

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

№3-4.2020 (91-92)

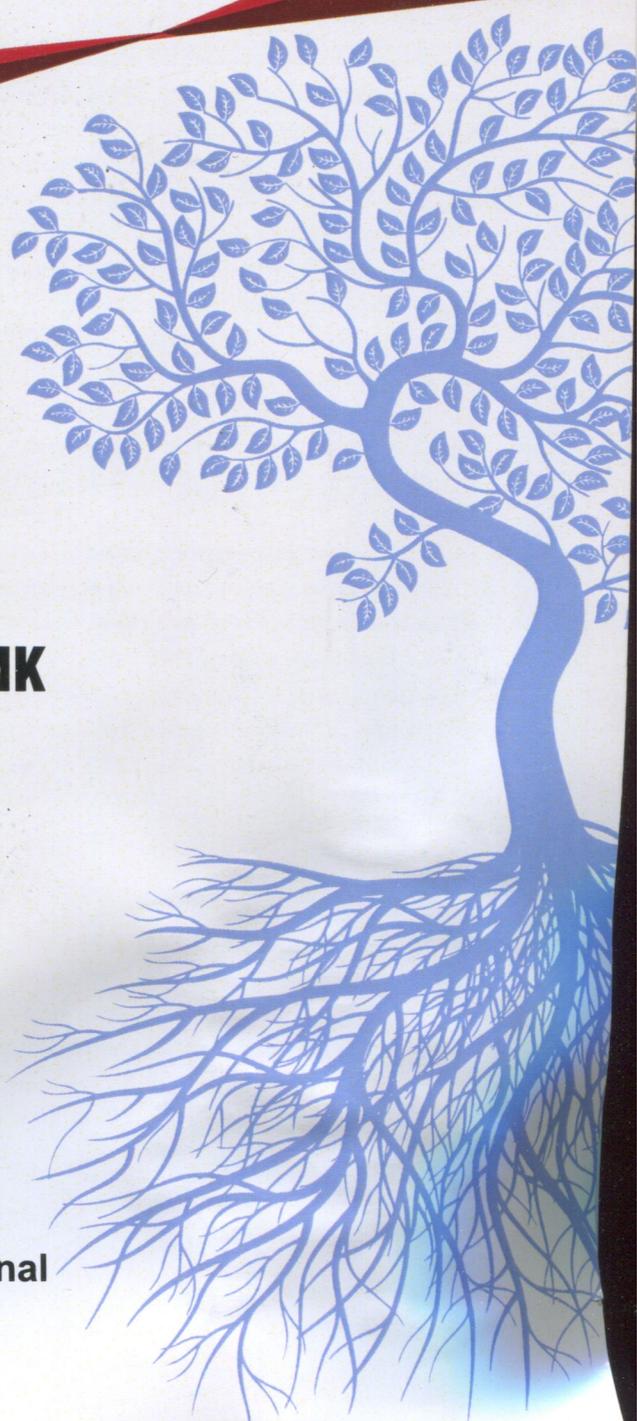
ISSN 2091-5969

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК
ЯНГИЛИКЛАРИ

Марказий Осиё илмий-амалий журнали

THE NEWS
OF DERMATOVENEROLOGY
AND REPRODUCTION HEALTH

Central Asian Scientific and Practical Journal



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ УЗБЕКИСТАНА
КЛИНИКА «MANLIYO-SHIFO» & Y

«Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья»
Рецензируемый научно-практический журнал
Публикуется 4 раза в год
Основан в 1997 году

«The news of dermatovenerology and reproduction health»
is a peer reviewed journal, is published 4 times a year

Журнал входит в перечень научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК при Кабинете Министров Республики Узбекистан при защите докторских диссертаций.

Журнал зарегистрирован Госкомитетом Республики Узбекистан по печати и информации
Лицензия №0527 от 13. 02. 2009 г.

А Д Р Е С Р Е Д А К Ц И И:

г. Ташкент, Шайхонтохурский район,
проезд Лабзак, 10 Клиника «Maxliyo-shifo»

Тел: (+99871) 244-06-33
(+99890) 978-38-78
(+99890) 353-14-45

E-mail: dermatol47@mail.ru
сайт: www.ndrz.uz

Зав. редакцией: Ф. Ф. Хашимов
Менеджер по распространению: Ж. М. Умаров
Компьютерный набор и верстка: М. Т. Ташпулатов

Подписной индекс — 1039
1042

За содержание рекламных материалов
ответственность несет рекламодатель

Подписано в печать 10.12.2020

Формат 60X84 1/8
Печать офсетная
Цена договорная
Тираж 1000 экз.

Заказ №45 от 22.12.2020 г.

ООО «ALPHA OMEGA Marketing»
Адрес: г. Ташкент, пр. Мустакиллик, 63
Тел.: 71 268-16-54; факс: 71 268-16-53
e-mail: print@alphaomega.uz

TOSHKENT TIBBIYOT
AKADEMIYASI KUTUBXONASI
№ _____

YUQA BERKIN
TUMKIN EMAS

ASOSIY O'QUV ZALI

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

№3-4 (91-92)
2020 год

ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор — Ваисов А. Ш.
Зам. гл. редактора — Маннанов А. М.
Зам. гл. редактора — Курбанов Д. Д.
Отв. секретарь — Рахматов А. Б.

