

6
МАЙ



ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ФАРҒОНА ЖАМОАТ САЛОМАТЛИГИ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА ДЕРМАТООНКОПАТОЛОГИЯДАГИ
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШДА
ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИ»

II халқаро илмий-амалий анжумани

ИЛМИЙ ИШЛАР ТЎПЛАМИ

II Международная научно-практическая конференция

«ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ
В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ
И ДЕРМАТООНКОПАТОЛОГИИ»

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Фергана
2022





ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ФАРҒОНА ЖАМОАТ САЛОМАТЛИГИ ТИББИЕТ ИНСТИТУТИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ

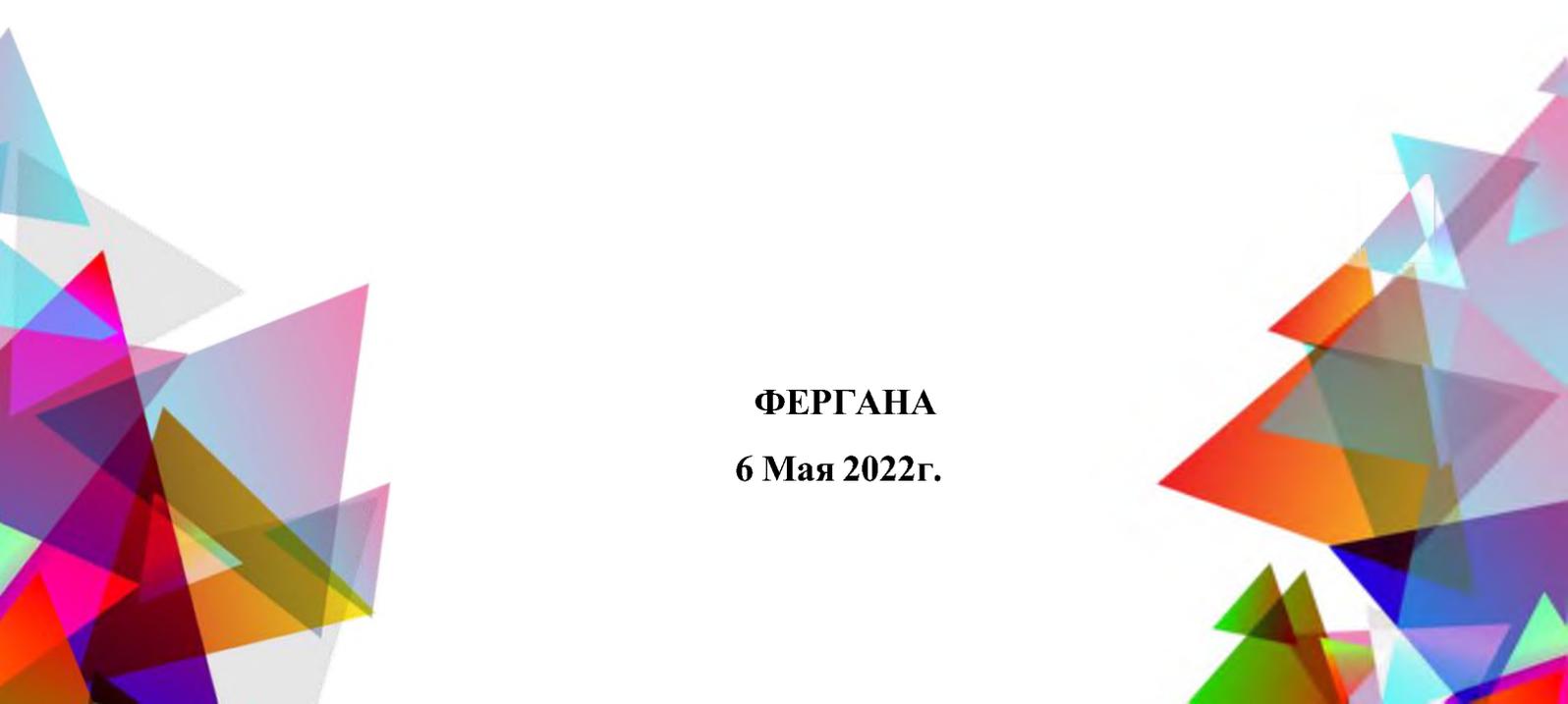
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА ДЕРМАТООНКПАТОЛОГИЯДАГИ
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШДА
ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИ»
2-чи халқаро илмий-амалий анжумани

Илмий ишлар тўплами

2-я Международная научно-практическая конференция
«ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
ДЕРМАТООНКПАТОЛОГИИ»

Сборник тезисов

ФЕРГАНА
6 Мая 2022г.



Редакционная коллегия:

Главный редактор: А.А. Сыдилов – д.м.н., профессор, ректор Ферганского медицинского института общественного здоровья

Зам. глав редактора: Б.И. Мухамедов – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой предметов терапевтического направления №4 Ташкентского государственного стоматологического института

Отв. Секретарь: Г.Б. Пягай – к.м.н., доцент кафедры предметов терапевтического направления №4 Ташкентского государственного стоматологического института

Члены редакционной коллегии:

Н.С. Ибрагимова – к.м.н., доцент кафедры предметов терапевтического направления №4 Ташкентского государственного стоматологического института

М.Д. Аллаева – к.м.н., доцент кафедры предметов терапевтического направления №4 Ташкентского государственного стоматологического института

Н.Н. Маликова – к.м.н., доцент кафедры предметов терапевтического направления №4 Ташкентского государственного стоматологического института

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

1	Абдувахитова И.Н., Имамов О.С. <i>АНАЛИЗ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ Д</i>	11
2	Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ С ГНЕЗДНЫМ ОБЛЫСЕНИЕМ</i>	13
3	Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д. <i>МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ГНЕЗДНЫМ ОБЛЫСЕНИЕМ</i>	14
4	Абидов А.М., Абидов Х.А. <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАБЛЕТОК ЦЕЛЕВО (ЛЕВОФЛОКСАЦИН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ</i>	16
5	Абидов Х.А., Хаитов К.Н., Абидов А.М., Холова Н.Р. <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИХТИОЗА СОЧЕТАННОГО С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ</i>	18
6	Абидов Х.А., Хаитов К.Н., Абидов А.М. <i>ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА Д НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ</i>	19
7	Абидова З.М., Икрамова Н.Д. <i>ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП</i>	21
8	Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х. <i>НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА</i>	23
9	Адильгереева М.И. <i>АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ</i>	26
10	Адильгереева М.И. <i>КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</i>	28
11	Акрамова Н.Ш. <i>ЖАСМЕД В ЛЕЧЕНИИ УТРЕВОЙ БОЛЕЗНИ</i>	29
12	Алиев А.Ш., Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В. <i>ПСЕВДОСАРКОМА КАПОШИ ТИП МАЛИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)</i>	31
13	Алиев А.Ш., Ташкенбаева У.А., Мухамедов Б.И. <i>ЦИФРОВАЯ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ АКНЕ</i>	34
14	Аллаева М.Д., Тохтаев Г.Ш., Очилова Г.Ш. <i>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ</i>	36

	<i>ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА</i>	
15	Арапов Б., Пакирдинов А.Б. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ФЛУЗАМЕД» И МАЗИ «ЭПЛАН» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ</i>	38
16	Бабабекова Н.Б., Миржалолова Ш.Б. <i>МОНИТОРИНГ КЛИНИКО - ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ</i>	40
17	Бабабекова Н.Б., Тохирова К.Ш. <i>ТУРЛИ ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИ ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИ КЕЧИШ ОФИРЛИГИГА ТАЪСИРИ</i>	41
18	Ваисов А.Ш, Парпиева Н.Н, Саипова Н.С, Миродилова Ф.Б. <i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ «ТИМОГЕЛЬ» И «НЕОДЕРМ» В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ</i>	43
19	Валиев А.А., Ибрагимова А.А. <i>КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ</i>	45
20	Валиев А.А., Ибрагимова А.А. <i>ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ГНЕЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ ПРОЕКТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ</i>	46
21	Гарюткина Л.В., Чупров И.Н., Садыков А.И., Козлова Д.В. <i>ТРАНСКУТАННАЯ ОКСИМЕТРИЯ В КАЧЕСТВЕ НОВОГО НЕИНВАЗИВНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА У ПАЦИЕНТОВ С МОРФНЕА</i>	48
22	Гарюткина Л.В., Заславский Д.В., Сыдилов А.А., Козлова Д.В. <i>ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ВЕРИФИКАЦИИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВАНИЯ</i>	50
23	Джумаев Н.Д., Эшбоев Э.Х., Имамов О.С. <i>ДЕРМАТОМИКОЗ ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИ КУЛТУРАЛ ДИАГНОСТИКАСИДА ЯНГИ ОЗИҚ МУҲИТИНИНГ ҚЎЛЛАНИШИ</i>	53
24	Заславский Д.В., Сыдилов А.А., Гарюткина Л.В., Козлова Д.В. <i>НОВЫЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ МОРФНЕА В РАМКАХ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</i>	55
25	Ибрагимов К.У., Садыков А.И., Мухамедов Б.И. <i>СОСТОЯНИЕ МИКРОСОМАЛЬНОЙ И МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ФРАКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У КРЫС</i>	57
26	Икрамова Н.Д., Мавлянова Ш.З., Ибрагимова Г.Р. <i>СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОФИТИЙ У ДЕТЕЙ</i>	58

27	Имамов О.С., Абидова З.М., Абдурахимов А.А., Далимова Д.А., Нурматова С.Б. <i>МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ</i>	60
28	Имамов О.С., Абдувахитова И.Н. Маликов К.З. <i>НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ</i>	62
29	Исмаилова Г.А., Абидова З.М., Умуров Ф.Ф. <i>НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА</i>	67
30	Исмаилова Г.А., Жандарбекова Ш.А., Алланазарова М.А. <i>СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID 19</i>	68
31	Коваленко А.А., Рахматов А.Б. <i>СЛУЧАЙ ПОДНОГТЕВОЙ КЕРАТОАКАНТОМЫ</i>	70
32	Курбонов О.Ж., Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В. <i>ЭРИТРОДЕРМИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО ЛИЩАЯ ДЕВЕРЖИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)</i>	71
33	Лапасов О.А., Сыдилов А.А., Азизов Б.С., Агзамходжаева С.С. <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ</i>	75
34	Мавлянова Ш.З., Кодирова М.А. <i>АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ФЕРМЕНТА ДЕТОКСИКАЦИИ GSTP1 У БОЛЬНЫХ С АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА</i>	77
35	Мавлянова Ш.З., Мирзакулова Ш.Н. <i>К СОСТОЯНИЮ КОЛОНИЗАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ</i>	79
36	Мавлянова Ш.З., Кодирова М.А. <i>АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АЛЛЕЛЬНЫХ ВАРИАНТОВ ГЕНА ФЕРМЕНТА ДЕТОКСИКАЦИИ GSTP1 У БОЛЬНЫХ С АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА</i>	81
37	Маликова Н.Н., Арифов С.С. <i>АССОЦИАЦИЯ КЛЕЩЕЙ РОДА DEMODEX FOLLICULORUM С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ</i>	83
38	Маликова Н.Н., Арифов С.С. <i>ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С АКНЕ</i>	85
39	Маннанов А. М., Тураева Ф.А. <i>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛАМЕЛЛЯРНОГО</i>	86

	<i>ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА</i>	
40	Маннанов А.М, Бердикулов Ж.З. <i>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЫ КАПОШИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У РЕБЕНКА 1 ГОДА</i>	88
41	Маннанов А.М., Мун А.В. <i>ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</i>	90
42	Миродилова Ф.Б., Исмаилова Г.А. <i>ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19</i>	92
43	Мавлянова Ш.З., Муллаханов Ж.Б., Исмогилов А.И. <i>НОВЫЙ ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ</i>	93
44	Мун А.В., Маннанов А.М. <i>ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ</i>	94
45	Мугавалиев М.С., Мавлянова Ш.З., Исмогилов А.И., Махсудов М.Р. <i>К РЕЗУЛЬТАТАМ БИОХИМИЧЕСКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ОКСИД АЗОТА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ</i>	97
46	Мухамедов Б.И., Ибрагимова Н.С., Маликова Н.Н., Рихсибоев Ж.Р. <i>ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ МАЗИ БЕТАМЕТАЗОН+ ГЕНТАМИЦИН+ КЛОТРИМАЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ДЕРМАТОЗОВ</i>	99
47	Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И. <i>АТОПИК ДЕРМАТИТ КАСАЛЛИГИНИ БИЛАН ХАСТАЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИ МАХАЛЛИЙ «АДВАНТАН» ВА «ДЕКСЕРИЛ» КРЕМЛАРИ КОМБИНАЦИЯСИ ХОЛИДА КУЛЛАНИЛИШИ САМАРАДОРЛИГИ</i>	100
48	Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И. <i>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЮСКА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ</i>	102
49	Нуралиев Ф.Н. <i>ОСНОВНАЯ СТРУКТУРА БОЛЬНЫХ И ПРИНЦИПЫ ДИАГНОЗИРОВАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ КАНДИДОЗАМИ</i>	104
50	Нурматова И.Б., Азизов Б.С. <i>МИКРОЭКОЛОГИЯ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ/СПИД</i>	107
51	Нурматова И.Б., Азизов Б.С. <i>СЛУЧАЙ АТРОФИЧЕСКОГО ФОЛЛИКУЛИТА ГОЛЕНЕЙ У</i>	109

	<i>ПАЦИЕНТА С ВИЧ/СПИД</i>	
52	Нурматова И.Б., Азизов Б.С. <i>«ФУНГОТЕРБИН» В ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ КОЖИ</i>	111
53	Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Кучкаров А.А., Юнусова С.И. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ГЕПА МЕРЦ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ</i>	114
54	Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Юнусова С.И. <i>ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА УРСОСАН И МАЗИ «ФАТИДЕРМ +» / FATIDERM-PLUS» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА</i>	115
55	Пакирдинов А.Б., Юнусова С.И. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ВЕРРУКАЦИД ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИРУСНЫХ БОРОДАВОК</i>	117
56	Пакирдинов А.Б., Юнусова С.И., Ботиров К.З. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЗИ ТЕРБЕЗИЛ И ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ЛОБКОВОЙ ТРИХОФИТИИ</i>	119
57	Порсохонова Д.Ф., Рахматуллаева С.Н., Халидова Х.Р. <i>ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ</i>	120
58	Порсохонова Д.Ф., Росстальная М.Л. <i>РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И СОПУТСТВУЮЩИХ ИППП</i>	122
59	Пягай Г.Б., Рихсибоев Ж.Р., Гребенькова О.Ю. <i>К ПРОБЛЕМЕ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА</i>	125
60	Пягай Г.Б., Пягай О.Г., Рахимов Ш.И. <i>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ИНДУЦИРОВАННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ</i>	126
61	Рахматов А.Б., Рахматов Т.П. <i>БОЛЕЗНЬ ПРИНГЛА-БУРНЕВИЛЯ</i>	128
62	Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х. <i>ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ</i>	129
63	Рахматов А.Б., Медетова Ж.С. <i>СЛУЧАЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ</i>	131
64	Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т. <i>ПИГМЕНТНАЯ КРАПИВНИЦА</i>	132
65	Рахматов А.Б., Расулова Н.А. <i>СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ</i>	134
66	Рахматов А.Б., Рахматова Д.В. <i>СЛУЧАЙ ДИФФУЗНОЙ АНГИОКЕРАТОМЫ ФАБРИ</i>	135

67	Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К., Карабаева И.Т. <i>ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ</i>	137
68	Рихсиев У.Ш. <i>МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ СМЕШАННЫХ КОЖНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА КРЕМОМ «ТРИНАЗОЛ»</i>	138
69	Сабиров У.Ю., Якубов А.А. <i>СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА</i>	140
70	Садиков А.А., Тохтаев Г.Ш. <i>ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ У СПОРТСМЕНОВ ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА</i>	141
71	Садыков А.И., Сыдилов А.А., Козлова Д.В., Мухамедов Б.И., Ибрагимов К.У. <i>Короткоимпульсный неодимовый лазерный — уникальный опыт в лечении вирусных бородавок</i>	144
72	Солметова М.Н., Гафур-Ахунув М.А., Ваисов А.Ш., Юлдашева Д.Ж. <i>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ Г.ТАШКЕНТА</i>	146
73	Ташкенбаева У.А.¹, Клеблеева Г.Д.² <i>ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ</i>	148
74	Ташкенбаева У.А.¹, Клеблеева Г.Д.² <i>РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ</i>	149
75	Тошев С.У. <i>ПРИМЕНЕНИЕ МОМЕТАЗОН ФУРОАТ 0,1 % В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА</i>	150
76	Тошпулатов Б.Х., Улуғбекова Р.Ю. <i>ПРЕПАРАТЫ ЦИНКА В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕРМАТОЗА У ДЕТЕЙ</i>	153
77	Тураева Ф.А., Маннанов А.М. <i>ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА</i>	154
78	Улуғходжаев Д.И., Пакирдинов А.Б. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «0,3% АММИФУРИНА» У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ</i>	156
79	Хамидов А.Ф., Хамидов Ф.Ш., Мўминов М.М., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Жабборов Т., Алиев Л.М., Пулатов Б.Т. <i>ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТНИ БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШ</i>	157
80	Хамидов Ф.Ш., Зокиров Ш.К., Хамидова М.З.	159

	<i>ТЕРАПИЯ ALOPECIA AREATA С ПРЕПАРАТОМ ВИТАРИО-G</i>	
81	Хамидов Ф.Ш., Хамидова М.З., Абдувалиев Б.Ш. <i>ВИТИЛИГО И ЭЛИДЕЛ: ИНДЕКС ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ ВИТИЛИГО</i>	160
82	Хамидов Ф.Ш., Хасанова Н.У., Кучкаров А.А., Хамидова М.З., Ботиров К.З., Насриддинова Н.Б., Фозилов Ф.А., Муминов М.М., Абдурахманов А.А., Тошпулатов Б., Пулатов Б.Т. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОЛОСТРУМА, ИММУНОРОКА И ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ БУЛЛЁЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА У БОЛЬНЫХ БУЛЛЁЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ</i>	162
83	Хамидова М.З., Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Муминов М.М., Абдурахмонов А.А., Пулатов Б.Т. <i>АТОПИК ДЕРМАТИТИНИГ БОЛАЛАРДАГИ ТЕРАПИЯСИДА КОЛОСТРУМ ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИ</i>	164
84	Ходжаева Ш.М., Мун А.В, Усманова Н.А. <i>ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ РАСПАДА БЕЛКОВОГО ОБМЕНА НА ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ</i>	165
85	Ходжаева С.М., Усманова Н.А. <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА АДВАНТАН ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ</i>	167
86	Ходжаева С.М., Шадиева К.Д. <i>ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ</i>	169
87	Эшбоев Э.Х., Мустанов Н.А. <i>DEMODEX КАНАЛАРИНИНГ МОРФОБИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ</i>	171
88	Якубов А.А. <i>ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА</i>	173
89	Якубова А.С. <i>РОЛЬ IL-17 В ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ</i>	175
90	Якубова А.С. <i>ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИТИЛИГО И РОЛЬ BSM1 C.IVS7 G>A ГЕНА VDR В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ</i>	177
91	Pakirdinov A.B., Yunusova S.I. <i>DYNAMICS OF IMMUNE COMPLEXES IN BLOOD SCRUM OF PSORIATIC PATIENTS DURING PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYDENATION</i>	178
92	Pakirdinov A.B., Yunusova S.I. <i>PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYGENATION IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WITH SKIN ANGIITIS</i>	179
93	Pakirdinov A.B., Yunusova S.I.	180

	<i>DYNAMICS OF IMMUNE COMPLEXES IN BLOOD SERUM OF PATIENTS ATOPIC DERMATITIS PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYGENATION AND OM - 85BV</i>	
94	Toshpo'latov B.X., Ulug'bekova R.Yu. <i>O'TKIR GERPETIK STOMATIT VA OG'IZ SHILLIQ QAVATI KONDIDOZINI QIYOSIY TASHXISLASH</i>	181

АНАЛИЗ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ Д

Абдувахитова И.Н., Имамов О.С.

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Ташкент, Узбекистан

Цель исследования изучение сывороточных концентраций витамина D₃ (25(OH)-D) и цитокинов IL-2, IL-4, IL-8, TNF-α у больных зооантропонозной трихофитией.

Материал и методы исследования. Обследовали 250 больных зооантропонозной трихофитией: поверхностно-пятнистая форма (ППТ) была у 102(40,8%), инфильтративная (ИТ) – у 52(20,8%), инфильтративно-нагноительная (ИНТ) - у 96(38,4%). Детей в возрасте до 1 года было 2 (0,8%), 1- 14 лет– 128(51,4%), 15-18 лет - 30(12,0%), старше 18 лет - 90 (36,0%). Характерны клинический полиморфизм, распространенные и атипичные поражения на гладкой коже, волосистой части головы, в аногенитальной области; симптомы общей интоксикации, сочетание с сопутствующей патологией (болезни ЖКТ, ИППП, гельминтозы, анемия). Проведены микологические (микроскопия, бактериологический посев) исследования: *Tr. verrucosum* был обнаружен у 88 больных (78,6%), *Tr. Mentagrophytes var. gypseum* – у 44 больных (21,4%). Концентрацию IL-2, IL-4, IL-8, TNF-α в сыворотке крови определяли методом ИФА с тест-системами ЗАО «Вектор-Бест» (РФ). Уровень 25-гидрокси-холекальциферола - D₃ (25(OH)-D), определяли в сыворотке крови на портативном полуавтоматическом анализаторе - i-CHROMA II, производства Boditech Med Inc. (Республика Корея). Считали адекватным уровень 25(OH)D более 30 нг/мл, недостаточностью – 21–30 нг/мл, дефицитом – менее 20 нг/мл. Результаты обрабатывали статистически с вычислением критерия Стьюдента.

Полученные результаты: У 90 больных в возрасте 15 до 30 лет параллельно исследовали концентрацию сывороточного D₃ (25(OH)-D) и

продукцию некоторых цитокинов. Дефицит витамина Д выявлен у 3(3,3%), умеренный дефицит (недостаточность) - у 49 (54,4 %), нормальные значения - у 37 (41,1%) пациентов, повышенные - у 1 (1,1%). Недостаточность и дефицит витамина Д чаще наблюдалась у больных с ИНТ (у 25 больных из 30 обследованных) и при ИТ (19 больных из 30 обследованных), реже – при ППТ (только у 9). Уровень спонтанной продукции цитокинов исследовали у тех же больных. Обнаружено достоверное снижение концентраций IL-2 ($0,85 \pm 0,10$ пкг/мл, против $2,11 \pm 0,12$ пкг/мл в контроле, $P < 0,05$) и IL-4 ($0,64 \pm 0,08$ пкг/мл, против $2,74 \pm 0,25$ пкг/мл в контроле, $P < 0,05$). Содержание IL-8, напротив, значительно превышало контроль - $35,8 \pm 5,05$ пкг/мл против $2,31 \pm 0,22$ пкг/мл ($P < 0,05$). Также достоверно повышалось содержание TNF- α - $1,48 \pm 0,45$ пкг/мл против $0,67 \pm 0,18$ пкг/мл в контроле, $P < 0,05$). Наиболее выраженные изменения наблюдались при инфильтративной и нагноительной формах микоза. Так, уровень IL-2 при ППТ был в 1,7 раза ниже контроля ($P < 0,05$), при ИТ – в 1,97 раза, при ИНТ – в 3,3 раза. Концентрация TNF- α повышалась при всех формах, но при ППТ- в 2,2 раза, а при ИНТ - в 1,6 аза. Продукция IL-4 снижалась при ППТ и ИТ, при ИНТ не отличалась от контроля. Уровень IL-8 повышался при всех формах, максимально – при ИНТ и Kerion Celsi – в 18,5 раза выше контроля ($p < 0,05$). Дисбаланс цитокинов чаще отмечался у больных ИТ и ИНТ с недостаточностью витамина Д.

Выводы. Недостаточность витамина Д, а также дефицит и гипервитаминоз чаще отмечался у пациентов с распространенными формами микоза, осложненными вторичной инфекцией и аллергическими реакциями, на фоне дисбаланса противо- и провоспалительных цитокинов. Несмотря на высокий уровень инсоляции в Узбекистане отмечена высокая распространенность витамин Д-дефицитных состояний, как у детей, так и у взрослых. Дефицит и недостаточность витамина Д являются факторами риска неблагоприятного течения трихофитии с суппуративными симптомами, бактериальными и иммуноаллергическими осложнениями, что

необходимо учитывать в комплексной терапии и профилактике различных состояний.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ С ГНЕЗДНЫМ ОБЛЫСЕНИЕМ

Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

При составлении плана лечения детей больных гнездным алопецией должны быть учтены обсуждаемые в литературе теории возникновения этой формы облысения: паразитарная, эндокринная, нейротрофическая, нейроэндокринных дискорреляций, а также предположение, что гнездная плешивость является симптомом заболевания вегетативной нервной системы с заинтересованностью гипоталамической области. Многие исследователи рассматривают гнездную алопецию как трофоневроз кожи, когда острое или хроническое перенапряжение нервной системы приводит к функциональным нарушениям в коре головного мозга. Это приводит к изменению нормальных взаимоотношений между корой и подкоркой, возникновению застойных очагов в таламо-гипоталамической области и, как следствие, к дезорганизации вегетативной деятельности. По данным Глазырина Э. В. (2006г.) дисфункция биоэлектрической активности головного мозга выявлено у 80-90% пациентов. Дисфункция ретикулярной формации и мезодизэнцефальных структур способна приводить к нарушениям трофики волосяных фолликулов (Джалилов Д. С., 2008., Рахматов А.Б., 2000).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением было 124 детей с ОА в возрасте от 5 до 18 лет. Все больные проконсультированы у невропатолога. \обследовано соответственно по стандарту. У 45 больных определена вегетососудистая недостаточность, основном (37 больных) у детей с мелкоочаговой формой облысения, которым комплексной лечением

добавлено вегетотропные (беллатаминал, ново-пассит), сосудистые (теоникол, компламин, кавинтон) и седативные препараты по 1,5-2,0 мес, (2-3 курса в год).

Результаты. У 39 больных невропатологом определена внутричерепная гипертензия и невроз у которых основном была субтотальная и тотальная формы облысения. Этим групп больных к комплексную терапию включена дегидратационный препарат (диакарб), церебральные метаболиты (ноотропил, нооцин, тенотен, венибрал, глутаминовая кислота, фезам), нейролептики (сибазон, сонапакс). Назначаются 2-месячные курсы 2-3 раза в год.

Выводы. Включение в комплексную терапию окись цинка привело к увеличению количества больных с положительной динамикой (от 35,9% до 88,5%). Лучшие результаты выявлены у больных, получивших повторные курсы лечения.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ГНЕЗДНЫМ ОБЛЫСЕНИЕМ

Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

В настоящее время нет единой концепции патогенеза гнездовой алопеции (ГА). Поэтому попытки применения того или иного метода лечения является не всегда успешными. Местное лечение в комплексной терапии детей больных ОА занимает не последнее место, умелый подход к местной терапии учитывая стадии заболевания повышает эффективность общей терапии. По данным литературы местное назначение глюкокортикостероидов показано в прогрессирующей стадии заболевания короткими курсами (15-20 дней) до прекращения выпадения волос учитывая его иммуносупрессивное

действии. Длительное применение вызывает не только атрофии кожи, а также и волосяных фолликулов.

После стабилизации процесса нами в последние годы для наружного лечения алопеции широко применяется крем Актовегин и гель Куриозин. Благодаря своему составу они оказывают местное антигипоксическое, нейротрофическое и трофическое действие. Сочетанное применение этих препаратов наружно (курс лечение 1,5-2мес) значительно повышает эффективность комплексного лечения, без каких либо побочных действий.

Препараты усиливающий рост волос. Миноксидил – биологический усилитель роста волос. Известно, что препарат действует на клетки матрикса в двух разных местах: у основания луковицы, где происходит пролиферация, и выше уровня сосочков кожи, где осуществляется дифференцировка клеток матрикса. Используемые в настоящее время официальные препараты миноксидила в виде 2% лосьонов («Regain» от «Upjon», «Alopecy» от «Pierre Fabre Medicament») могут обеспечить косметически приемлемое возобновление роста волос у больных с нетяжелыми формами алопеции. Препараты миноксидила более эффективно при андрогенной алопеции чем очаговая алопеция. Еще одним усиливающим рост волос и часто используемым при лечении алопеции является антралин, применяемый в концентрации 0,1%, 0,25%, 0,5% и 1% в составах официальных мазей.

Мелагенин - вытяжка из плаценты здоровых женщин, содержащая липопротеины обладает биостимулирующим и фотосенсибилизирующим действием.

Физиотерапия. После курса медикаментозной терапии, т.е. через 1-1,5 мес. после начала лечения, при отсутствии противопоказаний целесообразно проводить лечение ультрафиолетовыми облучениями (субэритемными дозами) как общими, так и локальными, в сочетании с фотосенсибилизаторами (псорален, меланоцил), что обычно способствует дальнейшему росту волос.

Эффективным является использование массажа, криомассажа волосистой части головы, аппликации парафина и озокерита на очаги облысения, терапия токами д'Арсонваля, диатермия шейных симпатических узлов (30 сеансов на курс), озонотерапия волосистой части головы (по 25 мин 2 раза в день, 10-15 сеансов на курс).

При прогрессивной стадии ГА рекомендуется нетрадиционные методы лечения: разведенные в теплой воде куриные яйца (слегка втирая их в кожу головы на 10-12 мин и прополаскивая волосы чистой водой), аппликации хны и басмы, ромашки на 15-20 мин, смазывание кожи головы свежим кефиром или простоквашей на 15-20 мин с последующим мытьем с мылом. При стационарной стадии: протирание нафталановым спиртом, настойкой перца, чилибухи.

Необходимо подчеркнуть, что при выборе метода лечения следует учитывать результаты обследования больного и патогенетические особенности развития алопеции.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАБЛЕТОК ЦЕЛЕВО (ЛЕВОФЛОКСАЦИН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ

Абидов А.М., Абидов Х.А.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Изучить эффективность применения препарата Целево (левофлоксацин) при лечении больных с урогенитальным хламидиозом.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 28 пациентов мужского пола в возрасте от 22 до 39 лет, получавших амбулаторное лечение в частной многопрофильной клинике ООО «Davr Fayz Medical».

Антибактериальная терапия данных больных таблетками «Целево 500» проводилась по схеме - 1 таблетку x 1 раз в день в течение 7 дней на фоне иммунной и общеукрепляющей терапии. Курсовая доза составила 3,5 г, при ассоциированной инфекции – 7,0 г соответственно.

Результаты. Исследование показало, что у 21 (75,0%) больного была выявлена хламидийная инфекция, а у 7 (25,0%) – ассоциация хламидийно-уреаплазменной инфекции. Все больные обратились с жалобами на периодические выделения из мочеиспускательного канала по утрам, с чувством дискомфорта и периодического жжения в уретре.

12 (42,85%) больных отмечали склеивание губок мочеиспускательного канала и разбрызгивание мочевой струи по утрам. 9 (32,14%) пациентов отмечали чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Половина (50,0%, n=14) больных жаловались на ослабление половой потенции и либидо.

Также, у 22 (78,57%) обратившихся пациентов отмечалось нарушение репродуктивной функции в виде первичного и вторичного бесплодия. 9 (32,14%) больных отмечали эректильную дисфункцию.

Результаты правильно собранного анамнеза показали, что 8 пациентов ранее перенесли гонорею, 6 – трихомониаз, 4 – кандидоз.

После проведенной терапии у всех 28 пациентов наступила этиологическое излечение. Однако, у 2 пациентов с ассоциированной урогенитальной инфекцией в контрольных анализах отделений уретры выявлено умеренное повышение лейкоцитов при бактериоскопии, которое потребовало назначение дополнительной терапии.

Выводы. Таким образом, «Целево 500» является эффективным антибактериальным препаратом при лечении урогенитального хламидиоза и может быть использован как препарат выбора в лечении данной группы больных.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИХТИОЗА СОЧЕТАННОГО С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Абидов Х.А., Хаитов К.Н., Абидов А.М., Холова Н.Р.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт
Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Изучить основные клинические проявления ихтиоза сочетанного с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. В ноябре 2021 года в отделение детской дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института поступил пациент в возрасте 14 лет с жалобами на сухость и обильное шелушение кожного покрова, наиболее выраженное на разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей.

Результаты. Из собранного анамнеза известно, что пациент страдает ихтиозом с рождения, а первые клинические проявления атопического дерматита появились в 4 месяца. Со слов пациента, ухудшение состояния отмечается в холодное время года. Впервые был госпитализирован в клинику в возрасте 7 лет. После стационарного лечения отмечалась положительная динамика. Настоящее обострение началось месяц назад, лечился самостоятельно различными наружными средствами с незначительным эффектом. Наследственность не отягощена, родители кожными заболеваниями не страдают.

Объективно: кожный покров сухой, обильное шелушение. В области предплечий и голеней плотно сидящие чешуйки, грязно-серого цвета. Кожный рисунок ладоней и подошв усилен. В очагах атопического дерматита (в локтевых и подколенных сгибах) лихенификации и единичные серозно-геморрагические корки. Субъективно: кожный зуд.

При обследовании: в общем анализе крови повышение уровня эозинофилов; в биохимическом анализе крови повышение уровня

триглицеридов, щелочной фосфатазы, общего и прямого билирубина. Остальные общеклинические анализы в пределах физиологической нормы.

Основной диагноз: ихтиоз вульгарный; сопутствующий: атопический дерматит, фаза прогрессирования, тяжелая стадия. При оценке степени тяжести атопического дерматита было установлено, что заболевание средней степени тяжести (SCORAD=36). Пациенту проведена противовоспалительная, гормональная, симптоматическая, увлажняющая и физиотерапия.

На фоне проведенной терапии отмечалась положительная динамика: эритема и шелушение кожных покровов значительно уменьшились, кожа увлажнилась. Ребенок был выписан домой в удовлетворительном состоянии под наблюдением дерматолога по месту жительства.

Выводы. Ихтиоз, в особенности его сочетанная форма с атопическим дерматитом, является серьезной медико-социальной проблемой. Из представленного клинического случая следует, что ранняя диагностика и своевременно начатая терапия способствовали быстрому купированию симптомов и благоприятному течению заболевания.

ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА Д НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Абидов Х.А., Хаитов К.Н., Абидов А.М.

**Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,
Узбекистан**

Цель исследования. Изучить влияние витамина Д на тяжесть и течение атопического дерматита у детей.

Материалы и методы. Обследовано 101 больных детей от 3 месяцев до 16 лет с атопическим дерматитом, поступившие в отделение детской

дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института.

В обследованиях были изучены показатели витамина Д в биохимическом анализе крови посредством определения уровня кальцифедиола (25(OH)D). Также, у всех исследуемых детей был определён показатель SCORAD, путем оценки объективных и субъективных критериев.

Результаты. В исследованиях приняли участие 52 мальчиков (51,48%) и 49 девочек (48,52%). Среди обследованных пациентов у 40,59% (41) встречалась младенческая, у 47,52% (48) диагностировалась детская, у 11,89% (12) подростково-взрослая стадии заболевания.

У 15,84% (16) больных из наблюдаемых детей была зарегистрирована экссудативная, у 63,33% (64) - эритематозно-сквамозная, у 13,86% (14) - эритематозно-сквамозная с лихенификацией, у 4,95% (5) - лихеноидная и у 2,02% (2) пруригинозная формы атопического дерматита.

В структуре жалоб преобладали жалобы на высыпания, зуд и беспокойство. У всех пациентов отмечалась сухость кожных покровов. Наиболее часто при осмотре отмечались экскориации и расчесы – у 98 пациентов (97,02%), эритема – у 72 (71,28%), хейлит – у 37 (36,6%), папулезные элементы – у 39 (38,6%), фолликулярный гиперкератоз – 31 (30,69%), трещины за ушами – у 28 пациентов (27,72%). Значительно реже встречались экзема сосков – 1 случай (0,99%), срединная трещина губы – 1 пациент (0,99%).

У исследуемых пациентов с АтД средний балл по шкале SCORAD составил $41,03 \pm 1,88$ балла. В зависимости от величины индекса SCORAD (iSc) все дети были разделены на 3 группы: 1-я группа - 13 больных с легкой степенью тяжести заболевания (iSc < 30 баллов, средний $24,44 \pm 0,45$ балла), 2-я группа - 70 больных со средней степенью тяжести заболевания (iSc от 30 до 50 баллов, $37,21 \pm 9,2$ балла) и 3-я группа - 18 больных с тяжелой степенью тяжести заболевания (iSc > 50 баллов, $54,41 \pm 4,3$ балла).

По лабораторным исследованиям уровня 25(OH)D у лиц 1-й группы среднее значение было равно 28,56 нг/мл, а у лиц 2-й группы - 24,93 нг/мл и у больных 3-й группы - 19,2 нг/мл.

