



MINISTRY OF HEALTH OF THE
REPUBLIC OF UZBEKISTAN



FERGHANA MEDICAL INSTITUTE
OF PUBLIC HEALTH



TASHKENT STATE DENTAL
INSTITUTE



ASSOCIATION OF DERMATOLOGISTS,
DERMATOSCOPISTS AND COSMETOLOGISTS
OF UZBEKISTAN



WORLD HEALTH ACADEMY OF
DERMATOLOGY



INVEST IN YOUR SKIN
MASS MEDIA

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
FARG'ONA JAMOAT SALOMATLIGI IINSTITUTI
TOSHKENT DAVLAT STOMATOLOGIYA INSTITUTI
O'ZBEKISTON DERMATOONKOPATOLOGLAR, DERMATOSKOPISTLAR VA
KOSMETOLOGLAR UYUSHMASI

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
АССОЦИАЦИЯ ДЕРМАТООНКОПАТОЛОГОВ, ДЕРМАТОСКОПИСТОВ И
КОСМЕТОЛОГОВ УЗБЕКИСТАНА

«DERMATOVENEROLOGIYA VA DERMATOONKOPATOLOGIYADAGI
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASHDA YANGI TEXNOLOGIYALARNING RIVOJLANISHI»

**IV-Xalqaro ilmiy-amaliy anjumani
ILMIY ISHLAR TO'PLAMI**

**IV-Международная научно-практическая конференция
«ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ И
ЛЕЧЕНИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И ДЕРМАТООНКОПАТОЛОГИИ»**

СБОРНИК ТЕЗИСОВ



**FARG'ONA
10-11-MAY 2024 YIL**

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 ДЕРМАТООНКПАТОЛОГИЯДА
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШДА ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИ
РИВОЖЛАНИШИНИНГ ИСТИҚБОЛЛАРИ»
IV-чи Халқаро илмий-амалий анжумани
Илмий ишлар тўплами

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

Сборник тезисов

ФЕРҒАНА
10-11 мая 2024 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

Ответственный редактор: Г.Б. Пягай – д.м.н., доцент кафедры предметов терапевтического направления №4 Ташкентского государственного стоматологического института

Члены редакционной коллегии:

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

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

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

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

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

СОДЕРЖАНИЕ

Абдувахитова И.Н., Имамов О.С., Махмудов Ш.Х. <i>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПУЗЫРЧАТКИ.....</i>	10
Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Набиев В.Г. <i>АНДИЖОН ВИЛОЯТИДА КИШЛОК АХОЛИСИ ОРАСИДА ЧИН ПУРСИЛДОК БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИ.....</i>	12
Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д., Шайметов М.Р. <i>ПСОРИАЗИФОРМНЫЕ СИФИЛИДЫ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО БОЛЬНОГО.....</i>	13
Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д. <i>НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....</i>	15
Абидов А.М. <i>СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ГОНОРЕИ.....</i>	17
Абидов Х.А., Хаитов К.Н. <i>ЦИТОХРОМ P450 И ФАРМАКОКИНЕТИКА АНТИГИСТАМИННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ.....</i>	18
Азизов Б. С., Нурматова И.Б., Ганиев А.А., Кирыков Д.А. <i>ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ДЕРМОНЕОПЛАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖИТЕЛЕЙ ТАШКЕНТСКОЙ ОБЛАСТИ.....</i>	21
Азизов Б. С., Нурматова И.Б., Эгамов Х. <i>БУТОРКОВЫЙ ЛЕЙШМАНИОЗ КОЖИ, КАК РЕДКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ БОРОВСКОГО.....</i>	23
Азизов Б.С., Нурматова И.Б. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЯДА ДЕРМАТОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ.....</i>	26
Алепарова А.А., Цой Н.О., Алгазина Т.О. <i>КОЖНЫЕ СТИГМЫ РЕЛИГИОЗНЫХ ПОКЛОНЕНИЙ.....</i>	28
Алиев А.Ш., Жураева М.З., Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В., Курбонов О.Ж. <i>ИНГИБИТОРЫ ЯНУС КИНАЗ В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ.....</i>	31
Алиев А.Ш., Колдарова Э.В., Мухамедов Б.И., Курбонов О.Ж. <i>ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ КОЖИ.....</i>	33
Алиев А.Ш., Курбанов О.Ж., Мухамедов Б.И., Ибрагимова Н.С. <i>ИНГИБИТОРЫ ЯНУС КИНАЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА.....</i>	35
Алиев А.Ш., Мухамедов Б.И., Курбонов О.Ж., Колдарова Э.В. <i>ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭЛАСТОЗОМ КОЖИ.....</i>	37
Аляви С.Ф. <i>ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКОВ P53 В VCL-2 ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПСОРИАЗЕ.....</i>	39
Арапов Б., Пакирдинов А.Б. <i>ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ.....</i>	40
Арапов Б., Пакирдинов А.Б. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РУМИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ.....</i>	42
Аскерова А.А., Алимбаева М.А., Бабикенова С.М., Азанбаева Д.Ж. <i>МНОГОЛИКИЙ ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ.....</i>	43
Аюбова Н.М., Азизов Б.С. <i>ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ.....</i>	45

Аяп А.А., Батпенова Г.Р., Цой Н.О. <i>СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ТЕРАПИИ ИХТИОЗОВ</i>	46
Бабабекова Н.Б., Юлдашева Д.С., Рахманкулова С.А. <i>КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ</i>	48
Бабаджанов О.А. <i>ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА</i>	49
Ваисов И.А., Алиев А.Ш., Хайдарова Н., Жандарбекова Ш. <i>ОЦЕНКА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭЛАСТОЗАМИ КОЖИ</i>	51
Джакипова С.А., Алгазина Т.О., Котлярова Т.В., Батпенова Г.Р. <i>ОБЗОР ГЕНО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ (ГИПБ) ПРИ ПСОРИАЗЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН</i>	52
Ерболаткызы Б, Батпенова Г.Р., Ибраева Т.Б. <i>КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ИХТИОЗЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ</i>	55
Ибрагимов О.Д. <i>ВЛИЯНИЕ СИСТЕМНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН</i>	57
Ибрагимова Н.С., Ибрагимова Х.Н., Мухамедов Б.И., Солметова М.Н. <i>ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ КАК МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОГО САМООБРАЗОВАНИЯ</i>	58
Исмаилова Г.А., Алиев А.Ш., Жандарбекова Ш., Хайдарова Н.У. <i>ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ</i>	60
Исмаилова Г.А., Миродилова Ф.Б. <i>ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ, ПЕРЕНЕСШИМ COVID-19, С УЧЁТОМ УРОВНЯ ИНТЕРФЕРОНООБРАЗОВАНИЯ</i>	62
Исмоилов У.А., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Набиев В.Г. <i>ДИНАМИКА КОЖНОГО ПРОЦЕССА И СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА</i>	63
Колдарова Э.В., Мухамедов Б.И. <i>СКРИНИНГ РАКА КОЖИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА ПАЦИЕНТОВ ПРИУРОЧЕННЫЙ КО ДНЮ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ ЗА 2023г</i>	65
Курбонов О.Д., Пакирдинов А.Б., Ёкубова М.А., Мухаммаджонова Л.А. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ТУРБОЗИЛ» И КРЕМА «ЭРБИНОЛ» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ</i>	67
Курбонов О.Д., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Набиев В.Г. <i>КЛИНИКО – БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РУМИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ</i>	68
Кўчқаров А.А., Пакирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х., Шадыева Ш.М. <i>ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ И КРЕМА «ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО И МУМИЁ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА</i>	70
Максудов Б.А., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Набиев В.Г. <i>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ПО АНДИЖАНСКОМУ ВИЛОЯТУ ЗА 2012 ГОД</i>	71
Маннанов А.М., Абдуллаева Д.А. <i>ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТИМИКРОБНОГО ПЕПТИДА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ</i>	72
Маннанов А.М., Абдуллаева Д.А. <i>ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОТЫ НА РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА</i>	74
Маннанов А.М., Тураева Ф.А. <i>ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ</i>	

<i>ВУЛЬГАРНОГО ИХТИОЗА У ДЕТЕЙ.....</i>	75
Махмудов Ш.Х., Джумаев Н.Д., Абдувохитова И.Н., Айгундиев Я.Ж., Тохтаев Ғ.Ш. <i>ЗАМБУРУҒЛАРНИНГ КУЛТУРАЛ ДИАГНОСТИКАСИ</i>	77
Мун А.В. <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ</i>	79
Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В., Алиев А.Ш., Аллаева М.Д. <i>ОЦЕНКА МЕСТНЫХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В.....</i>	81
Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В., Алиев А.Ш., Маликова Н.Н., Мухамедов Б.Б. <i>РОЛЬ ЦИТОКИНОВОЙ И ЛИПИДОТРАСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «С» ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ.....</i>	84
Мухаммаджонова Л.А., Пакирдинов А.Б., Курбонов О.Д. <i>НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ.....</i>	86
Набиев В.Г., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Курбонов О.Д. <i>ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ТУРБОЗИЛ» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО – НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ТРИХОФИТИИ.....</i>	88
Нуралиев Ф.Н. <i>УРОГЕНИТАЛ КАНДИДОЗЛАРНИНГ ИММУНОЛОГИК ЖИҲАТЛАРИНИ БАҲОЛОВЧИ ПРОГНАСТИК МЕЗОНЛАР.....</i>	89
Пакирдинов А.Б. <i>АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И УРОВЕНЬ СОДЕРЖАНИЯ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КОЖНОГО ПРОЦЕССА</i>	91
Пакирдинов А.Б. <i>ПРЕПАРАТ ВЕРРУКАЦИЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК.....</i>	93
Пакирдинов А.Б., Абдурахмонов А.А., Ботиров К.З. <i>ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ.....</i>	94
Пакирдинов А.Б., Ёкубова М.А., Курбонов О.Д., Мухаммаджонова Л.А. <i>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЛУБОКИМИ ПИОДЕРМИТАМИ ЛЕНДАЦИНОМ.....</i>	96
Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.А. <i>ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЁМ НА ФОНЕ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ.....</i>	97
Пакирдинов А.Б., Мухаммаджонова Л.А., Ёкубова М.А., Ботиров К.З. <i>АНДИЖОН ВИЛОЯТИДА КИШЛОК АХОЛИСИ ОРАСИДА ЧИН ПУРСИЛДОК БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИ.....</i>	99
Пакирдинов А.Б., Мухаммаджонова Л.А., Шадыева Ш.М. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКЗОДЕРИЛ ПРИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ.....</i>	100
Пакирдинов А.Б., Пакирдинова С.А., Тошпулатов Б.Х., Шадыева Ш.М. <i>ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ.....</i>	100
Пакирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х., Ботиров К.З. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «СЕКНИДОКС» У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ.....</i>	102
Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Тошпулатов Б.Х., Пакирдинова С.А. <i>ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ ЗИТРОЛИДОМ.....</i>	103
Пакирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х., Курбонов О.Д. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ</i>	

<i>ЗИТРОЛИДОМ.....</i>	105
Пакирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х., Набиев В.Г., Курбонов О.Д. <i>ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА.....</i>	106
Пакирдинов А.Б., Фозилов Ф.А., Дармонов Б.Т. <i>АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА У ПАЦИЕНТОВ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ.....</i>	107
Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Курбонов О.Д. <i>ДИНАМИКА ТРАНСКУТАННОГО ПАРЦИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ.....</i>	108
Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Кўчқаров А.А., Пакирдинова С.А. <i>КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ВАРИОР» У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЕЙ.....</i>	109
Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Мухаммаджонова Л.А. <i>ДИНАМИКА ИНДЕКСА SCORAD И IgE У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ.....</i>	111
Пакирдинова С.А., Пакирдинов А.Б., Мухаммаджонова Л.А., Шадыева Ш.М. <i>СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ.....</i>	112
Пакирдинова С.А., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Шадыева Ш.М. <i>ДЕЙСТВИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ.....</i>	113
Пакирдинов А.Б., Кўчқаров А.А., Тошпулатов Б.Х. <i>РОЗЕКС МАЛХАМИ РОЗАЦЕА ҚАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРАДОРЛИГИ.....</i>	114
Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Кўчқаров А.А. <i>НЕЙРОДЕРМИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ЛОКОИД» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ.....</i>	116
Пулатова С.Х., Бабаджанов О.А. <i>СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И ВРАЧЕБНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ.....</i>	117
Пягай Г.Б. <i>КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА С БЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ.....</i>	118
Пягай Г.Б., Юлдашев К.К. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРУЖНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА.....</i>	119
Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Фаттахов Б.Ш., Турдиев Ж.Р. <i>СЎЗАК БИЛАН КАСАЛЛАНИШ (2019-2023 йй) ДИНАМИКАСИ.....</i>	121
Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Фаттахов Б.Ш., Турдиев Ж.Р. <i>ЗАХМ КАСАЛЛИГИ БИЛАН БЕШ ЙИЛЛИК (2019-2023 йй) КАСАЛЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ.....</i>	123
Саипова Н.С, Юсубалиев У.А., Тохтаев Г.Ш., Сафаров Х.Х. <i>КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ.....</i>	124
Солметова М.Н., Аллаева М.Д., Курбонов О.Ж. <i>ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ РЕГИСТРАЦИИ РАКА КОЖИ В УЗБЕКИСТАНЕ.....</i>	126
Солметова М.Н., Мухамедов Б.И., Аллаева М.Д., Ибрагимова Н.С., Маликова Н.Н., Курбонов О.Ж. <i>ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ.....</i>	127

Ташкенбаева У.А., Аббосхонова Ф.Х. <i>АНАЛИЗ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИФFUЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ</i>	129
Ташкенбаева У.А., Алиев А.Ш., Усманиев С.А. <i>ТЕЧЕНИЕ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПРИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ</i>	132
Тошпулатов Б.Х., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш. <i>СОДЕРЖАНИЕ КАТАЛАЗЫ И МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ В ПРОЦЕССЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ</i>	133
Тураева Ф.А., Маннанов А.М. <i>ЗНАЧЕНИЕ ИНБРИДИНГА В ТЕЧЕНИИ ИХТИОЗА У ДЕТЕЙ</i>	134
Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Курбонов О.Д., Набиев В.Г., Ботиров К.З. <i>ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ПО АНДИЖАНСКОМУ ВИЛОЯТУ ЗА 2012 ГОД</i>	136
Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Мухаммаджонова Л.А., Курбонов О.Д. <i>ДИНАМИКА ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ</i>	137
Ходжаева С.М., Хасанбаев И.Д., Гайдук Ю.Д. <i>СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ</i>	138
Ходжаева С.М., Хасанбаев И.Д., Гайдук Ю.Д. <i>МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ</i>	140
Шадыева Ш.Д., Пакирдинов А.Б., Пакирдинова С.А. <i>КОНЦЕНТРАЦИИ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ</i>	141
Шадыева Ш.М., Пакирдинов А.Б., Пакирдинова С.А. <i>КОНЦЕНТРАЦИИ ЛУТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ</i>	142
Шадыева Ш.М., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Мухаммаджонова Л.А. <i>ДИНАМИКА ИНДЕКСА SCORAD И ЦИК У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ</i>	143
Шарипов А.У., Ашуров Д.Д., Ёкубов Ф.Ф. <i>ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО</i>	144
Шарипов А.У., Ашуров Д.Д., Ёкубов Ф.Ф. <i>ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС (АЛОПЕЦИЯ) У ДЕТЕЙ</i>	146
Штрауб Т.О., Джетписбаева З.С. <i>ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ</i>	147
Эшбоев Э.Х., Имамов О.С., Махмудов Ш.Х., Джумаев Н.Д. <i>ДЕРМАТОМИКОЗЛАР ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКАСИГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВ</i>	150
Эшбоев Э.Х., Фаттахов Б.Ш., Джуманов Д., Турдиев Ж.Р. <i>ЗАХМ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ШАКЛЛАРИ ТАҲЛИЛИ</i>	152
Юсупова Ш.А., Юлдашева С.Й., Камилова Б.М. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАЗМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Q-SWITCH ЛАЗЕРА</i>	154
Abidov A.M. <i>THE MULTIFACETED CLINICAL PRESENTATIONS AND MANAGEMENT OF CONGENITAL SYPHILIS</i>	155
Abidov Kh.A., Khaitov K.N., Karimov B.B., Yunusova Kh.R. <i>CHARACTERISTICS OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN</i>	157
Allayeva M.D., Maxmudov Sh.X., Tursunov M.Sh., Aytugdiyev Y.J., Toxtayev G.Sh. <i>TOPIC TACROLIMUS, ALTERNATIVE TREATMENT FOR LICHEN PLANUS RESISTANT TO</i>	

<i>STEROIDS</i>	159
Alyavi S.F. <i>PSORIAZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA CD25 VA CD95 T-LÍMFOTSITILARNI DIFFERENTSIALANISH MARKERLARINI KO'RSATGICHLARI</i>	161
Asqarov I.R. , Paqirdinov A.B., Toshpo`latov B.X. <i>VITILIGO KASALLIGINI DAVOLASHDA DALACHOY GULI HAMDA SARIMSOQ PIYOZCHASINING AHAMIYATI</i>	163
Pulatova S.Kh., Babadjanov O.A. <i>IMPROVEMENT OF ACNE THERAPY TAKING INTO ACCOUNT CLINICAL, GENETIC AND BIOCHEMICAL RESEARCH METHODS</i>	165
Saipova N.S., Allaeva M.D., Yusubaliev U.A., Ibragimova N.S., Toxtaev G.Sh., Safarov X.X., Ashrapxodjaeva N.M., Muzapova U.R. <i>MOLECULAR BIOLOGICAL STUDIES OF THE AFFECTED SKIN OF PATIENTS WITH MICROBIAL AND TRUE ECZEMA</i>	170
Saipova N.S., Allaeva M.D., Yusubaliev U.A., Ibragimova N.S., Toxtaev G.Sh., Safarov X.X., Ashrapxodjaeva N.M., Muzapova U.R. <i>CHIN VA MIKROBLI EKZEMA KASALLIKLARINING IMMUNOGISTOKIMYOVIY TADQIQOTLASH USULI</i>	172
Tashkenbaeva U.A., Abbaskhanova F.Kh. <i>FEATURES OF MICROELEMENT STATUS IN PATIENTS WITH DIFUSE FORMS OF ALOPECIA ASSOCIATED WITH COVID-19</i>	174
Xaitov K.N., Sultanov A.A. <i>TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGINI KELITIRIB CHIQARUVCHI SABABLAR</i>	176
Xaitov K.N., Sultanov A.A. <i>TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGINI DIAGNOSTIKA QILISH USULLARI</i>	179
Xaitov K.N., Sultanov A.A. <i>TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGIDA QO`LLANILADIGAN DORI VOSITALARI</i>	181
Xaitov K.N., Sultanov A.A. <i>TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGIGA QARSHI KURASHISHDA DUNYO TAJRIBASI</i>	184
Yunusova Kh.R., Abidov Kh.A. <i>VITILIGO AND THYROID DISORDERS</i>	186

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ВЕГЕТИРУЮЩЕЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Абдувахитова И.Н., Имамов О.С., Махмудов Ш.Х.

Ташкентский областной филиал РСНПМЦДВиК

Актуальность: Вегетирующая пузырьчатка — одна из клинических форм пузырьчатки, характеризующаяся образованием мелких разрастаний (вегетаций) на дне эрозии после вскрытия пузыря. К особенностям заболевания относится расположение процесса в кожных складках и в области естественных отверстий организма. Вегетирующая пузырьчатка является аутоиммунным заболеванием, при котором из-за нарушения в иммунной системе происходит выработка антител на собственные клетки эпидермиса. Заболевание встречается редко, обычно у женщин в возрасте 40-60 лет; существенно снижает качество жизни пациентов, а в случае тяжелого течения может приводить к временной утрате трудоспособности.

Цель. Представление клинического случая редкой вегетирующей формы истинной акантолитической пузырьчатки с нетипичными проявлениями на лице.

Материалы и методы: женщина 1986 г.р. (38 лет) обратилась в Ташкентский областной КВД с жалобами на наличие высыпаний на коже. Считает себя больной в течение 6 месяцев. Вначале появились высыпания на слизистой оболочке полости рта, после чего пациентка обратилась к стоматологу и в течение 10 дней лечилась с диагнозом стоматит. Принимала Ацикловир и стрептоцид. Долгое время занималась самолечением, лечилась Арбидолом, пищевой содой. Эффекта от лечения не было. В последующем, пациентка обратилась к терапевту, лечилась с диагнозом герпес. В связи с появлением высыпаний на половых органах направлена к гинекологу, после чего направлена к дерматологу в КВД по месту жительства, откуда, по направлению поступила в ТОКВД.

Объективно: Кожно-патологический процесс носит распространенный подострый характер. Располагается на коже волосистой части головы, на

внешнем углу левого глаза, на левой стороне крыла носа, слизистой оболочке рта, деснах, верхнем небе, по обе стороны языка, красной кайме губ, уголках рта, подбородке, шеи, груди, обеих подмышечных впадинах, под грудью, на коже обеих рук и ног, в области живота и талии, в паховых складках, на больших половых губах и вокруг заднего прохода. На волосистой части головы, в области затылка, имеются вегетации размером 3*4 см, также, аналогичные разрастания располагаются в области паховых складок. Из них выделяется серозный экссудат со специфическим запахом. Кроме этого, на туловище, коже лица, век и крыльев носа имеются пузыри с дряблой крышкой серозным содержимым, размером от 1 см до 2 см в диаметре. В полости рта видны эрозии, размером до 0,3 см. По периферии некоторых высыпаний можно увидеть единичные мелкие пустулезные элементы. Симптом Никольского положительный. Дермографизм красный. Субъективно: болезненность в месте эрозий, затрудненное глотание, общее недомогание.

В стационаре было проведено следующее лечение: Преднизолон в/м 90 мг в сутки в течение 10 дней, далее снижение дозировки по схеме; раствор Реосорбилакт 200 мл в/в капельно, Аспаркам по 1 таб х 3 р/д, Фуросемид 40 мг 1 раз в 3 дня, Левофлоксацин 500 мг по 1 таб. в течение 7 дней; местно – раствор Фукорцина 4-5 раз в сутки, полоскание рта раствором Лоробен, на высыпания наносились ГКС мази. В процессе лечения отмечалось выраженное улучшение, которое выражалось в рассасывании разрастаний и отсутствии новых высыпаний. Значимых изменений, в показателях общего и биохимического анализов крови не было. Нежелательные клинические проявления в процессе гормонотерапии также не наблюдалось. Пациентка была выписана с улучшением, для дальнейшего лечения в КВД по месту жительства.

Заключение. Описанный случай представлен в связи с редкостью данного дерматоза. Локализация и характер поражения кожи были типичными для вегетирующей пузырчатки. Проведенный гистологический

анализ позволил подтвердить диагноз, а назначение адекватной терапии — добиться выраженного клинического улучшения.

**АНДИЖОН ВИЛОЯТИДА КИШЛОК АХОЛИСИ ОРАСИДА ЧИН
ПУРСИЛДОК БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИ**

Абдужабборов Т.К., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Набиев В.Г.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Андижон вилоятида 2012 йилда кишлок ахолиси орасида чин пурсилдок касаллиги билан хасталанишни даражасини урганиб чиқишни мақсад қилдик. Бунинг учун Андижон вилоят тери-таносил касалликлари шифохонасида даволанган беморларнинг касаллик тарихлари, поликлиника булимидаги амбулатория карталарини урганиб чиқдик. 2008 йили кишлок ахолиси орасидан ҳаммаси булиб 59 та чин пурсилдок билан хасталанган бемор қайд қилинган булиб, уларнинг 26 таси эркак, 33таси эса аёлдир. Беморлар ёшлари буйича қуйидагича тақсимланганлар: 20-30 ёшли 3та эркак ва 7та аёл бемор рўйхатга олинган; 31-40 ёшли 2та эркак ва 8та аёл бемор қайд қилинган; 41-50 ёшли 8та эркак ва 6та аёл бемор аниқланган; 50 ёшдан катталар орасида 13та эркак ва 12та аёл бемор рўйхатга олинган. Демак, аёллар орасида касаллик 20-30 ёшда эркаклардагига нисбатан 2 баробар куп учраши юқоридаги рақамлардан қуриниб турибди, 31-40 ёшлилар орасида эса аёлларда касаллик эркакларга нисбатан 4 баробар куп учрамоқда. Ундан кейинги ёшлар орасидаги касалланиш даражасидаги тафовут сезиларли эмас.

Касалликнинг клиник турлари буйича қуйидаги натижа олинди: вульгар тури –31 беморда аниқланди (15та эркак беморда, 16та аёлда), вегетацияловчи тури-15та беморда (6та эркакда,9та аёлда), себореяли тури 8беморда (3та эркак,5та аёл),баргсимон тури 5та беморда (2та эркак,3та аёл). Олинган натижага мувофиқ, аёллар орасида чин пурсилдок касаллигининг

огир шакллари ,яъни вегетацияловчи тури хамда себореяли тури эркакларга нисбатан купрок учраши куруниб турибди.

Шундай килиб, кишлок ахолиси орасида чин пурсилдок касаллиги аёлларда 20-40 ёшлик даврида купрок учраса, эркакларда 40 ёшдан кейин купрок учрайди. Аёлларда касалликнинг огир турлари(вегетацияловчи ва себореяли турлари) эркакларга нисбатан купрок учрайди.

ПСОРИАЗИФОРМНЫЕ СИФИЛИДЫ У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННОГО БОЛЬНОГО

Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д., Шайметов М.Р.

ТашПМИ, Ташкентский Областной КВД

У зараженных ВИЧ-инфекцией людей возрастающий иммунодефицит создаёт благоприятный фон для развития ВИЧ - ассоциированных кожных заболеваний. В связи с этим изучение особенности клиники и течения различных кожных заболеваний у ВИЧ инфицированных имеет огромное практическое значение при ранней диагностике ВИЧ/СПИДа.

Последние годы встречается заражение с сифилисом на фоне ВИЧ инфекции, которая коренным образом меняет клинику и течения сифилиса и может быть причиной диагностических ошибок, что и является доказательством нами наблюдаемый случай. Пациентка Н.И. 1985 г. р. поступила в стационар по направлению Таш. Обл. Спид Центра (19.06.2023г.) с диагнозом «Сифилис?». Со слов больной по поводу высыпания со стороны кожи больная за последний 2-3 месяца обратилась врачу поликлиники по место жительства 3 раза, где больного лечили с диагнозом «Псориаз» лечения оказалось не эффективным. При повторном плановом обращении Таш. Обл. СПИД центр, где больная получает АРВТ с диагнозом В 20 (с апреля 2023г.), взяли кров на сифилис (РМП), реакция оказалось положительным на основании чего больная направлена в

Таш.Обл.КВД вышеуказанным диагнозом. В Таш.Обл.КВД больная обследована: РМП 4+титр 1:30, РПГА 4+, РИФабс 4+. Диагноз: Lues II recidiva (A51.3), Половые контакты с 19 лет после замужества. Муж умер 6 лет тому назад, имеется две дочери, у старшего Т. Р. 2007 г.р. тоже выявлена Lues II recidiva (A51.3) РМП 4+титр 1:32, РПГА 4+, РИФ200 $\frac{3}{4}$ +, РИФабс 4+. Выяснено что больная и ее старший доч ведет беспорядочный половой жизнь. При поступлении общее состояние больной удовлетворительно, положение активное, все периферические лимфатические узлы увеличены. Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. Кожно-патологический процесс носило не островоспалительный, распространенный характер. На волосистой части головы волосы редкие, тусклые, местами полностью отсутствует, брови тоже редкие особенно с края к центру, ресницы выпало в виде лестницы (Симптом Пинкуса). В области лба, затылка, вокруг ушной раковины имеется бледно розовые, округло-овальные папулы покрытой серебристо белыми чешуйками с размером 1-2,5см, некоторые папулы эрозировано, имеет влажную гладкую розовый поверхность местами покрыта серозно-геморрагическими корочками. Множественные аналогичные папулы имеется на кожи шеи, грудной клетки спины и передней поверхности голени. При соскабливании папул покрытой серебристо белыми чешуйками симптом Ауспитца отрицательный. Все ладонно-подошвенный поверхности отмечается гиперкератоз поверхность которых покрыто серебристо-белыми чешуйками напоминающий псориаз. Поражение имеет четкую границу и переходит тыльной поверхности кистей. Аналогичное изменение отмечается вокруг ногтевых пластинок ног. Больная обследована согласно по стандарту: Со стороны обще клинических анализов и биохимия крови выраженных отклонении от нормы не выявлено.

Больному назначено соответствующие лечение по поводу сифилиса согласно по инструкции, после первой инъекции пенициллина отмечалось реакция обострения в виде повышения температуры тела (37,8С), общая слабость, головной боль и легкая болезненность в мышцах нижней

конечностей. С 2-го и 3-го дня отмечалось явное улучшение клинической картины сифилиса в виде побледнения и уплощения папулезных элементов и отшелушивания чешуек. На 10 день папулы почти полностью рассосались, оставляя розовые пятни. Больная последней 8 месяцев находится на клинико-серологическом контроле, со слов венеролога по месту жительства за это период псориазиформные высыпания на коже не появились, волосы погустели, показатели серореакции снижается.

Таким образом сифилис у ВИЧ инфицированных протекает более злокачественно: кожный процесс имеет более распространённый характер, поверхность папул часто эрозируется не только в складках кожи, а также на гладкой коже, некоторые папулы покрываются серебристо белыми чешуйками, ладанно-подошвенные поражение клинический напоминает псориаз, а также поражается придатки кожи в виде диффузной аллопеции и паронихии.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Последние годы участились случаи псориаза раннем детском возрасте, клиника и течения которых коренным образом отличается от псориаза у детей более старших лет. В последние годы проблема псориаза приобретает особую важность в связи с учащением случаев заболевания среди детей, особенно дошкольного и старшего возраста, увеличением осложненных форм и торпидностью в отношении лечения. На амбулаторный приём клиническую базу ТашПМИ (ТашОблКВД) с января 2023 года по апрель 2024 года обратилось 2705 больных. Из них 324 (12%) больным установлен диагноз псориаз: до 3-х лет 11 (3,4%), 4-18 лет -142 (43,8%), старше 18 лет

171 (52,8%). При распределении больных по клиническим формам у детей до 3-х лет у одного было пустулезный псориаз (Цумбуша), у двоих папулы были покрыты себорейными чешуйками корками, у одного наблюдалось ониходистрофия, у двух отмечалось псориазическая эритродермия. Особенности псориаза в этом возрасте состоит в том, что он протекает намного тяжелее, в псориазических очагах чаще наблюдалось отечность, экссудация, быстро распространяется воспаления по всему кожному покрову, Первоначальные симптомы начинаются, как правило, с крупных складок кожи с появлением эритематозных, мацерированных очагов с резкими границами и бордюром отслоившегося рогового слоя по периферии. Последующем появляются папулезный сыпь на гладкой коже туловища, спины, верхней и нижней конечностей. Чаще у детей псориазический процесс носит распространенный, реже ограниченный характер.

У детей 4-18 лет (142-больных) у 6 больных наблюдалось пустулезный псориаз (Цумбуша), у 14 наличием псориазических папул наблюдалось признаки ониходистрофии, у 17 с наличием типичных псориазических папул отмечалось ладонно-подошвенный псориаз, у 37 больных выявлена псориазические поражение волосистой части головы.

У детей в возрасте 4-18 лет клинические проявления характеризуются папулами розовато-красного цвета, с четкими краями, покрытыми рыхлыми серебристо-белыми чешуйками. Мелкие «каплевидные» папулезные элементы наблюдаются у 1/4 детей. При этом папулы каплевидной формы псориаза появляются внезапно и распространяются на туловище и конечности, почти не встречается бляшечные и гипертрофические папулы.

Учитывая высокую заболеваемость населения псориазом, агрессивность его течения, неясность этиологии и сложность патогенеза, дальнейшее изучение различных клинко-патогенетических аспектов данного дерматоза, манифестация которого возникает в детском и подростковом возрасте, остается одной из самых актуальных проблем современной дерматологии и педиатрии.

СОВРЕМЕННЫЕ ДАННЫЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ, КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ГОНОРЕИ

Абидов А.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности патогенеза, клинических проявлений и диагностики гонореи с учетом данных мировой литературы.

Материалы и методы. Был проведен анализ научных статей, публикаций и баз данных в международных научных источниках Elsevier, Scopus, PubMed, Medline и Cochrane Library, посвященных особенностям клинического течения гонореи. В исследовании использовались различные типы исследовательских подходов, включая клинические наблюдения, рандомизированные клинические испытания и систематические обзоры.

Результаты. Последние литературные данные свидетельствуют о высокой распространенности гонореи среди женщин, младенцев и подростков, при этом клинические проявления и осложнения значительно различаются в разных возрастных группах и популяциях (Walker & Sweet, 2011; Haese, Thai, & Kahler, 2021). Стоит отметить, что гонорея диагностируется преимущественно у мужчин в возрасте от 20 до 30 лет (Purnamasari et al., 2021; Haese et al., 2021).

Взаимодействие патогенов с иммунной системой хозяина играет ключевую роль в их персистенции и развитии осложнений. *N. gonorrhoeae* задействует сложные механизмы для уклонения от иммунных реакций, в частности, посредством экспрессии факторов вирулентности, таких как PorB, липоолигосахарид (ЛОС) и белки Ора, которые способствуют уклонению от иммунитета и инвазии в ткани (Kurzyr & Harrison, 2023).

Гонорея проявляется широким спектром симптомов, начиная от типичных урогенитальных инфекций и заканчивая менее распространенными, но тяжелыми осложнениями, такими как диссеминированная гонококковая инфекция (ДГИ), которая может привести

к таким заболеваниям, как септический артрит и менингит (Agabawi et al., 2019; Malik et al., 2023). Экстрагенитальные проявления, особенно в глотке и прямой кишке, создают проблемы для диагностики и отражают способность патогена к адаптации и персистенции (Spencer & Bash, 2006).

Диагностика гонореи улучшилась благодаря разработке тестов на амплификацию нуклеиновых кислот (NAATs), однако остаются проблемы с выявлением бессимптомных и экстрагенитальных инфекций. Для решения проблемы устойчивости к антибиотикам были разработаны протоколы лечения, и в современных руководствах рекомендуется двойная терапия для решения этой проблемы. Однако появление резистентности требует постоянного наблюдения и разработки новых методов лечения (Purnamasari et al., 2021).

Гонорея может привести к серьезным репродуктивным и системным осложнениям, включая воспалительные заболевания органов малого таза, внематочную беременность и бесплодие, что значительно влияет на здоровье, качество жизни и репродуктивную функцию (Skerlev & Čulav-Košćak, 2014; Stevens & Criss, 2018).

Выводы. Гонорея продолжает оставаться серьезной проблемой общественного здравоохранения из-за ее высокой распространенности, разнообразных клинических проявлений и развивающейся устойчивости к антибиотикам. Существует острая необходимость в усовершенствованных инструментах диагностики, более эффективных методах лечения и комплексных стратегиях профилактики для контроля ее распространения и смягчения ее воздействия на общественное здоровье.

ЦИТОХРОМ P450 И ФАРМАКОКИНЕТИКА АНТИГИСТАМИННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Абидов Х.А., Хайтов К.Н.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Оценить значимость влияния ферментов цитохрома P450 на фармакокинетику антигистаминных препаратов с учетом данных мировой литературы.

Материалы и методы. Проведен анализ научных статей, публикаций и баз данных в международных научных источниках Elsevier, Scopus, PubMed, Medline и Cochrane Library о влиянии ферментов цитохрома P450 на фармакокинетику антигистаминных препаратов. В исследованиях были использованы различные типы исследовательских подходов, включая клинические наблюдения, рандомизированные клинические испытания и систематические обзоры.

Результаты. CYP3A является важной подгруппой ферментной системы CYP450, которая наиболее распространена в печени и желудочно-кишечном тракте. Однако предыдущие исследования показали, что однонуклеотидные полиморфизмы (ОНП) в последовательностях генов могут приводить к тому, что фермент, кодируемый аллелем CYP3A, проявляет незначительную активность или вообще не проявляет ее. Члены подсемейства CYP3A в основном кодируются четырьмя генами, которые находятся в области 231kb хромосомы 7q22.1, а именно CYP3A4 (MIM124010), CYP3A5 (MIM605325), CYP3A7 (MIM605340) и CYP3A43 (MIM606534). CYP3A4 участвует в метаболизме приблизительно 50% широко используемых лекарственных средств. Сообщалось о взаимосвязи между генетическими полиморфизмами ферментов CYP450 и антигистаминными препаратами. Рупатадин является пероральным антигистаминным средством и антагонистом активатора тромбоцитов, который метаболизируется преимущественно до дезлоратадина и 3-гидроксидеслоратадина ферментом CYP3A4. CYP3A5*3 может снижать экспрессию CYP3A5, а полиморфизмы гена CYP3A5 могут значительно влиять на характер активности CYP3A. Xiong et al. обнаружили, что CYP3A5*Носители 1/*1 обладали высокой метаболической активностью и низкой транспортной активностью, в то время как CYP3A5*1/*3 носители

оказывали противоположный эффект, который может приводить к различным концентрациям рупатадина в желудочно-кишечном тракте и крови. Различия в концентрации могут привести к различиям в эффективности лечения и токсичности. Необходимо дополнительно продемонстрировать механизм, лежащий в основе роли полиморфизмов CYP3A5 в индивидуальных различиях в эффективности антигистаминных препаратов. Маэва и др. обнаружено, что варианты CYP3A4, такие как аллели CYP3A4*16 и CYP3A4*18, приводят к различной каталитической активности для различных субстратов CYP3A4. В другом исследовании было показано, что генетические варианты CYP3A4, такие как CYP3A4*2, *7, *16 и *18, могут приводить к индивидуальному изменению лекарственного взаимодействия, опосредованному ингибитором CYP3A4 циметидином. Следовательно, при совместном применении антигистаминных препаратов с другими лекарственными средствами полиморфизм CYP3A4 у пациентов следует учитывать для рационального применения лекарственных средств.