Абдуллаев М.И., Азизов Б.С., Арифов С.С.,
Артыков А.Ф., Атабеков Н.С., Аюпова Ф.М., Ваисов
И.А., Джаббарова Ю.К., Ибрагимов О.Д., Имамов
О.С., Исмаилова Г.А., Каримов А.Х., Каримова
Ф.Д., Магрупов Б.А., Мухамедов И.М.,
Нажмитдинова Д.К., Пахомова Ж.Е., Порсохонова
Д.Ф., Сабиров У.Ю., Садыков А.А., Султанов С.Н.,
Ташкенбаева У.А., Хайтов К.Н., Шодиев Х.К.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адаскевич В.П. (Беларусь, Витебск)
Алимов Б.Д. (Узбекистан, Ташкент)
Абдуллаев Т.А. (Узбекистан, Ташкент)
Абидов А.М. (Узбекистан, Ташкент)
Акилов Ф.А. (Узбекистан, Ташкент)
Батпенова Г.Р. (Казахстан, Астана)
Гюнеш А. (Турция)
Заславский Д.В. (Россия, Санкт-Петербург)
Зоиров П.Т. (Таджикистан, Душанбе)
Зуфарова Ш.А. (Узбекистан, Ташкент)
Исмаилова А.М. (Туркменистан, Ашгабад)
Каримова Д.Ф. (Узбекистан, Ташкент)
Кешилева З.Б. (Казахстан, Алматы)
Кумар Р. (Индия, Дели)
Литус О.И. (Украина, Киев)
Лукьянов А.М. (Беларусь, Витебск)
Мусабаев Э.И. (Узбекистан, Ташкент)
Набиев Т.А. (Узбекистан, Ташкент)
Олисова О.Ю. (Россия, Москва)
Рахимов И.Р. (Узбекистан, Ташкент)
Саипов С.С. (Узбекистан, Ташкент)
Эшбоев Э.Х. (Узбекистан, Ташкент)

К 100 ЛЕТИЮ ТМА

ВЫСШЕЕ МЕДИЦИНСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В УЗБЕКИСТАНЕ И ЕГО РОЛЬ В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ <i>А.Ш. Ваисов</i>	4
КАРДИОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА: ИТОГИ И ПЕРСПЕКТИВЫ <i>Р.Д. Курбанов</i>	15
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИДА СТОМАТОЛОГИЯ СОҲАСИНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА ТИББИЁТ ИНСТИТУТИДА СТОМАТОЛОГИЯ ФАКУЛЬТЕТИ ҲАМДА КАФЕДРАЛАРИНИНГ ЎРНИ ВА УЛАРИНИНГ ТАРИХИ <i>Р.Н. Нигматов</i>	20
РОЛЬ ВТОРОГО ТАШКЕНТСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО ИНСТИТУТА В РАЗВИТИИ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ В УЗБЕКИСТАНЕ <i>Х.Я. Каримов</i>	27
ПРОФЕССОР. А.И.ЛЕБЕДЕВ (1887-1923) — ОСНОВОПОЛОЖНИК НАУЧНОЙ ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ <i>А.Ш. Ваисов, С.С. Арифов, Л.В. Белова</i>	28

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ У БОЛЬНЫХ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ <i>А.Б. Рахматов, Ю.Ю. Котилевская, И.Т. Карабаева, М.К. Халдарбеков</i>	32
АНАЛИЗ РОЛИ ПОЛИМОРФНОГО ВАРИАНТА RS1800629 ГЕНА TNF-В МЕХАНИЗМЕ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ПОТЕРИ ПЛОДА <i>Н.Н. Мавлянова, К.Т. Бобоев</i>	34
ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО <i>А.Ш. Ваисов, Мунир Ахмад</i>	38
ВПГ ИНФЕКЦИЯ, ЕГО РОЛЬ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ, ГЕРПЕТИЧЕСКИЙ ЭНЦЕФАЛИТ У НОВОРОЖДЕННЫХ ВЫЗВАННЫМ ВПГ <i>А.А. Абдулазизова, Р.С. Наврузова</i>	42
COVID-19 PANDEMIYASI DAVRIDA DERMATOLOGIK MUAMMOLAR <i>U.A. Tashkenbaeva, I.B. Nurmatova, F.F. Xashimov</i>	44
ВЛИЯНИЕ ВИТИЛИГО НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ <i>А.Ш. Ваисов, Мунир Ахмад</i>	48
ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО <i>Мунир Ахмад</i>	51
РОЛЬ ТРАНСФОРМИРУЮЩЕГО ФАКТОРА РОСТА - БЕТА-2 В ПАТОГЕНЕЗЕ АДЕНОМИОЗА И МИОМЫ МАТКИ <i>Н.Д. Муратова, Н.Ж. Сулеймонова, З.А. Ходжаева, Д.Д. Эшонходжаева</i>	56
ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПЛОДА <i>М.Х. Каттаходжаева, З.М. Умаров, А.Т. Сафаров, Н.Ж. Сулеймонова, Л.С. Абдуллаева</i>	58
НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ МЫШЦ ТАЗОВОГО ДНА У ЖЕНЩИН НЕСТРЕССОВОЕ НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ: МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ <i>Р.С. Наврузова, Х.М. Саатова</i>	60
СОСТОЯНИЕ ОКИСЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ И АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ В КРОВИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ <i>Н.Ж. Эрматов, У.А. Ташкенбаева, Т.К. Абдужаббаров</i>	64
ПРОГНОЗИРОВАНИЕ НАРУШЕНИЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У ЖЕНЩИН ПЕРЕНЕСШИХ ПОСЛЕАБОРТНЫЙ ЭНДОМЕТРИТ <i>Л.М. Абдуллаева, А.Р. Нигматшайева, Д.Х. Мамажалилова</i>	66

ОБМЕН ОПЫТОМ

ПОЭТАПНОЙ КОНТРОЛЬ И ЛЕЧЕНИЯ КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>С.С. Гойибов, Р.Б. Юсупбаев</i>	72
---	----

