

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

№1-2.2020 (89-90)

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



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
АССОЦИАЦИЯ ВРАЧЕЙ ЧАСТНОЙ ПРАКТИКИ УЗБЕКИСТАНА
КЛИНИКА «MANLIYO-SHIFO» & V

«Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья»
Рецензируемый научно-практический журнал
Публикуется 4 раза в год
Основан в 1997 году

«The news of dermatovenerology and reproduction health»
is a peer reviewed journal, is published 4 times a year

Журнал входит в перечень научных журналов и изданий, рекомендованных ВАК при Кабинете Министров Республики Узбекистан при защите докторских диссертаций.

Журнал зарегистрирован Госкомитетом Республики Узбекистан по печати и информации
Лицензия №0527 от 13. 02. 2009 г.

А Д Р Е С Р Е Д А К Ц И И:

г. Ташкент, Шайхонтохурский район,
проезд Лабзак, 10 Клиника «Maxliyo-shifo»

Тел: (+99871) 244-06-33
(+99890) 978-38-78
(+99890) 353-14-45

E-mail: dermatol47@mail.ru
сайт: www.ndrz.uz

Зав. редакцией: Ф. Ф. Хашимов
Менеджер по распространению: Ж. М. Умаров
Компьютерный набор и верстка: М. Т. Ташпулатов

Подписной индекс — 1039
1042

За содержание рекламных материалов
ответственность несет рекламодатель

Подписано в печать 30.06.2020

Формат 60X84 1/8
Печать офсетная
Цена договорная
Тираж 1000 экз.

Заказ №25 от 08.07.2020 г.

ООО «ALPHA OMEGA Marketing»
Адрес: г. Ташкент, пр. Мустакиллик, 63
Тел.: 71 268-16-54; факс: 71 268-16-53
e-mail: print@alphaomega.uz

НОВОСТИ

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ**

**№1-2 (89-90)
2020 год**

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ**

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор — Ваисов А. Ш.
Зам. гл. редактора — Маннанов А. М.
Зам. гл. редактора — Курбанов Д. Д.
Отв. секретарь — Рахматов А. Б.

Абдуллаев М.И., Арифов С.С., Артыков А.Ф.,
Атабеков Н.С., Аюпова Ф.М., Ваисов И.А.,
Джаббарова Ю.К., Ибрагимов О.Д., Имамов О.С.,
Исмаилова Г.А., Каримов А.Х., Каримова Ф.Д.,
Магруппов Б.А., Мухамедов И.М., Нажмитдинова
Д.К., Пахомова Ж.Е., Порсохонова Д.Ф., Сабиров
У.Ю., Садыков А.А., Сулпанов С.Н., Ташкенбаева
У.А., Хайтов К.Н., Шодиев Х.К.

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Адаскевич В.П. (Беларусь, Витебск)
Алимов Б.Д. (Узбекистан, Ташкент)
Абдуллаев Т.А. (Узбекистан, Ташкент)
Абидов А.М. (Узбекистан, Ташкент)
Акилов Ф.А. (Узбекистан, Ташкент)
Батпенова Г.Р. (Казахстан, Астана)
Гюнеш А. (Турция)
Заславский Д.В. (Россия, Санкт-Петербург)
Зоиров П.Т. (Таджикистан, Душанбе)
Зуфарова Ш.А. (Узбекистан, Ташкент)
Исмаилова А.М. (Туркменистан, Ашгабад)
Каримова Д.Ф. (Узбекистан, Ташкент)
Кешилева З.Б. (Казахстан, Алматы)
Кумар Р. (Индия, Дели)
Литус О.И. (Украина, Киев)
Лукьянов А.М. (Беларусь, Витебск)
Мусабаев Э.И. (Узбекистан, Ташкент)
Набиев Т.А. (Узбекистан, Ташкент)
Саипов С.С. (Узбекистан, Ташкент)
Эшбоев Э.Х. (Узбекистан, Ташкент)

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

- КОРОНАВИРУС ПАНДЕМИЯСИНИНГ КЕЧИШИ**
Н.С. Атабеков, Л.У. Анварова, Р.А. Касимов 4
- ВИТИЛИГО И ЛЕПРА: ОТ ОТОЖДЕСТВЛЕНИЯ ДО РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ (ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ И УСТРАНЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ)**
А.Ш. Вайсов, Мунир Ахмад 8
- АНАЛИЗ МИКРОДЕЛЕЦИЙ Y-ХРОМОСОМЫ В AZF-ЛОКУСЕ У МУЖЧИН С ИДИОПАТИЧЕСКИМ БЕСПЛОДИЕМ**
М.М. Файзырахманова, Б.К. Аллаёров, У.Ю. Юсупов 12
- ОСОБЕННОСТИ МИКРОБИОЦЕНОЗА КОЖИ У БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ С СОПУТСТВУЮЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ**
А.Ш. Вайсов, Н.С. Саипова, Г.Ш. Тохтаев 14
- ХРОМОСОМНЫЕ АНОМАЛИИ У МУЖЧИН С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕРМАТОГЕНЕЗА**
М.М. Файзырахманова, Г.Б. Исхакова, Е.О. Хмелевская 19
- СТРУКТУРА ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ И ФЕНОТИП НЕЙТРОФИЛОВ ПРИ ГНОЙНИЧКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ КОЖИ**
А.Ш. Алиев, М.В. Залялиева, У.А. Ташкенбаева, Ф.Ф. Хашимов 21
- ОРГАНСОБЕРЕГАЮЩЕЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ МИОМЫ МАТКИ НА ФОНЕ БЕРЕМЕННОСТИ**
М.Т. Хусанходжаева, К.Б. Таирова 24