Выводы. Таким образом, по проведенным исследованиям видно, что недостаток и дефицит витамина Д в сыворотке крови имеет обратную корреляцию с тяжестью течения атопического дерматита у детей.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП

Абидова З.М., Икрамова Н.Д.

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

Цель исследования: изучить зависимость напряженности иммунной и цитокиновой системы от длительности существования патологического процесса.

Материалы и методы: Для этого больные в зависимости от давности дерматоза были разделены на 4 группы. 1-группа была представлена 16 больными с давностью заболевания до 1 года, 2-группа – 30 больными с давностью болезни от 1 года до 5 лет, 3-группа – 14 больными с давностью патологического процесса от 6 до 10 лет и 4-группа – представлена 32 больными с давностью заболевания более 10 лет.

Результаты и обсуждение: Результаты исследования показали, что во всех группах наблюдалось достоверное снижение относительного количества CD3-клеток ($p < 0,001$). В тоже время, абсолютное содержание CD3-клеток у больных первой и второй группы по сравнению с данными здоровых лиц особо не изменялось, у больных третьей и четвертой группы этот показатель был достоверно ниже чем в контроле ($p < 0,02$ и $p < 0,01$ соответственно).

Изучение уровня CD4-клеток и CD8-клеток свидетельствует, что во всех обследованных группах отмечается достоверное снижение относительного количества CD4-клеток ($p < 0,001$), а уровень CD8-клеток оставался на уровне контрольных значений ($p > 0,05$).

При исследовании абсолютного числа CD4-клеток и CD8-клеток выявлено, что у больных первой и второй группы количества CD4-клеток было склонно к снижению, а у больных третьей и четвертой группы этот показатель был достоверно ниже, чем в контрольной группе ($p < 0,02$ и $p < 0,01$ соответственно). В тоже время, абсолютное содержание CD8-клеток во всех обследованных группах по сравнению с данными здоровых лиц особо не изменялось ($p > 0,05$). ИРИ во всех обследованных группах был достоверно снижен ($p < 0,001$).

Содержание CD16-клеток во всех обследованных группах было достоверно повышено по сравнению с контрольной группой ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно).

Анализ состояния гуморального звена иммунитета показал, что во всех обследованных группах наблюдалось достоверное повышение как относительного, так и абсолютного содержания CD20-клеток ($p < 0,001$), а также снижение концентрации IgA, IgM и IgG ($p < 0,001$).

Наиболее выраженные изменения были выявлены при исследовании в сыворотке крови концентрацию ЦИК. Во всех обследованных группах больных отмечается 1,9-2-х кратное увеличение содержания ЦИК по сравнению с группой контроля ($p < 0,001$).

Во всех обследованных группах больных поглотительная способность нейтрофилов фагоцитарных частиц и фагоцитарный индекс были достоверно снижены по сравнению с группой контроля ($p < 0,01$ и $p < 0,001$ соответственно).

При изучение цитокинового статуса у больных микозом стоп в зависимости от давности заболевания выявлено, что у больных во всех обследованных группах при поступлении в сыворотке крови концентрация

цитокина ИЛ-4 ($1,71 \pm 0,18$ пг/мл, $1,58 \pm 0,08$ пг/мл, $1,46 \pm 0,17$ пг/мл и $1,44 \pm 0,11$ пг/мл соответственно) и ИНФ- γ ($18,50 \pm 0,60$ пг/мл, $17,37 \pm 0,64$ пг/мл, $16,86 \pm 1,02$ пг/мл и $15,19 \pm 0,58$ пг/мл соответственно) снизилось, а содержание ИЛ-2 ($14,50 \pm 0,28$ пг/мл, $15,22 \pm 0,23$ пг/мл, $16,31 \pm 0,23$ пг/мл и $17,53 \pm 0,27$ пг/мл соответственно) и ФНО- α ($29,64 \pm 2,11$ пг/мл, $30,48 \pm 1,92$ пг/мл, $26,41 \pm 2,72$ пг/мл и $39,68 \pm 2,24$ пг/мл соответственно) статистически достоверно увеличилось по сравнению с данными группы контроля ($2,12 \pm 0,07$ пг/мл, $21,67 \pm 0,69$ пг/мл, $11,52 \pm 0,42$ пг/мл и $14,74 \pm 0,49$ пг/мл соответственно, $p < 0,01$). Однако выявленные изменения были зависимы от давности существования патологического процесса, то есть наименьшее нарушение цитокинового статуса выявлено у больных с давностью заболевания до 1 года, а наибольшее изменение у больных с давностью заболевания свыше 10 лет.

Выводы: При микозе стоп выявляются нарушения в работе иммунной системы, выражающиеся дефицитом клеточного и активацией гуморального звеньев иммунной системы, а также снижением функции неспецифической защиты организма. При данной патологии заболевание протекает на фоне нарушения цитокинового статуса, которое выражалось повышением уровня цитокинов ИЛ-2, ФНО- α и снижением содержания ИЛ-4, ИНФ- γ . Выявленные изменения состояния иммунитета, а также цитокинового статуса напрямую зависят от давности патологического процесса.

В этой связи для восстановления выявленных нарушений в иммунной и цитокиновой системе больных микозом стоп, целесообразно провести соответствующую иммуннокоррекцию.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х.

Андижанский государственный медицинский институт

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии
Ферганский медицинский институт общественного здоровья**

Цель исследования. Изучить структуры психических расстройств у больных псориазом и разработка более эффективных методов их коррекции, улучшение качества жизни больных.

Материал и методы. Исследования проводились на базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в дальнейшем в поликлинике и отделении Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №2 в городе Коканде, а также в отделениях Ферганского областного кожно-венерологического диспансера №1 в городе Фергане. Нами были обследованы 100 больных псориазом (мужчины - 60 человек, женщины - 40 человек) в возрасте от 18 до 72 лет, принимавших амбулаторное и стационарное лечение.

Обследование больных псориазом проводилось клиничко-анамнестическими и клиничко-психопатологическими методами, а также путем психологического тестирования с помощью определенных шкал.

Результаты и обсуждение. У большинства из них (60%) отмечалась хронификация невротического состояния, которая была представлена в виде невротического развития личности по тревожно-фобическому типу. Данные больные очень боялись за свою внешность, неприятия со стороны родных и близких, знакомых и незнакомых людей. Тревога и раздражительность у них на фоне пониженного настроения преобладали и мешали им в повседневной жизни и деятельности. Страх за свою внешность постоянно сопровождал этих больных, а в моменты ремиссий ожидание возможности рецидива дерматологического, патологического процесса всегда вызывал преждевременную тревогу. У небольшого количества больных (17 %) было развитие по обсессивно-компульсивному типу. У них преобладало наличие

навязчивых мыслей, связанных с болезнью, возможным последствием неприятия окружающих людей. Мысли, связанные с внешним видом и скорее всего с не выздоровлением, а наоборот возможным усугублением дерматологического процесса приходили в голову больным псориазом вновь и вновь в стереотипном виде. Эти мысли всегда были огорчительны, и пациенты часто безуспешно пытались сопротивляться им. Вследствие этого у них всегда присутствовала тревога. Некоторые из них совершали стереотипные движения с целью возможного предотвращения не желаемых явлений. Они ясно понимали, что всё это неправильно, однако ничего не могли поделать с этим. У 13 % наблюдалось развитие личности по истерическому типу. У данных больных вследствие болезни усугублялись истерические черты характера. Хотя все они пытались скрыть свою неприятную внешность демонстративность и постоянное желание привлечь внимание окружающих постоянно давали о себе знать. 10% пациентов отмечали состояние, характеризующееся как невротическая депрессия. Основным проявлением данных пациентов было их пониженное настроение, раздражительность, астения. Всё это часто начиналось с утра и усиливалось в течение дня достигая пика к вечеру. У всех данных пациентов отмечалось нарушение сна, проявляющееся трудностью засыпания и частыми пробуждениями, в последующее отсутствие ощущения выспанности по утрам и в течение дня. В связи с внутренним дискомфортом на фоне вышеперечисленных симптомов у больных псориазом отмечались частые конфликты как на работе, так и в семье, в кругу друзей, родных и близких. Это приводило к частым ссорам, конфликтам и даже нервным срывам.

Выводы. Вышеизложенные данные свидетельствуют о сложной природе псориаза, в которой психика больного занимает особое место в связи с обязательным присутствием тех или иных психопатологических расстройств утяжеляющих и без того сложное течение хронического, рецидивирующего дерматологического заболевания. Поэтому представляется возможным и

скорее необходимым применение методов психотерапии и психофармакотерапии при лечении больных псориазом.

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Адильгереева М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт,

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Проблема диагностики и лечения заболеваний, вызываемых вирусом папилломы человека, является актуальной в связи с высоким уровнем заболеваемости у подростков, значительной контагиозностью и высоким онкогенным потенциалом возбудителя. У детей в силу физиологических особенностей репродуктивной системы и незрелости защитных механизмов более высок риск инфицирования папилломавирусной инфекцией (ПВИ), чем у взрослых

Цель: Изучение динамики заболеваемости папилломавирусной инфекции на данных литературных источников.

Материалы и методы: Нами были обработаны такие литературные источники, которые раскрывали актуальность по проблеме заболеваемости папилломавирусной инфекции.

Результаты исследования: Папилломавирусная инфекция является одной из наиболее распространенных в структуре инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). В 2006 году в России в возрастной популяции от 0 до 14 лет было зарегистрировано 0,8 случаев заболевания аногенитальными бородавками на 100000 населения, а среди лиц от 15 до 17 лет - 42,1 случаев на 100000 детского населения.

В 2007 году данные показатели составили 0,6 и 33,7 случаев заболевания на 100000 детского населения соответственно. (Коколина В. Ф., 2005, Асламазян Л.К., 2006).

Наиболее часто ВПЧ-инфекция протекает субклинически, обычно на фоне различных гинекологических заболеваний, таких как вульвовагинит, «фоновые процессы» слизистой оболочки шейки матки, эндоцервицит. Немаловажным является и нарушение вагинального биотопа при ПВИ, что необходимо учитывать при ведении пациенток с данной патологией. Исследования последних десятилетий свидетельствуют о том, что 85% пациенток с типичными аногенитальными бородавками вульвы и промежности имеются дополнительные очаги ПВИ во влагалище или на шейке матки и почти у каждой четвертой из них выявляют ассоциированные с ней заболевания — цервикальные внутриэпителиальные неоплазии (ЦВН) — различной степени тяжести (Прилепская В.Н., 2008 г.). Однако изменения слизистой оболочки шейки матки при ПВИ и также другие клинические формы заболевания у девочек изучены недостаточно.

Также остается открытым для исследований вопрос тактики лечения папилломавирусной инфекции у детей. Лечение заболеваний, обусловленных ВПЧ, является важным этапом профилактики злокачественных новообразований шейки матки и сохранением репродуктивного здоровья молодежи. В современной научной литературе предлагается множество способов лечения клинических проявлений ПВИ (криодеструкция, электродеструкция, лазерная вапоризация, радиохирургическое удаление), но не одна из методик не является приоритетной при выборе тактики лечения ребенка в силу высокого риска побочных эффектов и осложнений, технической сложностью выполняемых манипуляций (Дубенский В.В., 2001, Гомберг М.А. и соавт., 2006).

Вывод. Таким образом, подводя итог литературного анализа можно сказать, что в настоящее время остаются недостаточно изученными вопросы, касающиеся характера клинических проявлений и течения

папилломавирусной инфекции аногенитальной области у детей, особенностей поражения слизистой оболочки шейки матки в детском возрасте и тактики ведения детей с данной патологией.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Адильгереева М.И.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность: Атопический дерматит (АтД) — это хроническое аллергическое заболевание кожи, развивающееся у детей с наследственной предрасположенностью к атопии (повышенной выработке иммуноглобулинов Е – особых белков, участвующих в аллергических реакциях), характеризующееся рецидивирующим течением. Актуальность этой проблемы состоит в том, что высокий уровень заболевания, обычно приходится на ранний детский возраст (чаще всего — 3-6 месяца), может оставаться на всю жизнь и способствовать дальнейшей социальной дезадаптацией. У значительной части этих больных в будущем возможны осложнения другими, более тяжелыми заболеваниями аллергического генеза: бронхиальная астма, аллергический ринит, поллиноз.

Цель: Целью является: своевременно подобрать и обосновать, эффективность комплексного лечения, с учетом прогрессирования заболевания. Для дальнейшего достижения клинической ремиссии заболевания, предупреждение и устранение вторичного инфицирования, восстановление защитных свойств кожи, улучшение качества жизни больных атопическим дерматитом.

Материалы и методы исследования: Нами было обследовано 40 больных, в возрастной категории от 1 до 5 лет, с легкими формами атопического дерматита. В работе использованы общеклинические,

лабораторные, клинико-anamнестические методы и метод анкетирования родителей. Всем детям была назначена комплексная терапия, в основу которой включены: антигистаминные и противовоспалительные препараты, лактофильтрум, адвантан крем, фенистил капли и другие препараты которые были использованы в процессе лечения для коррекции терапии. После курса лечения выяснилось, что 30 (75%) больных придерживались рекомендациям, своевременно и ежедневно принимали препараты, ими были замечены улучшения, больные отмечали: уменьшение кожного зуда, покраснений, сухости и шелушений. А 10 (15%) больных, по каким-либо причинам не соблюдали соответствующий стандарт терапии, в результате чего заболевание приобрело прогрессирующее течение, со стойкой специфической симптоматикой.

Результаты: Раннее и комплексное лечение позволяет достичь хороших успехов, уже к 4 годам, при отсутствии признаков атопического дерматита ребенок считается абсолютно здоровым.

Вывод: Всем больным со специфической симптоматикой атопического дерматита, на основе анамнеза и дополнительных диагностических данных, проводится комплексная терапия по устранению недуга, предотвращение осложнений и поддержание иммунной системы ребенка.

ЖАСМЕД В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Акрамова Н.Ш.

Республиканская Клиническая Кожновенерологическая Клиника

Угревая болезнь встречается у подавляющего большинства преимущественно молодых людей и занимает первое место среди кожных заболеваний и косметических недостатков. Появлению угревой сыпи чаще всего предшествует себорея — повышенная продукция химически

измененного кожного сала. У больных с тяжелой степенью акне уровень секреции кожного сала в два раза выше, чем у пациентов с легкой степенью акне.

В развитии угревой сыпи имеет значение изменение гормонального статуса, нарушение салоотделения, избыточная кератинизация устьев волосяных фолликулов, интенсивная колонизация (*Propionibacterium. acnae*) в сочетании с другой микрофлорой, генетическая предрасположенность.

Косметические проблемы отмечаются у 40% больных, страдающих конглобатными или флегмонозными угрями, оставляющими после себя грубые рубцы. В зависимости от тяжести процесса выделяют несколько степеней его выраженности:

I- степень характеризуется открытыми или закрытыми комедонами (*acne comedonica*);

II — самая распространенная, отмечаются высыпания типа папул, которые превращаются в пустулезные элементы;

III — выраженная папуло-пустулезная сыпь большой распространенности (кроме лица, поражена кожа груди, спины, плечевого пояса), комедонами и немногочисленными кистами сальных желез;

IV — особая тяжесть течения за счет формирования глубоких воспалительных узловатых инфильтратов, формирующих абсцессы и разрешающихся с формированием грубых рубцов.

В 2020 году на рынке УЗБЕКИСТАНА появился единственный европейский азитромицин

(производство МАКЕДОНИЯ)- ЖАСМЕД. Он представляет собой макролид-АЗИТРОМИЦИН 500 мг в таблетках, покрытых оболочкой. Является бактериостатическим препаратом, широкого спектра, влияющим как на Гр +, так и на Гр -, а также внутриклеточные бактерии.

Целью исследования явилось определение эффективности и безопасности азитромицина в лечении угревой болезни.

Под наблюдением находились 30 пациентов (16 мужчин и 14 женщин) преимущественно 2—3 степени выраженности процесса. Преобладали лица старшего школьного и юношеского возраста (25), что составляло 67%, однако было и 5 больных (33%) в возрасте от 21 до 50 лет.

Оценка полученных результатов:

У 22 пациентов (73,3%) наблюдалось значительное улучшение в первые 4 нед лечения с обратным развитием до 60% папуло-пустулезных высыпаний. Максимальная их очистка (80%) наступала к 12 й неделе лечения. Остаточные явления в виде гиперпигментации кожи, рубцовых изменений были результатами обратного развития угревой болезни. У 8 (26,6%) пациентов отмечалось замедленное обратное развитие высыпаний, при этом, наряду с подвергающимися обратному развитию старыми элементами, периодически появлялись новые папуло-пустулезные элементы. Незначительная изжога и чувство дискомфорта со стороны пищеварительной системы не препятствующее дальнейшему лечению, отмечено у 4 (13,3%) больных.

Проведенные нами исследования свидетельствуют о достаточной эффективности азитромицина в дозе 500 мг три раза/нед на протяжении 12 недель в качестве монотерапии угревой болезни. Все пациенты закончили полный курс лечения, и это свидетельствует о хорошей комплаентности применяемого препарата.

ПСЕВДОСАРКОМА КАПОШИ ТИП МАЛИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹Алиев А.Ш., ²Мухамедов Б.И., ³Колдарова Э.В.

¹Ташкентская медицинская академия

²Ташкентский государственный стоматологический институт

³Республиканский специализированный научно – практический

медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

Актуальность. Псевдосаркома Капоши (псевдоСК) – это доброкачественная сосудистая гиперплазия с преимущественным поражением нижних конечностей, которая по клиническим и гистологическим проявлениям напоминает саркому Капоши (СК). Характеризуется появлением пятен и папул на коже стоп и голеней, которые постепенно превращаются в бляшки красно-фиолетового или синюшного цвета. ПсевдоСК тип Мали – впервые описал в 1965 г. Mali, чаще болеют мужчины 40-50 лет. Наряду с высыпаниями, клинически схожими с СК, отмечаются множественные пигментно-пурпурозные пятна, размерами с ладонь, иногда болезненные, уплотнение с образованием инфильтративно- бляшечных очагов и изъязвление с образованием трофических язв. Часто наблюдается сетчатая пигментация кожи в области лодыжек, голеней, пальцев стоп.

Клинический случай. В частную клинику SAMO (г. Ташкент) обратился больной Р. 74 лет с жалобами на высыпания в области левой голени, груди, живота и обеих верхних конечностях. Из анамнеза: считает себя больным в течение последних 2 лет, со слов заболевание началось после травмы левой голени в результате автокатастрофы с появления маленького пятна. Обращался к дерматологу по месту жительства, получал лечение по поводу экземы, эффекта не отмечал. Постепенно процесс распространился по всей левой голени и передней части стопы. Появление высыпаний на теле отметил в течение последних 2 недель, что послужило причиной обращения за консультацией. Аллергоанамнез не отягощен, наследственные заболевания отрицает, какой-либо патологии со стороны внутренних органов и систем не выявлено. При осмотре высыпания локализируются на коже левой голени, живота, груди, обеих верхних конечностей. На коже левой голени, на передней поверхности лодыжки отмечаются пятна, папулы и бляшки

синюшно-коричневого цвета, диаметром от 1,5 до 20 см с четкими границами. В некоторых местах отмечается мелкопластинчатое шелушение, по периферии очагов петехиальная сыпь, диаметром от 0.2 до 0.5 см. На коже груди, живота, спины, обеих верхних конечностях отмечаются инфильтративные пятна, папулы бледно розового цвета, диаметром от 0,8 до 1 см с четкими границами, на поверхности папул отмечается мелкопластинчатое шелушение. Вызывается симптом облатки. Субъективных ощущений нет. Клинический и биохимический анализы крови в пределах нормы, анализ на ВИЧ – отрицательный, в моче - оксалаты ++. По результатам диагностической биопсии кожи с левой голени патоморфологическая картина наиболее характерна для акроангиодерматита, с кожи живота характерна для параспориоза. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей выявило венозную недостаточность преимущественно слева. На основании жалоб, анамнеза, осмотра, клинико – лабораторных данных и гистологического заключения был выставлен диагноз: Основной: Псевдосаркома Капоши. Сопутствующий: Параспориоз хронический лихеноидный. Хроническая венозная недостаточность. Больному были даны рекомендации по лечению параспориоза- десенсибилизирующая терапия, ангиопротекторы, антигистаминные препараты. Наружно – применение топических глюкокортикостероидных мазей.

Результаты. Учитывая одностороннее расположение патологического процесса на коже левой голени (тип Мали носит в основном симметричный характер), пациенту в целях дифференциальной диагностики было рекомендовано провести мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ) нижних конечностей, по результатам которой структурные изменения артерий нижних конечностей не было выявлено. МСКТ – признаки гипоплазии левой наружной и общей подвздошной вены. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Заключение МСКТ позволило подтвердить диагноз псевдоСК тип Мали. Учитывая наличие

сосудистой патологии, пациент был направлен для дальнейшего наблюдения и лечения к сосудистому хирургу.

Выводы. Интерес нашего наблюдения заключается в сложности проводимой дифференциальной диагностики между псевдоСК типа Мали и СК, учитывая односторонность патологического процесса. Практическая значимость своевременного распознавания псевдоСК заключается в избавлении больного от лечения химиопрепаратами, рентгенотерапии и др. и правильной тактики ведения больного.

ЦИФРОВАЯ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ АКНЕ

Алиев А.Ш., Ташкенбаева У.А., Мухамедов Б.И.

Ташкентская медицинская академия

Ташкентский государственный стоматологический институт

Акне — хроническое воспалительное заболевание сальных фолликулов человека с множественными факторами этиологии и патогенеза. Увеличение продукции кожного сала, гиперкератинизация фолликулов, воспаление и колонизация *Propionibacterium* (*P. acnes*) являются четырьмя основными патогенетическими факторами в развитии акне.

Кроме того, было обнаружено, что фолликулярная колонизация *P. acnes* помимо накопления кожного сала продуцирует порфирины в форме копропорфирина III и протопорфирина IX. Эти провоспалительные метаболиты являются нативными флуорофорами и сильно флуоресцируют в ультрафиолетовом диапазоне А (УФА), что проявляется в виде фолликулярной оранжево-красной флуоресценции и известно как индуцированная ультрафиолетом красная флуоресценция (УФКФ).

Целью нашего исследования явилось: Определения наличия взаимосвязи с повышенными уровнями рН кожи и салообразованием у пациентов с тяжелым течением акне.

Материалы и методы исследования: Было изучено наличие взаимосвязи между показателями уровня рН в области лица с повышенным салообразованием у 62 пациентов с тяжелым течением акне. Из них 34 пациента с ППА и 28 пациентов с КА. У всех пациентов наблюдалось достоверное повышение уровня рН в области лица и других исследуемых участках кожи. Измерение уровня рН-фактора проводилось стеклянным электродом. Стеклянный электрод в норме заполнен внутренним буфером (Hg/Hg₂Cl₂ или Ag/AgCl). Цифровая флуоресценция проводилась с помощью «Janus» - Facial Analysis System. Для определения наличия взаимосвязи с повышенным уровнем рН кожи и повышенным салообразованием был использован корреляционный анализ по Спирмену, используя шкалу Чеддока.

Результаты: У 34 пациента с ППА уровень рН в области лица составлял $6,31 \pm 0,12$, а уровень кожного жира составлял в среднем $127,74 \pm 5,51$, коэффициент корреляции 0,604, соответственно по шкале Чеддока корреляция заметная ($p < 0,0001$). У 28 пациентов с КА уровень рН в области лица составлял $6,38 \pm 0,13$, а уровень кожного жира составлял в среднем $130,31 \pm 5,81$, коэффициент корреляции 0,735, соответственно по шкале Чеддока корреляция высокая ($p < 0,0001$). И наконец, среднее значение соотношения уровня рН ($6,34 \pm 0,12$) к уровню кожного жира ($128,90 \pm 5,75$) у 62 пациентов составляло 0,668, по шкале Чеддока корреляция заметная 0,68, соответственно $p < 0,0001$.

Выводы и заключение: Таким образом, между показателями уровня рН и продукции кожного сала в области лица у больных с тяжелым течением акне наблюдалась заметная корреляционная связь, показывающая чем выше уровень рН у пациентов с акне, тем выше уровень кожного жира выделяется у них.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПСОРИАТИЧЕСКОГО АРТРИТА

Аллаева М.Д., Тохтаев Г.Ш., Очилова Г.Ш.

Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

Введение. Клинические проявления псориатический артрит и его течение очень многообразны — от моноолигоартрита или изолированного энтезита до генерализованного поражения суставов и позвоночника с броской внесуставной симптоматикой. Псориатический артрит является хроническим прогрессирующим системным заболеванием, ассоциированным с псориазом, который характеризуется локализацией воспалительного процесса преимущественно в тканях опорно-двигательного аппарата. Основными проявлениями этого заболевания являются эрозивный артрит, множественные энтезиты, дактилиты, внутрисуставный остеолит, сакроилиити спондилоартрит.

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

Материалы и методы. Клинические исследования проведены у больных псориатический артрит на базе Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер. Проведены: общий осмотр, клинические и биохимические лабораторные методы обследования крови, определение уровня микроэлементов в крови радиоиммунологическим методом. Под наблюдением было 65 больных, у которых был диагностирован псориатический артрит. Большинство больных было в возрасте 20–29 лет. Мужчин было 25 (52,5%), женщин — 23 (48,5%). Продолжительность болезни составила 5–25 лет, 5% больных страдали псориазом свыше 25 лет. Важное значение в возникновении и распространении псориаза имеют средовые факторы риска. Психоземональные стрессовые состояния явились основной причиной обострения у 6 (12%) больных. У 14 (28%)

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 (14,0%), хронически гепсориатический артрит — у 3 (5,3%), хронический холецистит у 4 (8,8%), лямблиоз — у 2 (3,5%), заболевания желудочно-кишечного тракта — у 6 (10,5%), заболевания сердечно-сосудистой системы — у 4 (10,3%). Ониходистрофия отмечалась у 46 (87%) больных, в том числе у 13 (25 %) отмечался онихолизис, у 24 (45 %) — точечная ониходистрофия, у 8 (17%) — 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 (26%) псориатических артритчиков кожный процесс прогрессировал и протекал в тяжело 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 81,6% больных отмечались сочетанные или изолированные нарушения содержания исследованных величин. Наиболее часто отмечались гипохолестеринемия, дислипотеидемия, 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 артритчиков с наличием псориатической артритологии пищеварительного тракта.

Результаты. Повышение уровня трансаминаз свидетельствует о цитолитическом синдроме, а содержание ГГТ, ЩФ, билирубина — о синдроме холестаза. Было установлено снижение концентрации сывороточного содержания кальция в среднем на 22,0% от уровня здоровых респондентов, принятого за 100%, а также снижение концентрации марганца,

железа и фосфора в среднем на 11–31% от уровня контроля. Таким образом, в большинстве случаев псориатический артрит сопровождается хронически рецидивирующие распространенные формы псориаза, выраженными тем больше, чем агрессивнее протекает кожный синдром. Изучение особенностей клинической картины и течения псориатической болезни, протекающей на фоне метаболических изменений, способствует профилактике тяжелых осложнений.

Выводы. Среди больных псориатический артрит преобладают лица среднего возраста с типичными проявлениями псориаза в активной стадии псориатического артритологического процесса. 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 концентрации микроэлементов, что имеет псориатический артриттогенетическое значение и требует коррекции.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ФЛУЗАМЕД» И МАЗИ «ЭПЛАН» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ

Арапов Б., Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан

Флузамед представляют собою противогрибковое средство группы триазола, является мощным ингибитором синтеза стеролов в мембранах клетки грибов. Являясь высокоизбирательным для цитохрома P450 грибов, практически не угнетает эти ферменты в организме человека.

Цель исследования: Клиническая эффективность препарата «флузамед» и мази «эплан» у больных детей инфильтративно – нагноительной формы трихофитии.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 40 больных детей инфильтративно-нагноительной формой трихофитии. Возраст больных было от 2 до 14 лет, мальчиков было 28, девочек - 12. У 13 больных процесс локализовался на гладкой коже, у 27 сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках мицелий грибов. Все больные получили лечение препаратом: флузамед по 1 капсуле (150мг) 1 раз в недели в течение 24 – 30 дней. Крем «Эплан» применялся наружно утром и вечером путем нанесения в очаги поражения тонким слоем. Кожу вокруг очага поражения обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. Кроме этих препаратов больные по показаниям получили витаминотерапию, гипосенсибилизирующие, антигистаминные и противовоспалительные препараты.

Результат: У всех больных к концу первой недели лечения препаратом «Флузамед» и мазью «Эплан» кожно-патологический процесс значительно улучшился, очаги поражения очищались от гноя, эритема значительно уменьшился, инфильтрация заметно уплощался. К концу лечения у всех больных после комплексного лечения отмечался полный регресс кожного процесса, оставляя вторичную гипопигментацию.

Заключение: Таким образом, наши наблюдения показывают, что препарат «Флузамед» является высокоэффективным средством для внутреннего применения и мазь «Эплан» для наружного лечения больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии.

МОНИТОРИНГ КЛИНИКО - ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Бабабекова Н.Б., Миржалолова Ш.Б.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Псориаз – это патология кожи, характеризующаяся избыточной пролиферацией кератиноцитов эпидермиса в сочетании с воспалением эпидермиса и дермы. По данным современной литературы псориаз поражает от 1 до 8% населения во всем мире.

Цель исследования заключалась в изучении показателей иммунного статуса у детей, в разных клинических форм, больных псориазом.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились у 64 детей больных псориазом. Контрольную группу составили 25 здоровых детей разных возрастных групп.

Результаты. У детей разных возрастных групп, больных псориазом в разной степени выраженности. Отмечается со стороны иммунного изменение в зависимости от возраста и тяжести течения болезни, характеризующиеся в виде снижения общего количество CD3+ лимфоцитов, и CD4+ хелперов, CD8+ супрессоров, и увелечение CD20+ лимфоцитов, CD16+ натуральных киллеров и иммунорегуляторного индекса.

Выводы. Полученные результаты подтверждают разнообразие клинических форм и выраженные иммунологические нарушения у детей, больных псориазом, в зависимости от возраста больных. Выраженность этих изменений отличается в зависимости от возраста и от степени тяжести течения заболевания.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ «ТИМОГЕЛЬ» И
«НЕОДЕРМ» В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ
ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

Ваисов А.Ш, Парпиева Н.Н, Саипова Н.С, Миродилова Ф.Б.

Ташкентская Медицинская Академия

**Республиканский Научно-практический Медицинский центр Фтизиатрии и
Пульмонологии
Ташкент, Узбекистан**

Болезни кожи и подкожной клетчатки характеризуются широким распространением, ежегодным приростом числа вновь выявленных случаев, высокой частотой сочетания с метаболическим синдромом, иммунозависимыми и инфекционными заболеваниями, среди которых особое место занимает туберкулез. Современный туберкулез характеризуется ростом мультирезистентных форм, требующих длительной комбинированной антибактериальной терапии. У больных с туберкулезом различных локализаций в структуре дерматологической патологии доминируют бактериальные, микотические, вирусные дерматозы, токсикодермии от противотуберкулезных препаратов. Лечение больных с заболеваниями кожи на фоне полиморбидности требует особой осторожности в связи с риском полипрагмазии и возможностью осложнений. В таких условиях возрастает значение наружной терапии дерматозов. В современной топической терапии дерматозов предпочтительными являются поликомпонентные препараты, содержащие противовоспалительные, антибактериальные и фунгицидные составляющие.

Цель работы: разработка способа наружной терапии хронических дерматозов на фоне сопутствующей патологии и туберкулеза с применением поликомпонентных топических препаратов «Тимогель» и «Неодерм» противовоспалительного и антимикробного действия.

Препараты применяли в виде монотерапии и в комбинации в зависимости

от характера клинических проявлений дерматозов. Системную терапию проводили в соответствии со стандартами МЗ РУз и с учетом сопутствующей патологии. Больные с ФКТЛ и ИТЛ получали противотуберкулезные препараты в соответствии с принятыми стандартами.

Тимогель – комплексный антибактериальный и антисептический препарат, разработанный Институтом биорганической химии АН РУз. (Действующее вещество (МНН): Метронидазол, Хлоргексидин, Тимоптин).

Мы применяли **тимогель** в комплексной терапии интертригинозного и вульгарного псориаза у больных с крупными очагово-бляшечными проявлениями без выраженного гиперкератоза (после очищения очагов борно-салициловой мазью), больным красным плоским лишаем, в том числе с поражением СОПР, при экземе, нейродерматозах, акантолитической пузырчатке и при смешанных мико-бактериальных поражениях кожи.

Неодерм крем для наружного применения (состав: *активные вещества* - кетокконазола, клобетазола пропионата, неомицина сульфата).

Тимогель назначали в виде смазывания и втирания в пораженные участки два раза в день в течение 10-15 дней (таблица 2). В зависимости от характера высыпаний проводили монотерапию тимогелем или его комбинацией с «Неодермом», анилиновыми красителями, салициловой мазью. В группе сравнения в качестве наружного средства применяли неодерм. Результаты терапии сравнивали с контрольной группой больных, получавших лечение традиционными методами. **Неодерм** также назначали больным для топической монотерапии при вульгарном и пустулезном псориазе и псориатической эритродермии, при микробной (варикозной) экземе в подострой стадии воспаления при отсутствии выраженного мокнутия, а также при осложнении язвенной пиодермией, у больных с себорейным дерматитом и эритразмой, на очаги микотической экземы перианальной области у больных с урогенитальными инфекциями.

В большинстве случаев отмечалось клиническое выздоровление и значительное клиническое улучшение (желательный – положительный исход).

Полученные результаты позволяют заключить, что эффективность лечения при назначении комбинированных топических препаратов составила 88-90% и была выше, чем в группе контроля с применением традиционных способов лечения.

Противовоспалительный эффект тимогеля с бактерицидными свойствами обуславливали значительный регресс высыпаний в сроки 10-14 дней, в большинстве случаев – до полного исчезновения симптомов, зуда и дискомфорта. Наиболее выраженный эффект отмечался при сочетании неодерма с тимогелем, что обусловлено действием компонентов, дополняющих друг друга (клотримазол, клобетазон, неомицин, метронидазол, тимоптин). Отмечалась положительная динамика - уменьшение и исчезновение зуда, рассасывания очагов поражения, по срокам не уступающая стандартной терапии.

ТУРЛИ ГЕЛЬМИНТОЗЛАРНИ ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИ КЕЧИШ ОҒИРЛИГИГА ТАЪСИРИ

Бабабекова Н.Б., Тохирова К.Ш.

Тошкент педиатрия тиббиет институти

Тошкент, Узбекистан

Муаммонинг долзарблиги. Псориаз – касаллиги болаларда учрайдиган тери касалликлари орасида атопик дерматит касаллигидан кейин иккинчи ўринни эгаллайди ва болалар тери касалликлари структурасида унинг учраш даражаси 1%дан 8%ни, касалхонага ётқизилган бемор болалар орасида эса касалликнинг учраш даражаси 8%дан 22% ни ташкил қилади. Охирги йилларда болалар орасида, айниқса, мактаб ва мактабгача ёшда бўлган болалар орасида псориаз касаллигининг учраш ҳолатининг ортиб бориши кузатилмоқда, унинг оғир ҳамда асоратли клиник шакллари уннинг учраши қайд қилинмоқда. Болаларда псориаз касаллиги катталарга нисбатан ўзига хос кўринишда кечиши билан фарқ қилинади.

Олиб борилган тадқиқот. Псориаз касаллигини турли клиник шакллари учраш даражасини аниқлаш ва уларни кечиш оғирлигига турли элементларни таъсири, беморларнинг соматик ҳолатига боғлиқлигини ўрганиш.

Текширувларни ўтказиш учун: ТошПТИ клиникасининг дерматология бўлимида псориаз касаллиги билан касалланган 60 та беморларда ичак инфекцияси текширилган.

ТошПТИ клиникасининг дерматология бўлимида ётиб даволанган 60 та псориаз касаллиги билан хасталанган беморлар бўлиб, уларнинг 23(38,3%) таси ўғил болалар ва 37 (61,6 %) таси қиз болалардир. Бемор болалар ёши 1 ёшдан 15 ёшгача бўлиб, ўртача 8 ёшни ташкил этди .

