

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»

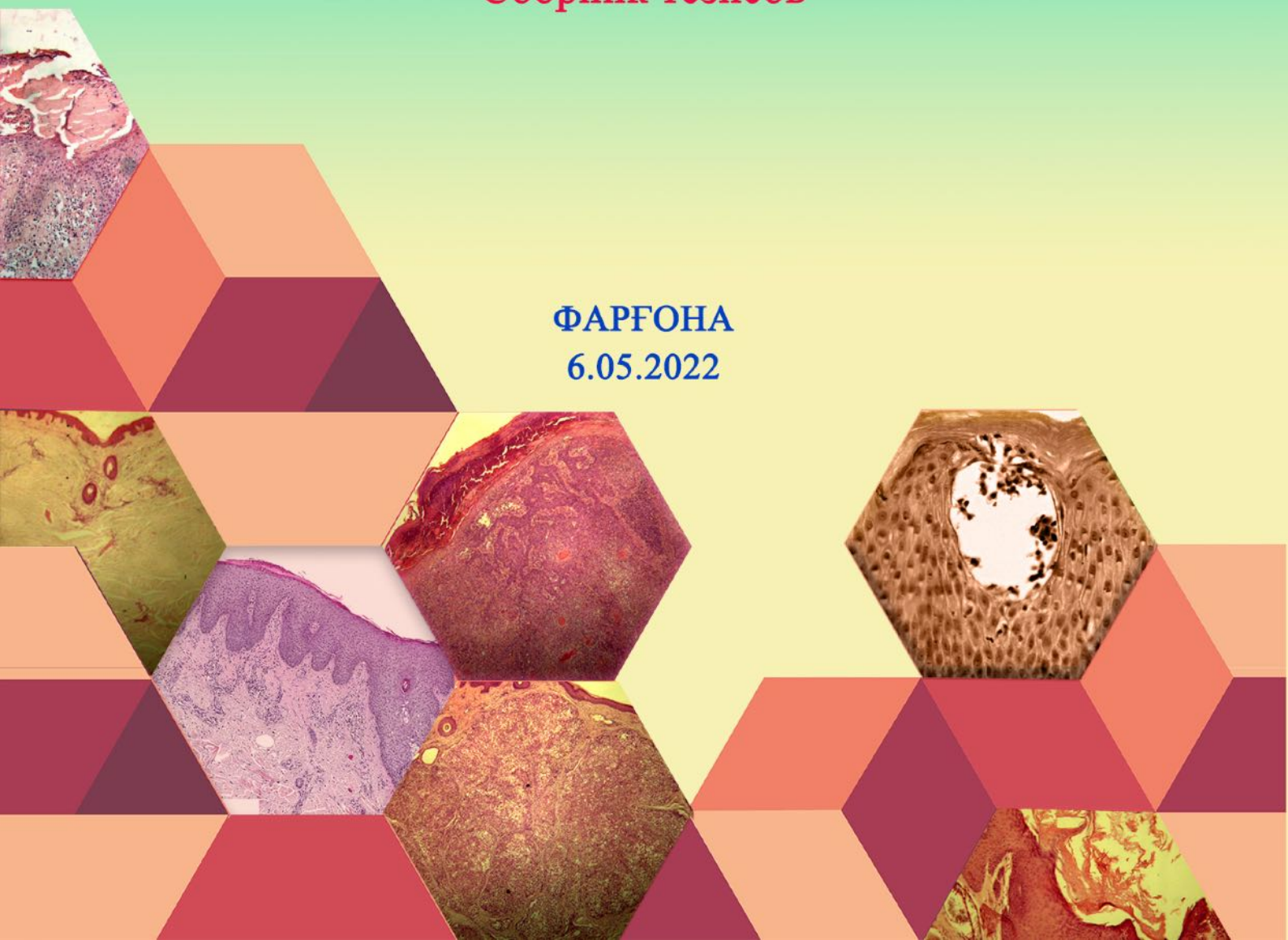
II-Халқаро илмий-амалий анжумани

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



учитывая отсутствия у препарата гепато и нефро токсичных свойств, мы назначали больным Таблетки Меристат, по 500 мг 2 раза в день, в течении 10 дней. Местное лечение заключалось в назначении анилиновых красителей и антибактериальных мазей.

Таким образом, бактериологические исследования показали наличие смешанной микрофлоры, которая не всегда зависела от клинического диагноза. Очевидно, что с возрастанием степени тяжести ВИЧ/СПИД прямо пропорционально нарастает число больных с хроническими, глубокими пиодермиями. После ART число CD4 клеток возрастало (более 400/мкл), а специфическое лечение пиодермий способствовало клиническому и бактериологическому излечению.

СЛУЧАЙ АТРОФИЧЕСКОГО ФОЛЛИКУЛИТА ГОЛЕНЕЙ У ПАЦИЕНТА С ВИЧ/СПИД

Нурматова И.Б., Азизов Б.С.

**Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Республика
Узбекистан**

**Ташкентский государственный стоматологический институт,
Ташкент, Республика Узбекистан**

У ВИЧ инфицированных больных мы наблюдаем высокий процент заболеваемости инфекционной природы. Атипичное течение, резистентность к проводимой терапии. Также описаны случаи развития редких дерматозов. Одним из таких заболеваний является пустулезный и атрофический дерматит голеней. Заболевание впервые описано Кларком в 1952г. В дальнейшем заболевание описано более подробно, с приведением клинических стадий: I стадия характеризуется наличием множества фолликулярных пустул, при II стадии отмечаются фолликулярные пустулы, инфильтрированные папулы покрытые корками и чешуйками; при III стадии заболевания папулы

чередуются с атрофией кожи и алопецией. Пустул мало или они вообще отсутствуют; при IV стадии заболевания отмечается атрофия кожи, выпадение волос и наличие папулезных элементов (2;3) Длительность заболевания колеблется от 1-2 до 10 лет. В патогенезе имеют значение микротравмы, укусы насекомых, чрезмерная потливость. Заболевание в основном встречается в условиях жаркого климата странах Африки, Азии. Патологическое исследование с очагов обнаруживают акантоз, паракератоз, внутри и внеклеточный отек. Волосяные фолликулы, содержат пустулы, встречается атрофия эпидермиса и волосяных фолликулов, фиброз дермы. Дифференциальная диагностика заболевания проводится с декальвирующим фолликулитом.

Под нашим наблюдением находилась больная Н. 32 лет. Находящаяся на стационарном лечении в НИИ вирусологии АН МЗ РУз с диагнозом ВИЧ инфекция III клиническая стадия. Сопутствующий - хроническая диарея неясной этиологии, ПГЛ, хронический гепатит, холецистит. ВИЧ инфекция выявлена 2006 году, активно, как половой контакт ВИЧ инфицированного мужа. Последний coitus в 2006 году, разведена. Другие половые контакты отрицает. Имеет неинфицированного сына 6 лет.

Высыпания на коже беспокоят в течении последних 2-х лет. Получала антибактериальные препараты; системные, местного применения, витамины. В процессе лечения отмечала клиническое улучшение и выздоровление, но через 1-2 месяца отмечался очередной рецидив болезни. Заболевание возникало на коже голени, бедер, в дальнейшем; одиночные пустулезные высыпания отмечалось на коже плеч (медиальной стороне). Последнее обострение кожного патологического процесса отмечает в течение месяца. К анамнезу - росла и развивалась нормально, соответственно возрасту. Наследственность не отягощена. Вредных привычек не имеет. С 2006 года в крови выявлена ВИЧ инфекция, в последующем диагностировали гепатит В. В течении последнего года отмечали обострение хронического бронхита и

пневмонии. С ноября 2009 года жалобы на диарею, при обследовании инфекционный агент не определен.

Патологический процесс на коже носит распространенный характер, локализуются на коже бедер, голеней, плеч, шеи. На коже голеней и бедер отмечаются пустулы, язвы, эрозии с воспалительным венчиком по окружности, элементы склонны к группированию. Размеры варьируют от 0,5 до 1,0 см. Кожа в области суставов в патологический процесс не вовлечена, имеет четкое разграничение. На коже плеч отмечаются одиночные эрозии, язвы и воспалительные пятна. На передней поверхности голени отмечаются атрофические рубцы, размерами 0,5 см в диаметре. Субъективных жалоб нет.

Проведены следующие исследования:

Общий анализ крови – гемоглобин 67, эритроциты-3,3, лейкоциты – 8,5, лимфоциты-3,7, эозинофилы -30, СОЭ 18 мм/час,

Культуральный метод исследования выявил в содержимом язв наличие золотистого стафилококка, стрептококков и дрожжевых грибов. Антибиотикограмма показала чувствительность, бактериальной флоры, к Доксициклину и сумамеду.

Показатели СД 4 – 350 мм 3.

Проведено лечение – Р-р Димедрола 1%-1,0, р-р Кальция глюконат 10%-10,0, р-р Цефтриаксона 1гр №10 в/м два раза в день, таб. Доксициклин 0,1 №20 по 1 таб. два раза в день. Местно – р-р Краска Кастелани 3-4 раза в день, мазь Мупиробан 3 раза в день, на очаги УФО в субэритемных дозах.

В процессе лечения, на 5-6 сутки отмечена эпителизация эрозий, на двенадцатый день лечения отмечена краевое рубцевание.

Больная выписана из стационарного отделения НИИ вирусологии для дальнейшего прохождения лечения по ВИЧ/СПИДу в центре СПИД по месту жительства. На момент выписки из стационара на коже отмечалось клиническое улучшение патологического процесса.

Таким образом, на данном примере мы видим, что больной с ВИЧ – инфекцией выставлено редкое встречающееся заболевание кожи