

**Г О У «Т А Д Ж И К С К И Й Г О С У Д А Р С Т В Е Н Н Ы Й М Е Д И Ц И Н С К И Й
У Н И В Е Р С И Т Е Т И М Е Н И А Б У А Л И И Б Н И С И Н О»**

УДК: 616.5-003.829.85-053.6

На правах рукописи

РАХИМОВ УМЕД САЙМУРТАЗОВЕВИЧ

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ
И ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО У ПОДРОСТКОВ
С ВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ**

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

по специальности 14.01.10 – Кожные и венерические болезни

Душанбе – 2020

Работа выполнена на кафедре дерматовенерологии ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель:

Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна
доктор медицинских наук, заведующая
кафедрой дерматовенерологии ГОУ
«Таджикский государственный
медицинский университет имени
Абуали ибни Сино».

Официальные оппоненты:

Касымов Олим Исмоилович –
доктор медицинских наук, профессор
кафедры дерматовенерологии с курсом
косметологии ГОУ «Институт
последипломного образования в сфере
здравоохранения Республики Таджикистан».

Хомидов Музаффар Файзалиевич –
кандидат медицинских наук, председатель
«Ассоциации дерматовенерологов и
косметологов Республики Таджикистан»

Оппонирующая организация:

ГОУ «Таджикский национальный
университет» кафедра патологической
физиологии, анатомии и судебной медицины

Защита состоится « ____ » _____ 2020 года в ____ часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-048 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» по адресу: 734003, город Душанбе, проспект Рудаки, 139.

С диссертацией и авторефератом можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» по адресу: 734003, город Душанбе, проспект Рудаки, 139 и на официальном сайте www.tajmedun.tj

Автореферат разослан « ____ » _____ 2020 года.

Учёный секретарь диссертационного совета,
кандидат медицинских наук, доцент

Н.Ф. Ниязова

Введение

Актуальность и необходимость проведения исследований по теме диссертации. Витилиго является приобретенным, хронически протекающим дерматозом, который характеризуется появлением депигментированных пятен и сопровождается иммунными, нейро - вегетативными и психо-эмоциональными нарушениями. [Taieb A. et.al, 2010; Dytoc M. et.al., 2012; Рихсиева Д.Д. и соавт., 2015; Юнусова Е. И. и соавт., 2-17]. Распространенность витилиго в общей популяции составляет от 0,5 до 2%, а в 66,1 % случаев заболевание начинается в возрасте до 20 лет [Арифов С.С. и соавт., 2011, Kruger C. et.al, 2012; Khaitan B.K. et.al, 2012]. Выявлено, что в 66,0% случаев дебют заболевания приходится на подростковый возраст [Юнусова Е. И. и соавт., 2017, Gomes T.R.,2017]. По данным Дворянковой Е.В. и соавторов (2006) наиболее часто витилиго наблюдается в возрасте от 8 до 25 лет, а по данным Kekourou T. (2009) в 25% случаев данная патология чаще начинается в возрасте 14 лет.

В настоящее время доказано несколько теорий патогенеза витилиго, среди которых наиболее обоснованными считают наследственную теорию [Rodrigue-Gervais I.G., 2010; Alikhan A., 2011], теорию оксидативного стресса [Schallreuter, K.U., 2007; Батпеннова Г.Р. и соавт., 2014;] и нейрогенную теорию [Manolache L.,2009, Rodrigue-Gervais, I.G., 2010].

В пользу нейрогенной теории витилиго, указывают данные ряда исследователей о возникновении очагов депигментации вслед за перенесенным стрессом [Kossakowska, M.M., 2010; Ахмедов К.Р., 2011; Malhotra N., 2013]. В свою очередь, появление витилигинозных очагов вызывает стресс-зависимое состояние [Собир С.И., 2011; Gomes, T.R., 2017], выражающееся в развитии вегетативных, нейроэндокринных, иммунных и обменно-трофических дисфункций [Круглова Л.С., 2016; Исмаилова Г.А. и соавт., 2014; Grimes P.E., 2012]. Доказана роль типа высшей нервной деятельности в развитии витилиго, так как выявлено, что наиболее часто данная патология встречается среди холериков, чем у меланхоликов [Зоиров П.Т. и соавт., 2010; Собир И.С., 2011г]. Большое значение в развитии витилиго имеют патологические состояния эндокринной системы, инфекционные заболевания, хронические болезни внутренних органов, интоксикации [Brea. P., 2011; Whitton, M. E, 2010]. Однако, по мнению некоторых исследователей, витилиго у подростков может развиваться на фоне полного здоровья, то есть без воздействия сопутствующий патологии внутренних органов [Усовецкий И.А. и соавт., 2010; Трухан Д.И. и соавт., 2016; Park. J.H., 2014]. Авторами доказано, что развитие витилиго у подростков в 52,9% случаев, не было связано с какими-либо причинами, то есть заболевание началось на фоне полного физического

благополучия. В связи с этим возникают трудности выяснения этиопатогенетических механизмов, а лечение проводится с учетом профилактики глистной инвазии, восполнения дефицита микроэлементного и витаминного дисбаланса, гепатопротекции [Абдуллаев М.И. и соавт., 2013; Ricardo, M., 2009, Taïeb, A., 2010]. Многие исследования указывают на необходимость применения седативных и антидепрессивных средств [Зоиров П.Т. и соавт., 2010; Manolache, L., 2009], так как у подростков с витилиго формируются нарушения психологического статуса, связанного с личностными особенностями данного возраста, когда на первый план выходит стремление к достижению цели в учебе, развиваются взаимоотношения с окружающими сверстниками, возникает симпатия к противоположному полу [Шашель В. А. и соавт., 2017]. Известно, что подростковый возраст отличается лабильностью вегетативной нервной системы, которая играет важную роль в развивающемся организме и обеспечивает регуляцию и контроль деятельности всех систем, органов и тканей, в том числе кожных покровов [Гузева В.В. и соавт., 2011; Шашель В. А. и соавт., 2017]. По данным литературы, вегетативные дисфункции в подростковом возрасте встречаются от 40 до 60% [Григорьев К.И., 2013]. Нарушения вегетативной нервной системы не всегда диагностируются, так как классические признаки вегетативных расстройств наблюдаются в 12,7 - 22% случаев, а моносимптомные состояния встречаются более чем у 50% детей с вегетативными дисфункциями [Корабельникова Е.А. и соавт., 2014; Щербакова М.Ю. и соавт., 2017].

В этот период косметический недостаток, связанный с наличием депигментных пятен, особенно, на открытых участках тела, травмирует психику подростка, формируя у него чувство физической и социальной неполноценности, а имеющиеся нарушения вегетативной нервной системы способствуют хронизации психоэмоциональных нарушений, которые играют важную роль в прогрессировании витилиго [Арифов С.С. и соавт., 2011; Ezzedine K., 2012].

Доказано, что у больных витилиго, под действием стресса происходит сбой вегетативной нервной системы, в результате чего происходит усиленная выработка катехоламинов, что сопровождается неадекватной реакцией меланоцитов [El Din Zaki M.S., 2009; Van Geel, N., 2012; Trapp E.M., 2015]. В других исследованиях роль вегетативной нервной системы в развитии витилиго доказывается выявленными изменениями локальной температуры в зоне поражения по сравнению с симметричной нормальной кожей [Wu. C.S., 2008]. Высказывались предположения о взаимосвязи иммунных нарушений с дисфункцией симпатической нервной системы в патогенезе клинических проявлений некоторых форм витилиго [Anbar T.S. и соавт., 2006; Ахмедов К.Р., 2012, Махнева Н.В. и соавт., 2012]. В пользу этой теории свидетельствует

сегментарное или зостериформное расположение пятен в пределах определенного дерматома [Олисова О.Ю. и соавт., 2014, Manolache L. и соавт., 2009, Khaitan, В.К., 2012, Anbar T.S., 2006]. Роль симпатической нервной системы в патогенезе сегментарного витилиго отражается на состоянии микроциркуляции, что доказывается наличием усиленного кровотока в пораженной коже у больных витилиго и значительным увеличением α - и β -адренорецепторов на клетках эпидермиса. Кроме того, под действием сосудорасширяющей терапии наблюдается нормализация кожного кровотока. [Гейниц А.В. и соавт., 2010]. То есть, симпатикотония, являясь причиной вазоконстрикции, приводит к нарушению питания клеток в зоне поражения кожи, гипоксии и скоплению свободных радикалов, что влечет за собой образование токсических метаболитов обмена тирозина, играющего важную роль в синтезе меланина. При нарушениях вегетативного статуса происходит неадекватное изменение диаметра прекапиллярных артериол, превращение микрососудов в пассивные проводники крови и формирование патологических типов гемодинамики, что отражается на клинических проявлениях хронического дерматоза [Крупаткина А.И., 2014; Кошелева И.В. и соавт., 2016; Щербакова М.Ю. и соавт., 2017]. Общие и местные нарушения нейровегетативного и психологического характера связаны в порочный круг, что приводит к недостаточной эффективности лечения.

В связи с вышеизложенным, целью настоящего исследования явилось совершенствование терапии витилиго у подростков с учетом нарушений вегетативного гомеостаза и состояния гемодинамики.

Степень изученности научной проблемы. Витилиго, как наиболее часто встречающееся нарушение пигментации кожи, остается важной причиной нарушений психоэмоционального состояния и снижения качества жизни, несмотря на достигнутые успехи в оптимизации методов диагностики и терапии [Арифов С.С., Шукуров Б.Б., 2011; Бабешко О.А., 2012; Рихсиева Д.Д., Ахраров Х.Х., 2015]. Этиопатогенетические аспекты витилиго изучены многими отечественными и зарубежными исследователями [Зоиров П.Т., Сино Иброхим С., 2011; Арифов С.С., Шукуров Б.Б., 2011; Касымов О.И., Касымов А.О., 2014; Батпенова Г.Р., Аймолдина А.А., Котлярова Т.В., 2014; Шарофутдинова Л.А., 2015; Круглова Л.С., 2016; Van Geel N., Mollet I., Brochez L., 2012; Varga V. B., Gesztelyi R., 2013; Gomes T.R., Machado do N.L., Tavora M., 2013]. Ряд ведущих ученых и исследователей утверждают, что причиной витилиго являются нарушения антиоксидантной защиты [Батпенова Г.Р., Аймолдина А.А., Котлярова Т.В., 2014], иммунные и эндокринные расстройства [Симонова Н.И., 2013; Шарафутдинова Л.А., Ломоносов К.М., 2015; Brea P. et al, 2011]. Доказана роль экзо и эндокринных факторов в развитии витилиго у детей, проживающих

в Таджикистане, таких как патология желудочно-кишечного тракта, заболевания щитовидной железы и гельминтозы [Хомидов М.Ф., 1999]. Выявлена важная роль типа высшей нервной деятельности в развитии витилиго, в связи с чем некоторые авторы рекомендуют дифференцированный подход при назначении седативных препаратов и стимулирующих адаптогенов [Зоиров П.Т. и соавт., 2011]. Доказана эффективность растительного фотосенсибилизирующего препарата Пигментин, эффективность которого авторы наблюдали в 79% случаев [Касымов О.И. и соавт., 2014]. Интерес к изучению проблемы витилиго нашел отражение в работах, доказывающих дифференцированный подход к терапии сегментарного и несегментарного витилиго [Абдиева Д.Х. и соавт., 2017]. Несмотря на множество научных работ по данной теме, остаются неразрешенными вопросы терапии данного заболевания в подростковом возрасте, в частности, изучение эффективности терапии у подростков в зависимости от состояния вегетативного гомеостаза.

Теоретическая и методологическая основы исследований

Теоретической основой исследования явилась оптимизация терапии витилиго у подростков, в связи с широкой распространенностью у них данной патологии. Состояние вегетативного дисбаланса, характерное для лиц подросткового возраста отражается на состоянии микроциркуляции и периферической гемодинамики.

Методологическую основу составила разработка комплексной терапии витилиго, направленная на стабилизацию вегетативного гомеостаза, которая не только восстанавливает гемодинамические показатели, но и приводит к клиническому улучшению.

Общая характеристика работы

Цель исследования: усовершенствовать терапию витилиго у подростков с учетом выявленных вегетативных нарушений.

Объект исследования

Объектом исследования служили 200 подростков, страдающих витилиго (92 - мужского пола и 108 - женского пола, средний возраст $14 \pm 2,4$ лет, обратившихся в медицинский центр «Витилиго плюс» с 2016 по 2019 год.

Предмет исследования

Предметом исследования явилось изучение состояния вегетативного гомеостаза и показателей гемодинамики у подростков, страдающих витилиго и разработка комплексной терапии с учетом выявленных нарушений.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту витилиго у подростков с вегетативными нарушениями и выявить особенности клинических проявлений витилиго в зависимости от типа вегетативной дистонии.

2. Оценить состояние гемодинамики у подростков, страдающих разными формами витилиго в зависимости от типа вегетативной дистонии.

3. Разработать рациональную комплексную терапию витилиго с учетом состояния вегетативной нервной системы и выявленных нарушений микроциркуляции.

4. Изучить непосредственные результаты комплексного лечения витилиго у подростков с вегетативными нарушениями.

Методы исследования

В работе применялись методы оценки кожного статуса (оценка дермографизма и пиломоторного рефлекса для определения кожно – вегетативных реакций) и подсчет индекса VIMAN для определения степени тяжести витилиго; инструментальные методы исследования (кардиоинтервалография, лазердоплерфлоуметрия).

Отрасль исследования

Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.10 – Кожные и венерические болезни.

Подпункт 3.1. Различные аспекты патогенеза кожных болезней (клинические, функциональные исследования в динамике болезни).

Подпункт 3.2. Эпидемиология и статистика дерматозов в меняющихся условиях жизни. Возрастные и гендерные особенности дерматозов.

Подпункт 3.3. Современные клинические проявления кожных и венерических болезней, их роль в комплексной диагностике. Выявление связи поражений кожи с заболеваниями других органов и систем. Совершенствование диагностики патологических состояний кожи с использованием современных инструментальных, клинических, лабораторных, функциональных и других методов исследования.

Подпункт 3.4 Совершенствование лечения кожных и венерических болезней на основе современных исследований по их этиологии и патогенезу. Новые методы и схемы лечения заболеваний кожи новыми лекарственными средствами, методами физиотерапии, наружными препаратами.

Этапы исследования

Написание диссертации проводилось поэтапно. На первом этапе была изучена литература по данной проблематике. Затем была сформирована тема и цель диссертации. Учитывая особенности состояния вегетативной нервной системы у подростков, страдающих витилиго, были выявлены особенности

клинического течения и патологические типы гемодинамики и разработана комплексная терапия с учетом выявленных нарушений.

