

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИКНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ФАРҒОНА ЖАМОАТ САЛОМАТЛИГИ ТИББИЕТ ИНСТИТУТИ
ТОШКЕНТ ДАВЛАТ СТОМАТОЛОГИЯ ИНСТИТУТИ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ФЕРГАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ
ТАШКЕНТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
ИНСТИТУТ

«ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА ДЕРМАТООНКОПАТОЛОГИЯДАГИ
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШДА
ЯНГИ ТЕХНОЛОГИЯЛАРНИНГ РИВОЖЛАНИШИ»
III-чи Халқаро илмий-амалий анжумани
Илмий ишлар тўплами

III-я Международная научно-практическая конференция
«ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НОВЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ДИАГНОСТИКЕ
И ЛЕЧЕНИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И
ДЕРМАТООНКОПАТОЛОГИИ»

Сборник тезисов

ФЕРГОНА
6 Мая 2023 г.

Редакционная коллегия:

Главный редактор: А.А. Сыдилов – д.м.н., профессор, ректор Ферганского
медицинского института общественного здоровья

Зам. глав редактора: Б.И. Мухамедов – к.м.н., доцент, заведующий кафедрой
предметов терапевтического направления №4 Ташкентского

государственного стоматологического института

Отв. Секретарь: Г.Б. Пягай – к.м.н., доцент кафедры предметов
терапевтического направления №4 Ташкентского государственного
стоматологического института

Члены редакционной коллегии:

Н.С. Ибрагимова – к.м.н., доцент кафедры предметов терапевтического
направления №4 Ташкентского государственного стоматологического
института

М.Д. Аллаева – к.м.н., доцент кафедры предметов терапевтического
направления №4 Ташкентского государственного стоматологического
института

Н.Н. Маликова – к.м.н., доцент кафедры предметов терапевтического
направления №4 Ташкентского государственного стоматологического
института

Муҳаррирлик кенгаши анжуман материалларининг мазмунига маъсул эмас
Илмий тўпламлар муаллифлар томонидан топширилган оригинал ҳолда чоп
этилмоқда

Редакционный совет не несет ответственности за содержание материалов
конференции. Материалы публикуются в соответствии с оригиналами
авторских текстов

	<i>СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА Д В СЫВОРОТКЕ КРОВИ БОЛЬНЫХ ПОСТАКНЕ</i>
20	Аюбова Н.М., Нурматова И.Б., Азизов Б.С. <i>ЭФФЕКТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ АКТИНИЧЕСКОГО КЕРАТОЗА</i>
21	Батиров К.З. <i>АТОПИК ДЕРМАТИТНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «МЕЗОНИТ» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ</i>
22	Батиров К.З. <i>ДЕЗЛОРГИН В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ</i>
23	Батиров К.З. <i>ГЕПАТАЛ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА</i>
24	Батиров К.З. <i>ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ВЕЗИКУЛЁПУСТУЛЁЗОМ</i>
25	Батиров К.З., Кучкаров А.А. <i>К ЛЕЧЕНИЮ МИКОТИЧЕСКОГО БАЛАНОПОСТИТА</i>
26	Батиров К.З., Кучкаров А.А. <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ ТАКРОПИК ДЛЯ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ</i>
27	Батиров К.З. <i>НЕЙРОДЕРМИТ КАСАЛЛИГИНИ МАҲАЛЛИЙ ДАВОСИДА «ПЕЛЕМЕТАЗОН» МАЛҲАМИНИНГ САМАРАДОРЛИГИ</i>
28	Ботиров К.З. <i>ПУШТИ РАНГ ХУСУНБУЗАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДАГИ САМАРА</i>
29	Ботиров К.З. <i>ПРИМЕНЕНИЕ КРЕМ-БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «УРСОСАН» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ</i>
30	Ваисов А.Ш, Парпиева Н.Н, Саипова Н.С, Миродилова Ф.Б. <i>МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА</i>
31	Ёкубова М.А. <i>ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ «УЛКАРИЛ» У БОЛЬНЫХ МНОГОФОРМНАЯ ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА</i>
32	Ёкубова М.А. <i>ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ - ВАМЕЛАНОМ</i>
33	Ёкубова М.А. <i>ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ «УГРИНОЛ» ПРИ РОЗАЦЕА</i>
34	Ибрагимов О.Д. <i>МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ НА ФОНЕ ОЗОНОТЕРАПИИ</i>
35	Исамухамедова С.С., Абидова З.М. <i>КЛИНИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА И ТЯЖЕСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН</i>
36	Исмаилова Г.А., Койлыбаева Г.Б. <i>КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОБКОВОЙ ТРИХОФИТИИ</i>
37	Исмаилова Г.А., Тагаров А.Х. <i>ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТЕРАПИИ ГЕРПЕСИНДУЦИРОВАННОЙ МНОГОФОРМНОЙ ЭРИТЕМЫ</i>
38	Каримбердиев Ж.Р., Ганиева Ш.Т. <i>ПОДХОД ТЕРАПИИ САРКОМЫ КАПОШИ С ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ТИПОМ</i>
39	Клеблеева Г.Д., Халиков Ч.А. <i>ВЛИЯНИЕ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ</i>