TO THE 100TH ANNIVERSARY OF TMA

HIGHER MEDICAL EDUCATION IN UZBEKISTAN AND ITS ROLE IN DEVELOPMENT OF DERMATOVENEROLOGICAL SERVICE <i>A.Sh. Vaisov</i>	4
CARDIOLOGY OF UZBEKISTAN: RESULTS AND PROSPECTS <i>R.D. Kurbanov</i>	15
THE PLACE AND HISTORY OF THE FACULTY OF DENTISTRY AND DEPARTMENTS IN THE INSTITUTE OF MEDICINE IN THE DEVELOPMENT OF THE FIELD OF DENTISTRY IN THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN <i>R.N. Nigmatov</i>	20
ROLE OF THE SECOND TASHKENT STATE MEDICAL INSTITUTE IN THE DEVELOPMENT OF HIGHER MEDICAL EDUCATION AND SCIENCES IN UZBEKISTAN <i>Kh.Ya. Karimov</i>	27
PROFESSOR A.I. LEBEDEV (1887-1923) - FOUNDER OF SCIENTIFIC DERMATOLOGY AND VENEROLOGY IN CENTRAL ASIA <i>A.Sh. Vaisov, S.S. Arifov, L.V. Belova</i>	28

ORIGINAL ARTICLES

GENETIC ANALYSIS IN PATIENTS WITH EPIDERMOLYSIS BULLOSA <i>A.B. Rakhmatov, Yu.Yu. Kotilevskaya, I.T. Karabaeva, M.K. Khaldarbekov</i>	32
ANALYSIS OF THE ROLE OF THE RS1800629 POLYMORPHIC VARIANT OF THE TNF- GENE IN THE MECHANISM OF DEVELOPMENT OF FETAL LOSS SYNDROME <i>N.N. Mavlyanova, K.T. Boboyev</i>	34
ON THE EFFECTIVENESS OF PATHOGENETIC THERAPY FOR VITILIGO <i>A.Sh. Vaisov, Dr. Munir Ahmad</i>	38
HSV INFECTION, ITS ROLE IN PREGNANCY, HERPETIC ENCEPHALITIS IN NEWBORNS CAUSED BY HSV <i>A.A. Abdulazizova, R.S. Navruzova</i>	42
DERMATOLOGICAL PROBLEMS DURING THE COVID-19 PANDEMIC <i>U.A. Tashkenbaeva, I.B. Nurmatova, F.F. Khashimov</i>	44
THE INFLUENCE OF VITILIGO ON THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF PATIENTS <i>A.Sh. Vaisov, Munir Ahmad</i>	48
QUESTIONS OF ETIOPATHOGENESIS AND VITILIGO THERAPY <i>Munir Ahmad</i>	51
THE ROLE OF THE TRANSFORMING GROWTH FACTOR - BETA-2 IN PATHOGENESIS OF ADENOMIOSIS AND UTERINE FIBROUS <i>N.D. Muratova, N.J. Sulaimonova, Z.A. Khodzhaeva, D.D. Eshonkhodzhaeva</i>	56
ON THE TACTICS OF MANAGEMENT OF DELIVERIES IN BREECH PRESENTATIONS <i>M.Kh. Kattakhodjayeva, Z.M. Umarov, A.T. Safarov, N.J. Suleymanova, L.S. Abdullayeva</i>	58
VIOLATION OF PELVIC FLOOR MUSCLE FUNCTION IN WOMEN NON-STRESS URINARY INCONTINENCE: METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT <i>R.S. Navruzova, X.M. Saatova</i>	60
THE STATE OF OXIDATIVE PROCESSES AND ANTIOXIDANT PROTECTION IN BLOOD OF PATIENTS WITH CHRONIC URTICARIA <i>N.Zh. Ermatov, U.A. Tashkenbayeva, T.K. Abdujabbarov</i>	64
FORECASTING REPRODUCTIVE FUNCTIONAL DISORDERS IN WOMEN WITH POST-BASED ENDOMETRITIS <i>L.M. Abdullayeva, A.R. Nigmatshayeva, D.X. Mamajalilova</i>	66

EXCHANGE OF EXPERIENCE

STEP-BY-STEP CONTROL AND TREATMENT OF BLEEDING IN OBSTETRIC PRACTICE <i>S.S. Goyibov, R.B. Yusupbaev</i>	72
---	----

