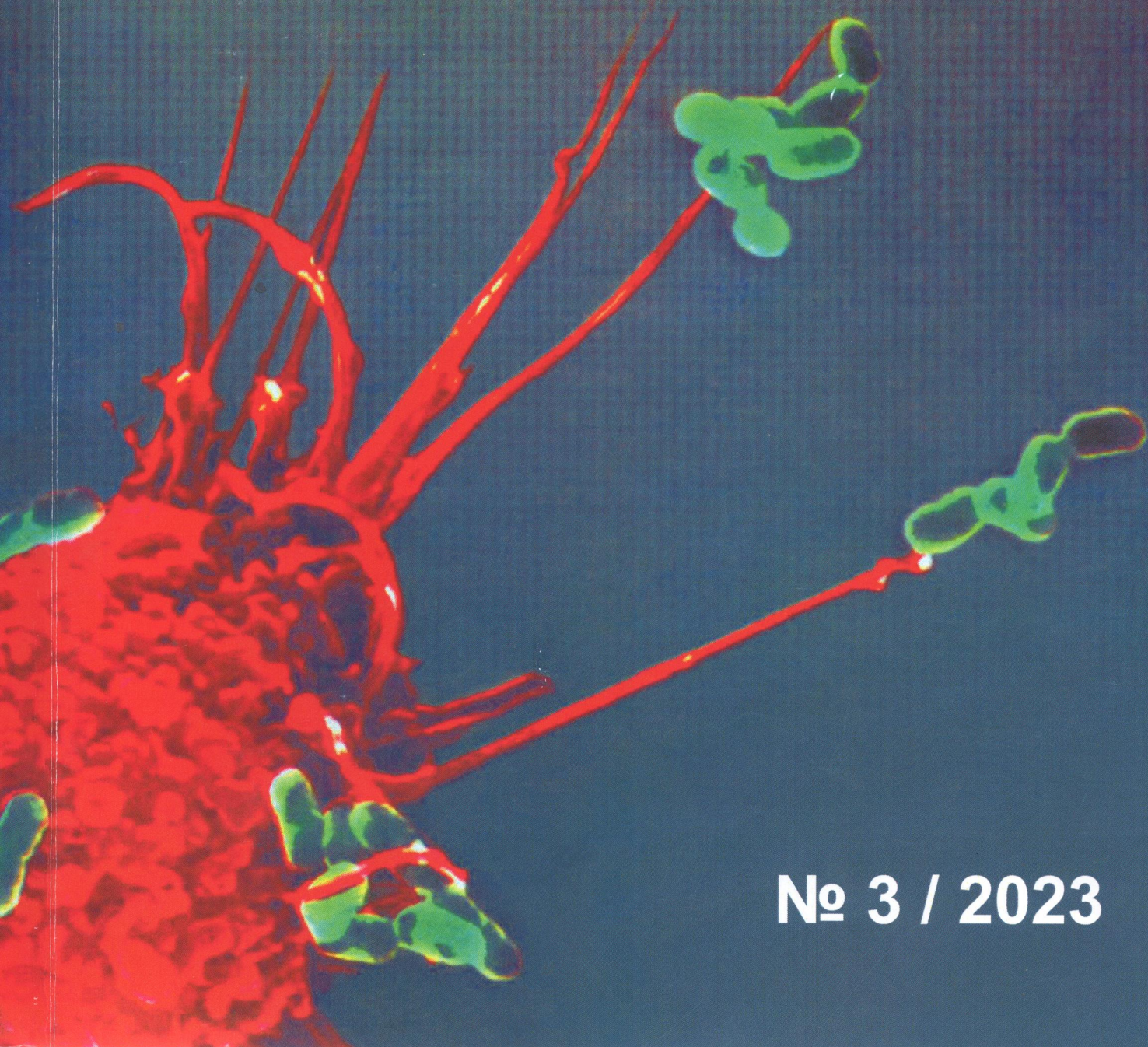


ISSN 2181-5534

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ



№ 3 / 2023

ИНФЕКЦИЯ, ИММУНИТЕТ И ФАРМАКОЛОГИЯ

Научно-практический журнал

3/2023

Журнал основан в 1999 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор — профессор Тулаганов А. А.

