

# 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



СОЦИАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ В УСЛОВИЯХ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЕ ПО ИСПОЛНЕНИЮ НАКАЗАНИЙ  
*А.Р. Рузиев, Л.У. Анварова.....69*

REPRODUKTIV YOSH DAGI AYOLLARDA JINSIY A'ZOLAR PROLAPSASINING RIVOJLANISHIDA AJRATILMAGAN BIRIKTIRUVCHI TO'QIMA DISPLAZIYASINING AHAMIYATI  
*R.Sh. Urinova, D.D. Saidjalilova.....71*

ANAMNEZIDA REPRODUKTIV YO'QOTISHLARI BO'LGAN HOMILADOR AYOLLARDA BACHADON BO'YNI KASALLIKLARI XUSUSIYATLARI  
*O.R. Shosaidova, N.G. Ashurova.....74*

ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ РАСПРОСТРАНЕНИЮ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ  
*Б.Б. Кореев.....75*

ULTRASOUND SIGNS OF INTRAUTERINE FETAL INFECTION IN WOMEN WITH INTRAAMNIOTIC INFECTION  
*S.Sh. Rakhmanova.....77*

AKUSHERLIK QON KETISHIGA YUQORI XAVFLI GURUHLAR VA ULARNING AKUSHERLIK ASORATLARDAGI ULUSHINI RETROSPEKTIV O'RGANISH  
*O.Y. Poyanov, N.R. Zokirova, N.N. Karimova.....78*

SOMATIK PATOLOGIYASI BOR QAYTA INSULT BO'LGAN BEMORLARDA REABILITASIYA QILISH CHORALARI  
*N.Q. Salomova.....81*

INTERLEYKIN- 10 (IL-10) NING PREEKLAMPSIYA RIVOJLANISHIDAGI O'RNI: TASHXIS VA BASHORATLASH  
*F.K. Ahmedov, M.N. Negmatullaeva, A.Sh. Inoyatov.....84*

ЗНАЧИМЫЕ ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ НАРУШЕНИЙ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ  
*Н.Г. Ашурова.....86*

EKSTRAKORPORAL URUG'LANTIRISHI (EKU) MAVJUD HOMILADOR AYOLLARDA HOMILANI KO'TARA OLMASLIK VA TROFOBLASTIK  $\beta$ -GLIKOPROTEIN DARAJASI O'RTASIDAGI ALOQA  
*D.D. Saidjalilova, D.B. Mirzayeva, H.A. Eshtimirova.....88*

EKSTRAKORPORAL URUG'LANTIRISHDAN (EKU) KEYIN AYOLLARDA HOMILADORLIK VA TUG'RUQNING KECISHI XUSUSIYATLARI  
*D.B. Mirzayeva, H.A. Eshtimirova, D.D. Saidjalilova.....91*

ПРИМЕНЕНИЕ ЦИФРОВОЙ КРАСНОЙ ФЛУОРЕСЦЕНЦИИ В ДИАГНОСТИКЕ АКНЕ  
*А.Ш. Алиев, У.А. Ташкенбаева, Ф.Ф. Хашимов.....93*

**Случай из практики**

БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ  
*М.Н. Солметова, А.Ш. Ваисов, М.А. Гафур-Ахунов, Д.Ю. Юлдашева, М.Д. Аллаева.....96*

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ  
*Г.У. Султанмуратова, Г.С. Бабаджанова, Ж.Б. Назарбаев, Н.М. Керимова.....97*

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА  
*А.Ш. Ваисов, Н.С. Саипова, Ж.К. Рустамов, Г.Ш. Тохтаев.....100*

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ  
*Б.Б. Кореев, А.Р. Рузиев.....104*

АНАЛИЗ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ РАКА ВУЛЬВЫ  
*Дж.Ш. Полатова, В.С. Наврузова.....106*

**Обзор**

ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ПРИ ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ЖЕНЩИН  
*И.А. Ваисов, Ш.А. Юсупова, Ж.М. Умаров.....110*

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ РУБЦОВ ПОСТАКНЕ  
*С.С. Арифов, З.Э. Эркинлар.....114*

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ТЕЧЕНИИ ГИПЕРАНДРОГЕНИИ НАДПОЧЕЧНИКОГО ГЕНЕЗА  
*Г.Д. Азизова.....118*

