



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН



ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ



ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ФАРҒОНА ЖАМОАТ САЛОМАТЛИГИ ТИББИЕТ ИНСТИТУТИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ
«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА ДЕРМАТООНКПАТОЛОГИЯДАГИ
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШДА
ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИ»
III-ЧИ ХАЛҚАРО ИЛМИЙ-АМАЛИЙ АНЖУМАНИ**

ИЛМИЙ ИШЛАР ТЎПЛАМИ

**III-Я МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И ДЕРМАТООНКПАТОЛОГИИ»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



**ФЕРГАНА
6 МАЯ 2023 Г.**

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»
III-чи Халқаро илмий-амалий анжумани

ИЛМИЙ ИШЛАР ТЎПЛАМИ

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

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

ФЕРГОНА
6 Мая 2023 г.

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

Муҳаррирлик 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 | Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б. <i>СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</i> | 9 |
| 2 | Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б. <i>ТРАНСКУТАННОЕ ПАРЦИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</i> | 10 |
| 3 | Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б. <i>ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</i> | 11 |
| 4 | Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б. <i>АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</i> | 12 |
| 5 | Абдурашидов А.А., Абдухамидова Н.А. <i>ПРИМЕНЕНИЕ СО₂ ФРАКЦИОННОГО ЛАЗЕРА И СИЛИКОНОВОГО ГЕЛЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ</i> | 13 |
| 6 | Абдурашидов А.А. <i>ЭКЗЕМА КАСАЛЛИГИДА ЦИТОКИНЛАРНИ ҲОЛАТИ</i> | 14 |
| 7 | Абидов Х.А., Хаитов К.Н. <i>ЗУД КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ</i> | 15 |
| 8 | Абидов Х.А., Хаитов К.Н. <i>КОЖНЫЙ ЗУД У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК</i> | 16-17 |
| 9 | Агзамходжаева С.С., Азизов Б.С., Дё К.Г. <i>ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА</i> | 18-19 |
| 10 | Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х. <i>РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПСОРИАЗА</i> | 20-24 |
| 11 | Азизов Б. С., Нурматова И.Б., Ганиев А.А., Кирыков Д.А. <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ</i> | 24-26 |
| 12 | Азизов Б. С., Нурматова И.Б., Эгамов Х. <i>БУГОРКОВЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ</i> | 26-29 |
| 13 | Азизов Б.С., Нурматова И.Б., Саиткулов Э.Х. <i>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЧЕСУХОЙ СРЕДИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ</i> | 30-35 |
| 14 | Акрамова Н.Ш. <i>ХАРАКТЕРИСТИКА МОДИФИЦИРОВАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ</i> | 36-39 |
| 15 | Алиев А.Ш., Ташкенбаева У.А., Залялиева М.В., Алиев Ш.Р., Мухамедов Б.И. <i>ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ АКНЕ</i> | 39-40 |
| 16 | Аллаева М.Д., Солметова М.Н. <i>НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗУДА</i> | 41-45 |
| 17 | Арифов С.С., Ганиева Ш.Т. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ У ПОЖИЛЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТЕФЛАЗИДА</i> | 45-46 |
| 18 | Арифов С.С., Маликова Н.Н. <i>АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АКНЕ</i> | 46-47 |
| 19 | Арифов С.С., Эркинлар З.Э. | 47-48 |

| | | |
|----|--|--------------|
| | <i>СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПОСТАКНЕ</i> | |
| 20 | Аюбова Н.М., Нурматова И.Б., Азизов Б.С. <i>ЭФФЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА</i> | 49-50 |
| 21 | Батиров К.З. <i>АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МЕЗОНИТ» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ</i> | 50 |
| 22 | Батиров К.З. <i>ДЕЗЛОРГИН В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ</i> | 51 |
| 23 | Батиров К.З. <i>ГЕПАТАЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА</i> | 52-54 |
| 24 | Батиров К.З. <i>ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ВЕЗИКУЛЁПУСТУЛЁЗОМ</i> | 55 |
| 25 | Батиров К.З., Кучкаров А.А. <i>К ЛЕЧЕНИЮ МИКОТИЧЕСКОГО БАЛАНОПОСТИТА</i> | 56 |
| 26 | Батиров К.З., Кучкаров А.А. <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ ТАКРОПИК ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ</i> | 57-58 |
| 27 | Батиров К.З. <i>НЕЙРОДЕРМИТ КАСАЛЛИГИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ПЕЛЕМЕТАЗОН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ</i> | 59 |
| 28 | Ботиров К.З. <i>ПУШТИ РАНГ ХУСУНБУЗАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРА</i> | 60-61 |
| 29 | Ботиров К.З. <i>ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМ-БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «УРСОСАН» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ</i> | 62 |
| 30 | Ваисов А.Ш, Парпиева Н.Н, Саипова Н.С, Миродилова Ф.Б. <i>МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА</i> | 63-64 |
| 31 | Ёкубова М.А. <i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «УЛКАРИЛ» У БОЛЬНЫХ МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА</i> | 65-66 |
| 32 | Ёкубова М.А. <i>ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ - ВАМЕЛАНОМ</i> | 67 |
| 33 | Ёкубова М.А. <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «УГРИНОЛ» ПРИ РОЗАЦЕА</i> | 68 |
| 34 | Ибрагимов О.Д. <i>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ОЗОНОТЕРАПИИ</i> | 69-70 |
| 35 | Исамухамедова С.С., Абидова З.М. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН</i> | 71 |
| 36 | Исмаилова Г.А., Койлыбаева Г.Б. <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОБКОВОЙ ТРИХОФИТИИ</i> | 72-73 |
| 37 | Исмаилова Г.А., Тагаров А.Х. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕРПЕСИНДУЦИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭРИТЕМЫ</i> | 74 |
| 38 | Каримбердиев Ж.Р., Ганиева Ш.Т. <i>ПОДХОД ТЕРАПИИ САРКОМЫ КАПОШИ С ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ТИПОМ</i> | 75 |
| 39 | Клеблеева Г.Д., Халиков Ч.А. <i>ВЛИЯНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ</i> | 76 |

| | | |
|----|--|----------------|
| | <i>СОСТАВ ВОЛОС БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ</i> | |
| 40 | Клеблеева Г.Д. <i>ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ</i> | 77-78 |
| 41 | Колдарова Э.В., Мухамедов Б.И., Пулатов М.А, Хамракулов С.С. <i>РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЕРМАТОСКОПИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ</i> | 79-80 |
| 42 | Колдарова Э.В., Пулатов М.А. Мухамедов Б.И. <i>РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОЙ КАРЦИНОМЫ КОЖИ МЕТОДОМ ДЕРМАТОСКОПИИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)</i> | 81-82 |
| 43 | Кутлубаева Д.И, Шакирова М.Д., Шергазиева. К.Д. <i>ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ: НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ</i> | 83-86 |
| 44 | Лапасов О.А., Азизов Б.С., Сыдилов А.А., Агзамходжаева С.С. <i>ДИАГНОСТИКА БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ НА ОСНОВАНИИ ГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ</i> | 87-88 |
| 45 | Латипов И.И. <i>ВИТИЛИГО БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА УЛТРАБИНАФСА ЭКСИМЕР ЛАЗЕР ФОТОТЕРАПИЯСИНИНГ КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК АСОСЛАНИШИ</i> | 89 |
| 46 | Маннанов А.М., Тураева Ф.А. <i>РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА В РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА</i> | 90-91 |
| 47 | Махмудов Ш.Х., Джумаев Н.Д., Абдувохитова И.Н., Айтуғдиев Я.Ж., Тохтаев Ғ.Ш. <i>ДЕРМАТОФИТ ЗАМБУРУҒЛАРНИНГ КУЛЬТУРАЛ ДИАГНОСТИКАСИ</i> | 92 |
| 48 | Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В., Мухамедов Б.Б. <i>ПРОЯВЛЕНИЯ НА КОЖНЫХ ПОКРОВАХ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА</i> | 93 |
| 49 | Нуралиев Ф.Н. <i>ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН</i> | 94-100 |
| 50 | Пакирдинов А.Б. <i>АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА ПАЦИЕНТОВ ДИФФУЗНЫМ НЕЙРОДЕРМИТОМ НА ФОНЕ МАГНИТО - ИНФРАКРАСНОЙ СВЕТО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ</i> | 101-102 |
| 51 | Пакирдинов А.Б. <i>ДЕТСКОЕ ПОЧЕСУХА НА ФОНЕ ВИЧ</i> | 103-104 |
| 52 | Пакирдинов А.Б. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА “ГЕНФЕРОН” У БОЛЬНЫХ БППП</i> | 105 |
| 53 | Пакирдинов А.Б. <i>ПРЕПАРАТ ОРУНГАЛ В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ СТОП</i> | 106 |
| 54 | Пакирдинов А.Б. <i>СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ</i> | 107-108 |
| 55 | Пакирдинов А.Б. <i>СОСТОЯНИЕ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ</i> | 109 |
| 56 | Пакирдинов А.Б. <i>ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ФУНГИЦИД КРЕМЛАРНИ</i> | 110 |

| | | |
|----|--|----------------|
| | <i>САМАРАДОРЛИГИНИ ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ</i> | |
| 57 | Пакирдинов А.Б. <i>ТРАНСКУТАННОЕ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ</i> | 111 |
| 58 | Пакирдинов А.Б. <i>ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ</i> | 112-113 |
| 59 | Пакирдинов А.Б. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА LENDACIN (ЦЕФТРИАКСОН) У БОЛЬНЫХ ГЛУБОКИМИ ПИОДЕРМИТАМИ</i> | 114 |
| 60 | Пакирдинов А.Б., Абдурахманов А.А. <i>СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП</i> | 115 |
| 61 | Пакирдинов А.Б., Абдурахманов А.А., Ботиров К.З. <i>ПРЕПАРАТ «ГЛИЦИРОН» И КРЕМ БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» У ПАЦИЕНТОВ ВУЛГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА</i> | 116-117 |
| 62 | Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Кучкаров А.А. <i>КРЕМ “ДЕРМОВАЙТ И ИНДОМЕТАЦИН” И ПРЕПАРАТА ГЛИЦИРОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА</i> | 118 |
| 63 | Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З. <i>КАРСИЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА</i> | 119-120 |
| 64 | Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЗИТРОЛИД ФОРТЕ У БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ</i> | 121 |
| 65 | Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З. <i>ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФАРЕЗ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ С МАЗЬЮ «ГЕПАРИН» У БОЛЬНЫХ АНГИИТАМИ КОЖИ</i> | 122-123 |
| 66 | Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМА «ДЕКЛОСИД» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ГЛАДКОЙ КОЖИ И ЛОБКОВОЙ ЧАСТИ</i> | 124 |
| 67 | Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ТЕРБЕЗИЛ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП</i> | 125 |
| 68 | Пулатова С.Х., Бабаджанов О.А. <i>ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ</i> | 126-128 |
| 69 | Пягай Г.Б., Сыдиқов А.А., Таджибаев Б.Т., Юлдашев К.К. <i>ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА</i> | 129 |
| 70 | Пягай Г.Б., Сыдиқов А.А., Таджибаев Б.Т., Золоторевская Л.Ф. <i>КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА</i> | 130-131 |
| 71 | Пягай Г.Б., Юлдашев К.К., Ахатова Ш.Х., Золоторевская Л.Ф. <i>РОЛЬ ВРАЧЕЙ ДЕРМАТОЛОГОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА</i> | 132 |
| 72 | Пягай Г.Б., Ещанов М.К. <i>ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА В АРИДНОЙ ЗОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ</i> | 133-134 |
| 73 | Пягай О.Г., Ибрагимова Н.С. | 135-137 |

| | | |
|----|--|----------------|
| | <i>РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННЫЕ КОЖНЫЕ РЕАКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ, В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА</i> | |
| 74 | Рахимов И.Р., Садыков А.И., Рахимов Ш.И. <i>СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН</i> | 138 |
| 75 | Сабиров У.Ю., Арифов С.С. Иброхимова Н.С. <i>КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ БОЛЬНЫХ АКНЕ</i> | 139-140 |
| 76 | Сабиров У.Ю., Иброхимова Н.С. <i>КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ</i> | 141 |
| 77 | Садиков А.А., Тохтаев Г.Ш., Махмудов Ш.Х., Абдувахитова И.Н. <i>КРЕМНИЙ СОДЕРЖАЩИЕ НАРУЖНЫЕ УВЛАЖНЯЮЩИЕ СРЕДСТВА ЛИНИИ «ФАТИДЕРМ» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ</i> | 142-144 |
| 78 | Садыков А.И., Пягай Г.Б., Ибрагимова Н.С., Пягай О.Г. <i>ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В ФОРМЕ КРЕМА ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ФОТОДИНАМИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ</i> | 145-147 |
| 79 | Саипова Н.С., Миродилова Ф.Б. <i>СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ</i> | 148-149 |
| 80 | Солметова М.Н., Юлдашева Д.Ж., Аллаева М.Д. <i>МЕСТО БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ</i> | 150 |
| 81 | Ташкенбаева У.А., Музапова У.Р. <i>ПРИМЕНЕНИЕ ВЛОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ</i> | 151-153 |
| 82 | Ташкенбаева У.А., Музапова У. Р. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ</i> | 154-155 |
| 83 | Ташкенбаева У.А., Усманиев С.А. <i>ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ</i> | 156-157 |
| 84 | Турсунов М.Ш., Айтугдиев Я.Ж., Шайматов М.Ж., Курбанов Б.Б. <i>ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА</i> | 158-159 |
| 85 | Узаков О.Ж., Ахунбаев С.М. <i>Q-ГЕТЕРОХРОМАТИН И ТЕПЛОПРОВОДНОСТЬ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА КАК ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ</i> | 160 |
| 86 | Хамидов Ф.Ш. <i>СИСТЕМНАЯ ОЦЕНКА ЕДИНИЧНОГО ОЧАГА У БОЛЬНЫХ ДИСКОИДНОЙ ФОРМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ</i> | 161-162 |
| 87 | Хамидов Ф.Ш. <i>ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА КРЕМОМ ФИЛАГРИНОЛА</i> | 163 |
| 88 | Хамидов Ф.Ш., Ганиев М. <i>АМИНОКИСЛОТНЫЙ СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ КОЛОСТРУМ</i> | 164 |
| 89 | Хамидов Ф.Ш., Ганиев М. <i>ЛИПИДЛАРНИ ПЕРЕКИСЛИ ОКСИДЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИНИ АКАНТОЛИТИК ПЎРСИЛДОҚ КАСАЛИГИ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРДАГН ҲОЛАТИ</i> | 165-166 |
| 90 | Хамидов Ф.Ш., Кучкаров А.А. | 167 |

| | | |
|-----|--|----------------|
| | <i>ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ДЕРМАТОЛОГИИ ПО ТЕМЕ ПСОРИАЗ</i> | |
| 91 | Хамидов Ф.Ш., Кучкаров А.А., Ганиев М. <i>ПРИМЕНЕНИЕ АССЕССМЕНТА ПО ТЕМЕ БУЛЛЁЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ</i> | 168-173 |
| 92 | Хамракулов С.С., Мухамедов Б.И., Пулатов М.А., Колдарова Э.В. <i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ В КАЧЕСТВЕ МОНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СТАТИНОВ</i> | 174 |
| 93 | Ходжаева С.М., Абдуалимова С.Р. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ</i> | 175-176 |
| 94 | Ходжаева С.М., Усманова Н.А. <i>РОЛЬ ЭМОЛЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ</i> | 177-178 |
| 95 | Черепня Г.Н. <i>РЕШЕНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИМУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ: ПСОРИАЗ, ВИТИЛИГО, АЛОПЕЦИЯ, ДЕРМАТИТ, ГРИБКОВЫЙ МИКОЗ – ЭКСИМЕРНЫЙ СВЕТ (EXCIPLEX)</i> | 179 |
| 96 | Якубов А.А. <i>ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MDR У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА</i> | 180-181 |
| 97 | Якубов А.А. <i>ОЦЕНКА СВЯЗИ ГЕНОТИПИЧЕСКИХ КОМБИНАЦИЙ ГЕНОВ ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ С РОЗАЦЕА</i> | 182 |
| 98 | Якубов А.А. <i>РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА GSTT1, GSTM1 В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ</i> | 183-184 |
| 99 | Якубова А.С. <i>РОЛЬ DEMODEX FOLLICULORUM В РАЗВИТИИ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА</i> | 185 |
| 100 | Abdovakhitova I.N., Saipova N.S., Toxtayev G.Sh., Safarov Kh.Kh. <i>PREVENTION AND REHABILITATION IN ACNE VULGARIS</i> | 186-188 |
| 101 | Agzamkhodjaeva S.S., Azizov B.S., Dyo K.G., Khegay T.R., Raimkhodjaeva N. <i>ANALYSIS OF THE POSSIBLE INFLUENCE OF GENES OF THE HEMOSTASIS SYSTEM ON THE PATHOGENESIS OF ROSACEA</i> | 189-191 |
| 102 | Imamov O.S., Abdovakhitova I.N., Makhmudov Sh.X., Toxtayev G.Sh. <i>TREATMENT OF INFILTRATIVE AND SUPPURATIVE TRICHOPHYTOSIS</i> | 192-193 |
| 103 | Mun A.V., Aripova N.F. <i>IMMUNOPATHOGENESIS OF LOCALIZED SCLERODERMA IN CHILDREN</i> | 194-195 |
| 104 | Niyazbekova N.F., Saidov B.R., Avazov T.M., Omonov J.M., Khusniddinov V.C. <i>PROFESSIONAL DISEASES WITH PRIMARY SKIN DAMAGE</i> | 196 |
| 105 | Saipova N.S., Safarov Kh.Kh., Maxmudov Sh.X., Tursunov M.Sh., Toxtayev G.Sh. <i>THE TREATMENT OF LICHEN PLANUS WITH TACROLIMUS</i> | 197-199 |

СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных склеродермии, получивших комплексное лечения с включением гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 20 больных склеродермии (12-мужчин, 8-женщин) в возрасте от 20 до 45 лет исследовали показатели микроциркуляции. Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по бальной системе, разработанной В.С.Волковым с соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции ($KI_{\text{общ.}}$), оценивались периваскулярные (KI_1), сосудистые (KI_2) и внутрисосудистые (KI_3) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 8 здоровых лиц.

Результаты: У больных склеродермии чаще всего встречались внутрисосудистые изменения в виде агрегации эритроцитов и сладж-феномена, а также морфологические изменения сосудов – неравномерность калибра, меандрическая извилистость венул. До лечения у больных KI_1 равнялась $0,22 \pm 0,01$ балл; KI_2 - $4,54 \pm 0,01$ балл; KI_3 - $4,11 \pm 0,01$ балл; $KI_{\text{общ.}}$ - $8,21 \pm 0,04$ балл. После лечения ГБО соответственно - $0,17 \pm 0,04$ балл; $3,22 \pm 0,03$ балл; $2,30 \pm 0,02$ балл; $5,20 \pm 0,02$ балл.

Вывод: Под воздействием комплексной терапии с использованием ГБО у больных склеродермии, без изменений оставались морфологические нарушения (изменения архитектоники, меандрическая извилистость сосудов, венулярные саккуляции и клубочки), а динамические показатели

(внутрисосудистая агрегация эритроцитов, сладж-феномен, периваскулярный отёк) претерпевали положительные изменения.

ТРАНСКУТАННОЕ ПАРЦИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить состояние кислородного баланса в организме больных склеродермии в процессе комплексного лечения гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 20 больных (12 мужчин, 8 женщин) склеродермии в возрасте от 20 до 45 лет была изучена динамика парциального давления кислорода ($P_{\text{тк}}\text{O}_2$) в очагах поражения кожи. Измерения напряжения кислорода производили методом транскутанного измерения $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ оксимонитором TSM/2/20 фирмы «Radiometer» (Дания). Контролем служили $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ на коже у 10 здоровых лиц.

Результаты: До сеанса ГБО $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ на пораженных участках кожи больных склеродермии было достоверно ниже ($55,16 \pm 0,74$ мм/рт.ст.) чем у лиц контрольной группы $70,56 \pm 0,62$ мм/рт.ст; ($P < 0,05$). Во время сеанса ГБО происходило повышения $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ более чем в 10 раз, достигнув максимума на 40-45 минутах, то есть к концу сеанса ГБО ($591,83 \pm 2,23$ мм/рт.ст.). После сеанса ГБО $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ возвращалась к исходным данным, но все же было выше ($60,85 \pm 0,29$ мм./рт.ст.) чем до начала сеанса. К концу курса лечения $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ равнялась $71,23 \pm 0,36$ мм/рт.ст. Перед последним сеансом ГБО $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ равнялась $64,23 \pm 0,35$ мм/рт.ст., что являлась косвенным свидетельством улучшения микроциркуляции в этих участках кожного покрова.

Выводы: Таким образом, транскутанное измерения $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ в коже является эффективным методом контроля не только за состоянием

оксигенации тканей, но и микроциркуляторные изменения в них под воздействием ГБО.

ТЕРМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ У БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценка термографических данных у больных склеродермии на фоне комплексного лечения с включением гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 20 больных склеродермии были изучены термографические данные, основанная на регистрации теплового излучения тела человека в инфракрасной области спектра проведенное с помощью аппарата «AGA-661» - производство Швеция. Результаты оценивали, сравнивая температуру в очагах поражения и рядом расположенных не поражённых участках кожного покрова. До начала обследования больные адаптировались. Изображение прибором тепловых полей регистрировали путём фотографирования на чёрно-белую негативную плёнку светочувствительностью 65 ЕД.

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

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

АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

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

Материалы и методы: У 20 больных склеродермии (12 - мужчин, 8 - женщин) в возрасте от 20 до 45 лет исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови в процессе комплексной терапии с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО). Содержания МДА определяли по Ю.А. Владимирову и А.И. Арчакову, определяем концентрацию на спектрофотометре «Gilford»-260 (США). Активность каталазы определяли по Bergmeuer Н. V. контролем служили результатом исследования 10 здоровых лиц.

Результаты: До лечения у больных склеродермии отмечалось повышения содержания МДА ($4,4 \pm 0,04$ ммоль/мл) по сравнению с группой контроля ($3,2 \pm 0,006$ ммоль/мл). После окончания курса лечения МДА снизилась до $4,07 \pm 0,04$ ммоль/мл. Другая тенденция наблюдалась со стороны активности каталазы. До лечения у всех больных активность каталазы было значительно снижено ($191,46 \pm 1,17$ ед. экстинкции) по сравнению с контролем ($313,04 \pm 0,5$ г ед. экстинкции). После 5-й процедуры ПА и ГБО у всех больных отмечалось нарастания активности каталазы ($236,33 \pm 1,20$ ед.

экстинкции), по после 10-й процедуры ПА и ГБО т.е. к концу курса комплексного лечения она вновь снижалась и возвращалась к исходным данным ($189,34 \pm 2,52$ ед. экстинкции), что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удаление с плазмой) фермента.

ПРИМЕНЕНИЕ СО₂ ФРАКЦИОННОГО ЛАЗЕРА И СИЛИКОНОВОГО ГЕЛЯ В ЛЕЧЕНИИ ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ

Абдурашидов А.А., Абдухамидова Н.А.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников МЗ РУз. г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Это исследование было проведено для определения потенциала силиконового геля в сочетании с фракционным СО₂ лазером при лечении гипертрофических рубцов.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 16 пациентов с гипертрофическими рубцами различного происхождения (7 женщин и 9 мужчин). 8 из 18 пациентов получили абляционный фракционный углекислый лазер без сочетания силиконового геля, а остальные 8 получили фракционный углекислый лазер в сочетании силиконового геля. Силиконовый гель начинали наносить на 5-ый день после проведения лазерной шлифовки СО₂ фракционным лазером (длина волны 10600нм). Сеансы лечения повторялись с интервалом 1 месяца. Общий объем терапии составил от 4 до 6 сеансов.

Результаты. Клиническая динамика оценивалась на основе субъективных (удовлетворенности пациентов) и объективных данных (разрешение воспалительных процессов послеабляционного периода, уменьшения плотности, размеров, изменения цвета рубцов, оценки серийных фотографий). В случаях с применением фракционного лазера в сочетании силиконового геля клиническое улучшение состояния рубцов

отмечалось уже через месяц после первых процедур, на против тех случаев с применением фракционного лазера без сочетания силиконового геля, когда схожая клиническая динамика отмечалась в более поздние сроки (после 3-4 сеансов). Методика, сочетающая применение фракционного углекислого лазера в сочетании силиконового геля способствовала более быстрому восстановлению очагов воздействия лазерного луча, как результат образования невидимой защитной пленки после нанесения гели, которая поддерживает равномерную увлажненность кожи и оказывает корректирующее воздействие на рубцы.

Выводы или заключение. Поэтому применение CO₂ фракционного лазера (длина волны 10600нм) для шлифовки гипертрофических рубцов с последующим нанесением силиконового геля является эффективным вариантом с долгосрочной безопасностью, минимальным дискомфортом, быстрым восстановлением, выраженным эстетическим результатом.

ЭКЗЕМА КАСАЛЛИГИДА ЦИТОКИНЛАРНИ ҲОЛАТИ

Абдурашидов А.А.

**ЎзР ССВ Тиббиёт ходимлар касбий малакасини ривожлантириш
маркази**

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

Материал ва усуллар. Бизни клиник кузатувимизда чин экзема билан оғриган 35 бемор бўлиб ва уларни ёши 20 ёшдан 56 ёшни ташкил этган. Беморларни 22 таси эркак, 13 таси аёллар бўлган.

Касалликни давомийлиги 2 ойдан 4 йилгача бўлиб, 1 йилгача экзема билан оғриган беморлар сони 9 та, 1 йилдан 3 йилгача - 15 ва 3 йил ва ундан ортиқ касал бўлганлар - 11 та. Беморларни 19 тасида патологик

жараён ўткир босқичда кечган, 15 та беморда - сурункали экземани кучайиш босқичи аниқланган.

Экземали беморларни қон зардобида имминофермент таҳлили усули билан IL-2 ва IL-10 цитокинлар миқдори аниқланди.

Тадқиқотлар натижаси. Беморлар қон зардобида IL-2 миқдорини ($32,2 \pm 1,0$ пг/мл) назорат гуруҳга нисбатан ($7,9 \pm 0,35$ пг/мл, $p < 0,01$) ишончли даражада (кўпайиши кузатилди. IL-10 цитокинининг миқдори ($19,9 \pm 1,1$ пг/мл) эса, соғлом инсонларникига нисбатан, ишончли даражада ($39,8 \pm 3,1$ пг/мл, $p < 0,01$) пасайганлиги аниқланган.

Олинган кўрсаткичлардан кўриниб турибдики, беморлар қон зардобида IL-2 цитокинининг миқдори, соғлом инсонларникига нисбатан 4,07 баробар ошганлиги, IL-10 кўрсаткичи эса соғлом инсонлар гуруҳига нисбатан 2 баробар пасайган.

Хулоса. Чин экзема билан оғриган беморларда яллиғланишга қарши ва яллиғланиш олди цитокинлари орасидаги муносабат бузилган.

ЗУД КОЖИ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОГРАММНОМ ГЕМОДИАЛИЗЕ

Абидов Х.А., Хаитов К.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценка распространенности кожного зуда у больных с ХБП на программном гемодиализе и выявление его причин.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди 216 пациентов с ХБП на программном гемодиализе в возрасте от 18 до 65 лет. Данные были собраны с помощью опросника, который включал вопросы о наличии кожного зуда, его частоте и интенсивности, а также о возможных причинах зуда.

Результаты. Как показали результаты исследования, кожный зуд был выявлен у 75,4% пациентов с ХБП на программном гемодиализе. Из них 42,9% испытывали зуд ежедневно, 32,5% - несколько раз в неделю, а 21,4% - несколько раз в месяц. Интенсивность зуда была оценена как умеренная у 53,7% пациентов и сильная у 19,9%.

Наиболее распространенной причиной кожного зуда у больных с ХБП на программном гемодиализе было нарушение баланса минералов в организме, которое было выявлено у 62,0% пациентов. Аллергические реакции на лекарства были выявлены у 22,7% пациентов, а нарушение функции печени и почек - у 15,3%.

Выводы. Таким образом, кожный зуд является распространенным симптомом у больных с ХБП на программном гемодиализе, что может быть причиной снижения качества жизни пациентов. Наиболее частой причиной зуда является нарушение баланса минералов в организме. Важно отметить, что кожный зуд может быть признаком более серьезных проблем у больных с ХБП на программном гемодиализе. Широта спектра причин, вызывающих кожный зуд, свидетельствует о том, что в диагностика и лечение данного состояния является междисциплинарной проблемой и представляет интерес не только для врача нефролога, терапевта, врача общей практики, но и для дерматовенеролога и врачей других специальностей.

КОЖНЫЙ ЗУД У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ ПОЧЕК

Абидов Х.А., Хаитов К.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Анализ научной литературы в поисковых системах о влиянии нарушений функций почек на возникновение зуда у больных с хронической болезнью почек.

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

Результаты. В результате анализа ряда публикаций установлено, что распространенность кожного зуда у пациентов с хронической болезнью почек и почечной недостаточностью варьирует от 18 до 70% в зависимости от стадии заболевания. Кожный зуд, ассоциированный с хронической болезнью почек, также известный как уремический зуд, является распространенным и недооцененным клиническим состоянием, которое встречается более чем у 60% пациентов, получающих лечение программным гемодиализом. Умеренный и сильный зуд развивается у 20-40% пациентов. Он нередко приводит к снижению качества жизни, нарушению сна, депрессии, повышению риска инфицирования и смерти. Также, выявлено, что по данным Minato S. и соавт. до 70% пациентов с хронической почечной недостаточностью, страдающих от кожного зуда, отмечают его появление на спине; 67% – на нижних конечностях; 59% – на груди и животе; 28% – на верхних конечностях и 22% – на голове и шее. Кроме того, пациенты с почечной недостаточностью жаловались на появление зуда чаще ночью, чем днем. Возникновение кожного зуда в области плеча и предплечья часто регистрируется во время проведения процедуры гемодиализа.

Выводы. Изучение этиологии и патогенеза кожного зуда, в частности у пациентов с хронической болезнью почек и почечной недостаточностью, представляет собой сложную актуальную проблему как в целом для клинической медицины, так и в частности для дерматовенерологии, а также является перспективным научным направлением.

ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНОВ ФОЛАТНОГО ЦИКЛА В ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА

Агзамходжаева С.С.¹, Азизов Б.С.¹, Дё К.Г.²

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

²Институт иммунологии и геномики человека при академии наук РУз

Цель исследования: Изучить роль полиморфизма генов метаболизма фолатов в возникновении и механизме развития розацеа.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе научно-диагностического центра Immunogen test при Институте иммунологии и геномики человека АН РУз. Исследуемую группу составили 27 пациентов с установленным диагнозом розацеа различной степени тяжести. В контрольную группу вошли 20 условно здоровых испытуемых не страдающих розацеа. Диагностику уровня гомоцистеина проводили с использованием метода ИХЛА, прибор IMMULITE 2000 Хрi с соответствующими реактивами (SIEMENS, Германия). Генотипирование образцов проводилось методом полимеразной цепной реакции в режиме «реального времени». Для получения геномной ДНК использовали двухэтапный метод лизиса клеток крови.

Статистическая обработка проводилась в программе JAMOVI version 1.1.9. Был использован тест Шапиро-Уилка для определения нормальности распределения каждого количественного признака, для сравнения групп были использованы непараметрические тесты – критерий Манна-Уитни. Для оценки различий относительных величин использовали анализ таблиц сопряженности Х2. Выбранный критический уровень значимости – 5% (0,05).

Результаты: возраст пациентов группы сравнения был в пределах от 18 до 64 лет и в среднем составлял $39,1 \pm 13,6$ лет. Возраст пациентов контрольной группы – от 18 до 40 лет, средний возраст составил $35,2 \pm 9,1$. В группе сравнения женщины составляли 52% обследованных, мужчины 48%. В контрольной группе женщины составили 45%, мужчины - 55%.

Уровень гомоцистеина в группе сравнения в нашем исследовании оказался достоверно выше - 12,4(±6,9) мкмоль/л и 7,1(±2,03)мкмоль/л в группе контроля (p<0,001). При изучении полиморфизмов генов фолатного цикла были получены данные, позволяющие предположить наличие влияния нарушения метаболизма фолиевой кислоты на механизм развития розацеа. Варианты генов метаболизма фолатов, приводящие к повышению уровня гомоцистеина в крови способствуют травматизации эндотелия сосудов (таблица 1).

Таблица 1. Частота встречаемости полиморфных аллелей генов метаболизма фолатов.

| полиморфизм гена | частота распределения генотипов | | | | P |
|---------------------------|---------------------------------|------------------|-----|-----------------|-------|
| | гено тип | группа сравнения | | группа контроля | |
| | | N | % | N | |
| MTHFR: 1298 A>C rs1801131 | A/A | 16 | 5,3 | 17 | 0,05 |
| | A/C | 8 | 9,6 | 1 | <0,05 |
| | C/C | 3 | 1,1 | 2 | >0,05 |
| MTHFR: 677C>T rs1801133 | C/C | 13 | 8,1 | 16 | >0,05 |
| | C/T | 9 | 3,3 | 1 | <0,05 |
| | T/T | 5 | 1,7 | 3 | >0,05 |
| MTR: 2756 A>G rs1805087 | A/A | 17 | 3,0 | 12 | >0,05 |
| | A/G | 9 | 3,3 | 8 | >0,05 |
| | G/G | 1 | 0,7 | 0 | >0,05 |

| | | | | | |
|---------------------------|-----|----|-----|----|-------|
| MTRR: 66 A>G rs1801394 | A/A | 9 | 3 | 5 | >0,05 |
| | | | 3,3 | 5 | |
| | A/G | 11 | 4 | 12 | >0,05 |
| | | | 0,7 | 0 | |
| | G/G | 7 | 2 | 3 | >0,05 |
| | | | 6,0 | 5 | |

Заключение:

Таким образом, розацеа — это полиэтиологический самостоятельный дерматоз с участием в его патогенезе многих патологических реакций. Основная причина, обуславливающая возникновение розацеа, генетическая предрасположенность, которая приводит к лимфатической васкулопатии. Реализации наследственности способствуют различные экзогенные и эндогенные триггеры. В ходе исследования выявлены гены, предположительно участвующие в возникновении и механизме развития розацеа, а также влияющее на тяжесть течения заболевания. Неблагоприятные варианты генов метаболизма фолатов: MTHFR: 1298 A>C rs1801131, MTHFR: 677C>T rs1801133. Значимым оказалось повышение уровня гомоцистеина в крови пациентов с розацеа.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПСОРИАЗА

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

Андижанский государственный медицинский институт

РСНПМЦ дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Цель исследования. Определить характер результативности психотерапевтического и психофармакотерапевтического лечения психопатологических расстройств невротического регистра у больных с различными формами псориаза.

Материал и методы. На базе Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии 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 80 больных псориазом (мужчины - 50 человек, женщины - 30 человек) в возрасте от 18 до 72 лет, которые принимали амбулаторное и стационарное лечение.

Были обследованы и изучены больные со следующими формами псориаза: вульгарная – у 40 больных, артропатическая – у 20, экссудативная – у 14, эритродермитическая – у 6 больных. В ходе диагностической беседы с пациентами стало известно, что у 56 из 80 больных первые псориазные высыпания появились после психоэмоциональных стрессов и, как правило, сопровождались субъективными ощущениями.

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

Результаты. В анамнезе у 56 (70%) пациентов (30 - мужчин, 26 - женщин) было выявлено наличие психотравмирующей ситуации до болезни: смерть родственника – у 8 мужчин, 6 женщины; финансовые проблемы – у 8 мужчин, 3 женщины; транспортные аварии – у 6 мужчин, 4 женщины; развод (семейные проблемы) – у 6 мужчины, 10 женщины; пожар – у 2 мужчин, 3 женщины.

У 70%, 56 пациентов (30 мужчины и 26 женщин) были выявлены те или иные психические расстройства невротического регистра, основными

проявлениями которых были раздражительность, пониженное настроение, нарушение сна, страх и тревога. У определённых больных отмечалось наличие суицидальных мыслей, что уже само по себе должно настораживать лечащих врачей, а также сильные переживания своего внешнего вида, связанные с кожным процессом. Всё это существенно и отрицательно влияло на качество жизни пациентов.

Вышеперечисленные симптомы были в комплексе и встречались по отдельности, отражая то или иное невротическое состояние пациентов. У большинства из них (65%) отмечалась хронификация невротического состояния, которая была представлена в виде невротического развития личности по тревожно-фобическому типу. У небольшого количества больных (15%) было развитие по обсессивно-компульсивному типу. У 7% наблюдалось развитие личности по истерическому типу. 13% пациентов отмечали состояние, характеризующееся как невротическая депрессия.

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. В конце концов у некоторых из них конфликтные ситуации не разрешившись закончились увольнением с работы и разводом, разрывом отношений с друзьями, родственниками и близкими.

Для коррекции вышеперечисленных психопатологических расстройств у обследованных больных псориазом были применения сеансы психотерапии и психофармакотерапии. Основными проявлениями психопатологических расстройств, на которые была нацелена психотерапия и психофармакотерапия были раздражительность, пониженное настроение, нарушение сна, страх и тревога, суицидальные мысли, переживания своего внешнего вида, связанные с кожным процессом. Нами был использован интегрированный психотерапевтический подход с комплексом различных методик, который включал классическую гипнотерапию, гипноз с

Эриксоновскими техниками, эмоционально-образную, позитивную, клиент центрированную и проблемно-ориентированную психотерапию, а также рекомендованы седативные, ноотропные препараты, анксиолитики и антидепрессанты. Следует отметить, что мы придерживались индивидуального подхода при психотерапевтическом воздействии на пациентов, нами были учтены нервно-психологические состояния каждого больного. С самого начала с использованием вышеперечисленных техник и методов больным внушалось, что их болезнь не приговор, всегда есть выход из любой ситуации, пока человек жив и дышит, он имеет возможность изменить свою ситуацию в лучшую сторону. Терпеливо выслушивались все жалобы пациентов. Пациентам в ясной для них форме разъяснялась сущность проводимого лечения, необходимость правильного соблюдения режима приема лекарственных препаратов, а также смысл каждого психотерапевтического метода. Делался акцент на гуманности и высокого уважения воли каждого больного, им позволялось самим выбирать метод психотерапевтического и психофармакотерапевтического воздействия.