Заключение. Изучение взаимодействия цитохрома P450 (CYP3A) с антигистаминными лекарственными средствами представляет существенный интерес в фармакокинетических и клинических аспектах. Результаты исследований указывают на значительное влияние активности CYP3A на метаболизм антигистаминных препаратов, что может влиять на их эффективность и безопасность применения. Понимание механизмов взаимодействия между CYP3A и антигистаминными средствами необходимо для оптимизации дозировки, предотвращения нежелательных эффектов и обеспечения эффективного лечения аллергических заболеваний кожи. Дальнейшие исследования в этой области могут способствовать разработке новых стратегий фармакотерапии и повышению качества медицинской помощи пациентам, особенно детям с аллергическими заболеваниями кожи.

ВСТРЕЧАЕМОСТЬ ДЕРМОНЕОПЛАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 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 республиканского
специализированного научно- исследовательского практического
медицинского центра онкологии и радиологии

Актуальность: на сегодняшний день 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: изучение распространенности и внедрение в практику методов скрининга онкозаболеваний среди сотрудников предприятий и остальных жителей районов, повышение онконастороженности у врачей региональных медицинских учреждений Ташкентской области.

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, КАК РЕДКАЯ ФОРМА БОЛЕЗНИ БОРОВСКОГО

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

Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкентская медицинская академия
Самаркандский Государственный медицинский университет

Болезнь Боровского (лейшманиоз) - одна из важнейших медико-социальных проблем в дерматологии. Представляется 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*.

Часто продолжительность заболевания составляет до года (острая форма кожного лейшманиоза), реже — более года (хроническая форма), в литературе описаны случаи 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 сформированном 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.

Anamnesis morbi: 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 не отягощена. 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 дитрофия 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.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА РЯДА ДЕРМАТОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ИММУННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Азизов Б.С.¹, Нурматова И.Б.²

¹ Ташкентский государственный стоматологический институт

²Ташкентская медицинская академия

Актуальность. По данным ведущих иммунологов мира, хронические очаги инфекции являются маркерами иммунной недостаточности. Это такие болезни как, туберкулёз, ВИЧ инфекция.

Цель исследования. Целью явилось исследование возрастных и гендерных характеристик, особенностей социального и клинического статуса пациентов с ВИЧ-инфекцией с разной давностью заболевания.

Материалы и методы исследования. В обследуемой группе мужчин было – 529 (55,3%), женщин – 427(44.7%). Среди пациентов преобладали лица молодого и зрелого возраста, дети до 14 лет составляли 13,18%, 11% - подростки.

Продолжительность болезни составляла от 1 до 15 лет. 135 больных неоднократно получали стационарное лечение по поводу ВИЧ инфекции.

Большинство больных - 566 (59,2%) относились к маргинальным группам, среди них 430 (44,97%) не имели постоянной работы, 136 (14,22%) человек отбывали наказание в исправительных учреждениях, 178 (18,6%) пациентов ранее употребляли психотропные препараты, 390 пациентов имели постоянную работу из них 79 (8,26%) служащие, 95 (9,93%) домохозяйки, 174 (18,2%) рабочие, 32 (3,35%) фермеры. Сельских жителей было 54 (5,6%), городских- 902 (94,35%). 127 состояли в браке, разведенных было – 35, 22-вдов, остальные – холостые (незамужние).

Представляет интерес случай распространенной формы эпидемической ВИЧ-ассоциированной саркомы Капоши у пациента из группы риска (ПИН-потребители инъекционных наркотиков), инфицированного вирусом иммунодефицита в результате использования нестерильных шприцев. Вирусные заболевания кожи были установлены у 88 (9,2%) пациентов, из них наиболее часто отмечались простой пузырьковый лишай (с локализацией на красной кайме губ – 26, генитальный герпес – у 6 больных), опоясывающий лишай был у 33 больных, контагиозный моллюск – у 18 больных,

остроконечные кондиломы – у 5.

Герпетические высыпания характеризовались множественными очагами и крупными везикулезно-буллезными высыпаниями, часто содержали геморрагический и гнойно-геморрагический экссудат. Отмечалось недомогание, слабость, повышение температуры, болезненные ощущения и парестезии.

Генитальные кондиломы также имели некоторые отличия от аналогичных проявлений, наблюдаемых у неинфицированных пациентов. Отмечалась, как правило, большая площадь поражения, обильные, крупные вегетации и папилломатозные разрастания в виде бляшек, с сочными грануляциями, часто эрозированные с обильным отделяемым и легко кровоточащие. Генитальные кондиломы часто сочетались с урогенитальным кандидозом, трихомониазом и сифилисом, а также осложнялись вторичной пиококковой инфекцией.

У 302 (31,6%) больных были выявлены различные грибковые поражения кожи и слизистых оболочек. Чаще всего были диагностированы различные формы кандидозной инфекции: кандидоз полости рта (86 больных), орофарингиальный кандидоз (52 больных), генерализованный кандидоз был установлен - у 12 пациентов, урогенитальный кандидоз – у 34 пациентов. Микозы стоп, крупных складок и гладкой кожи были выявлены у 71 пациентов, онихомикоз – у 23.

Хронические рецидивирующие и аллергические дерматозы отмечались у 110(11,5%) , из них – токсикодермии (26 больных), себорейный дерматит (у 30 больных), аллергический дерматит (у 21 больного), нейродермит (у 11 больных), красный плоский лишай (4), псориаз (5) чесука детей и взрослых (8 больных), трофические язвы голеней (4), лимфома (1 больной).

Паразитарные заболевания кожи (чесотка, лейшманиоз) были диагностированы у 24 пациентов и протекали чрезвычайно бурно. Чесотка характеризовалась атипичным течением и локализацией. Преобладали распространенные высыпания на туловище, конечностях, ягодицах, в области

локтевых сгибов. Множественные корковые наслоения на кистях, импетигиозные элементы на локтях (корковая «норвежская» чесотка) с положительным симптомом Горчикова- Арди.

Мы наблюдали случай остронекротизирующего типа кожного лейшманиоза, при котором клинические проявления характеризовались многочисленными глубокими язвами с грубыми корками и вегетациями, выраженной аллергической реакцией, что в течение длительного времени затрудняло клинику и привело к ошибочным диагнозам.

Заключение. В социальном составе ВИЧ-инфицированных пациентов большинство составляют лица социально-дезадаптированного статуса (маргинальные группы). В большинстве случаев у больных наблюдаются кожно-слизистые поражения, среди которых наиболее распространены бактериальные, грибковые и вирусные дерматозы. Бактериальные поражения кожи чаще отмечаются у больных в 2-3-4 стадиях ВИЧ-инфекции, имеют рецидивизирующее течение и атипичные проявления, могут осложнять течение других дерматозов, а также оказывают влияние на распространение и клинические проявления ВИЧ-инфекции. Таким образом бактериальные, вирусные и грибковые инфекции у пациентов с нарушением функции иммунной системы протекают длительно и часто рецидивизируют.

КОЖНЫЕ СТИГМЫ РЕЛИГИОЗНЫХ ПОКЛОНЕНИЙ

Алепарова А.А., Цой Н.О., Алгазина Т.О.

НАО «Медицинский университет Астана»

г. Астана, Республика Казахстан

Мировые религии объединяют верующих отдельных стран и континентов. В каждой стране наблюдается религиозная неоднородность: по данным проведённых социологических исследований 33 % населения Земли проповедуют христианство, 23 % - ислам, 6,7 % - буддизм. Результаты

опроса населения Республики Казахстан показали, что 61,3% респондентов исповедуют ислам, 17,2% приверженцы христианства, 5% приходится на католическую веру, 0,1% составляют буддисты и 11% опрошенных отказались указать свою религиозную принадлежность.

Поклонение в любом из направлении религии может быть сопряжено с возникновением кожных изменений в результате либо повторяющихся молитвенных движений, либо в связи с контактом со специализированными веществами. Спектр возможных изменений достаточно широк: контактно-аллергический дерматит, хронический раздражительный дерматит, пиодермии и дерматофитии, гипермеланоз, алопеции, лейкодерма, феномен Кебнгера и др. Для врача важно уметь распознавать кожные стигмы, связанные с выполнением религиозных обрядов, с целью дифференциальной диагностики с другими дерматозами.

Анатомическое расположение и морфология кожных поражений зависит от религиозной практики. Так, у последователей христианства могут возникать пузырьные элементы на коже в области колен из-за повторяющихся молитв. Кроме того, в литературе имеются указания на развитие контактно-аллергического дерматита, вызванном деревянным крестом, сделанным из дерева *Dalbergia nigra*.

Для приверженцев иудаизма наиболее частым кожным симптомом является развитие гиперпигментации в виде изолированных пятен или полос на коже в связи с практикой чтения Писания, которое включает в себя движения в виде раскачиваний, что вызывает трение кожи в области костных выступов грудных и поясничных позвонков. У некоторых иудеев наблюдается контактно-аллергический дерматит из-за воздействия разнообразных агентов во время религиозных практик, например таких, как бихромат калия, который используется в изготовлении тфилин - коробочки, содержащей Писание, которая закрепляется на лбу ремешками, а во время молитвы привязывается к левой руке.

В индуизме верующие используют оберегающие знаки, размещаемые на лбу или других участках тела. Наиболее часто используемые индустами сандаловая паста, а также порошки вибхути и кумкум из святой золы с сушенным коровьим навозом шелухой риса и топленого масла могут вызывать контактно-аллергический дерматит.

Более распространенная на территории Республики Казахстан исламская религия также имеет характерные кожные стигмы. У мусульман в результате повторяющегося трения кожные проявления возникают в местах соприкосновения молитвенного ковра и кожи во время совершения ежедневных молитв. Пятна, как правило, локализуются на верхней центральной части лба ближе к линии роста волос и/или над медиальными концами бровей. Иногда в этой области могут присутствовать 3 или 4 очага с вовлечением носа.

В данной публикации мы приводим тематический клинический случай.

Клинический случай. Пациент, 46 лет. Обратился на приём к дерматовенерологу с жалобами на высыпания на коже коленных суставов.

Анамнез заболевания: со слов пациента подобные симптомы стали беспокоить его в течении последнего года, постепенно нарастая. Самостоятельно нерегулярно использовал увлажняющие крема без особого эффекта. В связи с ухудшением кожного процесса обратился к врачу дерматологу, выставлен предварительный диагноз «Псориаз, бляшечная форма».

Анамнез жизни: без особенностей, хронические заболевания отрицает. Аллергологический и семейный анамнез спокойные.

Локальный статус: Кожный процесс хронический, ограниченный, локализован на коже коленных суставов спереди. Представлен очагами инфильтрации, покрытыми белыми плотно сидящими чешуйками. Кожные покровы сухие.

Дифференциальная диагностика: при проведении дерматоскопического исследования признаков псориатического процесса

обнаружено не было (определялся кератин белого цвета, при очищении поверхности – точечные сосуды, неравномерно распределенные в пределах элемента), псориазная триада отрицательна. При тщательном сборе анамнеза установлено, что пациент совершает намаз в течение нескольких лет.

На основании жалоб пациента, анамнеза заболевания, диагностических методик был выставлен окончательный диагноз: Хронический (кумулятивный) контактный дерматит.

Заключение. Информированность дерматолога о религиозной практике пациента и о возможных стигмах поклонений может помочь в раскрытии причин «загадочных» и своеобразных дерматозов. Возможно, не удастся устранить причины этих состояний, но есть возможность обсудить с пациентами методы уменьшения симптомов данных дерматозов и дать соответствующие рекомендации по уходу за кожей.

ИНГИБИТОРЫ ЯНУС КИНАЗ В ЛЕЧЕНИИ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ

¹Алиев А.Ш., ²Жураева М.З., ³Мухамедов Б.И.,

²Колдарова Э.В., ³Курбонов О.Ж.

¹Ташкентская медицинская академия

²Клиника «Asmo clinic»

³Ташкентский государственный стоматологический институт

Ингибиторы янус-киназ – пероральные таргетные синтетические базисные противовоспалительные препараты, используемые в лечении аутоиммунных заболеваний.

Цель данного обзора - обобщить данные об эффективности и безопасности препарата на основе барицитиниба для лечения очаговой алопеции.

Очаговая алопеция (ОА) – это распространенное во всем мире аутоиммунное заболевание, сопровождающееся выпадением волос в виде восклицательных знаков. Наиболее характерным симптомом алопеции являются круглые залысины, поскольку иммунная система атакует волосяные фолликулы в этой области, что приводит к выпадению волос. Факторы, вызывающие развитие алопеции, до сих пор точно не выяснены врачами. Фактически, и по сей день это заболевание представляет собой большую загадку для врачей. Хотя ОА протекает самостоятельно, у некоторых пациентов она может длиться несколько месяцев или даже лет. В настоящее время не существует окончательно одобренного метода терапии ОА. Благодаря лучшему пониманию молекулярной биологии, многие таргетные методы лечения стали новыми альтернативами различным аутоиммунным заболеваниям. Различные янус-киназы (JAK) и белки-преобразователи сигналов и активаторы транскрипции (STAT) образуют сигнальные пути, которые передают сигналы внеклеточных цитокинов в ядро и индуцируют транскрипцию ДНК. Ингибирование JAK подавляет воспалительные реакции, опосредованные Т-клетками. Все больше данных свидетельствует о том, что ингибиторы JAK (JAKI) эффективны при лечении многих аутоиммунных заболеваний, включая ОА. Среди них было опубликовано несколько исследований по тофацитинибу, руксолитинибу и барицитинибу при ОА, демонстрирующих многообещающие результаты применения этих препаратов.

Был проведен поиск литературы в различных базах данных, чтобы выявить клинические испытания и отчеты о случаях, опубликованные в январе 2019 года. Несколько клинических исследований показали хорошие результаты при лечении ОА пероральными препаратами содержащие барицитиниб. Однако эти препараты требуют длительного применения для поддержания реакции. Препараты для местного применения не показали удовлетворительной эффективности. Профиль безопасности этих препаратов, по-видимому, благоприятный. Имеющиеся данные об эффективности и

безопасности пероральных препаратов янускиназ являются многообещающими. Однако полученные данные имеют низкое качество и основаны преимущественно на отчетах о клинических случаях. Необходимы дальнейшие исследования для подтверждения этих данных и оптимизации долгосрочной эффективности и безопасности препарата.

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМИ РУБЦАМИ КОЖИ

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

¹Ташкентская медицинская академия

²Ферганский медицинский институт общественного здоровья

³Ташкентский государственный стоматологический институт

Большинство исследователей и практических врачей, которые непосредственно занимаются проблемой коррекции рубцовых деформаций сходятся во мнении, что только комплексная терапия позволяет получать оптимальный эстетический эффект, при этом одним из важных моментов является выбор наиболее подходящего алгоритма лечения в каждом конкретном случае, что подразумевает индивидуальный подход с учетом триггерных факторов и особенностей клинической симптоматики.

Целью нашего исследования явилось оценить эффективность терапии посттравматических рубцов кожи методом фракционного фототермолиза

Материалы и методы: В зависимости от результатов инструментального обследования, а также путём рандомизации пациенты были разделены на 3 терапевтические группы, содержащие в равнозначном количестве пациентов с (гипертрофическими рубцами) ГР и (келоидными рубцами) КР, к которым относились: 1 группа (группа сравнения) 25 пациентов получивших терапию методом фракционного фототермолиза, включающая 19 пациентов с ГР и 6 пациентов с КР; 2 группа - основная

группа, включающих 27 пациентов получивших терапию метод фракционного фототермолиза, в комбинации с местным введением глюкокортикостероида в виде препарата «бетаспан», включающая 20 пациентов с ГР и 7 пациентов с КР и также нами была подобрана 3 группа пациентов - группа контроля с такими же изменениями кожи, не получивших никакую терапию, включающая 7 пациентов с ГР и 4 пациента с КР. Эффективность терапии оценивали по динамике клинической картины заболевания с учетом данных динамики шкал VSS (Ванкуверская шкала оценки рубцовых изменений).

Результаты: Согласно шкале VSS при проведении монотерапии CO₂ лазером мы наблюдали достоверную динамику средних значений изучаемой шкал). В первой группе больных показатель ГР уменьшилось в 1,9 раз с $8,2 \pm 0,78$ до $4,3 \pm 0,45$, $p < 0,01$, а показатель КР снизился с $11,2 \pm 1,37$ до $7,6 \pm 1,12$, $p < 0,05$. Показатели ГР и КР достоверно отличались между собой как «до», так и «после» терапии, что свидетельствует о более эффективной динамики данной терапии при ГР. Также данный значений после терапии отличались после терапии от контрольных значений $4,3 \pm 0,45$ к $7,4 \pm 0,67$ ($p < 0,01$) и $7,6 \pm 1,12$ к $10,2 \pm 1,31$ ($p < 0,05$). Во второй группе показатель ГР уменьшилось в 3,6 раз с $8,1 \pm 0,87$ до $2,1 \pm 0,15$, $p < 0,001$, а показатель КР снизился с $11,6 \pm 1,15$ до $73,5 \pm 0,61$, $p < 0,001$. Показатели ГР и КР достоверно не отличались между собой после терапии, что свидетельствует о более эффективной динамики данной терапии как при ГР так и КР. Также данный значений после терапии значительно отличались после терапии от контрольных значений $2,1 \pm 0,15$ к $7,4 \pm 0,67$ ($p < 0,001$) и $3,5 \pm 0,61$ к $10,2 \pm 1,31$ ($p < 0,001$).

Выводы: Таким образом, наилучшие результаты при лечении как гипертрофических, так и келоидных рубцов дала комбинированная терапия CO₂ лазером с подкожным введением дюранных глюкокортикостероидов в виде препарата «Бетаспан».

ИНГИБИТОРЫ ЯНУС КИНАЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

¹Алиев А.Ш., ²Курбанов О.Ж., ²Мухамедов Б.И., ²Ибрагимова Н.С.

¹Ташкентская медицинская академия

²Ташкентский государственный стоматологический институт

Цель данного обзора обобщить данные об эффективности и безопасности применения ингибиторов янус киназ при лечении АД.

Атопический дерматит (АД) - одно из наиболее распространенных воспалительных заболеваний кожи, которым страдают до 10% взрослых и 25% детей во всем мире. Патофизиология АД сложна и включает в себя как нарушение иммунной регуляции и нарушение кожного барьера. АД также является гетерогенным заболеванием, имеющим множество подтипов и эндотипов, которые имеют как клинические, так и молекулярные различия. АД характеризуется зудом и рецидивирующими экзематозными поражениями, которые также могут сопровождаться болью, отеком и сухость кожи. Эти симптомы, наряду с нарушениями сна и сопутствующими атопическими (например, астма, аллергический ринит), психологическими и кардиометаболическими сопутствующими заболеваниями, способствуют снижению качества жизни пациентов с АД. Зуд, в частности, часто ухудшает качество жизни пациентов с АД.

У большинства пациентов с легкой и среднетяжелой формой АД течение заболевания хорошо контролируется традиционными местными методами лечения (такими как местные кортикостероиды и ингибиторы кальциневрина). Однако пациентам со среднетяжелой и тяжелой формой заболевания обычно требуется либо системная иммуносупрессивная терапия (например, циклоспорин, азатиоприн, пероральные кортикостероиды) или системной таргетной терапией (т.е. биологическими препаратами), многие из которых все еще оцениваются. На данный момент, дупилумаб (альфа-ингибитор рецептора IL-4) и недавно принятый на вооружение трамокинумаб

(ингибитор IL-13) являются единственными двумя биологическими препаратами, одобренными для лечения АД средней и тяжелой степени тяжести. Однако их эффективность до сих пор оспаривается ввиду неоднородность подтипов АД. Также существует потребность в более эффективных и безопасных вариантах длительного лечения АД, особенно для пациентов со средне-тяжелым и тяжелым течением заболевания, которые не реагируют на биологические препараты или другие системные методы лечения.

Недавно, ингибиторы янус-киназы (JAK), которые блокируют множество провоспалительных цитокинов, участвующих в развитии АД, стали надежным методом лечения АД. На сегодняшний день только 1 местный (руксолитиниб) и 2 пероральных (упадацитиниб, аброцитиниб) ингибитора JAK одобрены FDA для лечения АД средней и тяжелой степени тяжести, а несколько других находятся в стадии разработки и исследования. Пероральные ингибиторы JAK обладают рядом преимуществ по сравнению с биологическими препаратами, поскольку они обладают предсказуемой фармакокинетикой, не проявляют иммуногенности, позволяют гибко дозировать препараты в зависимости от активности заболевания и обеспечивают пероральный режим терапии, что особенно важно для педиатрических пациентов, которые хотят избегать инъекций. Кроме того, было обнаружено, что пероральные ингибиторы JAK, оказывающие широкое воздействие на множество цитокиновых систем, являются перспективными для лечения различных подтипов АД и пациентов с распространенным течением. Однако ингибиторы JAK потенциально опасны для безопасности. В сентябре 2021 года FDA добавило новое “предупреждение” в отношении 3 ингибиторов JAK (тофацитиниб, барицитиниб и упадацитиниб), основанное на данных о безопасности применения тофацитиниба при ревматоидном артрите, которые указывают на потенциально повышенный риск тромбозов, злокачественных новообразований, серьезных неблагоприятных сердечно-сосудистых патологий, инфекций. Тем не менее,

необходимы долгосрочные данные о безопасности применения ингибиторов JAK при АД, чтобы понять профиль безопасности этих препаратов конкретно у пациентов с АД.

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ЭЛАСТОЗОМ КОЖИ

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

¹Ташкентская медицинская академия

²Ташкентский государственный стоматологический институт

³Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI)) применяется дерматологами для оценки степени негативного воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента, характеризующие качество его жизни в целом. Индекс был разработан специалистами Уэльского университета. Индекс ДИКЖ может использоваться как критерий оценки эффективности лечения дерматологического заболевания. Анкета для определения индекса ДИКЖ предназначена для пациентов старше 16 лет. Вопросы анкеты ДИКЖ адресованы непосредственно пациенту, поэтому отвечать на них должен он сам. Анкета состоит из 10 вопросов. Влияние возрастных изменений кожи на качество жизни оценивается по основным параметрам. К ним относились основные вопросы: 1 – жалобы; 2 - общее состояние; 3– ежедневная активность; 4 – внешний вид; 5 – отдых; 6 – спорт; 7 – работа/учеба; 8 – отношение с друзьями; 9 – личные отношения; 10 – лечение. Даны четыре варианта ответа: «очень сильно» – 3 балла, «сильно» – 2 балла, «слабо» – 1 балл и «нет» – 0. Результат может варьировать от 0 до 30 баллов. Чем выше количество баллов, тем негативнее влияние дерматоза на качество жизни.

Целью нашего исследования явилось изучение состояния качества жизни пациентов с эластозом кожи

Материалы и методы: В полноценное исследование вошли 64 женщины с инволюционными изменениями кожи в возрасте от 35 до 65 лет. По возрасту все участники были разделены на 2 группы. Мы использовали классификацию эластозов кожи по Фицпатрику для распределения и оценки степени тяжести эластоза по шкале FES. 1 класс: поверхностные мелкие морщины (1-3) балла, куда вошли 16 пациентов с инволюционными изменениями кожи; 2 класс: морщины от метких до умеренных (4-6) балла, куда вошли большинство пациентов 34 и 3 класс: от умеренных до глубоких морщин (7-9) баллов 14 пациентов.

Результаты: В возрастной группе 35-49 лет большинство пациентов относились к 2 классу, а во второй возрастной группе 50-65 лет пациенты 2 и 3 класса встречались одинаково в равных количествах. Средний возраст пациентов группы 35-49 лет составлял $40,82 \pm 4,4$ лет. У пациентов группы 50-65 лет средний возраст был $57 \pm 5,53$ лет. При сравнении всех ответов на вопросы из вопросника ДИКЖ между 3 классами состояния кожи мы наблюдали достоверные отличия по многим пунктам из 10 изучаемых ответов вопросника. При сравнении средних значений ДИКЖ между пациентами 1 и 2 класса достоверных отличий не наблюдалось, однако мы наблюдали достоверные отличия между пациентам 1 и 3 класса ($11,53 \pm 1,69$ к $14,11 \pm 1,25$) отличие достоверно $p < 0,05$, и между пациентами 2 и 3 классов ($12,11 \pm 1,47$ к $14,11 \pm 1,25$), отличие достоверно, соответственно $p < 0,05$.

Выводы: Следовательно, чем выше класс эластоза у пациентов с возрастными изменениями кожи, чем выше психоэмоциональные нарушения у изучаемых пациентов. Однако, у пациентов в более высокой возрастной группе мы наблюдали противоречивые данные, на примере отношения к коллегам по работе, личным отношениям, что по всей видимости связано с возрастом пациентов.

ЭКСПРЕССИЯ БЕЛКОВ P53 В BCL-2 ПРИ ЭКССУДАТИВНОМ ПСОРИАЗЕ

Аляви С.Ф.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Псориаз – распространенное хроническое воспалительное кожное заболевание, характеризующееся гиперпролиферацией и неполная дифференцировка эпидермальных кератиноцитов. Гиперпролиферация эпидермиса при псориазе регулируется различными медиаторами, включая цитокины и/или апоптотический механизм.

Целью нашего исследования явилось изучение экспрессии проапоптотического белка p53 и антиапоптотического рецепторного белка bcl-2, участвующих в процессах апоптоза у больных с экссудативной формой псориаза.

Определение p53 и bcl-2 проводили в плазме крови иммуноферментным методом. Под наблюдением находились 29 больных псориазом с экссудативной формой псориаза в возрасте от 18 до 50 лет. В контрольную группу вошли 20 практически здоровых добровольцев аналогичного возраста.

Анализ полученных данных показал, что содержание проапоптотического белка p53 в сыворотке крови больных при экссудативной форме превышал значение в контроле на 19,7 % ($p < 0,05$).

Среди возможных причин повышения содержания в сыворотке крови протеина p53 может быть связано с нарушением активности антиапоптотического рецепторного белка bcl-2. Сверхэкспрессия гена bcl-2 предотвращает характерные морфологические признаки апоптоза. Анализ полученных результатов исследований показал, что показатель bcl-2 у больных с экссудативным псориазом оказались ниже данных в контроле на 17,6% ($p < 0,05$).

При этом прослеживается четкая зависимость снижения параметра bcl-2 с показателем p53, что, по-видимому, свидетельствует об их функциональной взаимосвязи в процессах апоптоза и участии формирования различных клинических форм псориаза. Чтобы обосновать данное предположение, нами проведен анализ корреляционной взаимосвязи между этими показателями. Так, между показателями bcl-2 и p53 у больных с экссудативной формой псориаза показатель корреляции - $r = -0,80$ ($p < 0,001$).

Проведенные исследования позволяют заключить, что при псориазе в организме больных повышается содержание проапоптотического белка p53 и снижается антиапоптотический белок bcl-2.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

Арапов Б., Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Изучили эпидемиологию и клинические особенности зоофильной трихофитии по Андижанскому вилояту за 2012 год, путем ознакомления историей болезни больных, лечившихся в грибковом отделении Андижанского областного кожно-венерического диспансера. За данный период зарегистрировано 412 больных этой разновидностью дерматомикоза, их них 247 больные мужского пола, 165- женского. Детей до 14 лет было 204 (49,5%, взрослые 208 (50,5%).

Очаг поражения располагался на волосистой части головы у 5 (1,2%) взрослых больных и у 52 (12,6%) детей. На гладкой коже располагался у 114 (27,7%) взрослых больных и у 117 (28,4%) детей. Сочетанное поражение гладкой кожи и волосистой части головы выявлено у 35 (8,5%) больных детей. У 89 (21,6%) взрослых больных было выявлено поражение лобковой области. Из вышеперечисленных статистических данных видно,

что если раньше зоофильная трихофития встречалась в основном у детей, то на современном этапе одинаково часто встречается и у детей, и у взрослых. У взрослых процесс главным образом локализуется на гладкой коже и лобковой области.

При локализации очага поражения на волосистой части головы, преобладали инфильтрация и гнойничковые элементы, преимущественно глубокие и поражающие волосяных фолликулов, воспалительный процесс носил бурный характер. Когда процесс локализовался на гладкой коже, преимущественно наблюдался эритема с незначительным инфильтратом и шелушением, гнойничковые элементы появились в небольшом количестве и носили поверхностный характер. При поражении лобковой области встречались и поверхностные эритематозные формы заболевания, и глубокие формы с преобладанием инфильтрации, наличием глубоких пустулезных элементов.

Изучение эпидемиологии показало, что у 82 (92,1%) взрослых больных с локализацией очага поражения в лобковой области заражение произошло при половых контактах с незнакомыми женщинами, в остальных случаях в бане, в результате ношения чужой одежды, при уходе за животными и других неизвестных обстоятельствах. Взрослые с поражением гладкой кожи заразились в основном при уходе за животными. Дети тоже заразились в основном от животных-в 156 случае, что составляет 76,5% ,в остальных случаях они заразились от сверстников.

Таким образом, изучение эпидемиологию и клинику зоофильной трихофитии по Андиганской области за 2012 год показывает, что поражение взрослого и детского населения данным микозом одинаково часто встречается. У взрослых растёт число больных с локализацией процесса в лобковой области, который, в основном передаётся при половых контактах. Поражение волосистой части головы у взрослых встречается очень редко. При локализации процесса в волосистой части головы, превалируют инфильтрация и глубокие пустулы, на гладкой коже процесс в основном

проявляется эритемой и незначительной инфильтрацией, а также поверхностными пустулами.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РУМИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ

Арапов Б., Пакирдинов А.Б.

Андижанский государственный медицинский институт

Проблема лечения микозов кожи всегда являлась актуальной, ибо эти заболевания имеют тенденцию к широкому распространению и занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии кожи.

Цель работы: изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Румикоз» у больных инфильтративно-нагноительной трихофитией.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 78 больных в возрасте от 6 до 42 лет (47 больные мужского пола, 31 женского) лечившихся в грибковом отделении Андижанского обл. КВД по поводу инфильтративно-нагноительной трихофитии. У 58 больных процесс локализовался на гладкой коже, в том числе у 12 взрослых больных в лобковой области; у 14 на волосистой части головы; у 6-сочетанное (волосистой части головы и гладкая кожа) поражение. Все больные подвергнуты к бактериоскопическому исследованию на грибки, у 37 больных был проведен бактериологическое исследование – посев патологического материала в среду Сабуро.

Больным детям в возрасте от 6 до 14 лет «Румикоз» фирмы ОАО «Отечественные лекарства» (РФ) давали по 100 мг 1 раз в сутки, а остальным больным по 200 мг (2 капсулы) 1 раза в день в течение 15 дней. Одновременно проводилось наружное лечение: обработка и санация гнойничковых элементов в очаге поражения с последующим наложением

фунгицидных средств: кремы дермазол, экалин, мази тербизил, бинафин, микосист и др.

Результаты: У всех больных при бактериоскопическом исследовании были найдены грибки (при исследовании волос они располагались снаружи), а при бактериологическом исследовании у 37 больных получен рост *Tr. Mentagraphytes v. girseum*. На 3-4 день лечения воспалительные явления в очагах поражения заметно уменьшились, инфильтрация начала уплотняться. На 6-7 день гнойнички и инфильтрация значительно уменьшились. На 10-12 день эритема практически исчезла, очаги очищались от гнойничковых элементов, инфильтрация осталась незначительная. На 14-15 день лечения в очагах поражения практически все клинические проявления разрешились. При трехкратном бактериоскопическом исследовании с интервалом в 2 дня после окончания лечения грибки не были найдены.

Вывод: Таким образом, полученные результаты показали о высокой клинико-бактериологической эффективности румикоза у больных. Инфильтративно-нагноительной трихофитией.

МНОГОЛИКИЙ ПЕРИОРАЛЬНЫЙ ДЕРМАТИТ

Аскерова А.А., Алимбаева М.А., Бабикенова С.М., Азанбаева Д.Ж.

НАО «Медицинский университет Астана», г.Астана

В последнее время наблюдается увеличение заболеваемости периоральным дерматитом. Согласно последним данным, заболеваемость в 90% регистрируется у женщин в возрасте от 15–45 лет. В преобладающем большинстве случаев пациенты получают лечение на амбулаторном этапе. В клинической картине этого дерматоза превалируют эритематозно-папулезные, папуло-везикулезные, реже папуло-пустулезными высыпаниями. Патологический процесс склонен к хронизации, чаще поражает периоральную область (с характерным венчиком незатронутой кожи по

контуру губ), а в редких случаях — перианальную и периокулярную зоны. В связи с локализацией высыпаний на лице этот участок трудно скрыть от окружающих, что значительно снижает качество жизни и приносит пациенту как эстетический, так и психологический дискомфорт и служит поводом для обращения к врачу дерматовенерологу.

Цель исследования: определить клинические особенности течения периорального дерматита для минимизации диагностических ошибок и назначения адекватной терапии.

Материалы и методы: в группу исследования включены три пациента с периоральным дерматитом в возрасте от 30–35 лет. Степень тяжести течения оценивалась с помощью индекса PODSI (показатель выраженности симптомов периорального дерматита: эритема, папула, шелушение). Обследование включало: дерматологический осмотр, сбор анамнеза, дерматоскопическое исследование.

Результаты: в результате обследования преобладали легкая и средняя степень тяжести, согласно индексу PODSI составляет от 2 до 5 б. У всех пациентов в момент обращения было диагностировано обострение кожного процесса. Была установлена взаимосвязь с приемом глюкокортикостероидных средств. В клинической картине на эритематозном фоне наблюдались сухость, шелушение, папулы, пустулы. Выявлены дерматоскопические признаки, характерные для периорального дерматита – наличие микропапул и микропустул с бело-желтым экссудатом, тонкие линейно-извитые сосуды.

Выводы: в преобладающем большинстве случаев причина развития периорального дерматита длительное, неконтролируемое использование ГКС и заболевания щитовидной железы. Клиническая картина периорального дерматита переменчива, кожный патологический процесс локализуется в периокулярной, периоральной, перианальной области и на коже всего лица. Данные клинических случаев доказывают о необходимости дифференциальной диагностики данного хронического дерматоза с другими

воспалительными дерматозами с преимущественной локализацией на коже лица, с целью минимизации диагностических ошибок и назначения адекватной терапии.

ОПТИМИЗАЦИЯ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КЛИНИЧЕСКИХ ФОРМ

Аюбова Н.М., Азизов Б.С.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

В дерматологии одним из чаще встречающихся предраковых заболеваний кожи, является актинический кератоз. АК (солнечный кератоз), является поражением кожи, возникающим у людей в возрасте от 42 до 92 лет, в среднем в 63,5 лет, подвергшихся постоянному воздействию солнечного света. АК представляет собой область, где происходит аномальное разрастание и дифференцировка кератиноцитов (100% в эпидермисе), увеличивающее риск развития инвазивного плоскоклеточного рака кожи (ПКР).

Целью нашего исследования было, оптимизация методов лечения актинического кератоза в зависимости от клинических форм.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 96 пациентов с различными формами и течениями актинического кератоза, обследованные амбулаторно в Республиканском кожно-венерологическом клиническом больнице Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан (РКВКБ). В период с 2021 по 2024 год. Исследуемую группу составило 96 пациентов с установленным диагнозом актинический кератоз. (59 женщин и 37 мужчин) в возрасте от 44 до 84 лет (средний возраст составил 63,5 года). Проспективное исследование было проведено у 55 человек с 2021 по 2024 год, ретроспективное – у 41.

Результаты исследования. 1-группа получила СО₂-лазерную терапию, 2- группы больным наносили на очаги 1 раз в день 2-3 раза в неделю в течение 16 недель. С перерывом 4 недель. У 45% больных применялось фотодинамическая терапия, у 22% комбинированная терапия, 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.

Выводы: таким образом, полученные нами результаты применения препарата Кераворд (имихимода) 5%- 250 мг показывает эффективность лечения при актиническом кератозе.

СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПЦИИ ТЕРАПИИ ИХТИОЗОВ

Аяп А.А., Батпенова Г.Р., Цой Н.О.

Медицинский университет Астана, г. Астана

Ихтиозы — это группа наследственных заболеваний кожи, в основе которых лежат мутации более чем в 50 генах, обосновывающие фенотип заболевания. На сегодняшний день достоверно известно, что патогенез ихтиозов включает в себя 4 параллельных процесса нарушения: процесса десквамации, синтеза кератина, синтеза ороговевающей оболочки, организации внеклеточного матрикса рогового слоя. Данные процессы приводят к изменениям эпидермальной дифференцировки, дефекту эпидермального барьера и увеличению трансэпидермальной потери воды. Современные методы лечения ихтиоза основаны лишь на симптоматическом воздействии, включающем смягчающие средства, кератолитики, пероральные ретиноиды в тяжелых случаях. В последние годы ведутся

активные клинические исследования в отношении системной терапии ихтиозов, в том числе генно-инженерной.

Биологическая терапия ихтиоза. В настоящее время проводятся исследования в отношении эффективности ингибиторов ИЛ-13, ИЛ-17, ИЛ-23 и ФНО- α при ихтиозе, которые уже на протяжении десятилетий активно применяются в терапии других хронических дерматозов, таких как псориаз и атопический дерматит. Перепрофилирование препаратов генно-инженерной биологической терапии обосновано следующими факторами: доминантный профиль ИЛ-17, сходный с псориазом, обнаружен при всех формах ихтиоза; пациенты с ихтиозом показали самую высокую индукцию генов пути ИЛ-17 и ИЛ-22; показатель IASI-E (индекс площади и тяжести ихтиоза — эритема) показал значительную корреляцию с уровнями ИЛ-17A; обнаружены повышенные уровни ИЛ-17 и ФНО- α в образцах кожи и крови у пациентов с ихтиозом.

Терапия малыми молекулами используются для ингибирования определенных белков, таких как протеинкиназы. Благодаря своему размеру и молекулярным свойствам они способны взаимодействовать с определенными частями целевого белка и, следовательно, ингибировать его, не нарушая пути других белков. Клинические исследования такой терапии ихтиозов проводятся в отношении ингибиторов протеаз, RASP, KLK5, KLK7, KLK14 и других молекул.

Ферментозаместительная терапия предполагает замену дефицитного структурного белка или фермента. Многие ихтиозы возникают в результате мутации генов, кодирующих ферменты или кофакторы, участвующие в метаболизме липидов рогового слоя. Ведутся экспериментальные исследования топических препаратов на основе ловастатина (2%) и симвастатина (2,5 и 5%).