ВНУТРИУТРОБНАЯ ИНФЕКЦИЯ – АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА СОВРЕМЕННОГО АКУШЕРСТВА  
*А.Б. Ильясов.....122*

СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА МИКРОФЛОРУ КОЖИ В НОРМЕ И ПРИ ДЕРМАТОПАТОЛОГИИ  
*Б.И. Мухамедов.....126*

МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СТАТУС И АЛОПЕЦИЯ  
*У.А. Ташкенбаева, Ф.Х. Аббосхонова.....130*

**ПАМЯТИ МАЛИКИ САМАТОВНЫ АБДУЛЛАХОДЖАЕВОЙ.....133**

6. Шехтман М.М. Материнская заболеваемость и смертность при экстрагенитальной патологии // Акуш. и гинек. 1996. № 7. С. 54-56.

7. Institute of Medicine and National Research Council. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press; 2009. doi: 10.17226/12584.

8. Restall A., Taylor R.S., Thompson J.M.D., et al. Risk Factors for Excessive Gestational Weight Gain in a Healthy, Nulliparous Cohort. J Obes. 2014;2014:1-9. doi: 10.1155/2014/148391

9. Deputy N.P., Sharma A.J., Kim S.Y., Hinkle S.N. Prevalence and Characteristics Associated With Gestational Weight Gain Adequacy. Obstet Gynecol. 2015;125(4):773-781. doi: 10.1097/AOG.0000000000000739.

10. Расуль-Заде Ю.Г., Шехтман М.М. Значение включения полиненасыщенных жирных кислот в терапию тучных больных с целью профилактики позднего токсикоза и снижения его частоты // Тер. Архив. 1996. №10. С. 63-65.

11. Callaway L.K., Lawlor D.A., O'Callaghan M., Wil-

liams G.M., Najman J.M., McIntyre H.D. Diabetes mellitus in the 21 years after a pregnancy that was complicated by hypertension: findings from a prospective cohort study. Am J Obstet Gynecol. 2007 Nov;197(5):492.e1-7.

12. Lykke J.A., Langhoff-Roos J., Sibai B.M., Funai E.F., Triche E.W., Paidas M.J. Hypertensive pregnancy disorders and subsequent cardiovascular morbidity and type 2 diabetes mellitus in the mother. Hypertension. 2009 Jun;53(6):944-951. Epub 2009 May 11.

13. Smith G.C., Pell J.P., Walsh D. Pregnancy complications and maternal risk of ischaemic heart disease: a retrospective cohort study of 129,290 births. Lancet. 2001 Jun 23;357(9273):2002-2206.

14. Wikstrom A.K., Haglund B., Olovsson M., Lindberg S.N. The risk of maternal ischaemic heart disease after gestational hypertensive disease. BJOG. 2005 Nov;112(11):1486-1491.

15. Bellamy L., Casas J.P., Hingorani A.D., Williams D.J. Pre-eclampsia and risk of cardiovascular disease and cancer in later life: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2007 Nov 10;335(7627):974. Epub 2007 Nov 1.

## ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ВТОРИЧНОГО СИФИЛИСА

*А.Ш. Ваисов, Н.С. Саипова, Ж.К. Рустамов, Г.Ш. Тохтаев*

*Ташкентская медицинская академия*

*Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер*

В статье представлен клинический случай рецидивного сифилиса у больного наблюдавшегося в различных специализированных учреждениях с диагнозами анемия, саркома, Неходжкинская лимфома и направленная в КВД с диагнозом токсикодермия. Приводятся сведения об эпидемиологии, этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении данного заболевания.

**Ключевые слова:** сифилис, Неходжкинская лимфома, эпидемиология, этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

## Ikkilamchi zaxm diagnostikasidagi xatoliklar

*A.Sh. Vaisov, N.S. Saipova, J.K. Rustamov, Toxtayev G.Sh.*

Maqolada turli ixtisoslashtirilgan muassasalarda murojaat qilgan, anemiya, sarkoma, Xodjkin bo'lmagan limfoma tashxisi qo'yilgan va toksikodermiya tashxisi bilan TTKB ga yo'llanma berilgan bemordagi ikkilamchi zaxm klinik holati keltirilgan. Ushbu kasallikning epidemiologiyasi, etiologiyasi, patogenezi, klinik ko'rinishi, diagnostikasi, differentsial diagnostikasi va davosi haqida ma'lumot berilgan.