Нами был отмечен хороший результат при применении суггестивных методов у больных в клинике психопатологических расстройств, которых преобладал истерический компонент. У пациентов с преобладанием обсессивно-компульсивных проявлений в основном положительный результат показала клиент центрированная и проблемно-ориентированная психотерапия. Тревога и страх хорошо купировались методами эмоционально-образной психотерапии и применением Эриксоновского гипноза, а также релаксирующими техниками. Больным с невротической депрессией отлично помогала позитивная психотерапия.

Применение седатиков, ноотропов и анксиолитиков у пациентов с преобладанием в клинике тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных и истерических расстройств тоже было результативно. Пациентам с проявлениями невротической депрессии хорошо помогали антидепрессанты. Следует отметить, что частота и тяжесть проявления невротических,

психопатологических расстройств прямо пропорционально коррелировали с тяжестью и формой течения основного заболевания. В таких случаях наряду с основным лечением нами проводилась усиленная психотерапия и комбинированная психофармакотерапия. Практически у всех отмечалось значительное улучшение психического состояния, а также у многих пациентов наблюдалось редуцирование основного кожного патологического процесса.

Выводы. Как видно, вышеизложенные данные могут свидетельствовать о сложной природе псориаза, о наличии психических расстройств у большинства обследуемых, а также влияние психотравмирующих факторов на возникновение и прогноз кожной патологии. Становится ясно, что психика больного имеет огромное значение в связи с обязательным присутствием тех или иных психопатологических расстройств, в том числе и невротического регистра утяжеляющих и без того сложное течение хронического, рецидивирующего и как следствие приводящее к различным нежелательным социальным последствиям дерматологического заболевания. Поэтому представляется возможным и скорее необходимым применение комбинированных методов психотерапии и психофармакотерапии при лечении дерматологических больных.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ

Азизов Б. С., Нурматова И.Б., Ганиев А.А., Киряков Д.А.

Ташкентская медицинская академия

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентский областной филиал РСНПМЦ онкологии и радиологии

Актуальность: В настоящее время отмечается рост канцерогенных и мутагенных эффектов загрязнения экосистемы и повышения инсоляции.

По оценкам Всемирной организации здравоохранения каждый год из-за воздействия на здоровье загрязненного воздуха умирают 2,4 миллиона человек, наиболее уязвимые категория, это пожилые. К частым геронтологическим заболеваниям относятся и новообразования. На основании большого числа данных было сформулировано представление, согласно которому канцерогенез в значительной мере связан с загрязнением окружающей среды.

Цель исследования: внедрение в практику методов скрининга онкозаболеваний среди сотрудников предприятий и остальных жителей районов, повышение онконастороженности у врачей региональных медицинских учреждений.

Материалы: На базе Ташкентского областного филиала республиканского специализированного научно-исследовательского практического медицинского центра онкологии и радиологии нами было проведено ретроспективное исследование заболеваемости злокачественными новообразованиями с 2015 по 2021 годы. В 2021 году состоят на учете 10905 больных с онкопатологией, у 783 (7.18%) подтверждены злокачественные новообразования кожи. Диагностированы: меланома (65-,3%); базальноклеточный рак кожи (246-3,5%); плоскоклеточный рак кожи (452-57,7%); первичные множественные злокачественные образования кожи(20-2,5%). Диагнозы подтверждены гистологически, цитологически, с помощью онкомаркеров. Соотношение заболеваемости по отношению к населению: г.Чирчик- 0,63%; г. Алмалык- 0,55%, в этих городах развита промышленность химического и горно-металлургического характера. Производственная деятельность человека невозможна без контакта с вредными химическими веществами.

Среди всех районов Ташкентской области наибольший процент злокачественных новообразований кожи зарегистрирован в Ахангаранском

районе (17.9% из всех онкозаболеваний). В этом районе располагается несколько цементных заводов, предприятия, производящие резину и резиновые изделия.

Показатели заболеваемости как биологические индикаторы канцерогенного воздействия окружающей среды на человека рассматривают многие исследователи. Установлено, что из 7000 химических веществ, исследованных на канцерогенность, около 1500 в различной степени являются канцерогенно опасными и почти половина из них — опасными для человека. Одной из актуальных проблем в онкологии является регламентирование канцерогенных веществ и канцерогенных факторов окружающей среды.

Резюме: Проведенное исследование соотношения онкобольных в показало, что наибольшее количество заболеваний регистрируется в промышленных центрах региона, где максимально воздействие технических канцерогенов. Данные подтверждают необходимость широкого внедрения методов скрининга онкозаболеваний среди сотрудников предприятий и жителей районов, прилегающих к данным промышленным зонам.

БУГОРКОВЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ

Азизов Б. С., Нурматова И.Б., Эгамов Х.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентская медицинская академия

Самаркандский Государственный медицинский университет

Лейшманиоз - одна из важнейших медико-социальных проблем в дерматологии. В статье представлены литературные данные по лейшманиозу — заболеванию, являющемуся эндемичным в Среднеазиатском регионе. Врачам дерматологам следует иметь определенную настороженность в отношении развития данного заболевания, особенно в осенний период

времени в связи с широкой миграцией населения. Описаны основные формы лейшманиоза, его клинические симптомы. Уделено внимание редко встречающейся бугорковой форме кожного лейшманиоза. Также представлен клинический случай бугорковой формы, подтвержденный гистологическим и другими методами исследования.

Ключевые слова: лейшманиоз, бугорковая форма, диагностика, дифференциальный диагноз, гистологическое исследование, лечение.

Лейшманиоз вызывается простейшими рода *Leishmania*. Переносчик возбудителя — москиты из рода *Phlebotomus*, основной путь заражения — через укусы москитов. Согласно учению о природной очаговости болезней, разработанному академиком Е.Н. Павловским, природным источником заражения кожным лейшманиозом людей являются грызуны песчанки. Заражение человека происходит во время его пребывания в местности с природными лейшманиозными очагами в летний период. Источником заражения кожным лейшманиозом городского типа является больной человек.

Обычно продолжительность заболевания составляет до года (острая форма кожного лейшманиоза), реже — более года (хроническая форма), в литературе описан случай затяжного, более года, течения при иммунодефицитом состоянии. Антропонозный кожный лейшманиоз (городской, поздноизъязвляющийся) преимущественно распространен в Средиземноморье, на Ближнем и Среднем Востоке, в западной части полуострова Индостан. Инкубационный период — от 3 до 9 мес. Зоонозный кожный лейшманиоз (сельский, остронекротизирующий) распространен в сельских оазисах пустынных и полупустынных районов Ближнего Востока, Средней Азии, Индии, Африки. Высыпания чаще располагаются на открытых участках кожи: лицо, шея, руки, ноги. В области укуса москита через 2—4 недели появляется фурункулообразный инфильтрат, изъязвляющийся через 1—2 недели. Образуется глубокая болезненная язва с гнойным отделяемым. Через 2—3 мес. она начинает очищаться от

некротических масс. При разрешении также формируется глубокий рубец. Заболевание осложняется лимфангоитом и лимфаденитом. Зоонозный вариант встречается чаще.

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

Приводим наше наблюдение

Больная Д. 18 лет. Первое обращение к дерматологу в августе 2017 г. с жалобами на высыпание в области лица(носа). Жалобы при поступлении: на высыпания на лице, в области носа, без субъективных ощущений.

Anamnesismorbi: считает себя больной в течении 6-7 мес. Причину возникновения высыпаний больная ни с чем не связывает. Как отмечает больная заболевание началось с появления небольшого пятна, которое через 3 месяца покрылось корочкой. Неоднократно получала амбулаторное лечение по месту жительства (Какие препараты больная получала не помнит), однако эффекта от полученной терапии не отмечала.

Anamnesis vitae: росла и развивалась соответственно возрасту и полу в благоприятных социально-бытовых условиях. Наследственность неотягощена. Родилась и проживает в Термезе, Сурхандаре. Status praesens: без патологии.

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

Субъективно: чувствительность сохранена, болезненных ощущений нет. На основании жалоб, данных физикального осмотра, анамнеза заболевания (в том числе сведений о пребывании пациента в эндемичном по лейшманиозу районе) заподозрен кожный лейшманиоз.

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

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

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЧЕСУХОЙ СРЕДИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Азизов Б.С., Нурматова И.Б., Саиткулов Э.Х.

**Ташкентский городской дом-интернат для мужчин лиц с
инвалидностью «Мурувват»**

**Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкентская медицинская академия**

ВВЕДЕНИЕ. Кожные заболевания могут часто иметь психические и временами достаточно значительные последствия для человека и наоборот, психические причины могут воздействовать на кожу и кожные болезни. По вопросу о том, вызывают ли психические причины классические кожные заболевания или же ухудшают их и до какой степени, мнения психологов и медиков противоречивы. Особенно - чесука. [1,5]. Это распространенное заболевание, но его распространенность недостаточно документирована в медицинской литературе.

Чесука (пруриго) – из группы нейроаллергодерматозов, с характерным хроническим рецидивирующим течением, полиэтиологическими факторами [2,7]. Который нередко приводит к раздражительности, тревоге и депрессии. Часто больной больше благодарен врачу за устранение зуда, чем за устранение кожных проявлений [3].

Все это определяет актуальность рассматриваемой проблемы и требует новых подходов к пониманию сложных психосоматических взаимосвязей при кожных заболеваниях [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Цель работы — изучение клинического течения чесуки среди психоневрологических больных и оценка эффекта традиционной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилась среди подопечных Ташкентского городского дома-интерната для мужчин лиц с инвалидностью «Мурувват».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ.Обследованные пациенты были в возрасте от 18 до 81 лет. Все участники мужчины 450(100%). Выявленного у 133(30%) инвалидов кожные проблемы, хронические кожные заболевания составляют 79(17,5%) инвалидов. Пациентов детского и юношеского возраста (до 18лет) было-0 (0%), молодого возраста (от18-30лет) 110 (24%), из них выявленное заболевание 36 (33%), средний (от31-45), 120 (26%) из них выявленное заболевание 38 (31%), пожилого и старческого (от 46лет до 81лет) -220 (49%) из них выявленное заболевание 59 (27%). С выявленными кожными патологиями из 133 пациентов по психоневрологическим патологиями следующая: Олигофрения -77 (58%), с шизофрениями - 41 (31%), с деменциями -11 (8%) и другие -4 (3%).

По дерматологическим заболеваниям из выявленных показало следующие результаты: общее количество пациентов -133, у 18 пациентов кожная патология несколько. Пациенты с почесухой -27 (18%) среди больных с олигофренией, псориаз – 3 (2%) выявлен только у больных с шизофренией, витилиго и дисхромия кожи – 11 (7%) среди больных с шизофренией, экзема и аллергодерматозы – 9 (6%), себорейный дерматит – 18 (12%), контактные дерматиты -10 (7%), алопеция – 6 (4%), угревая болезнь – 11 (7%) выявлены у больных с олигофренией, с микробными поражениями кожи -8 (5%), с грибковыми заболеваниями кожи – 14 (9%), с онко-дерматологическими проявлениями -15 (10%), с ИППП -2 (1%) у пациентов с деменциям и другие кожные заболевания-17 (11%). Как видно, среди дерматологических заболеваний наиболее часто встречается почесуха - 27 пациентов, из них с олигофренией -16 (60%), с шизофрениями -7 (26%), деменция -2 (7%) и другие заболевание -2 (7%). Изучение по клиническим формам: Почесуха детская, строфилус и детская папулезная крапивница не изучалась. Потому что детей в мужском доме-интерната для инвалидов города Ташкента нет. Почесуха взрослая (почесуха простая Гебра) – 24 (89%) пациентов. Почесуха узловатая -3 (11%). При традиционным лечение почесухи что бы снять симптом зуда использовалось следующие препараты

такие как цетиризин, левоцетиризин с монтелукастом, хлорпирамин (Супрастин), димедрол и дезларатадины.

Среди больных чесухой взрослых, у 18(75%) зуд купировался, а у 6 (25%) частично зуд купировался. При узловатой чесухе у 3(100%)их, у 1 го (33%) частично зуд купировался, а у 2 (67%) их зуд не купировался приходилось совместно психиатрами дополнительно подключать транквилизаторы.

ЗАКЛЮЧЕНИЯ. Таким образом среди психоневрологических больных чесуха часто встречаемая болезнь. И у контингента больных не всегда купируется зуд с антигистаминными средствами.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Иванов, О. Л. Проблемы психодерматологии в трудах представителей Рахмановской школы / О. Л. Иванов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. - № 4. - С. 7-10.
2. Исмаилова Г.А., Сайткулов Э.Х. Психосоматическая характеристика больных с различными клиническими формами витилиго. Журнал теоретической и клинической медицины. 2013;6: С116-119.
3. Адаскевич В.П., Дуброва В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии. Рос. Жур. кожных и венерических болезней. 2003;1: 51-56.
4. Дороженок А.Н., Львов И.Ю. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр /Вестн. дерматол. и венерол. // - 2009. - № 4. - С. 35-41.
5. Львов А.Н. К вопросу о психосоматических заболеваниях в дерматологии. Психиатрия и психофармакотерапия. 2004;6: 272-274.
6. Azizov, B., Ismailova, G., Nurmatova, I., & Usmanov, A. Clinical characteristics of patients with HIV/AIDS. ООО «Махлиyo-shifo» & V, 46.
7. Сайткулов Э.Х., Нурматова И.Б., Азизов Б.С. Выявление дерматологических заболеваний у лиц с психоневрологическими нарушениями и роль пруриго. Медицина и инновации. 2022г № 4(8) 382-391

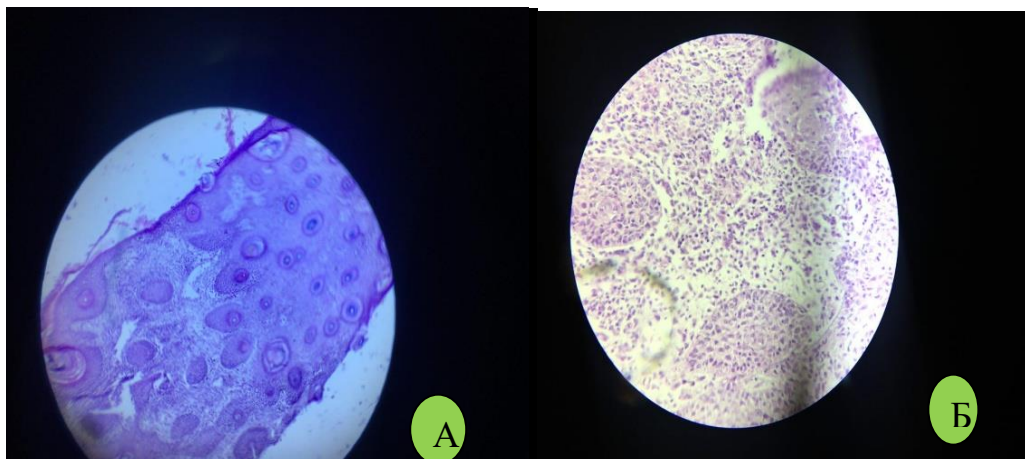


Рис. А, Б – криостатные срезы клинически интактного участка кожи больной (увеличение $\times 400$ и $\times 100$ соответственно); В, Г и Д – больная туберкулоидной формой хронического кожного лейшманиоза (до, в процессе - две недели от начала и после лечения).

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОЧЕСУХОЙ СРЕДИ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Азизов Б.С., Нурматова И.Б., Саиткулов Э.Х.

**Ташкентский городской дом-интернат для мужчин лиц с
инвалидностью «Мурувват»**

Ташкентский государственный стоматологический институт

Ташкентская медицинская академия

ВВЕДЕНИЕ. Кожные заболевания могут часто иметь психические и временами достаточно значительные последствия для человека и наоборот, психические причины могут воздействовать на кожу и кожные болезни. По вопросу о том, вызывают ли психические причины классические кожные заболевания или же ухудшают их и до какой степени, мнения психологов и медиков противоречивы. Особенно - чесука. [1,5]. Это распространенное

заболевание, но его распространенность недостаточно документирована в медицинской литературе.

Почесуха (пруриго) – из группы нейроаллергодерматозов, с характерным хроническим рецидивирующим течением, полиэтиологическими факторами [2,7]. Который нередко приводит к раздражительности, тревоге и депрессии. Часто больной больше благодарен врачу за устранение зуда, чем за устранение кожных проявлений [3].

Все это определяет актуальность рассматриваемой проблемы и требует новых подходов к пониманию сложных психосоматических взаимосвязей при кожных заболеваниях [4].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: Цель работы — изучение клинического течения почесухи среди психоневрологических больных и оценка эффекта традиционной терапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ. Исследование проводилась среди подопечных Ташкентского городского дома-интерната для мужчин лиц с инвалидностью «Мурувват».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. Обследованные пациенты были в возрасте от 18 до 81 лет. Все участники мужчины 450(100%). Выявленного у 133(30%) инвалидов кожные проблемы, хронические кожные заболевания составляют 79(17,5%) инвалидов. Пациентов детского и юношеского возраста (до 18лет) было-0 (0%), молодого возраста (от18-30лет) 110 (24%), из них выявленное заболевание 36 (33%), средний (от31-45), 120 (26%) из них выявленное заболевание 38 (31%), пожилого и старческого (от 46лет до 81лет) -220 (49%) из них выявленное заболевание 59 (27%). С выявленными кожными патологиями из 133 пациентов по психоневрологическим патологиями следующая: Олигофрения -77 (58%), с шизофрениями - 41 (31%), с деменциями -11 (8%) и другие -4 (3%).

По дерматологическим заболеваниям из выявленных показало следующие результаты: общее количество пациентов -133, у 18 пациентов кожная патология несколько. Пациенты с почесухой -27 (18%) среди

больных с олигофренией, псориаз – 3 (2%) выявлен только у больных с шизофренией, витилиго и дисхромия кожи – 11 (7%) среди больных с шизофренией, экзема и аллергодерматозы – 9 (6%), себорейный дерматит – 18 (12%), контактные дерматиты -10 (7%), алопеция – 6 (4%), угревая болезнь – 11 (7%) выявлены у больных с олигофренией, с микробными поражениями кожи -8 (5%), с грибковыми заболеваниями кожи – 14 (9%), с онко-дерматологическими проявлениями -15 (10%), с ИППП -2 (1%) у пациентов с деменциям и другие кожные заболевания-17 (11%). Как видно, среди дерматологических заболеваний наиболее часто встречается почесуха - 27 пациентов, из них с олигофренией -16 (60%), с шизофрениями -7 (26%), деменция -2 (7%) и другие заболевание -2 (7%). Изучение по клиническим формам: Почесуха детская, строфилус и детская папулезная крапивница не изучалась. Потому что детей в мужском доме-интерната для инвалидов города Ташкента нет. Почесуха взрослая (почесуха простая Гебра) – 24 (89%) пациентов. Почесуха узловатая -3 (11%). При традиционным лечение почесухи что бы снять симптом зуда использовалось следующие препараты такие как цетиризин, левоцетиризин с монтелукастом, хлорпирамин (Супрастин), димедрол и дезларатадины.

Среди больных почесухой взрослых, у 18(75%) зуд купировался, а у 6 (25%) частично зуд купировался. При узловатой почесуха у 3(100%)их, у 1 го (33%) частично зуд купировался, а у 2 (67%) их зуд не купировался приходилось совместно психиатрами дополнительно подключать транквилизаторы.

ЗАКЛЮЧЕНИЯ. Таким образом среди психоневрологических больных почесуха часто встречаемая болезнь. И у контингента больных не всегда купируется зуд с антигистаминными средствами.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Иванов, О. Л. Проблемы психодерматологии в трудах представителей Рахмановской школы / О. Л. Иванов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. - № 4. - С. 7-10.

8. Исмаилова Г.А., Саиткулов Э.Х. Психосоматическая характеристика больных с различными клиническими формами витилиго. Журнал теоретической и клинической медицины. 2013;6: С116-119.
9. Адаскевич В.П., Дуброва В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии. Рос. Жур. кожных и венерических болезней. 2003;1: 51-56.
10. Дороженко А.Н., Львов И.Ю. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр /Вестн. дерматол. и венерол. // - 2009. - № 4. - С. 35-41.
11. Львов А.Н. К вопросу о психосоматических заболеваниях в дерматологии. Психиатрия и психофармакотерапия. 2004;6: 272-274.
12. Azizov, V., Ismailova, G., Nurmatova, I., & Usmanov, A. Clinical characteristics of patients with HIV/AIDS. ООО «Махлиyo-shifo» & V, 46.
13. Саиткулов Э.Х., Нурматова И.Б., Азизов Б.С. Выявление дерматологических заболеваний у лиц с психоневрологическими нарушениями и роль пруриго. Медицина и инновации. 2022г № 4(8) 382-391

ХАРАКТЕРИСТИКА МОДИФИЦИРОВАННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

Акрамова Н.Ш.

Бухарский ГосМИ им. Абу Али Ибн Сина

На сегодняшний день проблемы лечения, профилактики заболеваний кожи воспалительного генеза остаются в центре внимания современной дерматологии. Одним из аспектов данной патологии являются т.н. поражения кожи в виде «угри обыкновенные (acne vulgaris, акне)». Как известно, данное поражение кожи наблюдается преимущественно среди лиц подросткового и молодого возрастов, затрагивая при этом более чем 80% популяции данной

возрастной группы, далее показатели встречаемости данной патологии кожи заметно уменьшаются, лишь 43% лиц в возрасте после 30 лет имеют в анамнезе данную патологию или ее осложнения. Особенностью данного заболевания является его влияние на психосоматическое состояние больного, обусловленное нарушением эстетичности наружных покровов лица, значительно снижая качества жизни.

Цель работы: Изучение клинико-иммунологических особенностей патогенеза акне у пациентов с функциональной диспепсией, разработка патогенетически обоснованного алгоритма лечения данной патологии с учетом оценки эффективности комплексного лечения.

Материалы и методы. Пациенты второй основной группы (n = 67) Больным с ФД второй основной группы назначалось стандартное лечение Акне в комплексе с разработанной эрадикационной, прокинетической и цитопротекторной терапии (КТ).

Результаты. Назначалась эрадикационная терапия (амоксциллин 1000 мг 2 раза в день, кларитромицин 500 мг дважды в сутки и ингибитор протонной помпы- рабепразол 20 мг 2 раза в день в течение 14 дней), прокинетическая терапия тримебутин 200 мг 3 раза в день 4 недели и цитопротекторная терапия ребамипид по 100 мг 3 раза в день 4 недели. Также для достижения транквилизирующего и анксиолитического эффекта в лечение ФД включали тофизапам, с целью достижения иммунокорригирующего эффекта использовали N-ацетилглюкозаминил-N-ацетилмурамил-дипептида (ликопид, иммуномодулятор на основе *Lactobacillus bulgaricus*). 0,01 г/сут в качестве адьювантной терапии при проведении антихеликобактерной терапии. По завершению эрадикационной терапии с целью улучшения кишечного биоценоза проводили курс с использованием - сахаромицеты. Проверка эффективности, проведенной эрадикационной терапии повели спустя 4 недели, при этом использовали экспресс-тест хеликобактериоза при помощи БДУТ теста. Во время проводимого осмотра до и после лечения у пациентов производили осмотр

кожных покровов с определением элементов акне, дерматологического индекса акне, анкетирование больных по оценке проводимого лечения, качества жизни и т.д.

Вывод. Пациенты обеих подгрупп были сопоставимы по основным клиничко-anamnestическим параметрам - среднему возрасту, общесоматическому статусу. Независимо от группы, степени тяжести течения акне всем пациентам, включенные в группы исследования проводили обследование по единой стандартной схеме - общеклинические, биохимические, микробиологические и иммунологические методы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдухаликова М.Л. Терапия среднетяжелых форм акне vulgaris системным изотретиноином: выбор доз и схем приема препарата / М.Л. Абдухаликова, И.О. Малова, И.М. Михалевич // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). -2015. Т.134(3). 27С7 63-67.

2. Авгеринуоу Г. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней: руководство / Г. Авгеринуоу, Л. Андерасси, К. Антониу; под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти. – М. МЕДпресс-информ. – 2014. – 705 с.

3. Аверина, В.И. Современный подход к терапии возрастного акне у женщин/ В.И. Аверина, И.В. Саламова // Медицинский совет. – 2014. – №7. – С. 62-67.

4. Баринаова А.Н. Патогенетические особенности Акне vulgaris в зависимости от состояния вегетативной нервной системы и иммунного статуса: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2003

5. Бронова И.М. Проблемы общения с больными акне и пути их преодоления лечащим врачом / И.М. Бронова // Дерматология и венерология. – 2017. – № 1(75). – С. 65-69.

6. Васильева, Е.С. Оптимизация системы комплексного применения физиотерапевтических технологий, иммуномодуляторов и пробиотиков в

лечении и профилактике акне (acne vulgaris): дис. ...док. мед. наук: 14.00.36: /
Васильева Екатерина Станиславовна. – Москва, 2010. – 257с.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ АКНЕ

Алиев А.Ш., Ташкенбаева У.А., Залялиева М.В.,

Алиев Ш.Р., Мухамедов Б.И.

Ташкентская медицинская академия

Республиканский научный центр иммунологии МЗ РУз

Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель исследования: Проведение оценки состояния цитокинового профиля при лечении пациентов с тяжелым течением акне

Уровень про- и противовоспалительных цитокинов был изучен у 18 пациентов с папуло-пустулезными и 16 с конглобатными формами акне.

Все пациенты были разделены на 3 группы, которым назначался иммуномодулятор тимопентин и низкие дозы изотретиноина и их комбинация.

Первая группа (n=11) включала терапию препаратом тимопентин 1 мг. Препарат назначался внутримышечно, предварительно разведённым стерильной водой для инъекций 1 мл на курс лечения 1 раз в сутки в течении 10 дней;

Вторая группа (n=11) включала терапию низкими дозами изотретиноина (акнотин) 10 мг/сутки.

Дозировка: назначение в низких дозах по 10 мг в сутки независимо от массы тела в течении 6 месяцев начиная с 11 дня после базисной терапии. При назначении низких доз ретиноидов достижение кумулятивной дозы не требуется [9, с.134; 11, с.22; 18, с.10; 22, с.71; 26, с.22].

Третья группа (n=12) включала комбинированную терапию препаратами тимопентин и низкими дозами изотретиноина.

При традиционной терапии с включением тимопентина мы наблюдали достоверное снижение ИФН γ до $20,18 \pm 4,12$ пг/мл ($p < 0,01$ относительно контроля) и в 1,5 раза относительно исходных данных ($p < 0,05$). ИЛ-1 β снижался достоверно относительно исходных данных ($p < 0,05$), но все еще оставался в 2,1 раза выше контроля ($p < 0,01$). Концентрация ИЛ-10 выявлялась выше контроля ($p < 0,01$) и ниже исходных данных ($p < 0,05$).

Таким образом, тимопентин включенный в традиционную терапию достоверно снижает уровень провоспалительных цитокинов ИФН γ и ИЛ-1 β относительно исходных данных, а также и противовоспалительного цитокина ИЛ-10, однако их уровень выявлялся достоверно выше контрольных значений.

Во второй группе пациентов традиционная терапия с включением Изотретиноина в лечение акне вызывала незначительное снижение уровня ИФН γ до $22,36 \pm 2,91$ пг/мл ($p > 0,05$ относительно исходных данных) и данные были выше к контрольным значениям в 4,9 раз ($p < 0,01$). Более выраженное снижение выявлено для ИЛ-1 β - $3,72 \pm 0,19$ пг/мл ($p < 0,05$ относительно исходных данных). Противовоспалительный цитокин ИЛ-10 на фоне приема Изотретиноина также снижался до $8,82 \pm 0,69$, но не достоверно ($p > 0,05$ относительно исходных данных).

Таким образом, включение изотретиноина в комплексную терапию пациентов с тяжелым течением акне способствует снижению как провоспалительных, так и противовоспалительных цитокинов, но достоверно значимо только для ИЛ-1 β .

Одновременное включение обоих препаратов тимопентина и Изотретиноина в традиционную терапию выявило значимое снижение противовоспалительных цитокинов. ИФН γ снижался в 2,9 раза относительно исходных значений ($p < 0,05$), а ИЛ-1 β в 2,1 раза ($p < 0,05$) и почти достигал нормальных значений. ИЛ-10 также снижался в 1,6 раза относительно

исходных значений ($p < 0,05$), однако находился достоверно выше контрольных значений.

НОВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ЗУДА

Аллаева М.Д., Солметова М.Н.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Хронический зуд – это неприятное ощущение, когда пациенту приходится расчесывать кожу. Это состояние длится более 6 недель и может быть связано, как с кожной патологией, такой как псориаз, атопический дерматит, плоский лишай и др., так и с системными заболеваниями. Например, сахарный диабет, терминальная стадия почечной недостаточности (ТПН), злокачественные новообразования, гипотиреоз, хронические гепатобилиарные заболевания.

Этиология хронического зуда может быть классифицирована как дерматологическая, системная, психогенная, неврологическая, смешанная или неизвестная. Из-за сложного патогенеза и множества факторов, способствующих появлению хронического зуда, лечение хронического зуда остается сложной задачей.

Несмотря на хорошо изученные противозудные свойства классической фармакотерапии (местная терапия, фототерапия и системная терапия), эти методы часто не обеспечивают достаточного облегчения для пострадавших. В связи с растущим интересом к области исследований зуда появились новые экспериментальные и клинические данные, которые постоянно подтверждают возможность применения новых терапевтических мер антагониста рецепторов.

По мнению экспертов, терапевтические меры можно разделить на несколько групп:

1. общие рекомендации (включая частое применение смягчающих средств)
2. местная терапия (кортикостероиды, ингибиторы кальциневрина, кризаборол)
3. фототерапия
4. системная терапия

В настоящее время большинство противозудных средств, по-прежнему используются не по назначению.

В этом обзоре мы хотели рассмотреть наиболее актуальные лекарственные препараты, которые, в основном находятся в стадии исследования, с многообещающей перспективой утверждения в ближайшем будущем, особенно опиоидергические препараты (антагонисты мю-опиоидов и агонисты каппа-опиоидов), антагонисты рецепторов нейрокина-1 (NK-1R), биологические препараты, ингибиторы янус-киназы (JAK).

Агонисты и антагонисты опиоидных рецепторов.

Эндогенная опиоидная система связана с эндогенными опиоидными пептидами (β -эндорфин, энкефалины и динорфины) и опиоидные рецепторы (мю, каппа, дельта и рецептор ноцицептина/орфанина, которые особенно распространены в ЦНС, ПНС и коже.

«Классические» противозудные средства с преобладающей активностью антагонистов мю-опиоидов включали налоксон, налтрексон и налмефен. Препараты, обладающие смешанным антагонизмом мю-опиоидов и каппа-опиоидным агонизмом (буторфанол, налбуфин), также облегчают зуд при различных состояниях.

Антагонисты рецепторов нейрокина-1.

Вещество Р принадлежит к группе тахикининов, которые представляют собой нейропептиды, выделяемые нейронами и воспалительными клетками. Вещество Р связывается с нейрокинином-1, который вызывает зуд у людей, поскольку он индуцирует вазодилатацию, дегрануляцию тучных клеток, экспрессию фактора роста нервных окончаний в кератиноцитах и

стимулирует нейрогенное воспаление. Также отмечалось повышение уровня нейрокинина-1 в пораженной коже пациентов с псориазом и атопическим дерматитом, которые испытывали сильный зуд.

Биологические препараты

Биопрепараты - это белки, созданные с помощью генной инженерии, которые присоединяются к рецепторам Т-клеток и цитокинам, тем самым, блокируя их активацию и воспалительный каскад. Цитокины - это белки-мессенджеры, которые опосредуют ряд клеточных функций, включая рекрутирование, активацию и дифференцировку иммунных клеток. Давно известно, что цитокины создают часть иммунной системы и модулируют как адаптивные, так и врожденные иммунные ответы. Они также были идентифицированы как модуляторы боли и нейрогенного воспаления. Кроме того, они могут действовать на резидентные клетки кожи, включая кератиноциты, клетки Лангерганса, эндотелиальные клетки, фибробласты и тучные клетки. В последние годы было представлено значительное количество доказательств роли цитокинов в зуде, подтверждающих использование таргетной терапии с использованием биопрепаратов при нескольких хронических воспалительных дерматозах. В зависимости от механизма действия биологические препараты используются в основном при псориазе и болезни Альцгеймера.

Иммуноглобулин Е.

Лигелизумаб - подавляет экзоцитоз базофилов и тучных клеток, а также образование медиаторов и цитокинов, тем самым ослабляя аллергические реакции. В недавнем исследовании лигелизумаб был назначен пациентам с хронической спонтанной крапивницей. На 12-й неделе лигелизумаб обеспечил полный контроль обострений крапивницы 51% пациентов. Лигелизумаб хорошо переносился при инфекции верхних дыхательных путей и головные боли.

Ингибиторы янус-киназы.

Одной из недавно выявленных мишеней для дерматологического лечения являются JAK, которые принадлежат к группе цитоплазматических тирозинкиназ. При активации различными цитокинами, колониестимулирующими факторами и гормонами, JAK фосфорилируют сигнальный преобразователь и активатор факторов транскрипции (STAT) и влияют на экспрессию генов, связанных с воспалительными цитокинами и факторами роста. JAK способствуют воспалительным заболеваниям, таким как *ревматоидный артрит* или *воспалительные заболевания кишечника*, однако при определенных дерматологических состояниях ингибирование JAK также может улучшиться. Появляется все больше доказательств безопасности и эффективности использования ингибиторов JAK при *псориазе, АД, гнездной алопеции и витилиго*.

Антагонисты гистаминовых H4 рецепторов.

Гистамин считается классическим медиатором зуда и выделяется из тучных клеток во время воспаления или стимуляции аллергенами. Он вызывает зуд, взаимодействуя с гистаминовыми рецепторами.

В настоящее время описано четыре типа рецепторов (H 1 R, H 2 R, H 3 R и H 4 R), при этом H 1 R является наиболее частым мишенью в клинической практике. H 4 R был клонирован в 2000 г. и в основном экспрессируется на гематопоэтических клетках, обладая соответствующими свойствами, связанными с активацией тучных клеток, эозинофилов, моноцитов, дендритных клеток и Т-лимфоцитов.

Это важный компонент, влияющий на Th 2 ответ лимфоцитов, стимуляция которого приводит к индукции IL-31. Экспериментальные исследования на мышах показали, что антагонист H 4 R уменьшает кожное воспаление и зуд за счет снижения тканевых цитокинов и хемокинов и ингибирования хемотаксиса. Несмотря на уменьшение зуда у пациентов с АД, исследование было прекращено досрочно из соображений безопасности (агранулоцитоз у 2 из 88 пациентов).

Независимо от причины, пациенты с хроническим зудом выиграют от постоянно расширяющегося арсенала новых методов лечения. В значительной степени ожидаемый прогресс основан на богатых данных по патофизиологии хронического зуда, но в эпоху доказательной медицины необходимо принимать во внимание еще один решающий фактор (добросовестное планирование и выполнение клинических испытаний). Таким образом, терапевтический успех, безопасность и экономические аспекты будут поддерживаться в реальных условиях.

При выборе лекарственного средства следует учитывать наличие или отсутствие у пациента псориатического артрита, поскольку для артрита одобрены все ингибиторы IL-17, но не ингибиторы IL-23. Пациентам с демиелинизирующим заболеванием противопоказаны ингибиторы ФНО. Пациентам с болезнью Крона в анамнезе противопоказаны ингибиторы IL-17.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ОПОЯСЫВАЮЩЕГО ЛИШАЯ У ПОЖИЛЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОТЕФЛАЗИДА

Арифов С.С., Ганиева Ш.Т.

ЦРПКМР г. Ташкент

Цель исследования: Оценить эффективность протефлазида у пожилых больных страдающих опоясывающем лишаем.

Материал и методы: Под нашим наблюдением находились 29 больных с опоясывающем лишаем, в возрасте от 50 до 76 лет. Из них мужчин было 13 (44,9 %), женщин – 16 (55,1%). Клинически диагностированы следующие формы заболевания: классическая форма - у 11(38 %) больных, буллезная форма - у 10 (34,5 %), abortивная форма - у 5(17,2 %), гангренозная форма - у 3 (10,3 %) больных.

Диагноз опоясывающий лишай был установлен на основании клиники и ИФА метода диагностики.

Первая группа включала 14 больных, которые получили лечение согласно стандартам диагностики и лечения дерматовенерологии и косметологии (2019 г.). Всем больным во второй группе (15 больных) на фоне лечения согласно стандартам диагностики и лечения дерматовенерологии и косметологии (2019 г) был назначен протекфлазид, который обладает противовирусной, антиоксидантной, иммуотропной действий.

Протекфлазид назначался по следующей схеме: в первой неделе по 7 капель 2 раза в день, второй и третьей неделях - по 15 капель 2 раза в день и четвертой неделе - по 12 капель 2 раза в день.