Основная информационная и экспериментальная база

В работе была изучена информация (диссертации Хомидова М.Ф., Собир С.И., защищённые в Республике Таджикистан, научные статьи журналов, конференций, симпозиумов: Касымова О.И., Абдиевой Д.Х., Косимова А.М., Джураева М.Н.) о факторах, влияющих на развитие витилиго. Исследования проводились на базе клинического центра «Витилиго плюс» города Душанбе.

Достоверность диссертационных результатов

Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов терапии витилиго у подростков с различными типами вегетативной нервной системы.

Научная новизна.

Впервые предложена комплексная терапия витилиго у подростков с учётом нарушений вегетативного гомеостаза. Выявлено, что вегетативные нарушения встречаются у 79,0 % подростков, страдающих витилиго: при сегментарном витилиго (СВ) - у 80,0% больных, а при несегментарном (НСВ) – у 77,5%. У подростков с витилиго выявлены патологические типы микроциркуляции: у 85 (76,6%) подростков с (СВ) выявлен наиболее благоприятный, спастический тип микроциркуляции, у 46 (51,7%) подростков с (НСВ) - тяжелый, застойно-стазический тип. Доказана эффективность комплексной терапии с учетом состояния вегетативного гомеостаза при лечении СВ, которая оказалась в 5,7 раз выше, чем при НСВ.

Теоретическая ценность исследования

Заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов.

Практическая ценность исследования

При лечении витилиго у подростков необходимо учитывать, что для сегментарного витилиго характерен симпатикотонический тип дистонии, а для несегментарного - ваготонический. Комплексное лечение подростков, страдающих витилиго, проведенное с учетом коррекции вегетативного гомеостаза и нарушений гемодинамики, улучшает результаты лечения при сегментарной форме витилиго, а при несегментарном витилиго данный метод является не эффективным. Несмотря на отсутствие клинических проявлений вегетативного дисбаланса и нарушений кровообращения у подростков с

сегментарным витилиго, необходимо учитывать наличие у них нарушений гемодинамики и своевременно назначать вегетостабилизирующие препараты.

Положения, выносимые на защиту:

1. У подростков, страдающих витилиго, наблюдаются нарушения вегетативного гомеостаза, причём при сегментарной форме заболевания преобладает симпатический тип вегетативной дистонии, а при несегментарной – парасимпатический.

2. Витилиго у подростков, протекает на фоне нарушений микроциркуляции, причём при сегментарной форме паталогические типы гемодинамики встречаются в 1,8 раз чаще, чем при несегментарной.

3. Выявленные паталогические типы микроциркуляции у подростков, страдающих витилиго, обусловленные нарушениями вегетативного гомеостаза, позволяют обосновать включение в комплексную терапию лекарственного электрофореза шейно-воротниковой зоны с учетом типа дистонии и препарата Ноофен, обладающего вегетостабилизирующим эффектом.

4. Применение лекарственного электрофореза шейно-воротниковой зоны с учетом типа дистонии и системного препарата Ноофен при лечении подростков, страдающих витилиго, улучшает состояние микроциркуляции, восстанавливает гемодинамику и вегетативный гомеостаз, и приводит к клиническому выздоровлению подростков с сегментарным витилиго.

5. Результаты разработанной комплексной терапии подростков, страдающих витилиго, показали высокую эффективность при сегментарной форме заболевания, что необходимо учитывать в выборе тактики ведения данного контингента больных.

Личный вклад соискателя

Автором лично выполнен весь объем клинических исследований, подготовлен обзор зарубежных и отечественных источников литературы, разработан план исследования, самостоятельно изучены параметры кардиоинтервалографии и лазердоплерфлоуметрии, проведена оценка и статистический анализ полученных данных, сформулированы выводы и практические рекомендации. Теоретические, методологические и практические результаты исследования докладывались на международных, республиканских, региональных, межвузовских, вузовских научно-практических конференциях, проводившихся как в Таджикистане, так и за его пределами в 2016-2019 гг.

Апробация диссертации и информация об использовании её результатов

Основные результаты исследования опубликованы в 14 научных работах. В списке опубликованных работ: 4 статьи в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных Высшей аттестационной комиссией и 1 рационализаторское предложение.

Основные положения диссертации обсуждены на ежегодных научно-практических конференциях с международным участием ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибн Сино», (Душанбе, 2017, 2018 и 2016); XXXVI научно-практической конференции «Рахмановские чтения» (Москва, 2019). Работа была допущена к защите на заседании Ученого совета факультета общественного здравоохранения ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Опубликование результатов диссертации

По материалам диссертации опубликовано 14 научных работ, из них 4 в рецензируемых журналах, рекомендованных Высшей аттестационной комиссией при Президенте РТ и 1 рационализаторское предложение

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 128 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, главы обзора литературы, главы с изложением материалов и методов исследования, трёх глав собственных результатов исследования, главы обсуждения результатов, заключения и списка используемой литературы. В диссертации имеется 24 таблицы и 32 рисунка.

Основная часть

Материалы и методы исследования.

Обследовано 200 подростков с диагнозом сегментарного витилиго (СВ) (n=111) и несегментарного витилиго (НСВ) (n=89), без сопутствующей патологии со стороны внутренних органов и систем, из которых 108 – пациентов женского и 92 - мужского пола, с давностью заболевания от 1 до 3-х лет, обследованных в клиническом центре «Витилиго плюс» в период с 2016 по 2019 гг. Контрольную группу составили 90 здоровых подростков (30 - раннего подросткового возраста; 30- среднего и 30- старшего подросткового возраста). Обследование подростков с витилиго включало оценку дерматологического статуса (подсчет индекса VIMAN), кожно-вегетативных реакций (дермографизм, пиломоторный рефлекс), исследование вегетативного гомеостаза методом кардиоинтервалографии и исследование типа микро-циркуляции методом лазердоплерфлоуметрии. Статистическую обработку результатов выполняли с помощью стандартного пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Количественные величины описывались в виде среднего значения и его стандартной ошибки ($M \pm m$). Для анализа межгрупповых различий количественных независимых величин использовался U-критерий Манна-Уитни, при множественных сравнениях – H-критерий Краскела-Уоллиса. Для парного сравнения зависимых количественных показателей использовался T-критерий

Вилкоксона.

Результаты работы

Сегментарная форма витилиго наблюдалась у 39 (35,1%) обследуемых детей средней и 72 (64,9%) старшей возрастной группы, то есть в возрасте от 14 до 19 лет. Несегментарная форма витилиго наблюдалась у подростков всех возрастных периодов: в раннем – у 26 (29,2%), среднем – у 28 (31,5%), старшем – у 35 (39,3%) подростков.

Среди больных с СВ наблюдалось 48 (43,2%) больных с плюрисегментарным витилиго, 43 (38,7%) - с бисегментарным и 20 (18,0%) - с унисегментарным витилиго. Из общего числа больных с НСВ у 54 (60,7%) отмечалась акрофациальная форма, у остальных 35 (39,3%) – генерализованная форма.

Максимальная величина индекса VIMAN наблюдалась у больных с плюрисегментарной формой СВ и составила $915,3 \pm 32,8$ баллов, что указывало на тяжелую степень витилиго. У больных с унилатеральной формой СВ данный индекс составил $42,1 \pm 5,1$ баллов, то есть, у них наблюдалась легкая степень витилиго. У подростков с НСВ максимальная величина индекса VIMAN наблюдалась при генерализованной форме НСВ и составила $985,5 \pm 29,8$ баллов, что указывало на тяжелую степень витилиго. У больных с акрофациальной формой НСВ наблюдалась средняя степень тяжести витилиго, на что указывала величина индекса VIMAN ($285,1 \pm 16,4$ баллов).

Исследование кожно-вегетативных реакций выявило у 74 (66,7%) подростков с СВ белый дермографизм и выраженный пиломоторный рефлекс, что свидетельствует о повышенной возбудимости вазоконстрикторов кожи и указывает на симпатикотонию сосудов кожи. Среди подростков с НСВ в 48 (53,9%) случаях был выявлен розовый дермографизм, а у 62 (69,7%) - не определялся пиломоторный рефлекс, что указывало на отсутствие у них повышенного тонуса симпатического отдела нервной системы.

Исследование вегетативного гомеостаза показало, что среди подростков с СВ чаще наблюдалось состояние симпатикотонии, которое выявлено в 79 (79/111, 71,2%) случаях. При этом ваготонический тип ИВТ наблюдался у 19 (19/111, 17,1%), а эйтония была выявлена у 13 (13/111, 11,7%) подростков с СВ. Установлено, что состояние нормального вегетативного тонуса уменьшается при увеличении количества пораженных сегментов. Так, если у подростков с унисегментарной формой СВ эйтония встречалась в 6 (6/20, 30,0%) случаях, то при бисегментарном СВ количество случаев снизилось до 5 (5/43, 11,6%), тогда как при плюрисегментарном, количество подростков с эйтонией составило 2 (2/48, 4,2%) человека. Результаты исследования вегетативной реактивности (ВР) выявили у 17 (17/43, 39,5%) подростков с бисегментарной формами СВ

состояние гиперсимпатикотонии, а с плюрисегментарным витилиго в 24/48, 50,0% наблюдалось состояние асимпатикотонии. Недостаточность вегетативного обеспечения (ВО) выявлена у подростков с бисегментарным и плюрисегментарным витилиго, соответственно в 32/43, 74,4% и в 34/48, 70,8% случаях. То есть, с увеличением возраста подростков с СВ усиление симпатической активности приводит к нарушению вегетативной реактивности, проявляющейся гиперсимпатикотонией и недостаточностью ВО.

Среди обследуемых подростков с НСВ (n=89) состояние эйтонии наблюдалось у 20 (22,5%) подростков, симпатикотонии – у 7 (7,9%), ваготонии – у 62 (69,7%). Ваготонический тип ИВТ выявлен у 35 (64,8%) больных с акрофациальной формой и у 27 (77,1%) – с генерализованной формой НСВ. Следует отметить, что симпатикотонический тип ИВТ у подростков с генерализованной формой витилиго встречался в 2 (5,7%) случаях, то есть в 2,5 раза реже, чем у больных с акрофациальной формой, среди которых данный тип выявлен у 5 (9,3%) больных. Это указывает на выраженные изменения вегетативного гомеостаза у подростков с генерализованной формой витилиго, по сравнению с акрофациальной.

ВР у подростков с акрофациальной и генерализованной формами НСВ проявлялась асимпатикотонией, которая наблюдалась соответственно в 24/54, 44,4% и 18/35, 51,4% случаях. При всех формах НСВ преобладали случаи недостаточного ВО, что составило 31/54, 57,4% у подростков с акрофациальной формой и 18/35, 51,4% - с генерализованной формой.

С целью изучения влияния вегетативного дисбаланса на состояние гемодинамики, были изучены показатели периферического кровообращения у подростков с разными типами витилиго и вегетативными расстройствами. Было выявлено, что нарушения микроциркуляции у подростков с СВ связаны с количеством пораженных сегментов и давностью существования очагов депигментации.

Спастический тип микроциркуляции (СПТМ), указывающий на снижение притока крови в микроциркуляторное русло за счёт спазма резистивных сосудов, наблюдался у 39 (39/48, 81,3%) подростков с плюрисегментарной формой витилиго, то есть в 1,3 раза чаще, чем в группе подростков с бисегментарной формой СВ (31/43, 72,1%). Нормоциркуляторный тип микроциркуляции (НЦТМ), указывающий на отсутствие признаков нарушения периферического кровообращения чаще встречался при бисегментарном витилиго и составил 12 (12/43, 27,9%), то есть в 1,5 раза чаще, чем при плюрисегментарной форме (9/48, 18,8%) (рисунок 1.).

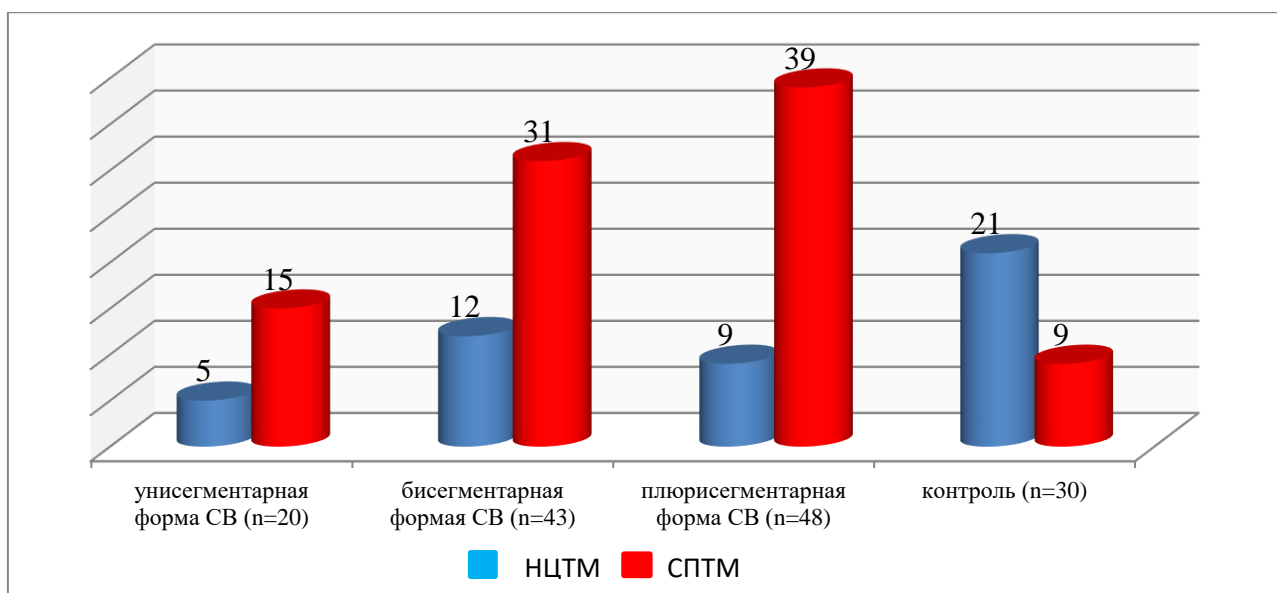


Рисунок 1. - Типы гемодинамики у подростков с сегментарным витилиго

Среди подростков с НСВ, как с акрофациальной, так и с генерализованной формой, НЦТМ встречалось в 8 (8/54, 14,8%) и 6 (6/35, 17,1%) случаев соответственно. Чаще всего наблюдался наиболее тяжелый, застойно-стазический тип гемодинамики (ЗСТМ), который указывал на замедление и стаз крови в микроциркуляторном русле.

