бу ерда: $n_к$ – k – туридаги паразит билан жароҳатланган хўжайинни (беморларни) сони, N – текширилган беморларни умумий сони.

Мўллик индекси сони қуйидаги формула ёрдамида аниқланди:

$$I_{об} = \frac{\Sigma x_i}{N}$$

бу ерда: Σx_i – i – туридаги паразитлар суммаси; N – текширилаётган беморлар популяциясида топилган паразитларнинг умумий сони.

Паразитар индекс (ПИ) – қўтир билан оғриган беморларда танасининг барча қисм-соҳаларида қўтир йўлларини аниқлаш, жароҳат ўчоғлари майдони ва тошмалар сонини ҳисоблаш орқали олиб борилди.

Перметрижор малҳами перметрин каби қўлланилди.

ПИнинг кўрсаткичлари Перметрижор препарати билан ўтказилган монотерапиядан аввал қуйидагича бўлди: асоратланган қўтирда 25,6 балл, инкогнито шаклида 8,7 балл, постскабиоз лимфоплазияда 13,3 балл, типик қўтирда 28,1 баллга тенг бўлгани аниқланди.

ПИнинг Перметрижор препарати билан ўтказилган монотерапиядан кейин қуйидагича бўлди: 5 ва 10 кундан сўнг асоратланган қўтирда 15,6 ва 3,2 балл, инкогнито шаклида 7,8 ва 0,5, постскабиоз лимфоплазияда 4,3 ва 0,4, типик қўтирда 1,2 ва 0,3 баллга тенг бўлгани кузатилди.

Қўтир йўлларини УИ ни Перметрижор малҳами билан ўтказилган монотерапиядан олдин қуйидагича бўлди: бармоқларда 96 балл, кафт усти суяклари соҳасида 84, жинсий аъзоларда 65, товон оёқ панжаси 43, думбада 21, аксиляр соҳада 17 баллни ташкил қилди.

Қўтир йўлларини УИ ни Перметрижор препарати билан ўтказилган монотерапиядан кейин қуйидагича бўлди: 5 ва 10 кундан сўнг бармоқларда 56 ва 34 балл, кафт усти суяклари соҳасида 54 ва 32, жинсий аъзоларда 44, ва 25, товон оёқ панжаси 22 ва 21, думбада 12 ва 9, аксиляр соҳада 11 ва 6 балл.

Беморларнинг теридаги жараёнда 50 нафарида тўлиқ тузалиш, 5 нафарида клиник яхшиланиш ва 5 нафарида клиник белгиларнинг ўзгаришсиз қолиши кузатилди.

Хулоса. Қўтир билан оғриган беморлар диагностикасида қўтир канасининг учраш частотаси кўрсаткичидан (инвазияни экстенсивлиги (ИЭ) ва мўллик индекси (МИ) ҳамда учраш индекси (частотаси, УИ) кўрсаткичини аниқлаш, касалликни мониторинг қилишда фойдали. Перметрижор малҳами билан қўтирни даволашни самарадорлигини аниқлашда МИ ва УИ кўрсаткичлари буни тасдиқлади.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕПРОЙ В ЗОНАХ СПОРОДИЧЕСКОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ

Э.Х. ЭШБОЕВ[1], З.К. НУРАТДИНОВА[2]

[1]Министерство здравоохранение Узбекистана;
[2]Республиканский Каракалпакский лепрозорий

Актуальность проблемы: Республика Каракалпакстан бывший эндемический очаг по лепре. В течение 40 лет сохраняется спородический характер заболеваемости по лепре.

Цель исследования. Изучить факторы способствующие сохранению спородического характера заболеваемости.

Материалы и методы исследования. Ретроспективный анализ архивных данных (по истории болезни) и статистические данные в настоящее время.

Результат исследования. В бывшей эндемической зоне с 1995 года заболеваемость лепрой носит стойкий спородический характер. Проведен ретроспективный анализ архивных истории болезни за последние 40 лет. С 1995–2024 год всего выявлено 38 новых больных лепрой. По структуре формы лепры: многобациллярная лепра – 26 (68,4)%), из них 4 случай рецидива лепры (10%), малобациллярная лепра – 12 (31,6%). Выявленные из числа контактных и очагов по лепре 27 (71%) выявленные не из числа контактных – 11 (28%). Распространение по зонам: северной зоне 12 (38,7%), южной зоне 11 (28,9%), в центральной зоне 15 (39,4%).

Результаты исследования:

1. В регионе со спорадическим характером заболевание преобладает многобациллярная форма инфекции;

2. В выявленных случаях в преобладает случае из числа контактных лиц, из очага инфекции;

3. Наибольшая пораженность в центральной и северной зоне региона.

Выводы

1. Каракалпакский очаг по заболеваемости лепрой имеет все признаки локализации инфекции;

2. Среди вновь выявленных больных нет детей, все среднего и старшего возрастов;

3. Учитывая что рецидив лепры в этом промежутке времени составляет 10%, провести строгий контроль по лечению и бактериоскопический контроль (с учетом бактериоскопического индекса). Усилить эпидемиологический контроль за выписанными на амбулаторное лечение и диспансерное наблюдение.

СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ЛЕПРЫ

Э.Х. ЭШБОЕВ[1], З.К. НУРАТДИНОВА[2], Б.А. ШАМАМБЕТОВ[2], Р.Ж. КУЛЕКЕШОВ[2], Е.Ш. ЮСУПОВ[2]

[1]Министерство здравоохранение Узбекистана;
[2]Республиканский Каракалпакский Лепрозорий

Актуальность проблемы: В зонах спорадического характера заболеваемости, часто встречается случай семейной лепры, что говорит о восприимчивости и генетических факторах заболевание в бывшей эндемичной зоне.

Цель исследования. Предоставить материалы семейных случаев лепры.

Материалы и методы исследования. Изучены отчеты эпидемиологического обследования в очагах и контактных, изучены истории болезни вновь выявленных больных за первое полугодие 2024 г.

Результат исследования. Проведено ретроспективное исследования архивного материала, а также статистические отчеты за первое полугодие 2024 года. Всего выявлено 196 случаев семейной лепры: из них: случай заражения сына – 23, дочь – 13, внука – 4, дедушки – 23, брата, сестры, братишки – 43, со стороны матери – 85, со стороны отца – 79. Соотношение по формам и по типам лепры в семейных случаях, соотношение женского и мужского пола, городской и сельской местности разницы не большие.

Вывод:

1. С эпидемиологической точки зрения характер семейных случаев неоднородными и предположительно характеризуются ниже следующими:

– социально-экономические факторы

– генетические факторы: наследственная предрасположенность, которые связаны геном иммунного ответа (HLA).

– Встречающиеся в настоящее время новые случаи заболевания в своем большинстве выявляются в семьях больных лепрой.

– Инкубационный период при лепре в средним 20 лет, именно в каком промежутке периода происходит заражение выяснить не возможно.

2. Внедрение в молекулярно- генетических методов т.е. ПЦР, в мероприятия по борьбе с лепрой, позволяет выявлять лепру на самых ранних сроках заболевания.

ҚЎТИР ТАШХИСИНИ ҚЎЙИШ ТАМОЙИЛЛАРИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, С.Э. ЭШБОЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Қўтир касаллигига ташхис қўйиш пайтида клиник, эпидемиологик ва лаборатор ташхис услубларидан фойдаланилади.

Клиник субъектив белгиларидан кечаси ёки тунда терининг қичиши биринчи бўлиб шифокорнинг эътиборини ўзига жалб қилиши керак. Тошма элементларининг ўзига хос (типик) жойларда (бармоқлар ва уларнинг оралиғи терисида, қўл кафти четларида, билак ва тирсак соҳасида, тўпиқ атрофида ва товон терисида) тарқалиши, фолликуляр папулалар тана терисининг олдинги қисмида, яллиғланиш характерига эга бўлмаган пуфакчалар эса бармоқлар оралиғида жойлашиши, лентикуляр тугунчаларнинг эркаклар мояги терисида, думба соҳасида, аёлларнинг сут бези терисида ва киндиги атрофида тарқалиши қўтир касаллигининг энг асосий клиник белгиларидир.

Таққослама ташхиси. Асосан мурожаат қилган беморнинг шикоятига эътибор берилади. Қўтир баъзан қичима билан адаштирилади, чунки бу касалликда ҳам тери қаттиқ қичишади. Аммо, бу касаллик йиллаб давом этади, тери қичиши беморни туну-кун безовта қилади. Беморнинг лимфа тугунлари шишади (пруригиноз шиш), тери ранги сарғимтир бўлиб, тугунчалар қонли қора қўтир билан қопланади ва қўл-оёқларнинг букиладиган соҳасида жойлашади.

Шу билан бирга қўтир касаллиги микроб экземаси, чин экзема билан таққосланади. Лекин қўтир касаллигида тугунча ва пуфакчали тошмаларнинг маълум жойларда жойлашиши, кана йўллари борлиги, қичишнинг айнан кечаси авж олиши, Горчаков-Арди симптомининг мусбат бўлиши қўтирни бошқа касалликлардан фарқлашда муҳим роль ўйнайди. Беморларнинг терисида кўпинча пигментли доғлар, импетиго элементларининг изи қолади. Баъзан, беморнинг думғаза соҳасидаги тошмалар думбанинг ёрғоқ соҳаси томон йўналган «учбурчак белгиси» ҳосил қилади.

Айниқса, беморнинг терисида пайдо бўлган тошмалар (пуфакчалар)дан лаборатория ходим-

лари томонидан қўтир касаллиги қўзғатувчиси бўлмиш қўтир канасининг топилиши ташхис тўғри қўйилганлигини исботлайди.

Гистопатологияси. Кана йўллари терининг мугуз қаватида жойлашади, ковакларнинг энг чуқур жойи тикансимон, базал қаватга етиши мумкин. Худди шу ковакларда урғочи кана ва унинг тухумлари жойлашади. Мальпиги қаватида ҳужайраларо ва ҳужайралар шиши ҳисобига пуфакча пайдо бўлади. Терининг дерма қисмида асосан лимфоцитлардан иборат сурункали инфильтрат кўринади. Бундай инфильтратлар кана йўллари тагида жойлашади.

ЁШ БОЛАЛАР ВА КЕКСА КИШИЛАРДА ҚЎТИРНИНГ КЛИНИКАСИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Ф.С. КАЛАНДАРОВА

РИДВ ва КИАТМ ДМ;
Тошкент шаҳар Вакцина ва зардоблар илмий текшириш институти

Гўдакларда катталардан фарқли равишда зарарланиш юз терисини ва бошнинг сочли қисмини ҳам эгаллаб олади. Кана йўллари занжирсимон жойлашади, майда пуфакчалар ва пуфаклар яққол кўзга ташланади. Тошмалар бола товонига (оёқлари кафтларига), оёқ панжалари устки соҳасига ва тўпиғи атрофига тарқалиб кетади. Иккиламчи пиококк инфекцияси қўшилиб импетиго ва остиофолликулитларни юзага келтиради, ҳатто аллергик дерматит ҳам пайдо бўлади. Маддалар пилчиллаб йиринг тортади, териси қизариб шишиб кетади. Жароҳатланиш бармоқлар терисини, баъзан тирноқлар пластинкасини ҳам қамраб олади. Кексаларда қўтир аксинча сурункали кечади, яллиғланиш ўчоқлари ўткир характерга эга бўлмайди. Кана йўллари 1–2 та бўлиб, у ер-бу ерда жойлашади, холос. Кўпроқ қашинавериш оқибатида юзага келган қора-қўтирли тирноқ изларини кўриш мумкин. Ўткир яллиғланиш характерига эга бўлган пуфакчалар кўзга ташланмайди. Кексаларда қўтир касаллиги узоқ вақт давом этади, агарда эътибор берилмаса улар доимий ўчоққа айланиб қолади.

ҚЎТИРНИНГ (ЧЕСОТКА) ТУРЛИ ХИЛ БОШҚА ДЕРМАТОЗЛАР БИЛАН БИРГА КЕЛГАНДАГИ КЛИНИКАСИ

Э.Х. ЭШБОЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Қўтир касаллиги паразитар хасталиклар ичида олдинги ўринларда туришини юқорида таъкидлаган эдик. Шундай экан, унинг шифокорлар амалиётида тез-тез учрайдиган дерматозлар билан биргаликда (псориаз, оёқ панжаси микози, рубромикоз, атопик дерматит, бармоқлар ва товон гипергидрози ва б.) аралаш келиш ҳоллари ҳам кўп учрайди.

Псориаз ва атопик дерматитлар билан қўтир ҳамкорликда келган пайтлари улар биргаликда сурункали дерматозни эслатади. Каналарнинг паразитлик қилиши метаморфоз даврига тўғри келади, аммо зийраклик билан теридаги тошма элементлари кузатилса, кана йўллари қўтирга хос жойларда (бармоқлар оралиғи, кафтларнинг икки четлари, тирсак териси ва ҳ. к.) бўлиши аниқланади. Шундай маълумотлар борки, баъзан қўтир худди мастиоцитоз, Дюрингнинг герпетиформ дерматити ва почесуханинг клиник кўринишини ниқоб қилиб олади.

Оёқ панжа микозининг дисгидротик ва интертригиноз хиллари ҳақиқатан қўтир касаллигининг клиникасига ўхшаб кетади, лекин тошма элементларининг катталиги (пуфаклар) ва субъектив симптомларнинг кўпроқ кундузи авж олиш ва замбуруғларнинг топилиши ташхисда ёрдам беради. Агарда касалликлар аралаш келса, қўтирга қарши буюрилган малҳамлар ёки антипаразитар препаратлар нафи орқали ажратиб олиш мумкин. Қўтир фринодермия, ксеродермия ёки ихтиоз билан аралаш келса ташхис қўйиш муаммоси мураккаблашади. Масалан, ихтиозда терининг тангачали кўчиши жуда юқори бўлади, шу билан биргаликда тери қуруқроқдир. Маълумки, қўтир каналари қуруқ терини унчалик хуш кўрмайди, шунинг учун ҳам

ихтиозда канали зарарланиш секин ва сурункали кечади. Лекин шифокорга тўғри ташхисни қўйишда беморнинг касаллик тарихи, анамнез, субъектив шикоятлар ва зарарланишнинг ўзига хос хусусиятлари, қолаверса, лаборатория текширувлари ёрдам беради.

ТЕРИНИНГ СКАБИОЗЛИ ЛИМФОПЛАЗИЯСИ

Э.Х. ЭШБОЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Илгарилари бу каби тери қўтир касаллигининг тугунли (папула) формаси учун ишлатиладиган ёки қўтир касаллигининг ўзига хос асорати деб тушунилган. Лекин кейинги тадқиқотлар шуни кўрсатадики, бу тугунлар аслида кана йўлларининг ўзига хос кўринишидир. Улар худди папулаларни эслатади ва терининг турли соҳаларида жойлашади, лимфоид тўқиманинг гиперплазияси билан давом этади. Бу ҳолат организмнинг қўзғатувчига нисбатан жавоб реакциясидир.

Дарҳақиқат, қўтир касаллиги сифатли даволанишига қарамасдан тугунчалар узоқ вақт терининг бурмали жойларидан сўрилиб кетмаслиги мумкин. Шунинг учун ҳам терининг скабиозли лимфоплазияси деган ном олган. Аксарият бундай тошмалар қўтирга чалинганларнинг тирсагида, думба оралиғида ҳамда жинсий аъзолар терисида жойлашади. Уларнинг биоптатларидан олинган материаллар текширилганда терининг скабиозли лимфоплазияси қисмида лимфацитлардан, гистиоцитлар, эозинофиллардан ташкил топган периваскуляр инфильтрация кузатилади. Кўпинча бундай препаратлардан эпидермис ичида каналар ёки уларнинг тухумлари ва қолдиқлари топилади. Терининг скабиозли лимфоплазияси папулалар сони ва уларнинг жойлашиши билан баҳоланади. Ҳадеб қашинавериш инфилътрацияни оширади, реинвазияга олиб келади, оқибатда касалликнинг қайталаниши юз беради.