СОСТОЯНИЕ МИНЕРАЛЬНОЙ ПЛОТНОСТИ КОСТИ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОЭСТРОГЕНИЕЙ З.И. Исмаилова, Д.Ш. Азизова, Г.Д. Азизова, Э.И. Азимова	75	CONDITION OF MINERAL BONE DENSITY IN WOMEN OF FERTILITY AGE WITH CHRONIC HYPOESTROGENIYA Z.I. Ismailova, D.SH. Azizova, G.D. Azizova, E.I. Azimova	75
ВРОЖДЕННЫЙ ИХТИОЗ А.Б. Рахматов, М.Т. Алишева	77	CONGENITAL ICHTHYOSIS A.B. Rakhmatov, M.T. Alisheva	77
ХАРАКТЕРИСТИКА МИКРОФЛОРЫ ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С МИОМОЙ МАТКИ М.Н. Негматуллаева, М.М. Рахматуллаева, Н.О. Нурханова, Ф.И. Саидова	82	CHARACTERISTICS OF THE VAGINAL MICROFLORA IN WOMEN WITH UTERINE FIBROIDS M.N. Negmatullayeva, M.M. Rakhmatullayeva, N.O. Nurhanova, F.I. Saidova	82
НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЛАНТАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ Ф.М. Аюпова, У.Х. Солиева, Ф.Б. Миродилова	85	SOME ASPECTS OF THE USE OF RELANTAN IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF MISCARRIAGE F.M. Ayupova, U.Kh. Solieva, F.B. Mirodilova	85
МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ АСПЕКТЫ ОЗОНОТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ Х.П. Камиллов, Ш.И. Самадова, З.Х. Адилходжаева, М.Х. Ибрагимова	89	MICROBIOLOGICAL ASPECTS OF OZONOTHERAPY IN TREATMENT OF PATIENTS WITH EROSIVE-ULCER OF RED LICHEN PLANUS X.P. Kamilov, Sh.I. Samadova, Z.Kh. Adilxodjayeva, M.Kh. Ibragimova	89
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ОЗОНОТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ Ш.И. Саматова, Х.Х. Адилходжаева, Х.П. Камиллов, М.Х. Ибрагимова	92	EFFICIENCY OF OZONOTHERAPY IN PATIENTS WITH EROSIVE-ULCER FOR RED LICHEN PLANUS Sh.I. Samatova, Kh. Kh. Adilxodjayeva, Kh.P. Kamilov, M. Kh. Ibragimova	92
НАШ ОПЫТ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ Ш.А. Юсупова	95	OUR EXPERIENCE IN THE TREATMENT OF GENITAL WARTS Sh.A. Yusupova	95
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДА ПЕРИМENOПАУЗЫ У ЖЕНЩИН С ЭНДОМЕТРИОЗОМ А.Т. Ахмедова	97	PECULIARITIES OF THE PERIMENOPAUSE PERIOD IN WOMEN WITH ENDOMETRIOSIS A.T. Akhmedova	97

ТЕЗИСЫ

ЦИТОКИНЫ И МИКОЗЫ СТОП Н.Д. Икрамова, Х.Р. Халидова, А.А. Тастанов	101	ПРИНЦИПЫ ПЕРСОНИФИЦИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ЗООНОЗНОЙ ТРИХОФИТИИ С УЧЕТОМ АКТИВНОСТИ ФЕРМЕНТОВ ЦИТОХРОМА P-450 ЛЕКАРСТВЕННЫХ ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ О.С. Имамов	108
ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ И ОНИХОПАТИИ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ О.Д. Ибрагимов, М.Н. Солметова	102	СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ МИКРОБИОМА КОЖИ У СПОРТСМЕНОВ РАЗЛИЧНОЙ СПЕЦИАЛИЗАЦИИ В ПЕРИОДЫ ТРЕНИРОВОК А.А. Садиқов, Г.Ш. Тохтаев	109
НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМENOПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С.А. Тилляева, Д.Р. Худоярова	102	КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ У.А. Ташкенбаева, Х.Х. Сафаров, Г.Ш. Тохтаев	109
ПРОБЛЕМА СТИГМАТИЗАЦИИ ВИТИЛИГИНОЗНЫХ ПЯТЕН В СОВРЕМЕННОЙ ИНДИИ Мунир Ахмад	103	РЕАМБЕРИН В ЛЕЧЕНИИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЙ В ДЕРМАТОЛОГИИ И ФТИЗИАТРИИ А.Ш. Ваисов, И.Н. Парпиева, И.С. Саипова	110
РОЛЬ ОКСИДА АЗОТА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП И.Р. Рахимов, З.М. Абидова, Н.Дж. Икрамова, М.Р. Махсудов, А.А. Тастанов	103	ЭНДОМЕТРИЙ ГИПЕРПЛАСТИК ЖАРАЁНЛАРИНИ ЭРТА ТАШХИСЛАШГА ЗАМОНАВИЙ ЁНДАШУВ УСУЛЛАРИ З.М. Назирова	110
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ЭРОЗИВНО-ЯЗВЕННОЙ ФОРМЫ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ ПО ДИНАМИКЕ МЕСТНЫХ ИМУННЫХ ФАКТОРОВ М.Х. Ибрагимова, Ш.И. Самадова, З.Х. Адилходжаева, Х.П. Камиллов	104	ПСОРИАТИЧЕСКИЙ АРТРИТ: ЛАБОРАТОРНАЯ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА Г.Ш. Тохтаев, Х.Х. Сафаров, К.З. Маликов, Н.Ф. Ниязбекова, Б.Р. Саидов	111
ФАВКУЛОДДА ВАЗИЯТНИНГ УЗОК МУДДАТЛИ ШАРОИТИДА МИГРАНТЛАР ОРАСИДА ОИВ ИНФЕКЦИЯСИ ЭПИДЕМИЯСИНИНГ ЎЗГАРИШ ХУСУСИЯТЛАРИ Н.Р. Кадинова	105	НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ. АНАЛИЗ МАТЕРИАЛА КАНЦЕР-РЕГИСТРА Г.ТАШКЕНТА ЗА 2015-2019 ГГ. М.Н. Солметова, М.А. Гафур-Ахунов, А.Ш. Ваисов	112
ОЦЕНКА БИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ С ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД Ф.М. Аюпова, С.С. Исмаилова, У.М. Юсупова	106	ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФИЛЬТРАТИВНО-НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИИ НА ФОНЕ ГИПОВИТАМИНОЗА Д О.С. Имамов, И.Н. Абдувахитова	113
ЭНДОМЕТРИЙ ПРОЛИФЕРАТИВ ЖАРАЁНЛАРИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ З.М. Назирова	106	НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ У ЖЕНЩИН В ПРЕМENOПАУЗАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ С.А. Тилляева, Д.Р. Худоярова	113
НАРУШЕНИЯ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ Н.М. Ахмедова	107	FEATURES OF NEVUSES IN THE JAW OF THE FACE AND PROBLEMS WITH THEIR TREATMENT K. G. Ismoilxo'djayeva	113
		НЕКРОЛОГ	
		НАДЖИЮЛЛА ХАБИБУЛЛАЕВИЧ ШАМИРЗАЕВ	115

