

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

№ 3-4, 2022 (99-100)

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



Оригинальные статьи

КОМОРБИДНЫЕ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА
У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов, С.С. Арифов.....4

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ
КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОКОНЕЧНЫХ КОНДИЛОМ
И.А. Ваисов, Ш.А. Юсупова, С.А. Юлдашева.....7

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПУЛЬС-ТЕРАПИИ
ОНИХОМИКОЗОВ
А.Б. Рахматов.....10

ЗНАЧЕНИЕ ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ В
КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА
*А.Б. Рахматов, Н.Д. Икрамова,
Ю.А. Алимухамедова.....13*

АУТОИММУННЫЙ ТИРЕОИДИТ И СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫЙ РИСК
А.К. Насырова, Д.К. Нажмутдинова.....16

МИКРООКРУЖЕНИЕ ОПУХОЛИ И МОЛЕКУЛЯРНО-
БИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДТИПЫ РАКА МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ
М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров.....18

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ
И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА У БЕРЕМЕННЫХ С
МИТРАЛЬНЫМ СТЕНОЗОМ
Н.Т. Абдукаримова.....20

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО ТУБЕРКУЛЕЗУ
В ПЕНИТЕНЦИАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ
А.Р. Рузиев.....23

КЛИНИКО-ЭХОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА
ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С
ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ
С.Н. Эгамова, А.Х. Каримов.....25

АССОЦИАЦИЯ HLA-DRB1, DQA1 И DQB1 С
БЕСПЛОДИЕМ РЕПРОДУКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ
В БУХАРСКОЙ ОБЛАСТИ УЗБЕКИСТАНА
Н.И. Хикматова, Ж.Е. Пахомова.....28

ВЛИЯНИЕ ДИСБАЛАНСА ЦИТОКИНОВ
СЫВОРОТКИ КРОВИ ЖЕНЩИН НА РАЗВИТИЕ
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ
Л.В. Саркисова.....31

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ
НА РЕПРОДУКТИВНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕНЩИН В
РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
*Д.К. Нажмутдинова, Г.Т. Джураева,
А.М. Садуллаева.....33*

TUG‘RUQDAN SO‘NG ATONIK QON KETISHIGA
YUQORI XAVFLI HOMILADORLARNING SITOKIN
PROFILINI TAQQOSLASH
О.У. Поюннов, I.S. Salomova, N.N. Karimova.....36

COVID-19 GA CHALINGAN HOMILADOR
AYOLLARDA FETOPLASENTAR DISFUNKSIYASI
DAVOSI VA PROFILAKTIKASIGA YANGICHA
YONDASHUV
Z.B. Xolova., D.A. Xurmatova, F.I. Shukurov.....38

ДИАГНОСТИКА ТЕСТЛАРИНИ
КОМБИНАЦИЯСИНИ ҚЎЛЛАШ ОРҚАЛИ
ЗАХМНИНГ ДИАГНОСТИКАСИНИ
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ
А.Ш. Иноятлов, Д.Ф. Порсохонова, Х.Р. Халидова.....40

Обмен опытом

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ
БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ
ИММУНОМОДУЛЯТОРА РАГОСИН
О.С. Имамов, И.Н. Абдувахитова.....44

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И
РОДОВ У ПАЦИЕНТОК НА
ФОНЕ ЭНДОМЕТРИОЗА
*Д.Д. Саиджалилова, Н.Х. Мадолимова,
Д.Н. Ходжаева, Д.А. Аюпова.....48*

АНАЛИЗ КОРРЕЛЯЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МЕЖДУ
МИКРООКРУЖЕНИЕМ ОПУХОЛИ И СТЕПЕНЬЮ
ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЫ
М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров.....50

КАРДИОПРОТЕКЦИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ
ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Н.Э. Абдуллаева.....52

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СПАЕЧНОГО
ПРОЦЕССА ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА У ЖЕНЩИН
РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА
*У.Х. Солиева, Д.Д. Саиджалилова, Д.Н. Ходжаева,
Д.А. Аюпова.....54*