ОБМЕН ОПЫТОМ

- О ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО**
А.Ш. Вайсов, Мунир Ахмад, Ж.М. Умаров 27
- НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ РЕЛАНТАНА В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ**
Ф.М. Аюпова, У.Х. Солиева, Ф.Б. Миродилова 30
- ВОЗРАСТНЫЕ, ГЕНДЕРНЫЕ И РАСОВЫЕ ОСОБЕННОСТИ КОЖИ**
А.Ш. Вайсов, Мунир Ахмад 34
- СОСТОЯНИЕ ОВАРИАЛЬНОГО РЕЗЕРВА У ЖЕНЩИН С СИНДРОМОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ**
С.У. Иргашева, М.М. Алиева, Д.А. Курбанова, Ю.К. Мирзаева 37
- ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИМENOПАУЗАЛЬНОГО ПЕРЕХОДА У ЖЕНЩИН С ОЖИРЕНИЕМ**
Д.Я. Зарипова, Д.И. Туксанова, М.Н. Негматуллаева 39
- АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДИСТОРМОНАЛЬНОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ**
Н.С. Шомансурова, Н.А. Нигманова 42
- ВСТРЕЧАЕМОСТЬ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ**
Н.Г. Ашурова, С.Б. БобокULOва 44

ORIGINAL ARTICLES

- FORMATION OF THE CORONAVIRUS PANDEMIA**
N.S. Atabekov, L.U. Anvarova, R.A. Kasimov 4
- VITILIGO AND LEPROSY: FROM IDENTITY TO SOLVING THE PROBLEM (ETIOLOGY, CLINIC, TREATMENT AND ELIMINATION OF DISCRIMINATION)**
A.Sh. Vaisov, Munir Ahmad 8
- MICRODELETION ANALYSIS OF THE Y-CHROMOSOME AT THE AZF-LOCUS IN MEN WITH IDIOPATHIC INFERTILITY**
M.M. Fayzyrakhmanova, B.K. Allayorov, U.Y. Yusupov 12
- FEATURES OF SKIN MICROBIOCENOSIS IN PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS WITH CONCOMITANT DERMATOSIS**
A.Sh. Vaisov, N.S. Saipova, G.Sh. Toxtayev 14
- CHROMOSOMAL ABNORMALITIES IN MEN WITH SPERMATOGENESIS DISORDERS**
M.M. Fayzyrakhmanova, G.B. Iskhakova, E.O. Hmelevskaya 19
- STRUCTURE OF INFLAMMATORY SKIN LESIONS AND PHENOTYPE OF NEUTROPHILS IN PUSTULAR SKIN DISEASES**
A.Sh. Aliyev, M.V. Zalyaliyeva, U.A. Tashkenbayeva, F.F. Khashimov 21
- ORGAN-SAVING SURGICAL TREATMENT OF UTERINE MYOMA ON THE BACKGROUND OF PREGNANCY**
M.T. Khusankhodjayeva, K.B. Tairova 24

EXCHANGE OF EXPERIENCE

- ABOUT VITILIGO PATHOGENETIC THERAPY**
A.Sh. Vaisov, Munir Akhmad, J.M. Umarov 27
- SOME ASPECTS OF THE USE OF RELANTAN IN THE PREVENTION AND TREATMENT OF MISCARRIAGE**
F.M. Ayupova, U.Kh. Solieva, F.B. Mirodilova 30
- AGE, GENDER AND RACIAL FEATURES OF SKIN**
A.Sh. Vaisov, Munir Akhmad 34
- OVARIAN RESERVE STATUS IN WOMEN WITH POLYCYSTIC OVARY SYNDROME**
S.U. Irgashyeva, M.M. Aliyeva, D.A. Kurbanova, Yu.K. Mirzayeva 37
- FEATURES OF THE COURSE OF PERIMENOPAUSAL TRANSITION IN OBESE WOMEN**
D.Ya. Zaripova, D.I. Tuksanova, M.N. Negmatullaeva 39
- BENIGN BREAST HYPERPLASIA: DIAGNOSIS AND TREATMENT ALGORITHM**
N.S. Shomansurova, N.A. Nigmanova 42
- INCIDENCE OF OBSTETRIC COMPLICATIONS IN MULTIPLE PREGNANCIES**
N.G. Ashurova, S.B. Bobokulova 44

