

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

2019/ 1

РЕСПУБЛИКА СПОРТ ТИББИЁТИ
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ МАРКАЗИ

ТИББИЁТ ВА СПОРТ
MEDICINE AND SPORT

Тошкент

СОДЕРЖАНИЕ

СПОРТИВНАЯ МЕДИЦИНА

ЗНАЧЕНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ В ПРОЯВЛЕНИИ ДЕРМАТОГЛИФИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ Садиков А.А., Аширметов А.Х., Мавлянов И.Р., Рахимова Н.М.....	5
ОСОБЕННОСТИ БИОЛОГИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕВУШЕК, СПЕЦИАЛИЗИРУЮЩИХСЯ В ПЛАВАНИИ Зиямухамедова С.А.....	10
ОММАВИЙ СОҒЛОМЛАШТИРУВЧИ ГИМНАСТИКА ЁРДАМИДА АЁЛЛАР САЛОМАТЛИГИНИ ТИКЛАШ Исмоилова М.Ш.	12
ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННЫХ СПОРТСМЕНОВ К СОРЕВНОВАНИЯМ Мавлянов И.Р., Туляганова Г.К., Атабекова К.Г.....	14
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА И ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ В СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ Мавлянов И.Р., Усмоналиева Н.Ш.....	17
ХАРАКТЕРИСТИКА ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА MTHFR C677T У СПОРТСМЕНОВ, ЗАНИМАЮЩИХСЯ ЦИКЛИЧЕСКИМИ ВИДАМИ СПОРТА Мавлянов И.Р., Курганов С.К., Рахимова Н.М., Солиев А.Б.....	22
АЁЛ-ФУТБОЛЧИЛАРДАГИ НЕВРОТИК БУЗИЛИШЛАР Магзумова Ш.Ш., Мавлянов И.Р., Тешабаева Г.Д.....	25
ГИМНАСТИКАЧИ БОЛАЛАРДА МУВОЗАНАТНИ САҚЛАШ ҚОБИЛИЯТИНИ РИВОЖЛАНТИРИШ Мусаева У.А.....	28
ПРОФЕССИОНАЛ СПОРТЧИЛАРНИНГ АМАЛДАГИ ОВҚАТЛАНИШ ҲОЛАТИНИ БАҲОЛАШ Ризаев Ж.А., Тўхтаров Б.Э.	30
ЎСМИР ЁШИДАГИ СПОРТЧИ БОЛАЛАРНИНГ МУШАК ФАОЛИЯТИДАГИ ГЕМОДИНАМИК КЎРСАТКИЧЛАР Сейдалиева Л.Ж.....	33
ПРОБЛЕМА ОПТИМАЛЬНОГО УРОВНЯ СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D В СПОРТИВНОЙ МЕДИЦИНЕ Скворцова Л.А.....	35
ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ СГОНКИ ВЕСА У БОРЦОВ САМБО НА САМОЧУВСТВИЕ И СПОРТИВНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ Турсунов Н.Б., Газиев Ш.Ш.....	39
ТУРОН ЯККАКУРАШИ БЎЙИЧА СПОРТЧИЛАРНИ МУСОБАҚА ОЛДИ ЭМОЦИОНАЛ ҲОЛАТИ ВА УНИНГ ХУСУСИЯТИ Холходжаев О.Т.....	42
ЯККА КУРАШ СПОРТ ТУРЛАРИДА ҚЎЛЛАРНИ ТЕЗКОР БУКУВЧИ ВА ЁЗУВЧИ МУШАКЛАР КУЧИНИНГ ЎЗИГА ХОС ХУСУСИЯТЛАРИ Шокиров К.Ф.....	44

МЕДИЦИНА

ВЗАИМОСВЯЗЬ ФУНКЦИОНАЛЬНО-ГУМОРАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДИСФУНКЦИИ ЭНДОТЕЛИЯ И ПОЛИМОРФИЗМА ГЕНА ЭНДОТЕЛИАЛЬНОЙ NO-СИНТАЗЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ Абдуллаева Ч.А., Ярмухамедова Г.Х.....	46
--	----