АНАЛИЗ ЭКСПРЕССИИ РЕЦЕПТОРОВ
МИКРООКРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ В ЗАВИСИМОСТИ
ОТ МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИХ ПОДТИПОВ
РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
М.Н. Тилляшайхов, А.Ж. Каххаров.....58

ЛУЧЕВЫЕ РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ
РАДИОТЕРАПИИ РАКА ВУЛЬВЫ
Д.Ш. Полатова, В.С. Наврузова.....60

ВОЗМОЖНОСТИ МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНОЙ
ТОМОГРАФИИ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ
ИЗМЕНЕНИЯХ ВИСОЧНО-НИЖНЕЧЕЛЮСТНЫХ
СУСТАВОВ
Г.Б. Хайдарова.....63

BACHADON BO‘YNI SARATONINI DAVOLASHDA
NEOADYUVANT DAVO USULLARINING AHAMIYATI
*Yu.Q. Qadamova, M.B. Nazarova,
D.Sh. Xadjiyev.....68*

ная диагностика с сифилисом скрытым ранним // Т.Б. Решетникова, И.О. Маринкин, Т.В. Болдина, О.Б. Немчинова, С.Г. Лыкова, О.Н. Позднякова, Е.Н. Махновец // Акушерство и гинекология. 2016. №8. С.44-48 <https://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.8.44-48>.

10. Родин А.Ю., Еремина Г.В., Сердюкова Е.А. Плоскоклеточный рак слизистой полости рта, ошибочно диагностированный как третичный гуммозный сифилис // Волгоградский научно-медицинский журнал. 2012. №2. С.55-57.

11. Сурганова В.И. / Клиническая интерпретация результатов серологических тестов при обследовании на сифилис пациентов без клинических проявлений инфекции (медицинская технология) / В.И. Сурганова, М.А. Уфимцева, Н.В. Полякова, Н.П. Евстигнеева, Ю.А. Медведева. //Екатеринбург, 2009. 15 с.

12. Уфимцева М.А., Гурковская Е.П., Береснева Т.А. Современная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости инфекциями. Передаваемыми половым путем, в крупном промышленном городе // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2017. №6-2. С. 250-252; URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=11661>

13. Юлдашев К.А., Абзиров К.М. γ -интерферон в крови больных с серорезистентностью при сифилисе. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2021. №3.

С.83.

14. Dong X. / CXCL8, CXCL9, and CXCL10 serum levels increase in syphilitic patients with seroresistance // X. Dong, J. Zhang, F. Yang, J. Liu, Yu. Peng, Yu. Ge // J Clin Lab Anal. 2021;35:e24016.1 of 8 <https://doi.org/10.1002/jcla.24016>.

15. Jespers V./ Diagnosis and management of gonorrhoea and syphilis. Good Clinical Practice (GCP) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE).// V. Jespers, S. Stordeur, A. Desomer, S. Carville and al.// 2019. KCE Reports 310. D/2019/10.273/21.

16. Kojima N., Klausner J. An update on the global epidemiology of syphilis.// Curr. Epidemiol. Rep. 2018;5(1):24- 38

17. Wang C. /A New Specimen for Syphilis Diagnosis: Evidence by High Loads of *Treponema pallidum* DNA in Saliva //C. Wang,Zh. Hu,X. Zheng,M. Ye,Ch. Liao,M. Shang,W. Gong,Zh. Guan,H. Lu, X. Gu and other //Clinical Infectious Diseases, Volume 73, Issue 9, 1 November 2021, Pages e3250–e3258, <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa1613>.

18. Wang W./ Serologic false-positive reactions for syphilis in children of adenoidal hypertrophy:2 case reports and review of the literature./ W. Wang, X. Fan, X. Huang, J. Yan, J. Luan //Acta Clinica Belgica, (2021) 76:1, 70-74, DOI: 10.1080/17843286.2019.1649081.

ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ТРИХОФИТИЕЙ С ПРИМЕНЕНИЕМ ИММУНОМОДУЛЯТОРА РАГОСИН

О.С. Имамов, И.Н. Абдувахитова

Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер

Под нашим наблюдением находились 73 больных трихофитией, находящиеся на стационарном лечении в Ташкентском областном кожно-венерологическом диспансере. Проведены микроскопические анализы на грибы, культуральный посев с очагов поражения, а также, комплексное изучение иммунологического статуса больных дерматомикозами, показателей клеточного и гуморального звена, с учётом клинических и анамнестических параметров. На фоне традиционной терапии с назначением противогрибкового препарата Тербинафин, к лечению добавлен препарат Рагосин для восстановления нарушений в иммунной системе.

Ключевые слова: трихофития, диагностика, лечения, иммунный ответ, цитокины, IL-1, IL-6, IL-8, ФНО- α , Рагосин.

Trixofitiyali bemorlarda Ragosin immunomodulyatori yordamida immunokorrektiv terapiyasi

O.S. Imamov, I.N. Abduvaxitova

Toshkent viloyati teri-tanosil kasalliklari dispanserida trixofitiya bilan kasallangan 73 nafar bemor stasionar davolandi. Barcha bemorlardan zamburug'larga mikroskopik va kultural tahlillar o'tkazildi. Dermatmikozli bemorlarning barchasida immunologik status tekshirilib, an'anaviy terapiya, antifungal Terbinafin preparatini tayinlash fonida ularning klinik va anamnestik hamda immunologik holatlarini hisobga olgan holda immun tizimini tiklash uchun Ragosin preparati qo'llanildi.

Tayanch so'zlar: trixofitiya, davolash, immun javob, sitokinlar, IL-1, IL-6, IL-8, ФНО- α , Ragosin.

Immunocorrective therapy of patients with trichophytosis using immunomodulator Ragosin

O.S. Imamov, I.N. Abduvaxitova

Under our supervision were 73 patients with trichophytosis, who are on inpatient treatment in the Tashkent Regional Dermatovenerological Dispensary. Microscopic tests for fungi, cultural inoculation from lesions, as well as a comprehensive study of the immunological status of patients with dermatomycosis, cellular and humoral indicators, taking into account clinical and anamnestic parameters, were carried out. Against the background of traditional therapy with the appointment of the antifungal drug Terbinafine, the drug Ragosin was added to the treatment to restore disorders in the immune system

Key words: trichophytosis, diagnosis, treatment, immune response, cytokines, IL-1, IL-6, IL-8, ФНО- α , Ragosin.

Актуальность исследования. По данным литературы до 25% населения земли страдает различными микозами. В структуре микозов кожи преобладают дерматофитии. Анализ заболеваемости дерматомикозами по Республике Узбекистан за последние 5 лет показал, тенденцию к повышению регистрации микроспории в 1,4 раза, микозов стоп на 10%, онихомикозов на 20%, при определенной стабильности регистрации трихофитии (Рахимов И.Р., Абидова З.М. 2015). Изучение заболеваемости зоо-

антропонозной трихофитий в разных регионах СНГ позволило выяснить, что на фоне значительного снижения общего количества больных грибковыми заболеваниями, она остается довольно на высоком уровне, составляя в сельской местности до 95%.

Важную роль в патогенезе дерматомикозов отводят нарушениям в иммунной системе организма, изменению неспецифической резистентности (Новикова Л.А., 2008). Анализируя клиническую картину и течение дерматомикозов, многие авторы связывают осо-