Генная терапия может осуществляться различными подходами. Классический подход заключается во внедрении копии гена «дикого» типа в клетки с использованием вирусного вектора. Однако существуют проблемы

безопасности в отношении инсерционного мутагенеза, который возникает при использовании вирусного вектора. Другой метод — редактирование генов, при котором для индукции искусственных двухцепочечных разрывов ДНК используются нуклеазы, специфичные для последовательности. Это активирует естественную систему репарации ДНК без риска случайной интеграции трансгена, как при использовании вирусного вектора. Базовое редактирование оснований - один из самых новейших методов редактирования генов. При редактировании оснований однонуклеотидные варианты вводятся в ДНК или РНК в живых клетках. Он напрямую модифицирует азотистые основания путем введения точечных мутаций без расщепления ДНК. Генная терапия ихтиоза на данном времени находится на стадиях доклинических и клинических исследований.

Заключение. В последние несколько лет проводятся соответствующие исследования, касающиеся молекулярной патофизиологии ихтиоза. Эти знания обеспечивают основу для нацеливания на дефектные гены или белки, которые они кодируют. Различные стратегии лечения, действующие на разные уровни основной патофизиологии, могут быть объединены у одного пациента для оптимизации клинических результатов.

КЛИНИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ У ДЕТЕЙ

Бабабекова Н.Б., Юлдашева Д.С., Рахманкулова С.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность проблемы. На сегодняшний день заболевания кожных проявлений вирусной этиологии как опоясывающий лишай, простой герпес, контагиозный моллюск и разнообразные бородавки являются очень актуальной у детей.

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

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

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

Результаты исследования. Под нашим наблюдением находились 60 детей, больных контагиозным моллюском, в детском дерматологическом отделении клиники ТашПМИ. Заболевание протекало средней степенью тяжести процесса и стационарной стадией. При поступлении мы проводили клинические исследования и диагностические методы ИФА детям раннего и дошкольного возраста наблюдались выраженные положительные показатели при выявлении клинических признаков заболевания.

Выводы. В результате проведенных исследований совершенствуется диагностическая методика ИФА при заболеваниях кожи (контагиозный моллюск) и лечения у детей раннего и дошкольного возраста положительные показатели.

ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ У ПАЦИЕНТОВ С РОЗАЦЕА

Бабаджанов О.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Дерматологические заболевания, особенно на лице, могут серьезно нарушать повседневную жизнь пациентов, вызывая психологические проблемы и снижение качества жизни. Розацеа является одним из таких заболеваний, сопровождаемым выраженными клиническими проявлениями, которые могут значительно повлиять на эмоциональное состояние пациента.

Цель исследования. Оценить психопатологическую симптоматику у пациентов, страдающих розацеа.

Материалы и методы. Было проведено обследование 22 пациентов с розацеа и 30 человек в контрольной группе. Использовались опросник ДИКЖ (индекс качества жизни дерматологических больных). Статистическая значимость полученных измерений при сравнении средних величин определялась по критерию (t) Стьюдента.

Результаты и обсуждения. У пациентов с розацеа выявлено увеличение психопатологических симптомов, таких как соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, тревожность и депрессия, по сравнению с контрольной группой. Эти результаты указывают на негативное влияние розацеа на психическое состояние пациентов и их качество жизни.

Выводы. Розацеа оказывает умеренно негативное влияние на качество жизни пациентов, сопровождаясь различными психопатологическими проявлениями. Психологические факторы могут осложнять течение заболевания и его лечение, подчеркивая медицинскую и социальную значимость проблемы.

ОЦЕНКА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ЭЛАСТОЗАМИ КОЖИ

Ваисов И.А., Алиев А.Ш., Хайдарова Н., Жандарбекова Ш.

Ташкентская медицинская академия

Старение населения - сложная медицинская и социальная проблема. Женщины в возрасте от 35 до 60 лет особенно заинтересованы в улучшении своей внешности, поскольку потеря собственной физической привлекательности приводит к снижению качества жизни, самооценки и возникновению психосоциальных проблем.

Целью нашего исследование явилось определить общую характеристику пациентов с эластозами кожи

Исследование проходило на базе ТМА клиники М-Шифо с соблюдением морально-этических принципов и подписанием добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Под нашим наблюдением находилось 64 пациентов с эластозами кожи, находившихся на амбулаторном лечении в клинике.

Результаты: В полноценное исследование вошли 64 женщины с инволюционными изменениями кожи в возрасте 35-65 лет. Пациенты были разделены на две возрастные группы 35-49 лет и 50-65 лет. Средний возраст больных всей выборки составил $51,8 \pm 5,9$. Также пациенты были распределены по шкале FES по Фицпатрику. 1 класс: поверхностные мелкие морщины (1-3) балла, куда вошли 16 пациентов с инволюционными изменениями кожи; 2 класс: морщины от метких до умеренных (4-6) балла, куда вошли большинство пациентов 34 и 3 класс: от умеренных до глубоких морщин (7-9) баллов 14 пациентов.

В возрастной группе 35-49 лет превалировало пациентов 2 класса, а во второй возрастной группе 50-65 лет пациенты 2 и 3 класса встречались одинаково равных количествах. Средний возраст пациентов группы 35-49 лет

составлял $40,82 \pm 4,4$ лет. У пациентов группы 50-65 лет средний возраст был $57 \pm 5,53$ лет.

Согласно представленным данным среднее значение данных 1 класса шкалы FES $2,54 \pm 0,24$, которые достоверно отличались от показателя значение данных 2 класса шкалы FES $5,62 \pm 0,62$, соответственно ($p < 0,05$) и данных 3 класса $7,61 \pm 0,87$ соответственно ($p < 0,01$).

Таким образом из следующего можно сделать вывод, что инволюционными изменениями кожи уже начинаются у пациентов старше 35 лет и у данной категории пациентов превалируют незначительные изменения кожи, однако с возрастом данные изменения нарастают и уже принимают более глубокую картину, коррекция которых может занять более длительные сроки.

**ОБЗОР ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ (ГИПБ) ПРИ ПСОРИАЗЕ В РЕСПУБЛИКЕ
КАЗАХСТАН**

Джакипова С.А., Алгазина Т.О., Котлярова Т.В., Батпенова Г.Р.

НАО «Медицинский университет Астана»

кафедра дерматовенерологии и дерматокосметологии

г.Астана, Казахстан

Актуальности и особой значимости патогенеза и терапии такого хронического заболевания как псориаз придает высокая распространенность, неуклонный рост заболеваемости и развитие тяжелых форм, которые приводят к ухудшению общего прогноза у пациентов, инвалидизации, развитию психологических и социальных проблем.

Систематический всемирный обзор показал, что распространенность псориаза колеблется от 0,5 до 11,4 процента у взрослых и от 0 до 1,4 процента у детей в мире. Распространенность псориаза в Республике

Казахстан составляет от 1 до 1,5%. Согласно данным официальной статистики Казахстана от 30 октября 2023 года, на территории нашей республики официально зарегистрированы 6242 пациента с диагнозом «псориаз». Около 30% из них имеют среднюю и среднетяжелую формы заболевания.

Цель работы: провести обзор ГИБП, применяемых при псориазе на территории Республики Казахстан.

Материалы и методы: приведён успешный опыт применения устекинумаба у пациентки с тяжелым непрерывно рецидивирующим течением артропатического псориаза. Под нашим наблюдением находилась пациентка с февраля 2023 года по март 2024 года. Пациентка Г. 1972 г.р. обратилась с жалобами на распространенное кожное поражение, периодически выраженный зуд, существенное снижение качества жизни, болезненность суставов. Из анамнеза известно, что псориазом болеет с 16 лет. Отмечает хроническое рецидивирующее течение заболевания. Наблюдается в дерматологическом блоке МГБ №3 г.Астана. Последнее стационарное лечение получала в ноябре 2022 года и была проконсультирована ревматологом. В анамнезе гемангиома печени с 2000 г. Наследственность отягощена (сестра болеет псориазом). Локальный статус: Патологический процесс хронический, распространённый, в прогрессирующей стадии, представлен папуло-сквамозными элементами с локализацией на коже волосистой части головы, туловища, конечностей. На основании объективной клинической картины и данных лабораторного исследования был выставлен диагноз: Псориаз инфильтративно-бляшечный, распространённый, прогрессирующая стадия, неопределённая форма, первый тип, степень тяжести PASI 20,2. Псориатический артрит, полиартикулярный вариант, умеренной степени активности, прогрессирующее течение с внеаксиллярными проявлениями (дактилиты кистей, стоп, артрит). Гемангиома печени.

Учитывая такие показания для ГИБТ, как:

- наличие сопутствующих заболеваний (гемангиома печени),
- активный прогрессирующий ПсА с факторами неблагоприятного прогноза (дактилит кистей, стоп),
- открытые, “проблемные” локализации псориатических элементов (волосистая часть головы) была назначена ГИБТ устекинумабом.

В динамике на сегодняшний день патологический процесс на коже разрешён и пациентка находится в ремиссии заболевания.

Результаты и обсуждение:

За последние два десятилетия более глубокое понимание основного молекулярного патогенеза псориаза способствовало разработке целенаправленных системных методов лечения. На сегодняшний день имеется достаточно доказательной базы эффективности ГИБП.

В нашей стране с 2020 года лечение псориаза включено в перечень бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения и финансируется в рамках обязательного медицинского страхования. Пациенты бесплатно получают эффективную генно-инженерную биологическую терапию.

В марте 2024 года из базы данных Государственного реестра лекарственных средств и медицинских изделий РК из сайта www.ndda.kz была проведена выборка генно-инженерных биологических препаратов, применяемых при псориазе и псориатическом артрите. Из 213 зарегистрированных лекарственных препаратов биологического происхождения на территории РК при псориазе и псориатическом артрите применяются такие ГИБП, как:

1. Ингибиторы ФНО-А: адалимумаб, голимумаб, этанерцепт, инфликсимаб.
2. Ингибиторы ИЛ-17: иксекизумаб, секукинумаб, нетакимаб.
3. Ингибиторы ИЛ-12, ИЛ-23: устекинумаб.
4. Ингибиторы ИЛ-23: гуселькумаб.

Препарат устекинумаб наиболее чаще применяется на территории нашей страны в сравнении с другими ГИБП и имеет:

1. Долгосрочную эффективность: показатель PASI 75 поддерживался у 80% пациентов на устекинумабе в течение 5 лет (РКИ, Kimball AB et. Al JEADV, 2013).

2. Является лидером по (наибольшей) выживаемости терапии среди всех ГИБП

(устекинумаб > адалимумаб > инфликсимаб > этанерцепт > секукинумаб) (A. Egeberg et al. Br J Dermatol. 2018 Feb;178(2):509-519).

3. Высокую длительную устойчивость терапии (данные регистра PSORAL, более 12000 пациентов с ПсО, из них 35.5% с ПсА).

4. Более низкую иммуногенность по сравнению с другими ГИБП (Hsu L., et al. British Journal of Dermatology (2014) 170, pp261–273).

Выводы: Таким образом, на сегодняшний день ГИБТ востребована пациентами и введение их в протокол терапии больных с псориазом позволило значительно удлинить ремиссию заболевания, улучшить качество жизни и минимизировать риски развития возможных осложнений.

КОМОРБИДНОСТЬ ПРИ ИХТИОЗЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ерболатқызы Б, Батпеннова Г.Р., Ибраева Т.Б.

НАО «Медицинский Университет Астана», Казахстан

Comorbidity in Ichthyosis: A Clinical Case

Comorbidity in dermatology is a prevalent yet insufficiently studied phenomenon. The case discussed in this article holds theoretical and practical significance, as it delineates two distinct health conditions. Additionally, concomitant diseases have been identified, which are categorized as chronological comorbidities.

Ключевые слова: коморбидность, полиморбидность, ихтиоз, вульгарный ихтиоз, псориаз.

Цель научной работы: Исследование коморбидных состояний при ихтиозе.

Актуальность научной работы: Ихтиоз-распространенный тип кератоза, относящийся к группе генодерматозов с герментативными мутациями.

Абсолютное число случаев ихтиоза на территории Республики Казахстан за сентябрь 2022г. составляет 651 случай. Согласно официальным данным, первое место по уровню заболеваемости занимает город Алматы – 145 случаев, второе место - город Шымкент-116 случаев и третье место- Восточно Казахстанская область-88 случаев.

Методы и методики, использованные в научной работе: Ретроспективный, Pubmed, Medline, базы литературных обзоров.

Основная часть

Ихтиозы представляют собой клинически гетерогенную группу генетически обусловленных кожных заболеваний, вызывающих ороговение. Клинически характеризуется сухим и выраженным шелушением кожи. Вульгарный ихтиоз-аутосомно-частично доминантный, наследуемый неполной пенетрантностью, возникает в результате нарушения функции гена филагрина (FLG), кодирующего белок филагрина.

Согласно исследованию профессора Кубанского государственного медицинского университета России Тлиша М. М. И других соавторов: предложен комбинированный клинический случай широко распространенного вульгарного псориаза, пустулезного псориаза Барбера и вульгарного ихтиоза у одного пациента, рассматриваемого как синтропия, которая является формой полиморбидности. По словам авторов, эта ситуация вызвала интерес из-за отсутствия описания такой комбинации в литературе за последние 5 лет.

Под нашим контролем был один пациент с врожденным вульгарным ихтиозом. Пациент отметил, что данная патология была у родственников со стороны матери. При осмотре кожного покрова-кожа ног и рук сухая,

шероховатая на ощупь, покрыта чешуйками серо-коричневого цвета. На коже головы были обнаружены застойные бляшки, выраженная инфильтрация у основания и серый налет на поверхности.

Заключение:

При изучении истории болезни больного выявлены следующие сопутствующие патологии: инфильтративный бляшечный псориаз; из желудочно-кишечного тракта: антральный гастрит; из мочевыделительной системы: хронический пиелонефрит; из сердечно-сосудистой системы с артериальной гипертензией.

ВЛИЯНИЕ СИСТЕМНОЙ ОЗОНОТЕРАПИИ НА ЛИПИДНЫЙ ОБМЕН

Ибрагимов О.Д.

**Российский университет дружбы народов, кафедра
дерматовенерологии, аллергологии и косметологии г. Москва**

Актуальность. Системная озонотерапия направлена на стабилизацию всех жизненно важных процессов в организме и укрепление иммунитета. Озонотерапия влияет на липидный обмен, озон окисляет липовую кислоту, которая вступает в реакцию с активированной формой ацетальдегида, в результате отмечается снижение уровня липидов в плазме крови, особенно холестерина и альтернативных фракций липопротеинов, а также углеводов и ряда недоокисленных продуктов. Обнаруженный механизм действия озона очень важен, так как может влиять на развитие атеросклеротического поражения сосудов.

Цель исследования: нормализация липидного профиля у пациентов с исходной гиперлипидемией, страдающих различными дерматозами.

Результаты. Нами было обследовано 87 больных находившихся на стационарном лечении в РКВКБ, с различными дерматозами. Женщин было

45 и 42 мужчин, в возрасте от 26 до 79 лет, страдающих псориазом (n=40), экземой (n=20), люпоидным некробиозом (n=2), атопическим дерматитом (n=8), витилиго (n=7), КПЛ (n=10). В результате проведенного курса внутривенной озонотерапии со 100 мл изотонического раствора отмечалась положительная динамика показателей липидограммы у пациентов с гиперлипидемией. Наблюдалась нормализация уровня общего холестерина, снижение содержания атерогенных липопротеинов, общих липидов и триглицеридов в крови. Продолжительность данного клинического эффекта от курса озона терапии составлял в среднем 3-4 месяца.

Выводы. Полученные результаты совпадают с данными других авторов о благотворном воздействии озонотерапии на содержание атерогенных фракций липидов в крови. Кроме того, снижение содержания холестерина в мембранах клеток приводит к нормализации их свойств, гемореологии и функционирования мембраны. Исключительно важным аспектом озонотерапии при нарушении липидного спектра, является клинический пролонгированный эффект, на что указывает исследование многих авторов

Проводимая гемотерапия с озоном пациентам с различными кожными заболеваниями, с нарушением липидного спектра привела к снижению уровня холестерина и триглицеридов, который сохранялся в течение 3-4х месяцев наблюдения.

ИНТЕРАКТИВНЫЕ МЕТОДЫ ОБУЧЕНИЯ КАК МЕТОДЫ ЭФФЕКТИВНОГО САМООБРАЗОВАНИЯ

**Ибрагимова Н.С.¹, Ибрагимова Х.Н.², Мухамедов Б.И.¹, Солметова
М.Н.¹**

Ташкентский государственный стоматологический институт¹

Ташкентский педиатрический медицинский институт²

Актуальность. Республика Узбекистан продолжает реформирование системы здравоохранения, в том числе и систему медицинского образования. Постановление Президента РУз «О мерах по дальнейшему реформированию системы медицинского образования в Республике Узбекистан» дает начало новому этапу в данном направлении. Основной вопрос, который должны ставить перед собой педагоги всех образовательных учреждений это как лучше всего подготовить молодое поколение, как обеспечить процветание государства и всего народа? Для этого современный учебный процесс должен быть ориентирован на развитие критического и творческого мышления обучающихся. Врач – профессия, которая требует, с одной стороны, самостоятельного мышления, а с другой стороны – закрепившихся навыков деятельности с использованием высоких коммуникативных умений, профессиональных знаний и навыков. Развитию указанных качеств помогают интерактивные методы обучения, которые всё шире сейчас используются. Безусловно, преимуществом этих методов является то, что они позволяют проводить занятия более увлекательно, интересно, с использованием современных аудиовизуальных средств, 3D моделей. Главной задачей студентов становится освоение методов эффективного самообразования.

При обучении студентов лечебного, стоматологического, медико-педагогического факультетов, клинических ординаторов и резидентов магистратуры особое внимание уделяется правильной подготовке и проведению интерактивных методов. Они разнообразны. Каждый из них имеет свое предназначение. Преподавателю необходимо сделать правильный выбор интерактивного метода исходя из поставленных целей и задач занятия. Активные методы - это способы активизации учебно-познавательной деятельности студентов, которые побуждают их к активной мыслительной и практической деятельности в процессе овладения материалом, когда активен не только преподаватель, но активны и студенты.

Активные методы обучения позволяют решить одновременно три учебно-организационные задачи:

- 1) подчинить процесс обучения управляющему воздействию преподавателя;
- 2) обеспечить активное участие в учебной работе как подготовленных студентов, так и не подготовленных;
- 3) установить непрерывный контроль за процессом усвоения учебного материала.

Методы активного обучения могут использоваться на различных этапах учебного процесса. Эти методы позволяют оценить уровень усвоения материала студентами, повторить и закрепить пройденный материал, определить слабые стороны в преподавании. Необходимо уделять внимание процессу составления вопросов и ответов. Вопросы должны охватывать ключевые моменты материала, быть краткими и лаконичными. Ответы также не должны быть длинными и объемными. Мы стараемся максимально вовлекать всю аудиторию, внимательно слушать студентов, поощрять правильные ответы, используя вербальные и невербальные факторы общения. В результате этого сейчас у студентов заметно возрос интерес к нашему предмету, они лучше готовятся и стараются усвоить больший объем материала.

Выводы. Применение интерактивных методов преподавания, стимулирует активность студентов, изменяет их отношение к обучению, позволяет лучше усваивать материал, что в итоге приводит к повышению эффективности обучения. Интерактивные методы обучения способствуют воспитанию таких качеств личности как самостоятельность, деловитость, организованность, коллективизм, корректность, творческий подход к принятию решения.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Исмаилова Г.А., Алиев А.Ш., Жандарбекова Ш., Хайдарова Н.У.

Ташкентская медицинская академия

Диагностика ДА после перенесенной коронавирусной инфекции не отличается от таковой при классическом ДА. В основе диагностического поиска лежат патофизиологические процессы, связанные с ростом волос.

Целью нашего исследования явилось привести общую характеристику пациентов с постковидной алопецией.

Результаты: В клинический этап исследования было включено 102 пациентов, которые случайным образом были рандомизированы на 2 сравнительные группы: I (основная) группа – 62 (63,6%) пациентов, получавших персонализированную терапию с применением аппаратных методов физиотерапии. Из которых мужчин было (45,1%), женщин – (54,9%), средний возраст пациентов в I группе составил $28 \pm 5,1$ лет. II (контрольная) группе – 47 (36,4%) пациентов, проходивших по стандартной схеме лечения диффузной алопеции рекомендованной на территории Республики Узбекистан. Из которых мужчин было (48,9%), женщин – (51,1%), средний возраст пациентов во II группе составил $30 \pm 3,8$ лет. Для наиболее глубокого анализа в исследование была включена контрольная группа пациентов, состоявшая из 48 условно здоровых людей, из которых мужчин было 20 (41,7%) и женщин – 28 (58,3%), средний возраст составил $29 \pm 4,3$ лет

Нами был проведен анализ области поражения волосистой части головы до начала лечения в зависимости от групп пациентов с ДА. Примечательно, что большинство пациентов с ДА имели классическую клиническую картину в виде поражения ДА нескольких областей волосистой части головы, статистически значимых ($p=0,837$) различий между пациентами I и II группой пациентов.

При анализе выраженности дерматологического процесса до коронавирусной инфекции у пациентов с ДА, также не удалось получить статистически значимых ($p=0,061$) различий между I и II группой. Однако стоит отметить, что 58 (70,7%) пациентов из I группы имели незначительные клинические симптомы ДА до COVID-19, 20 (24,4%) пациентов отмечали умеренные клинические проявления ДА, 4 (4,9%) пациента имели выраженные клинические проявления ДА. Во II группе 35 (74,5%) пациентов имели незначительные клинические проявления ДА, 9 (19,1%) имели клиническую картину умеренных проявлений и у 2 (4,3%) пациентов были выраженные клинические проявления ДА до COVID-19.

При проведении динамического диагностического исследования трихоскопии с помощью аппарата ASW-200 у пациентов с гнездовой алопецией были получены следующие результаты: так у данной группы пациентов были зафиксированы низкие показатели плотности (ρ) волос $268,2 \pm 6,8$ н/см² для I группы пациентов и $254 \pm 7,3$ н/см² по отношению к показателям контрольной группы $301 \pm 5,9$ н/см², до начала лечения.

ОЦЕНКА КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ, ПЕРЕНЕСШИМ COVID-19, С УЧЁТОМ УРОВНЯ ИНТЕРФЕРОНООБРАЗОВАНИЯ

Исмаилова Г.А., Миродилова Ф.Б.

Ташкентская медицинская академия, Узбекистан

Генитальная герпетическая инфекция представляет собой хроническую инфекцию, характеризующуюся рецидивирующим течением и пожизненной персистенцией вируса. У пациентов с герпетической инфекцией инвазия SARS-CoV-2, может способствовать углублению иммунодефицита, при этом создавая условия вирусу герпеса для реактивации и персистенции инфекции. Основная роль в неспецифическом противовирусном иммунитете

принадлежит продукции интерферона. Уровень интерферонообразования влияет как на клинические проявления, степень тяжести, частоту рецидивов и в то же время может служить прогностическим критерием и показателем эффективности проводимой терапии. *Целью* наших исследований явилась оценка комплексной патогенетической терапии с учетом уровней α - и γ - IFN интерферона у пациентов с рецидивирующим генитальным герпесом (РГГ), перенесших COVID-19 в зависимости от тяжести герпетической инфекции.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 135 больных РГГ после перенесенного COVID-19 в возрасте от 18 до 50 лет, с легкой, среднетяжелой и тяжелой формами генитального герпеса. Использовали клиничко-лабораторные (ПЦР, ИФА, РИФ), иммунологические методы исследования. Комплексная терапия включала применение ацикловира, иммуномодулятора глицирризина и нового отечественного индуктора интерферона гозалидона (Узбекистан).

Результаты и обсуждение. Наиболее выраженные изменения наблюдались у пациентов РГГ всех клинических групп, получавших комплексную терапию глицирризином и гозалидоном, при этом средний срок рецидива уменьшился в среднем на 4,4; 2,9 и 3,5 дня соответственно тяжести течения РГГ. Отдаленные результаты свидетельствовали о выраженном удлинении межрецидивного периода у пациентов, получавших комплексную терапию. Восстановление показателей IFN статуса (α - и γ - IFN) происходило соответственно тяжести течения процесса.

Заключение. У больных РГГ после перенесенного COVID-19 наблюдаются нарушения в IFN статусе, коррелирующие со степенью тяжести течения процесса. При этом интерферониндуцирующая активность лейкоцитов была подавлена. Применение иммуномодулятора глицирризина и индуктора интерферона гозалидона, а также сочетанная комплексная терапия этими препаратами в комбинации с ацикловиром способствует повышению эффективности лечения и положительной динамике IFN статуса.

ДИНАМИКА КОЖНОГО ПРОЦЕССА И СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА

Исмоилов У.А., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Набиев В.Г.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценить динамику кожного процесса и состояние микроциркуляции у больных псориазом, получивших комплексное лечение с включением плазмафереза (ПА).

Материалы и методы: Для оценки кожного патологического процесса у 72 больных тяжелыми формами псориаза в возрасте от 19 до 54 лет 27 (37,5%) псориазической эритродермией, 45(62,5%) экссудативной формой, определяли индекс PASI. Одновременно у 15 больных (9-мужчин, 6-женщин) исследовали показатели микроциркуляции с использованием метода биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по балльной 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 исследования: У больных псориазической эритродермией до комплексного лечения с включением ПА индекс PASI был равен $40,2 \pm 0,5$ балла, а экссудативной формой $39,5 \pm 0,5$ балла. После лечения у больных псориазической эритродермией индекс PASI был равен $2,3 \pm 0,1$ балла, а у больных экссудативной формой псориаза $3,4 \pm 0,1$ балла. Изучение состояния микроциркуляции у этих больных показало, что 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 $0,33 \pm 0,01$ балл; $KI_2 - 4,34 \pm 0,03$ балл; $KI_3 - 2,80 \pm 0,65$ балл; $KI_{общ} - 7,62 \pm 0,09$ балл. После лечения соответственно $-0,28 \pm 0,01$ балл; $3,54 \pm 0,04$ балл; $2,0 \pm 0,08$ балл; $5,52 \pm 0,02$ балл.

Заключение: Под воздействием комплексной терапии включающей ПА у больных с тяжелыми формами псориаза, отмечается значительное улучшение кожного патологического процесса, выражающийся в уменьшении индекса PASI. Исследование состояния микроциркуляции у этих же больных до и после лечения показало, что 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.

СКРИНИНГ РАКА КОЖИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОСМОТРА ПАЦИЕНТОВ ПРИУРОЧЕННЫЙ КО ДНЮ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ ЗА 2023г.

¹Колдарова Э.В., ²Мухамедов Б.И.

¹Ферганский медицинский институт общественного здоровья

²Ташкентский государственный стоматологический институт

Большое количество доброкачественных опухолей кожи способны имитировать меланому и другие злокачественные опухоли по клинической картине. По данным Жигулина А.Г. и соавтор., (2013 г.) имеются свидетельства об ошибках, возникающих при диагностике пигментных новообразований кожи, в частности, точность клинической диагностики меланомы кожи не превышает 60%.

Цель исследования. Проанализировать случаи подозрения на рак кожи, возникшие после осмотра пациентов в День диагностики меланомы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов, проходивших скрининговый осмотр новообразований кожи посвященный Дню диагностики меланомы за 2023 год, проходивший с 22 по 27 мая в клинике «Asmo clinic». Все пациенты проходили полный осмотр кожных покровов, дерматоскопическое исследование с помощью дерматоскопа handyscope от FotoFinder.

Результаты. Всего было 68 обратившихся, среди них 54 женщин и 14 мужчин. Возраст больных от 4 до 76 лет, средний возраст составил 34,4 лет. По итогу скринингового осмотра были обнаружены злокачественные новообразования (ЗНО) у 3 пациентов: меланома кожи у 1 пациента (1,47%), базальноклеточный рак кожи у 2 пациентов (2,94%) у остальных 65 пациентов (95,5%) были выявлены только доброкачественные новообразования кожи. Меланоцитарные невусы – пограничные и внутридермальные были выявлены у всех 68 пациентов (100%), голубой невус 1 пациента (1,47%), у диспластические невусы у 10 пациентов (14,7%), себорейный кератоз у 24 (35,2%), дерматофибромы у 10 (14,7%), гемангиомы у 15 (22%), гиперплазия сальных желез у 2 (2,94%). Ни у одного из осмотренных в анамнезе не было меланомы, либо близких родственников с меланомой. У 22 пациентов отмечались другие онкологические заболевания в семейном анамнезе: рак груди – 5; рак легких – 2; рак желудка – 2; рак пищевода – 2; рак кишечника – 3; рак головного мозга – 1; рак уретры – 1; рак шейки матки – 1; рак щитовидной железы – 1; рак костей – 1; рак трахеи – 1; рак простаты – 1; рак гортани – 1. У 3 пациентов из 22 имелось 2 родственника с онкологическими заболеваниями. Активное динамическое наблюдение (повторный осмотр через 3 месяца) было предложено 10 пациентам (14,7%) с диспластическими невусами. Однако, лишь 4 пациента вернулись на осмотр в назначенный срок, по результатам повторного осмотра диагноз не был изменен, был увеличен срок динамического наблюдения на 6 месяцев. Среди пациентов с подозрением на ЗНО хирургическое лечение получили все трое, причем расхождений между

клиническим диагнозом (1 меланома кожи, 2 базальноклеточного рака кожи) и гистологическим заключением не было.

Выводы. Большая распространенность доброкачественных новообразований кожи требует от врача дерматолога на амбулаторном приеме знания различных проявлений наиболее часто встречающихся нозологий. Непонимание пациентами важности динамического наблюдения за клинически атипичными меланоцитарными невусами и игнорирование повторных осмотров может привести к увеличению количества эксцизионных биопсий доброкачественных новообразований кожи и поздней диагностики меланомы кожи.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «ТУРБОЗИЛ» И КРЕМА «ЭРБИНОЛ» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ

**Курбонов О.Д., Пакирдинов А.Б., Ёкубова М.А.,
Мухаммаджонова Л.А.**

Андижанский Государственный медицинский институт

Турбозил и Эрбинол представляют собою аллиамин и имеет широкий спектр противогрибкового действия. Механизм действия связан со специфическим угнетением раннего этапа биосинтеза стероидов путем ингибирования скваленэпоксидазы в клеточных мембранах грибов. Это приводит к дефициту эргостерина и к внутриклеточному накоплению сквалена, что вызывает гибель клеток гриба. Скваленэпоксидаза не относится к системе цитохром Р450, поэтому эрбинол не влияет на метаболизм гормонов или других лекарственных препаратов.

Цель исследования: Мы изучили эффективность антимикотических препаратов для внутреннего применения препарата «турбозил» и для

наружного применения крема «эрбинол» и у больных инфильтративно – нагноительной формы трихофитии.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 60 больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии. Возраст больных было от 4 до 37 лет, мужчин было 32, женщин - 28. У 43 больных процесс локализовался на лобковой части половых органов, у 9 на гладкой коже, у 8 сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаруживанием на мазках мицелий грибов. Все больные получили лечение препаратом: турбозил по 250мг 1раз в день в течение 14 – 28 дней. Крем «Эрбинол» применялся наружно утром и вечером путем нанесения в очаги поражения тонким слоем. Кожу вокруг очага поражения обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. Кроме этих препаратов больные по показаниям получили антибиотики, витаминотерапию, гипосенсибилизирующие, антигистаминные и противовоспалительные препараты.

Результат: У всех больных к концу первой недели лечения кожно-патологический процесс значительно улучшился, очаги поражения очищались от гноя, эритема значительно уменьшился, инфильтрация заметно уплощался. К концу лечения у всех больных кожный процесс полностью регрессировался, оставляя вторичную гипопигментацию.

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

КЛИНИКО – БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ РУМИКОЗА У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ

Курбонов О.Д., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Набиев В.Г.

Андижанский государственный медицинский институт

Проблема лечения микозов кожи всегда являлась актуальной, ибо эти заболевания имеют тенденцию к широкому распространению и занимают одно из ведущих мест в инфекционной патологии кожи.

Цель работы: изучить клинико-бактериологическую эффективность препарата «Румикоз» у больных инфильтративно-нагноительной трихофитией.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни 78 больных в возрасте от 6 до 42 лет (47 больные мужского пола, 31 женского) лечившихся в грибковом отделении Андижанского обл. КВД по поводу инфильтративно-нагноительной трихофитии. У 58 больных процесс локализовался на гладкой коже, в том числе у 12 взрослых больных в лобковой области; у 14 на волосистой части головы; у 6-сочетанное (волосистой части головы и гладкая кожа) поражение. Все больные подвергнуты к бактериоскопическому исследованию на грибки, у 37 больных был проведен бактериологическое исследование – посев патологического материала в среду Сабуро.

Больным детям в возрасте от 6 до 14 лет «Румикоз» фирмы ОАО «Отечественные лекарства» (РФ) давали по 100 мг 1 раз в сутки, а остальным больным по 200 мг (2 капсулы) 1 раза в день в течение 15 дней. Одновременно проводилось наружное лечение: обработка и санация гнойничковых элементов в очаге поражения с последующим наложением фунгицидных средств: кремы дермазол, экалин, мази тербизил, бинафин, микосист и др.

Результаты: У всех больных при бактериоскопическом исследовании были найдены грибки (при исследовании волос они располагались снаружи), а при бактериологическом исследовании у 37 больных получен рост *Tr. Mentagraphytes v. gipseum*. На 3-4 день лечения воспалительные явления в очагах поражения заметно уменьшились, инфильтрация начала уплотняться. На 6-7 день гнойнички и инфильтрация значительно уменьшились. На 10-12

день эритема практически исчезла, очаги очищались от гнойничковых элементов, инфильтрация осталась незначительная. На 14-15 день лечения в очагах поражения практически все клинические проявления разрешились. При трехкратном бактериоскопическом исследовании с интервалом в 2 дня после окончания лечения грибки не были найдены.

Вывод: Таким образом, полученные результаты показали о высокой клинико-бактериологической эффективности румикоза у больных. Инфильтративно-нагноительной трихофитией.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ И КРЕМА «ОБЛЕПИХОВОЕ МАСЛО И МУМИЁ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

**Кўчқаров А.А., Пақирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х., Шадыева Ш.М.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Метод лазерной терапии является относительно простым и безопасным методом, позволяющим существенно улучшить результаты лечения и прогноз при ряде заболеваний. Многие вопросы клинического применения лазерной 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.

Крем «Облепиховое масло и мумиё» - это одни из самых активных природных компонентов оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное и быстрое ранозаживляющее действие.

Цель исследования: Изучить эффективность метода лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумиё» у больных вульгарной формы псориаза.

Материалы и методы: Под наблюдением находились 50 больных вульгарной формой псориаза в прогрессивной стадии. Возраст больных от 17 до 56 лет, из них мужчин было 33, женщин 17. У всех больных кожный процесс носил распространенный характер. Все больные получали лазерную терапию процедуры проводились ежедневно, на курс 12-14 процедур. Кроме этого комплексное лечение включало гепатотропные препараты (урсосан или овесол), витаминотерапия, антигистаминные, иммуномодулятор (иммуномодулин) в общепринятых дозах и наружное лечение (крем облепиха и мумиё). Крем облепиха и мумиё применялся наружно утром и вечером смазывали очаги поражения тонким слоем.

Результаты: Таким образом, эффективность применения лазерной терапии и крема «Облепиховое масло и мумиё» у больных вульгарной формы псориаза к концу курса лечения у 38 (76,0%) больных элементы поражения регрессировали полностью, у 4 (8,0%) больных остались уплощенные элементы в небольшом количестве, у 8 (16,0%) больных отмечался незначительное улучшение.

Выводы: Таким образом, полученные нами результаты свидетельствуют об клинической эффективности применения лазерной терапии и крема «облепиховое масло и мумиё» у больных вульгарной формы псориаза при комплексной терапии.

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ
ПО АНДИЖАНСКОМУ ВИЛОЯТУ ЗА 2012 ГОД
Максудов Б.А., Пакирдинов А.Б., Ботиров К.З., Набиев В.Г.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Мы проанализировали заболеваемость зоофильной (инфильтративно-нагноительной) трихофитией по Андижанскому вилояту за 2012 год. За данный период зарегистрировано 262 больных этой разновидностью

дерматомикоза, их них 178 больные мужского пола, 84- женского. Детей до 14 лет было 117 (44,7%),из них 87 мальчики, 30 девочки.

Очаг поражения располагался на волосистой части головы у 26 больных, из них 21 больные были мужского пола, в том числе у 2 взрослых мужчин и у 19 мальчиков до 14 лет. Остальные 5 больные были девочки до 14 лет. У 228 больных очаг поражения располагался на гладкой коже,из них 84 больные были мужчины, 68 больные мальчики до 14 лет, 50 больные были женщины, 26 были девчонки до 14 лет. Трихофития лобковой локализации выявлено у 8 больных, из них 5 мужчины, 3-женщины.

Наибольшее количество больных зоофильной трихофитией было зарегистрировано в апреле-сентябре, то есть в весенне-летнее время года, в то время как в октябре-феврале зарегистрированы единичные случаи заболеваемости.

При локализации очага поражения на волосистой части головы, преобладали инфильтрация и гнойничковые элементы, преимущественно глубокие и поражающие волосяных фолликулов, воспалительный процесс носил бурный характер. Когда процесс локализовался на гладкой коже, преимущественно наблюдался эритема с незначительным инфильтратом и шелушением, гнойничковые элементы появились в небольшом количестве и носили поверхностный характер. При поражении лобковой области встречались и поверхностные эритематозные формы заболевания и глубокие формы с преобладанием инфильтрации, наличием глубоких пустулезных элементов.

Таким образом, анализ статистических данных по Андижанской области за 2012 год показывает, что основную массу больных зоофильной трихофитией составляют больные с поражением гладкой кожи, поражение волосистой части головы наблюдается в основном у детей до 14 лет, у взрослых иногда встречается поражение лобковой области, пик заболеваемости приходится на весенне-летнее время года.

ВЗАИМОСВЯЗЬ АНТИМИКРОБНОГО ПЕПТИДА С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Маннанов А.М., Абдуллаева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Найти и изучить публикации, связанные с влиянием кателицидина на atopический дерматит.

Материалы и Методы: Этот обзор основан на соответствующих публикациях, полученных в результате выборочного поиска в PubMed, EMBASE, MEDLINE и Cochrane Library. Критерии включения - статьи с 2019-2023гг.