Барча бемор болалар А.В.Мазурин (1986) буйича 6 та болалар ёш гуруҳларига бўлиниб ўрганилди [6]. 1 ёшгача бўлган биринчи гуруҳда лди. 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган, 3 ёшдан 6 ёшгача , 7 ёшдан 11 ёшгача бўлган 12 ёшдан 15 ёшгача бўлган болалар қайд этилди. Касалликнинг бир неча клиник шакллари кузатилган. Псориаз хасталигини клиник шакллари бўйича 34 (56,6 %) та беморда томчисимон, 2 (3,3 %) та беморда эксудатив, 9 (15 %) та беморда интертригиноз, 11 (18,3%) та беморда пилакчали , 4(6,6%) та кул ва оёқ қафт псориази кўринишида намоён бўлди. Касаллик 54 (90%) та беморда прогрессив, 6 (10%) та беморда стационар ва регрессив босқич кўринишида кечиши аниқланди. Нажаси текширувлари натижасида 38 (63,3%) беморларда лямблиоз, 18 (30%) та беморларда энтеробиоз, 17 (28,3) та беморда аскаридоз, 2 (3,3%) беморларда *E.Coli*, 4 (6,6 %) беморларда эса ачиткили замбуруғ ва бактериялар борлиги аниқланди. Псориаз касаллиги билан хасталанган барча бемор болалар турли соҳа шифокор-мутахасислари (педиатр, ЛОР, невропатолог, окулист, эндокринолог) кўрувлардан ўтказилди.

Тадқиқотлар хулосаси. Шундай қилиб, псориаз касаллиги hozirgi кунда, айниқса болалар орасида кенг тарқалган касаллик бўлиб, касаллик сурункали холда кечади. Асосий касалликка олиб келувчи омиллар ичак инфекциялари бўлиб, касаллик кечишига, тарқоқлик даражасига ва даволашга

тубдан таъсир қилади.Текширувлар шуни кўрсатдики, болаларда касалликни кечишида экзоген ва эндоген триггер факторларидан 80 % болаларда учрайдиган ичак инфекцияси (айниқса лямблиоз ва энтеробиоз) таъсири катта ахамиятга эга бўлиб, касалликни оғир кечишига сабаб бўлади.Хозирги кунда ичак паразити, касалликнинг асосий омилларидан бири бўлганлиги сабабли, ичак паразитини олдини олиш ва даволашни тўғри ташкил қилиш амалий ахамиятга эгадир.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Валиев А.А., Ибрагимова А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Гнездная алопеция – заболевание характеризующееся своеобразием клинической картины, при котором отмечается выпадение волос преимущественно волосистой части головы, с образованием округлой, овальной или неправильной формы очагов, отсутствуют субъективные признаки. Кожа на месте очагов не изменяется, приобретает вид слоновой кости, в некоторых случаях наблюдается легкая субэритема.

Цель исследования. С целью изучения основных клинических симптомов и их особенностей нами было обследовано 28 детей, в возрасте от 4 до 15 лет, страдающих гнездной алопецией.

Материалы и методы. Среди обследованных больных у 15 (53,6%) была диагностирована очаговая форма алопеции, у 2 (7,1%) лентовидная (офиазис), у 5 (17,8%) субтотальная, у 4 (14,3%) тотальная и у 2 (7,1%) универсальная формы заболевания. Длительность заболевания составила от 3 месяцев до 7 лет. Наиболее длительное течение отмечалось у 3 (10,7%) больных тотальной и у 2 (7,1%) больных с универсальной формой дерматоза.

Результаты. Выраженность клинической картины и длительность течения заболевания имели прямую корреляционную связь. По тяжести течения заболевания 1-степень (единичные очаги размером в диаметре 3-4

см) отмечалась у 9 (32,1%) пациентов, 2-степень (очаги размером в диаметре 5-10 см) у 8 (28,6%), 3-степень (крупные очаги размером больше 10 см) у 4 (14,3%), 4-степень (полное отсутствие волос в области головы, бровей и ресниц) у 6 (21,4%) больных детей. При определении площади поражения в области волосистой части головы у 17 (60,7%) больных наблюдались очаги с охватом до 25%, у 2 (7,1%) - от 25 до 50% и у 9 (32,1%) свыше 50%. Длительное течение заболевания у 5 больных приводило к переходу очаговой алопеции в субтотальную и тотальную формы заболевания, у 3 больных субтотальной формы в тотальную и универсальную. Тотальная и универсальная форма несмотря на проводимые методы терапии, характеризовались отсутствием эффекта в 2 случаях, незначительным временным улучшением клинической картины с появлением пушковых волос на теле и волосистой части головы в 3 случаях и стойким улучшением клиники с последующей положительной динамикой у 1 пациента.

Выводы. Таким образом, клиническое течение каждой формы гнездовой алопеции имеет свои особенности, их развитие зависит от внутренних и средовых факторов, а терапия требует учета индивидуального подхода.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ГНЕЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ ПРОЕКТИВНЫМИ МЕТОДАМИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Валиев А.А., Ибрагимова А.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Гнёздная алопеция – хронический дерматоз, характеризующийся патологическим выпадением волос, обусловленный воздействием различных внутренних и внешних факторов на волосяной фолликул, клинически проявляющийся появлением очагов облысения чаще локализующихся на волосистой части головы, реже в области бровей и ресниц. Этиология и патогенез гнездовой алопеции имеет разнообразный генез, отмечено участие

генетических и большого количества средовых факторов, среди которых важную роль играют психоэмоциональные. Характерная клиническая картина заболевания приводит больных к дискомфорту в общении с окружающими, вынуждает ограничивать контакты со сверстниками. Раннее начало дерматоза негативно влияет на развитие личности.

Цель. Выявить психологические факторы играющие важную роль в провоцировании, формировании клинических проявлений, течения, исхода заболевания.

Материалы и методы. Для оценки психофункционального состояния нами было обследовано 35 больных страдающих гнездой алопецией, в возрасте от 4 до 15 лет, находившихся на стационарном лечении в дерматологическом отделении клиники ТашПМИ. Среди больных гнездой алопецией было 15(42,8%) девочек и 20(57,2%) мальчиков. Для оценки психологического статуса использовалась методика рисуночных тестов «Кинетический рисунок семьи», «Дом, дерево, человек». Рисуночные тесты являются одними из информативных тестов, позволяют определить наиболее уязвимую сферу детей – эмоциональную и интеллектуальную. Рисование – привычная деятельность для ребенка, открывающая скрытые личностные особенности, играющие важную роль в формировании ребенка. Интерпретация рисунка проводилась на основании анализа структуры рисунка, оценки особенностей графической презентации, анализ процесса рисования.

Результаты. Сравнительный анализ результатов рисуночных тестов показал, что для больных гнездой алопецией были характерны симптомокомплексы депрессивности (27,4%), тревожности (63,8%), неуверенности в себе (38,3%), астеничность (28,1%), незащищенность (28,1%), чувство страха (9,8%), трудность общения (35,7%), конфликтность (28,1%). У больных алопецией, особенно при субтотальной, тотальной и универсальной формах заболевания соответственно отмечались симптомокомплексы были выражены симптомокомплексы депрессивности

(64,8%), чувство неполноценности (17,4%), подавленность (45,1%). Наличие вышеуказанных симптомокомплексов усугубляло течение заболевания.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют об отклонениях в психоэмоциональной сфере детей страдающих гнездовой алопецией, с учетом которых требуется коррекция соответствующих состояний в комплексной терапии дерматоза и оптимизация проводимых методов лечения.

ТРАНСКУТАННАЯ ОКСИМЕТРИЯ В КАЧЕСТВЕ НОВОГО НЕИНВАЗИВНОГО ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ТЕСТА У ПАЦИЕНТОВ С MORPHEA

Гарюткина Л.В.¹, Чупров И.Н.², Садыков А.И.¹, Козлова Д.В.¹

**¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский
университет, Санкт-Петербург, Россия**

**² Северо-Западный Государственный Медицинский Университет им.
И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия**

Цель исследования. Представить новые события патогенеза ограниченной склеродермии, а также новый метод диагностики заболевания.

Материалы и методы. В исследовании принимали участие 77 пациентов с клиническими признаками ограниченной склеродермией и 127 здоровых индивидуумов. Всем был проведен сбор анамнеза, объективный осмотр, а также гистологическое исследование кожи и измерение уровня кислорода в тканях в очаге поражения и на здоровой коже с помощью аппарата Radiometer TCR400. Уровень кислорода в тканях от 40 до 50 мм рт.ст. рассматривался как обратимое снижение, от 30 до 40 мм рт.ст. – пограничное, а ниже 30 мм рт.ст. – критическое.

Результаты. Клинические проявления всех обследованных были сходны: высыпания характеризовались единичными или множественными эритематозными пятнами красно-коричневого цвета, иногда с лиловым

оттенком, от 2 до 10 см в диаметре. Всем 77 участникам эксперимента была проведена диагностическая биопсия, на основании которой они были разделены на 4 группы: 40 пациентов – с диагнозом ограниченная склеродермия, 12 пациентов – с диагнозом кольцевидная гранулема, 15 пациентов – с диагнозом мелкобляшечный параспориоз и 10 пациентов – с крупнобляшечным параспориозом. На основании давности манифестации заболевания все больные с ограниченной склеродермией были разделены на две подгруппы: с недавней манифестацией (до 2 месяцев) и с более длительным анамнезом заболевания (более 2 месяцев). Полученные результаты клинического и гистологического исследований позволяют разделить течение заболевания на эритематозную и фиброзную фазы. Проведенная клиничко-морфологическая корреляция показала, что у пациентов 1 группы преобладали воспалительные изменения (эритематозная окраска высыпаний, венчик гиперемии по периферии, гистологически – более выражен воспалительный инфильтрат из лимфоцитов и гистиоцитов), в то время как у пациентов второй группы – фиброзные (уплотнение очага поражения, отсутствие волос и сглаженность кожи, окраска цвета слоновой кости в центральной части очага, атрофия тканей, гистологически – преобладание дегенерации соединительной ткани над воспалительным инфильтратом в сравнении, а также гипоплазия придатков кожи и атрофия эпидермиса). По результатам измерения содержания кислорода в тканях – у 33/40 (82,5%) пациентов с диагнозом ограниченная склеродермия отмечалось снижение показателя, у 24/40 – обратимое снижение, у 9/40 – пограничное; у 3/12 (25%) пациентов с кольцевидной гранулемой и у 1 пациента с крупнобляшечным параспориозом было зарегистрировано обратимое снижение кислорода в тканях. Среди 127 членов контрольной группы снижение тканевой кислородной перфузии было зарегистрировано у 28 (22%) человек.

Выводы. Патогенетически течение ограниченной склеродермии имеет две фазы: эритематозную и фиброзную. На основании результатов

гистологического исследования можно утверждать, что воспаление и фиброз всегда присутствуют вместе, и смена их преобладания друг над другом формирует фазу течения заболевания. Прогресс фиброзных изменений уже в дебюте заболевания у пациентов со склеродермией сопровождается гипоксией тканей. Именно наличие гипоксии тканей явилось фундаментом для формирования нового способа диагностики заболевания с применением чрескожной оксиметрии.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ВЕРИФИКАЦИИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВАНИЯ

Гарюткина Л.В.¹, Заславский Д.В.¹, Сыдилов А.А.², Козлова Д.В.¹

**¹Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический
медицинский Университет, Санкт-Петербург, Российская Федерация**

**² Ферганский Медицинский Институт Общественного Здоровья,
Фергана, Республика Узбекистан**

Цель исследования. Выявить характерные особенности клинических, гистологических и иммуногистохимических (ИГХ) особенностей у пациентов с ограниченной склеродермией в дебюте заболевания и в прогрессирующей стадии. На основании полученных различий определить события патогенеза заболевания и представить новый неинвазивный диагностический метод для выявления ограниченной склеродермии среди клинически схожих заболеваний.

Материалы и методы. За период с 2018 по 2020 год было проведено проспективное клиническое исследование с участием 77 пациентов с клиническими проявлениями бляшечной формы ограниченной склеродермии и 134 человека со сходными коморбидными состояниями для создания контрольной группы. Критериями включения было наличие одного или

нескольких эритематозных очагов, приемлемыми были фиброзные изменения тканей, а также согласие на проведение всех необходимых мероприятий в рамках исследовательского протокола. Всем пациентам экспериментальной группы был проведен объективный осмотр, диагностическая инцизионная биопсия, ИГХ исследование с использованием маркеров IL-2, IL-4, TLR7, Vimentin, CD4, CD8, CD68; оксиметрия кожи в очаге поражения и на здоровых участках. Оксиметрия кожи была выполнена всем пациентам и участникам контрольной группы. Также пациентам с ограниченной склеродермией был проведен забор венозной крови для выявления аутоантител ANA, Sc-DNA, SS-B, Sm, антигистоны, центромера B, RP 11, RP 155 и для системного процесса — Dc-DNA, центромера A, Scl-70 (anti-topoisomerase I), anti-Th/T0, anti RNase 3, Jo-1.

Результаты. В исследовании принимали участие 77 пациентов (59 женщин и 18 мужчин, средний возраст $26 \pm 6,4$ лет). Клинические проявления всех пациентов характеризовались наличием эритематозного пятна/пятен на коже туловища и конечностей, различных оттенков, с более интенсивной окраской по периферии очага поражения и различной степенью уплотнения в центральной части. На основании гистологического исследования кожи пациенты были разделены на 4 группы: 40 пациентов с ограниченной склеродермией, 15 пациентов с мелкобляшечным параспориозом, 12 пациентов с кольцевидной гранулемой, 10 пациентов с крупнобляшечным параспориозом. Среди пациентов с ограниченной склеродермией была выделена подгруппа из 20 человек с длительностью заболевания не более 2 месяцев, чьи высыпания и их гистологические проявления характеризовали эритематозную стадию морфеа, а также 20 пациентов с более длительным анамнезом, чьи высыпания и их гистологические признаки характеризовали фиброзную стадию морфеа. По результатам гистологического исследования у пациентов 1 группы был выявлен паттерн воспаления «склерозирующий/фиброзирующий дерматит», у пациентов 2,4 групп – «глубокий и поверхностный периваскулярный дерматит», и у пациентов 3

группы – «Нодулярный дерматит», потому что к участию в ИГХ исследовании были допущены исключительно пациенты 1 группы. У 1 подгруппы с диагнозом морфеа (отмечалась более выраженная экспрессия маркеров IL-2, TLR7, CD8, CD68, у пациентов 2 подгруппы – IL-4, Vimentin, количественная оценка экспрессии CD4 не показала статистически значимых различий в обеих подгруппах. При проведении иммунологического исследования крови у всех пациентов с диагнозом ограниченная склеродермия был получен отрицательный результат. По результатам измерения транскутанной кислородной перфузии тканей ее снижение чаще всего встречалось у пациентов ограниченной склеродермией среди групп сравнения, причем, пациенты с длительным анамнезом имели самые значимые отклонения от нормы.

Выводы. Полученные результаты позволяют утверждать, что у пациентов с недавним дебютом ограниченной склеродермии преобладают воспалительные изменения как клинически, так и гистологически, однако фиброзные изменения также отмечаются. Клинические проявления морфеа в начальной стадии неспецифичны и диктуют необходимость проведения дифференциальной диагностики с воспалительными дерматозами и даже онкологическими заболеваниями. У пациентов с длительным анамнезом морфеа преобладают фиброзные изменения различной степени выраженности, что подтверждается клинически, гистологически, гистохимически и иммунологически. Эти данные позволили сформировать новый диагностический алгоритм морфеа с применением неинвазивного метода исследования – транскутанной оксиметрии.

**ДЕРМАТОМИКОЗ ҚЎЗҒАТУВЧИЛАРИ КУЛТУРАЛ
ДИАГНОСТИКАСИДА ЯНГИ ОЗИҚ МУҲИТИНИИИГ ҚЎЛЛАНИШИ**

Джумаев Н.Д., Эшбоев Э.Х., Имамов О.С.

ЎзРССВ, РИДВваКИАТМ, Тошкент вилояти тери-таносил

касалликлари диспансери

Терининг замбуруғли касалликлари лаборатор диагностикасида културал текширув самарали услублардан бири ҳисобланади. Аммо микологик лабораториялар амалиётида қўлланиб келаётган Сабуро озик муҳитининг хорижий мамлакатлардан сотиб олиниши, бу озик муҳитида дерматофит қўзғатувчиларининг соф културасининг ажратиб олиш узок муддатни талаб қилиши (18-21 сутка), ўсиш даражасининг пастлиги (30- 32%) бу борада илмий ва амалий тадқиқотлар ўтказишни тақозо қилади.

Дерматофитларни ундириш учун таркиби маҳаллий ингредиентлардан иборат янги озик муҳити тайёрланди. Тошкент вилояти тери-таносил касалликлари диспансери микологик лабораториясида 2020-2021 йилларда 400 та беморлар силлиқ териси, сочлари ва тирноқларидан олинган намуналар стандарт Сабуро зич озик муҳитига ва таклиф қилинган озик муҳити юзасига экиб ўрганилди. Намуналар термостатда 22⁰-24⁰С ҳароратда инкубация қилинди. Колониялар ўсиш жадаллиги, колониялар ранги ва бошқа белгиларига кўра дерматофитлар турлари аниқланди.

Жадвал №1

**Бемордан олинган материалларда замбуруғ-дерматофит
колониялари ўсиши ва ривожланиши динамикаси**

Замбуруғ турлари	<i>Колониялар пайдо бўлиши (кунлар)</i>	
	Таклиф қилинган озик муҳити	Сабуро озик муҳити

<i>Epidermophyton floccosum</i>	3-5	7-8
<i>Trichophyton verrucosum</i>	5-6	11-12
<i>Trichophyton rubrum</i>	4-5	9-10
<i>Microsporum canis</i>	3-4	8-9

Жадвал №2

Беморлардан олинган материалларда замбуруғ-дерматофит колониялари идентификацияси

Замбуруғ турлари	Идентификация натижалари (кунлар)	
	Таклиф қилинган озик муҳити	Сабуро озик муҳити
<i>Epidermophyton floccosum</i>	3-5	7-8
<i>Trichophyton verrucosum</i>	5-6	11-12
<i>Trichophyton rubrum</i>	4-5	9-10
<i>Microsporum canis</i>	3-4	8-9

Таклиф қилинган озик муҳитида дерматофитларнинг ўсиши 2-5 суткаларда аниқланди, уларнинг идентификацияси замбуруғ турларига қараб, 8-12 кунлари ўтказилди. Културалар плеоморф ўзгаришлари кузатилмади.

Стандарт Сабуро зич озик муҳитида дерматофитларнинг ўсиши инкубациянинг 4-7 суткаларда сезилди. Дерматофит културалари идентификацияси замбуруғ турларига қараб, 18-21 кунлари олиб борилди.

Олиб борилган илмий изланишлар натижасида таклиф қилинган озик

мухитида дерматофит кўзгатувчиларининг ўсиш жадаллигининг юкорилиги ва соф культуралар идентификацияси муддати қисқарганлиги ҳисобига Сабуро озик мухитига нисбатан самарадорлиги юкори эканлиги аниқланди.

НОВЫЕ ПАТОГНОМОНИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ MORPHEA В РАМКАХ ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Заславский Д.В., Сыдигов А.А., Гарюткина Л.В., Козлова Д.В.

**Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический
Медицинский Университет, Российская Федерация**

Цель исследования: Представленное исследование было проведено для оценки валидности новых патоморфологических признаков morphea («квадратная биопсия», «шаблонная биопсия», линейный признак и высокое расположение эккринных желез) в рамках патоморфологической диагностики ограниченной склеродермии.

Материалы и Методы: исследовательскую базу составил 91 (68 женщин 23 мужчины, средний возраст $26 \pm 7,1$ года) пациент с клиническими проявлениями morphea. Всем участникам исследования была проведена диагностическая инцизионная биопсия кожи из периферической части очага поражения. Биологический материал был подвергнут стандартной проводке и окрашен гематоксилином и эозином. Все образцы были просмотрены и проанализированы без доступа к клиническому материалу. Анализ микропрепаратов осуществлялся на предмет наличия линейного признака, признака «квадратной биопсии», признака «шаблонной биопсии» и высокого расположения эккринных желез. Оценивалась чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическая значимость данных гистологических проявлений определения их валидности в вопросах

верификации morphea посредством изолированного гистологического исследования. В дальнейшем после получения результатов проводилась совокупная оценка данных анамнеза, объективного обследования и гистологического исследования пациентов.

Результаты: По результатам изолированного гистологического исследования у 73 пациентов (55 женщин и 18 мужчин, средний возраст $24 \pm 5,6$ лет) был верифицирован диагноз ограниченная склеродермия, остальные участники исследования ($n=18$) были включены в контрольную группу для определения специфичности, положительной и отрицательной прогностической значимости исследуемых признаков. Наибольшей чувствительностью обладал «линейный признак» (84,62%), специфичностью – высокое расположение эккринных желез (94,44%), Признаки «квадратная и шаблонная биопсия» наблюдались у 54,79% и 65,75% соответственно. При проведении полного анализа данных пациентов, удалось отметить, что данные гистологические признаки более характерны для больных с фиброзной стадией ограниченной склеродермии, потому как у пациентов с недавним дебютом заболевания они встречались в среднем на 65% реже.

Заключение: Наибольшее число биопсий с верифицированным диагнозом morfea характеризуются наличием высоко расположенных эккринных желез, выраженным разграничением зоны фиброза от гиподермы (линейный признак), а также шаблонностью биопсии. Таким образом, наличие данных проявлений достоверно укажет на диагноз и улучшит диагностические мероприятия.

СОСТОЯНИЕ МИКРОСОМАЛЬНОЙ И МИТОХОНДРИАЛЬНОЙ ФРАКЦИЙ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МОЗГА У КРЫС

Ибрагимов К.У., Садыков А.И., Мухамедов Б.И. Ташкентский
государственный стоматологический институт, Узбекистан
Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический медицинский
университет, Российская Федерация

Печень, являясь депо антиоксидантов в организме, принимает непосредственное участие в адаптационных реакциях организма при церебральной ишемии. Нами изучен уровень генерации АФК в тканях мозга, митохондриальной (МХП) и микросомальной фракциях (МСП) печени при ишемии мозга у крыс. Церебральную ишемию вызывали непродолжительным клипированием левой безымянной артерии, МХП и МСП выделяли дифференциальным центрифугированием. ТБК-активные продукты (ТБК-АП) определяли по Стальной и соавт. спустя 1, 3, 6 и 24, 72 часа и 7 суток после ишемии-реперфузии мозга. Выявлено, что уровень ТБК- АП в мозге, МХП и МСП крыс спустя 1 ч после ишемии реперфузии мозга был повышен в 3,7; 19,4 и 3,2 раза соответственно. Через 3ч количество ТБК- АП имело тенденцию к снижению, однако оставалось выше нормы в 10,3 раза в МХП и 2,1 раза в МСП. В течение последующих 24 часов в МСП имелось «плато» повышенного (в 1,9-2,4 раза) содержания ТБК-АП, а затем постепенное снижение его до уровня контроля к 3 суткам. В МХП имелась совершенно иная динамика изменений ТБК-АП, характеризующаяся тенденцией к некоторому понижению на протяжении первых 6 часов и резким увеличением - в 30,2 раза к 12 ч эксперимента. Спустя 24,72 ч и 7 суток от начала исследования уровень ТБК-АП в МХП оставался выше нормы в 5,1; 10,5 и 2,2 раза.

Вывод. Максимум повышения ТБК-АП в тканях мозга, МХП и МСП совпал, наблюдаясь в 1ч после ишемии-реперфузии мозга. Через 12 ч в тканях мозга имелось понижение генерации АФК до уровня контроля, тогда как в МХП - волнообразный подъём генерации АФК и увеличение ТБК-АП в 30,2

раза. Выявленные разнонаправленные сдвиги уровня ТБК-АП свидетельствуют о системности развития оксидативного стресса в организме и различной его интенсивности в пораженной ткани и печени вследствие перераспределения мощности антиоксидантной системы.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕРМАТОФИТИЙ У ДЕТЕЙ

Икрамова Н.Д., Мавлянова Ш.З., Ибрагимова Г.Р.

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

г. Ташкент

Цель исследования: изучение современных клинико-эпидемиологических особенностей дерматомикозов у детей.

Материалы и методы

Под клиническим наблюдением находились 78 пациента с различными дерматомикозами. Из них лиц мужского пола было 51 (65,4%), а женского пола 27 (34,6%). Микроспория выявлена у 48 детей (61,5%), а трихофития – у 30 детей. (38,5%).

Результаты и обсуждение

Анализ эпидемиологической ситуации по заболеваемости дерматофитиями показал, что основным контингентом больных дерматомикозами являются жители сельской местности, что составило 56,4% (44), тогда как городские жители составили 44,9% (35).

Все больные были дети до 18 лет. Наиболее часто дерматомикозы регистрировались у детей от 7 до 14 лет- у 34 (43,6%), от 15 до 18 лет – у 26 (33,3%) и от 2 до 6 лет у 18 (23,1%) больных.

По клиническим формам преобладала микроспория гладкой кожи и волосистой части головы – у 21 (43,8%), микроспория волосистой части

головы – у человек 17 (35,4%), микроспория гладкой кожи – у 10 (20,1%), Количество патологических очагов варьировало: от 1 до 30.

В структуре заболеваемости трихофитией поражение волосистой части головы наблюдалось у 14 (46,7%) больных, гладкой кожи у 7 (23,3%), волосистой части головы и гладкой кожи у 9 (30%) больных. При этом преобладала инфильтративно-нагноительная форма – у 13 человек (43,3%), поверхностно-пятнистая форма у 10 (33,3%) и у 7 (23,3%) наблюдалась инфильтративная форма трихофитии.

При проведении микроскопических исследований с очагов поражения у всех больных были обнаружены грибы. При культуральном исследовании в этиологии микроспории превалировал зоофильный возбудитель – *Microsporum canis*, который был выявлен в 55% случаев, у 18% больных высеян антропонозный грибок *M. Ferrugineum* и у остальных 27% больных роста гриба не отмечается. Тогда как, в этиологии трихофитии – у 47% больных высеян *Tr. Verrucosum*, у 25,4% больных *Trichophyton mentagrophytes var. Gypseum* и в остальных случаях 27,6% роста гриба не отмечается.

Основным источником заражения микроспорией явились бродячие и домашние кошки, реже послужили внутрисемейные контакты. При трихофитии источником заражения являлись крупный и мелкий рогатый скот, реже источником заражения явились люди, страдающие аналогичной болезнью.

Выводы: Наибольший удельный вес в структуре заболеваемости дерматомикозами у детей принадлежит микроспории. Среди больных преобладают лица мужского пола. Чаще болеют дети в возрасте от 7 до 14 лет. Превалирующим контингентом больных дерматомикозами являются жители сельской местности. Основными источниками заражения при микроспории – это бродячие и домашние кошки, а при трихофитии – крупный и мелкий рогатый скот. Основной спектр возбудителей для микроспории – *M. canis*, а для трихофитии – *Tr. Verrucosum*.

Изучение современных клинико-эпидемиологических особенностей

трихофитии и микроспории у детей, позволит улучшить диагностику дерматомикозов, назначать рациональную терапию с учетом особенностей возбудителя и сократить сроки лечения.

МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ

**Имамов О.С.¹, Абидова З.М.¹, Абдурахимов А.А.^{2,3}, Далимова Д.А.³,
Нурматова С.Б.³**

¹Ташкентский областной КВД, Ташкент, Узбекистан

²Институт биофизики и биохимии при НУУз, Ташкент, Узбекистан

**³Центр передовых технологий при Министерстве инновационного
развития, Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Изучение генетического полиморфизма CYP2D6, CYP2C9, CYP3A4 у больных зоантропонозной трихофитией

Материал и методы исследования. Исследовали образцы венозной крови 172 больных зоантропонозной трихофитией в возрасте от 7 до 66 лет. ДНК в образцах выделяли с помощью Diatom DNA Prep100 (ДНК- технология, Россия), выделенную ДНК проверяли при помощи спектрофотометра (Shimadzu Biotech, Japan). Для выявления полиморфизмов генов CYP2D6 100C> T, CYP3A4*1B A> G (T> G) и CYP2C9*2 (C430T) выполнен дизайн праймеров и зондов. Полиморфизм CYP2C9*2 (C430T) исследовали методом ПЦР в режиме реального времени (RT-PCR). ПЦР анализ проводили с помощью ПЦР-амплификатора Veriti™ 96-Well Thermal Cycler (Applied Biosystems, США). Каждый образец подвергали реакции амплификации, используя специфические праймеры в локусах полиморфизмов CYP3A4*1B и CYP2D6 100C>T. Продукты ПЦР подвергали

рестрикции с применением ферментов *AsuHPI* (для обнаружения полиморфизма С100Т гена *CYP2D6*) и *BfaI* (для полиморфизма А> G гена *CYP3A4*). Полиморфизм *CYP2C9*2* С430Т выявляли методом RT-PCR с использованием специфических праймеров и зондов TaqMan, набора лиофилизированных реагентов GenePak™ PCR Core (ООО «Лаборатория ИзоГен», РФ). Для статистического анализа частоты встречаемости генотипов и аллелей применяли критерий Харди-Вайнберга, Фишера, χ^2 - (X^2 - квадрат). При $P < 0,05$ результат считался достоверным.

Результаты. Для полиморфизма *CYP2D6*10* С>Т (G>A) СС-генотип обнаружен в 110 (64 %), СТ- в 53(30,8 %), ТТ- в 9 (5,2 %) случаях; в сумме СТ+ТТ в 62 (36,0%) случаях; С-аллель встречается в 79,3 %, Т-аллел в 20,6% случаях. Для полиморфизма *CYP2C9*2* С430Т генотип СС отмечался у 152 (88,4%), гетерозиготный тип СТ – у 18 (10,5%), генотип ТТ - у 2 (1,16%) больных. С-аллель встречается значительно чаще (93,6%), чем аллель Т (6,4%). Для полиморфизма *CYP3A4*1B* (rs2740574) ТТ-генотип выявлен у 34 (19,7%), СТ-генотип – у 130 (75,6%), СС-генотип - у 8 (4,6%) больных, в целом (СТ + СС) определялись в 80,25% случаях, т.е. в 4,06 раз чаще, чем ТТ-генотип. Т-аллель выявлялся 1,35 раза чаще (57,6%), чем С-аллель (42,4%).

Выводы. Изучение полиморфизмов *CYP2D6*10* С100Т, *CYP2C9*2* С430Т, *CYP3A4*1B* Т> С (А> G) имеет важное значение в разработке персонализированного подхода к лечению трихофитии. Противогрибковые препараты являются одновременно субстратами и ингибиторами изоферментов *CYP2D6*, *CYP2C9*, *CYP3A4*, у пациентов со сниженной экспрессией метаболических ферментов возможно «самоингибирование», изменение активности Р450 и накопление продуктов метаболизма лекарств. Тестирование полиморфизмов *CYP2D6*10* С100Т, *CYP2C9*2* С430Т, *CYP3A4*1B* Т> С (А> G) позволит оценить риски развития побочных эффектов и скорректировать индивидуальные дозы препаратов.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

Имамов О.С., Абдувахитова И.Н. Маликов К.З.

Ташкентский областной КВД, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Анализ эффективности лечения инфильтративно-нагноительной трихофитии с использованием иммуномодулятора рагосин и внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) с учетом клинико-иммунологических и микробиологических показателей.

Материал и методы исследования. Клинические наблюдения проводили у 137 больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии в возрасте от 13 до 57 лет. Для качественного и количественного анализа микробиоты кожи применяли методы смывов по Willamson et Kligman (2001) с использованием высокоселективных питательных сред (кровяной агар, желточно-солевой агар, Сабуро, Эндо). Определяли концентрацию IL-2, IL-4, IL-8, TNF- α в сыворотке крови с помощью иммуноферментных тест-систем производства ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск, Россия). Статистическую обработку осуществляли методом вариационной статистики, используя прикладные программы Excel-2000.

Результаты. Клинически отмечались множественные очаги, сливающиеся в обширные участки поражения с вовлечением пушковых волос, фурункулоподобными и гранулематозными образованиями, регионарным лимфаденитом, общей интоксикацией. Сопутствующие заболевания (анемия, пиодермии, гонорея, трихомониаз, кандидоз) были у 59 (43,06%) больных. При культуральном исследовании рост грибов получен у 112 больных (81,8%), из них *T. verrucosum* – у 67, *T. mentagrophytes var. gypseum* – у 45. При исследовании симбионтной микробиоты в содержимом пустул в очагах трихофитии в 45 (32,8%) случаях высевали *Staphylococcus aureus* – 44 (32,1%), *Staphylococcus epidermidis* – 26 (18,98%), *Staphylococcus haemolyticus* – 13 (9,48%), реже – грамотрицательные условно-патогенные

микроорганизмы кишечной группы. Установлены разнонаправленные изменения концентраций цитокинов, более выраженные при распространенных формах микоза. Достоверно снижалась концентрация IL-2 - $0,85 \pm 0,10$ пкг/мл (в контроле - $2,11 \pm 0,12$, $P < 0,05$) и IL-4 - $0,64 \pm 0,08$ пкг/мл (в контроле - $2,74 \pm 0,25$, $P < 0,05$), и, напротив, достоверно повышалась концентрация IL-8 - $35,8 \pm 5,05$ пкг/мл (в контроле - $2,31 \pm 0,22$, $P < 0,05$) и TNF- α - $1,48 \pm 0,45^*$ пкг/мл (в контроле $0,67 \pm 0,18$, $P < 0,05$).

Снижение активности клеточного иммунного ответа обуславливает необходимость иммунокоррекции. В комплекс лечения к антимикотическим препаратам (итраконазол, тербинафин) включали отечественный иммуномодулятор рагосин, внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) и их комбинацию. Лечение проводили в группах сравнения: 1 контроль – традиционная (28 больных) терапия; 2- рагосин (34 больных), 3- ВЛОК (43 больных); 4. Рагосин + ВЛОК (30 больных). Рагосин назначали по 0,05 г 1 раз в день по схеме: 3 дня приема - 3 дня перерыва, продолжительность курса 21 день. ВЛОК применяли на аппарате «Лазмик- ВЛОК», с одноразовыми световодами КИВЛ-01, длиной волны 635 нм, мощностью излучения на конце световода 1,5-2мВт; экспозиция 15 минут. Взрослым ежедневно - 10 сеансов, детям - через день всего 5 сеансов.

В процессе лечения с применением рагосина и ВЛОК сокращались сроки клинического выздоровления (соответственно $13,8 \pm 0,27$ дней и $11,6 \pm 0,24$ дней против $16,3 \pm 0,32$ дней в контроле) и микологической негативации (соответственно $22,0 \pm 0,44$ дней и $21,7 \pm 0,3$ дней против $27,0 \pm 0,29$ дней в контроле). Наибольшая эффективность отмечена при сочетании этиотропной терапии с иммуномодулятором рагосином и ВЛОК. Достигнуто 100% клиническое и микологическое излечение, а также нормализация иммунологических показателей и микробиоценоза в очагах поражения в сроки стационарного лечения.

Выводы. Совершенствование комплексной терапии трихофитии остается актуальным в связи с увеличением распространенных

нагноительных форм с осложнениями, активацией сопутствующей микрофлоры и иммунными нарушениями. При использовании ВЛОК, рагосина и их сочетания с традиционными методами потенцируется действие медикаментозных средств, снижается риск развития лекарственных осложнений. ВЛОК является эффективным и безопасным вспомогательным эфферентным (немедикаментозным) методом патогенетической терапии трихофитии, удобным в применении у детей и взрослых.

НОВЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

Имамов О.С., Абдувахитова И.Н. Маликов К.З.

Ташкентский областной КВД

Цель работы – анализ эффективности лечения инфильтративно-нагноительной трихофитии с использованием иммуномодулятора рагосин и внутривенного лазерного облучения крови (ВЛОК) с учетом клинко-иммунологических и микробиологических показателей.

Материал и методы исследования. Клинические наблюдения проводили у 137 больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии в возрасте от 13 до 57 лет. Для качественного и количественного анализа микробиоты кожи применяли методы смывов по Williamson et Kligman (2001) с использованием высокоселективных питательных сред (кровяной агар, желточно-солевой агар, Сабуро, Эндо). Определяли концентрацию IL-2, IL-4, IL-8, TNF- α в сыворотке крови с помощью иммуноферментных тест-систем производства ЗАО «Вектор-Бест» (г. Новосибирск, Россия). Статистическую обработку осуществляли методом вариационной статистики, используя прикладные программы Excel-2000.