АХОЛИНИНГ САЛОМАТЛИК КЎРСАТКИЧЛАРИГА ХАВФ ОМИЛЛАРИНИНГ ТАЪСИРИ <i>Б.А. Дусчанов, С.С. Ибадуллаева</i>	46	INFLUENCE OF RISK FACTORS ON POPULATION HEALTH INDICATORS <i>B.A. Duschanov, S.S. Ibadullayeva</i>	46
ВОЗРАСТНАЯ И ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ИЗМЕНЧИВОСТЬ ФОРМЫ И РАЗМЕРОВ МАТКИ ПО ДАННЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО И УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЙ <i>М.Т. Хамдамова</i>	49	AGE AND INDIVIDUAL VARIABILITY OF THE SHAPE AND SIZE OF THE UTERUS ACCORDING TO MORPHOLOGICAL AND ULTRASOUND STUDIES <i>M.T. Khamdamova</i>	49
ЗНАЧЕНИЕ ИММУННОГО СТАТУСА ПРИ НЕВЫНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Д.И. Туксонова, Н.К. Солиева, М.Н. Негматуллаева, Т.Т. Шамсиева</i>	52	THE IMPORTANCE OF IMMUNE STATUS IN MISCARRIAGE <i>D.I. Tuksonova, N.K. Soliyeva, M.N. Negmatullayeva, T.T. Shamsiyeva</i>	52
ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ НАРУШЕНИЯ СНА ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ <i>Д.И. Туксанова, М.Ш. Гафурова</i>	54	STUDY OF PROBLEMS OF SLEEP DISORDERS IN PREGNANT WOMEN <i>D.I. Tuksanova, M.Sh. Gafurova</i>	54
К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ <i>А.Т. Сафаров, Л.С. Абдуллаева, Ж.З. Шайматова, Е.К. Кадырова, М.Я. Уринов</i>	57	TO THE TREATMENT OF IRON DEFICIENCY ANEMIA IN PREGNANT WOMEN <i>A.T. Safarov, L.S. Abdullayeva, J.Z. Shaymatova, E.K. Kadirova, M.Ya. Urinov</i>	57
РОЛЬ ПОЛИМОРФИЗМА ТРОМБОФИЛИЧЕСКИХ ГЕНОВ ГЕМОСТАЗА В НЕВЫНАШИВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ (ЭКО) <i>К.Т. Бобоев, Д.Д. Саиджалилова, Д.Н. Ходжаева, Д.Б. Мирзаева</i>	61	STUDY OF THE ROLE OF GENETIC RESEARCH OF THE HEMOSTATIC SYSTEM IN THE EFFICIENCY OF IN VITRO FERTILIZATION (IVF) <i>K.T. Boboyev, D.D. Saidjalilova, D.N. Khodjayeva, D.B. Mirzayeva</i>	61
ОЦЕНКА КЛИНИЧЕСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ БОГАТОЙ ТРОМБОЦИТАМИ ПЛАЗМЫ В ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО <i>Б.С. Азизов, И.И. Латипов</i>	64	ASSESSMENT OF THE CLINICAL EFFICACY OF PLATELET RICH PLASMA IN VITILIGO THERAPY <i>B.S. Azizov, I.I. Latipov</i>	64
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЭКО НА ФОНЕ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ТРОМБОФИЛИИ <i>Д.Д. Саиджалилова, З.А. Муминова, Д.Н. Ходжаева, Д.Б. Мирзаева</i>	67	FEATURES OF THE PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH IVF ON THE BACKGROUND OF VARIOUS FORMS OF THROMBOPHILIA <i>D.D. Saidjalilova, Z.A. Muminova, D.N. Khodjayeva, D.B. Mirzayeva</i>	67
ОБЗОР		REVIEW	
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ТЕРАПИИ ПАПИЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН <i>Ш.А. Юсупова</i>	69	MODERN VIEWS ON THE TREATMENT OF PAPILOMAVIRUS INFECTION IN PREGNANT WOMEN <i>Sh.A. Yusupova</i>	69
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ <i>У.А. Ташкенбаева, Н.Ж. Эрматов, Т.К. Абдужаббаров</i>	73	PATHOGENETIC MECHANISMS FOR THE DEVELOPMENT OF CHRONIC HORS <i>U.A. Tashkenbayeva, N.J. Ermatov, T.K. Abdujabbarov</i>	73
СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ		CASE REPORT	
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПАПУЛОНЕКРОТИЧЕСКОГО ТУБЕРКУЛЕЗА КОЖИ <i>Н.С. Саипова</i>	75	A CLINICAL CASE OF PAPULANECROTIC OF TUBERCULOSIS OF THE SKIN <i>N.S. Saipova</i>	75
ТУБЕРОЗНЫЙ СКЛЕРОЗ: КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ОШИБКИ ДИАГНОСТИКИ <i>О.С. Имамов, И.Н. Абдувахитова</i>	77	TUBEROUS SCLEROSIS: CLINICAL POLYMORPHISM AND DIAGNOSTIC ERRORS <i>O.S. Imatov, I.N. Abduvakhitova</i>	77
СЛУЧАЙ НОРВЕЖСКОЙ ЧЕСОТКИ У БОЛЬНОЙ С ГЕРПЕТИФОРМНЫМ ДЕРМАТИТОМ ДЮРИНГА <i>А.Ш. Ваисов, О.С. Имамов, Н.С. Саипова, К.З. Маликов, И.Н. Абдувахитова, Г.Ш. Тохтаев, Б.Б. Курбонов</i>	82	CASE OF HERPETIFORM DERMATITIS DURING WITH NORWEGIAN SCABIES <i>A.Sh. Vaisov, O.S. Imatov, N.S. Saipova, K.Z. Malikov, I.N. Abduvakhitova, G.Sh. Tokhtayev, B.B. Kurbonov</i>	82
ПРОФЕССОР МАГРУПОВ БОХОДИР АСАДУЛЛАЕВИЧ <i>(к 70-летию со дня рождения)</i>	85		