Результаты: Большинство исследований были сосредоточены о роли в патогенезе atopического дерматита белка филаргина. Помимо филаргина, следует отметить, что кожный барьер и антимикробный барьер также играют решающую роль в патогенезе АД. В пределах кожного барьера наиболее важную роль играют роговой слой и его прочный каркас. Этот каркас имеет важную роль в патогенезе АД, поскольку структурные и функциональные дефекты плотных контактов не только нарушают физический барьер, но и способствуют иммунологическим нарушениям. Кроме того, антимикробные пептиды, такие как LL-37, улучшают барьерную функцию кожного каркаса. В исследовании Reinholz M. et al сказано, что Кателицидин LL-37 является важной эффекторной молекулой врожденного иммунитета в коже, а при atopическом дерматите, псориазе или розацеа наблюдаются дефекты экспрессии, функции или обработки кателицидина. При atopическом дерматите индукция кателицидина может быть нарушена, что приводит к нарушению антимикробной барьерной функции. Напротив, псориаз характеризуется сверхэкспрессией кателицидина. В своих работах Hai Le et al так же отмечают, о тесной связи кожного барьера с АМП. Они указывают о мощной противомикробной активности АМП, которые дополнительно

восстанавливают барьер кожи, уменьшают зуд и подавляют Th2-опосредованное воспаление.

Выводы: В последние десятилетия терапия по восстановлению барьера была сосредоточена на стратегиях замещения липидов у пациентов с АД с добавлением комбинации керамидов, NMF и псевдоцерамидов к терапевтическим увлажняющим средствам. Однако исследования по применению этих продуктов у пациентов с АД продемонстрировали их непостоянную эффективность. Поскольку АД является сложным заболеванием, характерными особенностями АД являются нарушение кожного барьера и иммунная дисрегуляция, и лечение этого заболевания остается сложной задачей. Следовательно, идеальный и мощный терапевтический агент для кожного барьера в настоящее время еще предстоит изучить. Различные наблюдения предлагают возможный вариант использования АМП в качестве дополнительного подхода в лечении АД.

ВЛИЯНИЕ МИКРОБИОТЫ НА РАЗВИТИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Маннанов А.М., Абдуллаева Д.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования: Найти и изучить публикации, связанные с влиянием микробиоты хоста на атопический дерматит.

Материалы и Методы: Этот обзор основан на соответствующих публикациях, полученных в результате выборочного поиска в PubMed, включая текущие немецкие и европейские рекомендации, и ограничен соответствующими описаниями случаев и оригинальными статьями о микробиоме кожи при атопическом дерматите. Критерии включения - статьи с 2019-2023гг.

Результаты: О микробиоте кишечника существуют не мало исследований. Мы знаем, что бактерии заселяющие кишечник макроорганизма несут определенную роль в регуляции иммунной системы и гомеостаза организма. Например, Ким Дж. И соавт, в своей публикации показали, что дисбактериоз в результате нарушения микробиоты кишечника, а также дисфункция кожного барьера провоцирует обострение АД. В связи с этим всё большее внимание уделяется микробиоте. В последние годы учёные особое внимание уделяют биорегулирующему пробиотику *L.reuteri*, который широко исследовался в области биорегуляции желудочно-кишечного тракта, воспалений и ингибирования патогенов. По исследованиям Дора Х. и соавт., при основных 2-х клинических форм АД (сухая и экссудативная) микробиотное составное разное. Например, при сухой форме преобладают *Corynebacterium*, *Micrococcus*; а при экссудативной – наблюдается рост *Staphylococcaceae*. Этот дисбиоз кожи приводит к понижению иммунной системы, вызывая воспалительную реакцию. Диксвед и соавт. раскрыли, о противовоспалительных и антимикробных свойствах *L.reuteri*, которые, имеют свойства ингибировать как грамм отрицательные, так и грамм положительные штаммы бактерий. Исходя из этого, можно сделать вывод, что здоровая микробиота играет значительную роль в задержке развития атопического дерматита. Так же есть ряд исследований, показывающих о тесной взаимосвязи кишечной микробиоты с кожной. Дисбиоз его может привести к нарушениям кожной микрофлоры. В публикациях европейских ученых, говорится о раннем применении антибиотикотерапии у детей раннего возраста, которая, в свою очередь, ведет к нарушениям микробиоты младенца. Так же были указаны о всяких диетических манипуляциях кормящих матерей, которые так же могут вызвать дисбиоз у ребенка, которые ведут к АД.

Выводы: исходя из данных исследований, можно сказать что микробиота играет серьезную роль в развитии атопического дерматита. Так

же она влияет на его течение, степень тяжести. При правильно выстроенной микробиоте наблюдается улучшение кожи больного.

ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛИЗАЦИИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ ВУЛЬГАРНОГО ИХТИОЗА У ДЕТЕЙ

Маннанов А.М., Тураева Ф.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Вульгарный ихтиоз - это наследственная, несиндромальная форма ихтиоза, которая сопровождается шелушением, фолликулярным гиперкератозом и гиперлинейностью ладоней. Более чем в 95% случаев ихтиоз простой (*ichthyosis vulgaris*) вызывается гетерозиготной мутацией гена филаггрина, приводящей к потере его функции, что повышает хрупкость и проницаемость рогового слоя кожи. В младенчестве это обычно проявляется в виде ксероза, поражений кожи, волосяного кератоза, ладонно-подошвенной гиперлинейностью, чешуйчатого дерматоза и эритродермии, которые четко проявляются к 5 годам.

Цель исследования. В связи с этим целью нашего исследования явилось изучение характерных особенностей локализации клинических признаков вульгарного ихтиоза у детей.

Материалы и методы исследования: Объектом наших исследований явилось 20 детей больных врожденным ихтиозом в возрасте от 2 мес до 17 лет, из них 13 были девочек и 7 мальчиков.

Результаты исследования: Общая площадь поражения поверхностей кожи у наблюдаемых детей колебалась от 12,8% до 97,5% и в среднем составила 62,6.

В процесс никогда не вовлекаются паховые складки, коленный и локтевой сгиб, и наоборот, в 100% случаев поражается передняя поверхность голеней. Кроме этого наиболее частой локализацией кожно-патологического

процесса является разгибательная поверхность плеча, предплечья и бедра (по 18; 90% случаев). Шелушение сгибательной поверхности голени встречается у 17 пациентов (85%), а на задней поверхности шеи у 16 (80%), на лице у 13(65%), груди у 12 (60%) и на сгибательной поверхности предплечья у 12(60%).

Тургор и эластичность кожных покровов у 2 (6,7%) ребёнка были снижены незначительно, у 18 (60%) детей умеренно, у 8 (26,7%) – выражено и у 2 (6,7%) детей изменения тургора и эластичности не наблюдалось.

Учитывая степень распространённости кожно-патологического процесса и выраженность нарушения тургора и эластичности кожи, было предложено выделять следующие степени тяжести при ВИ: I степень – общая площадь поражения менее 40%, тургор и эластичность кожи не изменены или снижены незначительно, II степень – общая площадь поражения составляет 40-80%, тургор и эластичность кожи снижены умеренно, III степень – общая площадь поражения более 80%, тургор и эластичность кожи снижены выражено.

Заключение. Таким образом, при поступлении в стационар кожный процесс у 9(30%) детей расценивалось как тяжелой степени тяжести, у 14(57%) – средней степени тяжести и у 4 (13%) – легкой.

ЗАМБУРУҒЛАРНИНГ КУЛТУРАЛ 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

Замбуруғлар тузилиши жиҳатдан тубан ўсимликлар туркумига мансуб бўлиб, ўсимликлардан таркибида хлорофилл моддасининг йўқлиги билан фарқланади. Замбуруғлар табиатда кенг тарқалган бўлиб, асосан ҳавода,

тупрокда, 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 тутди.

Замбуруғларнинг яшаши, кўпайиши ва фаолият кўрсатиши учун уларга қулай бўлган шароитлар паст ҳарорат, қоронғулик, намлик ва кислородсиз муҳит бўлса, ноқулай бўлган шароитларга эса қуруқ сатҳ, қуёш нури, кислородли муҳит ва юқори ҳарорат киради. Озиқ муҳитига экма қилингандан кейин бактериялар 2-3 кунда, ачитқи ва моғор замбуруғларининг ўсишини эса 4-5 кундан бошланади, патоген замбуруғ кўзғатувчиларининг ўсиши 6-7 кунлари рўй беради. Иккинчидан, дерматомикоз (трихофития, микроспория, эпидермофития) кўзғатувчилари юқори озиқланиш эҳтиёжларига эга. ЖССТ маълумотларига кўра (2021й.), 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.

Дерматофитларнинг аксарият турларини озиқ муҳитида ўсиши учун дастлаб ҳайвонлардан олинган витаминлар ва оқсилларнинг тўлиқ тўплами керак бўлади. Шунинг билан бирга амалдаги Сабуро озиқ муҳитига экилган дерматофит кўзғатувчиларининг 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 кунда ҳар иккала муҳитда 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 хажми (6,1-6.5см) Сабуро мухитидагига нисбатан (3,5-3,8 см) деярли икки баравар катта бўлди.

КЛИНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ И ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИЕЙ

Мун А.В.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Введение. Морфеа (син.: локализованная склеродермия, ограниченная склеродермия) – коллагеноз с хроническим прогрессирующим течением, аутоиммунной природы. За последние 10-15 лет значительно расширились представления о заболеваниях соединительной ткани, в том числе и ограниченной склеродермии, занимающей по частоте встречаемости второе место среди коллагенозов. В течении заболевания в последние годы отмечаются более агрессивные формы, заболеваемость также имеет тенденцию к росту.

Цель. Изучить клинические особенности линейной склеродермии у детей, определить тактику ведения и прогноз заболевания.

Материалы и методы. Изучены клинические данные детей с ограниченной склеродермией, находящихся на стационарном лечении в отделении дерматологии клиники ТашПМИ. Исследованы данные 68 детей с установленным диагнозом ограниченная склеродермия разных клинических форм, в возрасте от 2 до 18 лет.

Для оценки клинического обследования и активности процесса применялись клинические дерматологические индексы. LoSCAT (Localized

Scleroderma Assessment Tool) включающий в себя mLoSSI (Modified Localized Skin Severity Index), LoSDI (Localized Scleroderma Damaged Index) – индекс поражения ограниченной склеродермии. mLoSSI (Modified Localized Skin Severity Index). При обследовании всех детей (68 пациентов), страдающих ограниченной склеродермией применялась дерматоскопия очагов поражения, а также иммунологические исследования с определением клеточной активности и уровня цитокинов в крови.

Результаты. Течение ограниченной склеродермии у детей, в отличие от взрослых имеет свои особенности, связанные с влиянием иммунной реактивности на формирование заболевания в разных возрастных периодах. Возраст больных детей составлял от 3 до 18 лет, из них девочек было 46 (67,6%), мальчиков – 22 (32,4%). Среди обследованных больных, наблюдалось следующее распределение по клиническим формам ОС: у 39 (57,4%) пациентов была представлена линейной, у 27 (39,7%) - бляшечной формой и у 2 (2,9%) – в виде склероатрофического лишена. У детей в возрасте 2-6 лет средний балл по mLoSSI составил $5,0 \pm 0,27$ баллов, тогда как в возрасте 7-12 лет отмечается заметная тенденция его повышения - $5,52 \pm 0,22$, однако данные не имели статистической значимости. В возрасте 13-17 лет отмечается достоверное повышение средних баллов ($6,5 \pm 0,9$ балл; $P < 0,05$ по отношению к показателям детей в возрасте 2-6 лет) по шкале mLoSSI, что свидетельствует о утяжелении процесса с возрастом.

При проведении дерматоскопии нами были выделены 176 очагов ОС в которых было зарегистрировано 196 дерматоскопических симптомов, из которых бесструктурная зона гиперемии встречалась в 12,2% случаях, фиброзные тяжи – в 9,7%, гомогенная бесструктурная зона фиброза – в 39,8%, кератотические фолликулярные пробки – в 4,6%, линейные ветвящиеся сосуды – в 12,8%, отсутствие волос в очагах – в 20,9% случаях

Выводы. Установлено, что ОС у детей в большинстве случаев встречается у девочек (1:2,1), средний возраст больных составил $5,9 \pm 0,4$. Клиническая картина характеризуется наличием в 88,2% случаях множества

очагов (2-6 очага, среднее количество очагов – $2,6 \pm 0,23$) с преобладанием линейных и бляшечных форм (57,4% и 39,7% соответственно). Особенности дерматоскопических признаков ограниченной склеродермии зависели от стадии заболевания, так в стадию эритемы наиболее характерно наличие бесструктурной зоны гиперемии (96,0%), тогда как в стадии уплотнения в 91,8% случаев фиксируется гомогенная бесструктурная зона фиброза, в стадии атрофии - линейные ветвящиеся сосуды (37,9%) и отсутствие волос в очагах (62,1%). Наличие фиброзных тяжей в очагах свидетельствует о переходе стадии эритемы и отека в стадию уплотнения.

Значимым является увеличение содержания провоспалительных цитокинов (IL-1 β , IL-6, TNF- α), что отражает процесс усиления воспаления в стадию отека и эритемы и/или при реактивации патологического процесса. Через 3 месяца от начала терапии больным ОС рекомендуется контрольное клиническое и иммунологическое исследование и коррекция схемы терапии: при нормализации уровней CD4⁺ и CD8⁺ кратность наружного применения антагонистов кальциневрина (Такролимус) уменьшить вдвое; при отсутствии динамики клинических и иммунологических показателей – определить наличие сопутствующих иммунных нарушений, определить активность процесса путем оценки по шкале индексов mLoSSI и LoSDI, при высокой активности процесса (3 балла по 6 критериям) - включить в терапию метотрексат 15 мг/м²/нед в течение 3 недель, с последующей повторной оценкой активности.

ОЦЕНКА МЕСТНЫХ ФАКТОРОВ ЗАЩИТЫ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ПАЦИЕНТОВ С ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

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

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

²Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Хронический гепатит В (ХВГВ) – одна из наиболее распространенных вирусных инфекций. Количество носителей вируса гепатита В, в мире составляет около 2 млрд, а 350-400 млн имеют верифицированный ХВГВ. Опосредованное действие микробов на организм открыто сравнительно недавно, подразумевает, что микробные продукты заставляют особым образом («неадекватно») работать собственные клетки или органы. В ответ на воздействие микробных факторов наши клетки выделяют биологически активные вещества, которые атакуют собственные системы и органы и, по сути, становятся основными повреждающими агентами. Вполне очевидно, что вирус гепатита В, кроме прямого воздействия на гепатоциты, также оказывает опосредованное влияние на организм человека и в том числе на состояние полости рта.

Цель исследования явилось, изучить количественный и качественный состав микрофлоры полости рта и показатели местных факторов защиты у больных, страдающих вирусным гепатитом В.

Материалы и методы. Были проведены микробиологические и иммунологические исследования у 142 больных хроническим вирусным гепатитом В, находящихся на стационарном лечении в РСНПМЦ эпидемиологии, микробиологии инфекционных и паразитарных заболеваний. Проводился забор ротовой жидкости методом смыва со слизистой оболочки полости рта (путем полоскания), для этого были подготовлены пробирки с 4.5 мл стерильного физиологического раствора. Полученный материал считали, как первое разведение. Из этого материала в лаборатории готовили ряд серийных разведений, в последующем из них определенный объем засевали на поверхность высокоселективных питательных сред. Для этого нами использованы питательные среды производства Индийской фирмы «Hei Media», такие как среда Эндо, желточно-солевой агар, Сабуро-агар, МРС-4, среда Мюллер Хинтона и др. Посевы на кровяном агаре, Эндо, молочно-

солевом агаре и среде Сабуро культивировали в обычных условиях 18-24 часа при температуре 37⁰С, а культивирование посевов для выделения анаэробов осуществляли в анаэроостате путем использования газогенераторных патронов. По истечении указанных сроков, все засеянные чашки вынимали из термостата, производили подсчет выросших колоний микробов, определяли групповую и видовую принадлежность изолированных колоний на основе данных микроскопии мазков, окрашенных по Граму, характера роста на селективных питательных средах и биохимических свойств. Параллельно с микробиологическими исследованиями изучали местные факторы защиты полости рта, такие как фагоцитарную активность лейкоцитов, уровень лизоцима, титр иммуноглобулина класса А секреторные фракции (sIgA).

Результаты. У контрольной группы – здоровых людей микрофлора полости рта довольно разнообразна. При этом в анаэробной группе микробов преобладают лактобактерии, их количество составило 5.60 ± 0.2 КОЕ/мл. В то же время у больных ХВГВ, в полости рта отмечается достоверное развитие дисбиоза. Так, количество лактобактерий снизилось почти в три раза. Однако на этом фоне достоверно выросла высеваемость факультативной группы, их количество составило 7.10 ± 0.4 КОЕ/мл, это почти в 2 раза больше, чем в норме. Особенно настораживает появление штаммов патогенных стафилококков, а также рост количества грибов рода *Candida*. Следует заметить, ведь именно эти микробы обладают выраженными агрессивными свойствами и по всей видимости они и будут определять мониторинг течения заболевания. У больных ХВГВ в полости рта отмечается выраженный вторичный иммунодефицит по всем изучаемым параметрам. При этом титр лизоцима составил 13.70 ± 0.1 мг/%, показатель фагоцитоза $42.9 \pm 1.2\%$, уровень секреторного иммуноглобулина был равен 1.20 ± 0.11 г/л. По всей видимости вирус гепатита В, также как и другие вирусы человека, оказывает иммунодепрессивное воздействие и вызывает иммунодефицит не только в общей системе иммунитета, но и отражается на местных факторах защиты

полости рта. Вполне очевидно, что снижение в целом всех показателей иммунитета, как клеточного так и гуморального, и приводит к синдрому избыточного роста микробов в полости рта у этих больных.

Выводы. Вирус гепатита В, как и другие патогенные вирусы, вызывает в организме иммунодефицитные состояния в системе иммунитета, которые как правило отражаются и в местных факторах защиты полости рта; развитие иммунодефицитного состояния в полости рта больных ХВГВ, в свою очередь способствует появлению синдрома избыточного роста микробов, то есть дисбиотическому состоянию; изучение у больных ХВГВ состояния в полости рта колонизационной резистентности микробов в различных биотопах позволяет вскрыть те интимные процессы, которые происходят в данном организме.

РОЛЬ ЦИТОКИНОВОЙ И ЛИПИДОТРАСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ «С» ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

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

¹Маликова Н.Н., ¹Мухамедов Б.Б.

¹Ташкентский государственный стоматологический институт

²Ферганский медицинский институт общественного здоровья

³Ташкентская медицинская академия

Вирус гепатита поражает более 150 миллионов человек во всем мире. В большинстве случаев вирусный гепатит становится хроническим, вызывая заболевания печени, варьирующие от фиброза до цирроза и гепатоцеллюлярной карциномы. Между тем, патологические процессы, происходящие в печени, по мнению, рано или поздно ведут к нарушению её функций, одной из которых является участие в жировом обмене. Вследствие нарушения синтеза и доставки липидов в различные органы и

ткани, в частности кожного покрова, нарушаются патогенетические механизмы проницаемости кожи, проявляющиеся как в трансэпидермальной потере воды (ТЭПВ), так и в восприимчивости кожи к инфекции, воспалению и контактной сенсибилизации. Как известно, истощение или нарушение основных липидов в роговом слое, которое может быть вызвано различными факторами, считается одним из этиологических факторов, вызывающих сухость и нарушение кожного барьера. В результате кожа теряет воду и становится сухой, потрескавшейся и покрытой трещинами, что позволяет проникать аллергенам, токсинам и микроорганизмам, которые могут вызвать воспаление и раздражение кожи. Воспаление, в свою очередь, может вызвать дальнейшее нарушение барьерной функции, замыкая порочный круг.

Цель исследования явилось, изучение состояния цитокиновой и липидотранспортной систем у больных с различными дерматологическими заболеваниями (псориаз, экзема, атопический дерматит и др.) и вирусным гепатитом С.

Материалы и методы. Обследовано 62 больных хроническим вирусным гепатитом С и различными дерматологическими заболеваниями, а также контрольная группа из 16 практически здоровых лиц в возрасте от 25 до 45 лет, не имевших по данным анамнеза, результатам биохимических и серологических исследований вирусных гепатитов, а также других заболеваний печени. В группе с хроническим гепатитом С по полу пациенты распределились следующим образом: мужчин — 58%, женщин 42%, средний возраст больных составил $35,6 \pm 10,7$ года. У всех пациентов получены письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. В работе использованы инструментальные и клинико-лабораторные методы исследования. Проводилось определение показателей гликемии, липидного спектра (общего холестерина (ХС), холестерина липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов очень низкой плотности

(ЛПОНП), триглицеридов (ТГ)), аполипопротеинов А (АпоА₁) и В (АпоВ). Исследования проводили иммуноферментным методом используя реактивы и оборудование фирмы «HUMAN». Коэффициент атерогенности определяли по формуле: (ХС-ЛПВП)/ЛПВП. Содержание цитокинов в сыворотке крови (ИЛ-6, ИЛ-10 и ФНО) определяли методом иммуноферментного анализа с использованием наборов фирмы «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты. Так, содержание циркулирующих иммунных комплексов у больных вирусным гепатитом С и проявлениями дерматологического характера по отношению к данным контрольной группы увеличилось в 1,7 раза, ФНО-а - на 81%, ИЛ-6 – в 2,8 раза, тогда как показатели ИЛ-10 были достоверно меньше на 47% в сравнении с данными контрольной группы. В сыворотке крови пациентов с вирусным гепатитом С и проявлениями дерматологического характера наблюдается повышение содержания общего холестерина ($p < 0,01$), липопротеидов низкой плотности ($p < 0,001$) и триглицеридов ($p < 0,01$). Увеличение уровня общего холестерина констатировано у 33 (53%) пациентов, снижение - у 9 (14%), было в пределах нормальных величин - у 20 (33%). Количество триглицеридов выше данных здоровых людей было у 38 (61%) больных, в пределах нормальных величин - у 15 (24%), понижено - у 9 (15%). Уровень липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) был высоким у 46 (74%) больных, низким - у 7 (11%), соответствовал нормальным величинам - у 9 (15%).

Выводы. В периферической крови больных вирусным гепатитом с проявлениями дерматологического характера высокий уровень провоспалительных (ФНО-а и ИЛ-6) и низкий - противовоспалительных (ИЛ-10) цитокинов, которые сопровождалась увеличением количества общего холестерина, триглицеридов и липопротеидов низкой плотности в крови. Формирование атерогенной дислипидемии у больных вирусным гепатитом с проявлениями дерматологического характера сопряжено с высокой вирусной нагрузкой, которая ассоциирована со снижением аполипопротеина А₁ и Апо-В.

НЕКОТОРЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

**Мухаммаджонова Л.А., Пакирдинов А.Б., Курбонов О.Д.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Изучили эпидемиологию и клинические особенности зоофильной трихофитии по Андижанскому вилояту за 2012 год, путем ознакомления историей болезни больных, лечившихся в грибковом отделении Андижанского областного кожно-венерического диспансера. За данный период зарегистрировано 412 больных этой разновидностью дерматомикоза, их них 247 больные мужского пола, 165- женского. Детей до 14 лет было 204 (49,5%, взрослые 208 (50,5%).

Очаг поражения располагался на волосистой части головы у 5 (1,2%) взрослых больных и у 52 (12,6%) детей. На гладкой коже располагался у 114 (27,7%) взрослых больных и у 117 (28,4%) детей. Сочетанное поражение гладкой кожи и волосистой части головы выявлено у 35 (8,5%) больных детей. У 89 (21,6%) взрослых больных было выявлено поражение лобковой области. Из вышеперечисленных статистических данных видно, что если раньше зоофильная трихофития встречалась в основном у детей, то на современном этапе одинаково часто встречается и у детей, и у взрослых. У взрослых процесс главным образом локализуется на гладкой коже и лобковой области.

При локализации очага поражения на волосистой части головы, преобладали инфильтрация и гнойничковые элементы, преимущественно глубокие и поражающие волосяных фолликулов, воспалительный процесс носил бурный характер. Когда процесс локализовался на гладкой коже, преимущественно наблюдался, эритема с незначительным инфильтратом и шелушением, гнойничковые элементы появились в небольшом количестве и носили поверхностный характер. При поражении лобковой области встречались и поверхностные эритематозные формы заболевания, и

глубокие формы с преобладанием инфильтрации, наличием глубоких пустулезных элементов.

Изучение эпидемиологии показало, что у 82 (92,1%) взрослых больных с локализацией очага поражения в лобковой области заражение произошло при половых контактах с незнакомыми женщинами, в остальных случаях в бане, в результате ношения чужой одежды, при уходе за животными и других неизвестных обстоятельствах. Взрослые с поражением гладкой кожи заразились в основном при уходе за животными. Дети тоже заразились в основном от животных - в 156 случаев, что составляет 76,5% ,в остальных случаях они заразились от сверстников.

Таким образом, изучение эпидемиологию и клинику зоофильной трихофитии по Андижанской области за 2012 год показывает, что поражение взрослого и детского населения данным микозом одинаково часто встречается. У взрослых растёт число больных с локализацией процесса в лобковой области, который, в основном передаётся при половых контактах. Поражение волосистой части головы у взрослых встречается очень редко. При локализации процесса в волосистой части головы, превалируют инфильтрация и глубокие пустулы, на гладкой коже процесс в основном проявляется эритемой и незначительной инфильтрацией, а также поверхностными пустулами.

**ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА
«ТУРБОЗИЛ» У БОЛЬНЫХ ИНФИЛЬТРАТИВНО –
НАГНОИТЕЛЬНОЙ ФОРМЫ ТРИХОФИТИИ**

**Набиев В.Г., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Курбонов О.Д.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Многочисленными клиническими исследованиями показано, что на современном этапе развития микологии изменение спектра возбудителей

грибковых заболеваний приведет к развитию резистентности к применяемым противогрибковым средствам. Расширение возможностей терапии грибковых поражений кожи, обеспечение высокой эффективности лечения обуславливающее необходимость дальнейшего поиска новых высокочувствительных противогрибковых препаратов.

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность притивогрибкового препарата «Турбозила» у больных инфильтративно – нагноительной формы трихофитии.

Материалы и методы: Нами были проведены стационарное лечение 168 больных инфильтративно – нагноительной формы трихофитии, в возрасте от 10 до 40 лет, из них 128 - мужчин, 40 - женщин. Во всех случаях диагноз был подтвержден бактериоскопически обнаружением грибка в соскобе из очага поражения. 168 - пациентов получали препарат турбозил фирмы «Shayana farm» по 1 капсуле (250мг) 1 раз в день в течение 14 - 28 дней. Кроме общего лечения все больные получили местное лечение цитиал, тербинокс мазь, тербезил мазь, ихтиоловую мазь 10%.

Результат: Из 68 больных лечившихся турбозилом, положительный клинический эффект наблюдался у 168 (100%), причем у всех регресс кожного процесса наступил на 8 - 10 дня раньше.

Выводы: Таким образом, при изучении эффективности турбозила у больных инфильтративно – нагноительной формой трихофитии, препарат турбозил оказался эффективным методом лечения.

**УРОГЕНИТАЛ КАНДИДОЗЛАРНИНГ ИММУНОЛОГИК
ЖИҲАТЛАРИНИ БАҲОЛОВЧИ ПРОГНАСТИК МЕЗОНЛАР**

Нуралиев Ф.Н.

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали

Сўнги йилларда, урогенитал кандидоз билан касалланиш аҳоли орасида кўпайган, ҳозирги вақтда кандидоз барча жинсий аъзолар инфекциялари орасида бактериал вагиноздан кейин иккинчи ўринда туриши кўрсатиб берилган.

Тадқиқотнинг мақсади. Урогенитал кандидознинг клиник-иммунологик хусусиятларини белгиловчи иммунологик прогностик мезонларни ишлаб чиқиш.

Усул ва услублар. Бухоро ва Хоразм вилоятларида доимий истиқомат қиладиган урогенитал кандидоз билан касалланган 135 нафар 19-59 ёшли аёллар олинган. Тадқиқотда клиник, инструментал, иммунологик, микологик ва статистик усуллардан фойдаланилган.

Натижа. Ўрганилган аёлларда ташҳисланган урогенитал кандидознинг иммунологик жиҳатларини баҳолаш баробарида касаллик кечиши, ташҳиси, якуни истиқболини белгилаш бўйича бир нечта қонуниятлар аниқланди:

биринчидан, урогенитал кандидозларда бемор аёллар организми иммун статусига баҳо беришда хужайравий иммунитетни аниқламай, фақат гуморал иммунитет омилларини аниқлаш кифоя, бу параметрлар иммун статусига баҳо бериш учун етарли;

иккинчидан, ушбу нозологик бирлик патогенезида IgA ва IgM, шунингдек, комплементнинг C3 компоненти иштироки минимал эканлиги исботланди;

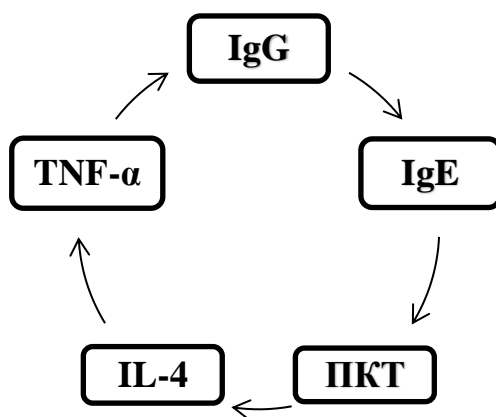
учинчидан, фақат *Candida spp* қўзғатувчи бўлган ҳақиқий кандидоз ва *Candida spp* нинг қин дисбиози билан келгандаги кўринишларида гуморал иммунитет параметрларида амалий жиҳатдан ишонарли тафовут аниқланмади, ушбу кўринишларда фарқли иммунологик жиҳатлар кузатилмади. Бу ҳолатни касаллик ташҳисотида ҳисобга олиш лозим;

тўртинчидан, қон зардобидаги IgE концентрацияси назорат гуруҳи параметрларидан 6,33-6,85 мартага ишонарли даражада ошгани аниқланди, бу бемор организмида аллергия фон кучайганидан далолат бўлди;

бешинчидан, илк бор урогенитал кандидозларда қон зардобадаги прокальцитонин концентрацияси аниқланди ва баҳоланди, унинг ўзгаришлар тенденциясига қараб ушбу касаллик ташҳисотида қўшимча диагностик ва касаллик якуни истиқболлини белгиловчи прогностик мезонлар сифатида тавсия этилади;

олтинчидан, ушбу касалликда яллиғланишга қарши ва уни қўлловчи цитокинларда ўзига хос ўзгаришлар бўлгани аниқланди, ҳақиқий кандидозда яллиғланишга қарши цитокинлар миқдори кам аниқланган бўлса, яллиғланишни қўлловчи цитокинлар бўйича унинг акси бўлди. Бу ҳолат IL-4 ва TNF- α ни прогностик мезонлар сифатида тавсия этишга имкон яратди.

Шунингдек, урогенитал кандидозларнинг иммунологик жиҳатларини ўрганиш ва баҳолаш натижасида ушбу касаллик якуни истиқболлини белгилаш учун қуйидаги прогностик мезонлар тавсия этилди (1-расм): қон зардобада IgG, IgE, прокальцитонин, IL-4 ва TNF- α ларни аниқлаш ва баҳолаш.



1-расм. Урогенитал кандидоз ташҳисоти ва касаллик кечиши якуни истиқболлини белгиловчи илк бор тавсия этилаётган иммунологик диагностик ва прогностик мезонлар.

Хулоса. Урогенитал кандидозларнинг иммунологик жиҳатларини ўрганиш ва баҳолаш натижасида ушбу касаллик ташҳисоти ва унинг якуни истиқболлини белгилаш учун қуйидаги диагностик ва прогностик мезонлар тавсия этилди: қон зардобада IgG, IgE, прокальцитонин, IL-4 ва TNF- α ларни аниқлаш ва баҳолаш.

**АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И УРОВЕНЬ СОДЕРЖАНИЯ
МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ
АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ
КОЖНОГО ПРОЦЕССА**

Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Изучить зависимость от степени тяжести кожного процесса 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 атопическим дерматитом (АД).

Материалы и методы: У 71 больных АД 48 (67,6%) пруригинозная форма, 23 (32,3%) лихеноидная форма в возрасте от 16 до 42 лет определяли показатели индекса SCORAD в процессе комплексной терапии с включением плазмафереза (ПА). Одновременно у 16 больных (9-мужчин, 7-женщин) исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови. Содержания МДА изучали по Ю.А. Владимирову и А.И.Арчакову, определяя концентрацию на спектрофотометре «Gilford»-260 (США). Активность каталазы определяли по Bergmeuer H. V., контролем служили результаты исследования 8 здоровых лиц.

Полученные результаты: До лечения у больных пруригинозной формой АД индекс SCORAD был равен $91,9 \pm 2,7$ балла, а после комплексного лечения она была равна $14,3 \pm 0,7$ балла. У больных лихеноидной формой АД до лечения индекс SCORAD был равен $63,5 \pm 2,8$ балла, после комплексного лечения она снизилась до $7,57 \pm 0,7$ балла. Одновременно у всех больных отмечалось повышение 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, наряду с уменьшением индекса SCORAD у больных, МДА снизилась до

4,07±0,04 нмоль/мл. Другая тенденция наблюдалась со стороны активности каталазы. До лечения у всех больных активность каталазы было значительно снижено (191,46±1,17 ед. экстинкции) по сравнению с контролем (313,04±0.5 г ед. экстинкции). После 5-й процедуры ПА у всех больных отмечалось нарастания активности каталазы 236,33±1,20 ед. экстинкции), но после 10-й процедуры ПА, т.е. к концу курса комплексного лечения она вновь снижалась и возвращалась к исходным данным (189,34±2,52 ед. экстинкции), что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удаление с плазмой) фермента.

Заключение: Таким образом, у больных АД на фоне комплексного лечения с включением ПА одновременно с улучшением кожного патологического процесса, выразившийся в уменьшении индекса SCORAD, произошло нормализация процесса ПОЛ, но ферментное звено антиоксидантных систем оставалось угнетённым.

ПРЕПАРАТ ВЕРРУКАЦИЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

Пакирдинов А.Б.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель: Оценить эффективность и безопасность препарата веррукацил у пациентов с аногенитальными бородавками.

Материалы и методы: 25 больных с диагнозом аногенитальные бородавки (23 женщины и 2 мужчин, средний возраст 28,5 лет) смазывали препаратом веррукацил наружно 2 раза в день в течение 3-х дней, далее 4-х дневный перерыв и вновь повторно проводили процедуры с 3-х дневным курсом лечения. Перед проведением лечения больные были осмотрены терапевтом и гинекологом (урологом), проведены необходимые

лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимическое и иммунологическое исследование крови). У всех больных наличие вируса папилломы человека подтверждено методом ПЦР. Эффективность терапии контролировалась через 15 дней.

Оценивались: переносимость препарата, результат после проведенного лечения.

Результаты: У двух пациентов (8%) отмечались побочные явления, которые проявлялись местные реакции покраснения, незначительная выраженная боль. Данная симптоматика исчезла после окончания лечения.

В процессе наблюдения через 1 месяц у 5 пациентов (20%) полностью исчезли клинические проявления. У 19 пациентов (76%) наблюдались явления регресса кондилом (уменьшение в размере). У одного (4%) отсутствовала динамика клинической картины. Через 3 месяца у 10 пациентов (40%) отмечено выздоровление, а у остальных — 15 пациентов (60%) отмечался регресс высыпаний.

Через 6 месяцев наблюдения у 20 пациентов (80%) полностью исчезла клиническая картина аногенитальных бородавок.

У 4 пациентов (16%) отмечался дальнейший регресс высыпаний, а еще у одного — рецидив высыпаний.

В контрольных исследованиях методом ПЦР у 23 пациентов (92%) получен отрицательный результат. У одного пациента, с клиническим рецидивом, лабораторное обследование дало положительный результат и еще у одного пациента без клинических проявлений тоже получен положительный результат. При повторном определении иммунного статуса у 6 пациентов из 7, имевших отклонения в иммунном статусе, отмечалась его нормализация и у одного пациента — улучшение.

Выводы: Веррукацил является эффективным препаратом для лечения больных аногенитальными бородавками, о чем свидетельствует отсутствие клинических проявлений. В подавляющем большинстве (92%) веррукацил хорошо переносится больными.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ

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

Андижанский государственный медицинский институт

Нейродермит является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии.

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

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

В план лечебных мероприятий входит воздействие непосредственно на область поражения, облучение зон сегментарной иннервации в соответствии

с локализацией патологического очага, облучение области печени, легких в проекции полей Кренига (область верхушек легких), воздействие в проекционной зоне тимуса, внутри - или над - венное облучение крови в проекции локтевой ямки, облучение крови в области брюшной аорты в комплексе с облучением проекционных зон почек. Продолжительность курсовой лазерной терапии - до 10 - 14 процедур. В течение первой половины лечения сеансы выполняются ежедневно, затем - один раз в 2 - 3 дня. Больные нейродермитом получали: антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, витаминотерапию. Наружно – **0,03% мазь Такролимус**. Мазь наносилась на пораженную поверхность 1 раз в день на протяжении всего периода проведения ЛТ.

Таким образом, включение Лазерной терапии в комплексное лечение больных нейродермитом повышает его терапевтическую эффективность. Лазерная терапия способствует более быстрой нормализации общего состояния больных, уменьшению или исчезновению зуда, регрессу кожных изменений. Быстрая ликвидация обострений заболевания сокращает время пребывания в стационаре и на больничном листе, а также позволяет значительно уменьшить или отменить приём лекарственных препаратов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ГЛУБОКИМИ ПИОДЕРМИТАМИ ЛЕНДАЦИНОМ

**Пакирдинов А.Б., Ёкубова М.А., Курбонов О.Д.,
Мухаммаджонова Л.А.**

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, лендацин, зитролид, азитрал и др.), которые эффективно действуют на большинство патогенных микроорганизмов. Мы лечили 21 больных глубокими пиодермитами лендацином, относящийся к III поколению цефалоспориновых антибиотиков. Из 21 больных у 9 был диагностирован фурункулёз, у 6 гидраденит, и у 6 хроническая язвенная пиодермия. Возраст больных был от 17 до 35 лет, женщин было 8, мужчин 13.

