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 / 2025 (67)

ТАШКЕНТ 2025

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: center@dermatology.uz
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 – Рахматова М.С.

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. Иноятов А.Ш., д.м.н. Ибрагимов Ш.И., д.м.н. Ходжаева Н.Б., д.м.н. Порсохонова Д.Ф., д.м.н. Азимова Ф.В., к.м.н. Джалилов Д.С.

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)
Гизингер О.А. (Россия)
Гранштейн Р. (США)
Исмаилова Г.А. (Ташкент)
Карабаева И.Т. (Ташкент)
Керимов С.Г. (Азербайджан)
Климко Н.Н. (Россия)
Конников Н. (США)
Кубанов А.А. (Россия)
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)
Разнатовский К.И. (Россия)
Рубинс А.Я. (Латвия)
Самцов А.В. (Россия)
Сергеев А.Ю. (Россия)
Степаненко В.И. (Украина)
Ташкенбаева У.А. (Ташкент)
Торелло Лотти (Италия)
Исмагилов А.И. (Ташкент)
Хабилов Н.Л. (Ташкент)
Хаитов К.Н. (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 00.10.2025. Формат 60 × 84 1/8.
Печать офсетная. Усл. п.л. 16,0. Тираж 000. Заказ № 000.

Отпечатано в ООО «Niso nashriyot va matbaa uyi». Ташкентская область, Уртачирчикский район, «Машъал» МФЙ, д. 1.

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги

O‘ZDVKM
Ўзбекистон дерматовенерология
ва косметология маркази

O`zDVA
Ўзбекистон дерматовенерологлар
ассоциацияси

ICDV&C-2025

«Дерматовенерология ва
эстетик тиббиётга
соҳалараро замонавий ёндашув»
Халқаро илмий-амалий анжумани

Международная научно-практическая конференция
«Современные междисциплинарные
подходы в дерматовенерологической
и эстетической медицине»

International Scientific and Practical Conference
«Modern interdisciplinary approaches in
dermatovenereological
and aesthetic medicine»

17-18 oct 2025

Tashkent

СОДЕРЖАНИЕ

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

М.И. Адильгереева. ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВПЧ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ 12

Sh.T. Ayupova, N.M. Ayubova. OIV INFEKTSIYASI BILAN KASALLANGAN BOLALARDA ARVT NING OG‘IZ BO‘SHLIG‘I ZAMBURUG‘ KASALLIKLARIGA IJOBIY TA’SIRI 12

A.V. Mun, K.K. Kuddusova. CLINICAL CASE OF MEN SYNDROME IN A CHILD AND EARLY IDENTIFICATION OF AT-RISK INDIVIDUALS 13

F. Omonova, N. Malikova. INVERSE CORRELATION BETWEEN ATMOSPHERIC HUMIDITY AND ONLINE PUBLIC INTEREST IN ECZEMA: AN INFODEMIOLOGY STUDY FROM UZBEKISTAN 13

Sh.Z. Mavlyanova, Sh.F. Sadiyev. THE IMPORTANCE OF CONDUCTING MICROBIOLOGICAL STUDIES AND GENOTYPING IN PATIENTS WITH PERIPHOLLICULITIS OF THE SCALP 14

N.S. Saipova, S.Sh. Boyqobilov. TERI LEYSHMANIOZI SURXONDARYO VILOYATI EPIDEMIOLOGIYASI TAHLILI 14

F.A. Sautova, N.N. Malikova. THE IMPORTANCE OF TELOMERES IN REGENERATIVE MEDICINE 15

Sh.D. Uchkunkhonova, N.N. Malikova. PSORIASIS UNDER ENVIRONMENTAL PRESSURE: EMERGING EVIDENCE ON CLIMATE-LINKED TRIGGERS AND PUBLIC-HEALTH VULNERABILITIES 15

А.Б. Рахматов, Н.Д. Икрамова. БАРИЦИТИНИБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 16

А.Б. Рахматов, Н.Д. Икрамова. БАРИЦИТИНИБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 17

А.Б. Рахматов, Н.А. Расулова. ВОПРОСЫ ОНИХОБАКТЕРИОЗА 17

А.Б. Рахматов, Д.Б. Абдуллаев. ДИСБИОЗ МИКРОБИОМЫ КОЖИ ПРИ ИХТИОЗЕ, ВЫЗВАННЫЙ ГЕНОТИПОМ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДОЙ 18

А.Б. Рахматов. ДРОЖЖЕВЫЕ ГРИБЫ РОДА MALASSEZIA В ЭТИОЛОГИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 19

А.Б. Рахматов, Н.Д. Икрамова, Х.И. Насимов. ЗНАЧЕНИЕ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА 19

А.Б. Рахматов, А.Д. Утаев. ЗНАЧЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ЦИНКА И МЕДИ В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКОЗОВ СТОП 20

А.Б. Рахматов, Х.И. Насимов, А.Р. Акрамов. К ВОПРОСУ О НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЕ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ 21

А.Б. Рахматов, А.Р. Акрамов, Х.А. Самадходжиева. МЕТОД ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРИХОФИТИЙ 22

А.Б. Рахматов, М.К. Халдарбеков. МЕТОДЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 23

А.Б. Рахматов, А.Р. Акрамов, Х.А. Самадходжиева. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ТРИХОФИТИЙ 23

А.Б. Рахматов, Ю.А. Алимухамедова. ОЦЕНКА УСТОЙЧИВОСТИ К ПРЕПАРАТУ DERMAGENIUS С ПОМОЩЬЮ ПЦР В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ БЫСТРОГО ВЫЯВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ К ТЕРБИНАФИНУ ВИДОВ TRICHOPHYTON 24

А.Б. Рахматов. ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМИБРУТИНИБА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ 25

А.Б. Рахматов, А.Р. Акромов. ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМОЙ ТРИХОФИТИИ 25

А.Б. Рахматов, Д.Б. Абдуллаев. СИНДРОМ КЕРАТИТ-ИХТИОЗ-ГЛУХОТА 26

А.Б. Рахматов, Д.Б. Абдуллаев. СЛУЧАЙ СИНДРОМА КОНРАДИ-ХЮНЕРМАНА-ХАПЛЕРА У ВЗРОСЛЫХ 26

А.Б. Рахматов, Ж.С. Медетова, Д.Б. Абдуллаев. СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПОПОВА 27

А.Б. Рахматов, Г.У. Жанабаева. СУПЕРОКСИДИСМУТАЗА В МОДУЛЯЦИИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 28

А.Б. Рахматов, А.Д. Утаев. ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВОГО СОСТАВА ГРИБОВ РОДА CANDIDA ПРИ ДРОЖЖЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ 29

А.Б. Рахматов. ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗОВ 29

А.И. Якубович, А.Ю. Чащин, Ю.С. Минулина. РОЛЬ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА В БОРЬБЕ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ 30

А.И. Якубович, Н.А. Шпакова, А.Ю. Чащин, Ю.Э. Галсанова. АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСОМ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ 31

А.Ш. Иноятов, А.Д. Умарова. АНГИОГЕНЕЗ ЖАРАЁНИ БИЛАН ҲУЖАЙРА ПРОЛИФЕРАЦИЯЛАНИШ КЎРСАТКИЧИ (KI-67)НИНГ БОҒЛИҚЛИГИ 32

А.Ш. Алиев, Б.И. Мухамедов, М.Н. Солметова, М.А. Пулатов. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭЛАСТОЗАМИ КОЖИ 33

А.Ш. Алиев, Б.И. Мухамедов, М.Н. Солметова, М.А. Пулатов. ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ 33

А.Ш. Иноятов, М.М. Джаббаров. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ 34

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. ИВЕРМЕКТИН В ЛЕЧЕНИИ ЧЕСОТКИ 34

Д.Х. Абдиева, М.С. Валиева, Н.И. Дырда. ОНИХОМИКОЗЫ У ДЕТЕЙ 35

М.И. Абдуллаев, Н.Н. Ахмедгалиева. ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Д3 У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ МИКОЗА СТОП НА РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ 36

К.А. Абдуллаходжаев, Ш.Ш. Хонходжаев. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЛИНЕЙНОГО IGA-БУЛЛЁЗНОГО ДЕРМАТОЗА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ 37

A.A. Abdurashidov, U.Y. Sabirov, N.A. Abduxamidova. EKZEMA KASALLIGIDA SITOKINLARNI HOLATI 37

А.А. Абдурашидов, С.Р. Мўминова, Н.А. Абдуҳамидова. КЕЛОИД ЧАНДИҚЛАРНИ ТУЗАТИШ УЧУН АБЛЯТИВ ВА НОАБЛЯТИВ ЛАЗЕРЛАРНИ БИРГАЛИКДА ҚЎЛЛАШ ТАЖРИБАСИ 38

В.А. Абишала, Х.Р. Халидова. ИММУНОБЛОТТИНГ В ИЗУЧЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ГУМОРАЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ 38

Х.Р. Халидова, В.А. Абишала. ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССОВ IGM И IGG ПРИ РАННЕМ СКРЫТОМ СИФИЛИСЕ 39

С.С. Агзамходжаева, О. Жалилов. СВЯЗЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА, ВИТАМИНА B12 И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ С ТЯЖЕСТЬЮ ПАПУЛОПУСТУЛЁЗНОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА 41

Б.С. Азизов, А.А. Маннанов. ЗНАЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 41

B.S. Azizov, I.B. Nurmatova, E. Omonov. THE ROLE OF HORMONAL IMBALANCE IN HAIR LOSS 42

B.S. Azizov, I.B. Nurmatova, E. Omonov. THE POTENTIAL OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MELANOMA DIAGNOSIS 43

Б.С. Азизов, И.Б. Нурматова, С.Т. Фозилова. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТОРОПАТИЧЕСКОГО ПСОРИАЗА 44

Ф.В. Азимова, Ш.Ш. Шарахмедов, Р.Р. Закиров, К.Ш. Курбанова. МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КЛЕТОЧНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИи 45

F.V. Azimova, K.Sh. Kurbanova. IMMUNOMODULATORY ROLE OF ADIPOSE-DERIVED STEM CELLS IN THE PATHOGENESIS OF ANDROGENETIC ALOPECIA: CLINICAL EVALUATION OF PROSTAGLANDIN E2 46

А.Р. Акромов, Х.А. Самадходжиева. ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРБИНАФИН-УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТРИХОФИТИЙ 47

А.Ш. Алиев, Н.А. Собитжонова. ОПТИМИЗАЦИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕЙРОДЕРМАТОЗОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ 47

С.С. Арифов, Н.Н. Маликова. АНАЛИЗ УРОВНЯ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ 48

С.С. Арифов, Н.Н. Маликова. РОЛЬ МАЛОНДИАЛЬДЕГИДА В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ 49

Б.И. Мухамедов, А.Ш. Алиев, Э.В. Колдарова, [1]Б.Б. Мухамедов. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СИЛЬНЫХ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА КОЖЕ ЛИЦА 49

Б.И. Мухамедов, А.Ш. Алиев, Э.В. Колдарова, Б.Б. Мухамедов. ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ КАК ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА 50

Б.И. Мухамедов, А.Ш. Алиев, Э.В. Колдарова, М.А. Пулатов. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИДРАДЕНИТА: РОЛЬ ГИБРИДНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЯНУС-КИНАЗ 50

Б.И. Мухамедов, Э.В. Колдарова, А.Ш. Алиев, М.А. Пулатов. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ JAK-ИНГИБИТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА 51

Б.И. Мухамедов, А.Ш. Алиев, М.А. Пулатов, Б.Б. Мухамедов. СТЕРОИДНОЕ АКНЕ У СПОРТСМЕНОВ 51

Б.И. Мухамедов, А.Ш. Алиев, Э.В. Колдарова, Б.Б. Мухамедов. ИНВЕРСИОННЫЙ ПСОРИАЗ 52

Р.Э. Бахшиллоева. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЗНИ ВИТИЛИГО С ТРИГГЕРАМИ TORCH ИНФЕКЦИЯМИ 52

О.А. Белых, М.М. Кохан. ОСОБЕННОСТИ СУБПОПУЛЯЦИЙ TNK- И NK-ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 53

М.С. Валиева, Д.Х. Абдиева, Н.И. Дырда. ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ (КР) 54

Ш. Валижонова, Ф.Б. Миродилова. ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ 55

Ю.Н. Грекова, Д.Ю. Захаров. ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНОСТИМУЛЯТОРА НА ОСНОВЕ ПОЛИ-L-МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ В ЭКСТРАФАЦИАЛЬНЫХ ЗОНАХ: ШЕИ И ДЕКОЛЬТЕ 56

Е.А. Бахлыкова, Н.Н. Филимонкова, С.Л. Матусевич, М.А. Бахлыков. ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА.....57

*Ж.А. Ризаев, О.С. Имамов, Г.Ш. Тохтаев*ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ПЎРСИЛДОҚ ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСЛАШДА ЎЗИГА ХОС ЖИХАТЛАРИ 58

А.Л. Житниковская, Ю.В. Кениксфест, Л.Ю. Насырова. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПСОРИАЗА У РЕБЕНКА НА ФОНЕ СЕМЕЙНОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ (СИНДРОМ ПОТОЦКИ–ЛУПСКИ У РОДСТВЕННИКОВ).....59

А.А. Сидиков, Г.Б. Пягай, Н.С. Ибрагимова, К.У. Ибрагимов. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПРЕССИИ БИОМАРКЕРОВ В ЭПИДЕРМИСЕ И В ДЕРМЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПСОРИАЗОМ..... 60

А.А. Сидиков, Г.Б. Пягай, Н.С. Ибрагимова, К.У. Ибрагимов. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПРЕССИИ БИОМАРКЕРОВ В ЭПИДЕРМИСЕ И В ДЕРМЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПСОРИАЗОМ.....60

Т.Б. Ибраева, А.Б. Жумиева. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.....61

К.Н. Хаитов, О.Ж. Курбонов. МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА И ИНГИБИТОРЫ ЯНУС-КИНАЗ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ 62

К.Н. Хаитов, О.Ж. Курбонов. СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ: ПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ 63

К.Н. Хаитов, О.Ж. Курбонов. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ 64

Ш.З. Мавлянова, Ю.Ш. Абдукадирова. КЛИНИКО-МИКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ.....64

Ш.З. Мавлянова, Х.М. Джафаров, М.М. Эшниязов, Ю.А. Алимухамедова. К ПОКАЗАТЕЛЯМ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ STAPHYLOCOCCUS SPP. У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТОМИТОМ И ИХТИОЗОМ 65

Ш.З. Мавлянова, И.А. Самарходжаева. ЗНАЧИМОСТЬ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ФИЛАГГРИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕРМАТОМИКОЗОВ У ДЕТЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ 66

Ш.З. Мавлянова, Е.В. Есионова. ВЫЯВЛЕНИЕ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С НЕКОТОРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ 67

Ш.З. Мавлянова, Х.М. Джафаров. НОВЫЕ ПОДХОДЫ К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 68

Ш.З. Мавлянова, А.И. Исмогилов, Д.Р. Хакимов, Ш.Н. Мирзакулова. СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АКТИВИЗИРОВАННЫХ КРЕМНИСТЫХ ВОД. 69

Ш.З. Мавлянова, У.А. Мирсаидова. ХАРАКТЕРИСТИКА КОМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....70

Ш.З. Мавлянова, Ю.Ш. Абдукадирова, А.А. Хамидуллаева . СОСТОЯНИЕ АУТОИММУННЫХ АНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ С ГНЕЗДНОЙ АЛЛОПЕЦИЕЙ.....71

А.А. Маннанов, Б.С. Азизов. ПРЕМОРБИДНЫЕ ФАКТОРЫ В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ.....71

А.М. Маннанов, Ф.А. Тураева. ДЕБЮТ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА.....72

Ш.З. Мавлянова, Ш.Н. Мирзакулова, Б.Х. Закиров. ПРОГРАММНАЯ ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА УЗБЕКИСТАНА....73

У.А. Мирсаидова. ДЕРМАТОПАТИИ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: СТРУКТУРА, ЧАСТОТА И МЕЖГРУППОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ....73

У.А. Мирсаидова, Ш.Ш. Хонходжаев. ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА....74

М.А. Мирсаидова, М.Т. Алишева. СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА....74

Ж.Б. Муллаханов, Ф.А. Оралов. АТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРПЕСА СИМПЛЕКС У ПАЦИЕНТОВ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА....75

Ж.Б. Муллаханов, Ф.А. Оралов. ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПО ДАННЫМ НАБЛЮДЕНИЙ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ....76

Ж.Б. Муллаханов, Б.Д. Хайитов. К СОСТОЯНИЮ С – РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ....77

Р.О. Назаров, С.Т. Байраммухаммедов, А.Б. Ташлиев. ФОТОТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА ДЛИННОВОЛНОВЫМ УЛЬТРАФИОЛЕТОМ....78

Х.И. Насимов, А.Б. Рахматов. ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ МЕТОДОМ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОМЕТРИИ....79

И.Б. Нурматова, Н.И. Фармонова. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ....79

И.Б. Нурматова, Г.К. Садиева. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО: ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСИМЕРНОГО ЛАЗЕРА И РУКСОЛИТИНИБА И ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ....80

О.С. Имамов, Ж.А. Ризаев, Г.Ш. Тохтаев. ПРИЧИНЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ, ПОРАЖАЮЩЕЙ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА....81

О.С. Имамов, Ж.А. Ризаев, Г.Ш. Тохтаев. АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ, НАЧАВШЕЙСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА....82

Н.В. Полякова, Н.В. Зильберберг, Т.А. Сырнева, Н.К. Левчик. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННЫХ И ВРОЖДЕННЫМ СИФИЛИСОМ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ....83

Д.Ф. Порсохонова, М.Л. Росстальная. РАЗНООБРАЗИЕ ПУТЕЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ПОЯВЛЕНИЯ И РЕЦИДИВОВ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ГЕНИТАЛИЙ....85

Д.Ф. Порсохонова, С.Н. Рахматуллаева. ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА И ПАРИТЕТА ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ....86

Д.Ф. Порсохонова, С.Н. Рахматуллаева. ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ДИСТОРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ....87

Д.Ф. Порсохонова, Н.Н. Илесова. ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛАЕНСА В МЕНЕДЖМЕНТЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ....88

Г.Б. Пягай, Н.С. Ибрагимова. СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ....89

О.Г. Пягай, А.А. Сыдиков, Ш.Х. Ахадова. СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ СТЕРОИДНОГО ДЕРМАТИТА....90

Р.С. Хикматов, А.Б. Рахматов. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗООНОЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 90

Р.Р. Рахматжонова, А.В. Мун, Т.Б. Ирмухамедов. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ТЕЧЕНИЕ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 91

А.Б. Рахматов, Ж.Р. Хашимов. ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ 92

Ж.А. Ризаев, О.С. Имамов, Г.Ш. Тохтаев. РОЛЬ СТОМАТОЛОГА В ВЫЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПУЗЫРЧАТКИ 92

У.Ю. Сабиров, Ф.В. Азимова, Ш.Ш. Шарахмедов. СИГНАЛЬНЫЕ ПУТИ В РИТМЕ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 93

У.Ю. Сабиров, Е.В. Календарёва. ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ АКНЕ 95

У.Ю. Сабиров, Е.В. Календарёва, М.М. Мирзаева, Н.Б. Ходжаева. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДВУХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ, ПРОЛЕЧЕННЫХ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ И С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА 95

У.Ю. Сабиров, Е.В. Календарёва. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ ИМПУЛЬСНЫМ PDL-ЛАЗЕРОМ, ТУЛИЕВЫМ ЛАЗЕРОМ И ТОПИЧЕСКИМИ РЕТИНОИДАМИ. 96

У.Ю. Сабиров, Ш.З. Мавлянова, Ш.Ш. Хонходжаев, К.А. Абдуллаходжаев. КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ЦИФРОВОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ 96

У.Ю. Сабиров, Г.А. Султанходжаева, М.Р. Махсудов, Ш.Н. Кадирбергенова. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С АЛОПЕЦИЕЙ 97

Н.Б. Ходжаева, У.Ю. Сабиров, И.И. Назарова, С.С. Саидвалиева. СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА ПРИ МЕЛАЗМЕ 98

Н.Б. Ходжаева, У.Ю. Сабиров, И.И. Назарова, С.С. Саидвалиева. СТРЕСС-ГОРМОН В ФОРМИРОВАНИИ МЕЛАЗМЫ 98

Н.С. Саипова, Н.М. Ашрапходжаева. НОВОЕ В ВИДОВОМ СОСТАВЕ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ. 99

Н.С. Саипова, Х.О. Мирхамидова. СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ТЕЧЕНИИ РАССЕКАЮЩЕГО ЦЕЛЛЮЛИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ 99

У.А. Ташкенбаева, М.Р. Казакова. О ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ 100

У.А. Ташкенбаева, М.Р. Казакова. ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ 101

У.А. Ташкенбаева, М.Р. Казакова. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ 101

А.А. Толыбекова, Л.К. Амрина, В.В. Макарова. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПУЗЫРНЫХ ДЕРМАТОЗОВ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ 102

Ф.А. Тураева, А.М. Маннанов. ВЛИЯНИЕ СЕЗОННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА 103

У.А. Ташкенбаева, Г.Ш. Тохтаев, М.А. Сафарова. КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА 104

У.А. Ташкенбаева, Х.Х. Сафаров. КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С ПОМОЩЬЮ УЗКОПОЛОСНОГО UVB-ЛАЗЕРА 105

У.Ю. Сабиров, Г.Б. Койлыбаева. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ПУЗЫРЧАТКИ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ И СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ 105

У.Ю.Сабиров, М.З. Назарова. МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОТОСТАРЕНИЕ КОЖИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ 106

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, С.С. Саидвалиева, И.И. Назарова. КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОИГОЛЬЧАТОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ЛИФТИНГА ПРИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ КОЖИ 106

У.Ю. Сабиров, Н.Б. Ходжаева, С.С. Саидвалиева, И.И. Назарова. ЭКЗОСОМЫ И ФРАКЦИОННЫЙ ЛАЗЕР В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТАРЕНИЯ КОЖИ 107

У.Ю. Сабиров, Н.Д. Абдуллаев. ВУЛЬГАР ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИДА ЙОД-БРОМ ВАННАЛАРИНИНГ ТЕРИ МИКРОБИОТАСИГА ТАСИРИ 108

У.Ю. Сабиров, Н.Д. Абдуллаев. ВУЛЬГАР ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ АНАЛИЗИ 109

Д.Д. Умурзакова. АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ЭСТЕТИЧЕСКИХ НЕДОСТАТКОВ КОЖИ: «РОЗАЦЕА И СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ» 109

Ф.Б. Миродилова, Г.А. Исмаилова. ЗНАЧИМОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 В ТЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ 110

Е.А. Бахлыкова, Н.Н. Филимонкова, С.Л. Матусевич, М.А. Бахлыков. ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА 111

Д.Р. Хакимов. К ОЦЕНКЕ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ И АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ГЕНА COMT G/A 116790 У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 112

Ф.Ш. Хамидов, Ж.Б. Муллаханов, М.З. Хамидов. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛУКАЗОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ 113

Ф.Ш. Хамидов. ГЕНИТАЛ ГЕРПЕСНИ ДАВОЛАШДА КЛИНИК ИНДЕКСЛАРНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИ 114

Ф.Ш. Хамидов. ЛЕЧЕНИЕ ВИТИЛИГО ЭМУЛЬСИЕЙ ЕРТА VTLG 114

Ф.Ш. Хамидов. ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ТАЛАБАЛАРИНИНГ БИЛИМИНИ ЗАМОНАВИЙ БАҲОЛАШДА АССЕСМЕНТ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ 115

У.Ю. Сабиров, Ш.Ш. Хонходжаев. АТОПИК ДЕРМАТИТ: ИММУНОПАТОГЕНЕЗ, МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ВА ЗАМОНАВИЙ ТЕРАПЕВТИК СТРАТЕГИЯЛАР 116

Г.У. Жанабаева[1], З.И. Ахмеджанова[2], Е.А. Орынбаев[1], Ж.О. Пархатов. СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЕ 117

Э.Х. Эшбоев., А.Т. Тоғаев., Ф.С. Қаландарова. ҚЎТИР КАСАЛЛИГИГА ТАШХИС ҚЎЙИШНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАМОЙИЛЛАРИ 118

Э.Х. Эшбоев., А.Т. Тоғаев., Ф.С. Қаландарова. ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ТАМОЙИЛЛАРИ 119

Э.Х. Эшбоев., Ф.С. Қаландарова. ҚЎТИР КАСАЛЛИГИДА ТЕРИДА ТОШМА ЭЛЕМЕНТЛАРИНИНГ ЖОЙЛАШИШ ТАРТИБИ 119

Э.Х. Эшбоев., Ф.С. Қаландарова. ҚЎТИРГА ТАШХИС ҚЎЙИШДА МОРФОЛОГИК ТОШМА ЭЛЕМЕНТЛАРИНИ БИЛИШНИНГ АҲАМИЯТИ 120

Э.Х. Эшбоев, М.Р. Махсудов, Ш.Н. Кадирбергенова. СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ 121

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, Ш.Х. Ахадова. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА В УЗБЕКИСТАНЕ В 2019–2024 гг. 121

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, Ш.Х. Ахадова. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНОГО УРЕОПЛАЗМОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ В 2019–2024 гг. 122

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, Ш.Х. Ахадова. РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ В 2019–2024 гг. 122

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, Ш.Х. Ахадова. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В 2019–2024 гг. 123

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, Ш.Х. Ахадова. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В 2019–2024 гг. 123

К.А. Юлдашев, У.Ю. Сабиров, К.К. Юлдашев, Ш.Х. Ахадова, З.С. Юнусова. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЧЕСОТКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В 2019–2024 гг. 124

ЮБИЛЕЙ

К 80-летию со дня рождения, Шадиева Хакима Каюмовича 125

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ВАКЦИНАЦИИ ПРОТИВ ВПЧ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ: ОБЗОР СОВРЕМЕННЫХ ДАННЫХ

М.И. АДИЛЬГЕРЕЕВА

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент

Вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ) признана ключевым инструментом профилактики ВПЧ-ассоциированных заболеваний, включая рак шейки матки, аногенитальные карциномы и бородавки. Вакцины, такие как *Gardasil* и *Cervarix*, демонстрируют высокую эффективность в предотвращении инфекций, вызванных онкогенными штаммами ВПЧ (6, 11, 16, 18). Исследования показывают, что иммунизация в возрасте 9–14 лет обеспечивает оптимальный иммунный ответ и долговременную защиту (Kjaer et al., 2020). Мета-анализ данных из 65 стран выявил снижение заболеваемости ВПЧ-ассоциированными предраковыми состояниями на 85–90 % среди вакцинированных подростков (Drolet et al., 2019). В Австралии, где охват вакцинацией превышает 80 %, заболеваемость раком шейки матки снизилась на 50 % за десятилетие (Hall et al., 2021).

Безопасность вакцин подтверждена многочисленными исследованиями. Побочные эффекты, такие как боль в месте инъекции или легкая лихорадка, встречаются у 10–20 % вакцинированных, тогда как серьезные нежелательные явления, включая анафилаксию, регистрируются менее чем в 0,01 % случаев (Phillips et al., 2023). Долгосрочные наблюдения не выявили связи вакцинации с неврологическими или аутоиммунными расстройствами (Arbyn et al., 2020). Программы массовой вакцинации, внедренные в странах с высоким охватом, таких как Швеция и Канада, привели к значительному снижению заболеваемости ВПЧ-ассоциированными патологиями без увеличения числа осложнений (Lehtinen et al., 2022).

Экономическая эффективность вакцинации также доказана: снижение затрат на лечение ВПЧ-ассоциированных заболеваний компенсирует расходы на программы иммунизации (Chesson et al., 2021). Таким образом, вакцинация против ВПЧ у детей и подростков является безопасной, высокоэффективной и экономически оправданной мерой, рекомендованной для глобального внедрения в системы здравоохранения.

OIV INFEKTSIYASI BILAN KASALLANGAN BOLALARDA ARVT NING OG‘IZ BO‘SHLIG‘I ZAMBURUG‘ KASALLIKLARIGA IJOBIY TA’SIRI

SH.T. AYUPOVA, N.M. AYUBOVA

Toshkent davlat tibbiyot universiteti;
Dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasi

OIV infektsiyasiga uchragan bolalar turli kasalliklar ichida, dunyo bo‘ylab dolzarb muammo bo‘lib kelmoqda. OIV bilan kasallanganlar soni dunyo bo‘ylab taxminan 39 mln. kishini tashkil etadi. Ulardan 1,5 millionini 0–14 yoshli bolalar tashkil qiladi. (UNAIDS/VOZ 2023).

O‘zbekistonda so‘ngi yillarda OIV infektsiyasi onadan bolaga o‘tishini profilaktikasi muvaffaqiyatlar tufayli yaqqol o‘zgarishlarga duch kelmoqda. Buning natijasida bolalarda OIV-infektsiyasini tashxislash va davolashda ijobiy o‘zgarishlarga erishilmoqda. Antiretrovirus terapiya (ARVT) OIV (Odamning immunitet tanqisligi virusi) bilan yashayotgan odamlar, shu jumladan bolalar uchun asosiy davolash usulidir. ARVT OIV virusini nazorat qilish va immunitet tizimini mustahkamlash uchun ishlatiladi. Biroq, ARVTning ayrim yon ta’sirlari ko‘plab mavjud bo‘lib, ulardan biri og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘ kasalliklari klinikasidir.

Maqsad: ARVT qabul qilgan va qabul qilmagan bolalarda og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘ kasalliklarining klinikasini o‘rganish.

Material va uslublar: Mazkur tekshirishda 2024-yil fevral oyidan, 2024-yil iyun oyigacha bo‘lgan muddat davomida, Shaxar OITS ga qarshi kurashish markazida ambulator sharoitida davolanayotgan 38 nafar 18 yoshgacha bo‘lgan bemor bolalarda taxlil olib borildi. Bemor bolalarning ARVT olishdan avvalgi taxlil natijalariga ko‘ra 20 nafar (53 %) bolalarda og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘ kasalliklari bilan zararlanganligi klinikasi kuzatildi. Bu esa o‘rtacha ko‘rsatkichni tashkil etdi.

Natija va taxlillar: Tekshirish davomida, OIV bilan kasallangan bemorlar o‘tkazgan davo muolajalariga ko‘ra, 2 guruxga ajratildi. 1-gurux (23 nafar) bola 2NIOT+NNIOT sxemasi bo‘yicha davolandi. 2-gurux (15 nafar) bola NNIOT+NIOT+IP sxemasi bo‘yicha davolandi. Har bir guruhdagi bolalarda og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘ kasalliklari kuzatildi va natijalar quyidagicha: Birinchi guruhda 23 boladan 23 tasida (100 %) og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘i kuzatildi. Ikkinchi guruhda 15 boladan 15 tasida (100 %) og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘i kalalligi kuzatilmadi.

Xulosa: Tadqiqot natijalariga ko‘ra, ARVTning 2NIOT + NNIOT sxemasi bo‘yicha davolangan bolalarda og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘i kalalligi kuzatilgan. Bu davolash sxemasi og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘i kalalligiga olib kelgan bo‘lishi mumkin. Boshqa tomondan, NNIOT + NIOT + IP sxemasi bo‘yicha davolangan bolalarda og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘i kalalligi kuzatilmagan, bu esa bu davolash sxemasi og‘iz bo‘shlig‘i zamburug‘i kalalligini kamaytirishga yordam berishini ko‘rsatadi.

CLINICAL CASE OF MEN SYNDROME IN A CHILD AND EARLY IDENTIFICATION OF AT-RISK INDIVIDUALS

A.V. MUN, K.K. KUDDUSOVA

Tashkent national medical university, Tashkent

Abstract. Multiple endocrine neoplasia type 2B (MEN2B) is a rare autosomal dominant disorder characterized by medullary thyroid carcinoma (MTC), pheochromocytoma, mucosal neuromas, and marfanoid habitus. The condition is most frequently caused by the RET proto-oncogene mutation p.M918T, which leads to constitFutive activation of intracellular signaling pathways and aggressive tumor development. MTC in MEN2B typically occurs in early childhood, often with rapid progression and early lymph node metastasis, making timely diagnosis and management essential.

Case report. We present the case of a 6-year-old boy who was referred for evaluation of mucocutaneous lesions. Clinical examination revealed multiple nodular papules on the tip of the tongue and palpebral mucosa, lip hypertrophy, and dental anomalies including anterior protrusion of incisors. The tongue appeared enlarged, though no functional impairment was observed. Ophthalmological assessment demonstrated mild ectropion with meibomian gland hyperplasia. Family history was negative for endocrine or oncological diseases, suggesting a possible de novo variant.

Histopathological examination of an excised lingual lesion revealed disorganized bundles of tortuous nerve fibers with thickened perineurium, consistent with mucosal neuromas. Biochemical parameters, including serum calcitonin and catecholamines, were within normal limits, effectively excluding pheochromocytoma at the time of assessment. Genetic testing by Sanger sequencing identified the heterozygous RET c.2753T <> C (p.M918T) mutation, confirming MEN2B.

Conclusion. This case emphasizes the importance of early recognition of mucosal neuromas and marfanoid features, which can serve as initial clinical indicators of MEN2B, preceding endocrine manifestations. Genetic confirmation is crucial for risk stratification and management. Prophylactic total thyroidectomy in mutation-positive children, ideally before clinical onset of MTC, remains the cornerstone of preventing disease-related morbidity and mortality.

INVERSE CORRELATION BETWEEN ATMOSPHERIC HUMIDITY AND ONLINE PUBLIC INTEREST IN ECZEMA: AN INFODEMIOLOGY STUDY FROM UZBEKISTAN

F. OMONOVA, N. MALIKOVA

Central asian university, school of medicine

Background: Atopic dermatitis (eczema) is a chronic skin condition whose flare-ups are frequently linked to environmental triggers. Uzbekistan’s continental climate, characterized by low humidity, presents a potential risk factor for its population. This study utilizes digital surveillance tools to investigate the relationship between climatic factors and public health interest in eczema.

Methods: A retrospective infodemiology study was conducted using data from May 2022 to August 2025. Monthly average relative humidity data for Uzbekistan was sourced from Nomad Season. Public interest in eczema was measured using the relative search volume index for the term «экзема» (eczema) in Uzbekistan, obtained from Google Trends. The average search popularity and average humidity were calculated for each calendar month across the study period. A Pearson correlation analysis was performed to evaluate the relationship between these two variables.

Results: The analysis revealed a statistically significant moderate negative correlation between average monthly humidity and search popularity for eczema ($r = -0{,}575$, $p = 0{,}00025$). This inverse relationship is clearly demonstrated by the aggregated monthly data: search popularity was lowest in high-humidity months (January: 38,6, humidity: 72 %; December: 38,9, humidity: 76 %) and climbed as humidity dropped, reaching its peak during the arid summer months (June: 64,4,

humidity: 37 %; August: 60,5, humidity: 26 %). The full annual pattern of search popularity (January-December) was: 38,6, 55,4, 53,8, 54,2, 57,6, 64,4, 55,6, 60,5, 50,8, 47,3, 54,4, 38,9. This strong inverse relationship indicates that as humidity levels decrease, online information-seeking behavior for eczema consistently increases.

Conclusion: The findings demonstrate a clear seasonal pattern where periods of low atmospheric humidity are strongly associated with heightened public concern regarding eczema symptoms in Uzbekistan. This suggests that humidity is a key climatic driver of eczema-related burden in the region. This study highlights the value of internet search data as a real-time, cost-effective tool for public health surveillance and for understanding the environmental determinants of dermatological conditions.

THE IMPORTANCE OF CONDUCTING MICROBIOLOGICAL STUDIES AND GENOTYPING IN PATIENTS WITH PERIPHOLLICULITIS OF THE SCALP

SH.Z. MAVLYANOVA, SH.F. SADIYEV

Republican specialized scientific and practical medical center of dermatovenereology and Cosmetology

Peripholliculitis of the scalp, abscessing and swollen, also known as dissecting scalp cellullitis (DCS) or Hoffman's disease, is a chronic inflammatory condition of the scalp characterised by by abscesses, fluctuating, interconnected nodules, nodules, fistulas, and scarring alopecia. On the basis of literature review, the article describes rare dermotosis – abscessed disruptive folliculitis, Hoffman's perifolliculitis and follicular occlusion syndrome.

Materials and methods. Microbiological research methods – cultural studies. Molecular-genetic – examination of staphylococcal genotypes.

Results and discussion. In our studies, the results of microbiological studies of the surface of the inflamed skin in 20 patients with this disease showed that St. aureus – 65 % (13), St. Epidermidis – 15,0 % (3), St. Haemolyticus – 15,0 % (2) and St. Saprophyticus was also detected in 2,0 % (1).

Along with this, during PCR genotyping of isolated pathogenic microorganisms, Staphylococcus spp. MRSA (13,3 %), MSSA in 2 patients, and MRCoNS (2,2 %) in 1 patient were identified.

Conclusion. The clinical course of Goffman's folliculitis in patients with identified staphylococcus aureus genotypes was characterized by persistence, chronization, resistance to the antibacterial and anti-inflammatory therapy. All patients had frequent relapses of 4–5 times a year, which contributed to a decrease in the quality of life.

TERI LEYSHMANIOZI SURXONDARYO VILOYATI EPIDEMIOLOGIYASI TAHLILI

N.S. SAIPOVA, S.SH. BOYQOBILOV

Toshkent davlat tibbiyot universiteti;
Termiz iqtisodiyot va servis universiteti

Teri leyshmaniozi (TL) – Leishmania parazitlari bilan chaqiriladigan, urg'ochi phlebotomus qum-chivinlari orqali yuqadigan tropik kasallikdir. Kasallik ko'plab rivojlanayotgan davlatlarda keng tarqalib, nafaqat sog'liqni, balki ijtimoiy-iqtisodiy barqarorlikni ham izdan chiqaradi. TL natijasida yuz terisida chandiqlar, nogironlik va stigmatizatsiya kuzatiladi TL epidemiologiyasidagi asosiy tendensiyalarni aniqlash, xavf omillarini baholash va profilaktika yo'nalishlari bo'yicha tavsiyalar ishlab chiqishdir.

O'zbekiston TL va VL uchun endemik hudud hisoblanadi. WHOning 2016-yilgi profilida yillik o'rtacha 700 dan ortiq TL holati qayd etilgan. 2011–2021-yillarda respublika bo'yicha jami 6276 nafar bemor ro'yxatga olingan. Ularning 31 % ini bolalar, 69 % ini kattalar tashkil etgan. Kasallanish ko'proq janubiy viloyatlarda – Surxondaryo, Qashqadaryo va Samarqandda qayd etilgan. Mavsumiylik xususiyatlariga ko'ra, kasallanish avgust oyidan boshlab ko'tarilib, oktyabr–noyabr oylarida cho'qqiga chiqadi. Dekabrda ham sezilarli foiz (10–23 %) saqlanadi. Kasallanish mehnat faoliyati bilan bog'liq guruhlarda yuqori: ishchilar (26 %), uy bekalari (19 %), o'quvchi-talabalar (17 %). Bu faktor TL'ning ijtimoiy-epidemiologik kasallik ekanini ko'rsatadi.

Surxondaryo viloyati O'zbekistonda TL epidemiologiyasi bo'yicha eng muhim hududlardan biridir. 2011-yilda viloyatda kasallanish intensiv ko'rsatkichi 100 ming aholiga 4,0 ni tashkil etgan bo'lsa, 2021-yilda bu ko'rsatkich 13,3 ga yetgan. O'rtacha 10 yillik ko'rsatkich 7,1 bo'lib, bu respublika darajasidan 5,5 baravar yuqori. Hududiy taqsimotda eng ko'p bemorlar Termiz shahri (1 138 holat) va Termiz tumani (357 holat)

da qayd etilgan. Angor, Jarqo‘rg‘on, Denov tumanlari ham endemik zonalardir [3]. Jins va yosh bo‘yicha taqsimot: erkaklar – 53 %, ayollar – 47 %. Kattalar (78 %) bolalarga (22 %) nisbatan 3,5 baravar ko‘p kasallangan. Bu mehnat faoliyati, dala ishlari va tashqi sharoitlarda yuqori ekspozitsiya bilan bog‘liq. Entomologik kuzatuvlarga ko‘ra, Surxondaryo viloyatida Phlebotomus jinsiga mansub qum-chivinlarning bir necha turlari aniqlangan. 2024-yildagi tadqiqotlarda 50 yil avvalgi ma’lumotlar bilan taqqoslanganda, vektorlarning tur tarkibi deyarli saqlanib qolgan, bu esa viloyatda TL endemikligining davomiyligini asoslaydi.

THE IMPORTANCE OF TELOMERES IN REGENERATIVE MEDICINE

F.A. SAUTOVA, N.N. MALIKOVA

Central Asian University

Background: Regenerative medicine and cellular technologies represent a rapidly advancing field in dermatology and aesthetic medicine. By utilizing stem cells, growth factors, exosomes, and bioengineered scaffolds, these approaches aim to repair damaged tissues, restore skin integrity, and delay the effects of aging.

Objectives: This abstract highlights current applications of regenerative and cell-based therapies, with a particular focus on the emerging role of telomere biology in skin health and rejuvenation.

Methods: Recent studies on mesenchymal stem cell (MSC) therapy, platelet-rich plasma (PRP), exosome-based treatments, and biomaterials were reviewed. Special attention was given to research linking telomere length and telomerase activity with regenerative potential in dermatology.

Results: Regenerative strategies have demonstrated efficacy in wound healing, scar remodeling, hair restoration, and skin rejuvenation. Exosomes derived from MSCs show strong anti-inflammatory and pro-regenerative effects, while PRP enhances dermal repair and revitalization. Importantly, telomeres–protective caps at the ends of chromosomes–play a critical role in cellular aging and replicative capacity. Shortened telomeres limit tissue regeneration, while telomerase activation has been associated with enhanced stem cell viability and prolonged regenerative function. Integrating telomere-targeted interventions with established cellular therapies offers a promising pathway for advancing anti-aging and reparative treatments.

Conclusion: Regenerative medicine and cellular technologies, supported by insights into telomere biology, are transforming dermatology and aesthetic medicine. Continued interdisciplinary research is essential to optimize protocols, ensure safety, and translate these innovations into effective, patient-centered clinical solutions.

PSORIASIS UNDER ENVIRONMENTAL PRESSURE: EMERGING EVIDENCE ON CLIMATE-LINKED TRIGGERS AND PUBLIC-HEALTH VULNERABILITIES

SH.D. UCHKUNKHONOVA, N.N. MALIKOVA

Central Asian University

Background. Psoriasis is a chronic immune-mediated skin disorder whose activity is shaped by both genetic and environmental factors. With accelerating climate instability, new stressors-ranging from particulate air pollution to heat waves-may influence disease onset and severity, yet their cumulative public-health impact is underexplored.

Aim. To review and synthesize current data on how climate-related environmental exposures act as triggers or modifiers of psoriasis, with emphasis on at-risk populations.

Methods. A narrative review of peer-reviewed publications from 2018–2024 was performed using PubMed, WHO climate-health resources, and open-access dermatology journals. Search terms included «psoriasis», «environmental exposure», «air pollution», «temperature extremes», and «climate variability». Both mechanistic and epidemiological findings were evaluated.

Findings. Rising levels of fine particulate matter and ground-level ozone have been linked to oxidative stress and immune dysregulation in psoriatic skin. Episodes of high ambient temperature and low humidity correlate with increased flare frequency and reduced treatment response. Climate-related psychosocial stress appears to further potentiate disease activity through neuroimmune pathways. Children, the elderly, and urban residents emerge as particularly vulnerable groups.

Conclusion. Growing evidence supports a connection between climate-linked environmental stressors and psoriasis outcomes. Dermatologists

and public-health authorities should integrate environmental risk screening into clinical care, develop patient education on protective behaviors, and advocate for cleaner air and climate-adaptive health policies to reduce disease burden.

БАРИЦИТИНИБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

А.Б. РАХМАТОВ, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Атопический дерматит (АД) является распространенным хроническим иммуновоспалительным заболеванием кожи с рецидивирующим течением. Иммунологические нарушения при АД обусловлены дефектами в системах врожденного и адаптированного иммунного ответа. Основной патологический путь при АД основан на активации Th2-воспалительного процесса. Хотя известно, что цитокины, активируемые Th1, Th17 и Th22, также участвуют в процессе воспаления при АД. Таким образом, острая фаза АД в основном вызвана активацией лимфоцитов Th2, Th17 и Th22. В поддержании хронического течения заболевания основным компонентом являются лимфоциты Th1. Активация пути лимфоцитов Th1 связана с активацией интерферона (IFN) гамма и интерлейкина-12, которые способствуют поддержанию воспаления в хронической фазе и способствуют процессу апоптоза кератиноцитов. Реализация Т-хелперного иммунного ответа осуществляется за счет преобразования сигналов посредством Янус-киназ (JAK), которая представляет собой семейство рецептор-ассоциированных киназ. JAK коллективно участвует в передаче сигнала более 50 цитокинов и факторов роста. Передача сигналом нескольких цитокинов, которые имеют патофизиологическое значение при АД, также опосредуются через JAK-ассоциированные рецепторы, что делает JAK потенциальными терапевтическими мишенями.

Цель исследования. Оценка терапевтической эффективности барицитиниба у больных атопическим дерматитом.

Под нашим наблюдением находилось 22 больных атопическим дерматитом (мужчин – 8, женщин – 14) в возрасте от 18 до 28 лет. Практически у всех пациентов заболевание дебютировалось в 3–5 месячном возрасте. На момент проведения исследования кожно-патологический процесс характеризовался распространенными эритематозно-сквамозными элементами, сопровождающиеся интенсивным зудом кожи.

В лечении больных АД нами был применен барицитиниб (препарат «БАРИСТАН», 4мг), который является селективным и обратимым ингибитором Янус-киназы 1 и 2 и рекомендован для лечения среднетяжелого и тяжелого АД у взрослых. Механизм действия барицитиниба основан на обратимом селективном ингибировании АТФ-связывающего кармана JAK1 и JAK2, частично ингибируя ферментную активность JAK1 и JAK2, снижая, таким образом, фосфорилирование и активацию белков STAT в следующих звеньях сигнального пути.

Преимуществом терапии барицитинибом являются удобный пероральный способ приема и быстрое начало действия, включая облегчение зуда и болезненности, улучшение качества сна и жизни. Кроме того, барицитиниб является альтернативой другим системным препаратам (кортикостероиды) для лечения среднетяжелого и тяжелого АД в случае потери эффективности или непереносимости лечения.

Барицитиниб назначали в суточной дозе 4 мг в течение одного месяца. Индекс SCORAD до лечения в среднем составлял: 29,5 ± 3,2 баллов. Через 1 неделю после начала лечения количество высыпаний значительно сокращалось, уменьшалась инфильтрация и эритема. К концу терапии кожно-патологический процесс практически регрессировал и индекс SCORAD составлял в среднем 5,9 ± 0,5 баллов ($p < 0,01$).

Заболевание перешло в стадию ремиссии. Отмечалась хорошая переносимость терапии барицитинибом, нежелательных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и дыхательной систем не отмечалось. Лабораторный контроль не показал каких-либо отклонений.

Таким образом, представленные данные демонстрируют высокую эффективность препарата барицитиниба в терапии больных АД, причем за 1 месяц терапии достигнут быстрый результат в отношении снижении индекса SCORAD. Лечение барицитинибом привело к быстрому и стабильному положительному результату, пациенты отмечали уменьшение субъективных ощущений и болезненности уже на первой недели лечения, что значительно улучшает качество жизни пациента. При выборе препарата для терапии АД у взрослых пациентов важным моментом является профиль безопасности и возможность назначать его пациентам с сопутствующими заболеваниями без риска тяжелых осложнений.

БАРИЦИТИНИБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

А.Б. РАХМАТОВ, Н.Д. ИКРАМОВА

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

Проблема лечения больных витилиго заставляет продолжать исследования патогенетических механизмов развития данного дерматоза, особенно медиаторов воспаления, блокировка которых способна защищать меланоциты от разрушения. Ингибиторы Янус-киназы (JAK) способны блокировать сигнальный путь интерферона-Y и связывать хемокины, которые опосредуют разрушение меланоцитов, что и было основанием для разработки метода терапии больных витилиго.

Целью настоящего исследования являлось оценка терапевтической эффективности барицитиниба у больных витилиго.

Под нашим наблюдением находилось 26 больных (мужчин-16, женщин-10) в возрасте от 20 до 40 лет и давностью заболевания от 3 месяцев и более 10 лет. У всех больных был выставлен диагноз: Витилиго, вульгарная форма. В зависимости от метода терапии больные были распределены на II группы: I группа (12 больных) получала стандартное лечение; II группа (14 больных) – принимала барицитиниб (препарат БАРИСТАН) в суточной дозе 4 мг в течение 1 месяца.

Перед началом применения барицитиниба больным было проведено обследование на туберкулёз, гепатиты В и С, анализы на абсолютное число лимфоцитов, абсолютное число нейтрофилов, уровень гемоглобина и печеночных трансаминаз (АЛТ, АСТ). Противопоказаний для начала лечения выявлено не было.

Терапевтическая эффективность оценивалась после двух месяцев лечения, как у больных первой, так и второй группы пациентов. Положительный терапевтический эффект после одного месяца лечения был достигнут у 7 из 12 (58,3 %) больных первой группы и у 10 из 14 (71,5 %) – второй. Следовательно, барицитиниб оказывает более выраженный терапевтический эффект, обусловленный патогенетическим воздействием на важную JAK-систему, участвующей в процессах меланогенеза.

Таким образом, практической дерматологии предлагается эффективный и безопасный метод лечения больных витилиго, отличающийся высокой комплаентностью, что позволяет использовать его в амбулаторных условиях. Внедрение новых технологий в лечении больных витилиго позволяет успешно решать проблему терапии данного дерматоза, при этом препарат показал благоприятный профиль безопасности и удовлетворительную переносимость.

ВОПРОСЫ ОНИХОБАКТЕРИОЗА

А.Б. РАХМАТОВ, Н.А. РАСУЛОВА

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

Известно свыше 30 нозологических форм заболеваний так или иначе связанных с дистрофическими изменениями ногтевых пластинок. Примерно в половине случаев эти изменения обусловлены поражением ногтей грибами. Факторы риска развития онихомикозов известны – это травмы, сахарный диабет, гормональная терапия и т.д. Вторую половину случаев составляют так называемые идиопатические формы ногтевых дистрофий, которые развиваются на фоне основного заболевания – псориаза, атопического дерматита и др. В особую группу можно выделить заболевания ногтей, связанные с бактериями рода Pseudomonas – при этом пораженные ногтевые пластинки приобретают характерный зеленый или черный цвет.

Цель исследования. Поиск и характеристика микроорганизмов в ногтевых пластинках здоровых людей, а также пациентов с визуальным диагнозом «онихомикоз» и с идиопатическими дистрофиями. Образцы ногтей были получены от 46 пациентов в возрасте от 10 до 45 лет с клинически измененными ногтями. У 24 пациентов поражения ногтей носили идиопатический характер – из них 20 больных страдали псориазом, 2 – атопическим дерматитом, 2 – себорейным дерматитом. Остальные 22 человек – это люди без каких-либо иных проявлений патологии кожи. Контрольная группа состояла из 5 клинически здоровых людей. Образцы ногтей – срезы с дистальной части пластинки отмывали раствором этилового спирта, затем разжижали в растворе щелочи с диметилсульфоксидом в течение нескольких часов. Полученный лизат сразу микроскопировали и результаты регистрировали с помощью цифровой фотокамеры. Если микроско-

пировать ногтевую пластинку на разных стадиях щелочного лизиса, то можно уловить момент, когда кератиноциты уже достаточно набухнут, чтобы их было видно, но еще не лизируются и сохраняют исходную структуру. Процесс заселения матрикса ногтевой пластинки бактериями можно описать следующим образом. На первой стадии кератиноциты плотно прилегают друг к другу; на второй – бактерии наблюдаются в небольших зазорах между кератиноцитами; на третьей – бактерии проникают в прилегающие к зазорам кератиноциты; на четвертой стадии кератиноциты заполняются бактериями, которые лизируют их стенки, образуя сплошную бактериальную массу. Первую и вторую стадии бактерионосительства наблюдали у всех здоровых людей, т.е. эти бактерии являются представителями нормальной микрофлоры. Третья и четвертная стадии процесса характерны для людей с визуальными признаками ониходистрофии. Именно эти стадии можно расценивать как онихобактериоз.

У всех пациентов при микроскопировании материала пораженных ногтевых пластинок внутри кератиноцитов и между ними были обнаружены микроорганизмы: у 17,5 % пациентов только грибковые клетки (бактерии как в здоровых ногтях); у 22,8 % – только бактериальные; у 59,7 % выявлены смешанные грибковые и бактериальные культуры. У больных псориазом ониходистрофия сопровождалась исключительно грибково-бактериальной инфекцией.

Таким образом, здоровые ногтевые пластинки так же, как и кожа, являются вместилищем умеренных количеств нормальной бактериальной микрофлоры. Пораженные ногтевые пластинки всегда плотно заселены микроорганизмами. При ониходистрофиях, как правило, выявляется вторичная бактериальная (грибково-бактериальная) инфекция. Онихобактериоз может являться причиной частой отрицательной диагностики онихомикозов и случаев неудачного лечения последних.

ДИСБИОЗ МИКРОБИОМЫ КОЖИ ПРИ ИХТИОЗЕ, ВЫЗВАННЫЙ ГЕНОТИПОМ И ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДОЙ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Б. АБДУЛЛАЕВ

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

В последние годы много внимания уделяется различным генодерматозам, таким как врожденный буллезный эпидермолиз, врожденный ихтиоз, причем распространенность последнего составляет более 2 тыс по республике. Продолжаются исследования по патогенезу данного заболевания, а также изучаются вредные факторы окружающей среды, которые имеют сами по себе генетическую обоснованность.

Следует указать, что моногенные заболевания кожи, такие как ихтиоз, приводят к множественным нарушениям функции кожи, включая прямые биохимические последствия генотипа, фенотипические изменения в физиологии кожи и измененный микробиом кожи. Связь между изменениями в микробиоме кожи и генотипическими и фенотипическими эффектами заболевания представляют интерес как с экологической, так и с клинической точки зрения, но исторически она была скрыта из-за, во-первых, ограниченного разрешения метагеномных профилей; во-вторых, дополнительных источников вариаций, таких как возраст и местное/системное лечение. В настоящее время микробиома кожи больных ихтиозом характеризуется по семи генотипам генодерматоза на уровне видов, штаммов и метаболических путей. Необходимо критически оценивать взаимосвязь между этими особенностями микробиома и генотипом ихтиоза, а также фенотипом с поправкой на контекстуальные ковариации самого пациента. Установлено, что генотип ихтиоза особенно вызванного мутациями в гене TGM1 и фенотипом ихтиоза, особенно при трансэпидермальной потере воды, а также индивидуальные факторы, такие как смягчающие средства для наружного применения и пероральные ретиноиды, в совокупности, а иногда и антагонистически, влияют на видовое сообщенство микроиботы, популяции штаммов и метаболический потенциал микробиомы кожи у больных ихтиозом.

Таким образом, на виды, штаммы и состав метаболических путей кожного микробиома при ихтиозе влияют мутационный генотип ихтиоза, фенотипические особенности ихтиоза, такие как трансэпидермальная потеря влаги, шелушение и увлажнение кожи, а также возраст и разновидность лечение пациента.

ДРОЖЖЕВЫЕ ГРИБЫ РОДА MALASSEZIA В ЭТИОЛОГИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

А.Б. РАХМАТОВ

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

В содержимом акне-элементов больных угревой болезнью (УБ) часто присутствуют липидозависимые дрожжеподобные грибы рода Malassezia furfur (Mf), которые способны изменять клиническую картину заболевания и определенным образом влиять на ход лечения пациентов.

Цель исследования. Изучение влияния Mf на клиническое течение УБ. Под наблюдением находилось 22 больных (мужчин-11, женщин-11) в возрасте от 18 до 29 лет. У всех больных была диагностирована УБ средней тяжести. Было проведено изучение отделяемого угревых высыпаний микроскопическим (мазки-отпечатки с кожи вокруг акне-элементов) и культуральными методами, а также окрашиванием биоматериала методом Грама. Были высеяны и идентифицированы штаммы бактерий и грибов. Лидирующее положение заняли липидозависимые и дрожжеподобные грибы – M.furfur (31,8 %). Вторыми оказались грамположительные кокки, удельный вес которых составил 22,4 %. Третьими были дрожжеподобные грибы рода Candida (20,5 %). На долю липофильных анаэробных грамположительных палочек – P.acnes пришлось 15,9 %. Грамотрицательные энтеробактерии заняли – 4,9 %, а неферментирующая палочка сине-зеленого гноя и грамположительная бацилла – Clostridium spp. присутствовали в акне-элементах лишь в 0,2 % случаев. В мазках отпечатках в 100,0 % случаев были обнаружены грибы рода Malassezia, в 30,0 % – палочковидной формы по морфологическим и тинкториальным признакам отнесенные к роду Propionibacterium, в 15,0 % е грибам рода Candida, 10,0 % и 1,0 %, соответственно – грамотрицательным палочкам и грамположительным бациллам. Липидозависимый и липофильный представитель микробиоценоза угревых элементов – M.furfur с небольшой разницей в 10,0 % встречался в комедональной и папулопустулезной сыпи с локализацией их в большинстве случаев на коже лица (75,0 %). Пол и возраст пациентов УБ не оказывал особых различий в частоте высевов M.furfur. Как правило, M.furfur выявлялась в разных ассоциативных вариантах с другими видами бактерий и грибов, а также с паразитами кожи Demodex folliculorum в активной фазе в зависимости от тяжести УБ. Часто наблюдалось сочетание M.furfur с Candida albicans (45,0 %). Таким образом, микробиоценоз УБ представлен широким спектром морфологических форм условно-патогенной микрофлоры и доминирующем значением липофильных грибов рода Malassezia (33,2 %). Тяжесть течения УБ определяется видовой принадлежностью микроорганизмов и их ассоциативными составляющими и степенью обсемененности ими акне-элементов. Результаты проведенного исследования свидетельствуют о перспективности изучения дрожжеподобных грибов рода Malassezia как этиологического фактора при УБ, с последующим поиском оптимизированных методов ее терапии.

ЗНАЧЕНИЕ МИКОТИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА

А.Б. РАХМАТОВ, Н.Д. ИКРАМОВА, Х.И. НАСИМОВ

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

Пустулёзный псориаз – это тяжелое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся образованием стерильных пустул на эритематозном фоне. Хотя патогенез заболевания в основном связан с генетической предрасположенностью и нарушениями иммунной системы, недавние исследования показывают, что грибковые инфекции, особенно вызванные Trichophyton rubrum (T.rubrum), могут выступать в качестве триггеров или факторов, усугубляющих течение заболевания. В данном обзоре рассматривается возможная роль T. rubrum в патогенезе пустулёзного псориаза, иммунопатологические механизмы данной связи и клинические последствия для диагностики и лечения.

Пустулёзный псориаз (ПП) – это редкая и тяжелая форма псориаза, проявляющаяся образованием поверхностных пустул на воспалённой коже. Генерализованный пустулёзный псориаз часто связан с мутациями в генах, таких как IL36RN, тогда как локализованные формы, такие как пустулёз ладоней и подошв (PLP) и акродерматит Галлопо (acrodermatitis continua of Hallopeau), могут быть вызваны внешними факто-

рами, включая инфекции. Одна из новых гипотез предполагает, что T. rubrum – дерматофит, обычно вызывающий хронические поверхностные микозы – может играть роль в патогенезе пустулёзного псориаза.

Ряд клинических случаев и небольших исследований отмечают временную связь между дерматофитными инфекциями и пустулёзным псориазом. Хотя хронические инфекции T. rubrum чаще поражают ногти, стопы и кисти, их обнаружение в псориатических очагах предполагает возможное взаимодействие между дерматофитами и воспалением при псориазе. Некоторые исследования выявили T. rubrum в пораженных областях кожи при пустулёзном псориазе, что ставит вопрос о его возможной патогенной роли.

