

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

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

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА ДЕРМАТООНКОПАТОЛОГИЯДАГИ
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШДА
ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИ»

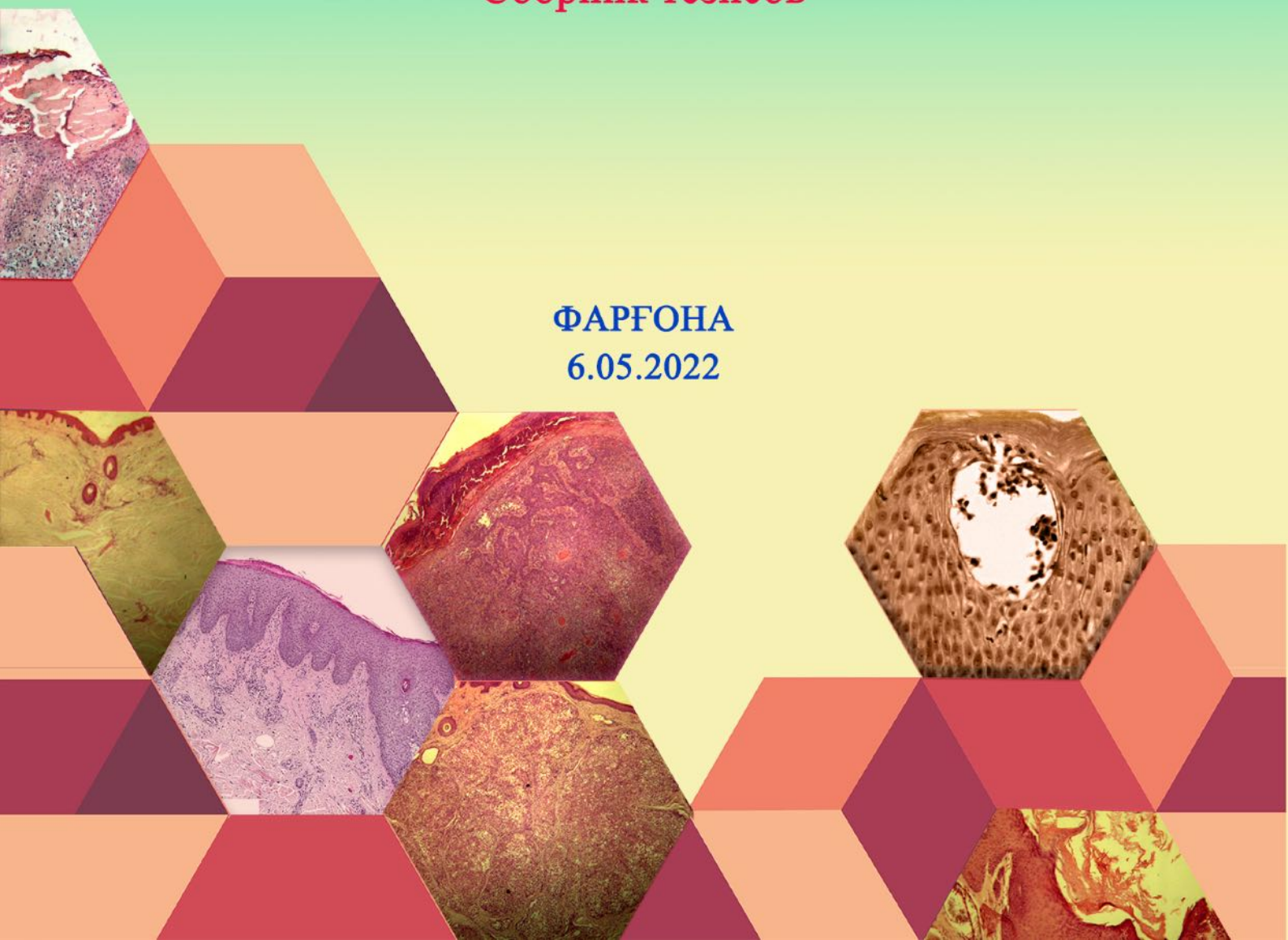
II-Халқаро илмий-амалий анжумани

Илмий ишлар тўплами

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

Сборник тезисов

ФАРҒОНА
6.05.2022



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

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

СОДЕРЖАНИЕ

1	Абдувахитова И.Н., Имамов О.С. <i>АНАЛИЗ ПРОДУКЦИИ ЦИТОКИНОВ У БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ВИТАМИНОМ Д</i>	10
2	Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ НЕЙРОРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ С ГНЕЗДНЫМ ОБЛЫСЕНИЕМ</i>	12
3	Абдуллаев М.И., Набиева Д.Д. <i>МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ С ГНЕЗДНЫМ ОБЛЫСЕНИЕМ</i>	13
4	Абидов А.М., Абидов Х.А. <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ТАБЛЕТОК ЦЕЛЕВО (ЛЕВОФЛОКСАЦИН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ХЛАМИДИОЗОМ</i>	15
5	Абидов Х.А., Хаитов К.Н., Абидов А.М., Холова Н.Р. <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ИХТИОЗА СОЧЕТАННОГО С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ</i>	17
6	Абидов Х.А., Хаитов К.Н., Абидов А.М. <i>ВЛИЯНИЕ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ВИТАМИНА Д НА КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ</i>	18
7	Абидова З.М., Икрамова Н.Д. <i>ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ЦИТОКИНОВОГО СТАТУСА У БОЛЬНЫХ МИКОЗОМ СТОП</i>	20
8	Аграновский М.Л., Рахматов А.Б., Махмутов Р.Х. <i>НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА</i>	22
9	Адилгереева М.И. <i>АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ</i>	25
10	Адилгереева М.И. <i>КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА</i>	27
11	Акрамова Н.Ш. <i>ЖАСМЕД В ЛЕЧЕНИИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ</i>	28
12	Алиев А.Ш., Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В.	30

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

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

ПСЕВДОСАРКОМА КАПОШИ ТИП МАЛИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

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

¹Ташкентская медицинская академия

²Ташкентский государственный стоматологический институт

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

Актуальность. Псевдосаркома Капоши (псевдоСК) – это доброкачественная сосудистая гиперплазия с преимущественным поражением нижних конечностей, которая по клиническим и гистологическим проявлениям напоминает саркому Капоши (СК).