Всем больным был применен лендацин 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, лендацин является эффективным антибиотиком для лечения больных фурункулёзом и гидраденитом при вышеуказанных дозах, а при хронической язвенной пиодермии возможно необходимо увеличить длительность курса терапии.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У ПАЦИЕНТОВ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЁМ НА ФОНЕ ЭФФЕРЕНТНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

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

Материалы и методы: У 21 больных красным плоским лишаём (159-мужчин, 6-женщин) в возрасте от 20 до 50 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 красным плоским лишаём 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 красным плоским лишаём, 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.

АНДИЖОН ВИЛОЯТИДА КИШЛОК АХОЛИСИ ОРАСИДА ЧИН ПЎРСИЛДОК БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДАРАЖАСИ

Пакирдинов А.Б., Мухаммаджонова Л.А., Ёкубова М.А.,

Ботиров К.З.

Андижон Давлат тиббиёт институти

Андижон вилоятида 2012 йилда қишлоқ аҳолиси орасида чин пўрсилдок қасаллиги билан хасталанишни даражасини ўрганиб чиқишни мақсад қилдик. Бунинг учун Андижон вилоят тери - таносил қасаллиқлари шифохонасида даволанган беморларнинг қасаллиқ тарихлари, поликлиника бўлимидаги амбулатория қарталарини ўрганиб чиқдик. 2012 йили қишлоқ аҳолиси орасидан ҳаммаси бўлиб 59-та чин пўрсилдок билан хасталанган бемор қайд қилинган бўлиб, уларнинг 26-таси эрқак, 33-таси эса аёлдир. Беморлар ёшлари бўйича қуйидагича тақсимланганлар: 20 - 30 ёшли 3-та эрқак ва 7-та аёл бемор рўйхатга олинган; 31 - 40 ёшли 2-та эрқак ва 8-та аёл бемор қайд қилинган; 41 - 50 ёшли 8-та эрқак ва 6-та аёл бемор аниқланган; 50 ёшдан қатталар орасида 13-та эрқак ва 12-та аёл бемор рўйхатга олинган. Демак, аёллар орасида қасаллиқ 20 - 30 ёшда эрқаклардагига нисбатан 2 баробар кўп учраши юкоридаги ракамлардан куришиб турибди, 31 - 40 ёшлилар орасида эса аёлларда қасаллиқ эрқакларга нисбатан 4 баробар кўп учрамокда. Ундан кейинги ёшлар орасидаги қасалланиш даражасидаги тафовут сезиларли эмас.

Қасаллиқнинг клиник турлари бўйича қуйидаги натижа олинди: вульгар тури – 31 беморда аниқланди (15-та эрқак беморда, 16-та аёлда), вегетацияловчи тури – 15-та беморда (6-та эрқакда, 9-та аёлда), себореяли тури 8 - беморда (3-та эрқак, 5-та аёл), баргсимон тури 5-та беморда (2-та эрқак, 3-та аёл). Олинган натижага мувофиқ, аёллар орасида чин пўрсилдок

касаллигининг оғир шакллари ,яъни вегетацияловчи тури хамда себорейли тури эркакларга нисбатан купрок учраши куриниб турибди.

Шундай қилиб, қишлоқ аҳолиси орасида чин пўрсилдок касаллиги аёлларда 20 - 40 ёшлик даврида купрок учраса, эркакларда 40 ёшдан кейин кўпроқ учрайди. Аёлларда касалликнинг оғир турлари (вегетацияловчи ва себорейли турлари) эркакларга нисбатан кўпроқ учрайди.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКЗОДЕРИЛ ПРИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ

Пакирдинов А.Б., Мухаммаджонова Л.А., Шадыева Ш.М.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: изучить эффективность Экзодерила при наружной терапии зоофильной трихофитии.

Материалы и методы: были изучены и проработаны истории болезни 37 больных зоофильной трихофитией в возрасте от 6до 24 лет. У всех больных диагноз был подтвержден бактериоскопически обнаружением мицелий грибка в материале с очага поражения. Все больные получали общее лечение гризеофульвином в курсовой дозе соответственно весу и возрасту. Для наружного лечения у всех больных был использован крем «Экзодерил» фирмы Lek, который наносился на очаг поражения и соседние участки один раз в день, предварительно тщательно очистив очаг поражения.

Полученные результаты: У всех больных регресс кожного процесса наступил на 3-4 дня раньше, чем у больных лечившихся другими фунгицидными препаратами для наружного применения (дермазол, микосептин, микозолон, тридерм).

Заключение: Таким образом, экзодерил является высокоэффективным препаратом при наружной терапии зоофильной трихофитии.

**ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ ЭСТРАДИОЛА В ПЛАЗМЕ
КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С
ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ**

Пакирдинов А.Б., Пакирдинова С.А., Тошпулатов Б.Х.,

Шадыева Ш.М.

Андижанский медицинский институт

Цель исследования: Изучить динамику содержания эстрадиола в плазме крови женщин, больных нейродермитом в периоды обострения заболевания и после комплексного лечения.

Материалы и методы исследования: У 30 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили содержание эстрадиола в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Jre-Sorin» (Франция). Контролем ($0,32 \pm 0,02$ нмоль/л и $0,62 \pm 0,02$ нмоль/л) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: Средние значения содержания эстрадиола в плазме крови у всех больных нейродермитом было значительно снижено в обеих фазах менструального цикла. Наибольшая степень его снижения отмечалась при обострении заболевания (в фолликулиновой фазе - $0,12 \pm 0,01$ нмоль/л, а в лютеиновой фазе - $0,28 \pm 0,04$ нмоль/л, при контроле соответственно $0,32 \pm 0,02$ нмоль/л и $0,62 \pm 0,02$ нмоль/л). После комплексного лечения с включением лазерной терапии у всех больных в фолликулиновой фазе менструального цикла отмечалось недостоверное повышение концентрации эстрадиола по сравнению с данными в период обострения ($0,17 \pm 0,01$ нмоль/л). В лютеиновой фазе уровень эстрадиола достоверно повышался ($0,36$ нмоль/л), однако ни в одном случае он не достиг нормальных значений.

Выводы: У женщин, больных нейродермитом имеется дисфункция овариальной системы, выражающийся в понижении концентрации эстрадиола в плазме крови в обеих фазах менструального цикла в период обострения, а после комплексного лечения с включением лазерной терапии отмечается повышение содержания эстрадиола в плазме крови, но не достигает нормальных значений.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «СЕКНИДОКС» У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

**Пакирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х., Ботиров К.З.
Андижанский государственный медицинский институт**

Генитальный трихомониаз широко распространен во всех странах. По данным ВОЗ, ежегодно в мире вновь заболевает трихомониазом более 180 млн. человек, преимущественно лица сексуально активного возраста. Вследствие особенностей течения болезни и диагностики трихомониаз значительно чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин. Например, в Англии в 1982 г. было зарегистрировано 18 542 женщины и только 1620 мужчин, больных трихомониазом, причем в последнее десятилетие число больных остается постоянным. M.F. Rein и M. Muller (1984) утверждают, что в США ежегодно от 2 до 3 млн. женщин заражаются трихомониазом.

В последнее время в арсенал лечения больных поступили новые антибиотики широкого спектра, которые эффективно действуют при лечении больных генитальным трихомониазом. Однако, отсутствует региональный мониторинг чувствительности *Trichomonas vaginalis* к применяемым лекарственным средствам и выявление штаммовой устойчивости возбудителя. Это приводит к неконтролируемому накоплению резистентных

штаммов, что может негативно сказаться на результатах лечения и способствовать росту заболеваемости и осложнений.

В связи с выше указанным необходимо для практических врачей иметь новые лекарственные препараты для лечения женщин больных генитальным трихомониазом, которые действует более эффективно, таким препаратом является препарат «секнидокс» отвечающий к вышеперечисленным требованиям. Секнидокс – (секнидазол) антибиотик второго поколения для энтерального применения. Действует бактерицидно, амебицидное, проникает через гематоэнцефалический барьер, не вызывает дисбактериоз кишечника, нарушает синтез клеточной стенки бактерий. Установлено устойчивость действию большинства бета-лактамаз.

Больным женщинам со свежей острой и хронической форме генитального трихомониаза препарат «Секнидокс» назначался по следующей схеме:

а) «Секнидокс» в дозе по 2г (каждая таблетка - 1г) однократно эффективен при лечении женщин больных со свежей острой формы трихомониаза.

б) «Секнидокс» в дозе по 2г (каждая таблетка - 1г) в день в течение 3 дней эффективен при лечении женщин больных хронической формой трихомониаза.

Таким образом, комплексный метод лечения, включающий препарат Секнидокс способствует достижению стойкого благоприятного эффекта, положительной динамике клинической картины у женщин больных генитальным трихомониазом, а также оказывает значительное влияние на лабораторные показатели. Учитывая эти данные, можно прийти к заключению, что этот метод лечения может быть широко использован, у женщин больных со свежей острой и хронической гонореей как наиболее благоприятно влияющий на течение патологического процесса.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ ЗИТРОЛИДОМ

**Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Тошпулатов Б.Х.,
Пакирдинова С.А.**

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 (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 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 3.0г.

После лечения при контрольном наблюдении в течение 7 дней, жалобы больных исчезли, выделение 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 фирмы «Красфарма» является высокоэффективным антибактериальным препаратом против большинства штаммов возбудителей ИППП, позволяет добиться хороших клинических результатов и этиологического излечения.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БОЛЬНЫХ НЕГОНОКОККОВЫМИ УРЕТРИТАМИ ЗИТРОЛИДОМ

Пакирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х., Курбонов О.Д.

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 (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 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 3.0г.

После лечения при контрольном наблюдении в течение 7 дней, жалобы больных исчезли, выделение 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 фирмы «Красфарма» является высокоэффективным антибактериальным препаратом против большинства штаммов возбудителей ИППП, позволяет добиться хороших клинических результатов и этиологического излечения.

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЯ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА

Пакирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х., Набиев В.Г., Курбонов О.Д.
Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных псориазом, получивших комплексное лечение с включением плазмафареза (ПА).

Материалы и методы: У 15 больных АД (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 балльной 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 псориазом 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 псориазом, 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.

АКТИВНОСТЬ КАТАЛАЗЫ И СОДЕРЖАНИЕ МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА У ПАЦИЕНТОВ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В ПРОЦЕССЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

Пакирдинов А.Б., Фозилов Ф.А., Дармонов Б.Т.

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 красным плоским лишаём.

Материалы и методы: У 21 больных (15 - мужчин, 6 - женщин) красным плоским лишаём в возрасте от 20 до 50 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 на спектрофотометре «Gilford»-260 (США). Активность каталазы определяли по Bergmeuer Н. V. контролем служили результатом исследования 10 здоровых лиц.

Результаты: До лечения у больных красным плоским лишаём 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.

**ДИНАМИКА ТРАНСКУТАННОГО ПАРЦИАЛЬНОГО
ДАВЛЕНИЯ КИСЛОРОДА В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ У
БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ В ПРОЦЕССЕ
ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ**

Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Курбонов О.Д.

Андижанский Государственный медицинский институт

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

Материалы и методы: У 20 больных (12 мужчин, 8 женщин) АД 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 ТСМ/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 АД 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.

**КЛИНИКО-БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ
ПРЕПАРАТА «ВАРИОР» У ЖЕНЩИН,
БОЛЬНЫХ ГОНОРЕЙ**

**Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Қўчкаров А.А., Пакирдинова С.А.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Заболеваемость гонорей у женщин остается высоким во всем мире, в том числе и в Республике Узбекистан. Надежное, быстрое и полноценное клиничко - бактериологическое излечение гонореи особенно среди лиц группы риска является важной задачей венерологии, так как это приведет к санацию эпидемиологического очага и снижению заболеваемости. Отмечается рост вялотекущих, бессимптомных форм гонореи и осложнений, что связано с развитием резистентности гонококков к антибиотикам, поэтому внедрение в практическое здравоохранение для лечения гонореи новых высокоэффективных антибактериальных препаратов является актуальной задачей. К таким препаратам относится препарат «Вариор» (левофлоксацин) – антибиотик относящийся к фторхинолоновой группе III поколения, обладающий широким спектром действия. Механизм действия связано с подавлением фермента ДНК- гиразы бактерий. Устойчив к действию β - лактамазы.

Цель работы: Изучить клиничко-бактериологическую эффективность препарата «Вариор» у женщин, больных гонорей.

Материалы и методы: Были изучены истории болезни и амбулаторные карты 78 женщин, больных гонорей в возрасте от 18 до 40 года. Из них у 37 была диагностирована свежая острая гонорея, у 26 подострая и у 15 хроническая гонорея. У всех больных диагноз был подтвержден обнаружением гонококков в мазке и посеве. У 22 больных была диагностирована сочетанное трихомонадно - гонорейное и гонорейно -

хламидийное поражение. Препарат «Вариор» фирмы Nabiqosim industries (PVT) LTD было назначено в следующей дозировке: больным свежей острой гонореей по 250 мг 1 раз в сутки в течение 7 дней, при подострой гонорее по 250 мг 1 раз в сутки в течении 14 дней, а при хронической гонорее после проведенной иммунотерапии по 500 мг 1 раз в сутки в течении 14 дней. У пациенток с трихомонадно - гонорейной инфекцией одновременно было назначено метронидазол по 250 мг 4 раза в день, в течение 5 дней.

Результаты: У больных свежей острой гонореей признаки воспалительного процесса на слизистой мочеполовой системы исчезли в сроки от 3 до 5 дней, при подострой гонорее эти явления исчезли на 7 - 8 сутки, а при хронической гонорее на 9 - 10 дни от начала лечения. Лабораторное исследование после окончания курса лечения выявил этиологическое излечение у 76 больных, что составляет 97,4%. У 2 больных подострой гонореей при лабораторном исследовании после окончания курса лечения повторно были обнаружены гонококки. Этим больным было проведено лечение другими антибактериальными препаратами.

Выводы: Препарат «Вариор» является высокоэффективным антибиотиком при лечении гонорейной инфекции у женщин, особенно при свежих формах гонореи.

ДИНАМИКА ИНДЕКСА SCORAD И IgE У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

**Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш., Мухаммаджонова Л.А.
Андижанский Государственный медицинский институт**

Цель исследования: Оценить динамику индекса SCORAD и IgE у больных атопическим дерматитом (АД), получивших комплексное лечение с включением гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 71 больных АД (48(67,6%) пруригинозная форма, 23 (32,3%) лихеноидная форма, в возрасте от 16 до 42 лет, определяли показатели индекса SCORAD в процессе комплексной терапии с включением гипербарической оксигенации (ГБО). Одновременно у 20 из этих больных исследовали суточную динамику уровня IgE в сыворотке крови с помощью иммуноферментного метода.

Результаты: До лечения у больных пруригинозной формой АД индекс SCORAD был равен $91,9 \pm 2,7$ балла, а после комплексного лечения она была равна $14,3 \pm 0,7$ балла. У больных лихеноидной формой АД до лечения индекс SCORAD был равен $63,5 \pm 2,8$ балла, после комплексного лечения она снизилась до $7,57 \pm 0,7$ балла. До лечения у больных пруригинозной формой АД IgE равнялся $562,7 \pm 49,9$ МЕ/мл, а у больных лихеноидной формой $556,3 \pm 38,3$ МЕ/мл, при контроле $120,0 \pm 3,5$ МЕ/мл. После окончания комплексной терапии она соответственно равнялась $203,6 \pm 20,4$ МЕ/мл и $179,4 \pm 16,3$ МЕ/мл.

Вывод: На фоне комплексной терапии включающей ГБО одновременно с улучшением кожного патологического процесса выражающейся в снижении индекса SCORAD, снижается и приближается к контролю показатель уровня ЦИК.

СОДЕРЖАНИЕ ПРОГЕСТЕРОНА В КРОВИ У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

**Пакирдинова С.А., Пакирдинов А.Б., Мухаммаджонова Л.А.,
Шадыева Ш.М.**

Андижанский медицинский институт

Цель исследования: Изучить содержание прогестерона в плазме крови женщин, больных нейродермитом до и после лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 30 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили содержание прогестерона в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A. Berson (1960), с помощью набора реактивов «Стерон-П-3Н» (Россия). Контролем ($18,4 \pm 2,7$ нмоль/л и $71,6 \pm 7,9$ нмоль/л) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: В период обострения нейродермита у всех больных в обеих фазах менструального цикла содержание прогестерона было значительно снижено, при этом наибольшая степень снижения отмечалось в лютеиновой фазе (в фолликулиновой фазе - $12,6 \pm 0,88$ нмоль/л, а в лютеиновой фазе $21,8 \pm 1,5$ нмоль/л, при контроле соответственно $18,4 \pm 2,7$ нмоль/л и $71,6 \pm 7,9$ нмоль/л). После комплексного лечения с включением лазерной терапии концентрация прогестерона достоверно повышалась. При этом в фолликулиновой фазе она достигала нормальных значений ($16,8 \pm 1,21$ нмоль/л), а в лютеиновой у всех больных сохранялась значительная гипопрогестеронемия ($37,5 \pm 2,3$ нмоль/л).

Выводы: У женщин, больных нейродермитом имеется дисфункция овариальной системы, выражающийся в значительном снижении концентрации прогестерона в плазме крови в обеих фазах менструального цикла в период обострения заболевания, а после комплексного лечения с включением лазерной терапии она достоверно повышается в обеих фазах менструального цикла, но в лютеиновой фазе не достигает нормальных величин.

ДЕЙСТВИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ НА УРОВЕНЬ ПРОЛАКТИНА В КРОВИ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ

Пакирдинова С.А., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш.,

Шадыева Ш.М.

Андижанский медицинский институт

Цель исследования: Изучить действие лазерной терапии на уровень пролактина (ЛТГ) в плазме крови женщин, больных нейродермитом в периоды обострения и ремиссии заболевания.

Материалы и методы исследования: У 32 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет до и после лазерной терапии в плазме крови определили концентрацию пролактина (ЛТГ) в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Ing-Sorin» (Франция). Контролем ($12,6 \pm 2,6$ нг/мл и $12,5 \pm 3,1$ нг/мл) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: Средние значения содержания ЛТГ в плазме крови у больных нейродермитом в период обострения заболевания в обеих фазах менструального цикла была незначительно снижена как в фолликулиновой фазе ($9,5 \pm 0,8$ нг/мл), так и в лютеиновой фазе ($10,8 \pm 1,1$ нг/мл), при контроле соответственно $12,6 \pm 2,6$ нг/мл и $12,5 \pm 3,1$ нг/мл). После комплексного лечения с включением лазерной терапии в обеих фазах менструального цикла отмечалось достоверное повышение концентрации ЛТГ по отношению к данным в период обострения (соответственно $16,5 \pm 3,3$ нг/мл и $16,2 \pm 3,5$ нг/мл, при контроле $12,6 \pm 2,6$ нг/мл и $12,5 \pm 3,1$ нг/мл).

Выводы: У женщин, больных нейродермитом имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающийся в незначительном снижении ЛТГ в плазме крови, в обеих фазах менструального цикла в период обострения заболевания. А комплексное лечение с включением лазерной терапии способствует повышению концентрации ЛТГ в плазме крови.

РОЗЕКС МАЛҲАМИ РОЗАЦЕА ҚАСАЛЛИГИНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРАДОРЛИГИ

Пакирдинов А.Б., Қўчқаров А.А., Тошпулатов Б.Х.

Андижон давлат тиббиёт институти

Ҳозирги вақтда терини йирингли касалликлари орасида розацеани даволаш актуал муммамолардан бири ҳисобланади.

Розацеани даволашни мукамаллаштириш мақсадида, розекс малхамини давода қўлланилди.

Бизни текширувимизда бўлган беморлар сони 32 нафар бўлиб (15 та – аёл ва 17 - эркак), ёши 32-50 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 4 нафар аёлда постменопаузали синдром аниқланди, 6 нафар аёлда эса тухумдонларида ўзгариш аниқланди. Яқка ҳолатларда қандли диабет ҳамда ўт тош касалликлари кузатилди.

32 беморлар ташкил қилди. Схема бўйича даводан Розекс Азит 1,0. Секнидокс 2,0. Флюконазол 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 қўйидагича 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 (Азит 1,0, Секнидокс 2,0, Флюконазол 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) Азит 1,0, Секнидокс 2,0, Флюконазол 0,15 г препаратларидан фойдаланилганидан сўнг ижобий наф олинди. 2 чи гуруҳ беморларда қандидоз билан асоратланиш кузатилмади.

НЕЙРОДЕРМИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ЛОКОИД»

МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ

Пақирдинов А.Б., Ботиров К.З., Қўчқаров А.А.

Андижон давлат тиббиёт институти

Нейродермитни 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 sanoati томонидан топиқ таъсир қилиш хусусиятига эга бўлган кўплаб янги кортикостероид малҳамлари ишлаб чиқилмоқда. Шундай малҳамлардан бири элокомдир. Локоид малҳами таркибига кирувчи гидрокортизон-17-бутират ўта фаол топиқ кортикостероид бўлиб, узоқ даволанувчи дерматозларни қисқа вақтда даволаш учун қўлласа бўладиган препарат (малҳам) ҳисобланади.

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

Материал ва текширув услублари: Бизни кузатувимизда нейродермитга чалинган 27 та бемор аёл бўлиб, уларни ёши 15 дан 30 ёшгача. Беморларни ушбу касаллик 3 йилдан 12 йилгача бўлган муддатда безовта қилиб келган. Бу беморларнинг 18 таси нейродермитнинг тарқалган шакли, 9 таси чекланган шакли билан қайд этилган, уларнинг барчасини

қичишиш безовта қилади. Уларга комплекс даво сифатида қуйидаги даволаш усули қўлланилади.

Умумий давога антигистамин (лорд), десенсибилизацияловчи (натрий тиосульфат), гепатопротектор (Овесол), антиоксидантлардан аевит, маҳаллий давога Локоид малҳами. Давонинг биринчи кунлари териға икки маҳалдан, патологик ўчоқдаги тошмалар сўрила бошлагач, 1 маҳалдан суртилади, даволаш муддати касаликнинг туриға, тарқоклигига қараб 20 - 25 кунни ташкил қилди. Теридаги патологик жараён ўчоғи тошмалар тарқалганлиги, яллиғланишнинг интенсивлиги ва субъектив симптомлар ёрдамида ўрганилди.

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

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

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТОВ В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И ВРАЧЕБНОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

Пулатова С.Х., Бабаджанов О.А.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель: исследование является частью работы по фармэкономике в эстетической медицине и врачебной косметологии. Проблема

удовлетворенности процедурой неразрывно связана с показателем качества жизни и является практически неизученной в Узбекистане. Мы проводили сравнительный анализ процедур врачебной косметологии, дающих максимальную субъективную удовлетворенность пациента: дерматологических химических пилингов, мезотерапии препаратами гиалуроновой кислоты, введение ботулотоксина и контурной пластики.

Методы: проводился ретроспективный анализ удовлетворенностью процедуры путем анкетирования 50 человек по стомиллиметровой шкале, с учетом эффекта, сроков реабилитации, осложнений, побочных реакций, длительности действия препарата и стоимости процедуры.

Результаты: наибольшую удовлетворенность получили пациенты от введения ботулотоксина — 82%, контурной пластики — 71 %, химических пилингов — 62 %, мезотерапии — 58 %.

Выводы: данное исследование имеет большое значение при формировании стратегии развития и работы клиник эстетической медицины и врачебной косметологии.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БУЛЛЕЗНОГО ПЕМФИГОИДА ЛЕВЕРА С БЛАГОПРИЯТНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Пягай Г.Б.

Ташкентский государственный стоматологический институт

Пузырные дерматозы довольно часто встречаются в ежедневной практике дерматовенеролога. При этом, все они отличаются большим разнообразием этиопатогенетических факторов, определяющих течение и прогноз заболевания. Дифференциальный диагноз пузырных дерматозов представляет собой довольно сложную задачу, а лечение и ведение данных пациентов является актуальной проблемой практического здравоохранения. Среди многообразия пузырных дерматозов особняком можно выделить

буллезный пемфигоид Лёвера (БПЛ), являющийся хроническим воспалительным аутоиммунным заболеванием кожи, сопровождающимся появлением субэпидермальных пузырей вследствие выработки Ig G-антител к компонентам полудесмосом (антигенам BP 180 и BP 230). Анализ мировой литературы выявляет довольно значительную вариабельность клинической картины заболевания: от довольно тяжелой, сопровождающейся многочисленными поражениями, требующей назначения существенных доз ГКС, до относительно благоприятных (с единичными очагами поражения, не приводящих к значительному снижению качества жизни). Вследствие этого, нами представляется клинический случай с благоприятным течением БПЛ. Пациентка С. 63 года. Обратилась с жалобами на периодическое появление пузырей на коже лица, головы, иногда конечностей, существующих некоторое время и проходящих после применения различных анилиновых красителей. Субъективно: зуд, дискомфорт. На момент осмотра, на коже головы, в области лба отмечается пузырь, размером до 1.0 см в диаметре, плотного наполнения с серозным содержимым. При надавливании симптом Асбо-Ганзена – отрицательный. Кроме того, в области ушных складок отмечаются эрозированные участки с остатками вскрывшихся пузырей. Симптом Никольского не определяется. Пациентке было проведено гистологическое и иммунофлуоресцентное обследование, которое определило субэпидермальные везикулы с жидкостью содержащей лимфоциты, нейтрофилы и зернистое отложение Ig G вдоль базальной мембраны. На основании вышеперечисленного был выставлен диагноз БПЛ и назначено десенсибилизирующее и местное лечение комбинированными гормональными кремами. На фоне проводимой терапии у пациентки отметилась стабилизация кожно-патологического процесса, эпителизация очагов. Назначения системных ГКС не потребовалось, однако пациентке было рекомендовано находиться на длительном диспансерном наблюдении. Таким образом, приведенный клинический случай демонстрирует

возможность относительно благоприятного течения БПЛ, но с обязательным Д-наблюдением таких пациентов.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ НАРУЖНОЙ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА

Пягай Г.Б., Юлдашев К.К.

**Ташкентский государственный стоматологический институт
Университет Альфраганус, Ташкент**

Актинический кератоз (АК) является наиболее частым предраковым заболеванием кожи, причем результаты научных исследований позволяют рассматривать данное заболевание как раннюю стадию плоскоклеточного рака кожи. Несмотря на это, подходы в лечении данного заболевания довольно разнообразны и включают как агрессивные деструктивные методы терапии (различные виды лазерной деструкции, криодеструкция, фотодинамическая терапия и т.п.), так и консервативные в виде применения наружных средств (фторурацил, диклофенак, имихимод). В тоже время в доступной литературе недостаточно данных по анализу эффективности различных методов терапии АК, в связи с чем, нами была поставлена задача оценить эффективность наружного применения 1% мази диклофенак на очаги АК. Испытуемую группу составили 10 пациентов в возрасте от 60 до 80 лет, среди которых женщин было – 8, а мужчин – 2. Согласно клинической классификации АК у всех пациентов наблюдался АК 2 стадии. При этом все пациенты имели больше одного очага АК (до 5), расположенные в основном на лице: в области лба, скуловых областей и спинке носа. Мазь диклофенака применяли дважды в день с минимальным промежуточным сроком оценки – 1 месяц. Исследование показало, что уже к окончанию первого месяца лечения наблюдалось снижение интенсивности эритемы различной степени в очагах поражения у всех пациентов (100%), в

80 процентов случаев сопровождаясь с уменьшением шелушения и уменьшением размера очага поражения. Через 2 месяца терапии указанные изменения имели более выраженную тенденцию и к окончанию 3-го месяца наблюдения у 7 (70%) больных фиксировалась клиническое выздоровление. В 2х (20%) случаях, несмотря на выраженную клиническую положительную динамику потребовалось продолжение терапии, а в 1 (10%) – наблюдавшийся вначале положительный процесс КПП через 3 месяца имел тенденцию к прогрессированию.

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует эффективность консервативных методов терапии, в частности мази диклофенак, однако требует тщательного динамического наблюдения за пациентами, т.к. в некоторых случаях, несмотря на проводимое лечение, процесс может прогрессировать. Учитывая отсутствие противопоказаний к наружному применению диклофенака и высокую комплаентность данной методики следует ее рассматривать в качестве терапии первой линии у определенной категории пациентов с АК.

СЎЗАК БИЛАН КАСАЛЛАНИШ (2019-2023 йй) ДИНАМИКАСИ

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Фаттахов Б.Ш., Турдиев Ж.Р.

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

Сўзак (гонорея) кўзгатувчиси гонококклар ҳисобланиб, уни биринчи бўлиб 1879 йилда А.Нейсер томонидан аниқланган. Хасталикка фақат одамлар чалинади. Юқиш йўли аксарият холларда жинсий йўл ҳисобланади. Камдан-кам холатда шахсий гигиена қоидалари мутлақо бузилганда маиший йўл билан ҳам юқиб қолиши мумкин.

Сўзак классик венерик касалликлар қаторига киритилган бўлиб дунёда йилига 80-85 млн. одамлар эҳтиётсизлик туфайли юқтириб олади. Мабодо

беморлар касалликка чалингандан сўнг даволанмаса хасталик жуда оғир (орхит, орхоэпидидимит, эндометрит, эндоцервицит, сальпингоофорит, везикулит, простатит ва бепуштлики) асоратларга олиб келади. Айниқса хомиладор аёлнинг туғруқ йўлларида ўтаётган чақалоқнинг кўзларига гонококкларнинг юкиб қолиши (гонококкли офтальмия) кўриш қобилятининг бутунлай йўқолишига олиб келиши мумкин.

Юқорида берилган маълумотларни эътиборга олиб биз Республикада снги беш йил ичида сўзак билан касалланиш динамикасини ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Дарҳақиқат, Республикада сўзак билан касалланиш 2019 йилдан (10.9) то 2023 йилгача (7.6) гача, яъни 100 минг аҳолига интенсив кўрсаткич – 3.3 га камайган. Айниқса, Жиззах – 2.2; Сурхондарё – 2.8; Самарқанд – 3.2 ва Қашқадарё – 4.9 Республика кўрсаткичиданг (7.6) анча паст. Хатто Сурхондарёда 2019 йили – 0.6; 2020 йили Сирдарёда – 0.3; Жиззахда – 0.8 гача тушиб кетган.

Республика бўйича сўнги 5 йил ичида жами – 15 048 нафар сўзакка чалинган беморлар қайд қилинган бўлиб, уларнинг – 9358 таси (62.2%) – эркаклар, 5690 тасини эса (38.8%) аёллар ташкил қилган. Нисбати 1.6:1.0. 14 ёшгача бўлганлар орасида жами 75 та сўзакка чалинганлар аниқланган. Уларнинг 24 нафари (32.0%) ўғил болалар, 51 нафари эса (68.0%) қиз болалардир. 5 йил ичида аниқланган 14 ёшгача болаларнинг асосий қисми 43 та (57.3%) – Қорақалпоғистон Республикасига тўғри келади. Фақатгина 2023 йилда аниқланган 2749 та сўзакка чалинган беморларнинг 766 тасини (28.1%) 30-39 ёшдаги катта ёшдаги одамлар эканлиги бизни ажаблантиради.

Эътиборлиси шундаки, 2019-2020 йиллари Сирдарё вилоятида акушер гинекологлар, урологлар ва умумий стационарларда даволанаётган беморлардан бирорта ҳам сўзакка чалинган беморлар аниқланмаган. Худди шундай, Жиззах вилоятида ҳам беморлар қайд қилинмаган. Шундай ҳолатни Наманган ва Навоий вилоятларида (2022 йил) ҳам кузатиш мумкин. Айтиш

жоизки, 2023 йилга келиб ушбу камчиликлар Қашқадарё, Хоразм, Фарғона, Наманган вилоятларида давом этмоқда.

Шундай қилиб сўнгги беш йилда сўзак билан касалланиш динамикаси таҳлилдан кўриниб турибдики 100 000 аҳолига интенсив кўрсаткич 2019 йилда 10,9 бўлган бўлса, 2023 йилга келиб 7,6 га тушган. Айниқса Сурхондарё, Жиззах ва Самарқанд вилоятларида касалланишнинг интенсив кўрсаткичи 2,2-3,2 дан ошмаган. Ушбу маълумотлар бу соҳада қатор камчиликлар борлигидан далолат беради.

ЗАХМ КАСАЛЛИГИ БИЛАН БЕШ ЙИЛЛИК (2019-2023 йй)

КАСАЛЛАНИШ КЎРСАТКИЧЛАРИ

Сабиров У.Ю., Эшбоев Э.Х., Фаттахов Б.Ш., Турдиев Ж.Р.

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

Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти берган маълумотларга қараганда, ҳар куни 1 млн.дан ортиқ 15-49 ёшдаги инсонлар жинсий йўл орқали юқувчи касалликларнинг (ЖЙОЮК) бирон бир хили билан касалланадилар. Бир йилда эса уларнинг сони 376 млн.дан ошиб кетмоқда. Шулардан 6.3 млн.ни захм касаллигига тўғри келади.

2019-2023 йиллар давомида Республикамизда 13.718 та захмга чалинган беморлар қайд қилинган, уларнинг 5.1% (704 та) – бирламчи, 14.8% (2036 та) – иккиламчи, 79.8% (10958 та) – эрта яширин, 0.2% (26 та) – бошқа шакллари ташкил қилган.

Олиб борилган эпидемиологик изланишларимиздан маълум бўлдики, захм билан касалланиш 2022 йилга нисбатан (8.3) интенсив кўрсаткич 2023 йили – 8.9 ни тақил қилган бўлиб – 0.6 га кўпайган холос. Умуман олганда 2019 йилдан то 2023 йилгача бўлган даврда захмнинг (9.0; 6.1; 7.2; 8.3; 8.9) 10000 аҳолига интенсив кўрсаткичи унчалик катта рақамларга ўзгармаган.

Фақат Навоий вилоятида деярли икки (7.4) хиссага ошган (14.0), аксинча Қорақалпоғистон Республикасида 15.0 дан 9.6 гача сезтларли даражада пасайган.

2023 йилда жами аниқланганларнинг 61.8%ини – эркаклар, 38.2%ини аёллар ташкил қилган. Ушбу кўрсаткич аввалгиларидан деярли фарқ қилмади. Аммо захмга чалинган беморларнинг ёши бўйича ўтказган изланишларимиз аввалгиларидан кескин фарқ қилган даражада мутлақо янги маълумотлар берди. Эътиборлиси шундаки, захмга чалинган беморларнинг деярли ҳар 1/3 ини 50 – 64 ёшдаги шахслар ташкил қилади. Биргина 2023 йили қайд қилинган 2003 та эркак беморларнинг – 31.4%, 1239 аёл беморларнинг эса – 29.5% ини ёши катта (50 – 64 ёш) шахслардан иборат бўлган. Айтиш жоизки, бу кўрсаткич йилдан йилган ўсиб бормоқда, айниқса Самарқанд, Сурхондарё ва Фарғона каби вилоятларда бу маълумотлар яққол кўзга ташланади.

Шундай қилиб, захм билан касалланишнинг сўнгги беш йиллик динамикаси таҳлилидан маълум бўлдики, демак захм билан касалланишда катта., сезтларли ўсиш ёки пасайиш аниқланаётганлиги ва катта ёшдаги фуқаролар орасида ўсиб бораётганлиги бизни ташвишга солмоқда.

КОМОРБИДНАЯ ПАТОЛОГИЯ ПРИ ПСОРИАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Саипова Н.С, Юсубалиев У.А., Тохтаев Г.Ш, Сафаров Х.Х.

Ташкентская медицинская академия

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Введение. В настоящее время отмечается рост заболеваемости псориатический артрит, при этом важное значение приобретает его ранняя диагностика и терапия, так как уже через 10 лет после установления диагноза социэкономический статус пациентов значительно снижается, а расходы здравоохранения, связанные с их курацией, возрастают [5]. Псориатический

артрит может развиваться в любом возрасте, мужчины и женщины болеют одинаково часто, однако псориатический спондилит наблюдается в основном у мужчин. У большинства пациентов (70%) псориаз возникает раньше поражения суставов, у 20% одновременно с ним и у 15–20% псориатический артрит опережает первые клинические проявления псориаза. Псориаз и псориатический артрит встречаются повсеместно. Этот дерматоз поражает от 1 до 3% населения земного шара, а артрит, спондилит или энтезопатия наблюдаются у 14–47% больных псориазом. Распространенность псориатический артрит в общей популяции составляет от 0,04 до 1,4%. Учитывая наличие суставных жалоб у 30% больных псориазом, а также трудности диагностики псориатический артрит, особенно на ранней стадии, можно предположить, что истинная распространенность псориатический артрит намного выше

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

Материалы и методы. Клинические исследования проведены у больных псориатический артрит на базе Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер. Проведены: общий осмотр, клинические и биохимические лабораторные методы обследования крови, определение уровня микроэлементов в крови радиоиммунологическим методом. Под наблюдением было 45 больных, у которых был диагностирован псориатический артрит. Большинство больных было в возрасте 20–29 лет. Мужчин было 25 (55,5%), женщин — 20 (44,4%). Продолжительность болезни составила 5–25 лет, 5% больных страдали псориазом свыше 25 лет. Важное значение в возникновении и распространении псориаза имеют средовые факторы риска. Психоэмоциональные стрессовые состояния явились основной причиной обострения у 6 больных. У 14 больных возникновению первичных псориатических элементов и обострению кожного процесса предшествовали хронические инфекционные заболевания и острые респираторные вирусные инфекции. Анализ сопутствующих

заболевании показал, что хронический тонзиллит наблюдался у 7, хронически гепсориатический артриттит — у 3, хронический холецистит у 4, лямблиоз — у 2, заболевания желудочно кишечного тракта — у 6, заболевания сердечно-сосудистой системы — у 4. Ониходистрофия отмечалась у 32 больных, в том числе у 13 отмечался онихолизис, у 24 — точечная ониходистрофия, у 8 — отмечалось изменение цвета ногтевых пластинок, утолщение и ломкость свободного края. У большинства больных отмечались сочетанные поражения нескольких или всех ногтей, поперечные борозды были выявлены — у 28%. У 14 псориатический артритциентов кожный процесс прогрессировал и протекал в тяжело и распространенной форме в виде субэритродермического поражения кожи туловища, конечностей, с максимальным индексом PASI, транзиторным повышением температуры тела, недомоганием.. Исследован уровень липидов и ферментов печени. В целом у 82,1% больных отмечались сочетанные или изолированные нарушения содержания исследованных величин. Наиболее часто отмечались гипохолестеринемия, дислиппротеидемия, соответствующая 2а и 2б типу по классификации Фредериксона, повышение активности ферментов АЛТ, АСТ, ЩФ, ГГТ и содержания билирубина. Повышение сывороточных ферментов выявили у одной трети псориатический артритциентов с наличием псориатический артриттологии пищеварительного тракта.