Иммунопатогенетические механизмы. Связь между T. rubrum и пустулёзным псориазом можно объяснить несколькими иммунологическими механизмами:

1. Активация оси IL-17 и IL-23. Псориаз, включая пустулёзные формы, развивается за счет дисрегуляции IL-23/IL-17-зависимого воспалительного пути, что приводит к гиперпролиферации кератиноцитов и привлечению нейтрофилов. Установлено, что T. rubrum индуцирует выработку IL-17 в кератиноцитах и иммунных клетках, что может усугублять воспалительный процесс при псориазе.

2. Антигенная мимикрия и перекрестная реактивность. Белки T. rubrum могут иметь структурное сходство с антигенами кератиноцитов, что приводит к аномальному иммунному ответу у генетически предрасположенных пациентов.

3. Нейтрофильная инфильтрация и нарушение барьерной функции кожи. Дерматофитные инфекции вызывают нейтрофильное воспаление, что является ключевым признаком пустулёзного псориаза. Воспалительная реакция на T. rubrum может усилить пустулёзные высыпания, способствуя высвобождению провоспалительных цитокинов, таких как IL-1β и TNF-α.

4. Изменения кожного микробиома и вторичная инфекция. Известно, что у пациентов с псориазом часто выявляется дисбиоз кожного микробиома, что способствует росту грибков. Хронические инфекции T. rubrum могут изменять иммунный баланс кожи, способствуя усилению воспалительной реакции и развитию пустулёзных поражений.

1. Диагностика и дифференциальный диагноз. В случаях пустулёзного псориаза, особенно при резистентности к стандартной терапии, следует учитывать возможность грибковой инфекции. Диагностика T. rubrum может быть проведена с помощью микроскопии, культурального метода и ПЦР.

2. Особенности терапии. При выявлении T. rubrum у пациента с пустулёзным псориазом может потребоваться антигрибковая терапия наряду со стандартными средствами для лечения псориаза. Системные антимикотики, такие как тербинафин или итраконазол, могут способствовать регрессии пустулёзных высыпаний. Однако при их назначении на фоне иммуносупрессивной терапии необходимо учитывать потенциальные лекарственные взаимодействия.

3. Перспективы таргетной терапии. Понимание иммунологического взаимодействия между T. rubrum и пустулёзным псориазом может способствовать разработке новых подходов к лечению, таких как таргетная терапия ингибиторами IL-17 или IL-23.

Таким образом, пустулёзный псориаз в первую очередь считается аутоиммунным заболеванием, появляются данные о том, что T. rubrum может выступать в качестве триггера или фактора, усиливающего воспалительный процесс. Взаимодействие между грибковой инфекцией и воспалением при псориазе подчеркивает необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению. Для подтверждения данной гипотезы и выработки клинических рекомендаций необходимы дальнейшие исследования.

ЗНАЧЕНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ ЦИНКА И МЕДИ В ПАТОГЕНЕЗЕ МИКОЗОВ СТОП

А.Б. РАХМАТОВ, А.Д. УТАЕВ

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

В настоящее время микозы стоп с онихомикозами являются наиболее частой патологией и несмотря на то, что в практику дерматолога входят все новые и новые препараты, лечение этой инфекции вызывает определенную трудность у части больных. Было проведено обследование 22 больных микозом, обусловленным T.rubrum, в возрасте от 18 до 45 лет (мужчин-13, женщин-9). Распространенный микоз гладкой кожи, кистей, стоп с онихомикозом был выявлен у 10 больных, микоз кистей, стоп с онихомикозов у 6 больных и у 6 – микоз стоп с онихомикозом. Длительность микоза составляла в среднем 2,7±0,6 года. Контрольная группа – 12 здоровых лиц.

Цель исследования. Изучение содержания цинка и меди в сыворотке крови у больных

микозом, обусловленным T.rubrum. Проведенные исследования позволили установить сниженный уровень сывороточных микроэлементов: содержание цинка – 0,122±0,011 (в контроле 0,452±0,088 при $p<0,05$); содержание меди – 0,088±0,003 (в контроле 0,313±0,021 при $p<0,05$), который не зависел ни от пола больных, ни от распространенности кожного процесса, ни от наличия сопутствующих заболеваний. Длительность течения микоза не оказывало влияния на уровень меди в крови, однако содержание цинка с длительностью течения микоза увеличивалось: у больных с длительностью болезни от 1 до 3 лет – 0,069±0,009; у больных с длительностью заболевания более 3 лет этот показатель составлял уже 0,266±0,016, что было достоверно ниже нормы. В комплексное лечения, проводимое больным, были включены препараты цинка (окись цинка) и части больным проводился электрофорез с раствором сульфата цинка или меди (ванночковая методика). После проведенного лечения отмечалось недостоверное повышение уровня цинка в крови. Включение в комплексную терапию микроэлементов позволяло ускорять сроки выздоровления больных в среднем на 2-3 недели по сравнению с группой больных микозом стоп, не получавших это лечение. Полученные результаты свидетельствуют о нарушении при микозе, обусловленном T.rubrum, нормального содержания исследованных микроэлементов, а также о тенденции к нормализации их уровня при клиническом выздоровлении. Таким образом, патологические сдвиги концентрации изученных микроэлементов являются одним из звеньев патогенеза микоза стоп. Результаты исследований позволяют рекомендовать включение изученных микроэлементов в патогенетическую терапию микоза, обусловленного T.rubrum.

К ВОПРОСУ О НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЕ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ

А.Б. РАХМАТОВ, Х.И. НАСИМОВ, А.Р. АКРАМОВ

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

В настоящее время особое внимание уделяется дерматофитиям, обусловленным зоофильными грибами ввиду роста заболеваемости и частых эпидемических вспышек, что влечет за собой не только вред здоровью человека, но и экономический ущерб. Более того, стали чаще отмечать нагноительные формы зооантропонозной трихофитий, обуславливающие диагностические ошибки или позднюю диагностику микотической инфекции. В частности, поздняя обращаемость и самолечение пациентов с зооантропонозной трихофитией приводят к развитию запущенных, инфильтративно-нагноительных форм микоза, которые могут заканчиваться рубцовой атрофией волосистой части головы.

Приводим для иллюстрации вышесказанного собственное наблюдение. Пациент, 6 лет, проживает с родителями в сельской местности. Обратились в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз с жалобами на появление гнойных очагов на волосистой части головы ребенка. Из анамнеза было установлено, что в домашнем хозяйстве имеются три коровы, одна из которых со слов матери страдает грибковым заболеванием (округлые очаги с отсутствием волос). Ребенок часто помогал кормить животных и убирал в сарае, где находились домашние животные. Родители увидели два месяца назад небольшой очаг округлой формы на волосистой части головы, причем в очагах имелись небольшие гнойнички. Занимались самолечением, смазывая очаг поражения различными наружными средствами (тетрациклиновая мазь, спиртовый раствор йода и др.). Несмотря на эти средства, постепенно очаг поражения увеличивался в диаметре, гоня становилось все больше, стали появляться новые очаги округлой формы. При обращении в СВП был заподозрен абсцесс и ребенка отправили на консультацию к хирургу в районную многопрофильную поликлинику. Хирургом было назначено «промывание» очагов гипертоническим раствором и наложение мази левомиколь два раза в день. Ввиду отсутствия положительной динамики было рекомендовано хирургическое вскрытие инфильтратов на волосистой части голове ребенка. Но с целью исключения дерматологической нозологии волосистой части головы пациент был направлен на консультацию к дерматологу, который выставил диагноз: «зооантропонозная трихофития».

На момент обращения в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз у ребенка отмечалась вялость, отсутствие аппетита, повышение температуры до 37,7°С, головная боль. Объективно в пограничной зоне между теменной и затылочной областями волосистой части головы обнаружен крупный плоский воспалительный очаг (размерами 6х7 см в диаметре) с большим

количеством гнойного отделяемого. На всей поверхности волосистой части головы отмечались множественные округло-овальные очаги различных размеров с признаками обламывания волос. Оставшиеся волосы без труда эпилировались, из расширенных волосяных фолликулов отмечалось выделение гнойного содержимого. Выявлено увеличение и болезненность затылочных и околоушных лимфатических узлов. При люминесцентной диагностике под лампой Вуда свечения не отмечалось.

При проведении микроскопических исследований пораженных волос были обнаружены мицелии грибов, расположенные по типу «trychophyton ectotrix». При проведении культуральных исследований и ПЦР на дерматофитии, был выделен Trichophyton verrucosum. Пациенту был выставлен диагноз: «Инфильтративно-нагноительная форма трихофитии волосистой части головы» и больной был госпитализирован в дерматомикологическое отделение клиники РСНПМЦДВиК МЗ РУз.

В стационаре было проведено лечение тербизилом (125 мг в сутки), 3 г цефтриаксона внутримышечно, вобэнзим по 1 таблетке 3 раза в день до еды в течение 20 дней, а также наружные антибактериальные и антимикотические средства. К концу лечения у ребенка сформировались очаги рубцовой атрофии на всех очагах поражения.

Приведенный клинический случай в очередной раз указывает на запоздалую диагностику зооантропонозной трихофитии. Неадекватное лечение привело к развитию тяжелых, распространенных нагноительных форм микоза волосистой части головы, сопровождающихся нарушением общего состояния организма, что привело к развитию стойкого косметического дефекта.

МЕТОД ПОЛИМЕРАЗНОЙ ЦЕПНОЙ РЕАКЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ ТРИХОФИТИЙ

А.Б. РАХМАТОВ, А.Р. АКРАМОВ, Х.А. САМАДХОДЖИЕВА

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

По различным данным, 15-30 % населения Земли страдают дерматомикозами. Основной группой риска являются дети и пожилые люди. На территории республики преобладает зооантропонозная трихофития, возбудителем которой часто является Trichophyton mentagrophytes. Это связано с превалированием сельскохозяйственных районов и увеличением числа бродячих животных (кошек, собак). На сегодняшний день наиболее часто применяемым методом лабораторной диагностики дерматомикозов является микроскопия патологического материала и культуральный метод (посев на среду Сабуро). В последние годы активно внедряется генодиагностика микозов – ПЦР в режиме реального времени.

В отделении проведено исследование 214 образцов клинического материала от пациентов с диагнозом трихофития. Для сравнения использовано 39 образцов от пациентов с дерматозами (псориаз, экзема). Все образцы исследовали тремя методами: ПЦР, культуральным и микроскопическим. Рассчитывали показатели чувствительности, специфичности и диагностической эффективности этих методов. Сравнительный анализ показал, что чувствительность ПЦР составляла 98,5 % и значительно превышала значения полученные при проведении культуральных и микроскопических методов на 12,7 % и 19,1 %, соответственно. При этом показатель специфичности ПЦР составил 99,2 %, что на 9,2 % и 18,3 % выше значений культурального и микроскопического методов. Диагностическая эффективность ПЦР (98,9 %) оказалась выше культурального и микроскопического методов на 11,9 % и 18,№ %, соответственно.

Полученные результаты демонстрируют преимущества ПЦР в сравнении с регламентированными лабораторными методами диагностики зооантропонозной трихофитии. Следует указать, что практически многие филиалы РСНПМЦДВиК МЗ РУз имеют возможность проведения указанных молекулярно-генетических исследований в диагностике различных микозов, тем более, что инновационные технологии («Derma-Genus») позволят персонализировать выбор антимикотических препаратов при лечении грибковых заболеваний кожи.

МЕТОДЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

А.Б. РАХМАТОВ, М.К. ХАЛДАРБЕКОВ

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

В настоящее время в республике продолжается активная работа по выявлению, регистрации, обследованию и лечению больных врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ), для чего создана мультидисциплинарная бригада врачей разных специальностей и открыто отделение генодерматозов на базе клиники РСНПМЦДВиК МЗ РУз. На сегодняшний день в национальном регистре имеются сведения о 407 больных ВБЭ, причем у большинства из них (более 60 %) установлена простая форма генодерматоза. Исходя из клинических проявлений генодерматоза проводятся специальные расчеты для приобретения перевязочных и наружных средств, которые доставляются пациентам, проживающим в различных регионах республики. Многолетний опыт показывает, что при правильном использовании предоставляемых перевязочных и наружных средств особенно при простой форме генодерматоза, характеризующихся образованием одиночных пузырей/эрозий можно достигать полной эпителизации очагов поражений и достичь длительной клинической ремиссии, что, естественно отобразится на качестве жизни не только самих пациентов, но и их родственников. В этой связи было важно подобрать именно такие наружные средства, которые отличались бы высокой эффективностью и безопасностью. Очаги поражения требуют постоянного увлажнения, ввиду чего пациенты используют дексапантенол (витамин В5), а наличие длительно незаживающих эрозий, где может наблюдаться контаминация разнообразной бактериальной флоры, обуславливает применение наружных средств, содержащих мупироцин, которые отличаются высоким ответом на наличие микробной флоры. Указанные наружные средства используются при ежедневных перевязках больных ВБЭ. В дерматологии используются многочисленные наружные средства, включая и топические кортикостероидные препараты, которые могут индивидуально подбираться для каждого пациента, с учетом некоторых клинических особенностей проявления ВБЭ. Появились инновационные наружные средства, включая и генные наружные средства, использование которых находятся на стадии клинических испытаний и в скором времени буду широко использоваться при наружном лечении особенно дистрофических форм ВБЭ. Таким образом, существуют перспективные направления в наружной терапии ВБЭ, что, несомненно, скажется на общем течении заболевания и повышения качества жизни пациентов.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ТРИХОФИТИЙ

А.Б. РАХМАТОВ, А.Р. АКРАМОВ, Х.А. САМАДХОДЖИЕВА

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

Одной из самых больших проблем в дерматомикологии до сих пор остаются поражения кожи дерматофитиями, протекающие длительное время, в отношении которых допускаются диагностические ошибки и не во всех случаях помогают при лечении препараты тербинафинового ряда.

Дерматофитии – группа микозов, вызванные грибами, которые поражают кожу (обычно эпидермис) и ее придатки (волосы и ногти). К таким возбудителям относятся грибы родов Trichophyton, Microsporum и Epidermophyton. Одни дерматофиты могнут паразитировать только на коже человека, другие – на коже человека и животных. В связи с этим различают соответственно антропофильные и зоофильные грибы. Трихомикозы (трихофития, микроспория, фавус) могут поражать длинные волосы, что обуславливает поражение волосистой части головы и пушковых волос при распространении возбудителя заболевания на гладкой коже, что наблюдается, как правило, у детей. Основную роль играют возрастные изменения кислотно-щелочного баланса кожного покрова, химические составляющие кожного сала. Реакция пота у детей до 1–2 лет резко кислая, затем кислотность снижается, приближаясь к нейтральной в возрасте 5–12 лет. В указанном возрасте заболеваемость трихомикозами достигает своего максимума. В период полового созревания кислотность пота вновь возрастает.

В отделении дерматомикологии проведено лечение у больных с микроспорией гладкой кожи и поражением волосистой части головы и

кожи препаратов первой линии терапии (тербизил). Под наблюдением находилось 20 больных с микроспорией гладкой кожи в возрасте от 18 до 27 лет и 20 детей с поражением волосистой части головы и кожи в возрасте 12–16 лет, причем антимикотик применялся в режиме однократного приема в сутки в течение 4 недель. Для пациентов весом от 20 до 40 кг рекомендуемая дозировка препарата для применения составляла 125 мг/сут.

Клинические симптомы оценивались в баллах от 1 до 5 в зависимости от симптомов. Эффективность терапии оценивали по срокам регресса клинических проявлений и элиминации возбудителя. У всех больных отмечалась положительная динамика после одной недели применения тербизила: уменьшение воспалительных явлений, прекращение распространения кожно-патологического процесса, через 2 недели – значительное уменьшение клинических проявлений заболевания в виде устранения папулезной и папулопустулезной сыпи, через 4 недели наблюдалось полное устранение симптомов заболевания.

Таким образом, применение тербизила, содержащего 250 мг тербинафина гидрохлорида, в виде однократного приема ежедневно является безопасным, эффективным, обеспечивает противовоспалительную активность, противомикотическое (фунгицидное и фунгистатическое) действие, уменьшает клинические проявления заболевания, уменьшает распространение процесса, предотвращает развитие осложнений, значительно улучшает качество жизни пациентов. Результаты наблюдения дают возможность рекомендовать тербизил как препарат выбора, при условиях отсутствия тербинофинрезистентности, определяемой методом генодиагностики.

ОЦЕНКА УСТОЙЧИВОСТИ К ПРЕПАРАТУ DERMAGENIUS С ПОМОЩЬЮ ПЦР В РЕЖИМЕ РЕАЛЬНОГО ВРЕМЕНИ ДЛЯ БЫСТРОГО ВЫЯВЛЕНИЯ УСТОЙЧИВОСТИ К ТЕРБИНАФИНУ ВИДОВ TRICHOPHYTON

А.Б. РАХМАТОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

В последние годы стали часто регистрироваться устойчивые к лечению дерматомикозы, вызываемые Trichophyton mentagrophytes, Trichophyton rubrum и др., принявшие в некоторых странах (Индия) эндемичный характер. Это реальное распространение вызывает тревогу из-за увеличения резистентности к тербинафину, который воздействует на путь биосинтеза эргостерола путем ингибирования фермента скваленэпоксидазы (SQLE). Во многих исследованиях указываются случаи замены аминокислот Phe397Leu Leu393Phe в белке SQLE, которые ответственны за высокое содержание в крови тербинафина. Целью настоящего исследования являлось оценка эффективности разработанного метода ПЦР в режиме реального времени с устойчивостью к DermaGenius для быстрого выявления изолятов Trichophyton, содержащих наиболее распространенные мутанты SQLE (Phe397Leu и Leu393Phe), придающих высокую устойчивость к тербинафину у восприимчивых изолятов дикого типа. В общей сложности 112 изолятов Trichophyton, подтвержденных секвенированием как Tr.mentagrophytes/interdigitale (недавно названные Tr.indotinea, n=81), Tr.rubrum/Tr.soudanense (n=20), Tr.mentagrophytes (n=6), Tr.tonsurans (n=5) были проанализированы для оценки устойчивости к DermaGenius методом ПЦР в режиме реального времени. Все 81 изолятов T.indotinea с аминокислотными заменами Phe397Leu или Leu393Phe, идентифицированных с помощью секвенирования гена SQLE, были оценены на выявление штаммов не дикого типа с помощью ПЦР в режиме реального времени. Тестирование чувствительности к тербинафину проводилось методом микробиологического разведения. Все устойчивые к тербинафину изоляты, содержащие аминокислотные замены Phe397Leu или Leu393Phe в гене SQLE, были правильно зарегистрированы как мутанты SQLE с помощью ПЦР-анализа устойчивости к препарату DermaGenius в режиме реального времени. ПЦР-аналир устойчивости к DermaGenius в режиме реального времени эффективно идентифицировал виды Trichophyton и отличал генотип дикого типа от генотипа мутанта SQLE, который содержит аминеокислотные замены Phe397Leu и Leu393Phe. Таким образом, проведение изучения отдельных генов невосприимчивости к лекарственным препаратам, в частности, к тербинафину объясняет отсутствие ответа на проводимое лечение указанным антимикотиком.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РЕМИБРУТИНИБА ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ

А.Б. РАХМАТОВ

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

Крапивница – это аутоиммунное заболевание, характеризующееся внезапным появлением эфемерных волдырей. Различают острую (течение < 6 недель) и хроническую (течение <> 6 недель). Различают хроническую спонтанную (неизвестные факторы) и индуцируемую (известные внешние триггеры) крапивницу. Примерно у 60–70 % больных проявления крапивницы могут сочетаться с ангионевротическим отеком, который в большинстве случаев проявляется на веках и губах, реже –уши, шея, язык, половые органы и др.

В национальных протоколах указываются антигистаминовые препараты, блокираторы лейкотриенов, а также омализумаб в качестве лечения второй линии, нечувствительных к антигистаминовым препаратм II поколения. В современных руководствах по лечению крапивницы подчеркивается, что нелицензированные методы лечения могут играть определенную роль в лечении симптомов у пациентов, которые не реагируют на лицензированные методы лечения, несмотря на различную степень доказательности.

Рассматривая сложные патогенетические механизмы крапивницы в последние годы особое внимание уделяется системе тирозинкиназы Брутона, сигнальный узел, специфичный для выбранных типов и путей иммунных клеток (тучные клетки, базофилы, макрофаги, В-клетки). Рассматриваемый ремибрутиниб является мощным высокоселективным ингибитором тирозинкиназы Брутона и проявил многообещающий фармакологический и благоприятный профиль безопасности. Ремибрутиниб принимается по 10–50 мг препарата один раз в сутки. После лечения ремибрутинибом наблюдалось снижение активности крапивницы уже на 1-й неделе, сохраняющееся до 24 недель лечения у пациентов с крапивницей. Одним из важных лабораторных тестов, определяющий эффективность ремибрутиниба является определение в сыворотке крови IgE. Создаются перспективы успешного лечения крапивницы, особенно в тех случаях, когда стандартная терапия антигистаминовыми препаратами не дает должного эффекта. Применение препаратов, являющихся блокираторами тирозинкиназы Брутона, является инновационным подходом для лечения больных, страдающих хронической спонтанной крапивницей.

ПРИМЕНЕНИЕ ВОБЭНЗИМА В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМОЙ ТРИХОФИТИИ

А.Б. РАХМАТОВ, А.Р. АКРОМОВ

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

В настоящее время продолжают встречаться случаи зооантропонозной трихофитии, которая наиболее часто протекает в виде инфильтративно-нагноительной формы, которая отличается тяжелым течением и нередко заканчивается образованием рубцовой атрофии на волосистой части головы.

Целью настоящего исследования являлось усовершенствование терапии больных с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии.

Под нашим наблюдением находилось 56 больных (мальчиков – 39, девочек – 17) с установленным диагнозом инфильтративно-нагноительной трихофитии, подтвержденное микроскопическими, культуральными и ПЦР-исследованием. Средний возраст пациентов составлял 8,5 ± 1,9 лет.

Согласно «Стандартам», всем больным был назначен антимикотический препарат тербинафинового ряда (терфалин в дозе 125 мг в сутки) в течение 30 дней. Наружно применялись также противогрибковые средства. Для повышения терапевтического эффекта и воздействия на основные патогенетические механизмы микоза (противовоспалительный, иммунеомодулирующий и др.) была использована дополнительная системная энзимотерапия (вобэнзим). Вобэнзим назначался детям по 1 таблетке 3 раза в день до еды в течение 20 дней. Всем больным проводилась инъекционная терапия антибиотиками широкого спектра действия в течение 5 дней.

Для оценки эффективности предложенного метода терапии все больные инфильтративно-нагноительной трихофитией были распределены

на II репрезентативные группы, сопоставимые по возрасту и клиническим проявлениям микоза: I группа (26 больных) получала стандартное лечение; II группа (30 больных), получавшая комбинированное лечение. Положительный эффект оценивался по клиническим признакам микоза (уменьшение инфильтрафии, прекращение гнойных выделений (керион Цельса), исчезновение увеличенных лимфатических узлов, негативация микотической инфекции в очагах поражений и др.). Проведенное лечение позволило получить клинико-микологическое излечение у 18 из 26 больных (69,2 %) I группы и у 27 из 30 больных (90,0 %) II группы, что является доказательством целесообразности применения системной энзимотерапии у больных с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии.

СИНДРОМ КЕРАТИТ-ИХТИОЗ-ГЛУХОТА

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Б. АБДУЛЛАЕВ

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

Синдром кератит-ихтиоз-глухота (КИД) впервые описанный Бернсом в 1915 году, был позднее охарактеризован и назван Скиннером в 1981 году. Синдром КИД – это редкая эктодермальная дисплазия, которая вызывается гетерогенными мутациями в гене коннексина-26, кодирующим белок щелевых контактов бета-2 и гене коннексина-30, кодирующим белок щелевых контактов бета-6.

Синдром КИД изначально определялся по признакам, подразумеваемым в аббревиатуре: кератит, вызывающий ухудшение зрения, с мелкими чешуйками, ихтиозом и глухотой. Однако с тех пор это мнение было поставлено под сомнение, поскольку поражения кожи выглядит скорее, как лихенификация, чем как чешуйки и поэтому не является истинным ихтиозом, потеря слуха носит лишь частичный характер, а кератит развивается с задержкой. Кроме того, типичная клиническая картина синдрома КИД включает в себя различные симптомы, которых нет в аббревиатуре: эритрокератодермия, васкуляризация роговицы, светобоязнь, рецидивирующие бактериальные и грибковые инфекции, дистрофия ногтей, аномалии зубов, а также предрасположенность к плоскоклеточной карциноме и другим опухолям слизистых оболочек и кожи.

Следует указать, что при синдроме КИД отмечаются мутации в гене коннексина-26, причем коннексины обычно рассматриваются как белки, подавляющие рост опухоли. Многочисленные эпителиальные органы, в том числе волосяные фолликулы, ладонно-подошвенный эпидермис, потовые и сальные железы и их протоки также связаны с коннексином-26, Следовательно гиперпролиферативная тенденция эпидермиса у пациентов с синдромом КИД может способствовать закупорке волосяных фолликулов с последующим образованием кист, их разрывом и воспалительной реакций, наблюдаемом при хроническом гнойном гидрадените.

Таким образом, между синдромом КИД и хроническим гнойным гидраденитом существует патогенетическая взаимосвязь, основанная на мутациях в гене коннексина-26, что требует всестороннего обследования и учета всех клинических проявлений, свойственных для указанных патологических состояний.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА КОНРАДИ-ХЮНЕРМАНА-ХАПЛЕРА У ВЗРОСЛЫХ

А.Б. РАХМАТОВ, Д.Б. АБДУЛЛАЕВ

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

Синдром Конради-Хюнермана-Хаплера – это генодерматоз, проявляющийся доминантной точечной хондродисплазией, сцепленной с Х-хромосомой, с глазными и кожными проявлениями. Синдром вызывается мутациями в гене EBP, который кодирует белок, связывающий эмопамил или 3-β-гидроксистероид изомеразу – фермент, участвующий в биосинтезе холестерина. Накопление холестенола в плазме или коже является диагностическим признаком этого заболевания.

Наличие указанного синдрома приводит к летальному исходу мужчин, в то время как у женщин первые симптомы появляются в раннем детстве в виде черепно-лицевых особенностей, асимметричным укорочением длинных костей, врожденной ихтиозиформной эритродермией по типу Блашко и катарактами, которые часто бы-

вают односторонними. Характерные врожденные ихтиозиформные поражения кожи со временем регрессируют и заменяются атрофодермией, которая распространяется по линиям Блашко. В то время как у многих женщин диагноз ставится в раннем детстве, исчезновение как ихтиоза, так и точечных кальцификаций затрудняет выявление синдрома у взрослых без положительного семейного анамнеза. По этой причине диагноз синдрома Конради-Хюнерманна-Хаплера у взрослых часто ставится после постановки диагноза у пораженного плода или ребенка.

Описывается 28-летняя женщина невысокого роста со сколиозом и нарушениями зрения, у которой не было родственников с аналогичным заболеванием. Она была рождена в неродственном браке и в ее семейном анамнезе не было случаев низкого роста. В детстве он перенесла несколько операций на позвоночнике по поводу сколиоза. В анамнезе не было переломов, вывихов суставов, аномалий зубов или болей в костях.

Дополнительные сведения о состоянии здоровья включали: асимметричная потеря слуха, вызванную структурными аномалиями слухового прохода. При физическом обследовании был выявлен рост 120 см, вес 116 кг. При осмотре тела были выявлены суженные пальцы, брахидактилия стоп и несоответствие длины ног. При осмотре лица был выявлен гипертелоризм с приподнятыми веками, гипоплазия средней части лица и асимметрия лица. При осмотре кожи была выявлена атрофия кожи на обеих нижних конечностях с участками дистрофии, характеризующимся сухим, утолщенным эпидермисом и шелушением. Рубцовой алопеции не было, но присутствовали атрофичные ногти и отеки нижних конечностей. Была выявлена секторальная катаракта правого глаза.

Таким образом, у пациентки были выявлена некоторые признаки, характерные для синдрома Конрада-Хюнерманна-Хаплера, такие как низкий рост, ризомелия, сколиоз, секторальная катаракта, атрофия кожи и асимметрия лица, однако присутствовали и признаки, нехарактерные для этого заболевания, в том числе легкие когнитивные нарушения и выраженное ожирение. Анамнестически было установлено у одного из двоюродных братьев по отцовской линии был ребенок мужского пола с нарушениями обучаемости, но в семейном анамнезе не было случаев низкого роста или других аномалий скелета. Полученные данные свидетельствуют о том, что даже при отсутствии наследственной предрасположенности к заболеванию сочетание кожных аномалий, особенно в сочетании с очаговой или рубцовой алопецией, катарактой и асимметричным укорочением конечностей позволяет предположить диагноз – синдром Конрада-Хюнерманна-Хаплера.

СЛУЧАЙ СИНДРОМА ПОПОВА

А.Б. РАХМАТОВ, Ж.С. МЕДЕТОВА, Д.Б. АБДУЛЛАЕВ

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

В республике продолжается выявление и регистрация больных с врожденным ихтиозом (в регистре числится более 2 тыс пациентов), среди которых наиболее часто встречаются случаи вульгарного ихтиоза (более 85 %), хотя и выявляются редкие, так называемые синдромальные формы ихтиоза, в том числе случай синдрома Попова.

Синдром Попова – это редкое заболевание, ассоциированное с врожденным ихтиозом и имеющее сочетание кожных, офтальмологических и ортопедических проявлений. Следует указать, что синдром Попова включает в себя следующие симптомы: выраженный врожденный ихтиоз; контрактуры суставов и блефарофимоз (патологическое сужение глазных щелей из-за утолщения и стягивания кожи век. Описаны и другие симптомы, которые иногда могут встречаться при указанном синдроме, а именно: гипоплазия ногтей и пальцев (возможна деформация ногтевых пластин и пальцев); задержка роста (наблюдается в некоторых случаях); легкая умственная отсталость (редкое проявление, связанное с тяжелым системным течением).

Считается, что синдром Попова является вариантом врожденного ихтиоза с мультисистемным поражением. Варианты мутаций предположительно связанных с синдромом: мутация в генах TGM1, ABCA12, NIPAL4 (отвечающих за кератинизацию кожи); возможные аномалии в генах, регулирующих соединительную ткань (связь с блефарофимозом и контрактурами).

Для подтверждения диагноза необходимо провести: генетическое тестирование (поиск мутаций генов, связанных с ихтиозом); биопсия кожи (для оценки состояния кератинизации); офтальмологическое обследование (определение степени блефарофимоза); ортопедическая диагностика (оценка контрактур).

Приводим собственное наблюдение

Больной К.Ж., 1995 г.р., житель Кунградского района Республики Каракалпакистан (амб. карта №487). Жалобы при обращении на сухость всего кожного покрова, шелушение, задержку полового развития. Для своего возраста имеет рост 133 см (SDS роста – 5.0) и вес 26,6 кг (SDS массы тела – 7.2).

Со стороны кожных покровов отмечается выраженная сухость всего кожного покрова, генерализованное шелушение, на коже верхних и нижних конечностях более выраженное. В области крупных складок кожи наблюдаются глубокие трещины. Отмечаются выраженные контрактуры мелких межфаланговых суставов кистей и стоп, пальпация отечных суставов болезненна, В указанных суставах отмечается тугоподвижность и скованность по утрам. Все ревматологические пробы – отрицательные. Отмечается характерное сужение глазных щелей, которая на расстоянии бросается в глаза, хотя каких-либо воспалительных явлений не отмечается. Больной был проконсультирован многими врачами смежных специальностей (травматолог-ортопед, эндокринолог, иммунолог и др.).

Больному было проведено следующее лечение: регулярное увлажнение кожных покровов (эмолянты); использование кремов, содержащих 10–30 % мочевину; системные ароматические ретиноиды (неотигазон, ацитретин). После консультации офтальмолога были применены; искусственные слезы (корнерегель, офтагель), предотвращающие сухость глаз. Травматолог-ортопедом было рекомендовано проведение следующих процедур: физиотерапия и ЛФК (для предотвращения контрактур); ортопедические аппараты (при выраженных деформациях суставов).

Таким образом, синдром Попова является редким заболеванием, вероятно относящееся к группе врожденных ихтиозов с системными нарушениями. Синдром Попова требует комплексного лечения с участием дерматолога, офтальмолога, ортопеда и генетика.

СУПЕРОКСИДИСМУТАЗА В МОДУЛЯЦИИ ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

А.Б. РАХМАТОВ, Г.У. ЖАНАБАЕВА

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

Витилиго рассматривается как аутоиммунное заболевание, в связи с чем так важны исследования иммунного и цитокинового статуса, которые и предопределяют выраженность иммунного ответа при данном дерматозе.

Цель исследования. Изучение антицитокинового эффекта супероксидисмутазы (Глисодин) у больных витилиго. Под наблюдением находилось 22 больных (мужчин – 9, женщин – 13) с вульгарной формой витилиго. Средний возраст больных составлял 31,8±6,3 года. Давность заболевания составляла от нескольких месяцев и более 10 лет. Ранее пациенты получали разнообразное лечение с незначительным эффектом. Всем больным было проведено исследование показателей цитокинового статуса методом ИФА, в частности, изучена экспрессия про- (ФНО-альфа) и противовоспалительного (интерлейкин-4) цитокинов в процессе лечения больных витилиго препаратом Глисодин. Препарат Глисодин применялся по 2 таблетке 2 раза в день в течение 3 месяцев. Первые признаки репигментации у больных витилиго стали появляться после одного месяца применения глисодина, причем это проявлялось крапчатой репигментацией по всей поверхности витилигинозных очагов. Дальнейший прием препарата приводил к увеличению площади репигментации. После трехмесячного приема глисодина дозировка препарата уменьшалась в половину (по 1 табл. 2 р/д). Необходимо отметить, что пациентам, получавших препарат глисодин ежемесячно проводилась УФО-терапия (10 сеансов в субэритемной дозе). Практически у всех пациентов за проведенное 6-месячное лечение отмечалась репигментация очагов любой локализации (несколько меньше при локализации на коже верхних и нижних конечностей). Наблюдение за пациентами, получавших препарат глисодин, не выявило каких-либо побочных явлений и осложнений. Следует обратить внимание, что глисодин оказывал определенный антицитокиновый эффект, так как приводил к достоверному понижению содержания ФНО-альфа и повышению экспрессии ИЛ-4, т.е. повышая противовоспалительный эффект, что, по-видимому, является одним из механизмов воздействия супероксидисмутазы на витилигинозный процесс. Использование супероксидисмутазы в виде монотерапии является одним из вариантов лечения больных витилиго, позволяя воздействовать на оксидативный стресс, лежащих в основе развития данного дерматоза.

ХАРАКТЕРИСТИКА ВИДОВОГО СОСТАВА ГРИБОВ РОДА CANDIDA ПРИ ДРОЖЖЕВЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ

А.Б. РАХМАТОВ, А.Д. УТАЕВ

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

В настоящее время известны полторы сотни видов Candida и из них около 20 видов возбудителей кандидоза. Ежегодно происходит увеличение заболеваемости кожи и ногтевых пластинок, вызываемое грибами рода Candida. Длительное время считалось, что главным возбудителем кандидозных онихий и паронихий является Candida albicans, однако, в настоящее время возрастает роль Candida non-albicans, многие из которых устойчивы к современным системным и местным антимикотикам. Целью настоящего исследования являлось изучение видового состава грибов рода Candida у больных с заболеваниями кожи и ногтей. Под наблюдением находилось 108 больных и 42 ребенка с клиническими признаками поражения кожи и ногтевых пластинок кистей и стоп кандидозной этиологии. У пациентов наблюдались множественные онихии и паронихии на кистях, часто процесс сопровождался явлениями дрожжевой экземы. Всем больным проводились бактериологические и бактериоскопические исследования. Рост грибов Candida на среде Сабуро обнаружен у 57 из 108 (52,8 %) и у 38 из 42 детей (90,5 %). Для селективной изоляции дрожжей, прямой идентификации Candida albicans и предварительной идентификации Candida glabrata и Candida tropicalis использовался хромогенный агар. В результате проведенных исследований у 51 из 108 (47,2 %) получен рост Candida albicans; у 22,8 – Candida parapsolosis; у 11,2 % – Candida tropicalis; у 6,8 % – Candida famata; у 4,5 % – Candida laurentii. В единичных слоучаях наблюдался рост редких видов дрожжей – Candida glabrata, Candida inconspicua, Candida zeylanoides. У детей был получен рост только Candida albicans, Candida parapsilosis, Candida tropicalis. Особую группу составляли женщины, которые часто посещают маникюрные кабинеты и имеющие искусственные ногти (накладные, акриловые и гелиевые). У этих пациентов наблюдались кандидозные онихии и паронихии в сочетании с ониходистрофиями. Патологию ногтей пациентки связывали как с простым проведением маникюра (в 30 % случаев), так с использованием искусственных ногтей (70 %) от одного месяца до 2 лет. Особенностью данной группы больных был частый рост грибов рода Candida (C.albicans, C.parapsilosis) в сочетании с плесневыми грибами.

Таким образом, в настоящее время возрастает роль грибов Candida non-albicans у пациентов с патологией ногтией и кожи. Необходимо определять видовую идентификацию Candida spp. для назначения адекватной местной и системной антимикотической терапии.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗОВ

А.Б. РАХМАТОВ

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

Актуальность. В последние годы активно изучаются этиологические факторы микозов, так как последние зависят от климато-географических, социальных и других факторов. В различных регионах мира со временем одни виды грибов вытесняются другими, создаются их новые ассоциации.

Цель исследования. Изучение этиологии микозов стоп на территории Узбекистана.

Материалы и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ данных микологической лаборатории РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Материалом для исследования служили соскобы с кожи межпальцевых складок, подошв, частиц ногтевых пластинок кистей и стоп больных, обратившихся в консультативную поликлинику и находившихся на лечении в стационаре клиники. Культуральную диагностику проводили с использованием среды Сабуро.

Результаты. При положительных результатах микроскопического исследования выделены культуры грибов у 59,5 % пациентов, не получено роста у 40,5 % больных. Рост дерматофитов наблюдался в 82,5 %, плесневых грибов – в 3,3 %, дрожжеподобных грибов – в 10,2 %, микстинфекции – в 4 % случаев. Культуру из ногтей получили в виде 72,5 % случаев дерматофитов, 6,3 % – плесневых грибов, 18,2 % – дрожжеподобных грибов, 3 % – сочетание различных грибов. Из дерматофитов основным возбудителем был Tr.rubrum (70,5 %), в 5,6 % случаях был получен рост Tr.mentagraphytes var. Interdigitale, в

14,7 % – сочетанное поражение красного трихофитона с дрожжеподобными грибами и в 9,2 % случаях были выделены плесневые грибы. С кожных покровов выделены культуры у 92,3 % пациентов, из них Tr.rubrum обнаружен у 73,8 %, Tr.interdigitale – у 15,1 %, E.floccosum – у 4,5 % пациентов. Рост плесневых грибов отмечался у 1,4 %, дрожжеподобных грибов – у 5,2 % пациентов.

Заключение. Основными возбудителя микозов стоп и онихомикозов на территории Узбекистана являются дерматофитные грибы с превалированием Tr.rubrum. Следовательно, все исследования по эффективности и безопасности применения различных антимикотических средств, а также отсутствие ответа на проводимое лечение должно проводиться именно с данным вариантом существующих дерматофитных грибов.

РОЛЬ СТУДЕНЧЕСКОГО НАУЧНОГО ОБЩЕСТВА В БОРЬБЕ С ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

А.И. ЯКУБОВИЧ, А.Ю. ЧАЩИН, Ю.С. МИНУЛИНА

Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

Актуальность. В высшем медицинском образовании, как в СССР, так и современной России важное место всегда занимало молодежное научное общество, как необходимый элемент воспитания, обучения, профессиональной ориентации и приобретения навыков научной работы. Основные направления деятельности молодежного научного кружка дерматовенерологии и косметологи – освоение теоретических основ дисциплины, возможность лучшего усвоения практических навыков, формирование клинического мышления у будущих врачей.

Цель исследования. Осветить в историческом аспекте роль студенческого научного общества в борьбе с венерическими заболеваниями в Иркутской области.

Материалы и методы исследования. Материалами для данной научной работы служили исторические документы, дневники врачей и научные статьи, метод для проведения данной работы – исторический.

Результаты и обсуждение: В конце XVI – начале XVII веков после присоединения обширного пространства Сибири к Российской империи остро встала проблема оказания медицинской помощи населению. Предпринимались попытки организации бригад врачей из Санкт-Петербурга, которые добирались в Восточную Сибирь в течение длительного времени. Неблагоприятная ситуация, сложившаяся практически на всем евро-азиатском континенте с распространением сифилиса, захватила также северные и восточные территории Восточной Сибири. Стремительное увеличение количества заболевших коренным образом изменило взгляд органов власти на состояние медицинского дела в окраинах Сибири.

7 октября 1873 г. по ходатайству генерал-губернатора Восточной Сибири Н.П. Синельникова Госсоветом Российской империи были распределены и утверждены сметы расходов на принятие мер к прекращению распространившихся в северных округах Восточной Сибири сифилиса и проказы. Однако такие меры не привели к заметному снижению заболеваемости. Существенные сдвиги в борьбе с венерическими болезнями стали заметны после открытия медицинского факультета Иркутского государственного университета. Первый выпуск врачей состоялся в 1924 г. и первом, кому была поручена организация борьбы с сифилисом, стал Хаим-Бер Гершонович Ходос, сотрудник кафедры невропатологии и психиатрии Иркутского университета. Его руководитель и заведующий кафедрой невропатологии и психиатрии Николай Николаевич Топорков, который одновременно являлся директором нервной и венерической клиник Иркутского университета, поручил молодому выпускнику организацию этой работы. Уникальный человек и ученый, который с 1924 г. являлся заведующим отделом санитарного просвещения Иркутского кожно-венерологического диспансера и единственным штатным «санпросветчиком», читал лекции о венерических заболеваниях. Лекции проходили практически во всех коллективах, которые тогда существовали в Иркутске. За четыре года Хаим Бер Гершонович прочитал более 600 лекций о профилактике сифилиса. Работая в клинике, он курировал множество пациентов с тяжелыми неврологическими изменениями, причиной которых являлся сифилис.

Первая лекция, прочитанная Х-Б.Г. Ходосом состоялась 19 октября 1924 г. на годичном отчетном собрании студенческого научного общества имени И.И. Мечникова при медицинском факультете университета. Тема: «Венерические болезни как социальное зло», на которой присутствовало около 200 студентов-медиков. дала толчок к организации секции дерматовенерологов при СНО и студенты стали активно участвовать в санитарно-просветительной работе. Деятельность студентов и молодых специалистов в то время под руководством заведующего кафедрой

кожных и венерических болезней Иркутского государственного медицинского института Фаддея Леонтьевича Юдалевича вносила весомый вклад борьбе с венерическими заболеваниями. В результате активных мероприятий, в том числе с участием студентов кружковцев с 1925–1946 год заболеваемость первичным сифилисом в Иркутской области снизилась в 16 раз, а вторичным и того больше – в десятки раз, что говорило об эффективности проводимой, в немалой степени и санитарно-просветительной работы. Читалось множество лекций и докладов посвященных профилактике венерических заболеваний. Благодаря активному участию студентов в решении проблемы, уровень заболеваемости сифилисом пошел на спад. Интерес студентов к проблемам дерматовенерологии с того времени начал набирать обороты.

В 2024 году научный кружок отметил свое 100-летие. На протяжении этого периода молодежный научный кружок кафедры дерматовенерологии и косметологии не только сохранил, но и преумножил традиции, заложенные его основателем профессором Ф.Л. Юдалевичем, а также почетным гражданином города Иркутска, профессором Х-Б.Г. Ходосом.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НЕЙРОСИФИЛИСОМ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

А.И. ЯКУБОВИЧ[1], Н.А. ШПАКОВА[2], А.Ю. ЧАЩИН[1], Ю.Э. ГАЛСАНОВА[1]

[1]Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия;
[2]Областной кожно-венерологический диспансер, г. Иркутск, Россия

Актуальность. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем в Иркутской области остается достаточно высокой. В 2024 году после снижения в течение трех предыдущих лет заболеваемость выросла и достигла 160,8 на 100 тыс. населения. Данный показатель превышает заболеваемость как в Сибирском федеральном округе (106,1 на 100 тыс. населения), так и в Российской Федерации (86,8 на 100 тыс. населения). Обращает на себя внимание рост заболеваемости сифилисом в 2024 году, на фоне снижения других нозологических форм, таких как гонорея и трихомоноз.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости нейросифилисом в Иркутской области за период с 2022–2024 гг.

Материалы и методы исследования. Амбулаторные карты и данные статистической отчетности областного кожно-венерологического диспансера г. Иркутска.

Результаты исследования. В результате проведенного анализа было выявлено, что на фоне роста общей заболеваемости сифилисом в 2024 г. (12,2 на 100 тыс. населения) по сравнению с 2023 г. (10,5 на 100 тыс. населения), количество случаев нейросифилиса в 2024 г. сократилось до 26, в 2023 г. было зарегистрировано– 32 случая, а в 2022 г. – 30 случаев. Однако нельзя не отметить увеличение удельного веса поздних форм нейросифилиса в 2024 г. (4,9), по сравнению с 2023 г. (4,0), а по сравнению с 2021 г. (2,5)почти в два раза.

Нейросифилис за исследуемый период диагностирован у мужчин в 72 %. В возрастной группе старше 40 лет данная форма сифилиса выявлялась чаще всего. В 2022 году данный показатель составил 63,3 %, в 2023 г. – 56,2 %, а в 2024 г. увеличился до 65,3 %, что подчеркивает важность целевых профилактических мероприятий для этой возрастной группы. В возрастной группе до 18 лет в 2024 году не было выявлено не одного случая нейросифилиса, по сравнению с 2023 годом, когда данная форма диагностировалась у 6,2 %. Количество новых случаев нейросифилиса, зарегистрированных среди пациентов, которые ранее не проходили лечение от сифилиса, варьировала от 30–50 %: в 2022 г. – 50 %, в 2023 – 31 %, и в 2024 – 42 %.

Все пациенты проходили обследование и получали стационарное лечение в ОКВД, в том числе у невролога с использованием клинических и серологических методов, а также анализа спинномозговой жидкости (СМЖ). Показатели плеоцитоза в СМЖ составили 40 % в 2022 г., 62,5 % в 2023 г. и 19,2 % в 2024 г.. Повышенный уровень белка в СМЖ наблюдался у 63,3 % пациентов в 2022 г., 84,3 % в 2023 г. и 30,7 % в 2024 г..

Возможно, это явилось причиной снижения выявления нейросифилиса в 2024 г.. Также было отмечено снижение выявления нейросифилиса такими специалистами как инфекционисты, гинекологи, педиатры, урологи по сравнению с 2023 г.. Но увеличилось выявление больных при проведении медосмотров.

Сопутствующая ВИЧ-инфекция была выявлена: в 2022 г. у 26 % пациентов, в 2023 г. – у 12,5 %, и в 2024 г. – у 3,8 %. Обследование половых контактов проводилось ежегодно на уровне 65-70 % пациентов, среди которых в 30 % случаев был выявлен сифилис.

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что в Иркутской области в 2024 г. наблюдалась тенденция к росту заболеваемости сифилисом и в частности поздних форм нейросифилиса сопровождавшееся как уменьше-

нием клинической симптоматики, так и выраженности лабораторных показателей.

Нейросифилис, как одно из наиболее серьезных проявлений сифилиса, представляет собой значительную проблему в области общественного здравоохранения. С учетом роста заболеваемости сифилисом в последние годы в целом, анализ различных аспектов нейросифилиса становится особенно актуальным, поскольку именно эта форма заболевания наиболее часто имеет серьезные последствия для здоровья и качества жизни пациентов. В связи с чем, его мониторинг продолжает быть актуальным, а также свидетельствует о необходимости разработки и внедрения, дополнительных мер по профилактике и раннему выявлению сифилиса и его неврологических проявлений в Иркутской области.

АНГИОГЕНЕЗ ЖАРАЁНИ БИЛАН ҲУЖАЙРА ПРОЛИФЕРАЦИЯЛАНИШ КЎРСАТКИЧИ (KI-67)НИНГ БОҒЛИҚЛИГИ

А.Ш. ИНОЯТОВ, А.Д. УМАРОВА

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

Муаммонинг долзарблиги. Тери базалиомаси (базал ҳужайрали карцинома) – теридаги эпителиал ўсмаларнинг энг кенг тарқалган тури бўлиб, секин ўсади ва метастаз деярли бермайди. Касаллик ривожланишининг асосий омилларига ультрабинафша нурланишнинг ҳаддан ташқари таъсири, ионлаштирувчи радиация, кимёвий канцерогенлар таъсири киради. ЖССТ маълумотларига кўра, дунёнинг турли мамлакатларидаги тадқиқотчилар базалиомаларнинг патогенетик механизмлари, морфологик хусусиятлари ва клиник турларини ўрганиб чиқишган. Базалиомаларнинг гистологик тури кўп жиҳатдан касалликнинг кечиши, прогнози ва даволаш натижаларини белгилайди.

Мақсад. Тери базалиомасининг ҳужайра пролиферация даражасини ангиогенез жараёни билан боғлиқлигини ўрганиш.

Тадқиқот материали ва усуллари: Тадкикотимиз РИДВваКИАТМ поликлиника бўлимида 68 нафар беморда олиб борилди. Уларда хужайра пролиферация омили Ki-67 индексини ўргандик. Ҳисоблашда замонавий дастур бўлган QuPath-0.5.0-ImageJ платформасидан фойдаландик. Бу эса махсус буйруқ орқали инсон омилисиз экспрессияланган хужайраларни 200х ва 400х катталикда 98,5 % аниқликда санаш имконини беради. Бунинг натижасида хужайра ядросида мусбат даражада экспрессияланганлиги аниқланиб, барча ҳужайраларнинг позитив экспрессияланганлигини фоизларда хисоблаш орқали амалга оширилди. Пролифератив индексни St. Gallen Consensus (2009) таснифидан фойдаландик. Унга кўра: манфий негатив 1–5 %, паст экспрессия 6–15 %, ўрта экспрессия 16–30 %, юқори экспрессия 30 % ва ундан юқори. RI индексини аниқлашда ЮЧУТ допплерометрияси (18 МГц датчик)дан фойдаландик.

Тадқиқот натижаси: Базалиомаларнинг морфологик тури RI индекси билан боғлиқлиги аниқланди: RI нинг безли ва солид шакли билан боғлиқлиги тўғри ўртача кучга, юзаки ва мураккаб тузилишли шакли билан эса тескари ўртача кучга эга эканлиги қайд этилди. Шунингдек, Ki-67 нинг RI ($p = 0,477$) билан ўртача кучдаги тўғри боғлиқлиги аниқланди. Айниқса, Ki-67 нинг базалиома чуқурлиги (0,686) билан кучли тўғри боғлиқликка эга эканлиги эътиборга лойиқдир. RI кўрсаткичи Ki-67 билан тўғридан-тўғри ўртача боғлиқликка эга бўлиб, бу ЮЧУТ допплерометрияси маълумотларига кўра пролиферация интенсивлиги ва қон оқимининг кучайиши ўртасидаги ўзаро боғлиқликни кўрсатади. RI кўрсаткичи Ki-67 билан ўртача кучли тўғридан-тўғри боғлиқликка эга бўлиб, бу қон томир пролиферацияси интенсивлиги ва (RI) бўйича қон оқимининг кучайиши ўзаро боғлиқлигини кўрсатади. Қон томирларининг юқори пролифератив фаоллигини прогнозлаш учун RI нинг кесиш чегараси 0,159 ни ташкил этди. Кучайган қон томир пролиферациясига хос бўлган қон томир нақшларининг мавжудлиги, шунингдек RI нинг ошиши, базалиомани даволаш комплексига лазерли қон томир деструкциясини киритиш учун мезон сифатида хизмат қилди.

Ҳулоса: Шундай қилиб, RI кўрсаткичи 0,159 ва ундан паст бўлган базалиомалар кам пролиферацияланувчи турларга, RI кўрсаткичи 0,159 дан юқори бўлганлари эса қон томирларининг пролифератив фаоллиги ошган турларга киради. Бу ҳолат даволаш ёндашувини ўзгартириш ва дифференциал ёндашув қўллашни талаб этади.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭЛАСТОЗАМИ КОЖИ

А.Ш. АЛИЕВ, Б.И. МУХАМЕДОВ, М.Н. СОЛМЕТОВА, М.А. ПУЛАТОВ

Ташкентский государственный медицинский университет

Старение населения представляет собой значимую медицинскую и социальную проблему. Наиболее заинтересованной в сохранении и улучшении внешности категорией являются женщины в возрасте 35–60 лет, так как утрата физической привлекательности зачастую приводит к снижению качества жизни, ухудшению самооценки и развитию психосоциальных трудностей.

Цель исследования заключалась в определении общей характеристики пациентов с кожными эластозами.

Работа проводилась на базе клиники «АСМО» с соблюдением всех этических норм и предварительным получением добровольного информированного согласия от участников. Под наблюдением находились 64 пациентки с эластозами кожи, проходившие амбулаторное лечение.

Результаты. В исследование вошли 64 женщины с признаками инволюционных изменений кожи в возрасте 35–65 лет. Пациентки были распределены на две возрастные группы: 35–49 лет и 50–65 лет. Средний возраст выборки составил 51,8 ± 5,9 лет. Дополнительно проведено распределение по шкале FES Фицпатрика:

1 класс (поверхностные мелкие морщины, 1–3 балла) – 16 пациенток;

2 класс (морщины от умеренных до выраженных, 4–6 баллов) – 34 пациентки;

3 класс (морщины от выраженных до глубоких, 7–9 баллов) – 14 пациенток.

В группе 35–49 лет преобладали пациентки со 2 классом изменений, тогда как во второй группе (50–65 лет) встречаемость 2 и 3 классов была одинаковой. Средний возраст первой группы составил 40,82 ± 4,4 года, второй – 57 ± 5,53 года.

Сравнительный анализ показал, что средние показатели шкалы FES достоверно различались между группами: 1 класс – 2,54 ± 0,24; 2 класс – 5,62 ± 0,62 ($p < 0,05$); 3 класс – 7,61 ± 0,87 ($p < 0,01$).

Вывод. Инволюционные изменения кожи начинают проявляться уже после 35 лет и преимущественно выражены в виде незначительных морщин. Однако с возрастом данные изменения усиливаются, становятся более глубокими и требуют более длительной и комплексной коррекции.

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ И КЕЛОИДНЫХ РУБЦОВЫХ ДЕФОРМАЦИЙ

А.Ш. АЛИЕВ, Б.И. МУХАМЕДОВ, М.Н. СОЛМЕТОВА, М.А. ПУЛАТОВ

Ташкентский государственный медицинский университет

В результате скринингового отбора в исследование было включено 81 пациент с рубцовыми изменениями кожи, где с гипертрофическими рубцами было 50 и келоидными рубцами 31 пациент.

Все пациенты были разделены по возрасту и полу согласно классификации ВОЗ. В наше исследование вошло 54 (66,7 %) мужчин и 27 (33,3 %) женщин. Большинство больных встречались в возрасте 18-44 лет (66,7 %). Во всех возрастных группах число мужчин превалировало над числом женщин.

Большая часть пациентов (36 человек 44,4 %) имели послеожоговые рубцовые деформации различных анатомических областей. У 12 пациентов (14,8 %) пациентов наблюдалась рубцы после перенесенных акне, у 24 пациентов (29,7 %) причинами рубцов были различные виды оперативных вмешательств и травм и 9 (11,1 %) пациентов имели рубцы, формирующиеся после проведённых эстетических операций.

Для оценки состояния рубцов использовали Ванкуверская шкала оценки рубца (The Vancouver Burn Scar Assessment Scale)

Распределение пациентов с рубцовыми изменениями кожи по шкале VSS (Ванкуверская шкала оценки рубца) приведена в таблице ниже.

Параметр	ГР n = 50	КР n = 31
Васкуляризация (0–3)	2,3 ± 0,61	2,6 ± 0,77
Пигментация (0–2)	1,3 ± 0,31	1,9 ± 0,22 *
Эластичность (0–5)	2,1 ± 0,84	4,7 ± 0,71 **
Высота/толщина (0–3)	1,2 ± 0,31	2,6 ± 0,61 **
Общая оценка	6,91 ± 1,21	11,4 ± 1,64 **

Примечание: Отличие достоверно – u – критерий Манна-Уитни по сравнению с показателем: в группе ГР ($^{*}p < 0,05$, $^{**}p < 0,01$, $^{***}p < 0,001$).

Согласно полученным данным по Ванкуверской шкале оценки состояния рубцов, пациенты с ГР достоверно отличались от показателей КР по значению пигментации (1,3±0,31 к 1,9±0,22, где p<0,05), эластичности (2,1±0,84 к 4,7±0,71, p<0,01) и высоте/толщине рубца (1,2±0,31 к 2,6±0,61, где p<0,01) и общей оценке (6,91±1,21 к 11,4±1,64) соответственно p<0,01.

Следовательно, можно сделать вывод, что по степени тяжести по данным изучаемой шкалы гипертрофические рубцы протекают легче келоидных рубцов.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

А.Ш. ИНОЯТОВ, М.М. ДЖАББАРОВ

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

Красный плоский лишай (КПЛ) рассматривается как хроническое заболевание кожи и слизистых, характеризующееся полиморфизмом клинических проявлений и выраженностью торпидностью в отношении проводимой терапии. Поражение слизистой оболочки полости рта (СОПР) имеет специфическое проявление и в определенной степени может характеризовать тяжесть течения кожно-патологического процесса при КПЛ.

Цель исследования. Изучение клинических проявлений КПЛ особенно его атипичных форм. Под нашим наблюдением за период 2021–25гг. находилось 102 больных КПЛ (мужчин – 47, женщин – 55) в возрасте от 18 до 52 лет. При тщательном клиническом обследовании и, используя результаты гистологического исследования, были установлены у 69 больных (67,6 %) классическая и у 33 (32,4 %) атипичные формы КПЛ. При классической форме КПЛ кожные проявления дерматоза были весьма патогмоничны и не вызывали особых затруднений в постановке диагноза. Типичные папулы полигональной формы, имеющие синюшно-красный цвет, отсутствие шелушения и наличие пупковидного вдавления, наряду с определением сетки Уикхема. Поражение СОПР было установлено у 10 из 69 (14,5 %) пациентов. Намного сложнее выставить диагноз КПЛ было при атипичных его формах, когда поражение СОПР было установлено у 20 из 33 (60,6 %) больных. Атипичные формы КПЛ были представлены: веррукозной, пигментной, атрофической, пемфигоидной и эритродермической разновидностями. Учитывая выраженный клинический полиморфизм атипичных форм КПЛ, допускались в большинстве случаев серьезные диагностические ошибки, продолжающиеся годами и сопровождающиеся неадекватной терапией, что значительно ухудшало течение кожно-патологического процесса, с учетом характерной для КПЛ изоморфной реакции Кебнера, что и явилось причиной развития, например, веррукозной и эритродермической форм. Анализ клинического течения КПЛ показал, что поражение СОПР имеет важное значение в оценке тяжести общего течения заболевания и является основанием для назначения инъекционного метотрексата. При пемфигоидной форме необходимо обращать внимание на сочетание типичных папулезных элементов с полостными элементами (чаще пузырями). Таким образом, правильная диагностика клинических проявлений, наряду с обязательным проведением гистологических исследований позволит своевременно проводить патогенетическую терапию больных КПЛ.

ИВЕРМЕКТИН В ЛЕЧЕНИИ ЧЕСОТКИ

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

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

Классическая клиническая картина чесотки в настоящее время особых изменений не претерпела, однако, чаще стали регистрироваться редкие формы заболевания. Увеличились случаи чесотки без ходов, осложненной, норвежской, узелковой, чесотки «чистоплотных» или «инкогнито». Осложнения чесотки и скабиозная лимфоплазия кожи персистируют дольше, чем классические варианты чесотки. Только в 67,2 % случаев чесотка, осложнённая пиодермией, разрешалась после курса специфической терапии, в 32,8 % – к концу второй недели. Скабиозная лимфоплазия кожи регрессировала после лечения только у 15,1 %, тогда как у остальных процесс разрешался на протяжении месяца.