Результаты исследования. Клинически отмечались множественные очаги, сливающиеся в обширные участки поражения с вовлечением пушковых волос, фурункулоподобными и гранулематозными образованиями, регионарным лимфаденитом, общей интоксикацией. Сопутствующие заболевания (анемия, пиодермии, гонорея, трихомоноз, кандидоз) были у 59 (43,06%) больных. При культуральном исследовании рост грибов получен у 112 больных (81,8%), из них *T. verrucosum* – у 67, *T. mentagrophytes var. gypseum* – у 45. При исследовании симбионтной микробиоты в содержимом пустиул в очагах трихофитии в 45 (32,8%) случаях высеивали *Staphylococcus aureus* – 44 (32,1%), *Staphylococcus epidermidis* – 26 (18,98%), *Staphylococcus haemolyticus* – 13 (9,48%), реже – грамотрицательные условно-патогенные микроорганизмы кишечной группы. Установлены разнонаправленные изменения концентраций цитокинов, более выраженные при распространенных формах микоза. Достоверно снижалась концентрация **IL-2** - $0,85 \pm 0,10$ пкг/мл (в контроле - $2,11 \pm 0,12$, $P < 0,05$) и **IL-4** - $0,64 \pm 0,08$ пкг/мл (в контроле - $2,74 \pm 0,25$, $P < 0,05$), и, напротив, достоверно повышалась концентрация **IL-8** - $35,8 \pm 5,05$, пкг/мл (в контроле - $2,31 \pm 0,22$, $P < 0,05$) и **TNF- α** - $1,48 \pm 0,45$ *пкг/мл (в контроле $0,67 \pm 0,18$, $P < 0,05$).

Снижение активности клеточного иммунного ответа обуславливает необходимость иммунокоррекции. В комплекс лечения к антимикотическим препаратам (итраконазол, тербинафин) включали отечественный иммуномодулятор рагосин, внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК) и их комбинацию. Лечение проводили в группах сравнения: 1 контроль – традиционная (28 больных) терапия; 2- рагосин (34 больных), 3- ВЛОК (43 больных); 4. Рагосин + ВЛОК (30 больных). Рагосин назначали по 0,05 г 1 раз в день по схеме: 3 дня приема - 3 дня перерыва, продолжительность курса 21 день. ВЛОК применяли на аппарате «Лазмик- ВЛОК», с одноразовыми световодами КИВЛ-01, длиной волны 635 нм, мощностью излучения на конце световода 1,5-2мВт; экспозиция 15 минут. Взрослым ежедневно -10 сеансов, детям - через день всего 5 сеансов.

В процессе лечения с применением рагосина и ВЛОК сокращались сроки клинического выздоровления (соответственно $13,8 \pm 0,27$ дней и $11,6 \pm 0,24$ дней против $16,3 \pm 0,32$ дней в контроле) и микологической негативации (соответственно $22,0 \pm 0,44$ дней и $21,7 \pm 0,3$ дней против $27,0 \pm 0,29$ дней в контроле). Наибольшая эффективность отмечена при сочетании этиотропной терапии с иммуномодулятором рагосином и ВЛОК. Достигнуто 100% клиническое и микологическое излечение, а также нормализация иммунологических показателей и микробиоценоза в очагах поражения в сроки стационарного лечения.

Выводы. Совершенствование комплексной терапии трихофитии остается актуальным в связи с увеличением распространенных нагноительных форм с осложнениями, активацией сопутствующей микрофлоры и иммунными нарушениями. При использовании ВЛОК, рагосина и их сочетания с традиционными методами потенцируется действие медикаментозных средств, снижается риск развития лекарственных осложнений. ВЛОК является эффективным и безопасным вспомогательным эфферентным (немедикаментозным) методом патогенетической терапии трихофитии, удобным в применении у детей и взрослых.

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ТЕРАПИИ КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Исмаилова Г.А., Абидова З.М., Умуров Ф.Ф.

Ташкентская медицинская академия, г. Ташкент,

Узбекистан

Бухарский медицинский институт, г. Бухара, Узбекистан

Цель исследования. Сегодня особую актуальность приобретает разработка и внедрение новых эффективных методов терапии кожного лейшманиоза (КЛ), в связи с учащением случаев появления атипичных и осложненных его форм, трудно поддающихся существующим методам терапии. Цель исследования – оптимизация терапии КЛ путем внедрения нового высокотехнологичного метода лечения.

Материал и методы. Нами обследовано 35 больных кожным лейшманиозом в возрасте от 18 до 65 лет с локализацией очагов на открытых участках тела. У всех обследуемых установлена зоонозная форма лейшманиоза с давностью заболевания от 2-3 недель до 4-5 месяцев с язвенными и осложненными формами заболевания. Изъязвленные лейшманиомы без осложнений отмечались у 15 больных; лейшманиомы с бугорками обсеменения, лимфангоитами и лимфаденитами – у 6 больных. У остальных отмечалась бугорковая стадия лейшманиоза. Всем больным проведено микробиологическое исследование на тельца Боровского. Комплексный метод терапии включал не прямое лимфотропное введение антибиотиков в сочетании с энзимным препаратом лидаза, иммунокорректирующего препарата гозалидон и наружно гель гиалуроната цинка.

Результаты. В зависимости от метода терапии все больные были распределены на 2 репрезентативные по возрасту, клиническим формам, длительности заболевания группы. 1-группа (17 больных, контрольная) – получала антибиотики в виде внутримышечных инъекций или внутрь, наружно-дезинфицирующие и противовоспалительные мази. 2- группа (18 больных) –получала новый комплексный патогенетический метод терапии. Лечение способствовало регрессу всех элементов с образованием поверхностной, легкой рубцовой атрофии кожи, причем лучший эффект был достигнут у больных 2-группы. При этом у больных с осложненными формами (изъязвленная и бугорки обсеменения с лимфангоитами) сроки заживления язв и регресса патологических элементов сократились в среднем на 7,1 и 8,6 дней соответственно, причем, сроки рассасывания воспалительного процесса (рассасывание инфильтрата, очищение язв от некротических и гнойных наслоений) во многом зависели от давности патологического процесса и раннего начала терапии.

Заключение. Новый комплексный метод лечения КЛ, особенно при его осложненных формах, способствует повышению терапевтической эффективности, путем ускорения сроков заживления язвенных элементов, рассасывания воспалительных инфильтратов, более ранней элиминации возбудителя из очагов поражения, а также улучшению качества жизни пациентов.

СОСТОЯНИЕ ИММУННОЙ РЕАКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С АЛОПЕЦИЕЙ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО COVID 19

Исмаилова Г.А., Жандарбекова Ш.А., Алланазарова М.А.

Ташкентская медицинская академия

г. Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Целью наших исследований явилось изучение клинико-иммунологических особенностей алопеции у лиц, перенесших Covid-

19.

Материал и методы. Нами были обследованы и изучены иммунологические показатели 60 больных с очаговой алопецией, перенесших Covid-19, из них 34 мужчин и 26 женщин в возрасте от 18 до 52 лет, т.е. в основном лица молодого возраста. У 38 больных отмечалась очаговая форма гнездной алопеции, у 14 - субтотальная, у 5 - тотальная, у 3 - универсальная формы. Давность заболевания до 6 месяцев отмечалась у 27 больных, до 1 года - у 9, до 3 лет - у 9, до 5 лет - у 6, до 10 лет - у 4, свыше 10 лет - у 5 больных. У 22 больных заболеванию предшествовали стрессовые факторы, у 3 - воздействие средств бытовой химии, у 6 - наличие кишечных паразитов, 29 - не смогли назвать провоцирующие факторы. У всех пациентов были проанализированы в динамике антитела к SARS-CoV-2.

Результаты. Иммунологические исследования показали достоверное снижение Т-лимфоцитов, повышение В-лимфоцитов, достоверные изменения со стороны показателей CD4+ и CD8+. Выявлены достоверные изменения и со стороны таких показателей, как CD16+ и CD95+. Со стороны показателей гуморального звена иммунитета выявлено недостоверное повышение содержания иммуноглобулина G и иммуноглобулина M. Показаны особенности клиники болезни и иммунного статуса, в частности, такой показатель как CD95+ может играть роль маркера определения тяжести течения болезни у перенесших Covid-19. Динамика изменений титра антител к SARS-CoV-2 коррелировала со степенью развития клеточной иммунной недостаточности.

Заключение. Выявленные клинико-иммунологические особенности очаговой алопеции у лиц, перенесших Covid-19 обосновывают необходимость проведения комплексной иммунокорректирующей терапии. Полученные результаты послужили основанием для разработки алгоритма тактики ведения, диагностики и терапии больных с алопецией после перенесенного

Covid-19.

СЛУЧАЙ ПОДНОГТЕВОЙ КЕРАТОАКАНТОМЫ

Коваленко А.А., Рахматов А.Б.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан**

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

Пациентка А.С., 1992 г.р., жительница г.Ташкента, обратилась в кабинет подологии с жалобами на болезненное образование, располагающееся под ногтевой пластинкой и дистальной части концевой фаланги большого пальца левой кисти. Anamnesis morbi: со слов пациентки данное образование появилось 8 месяцев назад, когда после небольшой травмы на этом месте образовалось небольшое уплотнение кожи. Пациентка не уделяла должного внимания данному элементу, который иногда самостоятельно срезала ножницами. В последние 1-2 месяца появилась нарастающая болезненность, ввиду чего пациентка обратилась в подологический кабинет г.Ташкента. Anamnesis vitae: родилась в срок, наследственность не отягощена. Вредных привычек не имеет. Замужем имеет двух детей. Mensis с 12-ти лет, регулярные. Аллергических заболеваний не имеет. Из перенесенных заболеваний указывает только детские инфекции. Профессиональных вредностей не имеет. Status localis: кожно-патологический процесс носит ограниченный характер и располагается на кончике большого пальца левой кисти, где отмечается уплотнение кожи без воспалительной реакции, данное образование уходит под ногтевую пластинку, которая практически не изменена (отсутствуют продольные и поперечные борозды, поверхность гладкая, матового оттенка). При пальпации уплотнения возникает сильная болезненность. Шелушение

элемента отсутствует. Были проведены общеклинические анализы, которые не выявили каких-либо изменений. Было проведено рентгенографическое исследование большого пальца левой кисти, которое выявило наличие четко очерченной эрозии дистальной фаланги в форме чаши. Периостальной реакции не отмечалось. Гистологически был подтвержден диагноз: подногтевая кератоакантома. После установления клинического диагноза травматологами была проведена широкая эксцизия очага поражения. Рекомендовано дальнейшее наблюдение и применение препаратов, улучшающих трофику костной ткани. Следует указать, что в данном случае речь идет о редком, болезненном варианте кератоакантомы, причем с локальным образованием остеолитического дефекта. Для подтверждения диагноза возможно исследование онкомаркера «Ki-67».

ЭРИТРОДЕРМИЧЕСКАЯ ФОРМА КРАСНОГО ВОЛОСЯНОГО ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ ДЕВЕРЖИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

¹Курбонов О.Ж., ²Мухамедов Б.И., ³Колдарова Э.В.

¹Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница

МЗ РУз, Ташкент

²Ташкентский государственный стоматологический институт

**³Республиканский специализированный научно – практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз**

Актуальность. Красный волосяной отрубевидный лишай/ болезнь Девержи (БД) — редкое воспалительное, хроническое папулосквамозное заболевание, характеризующееся красными узелками с мелкими чешуйками, расположенными возле отверстий волосяных фолликулов. Ранее БД рассматривался как дерматоз с аутосомно-доминантным типом наследования (6,5% случаев), однако в последние 10—15 лет заболевание считают гетерогенным, включающим также и спорадическую формы с пиками в период с

первого по второе и с пятого по шестое десятилетие жизни, которые клинически и гистологически идентичны. Спорадическая форма характеризуется острым началом чаще у лиц старше 50 лет, быстрым распространением и развитием эритродермии, более частым поражением ладоней, чем подошв. Провоцирующими факторами выступают инсоляция, ожоги, травмы, прививки, прием лекарственных препаратов. Эритродермия при БД весьма узнаваема, так как на фоне сплошной эритемы определяются характерные участки непораженной кожи, монетовидной формы диаметром около 1 см, как бы «погруженные» в окружающую гиперемиию. Шелушение имеет неоднородный характер: чешуйки на верхней половине тела мелкопластинчатые, на нижней – чаще крупнопластинчатые.

Клинический случай. Под нашим наблюдением находился больной Р., 1968 г.р, гражданин Казахстана, в начале февраля 2022 г. был госпитализирован в стационарное отделение Республиканской кожно-венерологической клинической больницы МЗ РУз (РКВКБ) с жалобами на высыпания на коже лица, туловища, верхних и нижних конечностей, сопровождающиеся сильным, упорным зудом. Из анамнеза - считает себя больным с середины декабря 2021 г., когда впервые появились зудящие высыпания на коже туловища при обращении к гастроэнтерологу с жалобами на тяжесть в правом подреберье, вздутие и урчание живота, склонность к запорам, потерю 7-8 кг за последние 3 года, общую слабость. Начало заболевания связал с нарушением диеты. При первичном обращении к гастроэнтерологу на основании жалоб, анамнеза, УЗИ органов брюшной полости. Был выставлен диагноз - Хронический панкреатит с внешнесекреторной недостаточностью, неполная ремиссия. Хронический катаральный гастрит. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Дерматологом в КВД по месту жительства был установлен диагноз «Аллергический дерматит», рекомендовано - общий анализ крови, биохимический анализ крови, ИФА крови на витамин Д, HBsAg, HcVAg, ВИЧ, на лямблии и аскариды. Было назначено: антигистаминные (дезлоратадин), сорбент (лактоцил), наружно – крем вегтазон (мометазон) и

крем на димедроле. По результатам анализов: ИФА на HBsAg – положительный (27.12.2021); ИФА на HcVAg, ВИЧ – отрицательный (27.12.2021); ИФА на лямблии и аскариды (29.12.2021)– в крови обнаружены аскариды; ИФА на витамин Д -7,5 нг/мл 48,44 (N 30-100) (27.12.2021). При повторной консультации гастроэнтерологом установлен диагноз: Впервые выявленный хронический вирусный гепатит В, в стадии ремиссии. Аскаридоз кишечника. Рекомендовано – противоглистная терапия, гепатопротекторы, желчегонные, витамин Д; контрольный 3хкратно отрицательный анализ на я/г после лечения. В связи с увеличением зуда, отсутствием эффекта от лечения в январе 2022 года обратился к другому дерматологу с жалобами на высыпания, зуд и шелушение в течение 1 месяца. Был поставлен диагноз – «Токсикодермия», рекомендовано – раствор дексаметазон 12 мг в/в капельно №5- 8 мг № 5; антигистаминные (фексофенадин 120 мг), наружно – топическая глюкокортикостероидная мазь (афлодерм). В связи с отсутствием эффекта от лечения и прогрессированием высыпаний был госпитализирован в РКВКБ МЗ РУз.

Аллергоанамнез не отягощен, наследственные заболевания отрицает. При осмотре кожно - патологический процесс на коже носит распространенный хронический, воспалительный характер, локализуется на коже лица, верхней части туловища, верхних конечностях, представлен полиморфными высыпаниями. На коже туловища и конечностей высыпания представлены папулами ярко-красного цвета диаметром до 0,5 см с тенденцией к слиянию. При пальпации боковых поверхностей туловища отмечается симптом «терки». На фоне сплошной эритродермии имелись "островки" здоровой кожи, так называемые «белые окна». На коже лица на фоне эритемы наблюдались чешуйки и корочки, а в области передней поверхности шеи и области декольте на пораженной коже — серо-коричневые плотные чешуйки. В области ладоней и подошв выявлен гиперкератоз, более выраженный в области подошв, многочисленные болезненные трещины. Лимфатические узлы не увеличены. Дермографизм красный. Субъективно — интенсивный зуд.

Диагноз при госпитализации – красный волосяной отрубевидный лишай Девержи эритродермическая форма. По результатам анализов - в ОАК – эозинофилия 7%, ОАМ – без особенностей, в биохимическом анализе крови – незначительное повышение печеночных ферментов. Гистологическое заключение: выраженный гиперкератоз с роговыми инвагинациями, невыраженный акантоз. Зернистый слой дифференцирован, местами утолщен. В нескольких местах в устье волосяного фолликула определяется роговая пробка. В дерме отмечается периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация. Гистологическая картина соответствует диагнозу – Псориаз красный волосяной отрубевидный (болезнь Девержи). Пациенту был назначен р-р дексаметазона 8 мг в/м №7, 4 мг №3; десенсибилизирующая терапия, гепатопротекторы, препарат калия, системные ретиноиды - капсулы неотигозона 30 мг с последующим снижением дозы до 10 мг; наружно - крем Дексерил, крем Дермавейт. Из физиотерапевтических процедур – ВЛОК.

Выводы: Представленное клиническое наблюдение является наглядным примером возрастающей в последнее время спорадической формы болезни Девержи. Мы наблюдали трансформацию процесса, начавшегося как токсикодермия, в остропротекающую, эритродермическую форму болезни Девержи с характерными клиническими проявлениями (симптомами «терки», «белых окон», кератодермия на фоне эритемы с желтоватым оттенком, гиперемия кожи лица). При наблюдении пациентов с эритродермией необходимо проведение гистологического исследования для постановки правильного диагноза, так как назначение неадекватной терапии может ухудшить состояние пациента. После назначения неотигозона нами отмечался выраженный регресс вышеуказанных симптомов, что подтверждает диагноз болезни Девержи.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Ташкентский государственный стоматологический институт
Ферганский институт общественного здравоохранения
Лапасов О.А., Сыдилов А.А., Азизов Б.С., Агзамходжаева С.С.

Актуальность: Актуальность изучения базальноклеточного рака кожи продиктована тем, что данная опухоль является самой распространенной, и ее инцидентность в настоящее время растет. В структуре кератиноцитарных опухолей на долю БКРК приходится 80%. На сегодняшний день инцидентность БКК значительно возросла, и соотношение БКРК к СКК составляет уже 2:1. Второй актуальной проблемой в изучении БКРК являются экономические затраты на лечение пациентов, и они напрямую зависят от длительности курации пациента. Обнаружение опухоли в дебюте существенно сократит объем и сроки лечения. Это диктует необходимость повышения онкологической настороженности населения, а также оптимизации диагностического алгоритма заболевания.

Цель исследования: обосновать значимость диагностического теста на БКК в начальной стадии в целях улучшения диагностических мероприятий.

Материалы и методы: 33 пациента в возрасте от 39 до 87 лет (средний возраст составил 63 года) были обследованы и включены в исследование. Критерием включения являлась клиническая картина - наличие эритематозного пятна розового цвета с неровными четкими границами и возможным незначительным шелушением на поверхности

Все пациенты были разделены на три группы. В первую группу были включены 18 пациентов с клиническим диагнозом базально-клеточная карцинома, во вторую - 9 больных с плоскоклеточным раком кожи и в третью - 6 больных актиническим кератозом.

Всем пациентам была проведена процедура криотерапии. Через 12 часов после процедуры мы проводили динамическую оценку клинических и

дерматоскопических признаков относительно изначальных, а затем иссекали новообразование с целью определения гистологических изменений, связанных с процедурой и верификации диагноза. В случае формирования полупрозрачных или перламутровых папул тест считался положительным.

Результаты собственных исследований: При оценке тканевых изменений посредством дерматоскопии через 12 – 24 часов после орошения очага поражения жидким азотом формирование полупрозрачных/перламутровых папул по периферии очага поражения произошло у 16/18 больных 1 группы (89%). Во второй группе у 7 больных из 9 (78%) результат был отрицательным, в то время как у 2 – неспецифический (22%). Пациенты 3 группы показали отрицательный результат (6/6, 100%).

Специфичность теста составила 88,24%, чувствительность – 88,89%, положительная прогностическая значимость – 88,89%, отрицательная прогностическая значимость – 78,94%. По полученным данным тест можно признать валидным и практически применимым.

Для контроля результатов после проведения теста всем исследуемым была проведена биопсия кожи из очага поражения

У всех пациентов 1 группы определялись «палисад» из базальных кератиноцитов (35/35, 100%) и наличие искусственной щели, что является патогномоничными признаками базально—клеточной карциномы.

Отличительным гистологическим признаком пациентов второй группы было наличие анаплазии/полиморфизма кератиноцитов различной степени.

При анализе гистологических препаратов пациентов 3 группы были обнаружены следующие признаки: клеточная атипия/полиморфизм, апоптотичные клетки, наличие митозов, толщина опухоли до 1 мм.

Заключение: Таким образом, предлагаемый малоинвазивный диагностический тест имеет потенциальное преимущество в сравнении с рутинными методами исследования и может восполнить пробелы при верификации диагноза в данном случае. Также стоит отметить, что проведение гистологического исследования у пациентов с недавней

манифестацией БКРК, когда новообразование представлено эритематозным пятном, может быть мало информативно ввиду того, что специфические признаки новообразования еще не сформировались. Так, помимо гистологического исследования необходим подбор более точных дифференциально-диагностических критериев диагностики БКК.

**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ АЛЛЕЛЬНЫХ
ВАРИАНТОВ ГЕНА ФЕРМЕНТА ДЕТОКСИКАЦИИ GSTP1 У
БОЛЬНЫХ С АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ,
ПРОЖИВАЮЩИХ В УСЛОВИЯХ УЗБЕКИСТАНА**

Мавлянова Ш.З., Кодирова М.А.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз**

Акантолитическая пузырчатка (АП) – представляет собой одним из тяжелых форм буллезных дерматозов, в основе которого лежит аутоиммунный процесс, характеризующиеся воздействием аутоантител к антигенам межклеточной субстанции - белков десмосомального аппарата, молекул адгезии многослойного плоского эпителия, что способствует разрыву связей между клетками эпидермиса.

В этиопатогенезе заболеваемости представляет сопротивляемость организма, определяемая его генетическим статусом больного. Данные литературы указывают на то, что в развитие многих заболеваний важное значение придается генам детоксикации ксенобиотиков.

Цель работы — изучить особенности выявляемости и влияния полиморфизма генов второй фазы детоксикации ксенобиотиков GSTP1 на клиническое течение акантолитической пузырчатки.

Материал и методы исследования. Обследовались 32 больных с акантолитической пузырчаткой в возрасте от 18 до 64 лет, наблюдавшихся на базе клиники РСНПМЦДВиК МЗ РУз. У всех больных проводили обще –

клинические, биохимические, цитологические и гистологические, молекулярно-генетические, статистические исследования.

Результаты исследования. По клинической форме среди 32 больных АП у 29 больных диагностирована вульгарная пузырчатка (90,6%) и у 3 – себорейная форма, что составила 9,4% случаев.

Результаты исследования показали, что сравнительный анализ частот распределения аллелей и генотипов полиморфизма *C.313A>G* гена GSTP1 среди 64 образцов ДНК у 32 больных акантолитической пузырчаткой в 46,8% случаев выявило наличие нормального аллеля А и в 33% случаев – неблагоприятного аллеля G соответственно. Тогда как, в контрольной группе частота встречаемости мутантного аллеля гена фермента ксенобиотиков GSTP1составило 12,5% , что в 4,2 раз было ниже по сравнению с основной группой ($P<0,05$).

Выявлены повышенные ассоциации «функционально неблагоприятных» генотипов А/G и G/G – 68,7% и 18,7% соответственно. Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития АП в основной группе при наличии полиморфизма А/G и G/G в 3,5и 13,4 раз выше по сравнению с контрольной здоровой группой. ($P<0,05$)

Выводы:

Аллель G и гетеро/гомозиготные генотипы полиморфизма *C.313A>G* гена GSTP1 являются значимыми маркерами повышенного риска развития акантолитической пузырчатки в Узбекистане ($P<0.05$). Аллель А и функционально благоприятный генотип А/А являются достоверными протективными маркерами в отношении развития акантолитической пузырчатки.

К СОСТОЯНИЮ КОЛОНИЗАЦИОННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Мавлянова Ш.З., Мирзакулова Ш.Н.

**Республиканский Специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз,
Ташкент**

В последнее время особое внимание уделяется условно-патогенным микроорганизмам, поселяющиеся биосубстраты - кожи, слизистые оболочки организма человека. Количество микроорганизмов и их видовой состав на поверхности кожи здоровых людей характеризуются определенным постоянством [Бухарин О.В., 1999; Мавлянова Ш.З.2014]. Различные формы нарушения гомеостаза, включая заболевания кожи, снижают ее защитные свойства и изменяют состав микрофлоры. [Abek D., Mempel M., 1998]. По данным Сергеева А.Ю (2000), взаимодействие организма больного и микроорганизмов может определяться как повышенной колонизацией флоры, так и сенсibilизацией макроорганизма к ней, в результате чего инфекционные агенты могут играть непосредственную роль в поддержании не только инфекционного, но и аллергического воспаления.

Целью наших исследований явилось оценка состояние микробиоты кожи у больных атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Обследованы 137 больных с аллергическими заболеваниями кожи в возрасте от 4 до 48 лет. Среди них лица мужского пола составили – 66 и женского – 71. Клинические исследования показали, что среди 137 больных эритематозно-сквамозную форму отмечали – у 31 (22,6%) , 38 (27,7%) - эритематозно-сквамозную с лихенификацией, 33 (24,1%) - лихеноидную, 20 (14,6%) - экссудативную форму и 15 (10,9%) –отмечали пруригинозную форму. У всех проводили клинически , микробиологические и иммунологические исследования. Контрольную группу составили – 43 здоровых лиц соответствующего возраста.

Для культуральных исследований использовали 5% кровяной агар, среда Эндо, Клиглера, а также солевой агар с добавлением манита и была проведена инкубация в термостате при 36,8 °С градуса. Статистическая обработка результатов проводили с помощью программы Statistika V.55A с использованием критерия Шапиро-Уилка (2006).

Результаты исследования. Микробиологические исследования кожи среди 137 больных с аллергодерматозами показали, что у 124 пациентов на коже в очагах поражения были высеяны грамм+ хемоорганотропные факультативно-анаэробные бактерии из семейства *Mycrococcaceae* – *Staphylococcus* spp., что составило 90,5%.

По видовой идентификации *Staphylococcus* spp. среди наибольшее количество высеваля St. Aureus - 55,9% случаев, 36,5% - - St. Saprophyticus, St. Haemoliticus – в 22,6% и St. Epidermidis – в 15,1% случаев соответственно. Тогда как в контрольной здоровой группе наиболее часто высеваля условно-патогенная флора St. Epidermidis –6,9%. Результаты исследования антибактериальной чувствительности показали, что условно- патогенная флора *staphylococcus* spp., выделенная из очагов поражения у больных аллергодерматозами наиболее была чувствительна к антибиотикам фторхинолонового и цефалоспоринового ряда – 74,5% соответственно, аминогликазидам – 65,4% и макролидам – 46,9% соответственно.

Результаты ПЦР исследования показали частую выявляемость генотипов MRSA –в 52,3%, MSSA – 12,7%, MRCoNS – 18,2% соответственно.

Следует отметить, что патогенная флора на коже у больных АД имели повышенную колонизацию – более 60 КОЕ (при норме до 8-11 КОЕ) , (P <0,05), что свидетельствует о развитии синдрома колонизационной резистентности , обусловленной повышенной обсемененностью патогенной флорой.

Выводы: Таким образом анализ полученных результатов бактериологических и ПЦР – исследования показали, что у больных

атопическим дерматитом отмечается повышенная высеваемость условно-патогенной флоры семейства Mucosocaceae – Staphylococcus spp. – 90,5%. Наиболее часто выделяли метициллин-резистентные формы MRSA – в 52,3%, MSSA – 12,7%, MRCoNS – 18,2% соответственно. Полученные данные свидетельствует о развитии о нарушения колониционной резистентности, обусловленной патогенной флорой staphylococcus spp., способствующий возникновению суперинфекции кожи у больных атопическим дерматитом.

Анализ частоты выявляемости аллельных вариантов гена фермента детоксикации GSTP1 у больных с акантолитической пузырчаткой, проживающих в условиях Узбекистана

Мавлянова Ш.З., Кодирова М.А.

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

Акантолитическая пузырчатка (АП) – представляет собой одной из тяжелых форм буллезных дерматозов, в основе которого лежит аутоиммунный процесс, характеризующийся воздействием аутоантител к антигенам межклеточной субстанции – белков десмосомального аппарата, молекул адгезии многослойного плоского эпителия, что способствует разрыву связей между клетками эпидермиса.

В этиопатогенезе АП лежит сопротивляемость организма, определяемая его генетическим статусом больного. Данные литературы указывают на то, что в развитие многих заболеваний важное значение придается генам детоксикации ксенобиотиков.

Цель работы: изучить особенности выявляемости и влияния полиморфизма генов второй фазы детоксикации ксенобиотиков GSTP1 на клиническое течение акантолитической пузырчатки.

Материал и методы исследования. Обследовались 32 больных с

акантолитической пузырьчаткой в возрасте от 18 до 64 лет, наблюдавшихся на базе клиники РСНПМЦДВиК МЗ РУз. У всех больных проводили общеклинические, биохимические, цитологические, гистологические, молекулярно-генетические и статистические исследования.

Результаты исследования. По клинической форме среди 32 больных АП у 29 больных диагностирована вульгарная пузырьчатка (90,6%) и у 3 себорейная форма, что составило 9,4% случаев.

Результаты исследования показали, что сравнительный анализ частот распределения аллелей и генотипов полиморфизма *C.313A>G* гена *GSTP1* среди 64 образцов ДНК у 32 больных акантолитической пузырьчаткой в 46,8% случаев выявило наличие нормального аллеля *A* и в 33% случаев неблагоприятного аллеля *G* соответственно. Тогда как, в контрольной группе частота встречаемости мутантного аллеля гена фермента ксенобиотиков *GSTP1* составила 12,5%, что в 4,2 раз было ниже по сравнению с основной группой ($P<0,05$).

Выявлены повышенные ассоциации «функционально неблагоприятных» генотипов *A/G* и *G/G* – 68,7% и 18,7% соответственно. Согласно коэффициенту соотношения шансов, риск развития АП в основной группе при наличии полиморфизма *A/G* и *G/G* в 3,5 и 13,4 раз выше по сравнению с контрольной здоровой группой ($P<0,05$).

Выводы:

Аллель *G* и гетеро/гомозиготные генотипы полиморфизма *C.313A>G* гена *GSTP1* являются значимыми маркерами повышенного риска развития акантолитической пузырьчатки в Узбекистане ($P<0,05$). Аллель *A* и функционально благоприятный генотип *A/A* являются достоверными протективными маркерами в отношении развития акантолитической пузырьчатки.

АССОЦИАЦИЯ КЛЕЩЕЙ РОДА DEMODEX FOLLICULORUM С ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ

¹Маликова Н.Н., ²Арифов С.С.1-Ташкентский государственный
стоматологический институт, Узбекистан, Ташкент
2-Центр развития профессиональной квалификации медицинских
работников Узбекистан, Ташкент

Цель исследования. Изучить ассоциацию клещей рода Demodex folliculorum с психоневрологическими патологиями у пациентов с акне.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 66 больных в возрасте от 11 до 27 лет. Мужчин было 35 (53,1%), женщин – 31 (46,9%). Средний возраст больных составил 20,5 лет и среди больных преобладали лица в возрасте от 11 до 18 лет (47%) и с длительностью заболевания от 1 до 3 лет (33,3%). Клещи рода Demodex folliculorum в очаге поражения у больных с акне определяли с помощью микробиологического метода.

Результаты. У 16 (24,2%) из 66 больных мы выявили различные психоневрологические расстройства. Из них депрессивное состояние установлено у 8 (12,1%) больных, тревожная симптоматика – у 6 (9,1%), суицидальные мысли - у 1 (1,5%) и нейроциркуляторная дистония – у 1 (1,5%) больной. Клещи рода Demodex folliculorum были выявлены у 33 (50%) больных. При изучении ассоциации данных клещей у больных акне с наличием и отсутствием психоневрологических болезней установлено, что среди пациентов с психоневрологическими болезнями у 21 (31,8%) больного клещи рода Demodex folliculorum были обнаружены, у 13 (19,7%) – не были обнаружены. Тогда как, у больных с акне, которые не страдали психоневрологическими расстройствами клещи были выявлены у 12 (18,2%) больных и отсутствовал – у 20 (30,3%).

Выводы. У больных с акне сочетанными с психоневрологическими расстройствами часто выявляются клещи рода Demodex folliculorum, что

необходимо учесть при планировании лечебных мероприятий.

ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С АКНЕ

¹Маликова Н.Н., ²Арифов С.С.

**1-Ташкентский государственный стоматологический институт,
Узбекистан, Ташкент**

**2-Центр развития профессиональной квалификации медицинских
работников Узбекистан, Ташкент**

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости психоневрологических патологии у пациентов с акне.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 66 больных в возрасте от 11 до 27 лет. Мужчин было 35 (53,1%), женщин – 31 (46,9%). Средний возраст больных составил 20,5 лет и среди больных преобладали лица в возрасте от 11 до 18 лет (47%) и с длительностью заболевания от 1 до 3 лет (33,3%).

Результаты. Больных с комедональной формой диагностирована у 42,4%, папуло-пустулезной – 47% и конглобатной – 10,6%. Все наблюдаемые пациенты прошли тщательное клинико-лабораторные исследования и были консультированы у смежных специалистов. По результатам диагностических исследований у 34 (51,5%) из 66 больных были диагностированы различные коморбидные патологии. У большинства пациентов (16 человек - 24,2%) мы выявили психоневрологические расстройства. Из них депрессивное состояние установлено у 8 (12,1%) больных, тревожная симптоматика – у 6 (9,1%), суицидальные мысли - у 1 (1,5%) и нейроциркуляторная дистония – у 1 (1,5%) больной.

Выводы. По результатам данного исследования 51,5% больных акне имеют различные коморбидные патологии и среди них часто диагностируются психоневрологические расстройства (24,2%), что необходимо учесть при планировании лечебных мероприятий.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЛАМЕЛЛЯРНОГО ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА

Маннанов А. М., Тураева Ф.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Ламеллярный или пластинчатый ихтиоз относится к группе наследственных заболеваний кожи, который переходит аутосомно-рецессивным путем. Заболевание обычно встречается в близкородственных браках. Учитывая то, что во многих регионах Узбекистана часто наблюдается родственные браки, имеет большое значение изучение течения и улучшение методов лечения данного заболевания. При рождении заболевание чаще всего проявляется в виде «коллоидного плода». В патогенезе данного вида ихтиоза причиной заболевания (примерно у 50—60%) является мутация в гене, кодирующем фермент трансглутаминазу 1 (TGM1).

Цель исследования: Учитывая редкую встречаемость данного заболевания, приводится описание клинического случая ихтиоза и лечение.

Материалы и методы. Было проведено сбор анамнеза, оценка клинических симптомов и лабораторных данных.

Результат исследования. Ребенок возраста 1 года поступил в клинику с выраженным шелушением и сухостью кожи. Из анамнеза ребенок от 1 беременности 1 ребенок в близкородственном браке. При рождении кожа ребенка была покрыта тонкой плёнкой. Общее состояние больного при поступлении тяжелое. При осмотре больного кожа полностью покрыта грубыми чешуйками, напоминая черепицу и выражена эритродермия. Также обнаруживаются вывороты век (эктропион) и деформация ушных раковин. На ладонях и подошвах наблюдается

кератодермия и глубокие трещины. Ногтевые валики воспалены, выражена дистрофия ногтей.

Из проведенного лабораторных исследования общего анализа крови было выявлено анемия 1 степени. В общем анализе мочи и кала патологических изменений не выявлено.

Заключение невропатолога: Дизэмбриогенез – аномалия развития ЦНС.

Данные анамнеза, клинические данные, а также результаты гистологического и лабораторных исследований позволили установить диагноз: ламеллярный врожденный ихтиоз.

Терапия пациента включало гормональные, десенсибилизирующие, антигистаминные препараты и витаминотерапию. Наружно было назначено смягчающие и кератолитические средства.

Выписан из стационара с клиническим улучшением, проведенная терапия способствовала уменьшению гиперемии кожного покрова, интенсивности зуда и шелушения кожи, размягчению жестких чешуек, эпителизации болезненных трещин.

Выводы. Приведенный клинический случай ламеллярного ихтиоза редко встречается в практике врача-дерматовенеролога. Учитывая частую встречаемость болезни в близкородственных браках и отсутствия этиологической терапия данной болезни, врачам-дерматовенерологам следует проводить профилактические мероприятия, в частности назначать медико-генетическую консультацию, проводить беседу с родителями о высоком риске рождения больного ребенка, а также о возможности мертворождения при высокой степени экспрессивности, а также летального исхода от сепсиса, пневмонии и др. заболеваний. Данный контингент больных подлежит диспансерному наблюдению и комплексному лечению с целью поддержания приемлемого уровня качества жизни.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ГЕРПЕТИФОРМНОЙ ЭКЗЕМЫ КАПОШИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У РЕБЕНКА 1 ГОДА

Маннанов А.М, Бердикулов Ж.З.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность проблемы: Атопический дерматит хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи со сложным патогенезом, с участием генетической предрасположенности, дисфункции иммунологического и эпидермального барьера, а также факторов окружающей среды. Из за дисфункции иммунологического и эпидермального барьера в течении АтД может присоединит вирусные и бактериальные инфекции. Герпетиформная экзема это осложнение атопический дерматита у детей, спровоцированное вирусом простого герпеса. По данным М. Figue наблюдавших в течение 6 мес пациентов с атопическим дерматитом были диагностированы следующие осложнения: герпетические экзема Капоши у 2,4% детей раннего возраста, у 2,5% детей старшего возраста и у 3,5% взрослых.