**Tayanch so'zlar:** zaxm, Xodjkin bo'lmagan limfoma, etiologiya, patogenezi, klinik ko'rinish, diagnostika, davosi.

## Errors in the diagnosis of secondary syphilis

*A.Sh. Vaisov, N.S. Saipova, J.Q. Rustamov, G.Sh. Toxtayev*

The article presents a clinical case of recurrent syphilis in a patient observed in various specialized institutions with diagnoses of anemia, sarcoma, non-Hodgkin's lymphoma and referred to the ATC with a diagnosis of toxicoderma. Information about the epidemiology, etiology, pathogenesis, clinic, diagnosis, differential diagnosis and treatment of this disease is given.

**Keywords:** syphilis, Non-Hodgkin's lymphoma, epidemiology, etiology, clinical presentation, diagnosis, differential diagnosis, treatment.

В современных списках микроорганизмов, играющих роль в онкогенезе, нет возбудителя сифилиса – бледной спирохеты. Однако исторически именно она была пионером среди «возмутителей спокойствия». Указания на связь сифилиса в развитии рака было высказано еще в XVI веке [2]. Эволюцию представлений о роли сифилиса в патогенезе злокачественных новообразований условно можно разделить на три периода:

**Первый:** с момента описания сифилиса как самостоятельного заболевания Д. Фракасторо в 1530 г. [4] до лечения препаратами мышьяка в 1909 г. [3].

Статистические исследования сочетания сифилиса и рака в период лечения препаратами мышьяка, являющегося, по мнению Н.Л. Брозе (1935) и G.W.

Harding II (1936), канцерогенным агентом – с 1909 г. до 1960-х гг.

Эра пенициллинотерапии сифилиса – с середины 1960-х гг. до настоящего времени – характеризуется практически полным отсутствием научных работ в отечественной и единичными работами в зарубежной литературе, посвященных влиянию сифилиса на возникновение и течение онкологических заболеваний.

Внедрение в 1906 г. в клиническую практику реакции Вассермана послужило новым толчком в изучении частоты сифилиса у больных раком различной локализации [1,5,6,7,8].

Все авторы единодушны во мнении о провоцирующей роли сифилиса в процессе онкогенеза.

Представляется клинический случай Неходжкин-

ской лимфомы у больного вторичным рецидивным сифилисом на этапе антибактериальной терапии.

**Клинический случай.** Больной К.М. 2000 г.р. обратился в консультативную поликлинику Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера по направлению с КВК Кибрайского района с направительным Д/З: Токсикодермия (?)

На момент осмотра жалобы на высыпания по всему телу. После предварительного осмотра согласно стандартам МЗ РУз (каждый пациент перед госпитализацией должен быть обследован на L-инфекцию). Больной направлен для сдачи анализов крови на РМП, ОАК, анализ на грибок с очагов поражения. Результаты анализа РМП 3+, ОАК – без патологии, анализ на грибок с очагов – отрицателен.

Больному рекомендовано обследование на Tr. Pallidum с высыпаний на коже полового органа, сдача анализа крови на комплекс серологических реакции (КСР) и консультация профессора Ваисова А.Ш.

**Anamnesis morbi:** Из анамнеза со слов больного считает себя больным в течении трех лет. Заболевание связывает с увеличением шейных лимфатических узлов, больной обратился к хирургу по месту жительства, после взятия биопсии, больной был направлен к онкологу по месту жительства. Учитывая результаты биопсии выставлен Д/з: Саркома челюстно-лицевой области (?). Больной был госпитализирован в Областной онкодиспансер, где получал химиотерапию. Состояние больного ухудшилось, при глубоком обследовании выявлена тяжелая форма хронической анемии. По направлению больной госпитализирован в отделение гематологии. В марте 2020 года получал стационарное лечение в институте гематологии по поводу Д/з: Хроническая анемия тяжелой степени, соп: Саркома челюстно-лицевой области (?). Выписан с улучшением. При повторном взятии биопсии с лимфатических узлов выставлен Д/з: Неходжкинская лимфома. С 13 по 21 января 2022 г. находился на стационарном лечении в Областном онкодиспансере с Д/з: Неходжкинская лимфома, с поражением околушных, шейных забрюшинных лимфатических узлов III ст. II кл.гр (МКБ 10 С 83), где получил 6 курсов химиотерапии, отмечал улучшение. После химиотерапии больной заметил появление пятен на коже предплечья. После ухудшения кожного процесса больной обратился в КВД по месту жительства, где был выставлен Д/з: Токсикодермия (?). Больной направлен в ТОКВД. Из анамнеза не женат, половые контакты отрицает. В течении последних шести месяцев антибиотика не получал. Донором и реципиентом не был. Ранее венерическими заболеваниями не болел. Стоит на «Д» учете у онколога по месту жительства.