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

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ РЕГИСТРАЦИИ РАКА КОЖИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Солметова М.Н., Аллаева М.Д., Курбонов О.Ж.

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

В настоящее время рост заболеваемости раком кожи отмечается во всем мире. Проблема рака кожи завуалирована низкими показателями заболеваемости официальной статистики в регионах нашей страны. Целью этого исследования стал анализ случаев заболеваемости в регионе, где по заболеваемости раком кожи по Узбекистану (г.Ташкент) занимает ведущее место в структуре злокачественной онкодерматологической патологии за период 2023г.

Цель: изучить эпидемиологическую ситуацию по раку кожи в Республике Узбекистан, в городе Ташкенте, сравнить ее с мировыми данными и, в первую очередь, с соседними странами.

Материал и методы: изучены официальные государственные онкологические статистические отчеты Республики Узбекистан и города Ташкента за 2023 год. Распространение рака кожи в мире и в соседних странах изучено с использованием новейшей научной литературы.

Результаты: Собранные данные позволили нам сравнить случаи рака кожи в городе Ташкенте Республики Узбекистан с мировыми данными. В связи с недостаточной статистической оценкой случаев рака кожи определен низкий уровень отчетности всех случаев рака в Республике Узбекистан и соседних странах (странах Центральной Азии). Исходя из этого, Ташкентский Канцер-Регистр, который ведется регулярно, дает самый высокий показатель заболеваемости раком кожи - поэтому в 2023 году рак кожи занял второе место среди всех видов рака по заболеваемости (17,6-100 000 населения). В дальнейшем при создании Канцер-Регистра Республики Узбекистан было определено значение выделения базальноклеточного рака кожи как наиболее распространенного рака кожи.

Заключение: в результате полного охвата случаев рака кожи информационными технологиями возможен анализ генетических, половых и управленческих типов этой широко распространенной патологии, что возможно путем разработки комплексного реестра кожи, например, Ракового реестра города Ташкента.

ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ

**Солметова М.Н., Мухамедов Б.И., Аллаева М.Д., Ибрагимова Н.С.,
Маликова Н.Н., Курбонов О.Ж.**

Ташкентский Государственный Стоматологический Институт

В Узбекистане ранее не было испытаний системного внедрения дерматоскопии в общую практику, тогда как в частной практике ближнего зарубежья – Казахстана, России, Белоруссии – это входит в стандарты обследования пациентов, посещающих дерматологические клиники.

Целью данной научной работы является внедрение дерматоскопии в практику врачей путем сбора визуальных, анамнестических и других данных больных предраковым и ранним раком кожи. На основе полученных результатов будут разработаны алгоритмы обследования онкодерматологических больных с последующим внедрением в широкую медицинскую практику не только онкодиспансерной, но и в обычную практику врачей-дерматологов, общих хирургов стационара и семейных поликлиник, в частную оперативную эстетическую медицину.

Результаты: этапы работы подразумевают: 1. Освоение оборудования для числовой дерматоскопии с последующим внедрением дерматоскопии на базе дерматологической практики и онкодиспансеров. 2. Формирование анкеты для пациентов исследовательской группы. 3. Формирование групп больных по результатам первичного обследования с

ранним раком, предраком, доброкачественными образованиями и с соответствующим катанезом и последующим формированием карты визуального наблюдения. 4. Разработка схемы постоянного наблюдения за группой больных контрольной группы в течение 2–3 лет. 5. Оценка эффективности различных методов лечения как доброкачественных, так и злокачественных форм заболеваний.

Выводы: цель планового исследования – совершенствование ранней дифференциальной диагностики предопухолевых, доброкачественных и злокачественных заболеваний кожи, внедрение современного подхода в решении проблемы, наблюдение динамики визуальных изменений при малигнизации доброкачественных образований кожи.

АНАЛИЗ АНКЕТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДИФFUЗНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ COVID-19 ИНФЕКЦИЕЙ

Ташкенбаева У.А., Аббосхонова Ф.Х.

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

Цель исследования – на основании медико-социологического опроса проанализировать субъективную оценку эффективности лечения пациентов с диффузной формой алопеции после перенесенной COVID-19 инфекцией.

Материалы и методы. В рамках исследования проведено анкетирование 129 пациентов, получавших терапию по поводу диффузной формы алопеции ассоциированной с COVID-19 инфекцией. В качестве сравнения производили анализ между 82 ($n_1=100\%$) пациентами находящимися на комплексной терапии с использованием витаминно-минерального комплекса «Витаминералле» в комбинации с физиотерапевтической методикой посредством лазерного аппарата Sincery модели BS-LL7H , местно спреем Фатидерм + и 42 ($n_2=100\%$) пациентов получавших

стандартную терапию соответственно рекомендациям по лечению пациентов с алопецией по Республике Узбекистан. Непосредственно анкета субъективной оценки включала 5 вопросов, посвященных динамике роста и общего вида волос, степени удовлетворенности лечением, размерами участка облысения и визуальной удовлетворенности.

Результаты. С учетом полученных данных отмечено, что большинство, 70 (85,4%) пациентов из I группы выражают положительную оценку в связи с удовлетворенностью лечения ДА. По сравнению с 23 (48,9%) пациентами II группы которые не удовлетворены результатом проведенного лечения. При оценке ответов на вопросы: №1 (изменения площади участков облысения после курса лечения), №2 (изменения внешнего вида волос после курса лечения), №3 (изменения роста волос после курса лечения), №4 (оценка эффективности курса лечения), №5 (степень удовлетворенности роста волос в зависимости от области волосистой части головы), были выявлены статистически значимые различия между респондентами I и II группы, *(используемые методы статистического анализа: Хи-квадрат Пирсона)*. При сопоставлении степени удовлетворенности роста волос в теменной области волосистой части головы, степени удовлетворенности роста волос в височной области волосистой части головы в зависимости от группы пациентов, не удалось выявить статистически значимых различий.

Выводы. По результатам проведения опроса пациентов с использованием специфической анкеты для субъективной оценки удовлетворенности от лечения ДА нами были получены следующие данные: большая часть респондентов из I группы – 71 (86,6%) отметили удовлетворительные изменение (уменьшение/увеличение) площади участков облысения после курса лечения, 11 (13,4%) пациентов воздержались от ответа на данный вопрос. Респонденты II группы в большинстве 43 (91,5%) случаев отметили незначительное уменьшение зон алопеции после курса лечения, либо воздержались от ответа. Однако 4 (8,5%) пациента дали ответ в пользу увеличения площади алопеции после того как закончили курс

лечения. На вопрос о изменение (визуального) вида волос после курса лечения большинство 42 (52,2%) респондента из I группы отметили улучшение внешнего вида волос после курса лечения, 35 (42,7%) – отметили незначительное ухудшение внешнего вида волос, 7 (8,5%) респондентов придерживаются мнения о значительном улучшении внешнего вида волос после комбинированного лечения. Во II группе 38 (80,8%) пациентов отметили ухудшение внешнего вида волос после курса лечения, лишь 9 (19,1%) респондентов отметили улучшение внешнего вида волос после проведенной терапии по стандартному протоколу лечения ДА. При ответах на вопрос о субъективной оценке роста волос после курса лечения 67 (81,7%) респондентов из I группы отметили улучшение роста волос после курса комбинированного лечения, 15 (25,6%) пациентов высказали мнение в пользу ухудшения роста волос после проведенной терапии. Во II группе пациентов 44 (93,6%) респондентов отметили ухудшение роста волос после завершения лечения, и лишь 3 (4,3%) пациента отметили улучшение роста волос после курса стандартной терапии ДА. При выяснении у участников исследования мнения о субъективные оценки эффективности лечения, 58 (70,7%) респондентов из I группы высказались в пользу эффективности комбинированной терапии, однако 24 (28,0%) пациента остались не удовлетворены терапевтическим эффектом полученной терапии по поводу ДА. Во II группе 27 (57,4%) пациентов не отметили эффективность проведенной терапии, и 20 (42,6%) респондентов отметили эффект от стандартного вида лечения ДА. При ответах респондентов на вопрос общей удовлетворенности от проведенного лечения ДА ассоциированной с COVID-19, 52 (63,4%) пациента выразили мнение общей удовлетворенности получаемой терапии и 30 (36,5%) пациентов выразили общую неудовлетворенность от комбинированной терапии ДА. Во II группе 20 (42,5%) выразили общую удовлетворенность от терапии и 27 (57,4%) дали ответ в пользу общей неудовлетворенности от стандартной терапии ДА.

При подведении итогов медико-социологического опроса выявлено

значительное преимущество комбинированной терапии с применением витаминно-минерального комплекса «Витаминал», местным спреем Фатидерм +, проведение аппаратных методик физиотерапии по сравнению со стандартным протоколом лечения ДА после перенесенной COVID-19 инфекцией. Данное заключение подтверждают результаты анализа субъективной оценки проведенного лечения между пациентами в исследовании.

ТЕЧЕНИЕ ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПРИ COVID-19 ИНФЕКЦИИ

Ташкенбаева У.А., Алиев А.Ш., Усманиев С.А.

Ташкентская медицинская академия

В нашем исследовании плоский лишай регистрировалась у 12 пациентов, с COVID-19 инфекцией.

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей течения красного плоского лишая у пациентов с COVID-19 инфекцией.

Из 12 пациентов с плоским лишаем было 10 мужчин (83,3%) и 2 женщины (16,7%). Заболевание регистрировалось у лиц в возрасте: от 18 до 44 лет - 4 (33,3%), от 45-59 лет 6 (50%) и старше-60 лет 2 (16,7%). Средний возраст пациентов составил $47,3 \pm 2,35$ лет. Дебют заболевания приходился в среднем на $39,24 \pm 3,54$ лет. Длительность заболевания у больных варьировала в пределах от 1 до 21 года, в среднем составила $14,21 \pm 3,41$.

Клиническая картина при плоском лишае имела отличительные особенности. Так при коронавирусной инфекции мы наблюдали типичную форму плоского лишая у 8 больных (66,6%), которая характеризовалась наличием типичной папулезной сыпи, однако с преимущественной локализацией в области туловища и нижних конечностях (рис. 3.13). У 3 пациентов (25%) наблюдалась гипертрофическая форма плоского лишая,

характеризующаяся локализацией папулезной сыпи в области голеней, склонной к слиянию и наросту (рис. 3.13). У 3 пациентов наблюдалось поражение слизистой в виде белесоватых эрозивных элементов на слизистой полости рта. И у 1 пациента наблюдалась пигментная форма плоского лишая, характеризующаяся наличием пигментных пятен по всему кожному покрову. Все формы плоского лишая сопровождались зудом разной интенсивности. Особенно сильный зуд наблюдался при гипертрофической форме плоского лишая (рис. 3.14).

Оценку степени тяжести плоского лишая мы проводили по шкале LPASI. Легкая степень от 1 до 20 баллов, средняя степень от 10 до 20 и тяжелая степень выше 20 до 82 баллов. Согласно приведенной диаграмме пациенты с легкой степенью тяжести среднее значение индекса LPASI составило $5,54 \pm 0,91$, со средней степенью $14,43 \pm 1,1$ и с тяжелой $27,9 \pm 3,3$. при проведении оценки степени тяжести пациентов с плоским лишаем с помощью индекса LPASI было выявлено, что основную группу пациентов составили пациенты с легким течением плоского лишая 7 (58,3%), со средней степенью тяжести 3 (25%) пациентов и с тяжелым течением 2 (16,7%) пациента. Причем у 5 (41,7%) пациентов с легким течением, 2 (16,7%) со средней степенью тяжести и 1 (8,3%) пациента с тяжелой степенью тяжести плоского лишая наблюдалась средняя степень тяжести коронавирусной инфекции. А у 2 (16,7%), 1 (8,3%) и 1 (8,3%) тяжелое течение COVID-19 соответственно.

Достоверных отличий между показателями степеней тяжести плоского лишая (легкая, средняя и тяжелая) и тяжестью течения COVID-19 инфекции (средняя и тяжелая) мы не наблюдали.

Следовательно, из вышесказанного можно сделать вывод, что КПЛ в основном преобладала преимущественно легкая форма их течения (58,3%). Также следует отметить, что достоверных отличий между показателями степеней тяжести плоского лишая (легкая, средняя и тяжелая) и тяжестью течения COVID-19 инфекции (средняя и тяжелая) мы не наблюдали.

СОДЕРЖАНИЕ КАТАЛАЗЫ И МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА В ПЛАЗМЕ КРОВИ В ПРОЦЕССЕ ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Тошпулатов Б.Х., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш.

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 атопическим дерматитом (АД).

Материалы и методы: У 16 больных (9 - мужчин, 7 - женщин) АД в возрасте от 16 до 42 лет исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови в процессе комплексной терапии с включением 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 8 здоровых лиц.

Результаты: До лечения у больных АД отмечалось повышения содержания МДА ($4,4 \pm 0,04$ ммоль/мл) по сравнению с группой контроля ($3,2 \pm 0,006$ нмоль/мл). После окончания курса лечения МДА снизилась до $4,07 \pm 0,04$ нмоль/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 ГБО у всех больных отмечалось нарастания активности каталазы ($236,33 \pm 1,20$ ед. экстинкции), по после 10-й процедуры ГБО т.е. к концу курса комплексного лечения она вновь снижалась и возвращалась к исходным данным

(189,34±2,52 ед. экстинкции), что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удаление с плазмой) фермента.

ЗНАЧЕНИЕ ИНБРИДИНГА В ТЕЧЕНИИ ИХТИОЗА У ДЕТЕЙ

Тураева Ф.А., Маннанов А.М.

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность. Ихтиоз - это клинически неоднородная группа наследственных заболеваний с нарушением ороговения. Нарушение барьерной функции и патологическое ороговение являются общими признаками всех видов ихтиоза. Гены, участвующие в развитии ихтиоза, кодируют белки эпидермиса, которые играют ключевую роль в формировании клеточных контактов (ороговевшей оболочки) и цитоскелета, а также в липидном обмене. В результате может возникнуть гиперкератоз, повышенное шелушение, воспаление и, в некоторых случаях, образование пузырей. За последнее время число рождения детей с врожденным ихтиозом увеличивается, в связи с продолжением числа заключения кровнородственных браков в Республике Узбекистан, что обуславливает актуальность его изучения.

Цель исследования. Целью исследования является изучение частоты рождения детей в разных условиях среды.

Материалы исследования. Нами было обследовано 30 больных врожденным ихтиозом, из которых в инбредных семьях родились 6 (27%) детей, а в панмиксных семьях 24 (73%).

Результаты исследований. У 8 детей, больных врожденным ихтиозом родители состояли в кровнородственном браке (II степень родства – 5 пары, III степень родства 6 – пары, IV степень родства – 1 пара) . У 1 ребенка кровнородственный брак был выявлен между бабушкой и дедушкой со стороны отца.

При объективном обследовании и сборе семейного анамнеза среди родных братьев и сестер было выявлено еще 1 больной ребенок. Среди

родственников со стороны отцов было выявлено 1 случай, в то время как среди родственников матерей было выявлено 3 случаев заболеваемости врожденным ихтиозом.

Заключение. Значение влияния инбридинга на течение ихтиоза имеет важное значение, в связи с тем, что у данной группы болезнь протекает более тяжело, с сопутствующими заболеваниями и другими синдромами, а также плохо поддается лечению.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ЗООФИЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ПО АНДИЖАНСКОМУ ВИЛОЯТУ ЗА 2012 ГОД

**Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Курбонов О.Д., Набиев В.Г.,
Ботиров К.З.**

Андижанский Государственный медицинский институт

Мы проанализировали заболеваемость зоофильной (инфильтративно-нагноительной) трихофитией по Андижанскому вилояту за 2012 год. За данный период зарегистрировано 262 больных этой разновидностью дерматомикоза, из них 178 больные мужского пола, 84- женского. Детей до 14 лет было 117 (44,7%), из них 87 мальчики, 30 девочки.

Очаг поражения располагался на волосистой части головы у 26 больных, из них 21 больные были мужского пола, в том числе у 2 взрослых мужчин и у 19 мальчиков до 14 лет. Остальные 5 больные были девочки до 14 лет. У 228 больных очаг поражения располагался на гладкой коже, из них 84 больные были мужчины, 68 больные мальчики до 14 лет, 50 больные были женщины, 26 были девчонки до 14 лет. Трихофития лобковой локализации выявлено у 8 больных, из них 5 мужчины, 3-женщины.

Наибольшее количество больных зоофильной трихофитией было зарегистрировано в марте - августе, то есть в весеннее - летнее время года, в

то время как в сентябре - феврале зарегистрированы единичные случаи заболеваемости.

При локализации очага поражения на волосистой части головы, преобладали инфильтрация и гнойничковые элементы, преимущественно глубокие и поражающие волосяных фолликулов, воспалительный процесс носил бурный характер. Когда процесс локализовался на гладкой коже, преимущественно наблюдался эритема с незначительным инфильтратом и шелушением, гнойничковые элементы появились в небольшом количестве и носили поверхностный характер. При поражении лобковой области встречались и поверхностные эритематозные формы заболевания и глубокие формы с преобладанием инфильтрации, наличием глубоких пустулезных элементов.

Таким образом, анализ статистических данных по Андижанской области за 2012 год показывает, что основную массу больных зоофильной трихофитией составляют больные с поражением гладкой кожи, поражение волосистой части головы наблюдается в основном у детей до 14 лет, у взрослых иногда встречается поражение лобковой области, пик заболеваемости приходится на весенне-летнее время года.

ДИНАМИКА ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПРИ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ

**Хамидов Ф.Ш., Пакирдинов А.Б., Мухаммаджонова Л.А.,
Курбонов О.Д.**

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценка термографических данных у больных псориазом на фоне комплексного лечения с включением плазмафереза (ПА).

Материалы и методы: У 16 больных псориазом 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 псориазом 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 псориазом, по данным термографии определялись температурные изменения в очагах поражения, которая нивелировалась после курса комплексной терапии.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОЧАГОВОЙ АЛОПЕЦИИ У ДЕТЕЙ

Ходжаева С.М., Хасанбаев И.Д., Гайдук Ю.Д.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность. Очаговая алопеция является генетически обусловленным мультифакториальным заболеванием. Заболеваемость гнездовой алопецией (ГА) составляет от 3-5 до 8-12% от обращающихся за помощью к дерматологам больных, 60% которых составляют дети. У

большинства пациентов дисбиоз кишечника с гнездной алопецией поддерживает прогрессирование дерматоза.

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

Методы исследования: Для достижения поставленной цели было обследовано 25 больных, из них 14 (56 %) девочек и 11 (44 %) мальчиков. У всех обследуемых детей определяли дисбактериоз кишечника по методу Грачевой.

Результаты исследования: У детей, больных ОА, количественные изменения во флоре происходят более выраженные дисбиотические сдвиги по отношению к контрольным цифрам, однако отмечалось появление штаммов патогенных стафилококков и достоверное возрастание грибов рода *Candida* – $12,1 \pm 0,2$ КОЕ/см², при норме равной $2,0 \pm 0,1$ КОЕ/см². Почти по всем изученным микробам наблюдается рост, особенно штаммов стафилококков, стрептококков и эширихий. Препаратами выбора при лечении дисбактериоза являются пробиотики и эубиотики. С этой целью нами в комплексную терапию ОА был включен препарат нового поколения – синбиотик бифолак-цинкум. Это комбинированный препарат, в состав которого входят живые бактерии 4 видов (лакто- и бифидобактерии) в количестве 5 млрд и питательная среда для них – фруктоолигосахариды и микроэлемент цинка. Преимуществом перед назначением других препаратов, является то, что фруктоолигосахариды помимо основного действия, ускоряют инактивацию аллергенов, стимулируют продукцию интерферона и интерлейкина. Коррекция нарушений микробиоценоза кишечника проводилась в зависимости от степени дисбактериоза от 20 до 40 дней. Дополнительное включение в комплексную терапию ОА препарата нового класса привело к более быстрому регрессу основных клинических проявлений заболевания и нормализации микрофлоры кишечника.

Вывод: Таким образом, очевидно, что эти микробы, которые обладают большим арсеналом ферментов патогенности, будут определять мониторинг кожного процесса при данном заболевании. Необходимо продолжить изучение влияния дисбиоза кишечника на прогрессирование очаговой алопеции у детей и эффективность применения пробиотиков и эубиотиков.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ходжаева С.М., Хасанбаев И.Д., Гайдук Ю.Д.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Актуальность проблемы. Атопический дерматит (АтД) – это хроническое рецидивирующее наследственно-обусловленное заболевание с мультифакториальной природой, который характеризуется зудящими воспалительными поражениями кожи с истинным полиморфизмом. Исследования показали, что нарушение барьера кожи является значительным фактором в поддержании хронического течения данного заболевания и его рецидивах и таким образом обуславливает необходимость применения в лечении смягчающих и противовоспалительных средств, которые восстанавливают барьерную функцию кожи.

Цель исследования. Применение наружной терапии у детей, больных атопическим дерматитом, на основании изучения клинико-anamнестических данных.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении дерматологии клиники ТашПМИ находились 60 больных детей в возрасте от 6 месяцев до 18 лет.

Методы исследования включают клиническую оценку симптомов заболевания и сбор медицинского анамнеза. Для оценки тяжести и распространенности АтД использовали систему SCORAD.

Результаты. При исследовании в возрасте от 6 месяцев до 2-х лет, то есть в младенческой стадии болезни, АТД впервые проявился в 32 случаях, в детской стадии - от 2-х до 12 лет, 18 случаев, в подростковой стадии - от 12 до 18 лет, 10 случаев заболевания. Частота рецидивов заболевания у детей составило 2–3 обострения в год. Причинами обострений АТД, были: перенесенные ОРВИ и ангина - у 30 детей, нарушения в диете - у 24, психоэмоциональный стресс отмечался - у 6 детей с АТД. Испытывали ухудшение в осенне-весенний период 8 детей, на обострения преимущественно в зимний период указывали 10 больных детей с АТД, а у 6 обострения заболевания носили внесезонный характер. Все дети неоднократно проходили курсы как стационарного, так и амбулаторного лечения, после которого наблюдалось незначительное улучшение состояния кожно-патологического процесса. Значения индекса SCORAD у детей варьировал от 8,4 до 43,6 баллов. Легкая степень тяжести отмечалась у 12 (20 %) больных детей, средняя степень у 44 (73 %), тяжелая степень у 4 (6 %) детей.

Для оптимизации наружной терапии детям были назначены увлажняющий крем Ланолин и крем Мезодерм в соотношении 1:1, 2 раза в день. Исходя от степени тяжести заболевания, длительность курса лечения варьировалась от 10 до 20 дней.

Выводы. В результате исследования был сделан вывод о том, что назначение данных препаратов для наружного применения явились высокоэффективными при лечении данного заболевания в разных возрастных периодах и при многообразии клинико-anamnestических данных.

**КОНЦЕНТРАЦИИ ФОЛЛИКУЛОСТИМУЛИРУЮЩЕГО
ГОРМОНА ГИПОФИЗА ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ
С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ**

Шадыева Ш.Д., Пакирдинов А.Б., Пакирдинова С.А.

Андижанский медицинский институт

Цель исследования: Изучить изменение концентрации фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) гипофиза в плазме крови женщин, больных нейродермитом под воздействием лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 32 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет в плазме крови определили концентрацию фолликулостимулирующего гормона гипофиза в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A.Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Ing-Sorin» (Франция). Контролем ($7,5 \pm 1,5$ мМЕ/мл и $14,2 \pm 5,1$ мМЕ/мл.) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: Концентрация ФСГ в фолликулиновой фазе менструального цикла при обострении нейродермита у всех больных не отличалась от нормы- $18,25 \pm 1,39$ мМЕ/мл, при контроле $14,2 \pm 5,1$ мМЕ/мл. После комплексного лечения с включением лазерной терапии наблюдалось увеличение концентрации ФСГ по отношению к периоду обострения, однако его количество не выходило за верхние границы нормальных значений - $22,01 \pm 1,42$ мМЕ /мл при контроле $14,2 \pm 5,1$ мМЕ/мл. В лютеиновой фазе уровень ФСГ в период обострения нейродермита достоверно превышал норму, а после лечения ещё более возрастал, соответственно $11,6 \pm 0,84$ мМЕ/мл и $13,36 \pm 0,75$ мМЕ/мл, при контроле $7,5 \pm 1,5$ мМЕ/мл.

Вывод: У женщин, больных нейродермитом в период обострения заболевания имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающийся в повышении концентрации ФСГ в плазме крови в лютеиновой фазе менструального цикла, которая не корригирует после лечения.

КОНЦЕНТРАЦИИ ЛЮТЕИНИЗИРУЮЩЕГО ГОРМОНА ГИПОФИЗА У ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ

Шадыева Ш.М., Пакирдинов А.Б., Пакирдинова С.А.

Андижанский медицинский институт

Цель исследования: Изучение динамики концентрации лютеинизирующего гормона (ЛГ) гипофиза в плазме крови женщин, больных нейродермитом в процессе лазерной терапии.

Материалы и методы исследования: У 32 женщин, больных нейродермитом в возрасте от 20 до 30 лет до и после комплексного лечения с включением лазерной терапии в плазме крови определили концентрацию ЛГ в обеих фазах менструального цикла (фолликулиновая и лютеиновая) радиоиммунологическим методом, предложенным R. S. Valow, S.A. Berson (1960), с помощью стандартных наборов (реактивов) фирмы «Gea-Ing-Sorin» (Франция). Контролем ($16,1 \pm 4,8$ мМЕ/мл и $12,8 \pm 2,9$ мМЕ/мл) служили результаты исследования 10 здоровых женщин в возрасте 20-30 лет.

Результаты исследования: У всех 32 больных в период обострения заболевания концентрация ЛГ гипофиза в плазме крови была достоверно снижена как в фолликулиновой, так и в лютеиновой фазе менструального цикла (соответственно $5,93 \pm 0,42$ мМЕ/мл и $5,79 \pm 0,52$ мМЕ/мл, при контроле $16,1 \pm 4,8$ мМЕ/мл и $12,8 \pm 2,9$ мМЕ/мл). После комплексного лечения с включением лазерной терапии концентрация ЛГ в плазме крови повышался, достигая нижнюю границу нормы (соответственно $9,77 \pm 0,78$ мМЕ/мл и $8,33 \pm 0,68$ мМЕ/мл).

Вывод: У женщин, больных нейродермитом в период обострения заболевания имеется дисфункция гипофизарной системы, выражающийся в снижении концентрации ЛГ в плазме крови в обеих фазах менструального цикла, которая после комплексного лечения с включением лазерной терапии повышался.

**ДИНАМИКА ИНДЕКСА SCORAD И ЦИК У БОЛЬНЫХ
АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ
ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ**

Шадыева Ш.М., Пакирдинов А.Б., Хамидов Ф.Ш.,

Мухаммаджонова Л.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Цель исследования: Оценить динамику индекса SCORAD и циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) у больных атопическим дерматитом (АД), получивших комплексное лечение с включением гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 71 больных АД 48 (67,6%) пруригинозная форма, 23 (32,3%) лихеноидная форма, в возрасте от 16 до 42 лет, определяли показатели индекса SCORAD в процессе комплексной терапии с включением гипербарической оксигенации (ГБО). Одновременно у 50 из этих больных исследовали суточную динамику уровня циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК) в сыворотке крови по методу Nachkova V. (1977), методом преципитации с помощью полиэтиленгликоля молекулярным весом-6000 Дальтон.

Результаты: До лечения у больных пруригинозной формой АД индекс SCORAD был равен $91,9 \pm 2,7$ балла, а после комплексного лечения она была равна $14,3 \pm 0,7$ балла. У больных лихеноидной формой АД до лечения индекс SCORAD был равен $63,5 \pm 2,8$ балла, после комплексного лечения она снизилась до $7,57 \pm 0,7$ балла. До лечения у больных пруригинозной формой АД ЦИК равнялся $99,1 \pm 11,5$ усл.ЕД, а у больных лихеноидной формой $87,1 \pm 8,3$ усл. ЕД., при контроле $12,7 \pm 0,5$ усл. ЕД. После окончания комплексной терапии она соответственно равнялась $18,3 \pm 1,7$ усл.ЕД и $19,7 \pm 4,2$ усл.ЕД.

Вывод: На фоне комплексной терапии включающей ГБО одновременно с улучшением кожного патологического процесса выражающейся в

снижении индекса SCORAD, снижается и приближается к контролю показатель уровня ЦИК.

ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО

Шарипов А.У., Ашуров Д.Д, Ёкубов Ф.Ф.

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

В статье рассмотрено большинство методик лечения дерматоза с повреждением целостности кожного покрова от внутриочагового введения кортикостероидных препаратов, иммуномодуляторов до разнообразных методов «хирургического» вмешательства. Приведены примеры техник микронидлинга и нидлинга с такролимусом в сочетании с ультрафиолетовым излучением спектра Б (UVB). Кроме того, представлены некоторые данные одного из потенциально эффективных методов в лечении данной патологии – применение обогащенной тромбоцитами плазмы.

Целью нашего исследования явилось лечение больных витилиго инвазивными методами.

Результаты: В ходе исследования 118 пациента были разделены на 2 группы: I группа (основная) - пациенты, получившие новый метод лечения, получавшие персонализированную терапию с использованием инвазивной терапии (плазмалифтинг, использование внутриочаговых инъекций методом микронидлинга) и аппаратных методов физиотерапии (УВБ-311) 84 (71%).) пациенты. Среди них 45 (53,6%) были мужчины и 39 (46,4%) женщины, средний возраст пациентов I группы составил $32 \pm 5,1$ года. II группа (контрольная) - 34 (28,8%) пациентов, проходивших стандартную схему лечения витилиго, рекомендованную на территории Республики Узбекистан. Среди них 14 (41,1) были мужчины и 20 (58,9) женщины, средний возраст пациентов II группы составил $30 \pm 3,8$ года. Для наиболее глубокого анализа в

исследование была включена контрольная группа из 34 здоровых лиц, 14 (41,1%) мужчин и 20 (58,9%) женщин, средний возраст $29\pm 4,3$ года.

Репигментация наблюдалась у 64 (76,2%) пациентов I группы, получивших современный метод лечения, после приема 10-15 УФВ. У 18 (21,4%) больных прогрессирующий процесс завершился (ремиссия), трансплантировано 2 (2,4%) клеток меланоцитов. Во II группе у 12 (35,3%) пациентов отмечалась легкая репигментация, у 19 (55,88%) пациентов - неэффективные методы лечения, у 2 (5,9%) пациентов не удалось остановить прогрессирующий процесс (появились новые очаги депигментации).

Лечение депигментированных пятен в прогрессирующей стадии с помощью УВБ-311 (**Dermalight 1000**) и **Excimer-308** в качестве монотерапии также показало удовлетворительный результат. совместно с инвазивными методами и УФВ у 69,5% больных удалось снизить заболевание до стадии ремиссии и возникла репигментация.

ВЫПАДЕНИЕ ВОЛОС (АЛОПЕЦИЯ) У ДЕТЕЙ

Шарипов А.У., Ашуров Д.Д, Ёкубов Ф.Ф.

Ферганский медицинский институт общественного здравоохранения

В целом причиной алопеции у детей является воздействие различных неблагоприятных факторов на волосяные фолликулы, что приводит к прогрессирующему выпадению волос. Алопеция у детей может быть наследственной: есть сообщения о семейном характере облысения, когда родители детей с алопецией страдают от выпадения волос с раннего возраста.

Целью нашего исследования изучить этиологию и клиническое течение алопеции у детей раннего возраста.

Под наблюдение была взята группа из 68 детей в возрасте 0-15 лет.

алопецию у детей классифицировали по ее клинической форме.

- 1) Очаговая алопеция (42)-61,7%
- 2) Диффузная алопеция (12)-17,6%

3) Анагеновая алопеция (3)-4,4%

4) синдром Менкеса (1)-1,5%

5) Трихотилломания (2)-3%

Подвержены очаговому и диффузному выпадению волос у детей.

У 25 пациентов алопеция была вызвана дисбалансом микроэлементов. Проблема развивается у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастродуоденит (3), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (4), синдром мальабсорбции (6), запоры (10), гельминтозы (21), дисбактериоз (6) и др.). Немаловажную роль в развитии алопеции у детей играет нехватка таких элементов, как цинк, медь, селен, хром-молибден, а также витаминов – цианокобаламин, фолиевая кислота и др.

По данным клинических исследований, существует тесная связь между алопецией и иммунологическими заболеваниями: алопеция чаще возникает у детей с витилиго (21) и атопическим дерматитом (19). Вызвать алопецию у детей могут нейроэндокринные заболевания: дисфункция щитовидной железы (гипотиреоз) (14), нервные и психические травмы.

Другие причины алопеции у детей включают ожоги, повреждение волос (например, трихотилломания у девочек (2)), заболевания крови (анемия (29)), рентгеновские лучи, инфекционные заболевания (грипп, пневмония, краснуха, пиодермия, ветряная оспа). и т. д.), а также возникают врожденные дефекты (1).

ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ПСОРИАЗА В УСЛОВИЯХ РЕАЛЬНОЙ ПРАКТИКИ

Штрауб Т.О., Джетписбаева З.С.

Кафедра дерматовенерологии и дерматокосметологии НАО

«Медицинский университет Астана», Казахстан

The article contain the main challenges meet doctors in real practice using biologics for treatment patients with moderate - severe and severe course psoriasis. Different aspects and concerns have been analised from unfavorable prognosis factors, unfavorable prognosis factors, criteria for transferring a patient to a biologics for treatment.

Ключевые слова. Псориаз (ПсО), лечение, генно-инженерные биологические препараты (ГИБП), таргетная терапия, псориатический артрит (ПсА), индекс распространённость и тяжести псориаза PASI, индекс качества жизни DLQI.

Цель научной работы: изучить применение ГИБП у пациентов тяжелой формы псориаза, снижение тяжести кожного процесса, уменьшение возможных осложнений псориаза.

Актуальность научной работы: Псориаз – одно из наиболее часто встречающихся заболеваний, которым страдает около 5% населения планеты, встречается во всех возрастных группах, имеет непрерывно-рецидивирующее течение.

Методы и методики, использованные в научной работе: Для оценки степени тяжести, распространенности патологического кожного процесса и степени негативного влияния кожного заболевания на различные аспекты жизни больного, нами применялись два основных индекса PASI и дерматологический индекс качества жизни DLQI (опросник)

Основная часть: Заболевание псориаз встречается во всех возрастных группах, зачастую имеет непрерывно-рецидивирующее течение, вызывает патологические изменения в других органах и тканях, что существенно снижает качество жизни пациента и может привести в тяжелых случаях к инвалидизации. Являясь системным иммуноопосредованным процессом с генетической предрасположенностью, с активацией адаптивного и врожденного иммунитета под влиянием факторов окружающей среды и приводящий к ускоренной пролиферации эпидермоцитов и нарушению их дифференцировки. Этот системный эффект проявляется в повышении ряда

коморбидных состояний. Доказано взаимодействие связи псориаза со статистически значимым риском развития рассеянного склероза, риском развития воспалительных заболеваний кишечника у пациентов с псориазом в 2,9 раз выше в сравнении с общей популяцией, риска развития метаболического синдрома. И для псориаза, и для вирусного гепатита характерны общие черты хронического воспаления и сходной иммунной реакции. По данным разных авторов, у 30% пациентов с Псо диагностируется ПсА, выявлена зависимость давности Псо >25 лет и риском развития ПсА – в 3,1 раза. Многочисленные исследования подтверждают повышенный риск сердечно-сосудистых заболеваний у пациентов с псориазом, в особенности с тяжелым течением².

Нами накоплен значительный опыт применения генно-инженерных биологических препаратов в терапии псориаза и псориатического артрита, демонстрирующий положительные результаты. В условиях реальной практики у пациентов с длительным и коротким анамнезом заболевания положительная динамика в терапии достигается в среднем в сроки от 4-х до 16 недель. После применения препарата устекинумаб иIL12/23, уже после 2 ой инъекции ГИБП устекинумаба иIL12/23 получаем результаты в виде полного очищения кожи, снижения выраженности ониходистрофии, уменьшение скованности суставов и увеличения подвижности суставов. Анализ результатов по опроснику качества жизни, наших пациентов, находящихся на устекинумабе (иIL12/23) показал улучшение индекса качества жизни, в среднем у пациентов он составил свыше 10 баллов. Увеличение изменения индекса PASI приводит к улучшению показателя качества жизни DLQI связанного со здоровьем у пациентов с Псо на фоне таргетной терапии ГИБП в условиях реальной практики. Таргетная терапия ГИБП оправдывает ожидания пациентов, это уверенность в назначенной терапии, которая обеспечивает полное очищение кожи, быстрый эффект и улучшает качество жизни пациента.

Заключение: Активное лечение тяжелых форм ПсО, особенно у пациентов с факторами неблагоприятного прогноза в отношении возникновения ПсА и ССЗ является приоритетной задачей реальной клинической практики, обоснованной глубокими научными данными РКИ. Таргетная терапия ГИБП может быть направлена не только на снижение тяжести кожного процесса, но и уменьшении системного воспаления – что в перспективе рассматривается как вторичная профилактика.