Цель исследования. Изучить особенности клинического течения вирусных инфекции на фоне атопического дерматита у детей.

Материалы и методы исследования. Сбор анамнеза оценка клинических и лабораторных данных

Результаты. Под нашим наблюдением находилось девочка 1 года. Со слов матери, ребенок с 2 месяцев жалуется на высыпания на теле. В последние 15 дней у ребенка наблюдалось простуда и лихорадка. усиление сыпи на лице и на теле ребенка. При осмотре кожный патологический процесс носил распространенный характер. Очаги располагались на коже лица в области лба, туловища в области шеи, разгибательной поверхности верхних и нижних конечностей. Представлен множественными везикулами и

пустулами куполообразной формы с пупкообразным западением в центре и воспалительным валиком по периферии. Данные элементы сливались в обширные очаги со сгущением на коже лба, шеи, груди, тыльной поверхности кистей с участками мокнутия и гнойно-геморрагических корочек. В местах вскрывшихся элементов образовались эрозии. Отмечалась выраженная сухость кожных покровов. На коже нижних конечностях обнаруживается мелкопластинчатое шелушение. Дермографизм белый стойкий.

На основе анамнеза, клинических и лабораторных данных выставлен диагноз герпетиформная экзема Капоши и назначена , элиминационная диета, десенсибилизирующие(кальций глюконат 10%), этиотропные(ацикловир 0.2 мг,Виферон свеча 150000 МЕ) антигистаминные(хлорперамин, Фенистил капли), ферментные препараты (Мезим форте) и витаминотерапия (Нейромультивит, Аэвит), наружно фукорцин рр, ацикловир мазь, левамиколь мазь, целистодерм В крем. Уже через 3 суток отмечалась положительная динамика кожного процесса и общего состояния. Пораженная кожа начала очищаться от геморрагических корок. Кожные высыпания постепенно регрессировали. На месте отторжения геморрагических корок оставалась вторичная пигментации.

Выводы. Представленное нами клиническое наблюдение ребенка с герпетиформной экземой Капоши показало, что ранняя диагностика и своевременно начатая комплексная терапия являются определяющими факторами благоприятного прогноза осложнений атопического дерматита.

ПОКАЗАТЕЛИ ИММУНОЙ РЕАКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Маннанов А.М., Мун А.В.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, Ташкент

Граничная склеродермия (ОС) или «морфеа» - хронический аутоиммунный дерматоз с прогрессирующим поражением соединительной ткани дермы и гиподермы, без вовлечения в процесс внутренних органов с преобладанием фиброзно-склеротических и сосудистых нарушений по типу облитерирующего эндартериолита с распространенными вазоспастическими изменениями. В настоящее время этиология ОС до конца не изучена, несмотря на множество исследований, заболевание, развивается на фоне генетически обусловленного несовершенства иммунорегуляторных процессов, следствием чего является образование антител к собственным клеткам и их компонентов, возникновение иммунокомплексного воспаления, приводящее к повреждению тканей. Существуют данные о важной роли нарушений клеточного иммунитета в развитии фиброза при ОСД.

Цель. Изучить влияние иммунитета на течение и прогноз ограниченной склеродермии у детей.

Материалы и методы. Нами было исследовано 68 больных детей ограниченной склеродермией, из них 38 детей (55,2%) имели линейную форму заболевания, 28 больных (41,2%) бляшечную, склероатрофический лишай был диагностирован у 2 детей (2,9%). Мониторинг состояния системы клеточного иммунитета проводился методом иммунофенотипирования с использованием специфических моноклональных антител к поверхностным молекулам CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD23, CD38, CD95. Содержание иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Определение концентрации циркулирующих иммунных комплексов проводили по методу Ю.А.Гриневича и А.Н.Алферова (1981).

Результаты. В данных иммунологического исследования периферической крови обследуемых больных ОСД было выявлено угнетение Т-системы иммунитета - статистически достоверное снижение процента общих Т-лимфоцитов - CD3, особенно выраженное в стадии эритемы и отека и атрофической и составило 13,3%, а в стадии уплотнения – 7,4% по

сравнению с показателем контрольной группы. Также отмечено снижение Т-хелперов - CD4: при стадии эритемы и отека в 1,3 раза, при склеротической и атрофической - в 1,2 раза. Содержание цитотоксических CD8- лимфоцитов достоверно уменьшалось при стадиях эритемы и отека и склеротической в среднем на 22,3%. В результате более значительного угнетения CD8, индекс иммунной регуляции повысился в среднем на 21,4%, чем в группе контроля. Выявлено достоверное повышение числа активированных В-лимфоцитов - CD20+. На стадии эритемы и отека наблюдается повышение числа В-лимфоцитов в 2,8 раз, а на стадии склерозирования и атрофии – в 1,8 раз. В-лимфоциты играют важную роль в патогенезе аутоиммунных заболеваний, что также явилось важным диагностическим и прогностическим маркером ОС у детей.

Выявлен выраженный иммунодефицит в Т-клеточном звене иммунитета, который проявляется подавлением экспрессии CD3+, CD4+, CD8+, повышением экспрессии CD20+ В-лимфоцитов, а также активацией медиаторов воспаления - CD25+ и CD95+.

Увеличение иммунорегуляторного индекса свидетельствовало об активизации иммунной системы.

Выводы. ОСД в зависимости от стадии воспалительного процесса сопровождается уменьшением количества общих лимфоцитов крови за счет субпопуляций, а именно Т-хелперов CD4 и Т-супрессоров CD8. В патогенезе ОСД важная роль принадлежит активации Т-клеточного звена иммунной системы в коже, характеризующееся появлением иммунного воспаления, преимущественно из CD4- и CD8-лимфоцитов, а также клеток- продуцентов ИЛ-1 и ИЛ-2, которые являются медиаторами воспаления. Появление в эпидермисе цитотоксичных CD8-лимфоцитов способствует его деструкции.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19

Миродилова Ф.Б., Исмаилова Г.А.

Ташкентская медицинская академия

г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования: Как стресс, вызванный в период пандемии, так и сама инвазия SARS-CoV-2 являются генеративными элементами иммунодефицита у людей, ситуация, которая может быть использована вирусом герпеса для реактивации и заражения хозяина. Лечение герпесвирусных инфекций, в первую очередь направлено на подавление репродукции вируса в период обострения и формирование адекватного иммунного ответа. Цель настоящего исследования – на основе оптимизации терапии простого герпеса достичь купирования рецидива в наиболее короткие сроки, сокращения сроков реэпителизации, снижения частоты и тяжести рецидивов, а также профилактики рецидивов.

Материалы и методы: Нами было проведено лечение 46 пациентов в возрасте от 18 до 55 лет с герпетическими высыпаниями на коже и слизистых с давностью заболевания до 3 лет, частотой рецидивов от 4 до 6 раз в год, продолжительностью рецидивов от 7 до 10 дней. Все пациенты перенесли COVID-19. Комплексная терапия включала противовирусный препарат, отечественный индуктор интерферона гозалидон, глицирризин, обладающий антиоксидантным, противовоспалительным, противовирусным и иммунорегуляторными свойствами. Следует отметить, что глицирризин обладает способностью модулировать иммунный ответ на начальной стадии болезненного процесса через дендритные клетки.

Основная группа пациентов (23 пациента) в качестве эпизодического лечения получала стандартную терапию с добавлением раствора глицирризина для инъекций, 20мл в течении 10 дней и индуктора

интерферона гозалидона, 0,1 г внутрь по 2 таблетки 3 раза в день 2 циклами по 3 дня с интервалом 3 дня.

Группа сравнения (23 пациента) получала стандартную терапию.

Результаты: Клинические наблюдения, проведенные в процессе терапии показали, что у 19 пациентов (82,6%) зуд и жжение исчезли в первые 3-4 дня от начала терапии, отечность и гиперемия значительно уменьшились через 4-5 дней.

В группе сравнения на 3-4 день после начала лечения зуд и жжение исчезли у 15 (65%) пациентов. Отечность и гиперемия значительно уменьшились через 7-8 дней. Наблюдалось укорочение длительности рецидива по сравнению с группой сравнения.

Выводы: Таким образом, проведенная комплексная терапия у пациентов основной группы привела к более быстрому купированию патологического процесса на коже и слизистых, а также к укорочению длительности рецидива по сравнению с группой сравнения.

НОВЫЙ ИННОВАЦИОННЫЙ МЕТОД НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

Мавлянова Ш.З., Муллаханов Ж.Б., Исмогилов А.И.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан**

Наружная терапия в дерматологической практике является ведущим звеном лечебных мероприятий. Согласно проведенным исследованиям, наиболее частыми причинами рецидивности и резистентности к проводимой терапии является присоединение оппортунистических инфекций на коже.

Эти данные явились основанием для разработки нового инновационного метода наружной терапии, характеризующегося поэтапным

способом назначения противовоспалительных и регенерирующих средств наружного назначения.

Пошаговый метод наружной терапии заключается в применении отечественной дерматологической линейки «Фатидерм»: первоначально тоник-спрея «Фатидерм+», затем нанесением на очаги поражения грязевой маски «Фатидерм-М», после которой назначали увлажняющий противовоспалительный крем «Дисдерм». В состав этих средств входит комплекс кремнистых (SiO_2) и REE лечебных минералов Узбекистана, обеспечивающий целенаправленный транспорт низкомолекулярных компонентов через клеточные мембраны в глубокие слои кожи.

Материалы и методы. Обследовано 96 больных с аллергическими заболеваниями кожи в возрасте от 8 до 64 лет, из них мужчин – 51, женщин – 45 пациентов. По клиническим формам больные с атопическим дерматитом составили 39 пациентов, а аллергодерматозами – 56. Контрольную группу составили 36 здоровых лиц.

Среди 96 больных основную группу составили 51 больной (АД – 21 и АлД – 30), которые получали инновационный пошаговый способ наружной терапии. Контрольная группа получала терапию согласно «Стандартам диагностики и лечения по дерматовенерологии и медицинской косметологии» МЗ РУз, 2021 г.

Лечение проводили 2 раза в день в течение 10 дней, с последующим назначением в качестве наружной поддерживающей терапии сроком 1-2 месяца.

Результаты. Степень тяжести ДИШС у больных I группы в среднем составила $26,9 \pm 0,1$ баллов, а у больных II группы в среднем $27,1 \pm 0,1$ баллов. После применения пошаговой схемы наружной терапии у больных I группы индекс ДИШС снизился в 3,7 раза и составил в среднем $6,2 \pm 0,1$ баллов, тогда как во II группе индекс ДИШС снизился в 1,9 раза и составил в среднем $9,1 \pm 0,1$ баллов ($P < 0,05$). В группе больных получавших инновационную наружную терапию с использованием дерматологической линейки индекс

SCORAD снижался в 2,1 раза по сравнению с показателями до лечения ($p < 0,05$). А в контрольной группе индекс SCORAD снижался меньше в 1,3 раза

Микробиологические исследования кожи очагов поражения у больных с аллергодерматозами показали повышенный рост условно-патогенных микроорганизмов *Staphylococcus spp.* Использование пошаговой терапии способствовало достоверному снижению показателя колонизации *S. aureus* в 43,5 раза по сравнению до лечения ($P < 0,05$). Тогда как во II группе уровень колонизации снизился в 18,8 раза и составил в среднем $97,4 \pm 8,9$ КОЕ, однако превышал показатели I группы в 2,6 раза ($P < 0,05$).

Заключение. Клинико-микробиологические исследования показали, что новая инновационная пошаговая наружная терапия обладает противовоспалительными, регенерирующими, увлажняющими, а также бактериостатическими свойствами, и ее можно рекомендовать для широкого использования в качестве наружной противовоспалительной и увлажняющей терапии у больных аллергическими заболеваниями кожи.

ПОКАЗАТЕЛИ КЛИНИЧЕСКИХ ИНДЕКСОВ ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

Мун А.В., Маннанов А.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Ограниченная склеродермия (ОС) – хроническое заболевание соединительной ткани с недостаточно ясной этиологией, характеризующееся появлением очагов склероза на фоне воспалительных явлений кожи (эритемы, отека) и дальнейшим присоединением атрофии и пигментации, в некоторых случаях с поражением подлежащих тканей, иногда с вовлечением

в процесс мышц и костей. В детском возрасте ограниченная склеродермия встречается в 10 раз чаще чем системная форма.

Цель исследования. Изучить показатели клинических индексов mLoSSI и LoSDI до и после патогенетического лечения Такролимусом (Куралимус) и Папаином (Кукумазим) ОС у детей.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 68 больных ребенка в возрасте от 3 до 18 лет с диагнозом ограниченная склеродермия, различных клинических форм, обратившихся в отделение дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Всем больным была произведена оценка патологического процесса до и после проведенной терапии по следующим критериям: эритема, уплотнение кожи, появление новых очагов, атрофия кожи, атрофия подкожно-жировой клетчатки, нарушение пигментации. В зависимости от степени выраженности процесса каждый критерий оценивался по 3 бальной шкале. Все больные были разделены на 2 группы: 1 группа – исследования (38 детей), 2 группа контроля – 30 детей.

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

Выводы. Из проведенных исследований выявлено, что наибольшую эффективность Такролимуса и Кукумазима показало применение терапии на стадии эритемы и отека, что связано с выраженным противовоспалительным эффектом, на стадии уплотнения эффективность терапии связана с влиянием протеолитического фермента Папаина (Кукумазим) на распад избыточносинтезированного коллагена.

К РЕЗУЛЬТАТАМ БИОХИМИЧЕСКОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ОКСИД АЗОТА В КРОВИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ

**Мутавалиев М.С ., Мавлянова Ш.З., Исмогилов А.И., Махсудов М.Р.
Республиканский Специализированный научно-практический
медицинский Центр Дерматологии и Венерологии Минздрава
Республики Узбекистан, Ташкент**

Акантолитическая пузырчатка – является одно из тяжелых заболеваний кожи, в основе которого лежит аутоиммунный механизм развития дерматоза, где основную патогенетическую роль в развитии заболевания играют циркулирующие аутоантитела IgG (пемфигусные антитела) к кадгеринам (адгезионным белкам) десмосом шиповатых клеток: десмоглеин 1 и 3 (Dsg1 и Dsg3)

В последнее время большой научный интерес представляет изучения роли оксида азота (NO) являющимися универсальным трансммиттером в развитии патологических состояний различного характера. Согласно исследованиям, NO вызывает расслабление гладких мышц сосудов, участвует в защите от патогенов, является нейромедиатором, регулирует программируемую гибель и пролиферацию клеток, играет важную роль в секреторной и репродуктивной системе. [Кузнецова В.Л., Соловьева А.Г.,2015]

Цель исследования. Изучить состояния оксид азота в сыворотке крови у больных акантолитической пузырчатки.

Материал и методы исследования. Нами обследованы 26 больных с акантолитической пузырчаткой в возрасте от 22 до 56 лет. Среди них лица мужского пола составили – 11 и женского – 15 пациентов. Контрольную группу составили данные 20 практически здоровых лиц. Для определения концентрации окись азота проводили биохимические исследования в сыворотке крови у 26 больных АП. Уровень NO_x определяли по сумме метаболитов

нитратов и нитритов (NO_2 и NO_3^-) по методике, описанной П.П.Голиковым и соавт. (2000).

Статистические результаты исследования статистически обрабатывали с помощью стандартных методов вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента по прикладной программе «Excel-Office-2010» на компьютере Pentium IV.

Результаты исследования. Результаты биохимического метода исследования показали, что у больных АП в сыворотки крови отмечается повышения уровня окись азота – NO_x в 2,1 раз по сравнению с показателями здоровых лиц, что составило в среднем $20,4 \pm 0,64$ мкмоль/л (против $9,5 \pm 0,31$ мкмоль/л – у здоровых). ($P < 0,05$). С учетом давности заболевания до 1 года уровень оксид азота в среднем составляло - $24,1 \pm 0,5$ мкмоль/л, что в 2,5 раза превышал показателей здоровых лиц ($P < 0,05$). Тогда как с давностью заболевания 1-5 лет уровень оксид азота составляло в среднем $20,9 \pm 0,4$ мкмоль/л и более 5 лет - $16,4 \pm 0,4$ мкмоль/л, что в 2,2 и 1,7 раз превышал показателей здоровых лиц. Полученные данные имели статистически достоверный характер.

Полученные данные свидетельствует о том, что у больных АП отмечается высокая концентрация оксид азота NO в 2,1 раз по сравнению с показателями контрольной здоровой группой. ($P < 0,05$). На наш взгляд такое явление можно объяснить реакцией организма на выработку аутоантител и фазы обострения.

Выводы: Анализ полученных данных свидетельствует, что при акантолитической пузырьчатки развивается окислительно-нитратный стресс организма, выражающаяся повышением показателей оксид азота в сыворотки крови, что обуславливает выраженность воспалительного процесса и тяжесть клинического течения дерматоза. Повышение уровня оксида азота на наш взгляд является ответной реакцией на развитие аутоиммунного процесса и острой стадии воспалительного процесса у больных АП.

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ МАЗИ БЕТАМЕТАЗОН+ ГЕНТАМИЦИН+ КЛОТРИМАЗОЛ В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕННЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Мухамедов Б.И., Ибрагимова Н.С., Маликова Н.Н., Рихсибоев Ж.Р.

Ташкентский государственный стоматологический институт

В клинической практике дерматовенерологи ежедневно сталкиваются с пациентами, страдающими стероидчувствительными дерматозами. Микробная флора кожи у значительной части больных аллергодерматозами (у 45—90%) вызывает и утяжеляет течение основного заболевания. Легкое и среднетяжелое течение атопического дерматита сопровождается бактериальной обсемененностью кожи *Staphylococcus aureus*, достигающей 60—100%. Высокому уровню обсемененности кожи микроорганизмами способствуют особенности структуры и функции эпидермального барьера при хронических дерматозах: увеличение трансэпидермальной потери воды, изменения функции кислотной мантии, нарушение десквамации и другие факторы. В этой связи устранение действия различных инфекционных агентов при дерматозах сочетанной этиологии является ключевым направлением лечения пациентов.

Для практикующих дерматовенерологов важно иметь в своем арсенале комбинированный топический ГКС в форме крема и мази, решающий проблемы пациентов с осложненными дерматозами.

Несколько лет назад на рынке Узбекистана появился крем Вегадерм-бетаметазона+ клотримазол+ гентамицин. Он обладает мощным противовоспалительным действием. Имеет европейское качество (производство БОЛГАРИЯ).

Под нашим наблюдением находились 72 пациента от 18 до 60 лет со стероидчувствительными дерматозами, из них с хронической экземой кистей, осложненной вторичной инфекцией — 15 больных; с микробной

экземой — 14; с атопическим дерматитом, осложненным вторичной инфекцией — 15; с аллергическим контактным дерматитом, осложненным вторичной инфекцией — 28 пациентов.

Эффективность лечения оценивали по следующим критериям: клиническое излечение, значительное улучшение, улучшение, без эффекта.

Сроки результатов лечения отмечали на 1, 14 и 30-й день от начала терапии.

В результате проведенного открытого наблюдательного исследования были получены данные о высокой эффективности мази ВЕГАДЕРМ при лечении стероидчувствительных дерматозов, осложненных бактериальной и/или грибковой инфекцией.

Отличная оценка эффективности препарата установлена у 70 (97,2%) больных, хорошая — у 2 (2,8%), удовлетворительная и неудовлетворительная не была зарегистрирована ни в одном случае. Клиническое излечение установлено у 97,2% пациентов, значительное улучшение — у 2,8%. Без эффекта от проводимой терапии не остался ни один пациент. Отличная переносимость препарата отмечена у 98,6% пациентов, хорошая — у 1,4% (был отмечен легкий зуд, который прошел самостоятельно через 3 дня). Выраженных побочных эффектов, требующих отмены препарата, в нашем исследовании зарегистрировано не было.

Данное клиническое исследование доказывает высокую эффективность, безопасность и переносимость мази Вегадерм (бетаметазона+ клотримазол+ гентамицин) в терапии стероидчувствительных дерматозов, осложненных бактериальной и/или грибковой инфекцией. Длительность применения препарата под контролем врача может быть от 7 дней (аллергический контактный дерматит) до 14 дней (например, при терапии паховой эпидермофитии).

**АТОПИК ДЕРМАТИТ КАСАЛЛИГИНИ БИЛАН
ХАСТАЛАНГАН БЕМОР БОЛАЛАРНИ МАҲАЛЛИЙ «АДВАНТАН»
ВА «ДЕКСЕРИЛ» КРЕМЛАРИ КОМБИНАЦИЯСИ ХОЛИДА
КУЛЛАНИЛИШИ САМАРАДОРЛИГИ**

Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И.

Тошкент педиатрия тиббиет институти

Тошкент, Узбекистан

Долзарблиги: Хозирги кунда атопик дерматит касаллигини даволаш борасида янги дори воситаларини яратилиши ва уларни қўлланилиши долзарб масала бўлиб ҳисобланади. Бундай ҳолат айниқса болаларда муҳим аҳамият касаб этади.

Мақсад: Атопик дерматит касаллиги билан ҳасталанган бемор болаларни маҳаллий даволашда –Адвантан|| маҳаллий стероид препарати билан –Дексерил|| юмшатувчи креми комбинация ҳолида қўллаш мақсад қилиб олинди.

Материал ва усуллар: Изланишлар ТошПТИ клиникаси қошидаги поликлиникада амбулатор ҳолатида олиб борилди. Кузатувларимизда 15 нафар атопик дерматит билан ҳасталанган 2 ёшдан 14 ёшгача бўлган бемор болалар бўлиб, уларни 9 нафарини уғил, 6 нафарини эса қиз болалар ташкил этди. Бемор болаларга умумий даво чоралари билан биргаликда маҳаллий даво чоралари ҳам ўтказилди. Маҳаллий даво воситаларидан –Адвантан 0,1 % крем||и ва –Дексерил|| кремлари комбинация ҳолида кунига 2 маҳал зарарланган тери юзаларига суртиш тартибида олиб борилди. Олиб борилган даво чоралари натижасида 10 нафар бемор болаларда давонинг 3 кунидан бошлаб клиник белгиларнинг камайиши. 10 кунига келиб клиник белгиларини умуман йуқолиши ҳолати кузатилди. Қолган беморларда эса давонинг 2-3 кунларига келиб қичишиш аломатларини, гиперемия ҳолатини эса 4-5 кунларига келиб камайиши ҳолати қайд этилди. Даво чораларини ўтказилиниши натижасида касалликнинг 9-10 кунларига келиб беморларда

касалликни клиник белгилари умуман йўқолиши кузатилди.

Натижа: Юқорида келтирилган беморлардан 12 тасида –Адвантан 0,1% крем||и ва –Дексерил крем||и комбинация холида қўлланилганда, кизариш ва кипикланишлар касалликни 3 кундан бошлаб камайди, 6-7 кундан бошлаб эса ошмалар сурила бошлади.

Хулоса: Шундай қилиб, –Адвантан 0,1 % крем||и ва –Дексерил крем||ларини комбинация холида тошмаларга суртиш нафақат беморларнинг тезроқ соғайишига, балки касалликни ремиссия даврининг узайишига ва рецидив ҳолатини камайишига ҳам олиб келди. Шунинг алоҳида таъкидлаш лозимки, –Адвантан 0,1 % крем||ини бошқа кортикостероидлардан фарқли улароқ салбий таъсирлари камлиги ва болалар терисини ўзига хос хусусиятларида –Дексерил крем||и комбинация холида ишлатилганлиги ушбу дори воситаларидан устунлигини намоён қилди.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ КОНТАГИОЗНОГО МОЛЮСКА У ДЕТЕЙ НА ФОНЕ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ

Набиева Д.Д., Абдуллаев М.И.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучение особенностей течения контагиозного моллюска у ВИЧ инфицированных детей на фоне антиретровирусной терапии.

Материалы и методы. Были изучены кожные проявления дерматозов у 10 ВИЧ инфицированных детей и подростков в возрасте от 1 года до 18 лет (средний возраст $9,4 \pm 2,18$), проживающих на территории Узбекистана. Наряду со стандартными методами исследования, для уточнения поражения кожных покровов был проведен клинический осмотр поражённых участков, вирусологические тесты совместно с ПЦР диагностикой. Был

диагностирован контагиозный моллюск различной локализации, дети были отобраны для дальнейшего обследования. Все исследования проводились с соблюдением этических норм и после письменного согласия родителей или опекунов обследуемых детей.

Результаты и обсуждение. С применением антиретровирусной терапии у ВИЧ инфицированных детей, отмечается улучшения общего состояния здоровья больных, сталкивающиеся с дерматологическими проблемами, специфичными как для ВИЧ, так и для общего населения (Chelidze K. et al., 2019), что может иногда вызвать врачебную ошибку при диагностировании дерматологических заболеваний у ВИЧ-инфицированных. В первую очередь это связано с атипичным и длительным течением, которые ранее считались редко встречаемым среди детского населения.

Как показали наши исследования, в ходе клинико-лабораторного исследования выявлено, что наиболее эффективным препаратом АРВТ в лечении контагиозного моллюска является нуклеотидный ингибитор обратной транскриптазы Ламивудин, особенно при распространенных формах заболевания. Таким образом у 9 больных из 10 наблюдалось полное разрешение контагиозного моллюска в течение 1 месяца терапии без местного лечения.

ДИАГНОЗИРОВАНИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫМИ КАНДИДОЗАМИ

Нуралиев Ф.Н.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Ургенч. Узбекистан

Цель исследования. определение факторов, предрасполагающих к развитию данной инфекции и изучение чувствительности высеянных штаммов *Candida spp* к современным антимикотическим препаратам.

Материалы и методы. Для работы были обследованы 135 больные женщины с урогенитальными кандидозами в анамнезе. Проведено клинические, микологические и иммунологические исследования. В исследование приняли участия больные с Хорезмской и Бухарских областях.

Результаты. Данная патология характеризуется поражением слизистой половых органов, вызываемая дрожжеподобными грибами рода *Candida (C.)*. В структуре инфекционной патологии нижнего отдела гениталий частота встречаемости кандидозы составляет от 30 до 45%. Количество случаев заболеваемости увеличивается у женщин после начала половой жизни, однако может встречаться у девочек-подростков и у женщин в пери- и постменопаузе, хотя частота обнаружения кандид снижаются на 7% с каждым годом.

Учитывая эти факторы, провели статистический анализ данных, где учитывался возраст больных по встречаемости данной патологии. В проведенном исследовании возраст больных составило 19-29 лет – 52,6%, 30-39 лет – 33,3%, 40-49 лет – 9,6% и больные старше 50 лет – 4,4% (рис 1).

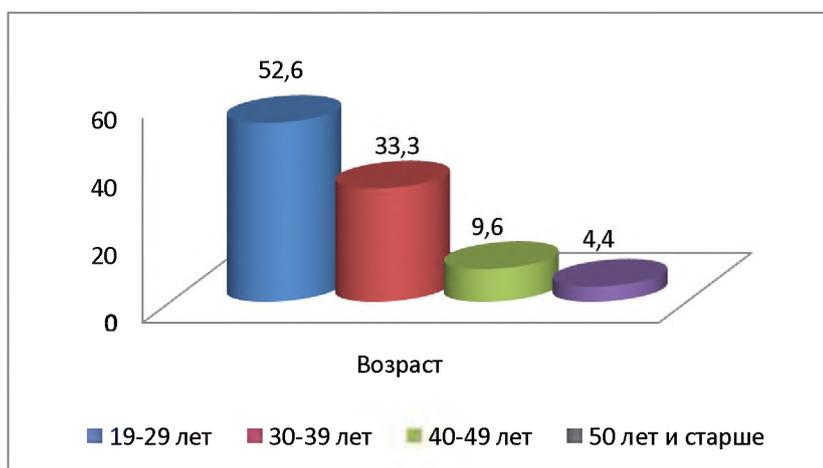


Рис. 1. Возрастное соотношение обследуемых больных (%)

А также, учитывалось давность болезни, определилось, что более 1/3 части больных болели больше чем года и основная доля пришлось женщинам фертильного возраста. (рис. 2)

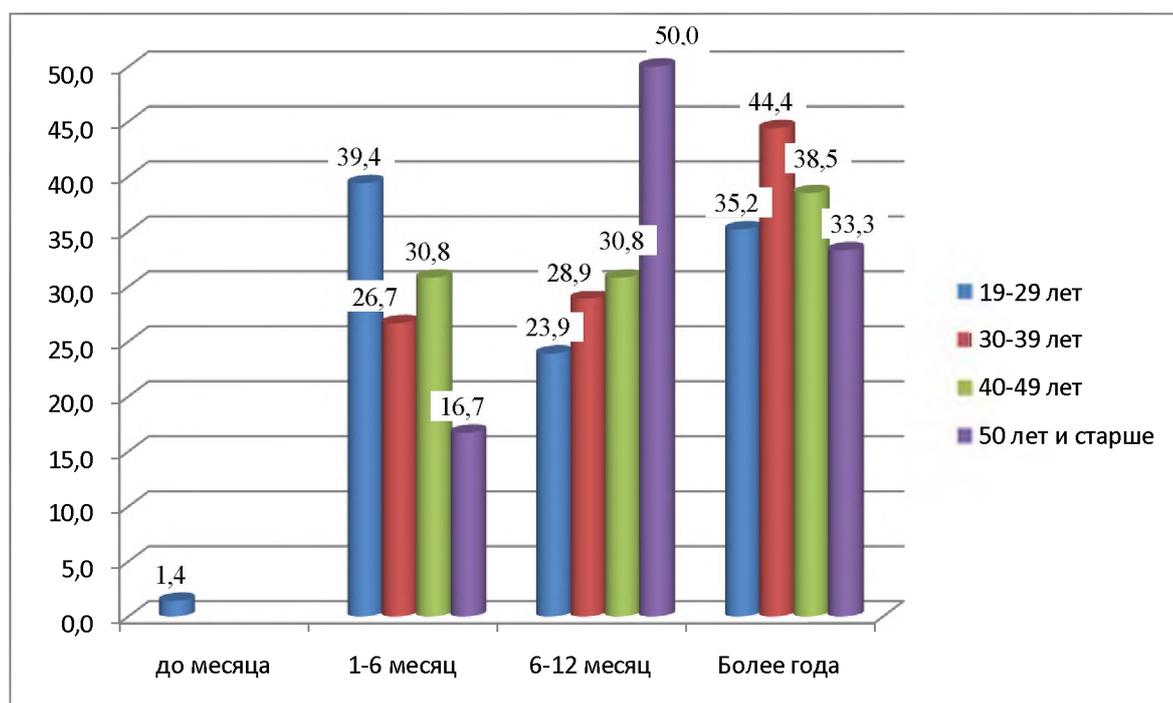


Рис. 2. Давность болезни по возрастным соотношениям обследуемых больных (%)

В 75–80% случаев возбудителем кандидозных заболеваний является *C. albicans*. Вторым по частоте возбудителем заболевания является *C. glabrata*, ее выявление, как правило, характерно для резистентных случаев или хронического течения заболевания и отличается устойчивостью к лечению.

Менее часто данную патологию вызывают *C. tropicalis*, *C. krusei* и *C. parapsilosis*.

Для более достоверных результатов было проведено микологические исследования, где результаты подтвердили что в основном возбудителями болезни обследуемых в $96,30 \pm 1,62$ (n=130) случаях было *Candida albicans*. (таб.1)

Таб.1. Результат микологического исследования больных

Возбудитель	абсолютные	показатель
<i>Candida albicans</i>	130	$96,30 \pm 1,62$
<i>Candida tropicalis</i>	1	$0,74 \pm 0,73$
<i>Candida guilliermondii</i>		
<i>Candida krusei</i>	1	$0,74 \pm 0,73$
<i>Candida parapsilosis</i>		
другие	13	$9,62 \pm 2,53$

Среди больных было, проведено лабораторные обследование на наличие TORCH инфекции, и результаты показали абсолютно всех случаях больных, выявился одного или несколько видов вируса TORCH инфекции. Основная часть больных имели Cytomegalovirus - $93,33 \pm 2,14$ (n=126), Mycoplasma spp - $62,22 \pm 4,33$ (n=84), Herpes simplex virus - $60,00 \pm 4,21$ (n=81), Trichomonas spp - $37,03 \pm 4,16$ (n=50), и несколько случаев Toxoplasma gondi - $5,18 \pm 1,90$ (n=7), Chlamydia spp - $0,74 \pm 0,73$ (n=1).

Заключение. Урогенитальными кандидозами в большинство случаях болеют женщины фертильного возраста и наблюдается длительный период болезни. Этиологическими агентами кандидозной инфекция в основном является *Candida spp*.

Проведение клинико-микологических исследований по улучшению ранней клинической диагностики и унификации микологической

лабораторной диагностики является актуальной в современной дерматологии и клинической микробиологии.

МИКРОЭКОЛОГИЯ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ/СПИД

Нурматова И.Б., Азизов Б.С.

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика Узбекистан
Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент,
Республика Узбекистан**

Цель – определить встречаемость и виды бактерий у ВИЧ-инфицированных больных, определить их чувствительность к антибактериальным препаратам.

Материалы и методы – ВИЧ инфицированные больные, бактериологические исследования.

Результаты исследования - Обследовано 79 пациентов с бактериальными поражениями кожи в различных клинических стадиях ВИЧ – инфекции. У основной части больных диагностировали третью (45), у 16 – вторую, у 18 - четвертую терминальную стадию ВИЧ. У обследованных выявлены следующие дерматозы бактериальной природы: у 7- вульгарный сикоз, у 19 - фурункулёз, у 5 гидраденит, карбункул у 4, вульгарные угри у 12, импетиго у 14 больных (щелевидное у 6, буллёзное у 5, поверхностный панариций у 3 больных), Эктима выявлена у 19, хроническая язвенная пиодермия у 5 больных, рожистое воспаление у 2 больных.

Бактериологический посев материала из поражённых очагов выявил следующее: у больных с стафилококковыми пиодермитами (47 больных) высеивались золотистый стафилококк 35 (74%), эпидермальный стафилококк 39 (83%), дрожжевые грибы 23 (49%), кишечная палочка 5 (10%). В культурах с стрептококковыми пиодермитами (35) и хроническими язвенными

пиодермитами (5) отмечен рост гемолитического стрептококка 28 (70%), золотистого стафилококка 12 (30%), эпидермального стафилококка 8 (20%) и дрожжевых грибов 21 (52%). У ВИЧ инфицированных больных в третьей и четвертых стадиях болезни (по классификации Покровского) чаще высеивалась культура сапрофитирующих бактерий, в частности эпидермального стафилококка (47%).

На фоне выраженного иммунодефицита резко менялась клиническая картина, в которой преобладали глубокие формы пиодермий у пациентов в 3 и 4 стадиях ВИЧ при CD4 менее 300/мкл.

Определение чувствительности к антибактериальным препаратам, во многих случаях - 79%, выявило высокую чувствительность к Меристату, учитывая отсутствия у препарата гепато и нефро токсичных свойств, мы назначали больным Таблетки Меристат, по 500 мг 2 раза в день, в течении 10 дней. Местное лечение заключалось в назначении анилиновых красителей и антибактериальных мазей.

Таким образом, бактериологические исследования показали наличие смешанной микрофлоры, которая не всегда зависела от клинического диагноза. Очевидно, что с возрастанием степени тяжести ВИЧ/СПИД прямо пропорционально нарастает число больных с хроническими, глубокими пиодермиями. После ART число CD4 клеток возрастало (более 400/мкл), а специфическое лечение пиодермий способствовало клиническому и бактериологическому излечению.

СЛУЧАЙ АТРОФИЧЕСКОГО ФОЛЛИКУЛИТА ГОЛЕНЕЙ У ПАЦИЕНТА С ВИЧ/СПИД

Нурматова И.Б., Азизов Б.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика

Узбекистан

Ташкентский государственный стоматологический институт, Ташкент, Республика Узбекистан

У ВИЧ инфицированных больных мы наблюдаем высокий процент заболеваемости инфекционной природы. Атипичное течение, резистентность к проводимой терапии. Также описаны случаи развития редких дерматозов. Одним из таких заболеваний является пустулезный и атрофический дерматит голеней. Заболевание впервые описано Кларком в 1952г. В дальнейшем заболевание описано более подробно, с приведением клинических стадий: I стадия характеризуется наличием множества фолликулярных пустул, при II стадии отмечаются фолликулярные пустулы, инфильтрированные папулы покрытые корками и чешуйками; при III стадии заболевания папулы чередуются с атрофией кожи и алопецией. Пустул мало или они вообще отсутствуют; при IV стадии заболевания отмечается атрофия кожи, выпадение волос и наличие папулезных элементов (2;3) Длительность заболевания колеблется от 1-2 до 10 лет. В патогенезе имеют значение микротравмы, укусы насекомых, чрезмерная потливость. Заболевание в основном встречается в условиях жаркого климата странах Африки, Азии. Патологическое исследование с очагов обнаруживают акантоз, паракератоз, внутри и внеклеточный отек. Волосяные фолликулы, содержат пустулы, встречается атрофия эпидермиса и волосяных фолликулов, фиброз дермы. Дифференциальная диагностика заболевания проводится с декальвирующим фолликулитом.