ВЛИЯНИЕ ВИТИЛИГО НА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТОВ

А.Ш. Ваисов (Узбекистан), Мунир Ахмад (Индия)

*Кафедра дерматовенерологии (зав.кафедрой - д.м.н. Ташкенбаева У.А.)
Ташкентской медицинской академии*

Витилигонинг беморларнинг психо-эмоционал ҳолатига таъсири

А.Ш. Ваисов, Мунир Ахмад

Мақолада витилигога чалинган беморларга атрофдагиларнинг салбий муносабати ҳамда шундай касаллиги бўлган одамларнинг психо-эмоционал ҳолати тарихи юзасидан ўтказилган тадқиқотлари натижалари келтирилган.

The influence of vitiligo on the psycho-emotional state of patients

A.Sh. Vaisov (Uzbekistan), Munir Ahmad (India)

The article presents the results of our own research on the history of the negative attitude of others to patients with vitiligo and psycho-emotional self-esteem of persons with white spots.

Среди заболеваний, проявляющихся депигментированными пятнами на коже, наиболее актуальными являются витилиго и лепра (проказа) [2,3,5,16]. Ошибочное отождествление этих двух разных заболеваний в историческом прошлом, привело к тому, что белые пятна у больного всегда оценивались как признак наличия проказы с последующей неотвратимой изоляцией от общества [6,12,15,17].

Несмотря на успехи санитарно-просветительской работы и выработки понимания, что витилиго не заразен и не представляет опасности ни самому больному, ни его окружающим, белые пятна остаются признаком «плохой» болезни. Отрицательное отношение окружающих к больным витилиго сохранилось до настоящего времени [1,11]. Неясность причин витилиго и отсутствие гарантированного его излечения объясняют ситуацию, когда появление депигментированных пятен и сегодня заставляет вспомнить о лепре, что вызывает ужас у человека, и нередко служит причиной полной или относительной изоляции и самоизоляции больных, и становится катастрофой для других членов семьи [6,18,19].

За эти годы достигнуты большие успехи в излечении и ликвидации лепры [25,29,31,32]. Эффективное лечение лепры с помощью дапсона привело к отказу от политики обязательной изоляции [20,27,28], а разработка комбинированной высокоэффективной терапии (дапсон, рифампицин и клофазимин), позволило добиться полного излечения больного и объявить в мае 2001 года о глобальной ликвидации лепры как проблемы общественного здравоохранения [24,30]. Генеральная Ассамблея приняла резолюцию [14] о необходимости ликвидации дискриминации в отношении лиц, страдающих проказой, и членов их семей [8,9,33]. Однако, Лепра остаётся проблемой сегодняшнего дня. Возникшая надежда, что широкий доступ к эффективной терапии позволит искоренить лепру и сопровождающие ее стигматизацию и дискриминацию не оправдались. И сегодня больные лепрой и «лица с проявлениями, напоминающими «лепру» всё ещё подвергаются преследованиям со

стороны своих сообществ и семей, [4,10,14,18,20,21].

Дискриминация в отношении этих лиц распространена и проявляется чаще на уровне межчеловеческих отношений. Чаще это лица, у которых появились витилигинозные пятна, и их семьи, которые подвергаются угнетению, социальной изоляции и насилию. Такая, демонстративная дискриминация зачастую вызывает тяжелую депрессию, критически низкую самооценку и психические расстройства, часто приводит к самоизоляции и самоустранению.

Цель работы. Выявить показатели тревожности среди больных витилиго, а также влияние социально-биологических факторов (пол, возраст) и особенностей клиники (возраст дебюта заболевания, давность, локализация и распространённость кожного процесса) на качество жизни больных витилиго.

В исследуемую выборку вошли 112 больных витилиго в возрасте от 9 до 74 лет (средний возраст составил $34,6 \pm 2,21$ лет) с диагнозом витилиго по МКБ 10. Из них 52 (49,5%) — мужчин, 60 (53,6%) — женщин.

Одной из составляющих понятия «качество жизни» является социальная активность. Выделено три степени социальной активности обследованных больных. Первая степень — низкая социальная активность — это пенсионеры, безработные (13,4%). Вторая степень — средняя социальная активность (32,1%). В эту группу были отнесены лица, чьи профессии не связаны с общественной деятельностью (например, дворник, водитель, электрик, повар и др.). Третью группу (высокая социальная активность) составили больные витилиго (54,5%), которые в силу своей учёбы и профессии вынуждены активно общаться с людьми.

В психологическом исследовании приняли участие 112 больных витилиго. Применялись адаптированная методика: шкала самооценки Ч.Д. Спилбергера, Ю.Л. Ханина (реактивная и личностная тревожность). Все больные заполняли анкеты шкалы реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера-Ю.Л. Ханина. Эта методи-

ка позволяет сделать первые и существенные уточнения о качестве интегральной самооценки личности: является ли нестабильность этой самооценки ситуативной или постоянной, т. е. личностной. Эта методика, является развернутой субъективной характеристикой личности. Результаты опроса оценивались в градациях:

- Если оценка тревожности составляет 30 или меньше, испытуемый не испытывает особого беспокойства в это время, т.е. тревожность низкая.

- Если показатель тревоги находится в диапазоне от 31 до 45, испытуемый в это время испытывает определенную тревогу, то есть тревожность средняя.