**ДЕРМАТОМИКОЗЛАР ЛАБОРАТОР ДИАГНОСТИКАСИГА
ЗАМОНАВИЙ ЁНДОШУВ**

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

**РИДВваКИАТМ, РИДВваКИАТМ Тошкент вилояти худудий
филиали**

Ҳозирги пайтга келиб, тиббиёт микологияси жиддий муаммоларга дуч келмоқда. Айниқса, ҳаммага мақбул бўлган лаборатория текширув усуллари ишлаб чиқилмаган. Маълумотларнинг етарли эмаслиги кўпинча текширув натижаларини кеч олиш, нотўғри ўтказишга сабаб бўлади. Бу даволашда қийинчиликларни келтириб чиқаради ва касалликнинг сурункали кечишига сабаб бўлади. Эрта ташхис қўйиш муваффақиятли соғайиш эҳтимолини сезиларли даражада оширади. Шунинг учун дастлабки кунданок замбуруф инфекцияси борлигини клиник тахмин қилиб шубҳа қилинган барча беморларни микологик лаборатория текширувидан ўтказиш керак.

Терининг замбуруғли касалликлари ташхисотида диагностик мезонларидан бири касалликнинг клиник манзарасидир. Аммо, дерматомикозларнинг клиник кечишининг ранг-баранглиги, касалликнинг яширин ва атипик шакллари мавжудлиги касалликка ўз вақтида тўғри ташхис имконини бермайди. Шу сабабли, микоз ташхисини тасдиқлаш ёки истисно қилиш фақат лаборатор текширувлар орқали амалга оширилади.

Бугунги кун микология амалиётида дерматомикозлар лаборатор диагностикасида беморлардан олинган патологик материал (тери қириндиси, сочлар, тирноқ) олдиндан 10% дан 30% гача бўлган КОН эритмаси (КОН-услуг) томизилган натив препаратлар микроскопияси орқали амалга оширилади. Бу услубнинг сезувчанлиги ва спецификлиги илмий ва амалий изланишлар хулосасига кўра 75%-80% ни ташкил қилади.

Кейинги йилларда тадқиқотлар самарадорлигини ошириш мақсадида микологик лабораторияда натив препаратларни оқ калькофлюор эритмаси орқали текшириш амалга оширилмоқда. Оқ калькофлюор - қоғоз ва тўқимачилик саноатида оқартирувчи восита сифатида ишлатилади. Реагент хитин ва целлюлоза каби полисахаридларда б-1,3 ва б-1,4 глюкозид бирикмаларига қўшилганлиги сабабли клиник намуналарда замбуруф хужайраларининг мавжудлигини аниқлаш учун фойдаланилади. Илмий тадқиқотлар оқ калькофлюорнинг калий ишқори (КОН) билан биргаликда қўлланилиши замбуруғларнинг ёш гифларини аниқлаш имкони билан бирга етилган гифларини кўриш имконини бериш орқали стандарт КОН-услугидан самарали эканлиги аниқланди.

Илмий тадқиқотлар мақсади: Дерматомикозлар диагностикасида оқ калькофлюор эритмали люминесцент микроскопияси услубини амалиётга қўллаш ва унинг самарадорлигини баҳолаш.

Тадқиқот материал ва методлари: Дерматомикозларнинг клиник манзараси билан РИДВваКИАТМ Тошкент вилояти худудий филиалида 2021 йилдан 2023 йилгача мурожаат қилган 400 нафар беморлардан олинган патологик материалларда илмий тадқиқотлар олиб борилди. Текширув материаллари (тери қириндиси, сочлар, тирноқ) патологик ўчоқларнинг перифериясидан олинди. Барча пациентлар олинган патологик материаллар иккала услубда: стандарт – КОНнинг 10%ли эритмали ва люминесцент – оқ калькофлюор қўшиш орқали микроскопияси амалга оширилди.

Дерматомикозлар флуоресцент таҳлили учун 10%ли КОН эритмасига 0,1%ли оқ калькофлюор эритмасини қўшиш орқали амалга оширилди.

Патологик материал иккала эритма томизилди, ёпқич ойначаси ёпилди ва спиртли алангада бир оз қиздирилди. Препаратларни текшируви люминесцент микроскопи орқали ўрганилди. Гифлар, артроспоралар ва мицелий ипларининг порлоқ яшил флуоресценцияси мавжудлиги замбуруф кўзгатувчилари мавжудлиги сифатида баҳоланди.

Дерматомикозлар ташхисини тасдиқлаш учун “Дерматофитларни ўстириш учун озиқли муҳит”и (Ихтиро патенти № JAP 07071.22-08-2022 й) орқали культурал текширувлар ўтказилди ва касаллик кўзгатувчилари идентификацияси ўтказилди.

Тадқиқот натижа ва хулосалари: Илмий тадқиқотлар олиб борилган 400 нафар дерматомикоз клиник манзараси билан беморлардан олинган патологик материалларда 10%ли КОН эритмали микроскопияда 252 нафари (63,0%)да касаллик кўзгатувчиси аниқланди, люминесцент микроскопия (КОН+оқ калькофлюор)да 306 нафари (76,5%) да топилди. (Жадвал №1)

Натижалар	Текширув услублари	
	КОН эритмали	Люминесцент
Касаллик кўзгатувчиси аниқланди	252 (63,0%)	306 (76,5%)
Касаллик кўзгатувчиси аниқланмади	148 (37,0%)	94 (23,5%)

Олиб борилган илмий изланишлар натижаси дерматомикозлар лаборатор диагностикасида 10%ли КОН эритмасига 0,1%ли оқ калькофлюор эритмасини қўшиш орқали текшириш самарадорлиги стандарт микроскопиядан юқори эканлигини кўрсатди ва бу услубни терининг замбуруғли касалликлари кўзгатувчилари микроскопик диагностикаси амалиётига тадбиқ қилиш тавсия қилинади.

ЗАХМ КАСАЛЛИГИНИНГ КЛИНИК ШАКЛЛАРИ ТАҲЛИЛИ

Эшбоев Э.Х., Фаттахов Б.Ш., Джуманов Д., Турдиев Ж.Р.

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Захм (сифилис) фақат инсониятга таалуқли бўлган сурункали касаллик ҳисобланиб, бемор даволанмаган тақдирда оғир оқибатларга ва хаттоки ногиронликкача олиб келади. Айниқса туғиш ёшидаги аёлларнинг хасталиги жуда хавфлидир. Сабаби, хали дунёга келмаган гўдак ҳам онаси қонидан зарарланади ва ўлик туғилиш хавфи ошади. Биз ўз олдимизга сўнгги 5 йил (2019-2023йй) ичида захмнинг клиник шакллари бўйича кўрсаткичларни ўрганишни мақсад қилиб қўйдик.

Республика бўйича жами 2019-2023 йиллар давомида 13 718 та захмга чалинган беморлар қайд қилинган бўлса, уларнинг: 704 таси (5.1%) – бирламчи; 2036 таси (14.8%) – иккиламчи; 10958 таси (79.8%) – эрта яширин; 26 таси (0.2%) – бошқа шакллари ташкил қилган.

Бу кўрсаткичлар 2023 йилда ҳам давом этмоқда. Бирламчи захмнинг қайд қилиниши бўйича Наманган вилоятида 2023 йили – 67 та бемор аниқланган, иккинчи кўрсаткич – 51 та Самарқанд ва учинчи кўрсаткич – 15 та Сурхондарё вилоятларида кузатилган. Лекин бизнинг олиб борган тадқиқотларимиз бунинг мутлақо аксини кўрсатмоқда, яъни Наманган вилоятида 67 та бирламчи захмга чалинган беморлардан – 3 тасида, Самарқанддаги 51 та бирламчи захмга чалинган беморларнинг – 1 тасида, Сурхондарёда қайд қилинган – 15 та беморларнинг 9 тасида, Сирдарё вилоятида аниқланган бирламчи захмнинг биронтасида ҳам оқиш трепонемалар топилмаган. Таъкидлаш жоизки, Жиззах, Қашқадарё, Навоий, Сирдарё, Фарғона, Хоразм вилоятлари ва Қорақалпоғистон Республикасидаги лабораторияларда умуман йил давомида оқиш трепонемаларга биронта ҳам тадқиқот ишлари олиб борилмаган.

Иккиламчи захм. Республика бўйича кейинги 5 йил ичида қайд қилинган барча беморларнинг 14.8% ини иккиламчи захм ташкил қилади. Аммо таҳлиллар шуни кўрсатмоқдаки, 2023 йилга келиб бу кўрсаткич – 9.7%

га тушиб қолган. Айниқса, Хоразм вилоятида 2019 йилга нисбатан 6-7 мартаба, Қорақалпоғистон Республикасида 3-4 мартаба, Фарғонада 2 бараварига камайган. Сирдарё, Бухоро, Жиззах, Қашқадарё ва Навоий вилоятларида аниқланган иккиламчи захми кўл бармоқлари билан санаса бўлади.

Эрта яширин захм. Сўнгги 5 йилда аниқланган жами захмга чалинган беморларнинг – 79.8% ини эрта яширин захм ташкил этган. Бу кўрсаткич 2023 йилга келиб – 84.8% гача кўтарилган. Касалликнинг ошиб бориши Жиззах, Қашқадарё, Навоий, Самарқанд, Сурхондарё, Фарғона ва Хоразм вилоятлари, ҳамда Тошкент шаҳрида аниқ кўзга ташланади. Аксинча, Бухоро ва Тошкент вилоятларида эрта яширин захм камайган. Қорақалпоғистон Республикасида сўнгги 5 йил ичида эрта яширин захмнинг кўрсаткичларида сезиларли ўзгариш бўлмаган.

Шундай қилиб, захм касаллигининг клиник шакллари тахлилидан кўриниб турибдики, касалликнинг йилдан йилга эрта яширин (79.8%; 84.8%) шакли ошиб бормоқда. Дарҳақиқат, биз ушбу маълумотларга таянган ҳолда профилактик ишларни жадаллаштиришимиз лозим.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАЗМЫ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Q-SWITCH ЛАЗЕРА

Юсупова Ш.А., Юлдашева С.Й., Камилова Б.М.

Ургенчский филиал Ташкентской медицинской академии

Цель исследования: Оценить эффективность лечения мелазмы с использованием Q-switch лазера 1064 нм Nd:YAG (SPECTRA Lutronic, Южная Корея).

Материалы и методы: В данном исследовании приняли участие 30 женщин с мелазмой с фототипом кожи IV по классификации Фицпатрика, средний возраст которых составлял $41 \pm 11,96$ лет. Все пациентки прошли

лечение 1064 нм Nd:YAG лазером (SPECTRA Lutronic, Южная Корея) с использованием Q-switch технологии. Сначала проводилось 2-3 прохода по всему лицу с шириной импульса 5 нс, энергией импульса 1,2 Дж/см² и диаметром пятна 8 мм, а затем процедура повторялась 2-3 раза в микропульсационном режиме с шириной импульса 300 мкс, энергией импульса 7,0 Дж/см² и диаметром пятна 5 мм. Лечение завершалось появлением легкого покраснения и некоторых случаях эритемы. Анестезия не применялась, и пациентки могли возвращаться к своему обычному образу жизни после процедуры. Им было рекомендовано использовать крем с SPF 50 UVA/B защитой от солнца ежедневно, как во время лечения, так и во время периода наблюдения. Пациентки проходили 10-12 процедур еженедельно до достижения максимального улучшения. Окончательная оценка результатов проводилась через 6 недель с использованием 5-балльной шкалы клинической фотографии: 1 балл - незначительное или отсутствующее улучшение (0-10%), 2 балла - заметное, но незначительное улучшение (11-25%), 3 балла - небольшое улучшение (26-50%), 4 балла - значительное улучшение (51-75%), 5 баллов - максимальное улучшение.

Результаты: Все пациентки успешно завершили исследование, и у них не наблюдалось негативных или неожиданных побочных эффектов. Легкая эритема и отек, продолжающиеся в течение 3-5 дней. Ни одна из пациенток не жаловалась на сильную боль во время обеих стадий лазерного лечения, и никакие нежелательные реакции не наблюдались. Пациентки отмечали ощущение покалывания и легкого покраснения при использовании 1064 нм Nd:YAG лазера (SPECTRA TM Lutronic, Южная Корея) в микропульсационном режиме. Изменения внешности, обнаруженные во время наблюдения, были проверены после 6-недельного периода и привели к следующим результатам: 20 (67%) из 30 пациенток показали улучшение, 7 (23%) показали заметное, но незначительное улучшение, а 3 (10%) не показали никаких изменений, но отметили улучшение качества кожи.

Заключение: Техника лечения мелазмы с использованием двухэтапного Q-switch лазера предлагает эффективное решение проблемы мелазмы, характерной для кожи типа IV по классификации Фицпатрика. Она также способствует повышению упругости кожи и ее регенерации. Лечение является эффективным, неинвазивным и безопасным для пациента.

THE MULTIFACETED CLINICAL PRESENTATIONS AND MANAGEMENT OF CONGENITAL SYPHILIS

Abidov A.M.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Aim of the research. To study the features of clinical manifestations of congenital syphilis in children, taking into account the data of the world literature.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources Elsevier, Scopus, PubMed, Medline and Cochrane Library on the features of the clinical course of congenital syphilis in children was carried out. Various types of research approaches have been used in the research, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. Congenital syphilis, a transplacentally transmitted infection caused by *Treponema pallidum*, remains a significant public health issue worldwide, despite available preventive measures and treatment options. This integrative review synthesizes current knowledge on the clinical manifestations, transmission pathways, and outcomes of congenital syphilis, highlighting the necessity for early diagnosis and comprehensive management to mitigate its severe consequences. Drawing on recent literature, this review underscores the diverse presentations of congenital syphilis, ranging from mucocutaneous lesions to systemic involvement, including hematological, liver, and skeletal abnormalities, and outlines the critical

role of prenatal screening and antibiotic therapy in improving affected neonates' prognosis.

Syphilis, a sexually transmitted infection caused by the spirochete bacterium *Treponema pallidum*, can be transmitted from mother to child during pregnancy, leading to congenital syphilis. This condition poses significant risks to fetal and neonatal health, including prematurity, low birth weight, and a spectrum of severe and potentially irreversible clinical manifestations (Lago, E., Vaccari, A., & Fiori, R., 2013; Santis, M., et al., 2012). The diverse clinical presentations and the potential for severe outcomes necessitate a thorough understanding of the disease for timely diagnosis and management.

Congenital syphilis can be transmitted transplacentally at any stage of pregnancy or during delivery if the child comes into contact with active lesions. Uncommon nonvenereal transmission pathways, such as mouth-to-mouth feeding, have also been documented, underscoring the importance of recognizing all potential transmission modes to prevent the disease (Zhou, P., et al., 2009).

The clinical manifestations of congenital syphilis are notably varied, affecting multiple organ systems. Early signs include mucocutaneous lesions, hepatosplenomegaly, jaundice, and pseudoparalysis, while late manifestations may involve dental, auditory, and ocular abnormalities, among others (Cooper, J., & Sánchez, P., 2018; Vuong, C., et al., 2023). The protean nature of its presentations, often described as the "great imitator," complicates diagnosis and underscores the necessity for high clinical suspicion (Keuning, M., et al., 2020).

Diagnosis relies on a combination of serological tests, clinical findings, and, in some cases, direct detection of the spirochete. The cornerstone of managing congenital syphilis involves penicillin therapy, with the regimen depending on the stage of the disease and clinical manifestations (Heston, S., & Arnold, S., 2018).

Conclusions. The persistence of congenital syphilis, despite available screening and treatment methods, highlights gaps in prenatal care and barriers to accessing treatment. The review of literature reveals critical areas for improvement, including enhanced prenatal screening, public health campaigns to

increase awareness, and research into more effective treatment protocols. Congenital syphilis continues to be a public health challenge with significant morbidity and mortality among neonates. This review underscores the importance of early diagnosis, comprehensive management, and preventive strategies, including prenatal screening and treatment of infected mothers, to combat this preventable disease effectively.

CHARACTERISTICS OF ATOPIC DERMATITIS IN CHILDREN

Abidov Kh.A., Khaitov K.N., Karimov B.B., Yunusova Kh.R.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Aim of the research. To study the features of clinical manifestations of atopic dermatitis in children across age groups, taking into account the data of the world literature.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources Elsevier, Scopus, PubMed, Medline and Cochrane Library on the features of the clinical course of atopic dermatitis in children was carried out. Various types of research approaches have been used in the research, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. Atopic dermatitis, commonly known as eczema, affects up to 20% of children and 3-5% of adults globally, making it one of the most common skin disorders worldwide (Silverberg et al., 2021; Antonietti et al., 2022; Thyssen et al., 2020; Yong & Tay, 2017). This variation underscores the influence of genetic, environmental, and possibly ethnogeographic factors on AD expression. Despite its prevalence, AD manifests differently across various age groups, necessitating tailored approaches to diagnosis and treatment. This review collates data from numerous studies to compare the clinical presentations and disease mechanisms in pediatric versus adult patients.

Atopic dermatitis in children is often characterized by a Th2-dominant immune response, while adults may develop additional Th22/TC22 cell subsets, contributing to chronic inflammation (Czarnowicki et al., 2015). Furthermore, emerging evidence suggests AD may be considered an autoimmune disease in some pediatric cases, driven by skin barrier dysfunction and immune dysregulation (Floca et al., 2022).

Pediatric atopic dermatitis often presents with exudative lesions and features resembling seborrheic dermatitis, while adult AD tends to be more chronic with frequent involvement of the hands and feet (Ramírez-Marín & Silverberg, 2022; Lee et al., 2019). Notably, early-onset AD in children has been linked to severe disease and increased risk of systemic allergic conditions, such as asthma and food allergies (Jeon et al., 2022; Khalmatova et al., 2021).

AD is associated with numerous comorbidities, including respiratory and immunologic disorders. Studies have highlighted a high prevalence of asthma and specific IgE sensitization to food allergens in children with AD (Khalmatova et al., 2021). Moreover, AD should be viewed as a systemic condition due to its extensive immunological and extracutaneous impacts (Mocanu et al., 2021).

Management of AD requires a nuanced approach that addresses both skin care and systemic symptoms. Early intervention in pediatric cases can mitigate the progression to severe disease (Jeon et al., 2022). In adults, comprehensive diagnostic evaluations are crucial to differentiate AD from other eczematous disorders, especially given the higher incidence of adult-onset AD (Silverberg, 2019).

Conclusions. Atopic dermatitis presents distinct challenges across different age groups, with varying clinical presentations, underlying mechanisms, and comorbidities. A deeper understanding of these differences is essential for developing targeted and effective treatment strategies. Further research is needed to explore the full spectrum of AD pathophysiology and to optimize therapeutic outcomes for all age groups.

TOPIC TACROLIMUS, ALTERNATIVE TREATMENT FOR LICHEN PLANUS RESISTANT TO STEROIDS

**Allayeva M.D., Maxmudov Sh.X., Tursunov M.Sh., Aytugdiyev Y.J.,
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

**PSORIAZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARDA CD25 VA CD95 T-
LİMFOTSITLARNI DIFFERENTIALANISH MARKERLARINI
KO'RSATGICHLARI**

Alyavi S.F.

Toshkent davlat stomatologiya instituti

Psoriazda epidermisning giperproliferatsiyasi turli mediatorlar, shu jumladan sitokinlar va/yoki apoptotik mexanizm bilan tartibga solinadi. Apoptoz hodisasi, ya'ni dasturlashtirilgan hujayra o'limi epidermis ichidagi gomeostazning saqlanishini, shuningdek, immunitet tizimining ishlashini belgilaydi. Immunitet bilan bog'liq dermatozlarning rivojlanishi limfotsitlar apoptozining inhibisyonu yoki buzilishi tufayli yuzaga kelishi mumkin. Psoriatik keratinotsitlar apoptozga qarshi turish qobiliyatini oshiradi, bu psoriazning asosiy patogenetik mexanizmlaridan biri bo'lishi mumkin. Periferik immun tolerantlikni saqlashda va apoptoz jarayonlarida Fas oqsilining limfotsitlarda ifodalanishi muhim rol o'ynaydi, chunki Fas TNF oilasi oqsillari uchun retseptor hisoblanadi.

Tadqiqotimizning maqsadi apoptoz jarayonlarida ishtirok etadigan T-limfotsitlarning CD25 va CD95 differensial belgilarini o'rganish edi.

CD25 (IL-2 retseptorlari bo'lgan limfotsitlar) va CD95 (apoptoz uchun retseptorlari bo'lgan limfotsitlar) T limfotsitlarining differentsiatsiya belgilarini o'rganish monoklonal antikorlar yordamida bilvosita rozet usuli yordamida aniqlandi. 18 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan 80 nafar psoriaz kasalligi kuzatildi. Nazorat guruhiga xuddi shu yoshdagi 30 nafar deyarli sog'lom ko'ngillilar kirdi.

Tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, bemorlarning umumiy guruhida CD25 markerlari bo'lgan T limfotsitlarining tarkibi nazorat ma'lumotlaridan biroz oshib ketgan, ammo sezilarli darajada emas. Kasallikning shakliga qarab ma'lumotlarni tahlil qilish kasallikning progressiv bosqichida bo'lgan bemorlarda ushbu hujayralar statsionar shakl va nazorat bilan solishtirganda 1,1 marta o'sishini ko'rsatdi, ammo bu farq sezilarli emas ($p > 0,05$). Darhaqiqat, kasallikning progressiv bosqichi bilan CD8 sitotoksik T limfotsitlarining sezilarli o'sishi aniqlandi.

CD95 hujayralari darajasini o'rganish toshbaqa kasalligi bilan og'rigan bemorlarda biroz pasaygan tarkibni ko'rsatdi ($p > 0,05$). Kasallikning bosqichiga qarab ma'lumotlarni tahlil qilish ko'p yo'nalishli o'zgarishlarni ko'rsatdi. Shunday qilib, statsionar bosqichda CD95 hujayralarining tarkibi nazorat ma'lumotlaridan yuqori qayd etilgan va kasallikning progressiv bosqichida u nazoratdan 1,1 baravar past bo'lgan. CD95 hujayralarining ko'rsatkichlari o'rtasidagi farq 1,2 marta va sezilarli ($p < 0,05$). CD95 retseptorlari hujayralarining ekspressiyasining pasayishi apoptojenik stimullarga nisbatan chidamli bo'lgan etuk T hujayralarining qon oqimining pasayishini ko'rsatadi.

Shunday qilib, psoriasis kasalligining turli shakllarida limfotsitlarning ijobiy va salbiy faollashuvi belgilarini ifodalashda ko'p yo'nalishli o'zgarishlar kuzatiladi.

VITILIGO KASALLIGINI DAVOLASHDA DALACHOY GULI HAMDA SARIMSOQ PIYOZCHASINING AHAMIYATI

Asqarov I.R. , Paqirdinov A.B., Toshpo`latov B.X.

Vitiligo (oq dog`) kasalligi bugungi kun tibbiyotining dolzarb muammoliridan biri bo`lib turibdi. **Vitiligo** (lot. vitiligo — «teri ustki kasalligi», pes) — melaninning parchalanishi fonida derma tabiiy kelib chiqishli pigmentatsiyasini yo'qotishi bilan tavsiflanadigan teri kasalligining bir turi. Ushbu jarayon natijasida terining ayrim joylari rangini yo'qotadi, bu oq dog'lar hosil bo'lishi bilan namoyon

bo'ladi. Kasallik uzoq vaqtdan buyon ma'lum, xalq orasida u ko'proq «pes» deb nomlanadi.

Inson organizmiga kimyoviy dorilarning nojo'ya ta'siriga nisbatan tabiiy dorivor xususiyatga ega o'simliklardan tayyorlangan turli ko'rinishdagi moddalarning nojo'ya ta'siri sezilarli darajada kamroqdir.

Bugungi kunda vitiligo kasalligini davolashda xalq tabobatida juda ham ko'p, turli tuman bo'lgan dorivor o'simliklardan har – xil usullarda foydalanilmoqda. Misol tariqasida: Arpabodiyon, Bug'doy, Gulxayri, Dalachoy, Devpechak, Ertut, Yong'oq, Zig'ir, Zubtutum, Igir, Karam, Karafs, Limono't, Lola, Piyoz, Ravoch, Sano, Sarimsoq, Sachratqi, Sedana, Tirnoqgul, Tog'rayxon, Turp, Yantoq kabi o'simliklarni keltirishimiz mumkin. Bular orasida dalachoy hamda sarimsoq piyozchasi qo'shib tayyorlangan malxami vitiligo kasalligini davolashda ancha samaraliroqdir.

Xalq tabobatida dalachoy preparatlari va ular asosida tayyorlanadigan damlamalarning antibacterial, antiseptic, fotosensibilizatorlik, og'riq qoldiruvchi, yaralarni bitiruvchi, revmatizmga qarshi, siydik haydovchi, o't haydovchi, qurtlarga qarshi hamda regenerasiyani yaxshilovchi xususiyatlari aniqlangan.

Turli teri kasalliklari - vitiligo, psoriaz, eczema, neyrodermit, terining yiringli kasalliklari, kuyish, yotoq yaralar, chandiqlarni davolashda qo'llaniladi.

Dalachoy tarkibida flavonoidlar (giperozid, rutin, quercetin, quercitrin, isoquercitrin), terpenlarni o'z ichiga olgan uchuvchi yog'lar, sesquiterpenlar (azulen), naftodiantronlar (giperitsin, psevdogiperitsin, giperin yoki giperitsin, gematoporfiringa yaqin, quyosh nuriga sezgir; bu ma'lum bir hujayra ichidagi reaksiyalar uchun katalizator, hayotiy muhim jarayonlarning regulyatori, organ o'smalari kasalliklariga chalinganlarda biokimyoviy jarayonlarga ta'sir qiladi, terini ultrabinafsha nurlariga sezgirligini oshiradi) mavjud.

Dalachoyning terini ultrabinafsha nurlariga sezgirligini oshirish xususiyati hamda sarimsoqning regenerasiyani yaxshilash xususiyatlari vitiligoni davolashda qo'l keladi.

Yuqorida keltirilgan ma`lumotlarni taxlil qiladigan bo`lsak, dalachoyning terini ultrabinafsha nurlariga sezgirligini oshirish xususiyati hamda sarimsoqning regenerasiyani yaxshilash xususiyatlari vitiligo kasalligini davolashda, antibacterial, antiseptic xususiyatlari terining yiringli kasalliklarini (furunkul, karbunkul, gidroadenit, impetigo, follikulit) davolashda, burishtiruvchi va regenerasiyani yaxshilash xususiyati psoriaz, ekzema, neyrodermit hamda chandiqlanishni davolashda, ultrabinafsha nurlariga sezgirligini oshirish xususiyati vitiligo kasalligini davolashda muhim ahamiyat kasb etadi.

IMPROVEMENT OF ACNE THERAPY TAKING INTO ACCOUNT CLINICAL, GENETIC AND BIOCHEMICAL RESEARCH METHODS

Pulatova S.Kh., Babadjanov O.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute

The urgency of the problem of acne and the need to improve the effectiveness of its treatment are not in doubt due to the high prevalence of this pathology, the significance of the health disorders caused by it, the material and moral damage to patients, the complexity and insufficiently high effectiveness of therapy. The approach to treating acne in a particular patient is largely determined by the severity of the current stage of acne. Often, in order for acne to disappear, there are enough simple external products that eliminate acne and improve skin condition, as well as actions of a general health plan (healthy diet, hygiene, stress reduction, etc.). However, if acne is severe, or the above methods have been tried, but did not give the proper result, then an analysis is necessary. Only additional tests for acne help to find the root cause of acne.

In recent years, the problem of psychosomatic disorders and their correction in patients with dermatosis has become increasingly important [1]. This is evidenced by the growth in the number of studies and scientific papers devoted to this issue [1–3]. Acne rashes in open areas of the body violate the psychological

health of a person. According to a psychological survey, 80% of adolescents believe that the most unattractive thing about a person is acne [4]. And it is young women who are prone to psychological status disorders (including depression) due to acne [5, 6]. The presence of acne on visible areas of the skin can cause dysmorphophobia (the idea of an imaginary external deformity) [7].

The emotional reaction is the most sensitive component of mental activity and is accompanied by a specific spectrum of vegetative and endocrine manifestations, including the release of stress hormones, including androgens, which cause the functional activity of androgen-dependent target cells. Inhibition of personal evaluation in patients with acne causes them to constantly experience acute and chronic stressful situations, provoking the above chain of metabolic changes [1, 3]. The role of acne is also significant in the violation of a woman's sexual health [8, 9].

The term "acne" comes from the ancient Greek language and is associated with the culmination of a tear in the skin. This nosology was first mentioned in the writings of Aetius of Amid, a physician at the court of Justinian I [10]. Currently, it is generally accepted that acne is a chronic disease manifested by open or closed comedones and inflammatory skin lesions in the form of papules, pustules, and nodules [1].

Acne is one of the most common human diseases. Despite the available effective treatments, acne affects up to 95% of patients, especially women under the age of 25 and more than 50% over 25 years of age. The peak incidence occurs between 15 and 18 years of age (in girls earlier than in boys). The manifestation of the process is characterized, as a rule, by the appearance (in response to androgen-mediated hyperstimulation of the sebaceous glands) of seborrhea and microcomedones. Subsequently, open and closed comedones, as well as inflammatory elements, quickly form.

Gender distributions of incidence are approximately equal, however, in men, the disease can occur with a predominance of severe forms and a longer course. In some cases (otherwise it contradicts the statement that more than 50% of women

over 25 suffer from acne) by the age of 18-20, signs of spontaneous regression of the disease begin to be noted. In some patients, the disease acquires a chronic relapsing character, in some cases with the formation of “late acne” (acne tarda) by the age of 30–40, and the number of such patients is growing every year [11, 12].

In recent years, foreign literature refers acne to the so-called diseases of civilization, closely related to Western lifestyle factors, including dietary habits [13–16]. Western diets are high in sugar and other high glycemic index (GI) foods, as well as milk and dairy products. In the United States, 80% of fast food customers are under the age of 18. This "food culture" is expanding, and it is not surprising that both in the US and in other countries, not only the prevalence of obesity, carbohydrate metabolism disorders, but also the frequency of acne detection, including beyond adolescence, is growing. However, in countries where the population traditionally abstains from the Western diet, the prevalence of acne remains low [13, 14].

According to dermatovenereologists, the starting point in acne is often not a direct increase in the content of androgens in the body (absolute hyperandrogenism), but a genetically determined increase in its amount and / or, more often, an increased sensitivity of sebaceous gland cell receptors to testosterone derivatives (relative hyperandrogenism). Sebocytes possess enzyme systems such as 5-alpha-reductase (isoenzyme type I) and 17-beta-dehydroxysteroid dehydrogenase, which convert androgens into their active derivatives and transmit signals for cell proliferation.

There are 4 main links in the pathogenesis of acne: 1) an increase in the production of sebum; 2) excessive follicular hyperkeratosis; 3) reproduction of *Propionibacterium acnes* (*P. acnes*); 4) inflammation [11, 29].

In the occurrence of this disease, as a rule, a combination of several links of pathogenesis plays a role. According to the Clinical guidelines for the management of patients with acne (2015), acne is a multifactorial dermatosis, in the pathogenesis of which genetically determined hyperandrogenism and a genetically

determined type of sebaceous secretion play an important role [29]. The diet of a woman and the action of environmental factors are also of great importance.

Hecht [1] was the first who studied the role of heredity in acne. Neonatal, nodulocystic, and conglobate acne have proven genetic influences [2]. Postadolescent acne is related with a first-degree relative with the condition in 50% of the cases. Chromosomal abnormalities, HLA phenotypes, and polymorphisms of various genes have been associated with acne. Data from family studies confirmed familial clustering. High heritability estimates for acne in twins were reported. Higher correlations of sebum excretion and the proportion of branched fatty acids in the fraction of sebaceous wax esters were found in monozygotic vs. dizygotic twins [8, 9]

The lack of intensive research in the field of acne genetics is surprising considering its high incidence, morbidity, and immense health service costs. Polymorphism of CYP1A1 has been reported in a subgroup of acne patients [13]. Cytochrome P-450 1A1 regulates the conversion of endogenous retinoids, which are important sebaceous gland morphogens.

Since the first *C. acnes* isolate was sequenced in 2004 (KPA171202, a type IB strain recovered from skin), a number of putative virulence genes have been identified with designated functions involved in tissue degradation, cell adhesion, inflammation, and polysaccharide biosynthesis for biofilm formation [7]. Several genetic elements specific to each lineage have since been identified, which could explain the functional differences between lineages and association with different disease states. One of the most fascinating genetic differences between *C. acnes* lineages is the presence of clustered regularly interspaced palindromic repeats (CRISPR)/Cas locus in health-associated type II strains [8]. While this system is only partially present in type III and likely non-functional, it is completely absent from type I strains [6]. CRISPR is a bacterial adaptive immune system against viruses, phages, and foreign DNA, and its presence in *C. acnes* could prevent the acquisition of extra genetic elements that promote virulence and acne pathogenesis.

Approaches for treating acne

The approach to treating acne in a particular patient is largely determined by the severity of the current stage of acne. Often, in order for acne to disappear, there are enough simple external products that eliminate acne and improve skin condition, as well as actions of a general health plan (healthy diet, hygiene, stress reduction, etc.). However, if acne is severe, or the above methods have been tried, but did not give the proper result, then an analysis is necessary. Only additional tests for acne help to find the root cause of acne.

When answering the question of what tests to take for acne and acne, the following categories are usually indicated:

- **analysis of the skin for microbial flora and the presence of parasites**
- **blood chemistry;**

It is advisable to take skin tests for acne before starting treatment. The simplest type of analysis for acne, which is often started with, is a microscopic examination of a skin scraping conducted by a dermatologist.

It allows you to identify the presence of demodex - a subcutaneous tick, after which appropriate adjustments are made to the treatment program. However, this cause of acne is far from the most common. If any other violations of the skin microflora are detected during the analysis of the scraping, then the treatment should be concentrated in this direction (in the absence of other indications).

Tests for hormones are one of the most important in finding out the cause of acne, since it is hormonal imbalance that is one of the main causes of acne. Thus, an increase in the level of androgens during puberty very often provokes acne, and if the tests confirm an imbalance, then the treatment plan must necessarily take into account the possibility of correcting it. Acne hormone analysis will be mandatory if the following factors are present:

- Relatively late onset of acne (patient's age over 20 years);
- Manifestation of clinical signs of hyperandrogenism in women - a disorder caused by an increase in the activity of male hormones (often manifested as hirsutism);
- Irregular menstrual cycle;

- Manifestations of black acanthosis (a type of hyperpigmentation of the skin).

Conclusion. Diagnosis for acne, pimples should be carried out several times to determine how the process of dealing with them goes. It is advisable to check it comprehensively, this will help to identify the cause more accurately and select a specific treatment. It is also worth checking the skin for bacteria and fungal infections, as this can cause severe irritation of the epidermis, itching, burning and the appearance of unpleasant rashes in the form of acne, pimples, acne or comedones. Analyzes will be able to show what you should pay attention to and where to start therapy.

**MOLECULAR BIOLOGICAL STUDIES
OF THE AFFECTED SKIN OF PATIENTS WITH MICROBIAL AND
TRUE ECZEMA**

**Saipova N.S¹., Allaeva M.D²., Yusubaliev U.A¹., Ibragimova N.S².,
Toxtaev G.Sh¹., Safarov X.X¹., Ashrapxodjaeva N.M¹., Muzapova U.R¹.**

Tashkent Medical Academy¹

Tashkent State Dental Institute²

Modern research leads us to the idea that the skin with its unique immunologic properties, manifested in its ability to locally process both internal and external antigenic signals, is the central point where imbalance or insufficiency of the local immune system is manifested by the development of pathologic processes with characteristic clinical manifestations. At the same time, the ratio of endogenous and exogenous factors in the development of subsequent processes may be different.

The aim of the study was to investigate the immunophenotypic composition of inflammatory infiltrating cells in patients with microbial and true skin eczema.

Material and methods

Immunohistochemistry is a complex multi-step process, the result of which is influenced by a variety of factors, both outside the immunohistochemistry laboratory and within its walls. 37 biopsy specimens of patients for microbial and true eczema were examined by Immunohistochemistry method. Biopsy material was taken after the patient's written consent. The biopsy contained the patient's blood. Monoclonal antibodies CD3+, CD4+, CD8+, Cd1a+ and CD22+ were used for testing.

Quantitative ratios of reactive cells were determined in serial continuous sections. The number of epithelial cells and cells with characteristic expression of marker antigens in the epidermal layer were counted. The change in the quantitative distribution of reactive cells was judged by the change in percentage.

Results and discussion

Based on review of data, it was found that out of 37 cases, 21 (56.8%) patients were diagnosed with true eczema and 16 (43.2%) cases were diagnosed with microbial eczema. 37 studied patients were divided by age as follows. In the group with true eczema, the age ratio was: young age (18-44 years) - n=11 (52.4%), middle age (45-59 years) - n=6 (28.6%), elderly age (60-74 years) - n=3 (14.3%), old age (75-90 years) - n=1 (4.8%), age of longevity (over 90 years) - n=0 (0 %). In the group with microbial eczema, these ratios were as follows: young age (18-44 years) - n=7 (43.7%), middle age (45-59 years) - n=4 (25%), old age (60-74 years) - n=2 (12.5%), old age (75-90 years) - n=1 (6.25%), age of longevity (over 90 years) - n=2 (12, 5 %). In the epidermis, uneven thickness of the epithelial layer was associated with localized pronounced spongiosis, where infiltration and accumulation of mononuclear cells were observed.

Scattered CD3+ lymphocytes were observed in the papillary and reticular layers of the dermis and were localized mainly at the border with the epidermis; CD3+ lymphocytes were rarely observed in the epidermis, except in spongy lesions, where they tended to infiltrate loose epithelial layers (Tab. 1).

Table 1

Number of inflammatory infiltrate in the dermis distributed in the perivascular area

	(%)
CD3+- lymphocytes	66.1±1.3%
CD4+- lymphocytes	47.1±1.9%
CD8+- lymphocytes	13.1±0.9%
CD4/ CD8	1.4%
CD1a+- lymphocytes	13.5±1,4 %
CD22+- lymphocytes	11.3±0.9%
HLA-DR	51.4±2.9 %

Conclusion

The above specificity of each form of eczema can be related to two findings:

It can be assumed that there is a decrease in the reactogenic properties of a certain part of T-lymphocytes circulating in the blood and transiting the site of inflammation and their inability to adequately respond to the signal of cellular mediators of the site of inflammation [8], to leave the vascular bed, beyond which to participate in the formation of qualitatively efficient inflammatory reaction. This defectiveness of a certain subpopulation of T-lymphocytes should manifest itself in a violation of the quality of the inflammatory process, which acquires the specific features of microbial eczema (defect of CD8+ lymphocytes) or true eczema (defectiveness of CD4+ lymphocytes).