**Anamnesis vitae:** Родился первым по счёту ребёнком, рос и развивался соответственно возрасту. Образование среднее, не работает. Замкнут, несколько умственно недоразвит. Перенесённые заболевания Грипп, ОРЗ, Анемия тяжелой степени, Лимфома, Саркома, с несколькими курсами химиотерапии. Аллергии на лекарственные препараты не наблюдалось, наследственность не отягощена. Вредные привычки – нет.

**Status praesens:** Общее состояние удовлетво-

рительное. Сознание ясное. Телосложение астенического типа. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД – 130/80 мм.рт. ст., пульс – 115 уд./мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. Печень у края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Status localis (при поступлении):** кожно-патологический процесс распространенный, симметричный и локализуется на коже живота, спины, верхних и нижних конечностях, груди, бедер, ладонях и подошвах, половых органах. На коже туловища имеются множественные, распространённые, изолированные бледно-розовые пятна, с неправильно округлыми очертаниями, местами склонные к слиянию, местами эрозии и корки мокнущего характера. Половые органы развиты по мужскому типу, губки уретры обычного цвета, на теле полового органа отмечаются эрозии покрытые корочками. Кожа вокруг ануса чистая. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Субъективно: зуд при мочеиспускании.

Учитывая анамнез, клинический осмотр результаты анализов выставлен **предварительный диагноз:** Токсикодермия (?), Сифилис (?).

**Соп.:** Неходжкинская лимфома.

**Осмотр профессора Ваисова А.Ш.** Кожно-патологический процесс носит распространенный, симметричный характер и локализуется на коже живота, спины, верхних и нижних конечностях, груди, волосистой части головы, внутренних поверхностях бедер, ладонях и подошвах, на половых органах (фото). Отмечается почти полное выпадение волос на голове, ресниц (симптом Пинкуса положительный) и бровей (симптом Дарье положительный). На коже головы островки волос разной длины, эрозии покрытые серозно-кровянистыми корочками, рассасывающиеся плоские папулы с чешуйками по периферии (воротничок Бизетта). Слизистая полости рта розового цвета без патологии, на зубах отмечаются кариозные изменения.

На коже туловища, верхних и особенно нижних конечностей имеются множественные, распространённые, изолированные не островоспалительные очаги инфильтрации с неправильно округлыми очертаниями, вторичная пигментация, местами склонные к слиянию, местами папулы розового цвета и эрозии покрытые геморрагическими корочками. На коже ладоней и подошв отмечаются папулы бледного медно-красного цвета с фиолетовым оттенком, покрытые чешуйками по периферии (воротничок Бизетта), имеющие четкие очертания и границы размерами 0,2-3,0 см в диаметре. На мошонке и теле полового органа кожа воспалена, инфильтрирована, местами экссудация, отмечаются папулы медно-красного цвета и эрозии, покрытые геморрагическими корочками. Кожа вокруг ануса чистая. Паховые и подмышечные лимфатические узлы увеличены до размера крупной горошины, безболезненные, не спаяны с окружающей тканью. Двух стаканная проба Томпсона положительная – отмечаются единичные нити во второй порции



мочи. Больной настаивает на отрицании любых половых контактов.

Субъективно: зуд при мочеиспускании.

**Результаты проведенных лабораторных исследований:**

**Общий анализ крови:** гемоглобин – 120; эритроциты –  $4,0 \cdot 10^{12}$ ; цветной показатель – 0,91; лейкоциты – 5,4; эозинофилы – 5%; лимфоциты – 29%; моноциты – 1%; СОЭ – 8 мм/час.