бенности течения заболеваний не только с уровнем патогенности штаммов возбудителей, но и с состоянием иммунной системы больного, специфической и неспецифической реактивности организма (Шекрота А.Г., 1989; Фахретдинова Х.С., 2006; Абидова З.М., 2007; Даниленко Р., Хисматуллина З., с соавторами 2016). Так, например, установлено, что ведущую роль в иммунной защите организма при дерматомикозах играет клеточный иммунитет, угнетенный в той или иной степени при различных клинических формах микотического процесса (Юцковский А.Д., 2007; Krunic A.L., 2007). Например, снижение Т-хелперной функции лимфоцитов может быть одной из причин ареактивного течения микроспории (Рудницкий Е.А., 2006; Fuller L.C., 2009). При изучении иммунного статуса больных трихофитией установлено снижение относительного количества общих Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, неактивированных Т-лимфоцитов с фенотипом CD45RA+, что свидетельствует о несбалансированной деятельности Т-клеточного звена, действие которого, как известно, заключается в регуляции иммунного ответа при микотической инфекции (Шекрота А.Г., 1989; Fleese D., 2004). Наиболее выраженные изменения иммунного статуса авторы констатировали у больных хронической трихофитией. Многочисленными исследованиями зарубежных и отечественных авторов доказаны нарушения в иммунной системе больных дерматомикозами и показана необходимость проведения иммунокорректирующей терапии при их лечении. В связи с чем поиск лекарственных препаратов с иммунокорректирующим действием, обладающих высоким профилем безопасности, низкой токсичностью, минимальными финансовыми затратами, является одной из приоритетных задач практической медицины. В настоящее время на рынке Узбекистана зарегистрировано множество лекарственных препаратов, причем доля отечественных в их рядах увеличивается. Рагосин – индуктор синтеза интерферона разработан институтом биоорганической химии Академии наук Республики Узбекистан, создан на основе полифенола из хлопчатника (госсиопола и его производных). Он стимулирует образование эндогенного альфа и гамма интерферонов, оказывает также выраженное иммуномодулирующее, противовирусное, общеукрепляющее действия, что определяет их эффективность в отношении широкого спектра заболеваний.

Рагосин обладает рядом достоинств: низкой токсичностью, высокой способностью индуцировать ИНФ в кишечнике, вызывает длительную циркуляцию ИНФ в кровотоке в высоких концентрациях (поскольку для создания терапевтического уровня концентраций ИНФ они могут быть использованы 1-2 раза в неделю), удобством применения (пероральная форма), хорошо сочетаются с другими препаратами.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 73 больных трихофитией, находящимися на стационарном лечении в Ташкентском областном кожно-венерологическом диспансере. Всем больным проводились микроскопические анализы на грибы и культуральный посев с очагов по-

ражения. Комплексное иммунологическое обследование больных дерматомикозами состояло в изучении показателей клеточного и гуморального звеньев иммунитета, с учётом их клинических и анамнестических параметров.

Результаты исследования. Трихофития была диагностирована у 73 больных. При этом, трихофития гладкой кожи установлена у 26 больных, волосистой части головы – у 30, смешанная форма (гладкая кожа и в/ч головы) – у 11 пациентов и трихофития лобковой области – у 6 пациентов.

У всех больных при микроскопических исследованиях грибы найдены. При культуральном исследовании в 30 случаях (41%) получен рост дерматофитов. В том числе в 12-х случаях – *Tr. verrucosum*, в 6 случаях – *Tr. violaceum*, в 3 случаях – *Tr. gypseum*, в 3 случаях – *Tr. tonsurans*. и в 6 случаях – *Tr. mentogratis* var. *Mentogratis*.

Таблица 1.

Иммунологические показатели больных трихофитией до лечения

Показатели	Контроль (n=26)	Трихофития (n=73)
Лейкоциты	4,4±0,11	5,9±0,42
Лимфоциты %	30,9±0,62	31,2±0,52
CD3+ %	58,8±0,46	49,6±0,74
CD4+ %	37,2±0,28	30,6±0,40
CD8+ %	18,1±0,19	19,6±0,62
ИРИ	2,05±0,24	1,56±0,04
CD19+ %	20,5±0,31	23,3±0,49
ЦИК	14,2±0,78	24,7±0,73

Результаты исследования иммунного статуса в общей выборке больных проведены в сопоставлении с данными контрольной группы (26 практически здоровых лиц в возрасте от 21 до 36 лет).