Лечение чесотки направлено на уничтожение возбудителя с помощью акарицидных препаратов и осуществляется с помощью мазей и средств для наружного применения таких как: серная мазь, бензилбензоат, растворы кротамитона и перметрина. Средства наносятся на тело только после горячей ванны (или душа) с обильным использованием мыла. ВОЗ предоставила исследования, согласно которым был отмечен положительный эффект применения орального ивермектина в разовых дозах от 200 мкг/кг массы тела в лечении чесотки, хотя его эффективность не превышала таковую при местном применении перметрина (медифокс). По нашему мнению, оральный ивермектин должен быть применен для случаев, когда применение топических противочесоточных средств не представляется возможным, или является нецелесообразным: например, при риске экзематизации, или в резистентных случаях, в том числе при норвежской чесотке и скабиозной лимфоплазии. При лечении чесотки топическим перметрином более целесообразно вместо одной обработки проводить две с интервалом в 1 неделю. Двукратный прием с аналогичным интервалом показан и при применении орального ивермектина. Монотерапия топическим перметрином или оральным ивермектином была одинаково эффективной. До настоящего времени нет данных, указывающих на значительные терапевтические преимущества какого-либо из этих препаратов. На наш взгляд, комбинациия орального ивермектина с топическим перметрином в лечении резистентных и осложненных форм чесотки будет более эффективным, чем монотерапия данными средствами.

ОНИХОМИКОЗЫ У ДЕТЕЙ

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

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

В последнее время наблюдается рост грибковых поражений ногтевых пластинок у пациентов детского возраста. При первых изменениях ногтя родители обращаются не сразу, а спустя какое-то время. Это связано с тем, что онихомикозы в детском возрасте являлись до недавнего времени большой редкостью, и обращают на себя внимание только, когда появляются изменения всего ногтя, или поражаются несколько ногтевых пластинок. Онихомикозы вызываются всеми видами грибов, но наиболее частыми возбудителями являются T. Rubrum и T. Mentagrophytes, на втором месте находятся дрожжеподобные грибы и, наиболее редко, встречаются онихомикозы, вызванные плесневыми грибами. В отличие от взрослых, подбор терапии у детей более сложен, т.к. не все системные антимикотики можно использовать в педиатрии. В основном, системная терапия проводится с использованием тербинафина и флуконазола. Под нашим наблюдением находилось 18 детей с онихомикозом стоп и кистей в возрасте от 7–16 лет, из них 8 девочек и 10 мальчиков. Давность заболевания колебалась от 4 месяцев до 2 лет. Диагноз онихомикоза подтверждался лабораторно. Посев патологического материала сделан у всех пациентов. Причем, у большинства детей процесс вызывался T. rubrum и только у 3 выделена микст-инфекция T. rubrum + Candida albicans. У 11 детей было дистальное поражение, но в процесс было вовлечено более 5 ногтевых пластинок. У остальных отмечалось тотальное поражение ногтевых пластинок. Все детям назначался «Эрбинол» (terbinafine) внутрь 1 раз в сутки. Доза зависела от веса и локализации процесса. Местно применяли лак «Лоцерил» 1 раз в неделю. У всех пациентов в процессе лечения неоднократно проводилось исследование крови и мочи. Каких-либо изменений со стороны анализов в процессе терапии и после ее окончания у детей выявлено не было. Микологическое излечение наступило у всех пациентов через 6–8 недель проводимой терапии. Отрастание здоровых ногтевых пластинок отмечено в конце 3-го месяца терапии на кистях и через 4 месяца на стопах. Следовательно, данная схема терапии онихомикозов у детей является эффективной и может широко использоваться врачами в стационарных и амбулаторных условиях.

ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА Д3 У БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ МИКОЗА СТОП НА РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЭТАПЕ ПОСЛЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

М.И. АБДУЛЛАЕВ, Н.Н. АХМЕДГАЛИЕВА

Ташкентский государственный медицинский университет;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №8, Ташкент, Узбекистан

Одним из главных задач на сегодняшний день является изучение современных клинико-иммунологических особенностей осложненных форм микоза стоп, что позволит улучшить рациональную терапию с учётом особенности иммунного статуса заболевания и повысить эффективность лечение при иммунодефицитных состояниях после перенесенной короновирусной инфекции.

Цель исследования. Изучение клинико-иммунолоческой эффективности применения витамина Д3 у больных с осложненными формами микоза стоп после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материал и методы. За 6 месяцев 2024 г. на наличие микоза стоп и онихомикоза обследованы 76 больных (до 30 лет – 15 больных, от 31 года до 50 лет – 34 больных, от 50-ти и старше – 27 больных) и среди них переболевшие COVID-19 28 больных (до 30 лет – 4 больных, от 31 года до 50-ти лет – 15 больных, от 50-ти и старше – 9 больных). В первые выявленные после COVID-19 12 больных (до 30 лет – 2 больных, от 31 года до 50-ти лет – 10 больных). У остальных больных отмечалось обострение заболевания и выявление осложненных форм микоза стоп. Осложненные формы микоза стоп, как присоединение вторичной бактериальной флоры зарегистрированы только у 7 больных (9,21 %).

Как показывают данные, COVID-19 по поводу которых больные получали антибиотикотерапию, глюкокортикостероиды, иммуносупрессоры, занимает значительное место при обострении заболевания, в виде осложненной форме. При постковидном состоянии обострение и выявленные микозы стоп наступило в 36,84 % 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 был использован витамин Д3, в качестве иммуномодулятора.

Витамин D – один из главных факторов поддержания естественного иммунитета, так как он участвует в образовании иммунных клеток, включая все виды лимфоцитов.

Витамин D участвует в регуляции пролиферации и дифференцировки клеток всех органов и тканей, в том числе и иммунокомпетентных клеток. Макрофаги и эпителиальные клетки имеют CYP27B1 и при наличии субстрата – 25(OH)D – синтезируют 1,25(OH) 2D. Открытие рецепторов к кальцитриолу во многих клетках иммунной системы (на активированных Т-лимфоцитах, макрофагах, на незрелых лимфоцитах тимуса и зрелых CD 8-клетках) явилось доказательством участия витамина D в функционировании иммунной системы.

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-клетокпредшественников в плазматические клетки, ингибирует продукцию Th1-ассоциированных цитокинов и молекул (CD40, CD80 и CD86), стимулирует продукцию Th2-ассоциированных цитокинов.

Витамин D предотвращает сильное воспаление, блокируя взаимодействие иммунных клеток посредством цитокинов.

Использование витамина D в комплексной терапии грибковых заболеваний кожи позволяет расширить терапевтические возможности, уменьшить частоту осложнений и снизить частоту неблагоприятных исходов, что не только привлекает к изучению этого нутриента различных специалистов, но и заставляет учитывать факт приема препаратов холекальциферола при прогнозировании течения и исходов.

Результаты исследований. Исходя из того, что у больных микозом стоп выявляются изменения в иммунной системе, мы откорректировали эти нарушения препаратом витамин Д3 в комплексе с основной терапией. Все больные получали традиционную терапию (пероральные противогрибковые препараты, наружно, также противогрибковые крема) в сочетании витамином Д3 в дозе 10000 ЕД в сутки, в течении 2-х месяцев. 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.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО И ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕРИФИКАЦИИ ЛИНЕЙНОГО IGA-БУЛЛЁЗНОГО ДЕРМАТОЗА У ДЕТЕЙ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ, Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ

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

Актуальность. Буллёзные дерматозы у детей представляют собой диагностический вызов, особенно в случаях с острым дебютом, полиморфизмом высыпаний и неспецифическими клиническими признаками. Линейный IgA-буллёзный дерматоз (LAD) – редкое аутоиммунное заболевание, которое нередко имитирует другие воспалительные и инфекционные дерматозы, что затрудняет постановку своевременного и точного диагноза.

Цель исследования. Оценить клинические, гистопатологические и иммунопатологические особенности линейного IgA-буллёзного дерматоза у детей, а также продемонстрировать роль гистологии и прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) в его дифференциальной диагностике.

Материалы и методы. В исследование включены три ребёнка (мальчик 4 лет и девочки 7 и 11 лет) с острым буллёзным синдромом, сопровождающимся выраженным зудом и полиморфными высыпаниями. Первоначальные диагнозы, установленные до проведения биопсии, включали токсидермию, буллёзную форму стрептодермии и мультиформную экссудативную эритему. Всем пациентам выполнена кожная биопсия из активного края элементов и со здоровой участки кожи с последующим гистологическим исследованием и ПИФ-диагностикой.

Результаты. Гистологически у всех пациентов наблюдались субэпидермальные пузыри, сопровождающиеся нейтрофильной инфильтрацией в области дермо-эпидермального соединения, а в отдельных случаях – скоплением эозинофилов и формированием микроабсцессов в сосочковом слое. Однако в силу выраженной терапии до биопсии в двух случаях гистология оказалась неспецифичной.

ПИФ оказался решающим методом в постановке диагноза: во всех наблюдениях выявлены чёткие линейные отложения иммуноглобулина А (IgA) по линии базальной мембраны, характерные для LAD. Никакие другие классы иммуноглобулинов или компонентов комплемента в диагностически значимых концентрациях не обнаружены.

Выводы. Клиническое течение линейного IgA-буллёзного дерматоза может симулировать инфекционные и токсико-аллергические дерматозы у детей, что нередко приводит к ошибкам диагностики и неадекватной терапии. Проведение комплексного морфологического исследования с обязательной прямой иммуннофлюоресценцией позволяет верифицировать диагноз и начать своевременное патогенетическое лечение. LAD следует учитывать в дифференциальном ряду при любых неясных буллёзных дерматозах детского возраста.

EKZEMA KASALLIGIDA SITOKINLARNI HOLATI

A.A. ABDURASHIDOV, U.Y. SABIROV, N.A. ABDUXAMIDOVA

O‘zR SSV tibbiyot xodimlar kasbiy malakasini rivojlantirish markazi, Toshkent sh., O‘zbekiston; Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent sh., O‘zbekiston,

Sitokinlar ekzema rivojlanishida muhim ahamiyatga ega bo‘lib, ushbu kasallik bilan bog‘liq yallig‘lanish reaksiyalari va immunitetning asosiy boshqaruvchilari hisoblanadi. Ular immun hujayralarning yallig‘lanish o‘chog‘iga migratsiyasini boshqaradi, ularning funksiyalarini faollashtiradi va shikastlangan to‘qimalarning tiklanish jarayonlariga ta’sir qiladi.

Tadqiqod maqsadi. Chin ekzema bilan og‘rigan bemorlar qon zardobida sitokinlar miqdorini tekshirish.

Material va usullar. Bizni klinik kuzatuvimizda chin ekzema bilan og‘rigan 61 bemor bo‘lib va ularni yoshi 18 yoshdan 59 yoshni tashkil etgan. Bemorlarni 28 tasi erkak, 33 tasi ayollar tashkil etgan.

Kasallikni davomiyligi 2 oydan 5 yilgacha bo‘lib, 1 yilgacha ekzema bilan og‘rigan bemorlar soni 16 ta, 1 yildan 3 yilgacha – 25 va 3 yil va undan ortiq kasal bo‘lganlar – 20 ta. Bemorlarni 35 tasida patologik jarayon o‘tkir bosqichda kechgan, 26 ta bemorda – surunkali ekzemani kuchayish bosqichi aniqlangan.

Ekzemali bemorlarni qon zardobida imminoferment tahlili usuli bilan IL-4, TNF-α sitokinlar miqdori aniqlandi.

Tadqiqotlar natijasi. Kuzatuvimiz ostidagi ekzema bilan xastalangan bemorlarning qon zardobida IL-4 miqdorini (1,19±0,60 pg/ml) nazorat (sog‘lomlar n=30) guruhga nisbatan (2,7±0.41 pg/ml, r<0,01) ishonchli darajada kamayishi kuzatildi.

O‘NF-α sitokinining miqdori (132,28±4,3 pg/ml) esa, sog‘lom insonlarnikiga nisbatan, ishonchli darajada (40,4±3,2pg/ml, r<0,01) oshganligi aniqlangan.

Olingan ko‘rsatkichlardan ko‘rinib turibdiki, bemorlar qon zardobida O‘NF-α sitokinining miqdori, sog‘lom insonlarnikiga nisbatan 3,4 barobar oshganligi, IL-4 ko‘rsatkichi esa sog‘lom insonlar guruhiga nisbatan 2,4 barobar pasaygan.

Xulosa. Chin ekzema bilan og‘rigan bemorlarda yallig‘lanishga qarshi va yallig‘lanish oldi sitokinlari orasidagi munosabat buzilishi ushbu xastalikda immunogenetik o‘zgarishlarni kengroq, xususan boshqa sitokinlarni ham tekshirishga undaydi.

КЕЛОИД ЧАНДИҚЛАРНИ ТУЗАТИШ УЧУН АБЛЯТИВ ВА НОАБЛЯТИВ ЛАЗЕРЛАРНИ БИРГАЛИКДА ҚЎЛЛАШ ТАЖРИБАСИ

А.А. АБДУРАШИДОВ, С.Р. МЎМИНОВА, Н.А. АБДУҲАМИДОВА

Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази, Тошкент ш., Ўзбекистон;

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» Тошкент ш., Ўзбекистон; Тошкент давлат тиббиёт университети. Тошкент ш., Ўзбекистон

Келоид чандиқлар шаклланишининг кўплаб омиллари уларнинг катта ёшли аҳоли популяциясида сезиларли даражада тарқалганлигини, кўп компонентли патогенези эса уларни тўғрилашда самара олишнинг қийинлигини кўрсатмоқда. Чандиқларнинг хажми ва зичлигини сезиларли даражада камайтира оладиган, уларнинг микрорелефи, эластиклиги ва васкуляризациясини яхшилай оладиган юқори интенсив лазер терапиясининг (ЮИЛТ) самарали усулларини ишлаб чиқиш долзарб масалалардандир.

Тадқиқотнинг мақсади: терисида келоид чандиқлари бўлган беморларда юқори интенсив лазер терапиясининг (ЮИЛТ) турли комбинацияларининг терапевтик таъсирини аниқлашдан иборат.

Материаллар ва усуллар: Шаклланаётган (n=9) ва етилган (n=12) келоид чандиқлари бўлган 21 нафар бемор текширилди. Чандиқлар шаклланаётган беморларда сариқ лазер нурланиши (А=578нм) билан селектив ангиофототермолиз, етилган чандиқларда эса – лазерли ангиофототермолиз билан биргаликда инфрақизил диапазондаги (А=10,6 мкм) юқори интенсив фракцион аблятив лазер қўлланилди. Клиник, дерматоскопик ва инструментал бахолаш усуллардан фойдаланилди.

Натижалар. Олиб борилган мулоажалар натижасида чандиқларнинг эластиклиги яхшиланди, чандиқ тўқимасининг сезувчанлиги, қаттиқлиги ва қалинлиги пасайди, микрорелефи ва васкуляризация кўрсаткичларининг яхшиланиши кузатилди. Келоид чандиқлар шаклланаётган беморларда селектив ангиофототермолиз яққол ангиодеструктив таъсир кўрсатди, етилган келоид чандиқлари бўлган беморларда эса ангиофототермолиз ва фракцион аблятив фототермолиз комбинацияси яққол дефиброзловчи терапевтик таъсирни келтириб чиқарди.

Хулоса. Келоид чандиқларни тузатишда юқори интенсив лазер терапиясининг бир-бирдан фарқланувчи турли усулларини кетма-кетликда қўллашага асосланган тактикалардан фойдаланиш зурурлигини аниқланди.

ИММУНОБЛОТТИНГ В ИЗУЧЕНИИ СПЕЦИФИЧЕСКОГО ГУМОРАЛЬНОГО ОТВЕТА У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ

В.А. АБИШАЛА, Х.Р. ХАЛИДОВА

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

Введение. Защита организма человека против бактериальной инфекции, в частности сифилиса, осуществляется преимущественно участием гуморального звена иммунитета в виде выработки иммуноглобулинов классов IgM и IgG. Антитела в разное время синтезируются и в разное время негативируются.

В лабораторной практике Узбекистана с 2023г. в качестве диагностического подтверждающего теста на сифилис внедрен ИБ (иммуноблоттинг), позволяющий выявить в биоматериале антитела к отдельным антигенам *T. Pallidum.*

В тесте ИБ на сифилис применяются четыре рекомбинантных специфических антигена – ана-

логи иммунодоминантных белков TmpA, TpN47, TpN17 и TpN15 кDa *T. Pallidum*. В результате увеличивается специфичность, позволяющая избежать гипердиагностику сифилиса.

Цель работы: Определение частоты выявления антител классов M и G к различным антигенам *T. Pallidum* в биологическом материале, полученного от пациентов, обратившихся в кабинет анонимного обследования (КАО) и клинику ГУ «РСНПМЦДВиК» МЗ РУз., состоящих на сероконтроле.

Материал и методы. Исследовано 40 сывороток от пациентов, предварительно обследованных методом РМП, РПГА, РИФ (200, абс).

Иммуноблоттинг (ИБ) выполнен с использованием тест-системы «Лайн-Блот Сифилис» ЗАО «ЭКОлаб»; состоящей из комплектов №1 и №2 для выявления антител классов Ig M и IgG. Постановку проводили в соответствии с требованиями инструкции.

Положительный результат в иммуноблоттинге устанавливается при одновременном выявлении двух антигенов на уровне 0,5 и более.

Результаты и обсуждение. Из протестированных 40 образцов сывороток крови методом «Лайн-Блот Сифилис» Ig«M», ЗАО «ЭКОлаб» комплект №2 на аналоги иммунодоминантных белков рекомбинантных антигенов показал:

– отсутствие антител к антигену TpN15 в 40 (100 %) тестируемых образцах сыворотки крови;

– антитела к антигену TpN17 отсутствовали в 35 (87,5 %) тестируемых образцах и были положительными (от 0,5 до 1,0) в – 5 (12,5 %).

– TmpA отсутствовал в – 39 (97,5 %) образцах и был положительным (2,0) в 1 (2,5 %) случае.

– антитела к антигену TpN 47 отсутствовал в 36 (90,0 %) образцах и был положительным (2,0) в 4 (10 %).

Полученные нами результаты на антитела класса Ig M в тестируемых образцах показали отрицательный результат.

При тестировании образцов методом «Лайн-Блот Сифилис» Ig«G» комплект №1 на аналоги иммунодоминантных белков рекомбинантных антигенов показал:

– присутствие антитела к антигену TpN15 (от 0,5 до 4,0) в 40 (100 %) тестируемых образцах сыворотки крови;

– антитела к антигену TpN 17 в 1 (0,5 %) отсутствовал и был положительным (от 0,5 до 4,0) – в 39 (97,5 %);

– TmpA -в 9 (22,5 %) отсутствовал и был положительным (от 0,5 до 4,0) в 31 (77,5 %) случае;

– антитела к антигену TpN47 – в 5 (12,5 %) отсутствовал и был положительным (от 0,5 до 4,0) – в 35 (87,55 %) образцах.

Положительный результат в иммуноблоттинге устанавливается при одновременном выявлении двух антигенов на уровне 0,5 и более. Полученные нами результаты на антитела класса Ig G в тестируемых образцах показали положительный результат.

Заключение. Проведенное обследование сывороток крови от пациентов, обратившихся в кабинет анонимного обследования (КАО) и клинику ГУ «РСНПМЦДВиК» МЗ РУз, состоящих на сероконтроле по поводу сифилиса в различных кожно-венерологических учреждениях Республики, с применением метода иммуноблоттинга позволило изучить частоту обнаружения антител к различным антигенам *T. Pallidum.*

Частота выявления антител класса M к различным антигенам составила: TpN15 – 0 %, TmpA – 2,5 %, TpN47 – 10 %, TpN17 – 12,5 %.

Частота выявления антител класса G к различным антигенам составила: TpN15 – 100 %, TmpA – 77,5 %, TpN47 – 87,5 %, TpN17 – 97,5 %.

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ КЛАССОВ IGM И IGG ПРИ РАННЕМ СКРЫТОМ СИФИЛИСЕ

Х.Р. ХАЛИДОВА, В.А. АБИШАЛА

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

Введение. Лабораторные исследования являются важнейшим инструментом для диагностики сифилиса и эпидемиологических оценок. С 2023г. в качестве диагностического подтверждающего теста на сифилис в ЦСЛ с ПЦР диагностикой внедрен ИБ (иммуноблотинг), позволяющий выявить в биоматериале антитела к отдельным антигенам *T. Pallidum.* Тест основан на методе Вестерн-блота. В ходе исследования выявляют наличие в сыворотке пациента антител к электрофоретически разделенным и перенесенным на нитроцеллюлозную мембрану избранным антигенам Treponema pallidum. Тест-система «Лайн-Блот Сифилис» применяется для углубленного исследования, при неубедительных и противоречивых результатах скрининговых и подтверждающих тестов, в том числе и в диагностике скрытого раннего сифилиса,.

Цель работы: Определение частоты выявления антител классов M и G к различным антигенам *T. Pallidum* в биологическом материале, полученного от пациентов, обратившихся в ка-

бинет анонимного обследования (КАО) и клинику ГУ «РСНПМЦДВиК» МЗ РУз., с диагнозом ранний скрытый сифилис.

Материал и методы. Исследовано 25 сывороток, полученных от пациентов с диагнозом ранний скрытый сифилис, 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 IgG в соответствии с требованиями инструкции.

При общей оценке результата учитывали положение окрашенных полос (специфичность антигена) и интенсивность их окрашивания (от 0,5 до 4,0).

Результаты и обсуждение. Обследовано 25 сывороток крови, полученных от больных с диагнозом ранний скрытый сифилис.

Из протестированных образцов методом «Лайн-Блот Сифилис» Ig«M», ЗАО«ЭКОлаб» комплект №2 на аналоги иммунодоминантных белков рекомбинантного антигена показал:

– отсутствие антител к антигену TpN15 в 6 (24,0 %) тестируемых образцах и наличие антител (от 0,5 до 4,0) в 19 (76,0 %);

– антитела к антигену TpN17 отсутствовал в 11 (44,0 %) тестируемых образцах и был положительным (от 0,5 до 4,0) в 14 (56,0 %);

– TmpA- в 4 (16 %) отсутствовал и был положительным (от 0,5 до 4,0) в 21 (84 %);

– антитела к антигену TpN47 в 6 (24,0 %) отсутствовал и был положительным (от 0,5 до 4,0) в 19 (76 %).

Положительный результат в иммуноблоттинге устанавливался при одновременном выявлении более двух антигенов на уровне 0,5 и более.

– Ig«M» TpN15-76,0 %, (0,5–73,7 %; 1,0–21,0 %; 2,0–5,3 %; 3,0–0,0 %; 4,0–0,0 %).

– Ig«M» TpN17-56,0 % (0,5 – 35,7 %; 1,0–42,8 %; 2,0–7,1 %; 3,0–14,4 %; 4,0–0,0 %).

– Ig«M» TmpA-84,0 %, (0,5–19,1 %; 1,0–57,1 %; 2,0–19,1 %; 3,0–4,7 %; 4,0–0,0 %).

– Ig«M» TpN47-76,0 %, (0,5–52,6 %; 1,0–26,3 %; 2,0–5,3 %; 3,0–10,5 %; 4,0–5,3 %).

Полученные нами результаты на антитела класса IgM в тестируемых образцах показал положительный результат.

При тестировании образцов методом «Лайн-Блот Сифилис» Ig«G» комплект №1 на аналоги иммунодоминантных белков рекомбинантного антигена показал:

– антитела к антигену TpN 15 в 1 (4,0 %) образце отсутствовал и был положительным (от 0,5 до 4,0) в 24 (96,0 %) (0,5–2; 1,0–0; 2,0–1; 3,0–11; 4,0–10).

– антитела к антигену TpN 17 в 1 (4,0 %) образце отсутствовал и был положительным (от 0,5 до 4,0) в 24 (96,0 %) (0,5–0; 1,0–7; 2,0–2; 3,0–8; 4,0–7);

– TmpA- в 1 (4,0 %) образце отсутствовал и был положительным (от 0,5 до 4,0) в 24 (96,0 %) (0,5- 1; 1,0–1; 2,0–1; 3,0–10; 4,0–11);

– антитела к антигену TpN47- в 1 (4,0 %) случае отсутствовал и был положительным (от 0,5 до 4,0) в 24 (96,0 %)(0,5–2; 1,0–2; 2,0–0; 3,0–9; 4,0–11).

Положительный результат в иммуноблоттинге устанавливается при одновременном выявлении более двух антигенов на уровне 0,5 и более:

– Ig«G» TpN15-96,0 %, (0,5–8,3 %; 1,0–0 %; 2,0–4,1 %; 3,0–45,9 %; 4,0–41,7 %);

– Ig«G» TpN17-96,0 % (0,5–0 %; 1,0–29,1 %; 2,0–8,3 %; 3,0–33,4 %; 4,0–29,2 %);

– Ig«G» TmpA-96,0 %, (0,5–4,1 %; 1,0–4,1 %; 2,0–4,1 %; 3,0–41,8 %; 4,0–45,9 %);

– Ig«G» TpN47-96,0 %, (0,5–8,3 %; 1,0–8,3 %; 2,0–0 %; 3,0–37,5 %; 4,0–45,9 %).

Полученные нами результаты на антитела класса Ig G в тестируемых образцах показал положительный результат.

Заключение. Обследование сывороток крови от пациентов, обратившихся в кабинет анонимного обследования (КАО) и клинику ГУ «РСНПМЦДВиК» МЗ РУз с применением метода иммуноблоттинга позволило изучить последовательность обнаружения антител к различным антигенам *T. Pallidum.*

Частота выявления антител класса М к антигенам составила:

– TmpA – 84,0 %, TpN15–76,0 %, TpN47–76,0 %, TpN 17–56,0 %, случаев.

Частота выявления антител класса G к антигенам составила:

– TmpA – 96,0 %, TpN15–96,0 %, TpN47–96,0 %, TpN 17–96,0 %, случаев.

Напряженность гуморального ответа со стороны антител класса G к каждому из четырех антигенов *T. Pallidum* выражена в несколько раз выше в сравнении с антителами класса М.

СВЯЗЬ УРОВНЯ ГОМОЦИСТЕИНА, ВИТАМИНА B12 И ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ С ТЯЖЕСТЬЮ ПАПУЛОПУСТУЛЁЗНОЙ ФОРМЫ РОЗАЦЕА

С.С. АГЗАМХОДЖАЕВА, О. ЖАЛИЛОВ

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. Розацеа – хроническое воспалительное заболевание кожи лица, патогенез которого включает иммунные, сосудистые и метаболические нарушения. Гипергомоцистеинемия связана с различными системными заболеваниями, включая сердечно-сосудистые, цереброваскулярные и нервно-психические состояния. Некоторые исследования выявили несколько потенциальных механизмов, с помощью которых гомоцистеин (Нсу) может способствовать развитию эндотелиальной дисфункции и атеросклероза, включая активацию тромбоцитов и окислительный стресс. В последние годы изучается роль гипергомоцистеинемии и дефицита витаминов фолатного цикла (B12 и фолиевой кислоты) в развитии воспалительных дерматозов.

Цель исследования. Определить взаимосвязь уровней гомоцистеина, витамина B12 и фолиевой кислоты с тяжестью папулопустулёзной формы розацеа.

Материалы и методы. Обследованы пациенты с папулопустулёзной формой розацеа и группа здоровых лиц (контроль). В сыворотке крови определяли концентрацию гомоцистеина, витамина B12 и фолиевой кислоты. Степень тяжести заболевания оценивалась по клиническим шкалам. Проведён корреляционный анализ взаимосвязей между биохимическими показателями и клинической тяжестью.

Результаты исследования. Текущее исследование случай-контроль включало пациентов с розацеа (n = 135) и нормальную здоровую контрольную группу (n = 40). Пациенты и контрольная группа были адекватно подобраны, сопоставимы по возрасту, полу и индексу массы тела. Обнаружены более высокие показатели Нсу в сыворотке у пациентов с розацеа, составившие 12,4 мкмоль/л и 7,1 мкмоль/л у здоровых людей (p = 0,0671). Однако уровни сывороточного витамина B_{12} и фолиевой кислоты были достоверно ниже у пациентов с розацеа, чем у здоровых людей (p = 0,011 и p = 0,0173 соответственно). Обнаружена положительная корреляция между уровнем гомоцистеина и тяжестью заболевания, а также отрицательная зависимость между концентрацией гомоцистеина и содержанием витамина B12 и фолиевой кислоты.

Выводы. Гипергомоцистеинемия и дефицит витаминов фолатного цикла играют значимую роль в патогенезе розацеа и ассоциированы с более тяжёлым течением заболевания. Определение указанных показателей может использоваться в качестве дополнительных биомаркеров для оценки прогноза и выбора терапевтической тактики, включая метаболическую коррекцию.

ЗНАЧЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Б.С. АЗИЗОВ, А.А. МАННАНОВ

Ташкентский государственный медицинский университет;
Кафедра дерматовенерологии стоматологического факультета

Введение. Атопический дерматит (АтД) у детей часто характеризуется длительным упорным течением, нередко сопровождается патологией внутренних органов, нервной системы, иммунными нарушениями. Среди факторов, поддерживающих хроническое течение АтД, следует отметить патологию желудочно-кишечного тракта, выявляемую у 80–97 % больных АтД, хронические очаги инфекции (50–60 %), аллергические заболевания органов дыхания (30–40 %), неврологические нарушения (55–70 %).

В последние годы в течении АтД особое внимание уделяется болезням органов пищеварения, заболеваниям тонкого и толстого кишечника, а также печени и желчевыводящих путей, поскольку эти заболевания являются пусковыми факторами заболевания. Необходимо подчеркнуть, что эти заболевания оказывают своё влияние на течение АтД. Известно, что при АтД наблюдается 90 % случаев хронических гастритов, 82,5 % случаев ассоциируются с наличием Helicobacter pylori (Hp). При этом Hp заражает слизистые оболочки желудка и способствует выделению токсинов и аллергенов, что, в свою очередь, приводит к хроническому течению процесса.

В формировании АтД доказана также связь с нарушением микроэкологического состояния. В

этот период наблюдается снижение количества лактобактерий и бифидобактерий, повышение количества золотистых стафилококков и кишечной палочки. Нарушение функциональной активности этих механизмов способствует дисбактериозу и приводит к сенсибилизации организма у детей, больных АтД.

Доказано, что у больных АтД в 60 % случаев определяется дискинезия желчевыводящих путей, в результате наблюдаются нарушения детоксикационной функции организма. Воспалительные и функциональные нарушения деятельности поджелудочной железы приводят к нарушению выделения её секреции, в результате чего наблюдается неполное всасывание белковых веществ у больных с АтД.

В организме больных детей с АтД длительное время сохраняются респираторные вирусы и бактерии, что приводит к повышению температуры тела до высоких значений, а также наблюдается высокая аллергическая ответная реакция на лекарственные препараты. Острые респираторные заболевания у таких детей замедляют процесс выздоровления, а также повышают частоту осложнений.

Течение АтД при наличии различных неврологических заболеваний приводит к снижению качества жизни больных, способствует возникновению отрицательных психоэмоциональных реакций, что, в свою очередь, приводит у больных АтД к состоянию беспокойства и депрессии.

Выводы. Таким образом, нарушение защитных механизмов желудочно-кишечного тракта, дискинезия желчевыводящих путей, аллергические заболевания органов дыхания, наличие очагов хронической инфекции и неврологические нарушения у больных АтД способствуют повреждению слизистых оболочек, в результате наблюдается увеличение поступления антигенов и усугубление течения основного заболевания.

THE ROLE OF HORMONAL IMBALANCE IN HAIR LOSS

B.S. AZIZOV, I.B. NURMATOVA, E. OMONOV

Tashkent state medical university;
Department of dermatovenerology and cosmetology

Relevance. Hair loss (alopecia) is a multifactorial condition affecting millions of people worldwide, with a profound impact on physical appearance, self-esteem, and overall quality of life. Among the various causes, hormonal imbalances have emerged as a critical factor influencing hair follicle function. Androgens, particularly dihydrotestosterone (DHT), are directly involved in androgenetic alopecia, causing miniaturization of hair follicles. Similarly, thyroid hormones regulate the anagen (growth) phase of hair follicles, and any disruption in thyroid function–whether hypothyroidism or hyperthyroidism–can trigger diffuse hair shedding.

Estrogens also play a key role, particularly in women, as they prolong the anagen phase; a sudden decrease in estrogen levels, such as after childbirth or menopause, often leads to telogen effluvium. Furthermore, conditions like polycystic ovary syndrome (PCOS) involve hyperandrogenism, which contributes to hair thinning in female patients.

Despite advances in dermatology, diagnosis and treatment of hormone-related hair loss remain challenging, due to the complex interactions of multiple endocrine pathways. Early recognition and correction of hormonal disorders can prevent irreversible hair follicle miniaturization and improve therapeutic outcomes. Thus, exploring the precise role of hormonal imbalances in hair loss is highly relevant for developing targeted and effective treatment strategies.

Aim of the Study. The aim of this study is to analyze the role of hormonal imbalance in hair loss and to evaluate the effectiveness of targeted treatments based on hormonal correction.

Methods of the Study. The study included 20 patients (aged 18–50) with different types of hair loss associated with hormonal disorders. The following methods were used:

• Clinical assessment of hair density and hair shedding patterns.

• Laboratory tests measuring serum levels of testosterone, dihydrotestosterone (DHT), thyroid hormones (T3, T4, TSH), estrogen, and progesterone.

• Dermoscopy to evaluate hair follicle miniaturization.

• Statistical analysis to compare baseline hormonal levels with hair loss severity and treatment outcomes.

Patients were treated with personalized therapies targeting the underlying hormonal imbalance for a duration of 6 months.

Results of the Study. Among the 20 patients, 12 exhibited androgenetic alopecia, 5 had telogen effluvium related to thyroid dysfunction, and 3 had hair loss related to postpartum estrogen decline.

• Elevated DHT levels were observed in patients with androgenetic alopecia, while thyroid hormone abnormalities were found in patients with telogen effluvium. Postpartum hair loss was associated with sudden drops in estrogen.

• After 6 months of targeted hormonal therapy:

• Hair density improved in 75 % of patients (increase in hair count and reduced shedding).

• DHT-lowering therapy (finasteride or spironolactone) significantly reduced androgen-related hair loss.

• Thyroid hormone normalization restored hair growth in patients with thyroid-induced telogen effluvium.

• Estrogen regulation post-pregnancy reduced shedding and accelerated hair regrowth.

Conclusion. Hormonal imbalances play a significant role in the pathogenesis of hair loss. Correct diagnosis and personalized therapy targeting the specific hormonal disorder lead to significant improvements in hair density, reduce shedding, and enhance patients' quality of life. Comprehensive management of hair loss should include hormonal evaluation and appropriate correction strategies.

THE POTENTIAL OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MELANOMA DIAGNOSIS

B.S. AZIZOV, I.B. NURMATOVA, E. OMONOV

Tashkent state medical university;
Department of dermatovenerology and cosmetology

Relevance. Melanoma is the deadliest form of skin cancer, with its incidence steadily increasing worldwide. Early detection is paramount, as the prognosis significantly improves with timely diagnosis and intervention. Traditional diagnostic methods, including visual examination and histopathological analysis, are time-consuming and dependent on the expertise of healthcare professionals. However, these methods can be limited by subjective interpretation and interobserver variability.

Artificial intelligence (AI), particularly deep learning algorithms, has emerged as a promising tool to aid in the early detection of melanoma. AI systems can analyze large datasets of skin images to identify patterns and features indicative of malignant lesions. Studies have demonstrated that AI algorithms can perform at or above the level of experienced dermatologists in diagnosing melanoma, offering the potential for more accurate and timely diagnoses. For instance, a study published in The Lancet Digital Health in 2023 reported that AI algorithms demonstrated diagnostic accuracy comparable to that of dermatologists in real-world clinical settings.

The integration of AI into clinical practice could address the shortage of dermatologists, especially in underserved areas, and provide a scalable solution for skin cancer screening. Furthermore, AI-powered tools can assist in triaging patients, prioritizing those with high-risk lesions for further evaluation, thereby optimizing healthcare resources. A prospective study conducted in 2024 found that AI systems improved diagnostic accuracy, with sensitivity and specificity rates of 81,1 % and 86,1 %, respectively, when used by healthcare practitioners.

Aim of the Study. The primary objective of this study is to evaluate the effectiveness of artificial intelligence in the diagnosis of melanoma. Specifically, the study aims to:

• Assess the diagnostic accuracy of AI algorithms in identifying malignant skin lesions.

• Compare the performance of AI systems with that of dermatologists with varying levels of expertise.

• Investigate the potential of AI to serve as a decision-support tool in clinical settings.

Methods of the Study: A prospective study was conducted with 500 patients presenting with suspicious pigmented skin lesions. Dermoscopic images were collected and analyzed using a convolutional neural network (CNN) AI algorithm trained on over 100,000 labeled skin lesion images. Each lesion was independently evaluated by the AI system and a panel of dermatologists categorized by experience (novice, intermediate, expert).

Outcome measures included sensitivity, specificity, accuracy, and AUC. Statistical analysis was performed using chi-square tests for categorical variables and t-tests for continuous variables, with a significance level of $p < 0.05$.

Results of the Study. The AI algorithm correctly identified malignant lesions with 87 % sensitivity and 85 % specificity, performing at a level comparable to expert dermatologists.

• Novice and intermediate dermatologists improved diagnostic accuracy when assisted by AI, with overall accuracy rising from 72 % to 86 %.

• The AUC for AI diagnosis was 0.91, indicating high reliability in distinguishing malignant from benign lesions.

• AI proved particularly effective in early-stage melanoma detection, where subtle features are often missed by less experienced clinicians.

Conclusion. Artificial intelligence demonstrates high diagnostic accuracy in melanoma detection and can serve as a valuable decision-support tool for dermatologists. Its integration into clinical practice may improve early detection rates, reduce misdiagnosis, and optimize patient triaging. AI assistance is especially beneficial for less experienced clinicians, supporting more consistent and reliable diagnoses across healthcare settings.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ АРТОРОПАТИЧЕСКОГО ПСОРИАЗА

Б.С. АЗИЗОВ, И.Б. НУРМАТОВА, С.Т. ФОЗИЛОВА

Ташкентский государственный медицинский университет;
Кафедра дерматовенеролдогии и косметологии

Актуальность. Артропатический псориаз (псориатический артрит) представляет собой тяжёлое хроническое заболевание, встречающееся примерно у 20–30 % пациентов с псориазом. При отсутствии своевременной диагностики и адекватной терапии он может привести к стойкой деформации суставов, нарушению трудоспособности и инвалидизации. В последние годы наблюдается значительный прогресс в понимании патогенеза заболевания, что способствовало разработке новых эффективных методов терапии, особенно с применением биологических препаратов. Учитывая высокую распространённость, разнообразие клинических проявлений и необходимость мультидисциплинарного подхода к лечению, изучение артропатического псориаза остаётся крайне актуальным направлением в современной ревматологии и дерматологии.

Цель исследования. Изучить современные подходы лечения артропатического псориаза и на основе новых данных проанализировать их эффективность.

Методы исследования: Лечение артропатического псориаза направлено на купирование воспаления, предотвращение прогрессирования структурных изменений суставов и улучшение качества жизни пациента. Современная терапия включает несколько ключевых направлений:

1. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП):

Применяются на ранних стадиях для снятия боли и воспаления, но не влияют на прогрессирование болезни.

2. Глюкокортикостероиды:

Используются в виде локальных инъекций при ограниченном воспалении суставов. Системное применение ограничено из-за риска обострения кожного псориаза. Гормональные (кортикостероидные) мази:

- Клобетазол (Дермовейт);
- Бетаметазон (Целестодерм, Дипролен);
- Мометазон (Элоком);
- Флутиказон (Кутивейт).

3. Базисные противовоспалительные препараты (БПВП):

- Метотрексат – один из наиболее часто применяемых препаратов.
- Сульфасалазин, лефлуномид и циклоспорин – альтернативы при непереносимости метотрексата.

Эти препараты замедляют прогрессирование заболевания и применяются при периферической форме артрита.

4. Биологическая терапия:

Используется при средней и тяжёлой степени заболевания, особенно при неэффективности БПВП. Включает:

- Ингибиторы ФНО-α (адалимумаб, этанерцепт, инфликсимаб);
- Ингибиторы IL-17 (секукинумаб, иксекизумаб);
- Ингибиторы IL-12/23 (устекинумаб);
- Ингибиторы IL-23 (гуселькумаб, ризанкизумаб);
- Ингибиторы JAK (тофацитиниб, упадацитиниб) – при резистентных формах.

Биологическая терапия обладает неоспоримым преимуществом, заключающимся в точечной блокаде внутриклеточных сигнальных путей воспаления и, как следствие, в специфическом воздействии на заживление кожных бляшек.

5. Командный (мультидисциплинарный) подход:

В лечении участвуют дерматолог, ревматолог, физиотерапевт и при необходимости – психолог.

Заключение: Артропатический псориаз заболевание представляющая собой хронический иммуновоспалительный процесс, сочетающее кожные проявления псориаза с поражением суставов, что требует комплексного, индивидуального и мультидисциплинарного подхода к лечению. Современные методы лечение включают в себя применение биологических препаратов, как ингибиторы ФНО-α, IL-17 и IL-23, позволяющих эффективно контролировать кожные и суставные симптомы при данном заболевании. Персонализированный подбор терапии, в котором учитывается активность заболевания, сопутствующие состояния и прогностические факторы, становится ключевым направлением современной ревмато- и дерматотерапии. Развитие биологических средств и целевой терапии существенно повышает качество жизни пациентов и замедляет прогрессирование деструктивных изменений в суставах.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ КЛЕТОЧНОЙ ПРОЛИФЕРАЦИИ ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Ф.В. АЗИМОВА, Ш.Ш. ШАРАХМЕДОВ, Р.Р. ЗАКИРОВ, К.Ш. КУРБАНОВА

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

Введение. Накопленные данные о патогенезе гнездной алопеции позволяют утверждать, что в основе механизма заболевания лежат клеточно-опосредованные иммунные реакции, обусловленные сложными взаимодействиями сигнальных систем клетки, и приводят к развитию воспалительного инфильтрата аутоиммунного характера. В морфогенезе волосяного фолликула принимают участие несколько сигнальных путей: Delta/Notch, Wnt/Frizzled, Hedgehog/ Patched, TNF-α/BMP, VEGF, FGF signaling/ ERBB. Однм из наиболее изученных являются Wnt/ Frizzled и TNF- α/BMP сигнальные пути. В последние годы появляется все больше доказательств сложного взаимодействия канонического пути Wnt-сигнализации и клеточного цикла. Сигнализация Wnt сильно активируется в митозе, свидетельствуя о том, что «митотическая Wnt-сигнализация» играет важную роль в организации программы клеточного деления и, таким образом, способствует клеточной пролиферации волосяного фолликула. По мнению ряда исследователей, в процессе формирования фолликула (фаза роста), стволовые клетки изменяют полярность и перестраивают межклеточные контакты благодаря способности белка Wnt стабилизировать Р-катенин, повышать его концентрацию в стволовых клетках-мишенях и одновременно ингибировать костно-мозговой белок (костный морфогенетический белок – Bone Morphogenetic Protein, BMP).

Цель исследования: Изучение молекулярных механизмов сигнализации клеточной пролиферации волосяного фолликула в патогенезе гнездной алопеции.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 68 больных с различными формами гнездной алопеции в возрасте от 14 до 50 лет, мужчин было 52,5 %, женщин – 47,5 %, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Пациентов юношеского и молодого возраста от 14 до 25 лет было 35,4 %, пациентов зрелого возраста от 26 до 35 лет – 40,8 %, от 36 лет до 50 лет – 23,8 %. Основное количество больных было с локальной формой гнездной алопеции, среди которых пациентов с очаговой формой было 36,2 %, полиочаговой – 29,7 %, лентовидной – 1,9 %. Больных с субтотальной формой гнездной алопеции регистрировалось -16,1 %, с тотальной – 4,5 %, универсальной – 11,6 %. Наибольшая часть больных страдала гнездной алопецией до 1 года (43,8 %) и от 1 года до 5 лет – 38,7 %. Более длительные сроки заболевания наблюдались у 1/5 части больных (17,5 %). Сопутствующая патология среди пациентов гнездной алопецией была представлена диффузным зобом различной степени (51 %), железодефицитной анемией (32,9 %), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (27,7 %). В целях точной постановки диагноза всем пациентам с гнездной алопецией было проведено видеотриходерматоскопическое исследование кожи волосистой части головы при помощи видеокамеры Aramo-SG (Корея) с линзами X60 и X200, и диагностической программы Trichoscience. Результаты исследования показали следующую картину: с нарастанием тяжести заболевания отмечается достоверно нарастающее уменьшение плотности волос по всей поверхности волосистой части головы, достоверное снижение количества волос в стадии анагена и повышение – в телогена, свидетельствующие о прогрессирующей стадии заболевания; нарастающее снижение доли «желтых» точек (неатрофированных волосяных фолликулов) от 91,2 % до 4,1 % с увеличением тяжести заболевания и увеличение доли «белых» точек (атрофированных волосяных фолликулов) от 8,8 % до 95,9 %, свидетельствующие об атрофии волосяных фолликулов; уменьшение доли патологических волос с увеличением тяжести заболевания от 76,5 % до 3,4 %, характеризующее уменьшением аутоимунного воспалительного процесса и апоптоза.

Имунногистохимические исследование сигналов Wnt1 и BMP в коже пациентов гнездной алопецией по стандартному методу извлечения антигена: стандартный метод поиска антигена термоиндуцированные эпитопы индексирование (HIER) в поисковом буфере с pHом 6, используя котел давления (Decloaking камеру, Biocare Medical, Walnut Creek, CA, США) в качестве источника тепла.

Результаты исследования: При очаговых формах гнездной алопеции – наблюдалась слабо положительная реакция Wnt1, склероз вокруг волосяного фолликула, проникновение лимфоцитов в фолликул. При субтотальных формах гнездной алопеции отмечалась также слабо положительная окраска Wnt1, а также атрофичные волосяные фолликулы, заполненные роговыми массами, вокруг волосянных фолликулов -лимфогистоцитарная инфильтрация. При тотальных

формах гнездной алопеции наблюдалась слабо положительная окраска сигнала BMP, отек, разрыхленные коллагеновые волокна и гистоциты. При универсальных формах отмечалась слабо положительная реакция сигнала BMP, а также фолликулы были атрофичны, коллагеновые волокна вокруг фолликулов отечны, фиброзно изменены, наблюдались единичные лимфоциты.

Заключение: Результаты иммуногистохимического анализа Wnt1 и BMP сигналов показали, что на начальных стадиях гнездной алопеции все же отмечается регенерация волосяного фолликула, что нельзя сказать о более тяжелых формах – тотальной и универсальной, когда наблюдалось усиление ингибирующих сигналов морфогенеза волосяного фолликула. Проведенные исследования свидетельствуют о сложной, многоуровневой системе регуляции роста волос и их отклонения у пациентов гнездной алопецией открывают новые патогенетические механизмы развития заболевания, а в дальнейшем, приведут к созданию новых методов терапии.

IMMUNOMODULATORY ROLE OF ADIPOSE-DERIVED STEM CELLS IN THE PATHOGENESIS OF ANDROGENETIC ALOPECIA: CLINICAL EVALUATION OF PROSTAGLANDIN E2

F.V. AZIMOVA, K.SH. KURBANOVA

State institution «Republican specialized scientific and practical medical center of dermatovenereology and cosmetology» of the ministry of health, Republic of Uzbekistan

Adipose-derived stem cells (ASCs), also known as preadipocytes, possess a number of advantages as a promising source for tissue regeneration and clinical therapy. ASCs can be harvested from abundant autologous sources via liposuction; they demonstrate a high proliferative potential with adipogenic, osteogenic, and chondrogenic differentiation capabilities; and can be identified through fluorescence-activated cell sorting. Importantly, ASCs exhibit immunomodulatory and immunosuppressive properties via direct cell–cell interactions or through the secretion of cytokines such as prostaglandin E2 (PGE2).

Objective: The aim of our study was to investigate the immune activity of ASCs by assessing the levels of prostaglandin E2 (PGE2) in the blood of patients with androgenetic alopecia (AGA).

Materials and methods: We examined 75 patients with AGA aged 18 to 53 years, including 52 females and 23 males. Among the women, Ludwig stage II–III was observed in 38 (73,1 %) patients, characterized by significant thinning in the frontal and vertex regions of the scalp. In 14 (26,9 %) cases, stage I AGA was noted, with mild thinning (0,7–1 cm in width) localized to the crown. Among the men, 11 (47,8 %) had stage III–IV AGA (Hamilton scale) with evident hair loss in the frontal, temporal, and vertex areas; 8 (34,8 %) had stage III with frontal and temporal involvement; and 4 (17,4 %) had advanced stage IV–V with merged bald areas in the fronto-vertex region. The control group included 20 age- and sex-matched healthy individuals.

All patients underwent video trichodermoscopy using an Aramo-SG (Korea) camera with ×60 and ×200 magnification lenses and Trichoscience software. In women, trichoscopy revealed a statistically significant reduction in anagen hair and an increase in telogen hair in both vertex and occipital regions. Among men, a marked decrease in anagen phase hairs and increase in telogen hairs was found in the vertex region, particularly in stages III–IV and IV–V. Occipital phase ratios remained statistically insignificant in earlier stages but were altered in advanced AGA.

Serum PGE2 levels were measured using an automated ELISA method on a Humareader Single device. The spectrophotometric reading was taken at a wavelength of 450 nm immediately after the reaction was stopped.

Results and Discussion: We observed a statistically significant elevation of PGE2 levels in AGA patients compared to controls. In females, PGE2 levels increased with disease severity:

- Stage I: 203,3 ± 9,2 ng/ml;
- Stage II: 235,2 ± 31,5 ng/ml ($P < 0,001$);
- Stage III: 265,8 ± 54,7 ng/ml ($P < 0,001$);

Control group: 98,56 ± 4,5 ng/ml.

In males, PGE2 levels also showed progressive elevation:

- Stage III: 232,6 ± 37,5 ng/ml ($P < 0,01$);
- Stage III–IV: 261,9 ± 41,6 ng/ml ($P < 0,001$);
- Stage IV–V: 290,3 ± 61,4 ng/ml ($P < 0,01$);

Control group: 98,56 ± 4,5 ng/ml.

These findings support the hypothesis that ASCs regulate local immune responses in the hair follicle niche through PGE2 signaling. The consistent increase in systemic PGE2 may reflect a compensatory immune response associated with a reduced pool of functional preadipocytes in AGA patients.

Conclusion: Our data suggest that elevated prostaglandin E2 levels are associated with androgenetic alopecia severity and may reflect underlying immune dysregulation due to depletion or dysfunction of preadipocytes. Intradermal administration of ASC fractions into the scalp could potentially enhance follicular regeneration and improve treatment outcomes, possibly reducing disease relapse.

ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ТЕРБИНАФИН-УСТОЙЧИВЫХ ФОРМ ТРИХОФИТИЙ

А.Р. АКРОМОВ, Х.А. САМАДХОДЖИЕВА

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

Цель исследования. Повышение эффективности лечения пациентов с трихофитиями, путём определения устойчивости трихофитий к препаратам тербинафинового ряда.

Материал и методы исследования. Клинические наблюдения проводили у 29 больных с различными видами трихофитий в возрасте от 7 до 57 лет. Определяли устойчивость трихофитий к препаратам тербинафинового ряда с помощью полимеразной цепной реакции в режиме реального времени производства «DermaGenius» (Нидерланды).

Результаты исследования. Было обследовано 29 больных в возрасте от 7 до 57 лет. С помощью культурального исследования возбудителем были обнаружены: T.gypseum у 16 пациентов (55,17 %), T.violaceum у 6 (20,68 %), T.rubrum и T.tonsurans – по 2 (6,89 %), T.mentagrophytes у 1 (3,44 %). Причиной инфицирования у 5 больных был половой контакт с незнакомой женщиной, у 3 пациенток половой контакт с больным мужем, у 9 больных уход за больными животными, у 5 больных поход в сауну, у 7 больных неизвестен. Давность заболевания составляла до 3 месяцев (10 больных), до 6 месяцев (4), до 9 месяцев (5), до года (3), до 5 лет (1). Причём больные ранее применяли топические стероиды (дермовейт, синафлан), комбинированные крема (тридокс, неодерм, тридерм), тербинафин, иртаконазол. У 13 больных была установлена методом ПЦР нечувствительность к препаратам тербинафинового ряда (из них возбудителем являлся: у 8 – T.gypseum, у 3 – T.violaceum, у 1 – T.tonsurans и T.mentagrophytes).

Выводы: Таким образом, патоморфоз течения микотической инфекции приводит к диагностическим ошибкам, неадекватного использования топических кортикостероидов, и почти в половины случаях имеется факт нечувствительности к препаратам тербинафинового ряда, что и привозит к длительному течению микотической инфекции, её распространению и торпидности в отношении проводимой терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НЕЙРОДЕРМАТОЗОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ИХ ТЕЧЕНИЯ

А.Ш. АЛИЕВ, Н.А. СОБИТЖОНОВА

Ташкентская медицинская академия;
Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Актуальность. Нейродерматозы (НД) – распространенные хронические воспалительные заболевания кожи, которые могут проявляться в детском и взрослом возрасте, сопровождаясь экзематозными поражениями и выраженным зудом. Заболевание существенно снижает качество жизни пациентов, а его тяжелые формы нередко резистентны к стандартной терапии, включающей эмоленты, топические кортикостероиды и ингибиторы кальциневрина.

С учетом высокой частоты рецидивов и ограниченной эффективности традиционного лечения возникает потребность в разработке новых терапевтических стратегий. Современные исследования показывают, что ингибиторы Янускиназы (JAK), в частности барицитиниб, обладают высоким терапевтическим потенциалом при лечении тяжелых форм атопического дерматита (АД).

Цель исследования – оптимизация патогенетической терапии нейродерматозов в зависимости от степени тяжести их течения путем оценки иммунно-цитокинового профиля пациентов и внедрения новых методов лечения.

Методы исследования: В исследование включены пациенты с различными формами нейродерматозов, куда были включены: клинические, иммунологические и статистические методы исследования. Результаты эффективности терапии подсчитывались спустя 6 месяцев после проведенной терапии.

Результаты исследования. В исследование вошли 18 пациентов с различными формами нейродерматозов со средним и тяжелым течением (SCORAD 24-46): атопический дерматит, в том числе атопическая экзема (12), различные формы почесух (6).

Первичный анализ показал, что у пациентов с тяжелыми формами НД наблюдается значительное повышение уровня ИНФ-γ и ИЛ-6, а также снижение ИЛ-10. Введение ингибиторов JAK в схему терапии способствовало:

Снижению выраженности клинических проявлений (SCORAD 7–12).

Снижению уровня про противовоспалительнх цитокинов;

Сокращению частоты рецидивов.

Пациенты, получавшие барицитиниб, демонстрировали более выраженное улучшение по сравнению с группой, получавшей традиционную терапию.

Заключение. Оптимизация терапии нейродерматозов с учетом степени их тяжести и иммунно-цитокинового статуса пациентов позволяет повысить эффективность лечения. Применение ингибиторов JAK открывает новые перспективы в терапии тяжелых форм НД, снижая выраженность воспалительных процессов и улучшая качество жизни пациентов.

АНАЛИЗ УРОВНЯ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

С.С. АРИФОВ, Н.Н. МАЛИКОВА

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз

Введение. Акне (acne vulgaris) – хроническое воспалительное заболевание сальных желёз и волосяных фолликулов, патогенез которого включает гормональные, микробные и иммунные факторы, а также нарушение окислительно-антиоксидантного баланса. Одним из ключевых ферментов антиоксидантной защиты организма является супероксиддисмутаза (СОД), преобразующая высокоактивный супероксидный радикал в менее токсичные соединения.

Изучение уровня СОД у пациентов с акне различной степени тяжести позволяет более точно оценить степень окислительного стресса и эффективность терапии.

Материалы и методы. В исследование включены 83 пациента с акне, разделённые по степени тяжести: лёгкая степень – 31 человек, средняя степень – 35 человек, тяжёлая степень тяжести – 17 человек.

Определение уровня СОД в крови проводилось до и после курса разработанной терапии-стандартная терапия с добавлением антиоксидантного препарата Тиотриазолин. Показатели выражались в условных единицах (у.е.) как среднее значение ± стандартное отклонение. Статистическая обработка включала парный t-тест для сравнения «до и после» внутри групп.

Результаты. У пациентов с лёгкой степенью акне уровень СОД до лечения составлял 127,8 ± 11,4 у.е., после лечения – 192,8 ± 30,1 у.е.. Повышение показателя статистически значимо ($p < 0,01$). У больных со средней степенью акне уровень СОД до лечения был 102,0 ± 10,9 у.е., а после лечения – 184,8 ± 22,8 у.е., что также является высоко достоверным изменением ($p < 0,001$), тогда как у пациентов с тяжёлой степенью акне до лечения уровень СОД составлял 79,6 ± 12,3 у.е., после терапии он вырос до 152,6 ± 36,4 у.е. ($p < 0,001$).

Обсуждение. Результаты исследования подтверждают, что тяжесть акне сопровождается снижением антиоксидантной активности, что, вероятно, связано с усилением окислительного стресса в коже. Дефицит СОД может способствовать прогрессированию воспалительного процесса. Восстановление уровня СОД после терапии указывает на эффективность комплексного подхода, включающего антиоксидантную и противовоспалительную терапию. Особенно важно это для пациентов с тяжёлым течением акне, у которых исходный уровень СОД был наиболее низким.

Заключение. Уровень супероксиддисмутазы значительно снижается с увеличением степени тяжести акне. Проведённая терапия приводит к достоверному восстановлению активности СОД, что свидетельствует о снижении окислительного стресса и повышении эффективности защитных механизмов организма. Мониторинг СОД может быть полезен в оценке тяжести акне и контроля эффективности лечения.

РОЛЬ МАЛОНДИАЛЬДЕГИДА В ПАТОГЕНЕЗЕ АКНЕ

С.С. АРИФОВ, Н.Н. МАЛИКОВА

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз

Акне является мультифакторным заболеванием, этиопатогенез которого до конца не изучена. Исследования подтверждают значительную роль малондиальдегида (MDA) в патогенезе акне, подчеркивая его связь с окислительным стрессом и воспалением. Он образуется при распаде липидов, в частности, полиненасыщенных жирных кислот, и является продуктом действия активных форм кислорода (АФК). Высокие уровни MDA наблюдаются при воспалительных процессах, таких как акне, где он может способствовать повреждению клеточных мембран, нарушению антиоксидантной активности и усилению воспаления. Высокие концентрации малондиальдегида связаны с усилением воспаления и повреждением клеточных структур которые могут быть ключевым звеном формирования акне. MDA также может вызывать активацию различных молекулярных мишеней, включая ядерные рецепторы и каспазы, что приводит к увеличению продукции провоспалительных цитокинов и усилению кожного воспаления. Это делает MDA потенциальным биомаркером для диагностики и мониторинга акне, а также важной мишенью для разработки новых терапевтических стратегий.

Таким образом, малондиальдегид (MDA) играет важную роль в патогенезе акне, являясь ключевым маркером окислительного стресса и воспаления. Его повышение способствует активации воспалительных процессов, повреждению клеток и прогрессированию заболевания. Недавние исследования подтверждают важность MDA как биомаркера для диагностики и мониторинга акне, а также открывают новые перспективы для разработки терапевтических стратегий, направленных на снижение уровня окислительного стресса и воспаления. Использование антиоксидантных препаратов, нормализация микробиоты кожи могут стать важными компонентами комплексного подхода в лечении акне.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ СИЛЬНЫХ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ НА КОЖЕ ЛИЦА

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

[1]Ташкентский государственный медицинский университет;
[2]Ферганский медицинский институт общественного здоровья

В практике дерматолога очень часто встречаются случаи применения пациентами топических ГКС на кожу лица. Топические глюкокортикостероиды (ГКС) являются важнейшими средствами терапии воспалительных дерматозов, однако при их неправильном применении на лице возникает широкий спектр побочных эффектов.