ОЦЕНКА ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПОСТИНФАРКТНЫМ КАРДИОСКЛЕРОЗОМ	
Абдуллаева Ч.А., Хидоятова М.Р., Мадаминова С.А., Абдухаликов О.З. угли.....	50
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МЕЛЬКЕРССОНА – РОЗЕНТАЛЯ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА	
Аллаева М.Д.....	52
АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПЕРЕДНЕЙ КРЕСТООБРАЗНОЙ СВЯЗКИ	
Ирисметов М.Э., Усмонов Ф.М., Шамшиметов Д.Ф., Холиков А.М., Ражабов К.Н., Таджиназаров М.Б.....	55
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗМЕРА ПОПУЛЯЦИИ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ТИРЕОГЛОБУЛИНОВЫХ ПОЛИРИБОСОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ	
Маматкулов Д.А., Нурбаев Б.Ш., Субанова Б.К.....	62
СЛОЖНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО БЦЖ ЛИМФАДЕНИТА	
Парпиева Н.Н., Саипова Н.С., Рахимов Д.Б.....	65
ОЦЕНКА СОДЕРЖАНИЯ ВИТАМИНА D НА ПОПУЛЯЦИОННОМ УРОВНЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	
Скворцова Л.А., Хегай Л.Н.....	72
ТОКСИКОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДОБАВОК К ПИЩЕ ПРОИЗВОДСТВА КОМПАНИИ «МЕС 3» (ИТАЛИЯ)	
Хегай Л.Н., Азизова Ф.Л.....	79
ПЛАЗМОЦИТОМЫ КОЖИ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ ДЕРМАТОЛОГА	
Солметова М.Н., Ким О.Г., Атабеков С.Н., Рустамов У., Юлдашева Д.Ю.....	86

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МЕЛЬКЕРССОНА – РОЗЕНТАЛЯ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

Аллаева М.Д.

DERMATOLOGNING AMALIYOTIDA MELKERSON – ROSENTHAL SINDROMINING KLINIK KO'RINISHI

Аллаева М.Д.

CLINICAL CASE OF MELKERSSON – ROSENTHAL SYNDROME IN THE PRACTICE OF A DERMATOLOGIST

Allajeva M.D.

Ташкентская медицинская академия

Maqolada Melkersson – Rosenthal sindromining klinik holati, uning asosiy sabablari, bemorlarni tekshirish uchun zarur rejalar, davolanishning hozirgi yondashuvlari tasvirlangan. Muallif o'zkuvatuvlarini qiladi.

Kalit so'zlar: Melkersson – Rosenthal sindromi, etiologiya, klinikko'rinish, davolash.

The article describes the case report of Melkersson – Rosenthal syndrome, its main causes, the necessary plan for examining patients, modern approaches to treatment. The authors present their own observations of the course of Melkersson – Rosenthal syndrome.

Key words: Melkersson – Rosenthal syndrome, etiology, clinical manifestations, treatment.

Синдром Мелькерссона – Розенталя (СМР) (МКБ-10: G51.2) – симптомокомплекс, включающий рецидивирующий отек губ (реже другой части лица), рецидивирующий одно- или двусторонний неврит лицевого нерва и складчатый (скротальный) язык [1,7]. Чаще сочетаются отек губы и неврит лицевого нерва; сочетание трех симптомов бывает у 20-30% больных, двустороннее поражение отмечается в 75% всех случаев. Масштабных исследований данной патологии не проводилось, однако большинство авторов отмечают низкую заболеваемость – от 0,08 до 0,1% в общей популяции. Чаще болеют женщины [6,7].

История изучения заболевания начинается с ранних сообщений австрийского невролога Лотара Риттера фон Франкль-Хохварта (1891), русского врача ГИ. Россолимо (1901). Позднее, в 1928 г., шведский врач Melkersson описал больного с односторонним параличом лицевого нерва и ангиотрофическим отеком губ (макрохейлит), а немецкий невролог Rosenthal (1931) добавил к этим симптомам складчатый язык. Mischer (1945) установил гранулематозный характер гистологических изменений при макрохейлии, а Richter и Johnе (1950) отнесли его частным проявлением синдрома Мелькерссона-Розенталя [1].