У больных при трихофитии отмечается значимое повышение содержания В-лимфоцитов по сравнению с данными контрольной группы: 23,3±0,49% соответственно при P<0,001. Содержание общих Т-лимфоцитов у больных достоверно снижалось и составляло 49,6±0,74% против 58,8±0,46% в контрольной группе при P<0,001. Что касается состояния субпопуляции Т-лимфоцитов, то нами было выявлено достоверное снижение уровня Т-хелперов по сравнению с данными контрольной группы (30,6±0,40 против 37,2±0,28% в контроле, соответственно при P<0,001) и наоборот, повышение содержания Т-супрессоров (19,6±0,62% против 18,1±0,19%, соответственно при P<0,05). Выявленные изменения привели соответственно к снижению показателя иммунорегуляторного индекса (ИРИ), который у больных трихофитией 1,56±0,04 против 2,05±0,24 в контроле, что является доказательством достоверного угнетения иммунной системы у больных дерматомикозами. Вышеизложенное свидетельствует о том, что у больных трихофитией выявляются нарушения иммунного статуса, которые выражаются в подавлении активности клеточного звена иммунитета при одновременном повышении активности его гуморального звена.

Также для изучения оценки состояния защитных сил организма были изучены показатели цитокинов. Изучение раннего провоспалительного цитокина –

ИЛ-8 выявило значимое повышение его уровня в сыворотке (до 6,5 раз), которое коррелировало со степенью воспалительного процесса. На этом фоне не столь значительно увеличилось содержание провоспалительного цитокина – ИЛ-1 бета (в 1,4 раза), что соответствовало в целом состоянию клинического процесса у больных с микологическими поражениями. Повышение уровня ИЛ-6 было также менее значимым (в 1,8 раза по отношению контроля) сопровождалось значительным увеличением уровня ФНО-α (в 1,5 раза по отношению к средним контрольным значениям).

Таблица 2

Показатели цитокинового профиля у больных трихофитией до лечения

Показатели	Контроль (n=26)	Трихофития (n=73)
ИЛ-1, пкг/мл	2,1±0,17	3,0±0,43
ИЛ-6, пкг/мл	1,9±0,19	3,6±0,74
ИЛ-8, пг/мл	2,2±0,21	14,3±1,52
ФНО-α, пг/мл	0,6±0,08	0,9±0,30

Была проведена комплексная этиопатогенетическая терапия больных трихофитией которая включала этиотропную терапию с назначением системных антифунгальных препаратов, таких как тербинафин, на фоне традиционной терапии. Традиционный метод терапии включал в себя антигистаминные и десенсибилизирующие средства, витамины и местно анилиновые красители, антимикотические мази и крема (микосептин, низорал, микозолон, клотримазол, ламизил и др.). При инфильтративно-нагноительной форме микоза в течение 5-7 дней назначались антибиотики широкого спектра действия. В зависимости от проводимого лечения все больные были разделены на 2 группы.

В первую группу включены 35 больных, которым на фоне традиционной терапии назначался антифунгальный препарат Тербинафин. Во 2-ю группу вошли 38 больных, которым на фоне традиционной терапии и назначения противогрибкового препарата Тербинафина, для восстановления нарушений в иммунной системе был назначен Рагосин. Рагосин назначался по 1 таб. (0,05 г) 1 раз в день по схеме: 3 дня приема – 3 дня перерыва, 3 дня приема – 3 дня перерыва, 3 дня приема – 3 дня перерыва, 3 дня приема – 3 дня перерыва, 3 дня приема – 3 дня перерыва, продолжительность курса – 21 день.

Тербинафин назначали по 250 мг в сутки после еды ежедневно в зависимости от веса: до 20 кг – 62,5 мг, при весе от 20 до 40 кг – 125 мг, более 40 кг – 250 мг. Критериями эффективности проводимой терапии являлись разрешение воспалительных явлений, сроки микологической негативации.