ФЙДАЛАНИЛГАН ДАБИЁТЛАР:

1. Воробьева А.А., Быкова А.С. Атлас по медицинской микробиологии, вирусологии и иммунологии/: Учебное пособие для студентов медицинских вузов // М.: Медицинское информационное агентство, 2003. с.121
2. Откуда появился коронавирус. Версия ученых. www.rpp.ru. Дата обращения 8 мая 2020.
3. Коротяев А.И., Бабичев С.А. Медицинская микробиология, иммунология и вирусология//. - СПб: СпецЛит, 2008
4. Рекомендации ВОЗ для населения в связи с распространением нового коронавируса (2019- n CoV). www.who.int. Дата обращения 5 февраля 2020.
5. Coronavirus COVID-19 can live on Smartphones Screens up to 4 Days (англ.). RF (Radio Frequency) Safe (2 March 2020). Дата обращения 17 апреля 2020.
6. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) // Минздрав РФ. - 2020.
7. Ўзбекистон Республикаси Президентининг 2020 йил 29 январда ПФ-5537-сонли фармойиши.
8. Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маъжмасынинг 2020 йил 23 мартдаги 176-сонли «Коронавирус инфекцияси тарқалишига қарши қўшимча чора-тадбирлар тўғрисида»-ги Қарори.
9. Ўзбекистон Республикаси Бош давлат санитария вазирининг «COVID-19 коронавирус инфекциясининг республика ҳудудига кириб келиши ва тарқалишининг олдини олиш бўйича тадбирларни янада такомиллаштириш тўғрисида»-ги 1-7-сонли қарорлари.
10. 0372-20-сонли «Covid-19 пандемияси даврида чеклаш тадбирларининг қўлланиши шароитида давлат органлари ва бошқа ташкилотлар, шунингдек тадбиркорлик субъектларининг фаолиятини таъкил қилиш тўғрисидаги вақтинчалик санитария қоида ва меъёрлари».

ВИТИЛИГО И ЛЕПРА: ОТ ОТОЖДЕСТВЛЕНИЯ ДО РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ (ЭТИОЛОГИЯ, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ И УСТРАНЕНИЕ ДИСКРИМИНАЦИИ)

А.Ш. Вайсов (Ўзбекистон), Мунир Аҳмад (Индия)

Витилиго ва Лепра: фарқлай олмасликдан муаммони ҳал қилишгача (этиология, клиника, даволаш ва дискриминацияни бартараф этиш)

А.Ш. Вайсов (Ўзбекистон), Мунир Аҳмад (Ҳиндистон)

Мақола терисида оқ доғлар бўлган шахсларга нисбатан жамиятта мавжуд салбий муносабатнинг асл сабабини очиб берган. Лепрани («мохов») юқтиришдан қўрқиб, унинг кўзгачувчиси, инфекция резервуари, шунингдек, юқиш механизми ва йўллари аниқлангандан кейин ҳам қамаймаган. Мақолада, Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилотининг (ЖССТ) лепра муаммосини ҳал қилишга қаратилган ҳаракатлари, бугунги дунёдаги эпидемиологик вазият, шунингдек, уни даволашнинг асосий усуллари самарадорлиги, Лепра глобал муаммосининг бартараф этилишини таъминлаш акс этирилган. Бироқ, касалликнинг патогенези ноаниқ ва самарали давос йўқлиги учун витилиго касаллиги (ҳалқ орасида «пес» деб юритилган), яна кўп йиллар давомида, пигментсиз оқ доғлари бор ҳар бир бемор жамиятта лепрани (моховни) эслашга ва ваҳима сезишга мажбур қилади. «Мохов»ли беморларга бўлган стигматизация ва дискриминация сабаблари ва уни бартараф этиш усуллари ҳам мақолада алоҳида эътибор қаратилган.

Vitiligo and Leprosy: from identity to solving the problem (etiology, clinic, treatment and elimination of discrimination)

A.Sh. Vaisov (Uzbekistan), Munir Ahmad (India)

The article reveals the true reason for the negative attitude of society towards individuals with white spots on the skin. The fear of contracting leprosy does not decrease even with the determination of its pathogen, reservoir of infection, as well as the mechanism and transmission paths. The article reflects WHO's efforts to solve the problem of leprosy, the current epidemiological situation in the world, as well as the main methods of its treatment, which allowed to eliminate the global problem of leprosy. However, the unclear pathogenesis and the lack of an effective treatment for vitiligo ensures that for many years to come, every patient with vitiliginous spots will make society remember leprosy and cause fear. Particular attention is paid to the causes of stigmatization and discrimination of patients with leprosy and ways to overcome it.