д.м.н. Абдухакимов А.Н., д.б.н. Аллаева М.Ж., проф. Аминов С.Д., проф. Гулямов Н.Г., проф. Ибадова Г.А., проф. Косимов И.А. (зам.глав.редактора), д.м.н. Отабеков Н.С., проф. Туляганов Р.Т. проф. Мавлянов И.Р., проф. Маматкулов И.Х. (зам.глав.редактора), проф. Мухамедов И.М., проф. Нарзуллаев Н.У., доцент Сабиров Дж.Р., д.м.н. Таджиев Б.М., д.м.н. Таджиев М.М., д.м.н. Саидов С.А., проф. Иноятов А.Ш., проф.Каримов А.К., к.б.н. Кахоров Б.А., проф. Богдасарова М.С., доц. Зияева Ш.Т. (ответственный секретарь).

Редакционный совет:

акад. Арипова Т.У., (Ташкент)
акад. РАН, Кукес В.Г. (Москва)
акад. Даминов Т.А. (Ташкент)
акад. Тулегенова А.У. (Астана),
акад. Раменская Г.В. (Москва),
акад. Иноятова Ф.И. (Ташкент),

проф. Облокулов А.Р. (Бухара),
проф. Сайфутдинов Р.Г. (Казань),
проф. Гариб Ф.Ю. (Москва),
проф. Мадреимов А.М. (Нукус),
проф. Нуралиев Н.А. (Бухара)
проф. Туйчиев Л.Н., (Ташкент)

ТАШКЕНТ-2023

- МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ЛИЦ С ПОЛИМОРФИЗМОМ PRO12ALA В ГЕНЕ PPARG2.....156
25. **СОБИРОВА Г.Х., КУРБАНОВА Н.Б., ПОЗИЛОВ М.К.** АЛЛОКСАН ДИАБЕТДА КАЛАМУШ ЖИГАР МИТОХОНДРИЯСИ ДИСФУНКЦИЯСИГА РУТИН ВА ФС-6 ФЛАВОНОИДЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ.....160
26. **СЫРОВ В.Н., ЭГАМОВА Ф.Р., ЮСУПОВА С.М.** ВЛИЯНИЕ ЦИКЛОАРТАНОВЫХ ГЛИКОЗИДОВ НА ПАТОЛОГИЧЕСКИ ИЗМЕНЕННЫЙ ОБМЕН ВЕЩЕСТВ В СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЕ У КРЫС С ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫМ МИОКАРДИТОМ.....166
27. **FAYZILLAeva G.I.** OQ ZOTSIZ KALAMUSHLAR JIGARINING EKSPERIMENTAL SHAROITDA VIRUSLI ZARARLANISHLARIDAN KEYINGI MORFOLOGIK O'ZGARISHLARI.....174
28. **ШАМСИЕВА Э.Р.** ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМАЛЬНОГО НЕКРОЛИЗА И СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА У ДЕТЕЙ.....185
29. **ЭГАМОВА Ф.Р., МИРЗАЕВ Ю.Р., РУЗИМОВ Э.М., АРИНОВА С.Ф., ХАЛИЛОВА Э.Х.** ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ ЭКСТРАКТА СМОЛЫ ИЗ *FERULA TADSHIKORUM*.....192
30. **YULDASHEV E.I., SULTANALIYEVA N.M., SHKINEV A.V., SADIKOV E.S.** MARKAZIY OSIYO AYRIM ILONLARI ZAHARLARINING OG'RIQ QOLDIRISH XUSUSIYATINI O'RGANISH.....196
31. **ЮНУСХОДЖАЕВА Н.А., ГУЛЯМОВА Д.Р.** ИССЛЕДОВАНИЕ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ ЧИСТОТЫ ГЕЛЯ ПОЛУЧЕННОГО ИЗ РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ.....203

organism and take part in vital processes in the organism. Imenno poetomu pechen nazyvayut "complex chemical factory organism". В настояшчее время s uspehnym razvitiem hirurgii pecheni shirokoe rasprostranenie polucchili predstavleniya o segmentarnom stroenii pecheni.