Данный тип гемодинамики наблюдался у 46 (51,7%) подростков с НСВ, причем у 27 (27/54, 50,0%) подростков с акрофациальной формой НСВ данный тип встречался в 1,4 раза чаще, чем гиперемический тип микроциркуляции (ГПТМ), то есть, благоприятный тип гемодинамики, который составил 19 (19/54, 35,2%). В группе подростков с генерализованной формой НСВ также наблюдалось превалирование числа случаев выявления ЗСТМ, чем ГПТМ, то есть 19 (19/35, 54,3%) против 10 (10/35, 28,6%) (рисунок 2.).

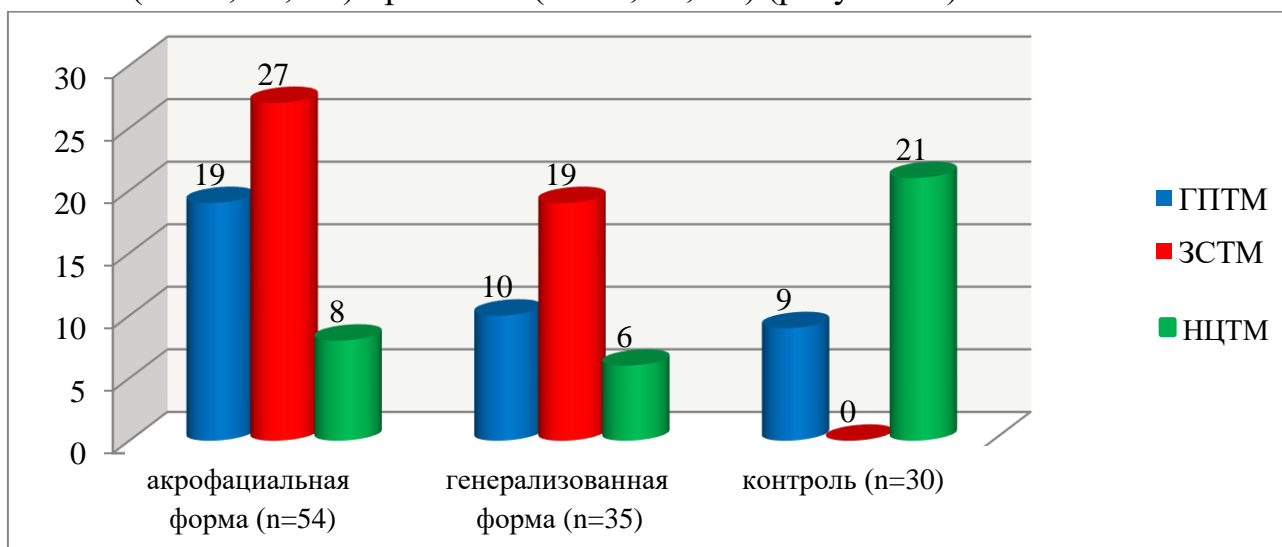


Рисунок 2. - Типы гемодинамики у подростков с несегментарным витилиго

Комплексная терапия с учетом состояния вегетативного гомеостаза проводилась 98 подросткам с СВ и 69 – с НСВ. С этой целью использовали метод лекарственного электрофореза по Щербаку, который проводился с учетом типа дистонии (при ваготонии – электрофорез с хлоридом кальция, при симпатикотонии – с сульфатом магния). Курс лечения состоял из 10–12 процедур. С целью коррекции вегетативного баланса внутрь назначали препарат Ноофен, обладающий вегетостабилизирующим и ноотропным эффектом, и рекомендованный к применению в лечении подростков с синдромом вегетативной дистонии. Препарат назначали по 250 мг 3 раза в день в течение 2-х месяцев.

После проведенного лечения у подростков с СВ восстановился ИВТ, что выражалось в уменьшении в 1,7 раза числа подростков с симпатикотоническим типом ИВТ (48,0% против 80,6%) и с ваготоническим типом (11,2% против 19,4%). Восстановление ВР после проведенной комплексной терапии выражалось в увеличении случаев нормотонии в 2,8 раза (11,2% против 31,6%), снижении числа подростков с асимпатикотонией и гиперсимпатикотонией (31,6% против 40,8% и 36,8% против 48,0%).

Методом ЛДФ было выявлено, что после проведенного лечения, количество подростков с СВ и спастическим типом микроциркуляции (СПТМ) уменьшилось в 1,6 раза (от 70 (71,4%) случаев, выявленных до лечения, до 45 (45,9%) случаев, зарегистрированных после лечения (рисунок 3.).

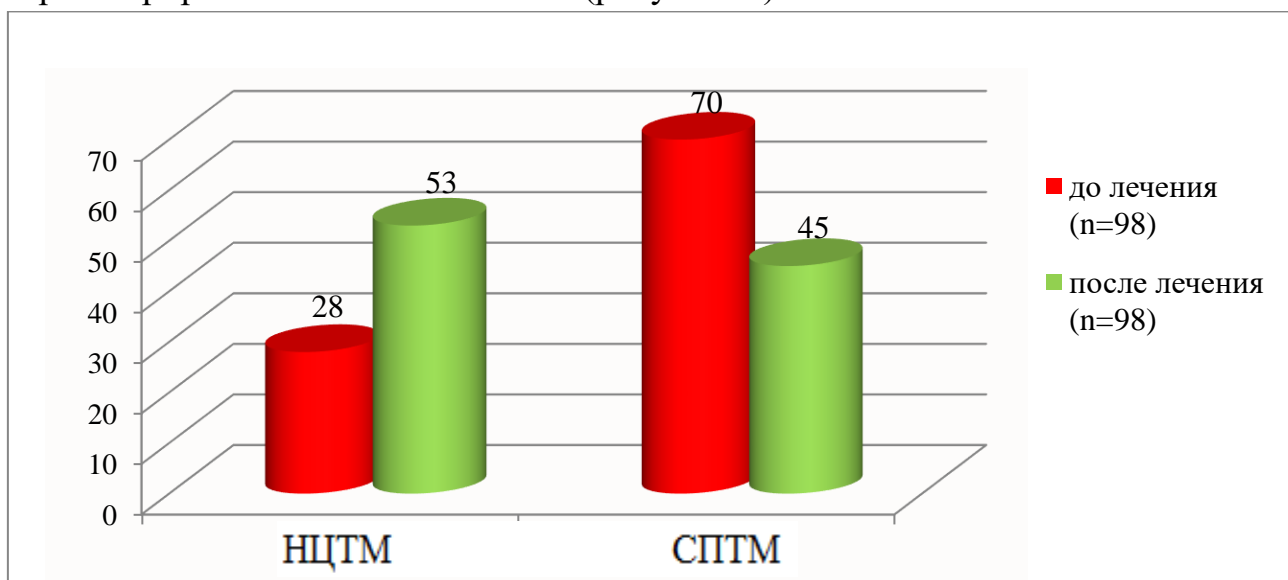


Рисунок 3. - Типы гемодинамики у подростков с сегментарным витилиго до и после лечения

Как видно из рисунка 3., проведенная терапия способствовала увеличению подростков с НЦТМ от 28 (28,6%) больных, выявленных до начала терапии, до 53 (54,1%) случаев после проведенного лечения, то есть в 1,9 раза.

У подростков с НСВ основной группы наблюдалось незначительное уменьшение случаев тяжелого ЗСТМ от 31 (44,9%) случаев, зарегистрированных до проведения терапии до 28 (40,6%), выявленных после лечения. После проведенного лечения наблюдалось уменьшение случаев наиболее благоприятного ГПТМ типа гемодинамики, который после проведения лечения зарегистрирован у 23(33,3%) подростков, по сравнению с 26 (37,7%) случаями, выявленных до начала терапии (рисунок 4.).

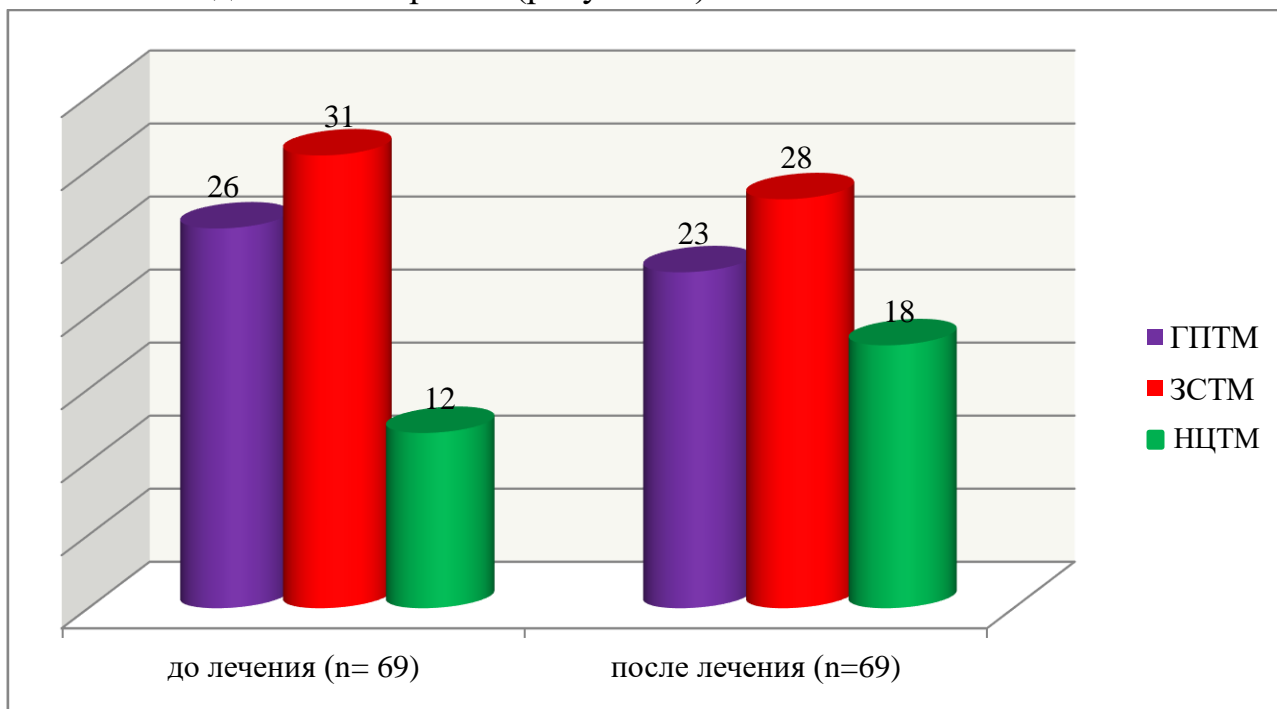


Рисунок 4. - Типы гемодинамики у подростков с несегментарным витилиго до и после лечения

То есть, комплексная терапия незначительно улучшила показатели гемодинамики у подростков с НСВ.

В группе больных с СВ индекс VIMAN через три месяца после проведенного лечения составил $21,4 \pm 0,2$ баллов у подростков с унисегментарным витилиго, $221,1 \pm 0,2$ баллов - с бисегментарной формой и $489,6 \pm 0,1$ баллов у подростков с плюрисегментарной формой, то есть снизился в 2,0 раза по сравнению с исходными показателями ($42,1 \pm 1,1$ $438,1 \pm 2,1$ и $915,3 \pm 1,8$, соответственно). Через 6 месяцев терапии индекс VIMAN уменьшился в 2,6 раза у подростков с плюрисегментарной формой СВ ($344,5 \pm 1,3$ против $915,3 \pm 1,8$ баллов), в 4,2 раза при бисегментарной форме СВ ($102,8 \pm 1,1$ против $438,1 \pm 2,1$ баллов) и в 5,8 раза при унисегментарной форме ($7,2 \pm 1,2$ против $42,1 \pm 1,1$ баллов). Индекс терапевтической эффективности при лечении унисегментарной формы СВ составил 82,9%, при бисегментарной – 76,5%, при плюрисегментарной – 62,0%. В результате комплексной терапии с учетом состояния вегетативного гомеостаза клиническая эффективность проявлялась

выраженной репигментацией в 73,8% случаев, причем чем меньше сегментов было покрыто депигментными пятнами, тем более лучший эффект был достигнут в процессе лечения. То есть, комплексная терапия оказалась эффективной независимо от количества пораженных дерматомов (рисунок 5.).

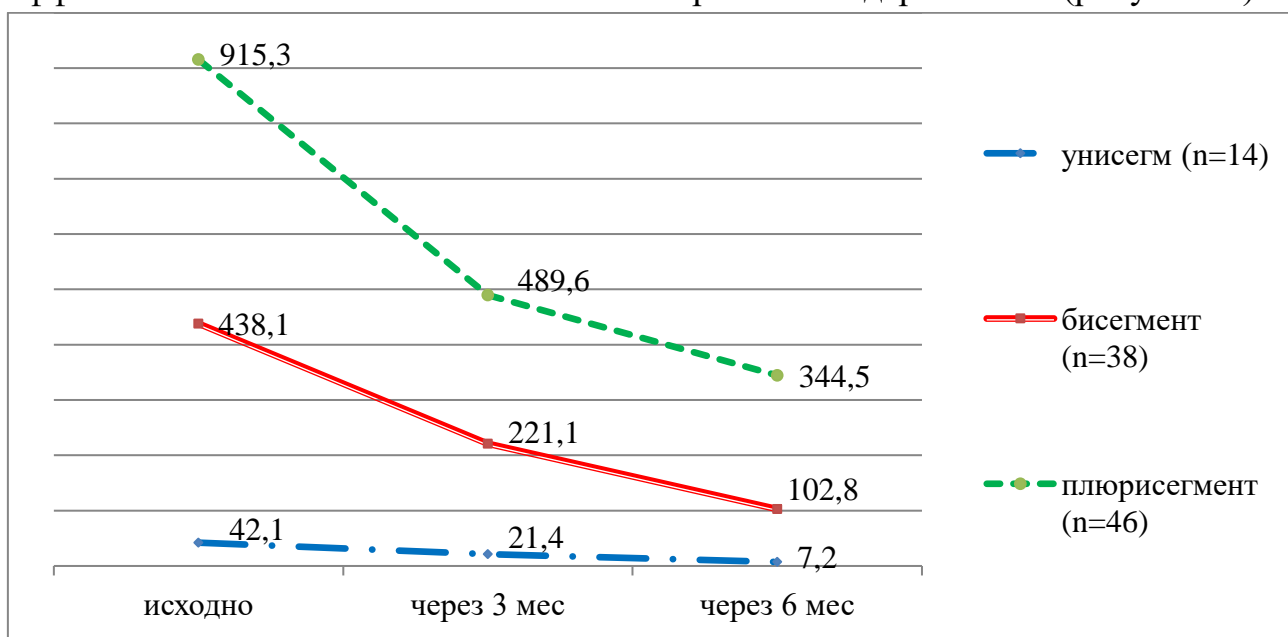


Рисунок 5. - Динамика снижения индекса VIMAN у подростков с различными формами сегментарного витилиго

Индекс VIMAN у подростков с НСВ через три месяца составил $251,3 \pm 0,3$ балла при акрофациальной форме НСВ и $767,2 \pm 0,2$ балла при генерализованной форме, то есть снизился по сравнению с исходным показателем данного индекса в 1,2 раза (рисунок 6.).