Результаты исследования: Эффективность от проведенной терапии отмечен уже через 7 дней, т.е. уменьшался боль, началась эпителизация эрозии. К концу третьей и в начале четвертой недели пузырьки, пузыри, эрозии, корки полностью исчезли, оставив гиперпигментные пятна. Тогда как у больных первой группы, получавших стандартное лечение, разрешение элементов сыпи отмечались в более поздние сроки, чем в группы больных получавших протекфлазид.

Выводы: Таким образом, применение протекфлазида, на фоне стандартной терапии, у пожилых оказывает высокую клинический эффект в короткие сроки.

АНАЛИЗ ПОЛУЧЕННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С АКНЕ

Арифов С.С., Маликова Н.Н.

ЦРПКМР. г. Ташкент

Актуальность. Акне (вульгарные угри) хроническое воспалительное заболевание, проявляющееся открытыми и закрытыми комедонами и поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов. Не смотря на

многочисленные научные работы, этиология и патогенез акне остается до конца не изученным.

Цель. Анализировать данные пациентов акне о ранее проведенной терапии до обращения в республиканскую кожно-венерологическую клиническую больницу МЗ РУз в период 2021-2023.

Материал и методы. Под нашим наблюдением были 76 пациентов, женщин - 35 (46.1 %) было мужчин - 41 (53.9 %), с различными степенями течения акне которые получали амбулаторное лечение в РКВКБ. Давность заболевания составила от 1 года до 7 лет. До 1 года болели - 8 (10.6 %), от 1 до 3 лет - 29 (38.1%) и 3 - 5 лет – 33 (43.4 %), 5 - 7 лет – 6 (7.9 %) больных. Из них пациенты с легкой степенью тяжести 20 (26.3%), со средней степенью тяжести 39 (51.3%), с тяжелой степенью тяжести 17 (22.4%).

Результаты. Больные получили терапию согласно стандартам диагностики и лечения по дерматовенерологии и косметологии (2019). Результаты анализа показали, что из общего количество пациентов только местную терапию получили 18 (23.7%), системную и местную терапию 55 (72.4%) и только системную - 3(3.9%). У 27 (%) больных полученная терапия не соответствовала степени тяжести течения акне. Изучение соответствии полученной терапии к степеням тяжести акне показало, что 8 (10.6%) больных с тяжелой степени течения и 11 (14.4 %) больных со средней степенью тяжести течения получали только местную терапию.

Выводы. Полученные данные позволяют оценить адекватность назначенной терапии к степеням тяжести течения акне.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д В СЫВОРОТКЕ КРОВИ

БОЛЬНЫХ ПОСТАКНЕ

Арифов С.С., Эркинлар З.Э.

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников, Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить содержание витамина Д в сыворотке крови пациентов страдающих постакне.

Материал и методы. Под нашим клиническим наблюдением находились 25 больных страдающих постакне в возрасте от 18 до 26 лет. Мужчин было 14 (56%), женщин 11 (44%). У 21 (84%) больных мы диагностировали атрофические рубцы, у 3 (12 %) – гипертрофические и у 1 (4 %) келлоидные рубцы.

У всех больных был проведенны общеклинические исследования и был определен уровень витамина Д в сыворотке крови. Содержания витамина Д в сыворотке крови у больных постакне и здоровых лиц определяли методом ИФА - тест для твердофазного иммуноферментного анализа, основанный на принципе конкурентного связывания 25-ОН Витамин Д. Полученные результаты исследования интерпретировали согласно рекомендациям Российской ассоциации эндокринологов (2015).

Результаты исследования. Результаты проведенного исследования показали, что выраженный острый дефицит (ниже 10 нг/мл) витамина Д выявлен у 7 (28%) больных постакне (мужчин - 4, женщин - 3), дефицит (10 – 20 нг/мл) - у 15 (60 %) больных (мужчин - 8, женщин - 7) и недостаточность (20 – 30 нг/мл) - у 3 (12%) (мужчин - 2, женщин - 1) больных. Уровень витамина Д в пределах нормальных показателей (30 и более нг\мл), у наблюдаемых больных, не был выявлен.

Выводы. Результаты исследования показали, что у подавляющего большинства больных (60%) постакне отмечен дефицит витамина Д, что необходимо учитывать при проведении лечебно-профилактических мероприятий.

ЭФФЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Аюбова Н.М., Нурматова И.Б., Азизов Б.С.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

Ташкентская медицинская академия

Во всем мире в настоящее время наблюдается, значительный рост онкологических заболеваний. В дерматологии одним из чаще встречающихся предраковых заболеваний кожи, является актинический кератоз. АК- это хроническое заболевание кожи, подверженной чрезмерным воздействием ультрафиолетового излучения, что приводит по мнению многих авторов в плоскоклеточный рак кожи. Следовательно, раннее выявление предраковых заболеваний и адекватное их лечение приводит к уменьшению частоты заболеваемости.

Целью проведенных исследований явилось изучение клинической эффективности препарата Кераворд в комбинированной терапии актинического кератоза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находился 87 пациентов, у которых были очаги актинического кератоза. В возрасте от 46 до 82 лет. Из них мужчины 42 (48,2%) и женщины 45 (51,7%). Из анамнеза учитывалось, долгое время нахождения под воздействием ультрафиолетового излучения, являющимся основным фактором стимулирующий канцерогенез. Клинически оценивались следующие признаки: эритема, шелушение, гиперкератоз, пигментация, зуд кожи, кровоточивость, изъязвление, атрофия очага поражения. При дерматоскопическом исследовании учитывалось «клубничная паттерна». Кераворд , действующее веществом Имихимод в виде 5% крема стимулирует иммунный ответ посредством индукции интерферона –а, фактор некроза опухоли и других цитокинов.

Результаты исследования. На фоне комплексной и топической терапии больные наносили на очаги крем Кераворд 1 раз в день 2-3 раза в неделю в течение 16 недель. С перерывом 4 недель. У 67% больных применялось комбинированная терапия, только у 33% пациентов применялся топическая местная терапия с Керавордом. У 57% пациентов в очагах гиперкератоза, появилось эпидермис без патологии, у 12% пациентов исчезло шелушение, у 17% больных сохранились очаги актинического кератоза, у них продолжили лечения еще 4 недели. Кроме, Кераворда пациентам использовали криодеструкцию, химические пилинги и СО2 лазерную терапию.

Выводы: таким образом, тактика лечения зависит от локации, длительности заболевания, количества очагов. Применение Кераворда показало его хорошую переносимость и эффективность в лечении АК.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МЕЗОНИТ» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Батиров К.З.

Андижон давлат тиббиёт институти

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

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

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

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

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

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

ГЕПАТАЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Батиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

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

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

Учитывая вышеизложенных, мы для комплексного лечения 35 больных атопическим дерматитом применяли эксен форте как гепатотропный препарат совместно с антиоксидантами, иммуномодуляторами, десенсибилизирующими, антигистаминными препаратами, витаминами и местной терапией. Возраст больных было от 17 до 46 лет, мужчин было 14, женщин 21. Кожно-патологический процесс был локализован в области лба, вокруг ротового отверстия, на шее, поясничной области, локтевом,

лучезапястном и коленном сгибах. Основным первичным элементом была мономорфная папулезная сыпь, которая сливаясь между собой образовали очаги лихенификации. У всех больных в очагах поражения были эскориации, покрытые геморрагическими корками, а также незначительное шелушение.

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

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

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

ДЕЗЛОРГИН В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

Батиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Несмотря на широкий спектр и различные лекарственные формы противоаллергических препаратов, ученые продолжают поиск и разработку средств нового поколения. Перед учеными поставлена задача – создание лекарств, идеально сочетающих в себе антигистаминную, противоаллергическую, противовоспалительную активность, при этом свободных от недостатков своих предшественников. В последние годы на фармацевтическом рынке Узбекистана присутствует Дезлоргин оптический изомер лоратолина, селективный обратный агонист H₁-рецепторов.

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

Материал и методы исследования. Нами было проведено лечение 102 больных (60 мужчин, 42 женщин) экземой, крапивницей, атопическим дерматитом, нейродермитом, почесухой, в возрасте от 10 до 56 лет. Из 102 больных у 35 (20 мужчин, 18 женщин) пациентов была диагностирована крапивница, у 21 (соответственно 10 и 11) – атопический дерматит, у 22 (соответственно 10 и 6) – нейродермит, у 18 (соответственно 7 и 11) – почесуха, у 19 (соответственно 8 и 11) – экзема. Дезлоргин – препарат 3 поколения антигистаминных средств, обладающий мощным и длительным антиаллергическим действием. Дезлоргин – препарат, который начинает действовать уже через 12 минут после приема внутрь, причем независимо от приема пищи и времени суток. Для устранения всех симптомов аллергии достаточно 1 таблетки соответствующей дозировки в сутки, как на ранней, так и на поздней стадии аллергической реакции. Препарат может быть показан для длительного применения (в среднем от 1 до 4 недель, существует также клинический опыт применения препарата до 20 месяцев). Больные принимали по 10 мг 1 раз в день в течение 20 дней.

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

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

ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ВЕЗИКУЛЁПУСТУЛЁЗОМ

Батиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

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

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

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

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

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

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

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

При наблюдении большинства больных в течение трех месяцев, обострения заболевания не наступила, за исключения трех случаев, когда у

больных детей очаги одновременно локализовались на коже, волосистой части головы, груди и спины.

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

К ЛЕЧЕНИЮ МИКОТИЧЕСКОГО БАЛАНОПОСТИТА

Батиров К.З., Кучкаров А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: изучить клиническую эффективность комплексной терапии больных кандидозным баланопоститом при наружном применении крема 2 % сертаконазол в сочетании с пероральным приемом флюконазол 150 мг.

Материалы и методы: под наблюдением находилось 21 больных мужчин, в возрасте от 26 до 61 лет, с разной продолжительностью течения баланопостита (от 1 мес. до 3-х лет). Пациенты обратились с жалобами на дискомфорт, жжение, покраснение, отечность головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти, рассеянные мелкоточечные высыпания красного цвета, местами поверхностные эрозии, творожистый налет, неприятный запах с половых органов. Первопричиной заболевания 9 человек считали половой контакт без предохранения, 6 человек указали на предшествовавшее простудное состояние и прием антибактериальных препаратов, 3 человека назвали возможной причиной несоблюдение гигиены и 3 мужчин не смогли назвать причину. Ранее 8 пациентов получали наружно и перорально различные антимикотики. Эффект при этом был кратковременный. При лабораторном исследовании соскоба с головки полового члена выявлены мицелии и почкующиеся дрожжевые клетки. По результатам культурального исследования выделены *Staphylococcus epidermidis* и *Enterococcus faecalis*. Проведены лабораторные исследования на инфекции, передаваемые половым путем и анализ крови на глюкозу. На основании объективного состояния и полученных результатов лабораторных

исследований больным назначался наружно 2 % крем сертаконазол два раза в сутки, в течение семи дней и внутрь флюконазол 150 мг – однократно, на первый день лечения.

Результаты: в процессе лечения на третий-четвертый день отмечалось значительное уменьшение дискомфорта, жжения, покраснения, отечности головки полового члена и крайней плоти, запах отсутствовал. Сохранялись скудный налет, единичные эрозивные элементы, небольших размеров. На 6-й – 8-й день лечения пациенты жалоб не предъявляли. Головка полового члена и крайняя плоть имели обычную окраску, высыпания отсутствовали. Контрольная микроскопия соскоба с головки полового члена и крайней плоти проведенные через две недели, а затем через один месяц после лечения грибов рода кандиды не выявило.

Выводы: для лечения больных кандидозным баланопоститом можно рекомендовать наружное применение крема 2 % сертаконазол в сочетании с однократным пероральным приемом флюконазол 150 мг.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ ТАКРОПИК ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Батиров К.З., Кучкаров А.А.

Андижанский государственный медицинский институт

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

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

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

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

НЕЙРОДЕРМИТ КАСАЛЛИГИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ПЕЛЕМЕТАЗОН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Батиров К.З.

Андижон давлат тиббиёт институти

Нейродермитни даволашда асосий ўринлардан бири маҳаллий муолажа ҳисобланади (турли хил малҳамлар, кремлар, эмульсия, лосьон ва бошқалар). Буларнинг ичида энг самарали препаратлардан бири глюкокортикоид гормонал малҳамлардир. Охириги пайтларда фармацевтика саноати томонидан топик таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири Пелеметазондир. Пелеметазон малҳами таркибига кирувчи мометозон фураат ўта фаол топик кортикостероид бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат (малҳам) ҳисобланади.

Изланишдан мақсадимиз: Пелеметазон малҳамини нейродермит билан оғриган беморларда қўллаб кўриб самарадорлигини аниқлашдир.

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

Умумий давога антигистамин (дезлоргин), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), гепатопротектор (тефролив форте), антиоксидантлардан аевит, маҳаллий давога Пелеметазон малҳами. Давонинг биринчи кунлари териға икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 2 маҳалдан суртилади, даволаш муддати касаликнинг туриға, тарқоқлиғига қараб 18-24 кунни ташкил қилди. Теридаги патологик

жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интенсивлиги ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди.

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

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

ПУШТИ РАНГ ХУСУНБУЗАРНИ КОМПЛЕКС

ДАВОЛАШДАГИ САМАРА

Ботиров К.З.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Ҳозирги вақтда терини йирингли касалликлари орасида пушти ранг хуснбузарни даволаш актуал муммамолардан бири ҳисобланади. Розацеани даволашни мукамаллаштириш мақсадида, Азимак (0.5 г), Жанет (2,0 г), Фуцис (0,15 г) препарати комплекс давода қўлланилди.

Бизни текширувимизда бўлган беморлар сони 72 нафар бўлиб (55 аёл, 17 эркек), ёши 32-70 ёшгача бўлди. Барча беморларга розацеани папула пустилёз формаси ташхиси қўйилди. Ёндош касалликлардан 58 нафар беморда хазм тракти касалликлари (жумладан гастрит, дисбактериоз, холецистит ҳамда қорин дам бўлишлари) аниқланди. Бундан ташқари 8 нафар аёлда постменопаузали синдром аниқланди, 6 нафар аёлда эса тухумдонларида ўзгариш аниқланди. Якка ҳолатларда қандли диабет ҳамда ўт тош касалликлари кузатилди.

Барча беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ (26 нафар бемор) стандарт даво қилинди: Азимак 1 таб. дан 1 маҳал 6 кун ёки Юнидокс солютаб – 10 кун (2-3 курс); Метронидазол 0,25 (1 таб.) дан 3 маҳал, 3 ҳафта давомида; Натрия тиосульфат эритмаси 30%-10 мл дан т/и юбориш учун; сиртга суртиш учун Рух сурмаси қўлланилади.

Иккинчи гуруҳда беморлар 46 нафарни ташкил қилди. Схема бўйича даводан Азимак (1,0 г), Жанет (2,0 г), Фуцис (0,15 г)дан бир кунлик курси буюрилди. Компонентларнинг фойдалилиги ва тежомкорлиги аниқланди. Препаратни қайта бериш касалликни ҳолатига қайтарилди. Теридаги гиперемияни камайтириш мақсадида ташқи даво учун фактор дермико кремидан фойдаланилди. Катта ва чуқур тугунлар мавжуд бўлган ҳолатларда маҳаллий қуйидагича аралашмадан 1 кунда 1 маҳал фойдаланилади: Димексид – 6,0 + Этил спирт – 96% - 6,0 + Лидаза 64 УЕ (4 ампула) + Эритромицин – 2,0.

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

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

ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМ-БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «УРСОСАН» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

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 (Рахматов А.Б. и др. 2009, Рарр К.А., 2003). Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом (Балтабаев М.К., 2004; Костянова Е.Н., 2005; Котельникова А.Б. и др., 2009; Рахматов А.Б., 2010). Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в сочетании с препаратом «Гепато Гиц».

Крем-бальзам «Облепиха и мумиё» фирмы «Природная формула» (Россия), представляет это одни из самых активных природных компонентов оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. А препарат «Урсосан» 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 «Урсосан» для благоприятного действия на функцию печени, в углеводном и липидном обмене, а также повышает способность тканей к регенерации. Препарат «Урсосан» назначают по 1 капсуле 3 раза в день на курс лечения три недели.

Предварительное применение этих препаратов у 15 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.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

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

Ташкентская Медицинская Академия

Республиканский Научно-практический Медицинский центр

Фтизиатрии и Пульмонологии

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 мультirezистентных 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.

Клинические наблюдения проводились у 195 больных с туберкулезом легких (ТЛ), находящихся на лечении в РНПЦФиПРУз. В исследования были включены социально адаптированные пациенты в возрасте от 20 до 50 лет (из них 105 женщин и 90 мужчин) с заболеваниями кожи. Хронические рецидивирующие дерматозы (атопический дерматит, псориаз, микробная экзема, ограниченный нейродермит, красный плоский лишай, себорейный дерматит, акантолитическая пузырчатка) в целом отмечались у 42 больных (21,5%), бактериальные поражения кожи (пиодермии: сикоз, фурункулы, стафилодермии, хроническая язвенная пиодермия, эктима), а также акне (угри вульгарные и розацеа) и гидраденит – у 17 мужчин (в целом 8,7% случаев). Паразитарные заболевания (лейшманиоз кожи, чесотка) были установлены у 8(4,1%) пациентов, вирусные дерматозы (простой пузырьковый лишай, опоясывающий лишай, остроконечные кондиломы) – у 11(5,6%) больных. Чаще отмечались микотические поражения кожи и слизистых – в целом у 108(55,4%) больных, у мужчин (30 больных) – это распространенные формы разноцветного лишая, микозы стоп и крупных складок, эритразма (13 больных), а также кандидозный баланит, баланопостит, ангулярный стоматит (17больных). У женщин чаще отмечались кандидоз крупных складок, ангулярный стоматит, микотическая экзема аногенитальной области (в целом – 48 пациенток), кандидозный кольпит. У 62 пациенток установлен бактериальный вагиноз, в том числе в сочетании с кандидозом у 25. ИППП были диагностированы у 9 больных (урогенитальный трихомониаз, сифилис, ВИЧ-инфекция)

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.

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.

Тимогель назначали в виде смазывания и втирания в пораженные участки два раза в день в течение 10-15 дней). В зависимости от характера высыпаний проводили монотерапию тимогелем или его комбинацией с «Неодермом», анилиновыми красителями, салициловой мазью. (Методика №1- монотерапия тимогелем, Методика №2 – тимогель в сочетании с неодермом). В группе сравнения в качестве наружного средства применяли неодерм (методика №3). 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.

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «УЛКАРИЛ» У БОЛЬНЫХ МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА

Ёкубова М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Многоформная экссудативная эритема характеризуется сезонными течением, нередко рецидивирующим, вовлечением в процесс кожи в слизистых оболочек. В настоящее время установлено существование двух форм болезни: идиопатической и симптоматической. Идиопатическая экссудативная многоформная эритема считается заболеванием вирусной этиологии. Продромальный период характеризуется болями в костях, суставах, мышцах и субфебрилитетом. Спустя 2-3 дня остро появляется симметрично ограниченные пятна или уплощенные отечные папулы округлой либо овальной формы, розово-красного или ярко-красного цвета, увеличивающиеся по периферии. На поверхности элементов или на неизменной коже возникают разнокалиберные пузырьки, пузыри с серозным или геморрагическим содержимым, окруженные узким воспалительным ободком.

Принимаемые болеутоляющие лекарственные препараты (баральгин, этодин-форте, кетотифен, долекс и др.) терапевтических эффектов не дают. Поэтому перед врачами стоит проблема, применение новых более эффективных и этиотропное препаратов, при лечении больных. Учитывая вышеуказанных нами применен препарат - улкарил.

Улкарил (ацикловир) – лекарственная форма таблетки 200 мг, 400мг, 800 мг, производитель «Nobel pharmsanoat», г.Ташкент.

Проведено лечение улкарил 14 больным многоформная экссудативная эритемой, из них мужчины были 8, женщин 6 человек. Возраст больных от 17 до 46 лет. Препарат назанчался по 1 таблетки (200 мг) 5 раза в сутки в течении 7 дней, на фоне антигистаминовых, десенсибилизаторных и наружных препаратов. При применении улкарила по вышеуказанных схеме, боли и элементы в очагах поражения уменьшились у 6 больных на 4-5 день лечения, а у остальных больных на 6-7 день.

Таким образом, улкарил является эффективным лекарством и можно применять при лечении больных многоформная экссудативная эритема.

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ - ВАМЕЛАНОМ

Ёкубова М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Чешуйчатый лишай (псориаз) -хронически рецидивирующее заболевание, в основе которого лежит усиленная пролиферация и нарушение дифференцировки клеток эпидермиса. Заболевание протекает годами, сопровождается чередованием рецидивов и ремиссий. В настоящее время наиболее признанными теориями возникновения Чешуйчатого лишая является наследственная, иммунная, нейрогенная, эндокринная и теория обменных нарушений. Чешуйчатый лишай обычной (вульгарной) формы начинается у разных больных по-разному.

Учитывая патогенез развития псориаза, терапия должна быть направлена на коррекцию воспаления, гиперпролиферацию эпителиоцитов и нормализацию их дифференцировки. В настоящее время существует множество методов и различных препаратов для лечения псориаза.

Исходя из вышеизложенных, мы у 26 больных чешуйчатым лишаем обычной (вульгарной) формы период стационарного и регрессивного изучали эффективность действия вамелан. Вамелан - лекарственный препарат Pharmaceutical Company World Medicine -в составе имеется экстракт валерианы 125 мг, экстракт мяты перечной 25 мг, экстракт мяты лимонной 25 мг выпускается в капсулах. По возрасту больные от 28 до 55 лет. Из 26 больных мужчин было 15, женщин-11. Очаги поражения часто локализовались на нижних конечностях, туловище, на руках. Всем больным было назначено препараты кальция, витамины и антигистаминные препараты. Вместе с комплексным лечением больным был назначен вамелан по 1 капсуле 3 раза в сутки в течение 10 дней. Наружно применяли мази и кремовые смеси. После проведенного лечения у всех больных в очагах поражения краснота, инфильтрация уменьшились, бляшки рассосались, и

наступило клиническое выздоровление. Вамелан обладает дополнительным действием на нервную систему, устраняя чувство тревоги и страха, воздействию различных повреждающих факторов.

Таким образом, вамелан при лечении больных псориазом обычной (вульгарной) формы период стационарного и регрессивного оказался, эффективным препаратом и можно рекомендовать для лечения больных.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «УГРИНОЛ» ПРИ РОЗАЦЕА

Ёкубова М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Розацеа (розовые угри) – это хроническое заболевание кожи, характеризующееся появлением покраснения, красных узелков и бугорков, а также расширением сосудов кожи лица. Поражает розацеа в основном центральную часть лица, щеки, лоб, подбородок, область вокруг носа, иногда глаза. Большинство людей, страдающих этим заболеванием, имеют очень чувствительную кожу, которая краснеет и шелушится. Часто розацеа связана с воздействием клещей рода Демодекс. Розацеа болеют как женщины, так и мужчины. Заболевание может периодически обостряться. Вспышки длятся от нескольких недель до нескольких месяцев. Розацеа – коварное заболевание, и опасность заключается в том, что первые признаки его проявления можно спутать с аллергическими высыпаниями, солнечным ожогом, угрями и другими проблемами кожи. При переходе заболевания в хроническую стадию на лице появляются расширенные кровеносные сосуды, пятна ярко-красного цвета, которые со временем становятся синюшными, появляются зуд, отек лица, ощущение жжения и шелушение кожи. Если откладывать лечение, то начинают утолщаться отдельные участки кожи, за счет чего она выглядит бугристой, напоминая апельсиновую корку. Тонкая кожа на носу становится синюшной, покрывается гнойничками, со временем может измениться форма и размер носа, он приобретает грушевидную форму.

Под наблюдение находилось 18 больных. По возрасту больные от 18 до 55 лет. Из них мужчин было 11, женщин-7. Очаги поражения часто локализовались на кожи лица, шеи. Всем больным было назначено препараты кальция, витамины и антигистаминные препараты. Вместе с комплексным лечением больным был назначен «угринол».

Угринол-производитель: ООО «Макро Фарм Андижан», Республика Узбекистан, желтоватого раствор, со специфическим запахом. Состав: Экстракт листьев алоэ, экстракт лимона, Цветки ромашки, Салициловая кислота, Спирт, Вода очищенная. Всем больным было назначено препараты этиотропное, витамины и антигистаминные препараты. Вместе с комплексным лечением больным наружно был назначен угринол. После проведенного лечения у всех больных в очагах поражения краснота, инфильтрация уменьшились и наступило клиническое выздоровление. Угринол - нормализует процессы пролиферации, вследствие чего происходит быстрое регрессирование патологических элементов.

Таким образом, раствор «Угринол» при наружном лечении больных при розацеа как уход и лечение оказался эффективным.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ОЗОНОТЕРАПИИ

Ибрагимов О.Д.

**Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница
МЗ РУз**

Актуальность. Многих лет изучения псориаза (пс) как системного заболевания, многие авторы пришли к выводу, что это аутоим-мунное, генетически обусловленное заболевание кожи, не поддающееся тотальной иррадикации, клинически проявляющееся шелушащимися па-пулами и бляшками, наносящее порой чувствительный урон как социальному, так и

экономическому статусу больного. высокая частота заболеваемости с различной длительностью ремиссии позволила выработать передовые методы лечения, одним из которых стала озонотерапия – аутогемотерапия озоном, которая позволяет быстро и без больших затрат добиться клинического эффекта. однако в научной литературе недостаточно освещены клиничко-патоморфологические параллели регресса псориатических изменений под влиянием озонотерапии.

Цель исследования. Оценка воздействия озона на патоморфологические изменения и пролиферативную активность в коже больных псориазом.

Материал и методы исследования. Забор морфологического материала – эксцизия вы-сыпного элемента до и после озонотерапии – изучался на базе ЦНИЛ ТМА по отработанной методике (фиксация формалином, проводка и заливка): окрашивание гематоксилином и эозином с шик-реакцией на гликоген и нейтральные мукополисахариды. Гистологический препарат изучался с помощью современного оптического оборудования (производство Австрия). митотический индекс на каждые 1 000 клеток рассчитывали для каждого отдельного слоя эпидермиса. статистическая обработка полученного материала проводилась по Матцевичюте-Эрингене (1964 г.).

Результаты исследования. после первого курса озонотерапии структура кожных слоев, пораженных псориазом, при существенных признаках улучшения структурных изменений, именно в эпидермисе – уменьшение пролиферативной активности ($1,18 \pm 0,17$), более выраженное в шиповидном слое, и уменьшение воспалительных и дистрофических изменений в эпидермисе, полной нормализации тканевой картины не наблюдалось. в базальном слое обнаруживались деструктивно измененные клетки, а местами атрофия. В дерме и соединительнотканной строме также были получены гистологические признаки частичного эффекта.

Вывод. На основе анализа динамических изменений патоморфологической картины псориатически пораженных кожных участков после первого курса озонотерапии выявлено достоверное улучшение основных структурных показателей кожи: нарастание пролиферативной активности в эпидермисе и тенденция к восстановлению патоморфологических нарушений в дерме.

КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН

Исамухамедова С.С., Абидова З.М.

Клиника «Акфамедлайн», Ташкент, Узбекистан

Актуальность: Акне-мультифакториальное заболевание, наиболее часто встречающееся у лиц подросткового возраста распространенность среди которых составляет около 85%. (Бхате и Уильямс, 2013). Но может сохраняться и до взрослой жизни, с распространенностью 50,9% у женщин в возрасте от 20 до 29 лет по сравнению с 26,3% у женщин в возрасте от 40 до 49 лет (Коллиер и др., 2008). Женщины составляют две трети посещений дерматологов из-за акне, а одна треть всех посещений кабинетов дерматологов из-за акне приходится на женщин старше 25 лет (Йентзер и др., 2010).

Цель исследования: изучить наиболее часто встречающиеся клинические формы акне взрослых (акне adultorum) у женщин, обращающие к дерматологам.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находились 40 пациентов исключительно женского пола. Возрастная группа была разделена на : I-я группа от 20-29 лет, 2-я группа-30-39 лет, III-я группа-40-49 лет.

Результаты исследования: У всех было диагностировано акне, из них легкой – 10 (25%), средней- у 26 (65%) и тяжелой – у 4 (10%) тяжелой

степени тяжести. По клиническому течению высыпания проявлялись в виде воспалительных элементов на подбородке, линии челюсти и шее - в зоне U-образной линии, и единичными комедонами, что отличается от T-образной линии высыпаний у подростков. Диаметр пор кожи лица также были шире в отличие от здоровых женщин того же возраста. По клинической классификации G. Plewig и A. Kligman было выявлено: у 8 (20%) – комедональная, у 10 (67.5%) -папуло-пустулезная, у 5 (12.5%)- конглобатные формы акне взрослых.

Выводы: Таким образом наблюдения показали что, участились случаи обращения взрослых женщин с поздним началом акне, причём со среднетяжёлым течением и в виде папуло-пустулёзной формы, что требует дальнейшего исследования причин поздних форм акне и разработки тактики ведения и лечения этих пациентов.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОБКОВОЙ ТРИХОФИТИИ

Исмаилова Г.А., Койлыбаева Г.Б.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинические особенности лобковой зооантропонозной трихофитии.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 84 больных трихофитией в возрасте от 20 до 54 лет, находившихся в клинике Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера. Из них мужчин - 48 (57%), женщин -36 (43%). Из числа обследованных подавляющее большинство больных (89,4%) были в возрасте от 20 до 40 лет. Давность заболевания больных составила от 5 дней до 10 месяцев. Среди наблюдаемых нами больных у 15 (17,9%) – диагностирована поверхностно-пятнистая, у 18 (21,4 %) – инфильтративная и у 51 (60,7%) инфильтративно-нагноительная формы зооантропонозной трихофитии. Во всех случаях

диагноз трихофитии лобковой области подтверждался результатами микологических исследований. Материалом служили чешуйки кожи, волосы, взятые с очагов поражения.

Результаты. Анализ источников заражения показал, что основными путями передачи инфекции является половой контакт с мужем или женой, а также посторонними лицами, на что указали 68 (81%) пациентов, а остальные 16(19%) больные не смогли указать причину возникновения заболевания.

Выявлено, что первые очаги поражения у всех больных появились в лобковой области, и в дальнейшем у части больных происходило распространение трихофитийного процесса с лобковой области на гладкую кожу и другие участки. При анализе локализации патологического процесса установлено, что у 15 (17,9%) больных первые очаги появились в лобковой области, у 49 (58,3%) – в лобковой области и гладкой коже (бедр, живота), у 18 (21,4%) – в лобковой области, гладкой коже (бедр, живота) и на коже половых органов и у 2 (2,4%) больных лобковой области, гладкой коже (бедр, живота) и волосистой части головы. При микроскопическом исследовании 84 больных у всех были выявлены дерматомицеты *Trichophyton ectotrix*. Из них при культуральном исследовании в 38 (45,2%) случаев получен рост грибов. Из дерматомицетов, основным возбудителем был *Tr. faviforme*, который был выявлен из 38 в 33 случаях.

Выводы. В настоящее время продолжается наблюдаться учащение частоты встречаемости зооантропонозной трихофитии у взрослых с локализацией заболевания в лобковой области, основным путем передачи которой является половой (81%). Ведущую роль в этиологии лобковой трихофитии играет *Tr. verrucosum* (var. *faviforme*), который высевается в 86,8% случаев. Лобковая трихофития в 22,6% случаев ассоциируется с инфекциями, передающимися половым путём. В 60,7% случаях превалирует инфильтративно-нагноительная форма заболевания с развитием островоспалительных перифолликулярных инфильтратов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕРПЕСИНДУЦИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭРИТЕМЫ

Исмаилова Г.А., Тагаров А.Х.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Цель исследования. Оценить результаты комплексной терапии больных с герпесиндуцированной многоформной экссудативной эритемой (МЭЭ) с применением противовирусных препаратов, иммуномодулятора – индуктора интерферона (гозалидон) и гипосенсибилизирующей терапии.

Материалы и методы. Под наблюдением находился 61 больной с диагнозом герпесиндуцированной МЭЭ, в том числе - 27 (46,67%) мужчин и 34 (53,33%) женщины в возрасте от 18 до 68 лет. Давность заболевания колебалась от нескольких месяцев до 10 лет и более. Длительность рецидивов колебалась от 7 до 27 дней. Пациенты обращались на 2-7-й день очередного рецидива болезни. Все пациенты были обследованы на ВПГ (1-го и 2-го типа) методом ИФА. Жалобами больных являлись слабость, недомогание, повышение температуры тела, герпетические высыпания на коже и слизистых оболочках полости рта и гениталий. Из анамнеза: 41 пациент страдали простым герпесом лица, 20 - герпесом гениталий. За последние 1-4 года до появления симптомов МЭЭ, у пациентов участились рецидивы ВПГ в 3 и более раз. Клинические проявления типичные для МЭЭ возникали после продромальных явлений и появления герпетических высыпаний на коже через 2-7 дней.

Результаты исследований. С целью комплексного лечения применяли ацикловир, а также для формирования полноценной иммунной защиты-препарат гозалидон. Больные получали базисную терапию и были разделены на 3 группы в зависимости от схемы терапии: с применением ацикловира (21), монотерапия препаратом гозалидоном (18), сочетанное назначение этих

препаратов (22). Критериями эффективности служили показатели длительности и частоты рецидивов, длительности межрецидивного периода.

Заключение. В группе больных, получавших монотерапию ацикловиром длительность рецидива составила 2 - 3 дня, длительность межрецидивного периода увеличилась в 1,3 раза. В группе больных с монотерапией гозалидоном длительность рецидивов составила 4 - 6 дней, а длительность ремиссии увеличилась в среднем в 1,6 раза. После комплексного лечения частота рецидивов уменьшилась в среднем в 2 раза и составила 1—2 раза в год, тогда как до лечения составляла в среднем 3-4 раза в год. Длительность рецидивов составила в среднем 2-4 дня, а длительность ремиссии увеличилась в среднем в 1,8 – 2 раза.

Таким образом, применение отечественного индуктора интерферона гозалидона в комплексной терапии герпесиндуцированной МЭЭ позволило увеличить продолжительность клинической ремиссии и уменьшить длительность рецидивов. Наши наблюдения свидетельствуют о перспективности применения гозалидона в терапии и профилактике рецидивов у больных с герпесиндуцированной МЭЭ.

ПОДХОД ТЕРАПИИ САРКОМЫ КАПОШИ С ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ТИПОМ

Каримбердиев Ж.Р., Ганиева Ш.Т.

Кафедра Дерматовенерологии и косметологии ЦПРМР

Цель исследования: Изучить эффективность терапии ВИЧ ассоциированной форма Саркомы Капоши.

Материал и методы: Под наблюдаем находится пациент с ВИЧ ассоциированной формой Саркомы Капоши. Больному 26 лет.

В качестве терапии совместно с АРВТ терапии рекомендовано: Первый курс - циклоферон по схеме 100 мг в/м (3000 мг), после 1 месячного

перерыва – получил второй курс проспидин по 100 мг в/м (на курс -3000 мг) + винбластин 100 мг в/в один раз в семь дней №5, наружно преднизолоновая мазь. 3 -курс терапии – проспидин по 100мг , в/м., + винкрестин 2 мг.в/венно., 1раз в семь дней, всего №4.

Результаты: Через 3 месяца кожный процесс стал разрешаться, через 4 месяца в области ушных раковин и левой нижней веки опухолевидные образования полностью разрешились и оставляя вторичные пятна, объем носа в три раза уменьшилась в размере, через 9 месяцев кожный процесс полностью разрешился.

Выводы: Таким образом, ВИЧ ассоциированная форма Саркомы Капоши протекает стремительно, с выраженными клиническими симптомами, как со стороны кожи, так и со стороны внутренних органов. Для диагностики и своевременной терапии больного необходимо ранняя диагностика и совместное лечение у специалистов.

ВЛИЯНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ ВОЛОС БОЛЬНЫХ ПЕРЕНЕСШИХ КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

Клеблеева Г.Д., Халиков Ч.А.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

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

Материалы и методы. Для изучения особенностей течения дерматологических проявлений у больных, нами были изучены 108 больных после перенесенной коронавирусной инфекции, 61 из которых были с дерматологическими проявлениями, которые обратились в Самаркандский

областной кожно-венерологический диспансер с июня 2020 по июль 2021 года.

С целью определения изменений микроэлементного статуса организма были проведены спектрометрические исследования волос больных, перенесших коронавирусную инфекцию на ядерном реакторе ВВР-СМ в ИЯФ АН РУз в лаборатории экологии и биотехнологии (под руководством д.т.н. Курбанова Б.И.).

Результаты.

Всем больным было проведено определение МЭ до и через 2 недели после клинического выздоровления. Было отмечено уменьшение количества таких иммуномодулирующих эссенциальных МЭ, как цинк, селен, железо и повышение таких токсичных для иммунитета элементы как хлор, бром, в организме больных после перенесенного SARS-CoV-2.

Содержание микро- и макроэлементов в организме мужчин в среднем превышал содержание данных элементов, чем у женщин. Высокое содержание кальция, хлора, низкие показатели цинка и селена, ассоциировался с относительно тяжелое течение коронавирусной инфекции у мужчин. Высокое содержание кальция, железа, меди и хрома, имела достоверную взаимосвязь, с выраженным риском гиперкоагуляции.

Проведенное исследование для выявления возможной связи дерматологических проявлений после перенесенной коронавирусной инфекции с дисбалансом в организме микроэлементов, выявила связь между двумя показателями.

Выводы. В организме у всех больных в постковидном периоде наблюдается уменьшение количества таких иммуномодулирующих эссенциальных МЭ, как цинк в 1,08 раз, селен в 2,14 раза и повышение таких токсичных для иммунитета элементов как хлор в 1,36 раза, бром в 1,34 раз, по сравнению с контрольными значениями.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Клеблеева Г.Д.