Please note that the oven has a similarity with the Belyx Krys cookie, and that the Belyx Krys oven is the same as the Belyx Krys.

УДК: 616-085.065-06:616-022.8

ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ТОКСИКО-АЛЛЕРГИЧЕСКОГО БУЛЛЕЗНОГО ЭПИДЕРМАЛЬНОГО НЕКРОЛИЗА И СТИВЕНСА-ДЖОНСОНА У ДЕТЕЙ

Шамсиева Элеонора Ринатовна

Ташкентской медицинской академии

eleonorashamsiyeva@outlook.com

Ключевые слова: аллергия, некролиз, препараты, кожа, сыпь, токсический эпидермальный некролиз, синдром лайелла, лекарственная болезнь.

Синдром Стивенса-Джонсона (ССД) и токсический эпидермальный некролиз (синдром Лайелла) в настоящее время рассматриваются как варианты единого патологического процесса, индуцированного у детей чаще всего инфекцией, реже - медикаментами и злокачественными заболеваниями.

Токсико эпидермальный некролиз или синдром Лайелла (СЛ, ТЭН) является тяжелой формой медикаментозной токсикодермии [1]. Назван в честь шотландского дерматолога Алана Лайелла, который впервые в 1956 году сделал описание данного заболевания (рис.1).



Рис. 1 Синдром Лайелла девочка 2 года

Токсический эпидермальный некролиз (ТЭН) развивается как реакция на сочетанное воздействие токсических, лекарственных и инфекционных агентов, возникающая на фоне высокой степени гиперчувствительности организма[2].

Чаще всего причинами токсического эпидермального некролиза являются лекарственные средства: сульфаниламидные препараты, антибиотики (эритромицин, пенициллины, тетрациклины, стрептомицин и др.), барбитураты, анальгетики (фенилбутазон, салицилаты, парацетамол, пироксикам, диклофенак, цефалоспорины, фторхинолоны и др. [6].

Другими причинами синдрома Лайелла могут быть интоксикации химическими веществами или испорченными пищевыми продуктами.

Синдром Стивенса-Джонсона (ССД) – это острое буллезное поражение слизистых и кожи аллергической реакции, характеризующаяся обширными поражениями кожи и слизистых оболочек, индуцированная приемом лекарственных препаратов [2, 15] (рис.2).



Рис. 2 Синдром Стивенса-Джонсона у малыша

Данные о синдроме Стивенса-Джонсона были опубликованы в 1922 году. Со временем синдром получил название в честь впервые описавших его авторов. Заболевание является тяжело протекающим вариантом многоформной экссудативной эритемы (и имеет второе название — “злокачественная экссудативная эритема”).

Вместе с синдромом Лайелла, пузырьчаткой, буллезным вариантом СКВ, аллергическим контактным дерматитом, болезнью Хейли-Хейли и др. Синдром Стивенса-Джонсона относят к буллезным дерматитам общим клиническим симптомом которых является образование пузырей на коже и слизистых.

Синдром Стивенса-Джонсона наблюдается в любом возрасте, наиболее часто у лиц 20-40 лет и крайне редко в первые 3 года жизни ребенка. По различным данным распространенность синдрома на 1 млн. населения составляет от 0,4 до 6 случаев в год.

Диагностика синдрома Стивенса-Джонсона основывается на тяжелом течении заболевания и развитии высыпаний, характерных для буллезной многоформной экссудативной эритемы, не только на коже, но и на слизистой оболочке полости рта, вокруг наружного отверстия мочеиспускательного канала, в анально-генитальной области, на конъюнктиве.

В зависимости от площади пораженной кожи выделяют следующие формы ЭЛР: синдром Стивенса-Джонсона (ССД) – менее 10% поверхности тела; токсический эпидермальный некролиз (ТЭН, синдром Лайелла) – более 30% поверхности тела; промежуточная форма ССД/ТЭН (поражение 10–30% кожи).