**CHIN VA MIKROBLI EKZEMA KASALLIKLARINING
IMMUNOGISTOKIMYOVIY TADQIQOTLASH USULI**

Saipova N.S^{1.}, Allaeva M.D^{2.}, Yusubaliev U.A^{1.}, Ibragimova N.S^{2.}, Toxtaev G.Sh^{1.}, Safarov X.X^{1.}, Ashrapxodjaeva N.M^{1.}, Muzapova U.R^{1.}

Toshkent Tibbiyot Akademiyasi¹
Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti²

Zamonaviy tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, terining o'ziga xos immunologik xususiyatlariga ega bo'lib, mahalliy qayta ishlash qobiliyatini namoyish etadi degan fikrga olib keladi. Ichki va tashqi antigen signallar markaziy nuqta bo'lib, unda mahalliy immunitet tizimining nomutanosibligi yoki yetishmovchiligi xarakterli klinik ko'rinishlarga ega bo'lgan patologik jarayonlarning rivojlanishi bilan namoyon bo'ladi.

Tadqiqotning maqsadi mikrobl va chin ekzema bilan kasallangan bemorlarning yallig'lanish infiltratlari hujayralarining immunofenotipik tarkibini o'rganishdir.

Materiallar va usullar. Immunogistokimyo usuli bilan chin va mikrobl ekzema bilan kasallangan bemorlarning 15 ta biopsiyasi tekshirildi. Biopsiya materiallari yozma roziligidan keyin olindi. Nazorat kosmetik operatsiyalar paytida olingan teri biopsiyalari edi. Kriyostat sharoitida qalinligi 10 mk gacha bo'lgan ketma-ket kesmalar olingan. Ip-izlashda xromogen substrat-ta-3-amino-9-etilkarbazol yordamida biotinstreptavidin-immunoperoksidaza (Strep ABCComplex/HRP, DAKO ishlab chiqarish) standart usuli qo'llaniladi. Fon rangi gematoksilin bilan amalga oshirildi. Tadqiqotda monoklonal antikorlar ishlatilgan CD3+, CD4+, CD8+, CD1a+, CD22 + (DAKO). Ketma-ket bo'limlarda reaktogen hujayralarning miqdoriy nisbati aniqlandi. Epidermal qatlamda (lax3 mm gacha) epiteliya hujayralari, xarakterli ifodaga ega hujayralar soni hisoblab chiqilgan.

Olingan natijalar va ularni muhokama qilish. Epidermisda epiteliya qatlami qalinligi bir xil emas edi. Bu spongiozning ochago namoyon bo'lishi bilan bog'liq bo'lib, uning joylarida mono-yadro hujayralarining infiltratsiyasi va to'planishi kuzatildi. CD3 + - musbat hujayra (T-limfotsitlar) asosiy qismini tashkil etdi (86,2 ± 2,5 %) asosan tomirlar atrofida tarqalgan dermisning yallig'lanishli infiltratsiya mavjud. Turli xil CD3+limfotsitlari dermisning papillyar va retikulyar qatlamida joylashgan asosan mahalliyashtirish tendentsiyasi epidermis bilan

chegarasida joylashgan. Epidermisda CD3 + - limfotsitlar kamdan-kam hollarda kuzatilgan. spongioz o'choqlari bundan mustasno, bu erda ular bo'shashgan epitsel qatlamiga kirib borish uchun o'zlarini namoyon qilishgan. CD4 + - limfotsitlar Yuqori infiltratlarning umumiy hujayra tarkibining $68,2 \pm 2,1\%$. Yagona Cl-oqim sifatida CD4 + - limfotsitlar dermisning retikulyar qatlamida, shuningdek epidermis bilan chegarada kuzatilgan. CD4 + hujayralari epiteliyning bazal qismiga, ayniqsa aniq spongioz oylarida kirib borishga moyil edi. Juda kamdan-kam hollarda epidermisning qalinligida CD4+limfotsitlari kuzatilgan epiteliya hujayralari orasida. CD8 + - limfotsitlar asosan qon tomir infiltratlarida lokalizatsiya qilingan,ularning tarkibi hujayra tarkibining $26,3 \pm 2,4\%$ ni tashkil qiladi. Xuddi shunday CD4 + - limfotsitlar, CD8 + hujayralar subepitelial bo'linga o'tish uchun tendensiyaga ega va spongioz joylarida epiteliyga kiradi. Ushbu turdagi CD1a + hujayralari atrof-muhit bo'ylab emas, balki to'g'ridan-to'g'ri sitoplazmada reaksiyaning o'ziga xos hodisasi bo'lib, bu hujayraning oval yadrosini ta'kidlab, tasvirlab berdi. Bularada hujayralar turli yo'nalishlardagi interkleykinlar aniq intervallar bo'yicha ajralib turadigan dendritik tuzilmalarni taxmin qilinadi. Chin ekzemasida bilan kasallangan barcha derma hujayralarining $93,5 \pm 4,6\%$ HLA-DR hujayra yuzasida yoki sitoplazmada joylashadi. Qizig'i shundaki, HLA-DR+ ekspressiyasining ijobiy faolligi limfoid qatorlari va endotelial hujayralar bilan tavsiflangan. Bu dermal mintaqaning qon tomir tarmog'ini ta'kidladi. Shishgan bo'shashgan stromada tarqalgan alohida HLA-DR + hujayralari bor edi noto'g'ri konfiguratsiyaga ega bo'ladi.

Bildirilgan taxminlar nuqtai nazaridan ekzemaning har bir shakli uchun qiziqish uyg'otadi va terida kuzatilgan T-limfotsitik populyatsiya nisbatlaridagi o'zgarishlarni kuzatiladi.

FEATURES OF MICROELEMENT STATUS IN PATIENTS WITH DIFUSE FORMS OF ALOPECIA ASSOCIATED WITH COVID-19

Tashkenbaeva U.A., Abbaskhanova F.Kh.

Tashkent Medical Academy

The purpose of the study is to assess the microelement status of the hair structure in patients with androgenic and telogen effluvium forms of diffuse alopecia associated with COVID-19.

Materials and methods. In a clinical study, the level of microelements was analyzed during spectrometric analysis of hair from patients with androgenic (AA) and telogen effluvium (TA) forms of diffuse alopecia associated with COVID-19. The study included 129 patients who had suffered a new coronavirus infection and had laboratory confirmation of COVID-19. All patients from the study had complaints of alopecia in the post-Covid period. Among the study participants, there were 51 (39.5%) patients with AA and 78 (60.5%) with TA. As part of the clinical study, patients underwent trichoscopic examination of the scalp, followed by collection of biological material for spectrometric analysis. Spectrometric hair analysis was performed using a BBP-CM nuclear analyzer located at the Institute of Nuclear Physics of the Academy of Sciences of the Republic of Uzbekistan; GENIE 2000 software was used to process the data obtained.

Results. A comparative spectrometric analysis of the microelement status of the hair structure between patients with AA and TA revealed a significant change in the microelement status both in the group of patients with AA and in the TA group (Table 1).

Table 1

Spectrometric analysis of microelement status ($\mu\text{g/g}$)							
$M \pm SD/Me$							
MC	AA	TA	norm	MC	AA	TA	norm
Na	505,7 \pm 44,6	221,4\pm31,3*	500-900	K	1072,6 \pm 78,04	1147,2 \pm 100,9	1000-1500
Cl	1972,02 \pm 260,1	2004,8\pm314,0*	1000-2000	Se	0,36\pm0,083*	0,39\pm0,045*	0,4-1,0
Ca	1137,2\pm154,9*	1106,3\pm108,2*	1500-2500	Br	4,5\pm0,15*	1,69 \pm 0,05	1,5-3,5
Sc	0,0028 \pm 0,0002	0,0029 \pm 0,0005	0,002-	Ag	0,01	0,01	0,01-0,1

			0,003				
Cr	0,8±0,093	0,9±0,062	0,4-1,0	Cd	0,03	0,03	0,01-0,05
Mg	0,27±0,05*	0,54±0,043	0,4-1,0	Sb	0,024±0,00021	0,023±0,0005	0,02-0,05
Fe	23,2±4,01*	24,2±3,7*	25,0-40,0	I	0,321±0,013*	0,44±0,011*	1,0-2,0
Co	0,076±0,012	0,084±0,014	0,07-0,12	Hg	0,023	0,023	0,01-0,03
Bi	5,0	5,0	5,0	Sr	10,0	10,0	10,0
Cu	13,03±1,04*	16,31±1,82*	20,0-35,0	U	0,16±0,02	0,14±0,015	0,01-0,2
Zn	147,5±21,8*	141,2±33,6*	150,0-250,0	Ni	1,0	1,0	0,5-1,5

*Note: * – $p < 0.05$, statistical significance of differences with the control group (Student's t-test, Mann-Whitney U-test)*

The most characteristic changes in ME status compared to normal values were an excess of chlorine (Cl) by 0.1 times for patients with TA, bromine (Br) by 1.6 times for patients with AA. There is a deficiency of such microelements as sodium (Na) by 2.1 times for patients with TA, calcium (Ca) by 0.4 times for patients with AA and TA, magnesium (Mg) by 1.9 times for patients with AA, iron (Fe) 0.2-0.3 times for patients with AA and TA, copper (Cu) 0.3 times for patients with AA and TA, zinc (Zn) 0.1-0.2 times for patients with AA and TA, selenium (Se) by 0.2 times for patients with AA and TA, and iodine (I) by 0.5 times for patients with AA and TA. In the clinical interpretation of the obtained spectrometric analysis data, the most significant from the point of view of the choice of therapy for patients with diffuse forms of alopecia associated with COVID-19 are Cl, Mg, Fe, Cu, Zn, Se and Br.

Conclusions. Thus, a comprehensive spectrometric analysis of the microelement status of the hair structure suggested that changes in indicators are likely the cause of disturbances in the microelement balance in the body of patients with diffuse forms of alopecia associated with COVID-19. At the same time, a deficiency of clinically important indicators of microelement status is typical for

both patients with androgenic and telogen effluvium forms of diffuse alopecia associated with COVID-19. However, additional comprehensive clinical studies are required to confirm this assumption.

TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGINI KELTIRIB CHIQRUVCHI SABABLAR

Xaitov K.N., Sultanov A.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

Teri leyshmaniozi hayvonot olami orqali yuqishi oqibati bo'lib, uning epidemiologiyasi O'rta yer dengizi havzasida uchraydigan kasallikka o'xshaydi. Teri leyshmaniozini yuqtirishning geografik diapazoni va xavf omillari kengaymoqda. Ilgari teri leyshmaniozi asosan kasbiy kasallik bo'lib, kauchuk daraxtlarni kesish, harbiy harakatlar, yo'l qurilishi, o'rmonlar va boshqa enzootik hududlarda yangi qishloq xo'jaligi loyihalari kabi faoliyat bilan bog'liq edi.

Teri leyshmaniozi hayvonot olami orqali yuqishi oqibati bo'lib, uning epidemiologiyasi O'rta yer dengizi havzasida uchraydigan kasallikka o'xshaydi.

Itlar va boshqa uy hayvonlarini uyda saqlash odamlarning orasida infektsiya tarqalishiga hissa qo'shadi, chunki itlar leyshmanioz uchun bir ombor bo'lib xizmat qiladi, qo'shimcha ravishda chivinlarni ham o'ziga jalb qiladi.

Tovuqxonalarning asosiy turar-joyga yaqin joylashuvi yana bir muhim xavf omili bo'lishi mumkin, chunki ular qo'ng'izlar uchun muhim ozuqa qidirish va dam olish joyini ta'minlaydi va shu bilan ko'payadi. Bundan tashqari, tovuqlar teri leyshmaniozning o'rmon ombori hisoblangan yovvoyi yirtqich hayvonlarni o'ziga jalb qiladi.

Misol, Meksikaning janubidagi amerika leyshmaniozi (chiklero ulcer) kauchuk daraxtlari bilan ishlagan ishchilarda uchragan. O'rmonlarda "issiq nuqtalar", ya'ni qulay muhit sharoitlari (masalan, iqlim, suv havzalari va

chivinlarning yuqori zichligi) tufayli infektsiyaning tarqalish darajasi juda yuqori bo'lgan aniq mikroo'choqlar mavjud. O'rmon hududlarida xavf juda past yoki hatto yo'q bo'lishi mumkin. Kasbiy ta'sir qilish muhimligicha qolmoqda, ammo keng miqyosli o'rmonlarni kesish kasalliklarning tez o'sishiga va sinantropik, shahar atrofi va hatto shaharlarga tarqalish shakllariga olib keldi. Masalan, 1980 yildan 2001 yilgacha Braziliyaning barcha shtatlarida tarqalgan teri leyshmaniozi bilan kasallanish 10 barobarga oshgan.

Aholi migratsiyasi natijasida yangi kelgan immigrantlarning orasida teri leyshmaniozi avj olishiga olib keldi, ayniqsa Boliviya pasttekisligiga o'xshash endemik bo'lgan hududlarda.

Qashshoqlik ko'p sabablarga ko'ra leyshmanioz xavfini oshiradi. Masalan, uy-joy sharoitining yomonligi va antisanitariya (chiqindini yo'q qilish amaliyotining yo'qligi, ochiq kanalizatsiya) moskit chivinlarining rivojlanishiga va ularning odamlarga yaqin bo'lishiga yo'l ochib beradi.

Kichik makonda ko'p sonli odamlarning to'planishi sinantropik antropofil chivinlarni jalb qilishi mumkin, bu qon bilan oziqlanadigan hasharotlar uchun muhim biomassani ta'minlaydi.

Braziliyada leyshmaniozning tarqalishi hozirgi vaqtda o'rmonlar odamlar yashaydigan hududlarga yaqinlashishi mumkin bo'lgan shahar atrofi hududlari ham misol bo'ladi. Iqtisodiy sabablarga ko'ra migratsiya immuniteti yuqori bo'lmagan shaxslarning yuqish joylariga kirishiga olib kelishi mumkin.

Noto'g'ri ovqatlanish infektsiyani rivojlanish ehtimolini oshiradi. Energiyaga boy protein, temir, A vitamini va ruxni oziq-ovqat bilan yetarli darajada iste'mol qilmaslik infektsiyaning klinik ko'rinishdagi leyshmaniozga o'tish xavfini oshiradi. Protein energiyasi, rux va temir yetishmasligi bo'lgan parhezlar bilan oziqlangan sichqonlarda o'tkazilgan so'nggi tajribalar shuni ko'rsatdiki, bu ta'sir birinchi navbatda limfa tugunlari to'sig'ining funktsional yetishmovchiligi va parazitning erta visseralizatsiyasining kuchayishi bilan bog'liq. Energiya oqsiliga ega bo'lmagan diyetalar ham shilliq teri leyshmaniozini rivojlanish xavfi bilan bog'liq.

Urush va mojarolar ham kasallanish darajasini oshirishi mumkin. Kolumbiya o‘rmonlaridagi harbiy operatsiyalar natijasida 2005 yildan 2010 yilgacha bo‘lgan davrda askarlar orasida teri leyshmaniozining 45000 dan ortiq holatlari aniqlangan. Iroq va Afg‘onistonda xizmat qilayotgan Buyuk Britaniya va AQSh askarlarida minglab holatlar qayd etilgan. Tinch aholi ham jabr ko‘rdi: Janubiy Sudandagi fuqarolar urushi odamlarni Yuqori Nil provintsiyasining g‘arbiy hududlaridagi teri leyshmaniozining hayvonot olami orqali yuqish o‘choqlariga ko‘chib o‘tishiga majbur qildi. Bu esa 100 ming kishining hayotiga zomin bo‘lgan fojiali Kalaazar epidemiyasi bilan yakunlangan.

Qurg‘oqchilik va og‘ir iqtisodiy sharoitlar ham odamlarni endemik hududlarga ko‘chib o‘tishga majbur qilishi mumkin; masalan, Darfurdan Sudanning Gedaref shtatiga ko‘chib kelgan shaxslarda ko‘p sonli teri leyshmanioz holatlari aniqlangan. Hindiston va Nepaldagi barcha holatlarning qariyb 40 foizi ikki davlat chegarasidagi hududlarda qayd etilgan.

Transchegaraviy harakat kasallikning tarqalishini osonlashtiradi va subkontinental teri leyshmaniozni yo‘q qilish dasturini amalga oshirishga to‘sqinlik qiladi. Ko‘p sonli afg‘on qochqinlarining Janubiy Pokistonga ko‘chishi teri leyshmaniozining ilgari noma‘lum bo‘lgan hududlarga kirib kelishiga olib keldi.

To‘liq ma‘lumotga ega bo‘lish uchun epidemiologik tekshiruvlar teri leyshmaniozini aniqlash uchun diagnostik testni, orttirilgan immunitetni aniqlash uchun leyshmanin teri testini va asemptomatik shaxslarda antikorlarni aniqlash uchun bir yoki bir nechta testlarni o‘z ichiga olishi kerak.

Iqlim omillarining teri leyshmaniozi epidemiologiyasiga ta‘sirini baholash va suv omborlari populyatsiyalari va teri leyshmaniozi bilan kasallanishning yillararo tebranishlarining aniq iqlim bilan bog‘liq nuqtalarini aniqlash uchun qo‘shimcha tadqiqotlar talab etiladi.

TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGINI DIAGNOSTIKA QILISH USULLARI

Xaitov K.N., Sultanov A.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

Teri leishmaniozining klinik spektri keng bo'lib, stafilokokk yoki streptokokk infeksiyalari, mikrobakterial yaralar, moxov, qo'ziqorin infeksiyalari, saraton, sarkoidoz va tropik yaralar kabi boshqa teri kasalliklarining belgilariga o'xshash bo'lishi mumkin. Teri leishmaniozining klinik ko'rinishlari o'ziga xos bo'lmaganligi sababli hamda davolash qimmat, ko'p vaqt talab qiladigan yoki toksik bo'lgani uchun, diagnostik tasdiqlash zarurdir.

Parazitologik diagnostika teri leishmaniozining o'ziga xosligi tufayli diagnostika standarti bo'lib qolmoqda. Shu bilan birga, usulning ta'sirchanligi geografik joylashuvga, kasallangan joyning turiga va rivojlanish bosqichiga qarab keng farq qiladi. Shuning uchun har bir bemor uchun bir nechta parazitologik diagnostika testlari o'tkazilishi kerak.

Parazitologik diagnostika uchun material qirib olish, ingichka igna aspiratsiyasi yoki jarohatlarning biopsiyasi orqali olinishi mumkin. Teri punksiyon biopsiyasi (2 dan 4 mm gacha bo'lgan namunalari) kengroq namuna olish (agar parazitlar soni juda kam bo'lsa, foydali) va muqobil diagnostika maqsadlarida (masalan, mikrobakteriyalar va zamburug'lar) yetishtirish yoki gistopatologik tekshirish imkonini beradi. Bundan tashqari, biopsiya natijasida olingan mazoklar bo'yalishi va tekshirilishi mumkin.

Ushbu usullarning har biri bilan olingan material mikroskopik tekshirish, yetishtirish va molekulyar diagnostika usullaridan foydalanish uchun ishlatilishi mumkin. Biopsiya namunasidan olinib yetishtirilgan material namokob suvda gomogenlashtirilgan yoki yetishtirilish muhitida steril sharoitda bo'lishi kerak, bu esa protsedurani yanada murakkablashtiradi.

Gimza bilan bo‘yalgan materialni mikroskopik tekshirish ko‘pincha endemik hududlarda birlamchi, ikkilamchi yoki uchinchi darajali sog‘liqni saqlash muassasalarida mavjud bo‘lgan yagona usuldir. Parazitni oddiy muhitda o‘stirish turni aniqlash va uning xususiyatlarini o‘rganish imkonini beradi. Parazit nuklein kislotalarini molekulyar diagnostika, ayniqsa PCR usullari orqali aniqlash diagnostika sezgirligini oshiradi va Leishmania turlarini aniqlash imkonini beradi. Bu, ayniqsa, bir nechta leishmaniya turlari birga mavjud bo‘lgan va turli xil klinik natijalar va davolanishga turli xil javoblar bilan tavsiflangan hududlarda juda muhimdir.

Multipleks PCR tahlillari turlarni tez aniqlash imkonini beradi va ulardan foydalanish teri leishmaniozini tashxislashda ortib bormoqda. Biologok materialni yetishtirish ham, molekulyar diagnostika ham katta laboratoriya infratuzilmasi va texnik tajribani talab qiladi, ulardan foydalanishni ixtisoslashgan laboratoriyalar bilan cheklaydi.

Serologik diagnostika teri leishmaniozida past sezuvchanlik va o‘zgaruvchan o‘ziga xoslik tufayli qo‘llanishi cheklangan. Leishmanin teri testi epidemiologik tadqiqotlarda foydali bo‘lishi mumkin, ammo teri leishmaniozini tashxislashda unchalik ahamiyatga ega emas. Serologik testlar ham, teri testlari ham oldingi va mavjud infeksiyalarni farqlamaydi.

Teri leishmaniozi kasalligini diagnostika qilish sog‘liqni saqlash xizmatlariga xos bo‘lishi kerak, chunki laboratoriya jihozlarining mavjudligi sog‘liqni saqlash tizimining darajasiga juda bog‘liq. Leishmaniozning qaytalanishini tashxislashda ham zarur bo‘lgan diagnostika sog‘liqni saqlash tizimining tuman yoki undan yuqori darajasida o‘tkazilishi kerak.

TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGIDA QO‘LLANILADIGAN DORI VOSITALARI

Xaitov K.N., Sultanov A.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

Teri leyshmaniozi odamlarda va hayvonlarda uchraydigan transmissiv protozoy kasallik bo'lib, qo'zg'atuvchisi leyshmaniylar hisobdanadi. Teri leyshmaniozini iskap topar chivinlar orqali yuqadi. Bu kasallikni davolash faqat tashxis tasdiqlangandan keyin amalga oshirilishi kerak. Shu bilan birga, birgalikda infektsiyaning tarqalishini aniqlash kerak, chunki bu davolash yo'lini tanlashga ta'sir qilishi mumkin. Ba'zi hududlarda diagnostika kasallik turlari darajasiga qarab amalga oshirilishi kerak. Davolash rejimlari milliy va mintaqaviy ko'rsatmalarga muvofiq bo'lishi kerak. Ko'pgina hollarda, terapiyani boshlashdan oldin, regidratsiya yoki qo'shimcha ovqatlanish kabi qo'llab-quvvatlovchi yordam talab qilinishi mumkin. Davolash tibbiy xodimlarning nazorati ostida amalga oshirilishi kerak.

Davolash jarayonidan oldin mamlakatda dori preparatlarini qo'llash siyosati va davolash rejimlariga oid qarorlar muayyan dori vositalarining foyda-xavf tomonini, tibbiy xizmatlarning darajasini, antileishmanial dorilarning mavjudligini va dori vositalariga organizmda qarshilik rivojlanishining oldini olish kabi sog'liqni saqlash masalalarini hisobga olishi kerak.

Mavjud klinik ma'lumotlar sinovlarida tasdiqlangan bo'lsa, mamlakatning dori vositalarini kombinatsiyalash siyosati dorilarga chidamlilik rivojlanishidan himoya qilishning eng yaxshi strategiyasi bo'lishi mumkin.

Teri leyshmaniozi bilan kasallangan bemorlarda quyidagi dori vositalarini va kimyo birikmalarini qo'llash mumkin. Ikkita pentavalentli surma birikmalari mavjud: meglumin antimoniat va natriy stiboglyukonat. Ular kimyoviy jihatdan o'xshash bo'lib, ularning zaharliligi va samaradorligi surma tarkibiga bog'liq: meglumin antimoniat eritmasida 8,1% Sb⁵⁺ (81 mg/ml), natriy stiboglyukonat eritmasida esa 10% Sb⁵⁺ (100 mg/ml) mavjud. Keyinchalik tromboz xavfini oldini olish uchun in'ektsiya mushak ichiga yoki tomir ichiga infuzion (5-10 daqiqadan ko'proq) yoki ingichka igna (23-25 kalibr; 0,6-0,5 mm) orqali sekin in'ektsiya

yo‘li bilan kiritilishi mumkin. Teri leyshmaniozini davolash uchun pentavalent antimoniallarni intralezyonal yuborish ham o‘rinli davo bo‘ladi.

Odatda nojo‘ya ta’sirlar - anoreksiya, qusish, ko‘ngil aynishi, qorin og‘rig‘i, bezovtalik, miyalgiya, artralgiya, bosh og‘rig‘i, metall ta‘m va letargiya kuzatilishi mumkin. Elektrokardiografik o‘zgarishlar davolashning dozasi va davomiyligiga bog‘liq bo‘lib, eng keng tarqalgani T to‘lqinining inversiyasi, uzaygan Q-T intervali va aritmiya. Kardiotoksiklik va to‘satdan o‘lim jiddiy, ammo kam uchraydigan nojo‘ya ta’sirlardir. Korrektorgangan Q-T oralig‘ining uzayishi (>0,5 soniya) jiddiy va o‘limga olib keladigan yurak aritmiyasining ehtimoliy boshlanishidan dalolat beradi. Pankreatik ferment konsentratsiyasi odatda ko‘tariladi, ammo klinik pankreatit kamdan-kam hollarda aniqlanadi.

Jigar fermenti konsentratsiyasining oshishi, leykopeniya, anemiya va trombositopeniya kabi nojo‘ya ta’sirlar kam uchraydi. Bemorlarning holatini biokimyoviy tahlillar, umumiy qon ro‘yxati va elektrokardiografik tadqiqot o‘tkazish orqali kuzatib borish muhim. Beshvalentli surma preparatlarining sifati, boshqa dorilar kabi, kafolatlangan bo‘lishi kerak, chunki standartga javob bermaydigan dorilar og‘ir intoksikatsiya va o‘limga olib kelishi mumkin. Jiddiy nojo‘ya ta’sirlar (asosan gepatotoksisite yoki kardiotoksiklik) yuzaga kelsa, preparatni o‘zgartirish kerak.

Alefoterisin B polienli antibiotikdir. Teri leyshmaniozida qo‘llash o‘z samarasini beradi. To‘liq dozani 4-6 soatdan keyin kiritgan holda, 1 mg sinov dozasini infuziya orqali yuborish tavsiya etiladi.

Odatda infuzion reaksiyalar orasida isitma, mushaklarning qattiqligi va titroq, shuningdek, in’eksion dori qilingan tomirning tromboflebiti kabilar uchraydi. Nefrotoksiklik ham uchrab turadi, shu sababli bunday hollarda davolanish ko‘pincha to‘xtatiladi. Boshqa kam uchraydigan, ammo jiddiy zaharlanishlarga gipokalemiya va miyokardit kiradi, bunda gidratsiya va kaliy qo‘shimchalari zarur. Bemorlarning doimiy monitoringini ta‘minlash uchun davolanish har doim shifoxonada o‘tkazilishi shart.

Davolash uchun bir nechta dori vositalari shakllari qo‘llanilgan, jumladan, liposomal amfoterisin B va amfoterisin B lipid kompleksi ishlatilgan. Ular samaradorlik jihatidan amfoterisin B deoksixolatga o‘xshaydi, ammo sezilarli darajada toksikligi past. Ular 2 soat davomida tomir ichiga infuziya orqali yuboriladi. Ba’zi bemorlarda infuzion yengil reaksiyalar (isitma, titroq va mushaklarning qattiqligi) va bel og‘rig‘iga sabab bo‘ladi. Ba’zida nefrotoksiklik yoki trombositopeniya kuzatiladi. Klinik sinovlarning ko‘pi etalon hisoblangan liposomal amfoterisin B preparati bilan o‘tkazilgan; Amfoterisin B ning boshqa lipid formulalarini klinik qo‘llashdan oldin ularning toksikligi, bioekvivalentligi va samaradorligini baholash zarur.

Paromomisin (aminosidin) dori vositasini ham davolash chorasi sifatida qo‘llash mumkin, bu preparat odatda mushak ichiga yuboriladigan aminoglikozidli antibiotikdir. Bemorlarning 2 foizida qaytariladigan ototoksiklik kuzatiladi. Buyraklarga toksik ta’sir qilish holatlari kam uchraydi.

Teri leyshmaniozini davolashdagi yana bir samarali dori vositasi – Pentamidin - izetionat mushak ichiga yoki tomirga yuboriladi. Jiddiy nojo‘ya ta’sirlari, ya’ni qandli diabet, og‘ir gipoglikemiya, miyokardit va buyrak intoksikatsiyasi bu dori vositasini qo‘llashni cheklaydi.

Azolli preparatlar: ketokonazol, flukonazol, itrakonazol kabilar og‘iz antifungallari leyshmaniozni davolashda o‘zgaruvchan samaradorlikni ko‘rsatadi.

Har bir bemor uchun davolanish rejimi to‘g‘risidagi qaror, birinchi navbatda, tibbiy aralashuv bilan bog‘liq foyda va xavflar muvozanatini baholashga asoslanishi kerak. Hech qanday yagona davolash usuli barcha mumkin bo‘lgan klinik ko‘rinishlarga bir xil foyda berolmaydi.

TERI LEYSHMANIOZI KASALLIGIGA QARSHI KURASHISHDA DUNYO TAJRIBASI

Xaitov K.N., Sultanov A.A.

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Toshkent tibbiyot akademiyasi Termiz filiali

Teri leyshmaniozi — odam va hayvonlarda uchraydigan kasallik. Ko‘proq tropik va subtropik iqlimli mintakalarda qayd etilgan. Butun JSST ning statistic ma’lumotiga ko‘ra har yili 350 million odam bu kasallikka duchor bo‘lar ekan.

Respublikamizda teri leyshmaniozi kasalligi asosan Namangan va Navoiy viloyatlarida, Farg‘ona, Samarqand, Jizzax viloyatlarida sanoqli holatlarda qayd etilmoqda. Bunda asosan 1 dan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar kasallanadi. Bu kasallik bilan butun dunyoda qarshi kurash olib boriladi.

Kasallik shakliga ko‘ra leyshmaniozga qarshi milliy kurash dasturlarini ishlab chiqishda e’tiborga olinishi kerak bo‘lgan asosiy elementlar: milliy nazorat rejaları, muvofiqlashtirish mexanizmlari (tarmoqlararo qo‘mitalar, milliy operativ xizmatlar), samarali jamoatchilikni safarbar qilish va kommunikatsiya strategiyalari, resurslarni safarbar qilish, monitoring va baholash strategiyalari, shuningdek, operatsion tadqiqotlardan iborat.

Leyshmaniya endemik bo‘lgan mamlakatlarning aksariyati (98 tadan 85 tasi) rivojlanayotgan mamlakatlardir va teri leyshmaniozi holatlari haqida xabar berish ushbu mamlakatlarning faqat uchdan birida majburiydir. Endemik hududlarda jabrlangan aholining salmoqli qismi davlat sog‘liqni saqlash dasturlariga ega emas; tashxis qo‘yish va davolash imkoni bo‘lmasligi mumkin, chunki sog‘liqni saqlash markazlariga borish ko‘p vaqt talab etadi va qimmatga tushadi yoki bunday xizmatlarning mavjudligi haqida bemorlar xabardor emas.

Ushbu mamlakatlarda sog‘liqni saqlash byudjetining asosiy qismi davolash xizmatlariga sarflanadi, shuning uchun kasalliklarning oldini olish dasturlari doimiy ravishda malakali tibbiyot xodimlariga, transport va dori vositalariga muhtoj.

Sog‘liqni saqlash xizmati infratuzilmasi va takomillashtirilgan texnologiyalardagi yutuqlarga qaramay, vaziyatni aniqlash bo‘yicha proaktiv dasturlar, birlamchi tibbiy ta’lim va tibbiyot xodimlarini diagnostika va vaziyatni boshqarish bo‘yicha o‘qitish zarur. Tibbiyot xodimlarini o‘qitish va tezkor

diagnostika testlaridan foydalanish orqali kasallikni faol paytida aniqlash samaradorligini oshirish mumkin.

Teri leyshmaniozi kasalligini tarqatuvchi iskabtoparlarning ko'payishiga qarshi olib boradigan chora-tadbirlardan biri bu aholi punktlari hamda xonadonlarda obodonlashtirish ishlarini olib borish. Bundan tashqari iskabtoparlarga qarshi xonadonlarni zaharli kimyoviy vositalar bilan dorilash. Kasallik qayd etilganda xonadonlar ichi va tashqi qismi, hamda qo'shni xonadonlar dorilanadi.

Endemik tumanlarda shaxsiy profilaktikaga repelentlar, uzoq muddatli ta'sir qiluvchi insektitsidlar bilan ishlov berilgan pashshaxonalardan konditsionerlar, elektrik fumigatorlardan foydalanish maqsadga muvofiqdir. Shuningdek xonadonlar devorlarining pastki qismlarini beton qoplamalari bilan qoplash, ko'chalarni asfaltlashtirish, hovlilarni pishiq g'isht bilan qoplash bilan iskabtoparlarning ko'payishini oldi olinadi.

Turli ma'muriy tuzilmalar, jumladan, Qishloq xo'jaligi vazirligi ishtirokisiz teri leyshmaniozi bilan muvaffaqiyatli kurashib bo'lmaydi. Tibbiyot, ijtimoiy va biologiya fanlari bo'yicha turli xil fanlardan xodimlar, jumladan, entomologiya, mammologiya, parazitologiya, antropologiya va veterinariya fanlari bo'yicha shifokorlar va tadqiqotchilarni ham jalb qilish muhim.

Farmakologik xavfsizlik tizimlari teri leyshmaniozi bilan kurashishda muhim omillardan biri hisoblanadi. Bu kasallikka qarshi yangi dori vositalarini topish bo'yicha muhim ishlar amalga oshirilgan bo'lsa-da, davolash dasturlarining samaradorligiga, ayniqsa, toksiklik muammolari, kam daromadli mamlakatlarda bemorlarning davolanishga rioya qilmasligi kabi omillar ta'sir ko'rsatadi. Turli xil dorilar qo'llanilib davolashning xalqaro tajribalarini o'rganish kerak. Nojo'ya ta'sirlar va ularni farqlash, nojo'ya ta'sirlarning jiddiylik darajasini va ular qaysi dori vositasi bilan bog'liqligini aniqlash kasallik bilan kurashishda juda muhimdir.

Har qanday milliy nazorat dasturi, miqyosi kichik bo'lsada, maqsadlar, usullar va jadvallarning aniq tavsifi bilan puxta ishlab chiqilgan rejaga asoslanishi kerak. Tadqiqotchilar va kasalliklar dasturini ishlab chiquvchi mutaxassislar bu

tadbirlarda ishtirok etishlari kerak va reja Sog'liqni saqlash vazirligi tomonidan rasmiy ravishda qabul qilinishi va milliy sog'liqni saqlash siyosatining bir qismiga aylanishi kerak. Hukumat tomonidan nazorat dasturi va tegishli byudjetning qabul qilinishi uning barqarorligini kafolatlaydigan siyosiy va ma'muriy majburiyatlarni nazarda tutadi.

VITILIGO AND THYROID DISORDERS

Yunusova Kh.R., Abidov Kh.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Aim of the research. To study the existing research relevant to the thyroid disorders in patients with vitiligo, taking into account the data of the world literature.

Materials and methods. The analysis of scientific articles, publications and databases in international scientific sources Elsevier, Scopus, PubMed, Medline and Cochrane Library on the features of the clinical course of atopic dermatitis in children was carried out. Various types of research approaches have been used in the research, including clinical observations, randomized clinical trials, and systematic reviews.

Results. Vitiligo is a common depigmenting skin disorder that has an estimated prevalence of 0.5–2% of the population worldwide. Vitiligo is characterized by the selective loss of melanocytes, which in turn leads to pigment dilution in the affected areas of the skin. Males and females are equally affected. Twenty-five percent of vitiligo patients develop the disease before the age of 10 years, almost half of patients with vitiligo develop the disease before the age of 20 years. The NALP1 gene on chromosome 17p13, encoding the NACHT leucine-rich repeat protein 1, is a regulator of the innate immune system. It has been linked to vitiligo-associated multiple autoimmune disease, a group of diseases including

various combinations of vitiligo, autoimmune thyroid disease, and other autoimmune and autoinflammatory syndromes (Bergqvist et al., 2020).

Results from a 2019 review found that, among people with vitiligo, the most common thyroid diseases were: subclinical hyperthyroidism, overt hyperthyroidism, subclinical hypothyroidism, overt hypothyroidism, Graves' disease, and Hashimoto thyroiditis (Yuan et al., 2019). The melanocytes attacked by the autoimmune disease are present in the eyes and ears, not just the skin, so vitiligo can adversely affect vision and hearing. Studies have shown that approximately 20% of people with vitiligo also have other autoimmune conditions. Thyroid disorders, such as Graves' disease and Hashimoto's disease, are the most common.

Other autoimmune disorders associated with vitiligo can include type 1 diabetes, alopecia areata, rheumatoid arthritis, pernicious anemia, and systemic sclerosis. Melanocytes are also present in the cochlea found in the inner ear. In some cases of vitiligo, immune cells attack cochlear melanocytes, causing hearing loss. It is estimated that between 12% and 38% of people with vitiligo have some hearing loss (Sutherby, 2023).

Conclusions. Vitiligo is not merely a cosmetic skin disorder but a complex autoimmune condition with significant systemic implications. Disease manifests through the destruction of melanocytes, leading to pigment loss in the skin, and potentially impacting vision and hearing. The disease predominantly begins in youth, underscoring an urgent need for early diagnosis and comprehensive management strategies. Genetic factors, such as the NALP1 gene, highlight the autoimmune nature of vitiligo and its association with multiple other autoimmune disorders, particularly thyroid diseases. This association further complicates the clinical management of vitiligo, requiring a multidisciplinary approach to address the broad spectrum of potential comorbidities. Given the significant prevalence of associated autoimmune disorders, particularly thyroid dysfunctions and potentially debilitating conditions like hearing loss, it is crucial for ongoing research to focus on unraveling the intricate pathophysiological mechanisms of vitiligo. This will aid

in developing targeted therapies that not only address the depigmentation but also mitigate the broader health impacts of the disease.