Характеризуется появлением пятен и папул на коже стоп и голеней, которые постепенно превращаются в бляшки красно-фиолетового или синюшного цвета. ПсевдоСК тип Мали – впервые описал в 1965 г. Malі, чаще болеют мужчины 40-50 лет. Наряду с высыпаниями, клинически схожими с СК, отмечаются множественные пигментно-пурпурозные пятна, размерами с ладонь, иногда болезненные, уплотнение с образованием инфильтративно-бляшечных очагов и изъязвление с образованием трофических язв. Часто наблюдается сетчатая пигментация кожи в области лодыжек, голеней, пальцев стоп.

Клинический случай. В частную клинику SAMO (г. Ташкент) обратился больной Р. 74 лет с жалобами на высыпания в области левой голени, груди, живота и обеих верхних конечностях. Из анамнеза: считает себя больным в течении последних 2 лет, со слов заболевание началось после травмы левой голени в результате автокатастрофы с появления маленького пятна. Обращался к дерматологу по месту жительства, получал лечение по поводу экземы, эффекта не отмечал. Постепенно процесс распространился по всей левой голени и передней части стопы. Появление высыпаний на теле отметил в течение последних 2 недель, что послужило причиной обращения за консультацией. Аллергоанамнез не отягощен, наследственные заболевания отрицает, какой-либо патологии со стороны внутренних органов и систем не выявлено. При осмотре высыпания локализуются на коже левой голени, живота, груди, обеих верхних конечностей. На коже левой голени, на передней поверхности лодыжки отмечаются пятна, папулы и бляшки синюшно-коричневого цвета, диаметром от 1,5 до 20 см с четкими границами. В некоторых местах отмечается мелкопластинчатое шелушение, по периферии очагов петехиальная сыпь, диаметром от 0.2 до 0.5 см. На коже груди, живота, спины, обеих верхних конечностях отмечаются инфильтративные пятна, папулы бледно розового цвета, диаметром от 0,8 до 1 см с четкими границами, на поверхности папул отмечается мелкопластинчатое шелушение. Вызывается симптом облатки.

Субъективных ощущений нет. Клинический и биохимический анализы крови в пределах нормы, анализ на ВИЧ – отрицательный, в моче - оксалаты ++. По результатам диагностической биопсии кожи с левой голени патоморфологическая картина наиболее характерна для акроангиодерматита, с кожи живота характерна для парапсориаза. Дуплексное сканирование вен нижних конечностей выявило венозную недостаточность преимущественно слева. На основании жалоб, анамнеза, осмотра, клинико – лабораторных данных и гистологического заключения был выставлен диагноз: Основной: Псевдосаркома Капоши. Сопутствующий: Парапсориаз хронический лихеноидный. Хроническая венозная недостаточность. Больному были даны рекомендации по лечению парапсориаза- десенсибилизирующая терапия, ангиопротекторы, антигистаминные препараты. Наружно – применение топических глюкокортикостероидных мазей.

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

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