Клинические проявления побочных эффектов:

- атрофия кожи (истончение, морщинистость);
- телеангиэктазии («сосудистые звездочки»);
- стероид-индуцированное акне и периоральный дерматит;
- гипертрихоз;
- синдром отмены («стероидное лицо») – выраженная эритема, отек, жжение после прекращения применения ГКС.

Патогенез осложнений связан с подавлением синтеза коллагена и эластина, нарушением микроциркуляции и изменением кожного микробиома.

Тактика ведения пациентов:

- постепенная отмена сильных ГКС;
- переход на негормональные препараты (такролимус, пимекролимус, кальципотриол);
- применение эмолентов, увлажняющих средств;
- при выраженном воспалении – короткие курсы антибиотиков (метронидазол, тетрациклины).

Современные методики коррекции осложнений:

- сосудистые лазеры (PDL, Nd:YAG) для устранения телеангиэктазий;
- фракционные неаблятивные лазеры и микронедлинг для коррекции атрофии;
- фототерапия и LED-технологии для уменьшения эритемы.

Вывод: применение сильных ГКС на лице должно быть строго ограничено по времени и сопровождаться дерматологическим контролем. В современных рекомендациях акцент делается на использование ингибиторов кальциневрина для длительной терапии чувствительных зон.

ТРИХОТИЛЛОМАНИЯ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ КАК ПСИХОДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

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

[1]Ташкентский государственный медицинский университет;
[2]Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Трихотилломания (ТТМ) – психодерматологическое расстройство, проявляющееся навязчивым выдергиванием волос. В подростковом возрасте (чаще у девочек 11–15 лет) заболевание встречается наиболее часто.

Этиология и патогенез: в развитии данной патологии имеется ряд факторов, таких как психоэмоциональные факторы (стресс, тревожные расстройства, депрессия); нейробиологические механизмы (дисбаланс серотонина и дофамина, нарушения в системе вознаграждения); генетическая предрасположенность.

Клиническая картина: очаги алопеции с неравномерной длиной волос, отсутствие «знака восклицания», характерного для алопеции ареата. Часто сопутствуют повреждения кожи, корки, вторичная инфекция.

Диагностика: трихоскопия (короткие обломанные волосы, «черные точки»), исключение микозов (микроскопия, посев).

Терапия комплексная, совместно с психотерапевтом:

- психотерапия (когнитивно-поведенческая, метод «обращения привычек»);
- семейная терапия, коррекция стрессовых факторов;
- медикаменты (СИОЗС, антидепрессанты, иногда стабилизаторы настроения);
- дерматологическая поддержка (топические антисептики, стимуляторы роста волос).

Современные подходы: в исследованиях, представленных в различных источниках, рассматриваются N-ацетилцистеин и новые поведенческие методики с использованием цифровых технологий (онлайн-КПТ, мобильные приложения для контроля привычек).

Прогноз: при комплексном лечении возможно достижение длительной ремиссии, особенно при раннем выявлении и вовлечении семьи.

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ГИДРАДЕНИТА: РОЛЬ ГИБРИДНЫХ ИНГИБИТОРОВ ЯНУС-КИНАЗ

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

[1]Ташкентский государственный медицинский университет;
[2]Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель исследоввания. Гидраденит (hidradenitis suppurativa, HS) является хроническим воспалительным заболеванием волосяных фолликулов, характеризующимся образованием болезненных узлов, абсцессов и свищей, приводящих к рубцеванию и выраженному снижению качества жизни. Современные методы лечения, включая длительную антибиотикотерапию, системные ретиноиды и биологические препараты (ингибиторы TNF-α), не всегда обеспечивают стойкую ремиссию. Целью работы является анализ перспектив применения гибридных ингибиторов янус-киназ (ГИБТ) в терапии HS.

Методы. Изучены публикации за последние годы, посвящённые иммунопатогенезу гидраденита и роли сигнального пути JAK/STAT в активации цитокинов (IL-1β, IL-6, IL-17, IFN-γ). Рассмотрены пилотные исследования и клинические наблюдения эффективности применения JAK-ингибиторов у пациентов с тяжёлым течением HS.

Результаты. ГИБТ обеспечивают комбинированное воздействие на несколько ключевых звеньев воспалительного каскада, что позволяет снижать продукцию провоспалительных цитокинов и контролировать хроническое рецидивирующее воспаление. Клинические данные свидетельствуют о снижении частоты образования новых узлов, уменьшении болевого синдрома и гнойного отделяемого, а также улучшении индекса тяжести заболевания (IHS4) и показателей качества жизни (DLQI). Отмечается положительная динамика у пациентов, резистентных к анти-TNF терапии. Дополнительным преимуществом является удобная пероральная форма приёма, что повышает приверженность лечению.

Выводы. Гибридные ингибиторы янус-киназ представляют собой перспективный класс препаратов для терапии гидраденита, позволяющий воздействовать на ключевые механизмы патогенеза заболевания и улучшать клинические исходы. Для окончательного подтверждения их роли необходимы крупные рандомизированные исследования, однако уже сегодня ГИБТ можно рассматривать как инновационное направление лечения HS.

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ГИБРИДНЫХ JAK-ИНГИБИТОРОВ В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

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

[1]Ташкентский государственный медицинский университет;
[2]Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Псориаз представляет собой хронический воспалительный дерматоз с выраженным аутоиммунным компонентом, поражающий до 2–3 % населения мира. Заболевание характеризуется гиперпролиферацией кератиноцитов, активацией Т-лимфоцитов и избыточной продукцией провоспалительных цитокинов, что приводит к формированию системного воспалительного каскада. Традиционная системная терапия (метотрексат, циклоспорин, ретиноиды, биологические агенты) позволяет контролировать течение заболевания, однако имеет ряд ограничений: необходимость длительного применения, высокая стоимость, парентеральное введение и риск развития серьёзных побочных эффектов.

В последние годы внимание исследователей сосредоточено на сигнальном пути JAK/STAT, играющем ключевую роль в передаче сигналов от цитокинов IL-23, IL-17, IFN-γ, участвующих в патогенезе псориаза. В этой связи была разработана новая группа препаратов – гибридные ингибиторы янус-киназ (ГИБТ), обладающие улучшенной селективностью и благоприятным профилем безопасности по сравнению с традиционными JAK-ингибиторами.

Результаты клинических исследований продемонстрировали, что использование ГИБТ приводит к быстрому снижению индекса PASI, уменьшению эритемы, инфильтрации и шелушения, а также снижению выраженности зуда и боли. У пациентов с псориатическим артритом отмечалась положительная динамика суставных проявлений. Дополнительным преимуществом является пероральная форма введения, позволяющая повысить приверженность лечению, а также возможность индивидуальной титрации дозы.

Таким образом, гибридные ингибиторы янускиназ открывают новые возможности в терапии псориаза, обеспечивая сочетание высокой эффективности, удобства применения, контроля кожных и суставных проявлений, а также улучшение качества жизни пациентов. Внедрение данной группы препаратов можно рассматривать как перспективное направление современной дерматологической практики.

СТЕРОИДНОЕ АКНЕ У СПОРТСМЕНОВ

Б.И. МУХАМЕДОВ, А.Ш. АЛИЕВ, М.А. ПУЛАТОВ, Б.Б. МУХАМЕДОВ

Ташкентский государственный медицинский университет

Стероидное акне представляет собой дерматологическую патологию, возникающую вследствие приема анаболических стероидов, часто используемых спортсменами для увеличения мышечной массы и выносливости. По данным литературы, до 40–45 % лиц, принимающих анаболические андрогены, сталкиваются с появлением акнеформных высыпаний, что делает данное осложнение актуальной междисциплинарной проблемой на стыке спортивной медицины, эндокринологии и дерматологии.

Патогенез основан на гиперандрогении: стимуляция рецепторов к андрогенам приводит к гипертрофии сальных желез, усиленной продукции себума и развитию фолликулярного гиперкератоза. Дополнительную роль играют микробиота кожи (Cutibacterium acnes), иммунные факторы и нарушение барьерной функции эпидермиса. В отличие от вульгарного акне, стероидное акне имеет более внезапное начало, быстрое прогрессирование и склонность к узловато-кистозным формам.

Клиническая картина включает обильные папуло-пустулезные элементы на лице, груди, спине и плечах; возможны тяжелые конглобатные формы, сопровождающиеся образованием рубцов. Характерным является возникновение акне через несколько недель после начала приема стероидов.

Современные подходы к терапии:

- отказ от анаболических стероидов является ключевым шагом;
- местное лечение включает ретиноиды, азелаиновую кислоту, бензоилпероксид, комбинированные средства;
- системная терапия: изотретиноин (с кумулятивной дозой 120–150 мг/кг) остается «золотым стандартом» при тяжелых формах;
- у женщин при гормональном дисбалансе возможно назначение антиандрогенных препаратов (ципротерон, спиронолактон);

• для коррекции рубцов применяются фракционные лазеры, IPL, микродермабразия.

Перспективы: активно исследуются фотодинамическая терапия и лазерные технологии, направленные на снижение себопродукции. Также внимание уделяется изучению роли микробиома кожи у спортсменов.

ИНВЕРСИОННЫЙ ПСОРИАЗ

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

[1]Ташкентский государственный медицинский университет;
[2]Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Инверсионный (или складочный) псориаз – особая форма псориаза, при которой очаги располагаются в естественных складках кожи (подмышечные, паховые области, межъягодичная складка, субмаммарные зоны). По данным эпидемиологических исследований, около 3–7 % всех случаев псориаза приходится именно на складочные формы.

Клинические особенности: в условиях повышенной влажности и трения отсутствует выраженное шелушение, что затрудняет диагностику. Бляшки имеют гладкую, блестящую поверхность и насыщенную красную окраску. Пациенты жалуются на зуд, жжение, болезненность. Часто инверсный псориаз осложняется вторичной инфекцией (кандидоз, бактериальные дерматиты).

Дифференциальная диагностика проводится с кандидозом, эритразмой, себорейным и аллергическим дерматитом, болезнью Дарье. Для уточнения диагноза применяются микроскопия, дерматоскопия, иногда биопсия.

Лечение:

• топические ГКС средней силы (короткие курсы до 2–4 недель);
• *а*налоги витамина D3 (кальципотриол, такальцитол) – для поддерживающей терапии;
• ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус) – препараты выбора для длительного применения на тонкой коже складок;
• эмоленты для снижения трения и поддержания барьерной функции.

При распространенном процессе или резистентности применяются системные средства: метотрексат, циклоспорин, ацитретин. В последние годы появились биологические агенты (ингибиторы TNF-α, IL-17, IL-23), которые продемонстрировали высокую эффективность при резистентных формах.

Новые технологии включают лазерное лечение (excimer-лазер 308 нм), фототерапию узкополосным УФ-В, а также таргетные молекулы ингибиторы JAK).

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЕЗНИ ВИТИЛИГО С ТРИГГЕРАМИ TORCH ИНФЕКЦИЯМИ

Р.Э. БАХШИЛЛОЕВА

Бухарский государственный медицинский институт

Актуальность. Витилиго обусловлено как генетической, так и негенетической многофакторной и полигенной природой. Наши научные данные в основном основаны на аутоиммунных, окислительных стрессовых, генетических и нейрохимических гипотезах. Лабораторные данные имеют решающее значение для определения соответствующих терапевтических целей и методов лечения, позволяющих остановить прогрессирование заболевания и усилить репигментацию.

Цель исследование. Изучить в Бухарском области клинику заболевания витилиго связанную с триггерами TORCH инфекция, влияющими на иммунный статус организма.

Материалы и методы. В исследование были включены 145 пациентов с витилиго и 30 здоровых лиц в качестве контрольной группы с апреля 2022 года по января 2025 года. Для того, чтобы оценить клиническое в зависимости от степени тяжести заболевания рассчитывали индекс DLQ (дерматологическое качество жизни) пациентов с витилиго. Уровень сывороточных IgG измеряли с помощью тест-наборов для иммуноферментного анализа (ИФА) и ПЦР согласно инструкции производителя. Число людей с инфекциями сравнивали с помощью критерия хи-квадрат.

Результаты и их обсуждения. По данным логистического регрессионного анализа, возраст и пол не влияют на TORCH-инфекцию и уровень антител. По видам TORCH были проанализиро-

ваны 20 % и 17,5 % пациентов со среднетяжелым заболеванием и 10 % пациентов с тяжелым заболеванием. Титры IgG против HSV демонстрируют нормальное распределение у пациентов и контрольной группы. Средний уровень IgG против ВПГ у пациентов и контрольной группы составил 42,64 и 90,01 Ед/мл соответственно. Корреляция Пирсона между уровнями IgG и IgA и тяжестью заболевания составила 0,071 и -0,022 соответственно. У четырнадцати процентов пациентов и 12 % контрольной группы с TORCH-инфекциями уровень IgG был менее 10 Ед/мл

Заключение. Результаты этого исследования показали, что тип TORCH-инфекции может меняться у пациентов с витилиго. Более того, у этих пациентов с несегментарным витилиго наблюдаются нарушения и повышение выработки антител против ВПГи цитомегаловирусная инфекция, которые могут играть роль в патогенезе витилиго.

ОСОБЕННОСТИ СУБПОПУЛЯЦИЙ TNK- И NK-ЛИМФОЦИТОВ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

О.А. БЕЛЫХ, М.М. КОХАН

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

Роль киллерных популяций лимфоцитов в периферической крови при псориазе связана с особенностями функционирования иммунной системы при этом заболевании. Некоторые исследования показывают, что доля NK- и TNK-клеток с максимальным цитотоксическим потенциалом в периферической крови пациентов с псориазом выше, чем у здоровых людей, что характерно для обострения заболевания. Однако цитотоксическая активность NK-клеток при псориазе снижена, что делает их борьбу с «изменённым своим» неэффективной.

Также есть мнение, что отсутствие различий в содержании NK-клеток у больных псориазом – это компенсаторное проявление усиленного созревания этих клеток в красном костном мозге в ответ на активную миграцию в очаг поражения. Таким образом, роль лифмоцитов с киллерной функцией при псориазе включает как увеличение их количества, так и снижение активности, что влияет на иммунные процессы при заболевании.

Цель исследования. Проанализировать содержание популяций лимфоцитов с киллерной активностью, TNK- и NK-клеток, у больных псориазом в зависимости от тяжести течения заболевания.

В ходе выполнения исследования было проведено комплексное иммунологическое обследование 82 пациентов клиники УрНИИ ДВиИ, больных псориазом, в возрасте от 21 до 77 лет, из числа которых сформированы группы в соответствии с клиническими особенностями течения псориатического процесса: вульгарный псориаз (I группа, ВП) (n = 29, PASI 19,5 ± 5,8), псориаз, осложнённый эритродермией (II группа, ПЭ) (n = 7, PASI 15,9 ± 6,8), вульгарный псориаз, осложнённый псориатическим артритом (III группа, ПА) (n = 36 PASI 53,6 ± 12,1), вульгарный псориаз, осложнённый эритродермией в сочетании с псориатическим артритом (IV группа, ПЭ + ПА, n = 10, PASI 56,2 ± 11,5). В качестве контрольной группы были обследованы 55 человек без дерматологических заболеваний.

Кровь для иммунологического обследования получали путем пункции локтевой вены. Взятие крови осуществляли в утренние часы (8-9 часов) строго натощак. Для получения сыворотки 5 мл крови помещали в пробирку VACUTAINER, содержащую динатриевую соль ЭДТА. Для выделения мононуклеаров использован стандартный метод градиентного центрифугирования с последующей отмывкой клеток фосфатно-солевым буферным раствором (pH 7.2) и средой RPMI-1640. Концентрация клеток во всех проведенных исследованиях составляла $1–2x10^6$ клеток/мл. Оценку субпопуляционной структуры лимфоцитов осуществляли стандартным методом прямого двух- и трёхпараметрического иммунофлюоресцентного окрашивания мононуклеаров с использованием коммерческих лизирующих/фиксирующих и промывающих растворов и панели моноклональных антител (Beckman Coulter). Использовали следующие комбинации: CD3-FITC/CD8-PE, CD3-FITC/CD(16 + 56)-PE, CD3-FITC/CD8-PE/CD45-PC5, CD3-FITC/CD(16 + 56)-PE/CD45-PC5. Цитофлюорометрию осуществляли на проточном цитофлюориметре Epics XL (Beckman Coulter), при этом регистрировали суммарно не менее 10.000 событий.

Количество Т-киллерных клеток ($CD3^+CD(16+56)^+$) было снижено у пациентов во всех группах (ВП 4,30 ± 3,03 %* ПА 5,49 ± 4,11 %, ПЭ 3,33 ± 2,01 %** ПЭ + ПА 3,36 ± 1,84 %**, но статистически значимое по сравнению с контрольной (6,10 ± 5,37 %) снижение относительного количества TNK-клеток наблюдалось у больных I группы (*$p < 0,05$) и III и IV групп (**$p < 0,01$).

Относительное содержание натуральных киллеров ($CD3^-CD(16+56)^+$) в периферической крови у больных ВП средней тяжести (11,38 ± 7,09 %) и

при ПА (10,74±6,89 %) не отличалось от показателей контрольной группы (11,25±6,02 %), в то время как у пациентов с ПЭ (6,63±4,77 %)*# и ПЭ в сочетании с ПА (6,29±4,35 %)**### наблюдалось достоверное уменьшение данной популяции при сравнении с контрольной группой (*p<0,02, ** p<0,01) и группой больных ВП (#p<0,05, ##p<0,01). Абсолютное количество NK-клеток у больных ПЭ в сочетании с ПА было значительно ниже, чем у пациентов с ВП (0,15±0,11 x10^6 и 0,30±0,14 x10^6 соответственно, p<0,01).

Нами также была проанализирована субпопуляция NK-клеток, несущих на своей поверхности рецептор CD8 ($CD3^-8^+(16+56)^+$). Содержание данной субпопуляции во всех исследуемых группах было ниже таковой в контроле (в группе ПВ 4,58±3,04 %, в группе ПА 4,96±3,96 %, в контрольной группе 5,33±2,90 %), а у пациентов с ПЭ и наиболее тяжелыми проявлениями псориаза в виде ПЭ в сочетании с ПА было ниже показателей группы контроля в 1,6 раза (3,30±2,88 % и 3,37±1,98 %*, *p<0,02) соответственно).

В то же время, доля $CD3^-8^+(16+56)^+$-лимфоцитов среди популяции NK-лимфоцитов периферической крови увеличивалась по мере нарастания тяжести заболевания. При ВП средней степени тяжести доля таких клеток была достоверно ниже (37,09±12,21 %), чем в контрольной группе (47,35±19,25 %)(p<0,01), однако в группе больных, страдающих ПЭ и ПА, количество CD8-позитивных NK-лимфоцитов достигало 57,69 % от всех NK (p<0,02 по сравнению с контрольной группой).

Таким образом, можно предположить, что клеточный компартмент иммунной системы у больных тяжёлыми формами псориаза реагирует дополнительным усилением цитотоксических потенций киллерных клеток в целях воздействия на активированные Т-лимфоциты (Th1), продуцирующие провоспалительные цитокины и TNFα. В целях уточненения иммунных механизмов формирования тяжёлых форм псориаза перспективным является дальнейшее изучение структуры субпопуляций, имеющих киллерные функции.

ПОКАЗАТЕЛИ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН С КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ (КР)

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

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

Известно, что **к** факторам риска формирования келоидных рубцов относятся системные поражения соединительной ткани, аллергические заболевания, нарушения со стороны эндокринной системы, гормональный дисбаланс, приводящие к неконтролируемому росту келоидной ткани.

Цель исследования. Целью проведенного исследования явилось исследование уровня гормонов у женщин с КР.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 62 женщины в возрасте от 14 до 24 лет с «истинными» (n=30) и «ложными» (n=32) келоидными рубцами. Здоровые пациентки составили группу контроля (n=30). Белковые (ФСГ, ЛГ) и стероидные гормоны (эстрадиол, тестостерон, прогестерон, дегидроэпиандростерона сульфат и кортизол) определяли у пациенток в плазме крови методом твёрдофазного иммуноферментного анализа с учётом фазы менструального цикла.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе пациенток с «истинными» келоидами были выявлены наиболее значительные изменения фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего гормонов (ЛГ), которые, по сравнению с группой контроля, были выше в 3,2 и 3,7 раза соответственно (16,74±0,54 нмоль/л и 11,83±0,56 нмоль/л против 5,21±0,88 нмоль/л и 3,21±0,27 нмоль/л p<0,001). При этом, в группе пациенток с «ложными» келоидами эти значения составили 9,83±0,54 и 8,02±2,5 нмоль/л, то есть были выше, чем в группе контроля (p<0,001), но ниже, чем в группе пациенток с «истинными» келоидами (p<0,001). Значительные отличия были выявлены по показателю прогестерона, который у пациенток с «истинными» келоидами был в 2 раза выше, чем у пациенток с «ложными» келоидами (5,24±0,06 нмоль/л против 2,46±0,12). Уровень пролактина в крови женщин с «истинными» келоидами также значительно превалировал, по сравнению с показателями в группе пациенток с «ложными» келоидами, и составил соответственно 711,59±5,21 и 510,59±5,21 мМИ/л (p <0,001).

Показатель ДГЭА-С при «истинных» келоидах был в 2 раза выше, чем при «ложных» и составил 14,2±2,5 и 7,05±0,5 мкг/мл (p <0,001). Уровень кортизола был ниже контрольных значений в обеих группах и составил 90,06±5,12 и 97,0±6,11нмоль/л.

Таким образом, у женщин с «истинными» и «ложными» келоидными рубцами нарушения гормонального фона наблюдались в 87,5 % и 71,1 % случаев соответственно, причём уровень гиперандрогении был выше у пациенток с «истинными» КР.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Ш. ВАЛИЖОНОВА, Ф.Б. МИРОДИЛОВА

Ташкентский государственный медицинский университет

Современные научные данные подтверждают наличие двусторонней связи между психоэмоциональным состоянием и тяжестью дерматологических заболеваний. Стрессовые факторы не только ухудшают субъективное восприятие симптомов, но и способны напрямую влиять на течение кожного процесса через нейроиммунные и нейроэндокринные механизмы. В связи с этим возрастает актуальность оценки психоэмоционального статуса пациентов при хронических дерматозах и внедрения методов, направленных не только на лечение кожных проявлений, но и на коррекцию эмоциональных нарушений.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ медицинских данных 150 пациентов с подтверждёнными диагнозами хронических дерматозов, наблюдавшихся в дерматологической клинике проводился в период с января 2024 по декабрь 2025 года. Анализ проводился на основе амбулаторных карт пациентов ($n = 150$) с диагнозами: псориаз – 62 случая (41,3 %), атопический дерматит – 45 случаев (30,0 %), экзема – 29 случаев (19,3 %), хроническая крапивница и другие формы дерматозов – 14 случаев (9,4 %). Критерии включения: длительность заболевания более 1 года; наличие не менее двух обострений в год; наличие записей о психоэмоциональных жалобах и прохождении психокоррекции. Из медицинских карт извлекались данные о тяжести дерматоза (по PASI, SCORAD, индексам локализации и распространённости), жалобах, связанных с психоэмоциональным состоянием (депрессия, тревожность, стресс), прохождении психологического или психотерапевтического лечения, показателях DLQI (фиксировались у 86 пациентов).

Результаты: Анализ данных 150 пациентов показал, что у 78 % пациентов ($n = 117$) в анамнезе отмечались жалобы на тревожность, нарушения сна или раздражительность, особенно в периоды обострения. У 44 % пациентов ($n = 66$) в течение болезни фиксировались эпизоды, требовавшие назначения анксиолитиков или консультации психотерапевта. DLQI <> 10 баллов (что свидетельствует о выраженном снижении качества жизни) наблюдался у 59,3 % пациентов ($n = 51$ из 86, у кого оценивался DLQI). Пациенты, которым проводилась психотерапевтическая коррекция ($n = 36$), демонстрировали более стабильное течение заболевания, меньшее количество обострений и лучшие показатели комплаентности. Корреляционный анализ показал статистически значимую связь между частотой обострений дерматоза и наличием устойчивой тревожности ($r = 0{,}51$, $p < 0{,}01$), а также между уровнем DLQI и наличием жалоб на стрессовые эпизоды в анамнезе ($r = 0{,}48$, $p < 0{,}05$).

Выводы: Ретроспективный анализ позволил выявить устойчивую тенденцию к ухудшению качества жизни и клинического состояния у пациентов с хроническими дерматозами, сопровождающихся психоэмоциональными нарушениями. Полученные данные подтверждают, что в реальной клинической практике пациенты нередко игнорируют или недооценивают влияние стресса и депрессии на течение болезни, в то время как те, кто получал психокоррекционную поддержку, демонстрировали более стабильные дерматологические показатели. Эти результаты подтверждают необходимость рутинной оценки психоэмоционального статуса при ведении больных с хроническими дерматозами, что может стать основой для внедрения стандартизированных мультидисциплинарных протоколов в дерматологической практике.

Психоэмоциональные показатели являются ключевым компонентом клинической картины хронических дерматозов и существенно влияют на их течение и эффективность терапии. Включение психотерапевтических и психосоциальных интервенций в стандартную терапию способствует снижению выраженности симптомов, улучшению качества жизни и повышению комплаентности пациентов. Будущие исследования должны быть направлены на разработку индивидуализированных мультидисциплинарных протоколов лечения с участием дерматологов, психотерапевтов и социальных работников.

ПРИМЕНЕНИЕ КОЛЛАГЕНОСТИМУЛЯТОРА НА ОСНОВЕ ПОЛИ-L-МОЛОЧНОЙ КИСЛОТЫ В ЭКСТРАФАЦИАЛЬНЫХ ЗОНАХ: ШЕИ И ДЕКОЛЬТЕ

Ю.Н. ГРЕКОВА[1], Д.Ю. ЗАХАРОВ[2]

[1]ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии», Екатеринбург;
[2] Клиника «Линлайн», Ектеринбург

Гармоничный внешний вид, сохранение молодости и привлекательности – наиболее частые запросы пациентов на приеме у врача косметолога. Это повышает востребованность эффективных и безопасных косметологических процедур с коротким реабилитационным периодом для коррекции возрастных изменений. При этом растет количество малоинвазивных процедур с экстрафациальными точками приложения.Среди них шея и область декольте занимают лидирующие позиции. Данные анатомические зоны зачастую являются открытой частью тела, поэтому подвержены фотостарению и могут быть причиной не только эстетических, но и психологических проблем у пациентов.

На сегодняшний день косметология располагает широким арсеналом процедур, направленных на решение инволюционных вопросов кожи. Это, прежде всего, аппаратные методы (лазеры, IPL,BBL,HIFUS,RF) и инъекционные процедуры. Так как количественные и качественные изменения коллагена являются одним из ведущих звеньев в патогенезе возрастных изменений кожи, что логично объясняет рост числа процедур инъекционных коллагеностимуляторов. Среди них полимолочная кислота (ПМК) занимает ведущее место (по данным ISAPS прирост процедур за 2024 год по отношению к 2020 г. составил 430,7 %).

ПМК – биополимер с доказанной биосовместимостью и биодеградацией, активно применяется в различных областях медицины с конца 60-х гг.XX века.

Цель исследования. Изучение эффективности и безопасности применения инъекционного препарата на основе PLLA для коррекции возрастных изменений кожи экстрафациальных зон: шеи и декольте.

В исследование вошли 30 женщин (2 группы по 15 человек). Первая группа 15 женщин в возрасте от 35 до 49 лет (средний возраст 41,2±2,9 лет). Вторая – 15 женщин в возрасте 50–65 лет (средний возраст 53,7±3,7 лет). Пациенты имели I–III фототип кожи, признаки возрастных изменений кожи шеи и декольте в виде снижения ее тургора и эластичности, сформированных статических морщин, дисхромии и ТАЭ. Критериями исключения были: наличие декомпенсированных хронических заболеваний и беременности, аллергические реакции в анамнезе, какие-либо косметологические процедурыза 6 месяцев в этих зонах до исследования. Эффективность терапии оценивалась с помощью визуального осмотра с использованием универсальной эстетической шкалы GAIS (Global Aesthetic Improvement Scale) как врачами-исследователями, так и самимипациентами. Результаты УЗИ оценивались до начала терапии с целью фиксации исходного уровня, а также через 3 и 6 месяцев после выполненного курса процедур, что было обусловлено сроками синтеза коллагена, индуцированного PLLA.

Для одной процедуры было использовано 150 мг.PLLA на каждую анатомическую зону. Препарат PLLA восстановливался за 24 часа до процедуры 16 мл.стерильной воды для инъекций с добавлением 2 мл 2 % раствора лидокаина. Инъекции выполнялись субдермально с помощью канюли 25G длиной 50 мм. веерной техникой. Курс состоял из 2 сессий с интервалом 12 недель.Все пациенты отметилихорошую переносимость как самой процедуры, так и комфортный постпроцедурный период. Из нежелательных явлений зафиксированы экхимозы у 4-х пациентов (1 из первой группы, 3 из второй группы). У 2-х пациентов наблюдались незначительные отеки в зоне манипуляций (оба пациента из второй группы). Все нежелательные явления регрессировали самостоятельно без терапевтического вмешательства в течение 5–8 дней. Данные нежелательные явления носят ожидаемый характер и обусловлены техническими особенностями процедуры и индивидуальными анатомическими особенностями пациентов. Осложнения в ходе исследования зафиксированы не были.

После окончания курса процедур через 3 и 6 месяцев было отмечено уменьшение дряблости кожи за счет ее уплотнения, улучшение эластичности, уменьшение профиля статических морщин, у пациентов второй группы также уменьшились проявления ТАЭ и интенсивность гиперпигментации.

По данным УЗИ зафиксировано выравнивание наружного контура кожи,статистически значимое увеличение толщины эпидермиса и дермы, повышение акустической плотности дермы, уменьшение толщины SLEB-зоны, что является косвенными признаками реструктуризации кожи и уменьшения явлений дермопороза.

По окончании исследования отмечена высокая удовлетворенность пациентов клиническими результатами. Все пациенты выразили готовность проводить повторные процедуры.

Таким образом, данное исследование показало, что инъекции препарата на основе PLLAявляются эффективным и безопаснымметодом эстетической коррекции в видемонотерапии инволюционных изменений кожи шеи и декольте. Возможность сочетанного применения с аппаратными методами и сравнение эффективности терапии требует последующих запланированных исследований.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА

Е.А. БАХЛЫКОВА[1], Н.Н. ФИЛИМОНКОВА[2], С.Л. МАТУСЕВИЧ[1], М.А. БАХЛЫКОВ[1]

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

Актуальность. Пустулезный псориаз одна из самых сложных клинических разновидностей псориаза, которую принято подразделять на генерализованную и локализованную ладонно – подошвенную форму. Генерализованный пустулезный псориаз (ГПП) редкий дерматоз, но характеризуется тяжелым упорным течением, системным характером воспаления, возможным летальным исходом. Локализованный пустулезный ладонно – подошвенный псориаз (ЛППП) значительно ухудшает качество жизни и трудоспособность пациентов. Обе формы торпидны к проводимой стандартной терапии.

Цель исследования. Для изучения дифференцированной роли различных факторов проведен расчет относительного риска наличия таких потенциальных предикторов регистрации генерализованной и ладонно-подошвенной формы пустулезного псориаза, как возраст, курение, характер трудовой деятельности и наличие коморбидностей.

Материалы и методы. Изучен анамнез 12 пациентов с ГПП, 42 пациентов с ЛППП; группа сравнения 78 пациентов с бляшечным псориазом (БП). Анализ проведен по формуле расчета факторов развития относительного риска (ОР).

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что у пациентов с ЛППП, в сравнении с группой БП более чем в 3 раза выше относительный риск (ОР) наличия курения – ОР 3,17 при 95 % ДИ (доверительный интервал) 2,52 – 4 и в 1,12 раза выше риск наличия коморбидности (95 % ДИ 1,13–1,28), тогда как при возрасте более 40 лет и физическом труде статистически значимых различий получено не было ($p \geq 0,05$). Значения ОР для данных параметров составили 1,05 (95 % ДИ 0,85–1,3) и 1,09 (95 % ДИ 0,8–1,49) соответственно. На фоне этого, у пациентов с ГПП, в сравнении с группой БП отмечен статистически значимо более высокий риск наличия коморбидности ОР – 1,19 при вариации 95 % ДИ от 1,13 до 1,28. При этом относительный риск наличия возраста более 40 лет, составил 0,82 95 % ДИ 0,5–2,6 ($p \geq 0,05$) и физического характера трудовой деятельности – ОР 1,21 95 %, ДИ 0,67–2,19 ($p \geq 0,05$), тогда как по наличию факта курения статистически значимых различий также получено не было ($p \geq 0,05$) – ОР 1,15 при 95 % ДИ 0,5–2,6.

Таким образом, и ЛППП и ГПП ассоциирован с более высоким риском наличия коморбидности, относительно пациентов с БП, при этом в группе с ЛППП отчетливо регистрируется ассоциация с курением.

Выводы. Определение анамнестических данных значимо в оценке дебюта и развития псориатического процесса, в создании индивидуального прогноза, формировании алгоритма превентивных действий направленных на снижение количества рецидивов и предотвращение появления более тяжело протекающих форм псориаза. Для пациентов с различными формами псориаза необходимыми превентивными мерами является проведение курсов профилактического лечения сопутствующих хронических, инфекционных заболеваний, формирование навыков преодоления и адекватного восприятия стрессовых ситуаций, оптимальное трудоустройство, отказ от алкоголя и курения.

ОҒИЗ БЎШЛИҒИ ПЎРСИЛДОҚ ЯРА КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСЛАШДА ЎЗИГА ХОС ЖИХАТЛАРИ

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

Самарқанд давлат тиббиёт университети, Самарқанд, Ўзбекистон;
Тошкент давлат тиббиёт университети, Тошкент, Ўзбекистон;
Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази;
Тошкент вилояти филиали, Тошкент, Ўзбекистон

Кириш. Тиш шифокори билан амбулатория кўрикда оғиз шиллиқ қаватдаги касалликларни аниқлаш ва ўз вақтида ташхис қўйиш жуда муҳим – бу касалликни эрта босқичларда ташхислаш мумкин. Тиш шифокори ўз вақтида тўғри ташхис қўйиши керак. Пемфигус диагностикаси клиник ва лаборатория усулларига асосланган. Асосий клиник аломатлар: ижобий Николский симптоми кўринадиган шиллиқ қават ёки терини ишқалаганда, епителийнинг сирт қатламлари пуфакалар ёки эрозиялар ҳосил бўлиши билан ажралиб чиқади; Николский симптоми шундан иборатки, пуфак қопқоғи бўлакларини пинсет билан тортганда эпителий осон ажралиб кетади; Асбо–Хансен симптоми шундаки, пуфакни босганда унинг майдони ошади.

Клиник белгилар фақат пемфигусдан шубҳаланишга имкон беради. Аниқ ташхис қўйиш учун лаборатория текширувини ўтказиш керак. Кенг қўлланиладиган усулларга қуйидагилар киради: ситодиагностика-акантолитик ҳужайраларни аниқлаш усули; билвосита иммунофлоресанс реакцияси, бу қон зардобида ва пуфак суюқлигида айланиб юрадиган антитаналарни аниқлашга имкон беради; иммунофлоресанс текшируви доимий тўғридан-тўғри люминесценция орқали аниқлашга қаратилган. эпителийнинг ҳужайралараро моддаси. Ушбу тадқиқот пемфигус диагностикасида энг истиқболли усул бўлиб, уни бошқа буллёз дерматозлардан фарқлаш имконини беради.

Қоида тариқасида, пемфигуснинг бирламчи намоён бўлиши бўлган бемор стоматит, гингивит, эритема кўп шакилли экссудатив ва бошқа патологияларнинг турли шакллари учун стоматолог томонидан даволанади. Маҳаллий терапиянинг муваффақиясизлиги ёки бошқа органлардан пемфигус кўринишларининг қўшилиши дерматологларнинг маслаҳатига олиб келади. Пемфигуснинг этиологияси, патогенези ва эрта ташхисида ушбу тоифадаги беморларнинг даволаш самарадорлигини ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун кўп интеграциялашган қўшимча тадқиқотларни талаб қиладиган жиҳатлар мавжуд. Касалликнинг ноёблигига қарамай, стоматологлар еҳтиёт бўлишлари керак

Тадқиқот мақсади. Оғиз шиллиқ қаватининг пемфигусли беморларни эрта ташхислаш усуллари, даволаш самарадорлигини ошириш.

Материаллар ва усуллари. Клиник тадқиқотлар пўрсилдоқ яра билан касалланган беморларда Тошкент вилояти тери таносил касалликлари диспансери базасида ўтказилди. Қуйидаги тадқиқотлар амалга оширилди: клиник сўровнома, клиник кўрик, стоматологик статусни баҳолаш, Никольский симптомини аниқлаш, цитологик текширув, қоннинг умумий таҳлили, биокимёвий таҳлил, сийдикнинг клиник таҳлили. Шунингдек, вульгар, эритематоз ва бошқа шакллардаги шикастланиш соҳалари ўрганилди. Умумий ҳолда беморларда ўрганилган кўрсаткичларнинг якка ёки биргаликдаги бузилишлари қайд этилди. Касалликнинг прогнози доимо жиддий бўлиб, 1–3 йил ичида назорат қилинмайдиган суюқлик ва оқсил йўқотилиши ёки оппортунистик инфекциялар сабабли ўлим ҳолати кузатилиши мумкин.

Тадқиқотимизга кўра, энг кўп учрайдиган шакл – вульгар форма бўлиб, у 69,2 % беморларда аниқланган. Себореяли шакли – 24,8 %, энг кам кузатилгани эса вегетирловчи форма – 2,1 %. Бошқа шакллар – 3,9 % ни ташкил этди. Ҳозирги кунда кортикостероидлар қўлланилиши туфайли вульгар пузырчаткадан ўлим ҳолати анча камайган.

Хулоса. Шундай қилиб, пемфигуснинг этиологияси, патогенези ва эрта ташхисида ушбу тоифадаги беморларнинг даволаш самарадорлигини ва ҳаёт сифатини яхшилаш учун қўшимча тадқиқотларни талаб қиладиган жиҳатлар мавжуд. Касалликнинг ноёблигига қарамай, стоматологлар пемфигусдан эҳтиёт бўлишлари керак, чунки улар кўпинча биринчи бўлиб касалликнинг намоён бўлишига дуч келишади. Пўрсилдоқ яра касаллиги эрта ташхислаш ва ўз вақтида даволаш касалликнинг янада қулай кечишига ва узоқ муддатли, барқарор ремиссияга ёрдам беради.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ПСОРИАЗА У РЕБЕНКА НА ФОНЕ СЕМЕЙНОЙ НАСЛЕДСТВЕННОЙ ПАТОЛОГИИ (СИНДРОМ ПОТОЦКИ–ЛУПСКИ У РОДСТВЕННИКОВ)

А.Л. ЖИТНИКОВСКАЯ, Ю.В. КЕНИКСФЕСТ, Л.Ю. НАСЫРОВА

Государственное бюджетной учреждение Свердловской области «Уральский,научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» (ГБУ СО УрНИИДВиИ) г. Екатеринбург, Россия

Описан редкий клинический случай тяжелого течения псориаза у девочки 6 лет на фоне отягощенного семейного анамнеза: у матери, сестры и брата диагностирован синдром Потоцки–Лупски. Представлены клинические, лабораторные данные, ход лечения и особенности наблюдения. Отмечено возможное влияние генетической предрасположенности на развитие и течение дерматозов у ребенка, не имеющего диагностированного микродупликационного синдрома.

Псориаз – хроническое воспалительное кожное заболевание с аутоиммунным компонентом, нередко проявляющееся в детском возрасте. Генетическая предрасположенность играет значительную роль в патогенезе заболевания. Одним из малоизученных аспектов является влияние других генетических синдромов в семейном анамнезе на развитие и тяжесть псориаза.

Синдром Потоцки–Лупски (Potocki–Lupski syndrome, PTLS, OMIM #610883) – редкое генетическое заболевание, обусловленное микродупликацией в хромосоме 17p11.2. Проявляется задержкой психомоторного развития, нарушениями поведения (в том числе аутизмом), мышечной гипотонией, чертами дисморфизма и иногда врожденными пороками сердца. Дерматологические проявления не считаются типичными для PTLS, однако данные о возможной ассоциированной патологии кожи крайне ограничены.

Пациентка Е, 2018 года рождения, поступила в отделение хронических дерматозов для детей ГБУ СО УрНИИДВиИ с жалобами на высыпания на коже волосистой части головы, туловища, ягодиц, конечностей, паховых областей, ладоней и подошв, трещины, изменения ногтевых пластинок на кистях, зуд, болезненность. PASI 33,2. Процесс в течение 2 лет, наблюдалась и лечилась амбулаторно по месту жительства. Наследственность по псориазу не отягощена. У матери, старшего брата и младшей сестры диагностирован синдром Потоцки – Лупски. У девочки имеются стойкие умеренные нарушения психических функций, стойкие незначительные нарушения языковых и речевых функций, стойкие незначительные нарушения функций мочевыделительной системы, обусловленные заболеванием: Последствие раннего органического поражения ЦНС с умеренно-выраженными эмоционально-волевыми нарушениями. Патологически навязчивое действие. ОНР 3 уровня, дизартрия. Нервно-мышечная дисфункция мочевого пузыря. Дневное и ночное недержание мочи легкой степени выраженности. Стойкие незначительные нарушения функций эндокринной нервной системы и метаболизма, обусловленные заболеванием: экзогенно-конституциональное ожирение 3 степени (индекс массы тела 25.02)

ОАК – умеренный лейкоцитоз, ОАМ, б/х крови – без клинически значимых отклонений.

Лечение согласно клинических рекомендаций: метотрексакт 15 мг в/м №3, наружно бетаметазон 0,05 % мазь, бетаметазон0,05 % + салициловая кислота мазь, лосьон. УФО средневолновое узкополосное 311 нм по 4х-дневной схеме № 10. Курс лечения перенесла удовлетворительно. Выписана с улучшением.

Интерес данного клинического случая заключается в сочетании тяжелого течения псориаза у ребенка и наличия в семье генетического синдрома PTLS. Несмотря на отсутствие у девочки микродупликации 17p11.2, нельзя исключать влияние наследственности. Возможность генетических мутаций, не идентифицированных стандартным тестированием, требует дальнейших исследований.

Также рассматривается гипотеза, что иммунный дисбаланс, часто сопровождающий генетические синдромы, может оказывать влияние на аутоиммунные дерматозы у родственников, не имеющих явного синдрома.

Представленный случай подчеркивает необходимость комплексного подхода к диагностике и лечению псориаза у детей, особенно при наличии отягощенного семейного анамнеза по редким генетическим заболеваниям. Важно рассматривать не только прямую наследственность, но и генетическое окружение пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПРЕССИИ БИОМАРКЕРОВ В ЭПИДЕРМИСЕ И В ДЕРМЕ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРАПСОРИАЗОМ

А.А. СИДИКОВ, Г.Б. ПЯГАЙ, Н.С. ИБРАГИМОВА, К.У. ИБРАГИМОВ

Ферганский медицинский институт общественного здоровья;
Ташкентский государственный медицинский университет

Введение. ИГХ-особенности каплевидного парапсориаза варьируют в зависимости от его субклассификации.

Цель. В целях изучения этиологии, патогенеза и разработки новой теории возникновения каплевидного псориаза нами проведено иммуногистохимическое исследование биоптатов кожи.

Материалы и методы. Для этого использовали готовые парафиновые блоки 20 пациентов (15 мужчин и 5 женщин) с острым каплевидным парапсориазом. Антигенами для ИГХ-исследования явились маркеры макрофагов CD68, зрелых дендритных клеток CD207/Langerin, фактор роста эндотелия сосудов VEGF и вирус антигена герпеса 1 и 2 типов.

Результаты исследования. В эпидермисе слабовыраженная экспрессия маркера макрофагов CD68 отмечалась у 15 из 20 (75 %) больных и умеренно выраженная у 5 из 20 (25 %) пациентов с ХКП. Вдобавок, среди использованных для исследования маркеров положительной была экспрессия антигена вируса простого герпеса 1 и 2 типов. Этот антиген был слабо положительным у 5 из 20 (25 %) и умеренно выраженным у 15 из 20 (75 %) пациентов соответственно. Положительная экспрессия вышеуказанных маркеров наблюдалась перинуклеарно и цитоплазматически среди клеток базального и шиповатого слоев эпидермиса.

В дерме отмечалась резко положительная реакция на биомаркер макрофагов CD68. Реакция была резко положительной во всех 20 из 20 (100 %) случаев. Экспрессия маркера зрелых дендритных клеток в дерме была слабовыраженной у 5 из 20 (25 %), умеренно выраженной у 10 из 20 (50 %) и резко выраженной у остальных 5 из 20 (25 %) больных хроническим каплевидным парапсориазом, соответственно. Кроме того, в дерме отмечалась слабая реакция на антиген фактора роста эндотелия сосудов. Последняя была слабовыраженной в 5 из 20 (25 %) случаев. Антиген вируса простого герпеса 1 и 2 типов также был слабовыражен вокруг сосудов поверхностных отделов дермы у 5 из 20 (25 %) пациентов.

Выводы. Таким образом, нами был обнаружен один из антигенов (вирус простого герпеса 1 и 2 типов). По нашему мнению, презентация антигена (вируса) базальными кератиноцитами вызывает скопление Т-клеток в эпидермо-дермальном сочленении, экзоцитоз Т-клеток в эпидермис, разрушение базальной мембраны и апоптоз кератиноцитов через CD8+ цитотоксических клеток. Предлагаемая нами теория основана на клеточно-опосредованной цитотоксичности против клеток базального и шиповатого слоев эпидермиса. Вакуольная дистрофия и апоптоз кератиноцитов (основные гистологические признаки при каплевидном парапсориазе) являются вероятным доказательством патогенеза данной теории.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЭКСПРЕССИИ БИОМАРКЕРОВ В ЭПИДЕРМИСЕ И В ДЕРМЕ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАРАПСОРИАЗОМ

А.А. СИДИКОВ, Г.Б. ПЯГАЙ, Н.С. ИБРАГИМОВА, К.У. ИБРАГИМОВ

Ферганский медицинский институт общественного здоровья;
Ташкентский государственный медицинский университет

Введение. ИГХ-особенности каплевидного парапсориаза варьируют в зависимости от его субклассификации.

Цель. В целях изучения этиологии, патогенеза и разработки новой теории возникновения каплевидного псориаза нами проведено иммуногистохимическое исследование биоптатов кожи.

Материалы и методы. Для этого использовали готовые парафиновые блоки 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин) с острым каплевидным парапсориазом. Антигенами для ИГХ-исследования явились маркеры макрофагов CD68, зрелых дендритных клеток CD207/Langerin, фактор роста эндотелия сосудов VEGF и вирус антигена герпеса 1 и 2 типов.

Результаты исследования. В эпидермисе больных острым каплевидным парапсориазом отмечается слабовыраженная и умеренно выраженная экспрессия маркера макрофагов CD68. Реакция на данный антиген выявлялась

у 10 из 20 (50 %) больных. В эпидермисе не наблюдалась резко положительная реакция. Отмечалась слабовыраженная реакция на антиген вируса герпеса 1 и 2 типов у 5 из 20 (25 %) пациентов, тогда как умеренно выраженная реакция отмечалась у 10 из 20 (50 %) и резко выраженная экспрессия – у 5 из 20 (25 %) больных соответственно.

В дерме основным маркером с резко выраженной экспрессией явился антиген макрофагов CD68. Последнее выявлялось у 20 из 20 (100 %) больных острым каплевидным парапсориазом в дерме среди воспалительного инфильтрата. Следующим биомаркером с положительной экспрессией был CD207/Langerin. Он отвечает за презентацию антигена к воспалительным лимфоцитам. Интересно, что реакция на маркер зрелых дендритных клеток была слабоположительной у 10 из 20 (50 %) больных, умеренно выраженной у 5 из 10 (25 %) пациентов и резко выраженной у 5 из 20 (25 %) человек соответственно. Биомаркер фактора роста эндотелия сосудов (VEGF) экспрессировался умеренно выраженно в дерме у 10 из 20 (50 %) больных и резко выраженно у остальных 10 из 20 (50 %) пациентов соответственно. Экспрессия антигена вируса герпеса 1 и 2 типов была слабовыраженной в половине случаев – у 10 из 20 (50 %) пациентов с острым каплевидным парапсориазом и обнаруживалась вокруг сосудов сосочкового слоя дермы.

Выводы. Таким образом, было обнаружено умеренно и резко выраженной экспрессии антигена зрелых дендритных клеток в сосочковом и сетчатом слоях дермы у больных острым каплевидным парапсориазом. Экспрессия CD207/Langerin наблюдалась среди клеток клеточного инфильтрата. Реакция на искомый антиген была мембранной.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Т.Б. ИБРАЕВА, А.Б. ЖУМИЕВА

НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана

Введение. Атопический дерматит (АД) – одно из наиболее распространённых хронических воспалительных заболеваний кожи, развитие которого связано с генетической предрасположенностью, нарушением барьерной функции кожи и иммунными дисфункциями. Заболевание сопровождается выраженным зудом и снижением качества жизни.

Современная терапия, согласно международным и национальным клиническим рекомендациям (EAACI, AD, РОДВК), основывается на поэтапном применении базисного ухода, топических противовоспалительных средств, антигистаминных препаратов, фототерапии, а при тяжёлом течении – системных и биологических методов.

Цель исследования. Изучить клинические проявления атопического дерматита у детей и оценить эффективность современных терапевтических подходов.

Материалы и методы. Пациент К., 2 года 6 месяцев. Со слов матери, первые высыпания появились в возрасте 3 месяцев в виде покраснения и шелушения на коже щёк, сопровождавшиеся зудом. В дальнейшем отмечалось постепенное распространение высыпаний с вовлечением сгибательных обострениями, с тенденцией к непрерывно рецидивирующему характеру и недостаточной эффективностью ранее проводимой терапии (бепантен, пантенол). Отмечается зависимость обострений от нарушений диеты и воздействия внешних триггеров.

При осмотре: кожный процесс носит распространённый подострый воспалительный характер. Высыпания локализуются на лице, разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей. Элементы представлены множественными эритематозно-сквамозными очагами, на лице – эритема с наличием тонких чешуек. В области локтевых и подколенных сгибов – лихенификация с наличием экскориаций и геморрагических корок. Отмечается сухость кожи.

Назначена комплексная терапия, включающая строгую гипоаллергенную диету, гипоаллергенный быт, применение антигистаминных препаратов. Для местного лечения рекомендованы топические кортикостероиды (2 раза в день на очаги поражения), а также регулярное использование на влажную кожу эмолентов – в частности, Lipikar AP+ м-бальзам (La Roche-Posay).

Результаты. К 4-му дню терапии отмечался выраженный регресс кожных проявлений – уменьшение эритемы и шелушения примерно на 40–50 % по сравнению с исходным состоянием. На 9-й день наблюдалось дальнейшее снижение воспалительных изменений кожи и значительное улучшение общего состояния ребёнка. К 12-му дню лечения, со слов матери, зуд полностью отсутствовал, гиперемия кожных покровов значительно уменьшилась. Сохранялись лишь единичные участки поствоспалительной гиперпигментации, тогда как экскориации, геморрагические корки и очаги лихенификации не определялись.

Вывод. Атопический дерматит остаётся актуальной медико-социальной проблемой, требующей комплексного и индивидуализированного подхода к терапии. Представленный клинический случай подчёркивает значимость не только рационального выбора противовоспалительных препаратов и регулярного применения эмолентов, но и строгого соблюдения гипоаллергенной диеты и поддержания гипоаллергенного быта. Важную роль играет активное участие родителей, обеспечивающих выполнение всех врачебных рекомендаций.

Полученные результаты демонстрируют эффективность современных комплексных стратегий ведения детей с АД: уже на ранних этапах терапии наблюдалось выраженное клиническое улучшение, что подтверждает ключевое значение сочетания базисного ухода, противовоспалительных средств и коррекции образа жизни в достижении стойкой ремиссии заболевания.

МОНОКЛОНАЛЬНЫЕ АНТИТЕЛА И ИНГИБИТОРЫ ЯНУС-КИНАЗ КАК АЛЬТЕРНАТИВА ГОРМОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ: ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

К.Н. ХАИТОВ, О.Ж. КУРБОНОВ

Ташкентский государственный медицинский университет

Биологическая терапия и малые молекулы представляют собой эффективную и безопасную альтернативу системным ГКС в лечении атопического дерматита. Моноклональные антитела и ингибиторы Янус-киназ демонстрируют таргетное действие на ключевые патогенетические пути, улучшая исходы лечения и снижая частоту рецидивов. Традиционно при тяжелом течении АД применялись системные глюкокортикостероиды (ГКС), обладающие мощным противовоспалительным эффектом. Однако их длительное применение сопровождается высоким риском побочных эффектов: остеопороз, гипергликемия, гипертония, катаракта и угнетение гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси. Это обусловило необходимость поиска альтернативных, более безопасных и прицельных терапевтических опций.

Моноклональные антитела (мАб) действуют избирательно, блокируя ключевые медиаторы Th2-воспаления. Наиболее изученным препаратом является дупилумаб – антагонист рецептора IL-4Rα, блокирующий сигнальные пути IL-4 и IL-13. Он продемонстрировал клиническую эффективность в серии исследований LIBERTY AD: снижение показателя EASI-75 у 67 % пациентов и достоверное улучшение качества жизни. Побочные эффекты включают конъюнктивит (10–15 %), реакции в месте инъекции и транзиторную эозинофилию.

К другим перспективным мАб относятся тралокинумаб и лебрикзумаб (ингибиторы IL-13), немолизумаб (блокатор рецептора IL-31), а также препараты, находящиеся на стадии клинических испытаний – анти-TSLP и анти-IL-22. Эти препараты обеспечивают высокую селективность, устойчивое клиническое улучшение и снижение зуда. Дополнительным преимуществом является сопутствующий контроль других атопических заболеваний, таких как бронхиальная астма и аллергический ринит.

Также перспективной альтернативой гормональной и биологической терапии являются ингибиторы Янус-киназ (JAK) **–** аброкитиниб, упадацитиниб и барицитиниб. Эти препараты воздействуют на внутриклеточные сигнальные каскады JAK-STAT, регулирующие экспрессию множества провоспалительных цитокинов (IL-4, IL-13, IL-31, IFN-γ и др.). Преимуществами JAK-ингибиторов являются пероральная форма приема, быстрый клинический ответ (иногда в течение первых 3–5 дней), выраженное купирование зуда и воспаления**.** В исследованиях JADE MONO-1, JADE COMPARE и Heads Up аброкитиниб и упадацитиниб показали эффективность, сравнимую или превышающую таковую дупилумаба. Однако они требуют строгого лабораторного мониторинга из-за потенциального риска тромбоэмболии, дислипидемии, повышения печеночных ферментов и вирусных реактиваций.

Ключевыми преимуществами таргетной терапии являются:

- высокая селективность действия;
- минимизация системных побочных эффектов;
- возможность длительного контроля заболевания без применения ГКС;
- улучшение общего атопического фона.

Среди недостатков:

- высокая стоимость (особенно мАб, до $30 000 в год);
- необходимость подкожного введения (для мАб);
- ограниченная доступность в ряде стран;

• необходимость лабораторного контроля (для JAK-ингибиторов).

Заключение: Моноклональные антитела и JAK-ингибиторы представляют собой современные и эффективные альтернативы гормональной терапии при АД средней и тяжелой степени тяжести. Выбор между ними должен основываться на клинико-патогенетическом профиле пациента, наличии сопутствующих заболеваний, предпочтениях по способу введения и фармакоэкономических возможностях. Разработка национальных алгоритмов назначения таргетной терапии и расширение доступа к препаратам остаются приоритетными задачами современной дерматологии.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЫ: ПАТОГЕНЕЗ И КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

К.Н. ХАИТОВ, О.Ж. КУРБОНОВ

Ташкентский государственный медицинский университет

Атопический дерматит характеризуется хроническим течением с частыми рецидивами и выраженным снижением качества жизни. Согласно данным Европейской академии дерматологии и венерологии (EADV), распространенность АД среди взрослых в Европе достигает 4–10 %, при этом до 20 % случаев приходится на среднюю и тяжелую степень.

Патогенез АД обусловлен сложным взаимодействием генетических факторов (в первую очередь, мутации в гене филаггрина), иммунной дисрегуляцией с преобладанием Th2-ответа и нарушениями кожного барьера. Центральную роль играют цитокины IL-4, IL-13, IL-31, IL-22, IL-17, которые активируют воспалительные каскады, усиливают зуд, способствуют колонизации кожи Staphylococcus aureus и приводят к хронизации процесса.

Для оценки степени тяжести заболевания используют стандартизированные шкалы. Шкала SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) учитывает площадь поражения, интенсивность клинических симптомов и субъективные ощущения. EASI (Eczema Area and Severity Index) применяется в клинических исследованиях и рекомендована Американской академией дерматологии (AAD) для оценки терапевтического ответа. Шкалы IGA и опросники POEM, DLQI используются для повседневной клинической практики. Их применение позволяет стратифицировать пациентов и объективизировать эффективность терапии.

Современная лабораторная диагностика включает определение общего IgE, специфических IgE к аллергенам (по показаниям), эозинофилию, уровень лактатдегидрогеназы (ЛДГ), а также перспективные биомаркеры – TARC/CCL17 и periostin. TARC считается информативным маркером активности АД, особенно у пациентов с Th2-доминантным воспалением. Согласно данным японских исследований, уровень TARC коррелирует с тяжестью заболевания и может использоваться для динамического наблюдения.

Аллергологическое обследование (включая кожные прик-тесты и патч-тесты) рекомендовано при подозрении на сопутствующую сенсибилизацию, особенно в случаях, резистентных к базисной терапии. Важно также проводить дифференциальную диагностику с контактным дерматитом, себорейным дерматитом, экземой, псориазом и кожными лимфомами. Инструментальная диагностика включает дерматоскопию, особенно при хронических и лихенифицированных формах, а также неинвазивные методы оценки TEWL (трансэпидермальной потери воды) и уровня гидратации кожи. Новые технологии, такие как конфокальная микроскопия и спектроскопия, находятся на этапе клинической валидации.

Заключение: Современная диагностика АД требует многоуровневого подхода: клинической оценки по шкалам тяжести, лабораторной верификации воспалительного процесса и оценки барьерной функции кожи. Биомаркеры, такие как TARC и IgE, позволяют более точно стратифицировать пациентов и адаптировать терапевтическую стратегию. Необходима стандартизация диагностических алгоритмов с учетом международных рекомендаций (EAACI, AAD, EADV), что позволит повысить эффективность лечения и улучшить прогноз при АД средней и тяжелой степени тяжести.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ

К.Н. ХАИТОВ, О.Ж. КУРБОНОВ

Ташкентский государственный медицинский университет

Эффективное ведение пациентов с умеренно-тяжелым АД требует комбинированного подхода, включающего топическую, системную и таргетную терапию. Новые биопрепараты и ингибиторы JAK демонстрируют высокую эффективность и безопасность.Лечение АД средней и тяжелой степени тяжести должно быть направлено не только на устранение клинических симптомов, но и на коррекцию патогенетических механизмов заболевания. Согласно рекомендациям EAACI и AAD, терапия должна быть этапной, основанной на тяжести течения, ответе на предшествующую терапию и наличии сопутствующих заболеваний.

Базисная терапия включает регулярное применение эмолентов, топических кортикостероидов (ТКС) и ингибиторов кальциневрина. При тяжелом течении требуется системная терапия. На первом этапе возможно использование циклоспорина А (CyA), обладающего быстрым противовоспалительным действием. Альтернативами являются метотрексат, азатиоприн и микофенолат мофетил, однако они требуют тщательного мониторинга побочных эффектов.