Барча беморлар икки гуруҳга бўлинди. Биринчи гуруҳ (26 нафар бемор) стандарт даво қилинди: Азимак 1 таб. дан 1 маҳал 6 кун ёки Юнидокс солютаб – 10 кун (2-3 курс); Метронидазол 0,25 (1 таб.) дан 3 маҳал, 3 ҳафта давомида; Натрия тиосульфат эритмаси 30%-10 мл дан т/и юбориш учун; сиртга суртиш учун Рух сурмаси қўлланилади.

Иккинчи гуруҳда беморлар 46 нафарни ташкил қилди. Схема бўйича даводан Азимак (1,0 г), Жанет (2,0 г), Фуцис (0,15 г)дан бир кунлик курси буюрилди. Компонентларнинг фойдалилиги ва тежомкорлиги аниқланди. Препаратни қайта бериш касалликни ҳолатига қайтарилди. Теридаги гиперемияни камайтириш мақсадида ташқи даво учун фактор дермико кремидан фойдаланилди. Катта ва чуқур тугунлар мавжуд бўлган ҳолатларда маҳаллий қуйидагича аралашмадан 1 кунда 1 маҳал фойдаланилади: Димексид – 6,0 + Этил спирт – 96% - 6,0 + Лидаза 64 УЕ (4 ампула) + Эритромицин – 2,0.

Натижалар: 1 гуруҳ беморларда йирингчаларни сўрилиш вақти 26-30 кунни ташкил қилди. 7 нафар беморда тери кандидози ривожланди. 1 нафар беморда даво натижа бермади. 2 гуруҳдаги (Азимак (1,0 г), Жанет (2,0 г), Фуцис (0,15 г)) беморларда ижобий натижа 14 кунда сезилди, 5-6 ҳафта даводан сўнг тўлиқ клиник тузалиш кузатилди. 1 гуруҳдаги пациентларнинг 10 нафарида тўлиқ клиник тузалиш кузатилмади.

Хулоса. 2 чи гуруҳ беморларда (1 чи гуруҳ беморлари билан таққосланганда) Азимак (1,0 г), Жанет (2,0 г), Фуцис (0,15 г)препаратларидан фойдаланилганидан сўнг ижобий наф олинди. 2 чи гуруҳ беморларда кандидоз билан асоратланиш кузатилмади.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕРМАТОЗОВ НА ФОНЕ ТУБЕРКУЛЕЗА

Ваисов А.Ш., Парпиева Н.Н., Саипова Н.С., Миродилова Ф.Б.

Ташкентская Медицинская Академия

**Республиканский Научно-практический Медицинский центр
Фтизиатрии и Пульмонологии**

Болезни кожи и подкожной клетчатки характеризуются широким распространением, ежегодным приростом числа вновь выявленных случаев, высокой частотой сочетания с метаболическим синдромом, иммунозависимыми и инфекционными заболеваниями, среди которых особое место занимает туберкулез. Современный туберкулез характеризуется ростом мультрезистентных форм, требующих длительной комбинированной антибактериальной терапии. У больных с туберкулезом различных локализаций в структуре дерматологической патологии доминируют бактериальные, микотические, вирусные дерматозы, токсикодермии от противотуберкулезных препаратов. Лечение больных с заболеваниями кожи на фоне полиморбидности требует особой осторожности в связи с риском полипрагмазии и возможностью осложнений. В таких условиях возрастает значение наружной терапии дерматозов. В современной топической терапии дерматозов предпочтительными являются поликомпонентные препараты, содержащие противовоспалительные, антибактериальные и фунгицидные составляющие.

Цель работы: разработка способа наружной терапии хронических дерматозов на фоне сопутствующей патологии и туберкулеза с применением поликомпонентных топических препаратов «Тимогель» и «Неодерм» противовоспалительного и антимикробного действия.