ПСЕВДОСАРКАПТОЗ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Д.Б. АБДУЛЛАЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Баъзан шундай бўладики, ҳайвонларда касаллик чақирувчи каналар қисқа муддат одамларда ҳам касаллик қўзғатади. Жумладан итлар, чўчқалар, катта шохли ҳайвонлар ва қўй ҳамда эчкилардан тўғридан-тўғри паразитлар яқин мулоқот пайтида юқиб қолиши мумкин. Бундай ҳоллар сут соғувчиларда, чўпонларда ва фермер ходимларида кузатилади. Ветеринария амалиётида псевдосаркаптоз билан касалланганлар учраб туради. Айниқса, итлардан қўтирни қўзғатувчи каналарнинг ёш болаларга юқиш эҳтимоли кўп. Псевдосаркаптоздан касалликнинг яширин даври жуда қисқа бўлади, кана йўллари бўлмайди. Яна таъкидлаш жоизки, баъзан итлар канаси одамлар терисида учрайди. Фақатгина улар одам терисида қисқа муддат бўлади ва жуда қаттиқ қичишга олиб келади. Болалар терисида қаварчиқлар, тугунчалар ва ҳатто қонли қора қўтирлар юзага келади. Кўпинча терининг очиқ жойларида қашиниш (экскориация) чизиқлари пайдо бўлади. Даво чоралари кўрилмаса пиококклар қўшилиб, терининг йирингли касалликлари пайдо бўлади, баъзан экземага ҳам айланиб кетади.

НОРВЕГИЯ (ҚОРА ҚЎТИРЛИ, ТАНГАЧАЛИ) ҚЎТИРИ

Э.Х. ЭШБОЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Бизнинг мамлакатимизда камдан-кам ҳолларда учрайдиган касаллик. Аксарият ҳолларда аралаш патологиялар билан ҳамкорликда келади. Касалликнинг дастлабки баёни 1847 йили Даниэлъсон ва Беклар томонидан моховга чалинган бемор терисида кузатилганидан сўнг ёзилган. Касаллик пайдо

бўлишининг асл сабаби бемордаги қичишни бартараф қилиш ёки теридаги сезгирликнинг йўқлигидир. Иммунтанқислик ва иммунзаифлик юзага келиши узоқ вақт давомида гормонал дориларни истеъмол қилиш, айниқса периферик нерв тизимининг сезгирлиги (моховда, сирингомиелия, шол ва б.) пасайиши теридаги сезгирликни, яъни қичишнинг сезувчанлигини ҳам пасайтириб юборади, оқибатда беморнинг териси мугуз қаватидаги каналар ҳаракатини макроорганизм билмайди. Қисқа вақт ичида каналар сон жиҳатдан бир неча мингтагача етади. Норвегия қўтирининг асосий клиник белгиларидан бўлиб, бу беморнинг терисида қора қўтир ва тангачалар пайдо бўлиши ҳисобланади. Аксарият, лой рангли ҳамда сарғимтир ёки қора-жигар ранг қора қўтирлар юзага келади, уларнинг катталиги бир неча миллиметрдан 2–3 см гача етади. Қора қўтирлар шунчалик қалин жойлашадики, улар худди қалин ўрнашган мугузли қопламни эслатади. Бу мугузли қоплам беморнинг ҳаракатини чегаралаб қўяди ва фаол ҳаракатланишига йўл қўймайди, оғрийди. Худди мана шу тангачалар тагида жуда кўплаб қўтир каналари паразитлик қилади. Беморнинг бармоқлари терисида ҳамда товони атрофида жуда кўплаб кана йўллари жойлашади. Тирноқлари қалинлашиб, кепакланиб туради, ҳатто деформацияга учрайди. Терида жойлашган тангачалар юлиб олинса, унинг тагидан эррозив сатҳлар юзага келади, пилчиллаб, ёриқлар пайдо бўлади. Беморларни оғриқ қийнайди. Устига-устак аксарият беморларда жароҳатланган тери соҳасига иккиламчи пиококк инфекциялари қўшилади. Оқибатда беморлар терисидан ёқимсиз ҳид тарқайди. Норвегия қўтирига чалинган беморларда касаллик оғир кечади. Уларнинг тана ҳарорати ошади, иштаҳаси пасайиб, кўпинча озиб кетади, беморлар терисида юз минглаб қўтир канаси паразитлик қилади. Шунинг учун ҳам улар атрофдагилар учун хавфли ҳисобланади, юқумлилик даражаси жуда баланд кечади ва локал эпидемияга олиб келади. Атрофдагиларга касаллик юқадиган бўлса, уларда типик қўтир юзага келади.

Олимларнинг берган маълумотларига қараганда амалий тиббиётда Даун касаллиги, ақли заифлар, инфантилизм, тизимли касалликларда ва қон касалликларига учраган беморлар орасида кўп қайд қилинади. Сўнгги пайтларда ОИТС га учраганларнинг ҳам норвегия қўтирига чалинганликлари тўғрисида маълумотлар бор.

Беморларнинг билиб-билмасдан ёки шифокорларнинг антигистамин препаратларини оддий қўтирга учраган беморларга ҳаддан зиёд ва меъёридан ортиқ буюриши норвегия қўтирига олиб келади. Турли дерматозларда ўз вақтида зийраклик билан ташхис қўйишни олиб бормаслик ҳам клиник хатоларга сабаб бўлади.

ЗАХМ ҚЎЗҒАТУВЧИСИ (TR.PALLIDUM)НИНГ МОРФОБИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, С.Э. ЭШБОЕВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Захм қўзғатувчиси оқиш трепонема ёки оқиш спирохета – захм қўзғатувчиси Spirochaetaceae оиласининг вакилидир. Бундан ташқари, бу турга Tr.microdentium, Tr.macrodentium каби оғиз бўшлиғи сапрофитлари ва бошқалар киради. Спирохеталарнинг оқиш дейилишининг сабаби уларнинг лабораторияда кўп ишлатиладиган аналин бўёқлари билан суст бўялишидир.

Спирохеталар спиралсимон бўлиб, якка-якка ёки тўп-тўп бўлиб жойлашади. Ҳужайралари протоплазматик цилиндр ташкил қилиб, ўқи бўйлаб бир дона ёки бир неча фибриллар жойлашади. Спирохеталарнинг тузилишидаги айрим хусусиятлари содда жониворларникига ўхшаб кетади. Спирохеталар жуда ҳаракатчан; ўз ўқи атрофида айланиб юрувчи, букилувчи, винтсимон ва олдинга интилувчи ҳаракатларни бажаради. Споралар ҳосил қилмайди, грамманфий бўялади, айримларининг ҳужайра ичи киритмалари бор.

Спирохеталар хемоорганотроф, аэроб, факультатив анаэроб ёки мутлоқ анаэроб бўлиши мумкин.

Захмнинг қўзғатувчиси спирохеталар (трепонемалар) ингичка, 12–14 тача бурмаси бўлган, ҳаракатчан сперохетадир. Танаси бир текис буралиб спирал ҳосил қилади. Трепонемаларнинг икки томони учли ёки бир оз букилган бўлиб, узунлиги 10–13 мкм, эни 0,1–0,18 мкм. Нуклеоид ДНК таркибида ГКЦ 52,4–53,7 % ни ташкил этади. Захм қўзғатувчиси буралиб, тўлқинсимон ҳаракат қилади. Электрон микроскоп остида оқиш трепонема уч қаватли қобиққа ўралган ҳолатда кўринади, ҳар бир қават ўз структураси ва вазифасига эга. Фибриллалар ип шаклида бўлади, бир учи билан блефаробластларга ёпишади. Цитоплазма таркибида турли хил катталикдаги рибосомалар жойлашган, улар оқсил молекулалар, вакуола ва лизосомалар синтезини амалга оширади. Оқиш трепонемалар ёки спирохеталар кўндаланг бўлиниш йўли билан кўпаяди. Трепонемалар учун организмда ноқулай шароит вужудга келиши (антибиотиклар таъсири) уларнинг цисталар ҳосил қилишига олиб келади. Цисталар коптокча шаклида ўралган трепонемалар бўлиб, ташқи то-

мондан дори-дармонлар таъсирига чидамли муцинсифат қобиқ билан ўралган. Циста шаклига ўтган трепонемалар организмга патоген таъсир ўтказмайди ва маълум муддат сақланади. Макроорганизмнинг иммунобиологик хусусияти пасайганда ва микроорганизмга таъсир этувчи омиллар бартараф этилганда циста шаклидаги микроблар патоген трепонемаларга айланади.

Патоген оқиш трепонемалар озиқ муҳитларга жуда талабчан, улар жуда ўзгарувчан микроорганизмдир. Уларни сунъий озиқ мухҳитларда ўстириш жуда мушкул ишдир.

Россиялик олимлардан В.М. Аристовский ва Р.Р. Гельцер оқиш трепонемаларнинг кўплаб штаммларини ўстиришга муваффақ бўлганлар. У штаммларга кейинчалик «Қозон штаммлари» деган ном берилган. У штаммлардан чет элдаги Reiter штаммлари каби захмнинг серодиагностикасида қўл келадиган антигенларни ишлаб чиқишда фойдаланилади.

Одатда, оқиш трепонемаларнинг соф культурасини олиш учун гўшт пептонли бульон, жигар бульони, эркак қуёнларнинг моякларидан тайёрланган озиқ муҳитлардан фойдаланилади. Яна қорамол юрагидан тайёрланган бульон, қуён ёки от зардоби ҳамда инсон асцит суюқлигидан ҳам фойдаланилади.

Оқиш трепонемалар зич озиқ муҳитда анаэроб шароитда 35°С да 3–5 кундан сўнг кичик колониялар ҳосил қилади. Вирусологияда кенг ишлатиладиган 199 муҳит – ҳужайра культурасида ҳам унга озроқ жигар бульони ва қуён қони зардоби қўшиб оқиш трепонемаларни 7–9 кунда ўстирса бўлади.

ОҚИШ ТРЕПОНЕМА (TR.PALLIDUM)НИНГ L-ШАКЛИ ВА АНТИГЕН СТРУКТУРАСИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, С.Э. ЭШБОЕВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Захм қўзғатувчиси – оқиш трепонемалар одатий спиралсимон шакл, антибактериал препаратларнинг таъсирига сезувчан ва кам чидамли, спирахеталар касалликнинг эрта инфекцион босқичларида учрайди. Шароит ноқулай бўлган пайтларда яшашга ва бўлинишга чидамли бўлган циста шаклини эгаллайди. Бу ҳолат одатда антибиотиклар ва антитаначалар таъсирида юзага келади. Оқиш трепонемалар ҳужайра девори устида яна қўшимча қобиқ шаклланади. Бу вазият уларнинг антигенлик фаоллигини оширади. Циста шаклини эгаллаган трепонемалар мавжудлигини захмнинг яширин даврининг, шу билан биргаликда суст кўринишининг чўзилиб кетишини ҳамда серологик реакцияларнинг мусбат қолишини ва антибиотикларга қаршилигининг чидамлилигини таъминлайди.

Баъзан узоқ вақт самарасиз ишлатилган антибиотиклар таъсирида оқиш трепонемалар L-шаклга ўтиб қолиши мумкин. Трепонемаларнинг L-шакли гранула, шар ва юмалоқ кўринишда бўлиб, уларнинг патогенлик ва антигенлик хусусиятлари одатдагилардан анча паст бўлади. Олимлардан Н.М.Овчинников ва бошқалар захм касаллигининг яширин ва узоқ давом этувчи серочидамли шаклларини трепонемаларнинг L-шакли билан боғлиқ дейишади.

– Оқиш трепонемалар таркибига учта антигенлар гуруҳи киради. Булар албатта захмнинг сероташхисотида катта аҳамият касб этади.

Оқиш трепонемаларнинг оқсилли (протеинли) антигенлари. Одатда трепонемаларнинг оқсил таркибли антигенлари жуда юқори иммуноген, захмнинг инкубацион даврининг ниҳоясида ёки қаттиқ шанкр пайдо бўлган даврда юзага келади.

– Полисахарид табиатли антигенлар. Улар етарлича иммуноген эмас ва паст титрларда ҳам антитаначаларнинг шаклланишига олиб келади. Бу антитаначаларнинг захм сероташхисотида аҳамияти жуда паст.

– Оқиш трепонемаларнинг липид антигенлари. Буларга қарши чиқадиган антитаначалар касалликнинг 5–6 ҳафтасида намоён бўлади ва уларни сероташхисотда аниқлаш мумкин.

Табиий шароитда ҳайвонлар захм билан касалланмайди. Экспериментал шароитда биринчи марта шинпанзе маймунида, кейинчалик қуёнда қўзғатилган. Захм оқ сичқон, каламуш ва денгиз чўчқаларида белгисиз кечади. Tr. canicola қуёнларга хос захмни қўзғатади.

Дарҳақиқат, захм касаллиги билан фақат инсонлар хасталанади. Касаллик қўзғатувчиси трепонемаларнинг L- шакли ҳамда антиген структурасини тўлиқ ўрганиш захмнинг яширин, резистент ва кечки асоратли турларига ташхис қўйишда катта аҳамият касб этади.

ЗАХМНИНГ СЕРОЛОГИК ТАШХИСОТИ

Э.Х. ЭШБОЕВ, Б.Ш. ФАТТАХОВ, Ж.Р. ТУРДИЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий амалий тиббиёт маркази

Хорижий ва маҳаллий олимларнинг эришган ютуқларига қарамасдан сифилидологиянинг клиник лаборатор ташхисотларида қатор камчиликлар мавжуд. Айниқса, касаллик яширин шаклларининг йилдан-йилга ошиб бораётганлиги (60–70 %) бу соҳани назоратда тутишни ва уни такомиллаштиришни талаб этади.

Захм касаллиги юқори контагиоз касаллик ҳисобланади. Айтиш жоизки, хасталикнинг бирламчи ва иккиламчи янги даври, қолаверса, рецидив даврларида ҳам бу кўрсаткичи максимал даражага етади. Ушбу даврда сифилитик тошмалар нафақат терида, балки шиллиқ қават соҳаларида, яъни оғиз ва жинсий аъзолар шиллиқ қаватларида ҳам намоён бўлади.

Дарҳақиқат, шанкр бўлмаса спирохеталар қаердан аниқланади? Бу ҳолатнинг ўн йиллаб давом этиши бу соҳадаги мутахассисларнинг деярли йўқ бўлиб кетишига олиб келди. Ҳозирда аҳолиси камида 2–3 млн. бўлган шаҳар ёки вилоятлар ҳудудида оқиш спирохеталарни микроскопнинг қоронғилаштирилган кўрув майдонида аниқлай оладиган саноқли лаборантлар қолган бўлиши мумкин. Уларнинг ҳам малакаси талабга тўлиқ жавоб бермайди. Айтиш жоизки, биз эрта захмда қисқа вақт ичида аниқ ташхис қўядиган арзон ва самарали услубдан билиб-билмай воз кечдик. Натижа ҳаммага маълум, касалликнинг кечки яширин шакллари йилдан-йилга ортиб бормоқда.

Захмнинг яширин формаларини аниқлаш серологик тадқиқот ишлари орқали, яъни қўзғатувчига нисбатан гуморал иммун антитаначаларни ёки баъзан уларнинг антиген детерминантларини аниқлаш ўтказилади. Унда бир қатор серологик таҳлилларни қўллаб, ҳатто касалликнинг даврийлигини ҳам аниқлаш мумкин. Дунёнинг барча давлатларида, шу жумладан Ўзбекистон тиббиётида захмни аниқлаш учун асосий ташхис услуби серологик тадқиқотлар ҳисобланади. Эндиликда захм касаллигини аниқлаш серологик изланишлар билан боғлиқ бўлиб қолмоқда. Айниқса, кардиолипин антиген билан преципитация микрореакцияси (РМП)ни қўллаш энг такомиллашган услуб ҳисобланади. Биргина 2022 йилда республикамизда 5293211 зардоб таҳлили МР услубида ўтказилган бўлиб, у жами текширувларнинг 93,8 % ини ташкил қилади, шундан 23429 та зардоб захмга нисбатан мусбат натижа берган. Қайта текширилганда 0,44 % ҳолатда захм у ёки бу формада тасдиғини топган.

Махсус трепонемали услублардан, масалан, иммунологик иммунофлуоресценция реакцияси (РИФ), трепонемалар ҳаракатини чеклаш (РИБТ) реакцияси билан зардобни захмга текширувлари жами текширувларнинг 0,8–1 % ини ташкил қилган холос.