У больных детей с поражением волосистой части головы, лечившихся на фоне традиционной терапии тербинафином, разрешение воспалительных явлений в среднем происходило на 16,3±0,32 день, у больных с поражением волосистой части головы и гладкой кожи – на 16,8±0,24 день, гладкой кожи – на 11,9±0,31. У больных данных групп на фоне проведенной терапии микологическая негативация происходила в среднем на 27,0±0,29, 27,7±0,28, 18,4±0,25

и 23,5±0,72 дни лечения соответственно на 14,3±0,56 дни лечения соответственно пребывания больных в стационаре.

Исследованиями выявлено, что у больных с поражением волосистой части головы, леченых тербинафином и рагосином, разрешение воспалительных явлений в среднем происходило на 13,8±0,27, при сочетанном поражении волосистой части головы и гладкой кожи – на 13,7±0,26, поражении гладкой кожи – на 10,6±0,28 дней лечения.

У больных данной группы микологическая негативация наступала в среднем на 23,6±0,18, 23,5±0,30, 13,3±0,29 и 22,0±0,44 дни лечения соответственно. Анализ полученных данных показывает, что независимо от клинической формы микоза разрешение воспалительных явлений и микологическая негативация происходила намного раньше у больных 2-й группы.

Таблица 3

Иммунологические показатели больных трихофитией после лечения

Показатели	Контроль (n=26)	Трихофития (n=73)
Лейкоциты	4,4±0,11	4,4±0,62
Лимфоциты %	30,9±0,62	36,2±0,48
CD3+ %	58,8±0,46	53,3±0,68
CD4+ %	37,2±0,28	33,2±0,49
CD8+ %	18,1±0,19	20,1±0,42
ИРИ	2,05±0,24	1,65±0,09
CD19+ %	20,5±0,31	21,3±0,55
ЦИК	14,2±0,78	20,7±0,29

В процессе лечения показатели изучаемых цитокинов снижались в разной степени достоверности, причём динамика по ИЛ-6 и ИЛ-8 у больных трихофитией носила недостоверный характер. Однако, это позволило использовать показатели для положительной оценки эффективности проводимого лечения (таблица 4,5).

Таблица 4.

Показатели цитокинового профиля у больных дерматомикозами после лечения в 1-й группе

Показатели	Контроль, (n=26)	Трихофития (n=35)
ИЛ-1 бета, пг/мл	2,1±0,17	1,53±0,39
ИЛ-6, пг/мл	1,9±0,19	3,6±0,44
ИЛ-8, пг/мл	2,2±0,21	14,1±1,03
ФНО-α, пг/мл	0,6±0,08	0,5±0,13

Таблица 5

Показатели цитокинового профиля у больных трихофитий после лечения во 2-й группе

Показатели	Контроль (n=26)	Трихофития (n=38)
ИЛ-1 бета, пг/мл	2,1±0,17	1,53±0,39
ИЛ-6, пг/мл	1,9±0,19	3,6±0,40
ИЛ-8, пг/мл	2,2±0,21	12,7±0,53
ФНО-α, пг/мл	0,6±0,08	0,4±0,15

Анализ сроков клинического разрешения патологического процесса по группам наблюдения и их сопоставление с выраженностью иммунологических изменений, показал, что у больных, получавших комплексную терапию с Рагосином, отмечались более ранние сроки регресса воспалительных явлений в очагах по сравнению с группами без иммуномодулятора.

Таким образом, как показали наши клинические на-

блюдения, включение в комплекс терапии больных трихофитией, иммуномодулятора Рагосина оказывает положительный терапевтический эффект, способ-

ствует более раннему регрессу патологических элементов и восстановлению выявленных нарушений в иммунной системе.