В последние годы наблюдается значительный прогресс в разработке таргетной терапии. Биологические препараты, такие как дупилумаб (анти-IL-4Rα), тралокинумаб (анти-IL-13), немолизумаб (анти-IL-31R), позволяют воздействовать на ключевые звенья воспалительного каскада. JAK-ингибиторы (аброкитиниб, упадацитиниб) являются альтернативой при невозможности или неэффективности биопрепаратов. Их преимущества: пероральная форма, быстрый клинический ответ, но требуется контроль побочных эффектов (инфекции, тромбозы).

Дополнительными методами являются узкополосная УФВ-фототерапия (311 нм), особенно у пациентов с хроническим, лихенифицированным течением. Поддерживающая терапия важна для предотвращения рецидивов: длительное применение эмолентов, минимизация триггеров, регулярное наблюдение.

Заключение: Современный подход к лечению АД средней и тяжелой формы базируется на принципах персонализированной медицины с использованием как стандартных, так и таргетных средств. Комбинация базисной и системной терапии, оценка эффективности по шкалам SCORAD и EASI, а также мониторинг безопасности терапии обеспечивают достижение контроля заболевания и улучшение качества жизни пациентов.

КЛИНИКО-МИКОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ И ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ю.Ш. АБДУКАДИРОВА

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

Гнездная алопеция (ГА) является хроническим аутоиммунным заболеванием, проявляющимся очаговым выпадением волос.

Цель исследования. Изучить состояние микобиоты биосубстратов организма у больных гнездной алопецией с учетом оценки гормональных показателей щитовидной железы и витамина Д в сыворотке крови.

Материалы и методы. Проведен клинико-лабораторный анализ у 112 пациентов с различными формами гнездной алопеции в возрасте от 1 до 52 лет. Женщины составили 59,8 %, мужчины – 40,2 %. Распределение по клиническим формам: очаговая – 55,4 %, субтотальная – 16,9 %, тотальная – 16,1 %, универсальная – 11,7 %. У всех больных проводились клинические, микологические, ИхЛА и статистические исследования.

Результаты. Установлено, что у 86,6 % пациентов выявлены дрожжеподобные грибы рода Candida, преимущественно в кишечной локализации (75,3 %). Методом ИХЛА зафиксировано статистически значимое повышение уровней свободного Т3 (в 1,6 раза), Т4 (в 1,1 раза) и антител к тиреопероксидазе (в среднем в 15,5 раза). Концентрация витамина D достоверно снижена относительно контрольной группы (в 1,6 раза, $p < 0,05$). Корреляционный анализ показал положительную связь между ТТГ и C. albicans

(r = + 0,8), а также Candida spp. (r = + 0,57); между уровнем витамина D и показателями Т3 (r = + 0,7), ТТГ (r = + 0,5), АТ-ТПО (r = + 0,61) – и отрицательную корреляцию с Candida spp. (r = –0,44). (P < 0,05)

Вывод. Полученные данные позволяют рассматривать гнездную алопецию не только как органоспецифическое поражение, но и как часть системного патологического процесса, в основе которого – сочетание кандидозно-ассоциированного дисбиоза, аутоиммунной тиреоидной дисрегуляции и дефицитных состояний, прежде всего гиповитаминоза D.

Ключевые слова: гнездная алопеция, Candida, тиреоидные гормоны, витамин D, коморбидность, эндокринный дисбаланс.

К ПОКАЗАТЕЛЯМ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ STAPHYLOCOCCUS SPP. У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТОМИТОМ И ИХТИОЗОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Х.М. ДЖАФАРОВ, М.М. ЭШНИЯЗОВ, Ю.А. АЛИМУХАМЕДОВА

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

Оценка микробиоты кожи является одним значимым показателем состояние барьерной функции кожи у больных с кожными заболеваниями. При этом особую важность представляет исследования морфобиологической характеристики условно-патогенных микроорганизмов кожного покрового у больных с атопическим дерматитом и ихтиозом с целью выбора оптимальных методов наружного лечения противовоспалительного и антимикробного характера.

Цель исследования. Изучить состояние микробиоты кожи с учетом качественно и количественной характеристики условно-патогенных микроорганизмов у больных атопическим дерматитом и ихтиозом.

Материал и методы исследования. Обследованы 62 детей с атопическим дерматитом и 42 – с ихтиозом. У всех больных проводились клинические (дерматоскопия), микробиологические, ПЦР и статистические методы исследования.

Результаты исследования. Микробиологические исследования кожи очагов поражения у детей с ихтиозом выявили рост условно-патогенных микроорганизмов стафилококковой флоры у всех 48 больных, что составило 100 %. По видовой идентификации в 56,3 % (27)случаев высеялся – st.epidermidis, st. Hominis – 16,6 % (8), st.aureus – 14,5 % (7), st.saprophyticus – 6 (12,5 %) соответственно.

Тогда как в группе больных с атопическим дерматитом среди 62 детей рост условно-патогенных микроорганизмов стафилококковой флоры получили у 59, что составило 95,2 %. По видовой идентификации у больных атопическим дерматитом основное количество высеянных культур составило st.aureus – 52,6 % (30), st. Epidermididis – 40,7 % (24), St.Saprophyticus – 5,1 % (3), St.Haemolyticus – 1,7 % (1) и Enterobacter – у 2, что составило 3,5 % случаев.

Методом ПЦР исследования определяли генотипы стафилококковой флоры, выделенных у детей с АД и ихтиозом. Результаты ПЦР исследования кожных чешуек у детей с АД показало выявляемость генотипов staphylococcus spp. у 59 из 62 больных, что составило 95,2 % случаев.

Тогда как у больных ихтиозом среди 48 больных у 32 был обнаружен генотип staphylococcus spp., что составило 66,6 % случаев.

В группе больных АД среди генотипов staphylococcus spp. метициллинрезистентный стафилококк – (MRSA) обнаружен – в 49,2 % (у 29 из 59), и метициллин-чувствительный стафилококк (MSSA) – у 26 (44,1 %) случаев. Тогда как в группе больных ихтиозом наибольшее количество составили метициллин-резистентный коагулонегативный Staphylococcus spp (MRCoNS) – 68,7 % (33), а MRSA выявлен – в 22,9 % (11) случаев соответственно.

Заключение. Таким образом, у больных ихтиозом отмечается развитие персистирующих форм бактериальной инфекции, обусловленное MRCoNS – 66,6 % случаев, а у больных с АД инвазивная форма – бактериальной сенсибилизации, обусловленное – MRSA – 49,2 % случаев.

ЗНАЧИМОСТЬ АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ФИЛАГГРИНА В ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕРМАТОМИКОЗОВ У ДЕТЕЙ УЗБЕКСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, И.А. САМАРХОДЖАЕВА

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

В последние годы в дерматологической практике всё большее значение приобретает изучение молекулярно-генетических механизмов патогенеза грибковых заболеваний кожи. Особое внимание уделяется состоянию кожного барьера, важнейшим компонентом которого является белок филаггрин, кодируемый геном FLG. Нарушения в структуре и экспрессии этого гена приводят к дефектам барьерной функции эпидермиса, повышенной восприимчивости к инфекционным агентам и развитию хронических дерматологических заболеваний. С учётом высокой контагиозности дерматомицетов рода Trichophyton, их способности вызывать инфильтративно-нагноительные формы дерматомикозов и устойчивости к стандартной противогрибковой терапии, выявление генетических факторов предрасположенности у детей имеет важное прогностическое и клиническое значение.

Цель исследования. Заключалась в анализе ассоциации аллельных вариантов и полиморфизма 2282del4 гена FLG у детей узбекской популяции с клинически подтверждёнными дерматомикозами, обусловленными грибами рода Trichophyton.

Материал и методы. Обследованы 55 детей в возрасте от 1 до 18 лет с трихофитией гладкой кожи и волосистой части головы. Всем пациентам проведены клинические, иммунологические, молекулярно-генетические и статистические исследования. Контрольную группу составили 60 здоровых детей без дерматомикозов. Генотипирование выполнено методом ПЦР в реальном времени. Статистическая обработка данных проведена с использованием программ «OpenEpi 2009, Version 2.3» и «GenePop».

Результаты. Частота выявления мутантного аллеля 2282del4 гена FLG у детей с дерматомикозами составила 13,6 % (15/110), что в 2,7 раза выше по сравнению с контрольной группой (5 %, 6/120) ($\chi^2 = 5{,}16$; $p < 0{,}02$; OR = 3,0; 95 % CI 1,12–8,03).

– Гетерозиготный вариант генотипа определялся у 27,3 % больных (15/55) против 6,6 % (4/60) в контрольной группе, что указывает на более чем 5-кратное повышение риска развития заболевания ($\chi 2 = 9{,}54$; $p < 0{,}009$; OR = 5.25; 95 % CI 1,62–17,0).

– Наличие благоприятного гомозиготного генотипа ассоциировалось с протективным эффектом (OR = 0,24; 95 % CI 0,08–0,72).

– Наблюдалось достоверное несоответствие распределения генотипов равновесию Харди–Вайнберга, что подтверждает роль генетической предрасположенности в развитии патологии.

Заключение. Проведённое исследование показало, что гетерозиготный вариант полиморфизма 2282del4 гена FLG является значимым генетическим маркером повышенного риска развития дерматомикозов у детей узбекской популяции. Напротив, наличие функционально благоприятного генотипа снижает вероятность заболевания, выступая протективным фактором. Выявленные ассоциации имеют важное практическое значение для прогнозирования предрасположенности, ранней диагностики и разработки программ первичной профилактики грибковых инфекций у детей. Генотипирование по полиморфизму FLG может быть рекомендовано как дополнительный инструмент скрининга в семьях с высокой частотой микозов кожи и волосистой части головы.

ВЫЯВЛЕНИЕ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ С НЕКОТОРЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КОЖИ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Е.В. ЕСИОНОВА

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

Ухудшающаяся экологическая обстановка, научно-технический прогресс привели к изменениям организации человека и микроорганизмов. Увеличение количества условно-патогенных представителей пролиферативного рода Candida позволили им стать убиквистами/космополитами XXI века. В ходе эволюции Candida spp. выработали механизмы адаптации, благодаря которым они являются прогрессивной группой микроорганизмов. Среди грибов рода Candida одним из наиболее изученных комменсалов человека и представителем его микобиома является Candida albicans. Переход от комменсализма до оппортунистического паразитизма происходит при угнетении работы звеньев иммунной системы макроорганизма. Неадекватный ответ организма на аллергены Candida albicans способен вызвать микогенную сенсибилизацию, которая отягощает клиническое течение, снижает эффективность терапии, увеличивает количество рецидивов основного заболевания и снижает качество жизни пациентов.

Цель исследования. Определить микогенную сенсибилизацию к Candida albicans у больных атопическим дерматитом (АД) и вульгарным псориазом (ВП).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 75 пациентов АД в возрасте от 18 до 67 лет и 69 пациентов с псориазом в возрасте от 23 до 72 лет и 30 человек в качестве контрольной группы аналогичного пола и возраста.

Среди пациентов АД, мужчин было 32 (42,6 %) человек, женщин – 43 (57,4 %) человек, у пациентов ВП мужчины составили 33 (47,8 %) человек, женщины – 36 (52,2 %) человек. Все больные имели активные проявления заболевания и верифицированный диагноз «АД» и «Псориаз обыкновенный» согласно МКБ-10 (L20-L30) и (L40.0). Всем пациентам были проведены микологические исследования отделяемого кишечника (посев на среду Сабуро). Определение общего Ig E выполнено методом ИХЛА, Ig G к Candida albicans – ИФА. Больным АД был измерен индекс POEM, рекомендованный HOME (Harmonising Outcome Measures for Eczema), больным ВП – индекс PASI на аппарате с искусственным интеллектом FotoFinder ATBM bodystudio.

Результаты. В кишечнике пролиферация дрожжеподобных грибов рода Candida более 10^3 КОЕ/мл была выявлена у пациентов АД и ВП в 61 % (58/75) и 45 % (31/69) случаев соответственно. У данных пациентов был установлен диагноз «Кандидоз кишечника». При видовой идентификации превалировала Candida albicans у пациентов АД и ВП. При этом, лица женского пола в группе АД превалировали в 65 % случаев, в группе ВП – 52 % случаев.

В контрольной группе Candida spp. была выявлена у 30 % (6 человек), по видовой идентификации все грибы являлись Candida albicans.

У пациентов АД с микогенной сенсибилизацией среднее значение общего Ig E было достоверно повышено 232,8±2,2 IU/ml против пациентов АД без микогенной сенсибилизации 136±1,7 IU/ml и превышал значение группы контроля (89±2,3 IU/ml) в 2,6 раза.

Тогда как среднее значение общего Ig E у пациентов ВП с микогенной сенсибилизацией достоверно превышало (132,2±1,7 IU/ml) ВП без микогенной сенсибилизации (121,9±1,7 IU/ml) и 1,5 раза – контрольную группу (89±2,3 IU/ml).

У пациентов АД с микогенной сенсибилизацией среднее значение Ig G к Candida albicans составило 0,707±0,03 нг/мл, тогда как у пациентов без микогенной сенсибилизации к Candida albicans – 0,428±0,01 нг/мл ($p<0,05$). Среднее значение Ig G к Candida albicans у пациентов АД с микогенной сенсибилизацией было повышено в 2,8 раз по сравнению с группой контроля (0,255±0,04 нг/мл).

У пациентов ВП с микогенной сенсибилизацией среднее значение Ig G к Candida albicans было повышено в 2,2 раза (0,561±0,06 нг/мл) против контрольной группы (0,255±0,04 нг/мл) ($p<0,05$). Среднее значение Ig G к Candida albicans у пациентов без микогенной сенсибилизации составило 0,425±0,03 нг/мл.

У пациентов АД, отягощенным микогенной сенсибилизацией, индекс POEM составил 21,5±0,37 балла, что соответствовал тяжелой степени процесса, тогда как у больных АД без микогенной сенсибилизации индекс соответствовал средней степени АД (12,2±0,51 балла).

У пациентов ВП, отягощенным микогенной сенсибилизацией, индекс PASI был 20±0,589 балла и характеризовал тяжелую степень псориаза, тогда как без микогенной сенсибилизации индекс PASI составил 11,6±0,4 балла (средняя степень).

Выводы. Микогенная сенсибилизация при АД встречается в 61 % случаев, при ВП – в 45 % случаев, сопровождается кандидозом кишечника и повышенным содержанием общего Ig E и Ig G к Candida albicans. Кожный процесс АД и ВП, отягощенных микогенной сенсибилизацией, характеризовался тяжелой степенью, согласно индексам POEM и PASI.

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Х.М. ДЖАФАРОВ

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

Оптимизация методов наружной терапии у детей с атопическим дерматитом является одним из приоритетных направлений практической дерматологии. В рамках прикладного и инновационного грантов при поддержке ООО «Фатидерм» были разработаны новые отечественные парафармацевтические эмоленты линии «Фатидерм» – кремний-содержащие препараты наружного действия (увлажняющий, тонизирующие крем детский крем «фати-бэби»).

Детский крем «*Fati-baby*» (фати-бэби) **–** эмолент, в составе которого имеется дексапантенол, цинк, ланолин, вазелин, активизированные кремнистые воды с лечебными минералами и редкоземельные (REE) элементы, обладает смягчающим, увлажняющим свойствами.

Цель исследования. Оценка противовоспалительной эффективности эмолента дексапантенолого-кремнистого крема «фатибэби» у детей с атопическом дерматитом.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 176 детей с атопическим дерматитом в возрасте от 1 до 18 лет. Среди них девочки составили 93 и мальчики – 83. По возрасту до 1 года в младенческом возрасте составили – 10 (5,6 %) детей, в детском периоде 2–11 лет – 103 (58,5 %) и в возрасте 12–18 лет – 63 (35,8 %) детей.

Для оценки клинико-терапевтического эффекта эмолента – увлажняющего крема «фати-бэби» у всех детей были проведены клинические, микробиологические и статистические исследования. Среди 176 детей с АтД по клинической форме эритематозно-сквамозной формой составили – 42 больных, эритематозно-сквамозной формой с лихенизацией – 38, экссудативная форма – у 25, лихеноидная форма – у 41 и пругиригинозная форма – у 30 больных соответственно. У всех больных проводили клинические (определение индекса SCORAD, ДИШС), микробиологические исследования до и после лечения.

В качестве базисной наружной терапии назначали увлажняющий крем, отечественного производства ООО «фатидерм» крем фатибэби 2 раза в день с физиотерапевтической процедурой – ультразвуковым массажем в течение 10 дней с последующим назначением его в качестве поддерживающей терапии в течение 6 месяцев.

Для сравнительной характеристики терапевтической эффективности наружного лечения больные были разделены на 2 группы: основная группа получала крем фати-бэби (n = 101), а контрольная группа (n = 68) – бепантен крем.

Клиническая оценка наружной терапии оценивалась по состоянию общего статуса, кожно-патологического процесса и данных микробиологических исследований. Основными критериями, как следствие, эффективность терапии являлись: наступление полной или неполной клинической ремиссии кожно-патологического процесса, снижение индекса SCORAD, POEM, нормализация pH кожи и микробиологическая негативация в очаге поражения кожно-патологического процесса и уменьшения количество рецидивов.

Результаты исследования. Результаты клинических исследований показали положительную динамику разрешения кожно-патологического процесса в группе детей, получавшие наружное лечение дексапантенолого-кремнистого крема (фатибэби) , характеризующиеся снижением индекса SCORAD в 3,4 раза и в среднем составило 10,8 ± 0,3 баллов (до лечения 37,3 ± 0,3 балл) ($P < 0,05$). Благодаря составляющему компоненту крема фатибэби отметилось снижение степени колонизации условно-патогенной микрофлоры в 5,8 раз по сравнению до лечения. Применение ультразвукового массажа с кремниево-пантеноловым кремом у детей с АД заметно снизило симптом – зуда, способствовало регенерации кожи, разглаживания и увлажнению кожи в очагах поражения.

Отдаленные результаты клинических наблюдений в течение 6 месяцев показали, что в основной группе больных получавшие комбинированное лечение ультразвукового массажа с кремниево-пантеноловым кремом «фати-бэби» способствовало клинической ремиссии 82,2 % случаев, а в контрольной группе клиническая ремиссия наблюдалось – в 35,9 %, что в 2,3 раз было ниже по сравнению с показателями основной группы.

Заключение. Таким образом, клинические и микробиологические исследования показали, что комбинированное использование ультразвукового массажа с частотой 3000 кГц с применением кремниево-пантенолового крема «фати-бэби» способствовало значительному рассасыванию кожно-патологического процесса , снижению индекса POEM и уменьшению степени колонизации условно-патогенной флоры staphylococcus spp. в 5,8 раз и удлинению клинической ремиссии на 82,2 %.

СОСТОЯНИЕ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ И АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ БАЛЬНЕОТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АКТИВИЗИРОВАННЫХ КРЕМНИСТЫХ ВОД.

Ш.З. МАВЛЯНОВА, А.И. ИСМОГИЛОВ, Д.Р. ХАКИМОВ, Ш.Н. МИРЗАКУЛОВА

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

Бальнеотерапия (водолечение) является одним из наиболее распространенным методом лечения в дерматологической практике. Терапевтический эффект бальнеотерапии характеризуется температурными, механическими, химическими и радиационными воздействиями на организм человека.

Цель исследования: оценка бальнеотерапии с применением активированной воды в комплексной терапии у больных атопическим дерматитом и псориазом на состояние местного иммунитета IgA с учетом микробиоты кожи.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 122 больных в возрасте от 18 до 65 лет. По клинической нозологии среди них больные с атопическим дерматитом составили – 69 и псориазом – 53. Диагноз ставился в соответствии с МКБ – X: атопический дерматит – L20.0 псориаз – L.40.0 Дизайн исследования характеризовался сравна ительной оценкой терапевтической эффективности бальнеотерапии с применением активированной кремнистой воды ASW- фатидерм в комплексной терапии на динамику кожно-патологического процесса, состояние микробиоты кожи и местного иммунитета IgA. У всех больных проводились клинические (определение индекса SCORAD, PASI), микробиологические и иммунологические и статистические исследования. Клинико-лабораторные сравнительное исследование проводились в течение 10 дней (во время лечения). Контрольную группу составили 41 здоровых лиц.

Результаты исследования. Результаты клинических исследований показали повышения терапевтической эффективности в основной группе больных атопическим дерматитом, получавшие комплексную терапию с применением бальнеотерапию с кремнистой водой ASW-фатидерм, характеризующиеся снижением индекса SCORAD в 4,2 раза и в среднем составил 18,7±0,69 (до лечения 77,8±1,1), тогда как в группе больных АД, получавшие традиционную терапию с примененем бальнеотерапию без ASW – фатидерм индекс снизился в 2,4 раза и в среднем составил 32,4±0,8 (до лечения 77,6±1,1) соответственно ($P<0,05$).

Тогда как в группе больных псориазом динамика индекса PASI в основной группе больных в процессе лечения на 10-й день средний общий суммарный индекс PASI снизился на 7,2±0,07 (до лечения 14,3±0,4 балла, $p<0,05$). Во второй группе средний балл индекса PASI снизился на 10,0±0,13 балла (до лечения 14,9±0,3, $P<0,05$), что статистически значимо отличалось от исходного уровня и в 1,4 раза было выше по сравнению с показателями основной группы.

Как следует из рисунка, уровень секреторного IgA у здоровых лиц в среднем составил уровень 2,8±0,03 мг/мл, тогда как в группе больных АД до лечения показал в среднем 7,6±0,5 мг/мл, а в группе больных псориазом – 5,7±0,1 мг/мл, что в 2,7 и 2,04 раза превышал показателей здоровых лиц. ($P<0,05$). Комплексная терапия способствовало значительной коррекции показателей местного иммунитета в обеих обследуемых группах больных, получавшие бальнеотерапию с активизированными кремнистыми водами уровень SecIgA имел более показательный характер и снижался в 2,5 раз соответственно. Полученные результаты имели статистически достоверный характер ($P<0,05$). Бальнеотерапия с применением активизированных кремнистых вод также способствовало снижению степени колонизации st,aureus в 5,7 раз (13,5±0,3 КОЕ/см²; до лечения 77,2±1,3 КОЕ/см²).

Заключение. Установлен положительный лечебный эффект бальнеотерапии с применением активизированных кремнистых вод в комплексной терапии у больных псориазом и атопического дерматита. Комплексное использование активизированной кремнистой воды ASW-фатидерм у больных способствовало снижению степени тяжести клинического течения индекса PASI у больных псориазом и SCORAD у больных атопическим дерматитом, что можно рекомендовать широкому использованию в дерматологической практике.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОМОРБИДНОГО СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, У.А. МИРСАИДОВА

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

Изучение коморбидности в дерматологической дисциплине является приоритетным направлением в плане разработки патогенетических методов лечения при хронических кожных заболеваниях. Среди них особое место занимает псориаз, являющиеся хроническим иммуновоспалительным заболеванием кожи и часто ассоциируется с полным метаболическим синдромом или его компонентами: ожирением, артериальной гипертензией, инсулинорезистентностью, дислипидемией. Для оценки коморбидности в последнее десятилетие предложены индексы GIC (Geriatric Index of Comorbidity), FCI (Functional Comor-bidity Index) и TIBI (Total Illness Burden Index). Эти методы оценки коморбидности, позволяющие ее измерить и оценить, общепризнаны и ими пользуются достаточно активно. Они лежат в основе формирования аналитических заключений при представлении результатов обработки данных, полученных из систематических обзоров, изложенных в MEDLINE, EMBASE и Cochrane базах данных.

Цель исследований. Изучение коморбидного состояния у больных псориазом с учетом клинического течения дерматоза.

Материал и методы исследования. Нами обследовались 210 больных с псориазом в возрасте от 2,5 года до 67 лет. Среди них лица мужского пола составили – 97 и женского – 113 лиц. Все больные получали стационарное лечение в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Все больные были консультированы смежными специалистами: терапевт, эндокринолог, кардиолог, инфекционист, аллерголог, невролог и др. У всех больных проводили клинические (дерматоскопию Fotofinder), лабораторные – обще-клинические, биохимические, иммунологические, функциональные (УЗИ) и статистические исследования.

Степень тяжести определяли с помощью индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index) – индекс распространенности и тяжести псориаза, представляющий собой систему оценки площади поражения кожи и выраженности основных симптомов псориаза. (Frederiksson и U. Pettersson в 1978 г.)

Результаты исследования. По клинической форме среди 210 больных псориазом вульгарную форму составили – 136 больных (64,7 %), себорейную форму – 22 (10,5 %), ладонно-подошвенную – 43 (20,5 %) и псориатическая эритродермия – 10 (4,7 %) соответственно. С учетом клинического течения среди 210 больных у 152 (72,4 %) больных дерматоз имел прогрессирующее и у 58 (27,6 %) – стационарное течение.

По индексу PASI наибольшее количество больных составили со средней тяжести заболевания – 102 (48,6 %), тяжелая степень – у 32 (15,2 %) и легкая степень – выявлено – у 76, что составило 36,2 % случаев соответственно.

Среди сопутствующей патологии заболевание желудочно-кишечного тракта диагностирована – у 56 (26,6 %), заболевание печени и желчного пузыря – у 95 (45,2 %), эндокринопатия – у 81 (38,6 %), ссс – у 38 (18,1 %), нервной системы – у 82 (39,05 %) и моче-половой системы – у 21, что составило 10 % случаев соответственно.

У больных псориазом среди заболевания эндокринной системы наиболее часто встречались – ожирение, сахарный диабет 2-го типа, как следствие инсулинорезистентности, нарушение гликемии натощак, нарушение толерантности к глюкозе.

В группе пациентов с легкой формой псориаза нормативные значения ИМТ были зафиксированы у 59,2 % мужчин и 74,7 % женщин. Данные показатели свидетельствуют о сравнительно высокой распространенности нормального весового заболевания среди лиц с легким течением дерматоза.

При среднетяжелом течении псориаза наблюдалось снижение доли пациентов с нормативными значениями ИМТ. Данный показатель составил 39,3 % у мужчин и 28,2 % у женщин. Это указывает на нарастающую перемену к избыточному весу или ожирению по мере увеличения тяжести псориатического процесса.

Заключение. Таким образом, результаты исследования предусматривают необходимость комплексного подхода к социальной ответственности и коррекции образа жизни и метаболических отклонений у пациентов с вульгарным псориазом, особенно при среднетяжелом и тяжелом течении заболевания. У подавляющего большинства пациентов (78,1 %) были выявлены нарушения липидного обмена, проявляющиеся в виде дислипидемии или гиперлипопротеинемии.

СОСТОЯНИЕ АУТОИММУННЫХ АНТИТЕЛ У БОЛЬНЫХ С ГНЕЗДНОЙ АЛЛОПЕЦИЕЙ

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ю.Ш. АБДУКАДИРОВА, А.А. ХАМИДУЛЛАЕВА

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

Гнездная алопеция – одно из групп аутоиммунных заболеваний с поражением волосяных фолликулов, имеющий многофакторный характер, обусловленное комплексным взаимодействием генетических и экзогенных факторов. У больных ГА отмечена повышенная частота выявления других аутоиммунных заболеваний, в частности щитовидной железы, аллергических заболеваний (атопический дерматит), витилиго, а также метаболического синдрома, коллагенозов и др. В качестве пускового механизма ГА рассматривают целый ряд факторов окружающей среды, стресс, вирусные и бактериальные, грибковые инфекционные процессы, которые у восприимчивых людей могут способствовать неадекватному иммунному ответу, направленному против волосяных фолликулов.

Ключевую роль в формировании аутоиммунной реакции при ГА играют Т-лимфоциты, в частности $CD8^+$ цитотоксические Т-клетки, которые инфильтрируют перибульбарную область фолликулов, инициируя фазу выпадения волос (анаген → телоген). Кроме клеточного звена, всё большее значение придаётся гуморальному иммунитету и образованию аутоантител, в том числе к структурам ДНК.

Цель исследования. Дать оценку выявляемости ауантител класса IgG к одноцепочечной (ss-DNA) и двуцепочечной (ds-DNA) в сыворотке крови у больных гнездной алопеции.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 57 пациентов с различными формами ГА в возрасте от 1 до 52 лет. Женщины составили 61,4%, мужчины – 38,6 %. Распределение по клиническим формам: очаговая – 55,4 % ($n = 31$), субтотальная –16,9% ($n = 10$), тотальная –27,7 % ($n = 16$). У всех больных проводили клинические ИФА и статистические исследования. Контрольную групп составили 18 здоровых лиц соответствующего возрастов.

Результаты исследования. Результаты ИФА исследования выявили повышение концентрации ААт к классу G DNA SS/DS – у 16 больных, что составило 28,07%. В зависимости от клинической формы ГА установлено следующие: в группе больных с очаговой алопецией – у 7 (44 %), с субтотальной формой – у 4 (24,8 %), и с тотальной формой – у 5 (31,2 %).

ИФА исследования здоровых контрольных лиц выявило количественную значимость DNA-ds – 20,3 ± 1,04 МЕ/мл и DNA-ss – 22,8 ± 1,07 МЕ/мл соответственно. Тогда как в группе больных с ГА средний уровень одноцепочечной ДНК SS – в среднем составило 32,3 ± 0,5 МЕ/мл, а уровень двухцепочечной ДНК DS – 33,5 ± 0,6 МЕ/мл, что в 1,2 и 1,6 раз превышал показателей здоровых лиц ($P < 0,05$).

Вывод. Проведённое исследование подтверждает развитие аутоиммунных процессов у больных с ГА, что требует глубокого исследования в плане выявляемости аутоиммунных заболеваний соматического характера.

ПРЕМОРБИДНЫЕ ФАКТОРЫ В ФОРМИРОВАНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

А.А. МАННАНОВ, Б.С. АЗИЗОВ

Ташкентский государственный медицинский университет; Кафедра дерматовенерологии стоматологического факультета

Введение. На формирование и развитие атопического дерматита (АтД) у детей оказывают влияние различные преморбидные факторы. Патологическое течение беременности (токсикоз беременности, нефропатия, нарушение диеты во время беременности, частые вирусные и инфекционные заболевания, использование медикаментов, нервные переживания и другие стрессовые состояния матери), интернатальная гипоксия, патологические роды, по мнению ряда авторов, являются факторами риска развития заболевания.

Существует определённая возрастная последовательность сенсибилизации организма ребёнка и возрастные особенности развития аллергических болезней. В раннем возрасте причиной возникновения и обострения заболевания чаще всего является ранний перевод детей на

искусственное и смешанное вскармливание, что в последующем способствует формированию у ребёнка пищевой сенсибилизации. С возрастом роль пищевой аллергии в развитии АтД уменьшается, и увеличивается значимость бытовых, клещевых, эпидермальных и пыльцевых аллергенов, влияния различных лекарственных средств, т.е. моновалентная сенсибилизация переходит в поливалентную. Чем к большему спектру пищевых аллергенов прибавляются другие факторы, тем сильнее развивается гиперчувствительность, и заболевание протекает продолжительнее и тяжелее.

Частым обострениям, упорному течению АтД у детей предшествуют профилактические прививки. Развитию сенсибилизации к бактериальным аллергенам в значительной степени способствуют очаги фокальной инфекции в организме ребёнка, что приводит к частым обострениям, а также длительному хроническому течению заболевания. Известны сезонные изменения течения АтД у детей. При этом наблюдается связь между обострением заболевания и аллергией на несезонные аллергены. Отмечается тенденция к улучшению состояния больных летом и ухудшению – в осенне-зимний период.

У детей АтД сочетается с заболеваниями аллергической природы (аллергический ринит, сенная лихорадка, бронхиальная астма, астмоидный бронхит и др.). Довольно высокий процент сопутствующих аллергических заболеваний способствует частому обострённому и упорному течению болезни.

Выводы. Таким образом, при формировании АтД у детей имеет место значительное изменение реактивности, на фоне которого самые различные экзо- и эндогенные раздражители могут спровоцировать манифестации, формирование и обострение заболевания.

ДЕБЮТ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ РАЗНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМАХ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА

А.М. МАННАНОВ, Ф.А. ТУРАЕВА

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность: Врожденный ихтиоз представляет собой группу генетических заболеваний кожи, характеризующихся выраженными нарушениями кератинизации. Знание особенностей дебюта различных форм ихтиоза имеет важное значение для своевременной диагностики, дифференциальной диагностики и начала патогенетически обоснованной терапии, что в конечном итоге может улучшить прогноз для пациентов.

Цель исследования. Определение возрастных особенностей дебюта различных форм врожденного ихтиоза на основании клинического анализа наблюдаемых случаев.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ данных 80 пациентов с различными формами врожденного ихтиоза. Оценивался возраст дебюта клинических проявлений для каждой формы заболевания: вульгарного ихтиоза, ламеллярного ихтиоза, Х-сцепленного ихтиоза, ихтиозиформной эритродермии и других синдромальных форм. Данные представлены в абсолютных и относительных значениях.

Результаты исследования. Показали, что возраст дебюта различных форм врожденного ихтиоза существенно варьирует, подчеркивая гетерогенность данной группы заболеваний. Вульгарный ихтиоз, характеризующийся более постепенным началом, в большинстве случаев (81,5 %) манифестировал в первые шесть месяцев жизни, при этом значительная часть случаев наблюдалась как до 3х месяцев (38.9 %), так и в период от 3х до 6 месяцев (42,6 %), тогда как отсроченный дебют был редок. Ламеллярный ихтиоз, напротив, в 100 % случаев проявлялся уже с рождения, указывая на его ранний и часто более тяжелый характер. Х-сцепленный ихтиоз также демонстрировал ранний дебют, с обоими наблюдаемыми случаями, проявляющимися до 3х месяцев. Ихтиозиформная эритродермия демонстрировала более равномерное распределение возраста дебюта в течение первого года жизни. Анализ всех случаев в совокупности выявил, что наиболее типичным является начало проявлений в первые шесть месяцев жизни (63.75 %). Ранний неонатальный дебют отмечался в 21,25 % случаев, тогда как дебют после года встречался относительно редко, составляя лишь 3.75 % от всех наблюдений.

Выводы. Врожденный ихтиоз характеризуется гетерогенностью по возрасту дебюта. Наиболее часто начало заболевания наблюдается в первые 6 месяцев жизни. Ламеллярный ихтиоз в большинстве случаев манифестирует с рождения. Полученные данные могут быть полезны для дифференциальной диагностики различных форм врожденного ихтиоза и выбора оптимальной тактики ведения пациентов.

ПРОГРАММНАЯ ДИАГНОСТИКА АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА УЗБЕКИСТАНА

Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ш.Н. МИРЗАКУЛОВА, Б.Х. ЗАКИРОВ

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

В последнее время отмечается продолжающиеся рост атопического дерматита не только у детского населения, но и у взрослого контингента. Поздняя диагностика, несвоевременная тактика лечения, фоновые патологии способствует хронизации клинического течения дерматоза, что ухудшает качество жизни больного. В этом аспекте особое место занимает ранняя диагностика клинического течения заболеваемости. В дерматологической практике существует несколько методов определения степени тяжести атопического дерматита.

Цель исследования: дать оценку программной диагностики степени тяжести атопического дерматита у взрослых в условиях жаркого климата Узбекистана.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 222 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 19 до 56 лет. Лица мужского пола составили – 83 (37,4 %) пациентов и женского – 139, что составило 62,6 %.

Диагноз атопического дерматита поставлен согласно международной классификации МКБ-10 и на основании диагностических критериев, предложенных Hanifin J., Rajka G. (1980): большие (обязательные) и малые (дополнительные) атопического дерматита.

Результаты исследования. Всего обследованы 222 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 19 до 56 лет. У всех больных проводились клинические, лабораторные и статистические исследования. Результаты исследования показали, что программная диагностика определило легкую степень тяжести – у 34 (15,3 %), среднюю степень – у 84 (37,8 %) и тяжелую степень тяжести – у 104, что составило 46,8 % случаев. Анализ полученных результатов показал, что использование программной диагностики способствовало установлению тяжелой степени тяжести в 1,4 раза больше у больных АтД по сравнению с определением только индекса SCORAD. Полученные результаты свидетельствует о повышения диагностической эффективности программной диагностики, что составило 42,5 % случаев.

ДЕРМАТОПАТИИ ПРИ ЭНДОКРИННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: СТРУКТУРА, ЧАСТОТА И МЕЖГРУППОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ

У.А. МИРСАИДОВА

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

Актуальность. Кожные проявления при эндокринных заболеваниях, таких как ожирение, сахарный диабет и тиреопатии, остаются недооценёнными в клинической практике, несмотря на их высокую распространённость. Между тем, дерматопатии могут быть ранними клиническими индикаторами нарушений обмена веществ и гормонального дисбаланса.

Цель исследования. Оценить частоту и структуру дерматологических заболеваний у пациентов с различными эндокринными патологиями и выявить статистически значимые межгрупповые различия.

Материалы и методы исследования. В исследование включены 803 пациента, наблюдавшиеся в Республиканском специализированном научно-практическом центре эндокринологии с мая 2022 по май 2024 года. Стратификация проводилась по двум группам: наиболее распространённые эндокринные заболевания (ожирение, ХАИТ, СД2) и менее распространённые (СД1, гиперандрогения, синдром Кушинга и др.). Учитывались кожные проявления, зафиксированные в медицинской документации, в том числе: псориаз, витилиго, атопический дерматит, заболевания сальных желез, иммунные и инфекционные дерматозы. Для статистического анализа использовался χ^2-критерий, значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования. Кожные проявления зафиксированы у большинства обследованных пациентов с эндокринными на-

рушениями. Наиболее частыми дерматопатиями были псориаз (25,4 %), витилиго (22,0 %) и атопический дерматит (15,2 %). Псориаз доминировал при ожирении и СД2, тогда как витилиго чаще встречалось при ХАИТ ($p < 0,0001$). В группе с редкими заболеваниями выявлены специфические паттерны: стрии при синдроме Кушинга, себорея и гипертрихоз при гиперандрогении, аллергодерматозы при гиперпролактинемии. Межгрупповые различия по частоте дерматопатий оказались статистически значимыми.

Вывод. Дерматопатии являются частыми и клинически значимыми компонентами эндокринных заболеваний и требуют включения в алгоритмы комплексной диагностики и мониторинга.

ГИСТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА У ПАЦИЕНТОВ С ОЖИРЕНИЕМ И САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 2 ТИПА

У.А. МИРСАИДОВА, Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ

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

Актуальность. Псориаз широко распространён и нередко ассоциируется с метаболическими нарушениями, включая ожирение и сахарный диабет 2 типа (СД2). Совместное течение этих патологий формирует «порочный круг», усугубляющий клинические проявления и прогноз. Изучение гистоморфологических особенностей кожи у таких пациентов позволяет глубже понять механизмы патогенеза и определить факторы, влияющие на тяжесть заболевания.

Цель исследования. Определить характерные гистоморфологические изменения кожи у пациентов с псориазом, ассоциированным с ожирением и СД2.

Материалы и методы. Обследованы 14 пациентов с псориазом в возрасте $44,8 \pm 17,2$ лет. Включены различные формы заболевания: вульгарная, ограниченная и эритродермия. У 42,9 % пациентов в анамнезе выявлено ожирение, у 42,9 % – СД2, у 14,2 % псориаз протекал без сопутствующей патологии. Проводилось морфологическое исследование биоптатов кожи с использованием стандартной изопропиловой схемы фиксации и окраски гематоксилином и эозином.

Результаты. У всех пациентов выявлены классические признаки псориаза: гиперкератоз, паракератоз, акантоз, воспалительный инфильтрат и расширенные капилляры. У больных с ожирением и СД2 изменения были более выраженными: грубый многослойный гиперкератоз с отслойкой рогового слоя, выраженный акантоз с межклеточным отёком и слиянием эпидермальных отростков, сосудистые нарушения по типу диабетической микроангиопатии, а также фиброз дермы. Микроабсцессы Мунро и спонгиоз встречались у 42,9 % пациентов.

Вывод. Псориаз у пациентов с ожирением и СД2 характеризуется более агрессивным морфологическим фенотипом, отражающим усиление воспалительных и трофических процессов. Выявленные изменения подчёркивают необходимость комплексного подхода к ведению таких больных с обязательным контролем метаболических факторов и воспаления.

СОВРЕМЕННЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА

М.А. МИРСАИДОВА, М.Т. АЛИШЕВА

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

Актуальность проблемы. Вульвовагинальный кандидоз (ВВК) – одно из наиболее распространённых инфекционных заболеваний женской репродуктивной системы, сопровождающееся патологическими выделениями и дискомфортом. Заболевание имеет высокую распространённость и склонность к рецидивам, что делает его значимой медицинской и социальной проблемой.

Основным патогеном является Candida albicans, однако в последние годы увеличивается частота выявления других видов рода Candida, включая C. dubliniensis и C. glabrata, что осложняет диагностику и терапию.

Риск развития ВВК выше у женщин с эндокринными нарушениями (например, при сахарном диабете), сниженным иммунитетом, а также

при дисбиозе влагалища. Согласно зарубежным исследованиям, значительная часть пациенток сталкивается с рецидивирующим течением заболевания.

Ведущая роль принадлежит взаимодействию грибов рода Candida с эпителиальными клетками влагалища. Иммунный ответ реализуется через врождённые и адаптивные механизмы: активацию Th17-клеток, продукцию IL-17 и работу толл-подобных рецепторов. Состояние нормальной микрофлоры, в частности наличие лактобактерий, играет защитную роль, препятствуя колонизации патогенами.

Диагностика и лечение. Диагностические подходы включают микроскопию, культуральное исследование, молекулярно-генетические методы для уточнения вида возбудителя и определения его чувствительности к противогрибковым препаратам. Основу терапии составляют противогрибковые препараты (местные и системные). При рецидивирующих формах требуется индивидуальный подход и длительные схемы лечения. Дополнительное направление – использование пробиотиков и штаммов лактобактерий, восстанавливающих нормальный биоценоз влагалища.

Вывод. Ввиду частых рецидивов заболевания необходимо разработать комплексный подход к диагностике и лечению урогенитального кандидоза. До сих пор проблема урогенитального кандидоза считается не до конца изученной и раскрывает новые возможности определения новых механизмов развития заболевания в плане изучения этиопатогенетических аспектов заболевания. Комплексное понимание роли возбудителя, состояния иммунной системы и микрофлоры позволяет разрабатывать более эффективные методы профилактики и лечения ВВК. Современные стратегии должны включать не только противогрибковую терапию, но и восстановление вагинального биоценоза, что особенно важно при хронических и рецидивирующих формах заболевания. Таким образом, современные научные данные свидетельствуют, что: ВВК имеет высокую распространённость и значимую долю рецидивирующих форм. Candida albicans играют возрастающую роль и осложняют лечение. Иммунный ответ слизистой (Th17, IL-17, TLR) является ключевым звеном защиты и определяет исход инфекции. Нормальная микрофлора (лактобактерии) выполняет протективную функцию, а её восстановление с помощью пробиотиков повышает эффективность терапии. Оптимальная стратегия лечения должна сочетать противогрибковую терапию и коррекцию микробиоты, что позволяет снизить риск рецидивов и повысить качество жизни пациенток.

АТИПИЧНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕРПЕСА СИМПЛЕКС У ПАЦИЕНТОВ ПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА

Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ[1], Ф.А. ОРАЛОВ[2]

[1]DSc, старший научный сотрудник, заведующий консультативной поликлиникой ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
[2]Ташкентская область, Алмалыкское городское медицинское объединение, Центральная многопрофильная поликлиника, отдел дерматовенерологии

Актуальность. Герпес симплекс остаётся одной из наиболее распространённых вирусных инфекций кожи и слизистых, характеризуясь типичной везикулёзной сыпью. Однако в последние годы отмечаются изменения клинической картины, что может быть связано с влиянием экологических и индустриальных факторов.

Цель исследования. Изучить особенности клинических проявлений герпеса симплекс у пациентов, наблюдавшихся в условиях промышленного региона с неблагоприятным экологическим фоном.

Материал и методы исследования. В 2024–2025 гг. в дерматовенерологическом отделении Центральной многопрофильной поликлиники Алмалыкского городского медицинского объединения наблюдались 22 пациента с клиническими проявлениями герпеса симплекс в возрасте от 8 до 23 лет (средний возраст 14,6 ± 4,2 года). Среди них 14 детей (63,6 %) и 8 молодых взрослых (36,4 %); по гендерному составу – 12 мальчиков/юношей (54,5 %) и 10 девочек/девушек (45,5 %). Пациенты включались при длительности высыпаний не более 5 суток. Проводились клинический осмотр, фотодокументация и дерматоскопия, регистрация субъективных симптомов (зуд, жжение, боль по ВАШ), а также фиксация морфологических особенностей сыпи. Особое внимание уделялось атипичным формам, представленным крупными округлыми очагами с множественными мелкими везикулами внутри. Диагноз подтверждался ПЦР HSV-1/HSV-2 из содержимого везикул. Учитывались экологические факторы

региона (пыльность, промышленная нагрузка, дым) как возможные триггеры обострений.

Результаты исследования. У обследованных 22 пациентов с герпесом симплекс наиболее часто выявлялись атипичные формы высыпаний, представленные крупными округлыми очагами диаметром 1,0–2,5 см, внутри которых группировались множественные мелкие везикулы, типичные для HSV-инфекции. Подобная морфология наблюдалась у 15 пациентов (68,2 %), тогда как классическая мелкоочаговая форма с изолированными везикулами – у 7 пациентов (31,8 %). Среди детей (n = 14) атипичное течение регистрировалось чаще – у 11 (78,6 %), тогда как у молодых взрослых (n = 8) подобные формы встречались у 4 (50,0 %), что отражает статистически значимую тенденцию к большей выраженности клинических проявлений у детской группы. По гендерному составу, у мальчиков/юношей (n = 12) атипичные очаги определялись в 9 случаях (75 %), у девочек/девушек (n = 10) – в 6 (60 %). Субъективные симптомы включали зуд (86,4 %), жжение (72,7 %) и болезненность очагов (40,9 %), при этом у детей преобладал зуд (92,9 % против 75,0 % у взрослых), а у взрослых чаще отмечалась болезненность (62,5 % против 28,6 % у детей). Продолжительность элементов составляла от 5 до 10 суток, в среднем 7,2 ± 1,5 дня. Фотодокументация позволила зафиксировать характерный «мишеневидный» рисунок с центральной зоной сгущённых везикул в 12 случаях (54,5 %), преимущественно у детей (64,3 %). Учитывая экологические факторы региона (повышенная запылённость, промышленная нагрузка), в 9 случаях (40,9 %) пациенты указывали на частые респираторные инфекции и раздражение слизистых как возможные предвестники обострений.

Заключение. Клиническое течение герпеса симплекс у пациентов, наблюдавшихся в Алмалыкском промышленном регионе, характеризовалось высокой частотой атипичных форм высыпаний (68,2 %), которые чаще встречались у детей (78,6 %) по сравнению с взрослыми (50,0 %). Для детской группы были более характерны зуд и «мишеневидные» очаги с множественными мелкими везикулами внутри крупного образования, тогда как у взрослых чаще отмечалась болезненность и более длительное заживление. Морфологические особенности в виде крупных круглых очагов с периферическими везикулами, вероятно, связаны с воздействием неблагоприятных экологических факторов региона (запылённость воздуха, промышленная нагрузка, дым). Полученные данные подчёркивают необходимость учёта возрастных и региональных особенностей при диагностике и лечении герпеса симплекс, а также актуализируют значение дальнейших исследований влияния экологической среды на вирусные дерматозы.

ВОЗРАСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ПО ДАННЫМ НАБЛЮДЕНИЙ В ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ[1], Ф.А. ОРАЛОВ[2]

[1]DSc, старший научный сотрудник, заведующий консультативной поликлиникой ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз;
[2]Ташкентская область, Алмалыкское городское медицинское объединение, Центральная многопрофильная поликлиника, отдел дерматовенерологии

Актуальность. Атопический дерматит (АД) является хроническим воспалительным заболеванием кожи с высокой распространённостью, рецидивирующим течением и выраженным влиянием на качество жизни пациентов. Несмотря на развитие современных терапевтических стратегий, АД остаётся одной из актуальных проблем клинической дерматологии, особенно в условиях роста аллергической патологии среди молодого населения.

Цель исследования. Оценить клинико-эпидемиологические особенности и результаты терапии атопического дерматита.

Материал и методы исследования. В исследование включены 30 пациентов, наблюдавшихся в Центральной многопрофильной поликлинике Алмалыкского городского медицинского объединения Ташкентской области в 2024–2025 гг., в возрасте от 12 до 45 лет (средний возраст 24,4 ± 8,7 года). Среди них было 20 мужчин (66,7 %) и 10 женщин (33,3 %), что отражает преобладание мужского пола с соотношением 2:1. Пациенты распределялись на две возрастные группы: подростки и молодые лица до 18 лет 8 человек (26,7 %), взрослые от 18 лет и старше – 22 человека (73,3 %). Диагноз атопического дерматита устанавливался по критериям Hanifin и Rajka, тяжесть заболевания оценивалась по шкалам SCORAD и EASI. Всем пациентам проводилось стандартное клиническое обследование, сбор анамнеза, оценка сопутствующих заболеваний и факторов, провоцирующих обострения.

Результаты исследования. Течение заболевания имело ряд особенностей в зависимости от возраста. У детей преобладали среднетяжёлые формы (62,5 %), реже лёгкие (25,0 %) и тяжёлые (12,5 %). Клинически чаще отмечались экзематозные очаги на лице и шее (50,0 % против 31,8 % у взрослых), выраженный зуд (100 % случаев) и значимое нарушение сна (62,5 % против 31,8 % у взрослых). У взрослых пациентов клиническая картина характеризовалась более частым поражением сгибательных поверхностей конечностей (77,3 % против 50,0 % у детей), хроническим рецидивирующим течением с длительными периодами обострений и меньшей выраженностью нарушений сна. Сопутствующие аллергические заболевания выявлялись преимущественно во взрослой группе: аллергический ринит у 18,2 %, бронхиальная астма у 13,6 %, пищевая аллергия у 9,1 %. В детской группе аллергическая коморбидность отмечена в 25,0 % случаев. По результатам терапии клиническое улучшение с достоверным снижением индексов SCORAD и EASI зафиксировано у 75,0 % детей и 72,7 % взрослых, при этом у детей эффект достигался быстрее, тогда как у взрослых чаще требовалось применение дополнительных методов лечения (фототерапия, системные препараты).

Заключение. Атопический дерматит в условиях Ташкентской области характеризуется преимущественно среднетяжёлым течением, высокой частотой аллергических коморбидностей и значительным снижением качества жизни пациентов. Возрастные различия имеют клиническое значение: у детей заболевание чаще проявлялось поражением лица и шеи, выраженным зудом и нарушением сна, в то время как у взрослых преобладали поражения сгибательных поверхностей конечностей и более высокий уровень аллергических коморбидностей. Применение комплексной терапии с акцентом на поддержание кожного барьера и использование таргетных методов при тяжёлых формах обеспечивает улучшение клинических и функциональных показателей. Результаты подтверждают необходимость региональных исследований и внедрения персонализированных подходов в лечении АД.

К СОСТОЯНИЮ С – РЕАКТИВНОГО БЕЛКА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, Б.Д. ХАЙИТОВ

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

Акантолитическая пузырчатка (АП) – представляет собой одной из тяжелых дерматозов, сопровождающиеся поражением кожи и/или слизистых оболочек, ведущую роль в патогенезе которого отводят аутоиммунным реакциям, приводящим к вредному действию циркулирующих ауто-антитела, которые направлены против компонентов десмосом. В развитии иммунного ответа наряду антителами и цитокинами, выделяемые лимфоцитами, также участвуют остро фазные белки сыворотки, концентрация которых быстро нарастает при инфекционном процессе. Концентрация С-реактивного белка в сыворотки крови возрастает при различных воспалительных и некротических процессах и является показателем острой фазы их течения. Следует отметить, что белки системы комплемента служат медиаторами фагоцитоза, регулируют воспалительную реакцию и взаимодействуя с антителами, участвуют в иммунной защите организма.

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

Материал и методы исследования. Нами обследованы 61 больных пузырчаткой в возрасти от 18 лет до 71 года. У всех больных проводились клинические, цитологические, биохимические и иммунологические исследования. Определения уровня С- реактивного белка в сыворотке крови определяли методом твердофазного ИФА – исследования.(фирма «Вектор-Бест). Все больные были консультировались смежными специалистами: терапевтом, эндокринологом и др. Контрольную группу составили данные 20 практически здоровых лиц.

Результаты исследования. По клинической форме среди 61 больных пузырчаткой вульгарную форму составили – 52 больных (85,2 %), себорейную форму – 6 (9,8 %) и вегетирующую – 2 (3,3 %) соответственно.

Результаты ИФА исследования повыявляемости С – реактивного белка у больных пузырчаткой показало, что среди 61 больных у 58 больных в сыворотке крови отметилась повышения уровня СРБ, что составило 95,1 % случаев. В группе здоровых лиц среди 22 лиц только у одного отмечался повышенный уровень СРБ, что составило 4,5 % случая. Полученные результаты свидетельствует о выраженности воспалительной реакции в организме больных с акантолитической пузырчаткой.

Анализ количественной характеристики С – реактивного белка в сыворотке крови у больных пузырчаткой выявило увеличение титра в 3,8 раз

по сравнению с показателями контрольной группы и составило в среднем 19,7±0,4 МЕ/мл и имел статистически достоверный характер. (P<0,05).

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

ФОТОТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА ДЛИННОВОЛНОВЫМ УЛЬТРАФИОЛЕТОМ

Р.О. НАЗАРОВ, С.Т. БАЙРАММУХАММЕДОВ, А.Б. ТАШЛИЕВ

Научно-клиническое кожно-венерологическое отделение;
Центрального кожно-венерологического госпиталя;
Дирекции центров инфекционных болезней Министерства Здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана, г. Ашхабад, Туркменистан

Псориаз хроническое иммуноассоциированное заболевание мультифакториальной природы в развитии, которого доминирующее значение имеют генетические факторы.

Длительное изнуряющее течение этого хронического дерматоза с многочисленными рецидивами, как правило, приводит к чрезмерному напряжению реактивных сил организма влекущему за собой возникновение физических и психологических нарушений с развитием астенической симптоматики (расстройство сна и аппетита, явления депрессии и др.), что является фоном снижения качества жизни больных. Наблюдается тенденция к увеличению числа больных, страдающих тяжелыми формами псориаза с частыми патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата, которые могут привести к инвалидизации.

Актуальность проблемы псориаза и важность поиска эффективных инновационных методов лечения не вызывают сомнений.

Для повышения эффективности лечения больных различными клиническими формами псориаза в комплексе терапевтических мероприятий мы применили фототерапию длинноволновыми ультрафиолетовыми лучами на инновационном устройстве UV 181/200 AL.

Под нашим наблюдением находились 149 больных различными формами псориаза в возрасте от 8 до 72 лет, средний возраст 28,7±1,8 года, которым помимо традиционной терапии десенсибилизирующими, антигистаминными, дезинтоксикационными препаратами и средствами наружной терапии в комплексе лечебных мероприятий проведена фототерапия длинноволновыми ультрафиолетовыми лучами спектра 315-420 нм.

Из 149 больных псориазом 81 (54,36 %) пациент мужчины и 68 (45,64 %) – женщины. Опытную группу составили 103 пациента, а контрольную группу – 46 пациентов. Из больных составивших опытную группу 56 (54,37 %) пациентов мужчины и 47 (45,63 %) – женщины, а в контрольной группе 25 (54,35 %) – мужчины, 21 (45,65 %) – женщины. Больные псориазом составившие контрольную группу получали только традиционную терапию (десенсибилизирующее, антигистаминное, общеукрепляющее, дезинтоксикационное, препараты наружной терапии). Всем 103 пациентам опытной группы помимо традиционной терапии назначена физиотерапия длинноволновыми ультрафиолетовыми лучами на приборе для фототерапии UV 181/200 AL.

Данное устройство фототерапии сконструировано специально для использования в качестве прибора для частичной фототерапии головы, шеи, груди, спины и конечностей (колени, локти, подошвы, стопы, ладони и т.д.) и позволяет проводить облучение отдельных очагов.

Сеансы фототерапии проводились ежедневно, на курс от 5 до 10 процедур. Начальная доза облучения составила 1 J/см^2 (Джоуль/см^2), максимальная – 6 J/см^2. С 1-й по 5-ю процедуру дозу облучения ежедневно увеличивали на 1 J/см^2, начиная с 6-й процедуры до 10-й включительно доза облучения составляла 6 J/см^2.

По итогам проведенного наблюдения установлено, что при применении фототерапии в комплексном лечении больных псориазом регресс элементов у пациентов опытной группы наступал на 2-3 дня раньше, чем у пациентов контрольной группы, что позволило сократить сроки пребывания в стационаре.

ИММУНОЛОГИЧЕСКОЕ ПРОФИЛИРОВАНИЕ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ МЕТОДОМ ПРОТОЧНОЙ ЦИТОМЕТРИИ

Х.И. НАСИМОВ, А.Б. РАХМАТОВ

Введение. Псориаз – хроническое иммунноопосредованное заболевание кожи, при котором микробные триггеры, в частности грибковые антигены, могут усиливать иммунную активацию. Иммунологические характеристики пациентов с псориазом и микогенной сенсибилизацией (чувствительностью к грибковым антигенам) остаются недостаточно изученными.

Цель. Оценить фенотипы иммунных клеток и системные цитокиновые ответы у пациентов с псориазом с подтверждённой колонизацией или сенсибилизацией к грибам, используя проточную цитометрию и сывороточный анализ.

Материалы и методы. В исследование включено 120 взрослых пациентов с хроническим бляшечным псориазом (PASI 8–32). Всем проведено микологическое обследование (ПЦР, культуральный посев, прямая микроскопия) на *Candida albicans*, *Trichophyton rubrum* и *Malassezia furfur*. Сенсибилизация определялась по специфическим IgE/IgG. Иммунное профилирование включало проточную цитометрию Т-лимфоцитов (CD3+, CD4+, CD8+, соотношение CD4/CD8), Th17 (IL-17A+), Th1 (IFN-γ+), Th2 (IL-4+), маркеры активации (CD69, HLA-DR, CD25), NK-клеток (CD16+) и В-клеток (CD19+). Сывороточные уровни IL-17A, IL-23, TNF-α, IL-4 и С-реактивного белка (СРБ) определялись мультиплексным анализом. Сравнивались группы с сенсибилизацией и без неё; оценивались корреляции с PASI.

Результаты. Грибковая колонизация выявлена у 63,3 % (76/120) пациентов, сенсибилизация – у 42,5 % (51/120). У сенсибилизированных пациентов по сравнению с несенсибилизированными отмечены более высокие уровни Th17 (5,8 ± 1,2 % против 3,9 ± 0,9 % CD4+, $p < 0{,}001$), активированных CD69+ Т-клеток (21,4 ± 4,8 % против 15,7 ± 3,1 %, $p = 0{,}002$), IL-17A (38,2 ± 10,6 пг/мл против 24,5 ± 8,4, $p < 0{,}001$) и СРБ (12,3 ± 4,1 мг/л против 7,4 ± 3,5, $p = 0{,}005$). Баллы PASI положительно коррелировали с IL-17 ($r = 0{,}52$, $p < 0{,}001$) и наличием сенсибилизации ($r = 0{,}41$, $p = 0{,}002$).