Сравнительная характеристика Синдрома Стивенса-Джонсона и синдрома Лайелла

Клинический признак	Синдрома Стивенса-Джонсона	Синдрома Стивенса-Джонсона/ СЛ	Синдрома Лайелла (ТЭН)
Первоначальные признаки	Темные и/или темно-красные; плоские атипичные мишени	Темные и/или темно-красные; плоские атипичные мишени	Плохо очерченные эритематозные бляшки; эпидермальная ослойка; темно-красный цвет; плоские атипичные мишени
Локализация высыпаний	Изолированные поражения, на лице и туловище, очень редко слияние	Изолированные поражения, на лице и туловище, может быть слияние	Изолированные поражения (редко), на лице и туловище, слияние отмечаются всегда

Поражение	Да	Да	Да
слизистых			

Синдром Лайелла характеризуется большой пораженной поверхностью кожи. Особенностью данного заболевания является отслаивание эпидермиса (симптом Никольского) [4].

Первым описал симптом отслоения эпидермиса при пузырчатке Никольский П.В. в 1886 году. Симптом Никольского — это клиническое проявление акантолиза, который при вульгарной пузырчатке может быть положительным как в очаге поражения, так и вблизи от него, а также на видимой здоровой коже вдали от очага поражения. При симптоме Никольского, кожа слезает как при ожоге кипятком, при вульгарной пузырчатке будет положительным в очаге поражения и редко на здоровой коже (при трении на коже, которая кажется здоровой, происходит легкое отторжение верхних слоев эпидермиса). После отслоения эпидермиса на его месте образуются эрозии, которые кровоточат и резко болезненны при пальпации. Высыпания и эрозии могут быть на слизистой оболочке полости рта, глотки, пищевода, половых органов. Синдром Стивенса-Джонсона нередко трудно отличить от начальной формы СЛ [6,12, 17].

Решающими дифференциально-диагностическими критериями являются развитие эпидермального некролиза и положительный симптом Никольского при синдроме Лайелла, что не характерно для ССД. В современной терминологии оба синдрома объединены в общую нозологию - синдром Стивенса-Джонсона - токсический эпидермальный некролиз (ССД-ТЭН) [2,3].

Нами проведена экспертная оценка 3 историй болезни у больных детей, лечившихся в условиях отделения ОПИТ 1ой клиники Ташкентской медицинской академии по поводу тяжелых аллергических поражений кожных покровов и слизистых в виде синдрома Лайелла и Стивенса-Джонсона за период 2022-2023 года. У двоих детей (их возраст 7мес, 2 года и 5 лет) наблюдался СЛ, у одного - ССД (ребенок 11 лет). Установлено, что у двоих детей в анамнезе были сведения о появлении высыпаний после использования меликаментов (цефтриаксон, прамокс) [4]. Остальные дети имели порешности в питании (употребляли цитрусовые). Все четверо детей поступили в отделение в тяжелом состоянии, с лихорадкой, явлениями интоксикации и различными по морфологии и степени распространенности элементами кожных аллергических проявлений и высыпаний на слизистых. Принципиально схема лечения детей не отличалась: для профилактики инфекционных осложнений применялись антибиотики -цефалоспорины 3-го поколения и ампицилин (у ребенка с аллергической реакцией на цефтриаксон). Всем детям была проведена

гормонотерапия глюкокортикоидами в суточной дозе по дексаметазону 1-2 мг/кг/сут. [3, 5,14].