Самаркандский Государственный Медицинский Университет

Цель исследования: оценить особенности течения дерматологических проявлений у больных, перенесших коронавирусную инфекцию.

Материалы и методы. Для изучения особенностей течения дерматологических проявлений у больных, нами были выявлены и изучены дерматологические проявления после перенесенной коронавирусной инфекции у 108 больных, которые проходили диагностику и лечение в условиях Самаркандского областного кожно-венерологического диспансера с июня 2020 по июль 2021 года.

При выполнении работы мы пользовались классификацией по ВОЗу.

Обследование начиналось со сбора подробного и углубленного анамнеза заболевания и жизни больного, для того чтобы выявить возможные этиологические факторы, которые привели к возникновению дерматологических проявлений.

Одним из главных критериев диагностики и дифференциальной диагностики дерматологических заболеваний являлся клинический анализ морфологических элементов высыпаний.

Результаты. Нами были обнаружены следующие дерматологические проявления после перенесенной коронавирусной инфекции:

- выпадение волос у - 30 (49,2%) больных: из них гнездная алопеция - 15 (50,0%); а диффузная алопеция – 15 (50,0%);
- высыпания по типу акродерматит у 2 (3,3%) - акродерматит;
- папуло-сквамозные высыпания у 10 (16,4%) пациентов, из них псориаз – у 5 (50,0%), красный плоский лишай (КПЛ) – у 2 (20,0%), розовый лишай Жибера – у 3 (30,0%);
- уртикарные высыпания у 5 (11,5%) - крапивница;

- папуло-везикулезные высыпания у 9 (14,8%): аллергодерматиты у 5 (55,5%) и экзема 4 (44,5%);

- пузырьковые высыпания по типу герпеса у 5 (8,2%); простой герпес у 3 (60,0%), опоясывающий лишай у 2 (40,0%) больных.

Выводы. Особенности клинического течения дерматологических проявлений у больных были выявлены по типу таких заболеваний как, очаговая алопеция (49,2%), ангииты (27,8%), акродерматит (3,3%), крапивница (11,5%) и простой пузырьковый лишай (8,2%) случаев.

РОЛЬ И ВОЗМОЖНОСТИ ДЕРМАТОСКОПИИ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

¹Колдарова Э.В., ²Мухамедов Б.И., ¹Пулатов М.А., ¹Хамракулов С.С.

¹ «Asmo clinic»

²Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель исследования. Оптимизация практического применения метода дерматоскопии в рутинной дерматологической практике скрининговых исследований.

Материал и методы исследования. Группа из 62 лиц, прошедших дерматоскопическое обследование, в ответ на анонс, посвященный «дню диагностики меланомы» и «ранней диагностике новообразований кожи среди лиц старше 50 лет» на базе «Asmo clinic» в 2022 году. По возрасту отмечалось следующее разделение - 4 (6,4%)- до 20 лет; 15 (24,1%) - 20-40 лет; 34 (54,8%) - 40-60 лет; 9 (14,5%) -> 60 лет. Дерматоскопия проводилась с использованием дерматоскопа Fotofinder handyscope и диагностического 7-балльного алгоритма Argenziano G. et al. (1998).

Результаты исследования. У 38 лиц (61,2%) – были обнаружены себорейные кератомы; у 5 (8%) – базальноклеточный рак кожи[1]; 2 (3,2%) –

плоскоклеточный рак кожи; 18 (29%) – гемангиомы; 17 (27,4%) – доброкачественные внутридермальные и простые меланоцитарные и диспластические невусы. У 88,7% пациентов была установлена доброкачественная патология меланоцитарного и немеланоцитарного генеза, в 11,2% случаев новообразований злокачественного характера, в 29% – сосудистые новообразование кожи (гемангиомы). Среди пациентов - у 1 пациентки в анамнезе было удаление меланомы (2019г.), у 1 из 2 пациентов в анамнезе удаление базальноклеточной карциномы, у данного пациента отмечалось повторное появление очага с ветвящимися сосудами, на месте предыдущего удаления. 2 пациентам было рекомендовано проведение картирования в связи с наличием большего количества диспластических невусов. При дальнейшем сопоставлении дерматоскопического и гистологического заключения исследований злокачественных образований, было отмечено соответствие заключительного диагноза в 85,8% случаев. В одном случае не удалось получить ответ гистологического исследования, так как пациент выпал из поля зрения после данной ему рекомендации провести эксцизионную биопсию у онколога.

Выводы. Все пациенты, прошедшие бесплатный скриннинг, были проинформированы о вредном воздействии ультрафиолетовых лучей, получили пробники эффективных и соответствующих качеству spf кремов, им были даны рекомендации по дальнейшему динамическому наблюдению, методах удаления тех или иных новообразований. Организация целевого скриннинга с грамотным формированием целевой группы пациентов, технически обеспеченного современным цифровым оборудованием – успешный путь к максимально эффективному раннему выявлению злокачественных новообразований кожи.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Колдарова, Э. В., Пулатов, М. А., & Мухамедов, Б. И. (2023). Clinical Case Early Diagnosis Basal Cell Carcinoma of the Skin by Dermatoscopy.

**РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОЙ
КАРЦИНОМЫ КОЖИ МЕТОДОМ ДЕРМАТОСКОПИИ
(КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)**

¹Колдарова Э.В., ¹Пулатов М.А. ²Мухамедов Б.И.

¹«ASMO clinic»

²Ташкентский государственный стоматологический институт

Базальноклеточная карцинома син. базалиома (БКК) — это одна из наиболее часто встречаемых злокачественных опухолей кожи, составляющая 45-90 % в структуре всех эпителиальных опухолей кожи. В последние годы во всем мире отмечается неуклонный рост заболеваемости БКК, ежегодный прирост составляет 3–10%. Это злокачественное новообразование кожи отличается медленным ростом и низкой склонностью к метастазированию, но при агрессивном течении опухоли возможен и смертельный исход.

Локализуется БКК преимущественно на открытых участках кожных покровов, подвергающихся частым воздействиям солнечной инсоляции. Согласно наблюдениям большинства исследователей, «излюбленной» локализацией БКК является кожа лица.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная Т., 65 лет, в июне 2022 г. обратилась в дерматологическую клинику «ASMO clinic» с жалобами на образование над верхней губой слева. Со слов, отметила появления образования в конце 2021 года, решив, что это угорек, самостоятельно в домашних условиях неоднократно пыталась его вскрывать, но никаких выделений не отмечала. После заживления ранки, спустя пару недель пробовала повторно вскрывать, также безрезультатно. Ввиду отсутствия субъективных жалоб, больная решила, что «болячка»

самопроизвольно разрешится, и за медицинской помощью не обращалась. В течение последнего месяца отметила появление легкой пигментации коричневого цвета, в связи с чем обратилась к дерматологу.

Status localis: Кожно- патологический процесс носит хронический, не воспалительный, ограниченный, асимметричный характер. Локализуется над кожей верхней губы слева, размером 0,2 x 0,4 см в диаметре. Представлен папулой плотно – эластичной консистенции, светло – коричневого цвета. Субъективно – не беспокоит

Пациентке был проведен осмотр дерматоскопом Fotofinder handyscope. Результаты дерматоскопического исследования показали отсутствие структур, свидетельствующих о наличии пигмента, что свидетельствовало в пользу опухолевого процесса немеланоцитарного поражения кожи. Наблюдались следующие дерматоскопические признаки, отражающие проявления БКК - серо-голубые глобулы – хорошо отграниченные округлые точки, расположенные в верхней левой части образования; короткие тонкие телеангиоэктазии – поверхностные сосуды небольшого калибра длиной менее 1 мм, склонные к разветвлению. На основании данных клинического осмотра, дерматоскопической картины был установлен диагноз — БКК над верхней губой слева. Больная была направлена к онкологу в Республиканский специализированный научно – практический медицинский центр онкологии и радиологии, где была проведена эксцизионная биопсия с отступом 4 мм, согласно рекомендациям NCCN (the National Comprehensive Cancer Network Clinical Practice Guidelines in Oncology). По результатам гистологического исследования биоптата опухоли диагноз подтвердился — базальноклеточный рак. Гистологическая классификация опухоли по ВОЗ, 2018: 8090/3. У пациентки отмечена положительная динамика - очаг поражения заэпителизировался, и в настоящее время больная Т. находится на диспансерном учете у онколога.

Учитывая, что БКК преимущественно локализуется в косметически значимых зонах, где не всегда возможно проведение инвазивных

диагностических исследований, дерматоскопия как высокоинформативный, неинвазивный аппаратный метод выявления меланоцитарных и немеланоцитарных образований кожи на ранних стадиях злокачественного опухолевого процесса является методом выбора в работе дерматолога. Отмечена необходимость проявления онкологической настороженности при малейшем подозрении на возможность наличия БКК, что поможет своевременно заподозрить злокачественный характер процесса на коже и повысить положительный прогноз для больного.

ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ: НЫНЕШНЕЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Кутлубаева Д.И, Шакирова М.Д., Шергазиева. К.Д.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Аннотация. Плоскоклеточный рак кожи (синонимы: спиноцеллюлярный рак, сквамозная-клеточная карцинома, плоскоклеточная эпителиям) - злокачественное немеланотическое новообразование эпидермальных кератиноцитов кожи и слизистых оболочек. По МКБ-10 подразделяется на "Другие злокачественные заболевания" (C44) и "Рак кожи in situ" (D04). Морфологический подтип плоскоклеточного рака кожи определяется классификацией опухолей кожи ВОЗ в 2018 году. На сегодняшний день заболевание распространено во многих странах, в особенности, у представителей европеоидной расы, в возрасте от 40 лет и старше. Плоскоклеточный рак кожи более агрессивен, чем базальноклеточная карцинома. Обычно 20% всех смертей от рака кожи приходится на него. По статистике в Ферганской области C44 встречается у мужчин – 57 чел., женщин – 43 чел., в старческом возрасте. Из них на учете стоят 1377 чел., погибли 33 чел. (2022 г.)

Ключевые слова: рак кожи, плоскоклеточный рак кожи, кератиноциты, PD-1 терапия, TP53, рак in situ, панч биопсия

Squamous cell cancer of the skin: the current state of the problem

Kutlubaeva D.I., Shakirova M.D., Shergazieva. C.D.

Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

Annotation. Squamous cell skin cancer (synonyms: spinocellular cancer, squamous cell carcinoma, squamous cell epithelium) is a malignant non-melanotic neoplasm of epidermal keratinocytes of skin and mucous membranes. It is subdivided by ICD-10 into "Other malignant diseases" (C44) and "Skin cancer in situ" (D04). The morphologic subtype of squamous cell skin cancer is defined by the 2018 WHO skin tumor classification. Today, the disease is common in many countries, particularly in members of the Caucasoid race, aged 40 years and older. Squamous cell skin cancer is more aggressive than basal cell carcinoma. It usually accounts for 20% of all skin cancer deaths. According to the statistics, in Fergana region C44 occurs in 57 men and 43 women in old age. Of them 1377 people are registered and 33 people died (2022).

Keywords: skin cancer, squamous cell skin cancer, keratinocytes, PD-1 therapy, TP53, cancer in situ, panch biopsy

Цель исследования. Изучить научные труды известных авторов, найти сходства и различия в описании и методах лечения плоскоклеточного рака кожи.

Результаты. По результатам исследования удалось установить, что в научных работах Anke S.Lonsdorf & Eva N.Hadaschik, Holland–Frei Cancer Medicine, Ш.Х. Ганцев, А.С. Юсупов имеется сходство в этиологии развития заболевания. Фактором риска можно считать долгое и частое воздействие ультрафиолетового излучения на кожу. Также, в факторе риска такие как: прием иммунодепрессантов в период пересадки органов, частые ожоги и травмы в юном возрасте. Были выявлены возможности развития плоскоклеточного рака при наследственных генетических нарушениях

репарации ДНК и стабильности генома, хорошо известных эксцизионных репарациях нуклеотидов XPA-G и XPV (пигментная ксеродерма), PTEN (Cowden syndrome - Коуден синдром), FANCA-N, TP53 (Ли-Фраумени синдром), RECQL4 (Ротмунд-Томсон синдром), WRN.

По классификации профессора, доктора медицинских наук Г.А. Галил-Оглы выделяют: плоскоклеточный рак in situ (болезнь Боуэна, эритроплазия Кейра), инфильтрирующий плоскоклеточный рак. До этимологического подтверждения диагноза лабораторная диагностика не рекомендуется, только при наличии осложнений и присоединений других заболеваний. Необходимо при наличии соответствующих показаний (например, симптомов распространения метастаз, увеличении размера самого новообразования) проводить инструментальные диагностические мероприятия (включая лучевую диагностику). Всем пациентам с клиническим подозрением на плоскоклеточный рак кожи, для точной диагностики и составлении дальнейшего плана обследований и лечения, на первом этапе выполнять инцизионную (панч) биопсию на всю толщину кожи. После того, как врач диагностировал рак кожи, существуют различные варианты лечения, делящиеся на две группы: Хирургические - Хирургическая эксцизия, Операция по Мохсу, Электрокоагуляция/кюретаж, Криодеструкция, Лазеротерапия; Нехирургические - Лучевая терапия, Химиотерапия, Интерферонотерапия, Лазероиндуцированная свето-кислородная терапия (ЛИСКТ), Фотодинамическая терапия (ФДТ)

Разработка новых методов лечения. Исследователи из Университета Юлиуса-Максимилиана (JMU) Вюрцбурга, Университетской клиники Вюрцбурга (UKW) и Университета Гёте во Франкфурте-на-Майне смогли использовать новый подход к борьбе с раком в лаборатории. Исследовательская группа JMU из AG Diefenbacher смогла определить слабое место плоскоклеточной карциномы еще в 2020 году: протеин деубиквитилаза USP28. Белок ΔNp63, который особенно важен и часто встречается при этом типе рака, еще не может быть атакован напрямую, но

зависит от USP28, особенно для восстановления после химиотерапии. Атакуя USP28, можно использовать для борьбы с раком и преодоления его химиорезистентности.

Таким образом, ингибирование USP28 хорошо переносилось в испытуемых животных и не вызывало побочных эффектов. Также начальные исследования на мышах УФ-индуцированных опухолей показали иммунодепрессивные свойства микролокализации опухоли, которое характеризуется появлением Т-клеток-супрессоров. Высокая мутационность может быть как следствие воздействия УФ-излучения, вызывает иммунный ответ, индуцируя экспрессию иммуногенных опухолевых неоантигенов. Этот ответ можно дополнительно усилить, блокируя молекулы иммуносупрессивных контрольных точек. Высокая нагрузка мутаций была показана как хороший предиктор ответа на анти-PD-1 терапию в группе из 12 различных опухолей человека, где было замечено быстрое распространение неоантиген-специфических Т-клеточных клонов, реагирующих на опухолевые неоантигены.

Выводы или заключения. Изучение научных работ ученых удалось установить, что исследования плоскоклеточного рака кожи продолжаются, разрабатываются все новые методы по методике диагностики и лечения этого заболевания.

Хотим выразить благодарность нашим преподавателям:

Суярову Ш.М. и Абдувалиеву А.Р., а также Шакировой Г.Д.

Литература:

1. Клинические рекомендации: Плоскоклеточный рак кожи, Общероссийский национальный союз "Ассоциация онкологов России", 2020 г.
2. Дерматоонкология / Под ред. Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочкова, Ю.В. Сергеева. — М.: Медицина для всех, 2005.

3. Monoclonal Antibodies in Dermatooncology—State of the Art and Future Perspectives: Malgorzata Bobrowicz, Radoslaw Zagozdzon, Joanna Domagala, Roberta Vasconcelos-Berg, Emmanuella Guenova, and Magdalena Winiarska, 2019 г.
4. Онкодерматология, Ламоткин И.А, 2012 г.
5. Современная стратегия диагностики и лечения плоскоклеточного рака кожи, А.П. Поляков, А.Р. Геворков, А.А. Степанова, 2021 г.
6. © 2020 AMBOSS

ДИАГНОСТИКА БАЗАЛЬНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ НА ОСНОВАНИИ ГИСТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

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

ключевые слова: базальноклеточный рак кожи, онкогенез, гистохимическое исследование

Цель исследования: предложить алгоритм событий онкогенеза БКК и обосновать посредством клинико-морфологической корреляции и гистохимического исследования.

Материалы и методы: в исследование включили 31 пациента, давших информированное согласие на проведение обследования и лечения в рамках протокола на основании наличия эритематозного пятна на коже, сопровождающегося шелушением и не сопровождающегося субъективными ощущениями. Всем пациентам был проведен сбор анамнеза, объективный осмотр, дерматоскопия, эксцизионная биопсия с последующим гистологическим исследованием. Биологический материал, полученный при биопсии был использован для проведения гистохимического исследования с применением маркеров Hif-1 и podoplanin.

Результаты исследования: в исследовании принимали участие 18 мужчин и 13 женщин, средний возраст $64 \pm 7,5$ лет. На основании данных анамнеза, объективного осмотра, дерматоскопии и гистологического исследования диагноз БКРК был поставлен 18, у 9 пациентов — плоско-клеточный рак кожи (ПКРК) и у 6 — актинический кератоз (АК). Выраженная экспрессия маркера Hif была выявлена в эпидермисе у 18/18(100%) пациентов с БКРК, podoplanin экспрессировался у всех пациентов в дерме слабоположительно. У 1 пациента с ПКРК была выявлена экспрессия Hif в эпидермисе, в то время как у всех пациентов с АК она была отрицательной. Экспрессия podoplanin была слабоположительной в дерме у всех участников исследования.

Выводы: маркер Hif-1 принимает участие в онкогенезе БКРК. Зарегистрированы заметные различия в экспрессии маркера в эпидермисе у пациентов с БКРК, ПКРК и АК, однако малое количество пациентов в выборке является ограничением данного исследования, потому планируется продолжение увеличения выборки. Экспрессия маркера podoplanin не имела явных различий в исследовательских группах. Гипоксия может выступать в качестве одного из индукторов формирования БКРК. Активное деление клеток эпителия сопряжено с возникшими мутациями и нарушениями межклеточной сигнализации, однако результаты исследования подтвердили и высокий уровень гипоксии в опухоли, потому выявление первичного патологического процесса из представленных внесет существенный вклад в дальнейшее понимание онкогенеза БКРК.

Литература

1. Чупров И.Н., Сыдинов А.А., Заславский Д.В., Насыров Р.А./ Дерматоонкопатология. Иллюстрированное руководство для врачей// 2021 — ГЭотАР-медиа (москва), с-528.
2. Чупров И.Н. / Иммуноморфологические черты базальноклеточного рака кожи// вопросы онкологии — 2008; с.715–719.

3. Сыдиқов А.А., Насыров Р.А., Заславский Д.В., Чупров И.Н., Коваль Ю.Г., оловянишников И.о., Садыков А.И., Скрек С.В., Сибгатуллин Р.Р., металлиди м.В./ Способ диагностики базально-клеточного рака кожи в начальной стадии // Патент на изобретение Ru 2725050 C1 (2020)

**ВИТИЛИГО БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА
УЛТРАБИНАФША ЭКСИМЕР ЛАЗЕР ФОТОТЕРАПИЯСИНИНГ
КЛИНИК ВА ИММУНОЛОГИК АСОСЛАНИШИ**

Латипов И.И.

Бухоро давлат тиббиёт институти

Тадқиқот мақсади. Витилигонинг турли хил шакллари билан касалланган беморларда иммунологик ва ҳаёт сифати кўрсаткичларини ҳисобга олган ҳолда модификацияланган иммунокорректор комплекс даво ишлаб чиқиш ва уни амалиётга тадбиқ қилиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотда турли хил шаклидаги витилиго билан касалланган 118 беморда (66 - аёллар, 52 - эркеклар) олиб борилди. Қон умумий ва иммунологик (ИЛ-2, ИЛ-8, ИЛ-10, ФНО-альфа) таҳлиллари амалга оширилди. Барча беморлар икки гуруҳга бўлинди. 1-гуруҳдаги (асосий гуруҳ) (n=60) беморларга комбинацияланган фототерапия - 311 нм тор диапазонли УВБ терапияси ва тўлқин узунлиги 308 нм бўлган эксимер лазер ва бунга қўшимча равишда пентаксофилиннинг суткалик 1200 мг дозаси билан минипулс кортикостероид терапияси (дексаметазон оғиз орқали 5 мг - ҳафтада 2 кун 3 ойдан 6 ойгача) малҳам такролимус 0,1% билан маҳаллий даво ўтказилди.

2-гуруҳда (таққослаш гуруҳи) (n=58) беморларга комбинацияланган фототерапия - тор диапазонли УВБ терапияси 311 нм ва тўлқин узунлиги 308 нм бўлган эксимер лазер ва 0,1% такролимус малҳами билан маҳаллий даво ўтказилди. Иккала гуруҳдаги беморлар қабул қилган фототерапия курси 20

хафтадан ортиқ давом этмади.

Натижалар.

| | I гуруҳ (n=22) | | II гуруҳ (n=21) | | Назорат гуруҳи (n=20) |
|-------|----------------|---------------|-----------------|---------------|-----------------------|
| | Даводан олдин | Даводан кейин | Даводан олдин | Даводан кейин | |
| IL 2 | 37,2±2,1 | 20,4±1,9 | 39,1□1,9□ | 26,1±1,7 | 14,9±2,53 |
| IL 6 | 25,1±0,7 | 12,7 ±0,7 | 22,9□1,3 | 19,5±1,3 | 10,9±2,1 |
| IL 8 | 54,2±9,2 | 29,2±6,3 | 52,3□18,1 | 38,1±6,1 | 27,8±12,4 |
| IL 10 | 3,6□1,6□ | 10,2±0,5□ | 3,8□1,3□ | 8,9±0,4□ | 11,03□2,9 |
| TNF-α | 34,2±3,7□ | 11,3±1,7* | 33,1□1,1□ | 17,7±1,3□ | 8,92±2,3 |

Комбинацион даво натижалари (самарадорлиги).

| Кўрсаткич | Клиник соғайиш | Сезиларли яхшиланиш | Яхшиланиш |
|-----------------|----------------|---------------------|------------|
| I гуруҳ (n=22) | 21 (70%) | 5 (16,7%) | 4 (13,3%) |
| II гуруҳ (n=21) | 9 (30%) | 10 (33,3%) | 11 (36,7%) |

Хулоса. Витилиго билан касалланган беморлар комбинацияланган даво батижасида беморларнинг 86,7% ҳолларида клиник соғайиш, сезиларли яхшиланиш кузатилган бўлса, бу кўрсаткич стандар даво олган беморларда 63,3% ни ташкил этган.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ВРОЖДЕННОГО ИХТИОЗА В РЕГИОНАХ УЗБЕКИСТАНА

Маннанов А.М., Тураева Ф.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность проблемы. Ихтиоз наследственное заболевание, характеризующееся диффузным нарушением ороговения по типу

гиперкератоза и проявляющееся образованием на коже чешуек, напоминающих чешую рыбы. Учитывая частую встречаемость ихтиоза в Узбекистане исследование частоты поможет снижению рождаемости больных детей с ихтиозом и контроля уже имеющих пациентов в определенных регионах.

Цель исследования. Выявить регионы с наибольшей частотой встречаемости врожденного ихтиоза.

Материалы и методы. Нами были исследованы 30 больных детей с ихтиозом в возрасте от 3 месяцев до 16 лет, из них 19 мальчиков и 11 девочек. Наиболее распространенной оказалось вульгарная форма ихтиоза.

Результаты. Среди исследованных пациентов распространение врожденного ихтиоза по регионам расположилось следующим образом: Кашкадарьё – 6, Фергана – 5, город Ташкент – 4, Ташкентская область – 3, Самарканд – 3, Сурхандарьё – 2, Андижон -2, Наманган – 2, Сырдарьё – 1, Джиззах – 1, Бухоро -1. Исходя из этого наиболее распространенным ихтиоз оказался в Кашкадаринской области и Ферганской долине. Также было обнаружено встречаемость данного заболевания в нашей стране в большей степени у мальчиков. Среди исследованных мальчиков обнаружилось вдвое больше чем девочек. Из 30 больных 22 (73%) пациентов были рождены в близкородственном браке. Остальные 27% не являются родственниками. У всех пациентов наблюдалось шелушение кожи, у 8 пациентов эктропион, у 6 эклабиум, у 16 пациентов гиперлинеарность ладоней, у 15 фолликулярный гиперкератоз, у 8 пациентов дистрофия ногтевых пластинок. Также у 8 пациентов заболевание сопровождается неврологическими нарушениями. Все пациенты получают амбулаторное лечение по месту жительства

Выводы. Таким образом, результаты анализа распространенности ихтиоза среди регионов Узбекистана позволяет сделать следующее заключение. Как показала наша статистика, из-за большего распространения кровнородственных браков в Кашкадарьё и Фергане, дети с генетическими заболеваниями, в частности с ихтиозом в данных регионах рождаются чаще

чем в других. Вероятность случаев рождения ихтиоза среди мальчиков почти вдвое больше, чем у девочек.

ДЕРМАТОФИТ ЗАМБУРУҒЛАРНИНГ КУЛЬТУРАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Махмудов Ш.Х., Джумаев Н.Д., Абдувохитова И.Н.,

Айтуғдиев Я.Ж. Тохтаев Ғ.Ш.

Тошкент вилояти тери таносил касалликлари диспансери

Тошкент тиббиёт академияси

ЖССТ маълумотларига кўра (2021 й.), сайёрамизнинг ҳар бешинчи аҳолиси тери ва унинг ҳосилаларининг замбуруғли касалликларининг у ёки бу туридан азият чекади. Дерматомикоз (дерматофитоз) - микроскопик замбуруғлар - дерматомицетлар (дерматофитлар) келтириб чиқарадиган тери ва унинг ҳосилаларининг касалликлари бугунги кунда дерматомикология ва умуман тиббиётнинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда.

Замбуруғлар тузилиши жиҳатдан тубан ўсимликлар туркумига мансуб бўлиб, ўсимликлардан таркибида хлорофилл моддасининг йўқлиги билан фарқланади. Замбуруғлар табиатда кенг тарқалган бўлиб, асосан ҳавода, тупроқда, сув ҳавзаларида, ўсимликлар, ҳайвонлар ва ниҳоят инсонлар орасида учрайди. Ҳозирга вақтга келиб замбуруғларнинг 150000 дан ортиқ тури маълум бўлиб, уларнинг асосий қисми табиатда сапрофит ҳолатда учрайди. Замбуруғли касалликлар вужудга келишида ташқи ва ички муҳит шароитлари муҳим ўрин тутади. Замбуруғларнинг яшаши, кўпайиши ва фаолият кўрсатиши учун уларга қулай бўлган шароитлар паст ҳарорат, қоронғулик, намлик ва кислородсиз муҳит бўлса, ноқулай бўлган шароитларга эса қуруқ сатх, қуёш нури, кислородли муҳит ва юқори ҳарорат киради. Озиқ муҳитига эрма қилингандан кейин бактериялар 2-3 кунда, ачитқи ва моғор замбуруғларининг ўсишини эса 4-5 кундан бошланади, патоген замбуруғ қўзғатувчиларининг ўсиши 6-7 кунлари рўй беради.

Иккинчидан, дерматомикоз (трихофития, микроспория, эпидермофития) кўзгатувчилари юқори озикланиш эҳтиёжларига эга.

Дерматофитларинг аксарият турларини озик мухитида ўсиши учун дастлаб ҳайвонлардан олинган витаминлар ва оксилларнинг тўлиқ тўплами керак бўлади. Шунинг билан бирга амалдаги Сабуро озик мухитига экилган дерматофит кўзгатувчиларининг идентификация кунларининг узоқлиги бу борадаги илмий ва амалий тадқиқотлар ўтказишни яна бир бор талаб этади.

Модел тадқиқот ишларимизда дерматофитлар орасида энг кўп учрайдиган учта тур замбуруғлар (*Trichophyton rubrum*, *Microsporum canis*, *Epidermophyton floccosum*) културалари ўрганилди. Дарҳақиқат, замбуруғ дерматофит колонияларнинг ўсиш динамикаси қуйидагича кечди. Кузатувнинг биринчи кунида ҳар иккала мухитда ўсиш рўй бермади, иккинчи куни янги мухитда *Trichophyton rubrum* нинг дастлабки 0,1-0,3 см ўсиши кузатила бошланди. 4-5-6 кунлари Сабуро ва таклиф қилинган мухитларда замбуруғ колониялари 0,2 смдан 3,0-3,8 смга етди. Лекин айтиш жоизки, кузатувнинг 6-7 кунларига бориб, янги мухитдаги колониялар ҳажми (6,1-6,5см) Сабуро мухитидагига нисбатан (3,5-3,8 см) деярли икки баравар катта бўлди.

ПРОЯВЛЕНИЯ НА КОЖНЫХ ПОКРОВАХ ПРИ ПАТОЛОГИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В., Мухамедов Б.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Многочисленными исследованиями ученых доказано, что кожа человека находится в тесной связи с висцеральными органами, отражая как в зеркале на своей поверхности патологии желудочно-кишечного тракта, такие как гастрит, колит, язвенная болезнь, дисбактериоз, нарушения функции печени и поджелудочной железы, злокачественные новообразования и др. Такая

зависимость провоцирует возникновение на слизистой и коже высыпаний, характерных для ряда дерматозов, таких как крапивница, почесуха, акне, дерматиты и др.

Так, согласно ретроспективного анализа многочисленных историй болезни известно, что у больных раком пищевода наблюдается изменение окраски кожи кистей и стоп красно-фиолетового цвета (Решетникова Т.Н., 2019). В то же время у больных с диагнозом «хронический энтерит» кожные проявления характеризуются образованием везикуло-буллезных высыпаний вокруг естественных отверстий и на коже дистальных отделов конечностей.

У больных язвенным колитом с тотальным поражением толстой кишки сопровождается образованием на голени язв с неровными краями, множественными грануляциями и гнойно-сукровичным отделяемым.

Таким образом, кожные проявления могут быть лишь верхушкой айсберга, а их истинные причины скрываются в патологии органов желудочно-кишечного тракта.

ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН

Нуралиев Ф.Н.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Урогенитальный кандидоз – широко распространенное заболевание, которое может возникать у лиц обоего пола, но наиболее часто поражает женщин репродуктивного возраста. *Candida albicans* является как комменсальным, так и оппортунистическим грибковым патогеном человека, тонкий баланс которого поддерживается действиями врожденной иммунной системы и резидентной микробиоты.

Целью исследования явилось изучение иммунологических аспектов урогенитального кандидоза, у женщин фертильного возраста.

Материали и методы. Всего в исследовании приняли участие 135 женщин в возрасте 19-59 лет с урогенитальным кандидозом, 73 из которых были постоянными жителями Хорезмского и 62 из Бухарского областей.

Результаты и их обсуждение.

Для облегчения сравнительного анализа полученных результатов были приведены общие показатели урогенитальных кандидозов в сравнении с контрольной группой. Полученные результаты показали, что концентрация изученных иммуноглобулинов в сыворотке крови были достоверно больше в основной группе по сравнению с контрольной (табл. 1).

Таблица 1

Показатели концентрации иммуноглобулинов в сыворотке крови женщин с диагнозом урогенитальные кандидозы

| Группы | IgA, г/л | IgM, г/л | IgG, г/л | IgE, г/л |
|-------------------------------|--------------|--------------|---------------|----------------|
| Контрольная группа, n=20 | 1,22±0,07 | 1,02±0,07 | 8,01±0,21 | 24,46±1,05 |
| Урогенитальный кандидоз, n=60 | 1,58±0,09* ↑ | 1,17±0,08* ↑ | 15,65±0,23* ↑ | 161,19±7,41* ↑ |

В частности, установлено, что уровень IgA в 1,30 раза достоверно выше в группе пациентов по сравнению с контрольными показателями – соответственно 1,22±0,07 г/л против 1,58±0,09 г/л (P<0,05). Если учесть, что IgA составляет 15% всех иммуноглобулинов, когда патоген (инфекционный агент) попадает в организм, он участвует в первичном и вторичном иммунном ответе против него, учитывая основное место в обеспечении местного иммунитета, что можно обосновать количественное увеличение.

Концентрация IgM в сыворотке крови пациенток также увеличилась в основной группе – соответственно 1,02±0,07 г/л (до 1,15 раза) против 1,17±0,08 г/л (P<0,05). Учитывая, что IgM вырабатывается первым среди иммуноглобулинов против чужеродных агентов, попадающих в кровь, это

можно рассматривать как иммунологический признак того, что инфекция началась недавно (рис. 1).

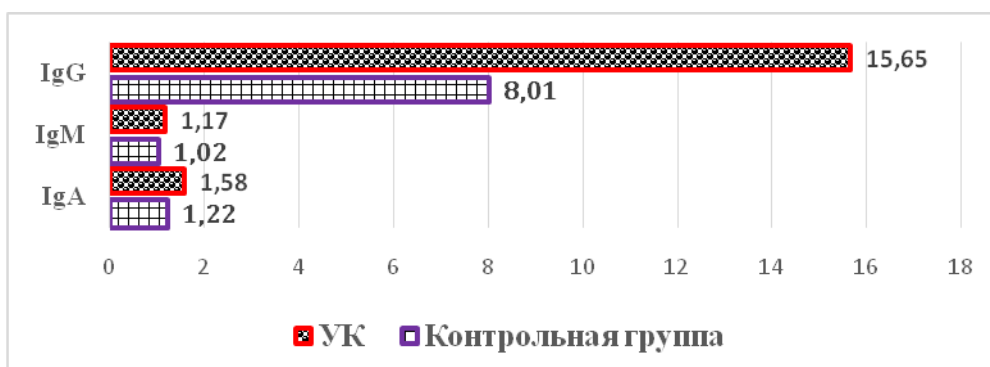


Рис. 1. Сравнительные параметры количества иммуноглобулинов в сыворотке крови женщин, наблюдаемых урогенитальный кандидоз, г/л

IgG, составляющий 75% иммуноглобулинов, в основном обеспечивает вторичный иммунный ответ и продуцируется после IgM, поэтому роль этого иммуноглобулина огромна в определении перспективы завершения инфекционного процесса. В нашем случае IgG убедительно отличался ($P < 0,001$) в 1,95 раза по сравнению с параметрами контрольной группы у женщин, которых верифицирован урогенитальный кандидоз - $8,01 \pm 0,21$ г/л против $15,65 \pm 0,23$ г/л соответственно (рис. 2).

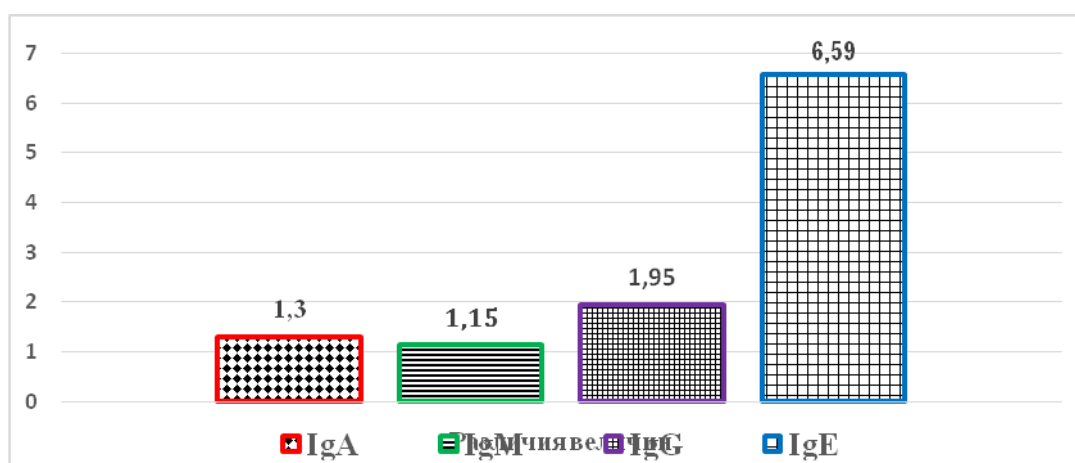


Рис. 2. Сравнительный уровень сывороточных иммуноглобулинов у женщин с урогенитальным кандидозом, сколько раз

Повышенная концентрация иммуноглобулинов всех трех классов в сыворотке крови свидетельствует о наличии воспалительного процесса в организме, о том, что возбудители этого процесса имеют микробную природу. Если учесть, что в ходе исследования не выявлено другого возбудителя, чем *Candida spp*, то причина гиперпродукции иммуноглобулинов становится очевидной.

Было доказано, что IgE в сыворотке крови, в отличие от других иммуноглобулинов, встречается у млекопитающих, обеспечивает индивидуальный иммунный ответ организма на антиген (возбудитель), попадающий в организм, обладает определенной биологической активностью (аллергия), не участвует в первичных и вторичных иммунных ответах, как другие иммуноглобулины, характеризуется очень низким содержанием в сыворотке крови (0,2% всех иммуноглобулинов). Клинические испытания отрицали наличие атопических заболеваний у всех изученных женщин, учитывая наличие наследственной предрасположенности к синтезу IgE. Наличие паразитарных инфекций в организме также было опровергнуто на основании клинических и паразитарных исследований, учитывая, что в большинстве случаев IgE также повышается при паразитарных заболеваниях. Эти клинические и паразитарные исследования обеспечили чистоту проведенного клинко-иммунологического исследования.

Результаты показали, что количество IgE в сыворотке крови пациенток было в 6,59 раза больше, чем в контрольной группе - $24,46 \pm 1,05$ г/л против $161,19 \pm 7,1$ г/л соответственно ($P < 0,001$). По-видимому, урогенитальный кандидоз сопровождался сильным аллергическим фоном.