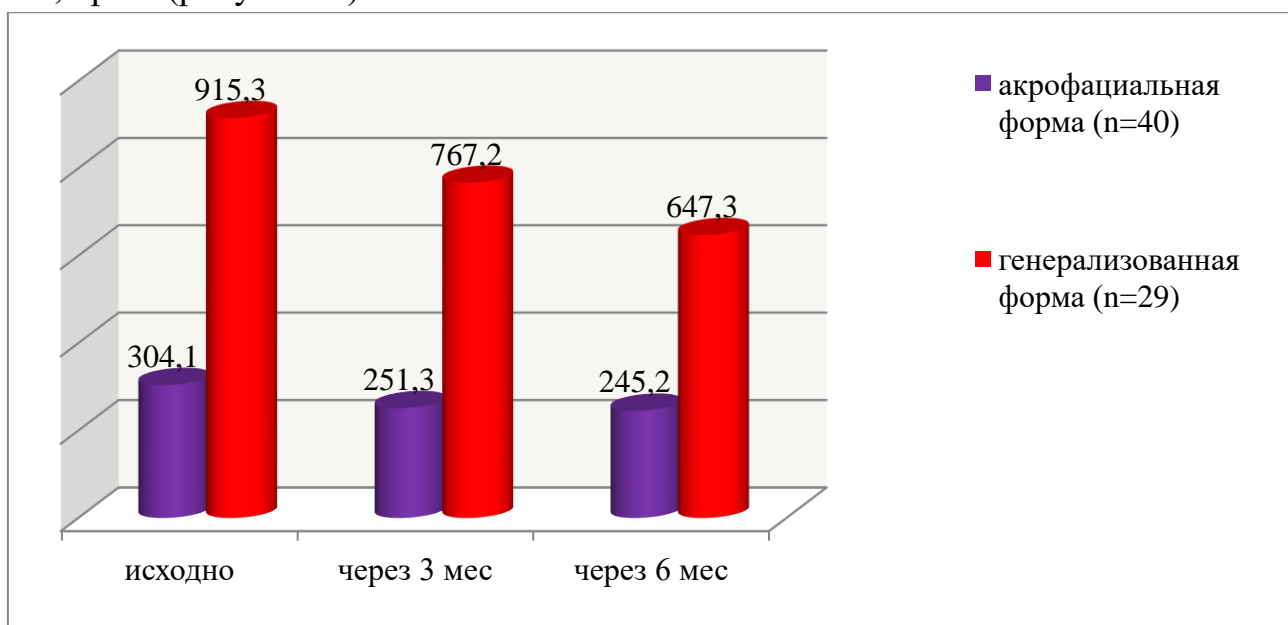


Рисунок 6. - Динамика снижения индекса VIMAN у подростков с различными формами несегментарного витилиго

Как видно из рисунка 6., через 6 месяцев после проведенной терапии, индекс VIMAN у подростков с акрофациальной формой НСВ составил $245,2 \pm 0,2$ балла, то есть незначительно отличался от данного показателя после трехмесячной терапии ($251,3 \pm 0,2$ балла). При генерализованной форме НСВ через 6 месяцев терапии индекс VIMAN снизился в 1,4 раза, то есть составил $647,3 \pm 0,1$ баллов по сравнению с исходным показателем ($915,3 \pm 1,8$ баллов). То есть, проведенная комплексная терапия не оказала желаемого клинического эффекта при лечении НСВ у подростков.

Сравнительная оценка эффективности терапии подростков с СВ и НСВ показала, что наибольший эффект был достигнут у подростков с СВ (таблица 1.).

Таблица 1. - Сравнительная оценка эффективности комплексной терапии подростков с сегментарным и несегментарным витилиго

Эффективность	Сегментарное (n=98)		Несегментарное (n=69)		p
	абс	%	абс	%	
Полная (100%)	7	7,1	0	0	
Выраженная (51-99%)	72	73,5	9	13,0	<0,001*
Умеренная (25-50%)	17	17,3	25	36,2	<0,01
Слабая (меньше 25%)	2	2,0	28	40,6	<0,001**
Отсутствие эффекта	0	0	7	10,1	

Как видно из таблицы 1., у подростков с СВ выраженная эффективность наблюдалась в 5,7 раз чаще, чем у подростков с НСВ (73,5% против 13,0%). Результаты проведенного комплексного лечения подростков с витилиго с учетом коррекции вегетативного гомеостаза и нарушений гемодинамики показали, что у подростков с СВ выраженный клинический эффект отмечался 5,7 раз чаще, чем у подростков с НСВ (73,5% и 13,0%, соответственно). Таким образом, терапия с учетом вегетативного гомеостаза наиболее эффективна при лечении подростков с сегментарной формой, что необходимо учитывать в выборе терапии.

Заключение

Основные научные результаты диссертации

1. Анализ исследований вегетативного гомеостаза у подростков, страдающих витилиго показал, что в 79,0% случаев витилиго развивается при вегетативных нарушениях, причем при сегментарной форме витилиго вегетативный дисбаланс встречается в 80,0% случаев, а при несегментарном - в 77,5% [1-А, 2-А, 5-А, 6-А, 8-А, 12-А].

2. У подростков, страдающих витилиго в 65,5% случаев выявлены патологические типы гемодинамики, которые при сегментарной форме встречаются в 1,8 раз чаще, чем при несегментарном (76,5% против 51,7%) [3-А, 4-А, 9-А].

3. В комплексном лечении подростков, страдающих витилиго необходимо учитывать состояние вегетативного гомеостаза и проводить комплексную терапию с применением лекарственного электрофореза шейноворотниковой зоны с учетом типа дистонии и приема вегетостабилизирующих препаратов [4-А, 7-А, 9-А, 10-А, 11-А, 13-А, 14-А].

4. Через 6 месяцев терапии эффективность комплексной терапии с учетом состояния вегетативного гомеостаза оказалась в 5,7 раз выше при лечении подростков с СВ, чем при НСВ (73,5% против 13,0%) [7-А, 9-А, 10-А, 11-А, 13-А, 14-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. При лечении подростков с витилиго необходимо учитывать наличие у них нарушений гемодинамики и включать в комплексное лечение вегетостабилизирующие препараты и электрофорез шейно-воротниковой зоны с учётом типа дистонии (при ваготонии – электрофорез с хлоридом кальция, при симпатикотонии – с сульфатом магния).

2. Результаты полученных данных позволяют определить, что у подростков с СВ преобладает симпатикотонический тонус, а при НСВ - ваготонический.

3. Существенные и стойкие нарушения вегетативного гомеостаза могут протекать без определенных жалоб у подростков, страдающих витилиго, но они отражаются на клиническом течении витилиго, резистентностью к традиционной терапии и рецидивах заболевания.

4. Несмотря на отсутствие клинических проявлений вегетативного дисбаланса и нарушений кровообращения у подростков с витилиго, необходимо назначать вегетостабилизирующие препараты.

5. Материалы диссертационной работы можно использовать при подготовке врачей-интернов, клинических ординаторов, магистров.

Список публикаций соискателя ученой степени

кандидата медицинских наук по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

1-А. Рахимов У.С. Нейровегетативные нарушения в патогенезе витилиго / У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева // Вестник Авиценны. - 2017.- №4 – С.550-555

2-А. Рахимов У.С. Типы вегетативной нервной системы у больных витилиго / У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева / // Вестник последиplomного образования РФ, Москва. - 2018.-3.- С.71-72

3-А. Рахимов У.С. Особенности состояния гемодинамики у больных витилиго. / У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева // Вестник последиplomного образования РФ, Москва. - 2018.-3.- С.72-73

4-А. Рахимов У.С. Состояние гемодинамики у подростков с разными формами витилиго / У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева // Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения. - 2019.-2.- С.42-47.

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций

5-А. Мухамадиева К.М. Проявления вегетативных дисфункций у больных витилиго / К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева, У.С. Рахимов // Материалы 65 годичной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире», ноябрь, 2017.- С.102-104

6-А. Мухамадиева К.М. Психоэмоциональное состояние больных витилиго / К.М. Мухамадиева, У.С. Рахимов // Материалы 65 годичной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире», ноябрь, 2017.- С. 102-104

7-А. Мухамадиева К.М. Сифати ҳаёти гирифторони бемории барас / К.М. Мухамадиева, У.С. Рахимов // Авчи Зухал, 2017. - №3- с.16-18.

8-А. Рахимов У.С. Совершенствование терапии витилиго с учетом состояния вегетативной нервной системы / У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, М.С. Валиева, С.С. Исматуллоева // Материалы 66-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» Душанбе, ноябрь, 2017.- С.- 503-504.

9-А. Рахимов У.С. Нишондиҳандаҳои гомеостази вегетативӣ дар наврасони аз бемории витилиго азияткашанда / Авчи Зухал. - 2018. - №4 (33).- С. 27-32.

10-А. Рахимов У.С. Вегетативный статус у подростков, страдающих витилиго / У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, Х.Д. Усмонова, С.С. Исматуллоева // Вестник медицинского комплекса Истиклол. - 2019.-1.-С54-57.

11-А. Рахимов У.С. Эффективность терапии витилиго у подростков с вегетативным дисбалансом / У.С. Рахимов, Н.М. Хидирова, У.С. Шакирова //

Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых ТГМУ им. Абуали ибни Сино, апрель 2019. - С.82

12-А. Рахимов У.С. Вегетативные нарушения у детей с разными формами витилиго /У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева, Х.Д.Усмонова//Сборник трудов XXXVI научно-практической конференции «Рахмановские чтения» Москва. - 2019.- С.74-75

13-А. Лечение витилиго у подростков с вегетативным дисбалансом /У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева // Дерматовенерология и Эстетическая медицина, Ташкент. - 2019.-3. - С.138.

14-А. Рационализаторское предложение

Рахимов У.С. «Метод физиотерапии в комплексном лечении витилиго у подростков с вегетативными нарушениями» / Рахимов У.С., Мухамадиева К.М., Исматуллоева С.С., удостоверение №3575/R726 от 16.12.2019г.

Список сокращений и условных обозначений

ВНС	вегетативная нервная система
ВО	вегетативное обеспечение
ВР	вегетативная реактивность
ГПТМ	гиперемический тип микроциркуляции
ЗСТМ	застойно-стазический тип микроциркуляции
ИВТ	исходный вегетативный тонус
КИГ	кардиоинтервалография
ЛДФ	лазердоплерфлоуметрия
НСВ	несегментарное витилиго
НЦТМ	нормоциркуляторный тип микроциркуляции
ПМ	показатель микроциркуляции
РКК	резерв капиллярного кровотока
СПТМ	спастический тип микроциркуляции
СВ	сегментарное витилиго

**МДТ «ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА
НОМИ АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО»**

КДУ: 616.5-003.829.85-053.6

Бо ҳуқуқи дастнавис

РАҶИМОВ УМЕД САЙМУРТАЗОЕВИЧ

**ХУСУСИЯТҶОИ ҶАРАӢНИ КЛИНИКӢ ВА
ТАБОБАТИ ВИТИЛИГО ДАР НАВРАСОНИ
ГИРИТФОРИ ИХТИЛОЛҶОИ ВЕГЕТАТИВӢ**

АВТОРЕФЕРАТИ

рисолаи номзади илмҶои тиб

аз рӯи ихтисоси 14.01.10- БемориҶои пӯсту зӯҳравӢ

Душанбе – 2020

Таҳқиқоти илми кафедраи дерматовенерологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ:

Муҳамадиева Кибриёхон Мансуровна - доктори илмҳои тиб, мудирӣ кафедраи дерматовенерологияи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино»

Муқарризони расмӣ:

Касимов Олим Исмоилович – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Ҳомидов Музаффар Файзалиевич - номзади илмҳои тиб, раиси «Ассотсиатсияи дерматовенерологҳои ва косметологҳои Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муассисаи тақриздиханда: МДТ «Донишгоҳи миллии Тоҷикистон» кафедраи физиологияи патологӣ, анатомия ва тибби судӣ

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с. 2020 соати _____ дар ҷаласаи Шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-048 МТД ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино бо сӯроғаи: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139 баргузор мегардад.

Бо диссертатсия ва автореферат дар китобхонаи илмии МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино» бо сӯроғаи: 734003, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, ва дар сомонаи расмӣ www.tajmedun.tj, шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2020 ирсол гардид.

Котиби илмии

Шӯрои диссертатсионӣ,

номзади илмҳои тиб, дотсент

Н.Ф. Ниязова

Муқаддима

Мубрамӣ ва зарурати баргузории таҳқиқот аз рӯйи мавзӯи диссертатсия

Витилиго дерматози иқтисобӣ ва ҷараёнаш музмин буда, пайдо шудани доғҳои депигментатсионӣ барояш хос аст ва ҳамроҳ бо ихтилолҳои иммунӣ, асабӣ-вегетативӣ ва психикӣ-эмотсионалӣ ҷараён дорад [Taieb A.et.al, 2010; Dytos M.et.al., 2012; Рихсиева Д. Д. ва ҳаммуаллифон, 2015; Юнусова Е. И. ва ҳаммуаллифон, 2-17]. Паҳншавии витилиго дар популятсияи умумӣ аз 0,5 то 2%, ва дар 66,1 % ҳолати беморӣ дар синни 20 –солагӣ сар мешавад [Арифов С. С. ва ҳаммуаллифон, 2011, Kruger S.et al, 2012; Khaitan V. K. et al, 2012]. Муайян карда шудааст, ки дар 66,0%-и ҳолатҳо саршавии беморӣ ба синну соли наврасӣ рост меояд [Юнусова Е. И. ва ҳаммуаллифон, 2017, Gomes T. R., 2017]. Мувофиқи маълумотҳои Дворянкова Е.В. ва ҳаммуаллифон (2006) витилиго зиёдтар дар синну соли аз 8 то 25-солагӣ ба назар мерасад, мувофиқи маълумотҳои Кекоуроу Т. (2009) дар 25%-и ҳолатҳо ин беморӣ асосан дар 14-солагӣ оғоз меёбад.