Этиология и патогенез. Мультифакторное заболевание с невыясненным генезом. Рассматриваются конституционально-наследственные, нейродистрофические (ангионевроз), вазомоторные расстройства, гематогенно-инфекционные и инфекционно-аллергические факторы (хроническая одонтогенная инфекция; синуситы). Имеет значение контакт с металлами (кобальт, золото), а также употребление корицы, ментола [8,9]. Среди инфекционных триггеров выделяют герпесвирусы, *Mycobacterium tuberculosis* и *Borrelia burgdorferi* [5]. Считается, что синдром связан с болезнью Крона, что обуславливает необходимость гастроэнтерологического обследования, а также с саркоидозом, дисфункцией лицевого нерва, патологией лимфосистемы в области голова/шея [6], с сахарным диабетом, рассеянным склерозом, синдромом Элерса – Данлоса, розацеа, синдромом Дауна, лимфомой, артритом, тиреоидитом Хашимото. Фактически заболевание находится на стыке нескольких дисциплин: неврологии, аллергологии-иммунологии, стоматологии, офтальмологии и дерматологии [1,2,4,6].

Провоцирующими факторами могут быть переохлаждение, прием алкоголя, а также ряда лекарственных пре-

паратов. Заболевание обычно начинается в детстве или ранней юности, чаще в возрасте 25-35 лет. Течение может быть ремиттирующее с периодическими сезонными рецидивами, или прогрессирующим с развитием стойкой макрохейлии, в то же время с возрастом частота и выраженность обострений уменьшаются.

Гистологически на отечных участках определяется периваскулярный лимфоцитарный воспалительный инфильтрат различной выраженности диффузного или очагового характера, в дальнейшем – гранулематозные очажки. В биоптатах слизистой оболочки щеки и губ – преимущественное поражение клеток и сосудов соединительной ткани, с выраженной альтерацией и сосудисто-экссудативными реакциями, что в сочетании с усилением активности лактатдегидрогеназы свидетельствует о неспецифическом воспалении и аллергической природе СМР. Увеличивается содержание молодых фибробластов, тучных и плазматических клеток, часто дегранулированных и расположенных небольшими группами вблизи кровеносных сосудов. В ряде случаев выявляются гранулематозные изменения, напоминающие таковые при саркоидозе.

Макрохейлия – самый частый симптом (до 90% случаев). Начало острое, с нарастающего отека кожи лица и слизистой полости рта, значительно реже – с невралгии и паралича лицевого нерва. Чаще вначале поражается верхняя, затем нижняя губа, реже встречается отек одной или обеих щек, верхней губы и щеки, сразу обеих губ. Клиническая картина отека формируется в течение нескольких часов и сохраняется от 3-6 дней до месяца. Губа плотная, бесформенная, в 3-4 раза больше обычных размеров, часто выворачивается в виде хоботка, отстоит от зубов («морда тапира»), характерно несимметричное увеличение губы. Отек распространяется до носа и подбородочной бороздки. При пальпации вдавления не остается, консистенция мягкая или плотноэластическая, без склерозирования. Губы бледно-розового цвета, с застойным оттенком, на поверхности образуются трещины. Нарушаются мимика, прием пищи. Интенсивность отека в течение дня может меняться, иногда в процесс вовлекаются десны, твердое небо, язык, нос. Редко СМР проявляется изолированным односторонним отеком щеки – парентом, который захватывает всю толщу щеки. Слизистая отечная, тестоватой консистенции с отпечатками зубов, впоследствии уплотняется

без болезненности и воспаления. При рецидивировании развивается складчатость, может сочетаться с отеком десен, мягкого и твердого неба, языка и др. [1-9].

Второй симптом (35 - 40%) – паралич лицевого нерва (классический паралич Белла) с продромальными явлениями – дискомфортом в полости рта, односторонней вазомоторной ринопатией, нарушениями слюновыделения, односторонней невралгией, головной болью, мигренью. Паралич развивается быстро, снижается тонус мышц, расширяется глазная щель, опускается угол рта. Возможен неполный паралич с частичной сохранностью вегетативной, чувствительной и моторной функции. Течение длительное, рецидивирующее, однако возможен спонтанный регресс. Возможно поражение других черепно-мозговых нервов: глазодвигательного, языкоглоточного, тройничного. Частые рецидивы болезни приводят к параличу, атрофии и контрактурам (в тяжелых случаях) лицевой мускулатуры [1-8].