Среди заболеваний, проявляющихся нарушением пигментации кожного покрова, наиболее важным в практическом отношении являются депигментированные пятна на коже, которые являются единственным проявлением ВИТИЛИГО или одним из многих клинических признаков ЛЕПРЫ (проказы) [2,3,5,16]. Ошибочное отождествление этих двух разных заболеваний в историческом прошлом, привело к тому, что белые пятна у больного всегда оценивались как признак наличия проказы и последующей неотвратимой изоляцией от общества [6, 12, 15, 17].

Витилиго, которым страдает около 1-4% населения, обычно не сопровождается субъективными ощущениями, однако белые пятна причиняют больному моральные страдания ввиду значительного косметического недостатка, более выраженного у людей с темной кожей. Несмотря на хорошо изученную клиническую картину и доступность диаг-

ностики, лечение витилиго остается малоэффективным, что объясняется неясностью этиологии и сложностью патогенеза заболевания [6, 13, 17, 19].

В сложном и недостаточно изученном патогенезе витилиго, большое значение как факторам риска придается нарушениям функции внутренних органов и систем: эндокринной, нервной, гепатобилиарной, иммунной, желудочно-кишечной и кровеносной системы. Так же, эти пигментные пятна рассматривают как один из ранних диагностических признаков развития новообразований [6, 16].

Эффективного лечения витилиго пока нет. Наиболее практическое применение нашел метод лечения витилиго ультрафиолетовыми лучами (PUVA-терапия) с предварительным применением различных фотосенсибилизаторов. Специалистами разработаны и предложены различные стандарты комплексной терапии, включающие фотохимиотерапию и медикаменты, направленные на коррек-

цию факторов риска у пациента. В последние годы внимание специалистов уделяется разработке и внедрению в комплексную терапию витилиго метода трансплантации клеток эпидермиса [6, 13, 17].

Во многих странах мира, разрабатываются и предлагаются все новые препараты направленные не на лечение витилиго, а на маскировку и сокрытие косметического недостатка [13].

Однако, несмотря на успехи санитарно-просветительской работы и выработки понимания, что витилиго не заразен и не представляет опасности ни самому больному, ни его окружающим, белые пятна остаются признаком «плохой» болезни. Отрицательное отношение окружающих к больным витилиго сохранились до настоящего времени [1, 11]. Неясность причин витилиго и отсутствие гарантированного его излечения объясняют ситуацию, когда появление депигментированных пятен и сегодня заставляет вспомнить о лепре, что вызывает ужас у человека, и нередко служит причиной полной или относительной изоляции и самоизоляции больных, и становятся катастрофой для других членов семьи [6, 18, 19].

В тоже время, о лепре было известно еще до нашей эры. Анализ исторических документов показал, что за «лепрой» или «проказой», скрывается ряд кожных заболеваний с близкой симптоматикой (витилиго, псориаз, микозы и т.д.). На протяжении всей истории больные лепрой и «лица с проявлениями, напоминающими лепру» подвергались преследованиям со стороны своих сообществ и семей, как отвергнутые, прокаженные люди [4, 10, 14, 18, 20, 21].

В течение долгого времени лепра являлась неизлечимым, обезображивающим и ведущим к инвалидности заболеванием, которое автоматически вызывало страх и отторжение [22]. Лепра стала воплощением того, что в обществе рассматривалось как постыдное и неприличное и, таким образом, превратилась в нечто большее, чем просто заболевание. Она стала символом и олицетворением того, от чего следует отмежеваться, и объяснялась, как наказание за греховное поведение, распущенность, прошлые преступления и признак расовой неполноценности. Лица, затронутые лепрой, исторически были лишены не только своих прав, достоинства, но и признания их человеческого облика [1, 18, 19].

Сегодня известно, что Лепра (болезнь Хансена) является хроническим инфекционным заболеванием, вызываемым *Mycobacterium leprae* [25, 29, 31, 32]. Лепра имеет длительный инкубационный период и симптомы могут проявиться по прошествии от 2 до 30 лет с момента инфицирования. Лепрой чаще заболевают в младенчестве. Заболевание в основном поражает кожу (пятна, бугорки, узлы), периферические нервы, поверхность слизистой оболочки верхних дыхательных путей и глаза. Теряется тактильная, температурная и болевая чувствительность кожи. Лепра не является остроинфекционным заболеванием, и большинство людей, всту-

пающих в контакт с больными, не заражаются. Лепра передается капельным путем, или в ходе тесных контактов с не леченными больными (Табл. 1)

Таблица 1
Лепра и Витилиго: общее и различия, причина отождествления: белые пятна на коже