Тенденция к увеличению концентраций иммуноглобулинов, обеспечивающих первичный и вторичный иммунный ответ в организме, также наблюдалась в количествах С3-компонента комплемента и прокальцитонина, которые являются неспецифическими защитными средствами (табл. 2).

Концентрация сывороточного С3-компонента комплемента в сыворотке крови имеет тенденцию к снижению у пациентов – $22,87 \pm 0,55$ г/л против $35,18 \pm 1,19$ г/л соответственно (до 1,54 раза, $R0,001$).

Таблица 2

Параметры неспецифических защитных факторов в сыворотке крови женщин с диагнозом урогенитальные кандидозы.

| Группы | С3 компонент комплемента, г / л | Прокальцитонин, нг/мл |
|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| Контрольная группа, n=20 | $22,87 \pm 0,55$ | $0,21 \pm 0,06$ |
| Урогенитальный кандидоз, n=60 | $35,18 \pm 1,19^* \uparrow$ | $1,02 \pm 0,05^* \uparrow$ |

С3 компонент комплемента является важным компонентом комплемента, входит в белки острой фазы воспаления, процесс фагоцитоза, системный воспалительный процесс, протекающий в организме, усиливается за счет опсонизации патогенов, попавших в организм. Следовательно, увеличение С3 компонента комплемента обеспечивает не только увеличение неспецифических факторов иммунной системы, но и усиление процесса фагоцитоза.

Прокальцитонин был определен как один из индикаторов системного воспалительного процесса, протекающего в организме, если учесть, что он размножается при бактериальной инфекции, имеет высокую специфичность и чувствительность к другим маркерам воспаления (С-реактивный белок, лейкоцитоз и т.д.), становится ясно, что мы выбрали его для обнаружения. В то время как прокальцитонин был обнаружен в контрольной группе в среднем $0,21 \pm 0,06$ нг/мл, у пациенток этот показатель составлял в среднем $1,02 \pm 0,05$ нг/мл. Результат оказался статистически значимым, при этом разница между результатами составила 4,86 раза ($P < 0,001$).

Известно, что цитокины представляют собой молекулы малой пептидной природы, обладающие высокой информативностью, переносящие информацию между специфическими и неспецифическими клетками иммунной системы, обеспечивающие первичный и вторичный иммунный ответ, а также контролирующие его. Количественные изменения воспалительных и противовоспалительных цитокинов свидетельствуют о степени развития воспалительного процесса, о предопухолевых и патологических состояниях в организме. Среди противовоспалительных цитокинов, разграничивающих этот патологический процесс, мы сочли нужным определить интерлейкин-4 (ИЛ-4), который индуцирует дифференцировку Th0-клеток (исходных Т-хелперов) в Th2-клетки, что важно для завершения иммунного ответа, также одним из цитокинов, задействованных в воспалении, фактор некроза опухоли- α , (ФНО- α или tumor necrosis factor- α -TNF- α). Причина выбора ФНО- α заключается в том, что он является одним из медиаторов воспалительного процесса и обеспечивает иммунный ответ.

Полученные результаты показали, что у представителей контрольной группы ИЛ-4 и ФНО- α , находясь в пределах общепринятой нормы или эталонных показателей (табл. 3), показали близкий результат к контрольному - соответственно $4,52 \pm 0,25$ нг/мл и $4,11 \pm 0,08$ нг / мл (табл. 3).

Таблица 3

**Показатели цитокинового статуса сыворотки крови у женщин
диагностированный урогенитальный кандидоз**

| Группы | ИЛ-4, пг/мл | ФНО- α , пг/мл |
|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Контрольная группа, n=20 | $4,52 \pm 0,25$ | $4,11 \pm 0,08$ |
| Урогенитальный кандидоз, n=60 | $11,12 \pm 0,71^* \uparrow$ | $46,31 \pm 1,59^* \uparrow$ |

В случае женщин, у которых наблюдались урогенитальные кандидозы, эти параметры демонстрировали убедительное увеличение в сыворотке крови

($P < 0,001$). Если наблюдалось увеличение ИЛ-4 у здоровых женщин контрольной группы в 2,46 раза по сравнению с людьми контрольной группы (в среднем до $11,12 \pm 0,71$ нг/мл), Показатели цитокина ФНО- α проявлялись многократным увеличением - до $11,12 \pm 0,71$ раза (в среднем до $46,31 \pm 1,59$ нг/мл) - $P < 0,001$.

Примечательно, что статистически значимые различия в цифрах равны увеличению обоих цитокинов. Отдельно стоит отметить, что по степени преобладания концентрации провоспалительного цитокина (ФНО- α) превышала по сравнению с провоспалительным цитокином (ИЛ-4). Это условие также можно увидеть, когда наблюдается их соотношение к единице - $11,12 : 4,52 = 2,46$ и $46,31 : 4,11 = 11,27$

По нашему мнению, концентрация цитокинов в сыворотке крови, вызывающих воспаление и направленных против него, изменяется в соответствии с окончанием заболевания, течением воспалительного процесса, происходящего в организме, когда концентрация одного из них преобладает над другим, то результат указывает на течение воспалительного процесса. Тот факт, что ФНО- α , который в нашем случае поддерживает воспаление, поддается количественной оценке по отношению к противовоспалительному ИЛ-4, указывает на явное развитие этого патологического состояния. Следовательно, было доказано, что воспаление сильно развилось на стадии получения биологического материала от пациентов. Этот доказанный закон служит для ранней диагностики заболевания в момент определения уровня развития урогенитального кандидоза, перспективы и его прекращения.

Учитывая вышесказанное, противовоспалительный цитокин ИЛ-4 и провоспалительный цитокин ФНО- α рекомендуются в качестве дополнительных диагностических и прогностических иммунологических критериев.

Выводы.

1. У пациенток с урогенитальным кандидозом IgA был в 1,30 раза ($P<0,001$), IgM в 1,15 раза ($P<0,05$), IgG в 1,95 раза ($P<0,001$) и IgE в 6,59 раза больше ($P<0,001$) чем у контрольной группы. Повышенное количество IgA, IgM и IgG объяснялся повышением общей местной иммунной активности по отношению к инфекционному агенту усилением первичного и вторичного иммунного ответа, тогда как увеличение IgE объяснялся наличием этого заболевания на сильном аллергическом фоне.

2. Установлено, что у женщин с урогенитальным кандидозом концентрация С3-компонента комплемента и прокальцитонина из неспецифических факторов иммунной системы организма были достоверно больше, чем у здоровых лиц - до 1,54 и 4,86 раза соответственно ($P<0,001$). Эти показатели, обеспечивающие гуморальный иммунитет, должным образом корректировались с увеличением концентрации иммуноглобулинов. Это обстоятельство позволило определить степень развития воспалительного процесса.

АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА ПАЦИЕНТОВ ДИФФУЗНЫМ НЕЙРОДЕРМИТОМ НА ФОНЕ МАГНИТО - ИНФРАКРАСНОЙ СВЕТО - ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Проблема лечения диффузного нейродермита является актуальной задачей современной дерматологии. Хроническое, с частыми рецидивами течение, недостаточная эффективность существующих методов лечения и профилактики вынуждает дерматологов изыскать новые, патогенетически обоснованные методы лечения. В связи с этим понятен большой интерес, который проявляется к немедикаментозным методам

терапии данного дерматоза. Одним из таких методов лечения является – магнито - инфракрасная свето - лазерная терапия.

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

Материалы и методы: У 16 больных (9 - мужчин, 7 - женщин) диффузным нейродермитом в возрасте от 16 до 42 лет исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови в процессе комплексной терапии с включением магнито - инфракрасная свето - лазерная терапия. Содержания МДА определяли по Ю.А. Владимирову и А.И.Арчакову, определяем концентрацию на спектрофотометре «Gilford»-260 (США). Активность каталазы определяли по Bergmeuer Н. V. Контролем служили результатом исследования 10 здоровых лиц.

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

ДЕТСКОЕ ПОЧЕСУХА НА ФОНЕ ВИЧ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Детская почесуха-заболевание протекает в раннем и младшем детском возрасте, у детей с особым конституциональным предрасположением, со склонностью к аллергическим и вазо невротическим реакциям, с обменными нарушениями и патологией иммунной системой. Среди приводящих к обострению факторов указываются бытовые и пищевые аллергены, нарушения пищеварения, глистные инвазии, аутоинтоксикации, инфекции, стрессы. Алиментарным факторами являются коровье молоко, молочные продукты. Яичный белок, грибы, рыба, мёд, шоколад, какао, орехи, клубника, цитрусовые, бананы, ананасы, персики, абрикосы, морковь, горох и фасоль.

Из лекарственных средств: повышенная чувствительность отмечается на сульфаниламиды, антибиотики, лечебные сыворотки амидопирин, анальгин, бром, йод и др. Считают некоторые раздражающим фактором могут быть одежда, постель, синтетические и шерстяные ткани, шерсть животных, игрушки, растения. А также сенсбилизации к укусам насекомых (комары, блохи, клопы) стропулюс чаще наблюдаются у детей с повышенной массой тела, с фокальной инфекциями, тонзиллитом и аденитами на фоне ВИЧ – инфекции.

Заболевание протекает приступообразными высыпаниями волдырей и серопапул существующими 8-10 дней повторяются при воздействии обостряющих факторов.

Сначала появляется волдырь, а потом в центре уртикарий формируются, плотные серо папулы с мелким пузырьком в центре, а волдырь через 6-12 ч исчезает. При расчесах образуется экскориаии, геморрагические корки, а потом пигментация. Проявление появляется на любых участках тела (даже на ладонях и подошвах). Чаще на

разгибательные поверхности конечности, особенно голеней а также кисти, стопы, ягодицы. Во время приступа отмечаются интенсивный зуд усиливающиеся ночью, плохой сон, раздражительность, иногда кратковременные повышения температуры тела, эозинофилия, анемия, повышение СОЭ, полиаденопатия. Иногда присоединяется вторичная инфекция (импетигиозный строфулюс). Часто сочетается почесухи с отеком Квинке, асматическим бронхитом, отсутствием подошвенного рефлекса, снижением брюшного рефлекса. На фоне ВИЧ-инфекции строфулюс протекает упорно, биопсирующим зудом, хроническим частыми обострениями и с различными осложнениями (стрепто - стафилодермиями), раздражительности плохим ночным сном, с частым повышением температуры, ознобом.

В 1-кожном отделении областного кожно-венерологического диспансера наблюдали 37-больных почесухой: из них до1-года-2(5,4%),от1-до5лет-11(29,7%),от5до12лет -12(32,4%), от13до16лет-9(24,3%),а старше16лет-3(8,1%),больных.У13(35,1%)больных отмечался кандидозных поражение слизистых оболочек полости рта и гортани. У12(32,4%) больных почесухой осложнялся пиодермией. У 8 (21,6%) больных детей заболевание протекает биопсирующим зудом, а также нервозностью.

Больные дети стали капризными, плаксивыми, потеряли аппетит, плохой сон, стали неврозными. Таким образом на фоне ВИЧ-инфекции почесуха протекало длительно-упорным с частыми осложнениями, с биопсирующим зудом, нервозностью, с потерей массы тела, а также кандидозным поражением рта и гортани.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ГЕНФЕРОН» У БОЛЬНЫХ БПП

Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель: Изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Генферон» у больных урогенитальной смешанной инфекцией.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни и амбулаторные карты 28 больных в возрасте от 18 до 35 лет, лечившихся по поводу ИППП. Мужчин было 16, женщин 12. У 15 больных была диагностирована микста инфекция вызванная хламидиями, трихомонадами, микоплазмами и гарднереллами, у 13 генитальный герпес. Исследование на трихомонад проводилось бактериоскопически, хламидийная инфекция выявлена методом ИФА; гарднереллы выявили бактериоскопически на нативном препарате, а микоплазмы бактериологически с тестом на уреазу. Все больные принимали антибиотикотерапию (азитромицин, кларитромицин, левофлоксацин, доксициклин, метронидазол и др.) в соответствии с установленным диагнозом. Дополнительно к этому больным назначали препарат «ГЕНФЕРОН» фирмы ROS-FARM-TUR: женщинам интравагинально (мужчинам- ректально) по 500000 МЕ 2 раза в сутки, в течение 10 дней

Результаты: У больных признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы исчезли в сроки от 6 до 15 дней. Лабораторное исследование после окончания курса лечения указывали на этиологическое излечение у 26 (92,9%) из 28 больных. Только у двух больных с хламидийно-микоплазменным процессом клинико-бактериологический эффект отсутствовал.

Выводы: Таким образом, комбинация антибиотиков с «ГЕНФЕРОН»ом при лечении больных ИППП является предпочтительным и даёт более высокие положительные результаты.

ПРЕПАРАТ ОРУНГАЛ В ТЕРАПИИ МИКОЗОВ СТОП

Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Возбудителями заболевания является красный трихофитон (*Tr rubrum*), интердигитальный трихофитон (*Tr interdigitale*), а также плесневые и дрожжеподобные грибы.

Заражение чаще всего происходит в общественных банях, душевых, бассейнах.

Клинически различают интертригинозную, дисгидротическую и сквамозно- гиперкератотическую формы микоза стоп.

Нами проведено лечения 14 больным микозом стопы.

Из 14 больных у 7 было интертригинозная, у 4 дисгидротическая и у 3 сквамозно – гиперкератотическая форма эпидермофитии стоп

Больные во время острого течения получали общую гипосенсибилизирующую терапию: внутривенное вливание 30% раствор тиосульфата натрия, антигистаминную терапию (тавегил, лоратал и др), местно влажно –всыхающие повязки, мази 5% салициловая, 20% серная с синафланами до стихания островоспалительных явлений.

При сквамозно – гиперкератотической форме кератолитические мази до отторжения гиперкератотических наслений и снятия вторичной инфекции.

Одновременно больным внутрь назначали системный антимикотик – Орунгал.

Орунгал назначали после тщательного выяснения наличия сопутствующих заболеваний, при необходимости после консультация смешных специалистов.

Больные орунгал принимали в виде пульс терапии, по 200 мг (2 капсули) 2 раза в день в течение 7 дней, затем трёх недельный перерыв, а потом повторный цикл приём орунгала.

Во время лечения на 3-4 сутки значительно уменьшились воспалительные явления, прекращался зуд, жжение. У больных с дисгидротической формой.

На 4-5 сутки прекратились мокнутие.

К концу первой недели улучшился сон, аппетит, высыпания исчезали, началась эпителизация эрозий.

Все клинические проявления микоза полностью исчезли к концу второй недели. На 10-15 день лечения (в среднем $13,2 \pm 0,4$) микроскопической анализы на гриба исчезли.

Таким образом «Орунгал» можно рекомендовать для лечения больных с микозами стоп.

СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность проблемы. Эффективная терапия больных ограниченным нейродермитом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных ограниченным нейродермитом. Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных ограниченным нейродермитом применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в сочетании с препаратом «Гепато Гиц». Одним из таких воздействий является плазмаферез и гипербарическая оксигенация.

Цель исследования: Оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных ограниченным нейродермитом, получивших комплексное лечения с включением плазмафареза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 15 больных ограниченным нейродермитом (9-мужчин, 6-женщин) в возрасте от 16 до 42 лет исследовали показатели микроциркуляции. Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по бальной системе, разработанной В.С.Волковым с соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции ($KI_{\text{общ}}$), оценивались периваскулярные (KI_1), сосудистые (KI_2) и внутрисосудистые (KI_3) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 10 здоровых лиц.

Результаты: У больных ограниченным нейродермитом чаще всего встречались внутрисосудистые изменения в виде агрегации эритроцитов и сладж-феномена, а также морфологические изменения сосудов – неравномерность калибра, меандрическая извилистость венул. До лечения у больных KI_1 равнялась $0,22 \pm 0,01$ балл; KI_2 - $4,54 \pm 0,01$ балл; KI_3 - $4,11 \pm 0,01$ балл; $KI_{\text{общ}}$ - $8,21 \pm 0,04$ балл. После лечения соответственно - $0,17 \pm 0,04$ балл; $3,22 \pm 0,03$ балл; $2,30 \pm 0,02$ балл; $5,20 \pm 0,02$ балл.

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

СОСТОЯНИЕ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

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

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

Материалы и методы: У 16 больных ограниченным нейродермитом были изучены термографические данные, основанная на регистрации теплового излучения тела человека в инфракрасной области спектра проведенное с помощью аппарата «AGA-661» - производство Швеция. Результаты оценивали, сравнивая температуру в очагах поражения и рядом расположенных не поражённых участках кожного покрова. До начала обследования больные адаптировались. Изображение прибором тепловых полей регистрировали путём фотографирования на чёрно-белую негативную плёнку светочувствительностью 65 ЕД.

Результаты: У больных ограниченным нейродермитом до лечения в пределах одного очага поражения определялась пятнистая картина в виде чередования зон с повышенным и пониженным свечением. Температурный градиент между ними составлял от 0,5 до 2,0 градусов Цельсия. После курса комплексной терапии у больных с клинической ремиссией на термограммах

определялось выравнивание температуры в очаге поражения и рядом расположенными участками кожного покрова или температурный градиент достигал 0,5 градусов Цельсия с уменьшением выраженности пятнистости на термограмме.

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

ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИНИ ДАВОЛАШДА ФУНГИЦИД КРЕМЛАРНИ САМАРАДОРЛИГИНИ ҚИЁСИЙ ТАҚҚОСЛАШ

Пақирдинов А.Б.

Андижон давлат тиббиёт институти

Товон эпидермофитияси билан оғриган беморларда “Реканазол”(“Remedy Group”), “Тербинокс”(“Юник фармасьютикал лабораториз”, Ҳиндистон), “Экалин” (“ЈАКА 80” Македония) ва “Клотримазол” (“Акрихин”, Россия) кремларини самарадорлигини қиёсий таққослаш учун маҳаллий давода ишлатиб кўрилди.

Жами даволанган беморлар 65 киши бўлиб, уларни ёши 20 дан 35 ёшгача. Касаллик 12 та беморда сквамоз шаклида, 27 та беморда интертригиноз шаклида, 26 та беморда дисгидротик шаклида кузатилган. “Реканазол” креми билан 19 та бемор, “Тербинокс” креми билан 17 та бемор, “Экалин” креми билан 15 та бемор, “Клотримазол” креми билан 14 та бемор даволанди.

Хамма беморларга фунгицид кремлар ташқи муолажага буюрилди. Маҳаллий даводан ташқари умумий давога итракол, витаминлар ва десенсибилизацияловчилар қабул қилдилар.

Кузатувлар шуни кўрсатдики, ишлатилган кремлардан “Реканазол” буюрилган беморларда жарохат ўчогидаги патологик жараён, бошқа кремлар

билан даволанганларга қараганда тезроқ қайта бошлаган. Беморларда бармоқлар орасидаги ва товон гумбазидаги тангачалар даво бошлангач 4-5 кундан кейин йўқолди, инфильтрация хафта охирида кескин камайиб, 10-12 кунда сўрилиб кетди. Иккинчи хафтанинг охирида жарохат ўчоғи анча яхшиланди. “Тербинокс” ва “Экалин” креми билан даволанган беморларда патологик жараён 1-гурухга қараганда 2-3 кун кейинроқ, “Клотримазол” креми билан даволанганларда эса 7-10 кун кечроқ сўрилиш ва клиник тузалиш кузатилди.

Шундай қилиб, бизнинг кузатувлар шуни кўрсатдики, “Реканазол” креми беморларни даволашда клиник самарадорлиги жихатидан “Экалин” ва “Клотримазол” дан юқори турар экан.

ТРАНСКУТАННОЕ ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

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

Цель исследования: Изучить состояние кислородного баланса в организме больных ограниченным нейродермитом в процессе комплексного лечения плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 20 больных (12 мужчин, 8 женщин) ограниченным нейродермитом в возрасте от 14 до 48 лет была изучена динамика парциального давления кислорода ($P_{\text{тк}}\text{O}_2$) в очагах поражения кожи. Измерения напряжения кислорода производили методом транскутанного измерения $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ оксимонитором TSM/2/20 фирмы «Radiometer» (Дания). Контролем служили $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ на коже у 10 здоровых лиц.

Результаты: До сеанса ГБО $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ на пораженных участках кожи больных ограниченным нейродермитом было достоверно ниже ($55,16 \pm 0,74$ мм/рт.ст.) чем у лиц контрольной группы $70,56 \pm 0,62$ мм/рт.ст; ($P < 0,05$). Во время сеанса ГБО происходило повышения $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ более чем в 10 раз, достигнув максимума на 40-45 минутах, то есть к концу сеанса ГБО ($591,83 \pm 2,23$ мм/рт.ст.). После сеанса ГБО $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ возвращалась к исходным данным, но все же было выше ($60,85 \pm 0,29$ мм./рт.ст.) чем до начала сеанса. К концу курса лечения $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ равнялась $71,23 \pm 0,36$ мм/рт.ст. Перед последним сеансом ГБО $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ равнялась $64,23 \pm 0,35$ мм/рт.ст., что являлась косвенным свидетельством улучшения микроциркуляции в этих участках кожного покрова.

Выводы: Таким образом, транскутанное измерения $P_{\text{тк}}\text{O}_2$ в коже является эффективным методом контроля не только за состоянием оксигенации тканей, но и микроциркуляторные изменения в них под воздействием ГБО.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ ГИПОФИЗАРНОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТОК АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ИГЛОРЕФЛЕКСОТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

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

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

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

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

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

Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении АД достоверно не отличалось от нормы (I-группа $18,26 \pm 1,38$ мМЕ/мл, II-группа $18,76 \pm 2,07$ мМЕ/мл, контроль $14,2 \pm 5,1$ мМЕ/мл), а в период ремиссии наблюдалось незначительное увеличение (I-группа $22,03 \pm 1,44$ мМЕ/мл, II-группа $22,61 \pm 3,74$ мМЕ/мл). В лютеиновой фазе

уровень ФСГ в период обострения АД достоверно превышал норму (I- группа $11,8 \pm 0,85$ мМЕ/мл, II- группа $10,72 \pm 0,74$ мМЕ/мл, контроль $7,5 \pm 1,5$ мМЕ/мл), а в период ремиссии ещё более возрастала (I-группа $13,38 \pm 1,27$ мМЕ/мл, II- группа $15,29 \pm 1,78$ мМЕ/мл).

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

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА LENDACIN (ЦЕФТРИАКСОН) У БОЛЬНЫХ ГЛУБОКИМИ ПИОДЕРМИТАМИ

Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Вопрос лечение больных глубокими пиодермитами является трудной задачей, больные могут обращаться за помощью как врачам хирургам (для оперативного лечения) так и врачам дерматологам (консервативное лечение). В обоих случаях необходимо обязательно провести больным антибиотикотерапию, играющий, ведущий роль в терапии этих больных. Учитывая тот факт, что патогенные стафилококки являются основным этиологическим агентом при глубоких пиодермитах, необходимо применять тот антибиотик, который эффективно действовал бы в первую очередь против патогенных штаммов стафилококков. В последнее время появились новые антибиотики широкого спектра действия (полимик, мегасеф, **LENDACIN**, зитролид, азитрал и др.), которые эффективно действуют на большинство патогенные микроорганизмы. Мы лечили 11 больных глубокими пиодермитами **LENDACIN**, относящийся к III поколению цефалоспориновых антибиотиков. Из 11 больных у 5 был диагностирован фурункулёз, у 4 гидраденит, и у 2 хроническая язвенная пиодермия. Возраст больных был от 17 до 35 лет, женщин было 4, мужчин 7.

Всем больным был применен **LENDACIN** фирмы «Лек» в дозе по 1г. 2 раза в день внутримышечно в течение 7 дней, на курс 14.0 г. Наружно кожа вокруг очага обработано 2% салициловым спиртом, камфорным спиртом, а очаг поражения обработали анилиновыми красителями, с последующим наложением 10% ихтиоловой мази или гентамициновую мазь.

После лечения у больных фурункулёзом и гидраденитом наступило клиническое выздоровление, а у больных хронической язвенной пиодермией процесс значительно улучшился, язва очищалась от гнойных масс и начался процесс регенерации (рубцевания). При наблюдении в течение двух месяцев обострение заболевания не наступило за исключением одного больного гидраденитом.

Таким образом, **LENDACIN** является эффективным антибиотиком для лечения больных фурункулёзом и гидраденитом при вышеуказанных дозах, а при хронической язвенной пиодермии возможно необходимо увеличить длительность курса терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НЕКОТОРЫХ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ СРЕДСТВ У БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП

Пакирдинов А.Б., Абдурахманов А.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Сравнительно изучить эффективность тербизила, текназола и дифлюзола у больных микозами стоп.

Материалы и методы: Изучены истории болезни и амбулаторные карты 280 больных микозами стоп, в возрасте от 15 до 66 лет, из них 174 мужчин, 106 женщин. У 112 больных была дисгидротическая форма, у 87 интертригинозная и у 81 сквамозная форма, у 48 больных наблюдался онихомикоз. Во всех случаях диагноз был подтвержден бактериоскопически обнаружением грибка. 93 больные получали тербизил фирмы «Гедеон

Рихтер» по 1 капсуле (250мг) 1 раз в день, 89 больные принимали текназол фирмы «Nobel» по 1 таблетке (200мг) 1 раз в день, 98 больные лечились дифлюзолом фирмы «ARTERIUM» по 1 капсуле (50мг) 1 раз в день. Курс лечения 2-3 недели. Все больные получили местное лечение фунгицидными кремами (экалин, бинафин, мифунгар) или мазями (дермазол, тербизил, микостер); при наличии мокнутия наружно применялся влажно-высыхающие повязки.

Результат: Из 93 больных лечившихся тербизилом, положительный клинический эффект наблюдался у 88 (94,6%), причем у всех регресс кожного процесса наступил на 2-3 дня раньше, чем у двух остальных групп. Из 89 больных принимавших текназол, эффект наблюдался у 81 (91%); а из 98 пациентов, лечившихся дифлюзолом клинический эффект отмечен только у 73 (74,5%) больных.

Выводы: Таким образом, при сравнительном изучении эффективности тербизила, текназола и дифлюзола у больных микозами стоп, самым эффективным оказался тербизил, а дифлюзол значительно уступал остальным двум препаратам по эффективности.

ПРЕПАРАТ «ГЛИЦИРОН» И КРЕМ БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» У ПАЦИЕНТОВ ВУЛГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Пакирдинов А.Б., Абдурахманов А.А., Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Вульгарная форма псориаза - это хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Вульгарная форма псориаза способен поражать нервную систему. Лечение Вульгарной формы псориаза назначается с учетом формы распространенности процесса. Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают фосфолипидные препараты (Эссливер Форте и т.п.), 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 гепатопротекторами все же являются для данного заболевания препарат Глицирон, помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Глицирон» и Крем бальзама «Облепиха и мумиё» у больных артропатической формы псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 25 больных (12 мужчин и 13 женщин), в возрасте от 20 до 45 лет. У всех больных было диагностировано артропатическая форма псориаза. Из них у 14 пациентов было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области разгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей в области ягодицы и поясницы. В очаге поражений наблюдались папулы, чешуйки и шелушение. Симптом триады Пospelова было положительна у всех больных. Из 15 больных у 3 был отмечен феномен Кебнера на месте раздражений, травм, инъекций. Глицирон больные принимали внутрь по 1 таблетке 3 раза в день, в течение 10 – 15 дней, а местные очаги поражения обрабатывались Крем бальзамом «Облепиха и мумиё». Глицирон – гепатопротекторное средство, оказывает также желчегонное, холелитолитическое, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования. На 8 день после начала комплексного лечения с применением Крем бальзама «Облепиха и мумиё» и препарата Глицирон, у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и бляшек. Регресс воспалительных явлений усиливался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 2-

3 дня. У всех больных после применения Крем бальзам «Облепиха и мумиё» и препарата Глицирон побочные явления не наблюдались.

Вывод. Препарат Глицирон и Крем бальзам «Облепиха и мумиё» оказались эффективным методом в лечении вульгарной формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

КРЕМ “ДЕРМОВАЙТ И ИНДОМЕТАЦИН” И ПРЕПАРАТА ГЛИЦИРОН В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ АРТРОПАТИЧЕСКОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Пакирдинов А.Б., Алиев Л.М., Кучкаров А.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Артропатическая форма псориаза — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Артропатическая форма псориаза это не строго кожная патология, он способен поражать костную систему. Лечение артропатической формы псориаза назначается с учётом формы распространенности процесса и болевых ощущений. Показано назначение препарата глицирон, который оказывают оказывает терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корректирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы печен).

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность Крем «дермовайт и индометацин» и препарата «Глицирон» у больных артропатической формы псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 16 больных (8 мужчин и 8 женщин), в возрасте от 20 до 49 лет. У всех больных было диагностировано артропатическая форма псориаза. Из них у 11 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 16 больных у 10 был отмечен феномен Кебнера на месте раздражений, травм, инъекций. Глицирон больные принимали внутрь по 1 таблетке 3 раза в день, в течение 14 дней, а местно очаги поражения смазывали Крем бальзам «дермовайт и индометацин».

Результаты исследования. На 8 день после начала комплексного лечения с применением Крем «дермовайт и индометацин» и препарата глицирон, у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул, бляшек уменьшение болевых ощущений. Регресс воспалительных явлений и болевых ощущений наблюдался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 4 - 5 дня. У всех больных после применения Крем «дермовайт и индометацин» и препарата «глицирон» побочные явления не наблюдались.

Вывод. Крем «дермовайт и индометацин» и препарат «глицирон» оказался эффективным препаратом в лечении артропатической формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

КАРСИЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Атопический дерматит является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов, начинающихся в раннем детском возрасте. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии. При этом дерматозе часто выявляют функциональные нарушения гепатобилиарной системы, приводящей к эндогенной интоксикации, результатом которого является интенсивный зуд, что в свою очередь воздействует на нервную систему. Появляется раздражительность, нарушается сон и таким образом, образуется

порочный круг. В этих условиях включение в комплекс лечебных мероприятий гепатотропных средств является обязательным и патогенетически обоснованным.

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

Учитывая вышеизложенных, мы для комплексного лечения 27 больных атопическим дерматитом применяли эксен форте как гепатотропный препарат совместно с антиоксидантами, иммуномодуляторами, десенсибилизирующими, антигистаминными препаратами, витаминами и местной терапией. Возраст больных было от 17 до 46 лет, мужчин было 14, женщин 13. Кожно-патологический процесс был локализован в области лба, вокруг ротового отверстия, на шее, поясничной области, локтевом, лучезапястном и коленном сгибах. Основным первичным элементом была мономорфная папулезная сыпь, которая сливаясь между собой образовали очаги лихенификации. У всех больных в очагах поражения были эскориации, покрытые геморрагическими корками, а также незначительное шелушение.

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

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

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

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ЗИТРОЛИД ФОРТЕ У БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

В последнее время участились случаи инфекций передаваемых половым путем (ИППП). Отмечается сочетания 2-3 возбудителей урогенитальных инфекций (микста-инфекция): хламидийно-гарднереллезная, хламидийно+анаэробная контаминация, хламидийно+микоплазменная, гонококково+хламидийная, хламидийно+трихомонадная, гонококково+хламидийно+трихомонадная и т.д.

Учитывая вышеизложенное явление, клиницистам необходимо иметь в арсенале лекарственные препараты, которые одновременно эффективно влияют на возбудители нескольких ИППП.

Зитролид форте (азитромицин) – антибиотик макролидной группы, имеет широкий спектр антимикробной активности, хорошо проникает в клетки и действует на облигатные внутриклеточные паразиты, в терапевтических концентрациях не оказывает видимого токсического действия

Мы лечили 21 больных (13-мужчин, 8-женщин) негонококковыми уретритами в возрасте от 18 до 27 лет зитролидом форте фирмы «Красфарма». Из анамнеза было выяснено, что 12 больные получали лечение по поводу гонореи, канамицином, спектиномицином, пенициллином, клафораном, а 9 больные лечились по поводу гонорейно-трихомонадной инфекции цефтриаксоном, клафораном, канамицином в сочетании с

метронидазолом или трихополом. У этих больных после лечения вышеперечисленными препаратами жалобы на жжение и зуд в мочеиспускательном канале и гнойные выделения из уретры уменьшились, но слизистые выделения не прекратились, особенно по утрам. При лабораторном исследовании у 5 больных найдена уреоплазма, у 7 больных хламидии и уреоплазмы, у 4 больных микоплазма и у 5 больных микоплазменно+аэробная инфекция.

Всем больным проведено лечение зитролидом по схеме пульс терапии: по 1,0 г в первый, седьмой и четырнадцатые дни, на курс 3.0 г.

После лечения при контрольном наблюдении в течение 7 дней, жалобы больных исчезли, выделения из уретры прекратились, лабораторно в мазках вышеуказанные возбудители не обнаружены. Наблюдение в течение последующих 2-х месяцев с момента окончания лечения показало отсутствие рецидива заболевания у всех 21 больных. Таким образом, зитролид форте фирмы «Красфарма» является высокоэффективным антибактериальным препаратом против большинства штаммов возбудителей ИППП, позволяет добиться хороших клинических результатов и этиологического излечения.

ПРИМЕНЕНИЕ ЭЛЕКТРОФАРЕЗ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСЕ С МАЗЬЮ «ГЕПАРИН» У БОЛЬНЫХ АНГИИТАМИ КОЖИ

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З.

Андижанский государственный медицинский институт

Метод электрофарез терапии является относительно простым и безопасным методом, позволяющим существенно улучшить результаты лечения и прогноз при ряде заболеваний. Многие вопросы клинического применения электрофарез терапии нуждаются в дальнейшем изучении и уточнении, в частности выработка более четких показаний, оценка

эффективности в условиях проведения контролируемых исследований, сочетание с другими методами лечения.

Мазь «гепарин» - это одни из самых активных антикоагулянт и антитромботическим действием.

Цель исследования: Изучить эффективность метода электрофарез терапии и мази «Гепарин» у больных ангиитами кожи.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 16 больных ангиитами кожи. Возраст больных от 35 до 50 лет, из них мужчин было 6, женщин 10. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали электрофарез терапию, процедуры проводились ежедневно, на курс 12-14 процедур. Кроме этого комплексное лечение включало витаминотерапия, антигистаминные, седативные препараты и наружное лечение (мазь Гепарин). Мазь Гепарин применялся наружно: утром и вечером смазывали очаги поражения тонким слоем.

Результаты: Таким образом, эффективность применения электрофарез терапии и крема «мазь Гепарин» у больных ангиитами кожи к концу курса лечения у 10 (70,0%) больных элементы поражения регрессировали полностью, боли в области поражения прекратились у 4 (20,0%) больных остались уплощенные элементы в небольшом количестве, боли уменьшились у 2 (10,0%) больных отмечался незначительное улучшение.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют о клинической эффективности применения электрофарез терапии и мази «Гепарин» у больных ангиитами кожи при комплексной терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМА «ДЕКЛОСИД» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ГЛАДКОЙ КОЖИ И ЛОБКОВОЙ ЧАСТИ

Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность крема «Деклосид» у больных инфильтративно – нагноительной формы трихофитии гладкой кожи и лобковой части.

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 лобковой части, у 16 на гладкой коже, у 7 сочетанное поражение лобковой части и гладкой кожи. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках мицелий грибов. Крем «Деклосид» фирмы «World medicine» 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 фунгицидными препаратами: тербинокс, тербезил и гризеофульвин в общепринятой дозе 2 - 3 недели. Кроме этих препаратов больные по показаниям получили антибиотики, 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 крем «Деклосид» является высокоэффективным средством для наружного

лечения больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии гладкой кожи и лобковой части.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ТЕРБЕЗИЛ В ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ МИКОЗАМИ СТОП

Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

В настоящее время существуют несколько активных, при пероральном приёме, противогрибковых лекарственных препаратов (итраканозол, текназол, ламизил и др) используемых при лечении микозов. Эффективность их при лечении дерматомикозов отмечена многими зарубежными и отечественными авторами.

Тербизил (тербинафин) – (Е)-N-(6,6-диметил-2гептен-4инил)-N-метил-1-нафталинметиламин гидрохлорид, выпускается фирмой А.О Гедеон Рихтер (Будапешт-Венгрия) в виде таблетки (по 125 мг 250мг) и крема. Является системным противогрибковым препаратом широкого спектра действие из группы аллиламина.

Препарат подавляет биосинтез стерина мембраны грибковой клетки путем ингибирования фермента скваленэпосидазы, что приводит к внутриклеточному накоплению сквалена и гибели клетки.

В 2007 году по Андижанскому вилояту взятии на учёт 280 больных микозами стоп. Из них мужчин было 174 человек, в возрасте от 15 до 17 лет-2; 18-20л-23, 21-25л-28; 26-29л-35; 30-39л-35; 40-49л-30; 50-64л-18 и более 65 лет одни больной.

Больных женщин было 106 человек в возрасте от 15 до 17 лет;18-20л-12; 21-25л-20;26-29л-29; 30-39л-21; 40-49л-18; 50-64л-10 больных.

Из 280 больных 124 лечились стационарно, на фоне гипосенсибилизирующей и местной терапии, 42 больные получали гризеофульвин, 41 больные низорал и 41 больные лечились тербизилом.

Из 41 больных микозами стоп, у 21 было интертригинозная, у 5 дисгидротическая и у 11 больных сквамозно-гиперкератотическая форма.

Больным тербизил назначался по 250 мг один раз в сутки, до полного разрешения клинических проявлений и двух подряд отрицательных анализов с интервалом в 5 дней. Наружно больным с интертригнозной и дисгидротической формой назначался примочки (2% раствором борной кислоты, 2% раствором резорцина) и синафлановая мазь. При сквамозно-гиперкератотической форме - 5% салициловую, 0.5% фурацилиновую мази. Из гипосенсибилизирующих 30% раствор тиосульфата натрия, антигистаминных - лоратал, аналергин.