Айни замон якҷанд назарияи патогенези витилиго исбот карда шудаанд, ки дар байни онҳо асосноктарин назарияи ирсият [Rodrigue-Gervais I. G., 2010; Alikhan A., 2011], назарияи стресси оксидативӣ [Schallreuter, K. U.,2007; Батпенова Г.Р. ва ҳаммуаллифон, 2014;] ва назарияи нейрогенӣ [Manolache L., 2009, Rodrigue-Gervais, I. G., 2010] аст.

Ба манфиати назарияи нейрогении витилиго, маълумотҳои як гурӯҳ муаллифон дар бораи пайдошавии лонаҳои депигментатсия дар натиҷаи стресси аз сар гузаронидашуда ишора мекунанд [Kossakowska, M. M., 2010; Ахмедов К. Р., 2011; Malhotra N., 2013]. Дар навбати худпайдо шудани лонаҳои витилигинозӣ стресси ҳолати стресс вобастаро ба бор меорад [Собир С.И., 2011;Gomes, T.R., 2017], ки дар пайдошавии дисфунксияҳои вегетативӣ, нейроэндокринӣ, иммунӣ ва мубодилавӣ-трофикӣ зоҳир мегарданд [Круглова Л. С., 2016; Исмаилова Г. А. ва ҳаммуаллифон, 2014; Grimes P. E., 2012]. Нақши типи фаъолияти олии асаб дар пайдошавии витилиго исбот карда шудааст, чунки муайян карда шудааст, ки ин беморӣ назар ба меланхоликҳо бештар дар байни холерикҳо ба назар мерасад [Зоиров П.Т. ва ҳаммуаллифон, 2010; Собир И. С., 2011 г]. Дар пайдошавии витилиго ҳолати патологияи системаи эндокринӣ, бемориҳои сироятӣ, бемориҳои музмини узвҳои дарунӣ ва захролудшавӣ аҳамияти калон доранд [Brea. P., 2011; Whitton, M. E, 2010]. Аммо, ба ақидаи баъзе муҳаққиқон витилиго дар наврасон метавонад, ки дар заминаи солимии мукамал, яъне бидуни таъсиррасонии бемориҳои ҳамроҳшудаи узвҳои дарунӣ пайдо шавад [Усовецкий И.А. ва ҳаммуаллифон., 2010; Трухан Д.И. ва ҳаммуаллифон.,

2016; Park. J.H., 2014]. Муаллифон исбот кардаанд, ки пайдо шудани витилиго дар наврасон дар 52,9%-и ҳолатҳо ба ягон сабаби мушаххас вобаста набуд, яъне беморӣ дар асоси хуб будани ҳолати ҷисмонӣ рух додааст. Вобаста аз ин, дар шарҳ додани механизмҳои этиопатогенетикӣ мушкилот ба амал меояд ва таъбиҳат бо назардошти пешгирӣ намудани инвазияи ғичҷавӣ, пурра гардонидани дефитсити дисбаланси микроэлементҳо ва витаминҳо, гепатопротектсия анҷом дода мешавад [Абдуллаев М. И. ва ҳаммуаллифон, 2013; Picardo, M., 2009, Таieb, A., 2010]. Бисёре аз муҳаққиқон ба зарурати истифода кардани воситҳои седативӣ ва антидепрессивӣ ишора мекунанд [Зоиров П.Т. ва ҳаммуаллифон, 2010; Manolache, L., 2009], зеро дар наврасони дорои витилиго ихтилоли статуси психологӣ ба амал меояд, ки аз хусусиятҳои ин синну сол вобастаанд, дар ин вақт ба мавқеи аввал кӯшиши ба даст овардани мақсад дар таҳсил мебарояд, муносибатҳои дутарафа бо ҳамсолони атроф ба амал меояд, нисбат ба ҷинси муқобил майлу рағбат пайдо мегардад [Шашель В. А. ва ҳаммуаллифон, 2017]. Маълум аст, ки синну соли наврасӣ бо ноустувории системаи вегетативии асаб фарқ мекунад, ки дар организми рушдкунанда нақши муҳим дорад ва танзиму назорати фаъолияти ҳамаи системаҳо, узвҳо ва бофтаҳо, аз ҷумла қабатҳои пӯстро таъмин мекунад [Гузева В.В. ва ҳаммуаллифон, 2011; Шашель В. А. ва ҳаммуаллифон, 2017]. Мувофиқи маълумотҳои адабиётҳои илмӣ дисфунксияи вегетативӣ дар синну соли наврасӣ дар 40 до 60% ба мушоҳида мерасанд [Григорьев К. И., 2013]. Ихтилоли системаи вегетативии асаб на ҳамеша ташхис карда мешавад, чунки аломатҳои классикӣ ихтилолҳои вегетативӣ дар 12,7-22% ҳолат дида мешаванд, ҳолатҳои моносимптомӣ бошанд, дар кӯдакони дорои дисфунксияҳои вегетативӣ бештар аз 50% зиёдтар вомехӯранд [Корабельникова Е. А. ва ҳаммуаллифон, 2014; Шербакова М. Ю. ва ҳаммуаллифон, 2017].

Дар ин давра норасоии косметикӣ ба мавҷудияти доғҳои депигментӣ алоқаманд, махсусан дар мавзӯҳои урёни бадан ба рӯхияи наврас осеб мерасонад, дар вай эҳсосоти номуқаммалии иҷтимоӣ ва ҷисмониро бедор мекунад, ихтилолҳои системаи асаби вегетативӣ бошад, барои музминшавии ихтилолҳои психоэмотсионалӣ мусоидат мекунанд, ки онҳо дар пешрабии витилиго нақши муҳим доранд [Арифов С. С. ва ҳаммуаллифон, 2011; Ezzedine K., 2012].

Исбот карда шудааст, ки дар беморони гирифтори витилиго таҳти таъсири стресс нуқсонҳои системаи вегетативии асаб рух медиҳад, ки дар натиҷаи он ҳосилшавии олиги катехоламинҳо ба амал меояд, инро аксуламали номуносиби меланоситҳо ҳамроҳӣ мекунанд [El Din Zaki M. S.,

2009; Van Geel, N., 2012; Trapp E. M., 2015]. Дар таҳқиқотҳои дигар нақши системаи вегетативии асаб дар пайдошавии витилиго бо ошкор кардани тағйиротҳои ҳарорати маҳдуд дар минтақаи осеб дар муқоиса аз пӯсти симметрии муътадил исбот карда шудааст [Wu. C. S., 2008]. Дар бораи иртиботи мутақобилаи ихтилолҳои иммунӣ бо дисфунксияи системаи симпатикӣ асаб дар патогенези баъзе зухуроти клиникӣ шаклҳои витилиго тахминҳо иброз шудаанд [Anbar T.S. ва ҳаммуаллифон, 2006; Ахмедов К. Р., 2012, Махнева Н. В. ва ҳаммуаллифон, 2012]. Ба тарафдории ин назария мавқеи сегментарӣ ё доғҳои зостершакл дар ҳудуди дерматомаи мушаххас гувоҳӣ медиҳанд [Олисова О.Ю. ва ҳаммуаллифон, 2014, Manolache L. ва ҳаммуаллифон, 2009, Khaitan B. K., 2012, Anbar T. S., 2006]. Нақши системаи симпатикӣ асаб дар патогенези сегментарӣ дар ҳолати микросиркулятсия инъикос меёбад, ки бо вучуд доштани маҷрои хуни пурқувват дар мавзеи осебдидаи пӯсти беморони гирифтори витилиго ва хеле зиёд шудани α - ва β -адреноретсепторҳо дар ҳучайраҳои эпидермис исбот мегардад. Ғайр аз ин таҳти таъсири табобати рагвасеъкунанда муътадилшавии маҷрои хуни пӯст ва аксуламали адреноретсепторҳо ба мушоҳида мерасад [Гейниц А.В. ва ҳаммуаллифон, 2010]. Яъне, симпатикотония, сабаби вазоконстриксия ба ҳисоб рафта, боиси вайрон шудани ғизои ҳучайраҳои мавзеи осебдидаи пӯст, гипоксия ва чамъшавии радикалҳои озод мегардад, ки ин ба тавлид шудани метаболитҳои токсикӣ мубодилаи тирозин, ки дар синтези меланин нақши муҳим дорад, боис мегардад. Дар мавриди ихтилолҳои статуси вегетативӣ тағйиротҳои номуносиби қутри артериолаҳои прекапиллярӣ, ба ноқилҳои пасиви хун табдил ёфтани микрорағҳо ва ташаккул ёфтани типҳои патологӣ гемодинамика ба амал меояд, ки ин дар зухуроти клиникаи дерматози музмин инъикос меёбад [Крупаткина А.И., 2014; Кошелева И.В. ва ҳаммуаллифон, 2016; Шербакова М. Ю. ва ҳаммуаллифон, 2017]. Ихтилолҳои умумӣ ва мавзеии хусусияти нейровегетативӣ ва психологидошта дар давраи саҳт иртиботи мутақобила доранд, ки ин ба камсамара шудани табобат оварда мерасонад.

Вобаста бо гуфтаҳои дар боло зикршуда, мақсади таҳқиқоти мазкур тақдир додани табобати витилиго дар наврасон бо назардошти ихтилолҳои гомеостази вегетативӣ ва ҳолати гемодинамика ба ҳисоб меравад.

Дарачаи азхудшудаи масъалаи илмӣ. Витилиго, ба муваффақиятҳои ба даст овардашуда дар оптимизатсияи усулҳои таҳқиқ ва табобат нигоҳ накарда, ҳамчун ихтилоли зиёд дучоршавандаи пигментатсияи пӯст сабаби муҳимми ихтилоли ҳолати психоэмотсионалӣ ва паст шудани сифати ҳаёт

боқӣ мемонад [Арифов С. С., Шукуров Б. Б., 2011; Бабешко О. А., 2012; Рихсиева Д. Д., Ахраров Х. Х., 2015].

Чанбаҳои этиопатогенетикии витилиго аз тарафи донишмандони зиёди ватанӣ ва хориҷӣ мавриди омӯзиш қарор дода шудааст [Зоиров П.Т., Собир И. С., 2011; Арифов С. С., Шукуров Б.Б., 2011; Касымов О.И., Касымов А.О., 2014; Батпенова Г.Р., Аймолдина А.А., Котлярова Т. В., 2014; Шарофутдинова Л. А., 2015; Круглова Л.С., 2016; Van Geel N., Mollet I., Brochez L., 2012; Varga V. B., Gesztelyi R., 2013; Gomes T.R., Machado N.L., Tavora M., 2013]. Як идда олимон ва муҳаққиқони маъруф тасдиқ мекунанд, ки сабаби витилиго вайроншавии муҳофизати антиоксидантӣ [Батпенова Г.Р., Аймолдина А.А., Котлярова Т. В., 2014], ихтилолҳои иммунӣ в эндокринӣ [Симонова Н. И., 2013; Шарафутдинова Л. А., Ломоносов К. М., 2015; Brea P.etal, 2011]. мебошанд. Нақши омилҳои экзо- ва эндокринӣ дар пайдошавии витилиго дар кӯдаконе, ки дар Тоҷикистон зиндагӣ мекунанд, монанди бемориҳои роҳҳои ҳозима, бемориҳои ғадуди сипаршакл ва гелминтозҳо исбот карда шудааст [Хомидов М.Ф., 1999]. Нақши муҳимми типи фаъолияти олии асаб дар пайдошавии витилиго муайян карда шуд, ки дар иртибот бо ин баъзе муаллифон муносибати тафриқиро барои таъйин кардани доруҳои седативӣ ва адаптогенҳои стимулятсионӣ муносибати тафриқиро тавсия мекунанд [Зоиров П.Т. ва ҳаммуаллифон, 2011]. Самаранокии доруи растанигии фотосенсибилизациони Пигментин муайян карда шудааст, ки самаранокии онро муаллифон дар 79%-и ҳолатҳо мушоҳида кардаанд, [Касымов О. И. ва ҳаммуаллифон, 2014]. Таваҷҷуҳ ба омӯзиши проблемаи витилиго дар таҳқиқотҳои инъикос ёфтаанд, ки муносибати тафриқавӣ ба табобати витилигои сегментарӣ ва ғайрисегментариро исбот кардаанд [Абдиева Д. Х. ва ҳаммуаллифон, 2017]. Ба анҷом додани таҳқиқотҳои сершумор оид ба ин мавзӯъ нигоҳ накарда, масъалаҳои табобати ин беморӣ дар синну соли наврасӣ, аз ҷумла омӯзиши самаранокии табобати наврасон вобаста аз ҳолати гомеостази вегетативӣ ҳаллу фаслншуда боқӣ мемонад.

Заминаҳои назариявӣ методологии таҳқиқот. Асоси назариявӣ таҳқиқотро вобаста аз паҳншавии васеи витилиго дар байни наврасон оптимизатсияи табобати ин беморӣ ташкил медиҳад. Ҳолати дисбаланси вегетативӣ, ки барои шахсони синну соли наврасӣ хос аст, дар хусусияти микросиркулятсия ва гемодинамикаи периферӣ инъикос меёбад.

Асоси методологии таҳқиқотро қорқарди табобати комплекси витилиго ташкил додаст, ки ба устувории гомеостази вегетативӣ равона гаштааст ва на танҳо нишондиҳандаҳои гемодинамикиро барқарор месозад, балки боиси беҳтаршавии клиникӣ низ мегардад.

Тавсифи умумии таҳқиқот

Ҳадафи таҳқиқот: такмили табобати витилиго дар наврасон бо назардошти ихтилолҳои ошкоршудаи вегетативӣ.

Объекти таҳқиқот: ба сифати объекти таҳқиқот 200 навраси гирифтори витилиго (92 мард ва 108 зан, синну соли миёна $14 \pm 2,4$ сол) интихоб карда шуданд, ки ба маркази тиббии «Витилиго плюс» аз соли 2016 то 2019 дохил шуда буданд.

Мавзӯи таҳқиқот: мавзӯи таҳқиқоти мазкур омӯхтани ҳолати гомеостази вегетативӣ ва нишондиҳандаҳои гемодинамика дар наврасони гирифтори витилиго ва коркарди табобати комплексӣ бо назардошти ихтилолҳои ошкор кардашуда мебошад.

Масъалаҳои таҳқиқот:

1. Омӯзиши басомади витилиго дар байни наврасони дорои ихтилолҳои вегетативӣ ва ошкор намудани хусусиятҳои клиникии зухуроти витилиго вобаста аз типи дистонияи вегетативӣ.

2. Баҳогузори ҳолати гемодинамика дар наврасони гирифтори шаклҳои гуногуни витилиго вобаста аз типи дистонияи вегетативӣ.