**Биохимический анализ крови:** общий билирубин – 17,1 мкмоль/л, связанный – 10,1 мкмоль/л, не связанный – 7,0, АЛТ – 25 ммоль/л, АСТ – 26 ммоль/л.

**Общий анализ мочи:** количество – 110,0 мл; относительная плотность – 1018; белки – abs; глюкоза – abs; эпителий 3-5; лейкоцит 3-5; эритроциты – abs; слизь +;

**Мазок из Ur:** лейкоциты 4-6; эпителий 6-12; гонококк – abs; хламидия – abs; трихоманада – abs; гарднерелла – abs; сандида – abs;

**Бак. посев** – гонококки.

**Комплекс серологических реакции:** РПГА 4+ РПГА титр 1:1520; РИФ<sub>200</sub> 3+; РИФ<sub>абс</sub> 4+; РМП 3+; ИХА - анти *Treponem. pallid.* +-; РИБТ – 75%; RW 2+ 2+;

ИХА - ВИЧ (-) отр.

**Учитывая результаты анализов предварительный диагноз:**

Lues II recidiva A 51.3 (papula syphilitica corporis and ad palmaris et plantaris, poliadenitis specifica, alopecia).

**Соп:** Хр. Гонорея А 54.1.

Рекомендовано повторно исследовать ОАК.

**Соп:** Анемия (?). Токсикодермия(?). Неходжкинская лимфома.

**Дифференциальный диагноз:**

Выписка из ИБ №1221/430 НИИ гематологии Д-з: Анемия тяжелой степени в ОАК от 03.01.2020 г. гемоглобин – 46. Наши анализы ОАК от 14.04.2022 гемоглобин –120. И повторные анализы ОАК (от 14.05.2022 г., 28.05.2022 г.) дали нормальные показатели: диагноз Анемия – снять.

Выписка из ИБ №608/153 от 21.01.2022 г. Диагноз: Неходжкинская лимфома с поражением околоушных шейных забрюшинных лимфоузлов. Проведено 6 курсов ПХТ. Прогрессирование заболевания. Отсутствие эффекта от 6 курсов химиотерапии, поражение лимфоузлов и обильное выпадение волос – это проявление лимфомы или сифилиса?

**Коллегами было проведено 3 биопсии и УЗИ лимфоузла:**

Гистология: трепан биопсия из опухоли – круглоклеточная Саркома G3. Повторный (№3-44 б) биоптат опухоли н/челюсти – картина более всего характерна для Саркомы Юинга.

ИГХ 06.02.20 г. морфо иммуногистохимическая картина соответствует диффузной крупноклеточной В клеточной лимфоме с высокой пролиферативной активностью (Ki 67 – 95%).

В мае 2021 года проведена пункция образования левой щеки. Цитология №906 – на фоне слизи единичные клетка плоского эпителия.

УЗИ от 07.01.22 г. шейные л/у справа 2,7 см, слева 1,9 см гипозоногенные.

На практике, подтверждением диагноза Неход-

жкинская лимфома, а потому – решающим фактором назначения терапии является патологическое заключение по образцу ткани (биопсия). С этой целью проводится малая хирургическая операция по удалению патологического, хорошо доступного лимфоузла. Кроме того, проводится пункция костного мозга с целью исследования степени поражения костного мозга болезнью. В зависимости от локализации лимфомы, возникнет необходимость в проведении дополнительных обследований. И наконец, проводится определение стадии заболевания на основании классификации «Ann Arbor». Кроме того, в соответствии с так называемым Международным индексом прогнозов (IPI, в случае фолликулярной лимфомы – FLIPI) присваивается определенное количество баллов, на основании которых, с учетом определенных факторов риска, можно сформулировать прогноз заболевания. Для установки обоснованности диагноза Неходжкинская лимфома большого обсудить вместе с наблюдавшими ранее онкологами.

**Окончательный диагноз:**

Lues II recidiva A 51.3 (papula syphilitica ad palmaris et plantaris, poliadenitis specifica, Alopecia. Серореакции 4+).

**Соп** – хроническая гонорея.

Неходжкинская лимфома (?).

Диагноз токсикодермия – снять.