После проведенной лечения отрицательные лабораторные анализы на грибки получены на 13-15 день лечения, в среднем через $14,3 \pm 0,4$ дня.

У 42 больных получивших лечение гризеофульвином по 0.125 3 раза в сутки отрицательные лабораторные анализы на грибки получены на 20-21 день лечения, а у 41 больного получившие лечение низоралом 0.1 по 1 таблетка в сутки отрицательные анализы получены по 17-18 день лечения.

Таким образом тербизил является более эффективным лекарственным препаратом по сравнению с гризеофульвином и низоралом при лечении больных микозами стоп.

ЛЕЧЕНИЯ АКНЕ

Пулатова С.Х., Бабаджанов О.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Вульгарные угри - распространенное дерматологическое заболевание с предполагаемой распространенностью от 70 до 87% . Имеются

данные, что гормональные контрацептивы могут усугубить распространение угревой сыпи, при этом существует ограниченное количество данных о влиянии многих обычно назначаемых средств . Шрамы от угревой сыпи приводят к социальным и психологическим проблемам для пациентов, поэтому существует необходимость их эффективного лечения, так как воспалительные поражения обычно возникают на косметически чувствительных участках с потенциалом постоянного рубцевания. В последние годы для лечения шрамов от угревой сыпи используются абляционные и неабляционные лазеры . Однако на современном этапе отсутствует исчерпывающий сравнительный анализ результатов применения лечения акне с помощью различных видов лазеров.

Целью данного исследования было проведение анализа эффективности комбинированного лечения рубцов от угревой сыпи с помощью различных видов лазеров с определением особенностей и общего качества методов лечения акне, которые улучшают результаты клинического лечения.

Методы: Анализ эффективности комбинированного лечения рубцов от угревой сыпи проведен путем поиска литературы на английском языке в статьях, проиндексированных PubMed, электронных базах данных, включая EMBASE, Кокрановскую библиотеку и MEDLINE, содержащих данные по эффективности комбинированного лечения рубцов от угревой сыпи с помощью различных видов лазеров. В данное исследование также были включены результаты лечения от угревой сыпи 14 пациентов с акне, получавших лечение в период с 2021 по 2022 год. Данные, которые характеризовали высокую эффективность и стойкие результаты в отдаленные периоды после клинического лечения акне, были в соответствии с методом оценки шрамов от угревой сыпи ECCA (échelle d'évaluation Clinique des cicatrices d'acné) с независимыми экспертами в оценке фотографий и кутометрии (определение вязко-эластических свойств кожи).

Результаты исследования и их обсуждение. Большое количество литературных источников было необходимо для снижения риска

систематической ошибки в исследовании. Существует множество методов лечения угревой сыпи, включая гормональную терапию, а также антибактериальную антибиотикотерапию в сочетании с лазерным лечением. Принято считать, что для получения эффективного стойкого результата нужно будет сделать 3 — 5 процедур с интервалом в 50 — 80 дней. Количество сеансов лечения положительно коррелирует с изменением показателей кутометрии, связанных с лечением. После лечения было отмечено значительное снижение показателей кутометрии наряду с временными побочными эффектами. Акне - одно из наиболее распространенных кожных заболеваний во всем мире, которое приводит к значительным расходам на здравоохранение и значительным осложнениям для пациентов. Устаревшая модель прогрессирования акне предполагает, что повышенная выработка кожного сала способствует чрезмерной пролиферации *S. acne* в закупоренной волосяной фолликуле, тем самым вызывая воспаление. Напротив, все больше данных указывает на то, что *S. acne* одинаково распространена как в незатронутых, так и в пораженных акне фолликулах. Также существуют возрастные риски осложнений лазерного лечения проблемной кожи. Анализ использования лазерной и световой терапии акне показал, что комбинированное лазерное и световое лечение обладает преимуществами улучшенного антимикробной и гормональной терапией. Понимание связи между системным применением антибиотиков и лазерным лечением акне может помочь врачам снизить вероятность кожных сопутствующих заболеваний, связанных с микробной контаминацией кожи.

Заключение: Анализ результатов показал связь эффективного лечения с применением лазерного лечения со значительно лучшими показателями кутометрии, однако отмечались побочные эффекты в виде легкой боли, также результат находился в зависимости от количества процедур. Высокая эффективность лечения и получения стойких результатов наблюдалась при количестве сеансов лазерного лечения не менее семи. Более заметное

улучшение показателей кутометрии при данном алгоритме лечения может быть связано с возрастом пациентов и зависит от типа кожи. Также улучшают показатели лечения и снижают риски осложнений местное применение аппликаций различных средств, что может быть хорошим стратегическим дополнением для местного лечения акне в комбинации с лазерной терапией. Полученные нами результаты могут служить ориентиром при разработке стратегии лечения акне для пациентов с осложнениями угревой сыпи.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ В ДИАГНОСТИКЕ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Пягай Г.Б.¹, Сыдилов А.А.², Таджибаев Б.Т.³, Юлдашев К.К.⁴

Ташкентский государственный стоматологический институт¹

Ферганский медицинский институт общественного здоровья²

Межрайонный КВД-8 г. Ташкента³

Межрайонный КВД-2 г. Ташкента⁴

Дерматоскопия является важным дополнительным методом диагностики при актиническом кератозе (АК). Она позволяет более точно оценить степень поражения кожи и определить наличие признаков злокачественного преобразования. Использование дерматоскопии позволяет улучшить дифференциальную диагностику актинического кератоза с другими заболеваниями кожи, а также может быть использована для контроля эффективности лечения актинического кератоза и оценки риска его повторного возникновения. Наше комплексное исследование, включающее дерматоскопическое исследование очагов АК, определило основные паттерны, встречающиеся при АК, наличие которых в сочетании с клинико-анамнестическими данными позволяет выставить диагноз заболевания с большой степенью достоверности. Так, сосудистый паттерн наиболее часто выражался в наличии точечных сосудов в 93% случаев, эритематозным

бесструктурным фоном - 90,5%, красной псевдосетью - 76%, «клубничный паттерном» - 58% , розово-красной псевдосетью, созданной прямыми или волнистыми сосудами, окружающими волосяные фолликулы – 57%, несфокусированными крупными сосудами между фолликулами – 46% и сосудами в виде «розетки» - в 43% случаев. Данные изменения сочетались с такими дерматоскопическими признаками как: заметные мелкие окрашенные в белый или желтоватый цвет кожи пятна, соответствующие фолликулярным отверстиям различных размеров - в 76% наблюдений, белым ореолом вокруг фолликулярных отверстий и вокруг очага - в 61% случаев, пробками желтоватыми кератотическими в расширенных волосяных фолликулах – в 59% наблюдений, поверхностными кератиновыми чешуйками бело-желтого цвета – 51% случаев. Стоит отметить, что в 26% наблюдений нами был отмечен дерматоскопический признак - «гиперпигментированные открытые фолликулы», другие пигментные изменения, такие как темно-коричневые точки, коричневые глобулы, темно-коричневые прожилки встречались значительно реже. Таким образом, проведенное исследование позволило определить наиболее часто встречающиеся дерматоскопические паттерны актинического кератоза, что может оптимизировать процесс диагностики данного заболевания.

КЛИНИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ В ДИАГНОСТИКЕ

АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Пягай Г.Б.¹, Сыдилов А.А.², Таджибаев Б.Т.³, Золоторевская Л.Ф.³

Ташкентский государственный стоматологический институт¹

Ферганский медицинский институт общественного здоровья²

Межрайонный кожно-венерологический диспансер №8 г. Ташкента³

Актинический кератоз (АК) является актуальной проблемой общественного здравоохранения. Увеличение количества больных связано со

многими факторами: увеличение количества людей, проводящих большое количество времени на солнце, изменением климатических условий, уменьшением озонового слоя атмосферы. Грозным последствием АК является его трансформация в плоскоклеточный рак кожи (ПКРК), который может приводить к серьезным последствиям для здоровья человека, поэтому разработка методов ранней диагностики и адекватной терапии заболевания является важной задачей. Наше исследование, включающее комплексное обследование группы пациентов с 170 очагами АК, протекающее с различными клиническими проявлениями АК позволило определить комплекс клинических критериев, на основании которых, с большой долей вероятности можно диагностировать АК. Наиболее часто в нашем исследовании был диагностирован эритематозный вариант АК (47%), далее кератотитический вариант (35,2%), пигментированный (8,8%), лихеноидный, атрофический и вариант АК по типу кожного рога отмечались по 3% случаев. По данным литературы клиническими критериями для постановки предварительного диагноза АК являются 10 признаков: эритема, пигментация, гиперкератоз, шелушение, атрофия, зуд кожи, изъязвление, кожный рог, кровоточивость, множественные папулы. Однако наше исследование позволило определить наиболее актуальные 7 объективных клинических признаков, и один дополнительный субъективный признак – зуд кожи. При этом определена частота встречаемости и степень выраженности тех или иных признаков, на основании которых выставляется не только клинический диагноз, но и определяется клинический вариант АК. Так, сочетание таких признаков как явно выраженная эритема, умеренное шелушение, незначительный зуд кожи и пигментация, именно в такой последовательности по частоте и выраженности проявлений, позволило выставить диагноз эритематозного варианта АК. Выраженное шелушение, незначительная эритема, выраженный гиперкератоз, незначительный зуд кожи характерны для кератотического варианта АК. Выраженная пигментация, незначительно выраженные проявления шелушения,

гиперкератоза и атрофии позволяют выделить пигментный вариант АК. Для атрофического варианта АК характерны выраженная атрофия, незначительные проявления эритемы, пигментации и зуда кожи. Для варианта АК в виде кожного рога – выраженная эритема, умеренный гиперкератоз и шелушение, незначительный зуд кожи. Лихеноидный вариант проявлялся незначительно выраженным симптомокомплексом эритемы, шелушения, гиперкератоза, зуда кожи и изъязвления.

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить наиболее часто встречающиеся клинические признаки АК, позволяющие диагностировать АК и определять клинический вариант заболевания.

РОЛЬ ВРАЧЕЙ ДЕРМАТОЛОГОВ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Пягай Г.Б.¹, Юлдашев К.К.², Ахатова Ш.Х.³, Золоторевская Л.Ф.⁴

Ташкентский государственный стоматологический институт

Межрайонный КВД-2 г. Ташкента

Межрайонный КВД-8 г. Ташкента

Актинический кератоз (АК) является одним из самых распространенных дерматологических заболеваний, вызываемых длительным воздействием ультрафиолетовых лучей на кожу. При отсутствии своевременной диагностики и лечения, АК может прогрессировать до инвазивного рака кожи. Таким образом, ранняя диагностика является важным фактором в профилактике развития рака кожи. Нами были проанализированы данные пациентов, выявляемых на ранних стадиях АК (АК 0-1 стадии). Среди большой выборки пациентов в нашем исследовании их оказалось 55 человек. Среди них 30 пациентов с АК стадии 0 – 30 человек, АК стадии 1 – 25. Большую часть пациентов составили женщины – 41 (74,5%), мужчин – 14 (25,5%). Следует отметить, что почти все пациенты с АК 0 стадии

обращались на прием к врачу дерматологу по другим причинам, включающие аллергические дерматозы, онихомикозы, токсикоаллергические реакции, бородавки и др., и только в результате тщательного обследования всего кожного покрова, особенно открытых участков кожи, были обнаружены ранние проявления АК. Только 15 (60%) пациентов с АК 1 стадии в качестве причины посещения врача указывали симптомы, характерные для АК, т.е. наличие стойкой эритемы, незначительного шелушения, участков западения кожи либо пигментации на лице. Дальнейшее комплексное обследование данных пациентов, включающее дерматоскопию очагов поражения и, в некоторых случаях патоморфологическое исследование биоптата, позволило подтвердить диагноз АК на ранних стадиях, и определить методы их лечения. Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о важности усиления активного со стороны дерматологов выявления пациентов с АК среди пациентов средней и старшей возрастной группы, даже обращающихся к врачу с другими дерматологическими проблемами, что позволит назначить адекватную терапию, провести разъяснительную работу по фотопротекции и избежать прогрессирования заболевания.

ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИЗУЧЕНИЯ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА В АРИДНОЙ ЗОНЕ ЮЖНОГО ПРИАРАЛЬЯ

Пягай Г.Б., Ещанов М.К.

**Ташкентский государственный стоматологический институт
Региональный филиал РСНПМЦДВиК Республики Каракалпакстан
Каракалпакский медицинский институт**

Изучение проблемы актинического кератоза (АК) в аридных зонах имеет высокую научную значимость, поскольку этот вид кератоза является одним

из наиболее распространенных дерматологических заболеваний в этих регионах. АК является предраковым состоянием, которое может прогрессировать до развития злокачественных новообразований кожи, таких как базалиома и плоскоклеточный рак. Более того, аридные зоны характеризуются высокой интенсивностью ультрафиолетового излучения и низкой влажностью, что способствует развитию АК. Территория Республики Каракалпакстан и хорезмская область Узбекистана относятся к аридной зоне южного приаралья, в связи с чем испытывают колоссальные последствия экологической катастрофы связанной с высыханием аральского моря, отражающимися, в том числе, и на дерматологической патологии населения. Анализ обращаемости пациентов в филиал РСНПМЦ ДВиК с различной дерматологической патологией показал, что большинство пациентов старше 30 лет даже не обращают внимания на признаки дерматогелиоза, проявляющиеся уже в молодом возрасте у подавляющего большинства пациентов. Обследование 50 взрослых пациентов обратившихся за один день на прием в КВД по различным причинам выявило АК 0 и 1 стадии у 14 (28%) пациентов. Основными признаками данного заболевания явились стойкая эритема, легкое поверхностное шелушение, и в некоторых случаях очаговая гиперпигментация. Дерматоскопически было выявлено несколько признаков подтверждающих АК (точечные сосуды, эритематозный фон, поверхностные кератиновые чешуйки бело-желтого цвета, гиперпигментированные открытые фолликулы, коричневые глобулы и др.). Ранняя диагностика АК позволила акцентировать внимание пациентов к данной проблеме, определить тактику лечения и проработать механизмы фотопротекции.

Таким образом, целенаправленное, более масштабное изучение данной проблемы позволит определить реальную заболеваемость АК в данном регионе страны, разработать эффективные стратегии профилактики и лечения АК в аридных зонах, что в свою очередь способствует улучшению здоровья населения и снижению экономических затрат на лечение данного заболевания.

**РАДИАЦИОННО-ИНДУЦИРОВАННЫЕ КОЖНЫЕ РЕАКЦИИ У
ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ЛУЧЕВУЮ ТЕРАПИЮ, В ПРАКТИКЕ
ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА**

Пягай О.Г., Ибрагимова Н.С.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Актуальность. Изучение радиационно-индуцированных кожных реакций (РИКР) у пациентов, проходящих лучевую терапию, является актуальным на сегодняшний день, поскольку лучевая терапия является одним из основных методов лечения многих злокачественных опухолей. Однако, кожные реакции на лучевую терапию могут существенно ухудшить качество жизни пациентов, а также повлиять на результаты лечения. Изучение нежелательных кожных реакций на фоне лучевой терапии также может помочь врачам-дерматовенерологам в лучшем понимании механизмов их возникновения и клинического проявления, а также определить наиболее оптимальные способы диагностики и лечения.

Цель исследования. Целью исследования радиационно-индуцированных кожных реакций у пациентов, проходящих лучевую терапию, является определение частоты, тяжести и клинических особенностей данных реакций, а также оценка эффективности различных методов их профилактики и лечения в практике врача-дерматовенеролога.

Материалы и методы исследования. В исследование было включено 15 пациентов, получающих лучевую терапию по поводу онкологического заболевания, обратившихся к дерматовенерологу с различными проявлениями радиационно-индуцированных кожных реакций. Среди проявлений РИКР наблюдались: сухая (у 3 пациентов) и влажная десквамация (у 4 пациентов) кожи, хронические язвы (у 2 пациентов) и фиброз (у 6 пациентов). Также был проведен анализ и обработка современной литературы крупных международных баз данных (PubMed,

UpToDate) с целью поиска новейшей информации о механизмах развития РИКР и методов их лечения.

Результаты и обсуждение. Радиационно-индуцированное повреждение кожи характеризуется наличием хронического воспалительного процесса в дерме и увеличением синтеза активных форм кислорода и азота в результате радиолиза воды (свободные радикалы вызывают окислительное повреждение и цитотоксичность, посредством повреждения ядерной и митохондриальной ДНК) тем самым вызывая острое или хроническое повреждение кожи.

Наиболее радиочувствительными клетками кожного покрова являются базальные кератиноциты, стволовые клетки волосяных фолликулов и меланоциты, причем некоторый процент базальных кератиноцитов разрушается уже после первой дозы радиации, нарушая таким образом способность кожи к самообновлению. Более того, радиация необратимо повреждает эндотелиальные клетки капилляров и мелких кровеносных сосудов в тканях кожи, вызывает повышение уровня трансформирующего фактора роста- β (TGF- β), в результате чего усиливаются процессы эндотелиального фиброза и последующая окклюзия просвета сосудов вызывает гипоксию тканей. Большую роль на развитие тех или иных проявлений РИКР играют такие факторы, как режим, доза и период облучения.

Следует подчеркнуть, что частота возникновения РИКР у пациентов, получающих лучевую терапию, составляет по разным данным, до 95%, что заметно снижает качество жизни, а в некоторых случаях является причиной отмены данного вида терапии.

РИКР разделяют на острые и хронические, в нашем исследовании у 7 пациентов наблюдались проявления острых РИКР (сухая и влажная десквамация кожи) и у 8 – хронические РИКР (хронические язвы и фиброз). Среди пациентов с острыми РИКР у 5 пациентов клинические проявления соответствовали 2 и 3 степени тяжести, а у 2 пациентов – 1 степени тяжести. Отнесение данных пациентов к соответствующим степеням тяжести

послужило наличие у них умеренной или выраженной эритемы, появление серозного экссудата (влажной десквамации) в очагах поражения и кровотечений при незначительном механическом воздействии на кожу. Первая степень тяжести характеризовалась слабой эритемой или сухой десквамацией.

По данным различных авторов, применение топических кортикостероидов для лечения РИКР является спорным вопросом, а эмоленты и увлажняющие средства рекомендуются как в качестве профилактики, так и для лечения эритемы и сухой десквамации. Тактика ведения данных пациентов различается в зависимости от степени тяжести, начиная с эмолентов при легкой степени тяжести, заканчивая хирургическим вмешательством в тяжелых случаях.

Что касается патогенетического лечения, в современной литературе имеются сообщения о положительных результатах лечения пероральными и наружными антиоксидантами, а также средствами, улучшающими реологические свойства крови. Важно подчеркнуть, что на сегодняшний день не существуют общепризнанных рекомендации по ведению пациентов с РИКР.

Заключение. В настоящее время существует множество теорий касательно механизмов развития радиационно-индуцированных кожных реакций, среди которых повреждение ДНК активными формами кислорода и азота представляется наиболее доказанным механизмом. Также, немаловажное значение в развитии того или иного клинического проявления РИКР играет доза облучения, режим, период, и некоторые индивидуальные факторы, такие как возраст, наличие других хронических заболеваний в анамнезе и т.д.

Важно подчеркнуть, что на сегодняшний день не существуют общепризнанных рекомендации по ведению пациентов с РИКР, что еще больше указывает на актуальность изучения данной категории пациентов, поскольку от степени тяжести РИКР зависит и вопрос о возможном

прекращении лучевой терапии. Учитывая высокую распространенность РИКР, данная категория пациентов нуждается в своевременном дерматологическом лечении для улучшения качества жизни и продолжения противоопухолевой терапии, следовательно, врачи-дерматовенерологи должны быть осведомлены о существующих на сегодняшний день методах лечения РИКР.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АНДРОГЕННОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН

Рахимов И.Р.¹, Садыков А.И.², Рахимов Ш.И.³

РСНПМЦ Дерматовенерологии и косметологии РУз

**Институт медицинского образования ФГБУ «НМИЦ имени В. А.
Алмазова», Санкт-Петербург, Россия**

Ташкентский государственный стоматологический институт

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

Материалы и методы: данная процедура была проведена у 25 женщин (в возрасте от 20 до 60 лет, средний возраст пациенток составил 35,6лет) с андрогенной алопецией. Для этого использовались специальный аппарат для трихопигментации – триходермограф на средне-высокой скорости (для нормальной кожи), специальная тройная игла с гладким кончиком и с шероховатой поверхностью, также использовали биосовместимый, гипоаллергенный пигмент. Для проведения процедуры выбрали эффект «Густых волос», так как при этом эффекте можно сохранить длину волос. Для достижения полного эффекта процедуру провели 1-2 сеанса (в зависимости от степени выпадения волос и образа жизни пациенток). Второй сеанс провели с промежутками в один месяц. Между которыми пациентки

пользовались специальным шампунем с меньшей кислотностью и сывороткой для устранения побочных эффектов.

Результаты: результативность проведения трихопигментации у всех пациенток (n=25) с андрогенной алопецией достигла желаемых пределов. На проблемные зоны были нанесены микроточечные пигменты 1(2) раза с промежутками в месяц. После процедуры волосы визуально стали выглядеть более густыми и при этом не укоротили длину волос. Эффект сохранится от двух до трех лет при соблюдении всех необходимых условий.

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

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ БОЛЬНЫХ АКНЕ

Сабиров У.Ю., Арифов С.С. Иброхимова Н.С.

**Республиканский специализированный научно- практический
центр дерматовенерологи и косметологии**

**Центр развития профессиональной квалификации медицинских
работников**

г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клинико-анамнестические данные больных акне.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 48 больных акне возрасте от 12 до 25 лет, средний возраст составил $17,2 \pm 1,8$ года. Женщин было 23 (27,9 %), мужчин – 25 (52,1%). При

изучении давности заболевания показало, больные до одного месяца было 8 (16,7%), от одного до 6 месяцев 10 (20,8%), от 6 месяцев до 1 года 16 (33,3%) и от 1 года до 3 лет 14 (29,2%) больных. 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 изучение стадии заболевание по классификации предложенной Plewig G., Kligman A. M., Jansen J. (2000) комедональная форма диагностирована у 18 (37,5%) больных, папуло-пустулезная – у 25 (52,1%) и конглобатная – у 5 (10,4%) пациентов. Больные начало свое заболевание связывали с различными патологиями внутренних органов и факторами окружающей среды. Из 48 больных 10 (20,8%) связывали с перенесшими респираторными заболеваниями, 12 (25,0%) больные с патологией желудочно-кишечного тракта, 5 (10,4%) заболеваниями нервной системы, 4 больные (8,3%) нарушением менструального цикла, наличием лямблии и яйцо глистов – 2 (4,2%) и влиянием косметологических средств – 2 (4,2%) пациентов. 13 больных (27,1%) не смогли указать причину возникновения акне.

Вывод. Таким образом, среди наблюдаемых больных преобладают лица мужского пола (52,1%), с давностью заболевания от 6 месяцев до 1 года (33,3%), с папуло-пустулезной формой (52,1%) и начало заболевания часто связывали с патологией желудочно-кишечного тракта (25,0%).

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ АКНЕ

Сабилов У.Ю., Иброхимова Н.С.

Республиканский специализированный научно-практический
медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата Клинизит 0,1% в комплексной терапии акне.

Материалы и методы исследования. Под нашим клиническим наблюдением находились 31 больной акне от 12 до 25 лет. Мужчин было 15 (48,4%) и женщин - 16 (51,6%). Длительность заболевания составила от 6 месяцев до 6 лет.

Согласно классификации Plewig G., Kligman A. M., Jansen J. (2000) комедональная форма диагностирована у 12 (38,7%) больных, папулопустулезная – у 16 (51,6%) и конглобатная – у 3 (9,7%) пациентов.

Согласно классификации, предложенной Глобальным альянсом по улучшению результатов акне легкая степень тяжести течения установлена у 12 (38,7%) пациентов, средняя степень – у 8 (25,8%), тяжелая – у 6 (19,4%) и очень тяжелая 5 (16,1%) больных.

Все больные до начала лечения проходили комплексное общеклиническое обследование согласно стандартам диагностики и лечение дерматовенерологии и косметологии.

Результаты. В зависимости от способа лечения больные разделены на две группы: первая группа больных получало стандартное лечение. Вторая группа оптимизированный метод включающий в себя стандартное лечение и виде наружной терапии использовали 0,1% Клинизит гель 1 раз в день.

В процессе терапии во второй группе на 10-12 дни наблюдали уменьшение сальности кожи, тогда как в первой группе данный эффект отметили на 20 день. Разрешение комедонов, папулезных элементов в первой группе на 25 день, а второй группе 20 день лечения. Результаты лечения виде

клинического выздоровление было отмечено в первой группе у 9,7 %, во второй группе у 25,8 %, значительное улучшение во второй группе у 38,7 %, а в первой группе у 28,8 %.

Заключение. Таким образом, наши клиническое наблюдение показало, что применение в комплексе терапии геля Клинизит увеличивает эффективность лечение на 2 раза и снижают риск осложнение постакне 1,4 раза.

**КРЕМНИЙ СОДЕРЖАЩИЕ НАРУЖНЫЕ УВЛАЖНЯЮЩИЕ
СРЕДСТВА ЛИНИИ «ФАТИДЕРМ» В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ
ДЕРМАТОЗОВ У ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ СПОРТСМЕНОВ**

Садиков А.А., Тохтаев Г.Ш., Махмудов Ш.Х., Абдувахитова И.Н.

Ташкентская медицинская академия

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

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 секретиремые 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

WillamsonetKligman (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.

**ОПЫТ УСПЕШНОГО ПРИМЕНЕНИЯ
СУПЕРОКСИДДИСМУТАЗЫ В ФОРМЕ КРЕМА ДЛЯ
ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЙ У
ПАЦИЕНТОВ, ПРОХОДЯЩИХ ФОТОДИНАМИЧЕСКУЮ ТЕРАПИЮ**

Садыков А. И.¹, Пягай Г.Б.³, Ибрагимова Н.С.³, Пягай О.Г.^{1,2}

НМИЦ им. В. А. Алмазова¹

**Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет²**

Ташкентский государственный стоматологический институт³

Актуальность. Фотодинамическая терапия (ФДТ) является эффективным методом лечения не только предопухолевых и опухолевых заболеваний, но и различных воспалительных дерматозов. Метод основан на использовании светочувствительных веществ (фотосенсибилизаторов) и их активации светом определенной длины волны. Несмотря на то, что ФДТ обладает большим терапевтическим потенциалом, ее применение может сопровождаться нежелательными явлениями, такими как эритема, боль в месте воздействия, отек, ожоги и другие проявления, связанные с избыточным образованием свободных радикалов. В данной статье мы рассмотрим опыт применения супероксиддисмутазы в форме крема для лечения нежелательных явлений у пациентов, проходящих ФДТ по поводу лечения базально-клеточного рака, плоскоклеточного рака, актинического кератоза, псориаза и экземы.

Цель исследования. Целью исследования было выявить целесообразность использования крема с супероксиддисмутазой и ее роль в

процессах разрешения нежелательных явлений, развивающихся на фоне ФДТ.

Материалы и методы. В исследование было включено 45 пациентов, с нежелательными явлениями на фоне ФДТ и 40 пациентов, проходящих ФДТ, которым предварительно был назначен крем Содерм® форте в качестве профилактики развития нежелательных явлений. В качестве «нежелательных явлений» рассматривались: отек, гиперемия, болевые ощущения и ожоги.

Результаты и обсуждение. Механизм действия ФДТ достаточно многогранен и сложен, однако, на сегодняшний день известно, что ключевым звеном в ФДТ является образование синглетного кислорода, являющегося реактивной молекулой, обладающей способностью вызывать окислительный стресс в клетках. Синглетный кислород имеет неспаренный электрон, что позволяет ему вступать в реакции с другими молекулами в клетках, вызывая повреждение последних. Следует отдельно отметить, что свободные радикалы, такие как гидроксильный радикал и пероксидный радикал, также могут образовываться в результате взаимодействия синглетного кислорода с молекулами воды или липидов. По данным некоторых авторов, так называемый «сосудистый компонент» играет решающую роль в эффективности ФДТ в лечении опухолей, так как комплекс фотохимических реакций приводит к разрушению эндотелия кровеносных сосудов, активация тромбоцитов с высвобождением тромбосана и агрегацией тромбоцитов, образованием пристеночных и окклюзирующих тромбов, сдавливанием капилляров в результате интерстициального отека, в результате чего происходит нарушение кровотока в ткани опухоли. Известно также, что достаточно даже минимальных концентраций фотосенсибилизаторов при воздействии света для запуска фотохимических реакций в тканях. Именно по этой причине при несоблюдении профилактических мероприятий после сеансов ФДТ, у наблюдаемых нами пациентов развились нежелательные явления.

Супероксиддисмутаза, напротив, является энзимом, нейтрализующим свободные радикалы, тем самым предотвращая их вредное воздействие на клетки. Тщательный анализ современной литературы позволил нам предположить, что применение супероксиддисмутазы может нивелировать не только риск возникновения побочных эффектов, связанных с ФДТ, но и уменьшить выраженность уже развившихся нежелательных явлений. Возраст исследуемых нами пациентов (n=45) варьировался от 51 до 79 лет, при этом 28 пациентов были женского пола, а 17 мужского. У 38 пациентов наблюдались признаки ожогов 1 и 2 степени тяжести в виде болезненных ощущений в очагах поражения, эритемы и отека, образование пузырей наблюдалось всего в 3 случаях. У 7 пациентов нежелательные явления были представлены только лишь болезненными ощущениями в месте воздействия. Всем пациентам, кроме случаев с образованием пузырей, был назначен крем Содерм® форте с частотой применения 2 раза в день на протяжении всего курса ФДТ. Наблюдения за пациентами показали, что применение крема с супероксиддисмутазой способствует уменьшению выраженности побочных эффектов, связанных с ФДТ. В случае с группой пациентов, которым крем Содерм® форте назначался превентивно перед сеансами ФДТ, то только лишь у 1 пациента наблюдалась слабо выраженная эритема.

Заключение. Применение крема на основе супероксиддисмутазы позволяет снизить не только риск возникновения нежелательных явлений, связанных с фотодинамической терапией, но и уменьшить выраженность уже существующих побочных эффектов. Результаты исследования могут быть использованы для разработки новых методов профилактики и лечения нежелательных явлений, связанных с фотодинамической терапией, а также для усовершенствования существующих методов лечения кожных заболеваний.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ МУЛЬТИФАКТОРИАЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Саипова Н.С., Миродилова Ф.Б.

Ташкентская медицинская академия

Актуальность. Диагностика и ведение пациентов с коморбидной патологией остаются одной из наиболее сложных задач в клинической практике. Представляет интерес изучение коморбидности у больных с распространенными мультифакториальными дерматозами (ХМД), как псориаз, красный плоский лишай, экзема, нейродерматозы, пузырьчатка и другие.

Цель исследования: оценить клиническую эффективность глутатиона в комплексной терапии заболеваний кожи в условиях коморбидности с другой соматической патологией.

Материалы и методы исследования: Мы наблюдали 77 больных с хроническими дерматозами с различными сопутствующими заболеваниями, в том числе псориаз был у 47 больных, красный плоский лишай – 11, экзема, нейродерматозы (диффузный нейродермит, почесуха, кожный зуд), эритематоз, акантолитическая пузырьчатка – у 19 больных. Наиболее частая патология – сахарный диабет 45(58,44%), в том числе средней тяжести 37(48,1%%) и декомпенсированный 8(10,4%) с различными органическими изменениями – ангио-, ретино- и нефропатией. Гипертоническая болезнь (Г разной степени и артериальная гипертензия диагностировались в равной частоте 36(46,8%), часто сочетаясь с СД и ожирением раной степени выраженности – 44 (57,15%).

Реже отмечались болезни гепатобилиарной системы и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), болезни нервной системы – дисциркуляторная энцефалопатия, церебральный атеросклероз (10 больных-12,98%), в единичных случаях были диагностированы хронический бронхит, ХОБЛ.

Функциональную активность печени изучали на основании оценки липидного обмена. Исследовали образцы крови 77 больных ХМД. Для контроля исследовали образцы крови 20 здоровых доноров. Исследован уровень липидов и ферментов печени. В целом у 81,6% больных отмечались сочетанные или изолированные нарушения содержания исследованных величин. Наиболее часто отмечались гиперхолестеринемия, дислипопротеинемия, соответствующая 2а и 2б-типу и 4типу по классификации Фредериксона, повышение активности ферментов АЛТ, АСТ и содержания билирубина отмечались реже. Уровень общего холестерина был повышен у 76,6% больных, ЛПНП – у 53,3%, триглицеридов- у 11,6%, ЛНОНП – у 5,8%. Уровень ЛПВП у большинства больных снижался. Повышение сывороточных ферментов выявили у одной трети пациентов с наличием патологии пищеварительного тракта. Повышение уровня АЛТ, АСТ свидетельствует о цитолитическом синдроме, а содержание ГГТ, ЩФ связанного билирубина – о синдроме холестаза.

1 группа- 29 пациентов (псориаз-10, КПЛ- 5, экзема -6.,нейродерматозы-8) с коморбидными заболеваниями ССС, СД 2типа, ГБС получала Неомарин (глутатион) в комплексе с традиционной терапией. Препарат вводили внутривенно в дозе 600 мг один раз в день в течение недели. В первой группе были следующие нозологии.

2 группа -23 пациента получала только традиционную терапию.

В 1 группе по сравнению со 2 группой отмечалось клиническое выздоровление и значительное клиническое улучшение (желательный – положительный исход). Полученные результаты позволяют заключить, что эффективность лечения при назначении глутатиона (неомарин) составила 86,2-86,9% и была выше, чем в группе контроля с применением традиционных способов лечения. Риск развития осложнений при данных методиках минимальный, отношение шансов не превышает 1.

Выводы: Учитывая патогенетические факторы возникновения ХМД целесообразно включение в комплекс лечения больных препаратов полифункционального действия, с гепатопротекторными, антиоксидантными, иммуномодулирующими свойствами.

МЕСТО БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА В СТРУКТУРЕ ПЕРВИЧНО-МНОЖЕСТВЕННЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Солметова М.Н.¹, Юлдашева Д.Ж.², Аллаева М.Д.³

1. Республиканская кожно-венерологическая больница, Узбекистан

2. Ташкентский городской филиал РСНПМЦОиР, Узбекистан

3. Ташкентский государственный стоматологический институт

Введение: Успехи современной онкологии в лечении злокачественных заболеваний позволяет обеспечить благоприятный прогноз и удлинить выживаемость после излечения от первичного рака. Как следствие, контингент излеченных, с различной степенью вероятности, пополняет ряды неоднократно заболевших различными формами первично множественными злокачественными заболеваниями (ПМЗЗ).

Цель: установить место базальноклеточного рака кожи вовлеченного в ПМЗЗ, установить гендерно-возрастные параметры, выявить наиболее частые сочетания рака кожи в ПМЗЗ с другими злокачественными заболеваниями.

Материалы и методы: ретроспективный анализ данных Канцер-регистра г.Ташкента за 2018-2022 гг., с использованием пакета статистических программ электронных таблиц Excel.

Результаты: в период 2018 год по 2023 годы у 615 лиц зарегистрированы ПМЗЗ. При нозологическом анализе базалиомы, в составе рака кожи, заняли второе место (после молочной железы) по частоте встречаемости в «паре»: при первом раке – в 21,0% случаев ПМЗЗ, во-втором

– в 17,2%. Базальноклеточный рак, превалируя над плоскоклеточным: в случае первых раков - 86,8% и 12,4%, и вторых – 84,0% и 16,0%. Возрастная медиана всей группы первых раков составила $70,45 \pm 8,49$: у мужчин ($n=59$) 45,7%, медиана составила $70,63 \pm 8,57$, у женщин ($n=70$), 54,5% – $69,87 \pm 8,49$. Базалиома в составе ПМЗЗ выявлялась как второй рак в более преклонном возрасте: соответственно - $77,6 \pm 7,78$, где мужчины ($n=41$, и у женщин – $79,21 \pm 9,43$. При определении приоритетной парной патологии имеет место влияние гендерного фактора. На фоне рака кожи - бесспорного лидера второго рака (55% общая группа, у мужчин – 50,8%, у женщин – 58,6%), следующую позицию у мужчин занял рак простаты – 11,9%, а у женщин – сборная группа поражения желудочно-кишечного тракта – 11,4%. Третьи позиции заняли: у мужчин - рак желудочно-кишечного тракта – 8,5%, а у женщин – 5,4% рак молочной железы.

Заключение: базальноклеточный рак поражая наиболее уязвимую социальную группу – пожилых и стариков, требует дифференцированного гендерно-возрастного подхода в целевом поиске «вторых» раков для исключения ПМЗЗ, при диспансеризации учетного контингента онкодерматологических больных.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЛОК В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ИСТИННОЙ ЭКЗЕМОЙ, ОСЛОЖНЕННОЙ ВТОРИЧНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Ташкенбаева У.А., Музапова У.Р.

Ташкентская Медицинская Академия

Цель настоящего исследования – оптимизация терапии больных с истинной экземой, осложненной пиодермией.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в Ташкентской областной кожновенерологическом диспансере (ТОКВД) в

период с 2020 по 2022 гг. находилось 93 больных с ДЭ в стадии обострения, осложненной пиодермией. Одним из условий взятия под наблюдение было отсутствие выраженной сопутствующей патологии, а также наличие легкой и среднетяжелой формы экземы в стадии обострения. Возраст пациентов от 25 до 58 лет, из них женщин – 57 (61,2 %), мужчин – 36 (38,8 %). Продолжительность болезни от 1 месяца до 5 лет. У большинства пациентов (61,3 %) обострение возникало преимущественно в весенний и осенне-зимний периоды, у остальных (38,7 %) четкой сезонности не наблюдалось.