- Если оценка тревожности 46 или выше, испытуемый в это время испытывает определенную тревогу, т.е. тревожность высокая.

При сборе анамнеза, из 32 мужчин, в возрасте от 19 до 64 лет, 25 (78,1%) человек указали, что были женаты, из них 8 мужчин были разведены в сроки, от 2 месяцев до 2 лет супружеской жизни. Трое мужчин были женаты по 2-3 раза.

Из 35 женщин в возрасте от 19 до 72 лет, только 19 (54,3%) хоть раз были в официальном браке, из них были разведены 9 женщин в сроки от нескольких недель до 1 года после замужества. Причиной разводов были белые пятна на коже супругов.

Среди 112 больных витилиго, лиц занимающихся физическим трудом (работники транспорта, сельского хозяйства и частного бизнеса, строители) было 42 человека (37,5%), а служащих (инженерно-технические работники, преподаватели, врачи, научные работники) — 10 (8,9%), а пенсионеров — 3 (2,7%), не работающих (лица активного возраста) — 20 (17,9%), учащихся школ, техникумов и студентов — 37 (33%).

Давность заболевания витилиго составляла от нескольких месяцев до 26 лет. Давность заболевания до 5 лет отметили 54 (48,2%) больных, от 6 до 10 лет — 29 (25,9%), от 11 до 15 лет — 18 (16,1%), от 16 до 20 лет — 7 (6,2%), и от 21 до 26 лет — 4 (3,6%) пациента.

Дебют витилиго чаще отмечался в возрасте от 6 до 20 лет (50 %). Так, появление первых признаков витилиго отмечали: в возрасте до 5 лет — 17 больных (15,2%), от 6 до 10 лет — 27 (24,1%), от 11 до 20 лет — 29 (25,9%), от 21 до 25 лет — 16 (14,3%) от 26 до 30 лет — 8 (7,1%), от 36 до 40 лет — 6 (5,4%), от 41 до 45 лет — 4 (3,6%), от 46 до 50 лет — 3 (2,7%) и старше 50 лет — 2 (1,8%) больных.

65,2% больных появление первых витилигинозных пятен отмечали в возрасте до 20 лет, причем более половины мужчин отмечают начало заболевания в возрасте от 14 до 20 лет, а женщин — в возрасте от 10 до 16 лет.

В качестве предполагаемой причины возникновения витилиго (по данным анамнеза) пациенты отмечали психоэмоциональное перенапряжение и стресс (60,5%), простудные заболевания (17,8%), алкоголь (5,7%), травмы (физические) (5,1%). Ни с чем не связывали возникновение витилиго 5,8% больных.

Появление первых элементов и прогрессирование витилигинозного процесса весной и летом отметили 68 (60,7%) больных, в осенне-зимний период — 34 (30,6%). Остальные 10 (8,9%) человек не указали связи течения процесса с временами года.

Для витилигинозных больных оказалось характерным стремление скрыть наличие витилиго в семье и среди близких. При сборе анамнеза до 1 курса лечения установили наличие витилиго в семье у 3 (2,7%) больных. В процессе наблюдения больных, в семье у 14 (12,5%) из них установлено наличие витилиго у одного из родителей, братьев, сестер, близких родственников. Из них у 6 (5,4%) больных отмечалось наличие витилиго в нескольких поколениях.

Известно, что локализация первых витилигинозных пятен многообразна, но можно выделить особо излюбленные участки, чаще поражаемые при этом заболевании (Табл. №1).

У 62 (55,4%) больных наблюдали распространенное, у 50 (44,6%) — ограниченное витилиго. Из них у 89 (79,5%) процесс носил симметричный, у 23 (20,5%) — ассиметричный характер.

Больных с одним или несколькими ограниченными пятнами (фокальная форма) было 31, с высыпаниями по ходу или сплетения (сегментарная форма) — 18, и поражением слизистой губ — 1. Из больных с генерализованным витилиго поражение кистей, стоп и лица (acrofacial форма) наблюдали у 28, множественные беспорядочно расположенные пятна (vulgar form) — у 16, почти полную депигментацию кожного покрова (universal form) — у 8.

У 7 больных с генерализованной формой витилиго, имелись очаги депигментации вокруг родимых пятен в виде венчики или на их месте (болезнь Сеттона).

10 (8,9%) больных отмечали субъективные ощущения в виде зуда, чувства жжения различной ин-

Таблица 1.

Локализация первичного очага

Количество больных							
Голова, лицо, шея	Туловище	Плечо, предплечье, локти	Кисти рук	Бедро, голень	Стопы	Гениталии	Слизистая губ
11	14	26	19	24	11	6	1

тенсивности, которые предшествовали появлению витилигинозных пятен. Появление и быстрое распространение процесса в течение нескольких дней отметили 2 (1,8%) больных.

У 8 больных с универсальным витилиго высыпания располагались почти на всех участках кожного покрова. Из оставшихся 104 больных у 76,8% депигментированные пятна имелись на коже туловища, у 50% — на коже нижних конечностей, у 57,1% — на верхних конечностях, у 33,9% — на лице, у 22,4% — на коже волосистой части головы и у 19,6% — на шее.

Большая часть витилигинозных пятен располагалась на открытых участках тела и участках, наиболее подвергающихся длительному сдавливанию, трению, травмированию. Наибольшие страдания больным представляли белые пятна на лице, шее и кистях рук.