Список использованной литературы:

1. Абидова З.М., Цой М.Р. Эпидемиологический скрининг грибковых заболеваний в Узбекистане // Успехи медицинской микологии. Москва, 2006. Т.VI. С.38.2.
2. Анализ заболеваемости заразно-кожными заболеваниями в Южно-Казахстанской области Республики Казахстан за 2000-2004 гг. /Егизбаев М.К., Тулепова Г.А., Султанбекова Г.Б., Оспанова А.М. //Успехи медицинской микологии. Москва, 2006. Т.VIII. С.9-10.
3. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Терапевтические возможности системной фармакотерапии дерматомикозов //РМЖ. 2004. Т.12. №5. С.316-320.
4. Корсунская И.М., Тамразова О.Б. Дерматофитии с поражением волос у детей. Москва. 2005. 31 с.
5. Медведева Е.А., Терегулова Г.А. Клинический патоморфоз зооантропонозных грибковых инфекций // Тез. науч. работ VIII Всеросс. съезда дерматовенерологов. Москва, 2001. Т.1. С.155.
6. Медведева Е.А., Фахретдинова Х.С. Оценка и дальнейшие перспективы медико-географических исследований в микологии //Тез. науч. работ VIII Всеросс. Съезда дерматовенерологов. Москва, 2001. Т.1. С.156.
7. Панкратов В.Г., Салук Ю.В., Римко Е.Г. Современные тенденции в лечении больных микроспорией ГУО Белорусский государственный медицинский университет, Минск, 2008 с 255-258.
8. Рудницкий Е.А., Соболев А.В. Заболеваемость грибковыми инфекциями у жителей эконегативной зоны //Успехи медицинской микологии. Москва, 2006. Т.VIII. С.13-14.
9. Рукавишников В.М. Ремнев В.К., Ильченко Л.С. Угрожает ли нам трихофития – хорошо забытая старая болезнь? //Успехи медицинской микологии. Москва, 2006. Т.VI. С.53-55.
10. Сергеев Ю.В., Сергеев А.Ю., Лещенко В.М. Со-временная программа борьбы с дерматомикозами в России //В кн.: Успехи медицинской микологии. (под ред. Ю.В. Сергеева). М., 2002. Т.2. С.160-162.
11. Хисматуллина З.Р., Мухамадеева О.Р. Этиологическая структура зооантропонозных дерматомикозов в г.Уфе за 2001-2008 г.г. //Проблемы медицинской микологии. 2009. Т.11. №2. С.124.
12. Чеботарев В.В. Исторические и современные аспекты лечения микозов волосистой части головы // Клиническая дерматология и венерология. 2006. №3. С.69-73.
13. A 30-year survey of paediatric tinea capitis in southern Spain /Del Boz J., Crespo V., Rivas-Ruiz F., de Troya M. //J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2010. V.9. P.321-328.
14. Eja M.E., Arikpo G.E. Efficacy of local herbal therapy in the management of dermatophytosis among primary school children in Cross River State, South-south Nigeria //Afr. J. Med. Sci. 2009. V.38. №2. P.135-141.
15. Elewski B.E. Tinea capitis: a current perspective //J. Am. Acad. Dermatol. 2000. V.42 (1ptl). №.1-20. quiz. 21-24.
16. Pediatric tinea capitis: recognition and management /Mohrenschlager M., Seidl H.P., Ring J., Abeck D. // Am. J. Clin. Dermatol. 2005. V.6. №4. P.203-213.
17. Pirzada A., Shaikh W. Antifungal activity of dodo-naea viscosa jacq extract on pathogenic fungi isolated from superficial skin infection //Pak. J. Pharm. Sci. 2010. V.23. №.3. P.337-340.
18. Rezusta A., Betran A. Tineacapitis caused by Trichophyton soudanense and Microsporum audouinii in an adult: a case report //Mycoses. 2009. V.41. №.4. P.334-338.
19. Даниленко Р., Хисматуллина З., Мухамадиева О., Медведев Ю. Иммунный статус больных зооантропонозной трихофитией // Врач, №7., 2016, С. 32-36.