Под нашим наблюдением находилась больная Н. 32 лет. Находящаяся на стационарном лечении в НИИ вирусологии АН МЗ РУз с диагнозом ВИЧ инфекция III клиническая стадия. Сопутствующий - хроническая диарея неясной этиологии, ПГЛ, хронический гепатит, холецистит. ВИЧ инфекция выявлена 2006 году, активно, как половой контакт ВИЧ инфицированного мужа. Последний coitus в 2006 году, разведена. Другие половые контакты

отрицает. Имеет неинфицированного сына 6 лет.

Высыпания на коже беспокоят в течении последних 2-х лет. Получала антибактериальные препараты; системные, местного применения, витамины. В процессе лечения отмечала клиническое улучшение и выздоровление, но через 1-2 месяца отмечался очередной рецидив болезни. Заболевание возникало на коже голени, бедер, в дальнейшем; одиночные пустулезные высыпания отмечалось на коже плеч (медиальной стороне). Последнее обострение кожного патологического процесса отмечает в течение месяца. К анамнезу - росла и развивалась нормально, соответственно возрасту. Наследственность не отягощена. Вредных привычек не имеет. С 2006 года в крови выявлена ВИЧ инфекция, в последующем диагностировали гепатит В. В течении последнего года отмечали обострение хронического бронхита и пневмонии. С ноября 2009 года жалобы на диарею, при обследовании инфекционный агент не определен.

Патологический процесс на коже носит распространенный характер, локализуются на коже бедер, голеней, плеч, шеи. На коже голеней и бедер отмечаются пустулы, язвы, эрозии с воспалительным венчиком по окружности, элементы склонны к группированию. Размеры варьируют от 0,5 до 1,0 см. Кожа в области суставов в патологический процесс не вовлечена, имеет четкое разграничение. На коже плеч отмечаются одиночные эрозии, язвы и воспалительные пятна. На передней поверхности голени отмечаются атрофические рубцы, размерами 0,5 см в диаметре. Субъективных жалоб нет.

Проведены следующие исследования:

Общий анализ крови – гемоглобин 67, эритроциты-3,3, лейкоциты – 8,5, лимфоциты-3,7, эозинофилы -30, СОЭ 18 мм/час,

Культуральный метод исследования выявил в содержимом язв наличие золотистого стафилакокка, стрептококков и дрожжевых грибов. Антибиотикограмма показала чувствительность, бактериальной флоры, к Доксициклину и сумамеду.

Показатели СД 4 – 350 мм 3.

Проведено лечение – Р-р Димедрола 1%-1,0, р-р Кальция глюконат 10%-10,0, р-р Цефтриаксона 1гр №10 в/м два раза в день, таб. Доксициклин 0,1 №20 по 1 таб. два раза в день. Местно – р-р Краска Кастелани 3-4 раза в день, мазь Мупиробан 3 раза в день, на очаги УФО в субэритемных дозах.

В процессе лечения, на 5-6 сутки отмечена эпителизация эрозий, на двенадцатый день лечения отмечена краевое рубцевание.

Больная выписана из стационарного отделения НИИ вирусологии для дальнейшего прохождения лечения по ВИЧ/СПИДу в центре СПИД по месту жительства. На момент выписки из стационара на коже отмечалось клиническое улучшение патологического процесса.

Таким образом, на данном примере мы видим, что больной с ВИЧ – инфекцией выставлено редкое встречающееся заболевание кожи бактериальной природы, а диагностика подобных заболеваний должна настораживать врачей практического звена здравоохранения.

«ФУНГОТЕРБИН» В ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ КОЖИ

Нурматова И.Б., Азизов Б.С.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика

Узбекистан

Ташкентский государственный стоматологический институт,

Ташкент, Республика Узбекистан

Лидерами по частоте встречаемости и глобальности распространения среди прочих инфекционных заболеваний кожи являются грибковые заболевания. Заболеваемость микозами за последние десятилетия выросла более чем в 2 раза. Миграции населения и изменение образа жизни в индустриальных странах привели к распространению дерматофитий и кератомикозов, в частности отрубевидного лишая. По данным ВОЗ, каждый четвертый житель нашей планеты страдает каким-либо грибковым заболеванием, особенно много больных с микозами стоп.

Цель- изучить эффективность препарата Фунготербин при терапии

грибковых поражений кожи.

Материалы и методы – ВИЧ инфицированные пациенты, и пациенты с ВИЧ негативным статусом с пиодермиями.

Результаты исследования- Под нашим наблюдением находилось 70 больных, страдающих грибковыми заболеваниями в возрасте от 21 до 60 лет. Среди них было 44 (62,8%) мужчин и 26 (37,2%) женщин. Срок заболевания у всех пациентов колебался от 1 месяца до 3 лет. Больные были разделены на следующие группы: микоз стоп – 35; микоз крупных складок – 9; инфильтративно-нагноительная трихофития области лобка – 12, отрубевидный лишай – 14. Фунготербин назначался по 1 таблетке в сутки и крем 2 раза в сутки. Больным отрубевидным лишаем проводилась только местная терапия препаратом Фунготербин в виде крема. У всех больных диагноз был подтвержден микроскопическим обнаружением мицелия и спор патогенного гриба. У больных с эпидерматофитией стоп (35 больных) выявлено, что сквамозная форма диагностирована у 16 больных, дисгидротическая – 6 и интертригинозная – 13 больных, соответственно. Клиника сквамозной формы заболевания протекала как сухая форма с мелкопластинчатым шелушением, выраженным гиперкератозом, глубокими и болезненными трещинами. При обострении кожно-патологический процесс проявлялся воспалительной реакцией различной степени выраженности. В межпальцевых складках отмечался зуд, покраснение, трещины и мацерация кожи. Процесс распространялся на тыл стопы, подошвенную поверхность в виде эритематозно-папуловезикулезных элементов. У 9 больных с поражением крупных складок (область промежности) клиническая картина характеризовалась эритематозными очагами в виде колец, полуколец с возвышающимся валиком по периферии. В зоне поражения наблюдалось шелушение, имелись экссудативные папулы или везикулы. Длительность терапии составила 10-20 дней. Клиническое и этиологическое излечение наступило у всех 9 больных.

Инфильтративно-нагноительная трихофития лобковой области была

диагностирована у 12 больных в возрасте от 18 до 45 лет и характеризовалась выраженным воспалением с преобладанием пустул на болезненных, инфильтрированных очагах поражения ярко-красного цвета. Длительность терапии составляла от 10 до 20 дней. При осложнении кокковой инфекцией лечение дополнялось антибиотиками. У всех 12 больных наступило клиническое и микробиологическое выздоровление.

Всем 14 больным отрубевидным лишаем проводилось только местное лечение кремом фунготербин 2 раза в сутки в течение 14 дней. По окончании терапии клиническое и этиологическое излечение наступило у всех 14 больных.

Клинико-этиологическая эффективность и сроки применения фунготербина

Клиническая форма и количество пролеченных больных	Эффективность терапии (%)	Сроки применения (дни)
Микоз стоп (без онихомикоза) (n=35)	33 (94%)	2-4 недели
Микоз крупных складок (n=9)	9 (100%)	10-14 дней
Инфильтративно-нагноительная трихофития области лобка (n=12)	12 (100%)	10-20 дней
Отрубевидный лишай (n=14)	14 (100%)	14 дней

Таким образом, наш опыт свидетельствует о том, что "Фунготербин" является эффективным и безопасным в применении препаратом для лечения различных форм дерматомикозов. Наличие в составе крема "Фунготербин" карбамида (мочевины), обладающего смягчающим действием, позволяет достигать в краткие сроки выздоровления микологических больных с очагами гиперкератоза.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ГЕПА МЕРЦ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Кучкаров А.А., Юнусова С.И.

Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан

Кафедра дерматовенерологии

Эффективная терапия больных вульгарным псориазом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза вульгарного псориаза и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растёт заболеваемость. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом. Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в сочетании с препаратом «Гепат Мерц».

Крем-бальзам «Облепиха и мумиё» фирмы «Природная формула» (Россия), представляет это одни из самых активных природных компонентов оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. А препарат «Гепат Мерц» представляет собой комбинированный гепатопротектор с желчегонным и спазмолитическим действием. Мы предлагаем включить, в комплексную терапию вульгарного псориаза крем – бальзам «Облепиха и мумиё» оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие, крем-бальзам смазывают 2 раза в день, на кожу лёгкими массажными движениями до полного впитывания. Препарат «Гепат Мерц» для благоприятного действия на функцию печени, в углеводном и липидном обмене, а также повышает способность тканей к регенерации. Препарат «Гепат Мерц» назначают по 1 капсуле 3 раза в день на курс лечения три недели.

Предварительное применение этих препаратов у 28 больных вульгарным

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

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА УРСОСАН И МАЗИ «ФАТИДЕРМ +» / FATIDERM-PLUS» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Юнусова С.И.

Андижанский Государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

Вульгарная форма псориаза — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями.

Вульгарная форма псориаза это не строго кожная патология, он способен поражать нервную систему. Лечение вульгарного псориаза назначается с учётом формы распространённости процесса.

Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают фосфолипидные препараты (Овесол), которые оказывают гепатопротекторное действие, а также оказывает терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корректирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы кератинизации и регенерации эпидермиса). Однако основными гепатопротекторами все же являются препараты урсодезоксихолевой кислоты, в частности, урсосан— комбинированный препарат, содержащий урсодезоксихолевую кислоту и лактулозу; помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Урсосан» и мази Фатидерм +»/Fatiderm-plus у больных вульгарной формы псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 25 больных (14 мужчин и 11 женщин), в возрасте от 20 до 55 лет. У всех больных было диагностировано вульгарная форма псориаза. Из них у 19 пациентов было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области лица, груди, в верхних и нижних конечностях. В очаге поражений наблюдались папулы красного цвета, бляшки и чешуйки. Триада симптом Пospelова было положительна у всех больных. Из 25 больных у 10 был отмечен феномен Кебнера на месте раздражений, травм, инъекций. Урсосан (урсодезоксихолевая кислота) больные принимали внутрь по 250 мг 2 раза в день, в течение 14 дней, а местно очаги поражения смазывали мазью «Фатидерм+»/Fatiderm-plus». Урсосан – гепатопротекторное средство, оказывает также желчегонное, холелитолитическое, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования. На 6 день после начала комплексного лечения с применением препарата Урсосан и мази Фатидерм+» / Fatiderm- plus у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и бляшек. Регресс воспалительных явлений усиливался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 3 - 4 дня. У всех больных после применения «Урсосан» побочные явления не наблюдались.

Вывод. Препарат «Урсосан» и мази –Фатидерм+»/Fatiderm-plus оказался эффективным препаратом в лечении вульгарной формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕПАРАТА УРСОСАН И МАЗИ «ФАТИДЕРМ +» / FATIDERM-PLUS» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кучкаров А.А., Юнусова С.И.

Андижанский Государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

Вульгарная форма псориаза — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Вульгарная форма псориаза это не строго кожная патология, он способен поражать нервную систему. Лечение вульгарного псориаза назначается с учётом формы распространённости процесса. Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают фосфолипидные препараты (Овесол), которые оказывают гепатопротекторное действие, а также оказывает терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корректирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы кератинизации и регенерации эпидермиса). Однако основными гепатопротекторами все же являются препараты урсодезоксихолевой кислоты, в частности, урсосан— комбинированный препарат, содержащий урсодезоксихолевую кислоту и лактулозу; помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Урсосан» и мази Фатидерм +»/Fatiderm-plus у больных вульгарной формы псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 25 больных (14 мужчин и 11 женщин), в возрасте от 20 до 55 лет. У всех больных было диагностировано вульгарная форма псориаза. Из них у 19 пациентов было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области лица, груди, в верхних и нижних конечностях. В очаге поражений наблюдались папулы красного

цвета, бляшки и чешуйки. Триада симптом Пospelова было положительна у всех больных. Из 25 больных у 10 был отмечен феномен Кебнера на месте раздражений, травм, инъекций. Урсосан (урсодезоксихолевая кислота) больные принимали внутрь по 250 мг 2 раза в день, в течение 14 дней, а местно очаги поражения смазывали мазью «Фатидерм+»/Fatiderm-plus». Урсосан – гепатопротекторное средство, оказывает также желчегонное, холелитолитическое, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования. На 6 день после начала комплексного лечения с применением препарата Урсосан и мази Фатидерм+» / Fatiderm- plus у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и бляшек. Регресс воспалительных явлений усиливался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 3 - 4 дня. У всех больных после применения «Урсосан» побочные явления не наблюдались.

Вывод. Препарат «Урсосан» и мази –Фатидерм+»/Fatiderm-plus оказался эффективным препаратом в лечении вульгарной формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАЗИ ТЕРБЕЗИЛ И ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ЛОБКОВОЙ ТРИХОФИТИИ

Пакирдинов А.Б., Юнусова С.И., Ботиров К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность Лазерной терапии и мази Тербезил у больных инфильтративно - нагноительной формы лобковой трихофитии.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 42 больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии. Возраст больных варьировало от 6 до 39 лет, мужчин было 28, женщин - 14. У 19 больных процесс локализовался на волосистой части головы, у 16 на гладкой коже, у 7 сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках мицелий грибов. Мазь Тербезил применялся наружно 2 раза в день (утром и вечером) путём аппликации в очаги поражения тонким слоем под повязку. Кожу вокруг очага поражения обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. Все больные кроме местной терапии получили общее лечение системными фунгицидным препаратом гризеофульвин в общепринятой дозе 2 - 3 недели. Кроме этих препарата больные получили Лазерную терапию по схеме (на курс лечения 12 – 14 процедур), витаминотерапию, антигистаминные и противовоспалительные препараты.

Результат: К концу первой недели у большинства больных кожный процесс значительно улучшился, очаги поражения очищались от гноя, эритема уменьшился, инфильтрация заметно уплощался. К концу лечения у всех больных кожный процесс полностью регрессировался.

Заключение: Таким образом, наши наблюдения показывают, что Мазь Тербезил и Лазерная терапия является высокоэффективным средством для наружного лечения больных инфильтративно - нагноительной формы лобковой трихофитии.

ХАРАКТЕРИСТИКА ГОРМОНОВ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ПАЦИЕНТОК СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ

Порсохонова Д.Ф., Рахматуллаева С.Н., Халидова Х.Р.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Дерматовенерологии и Косметологии

Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Проблема возникновения склероатрофического лишена вульвы (САЛВ) у женщин и девочек является одной из наиболее деликатных, поскольку заболевание имеет тенденцию к прогрессированию и трудно поддается лечению. Сложности терапии, в свою очередь, связаны с неоднозначной трактовкой этиопатогенетических механизмов САЛВ. Если раньше основной причиной САЛВ называли дефицит эстрогенов, то в последние годы появились и другие теории формирования этого заболевания. Среди многочисленных причин часто упоминается нарушения в работе щитовидной железы. В процессе возрастной перестройки наблюдается постепенное снижение интенсивности обменных процессов в организме женщины, которое в некоторой степени связано с изменением состояния щитовидной железы. Существует мнение, что именно понижение функции щитовидной железы играет главную роль в процессе общего старения организма. В связи с этим, целью нашего исследования явилось определение содержания гормонов щитовидной железы у больных с дистрофическими заболеваниями вульвы.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 40 женщин в возрасте от 45 до 60 лет (средний возраст составил $52,1 \pm 0,01$ года). Исследуемая популяция была разделена на три группы. В I-ю — вошли 12 женщин в пременопаузе, во II-ю — 12 в менопаузе и в III-ю — 16 в постменопаузе. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин аналогичного возраста. У всех женщин проводили исследование гормонального статуса. В сыворотке крови определяли содержание тиреотропного гормона (ТТГ), тироксина (Т4) и трийодтиронина (Т3), а также антитела к ТПО (АТПО) методом иммуноферментного анализа (ИФА).

Результаты. Уровень ТТГ был довольно высок во всех исследуемых группах, достигая наибольших цифр ($3,8 \pm 0,2$ мМЕ/л) в постменопаузальном периоде. Содержание гормонов щитовидной железы у женщин I-й группы было приближено к нижней границе нормы. Концентрация Т3 прогрессивно снижалась с увеличением возраста (до $1,1 \pm 0,1$ нмоль/л в III-й группе). Уровень Т4 претерпевал подобную динамику, имея минимальное значение также в постменопаузе ($86,3 \pm 3,4$ нмоль/л). Содержание АТПО было повышено у 63% пациенток, что говорит в пользу формирования аутоиммунного тиреоидита у наших пациенток. Вышеуказанные параметры свидетельствуют о снижении функции щитовидной железы, что прослеживается в пременопаузе.

Заключение. Высокий процент гипотиреоза у женщин переходного возраста в регионе может быть обусловлен дефицитом йода в окружающей среде. Эндемический характер поражения щитовидной железы в республике способствует более раннему нарушению менструальной функции и наступлению менопаузы раньше, по сравнению с женщинами без тиреоидной патологии, что также способствует возможному формированию САЛВ. Определенный дисбаланс гормонов ЩЖ, выявленный у наших пациенток, может влиять как на состояние кожи и слизистой уrogenитального тракта, так и на состав и активность уrogenитальной микрофлоры, которая, в свою

очередь также может способствовать хроническому воспалению, на фоне которого чаще формируются дистрофические и диспластические процессы.

РАЦИОНАЛИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ ОК В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ И СОПУТСТВУЮЩИХ ИППП

Порсохонова Д.Ф., Росстальная М.Л.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр Дерматовенерологии и Косметологии
г. Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Остроконечные кондиломы (ОК) гениталий являются одним из наиболее клинически выраженных проявлений папилломавирусной инфекции (ПВИ) и многими авторами уже отнесена к группе фоновых заболеваний гениталий. Учитывая растущую распространенность ОК как среди мужчин, так и среди женщин и частую их ассоциацию с другими инфекциями передающимися половым путем (ИППП) нового поколения, а следовательно, протекание их на фоне воспаления, реально предположить, что несмотря на доброкачественный характер кондилом, они способны участвовать в запуске механизма диспластической трансформации тканей гениталий. Особенно в тех случаях, когда лечение ОК ограничивается проведением деструкции. В связи с этим, одним из принципов эффективной терапии ОК является сочетание деструкции с противовирусным лечением. Также одной из желаемых целей терапии ОК является минимизация травматических воздействий и ускорение сроков заживления. В связи с этим целью данного исследования явилась оптимизация тактики лечебных мероприятий в отношении ОК.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 48 небеременных женщин с диагнозом остроконечные кондиломы гениталий в

возрасте от 18 до 45 лет, относившихся к социально адаптированному контингенту среднего материального достатка. Для микробиологической характеристики пейзажа урогенитального тракта были использованы бактериологические, микроскопические и ПЦР исследования отделяемого и соскоба урогенитального тракта (УГТ). Для лечения пациенток был составлен протокол, предусматривающий наружную терапию имиквимодом 5% продолжительностью в 3-4 недели в домашних условиях у пациенток, у которых не отмечалось выявления сопутствующих ИППП. Пациенткам с ОК на фоне сопутствующих бактериальных ИППП терапия имиквимодом проводилась на фоне антибактериальной терапии в соответствии с выявленным возбудителем. Пациенткам с сопутствующими герпесвирусными ИППП терапия имиквимодом проводилась на фоне противовирусных препаратов системного действия (изопринозин, валацикловир). По окончании антибактериального/противовирусного лечения назначалась терапия противогрибковыми препаратами (флуконазол) с целью профилактики и лечения кандидозных осложнений. По прошествии 4-х недель оценивались клинические результаты местной иммунотерапии имиквимодом, соответственно уменьшение количества и размеров кондилом на 25%, 50% или 100%. Оставшиеся кондиломы подвергались лазеродеструкции с использованием СО2 лазера. Подобная тактика была применена с целью уменьшения объема травматических воздействий от деструкции.

Результаты. Кондиломы появились впервые у 25 (52,1%) пациенток, в остальных 23 (47,9%) случаях имело место рецидивирующее течение ОК. Среди инфекций урогенитального тракта какие-либо возбудители из группы ИППП или из состава сопутствующей микрофлоры в виде моно-инфекции или микст-инфекции выявлялись у 42 (87,5%) обследованных женщин. Возбудители из группы ИППП выявлялись у: *Neisseria gonorrhoeae* – у 1 (2,1%), больных *Chl.trachomatis* - у 3 (6,2%), *Trichomonas vag* – у 2 (4,2%), *Ureaplasma urealyticum* - у 13 (27,1%), *Mycoplasma Genitalium* - у 5 (10,4%).

В составе микст- или моно-инфицирования сопутствующая микробная флора была представлена следующими микроорганизмами: у 12 (25,0%) больных были выявлены - грибы рода *Candida*, у 9 (18,8%) - *Gardnerella vaginalis*, у 4 (8,3%) – *St. Haemolyticus*, у 5 (10,4%) – *St. Saprophyticus*, у 4 (8,3%) – *Enterobacter*, у 3 (6,2%) – *St. aureus*, у 3 (6,2%) – *St. Epidermidis*, также выявлялись *Enterococcae spp*, *St. Pyogenes*, *Escherichia coli*, *P. vulgaris*.

После проведенной комплексной терапии нами были оценены клиничко-микробиологические результаты лечения, которые показали, что консервативная терапия с применением изолированного имиквиода 5%, а также имиквиода в сочетании с антибактериальной/противовирусной/противогрибковой терапией дало следующие результаты: 25% ОК подверглись рассасыванию и исчезновению у 8 (16,7%) пациенток, 50% - у 18 (37,5%), 100% - у 22 (45,8%). В целом, в лазеродеструкции по окончании комплексной терапии нуждались 26 (54,2%) пациенток, при этом площадь и количество ОК у них значительно сократились в сравнении с картиной при первичном обращении, что также позволило уменьшить площадь деструкции. Микробные агенты, выявленные до лечения, также элиминировались в процессе антибактериальной терапии, что позволило уменьшить воспалительный процесс и ускорить заживление после деструкции. Рецидивы ОК в 6-месячный период отдаленного наблюдения отмечались у 3-х (6,3%) пациенток.

Выводы. Таким образом, комплексная оценка клиничко-микробного фона у пациенток с ОК гениталий с последующей адекватной антибактериальной/противовирусной/противогрибковой санацией в сочетании с наружным применением имиквиода 5% на первом этапе терапии позволяет значительно сократить потребность в деструкции остаточных кондилом, сроки заживления после деструкции, а также количество рецидивов.

К ПРОБЛЕМЕ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Пягай Г.Б., Рихсибоев Ж.Р., Гребенькова О.Ю.

**Ташкентский Государственный стоматологический институт
Межрайонный кожновенерологический диспансер №8, Ташкент**

В настоящее время в мире наблюдается существенный рост заболеваний онкологического характера и значительный удельный вес составляют новообразования на коже. Доказана патогенетическая роль чрезмерной инсоляции в развитии данных заболеваний, вследствие чего изучение данной группы заболеваний имеет особую актуальность в Республике Узбекистан. Одним из основным направлений в борьбе с онкологическими заболеваниями является разработка методов ранней диагностики предраковых заболеваний и оптимизация лечебно- диагностических мероприятий. Среди предраковых заболеваний кожи особо следует выделить актинический кератоз (АК), который по данным некоторых авторов относится к облигатным заболеваниям с высокой вероятностью к озлокачествлению. Нами было проанализирована клиническая картина 30 пациентов с АК, среди которых женщин было – 18, мужчин – 12. Возраст пациентов составил от 45 до 74 лет. Все пациенты были распределены по стадиям. Так, стадия 0 была отмечена у 9 пациентов, стадия 1 – у 12, стадия 2 была отмечена у 5, и у 4 пациентов был установлен диагноз стадии – 3. Наиболее частыми клиническими симптомами АК являлись эритема (у 75%) больных, шелушение (у 70%), гиперкератоз (60%). Менее часто встречались симптомы гиперпигментации, шелушения и атрофии. У 2 пациентов (6%) отмечалось формирование кожного рога. Следует отметить, что пациенты не предъявляли каких либо специфических субъективных жалоб, за исключением косметического дефекта. Всем пациентам для подтверждения диагноза было проведено дерматоскопическое обследование, а затем и гистологическое исследование биоптата. Таким образом, следует отметить, что даже на небольшой выборке пациентов можно определить

основные клинические симптомы АК, позволяющие заподозрить данное заболевание, и

определить тактику лечения, что является значимым моментом в профилактике развития онкологических проблем.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА ИНДУЦИРОВАННЫЙ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ

Пягай Г.Б., Пягай О.Г., Рахимов Ш.И.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Частная клиника ООО «Gregory Derm»

Летальность от побочных реакций вследствие применения лекарственных средств занимает 5 место в мире после сердечно-сосудистых заболеваний, заболеваний легких, онкологических заболеваний, травм. Отмечено, что более чем у 7% населения нашей планеты развиваются нежелательные реакции на препараты. Лекарственные аллергии могут быть жизнеугрожающими, приводить к летальным исходам, а в более легких случаях приводить к удлинению сроков госпитализации, повышать стоимость лечения и в целом являются огромной проблемой для системы здравоохранения и фармацевтического производства. Лекарственные токсидермии (ЛТ) составляют 25% среди побочных реакций при использовании лекарственных препаратов (ЛП). Своевременная диагностика данных состояний и адекватно проводимая терапия является актуальной проблемой врачей всех специальностей. Нередко факторами, индуцирующими ЛТ является неоправданная полипрагмазия.

Приводим свое наблюдение. Больная Д. обратилась на амбулаторный прием в частную клинику «Gregory Derm» с жалобами на высыпания, зуд, болезненность в очагах поражения. Со слов больной высыпания появились 5-6 дней назад, однако отмечается ежедневное увеличение площади поражения

и ухудшение общего состояния. При объективном осмотре больная гиперстенического телосложения, по внутренним органам без особых изменений. Кожно-патологический процесс носит распространенный островоспалительный характер, располагается на коже лица, груди, живота, верхних и нижних конечностей, представлен пятнами застойно-красного цвета, эрозиями с остатками вскрывшихся пузырей. Кроме того, отмечается многочисленные эрозии в полости рта и красной кайме губ. Субъективно: зуд, жжение, болезненность в очагах поражения, болезненность при открывании рта, невозможность приема пищи твердой пищи. Изучение анамнеза пациентки выявило наличие депрессивного синдрома по поводу которого она получала лечение у невролога в частной клинике. К моменту начала высыпаний больная принимала 8 лекарственных средств и наиболее вероятным среди них, по литературным данным, индуцирующим ЛТ, мы считаем был карбамазепин. Кроме него пациентка принимала amitriptyline, anaprilin, trombolol, malfotfer, различные витамины и биодобавки. На основании анамнеза, характерной клинической картины был выставлен диагноз: «Токсидермия, синдром Стивенса-Джонсона» и рекомендовано стационарное лечение, а также немедленная отмена всех лекарственных препаратов. Пациентка была госпитализирована в клинику РСНПМЦДиВ МЗ РУз, где диагноз был подтвержден, проведено комплексное лечение, включающее терапию системными глюкокортикостероидами, и после купирования кожно-патологического процесса больная была выписана под амбулаторное наблюдение с суточной дозировкой таб. преднизолонa в дозе 60 мг/сут.

Таким образом, приведенный случай демонстрирует распространенность ЛТ в повседневной практике, важность своевременной диагностики и необходимости настороженности врачей в этом отношении.

БОЛЕЗНЬ ПРИНГЛА-БУРНЕВИЛЯ

Рахматов А.Б., Рахматов Т.П.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан**

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

За период 1990-2021гг под нашим наблюдением находилось 19 больных с аденомой сальных желез (мужчин-3, женщин-16) в возрасте от 10 до 22 лет и давностью заболевания от 1 до 15 лет. У большинства больных изменения на коже лица появились в детском возрасте. Заболевание начиналось с образования симметричных мелких узелков на коже носо- щечных складок, на подбородке и околоушных областях. Узелки округлой, овальной формы, плотно прилегают друг к другу, имеют коричневато- красный цвет и отсутствует на поверхности элементов шелушение. Кроме того, могут выявляться множественные густо расположенные небольшие опухоли, величиной с рисового зерна, безболезненные, розовой окраски, полуплотной консистенции. У 4 из 19 пациентов дополнительно выявлялись множественные висячие фибромы, плоские, плиткообразные родимые пятна и лентигиозные образования, располагающиеся на шее, спине, груди. Гистологическая картина (15 больных) характеризовалась ангиофиброматозом, гиперпродукцией сальных желез, наряду с атрофическими изменения сальных желез за счет перифолликулярной пролиферации коллагена, и гиперплазией капилляров дермы. Проведение энцефалографических исследований позволило установить у всех 19 больных типичные для туберозного склероза изменения (обусловлены

гранулематозными изменениями в глиях и нервных клетках). При рентгенографии органов грудной клетки у 10 из 19 пациентов были обнаружены множественные фиброзные узелки (характерная картина «сотовая структура»). Консультация офтальмолога установила у всех 19 больных наличие скопления склеротических изменений около глазного сосочка. Консультация врача-невролога установило наличие эпилепсии у 7 пациентов и у 16 – умственное недоразвитие.

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

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан**

Для проведения соответствующей психокоррекции у 100 больных псориазом (мужчин-60, женщин-40) изучены материалы психологического тестирования с использованием комплекса тестов (Айзенка, ММРІ и др.) с помощью определенных шкал. У большинства пациентов (60%) отмечалась хронификация невротического состояния, которая была представлена в виде невротического развития личности по тревожно-фобическому типу. У небольшого количества больных (17%) было развитие по обсессивно-компульсивному типу. У них преобладало наличие навязчивых мыслей, связанных с болезнью, возможными последствиями неприятия окружающих людей. Мысли, связанные с внешним видом и скорее всего с невыздоровлением, а наоборот, возможным усугублением псориатического процесса. У 13% пациентов отмечалось развитие личности по истерическому

типу. С увеличением длительностью кожного процесса у отмеченных пациентов наблюдалось усугубление истерических черт характера. Только у 10% больных псориазом было выявлено состояние, характеризующееся как невротическая депрессия, основными проявлениями которой являлись: пониженное настроение, раздражительность, астения. Эти проявления наблюдались уже в утреннее время и усиливались в течение дня, достигая максимума к вечеру (появление суицидальных мыслей). В связи с внутренним дискомфортом на фоне вышеперечисленных симптомов у больных псориазом отмечались частые конфликтные ситуации в семье и на работе.

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

СЛУЧАЙ ЭОЗИНОФИЛЬНОЙ ГРАНУЛЕМЫ

Рахматов А.Б., Медетова Ж.С.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан**

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

Приводим собственное наблюдение. Больная Ж.У., 33 лет, жительница г.Нукуса обратилась с жалобами на наличие болезненных уплотнений в области гениталий. Anamnesis morbi: считает себя больной в течение последних 3-х лет, когда впервые на половых органах появились мелкие папулы, которые длительное время сохранялись без изменений. Частое использование контрацептивных средств привело к перерождению папул в инфильтративные бляшки, местами сливного характера, что и привело пациентку к дерматологу. Anamnesis vitae: родилась в срок, 2-м ребенком. Наследственность не отягощена. Вредных привычек не имеет. Отмечается частые простудные заболевания. Mensis с 12-ти лет, регулярные. Замужем. Status localis: кожно-патологический процесс носит ограниченный характер и располагается на половых органах в виде узловато-опухолевидных образований размерами с фасоль, имеющих плотно-эластическую консистенцию, окраска их синюшно-багровая. Имеются единичные язвы размером 1x1,5 см округлой формы и валикообразные края, множество веррукозных элементов. Были исключены лабораторно острая язва Люшнитца, сифилис и др. Серологические реакции отрицательные. Рентгенография костей таза выявила изменения в виде разреженных очагов.

Результаты гистологического обследования. В верхних отделах дермы обнаруживается полиморфный инфильтрат, клетки которого не проникают в эпидермис, причем от последнего он отделен зоной нормального коллагена. Местами в биоптате выявляются нейтрофильные и эозинофильные гранулоциты, среди которых встречаются лимфоциты, гистиоциты, плазмоциты и тканевые базофилы. Многие капилляры расширены, вокруг них определяются фибриноидные изменения коллагена.

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

ПИГМЕНТНАЯ КРАПИВНИЦА

Рахматов А.Б., Равшанова Д.Т.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан**

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

Приводим собственное наблюдение. Больная С.А., 33 лет, жительница Самаркандской области, обратилась к дерматологу с жалобами на наличие пятнистых высыпаний по всему кожному покрову. Anamnesis morbi: считает себя больной в течение последних 8 лет, когда без видимой причины стали по всему кожному покрову появляться мелкие пятнистые элементы. Постепенно, наряду с пятнистыми, стали появляться мелкие папулезные элементы без шелушения, в последний год образовались уплотнения на коже плеча. Anamnesis vitae: родилась в срок, наследственность не отягощена, вредных привычек не имеет. Замужем, имеет 2-х детей. Status praesens: без

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

СЕКУКИНУМАБ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Рахматов А.Б., Расулова Н.А.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан**

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

Целью настоящего исследования являлась оценка клинической эффективности секукинумаба при различных формах псориаза.

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

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

Проведенные исследования содержания про- (ИЛ-4, ФНО-альфа) и противовоспалительных (ИЛ-2, ИЛ-6, ИЛ-8) цитокинов в процессе

применения сикукиномаба указали на положительную динамику со стороны изученных показателей цитокинового статуса, что ассоциировалось в регрессом псориатических высыпаний, включая и псориатического артрита.

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

СЛУЧАЙ ДИФФУЗНОЙ АНГИОКЕРАТОМЫ ФАБРИ

Рахматов А.Б., Рахматова Д.В.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан**

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

Приводим собственное наблюдение. Больной А.С., 23 лет, житель Сурхандарьинской области обратился с жалобами на наличие высыпаний по всему кожному покрову без особых субъективных ощущений. Anamnesis morbi: считает себя больным с детского возраста, когда впервые на коже живота появились мелкие красноватые высыпания. Постепенно отмечалось распространение аналогичных элементов на кожу спины, бедер, верхних

конечностей (кончики пальцев). Впервые обратился к дерматологу в призывной комиссии, когда был выставлен диагноз красного плоского лишая. Особого лечения пациент не получал. Anamnesis vitae: родился в срок, от своих сверстников не отставал. Имеет среднее образование. В детстве отмечались частые простудные заболевания и детские инфекции. Наследственность отягощена: со слов пациента похожие высыпания, но в ограниченном количестве отмечались у дяди пациента (родной брат отца). Пациент страдает гипертонической болезнью. Status localis: кожно- патологический процесс носит распространенный характер и располагается на туловище, верхних и нижних конечностях, представлены собой сосудистыми кератинизированными узелками, которые при прокалывании кровоточат. Гистологическая картина биоптата кожи с очага поражения характеризовалась наличием лакунарных расширений поверхностных капилляров, особенно в сосочковом слое дермы, явления гиперкератоза и неравномерный акантоз. На основании клинических и гистологических данных был выставлен диагноз: диффузная ангиокератома Фабри. Лечение данное заболевания – симптоматическое. Необходимо комплексное обследование системы гемостаза, сердечно-сосудистой и мочевыделительной систем. В постановке диагноза могут учитываться данные по обмену фосфолипидов в сыворотке крови. Общее состояние и прогноз заболевания определяются сопутствующим поражением внутренних органов. Прогноз заболевания большей частью неблагоприятный.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Рахматов А.Б., Халдарбеков М.К., Карабаева И.Т.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства
здравоохранения Республики Узбекистан**

В настоящее время в республике зарегистрировано 339 пациентов с врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ), среди которых простая форма установлена в 66,1%, дистрофическая – в 33,9% случаев. Длительное течение ВБЭ предусматривает вероятность развития плоскоклеточного рака кожи (ПКРК). При тщательном обследовании 115 больных с дистрофической формой ВБЭ было выявлено 2 случая (1,7%) ПКРК, подтвержденного гистологическим исследованием. Данным пациентам онкологами было проведено обширное местное иссечение (позаппное), что сохранило конечность от планируемой ампутации. Кроме того, у 16 (13,9%) больных с дистрофической формой ВБЭ были выявлены подозрительные участки кожи (уплотнения кожи, язвы, длительно незаживающие эрозии покрытые плотными кровянистыми корочками и др.), которые подлежат обязательному гистологическому обследованию, как очаги, представляющие подозрение на ПКРК. При дальнейшем наблюдении у 4 из 16 указанных пациентов (25%) был установлен диагноз ПКРК, что потребовало вмешательства онколога. Нужно отметить возраст больных ВБЭ с данными очагами: 5-10 лет – 3 больных, 10-15 лет – 4 больных, 15-20 лет – 5 больных, старше 20 лет – 4 больных. Необходимо отметить, некоторые клинические особенности очагов, подозрительных на ПКРК: незаживающие раны, появление на очагах грануляционной ткани, образование глубоких язв, усиление болевых ощущений и др. Распространенность высыпаний при ВБЭ напрямую связана с частотой развития ПКРК, так как наиболее часто это наблюдается у пациентов

с генерализованными подтипами рецессивного дистрофического ВБЭ, которые должны быть на постоянном учете. В этой связи все пациенты с дистрофической формой ВБЭ находятся на контроле и ежеквартально проходят клиническое обследование (наличие увеличенных лимфатических узлов, костная боль и др.), что позволяет определять дальнейшую тактику обследования пациентов.