Из анамнеза 46 (41,1%) больных отмечали частую смену места работы и учебы, стремление избегать коллективного труда, потребность к уединению и самоизоляции. Больные отмечают стойкое ощущение постоянного повышенного внимания окружающих к своему заболеванию, постоянно ожидают проявления интереса через жалость или пренебрежение. Эта неопределенность в ожидании реакции окружающих принуждает большинство больных быть в состоянии постоянного психологического напряжения и по возможности избегать контактов с окружающими.

Исследования показали, что риск развития витилиго зачастую связан с перенесенными стрессами, а дальнейшее течение дисхромических расстройств усугубляется депрессией различной сте-

пени выраженности. Психодиагностические тесты показали, что у детей, особенно девочек школьного и подросткового возраста отмечается более высокий уровень личностной тревожности. Среди взрослых было установлено, что низкий уровень реактивной тревожности наблюдается у 12 (10,7%) больных, а у 24 (21,4%) — умеренно выраженная реактивная тревожность. У 76 (67,9%) больных витилиго отмечен высокий уровень личностной тревожности, особенно у лиц с локализацией на открытых частях и небольшой давностью заболевания, и не зависел от площади поражения.

Из 112 больных витилиго у 98 (87,5%) пациентов выявлены депрессивные расстройства различной степени, более выраженные тревожно-депрессивные проявления отмечались у лиц женского пола и недавно заболевших пациентов (не более 2 лет).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Витилиго в большинстве случаев развивается в возрасте до 20 лет, имеет склонность к прогрессированию и хроническому течению. У больных вероятные причины появления депигментированных очагов на коже самые разнообразные. Среди больных подросткового и старшего возраста более половины считают, что депигментированные пятна появились после перенесенного стресса. У лиц женского пола и у больных с локализацией очагов на видимых участках кожи, течение витилиго сопровождается более глубокими психоэмоциональными нарушениями с преобладанием личностной тревожности, депрессивными расстройствами психогенного происхождения с тревожными проявлениями, что негативно влияет на качество жизни пациентов и усугубляет течение витилиго.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдиров Ч.А., Вдовина Н.А., Ибрагимов М.И. Лепра в Каракалпакистане, возможность ее ликвидации как проблемы здравоохранения в ближайшие годы // 3- съезд дерматовенерологов Узбекистана: Сб. науч. статей. - Ташкент, 1997. - С.85-86.
2. Бабаян К. Р., Миракян М. Е., Оганесян С. А. Лепра в Армении // Вопросы дерматологии и венерологии (Алматы) . - 2000. - №1. - С.26-28.
3. Ваисов А.Ш. Дисхромии кожи. Ташкент. Навруз. 2020 г. 340 стр.
4. Ваисов А.Ш. Витилиго. Как с этим жить. // ANATOMICA. Журнал о культуре здоровья. Красоте и качестве жизни // Ташкент. 2020 г. Стр.68-72.
5. ВОЗ. «Оперативное руководство», предназначенное для содействия в адаптации и осуществлении глобальной стратегии борьбы с лепрой на 2016-2020 годы. Август 2016 г.
6. ВОЗ. Глобальная программа по борьбе с лепрой «Руководство по мониторингу и оценке осуществления глобальной стратегии по борьбе с лепрой». Март 2017 г.
7. Дуйко В.В. О противолепрозных мероприятиях в России // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследов. Инстит. обществ. здоровья. - 2013. - № 1.154-157
8. Ещанов Т. Б., Абдиров Ч.А., Ющенко А.А., Урляпова Н.Г. Организация и научные основы ликвидации лепры в каракалпакской эндемической зоне. Нукус, изд. «Каракалпакстан». 2003. - 168 стр.
9. Зоиров П.Т., Косимов А.М. Лепра в Таджикистане. Душанбе, 2005.174 с.
10. Кошевенко Ю.Н. Роль иммунных, вегетативных и психологических нарушений в патогенезе витилиго и методы ее комплексной коррекции. Дисс. д.м.н. М.-1995
11. Монахов С.А. Дифференцированная терапия акне с учетом тяжести кожного процесса и спектра психоэмоциональных расстройств. Автореф. дисс. канд. мед. наук, М. 2005
12. О дифференциальной диагностике витилиго и других гипомеланозов кожи. Харитонов Н.И., Волнухин В.А. // Вестн. дерматол. и венерол. -2002. - № 3. - С. 36-40.
13. Раева Т.В. Психические расстройства в дерматологической клинике (клинико-патогенетические, социально-психологические и реабилитационные аспекты) Автореф. дисс. д-ра мед. наук. Томск. 2006. 50 с.
14. Собиров У.Ю., Эшбоев З.Х. Витилиго. Навруз. Ташкент. 2018г.130 с.
15. Усовецкий И.А. Оценка психоэмоционального состояния больных витилиго. Сборник трудов юбилейной научно-практической конференции «Актуальные вопросы детской дерматологии, венерологии и косметологии». - Москва-2012-С.157-158
16. Шакуров И.Г., Глубокова И.Б., Табашникова А.И. Психоэмоциональный статус и личностно-характерологические особенности пациентов с рубцовыми изменениями кожи. // Вестник дерматол. и венерол, 2009, №2, с 26-28
17. Эшбоев Э.Х. Сведения о заболеваемости лепрой в Узбекистане (1930-2000 гг). Межд. конф. 80-лет противолепрозной службе Р. Казахстан: - Кызылорда, 2009.-С.72-73.
18. Ющенко А.А., Дуйко В.В. К истории отечественной лепрологии // Науч. прак. конф. «Актуал. Вопросы терапии ИППП, и хронич. дерматозов». Екатеринбург, 2008.-С.237.
19. Arole S., Premkumar R., Arole R. et al. Social stigma: a comparative qualitative study of integrated and vertical care approaches to leprosy. Lepr. Rev. 2002. No. 73. P. 186-196.
20. Belkheir N.H., Duweb G.H., El-Berghath A. Vitiligo: epidemiology and manifestations // JEADV, 2008, 37:281-288

21. Claudio Guedessalgado, and others, «are leprosy case numbers reliable?», *lancet*, vol. 18, no. 2 (february 2018), pp. 135-137.