Дарҳақиқат, стандарт серологик реакция қуйидаги мақсадларда қўлланилади: захм деб гумон қилинганларга клиник ташхисни тасдиқлаш учун; захмга қарши даво чоралари натижаларини аниқлаш ва назорат қилиш учун; захмдан тузалганлик мезонини аниқлаш учун ва ҳоказо.

Махсус трепонемали серологик реакциялар (РИФ, РИБТ) эса захмнинг кеч даврлари ташхисотида кузатилиши мумкин бўлган мураккаб ҳоллар ечимини ойдинлаштиришда қўлланилади, жумладан, аниқланмаган захмда ҳал қилувчи аҳамиятга эга.

Ҳозирда тиббиёт амалиётида ишлаб турган ва захмга алоқадор бўлган барча буйруқ (№ 99, № 128, № 510) ва кўрсатмаларни хаётга тадбиқ қилишда аниқроғи, бутун оммани профилактика мақсадида захмга текширишда кардиолипин антигени билан микропреципитация реакцияси (МР, яъни экспресс тест) жуда қўл келади. Мазкур услубда реакция жавоби қисқа вақт ичида тайёр бўлади ва минглаб зардоблар орасидан захмга гумон қилинганлари ажратиб олинади. Экспресс услубда қайд қилинган мусбат натижа, кейинчалик махсус трепонемали реакциялар таҳлиллари билан тасдиқлансагина захм ташхиси қўйилади.

Дарҳақиқат, айтиш жоизки, захм жуда мураккаб, тизимли, сурункали касалликлардан бири ҳисобланади. Уни аниқлашда ишлатиладиган терпонемасиз ва трепонемали серологик реакцияларни таклиф қилишдан олдин, мутахассис албатта бу реакцияларнинг моҳиятини яхши билиши керак. Ундан ташқари серологик ташхисотда фаолият кўрсатаётган врач лаборантлар ўз касбига жавобгарлик билан қараб, тинимсиз билим савияларини ошириб бориши зарур. Захм тарқалишини назорат қилиш ва уни аниқлаш деярли 100 % лаборатория хизматининг жорий қилиниши билан боғлиқлигини унутмаслигимиз керак.

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКРОСПОРИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 15 ЛЕТ

А.И. ЯКУБОВИЧ, А.Ю. ЧАЩИН, Н.О. БОЛЬШАКОВА

Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия

Актуальность. Уровень заболеваемости грибковыми заболеваниями, в том числе микроспорией остается на высоком уровне, в связи, с чем уточнение эпидемиологических особенностей продолжает оставаться актуальным.

Цель исследования. Анализ современных эпидемиологических особенностей заболеваемости микроспорией среди населения Иркутской области за период 2009–2023 годов.

Материалы и методы исследования. Использовали данные статистической отчетности с 2009 по 2023 г., полученные на основе анализа форм № 089/ У-КВ.

Результаты исследования. При оценке заболеваемости микроспорией на протяжении последних пятнадцати лет (2009–2023 гг.) выявлено, что частота случаев этого заболевания в Иркутской области была нестабильна и варьировала от 40,3 до 55,5 на 100 000 населения (2009 г. – 43,9, 2010 г. – 43,4, 2011 г. – 46,6, 2012 г. – 49,5, 2013 г. – 55,7, 2014 г. – 52,7, 2015 г. – 48,2, 2016 г. – 51,6, 2022 г. – 46,2, 2023 г. – 40,4). К 2023 году (по сравнению с 2009 годом) заболеваемость снизилась на 3,5 %. В период 2009–2023 годов эпидемиологическая ситуация с микроспорией имела разные тенденции с изменением уровней заболеваемости. Так, рост заболеваемости микроспориями составил: в 2011 г. – 7,3 %, в 2012 году – 3,1 %, в 2013 г. – 10,2 %, в 2016 г. – 6,9 %. Самый высокий уровень заболеваемости (55,7) был в 2013 году, когда в Иркутской области было зарегистрировано 1345 случаев микроспории. В 2010, 2014, 2015 годах было зарегистрировано снижение заболеваемости микроспорией: в 2010 году – на 1,4 %, в 2014 г. – на 5,1 %, в 2015 г. – на 8,7 %. Среди пациентов с микроспорией существенно преобладали дети до 14 лет (около 80 % среди всех пациентов), причём этот показатель существенно не менялся за 15 летний период. Так, среди пациентов до 14 лет в 2012 году было 960 случаев, а в 2023 году соответственно 872 случая. В то же время показатель заболеваемости пациентов проживающих в городе, по сравнению с заболеваемостью в сельских районах, значительно уменьшился. Если в 2012 году количество городских больных было в 3,3 раза больше чем сельских, то в 2023 году превалирование городских жителей было только в 1,5 раза. Как и в 2009, так и в 2023 году основным возбудителем микроспории при культуральной диагностике оставался M. Canis. Резкого падения случаев микроспории в период пандемии коронавирусной инфекции и постпандемийный период отмечено не было, и в 2022 году заболеваемость сохранялась высокой. Интенсивный показатель в 2022 году был 46,8, на уровне 2011 года (46,6) и превышал значения 2009 и 2010 годов в Иркутской области и был значительно выше общероссийских показателей в 2022 году (37,2).

Выводы. Заболеваемость микроспорией в Иркутской области продолжает сохраняться на достаточно высоком уровне в связи, с чем проблема контроля за ней в Восточной Сибири остается актуальной.

ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ CO2 ФРАКЦИОННЫМ ЛАЗЕРОМ В СОЧЕТАНИИ С АУТОЛОГИЧНОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМОЙ

А.А. АБДУРАШИДОВ

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, МЗ РУз

Введение. До настоящего времени остаётся актуальным, вопрос о коррекции атрофических рубцов постакне. Сочетание CO2 лазера и аутологичной тромбоцитарной плазмы (АТП) привлекает значительное внимание во всем медицинском поле из за её способности стимулировать регенеративные процессы тканей.

Цель исследования. Это исследование было проведено для исследования потенциала АТП в сочетании с фракционным CO2 лазером при лечении атрофических рубцов постакне.

Методы и методы исследования. Под наблюдением находились 34 пациентов с атрофическими рубцами постакне (11 женщин и 23 мужчины). 18 из 34 пациентов получили абляционный фракционный углекислый лазер без сочетания АТП, а остальные 16 получили фракционный углекислый лазер в сочетании АТП. Инъекции АТП вводили сразу после лазерной терапии. Сеансы лечения повторялись с интервалом 1 месяца. Общий объем терапии составил от 4 до 6 сеансов.

Результаты исследования. Клиническая динамика оценивалась на основе субъективных (удовлетворенности пациентов) и объективных данных (разрешение воспалительных процессов послеабляционного периода, сглаживание неровностей лица, оценки серийных фотографий). В случаях с применением фракционного лазера в сочетании АТП общее клиническое улучшение состояния постакне отмечалось уже через месяц после первых процедур, на против тех случаев с применением фракционного лазера без сочетания АТП, когда схожая клиническая динамика отмечалась в более поздние сроки (после 3–4 сенса).

Выводы. Это исследование показало, что при атрофических рубцах постакне обработка фракционным лазером в сочетании АТП эффективность лазерных методик несколько увеличивается, сокращается периода восстановительных процессов, чем без сочетания аутологичной тромбоцитарной плазмы.

ДЕТЕКЦИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ФИЛЛЕРОВ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

А.П. БЕЗУГЛЫЙ, П.А. БЕЛКОВ, Н.А. БЕЗУГЛЫЙ

Введение. Инъекции филлеров являются одной из самых популярных процедур в эстетической медицине. Однако, еще не изобретен «идеальный» безопасный филлер с длительным эффектом коррекции, гарантией полной биодеградации и отсутствия побочных реакций и осложнений.

Одной из наиболее частых проблем является неясный анамнез. Информация о ранее введенных филлерах отсутствует и не подтвержается медицинской документацией.

Высокочастотное ультразвуковое исследование применяется для визуализации и оценки степени резобции филлеров различной химической природы.

Цель исследования. Изучить особенности высокочастотных ультразвуковых паттернов и возможности дифференциации типов филлеров при сканировани и на частотах 22–75 МГц.

Материалы и методы исследования. Проведено высокочастотное исследование 22–75 МГц кожи и мягких тканей у 78 пациентов после введения различных типов филлеров. Тип каждого ранее введенного филлера подтвержден записями в медицинской документации. Исследованы и описаны высокочастотные ультразвуковые паттерны филлеров на основе гиалуроновоу кислоты (HA), полиметилметакрилата PMMA), геля полиакрила (PAAG), кальция гидроксиапатита (CaHA) и силикона.

Результаты исследования. Выявлены отличительные особенности высокочастотных паттернов HA, PMMA, PAAG, CaHA и силикона. Разработан алгоритм дифференциации типов филлеров методом высокочастотного ультразвукового исследования.

Заключение. Высокочастотное ультразвуковое исследование является объективным инструментом для обнаружения и дифференциации типа ранее введенных филлеров. Высокочастотное исследование эффективно для определения локализации филлеров в коже и мягких тканях. Характеристики высокочастотных ультразвуковых паттернов филлеров, динамика изменения объема и структуры филлеров служат основой алгоритма для дифференциации типа филлера. Предварительное высокочастотное исследование кожи перед повторными инъекциями филлеров позволяет значительно снизить риски побочных реакций и осложнений контурной пластики.

РОЛЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

А.П. БЕЗУГЛЫЙ, П.А. БЕЛКОВ, Н.А. БЕЗУГЛЫЙ

Введение. Ранняя диагностика рака кожи для улучшения прогноза и оптимального менеджмента пациентов с опухолями кожи.

Диагностическая ценность высокочастотного ультразвука (HFUS) подтверждена м ногочисленными сравнительными исследованиями. Результаты высокчастотных измерений глубины инвазии и толщины опухолей и гистологических измерений демонстрируют высокую и очень высокую корреляцию.

Высокочастотный ультразвук успешно применяют ранней диагностики и выбора адекватного метода лечения меланомы и немеланоцитарных раков кожи.

Цель исследования. Оценить эффективность высокочастотного ультразвукового исследования при диагностике меланоцитарных и немеланоцитарных злокачественных и доброкачественных новообразований кожи.

Материалы и методы исследования. Высокочастотное ультразвуковое исследование 22, 50 and 75 МГц опухолей кожи, особенностей высокочастотных паттернов, глубины инвазии и характера границ. Сравнительный анализ данных собственных исследований и данных публикаций в международных рецензируемых изданиях.

Результаты исследования. В докладе представлены высокочастотные ультразвуковые признаки наиболее часто встречающихся злокачественных и доброкачественных опухолей кожи: меланомы, базальноклеточного и плоскоклеточного раков кожи, меланоцитарных невусов, себорейного кератоза. Обсуждаются практические возможности высокочастотной диагностики и дифференциации опухолей кожи. Проанализированы данные высокочастотного измерения глубины инвазии и характера границ базальноклеточных карцином и их диагностическая ценность для адекватоного выбора метода лечения пациентов.

ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННЫХ (ВОЗРАСТНЫХ) ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ШЕИ И ДЕКОЛЬТЕ С ПОМОЩЬЮ ИНЪЕКЦИЙ БИОСТИМУЛЯТОРА НА ОСНОВЕ ПОЛИ- L-МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ

Ю.Н. ГРЕКОВА[1], Д.Ю. ЗАХАРОВ[2]

[1] ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», г. Екатеринбург, Россия;
[2] Клиника «Линлайн», г. Екатеринбург, Россия

Омоложение кожи шеи и декольте в последние годы является одним из мотивирующих факторов посещения косметологических клиник пациентами. Одна из причин – часто заметная невооруженным глазом разница качества кожи шеи, декольте и лица. Особенно она заметна если изначально выполнялись омолаживающие процедуры только на коже лица. Другая причина – эти участки тела также являются открытыми, подвергаются инсоляции, что приводит к более раннему проявлению фотостарения. Неуклонный рост, согласно данным мировой статистики, количества косметологических процедур в области шеи и декольте является тому подтверждерием.

Уровень и качество коллагена дермального матрикса играют важную роль в процессе старения кожи. Это объясняет рост применения методов стимуляции синтеза неоколлагеногенеза в косметологической практике как аппаратных, так и инъекционных. Среди последних особое место

занимают биостимуляторы на основе полимолочной кислоты (ПМК) – биополимера с доказанной биосовместимостью и биодеградацией, который успешно применяется в медицинской практике со второй половины 60-х годов XX века. Инъекционные формы ПМК применяются в медицине с 1999 г. как в форме мономера L-ПМК (PLLA), так и виде D,L-сополимера ПМК (PD,LLA).

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности применения инъекционного препарата на основе PLLA для коррекции возрастных изменений кожи шеи и декольте.

В исследование вошли 30 женщин в возрасте от 35 до 65 лет (средний возраст составил 50,5 ± 3,8 лет) с I–III фототипами кожи, с отсутствием декомпенсированных хронических заболеваний и беременности, не получавшие какие-либо косметологические процедуры за 6 месяцев до и во время исследования. Эффективность терапии с помощью визуального осмотра с использованием универсальной эстетической шкалы GAIS (Global Aesthetic Improvement Scale) была оценена врачами-исследователями и самими пациентами. Также результаты терапии были оценены с помощью ультразвукового сканирования (линейный датчик 20MHz) через 3 и 6 месяцев после выполненного курса процедур в сравнении с исходными данными, что обусловлено периодом индуцированного PLLA синтеза коллагена.

Для одной процедуры было использовано по 150 мг. PLLA на каждую зону, восстановленной 16 мл. стерильной воды для инъекций с добавлением 2 мл 2% раствора лидокаина непосредственно перед процедурой, с учетом индивидуального аллергоанамнеза. Предварительная гидратация препарата проводилась за 24 часа до процедуры. Субдермальное введение PLLA выполнялось веерной техникой с помощью канюли 25G длиной 50 мм. Всего на курс проводилось 3 сессии с интервалом 2 мес. между процедурами. Добавление анестетика в восстановленную суспензию PLLA способствовало безболезненной и комфортной переносимости процедуры всеми пациентами.

По окончании курса процедур через 6 месяцев по данным визуального осмотра и при сравнении 3D фото до/после у всех пациенток отмечалось улучшение состояния качества кожи в виде:

– сокращения глубины морщин, выравнивания микрорельефа кожи;

– улучшения тургора и эластичности кожи в виде ее уплотнения и уменьшения смещаемости кожного лоскута;

– у части пациентов наблюдалось уменьшение интенсивности или полное исчезновение пигментных изменений кожи в зоне инъекций.

По данным ультразвукового сканирования было отмечено выравнивание наружного контура кожи, статистически значимое увеличение толщины дермы, повышение ее акустической плотности, что было расценено в качестве косвенного признака реструктуризации кожи. Сами пациенты также отметили высокую удовлетворенность результатами процедур и готовность повторять инъекции PLLA.

Из побочных эффектов отмечалось наличие экхимозов и незначительных гематом, преимущественно в области шеи, которые регрессировали самостоятельно в течение 5 – 7 дней. Осложнения на фоне проводимых процедур не зафиксированы.

Вывод. Таким образом, можно аргументированно говорить о том, что инъекции препарата на основе PLLA являются эффективным и безопасным методом эстетической коррекции инволюционных (возрастных) изменений кожи шеи и декольте.

РОЛЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ЭСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА 2 И ПРОГЕСТЕРОНА В РАЗВИТИИ МЕЛАЗМЫ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, И.И. НАЗАРОВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Введение. По мнению специалистов Всемирной организации здравоохранения, мелазма встречается в 25–56% случаев у женщин, а доля меланиновых дисхромий и связанных с этим неоплазм, резко возросла в последние годы. Все чаще авторы связывают развитие мелазмы с генетической предрасположенностью и ее реализацией при неблагоприятных условиях внешней среды, с нарушениями рецепции эстрадиола и прогестерона, а также приемом КОК (Anello M,2019; Telenti A, 2016).

Цель исследования. Определение генетически обусловленных факторов риска развития мелазмы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 194 женщины, обратившиеся в ГУ «РСНПМЦДВиК» в период с 2018–2022 гг. (июнь). Из них 162 женщины были с мелазмой (основная группа), а 32 женщины, обратившиеся по поводу возрастных изменений кожи лица, составили контрольную группу. Средний возраст женщин основной группы составил

35,5 ± 0,7 лет, в контрольной группе были женщины аналогичного возраста (средний возраст 36,1 ± 0,3 года) (p > 0,05). Молекулярно-генетические исследования проводили на базе лаборатории Кани-Лаб в рамках двухстороннего договора. Эти исследования проведены 70 женщинам основной группы и 25 женщинам контрольной группы. Все женщины были одной расы, родились в Узбекистане, проживали в г. Ташкенте, т.е. их место рождения и проживания ограничилось одним регионом. Изучен однонуклеотидный полиморфизм (SNP) 2 генов-кандидатов: гена рецептора эстрогена бета-ESR2, гена рецептора прогестерона – PGR.