Осложнениями синдрома токсико эпидермального некроза являются прогрессивное ухудшение общего состояния больного и за короткий период времени становится крайне тяжелым. Наблюдается мучительная жажда, снижение потоотделения и продукции слюны, являются признаками обезвоживания организма.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что ни у кого из детей из ССД не отмечен положительный симптом Никольского. В то же время у детей с диагнозом синдрома Лайелла отмечалась более выражена тяжесть поражения с генерализацией буллезного эпидермолиза, обширность и склонность к слиянию эрозий [8, 17]. Имеет место выраженная болезненность в области всего кожного покрова и слизистых. Прогноз во многом зависит от степени поражения, наличия инфекционных осложнений, своевременности и объёма оказанной медицинской помощи. Средний уровень летальности 25—30 %, в тяжелых случаях может достигать 65—70 %. Все это подчеркивает общность этиологии, патогенеза и ведения больных из СЛ и ССД. [11].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Харченко Г.А., Кимирилова О.Г. Синдром Лайелла у детей – клинические проявления, лечение // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2019. Т. 64, № С. 99–102.
2. Григорьев Д.В. Многоформная эксудативная эритема, синдром Стивенса–Джонсона и синдром Лайелла – современная трактовка проблемы // Русский медицинский журнал. 2013. № 22. С. 1073–1083.
3. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П. Синдром Стивенса – Джонсона – токсический эпидермальный некролиз у детей. Часть 1. Определение, этиология, патогенез, клинические проявления, системное лечение // Педиатрическая фармакология. 2011. № 1. С. 30–38.
4. Ильина Н.И., Латышева Т.В., Мясникова Т.Н., Лусс Л.В., Курбачева О.М., Ерохина С.М. Лекарственная аллергия. Методические рекомендации для врачей (Часть 1) // Российский аллергологический журнал. 2013. № 5. С. 27–40.
5. Клинические рекомендации. Стандарты ведения больных. М.: ГЭОТАР Медицина, 2015. 928 с.
6. Паттерсон Р., Грэммер Л.К., Гринбергер П.А. Аллергические болезни: диагностика и лечение: пер. с англ. Под ред. акад. РАМН А.Г. Чучалина (гл. ред.), чл.-корр. РАМН И.С. Гущина (отв. ред.), Э.Г. Улумбекова (отв. ред.), Р.С. Фассахова (отв. ред). М.: ГЭОТАР-Медицина, 2000, с. 691.
7. Дюбкова Т.П., Жерносек В.Ф. Поражение слизистой оболочки рта при синдроме Стивенса - Джонсона - токсическом эпидермальном некролизе у детей. Современная стоматология, 2007, 4: 10-14.

8. Николаева С.С., Реут Ю.А., Овчаренко Е.Я., Черкашина А.Л. Случай успешного лечения синдрома Лайелла. Сибирский медицинский журнал, 2009, 2: 103-105.
9. Pereira FA, Mudgil AV, Rosmarin DM. Toxic epidermal necrolysis. J. Am. Acad. Dermatol., 2007, 56(2): 181-200.
10. Hallgren J., Tengvall-Lider M., Persson M. Stevens-Johnson syndrome associated with ciprofloxacin: A review of adverse cutaneous events reported in Sweden as associated with this drug//J. Amer. Acad. Derm. 2013; 49: 5.
11. Hofbauer G. F., Burg G., Nestle F. O. Cocaine-related Stevens-Johnson syndrome//Dermatology. 2012; 201; 3; 258-260.
12. Parillo S. J. Stevens-Johnson Syndrome//eMedicine, december 2004. - <http://www.emedecine.com/>
13. Bastuji-Garin S., Fouchard N., Bertocchi M., Roujeau J. C., Revuz J., Wolkenstein P. SCORTEN: a severity-of-illness score for toxic epidermal necrolysis//J. Invest Dermatol. 2012; 115(2): 149-153
14. Shear N., Esmail N., Ing S., Kerba M. Dermatology/Review Notes and Lecture Series//MCCQE, 2010; 21.
15. Дранник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология. М.: ООО Медицинское информационное агенство 2013, 604 с.
16. Повзун А.С., Крылов К.М., Фурман И.Б.//Вестник интенсивной терапии 2017. N 2.-С.69-75.
17. Downey A., Jackson C., Harun N., Cooper A. Toxic epidermal necrolysis: Review of pathogenesis and management. Journal of the American Academy of Dermatology. 2017; 77(5): 1000-1008.
18. Ibragimova S.A., Mirrahimova M. Kh., Yunusjanovna N.N., Abdullaev B.Sh. Comorbid course of atopic dermatitis with bronchial asthma in children: frequency, clinical and allergological characteristics//Journal of Critical Reviews.- Vol.7.- Issue 17. 2020. - P.2317-2321
19. Maksimova O.V., Gervaziyeva V.B. Intestinal micro biota and allergic diseases [Microbiotakishechnika I allergicheskiyezabolevaniya] //Journal of microbiology. 2014. № 3.p. 49-60. (in Russian)
20. Maslowski K.M. Diet, gut microbiota and immune responses // Nat. Immunol. 2017. V. 12.P. 5-9.
21. Миррахимова М.Х., Нишонбоева Н.Ю., Кобилжонова Ш.Р. Атопик дерматит билан касалланган болаларда панкреатик етишмовчиликни коррекциялаш//Тошкент тиббиёт академияси ахборатномаси //ISSN2181-7812 www.tma-journals.uz///2022.бет-179
22. Sakenova M.N. Comparative analysis of qualitative and quantitative composition of lacto bacteria in children with allergic history and healthy children[Sravniotelniiyanalizkachestvennogoikolichestvennogosostavalaktobakt eriyudeteisotyagoshyonnimallegroanamnezom i uzdorovihdetei]// Tyumen Medical Journal. 2016. T.18, № 1. p. 47-51. (in Russian)
23. M.Kh. Mirrahimova, N.U. Nishonboyeva//ATOPIC DERMATITIS AND THE DIGESTIVE TRACT//O'ZBEKISTONDA FANLARARO