3. Коркарди табобати комплексии ратсионалии витилиго бо назардошти системаи вегетативии асаб ва ихтилолҳои ошкоршудаи микроциркулятсия.

4. Омӯзиши натиҷаҳои бевоситаи табобати комплексии витилиго дар наврасони гирифтори ихтилолҳои вегетативӣ.

Усулҳои таҳқиқот

Дар таҳқиқот усулҳои баҳодиҳии статуси пӯст (баҳодиҳии дермографизм ва рефлекси пилomotorӣ барои муайян кардани аксулмалҳои пӯсту вегетативӣ) ва ҳисоб кардани шохиси VIMAN барои муайян кардани дараҷи вазнинии витилиго: усулҳои инструменталии таҳқиқот (кардиоинтервалография, лазердоплерфлоуметрия) мавриди истифода қарор дода шуданд.

Соҳаи таҳқиқот

Пажӯҳиши диссертатсия ба шиносномаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 14.01.10 - Бемориҳои пӯсту зӯхравӣ мувофиқат мекунад:

Зербанди 3.1. Ҷанбаҳои гуногуни патогенези бемориҳои пӯст (таҳқиқоти клиникӣ, инструменталӣ дар динамикаи беморӣ).

Зербанди 3.2. Эпидемиология ва омори дерматозҳо дар шароити тағйирёбандаи ҳаёт. Хусусиятҳои синну солӣ ва гендерии дерматозҳо.

Зербанди 3.3. Зухуроти клинӣи муосири бемориҳои пӯст ва зӯҳравӣ, нақши онҳо дар ташҳиси комплексӣ. Ошкор сохтани робитаи осебҳои пӯст бо бемориҳои узвҳо ва системаҳои дигар. Такмил додани ташҳиси ҳолати патологияи пӯст бо истифода аз усулҳои муосири таҳқиқоти инструменталӣ, клиникӣ, лабораторӣ, функционалӣ ва ғайра.

Зербанди 3.4. Такмил додани табобати бемориҳои пӯст ва зӯҳравӣ дар асоси таҳқиқотҳои муосир оид ба этиология ва патогенези онҳо. Усулҳо ва нақшаҳои нави табобати бемориҳои пӯст бо доруҳои нави, усулҳои нави физиотерапия, доруҳои барои берун истифодашаванда.

Марҳилаҳои таҳқиқот

Таҳқиқоти илмӣ марҳила ба марҳила иҷро карда шудааст. Дар марҳилаи якум мо адабиёти илмӣ ба мавзӯи рисола бахшидашударо омӯхтем ва таҳлил кардем. Баъдан мавзӯъ ва мақсади диссертатсия мурағаб карда шуд. Хусуси ятҳои ҳолати системаи вегетативии наврасони гирифтори витилигоро ба ҳисоб гирифта, хусусиятҳои ҷараёни клиникӣ ва типҳои патологияи гемодинамика дар наврасони дорои шаклҳои гуногуни витилиго муайян карда шуданд ва табобти комплексии беморӣ бо назардошти ихтилолҳои ошкоршуда таҳия карда шуд.

Пойгоҳи асосии иттилоотӣ ва озмоишии таҳқиқот

Дар таҳқиқот иттилоот оид ба (диссертатсияҳои Хомидов М. Ф., Собир С. И., ки дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ҳимоя шудаанд, мақолаҳои маҷаллаҳои илмӣ, конференсияҳо ва симпозиумҳо: Касимова О.И., Абдиевой Д. Х., Косимова А. М., Джураева М. Н.) омилҳои ба пайдоишавии витилиго таъсиркунанда омӯхта шуданд. Таҳқиқот дар пойгоҳи Маркази клинӣи «Витилиго плюс» -и шаҳри Душанбе иҷро карда шудааст.

Этимоднокии натиҷаҳои диссертатсионӣ

Этимоднокии маълумотҳо, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва нашрияҳо тасдиқ мекунанд. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлилҳои илмӣ натиҷаҳои табобати витилиго дар наврасони гирифтори типҳои гуногуни системаи вегетативии асаб асоснок карда шудаанд.

Навгониҳои илмӣ таҳқиқот

Бори нахуст табобати комплексии витилиго дар наврасон бо дар назардошти ҳолати системаи вегетативии асаб пешниҳод карда шудааст. Муайян карда шуд, ки ихтилолҳои вегетативӣ дар 79,0 %-и наврасони гирифтори витилиго ба мушоҳида мерасанд: ҳангоми шакли сегментарӣ дар 80%-и ҳолатҳо ва ҳангоми шаклҳои ғайрисегментарӣ дар 77,5%-и ҳолатҳо. Дар наврасони гирифтори витилиго шакли патологияи микросиркулятсия ошкор карда шуд: дар 85 (76,6%) наврасони дорои шакли сегментрии витилиго шакли нисбатан хубу спазматикии микросиркулятсия ошкор

карда шуд, дар ҳоле ки дар 46 (51,7%) наврасони дорои витилигои ғайрисегментарӣ навъи вазнин, рукудӣ-спазматикии микросиркулятсия чой дошт. Самаранокии табобати комплексӣ бо назардошти ҳолати гомеостази вегетативӣ ҳангоми табобати витилигои сегментарӣ исбот карда шудааст, ки назар ба витилигои ғайрисегментарӣ 5,7 маротиба.

Аҳамияти назарии таҳқиқот

Аз он иборат аст, ки нуктаҳои назариявӣ, методологӣ, хулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашуда метавонанд, ки дар раванди таълими макотиби олии тиббӣ мавриди истифода қарор дода шаванд.

Аҳамияти амалии таҳқиқот

Ҳангоми табобати витилиго дар наврасон онро баҳисоб гирифтани зарур аст, ки барои витилигои сегментарӣ типии симпатикотоникӣ дистония ва барои витилигои ғайрисегментарӣ – ваготоникӣ хос аст. Табобати комплекси наврасони гирифтори витилиго, ки бо назардошти ислоҳи гомеостази вегетативӣ ва ихтилоли гемодинамика гузаронида мешавад, натиҷаҳои табобати шакли сегментарии витилигоро беҳтар месозад, ҳангоми витилигои ғайрисегментарӣ ин усули табобат самаранок нест. Ба вучуд надоштани аломатҳои клиникии дисбаланси вегетативӣ ва ихтилоли гардиши хун дар наврасони дорои витилигои сегментарӣ нигоҳ накарда, ба ҳисоб гирифтани ихтилолҳои гемодинамики дар онҳо вучуддошта ва сари вақт таъйин кардани доруҳои вегетостабилизиатсионӣ зарур мебошад.

Нуктаҳои ҳимояшавандаи диссертатсия:

1. Дар наврасони бемори гирифтори витилиго ихтилолҳои гомеостази вегетативӣ ба мушоҳида расида, ҳангоми шакли сегментарии витилиго шакли симпатикии дистонияи вегетативӣ ва ҳангоми витилигои ғайрисегментарӣ шакли парасимпатикӣ бартарӣ доранд.

2. Дар наврасон бемории витилиго бо иллатёбиҳои микросиркулятсия чараён мегирад ва шаклҳои патологӣ гемодинамика ҳангоми шакли сегментарии витилиго назар ба витилигои ғайрисегментарӣ 1,8 маротиба бештар мебошанд.

3. Навъҳои патологӣ ошкор кардашудаи микросиркулятсия дар наврасони бемори гирифтори витилиго, ки ба ихтилолҳои гомеостази вегетативӣ иртибот доранд, имконият медиҳанд, ки ба табобати комплексӣ ворид сохтани электрофорези доругии минтақаи гардан ва гиребон бо назардошти навъи дистония ва маводи доруворӣ Ноофен, ки таъсири вегетостабилизиатсионӣ дорад, асоснок карда шавад.

4. Истифода кардани электрофорези доругии ноҳияи гардану гиребон бо назардошти навъи дистония ва маводи доруворӣ Ноофен ҳангоми табобати наврасони бемори гирифтори витилиго, ҳолати

микросиркулятсияро беҳтар мегардонад, гемодинамика ва гомеостази вегетативиро барқарор мекунад ва боиси шифоёбии клиникаи наврасони гирифтори витилигои сегментарӣ мешавад.

5.Натиҷаҳои таъобати комплекси таҳияшудаи наврасони гирифтори витилиго дар шакли сегментарии беморӣ самаранокии баландро нишон доданд, ки инро ҳангоми коркарди тактикаи таъобати ин гурӯҳи беморон ба назар гирифтани зарур мебошад.

Саҳми шахсии довталаб

Муаллиф шахсан ҳамаи ҳаҷми таҳқиқоти клиникаро иҷро намуда, шарҳи сарчашмаҳои олимони ватанӣ ва хориҷиро тайёр кардааст, нақшаи таҳқиқотро таҳия намуда ва параметрҳои кардиоинтервалография ва лазердоплерфлоуметрияро мустақилона омӯхтааст, мустақилона, баҳогузорӣ ва таҳлили омории маълумотҳои ба даст овардашуда анҷом дода, хулоса ва тавсияҳои амалӣ мураттаб карда шудаанд. Аз натиҷаҳои назариявӣ, методологӣ ва амалии таҳқиқот дар конференсияҳои илмӣ-амалии байналмилалӣ, ҷумхуриявӣ, минтақавӣ, байнидонишгоҳӣ, ки ҳам дар Ҷумҳурии Тоҷикистон ва ҳам берун аз марзи он дар давраи солҳои 2016-2019 гузаронида шудаанд, гузориш пешниҳод карда шудааст.

Таъйиди диссертатсия ва иттилоот оид ба истифодаи натиҷаҳои он

Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар 14 кори илмӣ нашр шудаанд. Дар рӯйхати корҳои илмӣ нашршуда: 4 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи КОА-и назди Президенти ҶТ нашр шуда, 1 пешниҳоди ратсионализаторӣ ба қайд гирифта шудааст.

Нуктаҳои асосии диссертатсия дар конференсияҳои солонаи илмӣ-амалии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, (Душанбе, с.2017, 2018 ва 2016); XXXVI –умин конференсияи «Раҳмановские чтения» (Москва, 2019) пешниҳод карда шудааст. Диссертатсия дар Шӯрои олимони факултети нигоҳдории тандурустии ҷамъиятии МДТ “ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино”, барои Ҳимоя пешниҳод карда шудааст.

Интишори натиҷаҳои диссертатсия

Аз рӯйи маводи диссертатсия 14 кори илмӣ нашр шудааст, ки аз онҳо 4 мақола дар маҷаллаҳои тақризишавандаи КОА-и назди Президенти ҶТ нашр шудаанд, 1 пешниҳоди ратсионализаторӣ ба қайд гирифта шудааст.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия

Диссертатсия дар 128 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, шарҳи адабиёт ва бобҳои мавод ва усулҳои таҳқиқот, 3 боби натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ диссертант, боби

баррасии натиҷаҳо, хулосаҳо, феҳристи адабиёти истифодашуда иборат аст. Дар диссертатсия 24 ҷадвал ва 32 расм ҷой дода шудааст.

Муҳтавои таҳқиқот

Мавод ва усулҳои таҳқиқот. Ба таҳқиқот 200 навраси дорои ташҳиси витилигои сегментарӣ (ВС) ($n=111$) ва витилигои ғайрисегментарӣ (ВФС) ($n=89$), бидуни бемориҳои ҳамроҳшудаи узвҳо ва системаҳо фаро гирифта шуд, ки аз онҳо 108 нафар зан ва 92 нафар мард буд, давомнокии беморӣ аз 1 то 3 солро ташкил меод, онҳо дар маркази клиникии «Витилиго плюс» дар давраи солҳои 2016- 2019 таҳқиқ карда шуда буданд. Гурӯҳи назоратиро 90 нафар шахси солим (30 нафар синну соли барвақти наврасӣ; 30 нафар-синни миёна ва 30 нафар синни калони наврасӣ) ташкил дод. Таҳқиқоти наврасони дорои витилиго баҳогузорию статуси дерматологӣ (ҳисоб кардани шохиси VIMAN), аксуламали пӯсту вегетативӣ (дермографизм, рефлексии пилomotorӣ), таҳқиқоти гомеостази вегетативӣ бо усули кардиоинтервалография ва таҳқиқоти навъи микросиркулятсия бо усули лазердоплерфлуометрияро дар бар гирифт. Коркарди оморӣ натиҷаҳо бо ёрии пакети стандартии барномаҳои амалии Statistica 10.0 (Stat SoftInc., ИМА) иҷро карда шуд.

Бухриҳои миқдорӣ дар шакли нишондиҳандаи миёна ва ғалатҳои стандартии он ($M \pm m$) тавсиф карда шуданд. Барои таҳлили фарқиятҳои байни гурӯҳҳо бузургиҳои миқдорӣ мустақил аз U- меъёри Манн-Уитни, ҳангоми муқоисаи сершумор – Н-меъёри Краскел-Уоллис мавриди истифода қарор дода шуд. Барои муқоисаи ҷуфти нишондиҳандаҳои миқдорӣ тобеъ аз T-меъёри Вилкоксон истифода ба амал оварда шуд.

Натиҷаҳои таҳқиқот.

Шакли сегментарии витилиго дар кӯдакони синну соли миёнаи кӯдакӣ 39 (35,1%) ва синну соли калони кӯдакӣ 72 (64,9%), яъне синну соли аз 14 то 19-сола таҳқиқ карда шуд. Шакли ғайрисегментарии витилиго дар ҳама давраҳои синну солии наврасон ба мушоҳида расид: дар синну соли барвақти наврасӣ - дар 26 (29,2%), миёна – дар 28 (31,5%), калон – дар 35 (39,3%)-и наврасон.

Дар байни беморони гирифтори ВС 48 (43,2%) –и беморон дорои витилигои плюрисегментарӣ, 43 (38,7%) бо витилигои бисегментарӣ ва 20 (18,0%) бо витилигои унисегментарӣ буданд. Аз миқдори умумии беморони дорои ВФС дар 54 нафар (60,7%) шакли акрофатсиалӣ ва дар нафарони боқимонда 35 (39,3%) – шакли паҳнффта ба назар расид.

Бузургии максималии шохиси VIMAN дар беморони дорои шакли плюрисегментарии витилиго ба назар расид, ки $915,3 \pm 32,8$ баллро ташкил

дод, ин нишондиҳандаи дараҷаи вазнини витилиго ба шумор меравад. Дар беморони дорои шакли ВС ин шохис ба $42,1 \pm 5,1$ балл баробар буд, яъне дар онҳо дараҷаи сабуки витилиго дида шуд. Дар наврасони дорои ВФС бузургии максималии шохиси VIMAN ҳангоми шакли паҳнфӯтаи ВФС ба қайд гирифта шуд ва $985,5 \pm 29,8$ баллро ташкил дод, ин дараҷаи вазнини витилигоро нишон медиҳад. Дар беморони дорои шакли акрофатсиалии ВФС дараҷаи миёнаи вазнини витилиго дида шуд, ки аз бузургии шохиси VIMAN ($285,1 \pm 16,4$ балл) гувоҳӣ медиҳад.