Результаты исследования. При изучении полиморфизма гена эстрогенового рецептора ESR2, были выявлены отличия между опытной и контрольной группами по 4 SNP, при которых RR для неблагоприятных аллелей составил 3,01, а для гетерозигот – 3,02. Так, изучены следующие полиморфизмы гена эстрогенового рецептора ESR2: rs 750091675 (c.541_543delAAT), IVS8+7G>A, A252T, A468V, C503Y. Выявлено, что для SNP rs750091675 (c.541_543delAAT) частота диких (нормальных) аллелей AAT составила 99,3% и 100% в опытной и контрольной группе соответственно, а благоприятный генотип AAT/AAT встречался в 98,6% случаев в опытной группе и в 100% случаев в контрольной группе. Неблагоприятный генотип del/del для SNP rs750091675 (c.541_543delAAT) не встречался в обеих группах, а гетерозиготы AAT/del встречались в опытной группе в 1,4% случаев против 0% в контроле. Относительный риск для аллеля del в развитии мелазмы составил RR=3,01, а для гетерозиготного генотипа AAT/del – RR=3,02, что указывает на некоторую значимость данного однонуклеотидного полиморфизма в развитии мелазмы у женщин. Для 4 SNP ESR2 (rs 750091675, rs 910792156, rs543025691, rs 188329310) в основной группе были выявлены гетерозиготы (в 1,4% случаев по каждому), тогда как в контрольной группе все женщины были гомозиготы по благоприятному аллелю, носителей мутантного гомозиготного неблагоприятного генотипа не было. Поэтому относительный риск мелазмы при однонуклеотидных полиморфизмах SNP rs 750091675, rs 910792156, rs543025691, rs 188329310 составил R= 3,01 для неблагоприятных аллелей, для гетерозигот – RR=3,02. Это указывает на некоторую связь полиморфизмов гена ESR2 с развитием меланиновой дистрофии кожи у женщин. По SNP rs 764031807 были выявлены гетерозиготы как в основной, так и в контрольной группах с частотой 1,4% и 4,8%, носителей мутантного генотипа не было.

Изучение SNP гена прогестерона PGR включало 4 вида однонуклеотидных полиморфизмов: rs 2020878 (Gly862Gly), rs 1042838 (Val660Leu), rs 757924260 (Gly484C), rs 11571145 (Pro186Leu). Наши результаты показали, что протективный аллель A SNP rs 2020878 встречался в 97,9% случаев в основной группе и в 100% в контроле, при этом в группе женщин с мелазмой гетерозиготы AG встречались в 4,3% случаев, относительный риск RR для неблагоприятного аллеля G составил RR=9,17, а для гетерозиготного генотипа – R=9,35. Для SNP rs 1042838 PGR было обнаружено, что неблагоприятный аллель T встречается с частотой 17,1% в опытной группе против 7,1% в контроле, гомозиготы по неблагоприятному аллелю были только в основной группе – 4,3%, а количество гетерозигот GT составило 25,7% в основной группе против 14,3% в контрольной (p<0,05). Относительный риск для неблагоприятного аллеля T составил R=2,69, для генотипа TT – R=9,36, гетерозиготного генотипа GT – R=2,08. Для SNP rs 75792426 и rs 11571145 в наших наблюдениях в опытной группе было по 1 гетерозиготе и генотип CT был выявлен в 1,4% случаев, частота неблагоприятного аллеля T для обоих полиморфизмов составила 0,7%, а RR= 3,01. Корреляционная связь благоприятных аллелей гена прогестерона и эпидермального типа мелазмы была средней силы для rs75792426 (Gly484C) gen PGR r=0,346, p=0,03, а для rs 2020878 (Gly862Gly) gen PGR r=0,311, p=0,04.

Заключение. Доказана связь SNP с морфологическим типом поражения кожи, а именно, ассоциация дермального и смешанного типа мелазмы с однонуклеотидными полиморфизмами гена эстрогенового рецептора бета rs 750091675, rs 910792156, rs543025691, rs 188329310 при носительстве неблагоприятных аллелей del, A, A, A соответственно (RR=3,02). Однонуклеотидный полиморфизм гена прогестерона rs 1042838 и rs 2020878 при носительстве неблагоприятных аллелей T и G соответственно представляет риск для развития мелазмы при RR-2,7 и 9,17, а носительство благоприятных аллелей SNP rs 75792426 а rs 2020878 положительно коррелирует с развитием эпидермального типа мелазмы, т.е. обусловливает протективный эффект от глубокого поражения кожи.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕХНОЛОГИИ 3Д СКАНИРОВАНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ANTERA-LED В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАЗМЫ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, И.И. НАЗАРОВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Введение. В настоящее время одной из актуальных проблем дерматокосметологии являются заболевания кожи, сопровождающиеся нарушением пигментации и окраски кожи, возникшими вследствие дисфункции образования меланина. Мелазма и, в частности, хлоазма являются одним из распространённых заболеваний среди всех обращений пациентов с дисхромиями кожи до 41 % по данным зарубежной литературы.

Актуальность определения количества меланина, распространенности поражения и эритемы, указывающей косвенно на ангиогенез, обусловлена тем, что от глубины залегания пигмента зависит выбор тактики лечения. Мультиспектральный анализ Antera-Led предоставляет объективные параметры для выбора патогенетически обоснованной терапии.

Цель исследования. Оценить диагностическую эффективность технологии 3Д сканирования посредством Antera-Led в топической диагностике мелазмы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 111 пациентов с мелазмой в возрасте от 21 до 68 лет, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Очаги поражения в основном у всех больных были локализованы на лице, у 87 (78,4 %) больных очаги поражения располагались симметрично, лишь у 24 (21,6 %) была отмечена асимметрия очагов с различной локализацией на лице. Концентрацию меланина в очагах поражения определяли с помощью аппарата мультиспектрального 3Д сканирования Antera-Led. Определение морфологического типа мелазмы проводили с помощью лампы Вуда с рабочей длиной волны 365 нм.

Результаты исследования. Использование технологии 3Д сканирования посредством Antera-Led показало, что у женщин с мелазмой показатель средней концентрации пигмента составил 0,91 ± 0,01 УЕ, а достоверных отличий его между группами в зависимости от морфологического типа мелазмы не было ($p > 0,05$). При помощи лампы Вуда были установлены следующие типы мелазмы: эпидермальный – у 28 (25,2 %), дермальный – у 34 (30,6 %), смешанный – у 49 (44,1 %) пациентов. Верификация поражения проведена биопсией, которую выполнили 10 пациентам: 3 больным с эпидермальным типом, 3 пациентам с дермальным типом и 4 – со смешанным типом. Морфологический диагноз совпал в 90 % случаев. По данным Antera-Led, среднее значение концентрации пигмента было идентичным во всех сравниваемых группах, составив 0,89 ± 0,02; 0,90 ± 0,02 и 0,93 ± 0,01 УЕ при дермальном, эпидермальном и смешанном типе мелазмы соответственно ($p > 0,05$). Результаты Antera-Led позволили выявить не только концентрацию пигмента в слоях кожи у пациентов, но и его распространенность и равномерность.

Заключение. Мультиспектральный анализ концентрации пигмента с помощью Antera-Led, показал, что отсутствуют достоверные отличия в цифровых результатах исследованных величин в зависимости от морфологического типа мелазмы. Показатели 3Д диагностики Antera-Led важны для объективной оценки тяжести мелазмы и могут быть использованы для динамического наблюдения за интенсивностью пигментации как показатель эффективности лечения.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНИНОВЫХ ДИСХРОМИЙ КОЖИ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Мелазма, распространенное заболевание кожи, характеризующееся коричневыми или серо-коричневыми пятнами, в первую очередь поражает лицо и часто связано с гормональными изменениями, воздействием солнца и генетической предрасположенностью. Она особенно распространена среди женщин, особенно во время беременности, отсюда и ее разговорное название «маска беременности».

Цель исследования. Изучить этиологию, клиническую картину и стратегии лечения мелазмы, подчеркивая важность многогранного подхода к лечению.

Этиология мелазмы. Точная этиология мелазмы остается сложной и многофакторной. Ключевые факторы, способствующие этому, включают гормональные колебания, особенно связанные с беременностью, приемом оральных контрацептивов и заместительной гормональной терапией. Исследования показывают, что эстроген и прогестерон могут стимулировать активность меланоцитов, что приводит к увеличению выработки меланина. Кроме того, воздействие ультрафиолетового (УФ) солнечного излучения может усугубить мелазму, вызывая воспаление и стимулируя меланогенез. Генетическая предрасположенность также играет значительную роль; люди с более темным типом кожи более восприимчивы к мелазме, что указывает на наследственный компонент ее патогенеза.

Клиническая презентация. Клинически мелазма проявляется в виде симметричных гиперпигментированных пятен или пятен, преимущественно поражающих щеки, лоб, нос и верхнюю губу. Состояние может различаться по степени тяжести и подразделяться на три типа в зависимости от глубины пигментации: эпидермальный (поверхностный), дермальный (более глубокий) и смешанный. Эпидермальная мелазма, которая часто наиболее поддается лечению, выглядит более светлой и более четкой, тогда как дермальная мелазма характеризуется более глубокой голубовато-серой пигментацией. Психологическое воздействие меланодермии на больных может быть глубоким, что приводит к снижению самооценки и качества жизни, особенно среди женщин.

Диагностика. Диагноз меланодермии в первую очередь ставится на основании клинических данных, основанных на характерном внешнем виде поражений и их распространении. Крайне важно тщательно собрать анамнез пациента, включая начало, продолжительность и потенциальные триггеры. В некоторых случаях для дифференциации типов мелазмы в зависимости от глубины пигментации можно использовать исследование с лампой Вуда, что поможет принять решение о лечении.

Варианты лечения. Лечение мелазмы является сложной задачей и часто требует сочетания терапевтических методов. Защита от солнца имеет первостепенное значение; Солнцезащитный крем широкого спектра действия с SPF 30 или выше следует наносить ежедневно, чтобы предотвратить ухудшение состояния. Для осветления гиперпигментированных участков обычно используются средства местного применения, такие как гидрохинон, азелаиновая кислота и третиноин. Гидрохинон, мощное осветляющее кожу средство, часто считают препаратом первой линии, но его следует использовать с осторожностью из-за потенциальных побочных эффектов, включая контактный дерматит и экзогенный охроноз при длительном применении.

Химический пилинг, который предполагает применение кислотных растворов для отшелушивания кожи, также может быть эффективным в уменьшении мелазмы. Эти процедуры помогают удалить внешний слой кожи, способствуя обновлению пигментированных клеток. Лазерная терапия, особенно фракционное лазерное лечение, в последние годы приобрела популярность благодаря своей способности воздействовать на более глубокие слои кожи и уменьшать пигментацию. Однако необходимо тщательно учитывать риск поствоспалительной гиперпигментации, особенно у людей с более темным оттенком кожи.

Заключение. В заключение отметим, что мелазма – это многогранное заболевание кожи, имеющее серьезные последствия для пострадавших. Понимание его этиологии, клинической картины и вариантов лечения имеет важное значение для эффективного ведения. Комплексный подход, включающий защиту от солнца, местное лечение, химический пилинг и лазерную терапию, может значительно улучшить результаты лечения мелазмы.

ОПТИМИЗИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНИНОВЫХ ДИСХРОМИЙ КОЖИ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, И.И. НАЗАРОВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Введение. В последнее время в структуре патологии кожи все больше внимания уделяется меланиновым дисхромиям. Склонность к расстройствам пигментации выражена у лиц с III-Yтипом кожи по Фитцпатрику и сильно варьирует: от самого низкого показателя в 10,2% в Сингапуре до 61% в Бразилии. Для эффективного лечения меланиновых дисхромий характерна направленность на широкое использование современных методов лазеротерапии и ингибиторов ангио- и меланогенеза. Несмотря на постоянное совершенствование современных методов диагностики и лечения, наличие высокоэффективных защитных кремов от UVB, частота рецидивов мелазмы не снижается. В связи с этим актуальным является разработка персонализированного алгоритма применения современных лазерных технологий в лечении пациентов с нарушениями пигментации.

Цель исследования. Оптимизировать применение лазерных технологий в лечении меланиновых дисхромий кожи.

Материалы и методы исследования. Обследовано 162 женщины с мелазмой в возрасте 35,5 ± 0,7лет. Все женщины были узбекской популяции, проходили обследование и лечение амбулаторно в ГУ «РСНПМЦДиВК» в период с 2018 по 2022гг. Определение морфологического типа мелазмы проводили с помощью лампы Вуда с рабочей длиной волны 365 нм, интенсивность пигментации и эритемы оценивали с помощью мексаметрии, количество пигмента оценивали с помощью Antera-Led. Тяжесть поражения оценивали по шкалам MASI, MSS. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ Medic-Calc. Для лазерной терапии использовали платформу Picoway Candela в режиме 1064 нм и 532 нм, а также неодимовый лазер Q-Switch: YAG-лазер (1064 нм) – легированный неодимом иттрий-алюминиевый гранатовый лазер (Nd:YAG, 1064 нм) на установке Alma Harmony XL Pro (Q-Switch насадка). IPL светотерапия проводилась на платформе BTL Exilite. Всем пациентам с мелазмой рекомендовали использовать солнцезащитный крем UVA / UVB широкого спектра с SPF50, предпочтительно с физическим блокирующим агентом, таким как оксид цинка или диоксид титана.

Результаты исследования. При помощи лампы Вуда были установлены следующие морфологические типы мелазмы: эпидермальный – у 41 (25,3%), дермальный – у 50 (30,8%), смешанный – у 71 (43,8%) пациентов.

Эффективность поглощения лазерного излучения в глубоких слоях кожи растет с увеличением длины волны, а чем меньше размеры мишени, тем короче должен быть импульс излучения, на этом основании применялся дифференцированный подход при выборе режимов светолазеротерапии в зависимости от морфологического типа мелазмы. В первой группе пациентов применялась IPL-терапия (intensive pulse light) с длиной волны 590 нм (n=52), во второй группе – Q-switch-лазер с длиной волны 1064 нм (n=35), в 3 группе – пикосекундный лазер Pico-Way с 2 длинами волн 532 нм и 262 нм (n=75).

Эффективность лечения эпидермального типа мелазмы в сравниваемых группах показала, что наиболее эффективным оказался пикосекундный лазер Pico-Way, т.к. у больных отмечалась положительная динамика по всем изучаемым параметрам: снижение относительно уровня до лечения индекса пигментации (ИП) в 1,7 раза ($p<0,05$), индекса эритемы (ИЭ) – в 1,7 раза ($p<0,05$), индекс MASI снизился в 2,6 раза ($p<0,05$), что указывает на снижение не только интенсивности пигментации, но общей площади поражения при эпидермальном типе мелазмы. В первой группе, получавшей IPL, ИП и ИЭ снизились в 1,4 ($p<0,05$), и 1,3 ($p<0,05$) раза; MASI и MSS снизились в 1,9 ($p<0,05$), и 1,5 ($p<0,05$) раза. Вторая группа, получавшая Q-switch, имела наихудшие результаты, т.к. ИЭ у этих пациенток увеличился в 1,2 раза ($p<0,05$), составив 60,0 ± 0,8 против 50,2 ± 0,9 до лечения.

При дермальном типе мелазмы: ИЭ был снижен относительно показателя до лечения в 1,31 и 1,27 раза в 1 и 3 группах соответственно ($p<0,05$), а во 2 группе – достоверно не отличался от такового до лечения. Показатель Antera-Led в 3 группе был достоверно ниже ($p<0,05$), чем в 1 и 2 группах и соответствовал легкой степени пигментации кожи. Так, в 1 группе этот параметр снизился относительно исходного в 1,27 раза ($p<0,05$), во 2 группе – в 1,1 раза ($p>0,05$), в 3 группе – в 1,4 раза ($p<0,05$). Индекс MASI снизился в 1,56; 1,33 и 2,14 раза в 1,2 и 3 группах соответственно. Параметр MSS также

имел тенденцию к снижению, что наиболее выражено было в 3 группе.