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

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ СМЕШАННЫХ КОЖНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА КРЕМОМ «ТРИНАЗОЛ»

Рихсиев У.Ш.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт. Узбекистан

Введение. Смешанные поражения кожи в виде: пелёночного дерматита, потницы, везикулопустулёза, себорейного дерматита и других схожих заболеваний, широко распространены в нашем регионе и наблюдаются в основном у детей грудного и раннего возраста. Эта кожная патология за счёт частого осложнения вторичной бактериальной и грибковой инфекцией, склонна к дальнейшему распространению и к усугублению общего состояния ребёнка за счёт резистентности к проводимой терапии. В связи с этим поиск эффективных и безопасных для детской кожи методов лечения является актуальным для практикующих врачей.

Целью нашей работы было изучение эффективности местного применения препарата «Триназол» обладающего трёхкомпонентным

лечебным действием.

1. Кетоконазол характеризуется мощным антимикотическим действием.
2. Клобетазол пропионат - кортикостероидный компонент высокоэффективного противовоспалительного и противоаллергического действия с минимальными побочными эффектами.
3. Неомицин сульфат является эффективным средством против грамположительных и грамотрицательных бактерий.

Комплекс этих средств делает его высокоэффективным препаратом при местном лечении дерматитов осложнённых смешанными грибково-бактериальными инфекциями, сопровождающихся выраженными воспалениями кожи и зудом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением было 97 детей в возрасте от 5 дней до 3-х лет страдающих перечисленными патологиями. У больных очаги поражения располагались симметрично в основном в области крупных складок, спины и ягодиц в виде папул, везикул, эрозий с явлениями мокнутия располагающимися на эритематозном основании. В 53 случаях при бактериологическом исследовании с очагов поражения были высеяны: *Candida albicans* и *Staph. aureus*. Больные дети были беспокойные, плаксивые, плохо спали и мало прибавляли в весе.

С матерям, больных детей было проведена разъяснительная беседа по правилам правильного ухода за детьми данной возрастной группы. Местная терапия проводилась кремом «Триназол» в разведении 1:1 с цинковой мазью. Цинковая мазь применялась для уменьшения в процессе разведения возможного побочного действия кортикостероидного компонента на чувствительную кожу детей раннего возраста, так же учитывалось дополнительное подсушивающее и противовоспалительное действие цинка.

Результаты исследования. У больных п на 2-3е сутки после начала местного лечения кремом «Триназол», в очагах поражения начиналось высыхание мокнувших очагов поражения, везикулы и фликтены ссыхались в

корочки а на 4-5-е сутки эрозии эпителизировались. Так же у детей отмечалось заметное снижение беспокойства и нормализация сна. Ни у одного больного при правильном применении препарата Триназол на коже не наблюдалось побочных явлений.

Вывод. Препарат «Триназол» в комбинации с Цинковой мазью оказался эффективным препаратом для местного применения в лечении смешанных дерматитов у детей грудного и раннего возраста в условиях жаркого климата. Препарат обладал быстрым противовоспалительным и эпителизирующим действием. Удобен в применении и экономически заметно выгоден для родителей.

СОПУТСТВУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Сабиров У.Ю., Якубов А.А.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии**

г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить сопутствующие заболевания у больных розацеа.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 63 больных розацеа возрасте от 25 до 69 лет, средний возраст составил $43 \pm 1,9$ года. Женщин было 42 (66,7%), мужчин – 21 (33,3%). Больных от 31 до 40 лет было 8 (12,7%), от 41 до 50 лет – 18 (28,6%) и свыше 60 лет – 13 (20,6%). Большинство больных были в активном трудоспособном возрасте (от 25 до 60 лет) – 50 человека (79,4%). Для выявления сопутствующих патологии все наблюдаемые больные, были консультированы со смежными специалистами (гастроэнтеролог, невролог, кардиолог, эндокринолог, гинеколог, ЛОР-врач) и проведены общеклинические, инструментальные и биохимические анализы по показаниям.

Результаты. Больные розацеа по клинической картине и тяжести заболевания были разделены на стадии: эритематозно-телеангиэктатическая стадия (первая стадия) розацеа была диагностирована у 16 (24,5%) больных, папуло-пустулезная (вторая стадия) – у 33 (52,4%), пустулезно-узловатая (третья стадия) – у 14 (22,2%) больных.

Полученные результаты обследования показали, что у 47 (74,6%) больных были диагностированы различные заболевания внутренних органов. Среди диагностированных сопутствующих заболеваний 13 (27,7%) больных страдали психоневрологическими расстройствами, 10 (21,3%) – заболеваниями пищеварительной системы, 8 (17,0%) – заболеваниями эндокринной системы, 8 (17,0%) – заболеваниями сердечно сосудистой системы, 5 (10,6%) – заболеваниями ЛОР органов и верхних дыхательных путей, 3 (6,4%) – гинекологическими заболеваниями.

Выводы или заключение. Среди больных розацеа у 47 (74,6%) больных диагностируются различные заболевания внутренних органов и из них часто отмечается психоневрологические расстройства (27,7%), что необходимо учитывать в составлении плана лечения.

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ У СПОРТСМЕНОВ ИГРОВЫХ ВИДОВ СПОРТА

Садиков А.А., Тохтаев Г.Ш.

Республиканский научно-практический центр спортивной медицины

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

Введение: Спортивная деятельность может привести к развитию новых или обострению хронических дерматологических заболеваний. Спектр экзогенных факторов достаточно широк и включает лекарственных препаратов и биологические активных добавок, климат – географические

условия жизни и профессиональные условия труда. Поэтому в течение жизни состав микроорганизмов, обитающих на коже, претерпевает значительные изменения. Резидентные микроорганизмы обладают средствами защиты и агрессии, что позволяет им, с одной стороны, преодолевать барьеры кожи и слизистых оболочек, а с другой подавлять рост и размножение патогенных микроорганизмов. Часть микроорганизмов в качестве источников питания использует секретлируемые водо – и жирорастворимые субстанции, продукты распада кератина и самих микробов. Они являются постоянными обитателями кожи, не влияют на ее функциональное состояние и не вызывают болезней. Среди стафилококков выделяют представителей нормальной микробиоты человека эпидермальный стафилококк, и условно патогенных – золотистый стафилококк. Золотистый стафилококк считается наиболее опасным из-за существования резистентных штаммов. Появления штаммов микроорганизмов с признаками патогенности при больших физических нагрузках. Гнойничковые заболевания кожи могут оказывать существенное влияние на самочувствия спортсмена и уровень спортивных результатов. По современным представлениям нормальная микрофлора активизирует иммунную систему, и при отсутствии или дефектах аутомикрофлоры подавляется созревание иммунной системы и снижается ее активность. Здоровье спортсмена определяет реакцию организма на физическую нагрузку, уровень и стабильность результатов, что особенно важно в условиях повышения уровня сложности, физического и психологического стресса, а также омоложения в спорте высших достижений. По статистике обращаемости спортсменов за медицинской помощью в периоды предсоревновательной подготовки, дерматологические проблемы стоят на третьем месте по частоте, также ежегодно увеличивается разнообразие дерматозов, ассоциированных со спортом. В структуре дерматологической патологии преобладают мико-бактериальные поражения, что обуславливает необходимость разработки качественных лечебно-

профилактических препаратов наружного действия.

Цель: Цель исследования изучение эффективности препаратов линии «Фатидерм» (ООО «Fati-Lux», Узбекистан) при бактериально-микотических поражениях кожи у профессиональных спортсменов с учетом состояния микробиоценоза кожи.

Материал и методы исследования: Обследованы 400 спортсменов в возрасте 18-25 лет при плановых медосмотрах в Республиканского научно-практического центра спортивной медицины при Национальном Олимпийском комитете Республики Узбекистан. Проведено комплексное – биохимическое обследование спортсменов. Видовой состав микрофлоры кожи и плотность колонизации патогенами определяли методом WilliamsonetKligman (2001) при умеренных физических нагрузках до соревнований. Определяли чувствительность микрофлоры к антибактериальным препаратам.

Результаты: Дерматологические заболевания были установлены у 113 спортсменов (28,25%) различной специализации. Преобладали микотические поражения кожи: микоз крупных складок – 44, разноцветный лишай – 17, трихофития – 4, микоз стоп, онихомикоз -32. У 16 спортсменов были диагностированы вульгарные угри разной степени тяжести. Во всех группах была обнаружена высокая высеваемость *Stah. aureus*, максимально у спортсменов контактными видами спорта (борцов - в целом в 65% случаев). У спортсменов-пловцов частота высеваемости *Stah. aureus* была ниже и составляла 49%. Во всех группах у спортсменов отмечено снижение доли нормального для кожи *Stah. epidermidis*. Плотность колонизации патогенными стафилококками в разных спортивных группах не имела существенных отличий и в среднем составляла 2922 КОЕ/дм². Обсемененность прочими видами стафилококков варьировала в пределах 1234-3768 КОЕ/дм². Установлена низкая чувствительность штаммов стафилококка к макролидам, высокая частота оксациллин-резидентных штаммов (MRSA), а также высокая

высеваемость и обсемененность грибами *Malassezia*. Для лечения угревой сыпи использовали крем «Фатидерм», для лечения грибковых поражений кожи и крупных складок – крем и тоник

«Фатидерм+» (Fatiderm-plus) в соответствии с рекомендациями производителя. Для профилактики микотических поражений при гипергидрозе применяли «Фатидерм+» (Fatiderm-plus).

Заключение: Отмечалась выраженная положительная динамика и излечение патологических высыпаний у спортсменов с проявлениями дерматозов. Фатидерм оказывает противовоспалительный, антибактериальный, фунгицидный и антиперспирантный эффект, способствуют нормализации микрофлоры кожи в условиях повышенной физической нагрузки, профилактике гипергидроза и развитию бактериально-микотических поражений кожи. Показатели микробиоценоза кожи у спортсменов могут служить маркером функционального состояния кожи, что необходимо учитывать при разработке методов гигиены и ухода за кожей.

**Короткоимпульсный неодимовый лазерный — уникальный опыт в
лечении вирусных бородавок**

Садыков А.И., Сыдилов А.А., Козлова Д.В.,

Мухамедов Б.И., Ибрагимов К.У.

ФГБОУ ВО МГПУ Санкт-Петербург, Российская Федерация

Ташкентский государственный стоматологический институт

Узбекистан

Цель. Оценить эффективность и безопасность применения обработки неодимовым лазером PinePointe Laser, как монотерапию при ладонно подошвенных бородавках у взрослых.

Материал и методы. В исследование были включены 100 пациентов (56

женщины и 44 мужчин) только с ладонно-подошвенными бородавками. Все пациенты были разделены на 2 группы: первую группу (n = 67) составили больные не получавшие ранее какую либо терапию , вторую (n = 33) - пациенты, получавшие ранее какую либо терапию неоднократно и не достигнувшие результата выздоровления и 3 группу сравнения отказавшиеся от аппаратной терапии применявшие 40% мочевины. Терапия проводилась 1 раз раз в 2 недели, при соблюдении условия, что боль возобновилась и снижает качество жизни. Исследование проводилось с оценкой результатов по истечении 2 месяца ,а также оценкой эффективности терапии и нежелательных эффектов.

Результаты:

1 (А) У 40 из 67 больных боль не вернулась — за 2 мес получили 1 процедуру

1.(Б) У 22 из 67 понадобилось 2 и 3 процедуры т.к боль возвращалась и снижало качество жизни больного

1 (В) У 5 из 67 боль не прошла. Выполнено хирургическое удаление отказавшиеся от аппаратной терапии и наружной терапии.

К группе сравнения у 33 больных выполняли только методы наружной терапии (аптечные растворы кислот и щелочей)

Целесообразно отметить, что у всех больных первой группы (100%) В течении 2 месяцев возврата боли не наблюдалось.

У 35 из 67 больных клиническое выздоровление, в то время как 27 больных первой группы клиническое выздоровление не наступило, но и не было замечено диссеминации вируса, боли нет, размер образований не оценивался.

У 25 из 33 больных группы сравнения проявления бородавок остались. Боль сохраняется , проявления контактного дерматита.

Заключение. Неодимовым лазером PinePointe Laser обладает высокой эффективностью при терапии подошвенных бородавок. Нежелательные эффекты в виде боли удивительным образом исчезают от проводимой терапии,

значительно улучшая качество жизни больных. Исчезает необходимость деструктивных методов. Нет реабилитационного периода. Нет риска присоединения вторичной инфекции. Не остается рубец. Значительно повышается качество жизни. Сохраняется возможность занятий спортом. Нет надобности в перевязках и частых визитах к врачу.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ СРЕДИ
НАСЕЛЕНИЯ г. ТАШКЕНТА**

**Солметова М.Н.¹, Гафур-Ахунов М.А.², Ваисов А.Ш.³,
Юлдашева Д.Ж.⁴**

**1. Республиканская кожно-венерологическая клиническая
больница, ТГСИ**

**2. Центр развития профессиональной квалификации медицинских
работников при МЗ РУз**

3. Ташкентская Медицинская Академия

4. ТГФ РСНПМЦОиР

Рак кожи одна из самых распространенных злокачественных патологий и представляет собой совокупность 2-х видов – плоскоклеточного и базальноклеточного рака, по мнению ряда авторов (M.C.Cameron and oth., 2019) имеет соотношение от 1:10 до 1:3.

Цель: изучить частоту заболеваемости базальноклеточным раком кожи (БКРК), его соотношение с плоскоклеточным раком кожи. Установить эпидемиологические особенности БКРК – этнический срез и половозрастные особенности. Провести клинико-морфологический анализ определить стадию установить преобладающий гистотип БКРК.

Материалы и методы: в исследование включены данные первичной регистра рака кожи по Канцер-регистра г.Ташкента за 2017-2022 гг.(1 квартал)

Результаты: В течении 5-ти исследуемых лет – 2017-2021 гг, первично зарегистрировано 1346 больных с раком кожи, в том числе 171 случая первично-множественного рака кожи. В подавляющем большинстве случаев установлен БКРК - 84,1%. При анализе группы БКРК (n=1133), выявлено чувствительное преобладание женщин – 57,9%, чем мужчин – 42,1%. Этнический анализ показал, что подавляющее преобладание имели представители наций-носителей светлых фототипов, достигшем в нашем исследовании – 65,2%, составляющие в общей структуре населения меньшинство – не более 15%.

Возрастная структура первичных больных БКРК в основном состояла из больных пожилого и старческого возраста (37,4% и 39,4%), в то время как заболеваемость у молодых и лиц среднего возраста было редким явлением (4,9% и 14,6%). Стадийная структура установила преобладание ранних стадий: I стадия – 19,3% и II стадия– 70,5%. В то время как III и IV стадии составили 9,4% и 0,8%, соответственно. Морфологическая верификация достигнута во всех случаях.

Заключение: при анализе заболеваемости за последние годы установлено, что БКРК заболевают носители светлых фототипов. В большинстве случаев люди старше 60 лет (76,8%) с преобладанием заболеваемости БКРК у женщин.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ташкенбаева У.А.¹, Клеблеева Г.Д.²

Ташкентская медицинская академия¹

Самаркандский государственный медицинский университет²

Цель: изучить особенности течения дерматологических проявлений после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Для изучения особенностей течения дерматологических проявлений у больных, нами были выявлены и изучены кожные проявления после перенесенной коронавирусной инфекции. После начала пандемии нами были выявлены, описаны и находились под наблюдением 138 больных, после перенесенной COVID-19 инфекции. У 108 больных наблюдались кожные изменения, 30 больных, без кожных изменений после COVID-19, составили контрольную группу. Из 108 больных 49 больных ранее страдали различными дерматологическими патологиями, у 61 больных до коронавирусной инфекции кожа была интактна.

Результаты. У 11 (10,2%) больных до проявления признаков коронавирусной инфекции появились различные кожные изменения. В подавляющем большинстве случаев (62,9%) кожные проявления COVID-19, совпадали с клинической манифестацией болезни. У части больных (26,9%) кожные проявления появились после клинического выздоровления. Мужчины составили 72, женщины 36 больных. Средний возраст больных составил $54,2 \pm 12,3$. Основными дерматологическими проявлениями после коронавирусной инфекции были алопеция – 24,07%, акродерматит 13,89%, папулосквамозные высыпания - 21,29% больных, крапивница - 12,05%. папуло-везикулезные высыпания - 12,96% и герпетические высыпания 15,74%.

Заключение. Являясь относительно новой патологией, коронавирусная инфекция ввиду полиорганного характера поражения организма, обладает множеством клинических проявлений, в том числе и дерматологических, изучение которых до настоящего времени ещё остаются предметом исследований.

РОЛЬ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Ташкенбаева У.А.¹, Клеблеева Г.Д.²

Ташкентская медицинская академия¹

Самаркандский государственный медицинский университет²

Цель: изучить изменения микроэлементного статуса дерматологических проявлений после перенесенной коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. Для изучения особенностей течения дерматологических проявлений у больных, нами были выявлены и изучены кожные проявления после перенесенной коронавирусной инфекции. После начала пандемии нами были выявлены, описаны и находились под наблюдением 138 больных, после перенесенной COVID-19 инфекции. У 108 больных наблюдались кожные изменения, 30 больных, без кожных изменений после COVID-19, составили контрольную группу. Из 108 больных 49 больных ранее страдали различными дерматологическими патологиями, у 61 больных до коронавирусной инфекции кожа была интактна. В нашем исследовании для изучения микроэлементного статуса проводился спектрометрический анализ биологических материалов на ядерном реакторе ВВР-СМ в ИЯФ АН РУз.

Результаты. Содержание цинка в организме наших больных составило

в среднем 110 ± 25 мкг/г (при норме 150-250), хлора 2100 ± 200 (при норме 1000-2000), брома $3,6 \pm 0,7$ (при норме 1.5-3.5), меди 18 ± 5 (при норме 20-35). В то время как в контрольной группе данные показатели составляли: цинк 125 ± 37 , хлор 1400 ± 350 , бром $2,1 \pm 0.9$, медь $23 \pm 4,5$ соответственно.

Заключение. Согласно полученным данным, можно отметить повышение таких токсичных для иммунитета элементов как хлор, бром, в организме больных с кожными проявлениями после перенесенной SARS-CoV-2 инфекции. Напротив, в группе контроля все показатели были в пределах нормы. В контрольной группе отмечалось некоторое снижение показателей содержания цинка и меди.

ПРИМЕНЕНИЕ МОМЕТАЗОН ФУРОАТ 0,1 % В ЛЕЧЕНИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Тошев С.У.

**Самаркандский государственный медицинский университет
кафедра кожных и венерических болезней**

Себорейный дерматит (СД) – хроническое рецидивирующее заболевание кожи, связанное с повышенной секрецией кожного сала, изменением его качественного состава и характеризующееся локализацией в областях скопления сальных желез – на волосистой части головы, лице, верхней части туловища, складках.

Причина возникновения СД неясна. Развитию СД способствуют активизация липофильного дрожжевого гриба *Malassezia spp.*, повышенная секреция кожного сала и изменение его качественного состава на фоне психоэмоционального перенапряжения, стрессовых ситуаций, гормональных, иммунных и нейроэндокринных нарушений, приема некоторых лекарственных препаратов. Заболевание часто наблюдается у ВИЧ-инфицированных лиц, при поражениях центральной и вегетативной нервной системы. Имеются данные, указывающие на появление высыпаний,

имитирующих себорейный дерматит, при дефиците цинка и никотиновой кислоты.

Распространенность себорейного дерматита в мире составляет 1–3% среди взрослых и 70% среди детей первых 3 месяцев жизни. Отмечаются два возрастных пика заболеваемости СД – в детском возрасте (первые месяцы жизни) и в 40–70 лет.

К клиническим формам СД относят:

1. Себорейный дерматит взрослых:
 - СД волосистой части головы;
 - СД лица;
 - СД туловища;
 - генерализованная форма СД.
2. Себорейный дерматит детей:
 - СД волосистой части головы («чепчик новорожденного»);
 - СД туловища;
 - болезнь Лейнера.

Высыпания при себорейном дерматите располагаются на коже волосистой части головы, лица, ушных раковин, верхней части туловища, преимущественно в области грудины и лопаток, и в крупных складках.

Несколько лет назад на рынке Узбекистана появился крем Вегтазон-мометазон фуруат. Он не содержит фтора, имеет хлор в 9-й и 21-й позициях и боковую цепь фууроата. Поэтому он обладает мощным противовоспалительным действием, блокирует синтез цитокинов в дозах значительно меньших, чем у других топических кортикостероидов, имеет низкий системный эффект (биодоступность мометазона фууроата из крема — 0,4%) и высокую местную безопасность, сопоставимую с 1% гидрокортизоновой мазью. Крем мометазона фууроата, благодаря составу, созданному по типу «масло в воде», концентрируясь в верхних слоях эпидермиса, позволяет мягко купировать острые воспалительные процессы.

Также в составе крема Вегтазон находится диоксид титана, который заменяет SPF- фактор, поэтому Вегтазон также применяется при себорейном дерматите на открытых участках тела.

Целью исследования явилось определение эффективности и безопасности крема мометазона фууроата при наружном лечении СД.

Под наблюдением находилось 25 человек с СД от 3 месяцев до 40 лет.

У 19 пациентов с себорейным дерматитом применение крема Вегтазон оказало выраженный клинический эффект: полный регресс высыпаний – у 76% больных, исчезновение зуда – у 34%.

У 6 пациентов отмечались остаточные явления в виде незначительной гиперемии. У всех детей без клинических признаков присоединения вторичной инфекции отмечалось значительное улучшение и исчезновение симптомов при применении крема Вегтазон (мометазон фууроат) в течение 7-14 дней.

Переносимость крема Вегтазон (мометазон фууроата) у всех больных была хорошей. Местных нежелательных реакций и осложнений, которые могут возникать во время наружной кортикостероидной терапии, не наблюдалось.

Таким образом, проведённые исследования позволяют сделать вывод о том, что крем Вегтазон является эффективным и безопасным средством для лечения себорейного дерматита, с отличной переносимостью и отсутствием местных и системных побочных явлений. Это позволяет широко рекомендовать данный препарат в практике лечения себорейного дерматита.

ПРЕПАРАТЫ ЦИНКА В ТЕРАПИИ ОСТРОГО ДЕРМАТОЗА У ДЕТЕЙ

Тошпулатов Б.Х., Улуғбекова Р.Ю.

Андижанский Государственный медицинский институт

Андижан, Узбекистан

Цель: изучение эффективности и переносимости Биологическая активная добавка –Flordiar Zinkl при лечении острого дерматоза у детей.

Материалы и методы: наблюдали 74 ребенка с пеленочным дерматитом (26 мальчика и 48 девочка) в возрасте от 6 недель до 4 года, разделенные на 2 подгруппы по 37 человека равные по полу и возрасту. В первой подгруппе было 23 девочек и 14 мальчиков, во второй – 24 и 13 мальчиков. Биологическая активная добавка –Flordiar Zinkl детям 1й под группы назначена по 1 саше 2 раза, детям 2й подгруппы – 1 раз в сутки. Динамика процесса оценивалась в течение 2 недель каждые 3 дня. Критериями эффективности терапии служило уменьшение или исчезновения признаков воспаления кожи, по динамике дерматологического индекса шкалы симптомов (ДИШС), который индексировался по 5 симптомам (эритема, отек, шелушение, трещины, зуд), оцениваемым по 4-бальной шкале. Максимальные значения ДИШС составили 20 единиц, минимальные – 0 единиц. Исходный ДИШС у больных 1й подгруппы составил 15,6 единиц, во 2й подгруппе – 15,8 единиц.

Результаты: через 3 дня в первой подгруппе ДИШС составил 10,7 ед. у всех детей отмечено улучшение клинической картины процесса, а у 3 детей полное исчезновение симптомов заболевания. На 6 день лечения у 12 (37,5%) детей симптомы пеленочного дерматита не выявлены, индекс ДИШС снизился до 4,1 ед. Через 9 дней исчезновение всех симптомов пеленочного дерматита отмечено у 17 (53,1%) детей, ДИШС составил 0 ед. При первом осмотре детей второй подгруппы клинические симптомы не выявлены у 1 ребенка и средний ДИШС в группе составил 13,2 ед. Второй осмотр выявил снижение ДИШС до

10,2 ед., полное излечение наблюдалась у 11 детей. При 3 осмотре исчезновение признаков пеленочного дерматита имело место у 14 пациентов, средний ДИШС равнялся 5,6 ед., а на 12 день терапии выздоровление отмечено у 6 (18,8%) детей. При любой кратности использования саше аллергических реакций выявлено не было, родители отмечали приятную консистенцию препарата, комфортность исследования.

Выводы: использование в лечении острого дерматоза – пеленочный дерматит – Биологическая активная добавка –Flordiar Zink|| цинк эффективно при одно и два разового приминение, аллергических реакций не возникает.

ВЛИЯНИЕ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА

Тураева Ф.А., Маннанов А.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

г. Ташкент, Узбекистан

Введение. В последние годы отмечается тенденция роста заболеваемости генодерматозами. Среди них также значительно часто встречаются случаи врожденного ихтиоза. Ихтиозы — это большая группа генетически детерминированных болезней кожи с характерным нарушением процесса кератинизации (ороговения), клинически проявляющихся поражением всего или большей части кожного покрова с наличием гиперкератоза или шелушения.

Цель работы. Изучить влияние порядкового номера беременности, срока родов и сопутствующих заболеваний матери во время беременности.

Материалы и методы. При исследовании применялся статистический анализ 30 больных различными формами врожденного ихтиоза.

Результаты. Дети больные врожденным ихтиозом, в 10 (33,3%) случаях родились от I, в 12 (40%) от II, в 4 (13,3%) от III, в 2 (6,7%) от IV, 1 (3,3%) от

V и 1(3,3%) от VI беременности (в расчет взяты дети, наблюдаемые в стационаре, и их родные братья и сестры).

Беременность у 14 (46,7%) матерей, дети которых болеют врожденным ихтиозом, проходила на фоне анемии (I ст – 5(16,7%), II ст – 3(10,0%), III ст – 6(20,0%) случаев, у 7(23,3%) – на фоне токсикоза (средней степени – 2(6,7%) случая, тяжелой степени – 5(16,7%)), 1(3,3%) мать перенесла во время беременности нервный стресс, 8(26,7%) грипп и 1(3,3%) – коронавирус. Из особенностей родового периода по одному случаю (по 3,3%) имели местоасфиксия, кесарево сечение, срочные роды, мутность околоплодных вод, многоводие.

Все дети, больные врожденным ихтиозом родились в срок. Состояние при рождении у 7(23,3%) детей было среднетяжелым из-за кожно-патологического процесса (родились в коллоидной пленке), состояние остальных 23(76,7%) детей было удовлетворительным. Вес при рождении варьировал от 2500 до 4300 г, что в среднем составило 3197,7 г.

Выводы. Вероятность рождения ребенка, больного врожденным ихтиозом, значительно выше от I и II беременностей (33,3% и 40% соответственно). У большинства матерей больных детей наблюдалось анемия различной степени. Срок и вес при рождении на возникновение врожденного ихтиоза влияние не имело.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ «0,3% АММИФУРИНА» У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Улугходжаев Д.И., Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Кафедра дерматовенерологии

Гнездная алопеция (ГА) является самой часто встречаемой патологией среды заболевания волос. По данным литературы ГА составляет около 4% всех заболеваний кожи, а среды патологии волос оно составляет по данным разных авторов от 13% до 30%. Причиной возникновения ГА может быть нарушения микроциркуляции, эндокринные, иммунные, нейрогенные, метаболические изменения, наличие очагов фокальной инфекции и многие другие. Поэтому при лечении больных ГА необходимо учитывать вышеперечисленные факторы, имеющие патогенетическое значение. Одновременно необходимо назначит препараты, улучшающие питание волос. К таким препаратам относится новый комплексный препарат «0,3% аммифурин», представляющий собой сумму фурукумаринов: изопимпинеллина, бергаптена и ксантотоксина выделенную из плодов амми большой – *Ammi majus* L., семенейства сельдерейных (зонтичных) – *Apiaceae* (*Umbelliferae*). Препарат стимулирует процессы синтеза кератина и других важных компонентов волоса, снижает потребность волосяных фолликулов в кислороде, на обменные процессы, влияет на рост волос и поддерживает их нормальную окраску.

Цель исследования: Изучить эффективность препарата «0,3% Аммифурин» у больных гнездной алопецией.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 26 больных гнездной алопецией, в возрасте от 8 до 34 лет, из них 21 были мужчины, 5 женщины. У 21 больных было локальная форма ГА, у 3 субтотальная, у 2 тотальная форма. При исследовании у 13 больных было обнаружено глистная

инвазия, у 16 больных заболевания желудочно-кишечного тракта (хронический гастрит, хронический колит, гепатохолецистит). Всем больным было кроме наружного лечения было назначено общее лечение включающее препараты цинка (окись цинка по 0,1 в сутки), антиоксиданты (аевит, тиосульфат натрия) и наружно смазывать «0,3% Аммифурин».

Результаты: У 13 больных (81,2%) к концу комплексного лечения появились пушковые волосы в очагах алопеции. У 1 больного субтотальной формой и у 2 больных тотальной формой ГА улучшения не наблюдалось. Все больные лечение переносили хорошо, осложнения и побочные эффекты не наблюдалось.

Выводы: При комплексном лечении больных очаговой формой ГА с включением «0,3% Аммифурин» наблюдается положительная динамика. У больных тотальной формой ГА заметного улучшения в процессе одного курса лечения не наблюдается, возможно, для них требуется провести несколько курсов лечения.

ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТНИ БОЛАЛАРДА ДАВОЛАШ

Хамидов А.Ф., Хамидов Ф.Ш., Мўминов М.М., Ботиров К.З.,

Кучкаров А.А., Жабборов Т., Алиев Л.М., Пулатов Б.Т.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Изланишнинг мақсади: Периорал дерматит билан оғриган бемор болаларда Занофлоркс ва Колострум препаратларини ҳамда эзмитоп кремини комплекс терапияда клиник самарадорилигини ва ҳаёт сифати дерматологик индексига (ХСДИ) таъсирини аниқлаш.

Материал ва услублар. Бизни назоратимизда 22 нафар (12 нафар қиз ва 10 ўғил болалар) 8 ёшдан 16 ёшгача бўлган Dermatitis perioralis билан оғриган беморлар бўлди. 22 нафар беморлардан 12 нафарида дерматозни енгил даражаси 1-даражаси, 6 нафарида 2-даражаси, 4 нафарида 3- даражаси оғир шакли ташхиси қўйилди. Уларни 7 нафарида гастрит, 2 нафарида холецистит

аниқланиб, қолган беморларда ҳамроҳ касалликлар аниқланмади.

Натижалар. Бемор болалар Занофлукс ярим таблеткадан кунда 2 маҳалдан 5 кун, кейин 2 кун танаффус қилиб, 2 курс, Колострум препаратини 1 млдан 2 маҳалдан овқатдан олдин 1 ой комплекс даво таркибида буюрилди. Ташқи давога эзмитоп кремани 1 маҳалдан суртишга тавсия этилди.

Барча беморлар беморларда даводан олдин ПДОИ ва ҲСДИ аниқланди. ПД ни объектив симптомларини миқдорий ҳисобга олиш учун клиник балли индекс PODSI (Perioral Dermatitis Severity Index) дан фойдаланилганида, Dermatitis perioralis ни оғирлик индекси даводан олдин $7,22 \pm 0,11$ баллни, ҲСДИ эса $23,04 \pm 2,15$ баллни ташкил қилди.

Периорал дерматит билан оғриган бемор болаларда занофлукс ва колострум ҳамда эзмитоп препаратларини комплекс терапиясида қабул қилинганидан сўнг 10 кун ўтгач ПДОИ $5,16 \pm 0,23$ баллгача, 20 кун ўтгача – $4,36 \pm 0,03$ баллгача камайгани аниқланди. ҲСДИ 10 кундан кейин $20,12 \pm 2,06$ баллгача, 20 кундан сўнг $15,84 \pm 2,84$ баллгача пасайганлиги кузатилди. ПД оғриган беморларда қўлланилган занофлукс ва колострум ҳамда эзмитоп креми комплекс даволаш натижасида теридаги тошмаларни сўрилиши кузатилиб, ПДОИ индексини камайиши, ҲСДИ эса бир оз яхшиланиши ва индекс кўрсаткичларини пасайгани аниқланган.

Dermatitis perioralis билан оғриган пациентларда жигарни монооксигеназ тизими ўрганилганида, даводан олдин амидопирин метаболитларини экскрецияси, 4-ААП ва N-Ац-ААП метаболитларини ҳосил бўлиши пасайгани аниқланди. 4-ААП ва N-Ац-ААП метаболитларини кўрсаткичларини пасайганлиги жигарни N-деметил ва ацетил қобилятини беморларда сустлашганлигини кўрсатади. Ўтказилган комплекс даводан сўнг ҳам бу кўрсаткичлар етарлича ижобий ўзгармагани кузатилди.

Хулоса. Dermatitis perioralis оғриган беморларда қўлланилган занофлукс ва колострум ҳамда эзмитоп креми билан комплекс даволаш натижасида шуни кўрсатдики, бу комплекс даволаш ПДни терапиясида яхши самара беради. ПД

билан оғриган беморларда монооксигеназ тизими кўрсаткичлари даводан олдин паст бўлгани ва сўнг эса бироз яхшилангани, бу дерматозни патогенезида жигар фаолияти ҳам қандайдир рол ўйнашини кўрсатди ва бу ўйналишда изланишларни янада чуқурроқ давом эттириш кераклигини кўрсатади.

ТЕРАПИЯ ALOPECIA AREATA С ПРЕПАРАТОМ ВИТАРИО-G

Хамидов Ф.Ш., Зокиров Ш.К., Хамидова М.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Гнездная алопеция (Alopecia areata) - дерматоз с выпадением волос, и которое обусловлено различными воздействиями на волосяной фолликул и клинически проявляется формированием полностью лишенных волос очагов на волосистой части кожи головы, в области роста бороды, бровей, ресниц и волосяного покрова туловища.

Цель исследования: Изучить количественную оценку степени тяжести гнездовой алопеции (Severity Alopecia Tool [SALT]) у больных Alopecia areata с применением препарата Витарио-G.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 22 больных (12 женщин, 10 мужчин) Alopecia areata, средний возраст которых в среднем составило $33,1 \pm 3,4$ года. Всем больным диагноз Alopecia areata был поставлен после стандартного исследования.

У всех больных Alopecia areata до и после комплексного лечения с применением препарата Витарио-G было изучено SALT, дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), концентрация малонового диальдегида (МДА), с помощью которых изучалось состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ).

Результаты исследования. У всех 22 больных Alopecia areata до

комплексного лечения с применением препарата Витарио-G показатели SALT составили в среднем $50,2 \pm 1,24\%$, индекс ДИКЖ – $26,89 \pm 0,24$ балла, МДА – $4,79 \pm 0,11$ нмоль/л (контрольная группа (n=10) – $1,36$ нмоль/л).

После комплексной терапии с применением препарата Витарио-G у больных Alopecia areata показатели SALT снизились до $30,1 \pm 0,64\%$ и рост волос по сравнению с исходным показателем составил около 20%.

Индекс ДИКЖ после комплексного лечения с препарата Витарио-G у больных Alopecia areata снизился до $18,12 \pm 1,07$ балла.

Показатель ПОЛ у пациентов Alopecia areata после комплексного лечения с препаратом Витарио-G снизился, и средняя концентрация МДА составила $2,11 \pm 0,12$ нмоль/л.

Вывод. После исследования с препаратом Витарио-G выяснилось, что SALT лучшим образом показывает терапевтическое действие проведенной терапии после первого курса. В исследовании хотя и наблюдалось снижение показателей ДИКЖ и МДА после комплексного лечения с использованием препарата Витарио-G у больных Alopecia areata, но показатели SALT как указывают, полноценного изменения в позитивную сторону в очаге поражения не дали.