22. Dako-gyeke, «Courtesy stigma: a concealed consternation among caregivers of people affected by leprosy», *social science and medicine* (january 2018), pp. 190-196.

23. Elpem D.J. Toward a better understanding of «psychocutaneous disorders»// *Inter J of Dermatol*; 48(12); 1395-1396

24. Grimes P.E. New insights and new therapies in vitiligo. / *JAMA*, 2005;293:730-5.

25. Kumar, Bhushan; Uprety, Shraddha; Dogra, Sunil (2016-02-11). «Clinical Diagnosis of Leprosy». *International Textbook of Leprosy*. Retrieved 2019-02-12.

26. «Leprosy as a multilayered biosocial phenomenon: the comparison of institutional responses and illness narratives of an endemic disease in brazil and an imported disease in portugal», *clinics in dermatology*, vol. 34, no. 1 (2016), pp. 16-23.

27. Leprosy elimination: World Health Organization. Archived from the original on 2014-03-14. Retrieved 2019-07-03.

28. Michel F. Lechat, «the saga of dapsone», in *multidrug therapy against leprosy: development and implementation over the past 25 years*, h. Sansarricq, ed. (Geneva, WHO, 2004), pp. 1-7.

29. Moschella, Samuel L; Garcia-Albea, Victoria (September 2016). «International Textbook of Leprosy» (PDF). *Differential Diagnosis of Leprosy*. p. 3, Section 2.3. Retrieved July 4, 2019.

30. Rafferty J. Curing the stigma of leprosy. *Lepr. Rev.* 2005. No. 76. P. 119-126.

31. WHO regional office for south-east asia. *Global leprosy strategy 2016-2020. Accelerating towards a leprosy-free world - operational manual* (new delhi, 2016), pp. 5-6.

32. WHO, *weekly epidemiological record*, no. 35 (92) (2017), pp. 501-520. 13 *ibid.* A/hrc/38/42 6 ge.18-07219

33. WHO *Global leprosy update, 2015 time for action, accountability and inclusion*. *weekly epidemiol. Rec.* 2016.no. 35. P. 405-420.

ВОПРОСЫ ЭТИОПАТОГЕНЕЗА И ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

Мунир Ахмад

Кафедра дерматовенерологии (зав.каф.- д.м.н. Ташкенбаева У.А.) ТМА

Витилиго этиопатогенези ва даволаш масалалари

Мунир Ахмад

Мақолада меланогенез бузилишининг турли омиллари аҳамияти, шунингдек, витилиго хасталигининг этиопатогенези, таснифи, клиник кўринишлари ва даволаш чораларига замонавий ёндашувлар ёритилган замонавий мақолалар шарҳи келтирилган

Таянч сўзлар: витилиго, меланогенез, ПУВА.

Questions of etiopathogenesis and Vitiligo therapy

Munir Ahmad

The article provides a review of publications revealing the modern understanding of the role of various factors in the violation of melanogenesis, as well as etiopathogenesis, classification, clinic and therapy of vitiligo.

Key words: vitiligo, melanogenesis, PUVA.

Витилиго встречается у 1% населения повсеместно независимо от расовой, половой или возрастной принадлежности. Витилиго возникает в любом возрасте, но наиболее часто от 8 до 25 лет.

Витилиго, как правило, не сопровождается субъективными ощущениями. Тягостные страдания больных вызваны косметическим недостатком, особенно выраженным у людей с темной кожей и отрицательным отношением окружающих к больным с витилиго, которое существует издавна, особенно в странах Востока, где ее длительное время относили к проявлению лепры. Несмотря на успехи медицинской науки, негативное отношение к белым пятнам сохранилось по настоящее время, и является причиной изоляции и самоизоляции больных.

Клиника витилиго хорошо изучена. Заболевание характеризуется наличием белых резко очерченных пятен различной формы и размеров. Число пятен может быть различным, локализируются они на любом участке кожного покрова, чаще на участках подвергающихся инсоляции и травме. Заболевание наблюдается одинаково часто у мужчин и женщин. Обычно витилиго начинается с появлением малых очагов депигментаций, которые увеличиваясь по периферии, могут сливаться и образовывать обширные участки поражения. У лиц со светлой кожей в весенне-летнее время депигмен-

тированные пятна становятся более контрастными на фоне пигментированной впоследствии загара окружающей нормальной кожи. Заболевание может сопровождаться обесцвечиванием длинных, пушковых и щетинистых волос, расположенных в очаге витилиго. Возможна, самопроизвольная репигментация и одновременное появление новых очагов витилиго.

Согласно клинической классификации, разработанной D.Mosher, витилиго делится на 2 группы, каждая из которых имеет несколько подгрупп:

1. локализованная форма:

1.1. фокальную (одно или несколько пятен в одной области);

1.2. сегментарную (высыпания по ходу нерва или его сплетений);

1.3. витилиго слизистой — при поражении только слизистых оболочек.

2. генерализованная форма:

2.1. акральную или акрофациальную (поражение кистей, стоп, лица);

2.2. вульгарную (множественные беспорядочно разбросанные пятна);

2.3. универсальную (полная или почти полная депигментация кожного покрова).

3. Болезнь Сеттона (пигментный невус окруженный венчиком витилиго).

Следует отметить, что, несмотря на относительную легкость клинической диагностики витилиго,