Проведено лечение сифилиса согласно стандартам МЗ РУз от 2021 года:

Бензилпеницилин – по 1 млн. 4 раза в день каждые 6 часов, на курс 80 млн. – 20 дней; Сетимед 5 мг – №20; Местно: Мазь Тридокс – 2 раза в день –10 дней; Раствор Фукорцина – 2-3 раза в день – 5 дней.

Начато лечение согласно инструкции МЗ РУз от 2017 г. Sol. Benzylpenicillini Natrii по 1 000 000 ЕД каждые 6 часов курс лечения 20 дней. Через 3 часа после начала лечения наблюдалась реакция **Яриша-Геркстеймера-Лукашевича**, появилось недомогание, лихорадка, головная боль, потение, беспокойство и временное усиление окраски высыпаний на коже туловища и повышение температуры тела до 38,3°C.

В процессе лечения наблюдается выраженная положительная динамика патологического кожного процесса, к концу 1-й недели: лимфоузлы уменьшились в размерах, папулы уплостились, поблекли, местами полностью регрессировали. Отмечается положительная динамика высыпаний на стопах. В настоящее время больной продолжает лечение. Больному рекомендовано повторная консультация онколога.

**Заключение:** таким образом, полное рассасывание сыпи на коже оценённая ранее как проявление токсикодермии после этиотропной противосифилитической терапии подтверждает окончательный диагноз сифилиса. Тем более диагноз был подтверждён характерной клиникой и резко положительными специфическими серореакциями.

Данный случай поздней диагностики сифилиса стал возможен во первых в результате нарушения принятых стандартов обследования первичных больных в стационаре на наличие сифилиса, т.е. пациент при госпитализации не был лабораторно исследован на сифилис.

Фотографии пациента до лечения



После лечения (20 день)



Во вторых, проведенная многократная химиотерапия повлияла на состояние организма, изменила течение и клинику сифилиса, высыпания на коже, поражение лимфатических узлов и выпадение волос оказались более распространенными, местами элементы сыпи сливаются, что не характерно для сифилиса. Известны две клинические разновидности сифилитической алопеции: диффузная и мелкоочаговая. А почти полное облысение на голове и полное выпадение бровей, говорит о высокой степени общей интоксикации и это трудно расценить как проявление только сифилиса.

Вызывает сомнение и отрицание дебюта и сексуального опыта у больного. Если согласиться с этим,

то – да инфицирование сифилисом возможно парентеральным путём, учитывая его историю болезни, но обнаружение гонококка в посевах из уретры – это точно результат полового контакта.

Таким образом, больные с злокачественными образованиями являются группой риска для заражения бледной трепонемой и наоборот, у больных сифилисом могут наблюдаться злокачественные новообразования. Одновременное наличие у больного двух заболеваний может существенно изменять клиническую картину и течение обоих заболеваний, поэтому все эти больные согласно стандартам МЗ РУз должны обследоваться на наличие сифилиса.

### Список использованной литературы:

1. Ваисов А.Ш. Сифилис: от висмута до экстенцилина. Ташкент. 2012. 345 с.
2. Попов И.С. Сифилис и рак // Врачебное дело. 1945. № 9-10. С.469.
3. Милич М.В. Эволюция сифилиса. 2-е издание. М.: Медицина, 1987. 160 с.
4. Фракасторо Д. О сифилисе: Пер. с латин. М.: Медгиз, 1956. 99 с.
5. Шапиро Я.Е. Хронические инфекции (ревматизм, люис, туберкулез ) и рак // Тер. Архив. 1934 . Т.12, №5. С. 23-40.
6. Belote G.H. The association of cancer and syphilis as determined by positive serology // Am. J. Syph. 1931. Vol.15. P. 372.
7. Cary N.A. Frequency of syphilis with cancer of the lips, tongue and buccal mucous membrane // JAMA. 1920. Vol. 75. P. 858.

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

*Б.Б. Кораев, А.Р. Рузиев*

*Служба Санитарно-эпидемиологического благополучия и общественного здоровья Республики Узбекистан*

Автором проведен анализ по обзору литературных данных актуальностью и масштабам распространения ВИЧ-инфекции. Анализ доступных литературных источников констатирует, что создание и усиление системы эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией, прежде всего, необходимо для разработки стратегии борьбы и реализации ответных действий с учётом региональных, национальных и эпидемиологических особенностей развития эпидемии ВИЧ-инфекции, основанных на научных данных с применением принципов доказательной медицины.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, СПИД, специфическая профилактика, эпидемиологический надзор.