Заключение. Микогенная сенсибилизация у пациентов с псориазом ассоциирована с выраженным Th17-опосредованным воспалением, повышением системных цитокинов и большей тяжестью заболевания. Комбинация проточной цитометрии и микологического тестирования может помочь в стратификации пациентов и выборе таргетной терапии.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

И.Б. НУРМАТОВА, Н.И. ФАРМОНОВА

Ташкентский государственный медицинский университет;
Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Актуальность. Базальноклеточный рак кожи (БКРК) является одной из наиболее распространённых форм злокачественных новообразований, особенно среди лиц со светлым фототипом кожи. В последние десятилетия наблюдается устойчивый рост заболеваемости БКРК во всех возрастных группах и во всех регионах с преимущественным распространением в странах с высоким уровнем солнечной инсоляции. Это связано как с увеличением воздействия ультрафиолетового излучения, так и с возросшей продолжительностью жизни населения. Несмотря на низкую склонность к метастазированию, БКРК характеризуется агрессивным местным ростом, который приводит к значительной морфологической деструкции тканей, снижению качества жизни пациентов и повышению риска инвалидизации. Кроме того, частые рецидивы и необходимость повторных вмешательств создают значительную нагрузку на систему здравоохранения. Раннее выявление и дифференцированный подход к лечению БКРК представляют собой важнейшие задачи современной онкологии и дерматологии, что обуславливает необходимость постоянного совершенствования методов диагностики и разработки новых терапевтических стратегий.

Цель исследования. Проанализировать современные подходы к диагностике и лечению базальноклеточного рака кожи, оценить эффективность различных методов терапии и определить перспективные направления для улучшения клинических исходов у пациентов с БКРК.

Методы и материалы. В работе использован выборочный анализ современной научной литературы, представленной в базе данных Medline, а также официальные рекомендации американского онкологического общества и немецкие клини-

ческие руководства по лечению базальноклеточного рака кожи и профилактике онкологических заболеваний кожи.

Результаты исследования. Современные подходы к диагностике базальноклеточного рака кожи (БКРК) включают комплексное использование клинических, дерматоскопических и гистологических методов. Дерматоскопия позволяет повысить точность предварительной диагностики и определить морфологический тип опухоли без необходимости проведения инвазивных процедур. В сложных случаях для уточнения диагноза применяется биопсия с последующим гистологическим исследованием, которое остаётся «золотым стандартом» диагностики.

В лечении БКРК основным и наиболее эффективным методом остаётся хирургическое иссечение опухоли с гистологическим контролем краёв (например, метод Мохса), что обеспечивает удаление всей патологической ткани с минимальной травматизацией здоровых участков и снижает риск рецидива до менее 3 % в течение 5 лет, особенно при локализации на лице. Данный подход считается оптимальным при инвазивных и высокорецидивных формах заболевания.

Лучевая терапия занимает важное место в лечении неоперабельных опухолей или пациентов с противопоказаниями к хирургии, обеспечивая контроль опухолевого процесса в 90–96 % случаев на протяжении 5 лет. Современные технологии облучения позволяют минимизировать повреждение окружающих тканей и снизить риск осложнений.

В последние годы в арсенале терапии БКРК появились таргетные препараты – ингибиторы сигнального пути Hedgehog, такие как висмодегиб. Они показали обнадёживающие результаты в лечении местно-распространённых и метастатических форм заболевания, обеспечивая снижение размеров опухолей и замедление их прогрессии. Однако применение данных препаратов сопровождается выраженными побочными эффектами, такими как мышечные спазмы, потеря вкуса, усталость и кожные реакции, что требует тщательного отбора пациентов и мониторинга в ходе терапии.

Заключение. Анализ современных методов диагностики и лечения базальноклеточного рака кожи показывает, что комплексный и индивидуальный подход является ключом к успешному контролю заболевания. Хирургическое иссечение с гистологическим контролем краёв остаётся наиболее эффективным и предпочтительным способом терапии, обеспечивая минимальный риск рецидивов и оптимальные косметические результаты, особенно при локализации опухоли на лице. Введение таргетных препаратов, таких как висмодегиб, открывает новые перспективы для терапии сложных и распространённых форм БКР, однако требует взвешенного подхода с учётом потенциальных побочных эффектов и необходимости дальнейших исследований.

Таким образом, сочетание классических и инновационных методов лечения базальноклеточного рака кожи способствует повышению эффективности терапии, снижению частоты рецидивов и улучшению качества жизни пациентов. В дальнейшем важным направлением остаётся разработка и внедрение персонализированных стратегий лечения с учётом клинических и молекулярных характеристик опухоли.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО: ПРИМЕНЕНИЕ ЭКСИМЕРНОГО ЛАЗЕРА И РУКСОЛИТИНИБА И ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЛИЯНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

И.Б. НУРМАТОВА, Г.К. САДИЕВА

Ташкентский Государственный медицинский университет;
Кафедра дерматовенерологии и косметологии

Актуальность. Витилиго – хроническое аутоиммунное заболевание, характеризующееся появлением белых участков кожи вследствие нарушения выработки меланина. Заболевание встречается примерно у 0,5–2 % населения и часто начинается в детском или подростковом возрасте.

Для пациентов витилиго несёт не только эстетические, но и значимые психосоциальные проблемы: снижение самооценки, изоляция, тревога и депрессия. Поэтому в терапии витилиго важно не только клиническое восстановление пигментации, но и улучшение психоэмоционального состояния пациентов.

В последние годы в лечении витилиго стали широко использоваться новые методы: эксимерный лазер 308 нм и руксолитиниб (ингибитор JAK-1/2). Эксимерный лазер оказывает локальное воздействие, стимулируя активность меланоцитов и ускоряя репигментацию. Руксолитиниб взаимодействует с патогенетическими механизмами аутоиммунного воспаления.

Комбинированное применение этих методов может повысить клиническую эффективность терапии.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность применения эксимерного лазера

и руксолитиниба при лечении витилиго и исследовать влияние заболевания на психоэмоциональное состояние и качество жизни пациентов.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты с установленным диагнозом витилиго разного возраста и пола.

Испытуемые были разделены на две группы: первая группа получала только эксимерный лазер, вторая – комбинированную терапию (эксимерный лазер + руксолитиниб).

Курс лечения длился 12–24 недели. Психоэмоциональное состояние и качество жизни оценивали с помощью следующих инструментов:

Dermatology Life Quality Index (DLQI);

Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS);

VitiQoL – инструмент, специфичный для оценки влияния витилиго на качество жизни.

Результаты исследования. При монотерапии эксимерным лазером у большинства пациентов наблюдалась репигментация, однако процесс протекал относительно медленно.

В группе комбинированной терапии (эксимерный лазер + руксолитиниб) репигментация происходила быстрее и охватывала большую площадь поражения.

Размер участков депигментации уменьшился, новые очаги депигментации не регистрировались.

По данным психоэмоционального исследования, средние значения DLQI до лечения составляли около 9–11 баллов;после курса комбинированной терапии у пациентов эти показатели снизились до примерно 3–4 баллов.

По шкале HADS отмечено значимое уменьшение проявлений тревоги и депрессии ($p < 0,05$).

Результаты VitiQoL демонстрировали повышение уверенности в себе у пациентов и улучшение их социальной активности.

Заключение. Комбинированная терапия эксимерным лазером и руксолитинибом превосходит монотерапию по скорости и выраженности репигментации и способствует более выраженному улучшению психоэмоционального состояния и качества жизни пациентов. Следовательно, оптимизация лечения витилиго должна включать комплексный подход, учитывающий как клинические, так и психосоциальные аспекты заболевания.

ПРИЧИНЫ И КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПУЗЫРЧАТКИ, ПОРАЖАЮЩЕЙ СЛИЗИСТУЮ ОБОЛОЧКУ ПОЛОСТИ РТА

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

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

Введение. Поскольку слизистая оболочка полости рта зачастую служит первым местом манифестации заболевания, данная локализация имеет особое значение для раннего выявления пузырчатки. Несвоевременная диагностика в этой фазе значительно осложняет течение болезни, способствует распространению высыпаний на кожу и развитию тяжёлых осложнений. Следовательно, совершенствование методов раннего выявления и дифференциальной диагностики пузырчатки на уровне стоматологической и терапевтической помощи становится одной из приоритетных задач современной клинической медицины. Зачастую поражаются слизистые оболочки щек, губ и мягкого неба. Диагноз ставиться на основе верифицированных клинических проявлений и подтверждается путем изучения материала биопсии. Учитывая первичную природу поражений тканей полости рта, на стоматолога полагается огромная ответственность за верификацию подобных поражений, регистрация которых на раннем периоде обеспечивает эффективность терапевтических манипуляций в будущем. 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. 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 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 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.

АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ ВУЛЬГАРНОЙ ПУЗЫРЧАТКИ, НАЧАВШЕЙСЯ СО СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА

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

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан;
Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

Введение. Вульгарная пузырчатка является наиболее распространенным заболеванием среди патологий группы Pemphigus, которые представляют собой потенциально смертельные аутоиммунные поражения кожи и слизистых оболочек. Как правило, она характеризуется появлением пузырей в области полости рта, которые в 50 % случаев являются первичными и предшествуют клинически диагностируемым признакам болезни в области кожных покровов. Пик заболеваемости приходится на период между 40 и 50 годами жизни. Клинически поражения полости в большинстве случаев проявляются в форме волдырей, которые быстро лопают, формируя болезненные эрозии. 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.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ БЕРЕМЕННЫХ И ВРОЖДЕННЫМ СИФИЛИСОМ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ РЕГИОНЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Н.В. ПОЛЯКОВА, Н.В. ЗИЛЬБЕРБЕРГ, Т.А. СЫРНЕВА, Н.К. ЛЕВЧИК

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

Заболеваемость сифилисом беременных является индикатором эпидемиологического неблагополучия в регионе, характеризует реальный ее уровень и скрытый резерв невыявленной заболеваемости. Каждый случай врожденного сифилиса требует экспертного анализа и принятия экстренных мероприятий, направленных на устранение причин, которые привели к его развитию.

В Российской Федерации (РФ) ситуация по заболеваемости сифилисом остается нестабильной, наблюдается рост с 2020 года на 64,4 % от 10,4 случаев на 100 тысяч населения до 17,1 случаев в 2024 г. Уровень заболеваемости сифилисом беременных оставался на стабильно высоком уровне и 2024 г. составляет 63,8 случая на 100 тысяч беременных, закончивших беременность родами и превышали заболеваемость всего населения 3,6 раза, что говорит о скрытом резерве заболеваемости. Случаи врожденного сифилиса стабильно регистрируются, так в 2024 г. зарегистрирован 21 случай врожденного сифилиса на территории РФ.

Проведен многофакторный анализ заболеваемости сифилисом беременных и новорожденных в Свердловской области, которая является крупным промышленным регионом с численно-

стью населения 4222695 человек (таблица 1). Отмечается рост заболеваемости всего населения (+50 % с 18,4 случаев в 2022 г. до 27,0 случаев в 2024 г.), так и беременных (+19,8 % с 104,3 случаев в 2022 г. до 124,9 случаев в 2024 г.), при этом интенсивные показатели заболеваемости сифилисом беременных стабильно превышали заболеваемость всего населения в 3,8–5,7 раза.

Врожденный сифилис за период 2022–2024 гг. в Свердловской области не регистрировался.

Таблица 1

Заболеваемость сифилисом среди беременных и населения в Свердловской области за период 2022–2024 гг.

Показатели	2022 г.	2023 г.	2024 г.
Заболеваемость сифилисом населения (число случаев на 100 тысяч населения)	18,4	20,0	27,0
Заболеваемость сифилисом беременных (число случаев на 100 тыс. беременных, закончивших беременность родами)	104,3	75,3	124.9
Соотношение заболеваемости сифилисом беременных и всего населения	5,7	3,8	4,6
Случаи врожденного сифилиса (абсолютное число)	-	-	-

Риск трансплацентарной передачи сифилитической инфекции ребенку от больной сифилисом матери зависит от получения своевременной и адекватной специфической терапии, что, в свою очередь, зависит от срока беременности, когда был установлен диагноз (табл. 2). За период с 2022 по 2024 г. в Свердловской области снизился удельный вес беременных с впервые установленным сифилисом во время родов, в послеродовой период с 12,5 % в 2022 г. до 2,2 % в 2024 г, в третьем триместре – с 27,5 % в 2022 г. до 17,4 % в 2024 г. Таком образом, в 2022 г. 40 %, а в 2024 г. 19,6 % беременных, больных сифилисом, не успевали закончить адекватный полноценный курс специфического и профилактического лечения, что существенно повысило риск развития врожденного сифилиса у ребенка, из них 15,0 % женщин в 2022 г. и 2,2 % женщин в 2024 г. не получили лечение во время беременности.

Таблица 2

Показатели	2022 г.	2023 г.	2024 г.
1 триместр	30 %	46,4 %	50,3 %
2 триместр	35 %	35,7 %	30,1 %
3 триместр	27,5 %	14,3 %	17,4 %
во время родов, до- или послеродовой период	12,5 %	3,5 %	2,2 %
не получили лечение во время беременности	15,0 %	3,5 %	2,2 %

Проведен экспертный анализ случаев сифилиса у беременных с впервые установленным диагнозом «сифилис», получивших лечение в круглосуточном стационаре ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» – 51,8 % (58 из 114) от всех зарегистрированных случаев в Свердловской области за 2022–2024 гг. У 62,1 % (36) беременных были заразные ранние формы инфекции (вторичный сифилис кожи и слизистых оболочек – 29,3 % (17), ранний скрытый сифилис – 32,8 % (19), при которых самый высокий риск трансплацентарного инфицирования и развития врожденного сифилиса у ребенка. Поздний скрытый сифилис установлен у 37,9 % (22) беременных.

Для постановки на учет в женскую консультацию 74,1 % (43) женщин впервые обратились в сроке 8–13 недель беременности, вместе с тем были зарегистрированы случаи поздней постановки на учет сроке 28–37 недель беременности – 13,7 % (8) женщин, больных сифилисом.

Сроки от получения положительных результатов серологических тестов в женской консультации до госпитализации в стационар УрНИИДВиИ и начала антибактериальной терапии занчительно варьировали: 5–15 дней – 31,2 %, до 30 дней – 31,2 %, до 60 дней – 25 %. Максимальные сроки составили от 120 до 150 дней у 2,6 % беременных, то есть от 3 до 5 месяцев беременная с сифилисом не получала адекватной специфической терапии. Удлинение догоспитального этапа от 60 до 150 дней преимущественно установлено у женщин, проживающих в «малых» городах и сельской местности и может свидетельствовать о низкой доступности и удаленности первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи беременным.

Лечение начато в III триместре беременности 18,9 % беременных, в том числе на 37-39 неделе беременности, что полностью исключает возможность получения полноценной адекватной терапии. Третья часть беременных, у которых лечение сифилиса начато в III триместре беременности были переведены в родильный дом на фоне незаконченного курса терапии.

Таком образом, процесс оказания медицинской помощи беременной, с впервые установленным диагнозом «сифилис», является междисциплинарным и зависит от четких, слаженных действий смежных специалистов, что определяет исход беременности и снижает либо предотвращает риск рождения ребенка с врожденным сифилисом.

РАЗНООБРАЗИЕ ПУТЕЙ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА, КАК ОДНА ИЗ ПРИЧИН ПОЯВЛЕНИЯ И РЕЦИДИВОВ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ ГЕНИТАЛИЙ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, М.Л. РОССТАЛЬНАЯ

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

Актуальность. Растущая значимость папилломавирусной инфекции (ПВИ) и многообразие ее клинических форм продиктованы способностью вируса папилломы человека (ВПЧ) к длительному латентному персистированию и активации в периоды иммунологической супрессии, а также возможности заражения ВПЧ разнообразными путями, в отношении которых отсутствует осведомленность. Если наиболее известным и распространенным путем передачи ВПЧ является половой, то в отношении других, не менее значимых путей настороженность зачастую отсутствует. К ним относятся: вертикальный (от матери к ребенку), горизонтальный, включающий в себя инфицирование через инокулированные предметы и поверхности (фомиты), гетероинокуляцию и аутоинокуляцию (путь самозаражения – передача вируса из одного участка тела в другой) (Караченцова И.В., 2025). Единичны случаи тестирования новорожденных на присутствие ВПЧ даже при наличии клинически выраженных очагов у матери (остроконечные кондиломы (ОК), цервикоинтраэпителиальные неоплазии (ЦИН), влагалищные интраэпителиальные неоплазии (ВИН), несмотря на риск вертикальной передачи (пренатальной и перинатальной). Присутствие экстрагенитальных очагов ВПЧ зачастую игнорируется полностью (папилломы, бородавки, кератомы, родинки и т д)), хотя они также могут быть источниками распространения ВПЧ. Согласно данным литературы (Chatzistamatiou K.,2016) частота перинатальной передачи ВПЧ от матери к ребенку достигает 25 %, что объясняет изначальное присутствие вируса у новорожденного, который впоследствии при отсутствии лечения или спонтанной элиминации вируса может стать источником распространения вируса как в детском, так и во взрослом состоянии. В связи с вышеизложенным нами была предпринят анализ возможных путей заражения ВПЧ у пациенток с остроконечными кондиломами гениталий.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 120 пациенток с ОК гениталий т 18 до 53 лет, среди которых было 33 беременных. Основным методом исследования был анкетный опрос по 36 параметрам, характеризующим различные стороны жизни пациенток, включая оценку возможных путей инфицирования ВПЧ. Был произведен осмотр всех кожных покровов и слизистых с проведением дерматоскопии при наличии экстрагенитальных очагов ВПЧ (папилломы, бородавки, кератомы, родинки и т д). Также пациентки проходили ПЦР тестирование на наиболее распространенные инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), типы ВПЧ и сопутствующую урогенитальную микрофлору.

Результаты и обсуждение. Учитывая, что пациентки, находившиеся под наблюдением, были социально-адаптированные и в большинстве случаев имели семейный статус, то такие известные провоцирующие факторы, как промискуитет, курение, ВИЧ инфекция не имели значимости. В то же время удалось выяснить, что далеко не во всех случаях имел место половой путь передачи. Так, 82 (68,3 %) пациенток не имели информации о наличии у полового партнера аналогичных высыпаний, а также о том, получает ли он лечение. Всего 38 (31,7 %) женщин указали на наличие ОК изначально у полового партнера, однако их партнеры получали лечение несинхронно и не соблюдали режим полового воздержания. Практически никто из пациенток не был осведомлен о возможности контактного («кожа с кожей») пути передачи ВПЧ. 84 (71,7 %) пациенток использовали общие с другими членами семьи средства личной гигиены (мыло, мочалка, полотенце), 47 (40,0 %) из них использовали с равной периодичностью то общие, то индивидуальные средства гигиены. С учетом возможности заражения ВПЧ бытовым и контактным путем и самозаражением, это может способствовать внутрисемейно-

му заражению (включая заражение детей) и сохранению резервуара инфекции.

У 3 (2,5 %) девственниц ОК появились при отсутствии полового партнера и половых контактов, после посещения салона эпиляции, что могло быть связано с активацией латентной ПВИ после процедуры эпиляции, либо несоблюдением правил асептики и антисептики в салоне. У 3 (2,5 %) после посещения частных бассейнов. При клиническом осмотре наличие генитальных очагов ВПЧ (ЦИН и ВИН) было подтверждено у 27 (22,5 %) пациенток, наличие экстрагенитальных очагов – у 12 (10,0 %).

Таким образом, при отсутствии источника заражения ВПЧ у пациенток с ОК следует обращать внимание на возможность самозаражения при существовании генитальных (ЦИН, ВИН) и экстрагенитальных (папилломы, бородавки, кератомы, родинки и т д) очагов ВПЧ; использование общих с другими членами семьи средств личной гигиены (мыло, мочалка, полотенце вероятность заражения в местах общего пользования (салоны эпиляции, частные бассейны). Недоучет возможных путей заражения может стать причиной повторного либо продолжающегося инфицирования и рецидива ОК. Также не следует забывать о возможности активации латентно существующей ПВИ под действием эндо и экзогенных факторов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА И ПАРИТЕТА ПАЦИЕНТОК С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА

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

Актуальность. Проблемы постменопаузального периода приобрели особое значение в последние годы в связи с существенным увеличением продолжительности жизни женщин, что особенно четко прослеживается в развитых странах. Гормональная недостаточность и уменьшение экскреции половых стероидов оказывают прямое влияние на функциональную активность цитоплазматических эстрогеновых рецепторов кожи, а склерозирование микрокапилляров и атрофия фолликулярного аппарата на фоне нарушения процессов влагообмена и архитектоники коллагеново-эластинового каркаса дермы, формируют типичную клиническую картину старческой инволюции кожного покрова в период пре- и постменопаузы — сухость и истончение кожи, морщинообразование, возрастные гипер- и депигментации. Все это способствует повышенному риску развития доброкачественных дистрофических заболеваний в области гениталий у женщин и требует более пристального изучения в связи с возможностью озлокачествления.

Материал и методы исследования. Нами были исследованы клинико-анамнестические особенности 88 больных с доброкачественными дистрофическими заболеваниями вульвы (ДЗВ). По специально разработанным опросникам, составленным под решение научно-практической задачи осуществлено тестирование. Для анализа отобрано 30 основных показателей (признаков).

Результаты. Сопутствующие эндокринные заболевания были зафиксированы у 40 (45,5 %) женщин, среди них были такие заболевания как сахарный диабет – у 4 (10,0 %), тиреотоксикоз – у 5 (12,5 %), гипотиреоз – у 8 (20,0 %), ожирение – у 10 (25,0 %) и диффузный зоб – у 13 (32,5 %) В сумме получается 40, поэтому я исправила. По поводу вышеуказанных заболеваний женщины принимали такие препараты, как йодомарин 13 (14,8 %) больных, эутирокс 5 (5,7 %) пациенток, инсулин/сиофор 5 (5,7%) больных. Из 40 женщин 17 (42,5 %) не получали лечение по поводу сопутствующей эндокринной патологии и под наблюдением эндокринолога не находились. Наличие высокого процента сопутствующих эндокринных заболеваний (53,4 %) подчеркивает возможность влияния гормональных нарушений на формирование ДЗВ. Также с целью изучения влияния паритета на гормональный статус было проанализировано количество беременностей и родов у наблюдаемых пациенток, так, у 19 (21,6 %) женщин отмечалось свыше 5 беременностей, у 15 (17,0 %) – 4 беременности, у 13 (14,8 %) – 3, и у 13 (14,8 %) – 2 беременности. В целом количество многорожавших женщин составило 53,4%, что могло повлиять на истощение гормонального фона, возможное снижение защитных реакций организма и формирование ДЗВ. Менопауза наступила после 50 лет у 30 (34,1 %) женщин, у 5 (5,7 %) – после 45 лет и у 53 (60,2 %) женщин менопауза еще не наступила. Значительное количество женщин репродуктивного возраста среди опрошенных (60,2 %) указывает на действительную тенденцию «омоложения» заболевания, что коррелирует со многими данными литературы. Из 35 женщин, находящихся в менопаузе, признаки климактерического синдрома, такие как, приливы, отмечались у 16 (18,2 %) жен-

щин, периодическое повышение артериального давления – у 15 (17,0 %), усталость – у 20 (22,7 %), раздражительность – у 26 (29,5%), сухость в области гениталий – у 20 (22,7 %) женщин. В распределении признаков климактерического синдрома нами не выявлено каких-либо особенностей, что указывает на отсутствие связи между особенностями климактерического синдрома и формированием ДЗВ.

Выводы: Таким образом, эндокринные заболевания у женщин с ДЗВ встречались у 45,5 % женщин. В структуре эндокринной патологии у пациенток с ДЗВ преобладали диффузный зоб, ожирение, гипотиреоз, тиреотоксикоз, сахарный диабет. Тестирование женщин с ДЗВ по специально разработанным опросникам, позволило выделить ряд факторов (паритет, сопутствующие эндокринологические заболевания, коррекция или ее отсутствие по выявленным эндокринным нарушениям), способных оказать влияние на состоятельность эндокринной функции и ее возможную роль в происхождении ДЗВ.

ЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ДИСТОРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, С.Н. РАХМАТУЛЛАЕВА

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

Актуальность. Одной из ведущих в происхождении перименопаузального склеротического лихена является теория эстрогенной недостаточности. В этиологии склеротического лишая важное значение придается также изменениям на уровне тканевых рецепторов гормонов, неполноценное функционирование или дефицит которых играет важную роль в развитии дистрофических заболеваний вульвы (ДЗВ). Гормональный статус женщин перименопаузального возраста характеризуется различными видами гормонального дисбаланса: ранней недостаточностью эстрогенов, избытком тестостерона, на начальном этапе повышение фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) с последующим его острым дефицитом, разбалансированностью между гормонами других эндокринных групп – надпочечников, щитовидной железы (ЩЖ), гипофиза. В процессе возрастной биологической трансформации, снижение функциональной активности гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы, недостаточность стероидогенеза в целом и уменьшение секреции эстроген/ прогестеронового пула приводят к выраженным изменениям в соединительнотканных структурах. В связи с этим изучение дисбаланса основных гормонов позволит уточнить патогенетический механизм и разработать коррекцию.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 40 женщин в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст составил 52,1 ± 0,01 года) с диагнозом доброкачественные дистрофические заболевания вульвы. Группу сравнения составили 38 практически здоровых женщин аналогичного возраста без патологии вульвы. У всех женщин проводили исследование гормонального статуса. Содержание гормонов сравнивали с возрастными нормативами 35 практически здоровых женщин репродуктивного возраста. В сыворотке крови определяли содержание эстрадиола (Е2), прогестерона, а также тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3) методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. С увеличением возраста уровень эстрадиола (Е2) прогрессивно уменьшался в сравнении с контрольной группой, как у пациенток основной, так и группы сравнения. Статистически значимых различий в содержании эстрадиола между основной и группой сравнения выявлено не было. Содержание прогестерона не претерпевало столь резких колебаний. Содержание гормонов ЩЖ (Т3,Т4) у женщин основной группы было ниже нормы. Статистически значимое снижение Т3 было выявлено у пациенток основной группы, как по отношению к группе сравнения, так и по отношению к контрольной группе. Уровень Т4 претерпевал подобную динамику, имея минимальное значение также у пациенток основной группы. Уровень ТТГ был довольно высок в обеих исследуемых группах (основная (5,20 мМЕ/мл) и группа сравнения (3,3 мМЕ/мл) против 1,37 мМЕ/мл контрольной группы). Вышеуказанные параметры свидетельствуют о снижении функции ЩЖ как в группе сравнения, так и в основной группе, однако в основной группе они были статистически достоверными.

Выводы. Прогрессирующий дефицит эстрадиола Е2, начинающийся еще задолго до последней в жизни женщины менструации, достигающий своего пика в постменопаузальном периоде имел место у пациенток с ДЗВ примерно с такой же частотой, что и у женщин без ДЗВ, что указывает на сомнительную роль дефицита эстрогенов в происхождении ДЗВ. Эндемический характер поражения ЩЖ в республике способствует более раннему нарушению менструальной

функции и наступлению менопаузы раньше, по сравнению с женщинами без тиреоидной патологии, что может отразиться на состоянии кожи гениталий. Непосредственное влияние ЩЖ на функцию яичников может определять дефицитное состояние по ряду других гормонов женской половой сферы, что требует дальнейшего изучения.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОМПЛАЕНСА В МЕНЕДЖМЕНТЕ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ

Д.Ф. ПОРСОХОНОВА, Н.Н. ИЛЕСОВА

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

Актуальность: Склероатрофический лихен вульвы (САЛВ) является одним из самых распространенных доброкачественных фоновых заболеваний наружных половых органов у женщин. Комплаенс при лечении склероатрофического лихена вульвы зависит от комплекса факторов, включая возраст пациентки, уровень информированности о заболевании, качество врачебной коммуникации, наличие сопутствующих психоэмоциональных нарушений и доступность терапии, в то время как степень тяжести заболевания может быть обусловлена длительностью нелеченного процесса, иммунными и гормональными факторами, генетической предрасположенностью и индивидуальными особенностями кожной реактивности. Временной фактор и связанные с ним, упущенные лечебно-диагностические возможности, могут сыграть ведущую роль в развитии необратимых изменений гениталий, включая неоплазию.

Психологами предложена классификация пациентов зависимости от «субъективных типов отношения к болезни» и включают в себя:

1. нормальный (реальная оценка объективного состояния);
2. пренебрежительный (недооценка тяжести заболевания);
3. отрицающий (игнорирование самого факта болезни);
4. нозофобный (понимает, что утрирует ситуацию, но преодолеть панику не может);
5. ипохондрический (погружение в болезнь);
6. нозофильный (своеобразная форма удовлетворения от того, что болезнь освобождает от ряда неприятных обязанностей);
7. утилитарный (стремление нажиться на заболевании материально или морально).

Поскольку одной из причин развития рака гениталий у женщин является поздняя обращаемость за медицинской помощью, а до 49 % случаев рака вульвы возникает на фоне предшествующей дистрофии, представляло интерес изучить состояние вопроса своевременности обращения за медицинской помощью пациенток с САЛВ.

Цель исследования. Оценить факторы, влияющие на комплаенс, при развитии склероатрофического лихена вульвы.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 70 пациенток в возрасте от 18 до 70 лет с гистологически подтвержденным диагнозом склероатрофический лихен вульвы. Давность заболевания варьировала от 1-го года до 5 лет. Всем пациенткам было проведено подробное клинико-анамнестическое наблюдение (анкетный опрос, клиническое наблюдение, дерматоскопия, себу-, кутометрия), гистологическое исследование пораженных тканей. Для оценки уровня комплаенса пациенток с САЛВ нами был разработан специальный опросник, включающий 13 вопросов, ответы на которые ранжировались по шкало-балльной системе.

Результаты и обсуждение. Результаты опроса показали, что у пациенток наблюдается низкий уровень комплаенса, связанный с рядом факторов, включая психологические барьеры, финансовые трудности и недостаточную осведомленность о заболевании и его последствиях. Большинство женщин обратились за медицинской помощью со значительным запозданием от момента появления первых симптомов. Только 2 (2,8 %) пациенток посетили врача сразу после появления первых симптомов, тогда как 28 (40,0 %) сделали это через 2 месяца, 22 (31,4 %) – через 6 месяцев, а 15 (21,4 %) – спустя более 1-го года. Такие данные указывают на недостаточную информированность и настороженность пациенток о важности своевременного обследования и лечения и на наличие определенных препятствий к раннему обращению.

Основными причинами позднего обращения стали чувство стеснения – 48 пациенток (68,6 %), страх обнаружения онкологического заболевания (онкофобия) – 8 (8,0 %), отсутствие материальных возможностей – 14 (20,0 %) и неосведомленность по вопросу, к какому специалисту нужно обратиться – 10 (14,2 %). Эти факторы подчеркивают необходимость проведения информационно-образовательных мероприятий для женщин с целью устранения страхов, повышения доверия к медицинским услугам и улучшения осведомлен-

ности о диагностике и лечении САЛВ. Прерывистость и ограниченная эффективность лечения также являются важными индикаторами низкого комплаенса.

Из 44 (62,8 %) пациенток, которые лечились ранее, 28 (40,0 %) делали это многократно, что говорит о недостаточной удовлетворенности результатами терапии. Лишь половина опрошенных отметила положительный эффект от лечения, тогда как 24 (34,3 %) указали на временное улучшение или даже ухудшение состояния. Это указывает на важность активного привлечения к обследованию и лечению таких пациенток, необходимость улучшения существующих терапевтических подходов и индивидуализации программы лечения. Попытки самостоятельного лечения предпринимали 47 (67,1 %) женщин, что дополнительно свидетельствует о дефиците информированности и недоверии к медицине. Более подробный расспрос о характере проводимого лечения позволил выявить, что в большинстве случаев это была длительная мазевая терапия кортикостероидными и противогрибковыми мазями, что противоречит имеющимся рекомендациям по их использованию. При этом 52 (74,3 %) пациентки заявили, что не располагают достаточными средствами для проведения обследования и лечения, что подчеркивает важность разработки экономически доступных методов диагностики и терапии. При суммарной оценке баллов низкий уровень комплаенса был присвоен 39 (55,7 %) пациенткам, средний – 18 (25,7 %), высокий – только 13 (18,6 %) пациенткам.

Выводы. Таким образом, среди пациенток с САЛВ преобладали нозофобные, отрицающие и пренебрежительно относящиеся к состоянию своего здоровья пациентки. В связи с чем, пациенткам с низким и средним уровнем комплаенса после консультации психотерапевта было рекомендовано принимать препарат Гидроксизин 25 мг по 1 табл. 1 р/д в течении 30 дней, а также повторные сеансы психотерапии 1–2 раза в неделю.

СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Г.Б. ПЯГАЙ, Н.С. ИБРАГИМОВА

Ташкентский государственный медицинский университет;
Университет Алфраганус

Дерматовенерология является наукой охватывающей огромный спектр нозологических форм, включающей системные поражения соединительной ткани (коллагенозы). Важность своевременной диагностики на ранних этапах заболевания, когда поражения локализуются на коже и не носят системного характера – трудно переоценить. Общеизвестно, что в большинстве случаев, красная волчанка начинается с кожных поражений в виде дискоидной формы, а далее может приобретать системный характер с поражением почек, суставов и т.д. Приведенный клинический случай является очень примечательным в данном плане. Пациент Ж. 27 лет, обратился на прием в ЧК с жалобами на общую слабость, высыпания на коже конечностей, поражение слизистой полости рта и красной каймы губ. Из анамнеза выяснилось что болеет около года, причем в начале заболевания отмечалось поражение кожи лица симметричного характера с области скуловой области. Обращался к дерматологу по месту жительства, полученное лечение не помнит, однако процесс со временем регрессировал в течение длительного времени. Объективно: КПП полиморфного характера, представлен симметричными эритематозными поражениями кожи дистальных частей верхних и нижних конечностей, кожи лица, вокруг глаз и бровей, ушных раковинах. На слизистой оболочке полости рта многочисленные эрозии и язвочки, трещины и корочки на губах, крайне затрудняющие открывание рта и приём пищи. Кроме того, тщательный осмотр в/ч головы позволил выявить многочисленные очаги выпадения волос, по типу рубцовой алопеции, что вкупе с анамнестическим указанием поражений кожи лица в дебюте заболевания, в основном и предопределило дальнейший характер диагностического процесса. Больной был направлен на лабораторное обследование, включающее общеклинические обследования крови, мочи и специфические исследования в виде крови на LE-клетки и ANA Screen. Исследование на LE-клетки дало положительный результат, ANA Screen – 400 МЕ/мл при норме до 40. Данные показатели сопровождались патологией мочи в виде резко повышенного белка в моче, эритроцитов до 24 и лейкоцитов до 14 в п.з. Таким образом, диагноз был подтвержден и пациент был госпитализирован в ревматологическое отделение. Тщательно собранный анамнез, тщательное объективное обследование с анализом всех существующих поражений, а также данные лабораторного обследования являются залогом правильного и выверенного диагноза.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ СТЕРОИДНОГО ДЕРМАТИТА

О.Г. ПЯГАЙ, А.А. СЫДИКОВ, Ш.Х. АХАДОВА

Ферганский государственный медицинский институт общественного здоровья; Университет Алфраганус

Введение. Стероидный дерматит представляет собой актуальную проблему современной дерматологии, возникающую вследствие длительного и нерационального применения топических кортикостероидов. Несмотря на значительные успехи в изучении данного заболевания, многие аспекты его патогенеза остаются не до конца ясными, что затрудняет разработку эффективных терапевтических стратегий. Особый интерес представляют механизмы развития резистентности к терапии и синдрома отмены.

Цель исследования. Комплексный анализ современных данных о патогенетических механизмах стероидного дерматита и оценка эффективности инновационных подходов к его лечению.

Материалы и методы. В исследование включены данные 45 публикаций за последние 5 лет, на английском языке, посвященных стероидному дерматиту и розацеа-подобному стероидному дерматиту. В исследование были включены статьи, содержащих описания клинических случаев и обзорные статьи. Для поиска использовались базы данных PubMed, Cochrane, Medline. Проведен систематический анализ:

1) молекулярных механизмов развития заболевания

2) клинических особенностей течения

3) эффективности различных терапевтических подходов

Результаты.

1. Установлено, что ключевыми патогенетическими звеньями развития стероидного дерматита являются:

– Нарушение функции глюкокортикоидных рецепторов

– Изменение местного стероидогенеза

– Дисфункция кожного барьера

– Микробный дисбаланс

2. Выявлены наиболее перспективные направления терапии:

– Ингибиторы кальциневрина (такролимус, пимекролимус)

– Антагонисты минералокортикоидных рецепторов

– Ингибиторы JAK-киназ

– Иные методы лечения: PRP-терапия, терапия ботулотоксином

3. Разработаны алгоритмы дифференциальной диагностики и ступенчатой терапии в зависимости от тяжести состояния

Выводы. Стероидный дерматит является мультифакторным заболеванием, требующим комплексного подхода к диагностике и лечению. Современные методы терапии позволяют достичь стойкой ремиссии у большинства пациентов. Перспективным направлением является разработка персонализированных схем лечения с учетом индивидуальных особенностей патогенеза.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЗООНОЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Р.С. ХИКМАТОВ, А.Б. РАХМАТОВ

Бухарский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

Проблема диагностики и лечения кожного лейшманиоза, как сельского, так и городского типа, остается весьма актуальной, продолжают регистрироваться сотни новых случаев заболевания, участились случаи металейшманиоза, протекающего годами.

За период 2024–2225 гг. под нашим наблюдением находилось 117 больных с установленным диагнозом зоонозного кожного лейшманиоза (ЗКЛ). При изучении анамнеза пациентов было установлено, что у большинства больных вначале заболевания отмечалось появление на различных участках кожного покрова специфических высыпаний ярко-красного цвета величиной с горошину (бугорок), которые сопровождались умеренными субъективными ощущениями и незначительным отеком. Изъязвление бугорков отмечалось в среднем на 20–30 сутки с момента появления элемента. Как правило, в центральной части образовавшихся бугорков развивался точечный некроз с образованием на поверхности плотной темной корки, при удалении которой

представлялась язвочка белесоватого цвета с незначительным серозным отделяемым. Размеры лейшманиозной язвы увеличивались за счет распада периферического инфильтрата, вследствие чего могли образовываться обширные очаги неправильной формы с обильным гнойно-некротическим отделяемым. В большинстве случаев ЗКЛ был диагностирован у лиц в возрасте от 18 до 45 лет (у 103 из 117 больных – 88,1 %), что подтверждает актуальность данной проблемы, так как заболевание встречается у активного, трудоспособного населения, которое активно перемещается и подвергается укусам москитов. При обследовании больных ЗКЛ были выявлены язвенные поражения кожи овальной или неправильной формы. У отдельных больных гнойно-некротическое отделяемое подсыхало и в этих случаях язва как бы покрывалась буровато-желтоватой коркой. Края язв чаще всего имели резко обрезанный характер, в отдельных случаях – фестончатый. Вокруг язв всегда выявлялся плотный специфический инфильтрат синюшно-красного цвета. В большинстве случаев инфильтрат имел валикообразный характер со своеобразным ободком, составляющим от 3 до 10 мм, в отдельных случаях доходящий до 20–30 мм. Обращает на себя внимание характер консистенции инфильтрата вокруг лейшманиом, имеющий умеренно плотный, тестоватый характер, на поверхности которых выявлялись небольшие чешуйки. В некоторых случаях на поверхности указанных инфильтратов могут наблюдаться небольшие очаги некроза, которые просвечиваются в виде слегка желтоватых точек. По характеру краевого инфильтрата можно судить о давности заболевания. Так, на ранних этапах края инфильтрата имеют ровный, отечный характер, тогда как с увеличением давности ЗКЛ, края инфильтрата приобретают бугристый характер, края язвы приобретают фестончатый характер и вокруг лейшманиом образуются бугорки обсеменения. Величина бугорков весьма вариабельна: от конопляного зерна до крупной горошины, располагаясь сгруппированно в количестве 3 и более бугорков с образованием конгломератов с бугристой поверхностью темно-красного цвета. Как показывают собственные исследования, по вариантам течения ЗКЛ, каждый клинический случай строго индивидуален не только по формам, но и по характеру осложнений дерматоза. Использование в комплексной терапии этиотропных препаратов (простейшие), противовоспалительных средств (глицирризиновая кислота) и лазерных технология, включая и фотодинамическую терапию позволяет значительно сокращать сроки эпитализации и повышать результаты клинико-микробиологического излечения больных с ЗКЛ.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТРЕССА НА ТЕЧЕНИЕ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Р.Р. РАХМАТЖОНОВА, А.В. МУН, Т.Б. ИРМУХАМЕДОВ

Ташкентский государственный медицинский институт, Ташкент

Очаговая алопеция (ОА) является хроническим аутоиммунным заболеванием, характеризующимся очаговым выпадением волос и оказывающим значительное влияние на психоэмоциональное состояние ребенка. Особый интерес представляет изучение взаимосвязи между уровнем стресса и клиническими проявлениями ОА в детском возрасте.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь уровня психоэмоционального стресса и выраженности очаговой алопеции у детей школьного возраста.

Материалы и методы. Обследовано около 50 детей в возрасте 5–18 лет с диагнозом очаговой алопеции. Выраженность заболевания оценивалась по шкале SALT (Severity of Alopecia Tool). Уровень стресса исследовался с использованием психодиагностических методик (опросник школьной личностной тревожности и реактивности Спилберга–Ханина, шкала стрессоустойчивости). Статистическая обработка данных включала корреляционный анализ по Спирмену.

Результаты. Установлена прямая корреляционная связь средней силы ($r = 0,56$; $p < 0,05$) между уровнем психоэмоционального стресса и выраженностью выпадения волос по шкале SALT. У детей с высоким уровнем школьной тревожности отмечалась более тяжелая клиническая картина заболевания с тенденцией к хронизации процесса выпадения волос.

Выводы. Полученные данные подтверждают значимую роль психоэмоционального стресса в клиническом течении очаговой алопеции у детей школьного возраста. Результаты исследования указывают на необходимость комплексного подхода к терапии ОА, включающего психологическую коррекцию и мероприятия по снижению уровня тревожности и стресса у пациентов.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ

А.Б. РАХМАТОВ, Ж.Р. ХАШИМОВ

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

Отрубевидный лишай является часто встречающимся поверхностным микозом, поражающий роговой слой кожи. Этиологическим фактором являются грибы рода Malassezia. Заболевание распространено повсеместно, считается, что им страдает до 10 % жителей планеты. На уровень заболеваемости оказывают влияние возраст, пол, наличие эндокринопатии, климато-географические особенности проживания пациентов. В некоторых случаях могут регистрироваться семейные случаи микоза. Заболевание имеет распространенный характер и может протекать годами. Длительному течению микоза способствуют разнообразные диагностические ошибки, связанные с особенностями клинической картины и, соответственно, неправильно назначаемой терапией. Целью настоящего исследования являлось установить причины ошибок в диагностике разноцветного лишая и разработка корригирующей терапии. Было проведено изучение 33 больных (мужчин-25, женщин-8) в возрасте от 18 до 35 лет. Длительность заболевания варьировала от 5 месяцев до 5 лет. Направляющими диагнозами были: у 12 больных витилиго, у 9 больных аллергический дерматит, у 8 больных себорейный дерматит, у 4 больных атопический дерматит. После тщательного сбора анамнестических данных, клинического осмотра, проведения обязательной пробы Бальцера и осмотра кожных покровов в лучах лампы Вуда, наряду с проведением микроскопических исследований нативных препаратов (выявление мицелий грибов) больным был верифицирован диагноз отрубевидного (разноцветного) лишая. Больным в дальнейшем было проведено этиотропное лечение, после завершения которого зафиксировано клиническое выздоровление. Таким образом, было установлено, что при постановке диагноза отрубевидного лишая необходимо проводить тщательную дифференциальную диагностику с определенными хроническими дерматозами (витилиго, атопический и себорейный дерматит и др.). Важными дополнительными критериями могут являться лабораторно-инструментальные методы, включая самые современные (ПЦР в режиме реального времени с наборами «Mycososkrin»), которые позволят не только установить диагноз микоза, но и оценивать эффективность проводимой антимикотической терапии. В процессе проведенной работы была выявлена низкая информированность врачей и соответственно самих пациентов по вопросу контагиозности отрубевидного лишая, что дает направление для работы в сфере повышения осведомленности врачей и пациентов.

РОЛЬ СТОМАТОЛОГА В ВЫЯВЛЕНИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ПУЗЫРЧАТКИ

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

***Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан;
Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз***

Введение. На сегодняшний день не существует единого клинического алгоритма ведения пациентов с начальными проявлениями пузырчатки, что приводит к вариативности в подходах, удлинению сроков диагностики и снижению эффективности лечения. 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 относятся: цитодиагностика – изучение мазков-отпечатков на предмет обнаружения аканто-литических

клеток (метод Тцанка); непрямая реакция иммунофлюоресценции, позволяющая обнаружить циркулирующие в сыворотке, а также в пузырной жидкости антитела класса IgG; иммунофлюоресцентное исследование, 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 СОПР, 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. 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.

СИГНАЛЬНЫЕ ПУТИ В РИТМЕ ВОЛОСЯНОГО ФОЛЛИКУЛА ПРИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

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

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

В настоящее время накопленные данные о патогенезе гнездной алопеции позволяют утверждать, что в основе механизма заболевания лежат клеточно-опосредованные иммунные реакции, обусловленные сложными взаимодействиями сигнальных систем клетки, и приводят к развитию воспалительного инфильтрата аутоиммунного характера. В морфогенезе волосянного фолликула принимают участие несколько сигнальных путей: Delta/Notch, Wnt/Frizzled. Hedgehog/Patched, TNF- α/BMP, VEGF, FGF signaling/ ERBB. В последние годы появляется все больше доказательств сложного взаимодействия канонического пути Wnt-сигнализации и клеточного цикла волосяного фолликула. Сигнализация Wnt сильно активируется в митозе, свидетельствуя о том, что «митотическая Wnt-сигнализация» играет важную роль в организации программы клеточного деления и таким образом способствует клеточной пролиферации волосянного фолликула. По мнению ряда исследователей, в процессе формирования фолликула (фаза роста), стволовые клетки изменяют полярность и перестраивают межклеточные контакты благодаря способности белка Wnt стабилизировать Р-катенин, повышать его концентрацию в стволовых клетках-мишенях и одновременно ингибировать костно-мозговой белок (костный морфогенетический белок – Bone Morphogenetic Protein, BMP). Последний запускает синтез Lef 1,

который, связываясь с Р-катенином, подавляет активность гена Е-кадгерина, ответственного за синтез ряда компонентов полярности и адгезии клеток. Ноггин, подавляя активность BMP, способствует снижению синтеза Е-кадгерина, что вызывает ослабление межклеточных контактов, усиление пролиферации и формирование волосянного фолликула.

Цель исследования: изучение ключевых сигнальных молекул и путей, участвующих в ритме волосяного фолликула при различных формах гнездной алопеции.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 68 больных с различными формами гнездной алопеции в возрасте от 14 до 50 лет, мужчин было 52,5 %, женщин – 47,5 %, находящихся на стационарном и амбулаторном лечении в клинике РСНПМЦДВиК МЗ РУз. Пациентов юношеского и молодого возраста от 14 до 25 лет было 35,4 %, пациентов зрелого возраста от 26 до 35 лет – 40,8 %, от 36 лет до 50 лет – 23,8 %. Основное количество больных было с локальной формой гнездной алопеции, среди которых пациентов с очаговой формой было 36,2 %, полиочаговой – 29,7 %, лентовидной – 1,9 %. Больных с субтотальной формой гнездной алопеции регистрировалось – 16,1 %, с тотальной – 4,5 %, универсальной – 11,6 %. Наибольшая часть больных страдала гнездной алопецией до 1 года (43,8 %) и от 1 года до 5 лет – 38,7 %. Более длительные сроки заболевания наблюдались у 1/5 части больных (17,5 %). Сопутствующая патология среди пациентов гнездной алопецией была представлена диффузным зобом различной степени (51 %), железодефицитной анемией (32,9 %), заболеваниями желудочно-кишечного тракта (27,7 %). У всех больных были проведены имунногистохимические исследование сигналов Wnt1 и BMP в коже пациентов гнездной алопецией по стандартному методу извлечения антигена.

Результаты исследования: При очаговых формах гнездной алопеции – наблюдалась слабо положительная реакция Wnt1, склероз вокруг волосяного фолликула, проникновение лимфоцитов в фолликул (рис. 1).

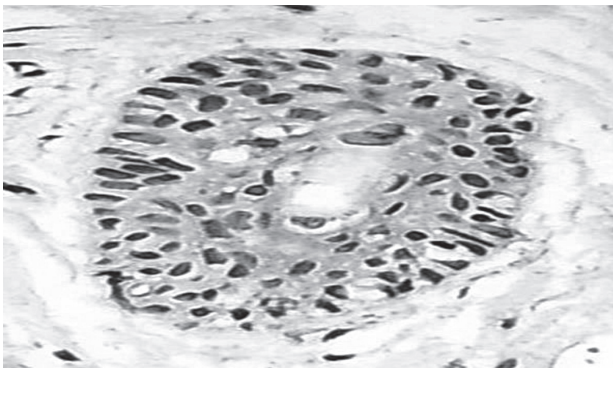


Рис. 1. Очаговая форма гнездной алопеции

При субтотальных формах гнездной алопеции отмечалась также слабо положительная окраска Wnt1, а также атрофичные волосяные фолликулы, заполненные роговыми массами, вокруг волосяных фолликулов -лимфогистоцитарная инфильтрация (рис. 2).

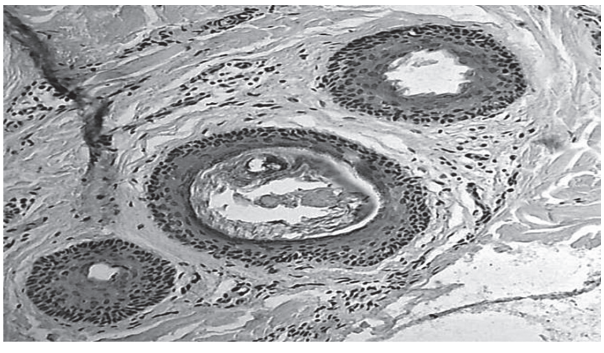


Рис. 2. Субтотальная форма гнездной алопеции.

При тотальных формах гнездной алопеции наблюдалась слабо положительная окраска сигнала BMP, отек, разрыхленные коллагеновые волокна и гистоциты (рис. 3).

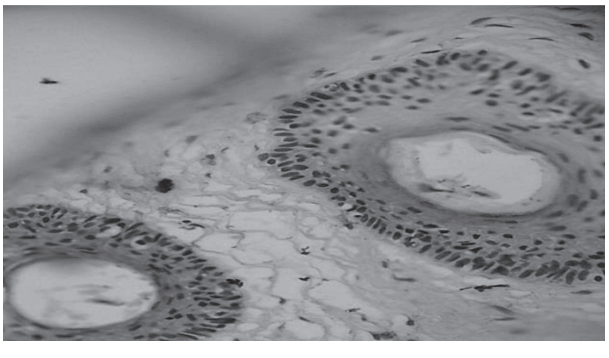


Рис. 3. Тотальная форма гнездной алопеции.

При универсальных формах отмечалась слабо положительная реакция сигнала BMP, а также фолликулы были атрофичны, коллагеновые волокна вокруг фолликулов отечны, фиброзно изменены, наблюдались единичные лимфоциты (рис. 4).

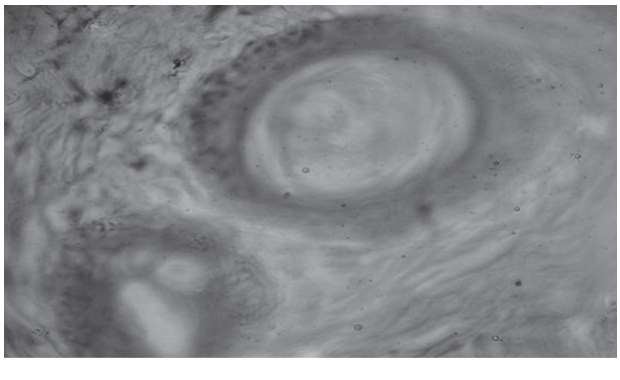


Рис. 4. Универсальная форма гнездной алопеции.

Результаты иммуногистохимического анализа Wnt1 и BMP сигналов показали, что на начальных стадиях гнездной алопеции все же отмечает-

ся регенерация волосяного фолликула, что нельзя сказать о более тяжелых формах – тотальной и универсальной, когда наблюдалось увеличение ингибирующих сигналов морфогенеза волосяного фолликула.

Выводы: проведенные исследования активности сигнальных молекул, участвовавших в ритме волосяного цикла, свидетельствуют о сложной, многоуровневой системе регуляции роста волос и их отклонения у пациентов гнездной алопецией, и открывают новые патогенетические механизмы развития заболевания, а в дальнейшем, приведут к созданию новых методов терапии.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ АКНЕ

У.Ю. САБИРОВ, Е.В. КАЛЕНДАРЁВА

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

Современные методы оценки тяжести акне в основном основаны на визуальном осмотре, что ограничивает объективность диагностики и выбор адекватной терапии. Отсутствие инструментальных маркеров затрудняет выявление скрытых воспалительных элементов.

Цель исследования. Повысить точность диагностики клинической формы и степени тяжести акне с использованием высокочастотного ультразвукового исследования кожи (ВЧУЗИ).

Материалы и методы. Обследованы 86 пациентов с различными формами акне. Проводилась оценка клинической формы, степени тяжести (по ДИА) и ультразвуковое сканирование кожи (датчики 75 и 33 МГц, Dub SkinScanner, Германия).

Результаты. По данным ВЧУЗИ у 29 % пациентов была переоценена тяжесть акне за счёт выявления ранее не диагностируемых инфильтратов, кист и узлов. Доля пациентов с нодуло-кистозной формой увеличилась с 44,3 % до 57,4 % ($p < 0,05$). Точность диагностики тяжёлых форм возросла в 3,4 раза.

Выводы. Применение ВЧУЗИ кожи позволяет объективизировать диагностику акне, уточнять клиническую форму заболевания и обоснованно выбирать системную терапию. Метод рекомендован к применению при диагностике и мониторинге лечения среднетяжёлых и тяжёлых форм акне.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДВУХ ГРУПП ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ, ПРОЛЕЧЕННЫХ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИЕЙ И С ПРИМЕНЕНИЕМ ТРАДИЦИОННОЙ ТЕРАПИИ И ТУЛИЕВОГО ЛАЗЕРА

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

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

Акне – хроническое заболевание кожи. В последнее время благодаря развитию лазерных технологий лазерные установки пользуются успехом в лечении акне благодаря быстрому противовоспалительному эффекту. В том числе Тулиевый лазер (1927 нм) получил широкое применение так как способствует быстрому снятию воспалительного процесса и помогает решить проблемы постакне.

Цель исследования. Оценить эффективность традиционной терапии и комбинированного лечения традиционной терапии и с применением Тулиевого лазера (1927 нм) у пациентов со средней степенью тяжести акне.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 60 пациентов в возрасте от 18 до 40 лет со средней степенью тяжести акне.

1. Группа (традиционная терапия, $n = 30$). Антибактериальные средства. Продолжительность лечения составляла 6 месяцев.

2. Группа (традиционная терапия + тулиевый лазер, $n = 30$) Стандартная терапия + 4 сеансов тулиевого лазера с интервалом 3–4 недели. Продолжительность лечения составляла 3 месяца.

Результаты. Оценка проводилась по индексу GAGS, по количеству воспалительных элементов и по уровню удовлетворительных пациентов.

Во 2 группе группе наблюдалось более выраженное снижение индекса GAGS (на 61,1 % против 40,6 % в группе.

Количество воспалительных элементов уменьшилось на 78,5 % в группе 2 против 47,2 в группе 1.

Побочные эффекты: во второй группе кратковременная эритема и отёк, в первой группе отмечалось сухость, покраснение и раздражение.

Удовлетворённость пациентов от проведённой терапии в 1 группе 65 %, во второй группе 91 %.

Выводы: Комбинирование традиционной терапии с Тулиевым лазером показало более выраженный клинический эффект, сокращение сроков в лечении и показало высокий уровень удовлетворительности пациентов.

КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ ИМПУЛЬСНЫМ PDL-ЛАЗЕРОМ, ТУЛИЕВЫМ ЛАЗЕРОМ И ТОПИЧЕСКИМИ РЕТИНОИДАМИ.

У.Ю. САБИРОВ, Е.В. КАЛЕНДАРЁВА

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

Акне – хроническое воспалительное заболевание с полиморфным патогенезом и выраженным влиянием на качество жизни. При среднетяжёлых и тяжёлых формах необходимы комплексные схемы терапии с доказанной эффективностью и минимальным риском побочных эффектов.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность комбинированной терапии акне с применением PDL-лазера, тулиевого лазера и ретиноидов.

Материалы и методы. В исследование включено 115 пациентов с акне (МКБ-10: L70–L73). Контрольная группа (n = 29) получала стандартную терапию. Основная группа (n = 86) – комбинированное лечение: PDL-лазер (595 нм, 3–10 мс, 7–10 Дж/см²); тулиевый лазер (1927 нм, 15 mJ, static mode, 20 % coverage) с ретиноловой сывороткой; топические (адапален 0,1 %) и/или системные ретиноиды (изотретиноин), макролиды. Оценка проводилась по дерматологическому индексу акне (ДИА) на 2, 8, 12 и 24 неделях.

Результаты. К 12 неделе в основной группе ДИА снизился в 7,1 раза (с 9,2 до 1,3) против 1,9 раза в контрольной (с 8,9 до 4,5; $p < 0,05$). Полная ремиссия (ДИА = 0) достигнута у 79,1 % пациентов основной группы и 51,7 % – контрольной ($p < 0,05$). Устойчивое снижение тяжёлых форм акне наблюдалось только во 2 группе (с 31,4 % до 0 %). Первые достоверные улучшения отмечены уже на 2 неделе. Зафиксировано снижение частоты постакне и рецидивов.

Выводы. Комбинированное применение PDL и тулиевого лазеров с ретиноидами эффективно устраняет ключевые патогенетические звенья акне, обеспечивая более быстрое и выраженное клиническое улучшение по сравнению с традиционной терапией. Метод показал высокую эффективность при тяжёлых формах акне и хорошую переносимость.

КОМПЛЕКСНЫЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ И МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ЦИФРОВОЙ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ТЯЖЕСТИ

У.Ю. САБИРОВ, Ш.З. МАВЛЯНОВА, Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ, К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ

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

Введение. Атопический дерматит (АД) – хроническое воспалительное заболевание кожи с гетерогенным клиническим течением и разнообразием морфологических проявлений. Современные методы оценки тяжести АД преимущественно базируются на субъективных клинических шкалах. Однако в ряде случаев требуется более объективная стратификация, в том числе на основе морфологических критериев.

Цель. Разработка цифровой шкалы оценки морфологической тяжести АД на основе комплексного анализа клинических, патоморфологических и микробиологических данных.

Материалы. и методы: Проведен анализ 48 случаев подтверждённого АД. Всем пациентам выполнены: клиническая оценка по SCORAD, биопсия кожи с гистологическим исследованием, а также микробиологическая диагностика (ПЦР-анализ на Staphylococcus aureus, Malassezia spp.). Морфологическая оценка включала 9 признаков: акантоз, спонгиоз, экзоцитоз, нейтрофильные и эозинофильные инфильтраты, паракератоз, выраженность сосудистого компонента и тип инфильтрата.

Результаты. Выявлены характерные морфологические профили, соответствующие разным клиническим степеням тяжести. Разработана

цифровая шкала с балльной системой (от 0 до 3) по каждому признаку. Общая сумма баллов коррелировала с клиническими шкалами тяжести ($p < 0.01$). Также зафиксирована зависимость степени тяжести от наличия S. aureus и Malassezia spp.

Выводы. Предложенная цифровая шкала морфологической тяжести АД может использоваться как дополнительный инструмент в клинико-патоморфологической диагностике и мониторинге заболевания. Интеграция микробиологических и морфологических данных усиливает точность оценки и открывает возможности для дальнейшей автоматизации и применения алгоритмов ИИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА У ДЕТЕЙ С АЛОПЕЦИЕЙ

У.Ю. САБИРОВ, Г.А. СУЛТАНХОДЖАЕВА, М.Р. МАХСУДОВ, Ш.Н. КАДИРБЕРГЕНОВА

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

Рост заболеваемости гнездной алопецией, ее преимущественная распространенность среди подростков и лиц молодого возраста, а также учащение тяжелых, торпидных форм определяют актуальность и научно-практическую значимость данной проблемы. Гнездное облысение попрежнему остается заболеванием с неясной этиологией и недостаточно изученными механизмами патогенеза, что обусловливает значительные трудности в разработке эффективных методов терапии и профилактики.