Клинические наблюдения проводились у 195 больных с туберкулезом легких (ТЛ), находящихся на лечении в РНПЦФиПРУз. В исследования были включены социально адаптированные пациенты в возрасте от 20 до 50 лет (из них 105 женщин и 90 мужчин) с заболеваниями кожи. Хронические рецидивирующие дерматозы (атопический дерматит, псориаз, микробная экзема, ограниченный нейродермит, красный плоский лишай, себорейный дерматит, акантолитическая пузырьчатка) в целом отмечались у 42 больных

(21,5%), бактериальные поражения кожи (пиодермии: сикоз, фурункулы, стафилодермии, хроническая язвенная пиодермия, эктима), а также акне (угри вульгарные и розацеа) и гидраденит – у 17 мужчин (в целом 8,7% случаев). Паразитарные заболевания (лейшманиоз кожи, чесотка) были установлены у 8(4,1%) пациентов, вирусные дерматозы (простой пузырьковый лишай, опоясывающий лишай, остроконечные кондиломы) – у 11(5,6%) больных. Чаще отмечались микотические поражения кожи и слизистых – в целом у 108(55,4%) больных, у мужчин (30 больных) – это распространенные формы разноцветного лишая, микозы стоп и крупных складок, эритразма (13 больных), а также кандидозный баланит, баланопостит, ангулярный стоматит (17больных). У женщин чаще отмечались кандидоз крупных складок, ангулярный стоматит, микотическая экзема аногенитальной области (в целом – 48 пациенток), кандидозный кольпит. У 62 пациенток установлен бактериальный вагиноз, в том числе в сочетании с кандидозом у 25. ИППП были диагностированы у 9 больных (урогенитальный трихомониаз, сифилис, ВИЧ-инфекция)

Препараты применяли в виде монотерапии и в комбинации в зависимости от характера клинических проявлений дерматозов. Системную терапию проводили в соответствии со стандартами МЗ РУз и с учетом сопутствующей патологии. Больные с ФКТЛ и ИТЛ получали противотуберкулезные препараты в соответствии с принятыми стандартами.

Мы применяли **тимогель** в комплексной терапии интертригинозного и вульгарного псориаза у больных с крупными очагово-бляшечными проявлениями без выраженного гиперкератоза (после очищения очагов борно-салициловой мазью), больным красным плоским лишаем, в том числе с поражением СОПР, при экземе, нейродерматозах, акантолитической пузырьчатке и при смешанных мико-бактериальных поражениях кожи.

Тимогель назначали в виде смазывания и втирания в пораженные участки два раза в день в течение 10-15 дней). В зависимости от характера высыпаний проводили монотерапию тимогелем или его комбинацией с

«Неодермом», анилиновыми красителями, салициловой мазью. (Методика №1- монотерапия тимогелем, Методика №2 – тимогель в сочетании с неодермом). В группе сравнения в качестве наружного средства применяли неодерм (методика №3). Результаты терапии сравнивали с контрольной группой больных, получавших лечение традиционными методами. **Неодерм** также назначали больным для топической монотерапии при вульгарном и пустулезном псориазе и псориазической эритродермии, при микробной (варикозной) экземе в подострой стадии воспаления при отсутствии выраженного мокнутия, а также при осложнении язвенной пиодермией, у больных с себорейным дерматитом и эритразмой, на очаги микотической экземы перианальной области у больных с урогенитальными инфекциями.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ
ПРИМЕНЕНИЯ «УЛКАРИЛ» У БОЛЬНЫХ МНОГОФОРМНАЯ
ЭКССУДАТИВНАЯ ЭРИТЕМА**

Ёкубова М.А.

Андижанский Государственный медицинский институт

Многоформная экссудативная эритема характеризуется сезонными течением, нередко рецидивирующим, вовлечением в процесс кожи в слизистых оболочек. В настоящее время установлено существование двух форм болезни: идиопатической и симптоматической. Идиопатическая экссудативная многоформная эритема считается заболеванием вирусной этиологии. Продромальный период характеризуется болями в костях, суставах, мышцах и субфебрилитетом. Спустя 2-3 дня остро появляется симметрично ограниченные пятна или уплощенные отечные папулы округлой либо овальной формы, розово-красного или ярко-красного цвета, увеличивающиеся по периферии. На поверхности элементов или на неизменной коже возникают разнокалиберные пузырьки, пузыри с