Оценка эффективности лечения смешанного типа мелазмы показала его высокую резистентность к терапии. Так, ИП под действием лечения снижался одинаково, составив в среднем 31УЕ в 1 и 2 группах, достоверно не отличаясь между этими группами (p>0,05), в 3 группе ИП понижался в 1,41 раза, не достигая показателя в здоровой коже. ИЭ относительно исходного показателя увеличивался во 2 группе, а в 1 и 3 группах снижался в 1,2 и 1,4 раза соответственно. При этом параметр Antera-Led в 3 группе приближался к показателю в здоровой коже, тогда как в 1 и 2 группах он соответствовал среднетяжелому поражению. Снижение показателя Antera-Led было в 1,32; 1,06; 1,6 раза относительно исходного в 1,2 и 3 группах соответственно, причем во 2 группе это снижение было статистически не значимым (p>0,05), что указывает на низкую эффективность Q-switch.

Заключение. Оценка эффективности различных режимов свето- лазеро терапии при мелазме показала наибольшую эффективность лазера Pico-Way при всех типах поражения: при λ532 нм при эпидермальном, λ1064 – при дермальном, чередующимся облучением λ532/1064 при смешанном типе мелазмы, когда хорошие и отличные результаты лечения составили 78,7%. IPL не эффективен при смешанном типе мелазмы, дает удовлетворительные результаты при дермальном типе, и хорошие результаты – при эпидермальном типе мелазмы. Неудовлетворительные результаты применения Q-switch лазера имели место в 68,6% случаев, что ограничивает использование данной методики в составе комплексной терапии меланиновых дисхромий кожи.

ОЦЕНКА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАЗМОЙ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, И.И. НАЗАРОВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Введение. Мелазма является приобретенным хроническим гипермеланозом, который встречается как у мужчин, так и у женщин, однако среди женщин мелазма регистрируется примерно в 7–9 раз чаще, чем у мужчин. Согласно литературным данным, около 60% пациентов заболевают мелазмой в возрасте до 30–35 лет. На сегодняшний день этиология и патогенез мелазмы остаются до конца не изученными. В литературе описаны различные триггеры мелазмы, наиболее часто встречаются такие как ультрафиолетовое излучение (называют 27–51% опрошенных), беременность (26–51%), прием ком-бинированных оральных контрацептивов (16–26%). Вероятно, что возникновение мелазмы происходит под действием различных эндогенных и экзогенных триггерных факторов, которое накладывается на генетическую предрасположенность. В связи с этим актуальным является изучение сопутствующей патологии у пациентов с меланиновыми дисхромиями.

Цель исследования. Оценить роль соматической патологии у пациентов с нарушением пигментации и выявить связь между коморбидностью и морфологическими типами мелазмы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 194 женщины, обратившиеся в ГУ «РСНПМЦДиВК» в период с 2018 по 2022 гг. (июнь). Из них 162 женщины были с мелазмой (основная группа), а 32 женщины, обратившиеся по поводу возрастных изменений кожи лица, составили контрольную группу. Средний возраст женщин основной группы составил 35,5 ± 0,7 лет, в контрольной группе были женщины аналогичного возраста (средний возраст 36,1 ± 0,3 года) (p>0,05). Все женщины были узбекской популяции, проходили обследование и лечение амбулаторно. Определение морфологического типа мелазмы проводили с помощью лампы Вуда с рабочей длиной волны 365 нм. Все женщины были консультированы терапевтом для выявления соматической патологии. При необходимости для консультирования привлекались узкие специалисты: эндокринолог, гастроэнтеролог, кардиолог.

Результаты исследования. Изучение сопутствующей соматической патологии у женщин основной группы показало, что достоверно чаще (p<0,05) у данной категории пациентов встречаются следующие заболевания: патология печени и желчных путей – 66 (40,7%), анемия – 58 (35,8%), артериальная гипертензия – 36 (22,2%), патология щитовидной железы – 19 (11,7%), избыточный вес – 63 (38,9%), нарушение толерантности к глюкозе(НТГ) – 51(31,5%). Частота встречаемости ожирения – 14 (8,6%), заболеваний почек – 12 (7,4%), репродуктивной системы – 22 (13,5%), органов дыхания –

10 (6,2 %) была идентичной, как среди женщин с мелазмой, так и в контрольной группе. При этом относительный риск развития мелазмы был высок у женщин с заболеваниями печени и желчного пузыря (RR = 4,81), избыточным весом и НТГ при RR = 2,46 и RR = 2,48 соответственно.

Аллергия также явилась значимым фактором развития мелазмы при RR = 1,99 и была выявлена у 19 (11,7 %) пациенток.

В наших наблюдениях сопутствующие соматические заболевания также были связаны с морфологическим типом мелазмы: у лиц с аллергией достоверно чаще отмечался дермальный тип мелазмы (57,9 %), при НТГ и СД2 достоверно реже отмечался смешанный тип (17,5 %), при заболеваниях печени и ЖВП, а также у лиц с избыточным весом чаще выявлялся эпидермальный тип поражения – 42,9 % и 39,7 % соответственно.

Заключение. Таким образом, дермальный тип поражения при мелазме чаще отмечается при коморбидности аллергическими заболеваниями, эпидермальный – при заболеваниях печени и ЖВП, НТГ, а при развитии смешанного типа в равной степени значимы несколько факторов: аллергия, заболевания печени и ЖВП, избыточный вес.

ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, М.М. МИРЗАЕВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Хлоазма, широко известная как мелазма, представляет собой заболевание кожи, характеризующееся гиперпигментированными пятнами, обычно появляющимися на лице. Это состояние особенно распространено среди женщин, особенно во время гормональных изменений, таких как беременность, и усугубляется воздействием солнца и генетической предрасположенностью. Хотя существуют различные методы лечения, технологические достижения привели к появлению инновационных подходов к лечению хлоазмы. Одним из таких достижений является система 3D-визуализации Antera. В этом эссе исследуется роль Antera 3D в диагностике и лечении хлоазмы, подчеркивая ее значение в улучшении результатов лечения пациентов и эффективности лечения.

1. Точное диагностирование: Antera 3D позволяет врачам визуализировать слои кожи с высокой степенью детализации, что помогает в точной диагностике и определении глубины мелазмы.

2. Индивидуальный подход: Благодаря возможности создания 3D-моделей, специалисты могут разрабатывать персонализированные планы лечения, учитывающие особенности кожи каждого пациента.

3. Мониторинг эффективности лечения: Antera 3D позволяет отслеживать изменения в состоянии кожи на протяжении лечения, что помогает оценить его эффективность и при необходимости корректировать подход.

4. Минимально инвазивные методы: С использованием Antera 3D врачи могут выбирать менее инвазивные методы лечения, которые снижают риск побочных эффектов и ускоряют процесс восстановления.

5. Обучение и информирование пациентов: Трёхмерные изображения помогают объяснить пациентам их состояние и процесс лечения, что способствует лучшему пониманию и соблюдению рекомендаций.

Эти аспекты делают Antera 3D ценным инструментом в борьбе с мелазмой, обеспечивая более качественный подход к диагностике и лечению.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАМПЫ ВУДА В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНИНОВЫХ ДИСХРОМИЙ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, И.И. НАЗАРОВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Введение. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в разных странах, мелазма встречается с частотой 25–30 % среди женщин, преимущественно детородного возраста и 10 % среди мужчин и, несмотря на большие различия в распространённости мелазмы между различными этническими группами и фототипами кожи, преимущественное ее развитие отмечается у женщин репродуктивного возраста, проживающих в условиях хронического воздействия ультрафиолетового излучения. На практике ранняя диагностика и выбор рационального лечения представляет серьёзную проблему в виду морфологических особенностей мелазмы. В дифференциальной диагностике особое значение имеет осмотр с применением фильтра (лампы) Вуда – диагностический прибор, излучающий ультрафиолетовые лучи в длинноволновом спектре. На основании получаемого результата различают три морфологических типа мелазмы, позволяющих определиться с прогнозом и тактикой лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность применения лампы Вуда в топической диагностике меланиновых дисхромий.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 130 больных женщин с мелазмой в возрасте 35,5 ± 0,7лет, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Распределение пациенток в зависимости от типа кожи (по Фитцпатрику, 1975) показало преобладание женщин с III типом. Определение типа мелазмы проводилось при помощи осмотра кожи лица под лучами лампы Вуда с рабочей длиной волны 365 нм. Верификация проведена биопсией у 69 пациенток. Диагностическая эффективнсть лампы Вуда относительно эталонного метода – биопсии, проведена с помощью метода построения характеристических кривых (ROC-анализ).

Результаты исследования. При оценке типа мелазмы под лучами лампы Вуда обнаружено, что в большинстве случаев – у 72 (55,3 %) женщин встречался смешанный тип мелазмы. Наглядно в лучах лампы Вуда при эпидермальном типе очаги поражения под люминесцентным светом становятся ярче и приобретают выраженную контрастность. В плане лечения этот тип наиболее благоприятный. При дермальном типе в лучах лампы Вуда наблюдалось отсутствие яркого контрастирования пигментных очагов на фоне здоровых участков кожи, что свидетельствует о захвате пигмента макрофагами (специализированные кровяные клетки) и миграции их глубоко в дерму – прогноз лечения в этом случае неблагоприятный, а при смешанном типе картина была гетерогенной: пятна на пораженных участках, расположенных дермально, не визуализируются, в тоже время, очаги, находящиеся эпидермально, четко видны, контрастируются – адекватная терапия может способствовать частичному регрессу патологии.

По результатам биопсии подтверждение дермального типа было в 100 % случаев, тогда как при эпидермальном и смешанном типе мелазмы были ложно-положительные(n = 2) и ложно-отрицательные (n = 2) результаты при оценке под лампой Вуда. Следовательно, при обнаружении эпидермального и смешанного типа ее диагностическая эффективность составляет 97,1 %. В целом, чувствительность метода с применением лампы Вуда для определения типа мелазмы составила 97,1 %, специфичность – 98,6 %, диагностическая эффективность – 98,6 %, что позволяет использовать его для выявления глубины отложения пигмента, дифференциации типа мелазмы, что критично для выбора лечебной тактики. Прогностическая ценность положительного результата составляет 97,1 %, прогностическая ценность отрицательного результата – 98,6 % при использовании лампы Вуда. По данным ROC-анализа, площадь под характеристической кривой (AUC) была близка к 1, что указывает на высокую валидность метода с применением лампы Вуда для определения типа мелазмы.

Заключение. Простой в исполнении и экономичный метод определения морфологического типа мелазмы с помощью лампы Вуда позволяет использовать его для выявления глубины отложения пигмента, дифференциации типа мелазмы, что принципиально для выбора метода терапии.

ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОИГОЛЬЧАТОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ И ФРАКЦИОННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

У.Ю. САБИРОВ УЛУГБЕК, Н.Б. ХОДЖАЕВА, И.И. НАЗАРОВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Введение. В настоящее время для коррекции инволютивных изменений кожи активно применяются методы, стимулирующие собственные регенеративные механизмы организма. Абляционные методы, такие как лазерная шлифовка, пилинги и дермабразия, основаны на частичном удалении эпидермиса и прямом или опосредованном воздействии на дерму. Репаративная регенерация завершается клинической картиной омоложения кожи. Однако из-за опасений относительно времени заживления и возможности серьезных осложнений, таких как рубцевание и нарушение пигментации, были разработаны альтернативные, менее инвазивные подходы. Механическая «фракционная» стимуляция дермы – микронидлинг – подразумевает использование микроигл для чрескожной индукции синтеза коллагена. Каждое отдельное микроповреждение воспринимается кожей как травма, но, так как повреждение эпидермиса незначительное, его барьерная функция быстро восстанавливается. Следствием микроповреждений кожи становится активный синтез и секреция клетками кожи трансформирующего фактора роста β3, что было подтверждено гистологически и свидетельствует об активности невоспалительного пути активации регенерации. Этот метод преодолевает проблемы глубокого проникновения радиочастотного электромагнитного излучения в биполярном режиме и позволяет избежать термического повреждения, которое может наблюдаться при более высоких уровнях энергии. Биполярные радиочастотные устройства имеют все теоретические предпосылки для использования в комбинации, имеются данные о сочетании с фототехнологиями, при этом проявляются свойства электрооптической синергии. Однако многие вопросы, касающиеся использования RF-лифтинга в эстетической медицине, остаются открытыми и требуют дальнейшего изучения, в том числе вопрос возможности комбинированного применения микронидлинга с лазерными технологиями.

Цель исследования. Изучить сравнительную эффективность монотерапии микронидлинга и его комбинации с фракционным лазерным омоложением в коррекции инволюционных изменений кожи.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 18 пациентов женского пола с признаками старения кожи в возрасте от 30 до 70 лет, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Все пациенты, участвовавшие в исследовании, не имели выраженной соматической и острой дерматологической патологии, не получали инъекционные и аппаратные косметологические процедуры в течение последних 6 месяцев перед обследованием. В зависимости от метода коррекции пациентки были разделены на 2 группы: 1 группа – монотерапия в виде микронидлинга, 2 группа – комбинированная терапия: микронидлинг и фракционное лазерное воздействие, в обоих случаях кратность процедуры 1 раз в 4 недели. Микроигольчатый RF-лифтинг проводился на аппарате Exion BTL, фракционное омоложение – на лазерной установке Lase MD – тулиевым лазером с длиной волны 1927 нм. Параметры и режимы для проведения процедур подбирались индивидуально в соответствии с результатами обследования пациентов. Для изучения эффективности эстетической коррекции применялась компьютерная диагностика состояния кожи лица на аппарате Opatra Skin Analizer, кутометрия на аппарате Multi Skin Test Center MC1000, высокочастотная (ВЧ) ультразвуковая (УЗ) диагностика кожи проводилась на аппарате DUB Skin Scanner на частотах 33МГц и 75МГц. Измерения проводились на этапе скрининга и через 4 недели после первой процедуры.

Результаты исследования. Через 1 месяц после проведения процедуры во 2й группе пациентов отмечалась положительная динамика в отношении показателей компьютерной диагностики кожи: текстура и гладкость кожи улучшилась на 35%, морщины разгладились на 30%, влажность кожи увеличилась на 28%, по сравнению с группой, получившей монотерапию. Нарушение пигментации в виде гиперпигментации в большей степени характерно для фотостарения. После терапии наиболее выраженная положительная динамика отмечалась во 2й группе – после комплексного лечения показатель пигментации снизился на 20%. В отношении эластичности кожи изменение показателей было сопоставимым в обеих группах. Так, в 1й группе показатель увеличился на 24%, во 2-й группе – на 30%.

При проведении ВЧ УЗИ изучалось состояние микрорельефа кожи (МЭ), толщина эпидермиса

(ТЭ) и дермы (ТД), акустическая плотность эпидермиса (АПЭ) и дермы (АПД) в 4-х фиксированных точках на коже лица: 1 – от линии роста волос 3 см до середины лба, 2 – от козелка уха 7 см до скуловой области, 3 – от угла рта 3 см до крыла носа (носогубная складка), 4–2 см от края нижней губы (середина подбородка). По данным ВЧ УЗ сканирования кожи толщина эпидермиса увеличилась в среднем на 8%, дермы на 15%, акустическая плотность слоев кожи на 18%, микрорельеф эпидермиса уменьшился на 35% у пациентов, получивших комплексную терапию, что в среднем на 20% превышает показатели после проведения процедуры только микроигольчатого RF-лифтинга в 1-й группе. Для фиксации долгосрочных результатов планируется обследование пациентов через 3 и 6 месяцев.

Заключение. Комбинированное применение микроигольчатой радиочастотной терапии и фракционного неаблятивного тулиевого лазера способствует достоверному повышению увлажненности и эластичности кожи, уменьшает выраженность морщин и складок на лице, а также нарушений пигментации, что лежит в основе высокого клинического эффекта при возрастных изменениях кожи и подтверждается данными высокочастотного ультразвукового сканирования. Дальнейшее наблюдение за пациентами позволит сделать выводы о возможности пролонгирования эффекта терапии тулиевым лазером за счет дополнительной механической стимуляции кожи при проведении микронидлинга.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПЕРПИГМЕНТНЫХ ПЯТНАХ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Мелазма, распространенное заболевание кожи, характеризующееся коричневыми или серо-коричневыми пятнами, в первую очередь поражает лицо и часто связано с гормональными изменениями, воздействием солнца и генетической предрасположенностью. Она особенно распространена среди женщин, особенно во время беременности, отсюда и ее разговорное название «маска беременности». При лечении гиперпигметнаций в РСНПМЦ ДВиК используют пикосекундный лазер, лазер Q-Switch

Antera 3D – это инновационная технология, которая может быть полезна в лечении мелазмы. Antera 3D использует трёхмерное изображение кожи для более глубокого анализа состояния дермы и эпидермиса.