Таҳқиқоти аксуламали пӯстӣ-вегетативӣ дар 74 (66,7%) навраси дорои ВС дермографизми сафед ва рефлексии возеҳи пилomotorӣ ошкор карда шуд, ин аз баланд будани барангезандагии вазоконстрикторҳои пӯст гувоҳӣ медиҳад ва ба симпатикотонияи рағҳои пӯст ишора мекунад. Дар байни наврасони дорои ВФС, дар 48 (53,9%) ҳолат дермографизми гулобӣ, дар 62 (69,7%) рефлексии пилomotorӣ муайян карда нашуд, ин аз набуда-ни тонуси баланди қисми симпатикии системаи асаб дар онҳо дарак медиҳад.

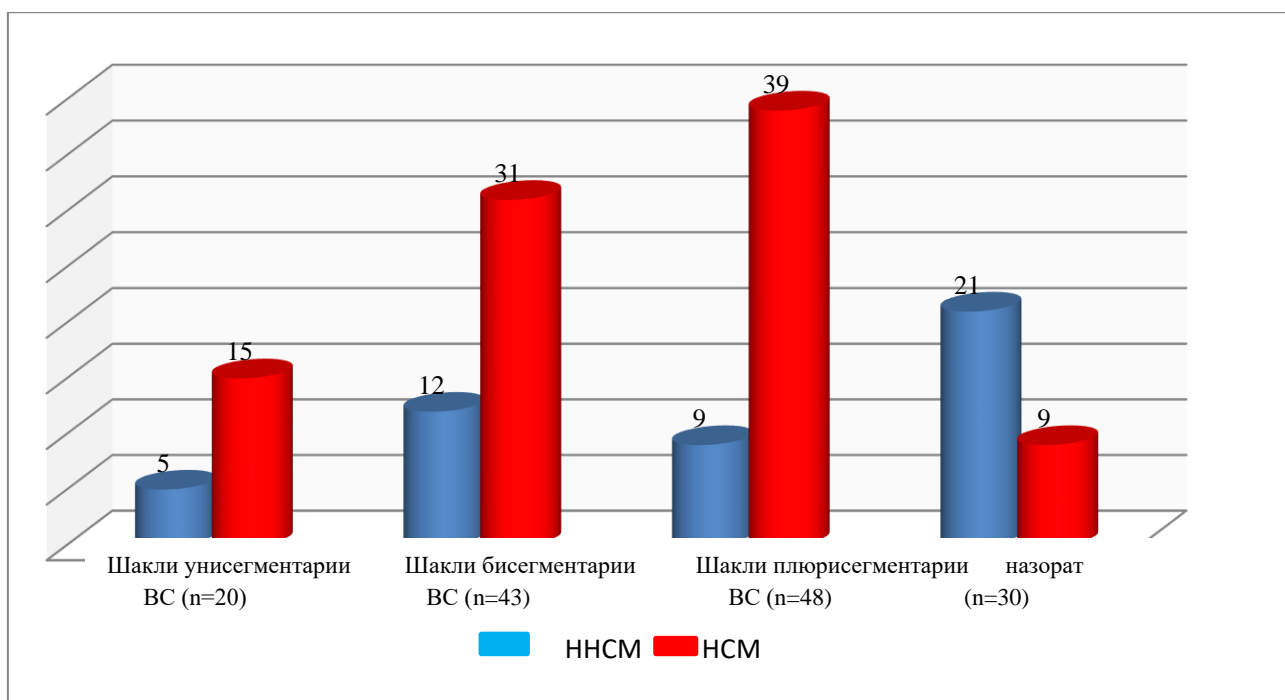
Таҳқиқоти гомеостази вегетативӣ нишон дод, ки дар байни наврасони гирифтори ВС бештар ҳолати симпатикотония дида мешавад, ки дар 79 (79/111, 71,2%) ҳолат ошкор карда шуд. Дар ин маврид, навъи ваготоникии тонуси ибтидоии вегетативӣ дар 19 (19/111, 17,1%) ҳолат, эйтоникӣ дар 13 (13/111, 11,7%) наврасони дорои ВС ошкор карда шуд. Муайян карда шуд, ки ҳолати муътадили тонуси вегетативӣ ҳангоми зиёд шудани миқдори сегментҳои осебдида кам мешавад. Чунончи, агар дар наврасони дорои шакли унисегментарии ВС эйтония дар 6 (6/20, 30,0%) ҳолат ба назар расида бошад, ҳангоми ВС бисегментарӣ миқдори ҳолатҳо то 5 (5/43, 11,6%) паст шудааст, дар плюрисегментарӣ бошад, миқдори наврасони дорои наврасони дорои эйтония 2 (2/48, 4,2%) –ро ташкил дод. Натиҷаҳои таҳқиқоти реактивияти вегетативӣ (РВ) дар 17 (17/43, 39,5%) навраси дорои шакли бисегментарии ВС ҳолати гиперсимпатикотоникиро ошкор карданд, дар наврасони дорои витилигои плюрисегментарӣ дар 24/48, 50,0% маврид ҳолати асимпатикотонӣ ба қайд гирифта шуд. Нокифоягии таъминоти вегетативӣ (ТВ) дар наврасони дорои витилигои бисегментарӣ ва плюрисегментарӣ, мутаносибан 32/43, 74,4% ва дар 34/48, 70,8% ҳолат муайян карда шуд. Яъне бо зиёд шудани синну соли наврасони дорои ВС шиддат гирифтани фаъолнокии симпатикӣ ба вайрон шудани реактивияти вегетативӣ оварда мерасонад, ки дар намуди гиперсимпатикотония ва нокифоягии таъминоти вегетативӣ зоҳир мешавад.

Дар байни наврасони таҳқиқшудаи дорои ВФС ($n=89$) ҳолати эйтония дар 20 (22,5%) наврас, симпатикотония – дар 7 (7,9%), ваготония – дар 62 (69,7%) ба мушоҳида расид. Намуди ваготоникии тонуси ибтидоии

вегетативӣ дар 35 (64,8%) беморони дорои шакли акрофатсиалӣ ва дар 27 (77,1%) – и дорои шакли паҳнёфтаи витилигои ғайрисегментарӣ муайян карда шуд. Қайд кардан лозим аст, ки навъи симпатикотонии тонуси ибтидоии вегетативӣ дар наврасони дорои шакли паҳнёфтаи витилиго дар 2 (5,7%) ҳолат, яъне 2,5 маротиба камтар назар ба беморони дорои шакли акрофатсиалӣ дида шуд, ки дар байни онҳо ин навъ дар 5 нафар (9,3%) бемор ошкор карда шуд. Ин нишондиҳандаи возеҳии тағйироти гомеостази вегетативӣ дар наврасони дорои шакли паҳнёфтаи витилиго мебошад дар муқоиса аз шакли акрофатсиалӣ.

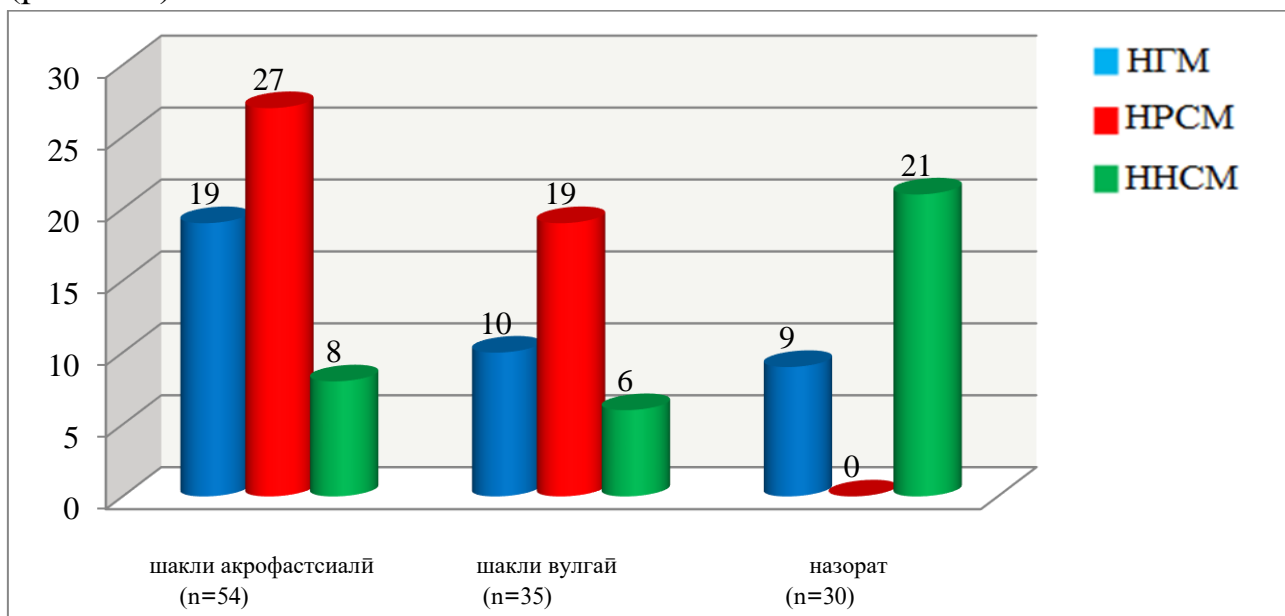
Реактивияти вегетативӣ (РВ) дар наврасони дорои шакли акрофатсиалӣ ва шаклҳои паҳнёфтаи витилигои ғайрисегментарӣ бо асимпатикотония зоҳир гашт, ки мутаносибан дар 24/54, 44,4% ва 18/35, 51,4% ҳолат дида шуд. Дар ҳама шаклҳои ВФС ҳолатҳои норасоии таъминоти вегетативӣ бартарӣ дошт, ки дар наврасони дорои шакли акрофатсиалӣ 31/54, 57,4% ва дар наврасони дорои шакли паҳнёфта 18/35, 51,4% -ро ташкил дод.

Бо мақсади омӯختани таъсири дисбаланси вегетативӣ ба ҳолати гемодинамика, нишондиҳандаҳои гардиши хуни канорӣ (периферӣ) дар наврасони дорои навъҳои гуногуни витилиго ва ихтилолҳои вегетативӣ мутолиа карда шуданд. Ошкор карда шуд, ки ихтилоли микроциркулятсия дар наврасони дорои ВС ба миқдори осебҳои сегментҳо ва давомнокии мавҷудияти лонаҳои депигментатсия иртибот дорад. Навъи спазматикии микроциркулятсия, ки нишондиҳандаи камшавии маҷрои хун дар маҷрои микроциркуляторӣ аз ҳисоби спазмаи рағҳои резистивӣ буда, дар 39 (39/48, 81,3%) навраси дорои шакли плюрисегментарии витилиго ба назар мерасад, яъне 1,3 маротиба бештар аз гурӯҳи наврасони гирифтори шакли бисегментарии ВС (31/43, 72,1%). Навъи нормоциркулятории микроциркулятсия, ки аз набудани аломатҳои ихтилолҳои гардиши хуни канорӣ дарак медиҳад, ҳангоми витилигои бисегментарӣ дида шуд ва 12 (12/43, 27,9%)-ро ташкил дод, яъне 1,5 маротиба бештар аз ҳангоми шакли плюрисегментарӣ (9/48, 18,8%) (расми 1.).



Расми 1. – Типҳои гемодинамика дар наврасони дорои витилигии сегментарӣ

Дар наврасони дорои ВФС, ҳам дар шакли акрофатсиалии ВФС ва ҳам дар шакли пахнѐфтаи ВФС, ННСМ дида шуд, ки мутаносибан ба 8 (8/54, 14,8%) ва 6 (6/35, 17,1%) ҳолат рост меомад. Бештар навъи нисбатан вазнин, рукудӣ - спазматикии гемодинамика ба мушоҳида расид, ки нишондиҳандаи суст шудан ва стаз дар хун дар маҷрои микросиркуляторӣ ба ҳисоб меравад (расми 2.).



Расми 2. – Навъҳои гемодинамика дар наврасони дорои витилигии ғайри сегменти

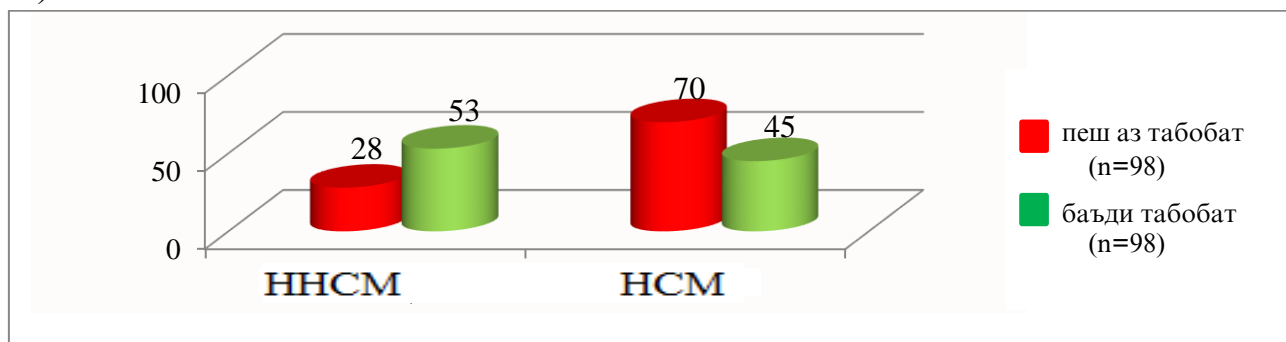
Ин навъи гемодинамика дар 46 (51,7%)-и наврасони дорои ВФС дида мешавад, аз ҷумла дар 27 (27/54, 50,0%)-и наврасони дорои шакли акрофатсиалии ВФС назар ба навъи гиперемии гемодинамика ин навъ 1,4

маротиба бештар дучор шуд, яъне навъи хуби гемодинамика 19 (19/54, 35,2%)-ро ташкил дод. Дар гурӯҳи наврасони дорои шакли пахнёфтаи ВФС низ бартари микдори ҳолатҳои ошкорсозии навъи рукудӣ-стазии микросиркулятсия бар навъи гиперемии микросиркулятсия, яъне 19 (19/35, 54,3%) дар муқобили 10 (10/35, 28,6%) ошкор карда шуд.