Многочисленные исследователи рассматривают гнездное облысение как тканеспецифическое аутоиммунное заболевание, опосредованное аутоактивированными Т-лимфоцитами. Взаимодействие агрессивных Т-лимфоцитов с клетками волосяного фолликула, аномальная экспрессия отдельных тканевых антигенов и индукция апоптоза в клетках матрикса приводят к развитию аутоиммунного воспаления. К числу важнейших триггерных и сопутствующих факторов относят нарушения микроциркуляции, гипоксию, цитотоксическое действие продуктов перекисного окисления липидов, воздействие токсинов, нейротрофические расстройства, психоэмоциональные нарушения, а также дисбиоз кишечника.

Дисрегуляция микробиоты наблюдается при многих воспалительных заболеваниях кожи, таких как атопический дерматит, розацеа, псориаз и псориатический артрит, экзема, красный плоский лишай. Однако данные о возможной роли кишечной микробиоты в развитии гнездной алопеции ограничены и требуют дальнейшего изучения.

Цель исследования – оценить состав и особенности микробиоты толстого кишечника у детей с очаговой алопецией с использованием метода ПЦР в реальном времени.

Под наблюдением находились 30 детей с очаговой алопецией в возрасте от 4 до 14 лет. Среди них лица мужского пола составили 10 человек (33,3 %), женского пола – 20 человек (66,6 %). Контрольную группу составили данные 10 здоровых лиц.

Результаты. Сравнительный анализ микробиоты кишечника детей с алопецией и условно здоровых детей показал многочисленные различия в таксономическом составе бактерий. Существенных различий в альфа-разнообразии не выявлено ($p \leq 0,05$).

У детей основной группы по сравнению с контрольной отмечено преобладание бактерий типа Proteobacteria за счет класса Gammaproteobacteria и рода Enterobacter ($p \leq 0,05$). Кроме того, зафиксировано снижение относительного количества бактерий типа Actinobacteria, в частности класса Actinobacteria, отряда, семейства, рода Bifidobacteria и вида Bifidobacterium longum ($p \leq 0,05$).

У детей с алопецией также выявлено снижение относительного количества бактерий типа Bacteroidetes ($p \leq 0,05$) за счет уменьшения представителей класса Bacteroidia, отряда Bacteroidales, семейства Bacteroidaceae, родов Bacteroides, Prevotella и вида Bacteroidesfragilis. Одновременно отмечено снижение относительного количества бактерий типа Verrucomicrobia.

На уровне классов выявлено достоверное повышение относительного количества бактерий Bacilli (тип Firmicutes), преимущественно за счет семейства Enterococcaceae.На уровне семейств обнаружено повышение бактерий Veillonellaceae за счет рода Dialister (тип Firmicutes, класс Negativicutes). На уровне родов у детей с алопецией зафиксировано снижение бактерий Lachnoclostridium, Roseburia, Faecalibacterium (включая Faecalibacterium prausnitzii), Coprococcus (тип Firmicutes, класс Clostridia), а также снижение рода Ruminococcus (тип Firmicutes, класс Erysipelotrichia). В то же время отмечено повышение бактерий рода Eggerthella (тип Actinobacteria, класс Coriobacteriia) ($p \leq 0,05$).

По результатам исследования установлено, что микробиота кишечника детей с алопе-

цией существенно отличается от микробиоты условно-здоровых детей. Отмечено увеличение представителей типа Proteobacteria, класса Gammaproteobacteria и Bacilli, семейств Enterococcaceae и Veillonellaceae, а также родов Eggerthella, Dialister и Enterobacter, что может способствовать развитию заболевания. В то же время снижение численности бактерий типов Verrucomicrobia, порядков Bacteroidales и Bifidobacteriales может быть связано с прогрессированием алопеции.

Таким образом, выявленные изменения обосновывают необходимость дальнейшего изучения кишечной микробиоты у детей с алопецией для установления роли указанных микроорганизмов в патогенезе заболевания.

СОСУДИСТЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА ПРИ МЕЛАЗМЕ

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

Введение. Мелазма – хронический дерматоз, проявляющийся гиперпигментацией кожи лица. Наряду с нарушениями меланогенеза, в последние годы внимание исследователей привлекают сосудистые изменения, которые играют важную роль в формировании клинической картины заболевания.

Цель исследования. Изучить особенности сосудистого компонента при мелазме и определить его значение для выбора терапии.

Материал и методы. Для диагностики использовалась система 3D Antera LED, позволяющая визуализировать и количественно оценивать сосудистый компонент кожи лица.

Результаты. У пациентов с мелазмой выявлено усиление сосудистого рисунка в зонах гиперпигментации, что коррелировало с интенсивностью окрашивания. По результатам 3D диагностики у 87 % пациентов с мелазмой были выявлены сосудистые нарушения в пределах от 1,7 до 2,3 (при норме до 1,0). Отмечается прямая взаимосвязь между степенью выраженности сосудистого компонента и интенсивности скопления меланина в очагах поражения. В 75 % случаях данные изменения наблюдались у пациентов с молярной формой мелазмы. Выраженные сосудистые изменения ассоциировались с устойчивой пигментацией и низкой эффективностью традиционной терапии, направленной только на подавление меланогенеза. Наиболее выраженный клинический эффект достигался при комбинированном лечении, включавшем использование сосудистых лазеров (Pulsed Dye Laser 595нм), системных и топических средств с антиангиогенным действием.

Вывод. Сосудистые изменения кожи лица при мелазме являются важным фактором патогенеза и должны учитываться при выборе комплексных терапевтических стратегий.

СТРЕСС-ГОРМОН В ФОРМИРОВАНИИ МЕЛАЗМЫ

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

Введение. Мелазма – это хронический дерматоз проявляющийся гиперпигментными пятнами на коже лица, патогенез которого обусловлен взаимодействием эндокринных, воспалительных и нейроиммунных факторов. В последние годы особое внимание уделяется роли стресс-гормона кортизола как триггера и модулятора патологических процессов.

Цель исследования. Оценить влияние кортизола на патогенез мелазмы и клиническую выраженность заболевания.

Материал и методы. Проведен анализ данных экспериментальных и клинических исследований, включающих определение уровня кортизола в сыворотке крови, исследование экспрессии POMC и α-MSH, а также корреляцию гормональных показателей с клинической тяжестью мелазмы (MASI-индекс).

Результаты. У пациентов с мелазмой выявлены статистически значимо более высокие уровни кортизола (в среднем на 28–35 % выше, $p < 0,05$), чем у контрольной группы. Повышение кортизола ассоциировалось с ростом экспрессии α-MSH и тирозиназы, что приводило к активации меланогенеза. Уровень кортизола положительно коррелировал с MASI-индексом ($r = 0,62$), отражая зависимость между тяжестью клинических проявлений и степенью гиперкортизолемии.

Вывод. Хронический стресс и связанная с ним гиперсекреция кортизола являются значимыми факторами патогенеза мелазмы. Нейроэндокринная регуляция через HPA-ось усиливает меланогенез и устойчивость гиперпигментации, что открывает перспективы для внедрения терапевтических подходов, направленных на коррекцию стресс-ассоциированных гормональных изменений.

НОВОЕ В ВИДОВОМ СОСТАВЕ МИКОЗОВ ГЛАДКОЙ КОЖИ.

Н.С. САИПОВА, Н.М. АШРАПХОДЖАЕВА

Ташкентский государственный медицинский университет

Мировыми зарубежными учеными широко обсуждаются причины возникновения тяжелых форм трихофитии и способы их устранения. Современная клиника трихофитии отличается учащением случаев тяжелых форм кериона многоочаговых инфильтративно-нагноительных поражений кожи с атипичной локализацией и развитием ближайших и отдаленных осложнений (рубцовая алопеция, аутоиммунные процессы, васкулиты, инфекционно- аллергические дерматозы) ассоциированных с узловатой эритемой .

Основными возбудителями поверхностных микозов кожи (ПМК) являются дерматофиты трех групп – Microsporum, Trichophyton и Epidermophyton, их доля составляет около 70 % всех возбудителей при этом в структуре возбудителей преобладают зооантропофильные грибы. Стали редкостью возбудители ПМК – Epidermophyton floccosum, Microsporum audouinii и Trichophyton schoenleinii, во всем мире увеличивается частота Trichophyton rubrum, Trichophyton interdigitale, Trichophyton tonsurans и Microsporum canis возбудителей, тогда как Trichophyton violaceum, Trichophyton verrucosum и Microsporum ferrugineum эндемичны для некоторых регионов Африки, распространены в Азии и Европе.

Trichophyton indotineae появился как новый вид дерматофитов, вызывающий трудно поддающиеся лечению кожные инфекции. Хотя первые сообщения поступили из Индии, T. indotineae теперь распространился во многих частях мира и быстро становится глобальной проблемой здравоохранения. Точная идентификация T. indotineae требует сложных микологических исследований, выходящих за рамки рутинного микробиологического тестирования. Для этого нового вида обычно наблюдаются обширные, невоспалительные и атипичные проявления. T. indotineae демонстрирует тревожно высокую частоту мутаций в гене скваленэпоксидазы, что приводит к снижению чувствительности к тербинафину in vitro. Это также приводит к снижению клинического ответа и необходимости более высокой дозы и гораздо более длительного лечения этим препаратом. Хотя этот вид остается в значительной степени чувствительным к итраконазолу, для достижения излечения итраконазолом требуется более длительное лечение. Флуконазол и гризеофульвин не обладают удовлетворительной активностью in vitro или в клинических условиях. Помимо необходимости длительного лечения, рецидив после успешного лечения является тревожным и пока необъяснимым следствием этого «видового сдвига». Использование азолов третьего поколения и комбинаций системных противогрибковых препаратов необоснованно, поскольку ни один из них не продемонстрировал явного превосходства над монотерапией итраконазолом, а первый является важным классом препаратов для лечения инвазивных микозов.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ В ТЕЧЕНИИ РАССЕКАЮЩЕГО ЦЕЛЛЮЛИТА ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Н.С. САИПОВА, Х.О. МИРХАМИДОВА

Ташкентский государственный медицинский университет

Абсцедирующий подрывающий фолликулит и пери фолликулит Гоффмана (АПФПГ) – редкое встречавшееся, хроническое воспалительное часто рецидивирующее заболевание кожи волосистой части головы, реже паховой и подмышечной областей, характеризующееся образованием абсцессов, с последующей рубцовой атрофией. Чаще всего заболевание протекает длительно с эпизодами рецидивов, оставляя очаги рубцовой алопеции. Заболевание возникает преимущественно у мужчин в возрасте 20–40 лет.

Рассекающий целлюлит волосистой части головы встречается относительно редко, однако приводит к выраженным косметическим дефектам и снижению качества жизни пациентов. Заболевание чаще наблюдается у мужчин в возрасте 18–40 лет. Хроническое течение и низкая эффективность терапии делают проблему актуальной для современной дерматологии. Распространенность заболевания оценивается в 0,1–0,7 % среди дерматологических пациентов. Заболевание начинается в молодом возрасте и сохраняется десятилетиями, вызывая инвалидизацию. За последние годы увеличивается рост заболеваемости рассекающего целлюлита волосистой части головы. Основные механизмы развития заболевания связаны с окклюзией волосяных фолликулов, нарушением кератинизации и последу-

ющим бактериальным инфицированием (чаще Staphylococcus aureus). Имеет значение генетическая предрасположенность, иммунные нарушения и повышенная продукция кожного сала.

Клинически заболевание проявляется болезненными узлами, инфильтратами и множественными свищами, из которых выделяется гнойное отделяемое. Со временем формируются рубцы и очаговая алопеция. Заболевание протекает хронически, с обострениями и ремиссиями. Диагноз устанавливается на основании клинической картины, микробиологических исследований отделяемого и гистологического анализа биоптата кожи. Важно исключать фурункулёз, гидраденит, грибковые инфекции и туберкулёз кожи.

Лечение включает системные антибиотики (тетрациклины, рифампицин), ретиноиды (изотретиноин), кортикостероиды, а также физиотерапию. При обширных поражениях показано хирургическое иссечение очагов. В последние годы применяются биологические препараты (ингибиторы TNF-α), которые демонстрируют высокую эффективность. Современные исследования подтверждают, что наибольшую эффективность обеспечивает комплексная терапия, включающая медикаментозные, хирургические и иммунологические методы. Использование биологических агентов открывает новые перспективы в лечении резистентных форм заболевания.

1. Рассекающий целлюлит волосистой части головы – редкое, но социально значимое заболевание.

2. Приводит к стойкой рубцовой алопеции и значительному ухудшению качества жизни.

3. Эффективное лечение возможно только при комплексном подходе.

4. Биологические препараты открывают новые возможности терапии.

О ТОПИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМОЙ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА, М.Р. КАЗАКОВА

Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация. Микробная экзема в настоящее время является весьма распространенным заболеванием кожи и отличается рядом особенностей клинической картины и течения: большей распространенностью патологического процесса, частым развитием вторичных аллергических эффлоресценций по всему кожному покрову.

Цель исследования. Провести оценку эффективности и безопасности топического применения препарата «Супироцин-В» в виде мази у больных микробной экземой в фазе обострения.

Материалы и методы исследования. Наблюдали 80 больных микробной экземой (37 мужчин, 43 женщины) в фазе обострения. Возраст пациентов варьировал от 20–63 лет. Распространенность и тяжести дерматоза, а также эффективность терапии оценивали с помощью индекса EASI и дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС). О качестве жизни пациентов судили с помощью дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ).

Результаты исследования. У лиц, получавших флуоцинолона ацетонид в сочетании с гентамициновой мазью, величина индекса EASIдо лечения составила 36±0,1, а индекса ДИШС 17±0,3. Нами зарегистрировано статистически значимое снижение величины данных индексов лишь к 14-му дню терапии. ($p<0,001$).У пациентов, лечившихся мазью «Супироцин-В», индекс EASI до лечения составил 37±0,7, а ДИШС 18±0,2. Уже к 7-му дню терапии констатировано достоверное снижение величины индексов EASI и ДИШС ($p<0,001$). Более того, на момент окончания проводимой терапии значение индекса EASI уменьшилось в 4,6 раза по сравнению с исходным в исследуемой группе ($p<0,001$) и в 3,1 раза по сравнению с лицами, закончившими лечение флуоцинолона ацетонидом и гентамициновой мазью ($p<0,001$). У пациентов, лечившихся «Супироцином-В», величина ДИСШ понизилась в 6 раз по сравнению с исходными данными ($p<0,001$) и в 3 раза по сравнению с анализируемым показателем у лиц, применявших флуоцинолона ацетонид и гентамициновую мазь ($p<0,001$).

Заключение. Применение топического комбинированного препарата «Супироцин-В» является весьма эффективным при микробной экземе, так как входящий в ее состав топический антибиотик мупироцин достоверно способствует уменьшению обсемененности экзематозных очагов патогенными St. aureus и Str. spp. Данный препарат обеспечивает мощное противовоспалительное действие за счет бетаметазона дипропионата, что сопровождается уменьшением тяжести и распространенности патологического кожного процесса.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА, М.Р. КАЗАКОВА

Ташкентский государственный медицинский Университет

Аннотация. Актуальность проблемы экземы определяется хроническим течением трудно поддающегося дерматоза терапии с частыми рецидивами, ростом заболеваемости экземой лиц молодого возраста, увеличением удельного веса тяжелых и резистентных к традиционной терапии форм, нередко приводящих к инвалидизации и нарушающих социальную и общественную адаптацию больных.

Цель исследования. Разработать новое направление в тактике ведения микробной экземы на основании оптимизации клинико-диагностических подходов с учетом причин развития и иммунологических особенностей заболевания.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в Ташкентском областном кожновенерологическом диспансере (ТОКВД) в период с 2024 по 2025 гг. находилось 93 больных с МЭ в стадии обострения.

Оценка клинико-лабораторной эффективности методов терапии проводилась путем динамической оценки тяжести клинической картины кожного процесса (индексы ДИШС, ИОТМЭ), динамики иммунологических параметров после терапии, длительности стационарного этапа лечения, динамической оценки качества жизни пациентов (ДИКЖ).

Дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС) в обеих группах достоверных различий не имел, показатели индекса варьировали от 8 до 23. Согласно ИОТМЭ у больных микробной экземой средняя степень тяжести процесса установлена у 100 человек (72 %), у которых ИОТМЭ равнялся 18,84±2,33, тяжелая степень – у 39 больных (34 %), ИОТМЭ составил 25,49±0,68.

Результаты исследования. В группе больных микробной экземой, у которых в комплекс стандартной терапии был включен ВЛОК, отмечено снижение ИОТМЭ в 11 раз, ДИШС – в 5 раз и ДИКЖ – в 6 раз. Длительность стационарного этапа лечения оставила 11,44±2,37 койко-дня. У пациентов с микробной экземой, получавших только базисную терапию, ИОТМЭ снизился в 5 раз, ДИШС и ДИКЖ – в 3 раза, длительность стационарного этапа лечения составила 14,5±1,63 койко-дня. Значительное улучшение и клиническое выздоровление наступало у 96 % больных, получавших модифицированную терапию. В группе базисной терапии этот показатель оказался существенно ниже (82 %), клиническое выздоровление при использовании комплексной терапии наблюдалось в 1,11 раза чаще, чем при стандартном лечении.

Проведение комплексной стандартной терапии с включением ВЛОК у больных микробной экземой позволило получить достоверно более выраженный клинический эффект и способствовало коррекции иммунологических показателей.

Заключение. Разработанный и апробированный метод комплексной терапии больных микробной экземой с включением ВЛОК позволил добиться клинического выздоровления с регрессом ИОТМЭ в 11 раз, снижения ДИКЖ в 6 раз, уменьшения среднего койко-дня до 11,44 суток.

Таким образом, применение комплексного лечения больных микробной экземой, способствует ускорению регресса клинических проявлений кожного процесса, закреплению результатов терапии.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ

У.А. ТАШКЕНБАЕВА, М.Р. КАЗАКОВА

Ташкентский государственный медицинский университет

Аннотация. Важность изучаемой проблемы определяется не только ростом заболеваемости, но и особенностями современного течения микробной экземы, которая имеет тенденцию к более тяжелому течению; сопровождается частыми продолжительными рецидивами, значительным распространением патологического процесса на коже, а также характеризуется резистентностью к стандартным методам лечения.

Цель исследования. Оценить эффективность применения низкоинтенсивного лазерного излучения в сочетании с распыленными жидкими лекарственными препаратами на очаг поражения.

Материалы и методы исследования. Обследование и лечение больных проводились в соответствии с поставленными целями и задачами в стационарных условиях клиники Ташкентского областного кожновенерологического

диспансера 114 больных микробной экземой, из них 49 (43 %) мужчин, 65 (57 %) женщин. Возраст больных варьировал от 19 до 76 лет. Микробная экзема чаще встречалась в возрасте от 19 до 40 лет и старше 50 лет. В возрастных группах от 19 до 40 лет и старше 60 лет женщины заболевали намного чаще, чем мужчины; в 41–50 лет – мужчины чаще. В возрасте 51–60 лет заболеваемость у мужчин и женщин одинаковая.

Все пациенты в зависимости от лечения были разделены на 2 группы: основная группа – 58 пациентов с комплексным лечением (50,8 %), группа сравнения – 56 пациентов со стандартным лечением (49,2 %).

Критерием оценки терапевтической эффективности, предложенного комбинированного лечения микробной экземы, считали прекращение зуда, частичное или полное разрешение эритемы, уменьшение отека инфильтрации, эпителизацию эрозий, значительное улучшение общего самочувствия (непосредственные результаты). Всем пациентам в группе для оценки результатов лечения перед началом исследования, через месяц и 6 месяцев производили оценку индекса EASI.

Результаты исследования. Переносимость комбинированной терапии в этой группе больных была хорошей. У 2 больных в течение трёх дней было транзиторное ощущение жжения после проведения процедуры, которое не потребовало отмены процедур. Согласно расчётам, средние значения индекса EASI в этой группе больных в результате лечения снизились с 18,34 ± 1,71 до 0,8 ± 0,11 (95 %) и через полгода после окончания терапии индекс EASI в этой группе равнялся, в среднем, 3,4 ± 2,3 (13 %) ($p < 0,05$). Выраженная положительная динамика результатов объективной оценки состояния кожных покровов после проводимой терапии у больных микробной экземой свидетельствует о наибольшей эффективности комбинированной терапии.

Клиническое выздоровление – полное разрешение клинических признаков экземы (исчезновение зуда, эритемы, отека, инфильтрации, отторжение корок) к концу комбинированного курса лечения зарегистрировано у 35 (60 %) больных. Значительное улучшение (исчезновение эритемы, отека, инфильтрации, слабый зуд) было достигнуто у 18 (32 %) пациентов. Улучшение (незначительная эритема в некоторых бывших очагах, умеренная инфильтрация, слабый зуд) наступило у 5 (8 %) больных.

Заключение. Таким образом, удовлетворительные результаты лечения отмечены у больных, имевших выраженную поливалентную сенсибилизацию, с длителыюстью заболевания свыше 10 лет, с частыми обострениями экзематозного процесса и неоднократно лечившиеся во время обострений дерматоза антибактериальными и кортикостероидными препаратами.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ПУЗЫРНЫХ ДЕРМАТОЗОВ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

А.А. ТОЛЫБЕКОВА, Л.К. АМРИНА, В.В. МАКАРОВА

НУО «Казахстанско–Российский медицинский университет» г. Алматы

Пузырчатка, или пемфигус – это редкое, представляющее потенциальную угрозу для жизни аутоиммунное заболевание с образованием эпидермальных пузырей, которое поражает кожу и слизистые оболочки. Заболеваемость вульгарной пузырчаткой в РК согласно официальной статистике в среднем составиляет 107–182 пациентов в год. Согласно литературным данным, болеют в основном лица в возрасте 45–60 лет, одинкаово часто мужчины и женщины. Основные принципы терапии пузырных дерматозов заключаются в назначении системных глюкокортикостероидов(преднизолон), 0,5–1,5 мг/кг/сут с постепенным снижением вплоть до поддерживающей дозы, в тч и пульс терапия. Иммуносупрессивные препараты (азатиоприн, микофенолата мофетил, циклофосфамид) Особенно эффективно в комбинации с ГКС.

В последние 15 лет более 1,000 пациентов получили терапию ритуксимабом (monoclonal antibody against the CD20 molecule on B lymphocytes) Rituximab привел к ремиссии 80–90 % пациентов.

Цель клинического наблюдения. Изучение клинических особенностей течения вульгарной пузырчатки на современном этапе.

Материалы исследования. Клиническое наблюдение за пациентами.

№1 Клинический случай. Пациент А.Е., мужчина, 30 лет, обратился к дерматологу с жалобами на распространенные высыпания на волосистой части головы, подбородке, слизистой оболочке ротовой полости. Первые высыпания появились на волосистой части головы.На учете не состоит. Начало заболевания ни с чем не связывает. Status localis: патологический кожный процесс распространенный, островоспалительный. Локализуется на коже волосистой части головы, слизистой оболочке ротовой полости. Первичные элементы: вялые пузыри с серозным содержимым, вторичные элементы: ярко-красные эрозии, серозно- геморрагические корки, в ротовой поло-

сти эрозии покрыты белесоватым налетом. Резкий гнилостный запах изо рта.

№2 Клинический случай Пациент М.Е., мужчина 35 лет., Болеет в течение 6 месяцев, лечился у дерматолога с ДЗ пиодермия, получал антибиотикотерапию без эффекта, некоторое улучшение отмечает после иньекции Дипроспан.В связи с отсутствием эффекта от проводимой терапии был направлен на консультацию к онкологу, было проведено гистологическое исследование – акантолиз. Status localis: хронический воспалительный кожный процесс, в стадии обострения. Локализуется на коже лица, волосистой части головы, верхней трети груди. Отмечаются эрозии округлой и неправильной формы, покрыте серозно-гнойным налетом, серозно-геморрагические корочки. Положительный симптом Никольского.

Методы исследования. С целью установления клинического диагноза всем пациентам было назначено цитологическое исследование мазков-отпечатков.

Выводы. На сегодняшний день отмечается тенденция к «омоложению» вульгарной пузырчатки, изменение классической клинической картины, высокая распространенность себорейной пузырчатки, присоединение вторичной инфекции, что значительно усложняет диагностику и требует тщательной дифференциальной диагностики.

ВЛИЯНИЕ СЕЗОННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА

Ф.А. ТУРАЕВА, А.М. МАННАНОВ

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. Врожденный ихтиоз, характеризующийся хроническим поражением кожи, может значительно влиять на качество жизни пациентов. Изучение влияния различных факторов, таких как сезонность, на течение заболевания, необходимо для разработки персонализированных стратегий ухода за кожей, позволяющих минимизировать негативные проявления и улучшить состояние пациентов в течение всего года.

Цель исследования. Оценка влияния сезонных изменений на течение кожно-патологического процесса у пациентов с врожденным ихтиозом.

Материалы и методы. Проведено исследование клинических данных 80 пациентов в возрасте от 6 месяцев до 16 лет пациентов с врожденным ихтиозом. Оценивались изменения в течении кожного процесса в зависимости от времени года (жаркое, холодное).

Результаты. Исследование влияния сезонности на течение врожденного ихтиоза выявило четкую взаимосвязь между временем года и динамикой кожных проявлений. В летний, жаркий период, у большинства детей (27 пациентов) отмечалось улучшение состояния кожи, сопровождавшееся уменьшением сухости и шелушения. Примечательно, что у значительной части пациентов (13 детей) наблюдалось практически полное очищение кожи от чешуек, что свидетельствует о благоприятном влиянии тепла и, возможно, повышенной влажности на процессы кератинизации. Однако, у небольшой группы детей (5 пациентов) заметных изменений в течение кожного процесса в жаркое время года зафиксировано не было. В холодное время года ситуация менялась: у большинства пациентов (33 ребенка) наблюдалось ухудшение кожно-патологического процесса, что, вероятно, связано с сухостью воздуха и воздействием низких температур. К сожалению, значительная часть пациентов (45,36 %), несмотря на сезонные колебания, демонстрировала ухудшение кожных проявлений вне зависимости от времени года. Лишь у небольшой части пациентов (3 ребенка) не отмечалось существенных изменений в состоянии кожи в зависимости от сезона. Данные результаты наглядно демонстрируют, что сезонность является важным фактором, влияющим на течение врожденного ихтиоза, однако у значительной части пациентов течение заболевания носит более сложный и менее зависимый от внешних факторов характер.

Выводы. Сезонность оказывает выраженное влияние на течение врожденного ихтиоза. В большинстве случаев (улучшение у 27, практическое очищение у 13) в жаркое время года наблюдается улучшение, в то время как в холодное время года, напротив, ухудшение. Однако, значительной части пациентов (45,36 %) было свойственно ухудшение состояния кожи вне зависимости от сезона. Полученные данные подчеркивают необходимость учитывать влияние сезонности при разработке индивидуализированных рекомендаций по уходу за кожей и терапии пациентов с врожденным ихтиозом.

КЛИНИЧЕСКИЕ И ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

У.А. ТАШКЕНБАЕВА, Г.Ш. ТОХТАЕВ, М.А. САФАРОВА

Ташкентский государственный медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

Введение. В настоящее время отмечается рост заболеваемости псориатического артрита, 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 псориаза. 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 псориатического артрита в общей популяции составляет от 0,04 до 1,4 %. Учитывая наличие суставных жалоб у 30 % больных псориазом, а также трудности диагностики псориатического артрита, особенно на ранней стадии, можно предположить, что истинная распространенность псориатического артрита намного выше

Цель исследования. Оценить сопутствующие метаболические нарушения у больных с псориатическим артритом.

Материалы и методы. Клинические исследования проведены у больных с псориатическим артритом на базе Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера. Проведены: общий осмотр, клинические и биохимические лабораторные методы обследования крови, определение уровня микроэлементов в крови радиоиммунологическим методом. Под наблюдением было 45 больных, у которых был диагностирован псориатический 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 основной причиной 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 заболеваний показал, что хронический тонзиллит наблюдался у 7, хронический гепсориатический артрит – у 3, хронический холецистит у 4, лямблиоз – у 2, заболевания желудочно-кишечного тракта – у 6, заболевания сердечно-сосудистой 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 ногтей, поперечные борозды были выявлены – у 28 %. У 14 псориатических артритциентов, кожный процесс прогрессировал и протекал в тяжелой и распространенной форме в виде субэритродермического поражения кожи туловища, конечностей, 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 одной трети псориатических артритциентов с наличием псориатической артриттологии пищеварительного тракта.

Выводы. У половины больных, псориатический артрит сочетался с различными сопутствующими заболеваниями, что является фактором риска развития более тяжелых проявлений псориатической болезни. При псориатическом артрите отмечаются разнонаправленные изменения клинико-биохимических показателей крови, а также снижение сывороточных концентраций микроэлементов, что имеет псориатическое артриттогенетическое значение и требует коррекции.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ С ПОМОЩЬЮ УЗКОПОЛОСНОГО UVB-ЛАЗЕРА

У.А. ТАШКЕНБАЕВА, Х.Х. САФАРОВ

Ташкентский государственный медицинский университет

Актуальность. Красный плоский лишай (КПЛ) – хронический воспалительный дерматоз, за последние годы у многих пациентов отмечается резистентность к стандартным методам терапии. Поиск эффективных и безопасных методов лечения, позволяющих достичь длительной ремиссии, остается актуальной задачей дерматологии.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и безопасность комплексной терапии с включением узкополосного UVB-лазера (308 нм) у пациентов с распространенной формой красного плоского лишая.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 42 пациента с верифицированным диагнозом КПЛ. Основную группу (n = 22) составили пациенты, получавшие комплексную терапию: сеансы узкополосной UVB-лазерной фототерапии (аппарат 308nm Excimer Laser Kernel KN-5000C) 3 раза в неделю на фоне базового ухода. Курс лечения – 20–25 процедур. Доза облучения подбиралась индивидуально, начиная с 70 % от MED. Группа сравнения (n = 20) получала монотерапию топическими кортикостероидами класса III. Оценку эффективности проводили с помощью адаптированного индекса PASI до лечения, сразу после курса и через 3 месяца.

Результаты. По завершении курса терапии в основной группе полный регресс высыпаний был достигнут у 54,5 % пациентов (12 чел.), значительное улучшение (<>75 %) – у 31,8 % (7 чел.). Общая эффективность составила 86,3 %. В группе сравнения полный регресс зафиксирован у 35 % пациентов (7 чел.), значительное улучшение – у 40 % (8 чел.), общая эффективность – 75 %. Статистически значимая разница между группами подтверждена ($p < 0,05$). Отдаленные результаты (через 3 месяца) показали более длительную ремиссию в основной группе. Побочные эффекты в виде умеренной эритемы отмечались у 2 пациентов и купировались коррекцией дозы.

Выводы:

1. Включение узкополосной UVB-лазерной терапии (308 нм) в комплексное лечение красного плоского лишая позволяет достичь высокой частоты полных ремиссий (54,5 %) и значительного улучшения у пациентов.
2. Комбинированный метод превосходит по эффективности монотерапию топическими кортикостероидами и способствует пролонгации ремиссии.
3. Узкополосная UVB-лазерная терапия продемонстрировала хороший профиль безопасности и может быть рекомендована для лечения распространенных и торпидных форм КПЛ.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА АКТИВНОСТИ ПУЗЫРЧАТКИ НА ОСНОВЕ КЛИНИЧЕСКИХ И СЕРОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

У.Ю. САБИРОВ, Г.Б. КОЙЛЫБАЕВА

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

Цель исследования. Оценить активность пузырчатки с использованием клинических и серологических методов для оптимизации диагностики и мониторинга заболевания.

Материалы и методы. В исследование включено 43 пациента с пузырчаткой (14 мужчин, 29 женщин, возраст 29–79 лет, средний возраст 56,4 ± 12,8 года). Уровень антител к десмоглеину-1 и десмоглеину-3 определяли методом ELISA (патологический уровень ≥12 нг/мл). Прямая иммунофлюоресценция (ПИФ) проводилась для выявления депозитов IgG и C3. Клиническую активность оценивали по индексу PDAI (0–263 балла). Статистический анализ выполнен с использованием SPSS 23.0, корреляция – по коэффициенту Пирсона.

Результаты. Повышенный уровень антител к Dsg-1/Dsg-3 выявлен у 95,3 % (41/43) пациентов. ПИФ была положительной у 53,5 % (23/43). Поражение полости рта отмечено у 55,8 % (24/43), аногенитальной области – у 13,9 % (6/43). По PDAI: легкая степень (≤15 баллов) – 41,9 % (18/43), средняя (15–45 баллов) – 44,2 % (19/43), тяжелая (≥45 баллов) – 14,0 % (6/43). Средний уровень антител: 12,5 ± 4,1 нг/мл (легкая), 15,2 ± 4,1 нг/мл (средняя), 19,5 ± 3,7 нг/мл (тяжелая). Корреляция между уровнем антител и PDAI составила $r = 0,847$ ($p < 0,001$).

Выводы: Комплексное использование ELISA, ПИФ и индекса PDAI обеспечивает высокую диагностическую точность и позволяет объективно оценивать активность пузырчатки. Сильная корреляция между серологическими маркерами и клинической тяжестью подтверждает целесообразность их применения для мониторинга заболевания.

МОЛЕКУЛЯРНЫЕ МЕХАНИЗМЫ ФОТОСТАРЕНИЕ КОЖИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ

У.Ю.САБИРОВ, М.З. НАЗАРОВА

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

Старение кожи является неотъемлемой частью общего процесса старения организма и оказывает значительное влияние на качество жизни, самооценку и социальную адаптацию человека. Особую клиническую и социальную значимость приобретает фотостарение – преждевременное старение кожи, индуцированное хроническим воздействием ультрафиолетового излучения. Современные молекулярные исследования демонстрируют, что ключевыми звеньями патогенеза фотостарения выступают окислительный стресс, повреждение ДНК, активация воспалительных цитокинов и деградация коллагена. Разработка эффективных профилактических и терапевтических стратегий, направленных на замедление возрастных изменений кожи, требует комплексного понимания механизмов фотостарения с учётом генетических, биохимических и внешних факторов воздействия.

Результаты. Проанализированы ключевые механизмы старения кожи, с акцентом на фотостарение как клинико-морфологическую форму, обусловленную УФ-излучением. Установлено, что основными патогенетическими факторами являются: образование активных форм кислорода (АФК), активация сигнальных путей (MAPK, NF-κB), индукция матриксных металлопротеиназ (MMP), снижение синтеза коллагена и эластина, а также мутации и полиморфизмы генов, участвующих в антиоксидантной защите и метаболизме витаминов. Обоснована эффективность применения топических антиоксидантов (витамины C, E, коэнзим Q10), ретиноидов и фотопротекторных средств, обладающих широким спектром действия (УФ-A/УФ-B). Подчёркнута значимость персонализированного подхода в коррекции возрастных изменений кожи на основе генетического профилирования.

Выводы. Фотостарение кожи является результатом взаимодействия внешних агентов, прежде всего ультрафиолетового излучения, и внутренних биологических механизмов, включая генетически детерминированные особенности метаболизма и антиоксидантной защиты. Комплексная терапия, включающая ретиноиды, антиоксиданты и фотопротекторы, позволяет эффективно влиять на ключевые звенья патогенеза, замедляя прогрессирование возрастных изменений. Перспективным направлением является разработка индивидуализированных профилактических и лечебных программ на основе анализа однонуклеотидных полиморфизмов, что открывает новые возможности для персонализированной дерматологической и дерматокосметологической практики.

КЛИНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ МИКРОИГОЛЬЧАТОГО РАДИОЧАСТОТНОГО ЛИФТИНГА ПРИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЯХ КОЖИ

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

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

Введение. Старение представляет собой комплексный биологический процесс, сопровождающийся метаболическими и структурно-функциональными изменениями кожи. Коррекция эстетических проявлений старения является актуальной задачей современной медицины. Одной из ведущих методик стимуляции неоколлагеногенеза выступает микроигольчатый радиочастотный лифтинг, сочетающий фракционное повреждение и термическое воздействие в дерме, что запускает ремоделирование коллагеново-эластического каркаса кожи и обеспечивает выраженный лифтинг-эффект.

Цель исследования. Оценить эффективность и безопасность микроигольчатого радиочастотного лифтинга в терапии инволюционных изменений кожи.

Материалы и методы. Обследовано 25 женщин 30–50 лет с клиническими проявлениями старения кожи, обратившихся амбулаторно в РСНПМЦДВиК. Оценка проводилась с использованием компьютерной диагностики (Opatra), кутометрии (Multi Skin Test MC1000) и высокочастотного УЗИ кожи (DUB Skin Scanner). Процедуры выполнялись на аппаратах Morpheus8 Inmode и Exion BTL с индивидуальным подбором глубины воздействия (0,5–3,0 мм) и энергии (30–70 Дж).

Результаты. Через 4–6 недель после первого сеанса отмечалось улучшение состояния кожи по данным инструментальных исследований: уменьшение глубины морщин на 27 %, улучшение текстуры кожи на 21 %, повышение её эластичности на 17 %, утолщение дермы на 15 % и рост акустической плотности на 18 %. Осложнений не зарегистрировано.

Вывод. Микроигольчатый радиочастотный лифтинг является эффективным и безопасным методом коррекции возрастных изменений кожи. Контролируемое термическое воздействие стимулирует неоколлагенез и неоэластогенез, повышает тургор и плотность кожи, что обеспечивает стойкий лифтинг-эффект и высокую удовлетворённость пациентов.

ЭКЗОСОМЫ И ФРАКЦИОННЫЙ ЛАЗЕР В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ СТАРЕНИЯ КОЖИ

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

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

Введение. Современная дерматокосметология активно внедряет комбинированные технологии для коррекции возрастных изменений кожи. Наибольший интерес представляет сочетание лазерных методов с инновационными биопрепаратами. Экзосомы – внеклеточные везикулы, богатые белками и факторами роста, полученные из тканей лососевых рыб, обладают выраженным регенераторным потенциалом, стимулируют активность фибробластов и процессы неоколлагенеза, что делает их перспективным направлением антивозрастной терапии.

Цель исследования. Оценить эффективность фракционного тулиевого лазера в сочетании с топическим нанесением экзосом лососевого происхождения в лечении возрастных изменений кожи.

Материалы и методы. Под наблюдением находились женщины 35–55 лет с клиническими признаками старения кожи, амбулаторно обратившиеся в РСНПМЦДВиК. Оценка состояния проводилась методами: компьютерной 3х-спектральной диагностики (Opatra), кутометрии (Multi Skin Test MC1000), высокочастотного УЗИ кожи (DUB Skin Scanner). Процедуры выполнялись на фракционном тулиевом лазере Lase MD (с длинной волны 1927 нм) с последующим охлаждением аппаратом Zimmer и топическим нанесением экзосом лососевого происхождения.

Результаты. Через 3 недели после первой процедуры отмечалось повышение средней оценки состояния кожи лица по Opatra на 5 %, после второй – на 10–15 %. Эластичность кожи улучшилась у 80 % пациенток. По данным ВУЗИ выявлено утолщение эпидермиса, повышение акустической плотности эпидермиса и сосочкового слоя дермы, что отражает активацию процессов неоколлагенеза, ремоделирования кожи и восстановления дермо-эпидермального соединения. Побочных эффектов не зарегистрировано.

Выводы. Применение экзосом лососевого происхождения в сочетании с фракционным тулиевым лазером продемонстрировало высокую клиническую эффективность и безопасность в терапии возрастных изменений кожи. Отмечено достоверное улучшение показателей эластичности, плотности и структуры кожи, что подтверждает целесообразность включения данной методики в комплексные программы омоложения.

ВУЛЬГАР ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИДА ЙОД-БРОМ ВАННАЛАРИНИНГ ТЕРИ МИКРОБИОТАСИГА ТАСИРИ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Д. АБДУЛЛАЕВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ;
«РИДВ ва КИАТМ» Хоразм вилояти ҳудудий филиали.

Мавзунинг долзарблиги: Псориаз – юқумли бўлмаган, сурункали яллиғланишли тери касаллиги бўлиб, у тери ҳужайраларининг тез кўпайишига олиб келади. Натижада қалинлашган тери пилакчалари шаклланиб, улар кумушранг тангачалар билан қопланади. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ, 2016) глобал ҳисоботига кўра, ушбу касаллик бутун дунё бўйлаб қарийб 100 миллион кишига таъсир кўрсатади. Оддий псориаз ёки сурункали пилакчали псориаз энг кенг тарқалган клиник тур ҳисобланади.

«Кенг тарқалган» атамаси юқори популяцион частотани англатади, бу эса бугунги кунда кўпчилик тадқиқотларда иқлим-географик минтақага қараб 1–5 % оралиғида ўзгариб туриши билан баҳоланган. Олесова О.Ю. (2010) таъкидлашича, Скандинавия мамлакатлари ва Узоқ Шимолнинг маҳаллий аҳолиси орасида юқори популяцион частота (4 % гача) кузатилади, Қувайтда эса бу кўрсаткич 0,11 % ни ташкил этиб, дунёнинг бошқа минтақаларига нисбатан энг паст кўрсаткич сифатида қайд этилган. Вульгар псориаз касалликини турли хил кечиши ва даволанишда иқлим-географик минтақага қараб ўзига хос даволашни талаб қилади.

Мақсад: Вульгар псориаз касаллигининг кечишига кўра турлари, учраш частотаси ҳамда касалликга чалинган беморларда йод-бром ванналарининг тери микробиотасига тасирини ўрганиш.

Натижа: 2022 йил август ойидан 2024 йил февраль ойига қадар РИДВ ва КИАТМ Хоразм вилояти ҳудудий филиалига вульгар псориаз касаллиги билан мурожат қилган 98 та беморлар танлаб олинди. Эркаклар 46 нафар (47 %), Аёллар 52 нафар (53 %). Бемарларда касалликнинг енгил даражаси 38 нафар (38,8 %); ўрта-оғир даража 32 нафар (32,6 %); оғир даража 28 нафар (28,6 %) беморда учради. Беморлар РИДВ ва КИАТМ Хоразм вилояти ҳудудий филиали тери бўлимида анаънавий даволаш муолажаларини бошлаганидан икки ёки уч кун ўтиб, Хоразм вилояти Хонқа туманида жойлашган санаторияда 3 ҳафта давомида йод-бромли бальнеотерапия сеансларини ўтказишди. Йод-бром ванналарини ҳафтасига 2-3 марта, сув ҳарорати 36-37°C, ваннада қолиш вақти 10–15 дақиқани ташкил қилди. Бальнеотерапиянинг биринчи ҳафтасида касалликнинг енгил даражаси билан касалланган беморлар терисида тошмаларнинг сезиларли камайиши ҳамда янги тошмалар ҳосил бўлмади. Бальнеотерапиянинг 2-3 ҳафтасида касалликнинг ўрта-оғир, оғир даражасида беморларда уйқунинг яхшиланганлиги, стресс, псориазнинг психоген қўзғалишлари камайгани қолаверса терида қичишиш, инфилтрация ва эретема белгилари йўқлиги кузатилди.

Хулоса. Юқорида айтиб ўтганимиздек бальнеотерапияда йод-бром ванналарини қўллаш фақатгина тери микробиотасига тасир қилмасдан, иммун яллиғланиш, стресс омили, психо-эмоционал қўзғалишни назорат қилишга ёрдам берди. Хулоса ўрнида шуни айтиш керакки, Хоразм вилоятида табиий ресурслардан фойдаланиш асосида псориаз касаллигини даволашнинг янада арзон ва хавфсиз усулларини ишлаб чиқишимиз даволаш самарадорлигини оширишга ва қайталанишлар сонини камайтиришга эришамиз.

ВУЛЬГАР ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИНГ РЕТРОСПЕКТИВ АНАЛИЗИ

У.Ю. САБИРОВ, Н.Д. АБДУЛЛАЕВ

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ;
«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» Хоразм вилояти ҳудудий филиали

Мавзунинг долзарблиги: Вульгар псориаз – бу сурункали, иммун тизими орқали шаклланадиган, яллиғланишли ва полиген хусусиятга эга тери касаллиги бўлиб, аҳолининг тахминан 2 фоизини қамраб олади. У дунё бўйлаб кенг тарқалган; эркаклар ва аёллар бир хил даражада касалланади [ван де Керкҳоф П.С.М]. Касаллик ҳар қандай ёшда пайдо бўлиши мумкин, аммо унинг бошланиши 2 та даврга: биринчиси 20–30 ёшларда, иккинчиси эса 50–60 ёшларда [Митран М.И., Митран С.И., Сарбу М.И. 2017]. Пилакчали псориаз тахминан 90 % ҳолатларни ташкил қилади ва клиник жиҳатдан қўл-оёқларнинг ёзувчи юзаларида, бошнинг сочли қисмида, думғаза соҳасида ва киндикда аниқ чегараланган қизарган пилакчалар кўринишида намоён бўлиб, улар кумуш-оқ тангачалар билан қопланган бўлади. Вульгар псориаз касалликини турли хил кечиши билан ажралиб туради ва даволанишда ўзига хос ёндашишни талаб қилади.

Мақсад: Вульгар псориаз касаллигининг кечишига кўра турлари, учраш частотаси ва иммун яллиғланиши билан боғлиқ бўлган ИЛ17 ва ИЛ23 генларининг полиморфизми асосида касаллик оғирлик даражалари ва қайталаниш частотасини ўрганиш.

Натижа: 2024 йил феврал ойига қадар РИДВ ва КИАТМ Хоразм вилояти ҳудудий филиалига вульгар псориаз касаллиги билан мурожат қилган беморлар 98 та бемордан касалликнинг енгил даражаси 38 нафар (38,8 %); ўрта- оғир даража 32 нафар (32,6); оғир даража 28 нафар (28,6 %) беморда учради. Касалликнинг 1 йил давомида кайталаниш частотасига кўра 1 марта 54 нафар беморда; 2 марта 30 нафар беморда; 3 марта 13 нафар беморда; 4 марта 1 нафар беморда учради. Беморлардан генетик тахлил учун қон намуналари олинди. Генетик таҳлил натижаларига кўра, ИЛ23Р генида Г/А полиморфизмини таҳлил натижалари қуйдагича: Г/Г-89та беморда норма; Г/А-8 нафар беморда гетерозигота; А/А-1 нафар беморда мутация. ИЛ17Ф генида С/Г полиморфизмини таҳлил натижалари қуйдагича: С/С-66 нафар беморда норма; С/Г-28 нафар беморда гетерозигота; Г/Г-4 нафар беморда мутация. ИЛ17А генида Г/А полиморфизмини таҳлил натижалари қуйдагича: Г/Г-56 нафар беморда норма; Г/А-33 нафар беморда гетерозигота; А/А-9 нафар беморда мутацияга учраганини кўришимиз мумкин. Вулгар псориаз касаллиги ўрта оғир, оғир ва қайталанишига қараб генларнинг полиморфизми аникланди.

Хулоса. Юқорида айтиб ўтганимиздек генларнинг полиморфизми туфайли касалликнинг енгил даражадан ўрта-оғир ва оғир даражага ўтиши ва касалликнинг қайталанишлар сони ошиши кузатилди. Хулоса ўрнида шуни этиш керакки, Республикамизнинг чекка худудларида псориаз билан чалинган беморларни даволашда факат анаънавий даволаш усули билан чекланмасдан кўшимча физиотерапевтик муолажалар билан комплекс даволаш йўлга кўйилса, даволаш самарадорлигини оширишга ва қайталанишлар сонини камайтиришга эришамиз.

АППАРАТНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ЭСТЕТИЧЕСКИХ НЕДОСТАТКОВ КОЖИ: «РОЗАЦЕА И СОСУДИСТЫЕ НАРУШЕНИЯ»

Д.Д. УМУРЗАКОВА

Республиканский центр дерматовенерологии МЗ КР, г. Бишкек

Введение. Розацеа и сосудистые нарушения кожи (телеангиэктазии, эритема, купероз) являются одними из наиболее распространённых эстетических и клинических проблем в дерматологии. Согласно данным международных эпидемиологических исследований, розацеа встречается у 5–22 % взрослого населения, чаще у лиц со светлым фототипом 1-3 по Фитцпатрику. Сосудистые проявления заболевания снижают качество жизни пациентов, вызывают психологический дискомфорт и ограничивают социальную активность. Стандартная медикаментозная терапия эффективна при воспалительных проявлениях, однако практически не влияет на эритему и телеангиэктазии. В связи с этим всё большее значение приобретают аппаратные методы лечения, основанные на принципах селективного фототермолиза.

Материалы и методы. Проведён обзор публикаций за 2020–2025 гг. с использованием баз PubMed, Cochrane Library, а также русскоязычных источников («Вестник дерматологии и венерологии», «Российская косметология», «Медицинский вестник Казахстана», «Вестник дерматологии и косметологии Узбекистана»). В анализ были включены систематические обзоры, мета-анализы и клинические исследования по применению IPL, PDL и Nd:YAG-лазеров для лечения сосудистых нарушений кожи.

Результаты.

1. Интенсивный импульсный свет (IPL). Систематические обзоры (Zhai et al., 2024; Martignago et al., 2024) подтверждают эффективность IPL в снижении выраженности эритемы у пациентов с розацеа на 60–75 % после курса из 3–4 процедур. Методика эффективна при поверхностных телеангиэктазиях и дисхромии, позволяет индивидуально подбирать параметры в зависимости от фототипа кожи. Ограничения: необходимость повторных курсов и риск поствоспалительной гиперпигментации у пациентов с III–V фототипом. Российские данные (Кондратьева, Сафонова, 2021) подтверждают высокую удовлетворённость пациентов (<> 80 %) и низкую частоту побочных эффектов.

2. Лазеры на красителях (PDL, 585–595 нм). PDL считается «золотым стандартом» терапии сосудистых нарушений и эритематозной розацеа. По данным мета-анализа (Park et al., 2023), клиническое улучшение достигается у 70–80 % пациентов, включая стойкое уменьшение выраженности сосудистых элементов. Недостатки – ограниченная доступность, высокая стоимость, а также временные пурпура и отёчность после процедуры. Российские публикации (Голубева, Дроздов, 2020) подтверждают высокую эффективность PDL при сочетанных сосудистых и воспалительных формах розацеа.

3. Неодимовый лазер Nd:YAG (1064 нм). Методика применяется при более глубоких и крупных сосудах. Клинические исследования показывают уменьшение телеангиэктазий и застойной эритемы на 50–70 %. Ограничения связаны с риском боли и рубцевания при нарушении техники. Русскоязычные данные (Жданова, 2020; Абдурахманова, 2024, Узбекистан) демонстрируют высокую эффективность при лечении купероза и резистентных сосудистых проявлений.

4. Комбинированные подходы. Применение комбинаций (IPL + PDL, Nd:YAG + медикаментозная терапия) позволяет достичь более выраженного эффекта и снизить риск осложнений. В исследованиях (Амангельдиева, 2022, Казахстан) показано, что комбинация IPL и системного ивермектина снижает сроки ремиссии более чем на 6 месяцев по сравнению с монотерапией.

Выводы. Аппаратные методы (IPL, PDL, Nd:YAG) являются высокоэффективными и безопасными инструментами коррекции сосудистых проявлений розацеа. Их применение улучшает качество жизни пациентов, снижает выраженность эритемы и телеангиэктазий. Оптимальная тактика включает индивидуальный подбор метода в зависимости от глубины и диаметра сосудов, фототипа кожи и клинической формы розацеа. Наиболее устойчивые результаты достигаются при комбинированном подходе, сочетающем аппаратные технологии с медикаментозной терапией.

ЗНАЧИМОСТЬ ПОЛИМОРФИЗМОВ ГЕНА ИНТЕРЛЕЙКИНА-1 В ТЕЧЕНИИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕГО ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Ф.Б. МИРОДИЛОВА, Г.А. ИСМАИЛОВА

Ташкентский государственный медицинский университет

Генетическая предрасположенность, в частности полиморфизмы генов цитокинов, таких как интерлейкин-1 могут модулировать иммунный ответ и определять частоту рецидивов рецидивирующего генитального герпеса.

Анализ литературных данных подтверждает, что у пациентов с РГГ чаще встречаются определенные полиморфизмы генов IL-1. Полиморфизмы в генах этих молекул могут изменять их экспрессию и функциональную активность, что определяет индивидуальные особенности течения герпетической инфекции.

Цель исследования. Провести анализ частоты аллелей и генотипов IL-1 -511T/C при тяжелой степени тяжести РГГ.

Материалы и методы. В данном исследовании приняли участие 198 пациентов.

Основную группу составили пациенты с тяжелым течением РГГ ($n = 62$), а контрольную – пациенты без РГГ ($n = 62$).

Материалом для выделения ДНК служила венозная кровь из локтевой вены объемом 3–5 мл. Для получения геномной ДНК использовали двухэтапный метод лизиса клеток крови.

Были проанализированы результаты характера распределения аллелей и генотипов полиморфизма IL-1 -511T/C у пациентов с тяжёлым течением вируса простого герпеса ($n = 62$) по сравнению со здоровыми лицами ($n = 62$).

Частота аллеля С в группе с тяжёлым течением составила 86,29 %, что достоверно ниже, чем в контрольной группе (96,77 %). Аллель Т, напротив, встречался значительно чаще у больных – 13,71 % против 3,23 % в контроле. Отношение шансов (OR) для аллеля С составило 0,210, $\chi^2 = 8,79$, $p = 0,003$, 95 % доверительный интервал: 0,068–0,643, что свидетельствует о статистически значимом снижении частоты аллеля С у больных и, соответственно, его возможной защитной роли.

Анализ генотипов показал, что генотип СС встречался у 82,26 % пациентов с тяжёлым течением и в 95,16 % случаев у здоровых лиц, при этом OR = 0,236, $\chi^2 = 5,15$, $p = 0,023$, 95 % CI: 0,062–0,892, что также подтверждает статистически значимую ассоциацию между носительством гомозиготы по аллелю С и более благоприятным клиническим течением. Генотип СТ был выявлен у 8,06 % больных и 3,23 % здоровых, при OR = 2,632, $\chi^2 = 1,36$, $p = 0,24$, 95 % CI: 0,491–14,112 – без достижения уровня статистической значимости. Наиболее выраженные различия отмечены по генотипу ТТ, который регистрировался у 9,68 % пациентов с тяжёлым течением против 1,61 % в контрольной группе. Отношение шансов составило 6,536, $\chi^2 = 3,79$, $p = 0,052$, 95 % CI: 0,763–55,988. Хотя p-значение приближается к пороговому ($p \approx 0,05$), широкие доверительные интервалы и небольшой размер выборки не позволяют с уверенностью говорить о достоверной ассоциации.

Таким образом, данные анализа указывают на наличие статистически значимых различий в распределении аллелей и генотипов IL-1 -511T/C между пациентами с тяжёлым течением ВПГ и здоровыми лицами. Особенно выраженным оказалось снижение частоты аллеля С и генотипа СС у больных, что может свидетельствовать о защитной роли этого генетического варианта. Одновременно наблюдается тенденция к более высокой частоте генотипа ТТ у пациентов с тяжёлой формой заболевания, что требует дальнейшей верификации на расширенной выборке.

Заключение. Полиморфизм IL-1 -511T/C является важным генетическим маркером, определяющим особенности клинического течения РГГ. Полученные данные позволяют предположить, что аллель Т, а также генотип ТТ могут быть ассоциированы с более неблагоприятным клиническим исходом, в то время как аллель С и генотип СС – с более лёгким течением ВПГ. Эти результаты указывают на возможную прогностическую значимость полиморфизма IL-1 -511T/C в клинической стратификации пациентов. Генетическое обследование позволит спрогнозировать частоту рецидивов и подобрать оптимальное лечение пациентам с РГГ.

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА

Е.А. БАХЛЫКОВА[1], Н.Н. ФИЛИМОНКОВА[2], С.Л. МАТУСЕВИЧ[1], М.А. БАХЛЫКОВ[1]

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

Актуальность. Пустулезный псориаз одна из самых сложных клинических разновидностей псориаза, которую принято подразделять на генерализованную и локализованную ладонно – подошвенную форму. Генерализованный пустулезный псориаз (ГПП) редкий дерматоз, но характеризуется тяжелым упорным течением, системным характером воспаления, возможным летальным исходом. Локализованный пустулезный ладонно – подошвенный псориаз (ЛППП)значительно ухудшает качество жизни и трудоспособность пациентов. Обе формы торпидны к проводимой стандартной терапии.

Цель исследования. Для изучения дифференцированной роли различных факторов проведен расчет относительного риска наличия таких потенциальных предикторов регистрации генерализованной и ладонно-подошвенной формы пустулезного псориаза, как возраст, курение, характер трудовой деятельности и наличие коморбидностей.

Материалы и методы. Изучен анамнез 12 пациентов с ГПП, 42 пациентов с ЛППП; группа сравнения 78 пациентов с бляшечным псориазом (БП). Анализ проведен по формуле расчета факторов развития относительного риска (ОР).

Результаты исследования. Проведенный анализ показал, что у пациентов с ЛППП, в сравнении с группой БП более чем в 3 раза

выше относительный риск (ОР) наличия курения – ОР 3,17 при 95 % ДИ (доверительный интервал) 2,52–4 и в 1,12 раза выше риск наличия коморбидности (95 % ДИ 1,13–1,28), тогда как при возрасте более 40 лет и физическом труде статистически значимых различий получено не было ($p \geq 0,05$). Значения ОР для данных параметров составили 1,05 (95 % ДИ 0,85–1,3) и 1,09 (95 % ДИ 0,8–1,49) соответственно. На фоне этого, у пациентов с ГПП, в сравнении с группой БП отмечен статистически значимо более высокий риск наличия коморбидности ОР – 1,19 при вариации 95 % ДИ от 1,13 до 1,28. При этом относительный риск наличия возраста более 40 лет, составил 0,82 95 % ДИ 0,5-2,6 ($p \geq 0,05$) и физического характера трудовой деятельности – ОР 1,21 95 %, ДИ 0,67–2,19 ($p \geq 0,05$), тогда как по наличию факта курения статистически значимых различий также получено не было ($p \geq 0,05$) – ОР 1,15 при 95 % ДИ 0,5-2,6.

Таким образом, и ЛППП и ГПП ассоциирован с более высоким риском наличия коморбидности, относительно пациентов с БП, при этом в группе с ЛППП отчетливо регистрируется ассоциация с курением.

Выводы. Определение анамнестических данных значимо в оценке дебюта и развития псориатического процесса, в создании индивидуального прогноза, формировании алгоритма превентивных действий направленных на снижение количества рецидивов и предотвращение появления более тяжелопротекающих форм псориаза. Для пациентов с различными формами псориаза необходимыми превентивными мерами является проведение курсов профилактического лечения сопутствующих хронических, инфекционных заболеваний, формирование навыков преодоления и адекватного восприятия стрессовых ситуаций, оптимальное трудоустройство, отказ от алкоголя и курения.

К ОЦЕНКЕ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ И АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОТИПОВ ГЕНА COMT G/A 116790 У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Д.Р. ХАКИМОВ

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

Проблема атопического дерматита до сих пор остается актуальной проблемой практического здравоохранения в виду своей генетически –детерминированностью, продолжающиеся ростом среди населения, развитием осложненных клинических форм дерматоза. На сегодняшний день большой интерес представляет изучение различных вариантов генов, играющих ключевую роль в патогенезе атопических болезней и определяющих чувствительность к фармацевтическим препаратам патогенетической терапии, включающей глюкокортикостероиды, $в_2$-адреномиметики, ингибиторы лейкотриенов.

Цель исследования. Оценка выявляемости аллельных вариантов и ассоциации полиморфизма генотипов гена COMT G/A (Val/Met; H/L) 116790 у больных атопическим дерматитом узбекской популяции.

Материал и методы исследования. Обследованы 75 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 7 до 61 года**.** У всех больных проводили клинико-лабораторные, молекулярно-генетические и статистические исследования. Контрольную группу составили 40 здоровых лиц в соответствующем возрасте без каких-либо кожных заболеваний.