Отличия	
Лепра	Витилиго
У больного при лепре пятна, как один из многих клинических проявлений на коже	У больного с витилиго пятна единственный клинический признак
Инфекция мало заразна. Передается воздушно-капельным путем. Чаще в младенческом возрасте.	Болезнь не заразна
Причина — микобактерии лепры	Причина не установлена
Богатая клиника: На коже пятна, бугорки, узлы и поражения внутренних органов и систем.	Скудная клиника - только белые пятна
Не определяется тактильная, температурная и болевая чувствительность кожи.	Чувствительность кожи сохранена
Гарантированное излечение: Дапсон, рифампицин, клоfazимин	Лечение комбинированное, мало эффективное: ПУВА + патогенетические препараты + трансплантация кожи
Прогноз: Лепра ликвидирована как глобальная проблема здравоохранения, а в ближайшие годы с решением социальных проблем можно ожидать ликвидации лепры и в оставшихся очагах.	Прогноз: Витилиго - пока нет эффективного лечения, проблема будет сохраняться.
ПРОБЛЕМОЙ ОСТАЁТСЯ СТИГМАТИЗАЦИЯ И ДИСКРИМИНАЦИЯ ЛИЦ С БЕЛЫМИ ПЯТНАМИ	

Если изложить современную историю изучения проблемы лепры то первый период начался с открытия возбудителя лепры и принятию в 1879 году единых мер реагирования на заболевание лепрой. Для предотвращения массового заболевания лепрой, стали требовать установления санитарных границ между государствами и профилактическую изоляцию лиц, с лепрой. Это привело к созданию лепрозориев по всему миру. Затронутые лепрой лица лишались своих прав и разлучались со своими семьями, зачастую в очень раннем возрасте. Среди населения распространялась информация об опасностях общения с затронутыми лепрой лицами. Такая политика получила широкое распространение; она привела к тому, что лепра вновь стала считаться «страшной» болезнью [19, 24, 25, 30].

В странах эндемичных по лепре исторически сложились три типа отношений к проблеме и больным лепрой:

1-й тип — каждый выявленный больной, немедленно изолировался в лепрозорий и никогда оттуда не возвращался (например в Японии).

2-й тип — каждый выявленный больной, немедленно изолировался в лепрозорий, но после излечения, у него появлялась перспектива свободы различной степени (например в России и в других странах СНГ).

3 тип — выявленный больной не подвергается обязательной изоляции, нет жесткого контроля за качеством лечения (например в Индии).

Второй период современной истории лепры (1948-1981 годы) начался с открытия в 1943 году врачом Гаем Фагетом лекарственного препарата Дапсон. Эффективность лечения лепры с помощью Дапсона привела к возможному отказу от политики обязательной изоляции [20,27,28]. ВОЗ начал рекомендовать государствам изменить дискриминационные законодательства. Однако, во всем мире по-прежнему существуют тысячи колоний для больных лепрой. Многие больные, а также их дети и внуки по-прежнему проживают в этих колониях и служат препятствием на пути ликвидации лепры.

Третий период современной истории лепры (1981-2010 годы) начался в 1981 году, когда разработали комбинированную лекарственную терапию (дапсон, рифампицин и клофазимин), которая оказалась высокоэффективной. Успехи терапии позволили ВОЗ в 1991 году определить «Цель — ликвидировать лепру, как проблему общественного здравоохранения к 2000 году» (Ликвидация достигнута, если показатель заболеваемости менее 1 зарегистрированного случая лепры на 10 тысяч человек) [27,28].

К примеру, на III Республиканском съезде дерматовенерологов Узбекистана (1997 год, г. Ташкент) с участием специалистов лепрологов из Индии, Германии, Англии и из международных организаций было сообщено, что показатель заболеваемости лепрой в республике равен 1 больной на 25 миллионов человек [1,11]. Тогда же, решением съезда была организована международная экспедиция лепрологов, которая провела поголовный осмотр в двух районах эндемичной зоны республики. Осмотр выявил только одного больного с лепрой, что позволило признать ликвидацию проблемы лепры в Узбекистане.

А уже к концу 2000 года показатель распространения лепры среди населения мира снизился до уровня менее 1 случая на 10 000 человек, что позволило ВОЗ объявить в мае 2001 года о глобальной ликвидации лепры как проблемы общественного здравоохранения [24,30].

Лепра не является пережитком прошлого. Напротив, лепра — это современное заболевание, тесно связанное со структурной уязвимостью. На примере Индии можно утверждать, что проблема лепры по-прежнему остается и зависит от способности государства обеспечить: а) доступ к медицинским услугам; б) раннюю диагностику; в) качественную медицинскую помощь во время и после

лечения; д) меры социальной политики в отношении образования, жилья, труда и инвалидизации, и доступа к ним [25,33,34,35].

Лепра остается проблемой сегодняшнего дня. Несмотря на резкое сокращение ее масштабов за последние три десятилетия, все еще сохраняются: а) значительный показатель числа случаев заболевания и его передачи в отдельных регионах; б) высокий процент поздней диагностики; в) недостаточная отчетность; г) увеличение случаев лепры у лиц, приехавших из-за рубежа, в те страны, которые не обладают необходимой квалификацией для диагностики и лечения лепры, что приводит к росту случаев передачи заболевания.