## OIV infeksiyasining epidemiologik nazorati

*Б.Б. Қораяев, А.Р. Ро‘зиёв*

Maqolada muallif OIV infeksiyasi tarqalishining dolzarbligi va darajasi borasidagi adabiyotlardagi ma'lumotlar tahlilini keltiradi. Mavjud manbalar tahlili shuni ko'rsatadiki, OIV infeksiyasini epidemiologik nazorat qilish tizimini yaratish va mustahkamlash, birinchi navbatda, OIV infeksiyasining mintaqaviy, milliy va epidemiologik xususiyatlarini hisobga olgan holda, unga qarshi kurashish va javob choralarini amalga oshirishning ishonchli tibbiyot tamoyillarigava ilmiy ma'lumotlarga asoslangan strategiyasini ishlab chiqish uchun zarur.

**Tayanch so'zlar:** OIV infeksiyasi, OITS, o'ziga xos profilaktika, epidemiologik nazorat

## Epidemiological surveillance of HIV-infection

*B.B. Korayev, A.R. Ruziyev*

The presented analysis of the available literature states that establishment and strengthening of the system of epidemiological surveillance of HIV infection firstly necessary for developing a strategy for control and implementation of responsive action, taking into account regional, national and epidemiological features of HIV infection, based on scientific data of evidence-based medicine. For the integrated epidemiologic surveillance of HIV the fundamental importance have not only the detection of HIV infection cases, but also disease monitoring, prevalence, morbidity, mortality and to identifying risk factors among the most vulnerable to HIV / AIDS, and among the population.

**Keywords:** HIV infection, HIV/AIDS, epidemiologic surveillance.

**Введение:** Эпидемия ВИЧ-инфекции в РФ в настоящее время развивается самыми быстрыми темпами в мире. Болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция) остаётся одной из основных проблем современного общественного здравоохранения, так как входит в число 10 наиболее значимых для человечества заболеваний, представляющих реальную угрозу здоровью, перспективам нации и национальной безопасности многих стран мира [1].

В пандемию за последние три десятилетия было вовлечено 78 (71-87) млн. человек [2,3]. Согласно Докладу ЮНЭЙДС об эпидемии СПИДа, к концу 2014 года в мире общее число зарегистрированных случаев ВИЧ/СПИДа составило 36,9 (34,3-41,4) млн. человек [4]; 2,1 (1,9-2,4) млн. – в 2014 году были впервые инфицированы ВИЧ; 1,5 (1,4-1,7) млн. умерли от причин, обусловленных СПИДом. За последние три десятилетия ВИЧ-инфекция унесла более 39 миллионов человеческих жизней [2,5].

В 2012 году 186 стран (это 96% государств-членов ООН) представили всеобъемлющие отчёты об осуществлении национальных мер в ответ на распростра-

нение СПИДа [6]. В 2013 г. по данным ECDC, 51 из 53 европейских стран представили свою статистику относительно ВИЧ-инфекции. Европейское региональное бюро ВОЗ констатирует, что в 2012 г. высокие темпы новых случаев ВИЧ-инфекции были зарегистрированы в 5 странах ЕС: Эстония (23,5), Латвия (16,6), Бельгия (11,1), Соединённое Королевство (10,3) и Люксембург (10,3), а самые низкие показатели инфицирования ВИЧ – в Словакии (0,9) и Хорватии (1,7). Несмотря на обнадеживающие новости, согласно совместному докладу ECDC/ВОЗ «Эпиднадзор за ВИЧ/СПИД в Европе, 2012», по-прежнему, во многих частях мира эпидемия ВИЧ-инфекции продолжает расширяться [7]. В Восточной Европе и Центральной Азии отмечаются самые быстрые темпы роста заболеваемости ВИЧ в мире, при этом в последнее время приобретающей экспоненциальный характер. Число людей с ВИЧ в этом регионе резко возросло – с 410 000 человек в 2001 году до 1,5 миллиона – в 2013 году, т.е. в 3,6 раза [2,7]. В настоящее время в Таджикистане эпидемия ВИЧ-инфекции развивается за счет контингента населения с повышенным поведенческим риском по отношению к ВИЧ, т.е. в концентрированной стадии.