ВИТИЛИГО И ЭЛИДЕЛ: ИНДЕКС ПРОГРЕДИЕНТНОСТИ

ВИТИЛИГО

Хамидов Ф.Ш., Хамидова М.З., Абдувалиев Б.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Актуальность. Витилиго распространенное приобретенный заболевание кожи с нарушением пигментации и его диагностика, а также лечение является актуальной проблемой дерматологии и косметологии.

Цель исследования: Изучить Индекс прогрессивности витилиго

(Vitiligo Disease Activity score) у больных с витилиго в комплексной терапии с кремом Элидел (пимекролимус) в условиях Ферганской долины.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 20 больных с витилиго в возрасте от 18 до 54 лет (12 женщин, 8 мужчин). У всех больных с витилиго было исследовано VIDA до и после лечения. Больные получали Колострум в комплексной терапии с кремом Элидел. 1% крем Элидел – крем противовоспалительным эффектом для терапии дерматозов, не провоцирует атрофические изменения кожи. 0,1% крем Элидел наносили 2 раза в день. Препарат наносили небольшим слоем на зоны депигментации туловища и головы, включая кожные складки. У всех больных было исследовано Дерматологический индекс качество жизни (ДИКЖ), VIDA до и после лечение. Колострум – молозиво, больные дети с витилиго принимали внутрь по 1 мл 2 раза в день до еды в течение 2-3 месяцев.

Индекс прогрессивности витилиго (Vitiligo Disease Activity score [VIDA]) был предложен в 1999 году учеными Njoo M.D. et al. [4]. Представляет собой шестибалльную шкалу прогрессивности (активности)

дерматоза, предназначенную для оценки эффективности проводимой терапии (прекращение распространения депигментации кожи). Подсчет баллов (в диапазоне от -1 до +4) основывается на личной оценке пациентом прогрессирования заболевания с течением времени. Прогрессирование витилиго характеризуется распространением (увеличением размеров) существующих очагов или возникновением новых очагов депигментации кожи. Если такие симптомы отсутствуют, состояние считается стабильным.

Уменьшение величины индекса после проведенной терапии указывало на ее эффективность.

Результаты исследования. Состояние кожного процесса оценивали у больных до и после комплексной терапии с применением Колострума и крема Элидел. До лечения у больных с витилиго VIDA составило $3,21 \pm 0,03$ баллов. После проведения комплексной терапии с Колострумом и кремом Элидель

индекс VIDA снизился до $2,51 \pm 0,71$ баллов.

До комплексной терапии Колострумом и Элиделом индекс ДИКЖ в среднем составил $22,56 \pm 2,15$ балл. У больных с витилиго после комплексной терапии, индекс ДИКЖ снижался незначительно и доходил в среднем до $20,88 \pm 0,24$ балла.

Из 20 больных с витилиго у 7 наблюдались побочные явления в виде жжения, зуда, покраснения в начале лечения, которые носили временный характер и исчезли самостоятельно на протяжении первых недель.

Вывод. Результаты исследования указывало, что индекс VIDA хорошо оценивало распространенность и прогрессивность витилиго. Снижение индексов VIDA и ДИКЖ у больных с витилиго, указывало о состоянии кожного процесса больного, качество жизни пациента и показало об эффективности в комплексной терапии с Колострумом и кремом Элидел. Препарат Элидел и Колострум можно использовать в комплексном лечении у больных с витилиго, хотя и наблюдались побочные явления. ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОЛОСТРУМА, ИММУНОРОКА И ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ БУЛЛЁЗНОГО ЭПИДЕРМОЛИЗА

У БОЛЬНЫХ БУЛЛЁЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Хамидов Ф.Ш., Хасанова Н.У., Кучкаров А.А., Хамидова М.З.,

Ботиров К.З., Насридинова Н.Б., Фозилов Ф.А., Муминов М.М.,

Абдурахманов А.А., Тошпулатов Б., Пулатов Б.Т.

Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

Буллёзный эпидермолиз (БЭ) - это дерматоз, обусловленные генетическими дефектами и характерным спонтанным развитием пузырей или их появлением на месте незначительной повреждений. БЭ последние годы не редко диагностируется и в Узбекистане.

В 2003 году ряд исследователей изучающие редкие дерматозы, предложили стандарты диагностики и лечения БЭ, а также «Индекс тяжести

буллёзного эпидермолиза у новорожденных».

Цель исследования – Изучить у больных новорожденных БЭ «Индекс тяжести буллёзного эпидермолиза у новорожденных» в комплексной терапии с БАДом колострум (молозиво) и иммунорок.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 7 новорожденных, возрасте от 1 до 17 дней (4 мальчиков, 3 девочки). У всех больных было изучено «индекс тяжести буллёзного эпидермолиза у новорожденных». Больным БЭ было проведено стандартное лечение в комплексе с применением препарата «Колострум» (молозиво). Колострум назначался по 0,5 мл внутрь 2 раза в день до еды в течении 1 месяца. Иммунорок, детям, болеющим БЭ, назначался по 1 мл 2 раз в день внутрь течение 1 месяца.

Индекс тяжести БЭ у новорожденных включает 6 основных и 5 дополнительных параметров. Интерпретация индекса: Максимальное количество баллов равно 18; при количестве баллов от 0 до 5 заболевание оценивается как легкое, от 6 до 10 баллов – средней тяжести, от 11 до 16 - тяжелой степени; пациент оценивается как тяжелый, если имеется 1 или более баллов плюс наличие как минимум одного из пяти дополнительных параметров (дефект ламинина 5, атрезия пилоруса, семейный анамнез летального случая БЭ, наличие тяжелого рецессивного дистрофического БЭ в семейном анамнезе, наличие в семейном анамнезе БЭ с мышечной дистрофией).

Результаты исследования. До лечения у новорожденных БЭ «Индекс тяжести буллёзного эпидермолиза у новорожденных» составил в среднем $6,23 \pm 2,64$ балла. После комплексного лечения с Колострумом и иммунорок у новорожденных БЭ «индекс тяжести буллёзного эпидермолиза у новорожденных» снизился до $2,56 \pm 0,13$ балла. До и после комплексного лечения было проведено исследование перекисного окисления липидов (ПОЛ, МДА) в сыворотке крови у больных БЭ, и отмечено улучшение ПОЛ после

комплексной терапии.

Вывод. Определение «Индекса тяжести буллёзного эпидермолиза у новорожденных» помогает точной постановке диагноза и в оценке эффективности лечения БЭ у новорожденных. Как показал результаты исследования, препараты Колострум и иммунорок улучшают эффективность лечения БЭ, а также показатели ПОЛ.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИНГ БОЛАЛАРДАГИ ТЕРАПИЯСИДА КОЛОСТРУМ ПРЕПАРАТИНИ САМАРАДОРЛИГИ

**Хамидова М.З., Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М.,
Муминов М.М., Абдурахмонов А.А., Пулатов Б.Т.**

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотни мақсади: Атопик дерматит билан оғриган беморларда Колострум воситасини комплекс қўлланилганидаги самарадорлигини аниқлаш.

Тадқиқотни материал ва усуллари. Бизни назоратимизда 30 нафар (13 нафар ўғил бола ва 17 нафар қиз болалар) 4 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар бўлди. Уларни барчасида лаборатор ва клиник текширишлардан сўнг атопик дерматит диагнози қўйилди. АД билан оғриган беморлар комплекс давода колострум препаратини (1 млдан 2 маҳалдан окватланишдан ярим соат олдин сувда аралаштириб) қабул қилди.

Колострум воситаси иммун омилларга, ўсиш факторига ва антимиқроб компонентларга бой бўлиб, у чақалоқларни тўқималарини ўсишига, ошқозон-ичак тизимини етилишига ва иммун тизимини вазифаларини тикланишига ёрдам беради. Ўғиз сутида (молозива) бор бўлган иммуноглобулинлар ва лактоферрин чақалоқларда табиий иммунитетни ҳосил қиладилар, бу шу популяцияда ўлим даражасини пасайтиришга ёрдам беради. Бундан ташқари, ўғиз сутини оқсилларини ноҳўя эффектлари ва лактозани кўтара олмаслик

каби хусусиятлари сутга нисбатан кам. Умуман, колострум ҳавфсиз ва бемор томонидан яхши қабул қилинади. Ўғиз сути озик моддаларни аҳамиятли, аллергенлик хусусияти бўлмаган бир нечасини ўз таркибида сақлаганлиги туфайли уни дерматологияда кенг қўллашни тавсия қилса бўлади. Колострумни компонентларини 3 та асосий категорияларга бўлса бўлади: озик-овқат компонентлари, иммун омиллар (IgG1, IgG2, IgA, IgM ва лактоферрин) ва ўсиш факторлари. Колострум (ўғиз сути, молозиво) 10 мл суюқлик: 1 мл дан 2 маҳалдан, овқатдан олдин тенгма тенг қайнатиб, совутилган сувга аралаштириб ичиш тавсия этилди.

Комплекс даводан олди ва кейин пациентларда SCORAD индекси ва қон зардободаги МДА кўрсаткичлари ўрганилди.

Тадқиқотнинг натижалари. АД билан оғриган беморларда даводан олдин SCORAD индекси юқори эканлиги аниқланди, ўтказилган комплекс даводан сўнг эса бу кўрсаткичлар назорат гуруҳи кўрсаткичларига яқин пасайгани кузатилди.

АД билан оғриган беморларни қонидаги липидларни перекисли оксидланиши ҳолати малон диальдегиди концентрациясини аниқлаш орқали даводан олдин ўрганилганида юқори эканлиги аниқланди. Колострум суюқлиги комплекс терапияда қўлланилганидан кейин уларни кўрсаткичлари меъёрлашгани кузатилди.

АД билан оғриган беморларни 16 нафарда колострум воситаси комплекс давода қўлланилганидан кейин тузалиш кузатилди, 8 нафарда яхшиланиш, 4 нафарда бироз яхшиланиш ва 2 нафарда ижобий клиник ўзгаришлар бўлмагани аниқланди.

Хулоса. Тадқиқот натижаларининг кўрсатишича, АД билан оғриган бемор болаларда колострум воситаси билан ўтказилган комплекс терапия ижобий натижалар берди. Бу препаратни АД ни комплекс даволашда қўллашга тавсия этиш мумкин.

ВЛИЯНИЕ ПРОДУКТОВ РАСПАДА БЕЛКОВОГО ОБМЕНА НА ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ходжаева Ш.М., Мун А.В, Усманова Н.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ташкент, Узбекистан

Актуальность. Атопический дерматит (АД) — это аллергическое воспаление кожи, в основе которого лежат генетически обусловленные иммунные механизмы, приводящие к повреждению всех слоев эпидермиса. АД страдает до 20 % детского населения мира. Наличие сопутствующих заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у ребенка с аллергией является часто встречающейся ситуацией в практике врача-педиатра. Функциональные нарушения органов пищеварения приводят к всасыванию неполноценно расщепленных компонентов пищи, особенно белков, и тем самым способствуют сенсibilизации организма к различным видам аллергенов.

Цель исследования. Определить влияние продуктов распада белкового обмена на течение атопического дерматита у детей.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении дерматологии клиники ТашПМИ находились 20 больных детей в возрасте от 3 до 15 лет.

Методы исследования включают копрологическое исследование экзокринной функции поджелудочной железы, биохимическое исследование крови и УЗИ печени и желчного пузыря.

Результаты. При копрологическом исследовании у 18 (90%) детей выяснилось повышение количества нейтральных жиров, соединительной ткани, мышечных волокон и крахмала, что указывает на снижение экзокринной функции поджелудочной железы. При биохимическом исследовании крови у 15 (75%) детей было обнаружено снижение количества

общего белка, что свидетельствует о гастроэнтеропатиях у детей.

При ультразвуковой диагностике печени, желчного пузыря у 19 (95%) детей были обнаружены застойные явления и загиб желчного пузыря.

Выводы. В результате исследования был сделан вывод о том, что нарушение функции органов пищеварения играют немаловажную роль в этиопатогенезе возникновения атопического дерматита. Функциональные нарушения органов пищеварения приводят к всасыванию неполноценно расщепленных компонентов пищи, особенно белков, и тем самым способствуют сенсibilизации организма к различным видам аллергенов, что в свою очередь вызывает атопию кожи.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КРЕМА АДВАНТАН ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ходжаева С.М., Усманова Н.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Введение. Атопический дерматит (АтД) – это наследственно-обусловленное заболевание мультифакториальной природы, который характеризуется возрастной вариабельностью, хроническим рецидивирующим течением, зудящими воспалительными поражениями кожи с истинным полиморфизмом. Исследования показали, что нарушение барьера кожи является значительным фактором в поддержании хронического течения данного заболевания и его рецидивах и таким образом обуславливает необходимость применения в лечении смягчающих и увлажняющих средств, восстанавливающих барьерную функцию кожи.

Цель исследования. Изучить эффективность применения крема Адвантан у детей, страдающих атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Группу исследования составили

30 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет с установленным диагнозом: атопический дерматит. Группу сравнения – 20 пациентов. Клинический мониторинг включал определение индекса SCORAD. В группе исследования назначали крем Адвантан. Пациенты группы сравнения продолжали применение топических глюкокортикостероидов средней силы и индифферентных мазей.

Результаты. Индекс SCORAD до лечения в обеих группах максимально составил 105 баллов. Уже вовремя 2-го визита (14-й день от начала лечения) больные группы наблюдения отмечали выраженное уменьшение зуда, восстановление сна – у 97 % пациентов, наблюдалось снижение гиперемии, отечности и инфильтрации кожи в очагах поражения. После лечения (21-й день) в группе исследования у 100 % пациентов (30 детей) отмечалась легкая степень выраженности поражения кожи (индекс SCORAD – от 26 до 5,4 балла). Улучшение индекса SCORAD относительно исходного уровня у детей 3–7 лет составило 68,6%, у детей 8–15 лет – 60,2%. Пациенты группы сравнения значительных изменений в клинической картине не отмечали (индекс SCORAD – от 55 до 88 баллов). На 21-е сутки исследования у пролеченных пациентов группы исследования отмечено достоверное уменьшение среднего значения индекса SCORAD (с 102,8 до 25,7 баллов). У пациентов группы сравнения снижение среднего значения индекса SCORAD не было таким значительным (с 102,6 до 72 баллов).

Выводы. Крем Адвантан обладает противовоспалительным действием и эффективна при лечении атопического дерматита у детей. Под действием Адвантана происходит более выраженное снижение индекса SCORAD, субъективных ощущений, чем у пациентов, принимающих топические стероиды средней силы. Препарат Адвантан, благодаря гидрофильной основе, отличается хорошей переносимостью и отсутствием неблагоприятных явлений, что подтверждается проведенным исследованием.

**ПЕРСПЕКТИВА ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ В
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У
ДЕТЕЙ**

Ходжаева С.М., Шадиева К.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Ташкент, Узбекистан

Цели исследования: Целью исследования является изучение особенностей клинического течения очаговой алопеции у детей с учетом микробиоценоза кишечника, а так же разработка оптимальных методов терапии для пациентов с данной патологией.

Материалы и методы: Сбор больных и исследования проводились на базе клиники ТашПМИ, Ташкентского ОблКВД и детском Консультативном Диагностическом Центре г.Ташкент, поликлинике при Ташкентском Педиатрическом медицинском институте в период с 2019 по 2022 годы, обследованы 55 детей в возрасте от 1 года до 18 лет. Методы исследования включали в себя трихоскопию, качественное и количественное определение микрофлоры кишечника (метод Грачевой), применение пробиотика к традиционному лечению и сравнение результатов проведенной терапии с учетом применения Бифолак-цинкум.

Результаты: Оценка результатов терапии в первой группе больных ГА показала, что значительное улучшение – у 9 (17,3%), улучшение у 4(7,69%), без эффекта у 10 (19,23%) больных. Во второй группе значительное улучшение – у 15 (23,1%), улучшение у 11(21,15%), без эффекта у 6 (11,53%) больных.

Более успешная динамика патологического процесса отмечалась при комплексной терапии с включением препарата Бифолак-цинкум. Динамика клинических проявлений соответствовала восстановлению показателей роста волос. Это указывает на целесообразность применения препарата

бифолакцинкум у больных с ГА.

Заключение: Дисбактериоз кишечника является ведущим фактором ГА и регистрируется не только при обострении, но и при ремиссии основного заболевания. Наиболее выраженные и длительно сохраняющиеся дисбиотические нарушения кишечника при ГА регистрируются у детей первого года жизни. Применение пробиотика Бифолак-Цинкум у детей способствовало достоверному улучшению деятельности ЖКТ и общего состояния. В результате проведенных исследований разработаны методы терапии очаговой алопеции у детей, что позволило рекомендовать для практического применения в комплексной терапии ПА у детей препарат бифолак-цинкум, приводящий к значительной ремиссии заболевания и повышению эффективности проводимого лечения.

DEMODEX КАНАЛАРИНИНГ МОРФОБИОЛОГИК ХУСУСИЯТЛАРИ

Эшбоев Э.Х., Мустанов Н.А.

**Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология
илмий-амалий тиббиёт маркази**

Demodex турига мансуб каналарини биринчи бўлиб 1841 йили —Berger— томонидан кашф этилган.

Кананинг топилганига 180 йилдан ортиқ вақт бўлганига қарамасдан унинг тўғрисида ҳанузгача тортишувлар мавжуд. Айрим гуруҳ муаллифлари каналар одамлар терисида касаллик чақиришда иштирок этади дейишса, баъзилари инкор қилади.

Шунинг учун ҳам бу турдаги каналарнинг одамлар орасида учрашини ва уларнинг морфобиологик хусусиятларини ўрганиш **долзарб муамолардан ҳисобланади.**

Каналар айрим тери касалликларида жумладан пушти темиратки (Розацеа) ҳасталигида 90-98 % ида аниқланади. Айниқса касаллик авж олганда каналар сони мутлақо кўпайиб кетади айтиш жоизки фақатгина тери касалликларидагина эмас балким блефарит конъюнктивит каби кўз касалликларида ҳам ушбу каналар аниқланади.

Ёғ беzi каналари ташқи кўринишидан чувалчангсимон бўлиб, бешта бўғимларга бўлинган тўрт жуфт оёқларга эга.

Бу каналар соч илдизи қопчаларида ва ёғ безларида паразитлик қилиб яшайди. Баъзан уларни қулоқларнинг ташқи эшитиш йўлларида қулоқ терисида хатто қовоқларнинг мейбомиев безларида, киприкларнинг илдизлари қопчаларида ҳам топиш мумкин.

Demodex Folliculorum longus- каналарнинг катталиги 0.27-0,48 x 0,048-0,064 мм атрофида, Demodex Folliculorum brevis каналарининг катталиги эса 0.16 - 0.176 x 0,048 мм га тенг ҳар иккала хил каналарнинг эркаклари урғочиларига қараганда бироз каттароқ бўлади.(0.127-0,144x0,04).

Каналар ўз ҳаёти цикли даврида қуйидаги даврларни босиб ўтади. Жумладан

тухум -личинка-нимфа I-нимфаII -имаго. Кананинг ҳаёт цикли 14 кун(14 S).5-6 кун ичида каналарнинг катталиги 300 мм га етади. Ёғ безлари ва сочлар ҳамда киприклар илдизи қинида ҳаёт кечирилади. Кечалари тери юзасида ҳаракатланади(миграция), улар бир соат давомида 1 см гача бориши мумкин.

Умуман олганда каналар ташқи муҳит таъсирига анча чидамли. Нам шароитда ва +19+20 С° ҳароратда 6-9 кунгача яшаши мумкин. Ташқи совук ҳаво уларнинг ҳаракатланишини қисқа муддатда тўхтатиб қўяди. Аксинча ҳароратнинг (+30+40 С°) гача кўтарилиши каналарни фаоллаштирилади. Лекин иссиқлик +52 С° гача ошиб кетса улар ҳалок бўлишади. Баъзи муалифлар демодекс турига мансуб каналарнинг ҳаёт циклини 18-24 кун дейишади. Урғочилари 20-24 тагача тухум қўяди. Каналар **нам** шароитда 25 кунгача, қуруқ ҳавода 1,5 кун яшайди холос.

Demodex Folliculorum longus ва *brevis* каналари ўз авлодларидаги бошқа каналардан фарқли равишда яшаш тарзи бўйича умр бўйи битта хўжасининг терисида яшашга мослашган(Адаптация). Бошқа организмларга (масалан ҳайвонларга)ўтмайди. Яъни уларнинг хўжаси фақат одам ҳисобланади, демак одамдан-одам терисига юқади(антропофил)ва махсус қандайдир экологик барқорорликни –паразит-хажайин|| сақлаб туради. Қизиғи шундаки,бу турдаги каналар гостал ҳаёт тарзини кечиришади, яъни уларни ҳатто одамсимон маймунларга ҳам табиий, ҳам экспериментал шароитларда юктириб бўлмайди. Яна таъкидлаш жоизки улар хўжаси билан биргаликда ўлади, ҳеч қачон бошқа турдаги каналар қатори хўжаси ўлишидан олдин ёки кейин уларни ташлаб кетмайдилар.

Каналарнинг ҳар иккала хили *Demodex Folliculorum longus* ва *Demodex Folliculorum brevis* бир пайтда бир-бирига ҳалақит бермасдан биргаликда (сингоспиталия) ёки алоҳида ҳолда одам терисида паразитлик қилиши мумкин. 7-27% ҳолларда ҳамкорликда, 20-80% беморларда *Demodex Folliculorum longus*, 7-13% беморларда эса *Demodex Folliculorum brevis* учраши аниқланган.

Шундай қилиб адабиётларда берилган демодекс каналарининг биологик хусусиятлари тўғрисидаги маълумотлардан кўриниб турибдики каналарнинг биологияси анча чуқур ўрганилган, аммо уларнинг эпидемиологияси, одамларга юқиш тарзи, патогенези, дерматозлардаги ўрни ҳанузгача чуқур таҳлил қилинмаган.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ СОПУТСТВУЮЩИХ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Якубов А.А.

**Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии
г.Ташкент, Узбекистан**

Цель исследования. Изучить сопутствующие патологии у больных розацеа зависимости от возраста больных.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 63 больных розацеа возрасте от 25 до 69 лет, средний возраст составил $43 \pm 1,9$ года. Женщин было 42 (66,7%), мужчин – 21 (33,3%). Больных от 20 до 31 лет было 3 (4,8%), от 31 до 40 лет – 8 (12,7%), от 41 до 50 лет – 18 (28,6%), от 51- до 60 лет – 21 (33,3%) и свыше 60 лет – 13 (20,6%). Большинство больных были в активном трудоспособном возрасте (от 20 до 60 лет) – 50 человека (79,4%). Все наблюдаемые больные, были консультированы со смежными специалистами (гастроэнтеролог, невролог, кардиолог, эндокринолог, гинеколог, ЛОР-врач) для выявления сопутствующих патологии и проведены общеклинические, инструментальные и биохимические анализы по показаниям.

Результаты. При анализе сопутствующей патологии нами были диагностированы следующие заболевания: психоневрологические расстройства (27,6%), заболевания пищеварительной системы (21,3%), эндокринной (17,0%) и сердечно сосудистой системы (17,0%), ЛОР органов (10,6%) и гинекологические

патологии (6,4%).

Анализ сопутствующей патологии в зависимости от возраста показал, что в возрасте от 31 до 40 лет их была диагностирована наибольшим количестве (38,3%). При этом 8 (17,0%) больных болели психоневрологическими расстройствами, 4 (8,5%) - заболеваниями пищеварительной системы. Тогда как, в возрасте от 41 до 50 лет патология была выявлена 11 (23,4%) больных.

Выводы. У 47 (74,6%) из 63 больных розацеа страдали различными сопутствующими заболеваниями, и они часто были диагностированы (38,3%) в возрасте от 31 до 40 лет, что необходимо учитывать в составлении лечебно-профилактических работ.

РОЛЬ IL-17 В ПАТОГЕНЕЗЕ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО У ЛИЦ УЗБЕКСКОЙ НАЦИОНАЛЬНОСТИ

Якубова А.С.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение частоту встречаемости аллельных и генотипических вариантов полиморфизма генов IL-17в сыворотке крови и ее роль в патогенезе и клиническом течении витилиго.

Материалы и методы исследования. Под нашим клиническим исследованием находились 133 больные в возрасте от от 7 до 68 лет, средний возраст составил $24,8 \pm 0,43$ года, женщин было 63 (47,4%) и мужчин – 70 (52,6%), при этом соотношение мужчин и женщин составило 1:1,1. Молекулярно-генетическое исследование биоматериалов у больных витилиго и условно здоровых доноров выполняли на базе РСНПМЦГ МЗ РУз в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий (Рук. – проф. Каримов Х.Я.). Исследование генетических маркеров IL-17 и VDR проведены на 95 образцах ДНК из лимфоцитов больных витилиго и 92 неродственных практически здоровых доноров узбекской национальности (контрольная выборка).

Результаты. Исследование полиморфизма G-197A гена IL17A выявило, что в объединенной выборке пациентов с витилиго аллель G197 является доминирующей и встречается статистически недостоверно ниже, по сравнению группы контроля (66,3% против 69,6%, соответственно; $\chi^2=0.4$; $p=0.5$). Минорный аллель -197A наоборот, незначимо чаще встречается у пациентов с витилиго, чем у представителей контрольной выборки (33.7% против 30.4%, соответственно, при $\chi^2=0.4$; и $p=0.5$)

При этом исследованиями не было выявлено значимое различие в распределении частоты аллельных и генотипических вариантов

полиморфизма G-197A гена IL17A в группе пациентов с витилиго и контрольной выборке ($\chi^2 < 3.84$; $p > 0.05$). Интересно отметить, что выявлено некоторое снижение частоты неблагоприятного генотипа A/A полиморфизма G-197A гена IL17A среди пациентов по сравнению контроля (2.9% против 7.6%, соответственно) и при данном генотипа увеличивается риск развития витилиго.

Установлено, что доли носительства предкового генотипа G/G среди условно-здоровых доноров оказалось незначительно выше, чем у пациентов с витилиго (46.7% против 41.0%, соответственно; $\chi^2 = 0.6$; $p = 0.4$), и данный генотип не был ассоциирован с протективным эффектом в отношении развития витилиго (OR=0.9 при 95% CI:0.55-1.33).

Сравнительный анализ по частотам аллелей и генотипов локуса G-197A гена IL17A между подгрупп пациентов NSV и SV обнаружил тенденцию к значимому различию по аллелям. Выявлена тенденция к увеличению частоты неблагоприятного минорного вариантного аллеля 197A среди пациентов NSV по сравнению группы контроля (38.3% против 30.4%, соответственно $\chi^2 = 2.0$; $p = 0.2$).

Выводы или заключение. Таким образом, полиморфизм G-197A ассоциируется с более высоким уровнем синтеза интерлейкина IL17A. Высокая концентрация IL17A цитокина в сыворотке является предрасполагающим фактором к увеличению риска развития аутоиммунных заболеваний, в том числе витилиго. Вместе с тем, выявлено отсутствие значимая ассоциация полиморфизма G-197A с риском развитие витилиго, что является предметом дальнейших дискуссий.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИТИЛИГО И РОЛЬ BSM1 C.IVS7 G>A ГЕНА VDR В ПАТОГЕНЕЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Якубова А.С.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии
г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение роли полиморфизма Bsm1 c.IVS7 G>A гена VDR в патогенезе и клиническом течении витилиго.

Материалы и методы исследования. Молекулярно-генетическое исследование биоматериалов у больных витилиго и условно здоровых доноров выполняли на базе РСНПМЦГ МЗ РУз в отделе молекулярной медицины и клеточных технологий (Рук. – проф. Каримов Х.Я.). Исследование генетических маркеров IL-17 и VDR проведены на 95 образцах ДНК из лимфоцитов больных витилиго и 92 неродственных практически здоровых доноров узбекской национальности (контрольная выборка), в возрасте от 7 до 68 лет, средний возраст составил $24,8 \pm 0,43$ года.

Результаты. Исследованиями выявлена зависимость между формированием и клиническим течением витилиго и носительством предрасполагающих аллельных вариантов полиморфизма Bsm1 c.IVS7 G>A гена VDR (OR=1.5; 95% CI:0.915-2.32). Частота благоприятного предкового генотипа G/G имела тенденцию к снижению в основной группе пациентов, чем у представителей контрольной выборки (47,4% против 59,8%, соответственно; $\chi^2=2.9$; $p=0.1$) и при данном генотипе риск подверженности к витилиго в 0.6 раза ниже по сравнению с контрольной группой (OR=0.6; 95% CI:0.339-1.079). Аллельный вариант А определенно ассоциируется с повышенным, риском развития витилиго, особенно с NSV ($\chi^2=2.8$; OR=1.5; 95% CI:0.92-2.61), что подтверждает подверженность к нарушениям пигментации кожи носительство данного аллельного варианта.

Выявлено, что минорный аллель А гена VDR оказывает

предрасполагающее действие на развитие NSV, (OR=1.5, при высоком доверительном интервале 95% CI:0.92-2.61) без достижения статистической достоверности ($\chi^2=2.8$; $p=0.1$). И, наоборот, мажорная аллель G обладает протективными свойствами по отношению NSV (OR=0.6). При этом не было выявлено четкой зависимости между полиморфизмом Bsm1 c.IVS7 G>A гена VDR и с SV формы витилиго.

Выводы или заключение. Выявлена зависимость между формированием и клиническим течением витилиго и носительством predisposing аллельных вариантов полиморфизма Bsm1 c.IVS7 G>A гена VDR (OR=1.5; 95%CI:0.915-2.32). Аллельный вариант A определенно ассоциируется с повышенным, риском развития витилиго, особенно с NSV ($\chi^2=2.8$; OR=1.5;95%CI:0.92-2.61), что подтверждает подверженность к нарушениям пигментации кожи носительство данного аллельного варианта.

DYNAMICS OF IMMUNE COMPLEXES IN BLOOD SERUM OF PSORIATIC PATIENTS DURING PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYGENATION

Pakirdinov A.B., Yunusova S.I.

Andijan State Medical institute. Andijan, Uzbekistan

The aim of research work was to study changes of dynamics of circulating immune complexes in the serum of blood during the process of treatment by plasmapheresis and hyperbaric oxygenation at patients with psoriasis. Twenty six patients with psoriasis 19 males and 7 females/from 22 till 60 years old were examined.

During the treatment the observations were carried out for changes of daily dynamics of circulating immune complexes, carrying out of plasmapheresis and hyperbaric oxygenation enable to reduce their concentration twice to the end of the first procedure. Six - twelve hours later after the procedure the containing of the circulating immune complex is weakly increased it is connected with going

them out from tissues of effectors. At the following observation they determined further reduction of circulating immune complexes by the end of the day, after the third procedure its containing was one third of the starting form.

Thus carrying out early therapy at the patients with psoriasis refracted to it can lead to the reduction of Ciculating immune complex which accompanied by significant improvemement of the dasic skin process.

PLASMAPHERESIS AND HYPERBARIC OXYGENATION IN COMBINED TREATMENT OF PATIENTS WLTN SKIN ANGIITIS

Pakirdinov A.B., Yunusova S.I.

Andijan State Medical institute. Andijan, Uzbekistan

The dasic aim of this research work was investigation of plasmapheresis and hyperbaric oxygenation effectiveness at the patients with accounting the changes of some immune static parameters. At twenty-five patients with (10-males and 15 - females) at the age of 22-38 the resistance was marked to early carrying out therapy with antihistamine and corticosteroidic preparations.

As a result of carried out treatment the complete regression of whole breaking out and the disappearance of itching were at 11 patients (44%) after 4 procedures, considerable improvement was marked at 10 patients (40%) after 5-6 procedures and improvement at 4 patients (16) after 8 procedures.

During the process of treatment the dynamics of immune indices revealed the reduction of Ig A, M, G Levels: before the treatment Ig A- 2.75 ± 0.14 gr/l Ig M- 2.41 ± 0.15 gr/l, Ig G - 12.87 ± 0.23 gr/l after the treatment Ig A- 1.94 ± 0.07 gr/l, Ig M- 1.35 ± 0.06 gr/l, Ig G- 10.16 ± 13 gr/l

Thus plasmapheresis and hyperbaric oxygenation lead to the immune indices normalization they are accompanied by significant reduction of the basic skin process. High effectiveness of this method enables to consider sensible use of it at the therapy of severe forms of skin angiitis.

**DYNAMICS OF IMMUNE COMPLEXES IN BLOOD
SERUM OF PATIENTS ATOPIC DERMATITIS PLASMAPHERESIS
AND HYPERBARIC OXYGENATION AND OM - 85BV**

Pakirdinov A.B., Yunusova S.I.

Andijan State Medical institute. Andijan, Uzbekistan

The aim of research work was to study changes of dynamics of circulating immune complexes in the serum of blood during the process of treatment by plasmapheresis and hyperbaric oxygenation at patients with atopic dermatitis. Twenty six patients with atopic dermatitis 19 males and 7 females from 22 till 60 years old were examined.

During the treatment the observations were carried out for changes of daily dynamics of circulating immune complexes, carrying out plasmapheresis and hyperbaric oxygenation and OM - 85BV enable to reduce their concentration twice to the end of the first procedure. Six - twelve hours later after the procedure the containing of the circulating immune complex is weakly increased it is connected with going them out from tissues of effectors. At the following observation they determined further reduction of circulating immune complexes by the end of the day, after the third procedure its containing was one third of the starting from.

Thus carrying out early therapy at the patients with refracted to it can lead to the reduction of circulating immune complexes which accompanied by significant improvement of the basic skin process.

O'TKIR GERPETIK STOMATIT VA OG'IZ SHILLIQ QAVATI KONDIDOZINI QIYOSIY TASHXISLASH

Toshpo'latov B.X., Ulug'bekova R.Yu.

Andijon Davlat Tibbiyot Instituti. Andijon shahar. O'zbekiston Respublikasi

Bugungi kunda og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari xususan, og'iz shilliq qavati kondidozi va o'tkir gerpetik stomatit mamlakatimizda ko'p uchraydigan kasalliklar qatoriga kiradi.

O'tkir gerpetik stomatit- xarakterli belgisi aftalar hisoblanib, u shilliq qavatning kataral yallig'lanishi natijasida paydo bo'ladi. Bolalar va kotalarda ham uchrashi mumkin.

Kondidoz-zamburug'li infektsiya turlaridan biri, Candida avlodiga mansub mikroskopik achitqisimon zamburug'lar tufayli kelib chiqadi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kondidozi yonoq shilliq qavati shuningdek til va tomoqqa o'tish qismi oqim tir karash bilan qoplanadi. Karashlar tilning butun yuzasini qoplab olishi mumkin.

Maqsad: O'tkir gerpetik stomatit va kondidozni qiyosiy tashxislash.

Materiallar va usullar: gerpetik stomatit va kondidozni qiyoslash uchun biz Andijon shahar dermatonevrologiya dispanseridan 20 nafar og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalligi bilan og'rikan 20 - 65 yoshdagi 12 nafar ayollar va 8 nafar erkak bemorlarni va Andijon shahar bolalar stomatologiya shifoxonasidan 20 nafar og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalligi bilan og'rikan 8 – 14 yoshdagi 6 nafar qiz bolalar va 14 nafar o'g'il bola bemorlarni tanlab oldik va tekshiruv o'tkazdik. Tekshiruvlar Andijon tibbiy diagnostika markazida o'tkazildi.

Natija: O'tkazilgan tekshiruvlar natijalariga ko'ra 40 nafar bemorning 24 nafari (60%) da og'iz shilliq qavati kondidozi va 16 nafar (40%) bemorda o'tkir gerpetik stomatit aniqlandi. 20-65 yoshdagi ayol bemorlardan 9 nafari og'iz bo'shlig'i kondidozi bilan 3 nafari o'tkir gerpetik stomatit bilan kasallangan. 20-

65 yoshdagi erkak bemorlardan 7 nafari og'iz bo'shlig'i kondidozi bilan 1 nafari o'tkir gerpetik stomatit bilan kasallangan. 8-14yoshdagi qizlardan 2 nafari og'iz bo'shligi kondidozi bilan 4 nafari o'tkir gerpetik stomatit bilan og'rigan. 8-14 yoshdagi o'g'il bolalarning 6 nafari og'iz bo'shlig'i kondidozi bilan 8 nafari o'tkir gerpetik stomatit bilan og'rigan.

Xulosa: Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kondidozi bilan asosan yoshi katta bo'lgan bemorlar, o'tkir gerpetik stomatit bilan asosan yosh bolalar va ayollar kasallanish holatlari ko'p uchraydi.



**Ферганский медицинский институт
общественного здоровья**

150100, г.Фергана, ул Янги Турон,2А
Тел./факс(+99873)245-59-07
e-mail:fmioz@mail.ru a.sidikov@fjsti.uz