Третий симптом (39-52%) – складчатый язык, отмечается у 2/3 больных и считается аномалией развития. Вследствие отека язык неравномерно увеличен, бледно-розового или нормального цвета, постепенно слизистая мутнеет, появляются полосы, напоминающие лейкоплакию. При нарастании складчатости язык напоминает «бульжнюю мостовую», выражена срединная бороздка, уменьшается подвижность. Задняя треть и корень языка поражаются редко [1-9].

Диагностика СМР обычно не вызывает затруднений, особенно при полной триаде [3]. Однако при моносимптомной форме (макрохейлия) СМР следует дифференцировать от элифантиаза, кавернозной гемангиомы. Наиболее часто больным ставится диагноз аллергического заболевания – отека Квинке, контактного дерматита (стоматита, гингивита). Несмотря на отсутствие достаточного эффекта от применения антигистаминных препаратов, до появления других симптомов триады заболевание остается нераспознанным, и больные не получают адекватной терапии. Это важно, так как, несмотря на сравнительно благоприятный исход, при длительном течении и процесс осложняется вовлечением гортани, трахеи, носоглотки, развитием ангиодистонических расстройств, повышением проницаемости сосудов мозга, отеком и набуханием мозговой ткани и оболочек, повышением внутричерепного давления.

Лечение СМР достаточно затруднительно, может быть консервативным и хирургическим. Традиционно назначают комбинированное лечение ГКС (преднизолон 20-30 мг), антибиотики широкого спектра (окситетрациклин) и антималярийные препараты (хингамин), а также антигистаминные, десенсибилизирующие, пирогенные препараты, наружно – аппликации с гепариновой мазью, димексидом.

Курс лечения рекомендуется повторять через 2-3 месяца. Хирургическое вмешательство может быть показано, чтобы облегчить давление на лицевые нервы и уменьшить отек, но его эффективность остается неопределенной, с косметической целью иссекают часть ткани губы. Могут быть также предусмотрены массаж и электрическая стимуляция.

Приводим наше наблюдение.

Больной М., 1993 г.р., житель Ташкентской области Узбекистана, 18.05.2018 г. обратился в медицинский диагностический Центр «Куксарай» г. Ташкента. При поступлении жалобы на отек и увеличение губ и языка, боли в горле, ощущение першения, затруднение речи и приема пищи.

Anamnesis morbi: Болен в течение нескольких месяцев. Заболевание ни с чем не связывает. По месту жительства с диагнозом «аллергия» получал антигистаминные и десенсибилизирующие препараты с кратковременным эффектом.

Anamnesis vitae: родился в семье рабочих, рос и развивался соответственно возрасту, перенесенных в прошлом заболеваний, кроме ОРВИ, не помнит. Наследственность не отягощена. Вредных привычек нет.

Status praesens: Правильного телосложения, нормостенической конституции. Положение активное. Сознание ясное. Кожа обычной окраски, тургор сохранен, патологических высыпаний нет, исключая Status localis. Костно-мышечная система без деформаций. Движения в суставах выполняются в полном объеме, сухожильные рефлексы сохранены. Лимфоузлы периферических групп, доступных пальпации не изменены. Грудная клетка обычной формы, симметрично участвует в акте дыхания, дыхание свободное через нос. В легких дыхание везикулярное, перкуторно легочный звук, хрипов нет. Тоны сердца ясные, АД 120/80 мм рт. ст., пульс хорошего наполнения и напряжения, ритмичный 72 уд. в минуту. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Стул, диурез в норме.