По тяжести заболевания пациенты распределились следующим образом: 43(53,8 %) человека – с легкой формой, 37(46,2 %) – среднетяжелой.

Обследование пациентов проводилось согласно стандарту и включало в себя сбор жалоб, анамнестических данных, объективное обследование, лабораторную диагностику.

Пациенты были разбиты на 2 группы: 1-ая группа (средний индекс EASI – $37,4 \pm 2,6$) получала стандартную терапию, 2-ая (индекс EASI – $35,8 \pm 2,2$) – стандартную терапию плюс озон.

Лечение проводилось с учетом стандартов Минздрава РУ на фоне гипоаллергенной диеты. Обе группы получали антигистаминные (цетиризин, дезлоратадин), гипосенсибилизирующие препараты (глюконат кальция, тиосульфат натрия), витамины (аевит, аскорутин), энтеросорбенты (лактофильтрум). Пациентам со среднетяжелой формой ДЭ вводили внутривенно-капельно раствор Стронгер Нео по 200-400 мл ежедневно или через день, на курс 3-5 инфузий.

Внутривенное введение озонированного физиологического раствора (концентрация ВЛОК в растворе 2 мг/л) производили по 400 мл 3 раза в неделю, всего 5 – 9 процедур на курс лечения. Использовался аппарат фирмы «Медозонс» (Н. Новгород).

Местная терапия экзематозных проявлений включала примочки, аэрозоли (при мокнутии), кортикостероидные кремы и мази (метилпреднизолонаацепонат, гидрокортизона 17-бутират); для лечения

пиодермитов – туширования спиртовыми растворами анилиновых красителей, комбинированные аэрозоли и кремы с кортикостероидами и антибиотиками (оксикорт, пимафукорт), а также антибактериальные мази (фуцидин, банеоцин, бактробан).

Наблюдение за пациентами продолжалось в течение 1 года.

Результаты исследования

Все наблюдаемые нами больные комплексное лечение переносили хорошо. Применение в комплексном лечении больных экземы кожи антигистаминного препарата. Дезлоратадин с дало хорошую терапевтическую активность как в положительной динамике кожного процесса, так и купировании субъективных ощущений. Динамическое наблюдение за больными во время проведения комплексного лечения, направленного на коррекцию сухости, разрешение лихенификации кожи, устранение или уменьшение субъективных ощущений, позволило отметить хорошую положительную динамику кожных проявлений и снижение интенсивности зуда уже на 2-3 день лечения. Применение кортикостероидов на первом этапе лечения при тяжелом течении патологического процесса позволило в короткие сроки добиться стойкой ремиссии. Был отмечен более выраженный терапевтический эффект при сочетании стероидных препаратов со средствами, увлажняющими кожу, которые наносили на кожу за один час до применения топических стероидов. Наружная терапия заметно влияла на скорость достижения и выраженность терапевтического эффекта. Адекватное применение наружных лекарственных средств у наблюдаемых больных существенно влияло на эффективность общей фармакотерапии, способствовало быстрому регрессу кожных проявлений заболевания и субъективных ощущений. наблюдается значительное эффективное комплексное лечение чем первой (на 64 % для 2-группе и 36 % для 1-группе)..

Заключение

ВЛОК эффективно влияла на основные клинические проявления экземы (зуд, островоспалительные явления на коже, эксфолиации и др.). Практически

у всех больных после проведения 2–4-х процедур ВЛОК отмечалось видимое клиническое улучшение, выразившееся в прекращении зуда (через 4–6 дней), исчезновении мокнутия (через 1–3 дня) и вторичных пиодермических высыпаний (через 6–8 дней), улучшении самочувствия. При дальнейшем наблюдении пациентов эффективность терапии определялась продолжительностью ремиссии в течение года.

Таким образом, применение ВЛОК в комплексном лечении больных дисгидротической экземой, осложненной пиодермией, способствует ускорению регресса клинических проявлений кожного процесса, закреплению результатов терапии.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДИСГИДРОТИЧЕСКОЙ ЭКЗЕМЫ КОМБИНИРОВАННЫМ ПРЕПАРАТОМ

Ташкенбаева У.А., Музапова У. Р.

Ташкентская Медицинская Академия, г.Ташкент. Узбекистан

Цель исследования — оценка эффективности комбинированной терапии дисгидротической экземы с применением крема для наружного применения Тетрадерм.

Материал и методы. В программу исследования включены 18 пациентов (мужчины в возрасте от 18 до 29 лет, средний возраст 21,6 года) с дисгидротической экземой стоп, осложненной вторичной инфекцией. Все пациенты были осведомлены о проводимом исследовании и дали добровольное согласие на участие в нем. Диагноз установлен на основании жалоб, данных анамнеза и клинических проявлений. Всем пациентам назначено лечение, включившее наружное применение на пораженные участки кожи крема Тетрадерм 2 раза в сутки в течение 14 дней, гипосенсибилизирующая терапия в соответствии с Федеральными

клиническими рекомендациями и соблюдением гигиены кожи. В ходе динамического наблюдения за больными для оценки эффективности лечения рассчитывали дерматологические индексы. Для оценки выраженности основных симптомов дерматоза (эритема, отек, мокнутие, лихенификация, папулы, сухость, шелушение, трещины, зуд) по 4-балльной шкале рассчитывали дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС). Для оценки степени негативного воздействия заболевания на разные аспекты жизни пациента, характеризующие качество его жизни в целом, рассчитывали дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). Максимальному значению индекса (30 баллов) соответствовало наиболее негативное влияние заболевания на качество жизни пациента.

Результаты исследования показали, что выраженность симптомов дисгидротической экземы у пациентов статистически значимо уменьшалась уже через 7 сут после применения крема (табл. 1). При этом у 5 (36%) больных регрессировало мокнутие, у 2 (11,1%) больных — сухость и шелушение, 15 (83,3%) пациентов отметили отсутствие зуда. В связи с достижением положительного клинического результата 2 больных прекратили применение крема до окончания срока лечения — соответственно через 11 и 12 сут. У остальных пациентов к окончанию периода лечения (14 сут от начала лечения) практически отсутствовали признаки заболевания. В целом кожные проявления дисгидротической экземы в результате применения крема Тетрадерм купированы у всех пациентов. Переносимость препаратов была хорошей, нежелательных явлений не зарегистрировано. Опрос пациентов показал, что на момент обращения за медицинской помощью заболевание оказывало выраженное негативное действие на разные аспекты жизни, что было связано как с субъективными ощущениями (зуд, жжение или болезненность), так и с чувством дискомфорта в условиях повседневной жизни (неловкость или смущение в связи с состоянием кожи, трудности в выполнении повседневных дел дома и на работе, влияние заболевания на досуг и социальную

активность и др.). Значения ДИКЖ у большинства пациентов свидетельствовали о чрезвычайно сильном влиянии заболевания на их повседневную жизнь.

Заключение Применение препарата Тетрадерм у больных дисгидротической экземой дает выраженный терапевтический эффект и повышает качество жизни пациентов. В результате лечения достигается полное или частичное купирование кожных проявлений заболевания: зуда, мокнутия, воспалительных явлений, сухости, шелушения и трещин.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА ПРИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ

Ташкенбаева У.А., Усмналиев С.А.

Ташкентская медицинская академия

На данный момент уже накоплено достаточно данных о взаимосвязи таких патологий как SARS-CoV-2 и псориаза. Клинически наиболее значимой проблемой является обострение псориаза во время и после перенесенного заболевания, ассоциированного с SARS-CoV-2, что ставит перед врачами дерматологами задачу для поиска рациональных терапевтических подходов к ведению таких пациентов. Еще одной сложностью является то, что необходимо учитывать и последствия воздействия вируса на кожу, и не допустить усугубления клинических проявлений и развития осложнений COVID-19. Влияние инфекции на течение псориаза можно объяснить общим геномом между псориазом и COVID-19. Согласно литературным данным в клетках, зараженных SARS-COV-2, повышена экспрессия белков семейства S100, данные белки являются целями сигнального пути IL-17, одного из основных цитокинов в патогенезе псориаза. Следовательно, коронавирусная инфекция может стимулировать выброс IL-17, что, видимо, и провоцирует обострения псориаза.

Многочисленные исследования позволяют говорить о так называемом «цитокиновом шторме», сопровождающим течение инфекционного процесса, ассоциированного с SARS-CoV-2. Основная роль в развитии системного воспаления в организме принадлежит повышению уровня провоспалительного цитокина – интерлейкина-6 (ИЛ-6) и снижению уровня противовоспалительного цитокина ИЛ-10. Их концентрация в крови коррелирует с тяжестью течения COVID-19 и вероятностью неблагоприятного прогноза. Этот воспалительный процесс может служить триггером обострения псориаза.

В свою очередь, и обострение псориаза, сопровождающееся системным воспалением и иммунными нарушениями, может быть причиной повышения чувствительности организма к инфекциям, в т. ч. к SARS-CoV-2.

Лекарственные препараты, назначаемые при COVID-19, также могут оказывать негативное влияние на течение псориаза. В отношении одних такая возможность уже доказана, в отношении других ведутся оживленные дискуссии.

Наиболее часто обострение псориаза связано с назначением гидроксихлорохина. Он может ухудшать течение псориаза, способствовать его манифестации и обострению через стимулирование выработки ИЛ-17 и пролиферации кератиноцитов. Нет единого мнения относительно влияния иммуносупрессивных и биологических лекарственных препаратов на течение псориатического процесса. Хотя однозначных результатов, свидетельствующих об их отрицательном воздействии, не получено, рекомендуется подходить к решению вопроса как о назначении, так и отмене данной группы препаратов индивидуально.

Следовательно, изучение влияния биологических препаратов на течение псориатического процесса при COVID-19 инфекции является актуальной проблемой для дальнейшего ведения пациентов с данной патологией.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ И ИХ ПРОФИЛАКТИКА

Турсунов М.Ш., Айтугдиев Я.Ж., Шайматов М.Л., Курбанов Б.Б.

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

В настоящее время много внимания уделяется качеству жизни, в том числе у пациентов с дерматологической патологией. Среди профессиональных заболеваний важное место занимает патология кожи, которая, являясь внешним барьером организма, первой реагирует на воздействие факторов внешней среды. В последние годы отмечается рост числа профессиональных дерматозов, сопровождающийся трансформацией характера и течения профессиональных поражений кожи. Причинами этого является увеличение контингента рабочих, имеющих производственный контакт с аллергенами, применение новых, ранее неизученных в аллергенном отношении соединений, недостатки технологических процессов и оборудования, способствующие прямому контакту с аллергоопасными веществами. Многие авторы отмечают, что несовершенство системы предварительных и периодических медицинских осмотров также способствует росту профессиональной патологии кожи. Для современной промышленности характерны низкие уровни воздействующих факторов, их комплексный или комбинированный характер. Комбинированное воздействие аллергенов может способствовать развитию поливалентной сенсibilизации организма работающих. В структуре профессиональной заболеваемости кожи преобладают аллергические дерматозы. Формирование профессиональной патологии обусловлено высокой концентрацией промышленности и резко меняющейся в последние годы иммунореактивностью населения. Целью настоящего исследования является изучение состояния заболеваемости профессиональными дерматозами. Индивидуальный уход за собой. Последовательное применение смягчающих кожу средств – часто упоминаемый и легко достижимый способ минимизировать повреждение кожи из-за ксероза, вызванного частой

гигиеной рук. Действительно, было показано, что смягчающие вещества имеют решающее значение для восстановления повреждений кожного барьера и не снижают эффективность мытья рук или средств для растирания рук на спиртовой основе. Как для герметичных, так и для негерметичных, после умывания лица рекомендуется увлажнять кожу по крайней мере один раз в день. Хорошими вариантами являются кремы, содержащие акрилатные полимеры или диметикон, благодаря тому, что их эффект сохраняется дольше. Не рекомендуются мази, в том числе цинксодержащие. В тяжелых случаях местные, а иногда системные глюкокортикостероиды могут дать хороший противовоспалительный и десенсибилизирующий эффект.

Целью данных исследований стало изучение профессионального заболевания кожи устанавливался на основании данных анамнеза, клинической картины заболевания, аллергологического обследования с учетом профессионального маршрута и санитарно-гигиенической характеристики рабочего места пациента.

Таким образом, проблема распространенности профессиональных дерматозов является актуальной. Основные клинические формы профессиональных дерматозов – экзема, контактно-аллергический дерматит. Выявляемость профессиональной патологии кожи на медицинских осмотрах, что свидетельствует о необходимости дополнительной подготовки врачей-дерматовенерологов общемедицинской сети по вопросам профпатологии. Медицинские работники являются группой риска по развитию профессиональных поражений кожи, требующей проведения эффективных профилактических мероприятий.

Q-ГЕТЕРОХРОМАТИН И ТЕПЛОПРОВОДНОСТЬ ТЕЛА ЧЕЛОВЕКА КАК ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ ОЖИРЕНИЯ

Узаков О.Ж., Ахунбаев С.М.

Международная высшая школа медицины

г.Бишкек, Кыргызская Республика

Актуальность.

В настоящее время, количество людей, страдающих ожирением неуклонно растет с преобладанием у лиц среднего возраста. Ожирение, при всей развитости методов диагностики, лечения и профилактики, все же остается не только медицинской, но и социальной проблемой. В аспекте не изученности генетически предрасполагающих факторов, данный вопрос не теряет своей актуальности [1-3].

Цель исследования: выявления значимого влияния содержания Q-гетерохроматина и уровня теплопроводности тела на предрасположенность к ожирению.

Материалы методы исследования

Для достижения поставленной цели было сформированы две группы: клиническая (лица с ожирением) в количестве 100 человек, и контрольная группа (здоровые лица) в количестве 200 человек. Индикаторами выступили: концентрация Q-гетерохроматина и показатели теплопроводности тела. Использовались термометрический метод и цитогенетический метод с окраской образцов акрихином иприта.

Результаты и их обсуждения

Выявлено, статистически значимая разница в количестве Q-гетерохроматина в хромосомах между исследуемыми группа. Так в клинической группе его концентрация достоверно ниже контрольной группы.

Показатели теплопроводности тела, в клинической группе, были ниже в периферических отделах (ладони), не отличались в центральных отделах

(подмышечная впадина) и градиент температур в клинической группе была значительно выше относительно контрольной группы.

Выявлена обратная корреляционная связь между показателями градиента температуры с концентрацией Q-гетерохроматина в обеих группах. Более высокая корреляционная зависимость наблюдалась в клинической группе.

Выводы

В нашем исследовании, проявились определённые аспекты влияния концентрации Q-гетерохроматина и показателей теплопроводности в клинической группе в когорте с контролем.

Список литературы

1. European Guidelines for Obesity Management in Adults Obes Facts 2015;8:402–424;
2. Ibraimov AI. 2003. Condensed chromatin and cell thermoregulation. Complexus. 1:164-170.
3. Slavinec M, Repnik R, Klemenčič E. The impact of moisture on thermal conductivity of fabrics. Anali Pazu. 2016;6(1-2):8-12.

СИСТЕМНАЯ ОЦЕНКА ЕДИНИЧНОГО ОЧАГА У БОЛЬНЫХ ДИСКОИДНОЙ ФОРМОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Хамидов Ф.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: определить индекс активности заболевания и повреждений при кожной красной волчанке в условиях Андижанской области.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 52 больных (42 женщины, 10 мужчин) дискоидной формой красной волчанки, в возрасте от 23 до 49 лет. Всем больным диагноз был поставлен после

стандартного исследования. Анализ на LE-клетки были отрицательными. Эффективности терапии у пациентов с дискоидной формой красной волчанки определяли с помощью показателей «Системной оценки единичного очага дискоидной красной волчанки». Параметры системная оценка единичного очага дискоидной красной волчанки включает: эритема (E), уплотнение или индукция (I), шелушение (S) и атрофия (A). При этом отдельно подсчитывается количество баллов для каждого параметра, а сумма баллов всех параметров является балльной оценкой кожного очага дискоидной красной волчанки. Кроме этого, у больных с дискоидной красной волчанкой был изучен дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). Больные получали комплексное лечение (Пресоцил, Колострум, Иммунолакт, Дипроспан и др., местно – крем Унна + мазь Клобифорд).

Результаты исследования. До лечения у больных с дискоидной красной волчанкой показатели «Системы оценки единичного очага дискоидной красной волчанки» были высокими – $10,98 \pm 0,54$ балла, а ДИКЖ доходило до $25,09 \pm 0,22$ балла. После комплексной терапии у больных с дискоидной формой красной волчанки баллы «Системы оценки единичного очага дискоидной красной волчанки» снизились в среднем до $4,15 \pm 0,24$ балла, а ДИКЖ – в среднем до $12,34 \pm 0,61$ балла.

Выводы. Применение индекса «Системная оценка единичного очага дискоидной красной волчанки» показал себя с положительной стороны, легко можно подсчитать, удобно оценить патологический кожный процесс, а также контролировать процесс лечения. Применение в комплексной терапии ГКС и препаратов колострум и иммулакт дали положительные результаты, и это было подтверждено конечными результатами исследования.

ТЕРАПИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА КРЕМОМ ФИЛАГРИНОЛА

Хамидов Ф.Ш.

Андижанский государственный медицинский институт

Атопический дерматит (АД) – это генетическое, воспалительное заболевание кожи. В клинике данного дерматоза отмечается хроническое течение, сильный зуд, своеобразное поражение патологического очага. При АД наблюдается различные поражения внутренних органов. Для АД рекомендовано консервативное лечение с различными препаратами. Последнее время в терапии АД применяют эмоленты, и их воздействие на состояние внутренних органов, в том числе на монооксигеназную систему (МОС) печени, перекисное окисление липидов (ПОЛ) не достаточно изучены.

Цели исследования. Изучить влияние крема филагринол на состояние монооксигеназную систему печени и перекисного окисления липидов у больных атопическим дерматитом в комплексной терапии.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 180 (106 женщин, 74 мужчин) больных АД, в возрасте от 14 до 43 лет. У всех больных были проведены лабораторно-клиническое исследование. После установления клинического диагноза было назначено комплексное лечение (эспо-бастин, натрий тиосульфат, колострум, иммунолакт, амидорлик, анфа омега и др.) с применением крема Филагринола, наружно 1 раз в день.

Результаты исследования. У пациентов АД до и после комплексной терапии было исследовано МОС печени (с применением антипириновой пробы), ПОЛ в крови (с определением МДА – малоновый диальдегид), и показатели SCORAD. До комплексного лечения показатели МОС у всех больных было снижено, а показатели МДА (ПОЛ) были выше, чем в контрольной группе (n=10). Также показатели индекса SCORAD до применения крема Филагринола были увеличены. После комплексной

терапии с применением крема Филагринола индекс SCORAD снижался только у 65 пациентах, но не доходило до нормальных величин. А вот показатели МОС после применения Филагринола, в основном не снижались до нормальных величин, хотя концентрация МДА не значительно повышалась до показателей контрольной группы.

Выводы. Как показали результаты комплексного лечения, у пациентов АД после применения крема Филагринола в комплексной терапии антитоксическая функция печени не улучшалась, а показатели ПОЛ не значительно повышались. Снижение индекса SCORAD соответствовал показателям крови, и применение крема Филагринола не приводило излечению пациентов АД.

АМИНОКИСЛОТНЫЙ СПЕКТРА СЫВОРОТКИ КРОВИ У БОЛЬНЫХ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКОЙ ДО И ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОМ КОЛОСТРУМ

Хамидов Ф.Ш., Ганиев М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить состояние аминокислотного спектра в сыворотке крови у больных акантолитической пузырьчаткой на фоне препарата Колострум.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением было 60 больных акантолитической пузырьчаткой в возрасте от 25 до 58 лет (37 женщин, 23 мужчин). Всем больным диагноз акантолитическая пузырьчатка (АП) был поставлен после стандартного исследования. До и после комплексного лечения препаратом Колострум, у больных АП было исследовано состояние аминокислотного спектра сыворотки крови и дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ). Препарат Колострум назначался в комплексной терапии по 2 мл 2 раза в день до еды, внутрь в

течение 1 мес. Наружно очаги поражения обрабатывались растительным раствором Витадерм 3 раза в день.

Результаты исследования. У всех больных до лечения было определено состояние аминокислотного спектра сыворотки крови, и у них отмечался дисбаланс показателей аминокислот. До комплексного лечения у больных отмечалось повышение индекса ДИКЖ до $24,12 \pm 0,63$ балла.

После комплексного лечения препаратом Колострум у больных АП показатели аминокислотного пула в сыворотке крови нормализовались и приближались показателям контрольной группы (n=10 человек). Индекс ДИКЖ к концу месяца комплексного лечения снизился на 33%.

Выводы. У больных АП до комплексного лечения наблюдался дисбаланс в аминокислотном спектре и высокий уровень показателей ДИКЖ. После применения в комплексной терапии препарата Колострум отмечалась нормализация показателей аминокислотного спектра сыворотки крови у больных АП. Эти показатели нормализовались на фоне улучшения качества жизни АП.

**ЛИПИДЛАРНИ ПЕРЕКИСЛИ ОКСИДЛАНИШ
КЎРСАТКИЧЛАРИНИ АКАНТОЛИТИК ПЎРСИЛДОҚ КАСАЛИГИ
БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДАГН ҲОЛАТИ**

Хамидов Ф.Ш., Ганиев М.

Андижон давлат тиббиёт институти

Тадқиқотни мақсади: Акантолитик пўрсилдоқли беморларда липидларни перекисли оксидланиш тизимига таъсирини ўрганиш.

Тадқиқотни материал ва усуллари. Бизни назоратимизда 35 нафар акантолитик пўрсилдоқ билан оғриган беморлар бўлди. Бу беморларнинг ёши 30 дан 56 ёшгача бўлиб, уларни 22 нафари аёл ва 13 нафари эркеклар эди. Барча беморларга диагноз стандарт текширишлардан кейин қўйилди. Барча

беморларда жароҳат ўчоғидан олинган материалларда Тцанк-хужайраси топилди. Шунингдек, Никольский симптоми 3 та вариантда мусбатлиги кузатилди. Асбо-Ганзен ва Щеклаков симптомлари 27 нафар беморда аниқланди, қолган беморларда пуфаклар ёрилгани сабабли аниқлашнинг имкони бўлмади. Беморлар комплекс терапия олишди ва уни таркибида Колострум препаратини қабул қилишди. Маҳаллий давода Метровит экстракти қўлланилди.

Тадқиқотнинг натижалари. Барча беморларда даволашдан аввал липидларнинг перекисли оксидланиши (ЛПО) ҳолати малон диальдегидини аниқлаш орқали ўтказилди ва комплекс терапиядан олдин МДА кўрсаткичларини юқори эканлиги аниқланди. Вульгар пуўрсилдоқ билан оғриган беморларда МДА кўрсаткичи юқори бўлиб, $3,25 \pm 0,13$ нмоль/л ни ($P < 0,001$) ташкил қилди, бу беморларни организми тўқималаридаги липидларни озод радикалли оксидланиши кучайганлигини кўрсатди. Вегетацияли пўрсилдоқ билан оғриган беморларда МДА миқдори назорат гуруҳи кўрсаткичларидан кескин фарқ қилди ва қуйидагича кўриниш олди: $3,19 \pm 0,02$ ва $1,36 \pm 0,13$ нмоль/л ($P > 0,01$). Вульгар ва вегетацияли пўрсилдоқ билан оғриган беморларнинг ЛПО кўрсаткичлари назорат гуруҳидаги соғлом кишиларнинг кўрсаткичларидан Витадерм эритмаси ва Метровит препаратлари билан ўтказилган этиопатогенетик даводан кейин фарқ қилди. Вегетацияли пўрсилдоқ билан оғриган беморларда МДА кўрсаткичи Колострум препарати билан комплекс даводан кейин камая бошлагани кузатилди, $1,42 \pm 0,32$ нмоль/л ни ($P < 0,001$) ташкил қилди, бу беморларни организми тўқималаридаги липидларни озод радикалли оксидланиши тўлиқ пастлаётганини кўрсатди. Вульгар пўрсилдоқ билан оғриган беморларда МДА миқдори Колострум препаратлари билан комплекс даволанганидан кейин назорат гуруҳи кўрсаткичларидан бироз фарқ қилди ва қуйидагича кўриниш олди: $1,41 \pm 0,72$ ва $1,36 \pm 0,13$ нмоль/л ($P > 0,01$).

Хулоса. Олинган натижаларнинг кўрсатишича, ЛПО тизимида даводан аввал аниқланган салбий кўрсаткичлар, ўтказилган комплекс терапиядан кейин ижобий томонга ўзгаргани, Колострум препаратини самарадорлигини яна бир бор тасдиқлади дейиш мумкин.

ПРИМЕНЕНИЕ АССЕССМЕНТА ПО ТЕМЕ БУЛЛЁЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Хамидов Ф.Ш., Кучкаров А.А., Ганиев М.

Андижанский государственный медицинский институт

Цель исследования. Показать эффективность педагогического метода Ассесмент в практических занятиях дерматологии по Буллёзным дерматозам.

Задачи педагогических технологий в практических занятиях по теме «Буллёзные дерматозы»:

- Научить самостоятельному поиску, анализу информации и выработке правильного решения в ситуации связанной с буллёзным дерматозом;
- Научить работе в команде: уважать чужое мнение, делать правильные выводы, самокритично оценить своё и мнение других, проявлять толерантность к другой точке зрения;
- Научить формировать собственное мнение, опирающееся на определенные факты по Буллёзному дерматозу.

У 50 студентов 4 курса лечебного факультета во время проведение практического занятия было применена педагогическая технология Ассесмент, с помощью которого определяли их знание. В конце занятия по этой методике студенты отвечали на вопросы, составленные по теме «Буллёзные дерматозы». Состав Ассесмента состоял из тестовых вопросов, ситуационной задачи, клинической картины (симптомы), практические навыка.

Как показал исследование, если студенты во время практического занятия получили всё что связано с заболеванием, сами обследовали пациента, курировали больных, назначая им соответствующее лечение, выполняли практические навыки, то они получали высокую оценку за своё знание. В конце занятия большинство студентов показали хорошие результаты, которое было доказано педагогической технологией Ассесмент.

ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРЕПОДАВАНИИ ДЕРМАТОЛОГИИ ПО ТЕМЕ ПСОРИАЗ

Хамидов Ф.Ш., Кучкаров А.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Актуальность. В начале XXI столетия медицинское образование претерпело много положительных изменений, которые тесно связаны с медицинскими и педагогическими принципами и методами во многих странах мира, а также в Узбекистане [1-12].

Методы педагогических технологий обучения позволяют активизировать познавательную деятельность студентов ВУЗ путем организации общения между собой, между преподавателем и студентами, которые направлены на решения многих медицинских образовательных проблем. Суть педагогических технологий обучения в медицине состоит в том, что учебный процесс организован таким образом, что все студенты оказываются вовлеченными в процессе познания [1-12].

Цель исследования. Показать эффективность педагогического метода Ассесмент в практических занятиях дерматологии по псориазу.

Задачи педагогических технологий в практических занятиях по теме «Псориаз»:

- Научить самостоятельному поиску, анализу информации и выработке правильного решения в ситуации связанной псориазом;

- Научить работе в команде: уважать чужое мнение, проявлять толерантность к другой точке зрения;

- Научить формировать собственное мнение, опирающееся на определенные факты по псориазу.

В последние годы разработаны большое количество педагогических технологий, и все они направлены передать определенную сумму знаний, и способствуют установлению эмоциональных контактов между студентами, преподавателями; развитию коммуникативных, а также практических умений и навыков; обеспечивают студентов необходимой информацией, без которой невозможно реализовывать совместную деятельность; приучают работать в команде, прислушиваться к чужому мнению.

На материале данной статьи мы хотим рассмотреть эффективность использования метода Ассесмент по теме «Псориаз».

Методика Ассесмент

Как показывает опыт, у студентов если к определенному данному моменту не сформировался достаточный уровень способностей к определенной деятельности, не только значительно дольше других и с большими трудностями овладевают этой деятельностью, но и работают хуже других: чаще допускают ошибки и просчеты, являются виновниками летальных исходов и в целом обладают меньшей надежностью в работе. Возникает вопрос: целесообразно ли подбирать людей для работы, не считаясь с их индивидуально-психологическими особенностями, целесообразно ли тратить силы, время и средства на обучение людей, отдача которых впоследствии будет минимальной?

Особенно остро этот вопрос стоит в отношении медицинских врачей, в которых даже небольшая ошибка, обусловленная психическими особенностями работника неустойчивостью внимания, неумением быстро сориентироваться в обстановке и принять решение и т.д., - может привести к серьезным последствиям, даже гибели больного. Наиболее сложной задачей разработки системы психологического отбора является определение

методических приемов изучения, оценки профессиональных и индивидуальных особенностей людей. Ассесмент, как комплексная технология оценки, включающая в себя взаимно согласованные методы, в других странах мира, успешно распространяется только в последние годы. Для того чтобы правильно и верно подобрать необходимую методику для оценки кандидата путем тестирования, необходимо использовать показатель эффективности диагностических методик - коэффициент валидности, определяемый через корреляцию диагностических оценок и значений какого-либо критерия профессиональной успешности. В таблице приведены сводные данные о валидности различных групп диагностических методов.

Как утверждают многие исследователи, эффективности отбора зависит от валидности методики и жесткости отбора (квоты селекции). Чем более валидна методика и чем больше кандидатов на каждую вакансию мы имеем при отборе, тем большим будет процент успешно работающих врачей среди принятых на работу [1, 4, 7, 8-12].

В последнее время цель кадровой работы практически любого лечебного учреждения заключается в формировании работоспособного и конкурентоспособного врача, от которого зависит успех выполнения принимаемых решений и функционирование всех подразделений лечебного учреждения. Однако, не имея представления о профессиональных и личностных качествах врачей, невозможно осуществлять управление мед. персоналом. Поэтому оценка медицинского персонала одна из важнейших функций управления им и привлечения новых квалифицированных врачей.

Цели оценки могут быть разными: при приеме на работу установить, обладает ли претендент на определенную должность требуемыми для эффективной работы качествами; при профессионально-квалификационном продвижении выяснить, насколько врач подготовлен к карьерному росту; при реорганизации, реструктуризации предприятия определить возможности сотрудников работать в новых условиях, выявить более эффективных и способных к адаптации; при обучении – оценить уровень профессиональной

компетенции отобранных лиц, определить необходимые для них знания и практические навыки, направления, по которым должно идти их обучение и развитие.

На сегодняшний день ассесмент-технология признано наиболее валидным инструментом оценки медицинского персонала. В то же время ассесмент-технология просто позволяет руководителям принимать грамотные управленческие решения и планировать систему развития и обучения для своих подчиненных, но и дает возможность её участникам выработать личностные и профессиональные приоритеты, развить способность к самооценке и самокоррекции.

Имеются следующие оценочные процедуры: интервью; психологическое тестирование; профессиональные тесты; индивидуальные упражнения; групповые упражнения; ролевые игры; анализ результатов; составление итогового отчета по результатам оценки, выдача рекомендаций.

Процесс развития студента, клинических ординаторов, студентов магистратуры и подбора врача должен быть целенаправленным. Он не должен происходить хаотически, так как это будет пустой тратой времени и финансовых средств.

Имеются трудности проведения ассесмент-технологии:

- для успешного проведения ассесмент-технологии большое значение имеет предварительная подготовка проверяющих;
- в основном роль наблюдателя, как при отборе персонала, так и при проведении развивающей ассесмент-технологии, могут выполнять сотрудники лечебного учреждения или сами студенты.

Таблица №1

Ассесмент по теме «Псориаз»

| Тест | Ситуационная задача |
|---|--|
| 1.Какой формы атипичного псориаза не существует? А) Эритродермическая В) Экссудативная С) Вульгарная Д) <i>Атропатическая</i> | В стационар поступил больной 18 лет с жалобами на высыпания в области груди, спины, конечностей. Болеет 3 года. Заболевание обостряется весной и осенью. Последнее обострение возникло месяц назад. Не лечился. В области груди, спины и конечностей видны |

материала через понимание и осознание реальных жизненных ситуаций. В свою очередь это процесс обеспечивает полноценное освоение материала студентами, клиническими ординаторами, студентами магистратуры в дерматологии, посредством поиска и изучения необходимой информации и создает возможности формирования навыков практической деятельности врача и принятия конкретных решений в команде. У студентов (клинического ординатора, студента бакалавриатуры и магистратуры) развивается критическое мышление, правильный подход к решению проблемы и объективация оценки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадаева С. Г., Дашкевич О. В. Способ оценки успешности сотрудников // Справочник по управлению персоналом. 2005. №2. С. 35-40.
2. Бодров В. А. Проблемы профессионального психологического отбора // Психологический журнал. 1985. Т.6, №22. С. 85-94.
3. Майзель Н. И., Небылицин В. Д., Теплов Б. М. Психологические вопросы отбора // Инженерная психология. / Под ред. А.А. Леонтьева, В.П. Зинченко, Д.Ю. Панова. М.: изд-во МГУ, 1964. С. 387-396.
4. Маничев С. А. Методы диагностики профессионально важных качеств менеджеров // Психология менеджмента / Под. ред. Г.С. Никифорова. СПб.: изд-во СПбГУ, 2000. С. 243-280.
5. Маришук В. Л. Критерии профессиональной пригодности в отборе // Методология исследований по инженерной психологии и психологии труда. Ч. 1. Л.: Изд-во лгу, 1974. С. 100-111.
6. Психология работы с персоналом в трудах отечественных специалистов / Сост. и общая редакция Л. В. Винокурова. СПб.: Питер, 2001 (Серия «Хрестоматия по психологии»). С. 122-123.
7. Толчек В. А. Проблемы современной психологии труда: Учебное пособие. М.: Изд-во РАГС при Президенте РФ, 2000. С. 78-85.
8. Хамидов Ф.Ш., Хамидова М.З., Ахмедова Н.Д. Интерактивные методы обучения в дерматологии // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2019; - № 4; – с. 85-88.
9. Цыганкова И. В. Современные подходы к оценке персонала // Труд за рубежом. М., 2002. 2 (54). С. 74-82.
10. Becker M. Personalentwicklung. Bildung, Forderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel, 1999. S. 296.
11. Durnwalder K. Assessment – Center. Leitfaden fuer Personalentwicklung. Wien: Carl Hanser Verlag, 2001. 286 S.

12. Keit H. Neue Methode der betrieblichen und beruflichen Weiterbildung// Die Verantwortung der betrieblichen Weiterbildung. Bielefeld, 1992. S.78.

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЭССЕНЦИАЛЬНЫХ ФОСФОЛИПИДОВ В
КАЧЕСТВЕ МОНОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ, ИМЕЮЩИХ
ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ СТАТИНОВ**

Хамракулов С.С., Мухамедов Б.И., Пулатов М.А., Колдарова Э.В.

«ASMO clinic»

В последние годы в практике врача дерматолога стали чаще встречаться различные патологии обменных нарушений организма с кожными проявлениями. С одной стороны, это связано с повышенным вниманием пациентов к своему внешнему виду, ростом медицинской грамотности населения, а с другой - с увеличением кожных патологий. Известно, что избыточное и несбалансированное питание, комбинация генетических факторов, отсутствие физической активности, курение, употребление алкоголя, а также широкое использование лекарственных средств без достаточных на то оснований способствуют дислипотеинемии и гиперлипотеинемии, которые являются наиболее распространёнными показателями заболеваний обмена веществ. Заболевание обмена веществ в свою очередь приводит к эпидемическому увеличению атеросклероза и, следовательно, к сердечно-сосудистым заболеваниям. Причиной развития ксантоматоза является отложения липидов в коже из-за накопления свободных радикалов, которые становятся пусковым механизмом нарушения перекисного окисления липидов (ПОЛ) за счет свободно радикального окисления. Повышенное ПОЛ приводит к увеличению концентрации продуктов их распада, которые оказывают повреждающий эффект на эндотелий сосудов, активируя моноцитарно- фагоцитарную систему, к тому же повышенная концентрация атерогенной фракции

липопротеидов становится мишенью для захвата, что и является причиной их отложения в тканях с образованием ксантомных элементов.

Цель: изучение эффективности применения эссенциальных фосфолипидов в качестве монотерапии у пациентов, имеющих противопоказания к применению статинов.

Материалы и методы исследования: Под нашим наблюдением находилось 184 больных с ксантоматозом кожи в возрасте с 3 до 76 лет в период с 2009-2023 гг. Средний показатель холестерина был 7.5 ммоль/л. Из них 72 больных получали терапию с применением фосфолипидов. Курс лечения был назначен в виде инъекционной терапии в течении 10 дней, затем проводился перевод на таблетированную форму в течении 6 месяцев. Контрольный осмотр проводился каждые 3 месяца. В среднем на 4-5 й месяце у больных наблюдалось клиническое улучшение в виде просветления цвета бляшек и узелков, уменьшение инфильтрации и размягчения их консистенции.

Выводы: Лечение больных с ксантоматозом монотерапией фосфолипидами, приводит к улучшению функционирования гепатоцитов, синтезу холестерина, нормализации связывающих рецепторов с липопротеинами, нормализации липопротеинового обмена, рассасывания очагов скопления холестерина.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

Ходжаева С.М., Абдуалимова С.Р.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Наружная терапия была и остается обязательной и важнейшей составной частью комплексного лечения больных дерматозами В последние 5-10 лет значительно расширился арсенал ее средств, что дает

возможность практикующему дерматологу подобрать оптимальную для каждого пациента программу лечебно-восстановительного и базисного контроля за состоянием кожного процесса с учетом эффективности, безопасности, удобства при применении. Принципы наружной терапии больных хроническими дерматозами основываются на особенностях строения и функциях кожного барьера, а также патологических процессах, лежащих в основе того или иного заболевания

Целью данной работы является изучение клинической эффективности наружной терапии препаратом мезодерм крем в комплексном лечении детей с хроническими дерматозами.