Цель исследования. Важность фиксирования результатов лазерных процедур для оценки лечения

Материалы и методы исследования. зарегистрированные в РСНПМЦ ДВиК амбулаторные карты пациентов с мелазмами, метод использования 3D диагностики аппаратом Антера 3D

Результаты исследования. За этот период в РСНПМЦ ДВиК было выявлено 72 пациента с мелазмами. Из них 41 выявили согласие на лечение лазерными аппаратами (56,9%). До процедур по шкале интенсивности пятна у 32 (0,78%) пациентов были оценены на 0,6–0,7. У 9 пациентов на 0,7–0,9 (0,22%). У подавляющего большинства пациентов пигментные пятна располагались в области скул.

После процедур в течении последних месяцев пациенты получали лазерные процедуры:

25 пациентов получали процедуры пикосекундным лазером. За 2 процедуры у 14 пациентов интенсивность снизилась на 0,1, у 8 пациентов 0,03-0,05, у 3 пациентов на 0,01

10 пациентов получали процедуры Q-Switch лазером. За 2 процедуры у 4 пациентов интенсивность снизилась на 0,07–0,08, у 4 пациентов 0.05, у 2-*х пациентов 0.01

6 пациентов получали IPL терапию. За 2 процедуры у 3 пациентов интенсивность снизилась на 0,04, у одного пациента на 0,02, у 2-х пациентов интенсивность пятен осталась неизменной

Вывод: Таким образом в процессе лечения аппарат Антера 3D, за счет точного совмещения изображений по рисунку линий на коже, дал достоверную сравнительную картину до и после. Четкие документированные свидетельства эффективности проведенных процедур.

ПРИМЕНЕНИЕ Q-Q SWITCH ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАЗМЫ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Б. ХОДЖАЕВА, М.М. МИРЗАЕВА, С.С. САИДВАЛИЕВА

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

Мелазма (хлоазма) – один из самых распространенных типов пигментации кожи. Классифицируется как доброкачественное образование, представляет собой коричневые пятна различного тона – от светлых до почти черных, – небольшой площади, расположенные преимущественно в зоне переносицы, лба, щек и над верхней губой. Согласно медицинской статистике, этому недугу больше всего подвержены женщины – лишь 5% от общего числа заболевших приходится на представителей сильного пола. Чаще всего пятна появляются в возрасте от 20 до 50 лет, при этом в особую зону риска попадают люди со смуглой кожей лица и хорошей реакцией на загар (под солнцем или в солярии). Самое неприятное для столкнувшихся с этой разновидностью гиперпигментации – тот факт, что она крайне трудно поддается лечению. Полностью избавиться от мелазмы удается лишь каждому третьему пациенту, в остальных случаях получается лишь временно осветлить пятно, после чего через несколько месяцев наступает неизбежный рецидив.

На современном этапе одной из самых эффективных технологий в лечении мелазмы являются лазерные, а именно, пикосекундный лазер. В РСНПМЦДВиК проводится работа по изучению инновационного пикосекундного лазера PicoWay с тремя длинами волн 1064 нм, 785 нм и 532 нм, который позволяет удалять пигментные образования на любых фототипах кожи, а также проводить процедуры лазерного омоложения. Уникальный принцип работы лазера PicoWay основан на воздействии энергии ультракоротких пикосекундных импульсов на ткани, которая вызывает фотомеханический эффект, приводящий к распаду пигментного пятна или чернил татуировки на более мелкие, легко устраняемые частицы. По сравнению с другими пикосекундными или с обычными Q-switched лазерами ультракороткие импульсы PicoWay оптимизируют фотоакустическое давление на цель и разрушают частицы пигмента с наименьшим количеством выделяемого тепла. Это исключает травматизацию кожи, образование шрамов и рубцов после процедуры. Результат проводимого лечения оценивался на современном диагностическом 3Д-аппарате Антера, позволяющим определить содержание и дисперсность распределения меланина в коже, используя мультиспектральный анализ, который выявляет пигмент, расположенный на значительной глубине и концентрацию пигмента.

Цель исследования: оценка эффективности применения пикосекундного лазера у пациентов с мелазмой с применением современной 3Д-диагностики.

Материалы и методы: под нашим наблюдением находилось 30 пациенток с диагнозом мелазма в возрасте от 25 до 45 лет. Данной группе пациентов проводилась процедура лазерного лечения на аппарате PicoWay 1 раз в 3 недели. Курс лечения составлял 6-8 процедур. Лазерное воздействие с длиной волны 1064нм осуществлялось на гиперпигментных зонах по следующим параметрам: 8 mm, 0,8 J/cm^2, 6Hz – 1 проход, 7 mm, 1 J/cm^2, 6Hz – 2 проход, пациенткам с более светлой кожей фототипами 2 и 3 по Фитцпатрику проводился 3 проход с параметрами: 6 mm, 1 J/cm^2, 6Hz. Побочных эффектов после процедуры не наблюдалось, единственным нежелательным эффектом была эритема, устраняющаяся на 2–3 день после процедуры. Оценка эффективности проводилась с помощью 3Д-диагностического аппарата Антера.

Результаты: Перед началом лазерной терапии все пациентки были обследованы на аппарате Антера. У 23 из них (76,6%) наблюдался уровень пигментации 0,6–0,7, у 7 (23,3%) наблюдался уровень пигментации 0,7–0,9. По вышеуказанной схеме пациентки получили курс лазерной терапии, в ходе которого проводилось повторное обследование на аппарате Антера: после 2х процедур отмечалось снижение пигментации на 0,1; после 4-х процедур еще на 0.2; к концу курса лечения у 25 пациенток (83,3%) отмечалось устранение пигментации на 0,5–0,6 по шкале Антера, у 4 пациенток (13,3%) отмечалось снижение на 0,3–0,4, и лишь у 1 (3,3%) пациентки на –0,2. После процедуры наблюдалась легкая эритема, других побочных эффектов не выявлено.

Выводы: проведенные нами клинические наблюдения позволяют сделать вывод об эффективности применения пикосекундного лазера в лечении мелазмы. Пациентки уже после 2х сеансов лечения отмечали осветление гиперпигментных пятен, а после 4х процедур – значительное выравнивание цвета лица, кроме того – устранение мелких морщин, повышение тургора кожи, эффект лифтинга, сужение расширенных пор, что подтверждалось регулярными диагностическими процедурами на аппарате Антера. Следовательно, лазерная технология, основанная на воздействии пикосекундного лазера с длиной волны 1064нм является самой безопасной, с наименьшим количеством побочных явлений, безболезненной и главное – высокоэффективной в лечении гиперпигментных нарушений кожи.

ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПИГМЕНТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

У.Ю. САБИРОВ, С.Р. МУМИНОВА

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

Гиперпигментация кожи – явление, связанное с неравномерным распределением меланина (образуется из аминокислоты тирозина под воздействием фермента тирозиназы) в коже человека. На сегодняшний день возможно применение нескольких лазеров для лечения гиперпигментаций. Причем все они должны работать в режиме Q-Switch из-за очень коротких времен ВТР (времени термической релаксации) частиц меланина. 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 Nd: YAG – лазера в режиме Q-Switch при лечении гипепигментации кожи лица.

Материалы и методы исследования. Изучение эффективности лазерного лечения с прменением Nd:YAG-лазера в режиме Q-Switch было проведено у 22 больных с различными клиническими формами гипепигментации кожи лица. Для установления диагноза и оценки результатов лазерного лечения применяли осмотр под лампой Вуда и дерматоскопию. Кожно-патологический процесс располагался преимущественно на коже лица в области лба, малярных областей и щек. Морфологически элементы представляли собой хорошо очерченные плоские пигментные пятна от коричневого до темно-коричневого цвета размером от 3 мм до 8 мм. Патологические очаги были обработаны Nd:YAG лазером в режиме Q-Switch с настройкой плотностью энергии 0,8–0,85 Дж/см^2, размер пятна 8–10 мм, в несколько проходов. Количество сеансов составляло 6–7 процедур кратностью 1 раз в неделю.

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.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРНЫХ УСТРОЙСТВ

У.Ю. САБИРОВ, С.Р. МУМИНОВА

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

Лазерная терапия – это последнее слово в лечении розацеа. В настоящее время лазерные методы лечения розацеа дают положительный результат. Поэтому поиск новых эффективных методов чрезвычайно актуален. Далеко не всегда применяемые в настоящее время средства и методы лечения розацеа дают положительный результат. Поэтому поиск новых эффективных методов чрезвычайно актуален. Принцип действия лазерного излучения основан на поглощении света оксигемоглобином крови. Энергия света преобразуется в термическую и вызывает фотокоагуляцию сосудов кожи, их повреждение, тромбоз и окклюзию. В настоящее время для терапии розацеа применяются следующие световые технологии:

– импульсный лазер на красителях с длиной волны 595 нм (pulsed dye laser, PDL);

– лазер на основе титанилфосфата калия с длиной волны 532 нм (potassium titanyl phosphate, KTP);

– алюмо-иттриевый лазер с легированием неодимом с длиной волны 1064 нм (neodymium-doped, yttrium-aluminium-garnet, Nd:YAG);

– интенсивный импульсный свет с длиной волны 500–1200 нм (intense pulsed light, IPL).

Лазерное излучение проникает в кожу вплоть до сосочкового слоя дермы, оказывает выраженное противовоспалительное, санирующее действие, укрепляет коллагеновые волокна, разрушает структуры бактериальной стенки. На-

блюдается также эффект локального повышения температуры обработанного участка до 41–42°C, иммуномодулирующее и противовоспалительное действие. В результате лазеротерапии достигается ряд эффектов: разрешение воспалительного процесса, устранение пустул, исчезновение диффузной гиперемии и отечности, субъективных ощущений, восстановление местного иммунитета.

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности импульсного лазера на красителе с длиной волны 595 нм у пациентов с розацеа в зависимости от клинической формы заболевания.

С целью оценки эффективности лазерного лечения была проведена трехмерная визуализация кожи лица больных розацеа. Морфологическая картина кожи лица была проведена трёхмерное фотосканирование кожи лица на мультиспектральном анализаторе Antera 3D (Miravex Limited, Дублин, Ирландия).

Материлы и методы исследования. Морфологическая картина кожи лица была оценена с помощью трёхмерного фотосканирования кожи лица на мультиспектральном анализаторе Antera 3D (MiravexLimited, Дублин, Ирландия). Диагностика с помощью устройства Antera 3D позволяет в режиме реального времени оценить морфологическую структуру кожного покрова, а также создать карту распределения хромофоров кожи (оксигемоглобина, меланиниа и т.п.), а также измерить их концентрацию в очагах поражения. Специальная компьютерная программа создает 3D-компьютерную модель поверхности кожи на основе многих проявлений, что позволяет оценить степень изменения рельефа кожи. Antera 3D диагностика – это метод сканирования кожи на разных длинах волн и в разных направлениях устройства, а затем создание трехмерной модели кожи. Результаты определения общего уровня гемоглобина, проведенные с помощью аппарата ANTERA 3D показали увеличение концентрации данного хромофора в очагах поражения. Данный параметр показывает среднюю концентрацию гемоглобина в определённой выбранной области. Спектральный свет излучаемый на биологическую ткань, подвергается многократному рассеиванию и поглощается биологическими хромофорами, далее отражаясь от ткани свет анализируется для количественной оценки гемоглобина в коже. Фотовизуализация на аппарате ANTERA 3D показала увеличение содержания среднего показателя гемоглобина Hb ± SD в исследуемой области лица на 2,1–2,2 раза по сравнению с участком здоровой кожи. После проведенного лазерного лечения импульсным лазером на красителе с длиной волны 595 нм отмечалось снижение концентрации оксигемоглобина в очагах поражения. Достоверное снижение индекса эритемы было показано на трехмерных фотографиях ANTERA, котрые подтвердили положительную эволюцию, наблюдаемую клинически, со значительным снижением содержания гемоглобина 1,8 раза по сравнению с участком здоровой кожи.

СОДЕРЖАНИЕ

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

ДЕРМАТОЛОГИЯ

D.A. Abdullaeva, A.M. Mannanov. REVIEW: THE ROLE OF LACTOBACILLUS REUTERI IN THE MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS IN EARLY CHILDHOOD 4

KH.A. Abidov, K.N. Khaitov. CLINICAL FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN 4

KH.A. Abidov, K.N. Khaitov. IMMUNE SYSTEM DISORDERS IN ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN 5

KH.A. Abidov, K.N. Khaitov. IL17A GENE POLYMORPHISM IN ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN 6

KH.A. Abidov, K.N. Khaitov. EFFECTIVE METHODS FOR TREATING ACNE 6

J.A. Alimjanov, KH.A. Abidov. CLINICAL FEATURES OF ALOPECIA AREATA 7

J.A. Alimjanov, KH.A. Abidov. EFFECTIVE MODERN METHODS FOR TREATING ALOPECIA AREATA 7

J.A. Alimjanov, KH.A. Abidov. CLINICAL FEATURES OF ALOPECIA AREATA 8

K.N. Khaitov, KH.A. Abidov, Z.K. Khaitova. CONCOMITANT ALLERGIC DISEASES IN ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN 9

K.N. Khaitov, KH.A. Abidov, Z.K. Khaitova. DERMOSCOPIC FEATURES OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN 9

Sh.X. Makhmudov, Abduvakhitova I.N., M.Sh. Tursunov, Y.J. Aytugdiyev, G.Sh. Toxtayev. TREATMENT OF LICHEN PLANUS WITH TOPIC TACROLIMUS 10

A.M. Mannanov, D.A. Abdullaeva. EFFICACY OF COMBINATION OF COLD PLASMA AND PROBIOTIC L. REUTERI IN MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS 11

U.A. Tashkenbaeva, U.R. Muzapova. CLINICAL CHARACTERISTICS OF ECZEMA OF THE SKIN 11

U.A. Tashkenbaeva, U.R. Muzapova. DURATION OF INCIDENCE IN PATIENTS WITH SKIN ECZEMA 12

U.A. Tashkenbayeva, U.R. Muzapova. TERI EKZEMASINING TARQALISHINING KLINIK-EPIDEMIOLOGIK XUSUSIYATLARI (Toshkent viloyati misolida) 12

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. ХАРАКТЕРИСТИКА КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ЖЕНЩИН ПО ШКАЛЕ ВАНКУВЕРА 13

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. ФОТОТИПЫ КОЖИ У ЖЕНЩИН С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ (КР) 13

С.Д. Абдуллаев, Х.Д. Абдуллаев. ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ГЕНОВ ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО 14

Х.Д. Абдуллаев, С.Х. Эшонкулов. РАЗРАБОТКА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА 15

А.А. Абдурашидов, С.Р. Муминова, Н.А. Абдухамидова. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА CO2-ЛАЗЕРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ РИНОФИМЫ 16

А.А. Абдурашидов, С.С. Арифов, Ш.Т. Ганиева. СОСТОЯНИЕ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ЭКЗЕМЫ 16

Б.С. Азизов, А.А. Маннанов. РОЛЬ АГРЕГАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ЭРИТРОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТУ У ДЕТЕЙ 17

А.Ш. Алиев, Б.И. Мухамедов, О.Ж. Курбонов, Э.В. Колдарова, М. Омонова. ПСЕВДОЛИМФОМЫ КОЖИ, ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ 17

А.Ш. Алиев, Б.И. Мухамедов, О.Ж. Курбанов, Э.В. Колдарова, Б.Б. Мухамедов. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 18

С.Ф. Аляви. ПСОРИАЗДА АЗОТ ОКСИДИ ТИЗИМИНИНГ АҲАМИЯТИ ТЎҒРИСИДА 19

С.Ф. Аляви. К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ ПРИ ПСОРИАЗЕ 19