Status Localis: патологический процесс локализуется в области губ, без признаков воспалительной реакции, симметрично захватывает обе носогубные складки и подбородок. Губы увеличены в размере (макрохейлия). Кожа здесь резко отечна, плотноэластической консистенции, при пальпации вдавления не остается, безболезненная, на красной кайме губ и в углах рта имеются поверхностные трещины (рис. 1). Язык отечен, увеличен с обеих сторон, розовато-красного цвета, с белесоватыми участками, напоминающими лейкоплакию, сосочки сглажены (рис. 2). У корня языка, по бокам и в центральной части глубокие борозды, особенно выраженные посередине («скротальный язык»). Субъективные ощущения: дискомфорт в полости рта, затруднение глотания, речи, приема пищи, мимики.



Рис. 1. СМР, макрохейлия



Рис. 2. СМР, скротальный язык.

Обследование

Общий анализ крови, мочи, копрология – без особенностей. ASLO – антистрептолизин-О- 210МЕ/мл, CRP – С-реактивный белок 35,0 МЕ/мл. УЗИ печени и желчного пузыря: обнаружены конкременты (7 мм) в области V сегмента. ЭФГДС – выраженный диффузный гастродуоденит. Пищевод в норме. При ирригографии выявлены рентгенопризнаки долихосигма и хронического колита, пневматоз кишечника.

На МРТ головного мозга признаки начальных проявлений дисциркуляторной энцефалопатии. Эктопия миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие

Таким образом, по результатам обследования у больного в развитии СМР (макрохейлия, скротальный язык) возможное значение имеют дисфункция желудочно-кишечного тракта и неврологические нарушения. Больной направлен на консультацию гастроэнтеролога и невропатолога, находится под наблюдением.

Данный случай представляет интерес для практических врачей разных профилей в плане дифференциальной диагностики с острыми аллергическими состояниями. Дерматологические проявления СМР указывают на необходимость комплексного углубленного обследования. NINDS поддерживает исследования в области неврологических расстройств, таких как синдром Мелькерссона – Розенталя.

Многие из этих исследований направлены на повышение уровня знаний этих нарушений и нахождения способов лечения, профилактики, и в конечном итоге избавления от них.

Литература

1. Заболевания слизистой оболочки полости рта и губ; Под ред. проф. Е.В. Боровского, проф. А.Л. Машкиллейсона. – М., 2001.
2. Гак С.Е. Синдром Россолимо – Мелькерссона – Розенталя // Лечение заболеваний нервной системы. – 2012. – Т. 1, №1 (9). – С. 37-42.
3. Эседов Э.М, Ахмедова Ф.Д. Диагностика синдрома Россолимо – Мелькерссона – Розенталя // Вестн. ДГМА. – 2013. – №4 (9).
4. Почтарь В.Н., Скиба В.Я., Скиба А.В. Клинический случай синдрома Мелькерссона – Розенталя // Клин. стоматол. – 2013. – №2 (66).
5. Железный П.А, Малкова Е.М., Филорин М.Д., Белоусов Ю.Н. Листерия как причина синдрома Мелькерссона – Розенталя // Стоматол. детского возраста и проф. – 2008. – №2.
6. Веретельник А.В., Резниченко Н.Ю. Клинический случай синдрома Мелькерссона – Розенталя // Клин. иммунол., аллергол., инфектол. – 2017. – №6 (103). – С. 46-47.
7. El-Hakim M., Chauvin P. Orofacial granulomatosis presenting as persistent lip swelling: review of 6 new cases // J. Oral. Maxillofac. Surg. – 2004. – Vol. 62, №9. – P. 1114-1117.
8. White A., Nunes C., Escudier M. et al. Improvement in orofacial granulomatosis on a cinnamon- and benzoate-free diet // Inflamm. Bowel. Dis. – 2006. – Vol. 12, №6. – P. 508-514.
9. Wong G.A., Shear N.H. Melkeresson-Rosenthal syndrome associated with allergic contact dermatitis from octyl and dodecyl gallates // Contact Dermatitis. – 2003. – Vol. 49, №5. – P. 266-267.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МЕЛЬКЕРССОНА – РОЗЕНТАЛЯ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

Аллаева М.Д.

Описан клинический случай синдрома Melkeresson – Rosenthal, его основные причины, необходимый план обследования пациентов, современные подходы к лечению. Автор приводит собственное наблюдение.

Ключевые слова: синдром Мелькерссона – Розенталя, этиология, клинические проявления, лечение.