Если в середине XX века говорили о нескольких десятках миллионов случаев лепры, то в 2016 году ВОЗ зарегистрировала 214 783 новых случаев заболевания в 145 странах [34,35]. Наибольшее абсолютное и относительное число случаев заболевания лепрой было отмечено в Индии, Бразилии и Индонезии [25,26,33], где лепра затрагивает в основном более бедные слои населения и регионы. Возникшая надежда, что широкий доступ к эффективной терапии позволит искоренить лепру и сопровождающие ее стигматизацию и дискриминацию не оправдались. Стало очевидным связь распространения лепры с социальными факторами, где стигматизация и дискриминация препятствовали явлению и лечению людей, а также полному осуществлению их гражданских прав [20]. Из социальных факторов, передача лепры зависит среди прочего, от доступа к санитарии, питьевой воде и образованию, которые до сих пор не включены в государственные программы в области здравоохранения [23,32].

Первое десятилетие XXI века стало десятилетием подхода к лепре как к биосоциальному явлению и завершилось важными решениями. Во-первых, в 2010 году ВОЗ дал указания о необходимости привлекать к противолепрозной работе людей, которые сами переболели лепрой [26].

Во-вторых, Генеральная Ассамблея приняла резолюцию [14] о необходимости ликвидации дискриминации в отношении лиц, страдающих проказой, и членов их семей. Было подчеркнуто, что со всеми лицами, затронутыми лепрой, и членами их семей следует обращаться как с лицами, обладающими достоинством и имеющими право на все права человека и основные свободы.

Наконец, в 2016 году ВОЗ приняла Глобальную стратегию борьбы с лепрой на 2016-2020 годы, которая основывается на трех стратегических компонентах, третий из которых касается прекращения дискриминации и содействия социальной интеграции [8,9,33].

Сегодня, на пороге третьего десятилетия XXI века, мы, имея способ гарантированного излечения лепры, можем позитивно прогнозировать окончательную победу над инфекцией. Однако надо признать, что доступность эффективного лечения и распро-

странение медицинских знаний о лепре оказались недостаточным и для устранения дискриминации в отношении лиц, с лепрой или имеющих признаки напоминающие лепру [33,34,35]. Дискриминация в отношении этих лиц распространена и проявляется чаще на уровне межлических отношений, который выражается в разделении пищи, пространства и предметов домашнего обихода и орудий труда. Такая демонстративная дискриминация зачастую вызывает тяжелую депрессию и часто приводит к самоизоляции и самоустранению, а также к психическим расстройствам. Дискриминация, связанная с лепрой, часто пересекается с другими «ярлыками», носители которых подвергаются угнетению, социальной изоляции и насилию. И наоборот, вскоре, когда лепра будет уже ликви-

дирована повсеместно, лица, у которых появились витилигинозные пятна, и их семьи, будут испытывать на себе воздействие сопутствующей стигматизации.

При решении проблемы витилиго, вместе с продолжением разработки эффективного гарантированного излечения, становится актуальным максимально уменьшить и ликвидировать стигматизацию и дискриминацию. Это возможно решить, включив в комплекс мер активные совместные позитивные действия медицинских, социальных и общественных секторов управления по созданию условий, когда лица с витилиго, еще лучше вылечившиеся больные, смогут стать сторонниками и участниками ликвидации дискриминации связанной с белыми пятнами на коже [7].