Материалы и методы исследования: Под наблюдением находился 31 ребенок (13 мальчиков и 18 девочек), страдающий хроническим дерматозом в возрасте от 3-х до 14 лет. Среди больных atopическим дерматитом (17 пациентов) у 2 детей atopический дерматит сочетался с ихтиозом. У 14 детей наблюдался распространенный псориаз, с локализацией процесса на волосистой части головы и наличием псориазических бляшек на туловище.

Крем мезодерм назначали 1 раз в сутки в составе комплексной терапии антигистаминными препаратами, десенсибилизирующими средствами, сорбентами. Улучшение процесса отмечали у всех детей после 1-2 применений, что проявлялось в снижении интенсивности зуда, уменьшении гиперемии, отечности. Полностью процесс регрессировал в течение 14 - 17 дней у всех детей.

Результаты и их обсуждение: согласно полученным данным нами была установлена положительная эффективность препарата мезодерм крем в лечении хронических дерматозов у детей.

Заключение. В результате проведенного исследования по изучению эффективности Мезодерм крем отмечены хорошая клиническая эффективность и переносимость. Таким образом, клинические наблюдения позволяют охарактеризовать препараты наружной терапии Мезодерм крем,

как клинически эффективные, безопасные средства в лечении и профилактике больных с различными дерматозами.

РОЛЬ ЭМОЛЕНТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАЗНЫХ ВОЗРАСТОВ

Ходжаева С.М., Усманова Н.А.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Введение. Атопический дерматит (АтД) является наиболее распространенным заболеванием кожи в детском возрасте. Основным механизмом развития АтД является пищевая аллергия у детей. Однако, как показали современные исследования, значительное место в патогенезе АтД занимает нарушение строения элементов кожного барьера, что способствует ксерозу кожи и повышению проницаемости его для аллергенов. Соответственно, терапия АтД должна быть направлена не только на купирование аллергических реакций, но и на восстановление и поддержание целостности кожного барьера. Основная роль в этом отводится использованию средств, восстанавливающих липидный состав эпидермиса, – эмолентам.

Установлено, что только 30–50% детей со среднетяжелым и тяжелым течением АтД имеют проявления пищевой аллергии. В последние десятилетия появились данные, свидетельствующие, что генетические дефекты, определяющие изменения состояния кожного барьера, также играют важную роль в развитии АтД. Известно, что функция кожного барьера заключается в защите кожи от внешних воздействий, предотвращении трансэпидермальной потери воды, сохранении гидратации кожи и поддержании осмотического баланса внутренних тканей. Незначительный дефект синтеза структурообразующих белков и изменение состава липидов эпидермиса приводят к нарушению процесса кератинизации . В ходе исследований при АтД выявлено уменьшение длины цепи керамидов

и свободных жирных кислот, что в значительной мере определяет нарушение организации структуры эпидермиса. В результате у пациента с АД нарушается формирование рогового слоя кожи, что клинически проявляется выраженной сухостью. Увеличение сухости и трансэпидермальная потеря воды создают возможность поступления аллергенов трансдермально с вовлечением механизмов, приводящих к повреждению кожи и инициирующих воспаление. Таким образом, изменение структуры кожного барьера в настоящее время также рассматривается как важный этиопатогенетический фактор в развитии АД.

Цель исследования :изучить эффективность применения липидовосстанавливающего эмолента La Roche Posay Lipikar.

Материал и методы исследования. Группу исследования составили 30 пациентов в возрасте от 3 до 15 лет с установленным диагнозом: атопический дерматит с формами эритематозно-сквамозной и эритематозно-сквамозной с лихенификацией. Для группы сравнения 15 пациентов.

Результаты.В конце исследования было установлено, что терапия способствовала значительному улучшению кожного процесса, что выражалось в снижении индекса SCORAD. Общее сравнение групп не показало значимых различий по эффективности лечения АД. Однако более отчетливое снижение результата оценки по SCORAD наблюдалось в группах, получавших эмомент La Roche Posay Lipikar, по сравнению с группами, получавшими только местные кортикостероиды. Таким образом, сочетанное применение эмолента La Roche Posay Lipikar.с местными кортикостероидами потенцировало их эффекты при лечении АД.

Выводы. В ходе исследования было установлено, что применение топического кортикостероида через день в сочетании с увлажняющим эмоментом La Roche Posay Lipikar ежедневно 2 раза в сутки было столь же эффективно в исследовании, как и ежедневное, двукратное использование топического кортикостероида. В ходе исследования было установлено, что применение эмолента La Roche Posay Lipikar способствовало снижению

курсовой дозы топического кортикостероида в лечении АД у маленьких пациентов. Как показало исследование, эмомент La Roche Posay Lipikar оказывал существенное влияние на очаги лихенизации, эксфолиации и улучшала качество жизни детей и их родителей.

РЕШЕНИЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АУТОИМУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ: ПСОРИАЗ, ВИТИЛИГО, АЛОПЕЦИЯ, ДЕРМАТИТ, ГРИБКОВЫЙ МИКОЗ –ЭКСИМЕРНЫЙ СВЕТ (EXCIPLEX)

Черепня Г.Н.

ООО ARASH MEDICAL CENTRAL ASIA, Узбекистан , Ташкент

Цель исследования: Изучить эффективность монохроматического эксимерного света для лечения аутоиммунных заболеваний кожи.

Материал и методы: Устройство EXCIPLEX 308, производитель Clarteis Франция – эксимерная лампа с интенсивным монохроматическим светом 308 нм.

Длина волны 308 нм очень эффективна для лечения аутоиммунных заболеваний кожи с минимальными побочными эффектами. Устройство целенаправленного действия, что позволяет точно контролировать область лечения и ультрафиолетовый свет через выходное окно доставляется однородно. Целенаправленное лечение на определенный размер пятна в соединении с высокой мощностью излучения в 100 мВт/см в результате дает самое короткое время лечения. Лечение состоит в передаче дозы ультрафиолетового излучения на кожу пациента последовательными импульсами с длительностью в несколько секунд. Ультрафиолетовые лучи влияют на продукцию медиаторов воспаления (цитокины), делая противовоспалительное и иммунодепрессивное влияние, вызывают экспрессию апоптоза клеток привлеченных в патогенез заболевания. Курс лечения 15-25 сеанс, с частотой 2 раза в неделю.

Результаты: Результат показывает, что лечение EXCIPLEX вызывает значительное истощение и в дальнейшем устранение Т-клеток из эпидермиса, а также из дермы. Что приводит к излечению от заболеваний кожи.

Выводы: Устройство EXCIPLEX 308 можно считать наилучшей системой для целевой фототерапии, которое дает хорошие результаты лечения. Лечение безболезненное, быстрая процедура и является наиболее безопасным методом фототерапии и можно применять детям с 5 лет, а также беременным женщинам и кормящим мамам.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MDR У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА

Якубов А.А.

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

Цель исследования. Изучение клинико-генетические особенности у больных розацеа.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 102 больных розацеа возрасте. Женщин было 81 (79,4%), мужчин – 21 (20,6%). Для изучения генетических маркеров генов MDR проведено исследование на 102 образце ДНК, выделенном из лимфоцитов периферической крови пациентов с розацеа и 95 неродственных условно здоровых доноров узбекской национальности (контрольная выборка). Все наблюдаемые распределены по классификации Plewig G., Jansen T., Kligman A. (2000). Эритематозно-телеангиэктатической стадией розацеа страдали 26 (25,5%) больных, папуло-пустулезной стадией – 56 (54,9%), пустулезно-узловой – 20 (19,6%) больных.

Результаты. Нами был проведен сравнительный анализ наблюдаемых и ожидаемых частот генотипов по локусу rs1045642 гена ABCB1 в группах больных с розацеа и контроля. Частота аллеля дикого типа С в группе пациентов и контроля составила 48.0% против 43.7%, частота неблагоприятного аллеля Т – 52.0% против 56.3% соответственно. Частоты генотипов С/С, С/Т и Т/Т гена rs1045642 гена ABCB1 составили: 24,5%, 47,1% и 28,4% – в основной группе и 16,8%, 53,7% и 29,5% – в группе контроля. Частоты генотипов С/С, С/Т и Т/Т в подгруппах больных розацеа составили: 19,2%, 57,7% и 23,1% – для Эритематозно-телеангиэктатической стадии, 30,4%, 41,1% и 28,6% – для папуло-пустулезной стадии и 15,0%, 50,0% и 35,0% для пустулезно-узловой стадии и не отличались от таковых в контрольной группе и между собой. Частоты аллелей С и Т составили: 48,1% и 51,9% в Эритематозно-телеангиэктатической стадией, 50,9% и 49,1% во папуло-пустулезной стадией 40,0% и 60,0%, соответственно, и не отличались между собой.

Выводы. Таким образом, полученные нами результаты были в некотором смысле неожиданными, которые мы предполагали до генотипирования данного локуса. Статистически значимых различий в распределении частот генотипов и аллелей по локусу rs1045642 гена ABCB1 между группой пациентов с розацеа и контроля не выявлено. Во всех сравниваемых группах и подгруппах пациентов степень распределения частот аллельных и генотипических вариантов данного детерминанта была практически одинакова. Полученные данные работы свидетельствуют, что самостоятельный вклад полиморфизма rs1045642 гена ABCB1 в увеличении риска развития розацеа незначим, данный полиморфный вариант не является предрасполагающим фактором к развитию данной патологии.

**ОЦЕНКА СВЯЗИ ГЕНОТИПИЧЕСКИХ КОМБИНАЦИЙ ГЕНОВ
ФЕРМЕНТОВ БИОТРАНСФОРМАЦИИ КСЕНОБИОТИКОВ С
РОЗАЦЕА**

Якубов А.А.

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

Цель исследования. Сравнительный анализ распределения сочетанных генотипических вариантов генов ферментов глутатионовых S-трансфераз между группами больных розацеа и контроля.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 102 больных розацеа возрасте от 27 до 62 лет. Женщин было 81 (79,4%), мужчин – 21 (20,6%). Для изучения ген-генных взаимодействий, ассоциированных с развитием розацеа, входили все 4 полиморфные маркеры генов биотрансформации ксенобиотиков - GSTT1 (0/0), GSTM1 (0/0), GSTP (Ple/Val) и ABCB1 (rs1045642). Для анализа сочетанного распределения генотипов всех изученных генетических локусов нами была предложена облегченная система оценки в баллах (каждый маркер оценивается как - 1 балл).

Результаты. Комбинации функционально благоприятных генотипов GSTM1 (+/+) и GSTT1(+/+), GSTP (Ple/Ple), и ABCB1 (C/C), можно охарактеризовать, как генетические факторы устойчивости к формированию розацеа (4 балл, протективный эффект). Одновременное носительство этих генотипических комбинаций, которые обеспечивают нормальное функционирование соответствующих ферментов системы метаболизма обеих фаз обнаруживалось в 2.1 раз незначимо чаще среди условно-здоровых лиц группы контроля по сравнению у пациентов с розацеа (2.0% против 0.0%, соответственно; $p>0.05$; OR=2.1). Для розацеа наиболее характерным было 3 балла (сочетание “нулевые” варианты глутатион-S-трансфераз, приводящее к

отсутствию синтеза соответствующих белковых продуктов, и GSTP (Ile/Val) или ABCB1. Такое сочетание встречалось у 9 пациентов, в то время как в группе контроля подобное сочетание встречалось в 2 случаях. По сумме баллов отмечается достоверное увеличение количества неблагоприятных генотипов в группе больных розацеа в сравнении с контрольной выборкой (8.8% против 2.1%, соответственно; $\chi^2=4.2$, $p=0.04$; OR=4.5, 95% CI: 0.94-21.39). Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов риск развития розацеа значимо выше почти в 4.5 раза при сочетанном генотипе GSTT1 (0/0)+ GSTM1 (0/0) и GSTP (Ile/Val).

Вывод. В заключении следует подчеркнуть, что в результате анализа ген-генных взаимодействий генов GSTT1 (0/0) + GSTM1 (0/0), GSTP (Ile/Val) и ABCB1 выявлено наличие определенного синергизма между функционально ослабленными генотипическими вариантами этих генов и риском развития розацеа. Эти данные согласуются с концепцией о наличии аддитивного эффекта во взаимодействиях генов регуляции биотрансформации ксенобиотиков в патогенезе мультифакториальных патологий.

РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА GSTT1, GSTM1 В РАЗВИТИИ РОЗАЦЕА И ЕЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ

Якубов А.А.

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

г.Ташкент, Узбекистан

Цель исследования. Изучение полиморфизма генов II фазы биотрансформации ксенобиотиков (GSTT1 и GSTM1) в отношении риска развития розацеа.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 102 больных розацеа возрасте от 27 до 62 лет, средний возраст составил $54 \pm 1,9$ года. Женщин было 81 (79,4%), мужчин – 21 (20,6%). Эритематозно-телеангиэктатической стадией розацеа страдали 26 (25,5%) больных, папуло-пустулезной стадией – 56 (54,9%), пустулезно-узловой – 20 (19,6%) больных. Для изучения генетических маркеров генов GSTT1 и GSTM1 проведено исследование на 102 образце ДНК, выделенном из лимфоцитов периферической крови пациентов с розацеа и 95 неродственных условно здоровых доноров узбекской национальности (контрольная выборка).

Результаты. Доля гаплотипа GSTT1 (0/0) + GSTM1 (0/0) среди пациентов составила 10,8%, что достоверно выше, чем у представителей контрольной выборки 3,2%. Согласно рассчитанному коэффициенту соотношения шансов носительство сочетанного делеционного варианта этих генов значимо повышает риск развития розацеа.

При анализе распределения сочетаний нулевых генотипов генов ферментов глутатионовых S-трансфераз GSTT1 и GSTM1 генов в подгруппах пациентов с розацеа в зависимости от степени тяжести заболевания, было выявлено, что неблагоприятный гаплотип GSTT1 (0/0) + GSTM1 (0/0) чаще встречался у пациентов папуло-пустулезной и пустулезно-узловой стадией заболевания. Наиболее высокая частота встречаемости функционально неблагоприятного гаплотипа по сравнению условно-здоровых лиц (3,2%) зарегистрирована в подгруппе пациентов с пустулезно-узловой стадией (15,0%). При сочетании нулевых генотипов GSTT1 (0/0) + GSTM1 (0/0) риск развития тяжелой стадии розацеа в данном исследовании достоверно возрастал более чем в 5 раз. В целом в подгруппах с эритематозно-телеангиэктатическом и папуло-пустулезной стадией заболевания также отмечалась сильная тенденция к более высокой частоте сочетанных нулевых генотипов (10,7% и 8,0% соответственно) по сравнению контроля (3,2%).

Заключение. Таким образом, проведенный нами сравнительный анализ обнаружил ген-генное взаимодействие между нулевыми генотипами генов GSTT1 (0/0) + GSTM1 (0/0). В результате анализа ген-генных взаимодействий выявлено наличие значительного синергизма между этим гаплотипом и риском манифестации розацеа а также, установлена коррелятивная связь между сочетанными гомозиготными генотипами и пустулезно-узловой стадией заболевания.

РОЛЬ DEMODEX FOLLICULORUM В РАЗВИТИИ И КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ РОЗАЦЕА

Якубова А.С.

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

Цель исследования. Изучение роли demodex folliculorum в развитии и клиническом течении розацеа.

Материалы и методы исследования. Под нашим клиническим исследованием находились 45 больные в возрасте от от 20 до 60 лет, средний возраст составил $40 \pm 0,43$ года, женщин было 30 (66,7%) и мужчин – 15 (33,3%), при этом соотношение мужчин и женщин составило 1:2. Давность заболевание от 2 месяцев до 5 лет. В исследовании участвовали лица узбекской национальности. Исследование содержание demodex foll. в кожи у больных розацеа было выполнено на базе РСНПМДВиК МЗ РУз в лаборатории микробиологии.

Результаты. Результаты исследование показали, что из обследуемый 45 больных у 32 (71%) было обнаружено demodex folliculorum. При изучении стадии заболевание у больных с положительным demodex folliculorum чаще выявляли пустулёзную форму заболевания (25 случай, 55,5%). Тогда как,

больные с эритематозно-телеангиэктатической стадией было диагностировано у 7 (15,6%), папулезная стадия у 13 (28,9%).

Кроме того, из всех обследованных больных розацеа с положительным *demodex folliculorum* 32 пациентов отмечали субъективные симптомы: у 10 (31,3%) больного был отмечен зуд различной интенсивности, у 5 (15,6%) — сухость кожи, у 9 (28,1%) — ощущение жжения и покалывания, у 8 (25,0%) — отёчность лица.

Выводы или заключение. Таким образом, у больных розацеа с положительным *demodex folliculorum*, выявлено более тяжёлое течение заболевания с превалированием пустулёзной формы и большей площадью поражённых участков кожи. Более выраженные клинические симптомы заболевания встречались статистически значимо чаще, чем при розацеа без *demodex folliculorum*.

PREVENTION AND REHABILITATION IN ACNE VULGARIS

Abduvakhitova I.N., Saipova N.S., Toxtayev G.Sh., Safarov Kh.Kh.

Tashkent Regional Department of Dermatology and Venerology

Tashkent Medical Academy

Relevance. Acne vulgaris (acne) is a chronic inflammatory disease manifested by open and closed comedons and inflammatory skin lesions in the form of papules, pustules, nodes. Cosmetic defects in acne are the cause of psych emotional disorders of patients, often of a depressive nature, reduce self-esteem and quality of life, which allows us to regard acne as a serious medical and social problem. Since the main group of patients with this disease are adolescents in a period of high lability and susceptibility to various kinds of problems, rashes on the face are of great importance both for them and for their parents. In this group of patients, especially when it comes to people with severe acne, the quality of life is significantly reduced, which can directly affect the psychosocial adaptation of

these individuals. Of particular concern is the fact that when contacting a dermatologist in persons with acne, metabolic changes are often noted - obesity, striae (superficial atrophy of the skin), pronounced disorders in the gastrointestinal tract, diabetes mellitus. Treatment of this group of patients significantly complicates tactics. For the treatment of acne vulgaris, it is proposed to use an impressive list of tools and techniques: from light therapy to immuno-correction and transcranial electrical stimulation of the brain stem. Many of them, with the exception of light therapy, judging by the publications, gave positive results. However, in the heyday of evidence-based medicine, the doctor must prescribe treatment regimens that have a high level of proven efficacy and are included in federal clinical guidelines.

Purpose of the study. Develop effective tactics for the treatment and prevention of acne

Material and research methods. Of the total number of patients with acne, 24 patients with moderate and severe severity with concomitant diseases (obesity, striae, colitis, enterocolitis) were selected. All patients were examined by related specialists and the necessary laboratory and instrumental examination was performed. According to the treatment standards, they were prescribed systemically: zinc oxide, retinoids, hepatoprotectors, probiotics, macrolide antibiotics, enterosorbents. Topically: the first 4–5 days ichthyol ointment under the bandage, followed by replacement with a solution containing 10 mg of clindamycin hydrochloride in 1 ml, 8 mg of metronidazole, 2 times a day. All children were examined by an endocrinologist, a gastroenterologist and, based on their recommendation, menus were drawn up for each patient.

Research results. All patients were overweight from or more, more than had superficial atrophy (striae) on the shoulders, hips and lower abdomen. The diet of almost all patients was based on the abuse of flour products, sausages, fast foods, sweets, carbonated drinks, etc. and with the almost complete absence of fiber and vegetables in their menu. For this group, with the direct participation of their parents, food diaries with dietitian recommendations were issued (only healthy

lifestyle products were present). It is strongly recommended to increase the time of an active lifestyle. Retinoids were prescribed strictly with the consent of the endocrinologist and for a long time - 4-6 months, antibiotics macrolides were mainly presented in the form of doxycycline monohydrate - 0.1-2 times a day after meals for 10-15 days, probiotics (lacto and bifidobacteria), Zn oxide. Local therapy was well tolerated by all patients and improvement (reduction in pain and the absence of new elements) was noted by everyone already 3-4 days from the start of therapy.

None of the patients presented subjective complaints on the 20-25 day after the start of treatment. In places of resolved elements, there were cicatricial changes in the form of post-acne, minor infiltration. The topical application of a solution of clindamycin hydrochloride and metronidazole was continued for an average of 40–45 days, then it was replaced with cyteal 1–2 times a day. Long-term adherence to the diet and a healthy lifestyle, in our opinion, were also the key to successful treatment. On average for 4-6 months. When examining the patients, we noted a persistent therapeutic effect in 91%, and in this group, as directed by the endocrinologist, the appointment of a systemic retinoid was suspended.

Conclusion. Today, solving the problem of acne requires a delicate approach. It is necessary to take into account changes in the nature of nutrition and the state of internal organs. Adequate therapy with dynamic monitoring of severe forms of acne provides a positive effect. Thus, widespread pathology, such as acne vulgaris, is not only a problem for dermatovenerologists. Doctors of various specialties should be able to provide care to patients with this disease.

ANALYSIS OF THE POSSIBLE INFLUENCE OF GENES OF THE HEMOSTASIS SYSTEM ON THE PATHOGENESIS OF ROSACEA

Agzamkhodjaeva S.S.¹, Azizov B.S.¹, Dyo K.G.², Khegay T.R.²,

Raimkhodjaeva N.²

¹ Tashkent State Dental Institute

²Institute of Immunology and Human Genomics under the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan

The aim: To study the polymorphism of the genes of the hemostatic system and identify the genes presumably involved in the occurrence and development of rosacea.

Materials and methods. The study was conducted on the basis of the Immunogen test scientific and diagnostic center at the Institute of Immunology and Human Genomics of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan. The study group consisted of 27 patients diagnosed with rosacea of varying severity. The control group included 20 apparently healthy subjects who did not suffer from rosacea. The homocysteine level was diagnosed using the ICLA method, the IMMULITE 2000 Xpi device with the appropriate reagents (SIEMENS, Germany).

Genotyping of samples was carried out by the method of polymerase chain reaction in the "real time" mode. To obtain genomic DNA, a two-stage method of lysis of blood cells was used. Statistical processing was carried out using the JAMOVI version 1.1.9 program. To assess the differences in relative values, we used the analysis of X² contingency tables. The selected critical significance level is 5% (0.05).

Results and discussion. The age of patients in the comparison group ranged from 18 to 64 years and averaged 39.1±13.6 years. The age of patients in the control group ranged from 18 to 40 years, the average age was 35.2 ± 9.1. In the comparison group, women accounted for 52% of the examined, men 48%. In the control group, women accounted for 45%, men - 55%. When studying polymorphisms of 8 genes of the blood coagulation system, namely F2:20210

G>A, F5:1691 G>A, F7:10976 G>A, F13A1:103 G>T, FGB: -455 G>A, ITGA2: 807 C>T, ITGB3: 1565 T>C, PAI-1: -675 5G>4G, in patients with rosacea, the data presented in Table 1 were obtained. In the study of the plasma hemostasis link in the studied patients, a favorable G/G allele was predominantly detected. Heterozygous and homozygous unfavorable gene variants were found in a small part of the examined. At the same time, unfavorable gene variants were found in the vascular-platelet link both in the homozygous and in the heterozygous state in a significant part of the subjects. A significant part of the unfavorable variants is found in the ITGB3: 1565 T>C and PAI-1: -675 5G>4G genes in comparison with the control group.

Table 1. Frequency of occurrence of polymorphic alleles of genes of the hemostasis system

| gene polymorphism | genotype distribution frequency | | | | | p |
|---------------------------|---------------------------------|------------------|------|---------------|-----|------|
| | genotype | comparison group | | control group | | |
| | | n | % | N | % | |
| F2:20210 G>A rs1799963 | G/G | 27 | 100 | 20 | 100 | 1,0 |
| | G/A | 0 | 0,0 | 0 | 0 | - |
| | A/A | 0 | 0,0 | 0 | 0 | - |
| F5:1691 G>A rs6025 | G/G | 26 | 96,3 | 20 | 100 | 0,9 |
| | G/A | 1 | 3,7 | 0 | 0 | 0,9 |
| | A/A | 0 | 0,0 | 0 | 0 | - |
| F7:10976 G>A rs6046 | G/G | 18 | 66,7 | 7 | 35 | 0,03 |
| | G/A | 9 | 33,3 | 12 | 60 | 0,07 |
| | A/A | 0 | 0,0 | 1 | 5 | 0,24 |
| F13A1:103 G>T rs5985 | G/G | 21 | 77,8 | 13 | 65 | 0,3 |
| | G/T | 5 | 18,5 | 7 | 35 | 0,2 |

| | | | | | | |
|-----------------------------------|-------|----|------|----|-----|------|
| | T/T | 1 | 3,7 | 0 | 0 | 0,24 |
| FGB: -455 G>A rs1800790 | G/G | 18 | 66,7 | 15 | 75 | 0,6 |
| | G/A | 8 | 29,6 | 5 | 25 | 0,7 |
| | A/A | 1 | 3,7 | 0 | 0 | 0,24 |
| ITGA2: 807 C>T rs1126643 | C/C | 13 | 48,2 | 17 | 85 | 0,25 |
| | C/T | 10 | 37,0 | 2 | 10 | 0,6 |
| | T/T | 4 | 14,8 | 1 | 5 | 0,07 |
| ITGB3: 1565 T>C rs5918 | T/T | 22 | 81,5 | 20 | 100 | 0,04 |
| | T/C | 5 | 18,5 | 0 | 0 | 0,04 |
| | C/C | 0 | 0,0 | 0 | 0 | - |
| PAI-1: -675 5G>4G rs1799889 | 5G/5G | 8 | 29,6 | 13 | 65 | 0,02 |
| | 5G/4G | 11 | 40,8 | 6 | 30 | 0,4 |
| | 4G/4G | 8 | 29,6 | 1 | 5 | 0,03 |

When comparing the study group with the control group in the ITGB3: 1565 T>C gene, significant differences in the T/C genotype were revealed ($p<0.05$). Significant differences were found in the homozygous 4G/4G variant compared with the control group ($p<0.05$), which suggests a decrease in plasma fibrinolytic activity in these patients. Variants of the ITGB3: 1565 and PAI-1: -675 genes, which are significantly more common in the comparison group, indicate disorders of the coagulation system, in particular, a violation of platelet aggregation and fibrinolytic activity, which leads to injury to small vessels due to a violation of the angiogenic function of platelets and hypercoagulability, leading to microcirculation disorders in local inflammation.

Conclusion: Thus, rosacea is a polyetiological dermatosis with the participation of many pathological reactions in its pathogenesis. The main cause of rosacea is a genetic predisposition that leads to lymphatic vasculopathy. The study identified genes that are presumably involved in the occurrence and development of rosacea, as well as affecting the severity of the disease. Unfavorable variants of

the genes of the hemostasis system, in particular the platelet link: ITGB3: 1565 T>C rs5918, PAI-1: -675 5G>4G rs1799889.

TREATMENT OF INFILTRATIVE AND SUPPURATIVE TRICHOPHYTOSIS

Imamov O.S., Abduvakhitova I.N., Makhmudov Sh.X., Toxtayev G.Sh.

Tashkent Regional Department of Dermatology and Venerology

Tashkent Medical Academy

Relevance. In recent years, many observations have noted changes in clinical pictures of zooanthroponotic dermatophytosis, the appearance of their erased and atypical forms. In isolated cases, there were observed asymptomatic, erased, sluggish forms of microsporia of smooth skin, when focal lesions are detected do not have clear boundaries, pronounced inflammatory phenomena, significant peeling. They are usually mistaken for manifestations of seborrheic dermatitis, seborrhea, streptoderma, chronic trichophytosis. A characteristic feature of all dermatophytosis is a modification microflora. If earlier the most common pathogens of dermatophytosis were anthropophilic fungi, now they account for no more than 1% flora. The main causative agents of microsporia and trichophytosis are zoophilic fungi. For microsporia, this is *M. canis*, trichophytosis - *T. verrucosum* and *T. mentagrophytis* var. *gypseum*. In Uzbekistan, trichophytia is more common, caused by zoophilic fungi, the role of which increases during periods of epidemiological outbreaks of mycoses. Zoophilic trichophytia, caused by pathogenic fungi of the genus *Trichophyton*, is one of the mycotic diseases of the skin and appendages, common mainly in rural areas and affecting both children and adults. In the etiological structure of zooanthroponous trichophytia, there are two pathogens-*Trichophyton verrucosum*, *Trichophyton mentagrophytes*, var. *gypseum*, having different natural reservoirs, which determines the features of the epidemiology of trichophytia. When infected with *T. verrucosum*, the source of

infection is most often cattle, when infected with *T. verrucosum*. mentagrophytes - mouse-like rodents. Seasonality is expressed, but there are differences related to the peculiarities of agricultural activities.

Purpose of the study. Study of the features of the concomitant microflora in the foci of infiltrative-suppurative trichophytia complex treatment of complicated forms of zooanthroponous trichophytia.

Material and research methods. Microbiological studies on concomitant microflora were carried out in the bacteriological laboratory of the Tashkent regional dispensary. For the qualitative and quantitative analysis of the skin microflora, the methods of flushing according to Williamsonet Kligman were used using sterile cotton swabs soaked in nutritious broth. Highly selective culture media were used for sowing: blood agar, yolk - salt agar, Saburo, Endo, etc. Washes were made from 1 cm² of the skin surface.

Research results. The age structure was dominated by children of preschool and primary school age 46 (47.92%), teenagers were 23(23.96%), adults – 27(28.13%). Microscopic examination of the hair from the lesion foci revealed *Tr. Ectotrix* in all cases. The growth of fungi in bacteriological culture was obtained in 46 (47.92%) patients with this form, of which *Tr. verrucosum* (syn. *Tr. faviforme*) was determined in 32 patients, and *Tr. Mentagrophytes* var. *gypseum* – in 14 patients. There were 92 rural residents. Sources of infection were identified in 76 (30.4%); the infection occurred from cattle kept in a private farmstead, as well as due to domestic contact with sick family members, acquaintances. In 5(5.2%) patients with localization of the lesion in the pubic region, infection occurred during sexual contact with partners. The majority of patients - 29(30.2%), were involved in treatment in the first 7-14 days after the detection of signs of the disease in the period from 15 to 30 days – 41(42.7%), after 1-2 months – 8(8.3%), over 2 months-8(8.3%).

Conclusion. The infiltrative-suppurative form of zooanthroponous trichophytia is often complicated by intoxication, lymphadenitis, a violation of the general condition of patients and has a progressive course against the background

of traditional therapy with systemic and topical antimycotic drugs. In most cases, patients have secondary infection of the foci due to the activation of the skin microflora, increased colonization by staphylococci and opportunistic microorganisms of the intestinal group. The use of the combined antibacterial drug mupiroban in combination with systemic and topical fungicidal therapy contributes to a more successful dynamics of the inflammatory process and is not inferior in effectiveness to standard treatment methods.

IMMUNOPATHOGENESIS OF LOCALIZED SCLERODERMA IN CHILDREN

Mun A.V., Aripova N.F.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent

Limited scleroderma (LS) is an autoimmune disease of the connective tissue, which is based on a cascade of immune reactions, including autoaggression, disturbances in the metabolic processes of the extracellular matrix, and damage to endothelial cells. There is evidence of the important role of impaired cellular immunity in the development of fibrosis in LS. So, in patients with LS, a biopsy of healthy-looking skin around foci of sclerosis reveals its perivascular and diffuse infiltration mainly by T-lymphocytes and macrophages.

Aim. To study the effect of immunity on the course and prognosis of limited scleroderma in children.

Materials and methods. We studied 35 children with limited scleroderma, of which 20 children (57.1%) had a linear form of the disease, 9 patients (25.7%) had plaque, scleroatrophic Lichen was diagnosed in 6 children (17.1%). The state of the cellular immunity system was monitored by immunophenotyping using specific monoclonal antibodies to surface molecules CD3, CD4, CD8, CD16, CD20, CD23, CD38, CD95. The content of immunoglobulins A, M, G in blood serum was determined by enzyme immunoassay.

Results. In the data of an immunological study of the peripheral blood of the examined patients with LS, suppression of the T-system of immunity was revealed - a statistically significant decrease in the percentage of total T-lymphocytes - CD3, especially pronounced in the stage of erythema and edema and atrophic and amounted to 13.3%, and in the stage of compaction - 7.4% compared to the control group. There was also a decrease in T-helpers - CD4: at the stage of erythema and edema by 1.3 times, with sclerotic and atrophic - by 1.2 times. The content of cytotoxic CD8-lymphocytes significantly decreased in the stages of erythema and edema and sclerotic stage by an average of 22.3%. As a result of more significant inhibition of CD8, the immune regulation index increased by an average of 21.4% than in the control group.

An increase in the immunoregulatory index indicated the activation of the immune system.

Particularly statistically significant differences in the number of lymphocytes of different phenotypes were found for CD16, CD38 and CD95, the content of which was increased compared to conditionally healthy patients.

Conclusions. LS, depending on the stage of the inflammatory process, is accompanied by a decrease in the number of total blood lymphocytes due to subpopulations, namely CD4 T-helpers and CD8 T-suppressors. In the pathogenesis of LS, an important role belongs to the activation of the T-cell link of the immune system in the skin, characterized by the appearance of immune inflammation, mainly from CD4- and CD8-lymphocytes, as well as IL-1 and IL-2 producing cells, which are mediators of inflammation. The appearance of cytotoxic CD8-lymphocytes in the epidermis contributes to its destruction.

In patients with LS, there is a significant increase in the blood of pro-inflammatory - IL-1 β , IL-6, TNF- α , anti-inflammatory (IL-4) cytokines and macrophages CD16, B-lymphocytes CD20.

PROFESSIONAL DISEASES WITH PRIMARY SKIN DAMAGE

Niyazbekova N.F., Saidov B.R., Avazov T.M.,

Omonov J.M., Khusniddinov V.C.

Tashkent Regional Department of Dermatology and Venerology,

Uzbekistan

Relevance. Occupational skin diseases in most cases develop as a result of skin contact with one, two or a combination of harmful production factors. The majority of occupational dermatoses (more than 92%) are caused by chemical compounds, and only slightly more than 7% of cases are caused by physical and infectious factors. Allergodermatoses make up the largest group in professional dermatoses of a chemical nature. Among occupational diseases, an important place is occupied by skin pathology, which, being a pronounced defense of the body, has an impact on the impact of the external environment. In recent years, there has been an increase in the number of occupational dermatoses, accompanied by a transformation of character and the occurrence of occupational skin lesions. The reason for this is the increase in the contingent of workers, identified industrial contact with allergens, the use of new, previously unknown allergenic compounds, subsequent technological processes and equipment, direct contact with allergenic exposures. Many authors note that the imperfection of the system of preliminary and periodic medical examinations also contributes to the growth of professional skin pathology. Modern industry is characterized by low levels of influencing factors, their complex or combined nature. Combined exposure to allergens can contribute to the development of polyvalent sensitization of the body of workers. Allergic dermatoses prevail in the structure of occupational morbidity of the skin. The formation of occupational pathology is due to the high concentration of industry and the rapidly changing immunoreactivity of the population in recent years.

The purpose of this study. Study the state of the incidence of occupational dermatoses. The purpose of these studies was to study an occupational skin

disease, which was established on the basis of anamnesis data, the clinical picture of the disease, an allergological examination, taking into account the professional route and the sanitary and hygienic characteristics of the patient's workplace. Allergological examination was carried out by drop and compress skin testing using allergens present at the workplaces of the examined persons.

Skin lesions localized on the hands, face in the form of eczematous processes in patients. Most often, dermatosis was formed under the influence of organic solvents, cutting fluids, hardeners, epoxy and PVC pitches. In engineering, metallurgical industry combined action of strong allergens (metals, formaldehyde) with substances damaging the integrity of the skin, led to the development of occupational allergic skin diseases in 3–5 years from the start of work. Identified tendency to torpid flow allergopathology, chronic skin processes

Research results. Thus, the problem of the prevalence of occupational dermatoses is relevant. The main clinical forms of occupational dermatosis are eczema, contact-allergic dermatitis. In the region, the detection of occupational skin pathology at medical examinations is decreasing, which indicates the need for additional training of dermatovenereologists of the general medical network on occupational pathology. Medical workers are a risk group for the development of occupational skin lesions, requiring effective preventive measures.

THE TREATMENT OF LICHEN PLANUS WITH TACROLIMUS

Saipova N.S., Safarov Kh.Kh., Maxmudov Sh.X.,

Tursunov M.Sh., Toxtayev G.Sh.

Tashkent Regional Department of Dermatology and Venerology

Tashkent Medical Academy

Relevance. Adaptation of patients with lichen planus in society is difficult for many reasons. In 90 % of cases, the disease is localized in open areas of the skin and is a cosmetic defect that is clearly visible to others. The type of patients causes

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

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

Materials and methods. We conducted a study, the purpose of which was to study the effectiveness and safety of using the Tacropic ointment (tacrolimus) in patients with lichen planus, and with manifestations on the oral mucosa. We observed 12 patients with LP (4 men, 8 women) aged 22 to 45 years. All patients were diagnosed with the classic form of LP, characterized by the presence of polygonal papules with a shiny surface, umbilical depressions on some elements, and location on the flexor surface of the upper and lower extremities. Almost all patients were concerned about skin itching of varying intensity, 5 out of 22 patients (22.7 %) had manifestations of LP on the oral mucosa (4 patients had erosive formations, 1 patient had erosive and ulcerative formations). The method of treatment of patients with LP was that papular elements were treated twice a day with 0.1 % Tacropic ointment for 3–6 weeks. Some patients were prescribed additional antihistamines and desensitizing drugs. Elements on the oral mucosa were also treated with 0.1 % Tacropic ointment 2 times a day for 2–3 weeks.

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