Результаты исследования. Молекулярно-генетических исследований у больных атопическим дерматитом показали высокую выявляемость мутантного аллеля «А» rs116790 гена COMT G/A по сравнению с показателями контрольных лиц. (42,6 % и 2,5 %, соответственно; $\chi^2 = 41,14$; $p < 0,00001$; OR = 29,02; 95 % CI 6,87–122,55). Частота «дикого» аллеля «G» в группе контрольных лиц в 1,7 раз превышал показателей основной группы и составлял 97,5 % против 57,3 % у больных АД соответственно; ($\chi^2 = 41,14$; $p < 0,00001$; OR = 0,03; 95 % CI 0,01–0,15). Выявлены ассоциации «функционально неблагоприятных» генотипов G/A ($\chi^2 = 38,6$; $p < 0,00004$; OR = 15,76; 95 % CI 3,54-70,11) и A/A ($\chi^2 = 38,6$; $p < 0,00004$; OR = 20,75; 95 %CI 1,21–356,7) с развитием атопического дерматита, что в 9,06 раз выше по сравнению с контрольной здоровой группой. Причем частые рецидивы отмечали в группе больных с носительством гетерозиготного варианта G/A rs116790 гена COMT – в 52,5 % (32 из 61) и нефункционального варианта A/A – 24,6 % (15), тогда как с благоприятными генотипами G/G – в 22,9 % (14) соответственно. Полученные данные представляет большой практический интерес в плане разработки патогенетической терапии.

Заключение. Аллель А и гетеро/гомозиготные генотипы **полиморфизма** rs116790 **гена** COMT G/A являются значимыми маркерами повышенного риска развития атопического дерматита узбекской популяции (P < 0,0001). (χ^2 = 38,6; p < 0,00004; OR = 15,76; 95 %CI 3,54–70,11; χ^2 = 38,6; χ^2 = 38,6; p < 0,00004; OR = 20,75; 95 %CI 1,21–356,7) Аллель G и функционально благоприятный генотип G/G являются достоверными протективными маркерами в отношении развития патологии (χ^2 = 38,6; p < 0,00004; OR = 0,03; 95 % CI 0,01–0,13).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЛУКАЗОЛ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ

Ф.Ш. ХАМИДОВ, Ж.Б. МУЛЛАХАНОВ, М.З. ХАМИДОВ

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

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность крема Луказол у больных разноцветным лишаем в условиях Ферганской долины.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 70 больных разноцветным лишаем (Pityriasis versicolor), средний возраст которых составил 27,5 лет (43 женщин, 27 мужчин). Всем пациентам диагноз был поставлен после стандартного обследования. У всех больных в патологическом очаге было обнаружено возбудитель заболевания – Malassezia furfur. Разного размера невоспалительные высыпные элементы имели розовые, коричневые цвета с мукоидным шелушением, отмечались также и гипопигментивные пятна без шелушения. В очагах гипопигментации обнаруживалось симптом Бенье. Проба Бальцера был положителен у всех больных. При осмотре очагов поражения с помощью лампы Вуда обнаружены красновато-желтые, синевато-зеленые и коричневатые свечение.

Из 70 пациентов у 50 были обнаружены гипопигментированные пятна, а у 20 – гиперпигментированные пятна. У пациентов с разноцветным лишаем наиболее частым признаком, наблюдаемым при дерматоскопии, была неравномерная пигментация над очагом поражения. Это наблюдалось у 88 % пациентов с гипопигментированными поражениями, тогда как у 100 % пациентов с гиперпигментированными поражениями. Чешуйки (шелушение) были обнаружены у 92 % пациентов как с гипопигментированными, так и с гиперпигментированными пятнами. Точечное шелушение наблюдалось у 82 % пациентов с гипопигментированными поражениями, тогда как при дерматоскопическом исследовании гиперпигментированных поражений шелушение выявлялось в складках кожи (40 %).

Другими важными признаками, выявленными при дерматоскопии кожи пациентов, пострадавших от воздействия различных видов железа, были невидимые гребни (на верхушке) и гребни, а также перилезиональная гиперпигментация.

Все больные в составе комплексного лечения получали (Тербипро по 250 мг 1 раз в день в течении 1 мес., Колострум по 1 мл внутрь 2 р/д до еды в течении 1 мес., Наноцинк по 1 таблетке 3 раза в день в течении 1 мес.) и 1 % Луказол (Луликоназол) крем. Очаги поражения обрабатывались 1 % кремом Луказол (Луликоназол) один раз в день в течении 2 недель. **Луликоназол** – противогрибковый препарат, производное имидазола. Механизм действия до конца не изучен, связан с изменением синтеза клеточных мембран грибов. Изменяет клеточную мембрану грибков, взаимодействует с 14-α-деметилазой (ферментом, необходимым для превращения ланостерола в эргостерин), ингибируя синтез эргостерина, который является важным компонентом мембраны, увеличивает проницаемость клеток, вызывая утечку клеточного содержимого. Незначительное количество препарата может абсорбироваться после местного применения. Связь с белками плазмы – свыше 99 %. Имеются данные об эффективности препарата в лечении грибковых инфекций, вызванные Trichophyton rubrum, Epidermophyton floccosum, особенно Tinea pedis, Cruris и Corporis.

После проведенного 2-х недельного лечения с 1 % кремом Луказол (Луликоназол) клиническая эффективность отмечалось у 45 больных с разноцветным лишаем. У 15 больных отмечено аллергический контактный дерматит.

Заключение. Подтверждено, что выше приведенные признаки заболевания представляют собой ценную информацию при диагностике разноцветного лишая и имеют большое значение для дерматологов при решении проблем, связанных с этим микозом. Также было отмечено значительное клиническое эффективность 1 % крема Луказол (Луликоназол) в комплексном лечении у больных разноцветным лишаем уже концу 2 недели. Как показывает результаты исследования, препарат Луказол можно применит для комплексное лечения разноцветного лишая.

ГЕНИТАЛ ГЕРПЕСНИ ДАВОЛАШДА КЛИНИК ИНДЕКСЛАРНИНГ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижон давлат тиббиёт институти

Герпес – бу инсонни жароҳатлайдиган вирусли инфекцияси ҳисобланиб, қўзғалиш даврида тери ва шиллиқ қаватларда тошмалар кузатилиб, эритематоз фонда гуруҳлашган пуфакчалар пайдо бўлади. Генитал герпес (ГГ) эса оддий герпесни бир шакли ҳисобланади ва жинсий аъзоларни жароҳатланиши кузатилади. Генитал герпесни даволаш замонавий дерматовенерологиянинг долзарб муаммоларидан бири ҳисобланади.

Тадқиқотнинг мақсади: генитал герпес билан оғриган беморларда «Этиопатогенетик терапияни клинико-иммунологик индекси»ни (ЭПТКИИ) ва «Терапевтик тактикани клиник индекси»ни (ТТКИ) кўрсаткичларини комплекс терапияда самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотнинг материал ва услублари. Назоратимизда 46 (23 нафари аёл ва 23 нафари эркак) нафар генитал герпес билан оғриган беморлар бўлиб, уларнинг ўртача ёши 24,3 ёшни ташкил қилди. Барча ГГ билан оғриган беморларда «Этиопатогенетик терапияни клинико-иммунологик индекси»ни (ЭПТКИИ) ва «Терапевтик тактикани клиник индекси»ни (ТТКИ) кўрсаткичлари комплекс даводан олдин ва кейин ўрганилди. Беморларни умумий даволашда Налина, Иммаксин, маҳаллий эса Метровит экстракти каби препаратлар комплекс даво таркибида қўлланилди.

Тадқиқот натижалари. 46 нафар ГГ билан оғриган беморларда «Этиопатогенетик терапияни клинико-иммунологик индекси»ни (ЭПТКИИ) ва «Терапевтик тактикани клиник индекси»ни (ТТКИ) кўрсаткичларини юқори бўлгани кузатилди.

Умумий даволашда Налина, Иммаксин, маҳаллий эса Метровит экстракти каби препаратлар комплекс қўлланилганидан сўнг «Этиопатогенетик терапияни клинико-иммунологик индекси»ни (ЭПТКИИ) ва «Терапевтик тактикани клиник индекси»ни (ТТКИ) кўрсаткичлари бироз яхшиланган, клиник тошмаларни йўқолгани кузатилди.

Хулоса. Тадқиқотнинг натижалари кўрсатишича, ЭПТКИИ ва ТТКИ лар ўтказилган терапияни натижаларига объектив баҳо беришга имкон берди. Налина, Иммаксин, маҳаллий эса Метровит экстракти препаратларини комплекс терапияда қўлланиши, уларни ГГ ни терапиясида етарлича самарага эга эканлигини кўрсатди.

ЛЕЧЕНИЕ ВИТИЛИГО ЭМУЛЬСИЕЙ EPTA VTLG

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижанский государственный медицинский институт;
Частная клиника «Аълomед клиник»

Витилиго (песь, Vitiligo) – это наследственное, специфическое распространенное и приобретенное гипомеланотическое поражение кожи.

Для наружного лечения Витилиго применяют кортикостероиды, наружные иммуномодуляторы, кальципотриол, псевдокаталаза в сочетании с фототерапией узковолновыми УФЛ-В, наружную ПУВА-терапию с низкими дозами 8-метоксипсорален (8-МОП, 0,1 %). Применение современных препаратов для лечения витилиго остается проблемой современной дерматологии.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность эмульсии EPTA VTLG у больных витилиго в условиях Андижанского вилоята.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 101 пациент с витилиго, в возрасте от 6 до 45 лет (52 женщин и 49 мужчин). Всем больным после стандартного исследования был поставлен диагноз витилиго. Все больные во время комплексного лечения получали эмульсию Epta vtlg в состав, которого входят активные компоненты: Inoveol®egcg, Dnage®, Sepitonic™m3.0, Viapure.®; Цианокобаламин; Фениллаланин; Ниацинамид; Витамин С; Экстракт коры магнолии, Экстракт листов легациловая кислота, Экстракт корня солодки. Продукт не содержит парабенов и отдушек. Состав эмульсии EPTA VTLG богат на микроэлементы, имеет противовоспалительный и противозудный эффект.

Во время исследования эффективность препарат изучали по 4 балльной шкале: –1 – отмечалось ухудшение; 0 – стабильный; +1 – отмечалось частичная репигментация (<>0=50 % обработанные участки); +2 – репигментация выше 50 %. Для оценки раздражения или воспаления у больных с витилиго, обрабатываемые участки кожи эмульсией EPTA VTLG находились под пристальным нашим контролем.

Результаты исследования. С эмульсия EPTA VTLG очаги витилиго обрабатывались 1 раз в день в течение 3 месяцев. У всех 101 больных с витилиго в патологических очагах не наблюдались негативные изменения. У 12 больных отмечено стабильное состояние. У 76 больных с ви-

тилиго отмечалось частичная репигментация, а у 13 пациентов репигментация превысила 50 % показатель.

Вывод. Как показали результаты исследования, при применении эмульсии EPTA VTLG у больных с витилиго, отмечались значительные позитивные изменения в депигментированных очагах. Препарат EPTA VTLG эффективен и можно широко применит в терапии витилиго. Эмульсия EPTA VTLG не вызывало раздражение кожи, и не отмечались косметические нежелательные воздействия на месте очага поражения.

ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ ТАЛАБАЛАРИНИНГ БИЛИМИНИ ЗАМОНАВИЙ БАҲОЛАШДА АССЕСМЕНТ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШ

Ф.Ш. ХАМИДОВ

Андижон давлат тиббиёт институти

Билимли талабаларни ҳозирги замон талаб даражасида тарбиялаш, конкуренцияга бардошли қилиб етиштириш ҳар қандай олий таълим муассасининг мақсадидир. Талабаларни билимини баҳолаш ҳар қандай олий таълим муассаси (ОТМ) ўтказилади ва улар турлича усуллар ёрдамида аниқланади. Тўғри танланган ва квалификацияси юқори даражадаги талабаларни етиштириш ОТМ сининг муваффақиятли фаолият олиб боришининг кафолатидир.

Тадқиқотнинг мақсади: талабаларда дерматовенерология фанини ўқитишда педагогик технология ассесментнинг қўллаш усулини кўрсатиб бериш.

Тадқиқот усуллари ва натижалари. АДТИ талабаларига амалий машғулотлар даврида бир қатор педагогик технологиялар қаторида ассесмент усули ҳам қўлланилди. Бу усул ёрдамида талабани барча фазилатларини кўриш, кузатиш, баҳолаш мумкин бўлади. Талабанинг билим даражаси билан бирга, унинг ўзига-ўзи баҳо бериши, вазиятни тўғри баҳолай олиши кузатилади. Бунга уни «тест»ни тўғри ечиши, «Вазиятга оид масалада» тўғри хулоса чиқариши, керакли даволашни қўллашни, «Клиникада» қандай симптомлар касалликда кузатилишини, ҳамда беморга «Амалий кўникмада» амалий ёрдам бера олиши аниқланади.

Мавзу: Паразитар касалликлар (Қўтир, Битлиқилик).

Тести

1. Терини паразитар касаллигини кўрсатинг:
А) псориаз;
Б) лейшманиоз;
В) мохов;
С) қўтир;
Д) захм.

2. Бензилбензоат препарати қайси касалликда қўлланилади?
А) битлиқилик;
Б) псориаз;
В) қўтир;
С) пўрсилдоқ яра;
Д) мохов.

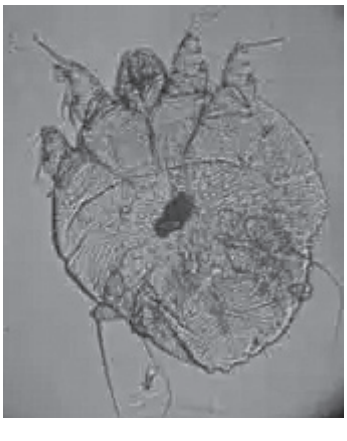
3. Битни тури эмас:
А) қов
Б) бош
В) кийим
С) чов
Д) барчаси нотўғри

Жавоби: 1. с. 2. в. 3. с.

0 ёки 5 балл

Вазиятга оид масала

1. Касаллик қўзғатувчисини номини айтинг?
2. Шу қўзғатувчи қайси касалликни чақиради?
3. Касалликни инкубацион даври неча кунни ташкил қилади?



Жавоби:
Қўтир канаси
(Sarcoptes scabiei var. hominis)
2. Қўтир касаллигини (scabies).
7–14 кун

0–5 балл

Даволаш (симптом)	Амалий кўникма
Sarcoptes scabiei var. Hominis ни даволашда қўлланиладиган препаратларни санаб беринг. ***Жавоби:*** 10–33 % ли олтингугурт малҳами, 20 % Бензилбензоат суспензияси ёки малҳами, Демянович усули бўйича даволаш (4-6 % ли хлорид кислотаси, 40–60 % тиосульфат натрий эритмалари), Спрегал спрей, Эрметин (Ивермектин) 6 мг, Линдан, Перметрин (медифокс) ва б. **0–5 балл**	Sarcoptes scabiei var. Hominis га неча хил лаборатор текшириш усуллари мавжуд? ***Жавоби:*** Канани ананавий игна ёрдамида қўтир йўлини берк охиридан чиқариб олиш усули ва микроскоп ёрдамида қўриш Эпидермисни мугуз қаватидан юпқа кесилган материални олиш усули ва микроскопия қилиш. Қўтир йўлларини берк охири соҳасидан қатлам-қатлам қилиб қон чиққунча қириш усули ва микроскопия қилиш. Ишқор эритмасини терига суртиб, терини ишқорли препарация қилиш усули ва мацерацияга учраган терини аспирация қилиш ва микроскопия қилиш. **0–5 балл**

Икки слайдан иборат бўлган жадвал ёрдамида ассессмент усули қўлланиши мумкин. Талабалар 1-слайдда саволларни кўриб, уларни жавобларини 5 дақиқа давомида ўз дафтарларида қайд этишгач, 2-слайд кўрсатилади. Тўғри жавоблар аниқлангач, талабалар ўзини ўзи баҳолайди. Ҳар бир пункт тўғри жавоб берилса, максимал 5 балл олади, агар жавоб бера олмаса ноль балл олишлари мумкин. Баллар талабаларнинг ўзлари томонидан умумлаштирилади. Яъни улар ўзларини билимларига ҳолисона баҳо беришлари шарт.

Максимал балл 20 балл, минимал ўтув бали 11 балл, 11 дан 14 гача 3 баҳо, 14 дан 17 гача – 4 баҳо, 18 дан 20 балл 5 баҳо бўлади. Талабалар баллари умумлаштирилганидан сўнг профессор-педагог томонидан текширилиб баҳолар ҳолисона қўйилгани аниқланади, керак бўлса, талабалар жавоби таҳлил қилиниб берилади.

Хулоса. Профессор-педагогнинг талабалар билан биргаликда қилгани меҳнати шу усул ёрдамида баҳоланиш мумкин, таълимнинг сифати ҳам яққол намоён бўлиб кўриниб туради. Ассессмент усули ёрдамида талабларнинг чуқур билим олиши таъминланади, етук мутахассис шаклланишига имкон туғилади.

АТОПИК ДЕРМАТИТ: ИММУНОПАТОГЕНЕЗ, МОРФОЛОГИК ЎЗГАРИШЛАР ВА ЗАМОНАВИЙ ТЕРАПЕВТИК СТРАТЕГИЯЛАР

У.Ю. САБИРОВ, Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Кириш. Атопик дерматит (АД) – сурункали, қайталанувчи, яллиғланишли тери касаллиги бўлиб, дунёда энг кўп тарқалган дерматозлардан бири ҳисобланади. Болаларда 20 % гача, катталарда эса 10 % гача учрайди. АД беморларнинг ҳаёт сифатини жиддий пасайтиради, узоқ муддатли қичишиш, уйқу бузилиши ва психо-эмоционал стрессга олиб келади. Ўзбекистонда тарқалиши нисбатан паст бўлса-да (болаларда тахминан 12 %, катталарда 3–5 %), клиник оғир ҳолатлар сони ортиб бормоқда.

Мақсад. Ушбу обзор мақолада АД патогенези, иммун дисбаланс ва морфологик ўзгаришлар, микробиота ва замонавий даволаш стратегиялари (топикал, тизимли, биологик ва янгича микробиом терапиялар) тўғрисидаги замонавий маълумотлар таҳлил қилинган.

Иммунопатогенез. АД асосан эпидермал барьер бузилиши ва Th2 типдаги иммун жавоб устунлиги билан тавсифланади. Филаггрин ген мутациялари, липидлар камайиши ва tight junction бузилиши терини заифлаштиради. Натижада аллергенлар ва микроблар осон кириб, Th2 цитокинлари (IL-4, IL-13, IL-31) кўпайиши орқали IgE гиперпродукцияси ва қичишиш юзага келади. Илгари Th2 асосий деб ҳисобланган бўлса, ҳозирда сурункали босқичларда Th1, Th17 ва Th22 ҳам қатнашиши аниқланган. Бу иммун дисбаланс касалликнинг турли фенотипларини келтириб чиқаради.

Морфологик ўзгаришлар. Гистопатологик жиҳатдан АД спонгиотик дерматит туркумига киради. Акут фазада спонгиоз, микро-везикула ва лимфоцитар инфильтрат устун, хроник ҳолатда эса акантоз, гиперкератоз ва дермал фиброз кўзга ташланади. Иммуногистокимёвий таҳлилларда CD4+ лимфоцитлар, эозинофиллар ва IgE билан қопланган Лангерганс ҳужайралари кўпаяди. Бу хусусиятлар АДни бошқа дерматитлардан фарқлашда аҳамиятли.

Микробиота ва сенсибилизация. АД билан касалланган беморларда терида Staphylococcus aureus колонизацияси 70–80 % ҳолларда аниқланади, бу яллиғланишни кучайтиради. Шунингдек, Malassezia турига нисбатан сенсибилизация, айниқса «бош-ва-бўйин» вариантда, клиник оғирлик билан боғлиқ. Оғир ҳолатларда Candida кўпайиши ҳам қайд этилган. Бу маълумотлар АДда микробиота дисбаланси катта роль ўйнаши ва келажакда микробиом асосидаги даволаш усуллари муҳим бўлишини кўрсатади.

Замонавий терапия. АД давосида комплекс ёндашув зарур:

Эмоллиентлар – асосий базис;

Топикал глюкокортикостероидлар ва кальциневрин ингибиторлари – яллиғланишни босиш;

Фототерапия – ўрта-оғир ҳолатларда;

Тизимли иммуносупрессантлар (циклоспорин, метотрексат) – оғир резистент ҳолларда;

Биологик терапия – dupilumab ва янги IL-13, IL-31, JAK ингибиторлари самарали ва хавфсиз деб топилмоқда.

Хулоса. АД – патогенези кўп омилли бўлган мураккаб касаллик. Барьер бузилиши, иммун дисбаланс ва микробиота ролини ҳисобга олган ҳолда комплекс ва персоналлаштирилган терапия самарали натижа беради. Замонавий биологик ва JAK ингибиторлари оғир беморларда узоқ муддатли ремиссия таъминлайди, аммо классик усуллар (эмоллиент ва топикал терапия) ҳам асосий ўринда қолмоқда. Ўзбекистондаги тадқиқотлар АД патогенези ва давосида минтақавий хусусиятларни ўрганиш ва миллий йўриқномалар ишлаб чиқиш зарурлигини кўрсатмоқда.

СТРУКТУРА ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ И СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РЕГИОНЕ ПРИАРАЛЬЕ

Г.У. ЖАНАБАЕВА[1], З.И. АХМЕДЖАНОВА[2], Е.А. ОРЫНБАЕВ[1], Ж.О. ПАРХАТОВ[1]

[1]Медицинский институт Каракалпакстана;
[2]Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

Актуальность. Несмотря на многочисленные исследования ученых мира хронические дерматозы имеют широкую распространенность и большую медико-социальную значимость среди всех заболеваний человека. По нашим данным в последние годы растет количество определенных дерматозов в регионе Приаралья и утяжеление их клинического течения, в связи с чем нами была поставлена цель:

Цель исследования. Изучить структуру хронических дерматозов, сопутствующих заболеваний и психоэмоционального состояния у пациентов проживающих в регионе Приаралье.

Материалы и методы. Было проведено исследование структуры хронических дерматозов на основе обследования 68 пациента, проходивших лечение в Каракалпакском филиале Республиканского специализированного научно – практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии (РСНПМЦДВиК). Среди обследованных количество мужчин было 44 %, женщин 56 %. У всех пациентов было получено добровольное письменное согласие на проведение диагностических мероприятий. Все пациенты были обследованы клинически и лабораторно (общий анализ крови, ферменты, билирубин, сахар крови). Проведена оценка психологического состояния тестированием по шкале Цунга.

Статистическую обработку полученных результатов проводили стандартными программами из пакета Microsoft Office Excel-2003.

Результаты исследования. Проведенный анализ результатов клинического обследования 68 пациентов, находящихся на лечение в дерматологическом отделении Каракалпакского филиала РСНПМЦДВиК выявлено, что .среди обследованных наибольшее количество пациентов было с псориазом – 23,5 %,второе место занимали пациенты с экземой- 17,6 %, витилиго установлено у 14,7 %, кожный лейшманиоз выявлен у 13,2 %пациентов, микоз гладкой кожи и в/ч головы в 11,8 % случаев, угревая болезнь была выявлена у 8,8 %, красная волчанка выявлена у 4,4 %, по 2,9 % приходилось на болезнь Бехчета и склеродермию,.

При исследовании сопутствующей патология выявлено, что у большинства пациентов (75,2 %) была патология желудочно-кишечного тракта –

дискенезия желчевыводящих путей и желчекаменная болезнь, хронический холецистит, жировой гепатоз, гастрит, хронический гепатит, колит, второе место по выявленной сопутствующей патологии принадлежало заболеваниям щитовидной железы (18 %) случаях. Гипертоническая болезнь обнаружена у 16 % пациентов, сахарный диабет 2-типа выявлен у 8,8 %.

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 68 % обследованных.

Тестирование психологического состояния обнаружило, что различной степени выраженности депрессия имела место у 68 % пациентов. Высокий уровень тревожности обнаружен у 8 % пациентов, средний уровень тревожности – у 44 %, и у 16 % – легкой степени. Нормальное состояние выявлено у 32 % пациентов.

Заключение. Среди хронических дерматозов в регионе Приаралья наиболее часто встречаются псориаз, экзема и витилиго. У большинства пациентов (75,2 %) была выявлена патология желудочно-кишечного тракта. У 68 % пациентов выявлены изменения психологического состояния. Полученные результаты указывают на необходимость дальнейшего изучения патогенеза данных заболеваний с учетом коморбидных патологий и изменения психологического состояния пациентов.

ҚЎТИР КАСАЛЛИГИГА ТАШХИС ҚЎЙИШНИНГ ЭПИДЕМИОЛОГИК ТАМОЙИЛЛАРИ

Э.Х. ЭШБОЕВ., А.Т. ТОҒАЕВ., Ф.С. ҚАЛАНДАРОВА

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ;
ТТУ, ТВ ва ЗИТИ

Беморларнинг кеч ёки узоқ муддатда аниқланиши кейинчалик улар орасида касалликнинг асоратланиши юқори даражага етади. Бу ҳолатни албатта ҳеч бир мутахассис инкор қилмайди. Касалликка ўз пайтида тўғри ташхис қўя олмаслик асосида бу борадаги кадрларнинг билими пастлиги билан боғлиқ. Айниқса беморларнинг маиший контактларини ўз вақтида назорат қилмаслик туб аҳолининг касаллик тўғрисида тушунчага эга бўлмаслиги вазиятни янада оғирлаштиради.

Ушбу маълумотларга асосланиб биз қўтир касллигининг қуйидаги эпидемиологик тамоилларини тавсия қиламиз.

– Беморнинг оила аъзоларидан бир ёки бир нечтасида терининг қичиш аломатлари бўлса;

– Қичишиш билан кечадиган дерматозларнинг инвазив контактлари орасида, жамоада (ётоқхонадаги шериклар, болалар боғчасида, болалар уйида, интернат ва казармалар ва б.) учраши;

– Яқин маиший ёки жинсий мулоқотдан сўнг кечаси ёки тунга бориб теринг қаттиқ қичишиши;

– Секин аста ўчоқда янги беморларнинг пайдо бўлиши;

– Битта беморда паразитар индекснинг юқори бўлиши ёки ўчоқдаги бир неча бемордан касаллик юқишининг ортиб бориши;

– Қичишиш аломатларининг терига антипаразитар малҳамларни суртилгандан сўнг дастлабки куниёқ кескин камайиши ёки бу ҳолатни **exivantibus** терапия дейилади.

– Ўчоқларда ва бемор билан мулоқотда бўлган шахсларни эпидемиологик назоратни ва маълумот аламашиш ишларини кучайтириш

– Касаллик ўчоқларида ва мулоқотда бўлганлар орасида доимий тизимли назорат ишларини олиб бориш

– Касаллик ўчоқлари ва мулоқотда бўлганлар касаллик асоратланганда уларнинг геолокация электрон базасини яратиш, доимий мониторинг ҳисоботини олиб бориш

– Режа асосида касалларни эрта аниқлаш, профилактика ишларини, лаборатор текширувларни ўтказиш, бошқа соҳа тиббий ходимлари билан доимий ишлар олиб бориш

– Касалликка қарши курашда бошқа вазирликлар, нодавлат уюшмалар билан профилактик ишларини, соғлиқни сақлаш соҳасидаги бошқа мутахассислар билан биргаликда даволашдан кейин беморлар ва уларнинг маиший мулоқотдорларини кўрикдан ўтказишни тизимли равишда олиб бориш

ҚЎТИР КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ТАМОЙИЛЛАРИ

Э.Х. ЭШБОЕВ., А.Т. ТОҒАЕВ., Ф.С. ҚАЛАНДАРОВА

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ;
ТТУ, ТВ ва ЗИТИ

Қўтир (чесотка) тез юқадиган терининг паразитар касаллиги бўлиб уни қўтир канаси қўзғатади. Касалликнинг клиник белгилари жуда мураккаб бўлиб қисқа инкубацион даврдан сўнг зарарланган ўчоқда турли хил тошмалар пайдо бўлади. Биз касликнинг клиник белгилари ва шикоятларини мужассамлаштириб шифокорларга ташхис қўйиш пайтида қуйидаги тамойиллардан фойдаланишларини тавсия қиламиз.

– кечаси ва тунда теринг қичишиши;

– зарарланган тери юзасида типик қўтир йўлларининг пайдо бўлиши, изоляцияланган пуфакчалар, фолликуляр тугунчалар ва қичиб турадиган лентикуляр тугунчаларнинг юзага келиши;

– тошмаларнинг айнан ўзига хос (типик) жойлашиши, жумладан, бармоқлар орасида, кафт чеккаларида, товон атрофида, билаклар соҳасида қўтир йўлининг бўлиши, тананинг ёнбош-биқин қисмида тугунчалар жойлашиши. Бармоқлар ва товоннинг чекка қисмида қўтир йўли сатҳида яллиғланган пуфакчалар юзага келиши;

– эркаклар жинсий аъзолари ва думба терисида, аёлларнинг эса сут бези терисида лентикуляр тугунчаларнинг пайдо бўлиши;

– қўтир учун хос бўлган Арди, Горчаков, Базен, Махаэлис ва Сезари симптомларининг пайдо бўлиши;

– асоратланганда бармоқлар, тўпиқ, билак терисида стафилококкли импетигонинг юзага келиши, тизза, болдир ва думба соҳасида эктиманинг қўшилиши, танада остиофолликулитларнинг пайдо бўлиши. Антигитсамин, яллиғланишга қарши, шу билан биргаликда глюкокортикостероид препаратларни қўллашдан наф бўлмаслиги;

– лаборатория текширувларида қўтир касаллиги қўзғатувчисининг аниқланиши эса барча клиник тортишувларга барҳам беради.

ҚЎТИР КАСАЛЛИГИДА ТЕРИДА ТОШМА ЭЛЕМЕНТЛАРИНИНГ ЖОЙЛАШИШ ТАРТИБИ

Э.Х. ЭШБОЕВ., Ф.С. ҚАЛАНДАРОВА

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ;
ТВ ва ЗИТИ

Қўтир касаллигида тошма элементлари (пуфакчалар, кана йўллари изи) асосан қўл бармоқлари оралиғида, уларнинг икки ён четлари терисида, кафти четларида, товонда ва тўпиқ атрофида жойлашади. Таъкидлаш жоизки, қўл бармоқлари терисида тошмаларнинг юзага келиши 90–96 % беморларда кузатилади. 40–50 % эркакларда эса тошмалар жинсий соҳасида жойлашади. Айрим беморларда жинсий соҳа терисидаги тошмалар чуқур инфильтратланиб 1 см гача катталикдаги лентикуляр папулаларни вужудга келтиради. Одатда, инвазивлик юқори даражада бўлганда каналар жинсий соҳа терисига механик равишда шахсан бемор томонидан амалга оширилади, лекин жинсий йўл билан юқишини ҳам унутмаслик керак. Мояклар терисида постскабиоз (каналардан кейинги) лимфоплазия пайдо бўлади. Тери лимфоплазияси учун бемор узоқ вақт самарасиз даволанганда юзага келиши характерлидир. Бунда тугунчалар (папула) каналар ковлаган йўллар тагида жойлашади, жуда қаттиқ қичийди (ҳатто кундузи). Тугунлар атрофидаги тери туси хиралашиб, қалинлашади. Худди шу даврда каналарнинг фаолияти ошади, кўплаб тухум қўяди, экскрементлари тўпланиб қолади ва антиген сифатида аллергик таъсир қилади. Қўтирда липфоплазиянинг ўчоқлари 50–60 % ҳолларда эркаклар жинсий соҳасида (мояклар терисида), олат терисида (50–55 %), думба соҳасида (40–44 %), тирсак (25-30 %) ва аксиляр соҳада ҳамда аёлларнинг сут бези терисида жойлашади. Биқин, қориннинг пастки қисми териси, думғаза атрофи, қов оралиғи, қўлтиқнинг икки чети терисида ҳам тошмаларни кузатиш мумкин. Аксинча, катталарнинг юз ва бошнинг сочли қисми терисида қўтир канаси паразитлик қилмайди. Фақатгина чақалоқларнинг, айниқса кеча-кундузи бешикда ётган гўдакларнинг юз терисини зарарлаши мумкин. Бунда ўз-ўзидан маълумки касаллик онасидан юқади.

Қўтир касаллигида тошмалар каналар йўли бўйлаб тарқалади десак, ҳамма вақт ҳам тўғри

бўлавермайди. Пуфакчалар ва тугунчалар битталаб чуқур текширилганда, уларнинг ҳар учтадан биттасида каналарнинг личинкаси ёки тухумини топиш мумкин бўлади. Демак, тошмаларнинг бир қисми терида аллергик реакцияларнинг ҳисобига ҳам вужудга келади.

Айрим пайтлари қўл тирсакларининг ташқи қисми соҳасида ўрнашган қора-қўтирларни, йирингдан кейинги тангачаларни кўриш мумкин (Арди симптоми). Ёки худди шундай бошқа беморлар тирсагининг атрофида майда нуқта катталигида қора-қўтирлар (Горчакова симптоми) кўзга ташланади.

Беморнинг териси лупа орқали кўздан кечирилганда, кана йўлининг бошланиши, қорамтир нуқтали чизиқлар, майда пуфакчаларнинг теридан салгина бўртиб турганлигини кўриш мумкин, худди ана шу пуфакчалар ичида каналар бўлади. Қорамтир нуқталар урғочи каналар тўхтаб, тухум қўйган ковакчаларнинг тепа тешигидир. Қашинавериш натижасида терининг нормал тузилиши ўзгариб, терида тирналган, шилинган жойлар, қорақўтир пўстларни кузатиш мумкин; кўпинча қичинганда терининг тирналган жойларига инфекция тушиши натижасида терининг йирингли касалликлари: фолликулит, фурункул, импетиго, эктема ва бошқалар ривожланиши мумкин, бунда касалликнинг диагнози мураккаблашади. Қўтир касаллиги узоқ чўзилиб кетганида ёки бемор мунтазам даволанмаганида терининг бошқа касалликлари – дерматит, экзема пайдо бўлиши мумкин. Касаллик шу тариқа асоратланадиган бўлса, бемор қонида эозинофилия кузатилади.

Ёш болаларда касалликнинг белгилари хийла бошқачароқ кечади. Аксарият товон, оёқ кафти ва бармоқлари, кафтларнинг ички соҳаси, сон оралиғи ва думба зарарланади. Ҳосил бўлган пуфакчалар тез йирингланиб жараён оғирлашиши мумкин.

ҚЎТИРГА ТАШХИС ҚЎЙИШДА МОРФОЛОГИК ТОШМА ЭЛЕМЕНТЛАРИНИ БИЛИШНИНГ АҲАМИЯТИ

Э.Х. ЭШБОЕВ., Ф.С. ҚАЛАНДАРОВА

«Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази» ДМ;
ТВ ва ЗИТИ

Дерматолог клиницист учун қўтир касаллигида каналар қазиб пайдо қилган йўлларнинг ташқи кўринишини баҳолай билиш жуда аҳамиятлидир. Кана йўллари жойлашиши ташқи кўриниши ва яллиғланиш характерига кўра 3 хил бўлади.

Биринчи гуруҳда кана йўли кўриниши у жойлашган терининг структураси ва макроорганизмнинг жавоб реакцияси билан боғлиқ ҳолда морфологик тошмалар (везикула, папула, пуфак) чиқади. Бундай тоифадаги кана йўллари текшириб кўрилганда ундан урғочи канани, эмбрионли тухумини, урғочи кана экскриментини ва баъзи ҳолларда фаол личинкани (қуртини) топиш мумкин. Биринчи гуруҳдаги кана йўлларида пуфакчалар *занжир сифатида* жойлашади, баъзан битта пуфакчани ёки пуфакни кўриш мумкин. Касаллик муддати чўзилган сайин лентикуляр тугунчалар ҳам пайдо бўлади.

Иккинчи гуруҳ кана йўллари биринчи гуруҳда юзага келган йўллар регрессияси натижасида юзага келади. Бирламчи морфологик тошма элементлари асосида иккиламчилари вужудга келади. Регрессия таъсирида каналарнинг бир қисми ўлади ва камайиб кетади, уларни топиш анча мушкуллашади. Кана йўллари ҳам сон жиҳатдан камаяди ёки қисқа бўлиб қолади. Терида эски экскориация чизиқларини, қора-қўтирни кўриш мумкин. Кана йўллари битиб кетади, айрим пайтлардагина озгина миқдордаги каналарнинг репродуктив фаолияти сақланиб қолади ва янги йўлларни очиши мумкин.

Учинчи гуруҳ кана йўллари, дастлабки пайтда юзага келган бўшлиқли элементлар (пуфакча, пуфак) ичига иккиламчи микрофлора тушиши билан ажралиб туради. Бу тоифадаги тошма элементлари ичидан каналар топилмайди, уларнинг репродуктив фаолияти якунланган бўлиб тунеллар қазишдан тўхтайди. Сал илгарироқ қўйилган тухумларидан личинкалар пайдо бўлиш цикли охиригача етмасдан нобуд бўлади. Ушбу берилган маълумотлар қўтир касаллигининг лаборатория ташхисотида катта аҳамиятга эга, қўзғатувчининг эрта аниқланиши эса эпидемиологик жараённинг назоратини таъминлайди.

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА КИШЕЧНИКА У БОЛЬНЫХ РАЗНОЦВЕТНЫМ ЛИШАЕМ

Э.Х. ЭШБОЕВ, М.Р. МАХСУДОВ, Ш.Н. КАДИРБЕРГЕНОВА

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

Кератомикозы – это грибковые заболевания кожи, при которых возбудители поражают лишь роговой слой эпидермиса. Эта группа заболеваний представлена в нашем регионе такой нозологией как разноцветный лишай.

Исследование состояния микробиоценоза кишечника является одним из приоритетных направлений в изучении патогенетических механизмов разноцветного лишая, так как заболевание чаще возникает при наличии дисбиотических нарушений в кишечнике.

В связи с этим исследование состояния микробиоценоза кишечника у больных разноцветным лишаем является актуальной проблемой дерматологии

Цель исследования: изучение состояния микробиоценоза кишечника у больных разноцветным лишаем.

Материал и методы. Обследованы 65 пациентов с разноцветным лишаем (18–55 лет) и 18 практически здоровых лиц (контроль). Для оценки микробиоценоза определяли количественный и качественный состав микрофлоры толстого кишечника стандартными бактериологическими методами.

Результаты. У 73,9 % пациентов выявлены дисбиотические нарушения различной степени тяжести: I степень – у 30,8 %, II степень – у 24,6 %, III степень – у 18,5 %. Количество бифидобактерий и лактобактерий у больных достоверно снижено ($p < 0,001$), в то время как содержание аэробной микрофлоры (лактозопозитивные и лактозонегативные эшерихии, энтерококки, стрептококки гр. А), грибов рода *Candida* и протея – повышено по сравнению с контролем ($p < 0,001$).

Выводы. Для больных разноцветным лишаем характерно выраженное нарушение кишечного микробиоценоза: дефицит анаэробной микрофлоры при повышении уровня условно-патогенных аэробов и грибов рода *Candida*.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ТРИХОМОНИАЗА В УЗБЕКИСТАНЕ В 2019–2024 гг.

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Ш.Х. АХАДОВА

Университет «Альфраганус»;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2;
«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии»

Введение. В венерологии важно изучение эпидемиологической ситуации по ИППП. Трихомониаз является одним из наиболее распространённых заболеваний в нашей Республике.

Цель исследования. Изучить распространённость трихомониаза в Республике в период пандемии COVID-19 (2019–2021 гг.) и после неё (2022–2024 гг.).

Материал. В качестве материала использовались годовые показатели отчётного отдела при РИДВ и Центре КИАТ.

Результаты. В период 2019–2024 гг. выявляемость трихомониаза в различных областях зависела от обращаемости населения и квалификации лабораторных работников.

В 2019 году интенсивный показатель по трихомониазу в Узбекистане составил 49,6; в 2020 г. уровень выявляемости снизился до 27,9; в 2021 г. показатель несколько вырос и составил 37,6. Эти три года совпадают с периодом пандемии COVID-19. После этого, в 2022 г. интенсивный показатель по трихомониазу увеличился до 36,8, в 2023 году уровень выявляемости снова снизился до 34,9, а в 2024 году составил 34,2.

Вывод. Следует отметить, что выявляемость трихомониаза по Республике в период пандемии COVID-19 характеризовалась изменчивостью. Это, безусловно, связано с уменьшением числа обращений пациентов и качеством лабораторной диагностики.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНОГО УРЕОПЛАЗМОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ В 2019–2024 гг.

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Ш.Х. АХАДОВА

Университет «Альфраганус»;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

Введение. В венерологии важно изучение распространения ИППП из группы «нового поколения», в частности – уреаплазмоза.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической ситуации по уреаплазмозу в период 2019–2024 гг., включая годы пандемии COVID-19 (2019–2021 гг.) и последующие годы (2022–2024 гг.).

Материал методы исследования. В качестве материала использовались отчёты по уреаплазмозу, подготовленные в центре РИИАТДВК за 2019–2024 гг.

Результаты. В 2019 г. уровень выявляемости уреаплазмоза составил 5,8 на 100 000 населения (первый год пандемии COVID-19); в 2020 г. показатель немного снизился до 4,7; в 2021 г. заболеваемость уреаплазмозом несколько выросла и составила 6,8. В 2022 г. выявляемость инфекции составила 7,1; в 2023 г. интенсивный показатель снизился до 6,9; а в 2024 г. – до 5,5.

Вывод. Следует отметить, что пандемия COVID-19 оказала влияние на эпидемиологическую ситуацию по уреаплазмозу. Подобная тенденция наблюдается и в распространении, и в выявляемости всех ИППП.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА В УЗБЕКИСТАНЕ В 2019–2024 гг.

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Ш.Х. АХАДОВА

Университет «Альфраганус»;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

Введение. Среди ИППП важным считается изучение распространённости «хламидиоза», относящегося к «новому поколению» инфекций, в Узбекистане.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической ситуации по хламидиозу в Республике в период пандемии COVID-19 (2019–2021 гг.) и после неё (2022–2024 гг.).

Материал методы исследования. В качестве основного материала использовались годовые отчёты, подготовленные отчётным отделом центра.

Результаты. Заболеваемость хламидиозом, относящимся к «новому поколению ИППП», в 2019 году составила 12,9 на 100 000 населения; в 2020 г. уровень выявляемости снизился до 7,7; в 2021 г. показатель снова вырос до 10,3.

В постпандемийный период: в 2022 г. интенсивный показатель снизился до 9,6; в 2023 г. – до 8,6; в 2024 г. составил 9,1.

Вывод. Следует отметить, что на эпидемиологический процесс распространения хламидиоза, относящегося к «новому поколению ИППП», оказала специфическое влияние пандемия COVID-19. Это связано со снижением числа обращений пациентов и значимостью лабораторных обследований.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В 2019–2024 гг.

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Ш.Х. АХАДОВА

Университет «Альфраганус»;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

Введение. Изучение эпидемиологии заболевания «Генитальный герпес» в Узбекистане имеет большое значение, так как эти патологические состояния могут привести к своеобразным специфическим осложнениям.

Цель исследования. Изучение «Генитального герпеса» как инфекция, входящая в группу ИППП в период 2019-2024гг (период Пандемии COVID и постковидный период).

Материал методы исследования. Годовые отчеты отдела статистики НПМУДВиК.

Результаты. Выявление вируса «герпес» в Узбекистане достаточно хорошо поставлено и степень его выявляемости в областях разное: по годам: 2019–2023 гг., т.е. В 2019 г. выявление генитального герпеса в Республике на 100 000 населения составило – 11,2, в 2020 г. отмечалось снижение показателя и составило – 8,1, в 2021 г. – интенсивный показатель составил – 9,1. После пандемии в 2022 г. интенсивный показатель составил – 9,2, в 2023 г. – 8,9, в 2024 г. – 9.5.

Заключение. В заключении можно указать, что в Узбекистане пандемия COVID-19 оказала своеобразное воздействие на эпидемиологическую ситуацию инфекции «Генитальный герпес».

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В 2019–2024 гг.

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Ш.Х. АХАДОВА

Университет «Альфраганус»;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

Введение. Изучение уровня выявляемости «остроконечных кондилом», относящихся к группе ИППП, в Узбекистане имеет важное значение, так как данное заболевание считается одним из факторов, влияющих на здоровье.

Цель исследования. Изучить уровень выявляемости «остроконечных кондилом» в период с 2019–2024 гг. (во время пандемии COVID-19 и после неё).

Материал методы исследования. Использованы годовые отчёты, подготовленные статистическим отделом центра.

Результаты. «Остроконечные кондиломы» относятся к вирусной группе ИППП. В 2019 г. в Узбекистане показатель на 100 000 населения составил 7,4; в 2020 г. интенсивный показатель немного снизился – до 6,5; в 2021 г. по ОК (остроконечным кондиломам) интенсивный показатель составил 7,0. В 2022 г., после пандемии COVID-19, показатель составил – 7,4; в 2023 г. – 7,4; в 2024 г. – 7,6.

Вывод. Можно отметить, что пандемия COVID-19 (2019–2021 гг.) оказала специфическое влияние на уровень выявляемости заболевания.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ЧЕСОТКИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН В 2019–2024 гг.

К.А. ЮЛДАШЕВ, У.Ю. САБИРОВ, К.К. ЮЛДАШЕВ, Ш.Х. АХАДОВА, З.С. ЮНУСОВА

Университет «Альфраганус»;
Межрайонный кожно-венерологический диспансер №2;
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

Введение. Болезнь «чесотка» также относится к группе ИППП, и изучение её распространения считается важным.

Цель исследования. Изучить выявляемость болезни «чесотка» в Узбекистане в период 2019–2024 гг., так как он охватывает годы пандемии COVID-19 (2019–2021 гг.) и последующий период (2022–2024 гг.).

Материал методы исследования. В качестве материала использовались годовые отчёты статистического отдела центра.

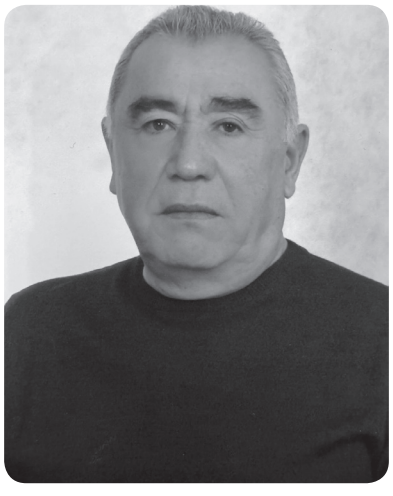
Результаты. В 2019 г. в Узбекистане уровень выявляемости чесотки составил 19,3 на 100 000 населения. В 2020 г. показатель немного снизился до 15,2; в 2021 г. интенсивный показатель по чесотке несколько вырос и составил 16,9. Эти показатели приходятся на период пандемии COVID-19. В 2022 г. интенсивный показатель выявляемости чесотки составил 6,5; в 2023 г. он вновь вырос до 19,2; в 2024 г. достиг 20,42.

Вывод. Можно отметить, что выявляемость чесотки в Узбекистане в период COVID-19 снизилась, однако впоследствии восстановилась. На это повлияли обращения населения за медицинской помощью и развитие лабораторной диагностики.

ЮБИЛЕЙ

«Стремись не к тому, чтобы добиться успеха, а к тому, чтобы твоя жизнь имела смысл».

А. Эйнштейн





К 80-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ, ШАДИЕВА ХАКИМА КАЮМОВИЧА

В этом году отмечает юбилей Шадиев Хаким Каюмович (1.09.45) – высоко, профессиональный врач, наставник, крупный ученый, создавший школу детской дерматовенерологии в Узбекистане, любимый декан многих студентов, воспитавший и подготовивший огромное количество крупных ученых. Хотелось бы подробнее рассказать о жизненном пути этого удивительного человека.

Незабываемое детство

В жизни человека не бывает случайностей, и имя, данное ребенку, подчас определяет его дальнейшую судьбу. Вот и имя Хаким, которое дали первенцу отец и мать – Каюм и Матлюба – с арабского переводится как ученый, исследователь, врач. В семье Шадиевых было 7 сыновей, Хаким – самый старший. Будучи совсем маленьким, Хаким жил в доме дедушки и бабушки в Ташкенте в местечке Хостимом. Надо заметить, что место это очень знаковое и сейчас на этом месте выстроена огромная мечеть.

С ранних лет мальчики приучались к труду. Никому не позволялось отлынивать от домашней работы и помощи папе и маме. Мама Матлюба прививала мальчикам любовь к учебе. Ее основным жизненным принципом было то, что человек не мог быть успешным, не пополняя свои знания. Это убеждение она старалась внушить сыновьям. И ничего главнее этого в жизни Матлюбы не было, в каком бы возрасте ее мальчики ни были и где бы ни учились: в школе, институте, аспирантуре. Воспитывала Матлюба детей добротой, лаской, но, если нужно, могла быть строгой и требовательной. Она никогда не повышала голоса, но одним взглядом и негромким замечанием могла добиться послушания.

Школьные годы Хакима Каюмовича начались в 1952 году. Он пошел в 1-й класс русской школы № 3 имени Кирова г. Джизака. В дальнейшем в 1960 году в связи с переводом Каюма Шадиева, семья переехала в Самарканд, и жизнь ребят круто переменилась. Они окунулись

в водоворот городской жизни: театры, кино, библиотеки, занятия спортом. Все мальчики семьи пошли в школу № 35 им. Белинского, кроме младшего брата Рауфа, ему в то время было 3 года. По счастливой случайности школа находилась рядом с домом, где жила семья Шадиевых. Все мальчики семьи приобщались к спорту, так как стадион «Динамо» был рядом с домом. Жизнь семьи Шадиевых кипела: мама работала в горкоме партии на ответственной должности, папа возглавлял областной «ЗАГОТХЛОПКОТРЕСТ» и постоянно ездил по районам. Все заботы по дому были на плечах семерых братьев. С учетом наклонностей и особенностей характеров ребят были распределены обязанности по дому. Хаким готовил обеды на всю большую семью. Любовь к приготовлению пищи сохранилась до сих пор. Плов по рецепту мамы всегда получается отменным! Все друзья неоднократно убеждались в этом и до сих пор, если есть возможность Хаким Каюмович обязательно балует родных вкусным пловом, особенно когда вся семья собирается вместе.

Жизненный путь

В 1963 году Хаким Каюмович поступает в Самаркандский медицинский институт на факультет «Лечебное дело». Проучившись один год, он перевелся в Ташкентский медицинский институт, опять же по причине перевода главы семьи в Гулистан. Вся семья Шадиевых переезжает в Ташкент.

Программа 4 курса медицинского института предусматривала введение курса дерматовенерологии. С началом цикла дерматологии у Хакима проявился искренний интерес к этой области медицины. Помимо обязательной программы он занимался в научном студенческом кружке, приобрел первый опыт научно-исследовательской работы, опубликовал первую научную статью. Утвердился в своем желании посвятить свою жизнь дерматологии. Шли годы. Хаким заканчивает институт и как-то, вернувшись с учебы, сказал родителям, что у него есть девушка, которую он любит и на которой хочет жениться. Так в семью вошла первая невестка Залоат, с которой Хаким Каюмович прожил долгую и счастливую жизнь, воспитал 3 прекрасных дочерей. По окончании института в 1969 году Хаким Каюмович,вместе с молодой супругой, едут на работу в Гулистан: Хаким – в областной диспансер дерматологом, а Залоат – психиатром.

В годы, когда битва за 6-миллионный узбекский хлопок имела для республики политическое значение, все трудоспособное население вывозилось на хлопковые поля. Собрать и сохранить урожай было стратегически важной задачей. Отец, Каюм Шадиевич, посвятивший всю жизнь заготовке и переработке хлопка, проработавший в Андижанской, Самаркандской, Сырдарьинской, Джизакской областях, предложил своим сыновьям создать молодежную семейную хлопкоуборочную бригаду. Сыновья одобрили идею отца, согласовали и приурочили свои трудовые отпуска и вышли на хлопковые поля, в первый год трое, в последующие уже все семь. Освоили машинный сбор хлопка. С августа участвовали в сборе хлопкоуборочных машин на заводе, сами перегоняли свои «голубые корабли». Трудовая инициатива братьев была одобрена, поддержана Шадиевым и подхвачена в Республике. Стали создаваться множество семейных и трудовых бригад в других областях, что принесло реальную помощь в битве за урожай. «Почин братьев Шадиевых» широко освещался прессой, как местной, так и всесоюзной, был снят документальный фильм. Знаменитый лозунг, написанный Хакимом: «Больше хлопка – богаче родина!», братья претворяли в жизнь! Каковой была радость в семье, когда Указом Президиума Верховного Совета СССР от 10 декабря 1973 года, Хаким Каюмович был награжден заслуженным орденом «Знак почета» за № 1009449. Орден был вручен в Моссовете председателем Исполкома В.Ф. Промысловым. Далее Хаким Каюмович направляется в целевую аспирантуру в Центральный кожный венерологический институт, г. Москва. Под руководством профессоров Н.Д. Шеклакова и В.В. Делекторского проводит исследования на тему: «Ультраструктура M. Canis и ее изменения под влиянием гризеофульвина (сканирующая и электронная микроскопия)». В Москве Хаким Каюмович приобретает много друзей, собравшихся со всего Союза, так же, как и он сам, одержимых наукой и начинается новая, полная событий, жизнь: обходы, клинические разборы, работа в лаборатории. Эти бесконечные научные споры, обсуждения, радость по каждому удачному электронно-микроскопическому снимку, возникали всегда. Приглашается

на работу в Среднеазиатский медицинский педиатрический институт, ассистентом на кафедру дерматологии профессора К.С. Сулейманова. История кафедры детской дерматовенерологии связана с открытием Среднеазиатского медицинского педиатрического института. Впервые в Средней Азии в городе Ташкенте на базе педиатрических факультетов Ташкентского и Андижанского медицинских институтов в 1972 году был организован Среднеазиатский медицинский педиатрический институт (САМПИ), основной задачей которго являлась подготовка высококвалифицированных врачей-педиатров для республик Средней Азии. Основой причиной этого являлось то, что значительную часть населения стран Средней Азии составляли дети.

Новый виток научной зрелости Хаким Каюмович приобрел в последующей работе, став докторантом 2-х крупных московских институтов: Онкоцентра и ЦКВИ. Тема его докторской диссертации находилась на стыке двух специальностей: онкологии и дерматовенерологии. Эту работу курировали два виднейших специалиста в своих областях: академик-онколог Н.Н. Трапезников и профессор-дерматовенеролог А.А. Каламкарян. В середине 80-х годов им была защищена диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук.

Человек прекрасный во всех отношениях

Дружелюбие, открытость, желание помочь, естественно, находили отзыв у многих людей, окружающих Хакима Каюмовича. Хаким Каюмович получает степень доктора медицинских наук и, по возвращении в Ташкент, работает профессором кафедры САМПИ, а затем руководит кафедрой дерматовенерологии. Кафедра кожных и венерических болезней ТашПМИ – плод многолетней работы профессора Х.К. Шадиева, является неотъемлемой и важной составной частью жизни дерматовенерологической школы Республики Узбекистан, способствующей достижению здорового, полноценного и гармонично развитого поколения нашей страны.

Научные и научно-прикладные идеи нашли отражение в многочисленных тезисах, научных статьях, выступлениях и докладах на конференциях, симпозиумах, в кандидатских и докторских диссертациях. На кафедре студенты широко привлекались к исследовательской работе, активно функционировал студенческий научный кружок. Хаким Каюмович и его коллектив активно участвовали во многих международных симпозиумах и конгрессах дерматологов. Его перу принадлежит множество научных работ и монографий; он научный руководитель многих диссертационных трудов.

Хаким Каюмович Шадиев является автором более 150 научных работ, 5 монографий. Кроме того, он создал свою школу детской дерматовенерологии. Под его руководством впервые в республике было организовано детское дерматологическое отделение на 40 коек на базе клиники ТашПМИ, которое до настоящего времени является основной учебной базой кафедры. На основании клинического материала этого отделения впоследствии под его руководством было подготовлено 9 кандидатских и 5 докторских диссертаций. Во время заведования кафедры «остепененность» профессорско-преподавательского состава составляла более 60 %, из них 40 % доктора наук. Было выпущено более 78 клинических ординаторов, работающих в настоящее время в различных медицинских учреждениях нашей страны и за рубежом. На всех этапах научной и педагогической работы всем своим ученикам он помогал своими ценными методическими советами.

С 1997 профессор Х.К. Шадиев является почетным членом Европейской академии дерматовенерологии (EADV), принимает активное участие в ее работе, регулярно посещает симпозиумы и конгрессы, проводимые в разных странах мира. Во время заведования кафедрой большое внимание Хаким Каюмович уделял внедрению в учебный процесс современных методов обучения, способствовал укреплению связей с научно-исследовательскими институтами АН РУз, Российской Федерации, Великобритании (Кембридж), США (штат Орегона). С 2004 года является обладателем Диплома за выдающиеся достижения в области дерматологии и венерологии (Кембридж, Англия). Профессор Х.К. Шадиев являлся членом редакционного совета журналов «Вестник дерматологии и венерологии» (г. Москва), «Педиатрия» и Специализированного совета по специальности 14.00.11. (Кожные и венерические болезни), а также многолетним членом ученого совета ТашПМИ.

За 20 лет заведования кафедрой Хаким Каюмович собрал дружный перспективный коллектив. Он знал жизнь, планы, нужды каждого сотрудника: от преподавателя до лаборанта, от врача клинического отделения до санитарки. На первый взгляд кажущийся грозным и строгим, он в беседе доступный и чуткий человек. Ему можно открыться во всем, поговорить о детях, планах, получить совет. Совместные кафедральные праздники, отдых, «маевки» необыкновенно объединяли коллектив.

Учитывая организаторские способности и большую требовательность к себе и подчиненным, Хакима Каюмовича назначили деканом 1-го педиатрического факультета, где он успешно работал с 1997 по 2009 год. Отныне в поле его внимания, кроме его кафедры, было студенчество всего факультета.

За годы деканства его полюбили все сотрудники института, а особенно студенты. Он всегда работал во благо интересов студентов, зачастую знал их пофамильно, часто посещал общежитие, интересовался бытом и увлечениями студентов, особо нуждающимся помогал материально. Помимо основной задачи приходится решать массу организационных проблем: жилье, досуг, отдых, питание, здоровье студентов. Студенты со всеми вопросами, проблемами и просто поговорить про жизнь, шли к декану, делились с ним всем. Двери деканата всегда были открыты для студентов и их родителей. Хаким Каюмович очень любил работу с молодежью. Внешне сдержанный, корректный Хаким Каюмович в беседе раскрывается неутомимым рассказчиком, интересным собеседником, завладевает аудиторией и располагает ее к себе.В связи с этим все, кто его знает, всегда ищут повод для повторной встречи с этим удивительным человеком и наслаждаются его мудрыми советами

Хаким Каюмович не просто одинаково тепло, а можно сказать, с душой относится к своим детям и детям всей большой семьи Шадиевых. Одинаково внимателен ко всем, не забудет ни одну дату, ни один праздник. Первым поздравит с успехами, первым отзовется на СМС-ку в семейном чате. Дети, внуки и правнуки видят в нем друга, советчика, опору. Человек большой души, благородный достойный сын, добрый, заботливый отец, дед и уже прадед. Живет полной жизнью, бодр и активен. Одним из основных достоинств юбиляра, наряду с вышеперечисленными, является редкий талант – любовь к людям и бескорыстное дружелюбие. Многие друзья и коллеги связали с Хакимом Каюмовичем свою жизнь, и дружба продолжается, невзирая на годы и расстояния, до настоящего времени. Этот процесс, начатый родителями и продолженный старшим из братьев Великой семьи Шадиевых – Хакимом Каюмовичем, непрерывен, как вечна любовь и дружба.

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

Кафедра дерматовенерологии, детской дерматовенерологии Ташкентского государственного медицинского университета