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абдиров Ч.А., Вдовина Н.А., Ибрагимов М.И. Лепра в Каракалпакстане, возможность ее ликвидации как проблемы здравоохранения в ближайшие годы // 3- съезд дерматовенерологов Узбекистана: Сб. науч. статей. Ташкент, 1997. с.85-86.
2. Абдуллаев М.И. Значение микробиоценоза кишечника и эндогенных фенольных групп в развитии и течении витилиго у детей: Дисс д-ра.мед. наук. - М., 2005г. - 320 с
3. Арифов С.С. Роль индивидуальных особенностей организма в клиническом течении, патогенезе витилиго и разработка комплексного метода лечения, Дисс. докт. мед. наук, Ташкент, 1994, 299 с.
4. Бабаян К. Р., Миракян М. Е., Оганесян С. А. Лепра в Армении // Вопр. дерматологии и венерологии (Алматы) .- 2000.-№1.-С.26-28.
5. Ваисов А.Ш. Роль гормонального дисбаланса в патогенезе и течении витилиго. Разработка комплексного метода фототерапии в условиях жаркого климата: Дисс. д-ра.мед. наук. - М.,1989. - 280 с.
6. Ваисов А.Ш. Дисхромии кожи. Ташкент. Навруз. 2020 г. 340 стр.
7. Ваисов А.Ш. Витилиго. Как с этим жить. \ANATOMICA. Журнал о культуре здоровья. Красоте и качестве жизни\ \. Ташкент. 2000 г. Стр. 68-72.
8. ВОЗ. «Оперативное руководство», предназначенное для содействия в адаптации и осуществлении глобальной стратегии борьбы с лепрой на 2016-2020 годы. Август 2016 г.
9. ВОЗ. Глобальная программа по борьбе с лепрой «Руководство по мониторингу и оценке осуществления глобальной стратегии по борьбе с лепрой». Март 2017 г.
10. Дуйко В.В. О противолепрозных мероприятиях в России // Российская академия медицинских наук. Бюллетень национального научно-исследов. Инстит. общест. здоровья. - 2013. - № 1.154 -157
11. Ешанов Т. Б., Абдиров Ч.А., Ющенко А.А., Урляпова Н. Г. Организация и научные основы ликвидации лепры в каракалпакской эндемической зоне. Нукус, изд. «Каракалпакстан». 2003.- 168 стр.
12. Зоиров П.Т., Косимов А.М. Лепра в Таджикистане. Душанбе, 2005.174 с.
13. Кошевенко Ю.Н. Витилиго. М: Косметика и медицина. 2002. 644 с.
14. Лепра. информационный бюллетень (октябрь 2017 г.) / ВОЗ [электрон. ресурс]: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs101/ru/.
15. О дифференциальной диагностике витилиго и других гипомеланозов кожи. Харитонова Н.И., Волнухин В.А. // Вестн. дерматол. и венерол. -2002. - № 3. - С. 36-40.
16. Саатов Б.Т. Генетические и метаболические нарушения в патогенезе витилиго и разработка методов их коррекции. Автореф. доктор. диссерт. (dsc) Ташкент. 2018
17. Собиров У.Ю., Эшбоев З.Х. Витилиго. Навруз. Ташкент. 2018 г. 130 с.
18. Эшбоев Э.Х. Сведения о заболеваемости лепрой в Узбекистане (1930-2000 гг). Межд. конф. 80-лет противолепрозной службе Р. Казахстан: - Кызылорда, 2009.-С.72-73.
19. Ющенко А.А., Дуйко В.В. К истории отечественной лепрологии // Науч. прак. конф. «Актуал. Вопросы терапии ИППП, и хронич. дерматозов»: Екатеринбург, 2008.-С.237.
20. Arole S., Premkumar R., Arole R. et al. Social stigma: a comparative qualitative study of integrated and vertical care approaches to leprosy. Lepr. Rev. 2002. No. 73. P. 186-196.
21. Chaudhury D.S., «Global leprosy control: impact of new ideas and priorities», in XII International leprosy congress. Proceedings (new delhi, printaid, 1984), pp. 858-860.
22. Claudio Guedessalgado, and others, «are leprosy case numbers reliable?», lancet, vol. 18, no. 2 (february 2018), pp. 135-137.
23. Dako-gyeke, «Courtesy stigma: a concealed consternation among caregivers of people affected by leprosy», social science and medicine (january 2018), pp. 190-196.
24. Implementation of mdt: successive steps, in multidrug therapy against leprosy: development and implementation over the past 25 years, H. Sansarricq, ed. (Geneva, WHO, 2004), pp. 45-67. 37h.
25. Kumar, Bhushan; Uprety, Shradha; Dogra, Sunil (2016-02-11). «Clinical Diagnosis of Leprosy». International Textbook of Leprosy. Retrieved 2019-02-12.
26. Leprosy as a multilayered biosocial phenomenon: the comparison of institutional responses and illness narratives of an endemic disease in brazil and an imported disease in portugal, clinics in dermatology, vol. 34, no. 1 (2016), pp. 16-23.
27. «Leprosy elimination: World Health Organization». Archived from the original on 2014-03-14. Retrieved 2019-07-03.
28. Michel F. Lechat, «the saga of dapsone», in multidrug therapy against leprosy: development and implementation over the past 25 years, h. Sansarricq, ed. (Geneva, WHO, 2004), pp. 1-7.
29. Moschella, Samuel L; Garcia-Albea, Victoria (September 2016). «International Textbook of Leprosy» (PDF). Differential Diagnosis of Leprosy. p. 3, Section 2.3. Retrieved July 4, 2019.
30. Rafferty J. Curing the stigma of leprosy. Lepr. Rev. 2005. No. 76. P. 119-126.
31. Truman I. Environmental sources of mycobacterium leprae: issues and evidence. Lepr. Rev. 2010. No. 81. P. 89-95.
32. Wahyuni R. Mycobacterium leprae in daily water resources of inhabitants who live in leprosy endemic area of east java. Indonesian of tropical and infectious diseases. 2010. No. 1.p. 65-68.
33. WHO regional office for south-east asia. Global leprosy strategy 2016?2020. Accelerating towards a leprosy-free world - operational manual (new delhi, 2016), pp. 5-6.
34. WHO, weekly epidemiological record, no. 35 (92) (2017), pp. 501-520. 13 ibid. A/hrc/38/42 6 ge.18-07219
35. WHO Global leprosy update, 2015 time for action, accountability and inclusion. weekly epidemiol. Rec. 2016.no. 35. P. 405-420.