24.Song H. Faecalibacterium prausnitzii subspecies-level dysbiosis in the human gut microbiome underlying atopic dermatitis //J. Allergy Clin. Immunol. 2015. V. 137. P. 852-860.

25.Yunusjanovna N.N., MirrahimovaM. Kh.,Ibragimova S.A. Digestive organs status in children with atopic dermatitis //Journal of Critical Reviews.Vol. 7. Issue 5.-2020. P. 678-679

26.Yunusjanovna N.N., MirrahimovaM. Kh.Characteristics of Allergic Pathologies Progressionin Young Children //American Journal of medicine and Medical Sciences.-USA.2020.-10(9): P.652-65

27.Mirrahimova M. Kh, Nishanbaeva N. Yu, Kasimova M. B
PSYCHOSOMATIC RELATIONSHIPS IN ATOPIC DERMATITIS.//
International Journal of Education, Social Science & Humanities. FARS
Publishers, Impact factor (SJIF) = 6.786//Volume-11| Issue3| 2023,pp. 734-738

28.Mirrahimova M. Kh, Nishanbaeva N. Yu, Shamsiyeva E.R, Saydaliev
A.B//Atopic Dermatitis and Mental Disorders Psychosomatic
Relationships//Journal of Coastal Life Medicine. JCLMM 1/11 (2023) //pp.

REZUME

BOLALARDA TOKSIK-ALLERGIK BULLYOZ EPIDERMAL NEKROLIZ VA STIVEN JONSON DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

Shamsieva Eleonora Rinatovna

Toshkent tibbiyot akademiyasi

eleonorashamsiyeva@outlook.com

▪ **Kalit so'zlar:** allergiya, nekroliz, dorilar, teri, toshma, toksik epidermal nekroliz, Layell sindromi, dori kasalligi.

Stivens-Jonson Sindromi (SJS) va toksik epidermal nekroliz (Layell sindromi) hozirgi vaqtda bolalarda ko'pincha infektsiya, kamroq dori vositalari va yomon sifatli kasalliklar tomonidan qo'zg'atiladigan yagona patologik jarayonning variantlari sifatida qaraladi.

SUMMARY

PECULIARITIES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TOXIC- ALLERGIC BULLOSIC EPIDERMAL NECROLIS AND STEVENS- JOHNSON IN CHILDREN

Shamsieva Eleonora Rinatovna

Tashkent Medical Academy

eleonorashamsiyeva@outlook.com

Keywords: allergy, drugs, skin, rash, toxic epidermal necrolysis, lyell's syndrome, drug-induced disease.

Stevens-Johnson Syndrome (SJS) and toxic epidermal necrolysis (Lyell's syndrome) are currently considered as variants of a single pathological process induced in children most often by infection, less often by drugs and malignant diseases.