С.С. Арифов, А.А. Абдурашидов, Ш.Т. Ганиева. РАЦИОНАЛЬНАЯ ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА 20

С.С. Арифов, М.Х. Арифова. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЕРТА PSO 50 PLUS В ТЕРАПИИ КЕРАТОДЕРМИИ 21

С.С. Арифов, Н.С. Иброхимова. ИННОВАЦИОННЫЙ ПОДХОД В ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ 21

С.С. Арифов, З.Э. Эркинлар. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С РУБЦАМИ ПОСТАКНЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛИМОРФИЗМА 1997C/A ГЕНА COL1/A1 22

С.С. Арифов, З.Э. Эркинлар, К.Т. Бобоев. АСОЦИАЦИЯ ПОЛИМОРФИЗМА 1997 C/A ГЕНА COL1A1 С ФОРМИРОВАНИЕМ ПОСТАКНЕ И ПОСТАКНЕ В СОЧЕТАНИИ СИМПТОМАМИ АКНЕ 23

Н.М. Аюбова, И.Б. Нурматова, Б.С. Азизов. РЕЗУЛЬТАТЫ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА 23

Н.Б. Бабабекова, И.Д. Хасанбаев. КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ВИРУСНОЙ ЭКЗАНТЕМЫ У ДЕТЕЙ 24

М.С. Валиева, Д.Х. Абдиева, Н.И. Дырда. ХАРАКТЕРИСТИКА КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ У ЖЕНЩИН ПО ШКАЛЕ ВАНКУВЕРА 24

Ш.Т. Ганиева, И.С. Нормухаммадий, М.Б. Ходжаева. ИССЛЕДОВАНИЕ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА 25

Ш.Т. Ганиева, А.А. Абдурашидов, Ш.И. Махмудова, М.Б. Ходжаева. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН 26

Н.И. Дырда, Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева. ДИНАМИКА ИНДЕКСА PASI В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 26

Н.И. Дырда, Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева. ЭСТЕТИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ 27

Г.У. Жанабаева, З.И. Ахмеджанова, К.А. Мулдабекова. ОЦЕНКА УРОВНЯ ВИТАМИНА D ПРИ ВИТИЛИГО ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ 27

Г.У. Жанабаева, З.И. Ахмеджанова, М.К. Ещанов. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ВИТИЛИГО, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ ПРИАРАЛЬЯ 28

А.Л. Житниковская, Ю.В. Кениксфест. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КРЕМА С ФИЛАГРИНОЛОМ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 29

О.С. Имамов, Ж.А. Ризаев, И.Н. Абдувахитова. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ 30

О.С. Имамов, Ж.А. Ризаев, И.Н. Абдувахитова. СОСТОЯНИЕ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ С ГЕРПЕС-АССОЦИИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМОЙ 31

О.С. Имамов, Ж.А. Ризаев, Г.Ш. Тохтаев. ЭТИОЛОГИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ 32

А.Ш. Иноятов, Д.А. Умарова. ТЕРИ БАЗАЛИОМАСИ ДАВОЛАШ САМАРАДОРЛИГИНИ УЛЬТРАТОВУШ ТЕКШИРУВ УСУЛДА БАҲОЛАШ 33

Д.Ш. Кобилжонова, А.В. Мун, Д.Ф. Низамова, К.К. Куддусова. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДИ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 33

М.А. Кодирова, Ш.З. Мавлянова, А.И. Исмагилов. АНАЛИЗ МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА СЕРПИН 1 (PAI-1) 675(RS 1799768) 5G>4G У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ 34

О.А. Лапасов, И.Б. Нурматова, Б.С. Азизов. ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ 35

Ш.З. Мавлянова, И.Б. Шукуров, Ю.А. Алимухамедова. ЗНАЧИМОСТЬ ОЦЕНКИ АУТОАНТИТЕЛ К НАТИВНОЙ ДНК КЛАССА G В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО 36

Ш.З. Мавлянова, М.М. Эшниязов, М.Р. Махсудов. К РЕЗУЛЬТАТАМ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ КОЖИ У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ 37

Ш.З. Мавлянова, А.И. Исмагилов, Ш.Н. Мирзакулова, Н.Ш. Нуралиева, Ж.Б. Муллаханов. АКТИВИРОВАННЫЙ ГЛАУКОНИТ – ИММУНОСОРБЕНТ В ЛЕЧЕНИЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 38

Ш.З. Мавлянова, Ю.Ш. Абдукадирова. КЛИНИКО-МИКОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 39

Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова, М.Р. Махсудов. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ КОЛИЧЕСТВЕННОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ КЛЕЩА DEMODEX 39

Ш.З. Мавлянова, Ю.А. Алимухамедова, Д.Р. Хакимов, Ш. Хонходжаев. ЗНАЧИМОСТЬ АНТИМИКРОБНЫХ ПЕПТИДОВ В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 40

Ш.З. Мавлянова, Е.В. Есионова. ВЫЯВЛЕНИЕ CANDIDA SPP. У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ....41

Ш.З. Мавлянова, С.Р. Муминова. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КОЖИ ПРИ РОЗАЦЕА 42

Ш.З. Мавлянова, М.К. Эшанов, М.Р. Махсудов, А.Р. Шакаров, Д.С. Бекмурадов. К РЕЗУЛЬТАТАМ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММНОЙ ДИАГНОСТИКИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У БОЛЬНЫХ В РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКИСТАН 43

А.А. Маннанов, Б.С. Азизов. БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТ КАСАЛЛИГИНИНГ ШАКЛЛАНИШ ТАБИАТИГА ШАРҲ....43

Ш.Х. Махмудов, И.Н. Абдувахитова, М.Ш. Турсунов, Я.Ж. Айтуғдиев, Г.Ш. Тохтаев. ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ 44

Ф.Б. Миродилова, Ф.Х. Аббосхонова, Ж.М. Умаров. ЭКСТРАКТ ПЛАЦЕНТЫ ЧЕЛОВЕКА В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ....45

Ж.Б. Муллаханов, О.В. Соаткулова ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 45

С.Р. Муминова. ЛЕЧЕНИЕ НЕВУСА ОТА ПИКОСЕКУНДНЫМ ЛАЗЕРОМ 46

Б.И. Мухамедов, Э.В. Колдарова, А.Ш. Алиев, О.Ж. Курбонов, Б.Б. Мухамедов. ОМАЛИЗУМАБ В ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 47

Д.Д. Набиева, М.И. Абдуллаев. ТЕЧЕНИЕ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОГО РЕБЁНКА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ....48

Д.Ф. Низамова, А.В. Мун, К.К. Куддусова, Д.Ш. Кобилжонова. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 48

Д.Ф. Низамова, Д.Р. Кобилджонова, А.В. Мун. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ БАКТЕРИОФАГАМИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ....49

Е.В. Никитина, Л.Н. Изюров. СТРАТЕГИЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОНКОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ СКРИНИНГОВ 50

М.А. Нишонова, Б.С. Азизов, И.Б. Нурматова. ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ МНОГОФОРМНОЙ ЭКССУДАТИВНОЙ ЭРИТЕМЫ....51

У.И. Пак, Х.Д. Абдуллаев. ПРИМЕНЕНИЕМ ПРЕПАРАТА ИММУНОМАКС И 0,1 % МАЗИ ТАКРОЛИМУС ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО....51

С.Х. Пулатова, О.А. Бабаджанов. ВЛИЯНИЕ ДИЕТИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА АКНЕ: ВЗГЛЯДЫ ПАЦИЕНТОВ И ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПРОБЕЛЫ 52

С.Х. Пулатова, О.А. Бабаджанов. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОВРЕМЕННЫХ ТОПИЧЕСКИХ РЕТИНОИДОВ В ТЕРАПИИ АКНЕ 53

А.Б. Рахматов, Е.Г. Белоногова, М.К. Халдарбеков. ЗОЛЕДРОНОВАЯ КИСЛОТА В ЛЕЧЕНИИ КОСТНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 54

А.Б. Рахматов. БАРИЦИТИНИБ В ТЕРАПИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ 54

А.Б. Рахматов. РИТУКСИМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ....55

А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов, Н.К. Курбанова, Н.А. Расулова. УСОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА 55

А.Б. Рахматов. РИТУКСИМАБ В ТЕРАПИИ ПУЗЫРНЫХ ДЕРМАТОЗОВ 56

А.Б. Рахматов, Ш.К. Юлдашева. СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА 57

А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов, Н.А. Расулова. КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 57

А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов, Ж.Б. Муллаханов. СЛУЧАИ МИГРИРУЮЩЕЙ КОЖНОЙ ЛИЧИНКИ 58

А.Б. Рахматов. КЛИНИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА 58

А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов, Ж.Б. Муллаханов. ЛИМФОЦИТАРНАЯ ИНФИЛЬТРАЦИЯ ЙЕССНЕРА-КАНОФА В ОБЛАСТИ ЛИЦА 59

А.Б. Рахматов, Д.С. Джалилов, Н.А. Расулова. ОПТИМАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ АППАРАТНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА 60

А.Б. Рахматов, Д.С. Джалилов, Н.А. Расулова. ОПТИМАЛЬНЫЕ КОМБИНАЦИИ АППАРАТНЫХ И МЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫХ ФОРМ ПСОРИАЗА 61

А.Б. Рахматов, Ж.С. Медетова. ОПЫТ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ МЕТОТРЕКСАТОМ В ФОРМЕ ПОДКОЖНЫХ И ВНУТРИМЫШЕЧНЫХ ИНЪЕКЦИЙ 61

А.Б. Рахматов, Н.А. Расулова, Н.К. Курбанова, Т.П. Рахматов. АВТОМАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА КАРТИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 62

А.Б. Рахматов. СОВРЕМЕННЫЙ МЕТОД ТЕРАПИИ ВРОЖДЕННОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА 63

А.Б. Рахматов. СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШАБИРА 63

А.Б. Рахматов, Ш.К. Юлдашева. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА 64

А.Б. Рахматов. СИНДРОМ НЕТЕРТОНА 65

А.Б. Рахматов, А.Ш. Иноятов, И.А. Самарходжаева. ПУЛЬС-ТЕРАПИЯ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ 65

А.Б. Рахматов, Н.А. Расулова. ИММУНОМОДУЛИН-ФОРТЕ В ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ 66

А.Б. Рахматов, Д.В. Рахматова. СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТИНЪЕКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ 66

А.Б. Рахматов. ТАКРОЛИМУС В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 67

А.Б. Рахматов, Т.П. Рахматов. МАСТОЦИТОЗ: ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ 68

Ж.А. Ризаев, О.С. Имамов, Г.Ш. Тохтаев. КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРЧАТКИ НА ОБСЛЕДОВАНИИ У СТОМАТОЛОГА 68

У.Ш. Рихсиев. БЕЗОПАСНАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ НОВОРОЖДЕННЫХ ПРЕПАРАТОМ «ЛИНДОСКИН» 69

У.Ш. Рихсиев. ПРИМЕНЕНИЕ ГЕЛЯ «КЛИНТОПИК» ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ С УЧЁТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ КОЖИ ПОДРОСТКОВ 70

И.А. Рузибаев, Х.Д. Абдуллаев. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ 71

У.Ю. Сабиров, М.З. Назарова, Н.Б. Ходжаева, Е.В. Календарёва. «ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНЫХ ПОДОШВЕННЫХ БОРОДАВОК С ПРИМЕНЕНИЕМ ИННОВАЦИОННЫХ МЕТОДОВ» 72

У.Ю. Сабиров, Ф.В. Азимова, К.Ш. Курбанова. ИММУННЫЕ СВОЙСТВА ПРЕАДИПОЦИТОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 73

*У.Ю. Сабиров, Ф.В. Азимова, К.Ш. Курбанова.*СПЕЦИФИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ АДИПОЦИТОВ ПРИ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ 74

У.Ю. Сабиров, Е.В. Календарёва, Н.Б. Ходжаева, М.З. Назарова. «СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АППАРАТНЫХ МЕТОДОВ В КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ» 75

У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов. КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКИЙ ОСОБЕННОСТИ РОЗАЦЕА 76

У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов. СОДЕРЖАНИЕ ГЛУТАТИОН S ТРАНСФЕРАЗЫ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДАВНОСТИ РОЗАЦЕА 77

У.Ю. Сабиров, Г.С. Бабакулова. ВЛИЯНИЕ ВИТАМИНА D НА АПОПТОЗ КЛЕТКИ 77

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, И.И. Назарова. РОЛЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНИРОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ИНВОЛЮЦИОННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ 78

М.Н. Солметова, Д. Юлдашева, М.Д. Аллаева, Ж.А. Тагаев. ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ МЕЛАНОМОЙ: АНАЛИЗ 5-ЛЕТНЕЙ ДИНАМИКИ ПЕРВИЧНОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПО г. ТАШКЕНТУ 80

У.А. Ташкенбаева, А.Ш. Алиев, Б.И. Мухамедов, М.З. Джураева, Д. Рустамов, Б.Б.Мухамедов. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИННЫЕ ФАКТОРЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ....80

Г.Ш. Тохтаев, Ж.А. Ризаев, О.С. Имамов. ДИАГНОСТИКИ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ, НАЧИНАЮЩЕЙСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА 81

Т.Т. Устобаева, Д.Х. Абдиева**, Х.И. Алиев** .* ЛЕЧЕНИЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА (СЛ) У ЖЕНЩИН ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ПЕРИОДА....82

А.Ж. Утаев, Х.Д. Абдуллаев. ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АКНЕ 83

Н.Н. Филимонкова, Н.В. Киселева. ПСОРИАЗ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛЕНИЯ....84

Ф.Ш. Хамидов, М.З. Хамидова. КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 85

Ф.Ш. Хамидов, М.З. Хамидова. ИНДЕКС ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ВИТИЛИГО ПРИ ЛЕЧЕНИИ МАЗЬЮ ЛЮКОДЕРМИН....86

Ф.Ш. Хамидов. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ЕРТА VTLG ЭМУЛЬСИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ 87

Ф.Ш. Хамидов. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЗИ ТАКРОФОРД В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА....87

Ф.Ш. Хамидов. ТАКРОФОРД В ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 88

Ф.Ш. Хамидов. ВИТИЛИГО КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА ДИПРОСПАН ВА ЕРТА VTLG ЭМУЛЬСИЯСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ....88

С.М. Ходжаева, С.Р. Абдуалимова, Г.Р. Алимджанова. ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ 89

С.М. Ходжаева, С.Р. Абдуалимова. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ 90

С.М. Ходжаева, С.Р. Абдуалимова, Г.Р. Алимджанова. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «МЕЗОДЕРМ» У ДЕТЕЙ С ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМОЙ ПСОРИАЗА....90

А.Н. Шакирова, И.А. Куклин, М.М. Кохан. ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ В МОЛОДОМ ВОЗРАСТЕ 91

Х.Р. Юнусова, Х.А. Абидов, Б.Б. Каримов. КЛИНИЧЕСКИЕ И ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ И СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ 92

А.И. Якубович, Е.А. Трапезникова, Э.Г. Гайдарова. РАЗНООБРАЗИЕ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ 93

А.И. Якубович, А.Ю. Чащин, Е.Е. Вершинина. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ЭКСПОСОМА НА ПАТОГЕНЕЗ АКНЕ....94

А.И. Якубович, А.Ю. Чащин, С.Э. Ярыева, Е.Е. Вершинина. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЛАМЕЛЛЯРНОГО ИХТИОЗА....94

А.И. Якубович, Н.Б. Примак. КОНГЛОБАТНЫЕ АКНЕ С ФОРМИРОВАНИЕМ КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВ И ПОСТАКНЕ НА ФОНЕ ДИСПЛАСТИЧЕСКОГО СИНДРОМА 95

А.И. Якубович, Н.Б. Примак. ИЗМЕНЕНИЕ МОТИВОВ УЧЕБНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КАК ПОКАЗАТЕЛЕЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ОРДИНАТОРОВ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ 96

А.И. ЯКУБОВИЧ, Н.Б. ПРИМАК....96

А.И. Якубович, В.С. Фадеева. НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И КЛИНИКИ КРАПИВНИЦЫ 97

ВЕНЕРОЛОГИЯ

Қ.М. Абзоиров. СЕРОРЕЗИСТЕНЛИК ҲОЛАТ (СР) КУЗАТИЛГАН ЗАХМ БЕМОРЛАРИДА УМУМИЙ ОҚСИЛ КЎРСАТКИЧЛАРИ....99

Қ.М. Абзоиров. ЗАХМДА СЕРОРЕЗИСТЕНТЛИК ҲОЛАТ БЕМОРЛАРИ ҚОНИДА МОЧЕВИНА ВА КРЕАТИНИН КЎРСАТКИЧЛАРИ....99

А.М. Абидов. УРОГЕНИТАЛ ХЛАМИДИОЗНИ ДАВОЛАШДА ЛЕВОФЛОКСАЦИН ДОРИ ВОСИТАСИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ 100

А.М. Абидов. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА 100

В.А. Абишала, Х.Р. Халидова, Д.Х. Джуманов. ВАССЕРМАНИЗАЦИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА 101

М.И. Адильгереева. ПРОФИЛАКТИКА ВПЧ-АССОЦИИРОВАННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ: КЛЮЧЕВЫЕ АСПЕКТЫ 102

Г.А. Исмаилова, Ф.Б. Миродилова. ИЗМЕНЕНИЕ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ В ПРОЦЕССЕ ТЕРАПИИ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА 103

М.А. Мирсаидова, Х.Х. Файзиева. ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА 104

М.А. Мирсаидова, М.Т. Алишева. НАРУШЕНИЕ МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА ПРИ УРОГЕНИТАЛЬНОМ КАНДИДОЗЕ 104

Ф.Н. Нуралиев. ИММУНОДИАГНОСТИКА УРОГЕНИТАЛЬНЫХ КАНДИДОЗОВ У ЖЕНЩИН 105

Д.Ф. Порсохонова, Ю.А. Алимухамедова, С.Н. Рахматуллаева. ИНТЕРФЕРОНОТЕРАПИЯ ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ, ПРОТЕКАЮЩИХ НА ФОНЕ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ 106

Д.Ф. Порсохонова, М.Л. Росстальная. КЛИНИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ У ЖЕНЩИН 107

Д.Ф. Порсохонова, Н.Н. Илесова. РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ НЕКОТОРЫХ НЕИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ 109

Х.Р. Халидова, В.А. Абишала, Х.Т. Исраилов. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ИММУНОБЛОТТИНГА В КОМПЛЕКСНОЙ ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА 110

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, Қ.К. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев. ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАР ОРАСИДА «ГЕНИТАЛ УЧУҚ»НИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ 110

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова, И.Б. Нурматова. ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ КРОВИ (ЛПБСР) И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАННЕТОВ 111

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров. ГОНОРЕЯ В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 77 ЛЕТ (с 1946 по 2023 год) 111

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров. СИФИЛИС В УЗБЕКИСТАНЕ ЗА 77 ЛЕТ (с 1946 по 2023 год) 112

К.А. Юлдашев, Ш.Т. Ганиева, К.К. Юлдашев, М.К. Комилжонова. ЖЕЛУДОЧНЫЙ СОК ПРИ ГАСТРОЛЮЕСЕ 113

К.А. Юлдашев, И.Б. Нурматова, М.К. Комилжонова. СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА (ССС) У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСО 113

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова, И.Б. Нурматова. ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИО У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, СИФИЛИСОМ 114

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев. СОСТОЯНИЯ ЛОР-ОРГАНОВ ПРИ СИФИЛИСЕ 114

К.А. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев, М.К. Комилжонова. ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПРИ СИФИЛИСЕ 115

К.А. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев, М.К. Комилжонова. МОНООКСИГЕНАЗНАЯ СИСТЕМА (МОС) ПЕЧЕНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С СИФИЛИСОМ 115

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, К.К. Юлдашев. НЕРВНАЯ СИСТЕМА ПРИ РАННЕМ СКРЫТОМ СИФИЛИСЕ 116

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова, И.Б. Нурматова. ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИЙ (ЛПБСР) КРОВИ 117

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, М.К. Комилжонова, И.Б. Нурматова. К ВОПРОСУ СКРЫТОГО РАННЕГО СИФИЛИСА 117

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, К.М. Абзоиров. ЛИКВОР У БОЛЬНЫХ С СЕРОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ ПРИ СИФИЛИС 118

К.А. Юлдашев, М.К. Комилжонова, И.Б. Нурматова. ПЛАЦЕНТАРНЫЙ БАРЬЕР У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, С СИФИЛИСОМ 118

К.А. Юлдашев, В.А. Абишала, Х.Р. Халидова, К.К. Юлдашев. ЧУВСТВИТЕНОСТЬ ИММУНОХРОМАТОГРАФИЧЕСКОГО МЕТОДА В ДИАГНОСТИКЕ СИФИЛИСА 119

К.А. Юлдашев, Н.К. Курбанова, К.К. Юлдашев. СУБЫКТИВНЫЕ РАСТРОЙСТВА СО СТОРОНЫ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ СИФИЛИС 120

К.А. Юлдашев, Д.Х. Жуманов, К.К. Юлдашев, У.М. Хайдаралийев. ЗНАЧЕНИЕ АУДИО МЕТРИИ ПРИ СИФИЛИСЕ 120

К.А. Юлдашев, Ш.Т. Ганиева, Д.Х. Жуманов, К.К. Юлдашев, У.М. Хайдсолиев. СОСТОЯНИЯ ЖЕЛУДКА ПРИ СИФИЛИТШАСКОЙ ИНДЕКЦИИ 121

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев. ЛИКВОР И НЕЙРОСИМТОМАТИКА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОСИФИЛИСОМ (НС) 121

К.А. Юлдашев, О.К. Мангитов, М.К. Комилжонова. ПЕЧЕНЬ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОМ СИФИЛИСЕ У КРОЛИКОВ 122

К.А. Юлдашев, А.К. Мангитов, М.Р. Махсудов, Ш.Х. Махмудов. ЗАХМДА ЖИГАРНИНГ МОНООКСИГЕНАЗ ТИЗИМИНИНГ ҲОЛАТИ 122

К.А. Юлдашев, К.К. Юлдашев, А.К. Мангитов, М.Р. Махсудов, Ж.Қ. Рустамов. ЗАХМДА ЭНДОГЕН ЗАҲАРЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ 123

К.А. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев, М.К. Комилжонова. ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ БИОЛОГИЧЕСКИЕ СЕРОЛОГИЧЕСКИХЕ РЕАКЦИИ КРОВИ (ЛПБСР) 123

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, Қ.К. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев. ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАР ОРАСИДА «ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР»НИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ 124

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, Қ.К. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев. ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАРДА ҚЎТИРНИ АНИҚЛАНИШ 124

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев. ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАРДАГИ ТРИХОМОНИАЗ БУЙИЧА ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТ 125

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев. ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАРДА «УРЕАПЛАЗМОЗ» КАСАЛЛИГИ БЎЙИЧА КЎРСАТГИЧЛАРИ 125

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, Қ.К. Юлдашев, У.М. Хайдаралиев. ЎЗБЕКИСТОНДА 2019–2023 ЙИЛЛАРДА ХЛАМИДИОЗНИНГ ТАРҚАЛИШ ҲОЛАТИ 125

З.С. Юнусова. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЦИТОКИНОВ IL 6 У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ 126

ЗАРАЗНЫЕ И КОЖНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

М.И. Абдуллаев, Н.Н. Ахмедгалиева. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ «ВИТАМИН Д3» У БОЛЬНЫХ С МИКОЗОМ СТОП 127

Н.А. Герасимова, Н.П. Евстигнеева. МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ДЕРМАТОФИТИЙ 128

К.К. Куддусова, А.В. Мун, Д.Ф. Низамова, Д.Ш. Кобилжонова. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ДЕТЕЙ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН 129

Ш.Х. Махмудов, И.Н. Абдувахитова, М.Ш. Турсунов, Я.Ж. Айтуғдиев, Ғ.Ш. Тохтаев. ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ 129

Ш.Ҳ. Махмудов, З.М. Абидова, Я.Ж. Айтўғдиев, Ғ.Ш. Тохтаев, Л.Т. Дадақўзиева. ТОШКЕНТ ВИЛОЯТИДА ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИНИНГ ЭПДЕМИОЛОГИК ҲОЛАТИ 130

Ж.Б. Муллаханов, М.З. Хамидова, Ф.Ш. Хамидов. РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИНИ ДАВОЛАШДА СЕРТОКОНАЗОЛ КРЕМИНИнг САМАРАДОРЛИГИ 131

Ж.Б. Муллаханов, М.З. Хамидова, Ф.Ш. Хамидов. РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ПРОКОЛЬЦИТОНИН, Д ВИТАМИНИ ВА ИНТЕРЛЕЙКИН-17 НИнг ҲОЛАТИ 132

У.Б. Нурматов. ЭФФЕКТИВНОСТЬ МИКРОФЛОРЫ И РН КОЖИ ПРИ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ ЛОБКОВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ 132

М.В. Пономарева, О.А. Белых, Н.К. Левчик. СУБПОПУЛЯЦИИ ЛИМФОЦИТОВ ЦЕРЕБРОСПИНАЛЬНОЙ ЖИДКОСТИ ПРИ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ 133

А.Б. Рахматов, Ю.А. Алимухамедова. ПЦР ДИАГНОСТИКА ТЕРБИНАФИН-УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТРИХОФИТИЙ 134

А.Б. Рахматов, А.Д. Утаев. ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ С ОНИХОМИКОЗАМИ 134

А.Б. Рахматов. АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОФИТИЙ 135

А.Б. Рахматов, Х.И. Насимов, Х.Р. Халидова. СТАНДАРТЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ 136

А.Б. Рахматов, Х.И. Насимов. СИСТЕМНАЯ ЭНЗИМОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ ТРИХОФИТИЙ КОЖИ 136

A.A. Sultanov, Q.N. Xaitov. TERI LEYSHMANIOZIDA TERI MIKROFLORASINING AHAMIYATI 137

A.A. Sultanov, Q.N. Xaitov. TERI LEYSHMANIOZINI MAHALLIY DAVOLASH USULLARI 138

К.Н. Хаитов, А.А. Султанов. ОРГАНИЗАЦИЯ МЕРОПРИЯТИЙ ПО БОРЬБЕ С КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 138

К.Н. Хаитов, А.А. Султанов. АКИУАЛЬНОЕ В ДИАГНОСТИКЕ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 139

Ф.Ш. Хамидов, М.З. Хамидова. ҚЎТИР БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ИВЕРМЕКТИН ВА БЕНЗИДЕП ПРЕПАРАТЛАРИ САМАРАДОРЛИГИ 140

Ф.Ш. Хамидов. ПЕРМЕТРИЖОР МАЛҲАМИ БИЛАН ДАВОЛАНГАН БЕМОРЛАРДА ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ МЎЛЛИК ВА УЧРАШ ИНДЕКСИНИ АНИҚЛАШ 140

Э.Х. Эшбоев, З.К. Нуратдинова. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЛЕПРОЙ В ЗОНАХ СПОРОДИЧЕСКОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ 141

Э.Х. Эшбоев, З.К. Нуратдинова, Б.А. Шамамбетов, Р.Ж. Кулекешов, Е.Ш. Юсупов. СЛУЧАЙ СЕМЕЙНОЙ ЛЕПРЫ 142

Э.Х. Эшбоев, С.Э. Эшбоев. ҚЎТИР ТАШХИСИНИ ҚЎЙИШ ТАМОЙИЛЛАРИ 142

Э.Х. Эшбоев, Ф.С. Каландарова. ЁШ БОЛАЛАР ВА КЕКСА КИШИЛАРДА ҚЎТИРНИНГ КЛИНИКАСИ 143

Э.Х. Эшбоев. ҚЎТИРНИНГ (ЧЕСОТКА) ТУРЛИ ХИЛ БОШҚА ДЕРМАТОЗЛАР БИЛАН БИРГА КЕЛГАНДАГИ КЛИНИКАСИ 143

Э.Х. Эшбоев. ТЕРИНИНГ СКАБИОЗЛИ ЛИМФОПЛАЗИЯСИ 144

Э.Х. Эшбоев, Д.Б. Абдуллаев. ПСЕВДОСАРКАПТОЗ 144

Э.Х. Эшбоев. НОРВЕГИЯ (ҚОРА ҚЎТИРЛИ, ТАНГАЧАЛИ) ҚЎТИРИ 144

Э.Х. Эшбоев, Б.Ш. Фаттахов, С.Э. Эшбоев, Ж.Р. Турдиев. ЗАХМ ҚЎЗҒАТУВЧИСИ (Tr.pallidum)нинг МОРФОБИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ 145

Э.Х. Эшбоев, Б.Ш. Фаттахов, С.Э. Эшбоев, Ж.Р. Турдиев. ОҚИШ ТРЕПОНЕМА (Tr.pallidum)нинг L-ШАКЛИ ВА АНТИГЕН СТРУКТУРАСИ 146

Э.Х. Эшбоев, Б.Ш. Фаттахов, Ж.Р. Турдиев. ЗАХМНИНГ СЕРОЛОГИК ТАШХИСОТИ 147

А.И. Якубович, А.Ю. Чащин, Н.О. Большакова. АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ МИКРОСПОРИЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 15 ЛЕТ 148

КОСМЕТОЛОГИЯ

А.А. Абдурашидов. ЛЕЧЕНИИ АТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ CO2 ФРАКЦИОННЫМ ЛАЗЕРОМ В СОЧЕТАНИИ С АУТОЛОГИЧНОЙ ТРОМБОЦИТАРНОЙ ПЛАЗМОЙ 149

А.П. Безуглый, П.А. Белков, Н.А. Безуглый. ДЕТЕКЦИЯ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ФИЛЛЕРОВ МЕТОДОМ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 149

А.П. Безуглый, П.А. Белков, Н.А. Безуглый. РОЛЬ ВЫСОКОЧАСТОТНОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ДИАГНОСТИКЕ И ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ 150

Ю.Н. Грекова, Д.Ю. Захаров. ЭСТЕТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИНВОЛЮЦИОННЫХ (ВОЗРАСТНЫХ) ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ ШЕИ И ДЕКОЛЬТЕ С ПОМОЩЬЮ ИНЪЕКЦИЙ БИОСТИМУЛЯТОРА НА ОСНОВЕ ПОЛИ- L-МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ 150

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, И.И. Назарова, С.С. Саидвалиева. РОЛЬ ОДНОНУКЛЕОТИДНЫХ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНОВ ЭСТРОГЕНОВОГО РЕЦЕПТОРА 2 И ПРОГЕСТЕРОНА В РАЗВИТИИ МЕЛАЗМЫ 151

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, И.И. Назарова, С.С. Саидвалиева. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕХНОЛОГИИ 3Д СКАНИРОВАНИЯ ПОСРЕДСТВОМ ANTERA-LED В ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАЗМЫ 153

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, С.С. Саидвалиева. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНИНОВЫХ ДИСХРОМИЙ КОЖИ 154

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, И.И. Назарова, С.С. Саидвалиева. ОПТИМИЗИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНИНОВЫХ ДИСХРОМИЙ КОЖИ 155

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, И.И. Назарова, С.С. Саидвалиева. ОЦЕНКА СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ С МЕЛАЗМОЙ 156

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, М.М. Мирзаева, С.С. Саидвалиева. ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ 157

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, И.И. Назарова, С.С. Саидвалиева. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАМПЫ ВУДА В ТОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ МЕЛАНИНОВЫХ ДИСХРОМИЙ 158

У.Ю. Сабиров Улугбек, Н.Б. Ходжаева, И.И. Назарова, С.С. Саидвалиева. ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ КОМБИНИРОВАННОЙ КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ С ПРИМЕНЕНИЕМ МИКРОИГОЛЬЧАТОЙ РАДИОЧАСТОТНОЙ И ФРАКЦИОННОЙ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ 159

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, С.С. Саидвалиева. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ 3D ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПЕРПИГМЕНТНЫХ ПЯТНАХ 160

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, М.М. Мирзаева, С.С. Саидвалиева. ПРИМЕНЕНИЕ Q-Q SWITCH ЛАЗЕРА В ЛЕЧЕНИИ МЕЛАЗМЫ 161

У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова. ЛАЗЕРНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГИПЕРПИГМЕНТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ 162

У.Ю. Сабиров, С.Р. Муминова. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ РОЗАЦЕА С ПРИМЕНЕНИЕМ ВЫСОКОЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЛАЗЕРНЫХ УСТРОЙСТВ 162