Таботати комплексӣ бо назардошти ҳолати гомеостази вегетативӣ дар 98 навраси дорои ВС ва 69 нафар навраси дорои ВФС гузаронида шуд. Бо ин мақсад усули электрофорези доругӣ бо усули Шербаков истифода гашт, ки бо назардошти навъи дистония (ҳангоми ваготония – бо сулфати магний) гузаронида шуд. Курси табобат аз 10–12 протседура иборат буд. Бо мақсади ислоҳ кардани баланси вегетативӣ ба дарун доруи Ноофен таъйин карда шуд, ки дорои таъсири вегетостабилизитсионии ноотропӣ мебошад ва барои истифода ҳангоми табобати наврасони дорои синдроми дистонияи вегетативӣ тавсия карда мешавад. Доруро бо 250 мг 3 маротиба дар як рӯз дар давоми 2 моҳ таъйин карданд.

Пас аз табобати гузаронидашуда дар наврасони дорои ВС тонуси аввалияи вегетативӣ барқарор шуд, ки инро то 1,7 маротиба кам шудани микдори наврасони дорои навъи симпатикотонии тонуси аввалияи вегетативӣ (48,0% дар муқобили 80,6%) ва бо навъи ваготоникӣ (11,2% дар муқобили 19,4%) нишон медиҳад. Барқарор шудани реактивияи вегетативӣ (РВ) пас аз гузаронидани табобати комплексӣ бо зиёд шудани ҳолатҳои нормотония то 2,8 маротиба (11,2% дар муқобили 31,6%), кам шудани микдори наврасони дорои асимпатикотония ва гиперсимпатикотония (мутаносибан 31,6% дар муқобили 40,8% ва 36,8% дар муқобили 48,0%) зоҳир гашт.

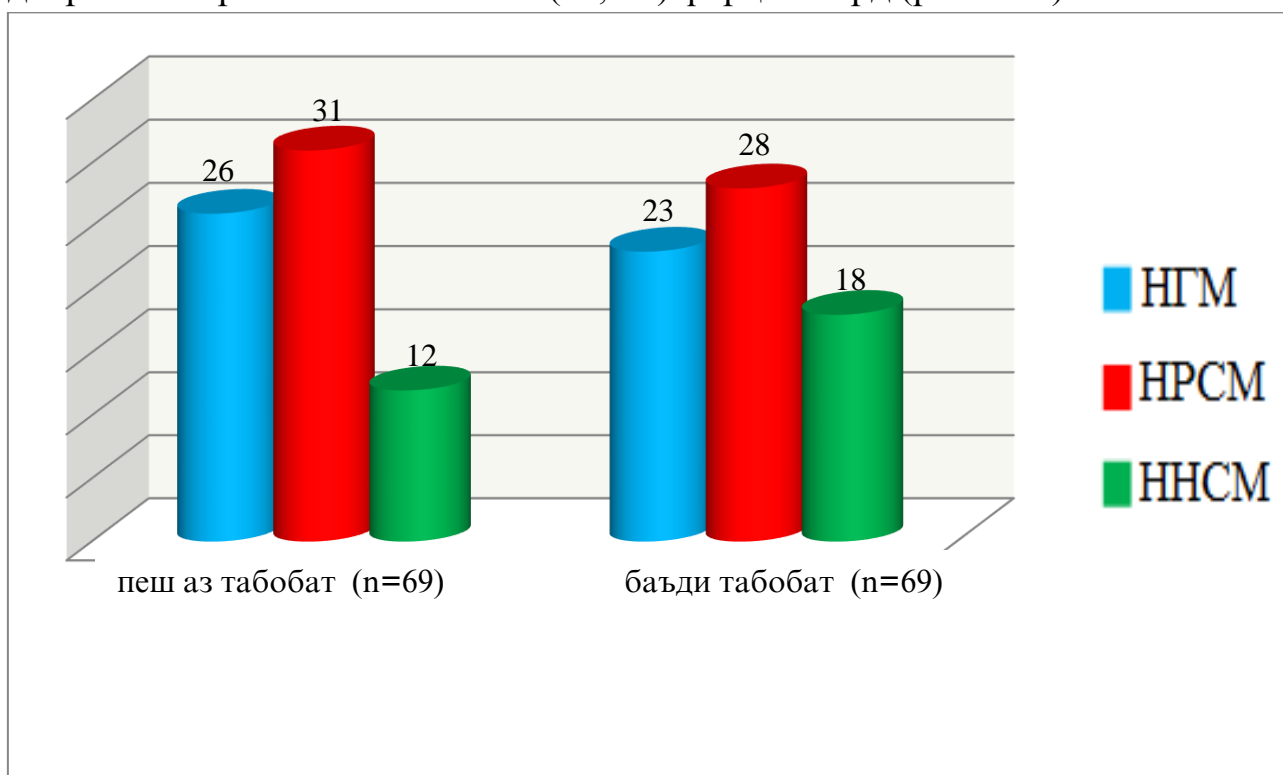
Бо усули лазеродопплерфлоуметрия (ЛДФ) муайян карда шуд, ки пас аз гузаронидани табобат микдори наврасони дорои ВС ва навъи спазматикии микросиркулятсия аз 70 (71,4%) ҳолати то табобат ошкоршуда 45 (45,9%)-и баъди табобат ба қайд гирифташуда, яъне 1,6 маротиба кам шудааст (расми 3.).



Расми 3. - Навъҳои гемодинамика дар наврасони дорои витилигони сегменти то ва пас аз табобат

Тавре ки дар расми 3., дида мешавад, табобати гузаронидашуда барои зиёд шудани миқдори наврасони дорои навъи гиперемии микросиркулятсия аз 28 (28,6%) беморони то 53 (54,1%) ҳолати пас аз табобат, яъне 1,9 маротиба мусоидат кардааст.

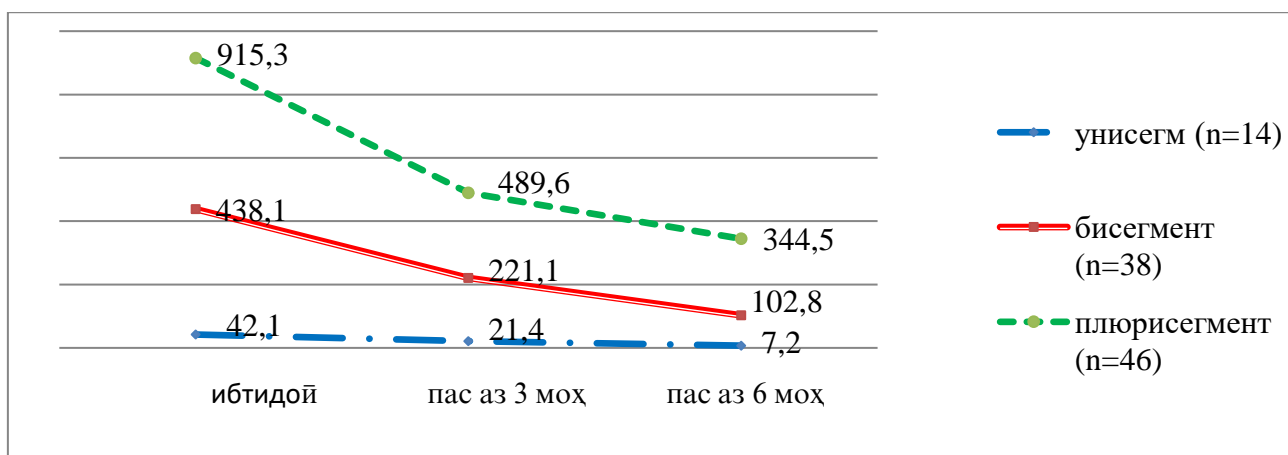
Дар наврасони дорои ВФС гурӯҳи асосӣ каме коҳиш ёфтани ҳолатҳои вазнини навъи руқудӣ-стазии микросиркулятсия аз 31 (44,9%) ҳолати то табобат ба қайд гирифташуда то 28 (40,6%) ҳолати пас аз табобат ошкор кардашуда ба назар мерасад. Пас аз табобати гузаронидашуда кам шудани ҳолатҳои нисбатан хуби навъи гиперемии микросиркулятсияи типии гемодинамика ба мушоҳида расид, ки пас аз анҷом додани табобат дар 23 (33,3%) наврасон ба қайд гирифта шуд, ин нишондод дар муқоиса аз давраи то саршавии табобат 26 (37,7%) фарқ мекард (расми 4.).



Расми 4. – Навъҳои гемодинамика дар наврасони дорои вителигии ғайри сигментари пеш ва баъд аз табобат

Яъне, табобати комплексӣ нишондиҳандаҳои гемодинамикаро дар наврасони гирифтори ВФС каме беҳтар кардааст.

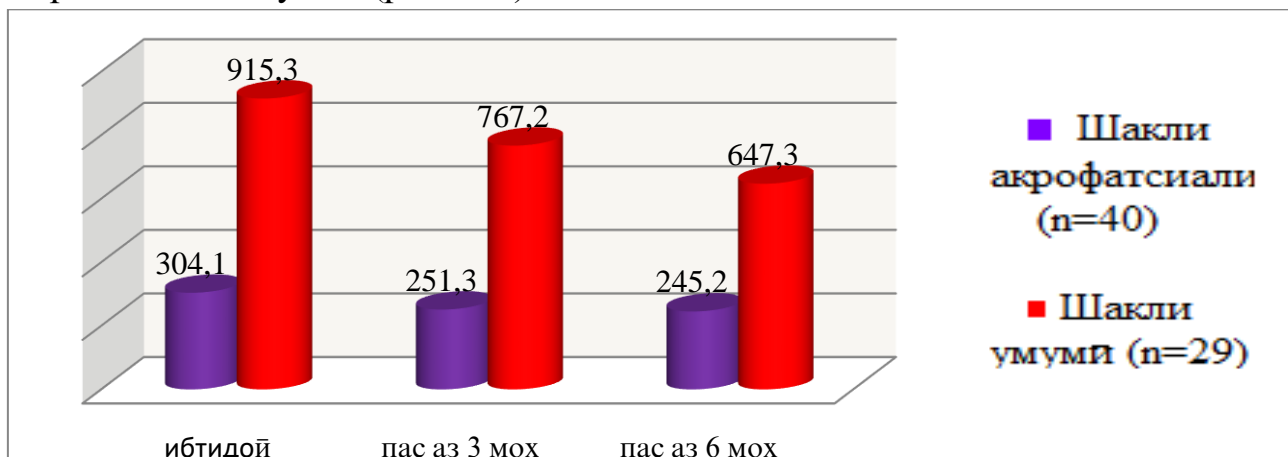
Дар гурӯҳи беморони дорои ВС шохиси VIMAN пас аз 3 моҳи гузаронидани табобат дар наврасони дорои ВФС $21,4 \pm 0,2$ баллро ташкил дод, ин нишондод дар наврасони дорои шакли бисегментарӣ ба $221,1 \pm 0,2$ балл баробар буд, дар наврасони дорои шакли плюрисегментарӣ $489,6 \pm 0,1$ балл буд, яъне дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои ибтидоӣ мутаносибан то 2,0 маротиба (мутаносибан $42,1 \pm 1,1$ $438,1 \pm 2,1$ ва $915,3 \pm 1,8$) кам шудааст (расми 5.).



Расми 5. - Динамикаи камшавии шохиси VIMAN дар наврасони дорои шаклҳои гуногуни витилигои сегментарӣ

Баъди 6 моҳи табобат шохиси VIMAN дар наврасони дорои шакли плюрисегментарии ВС 2,6 маротиба ($344,5 \pm 1,3$ дар муқобили $915,3 \pm 1,8$ балл), дар шакли бисегментарии ВС 4,2 маротиба ($102,8 \pm 1,1$ дар муқобили $438,1 \pm 2,1$ балл) ва 5,8 маротиба ҳангоми шакли унисегментарии ВС ($7,2 \pm 1,2$ дар муқобили $42,1 \pm 1,1$ балл) кам шудааст. Шохиси самаранокии табобат ҳангоми табобати шакли унисегментарии ВС 82,9%, ҳангоми бисегментарӣ-76,5%, ҳангоми плюрисегментарӣ-62,0%-ро ташкил дод. Дар натиҷаи табобати комплексӣ бо назардошти ҳолати вегетативии гомеостаз самаранокии клиникӣ бо репигментатсияи возеҳ дар 73,8%-и ҳолатҳо зоҳир шуд, чӣ қадар, ки сегментҳо бо доғҳои депигментӣ кам пӯшида шуда бошанд, ҳамон қадар дар равиши протсессии табобат таъсири хуб ба даст оварда шуд. Яъне, табобати комплексӣ новобаста аз миқдори дерматомҳои осебдида самаранок буд.

Шохиси VIMAN дар наврасони дорои ВФС ҳангоми шакли акрофатсиалии ВФС пас аз се моҳ $251,3 \pm 0,3$ балл ва ҳангоми шакли паҳнффта $767,2 \pm 0,2$ балл буд, яъне дар муқоиса аз нишондиҳандаи ибтидоии ин шохис мутаносибан 1,2 маротиба паст шудааст (расми 6.).



Расми 6. – Динамикаи паст шудани шохиси VIMAN дар наврасони дорои шаклҳои гуногуни витилигои ғайрисегментарӣ

Тавре ки дар расми 6. дида мешавад, баъди 6 моҳи гузаронидани табобат, шохиси VIMAN дар наврасони дорои шакли акрофатсиалии ВФС $245,2 \pm 0,2$ баллро ташкил дод, яъне аз ҳамин нишондиҳандаи баъди се моҳи табобат ($251,3 \pm 0,2$ балл) каме паст буд. Дар шакли паҳнҷафтаи ВФС баъди 6 моҳ шохиси VIMAN 1,4 маротиба паст шуд, яъне дар муқоиса аз нишондиҳандаи ибтидоӣ ($915,3 \pm 1,8$ балл) вай $647,3 \pm 0,1$ баллро ташкил дод. Ҳамин тавр, табобати комплекси гузаронидашуда ҳангоми табобати ВФС дар наврасон самарани дилхоҳро надод.

Баҳогузори муқоисавии табобати наврасони дорои ВС ва ВФС нишон дод, ки самарани бештарин дар наврасони дорои ВС ба мушоҳида расид (ҷадвали 1.).

Ҷадвали 1. – Баҳогузори муқоисавии табобати комплекси наврасони дорои витилигои сегментарӣ ва ғайрисегментарӣ

Самаранокӣ	Сегментарӣ (n=98)		Ғайрисегментарӣ (n=69)		p
	Мутл.	%	Мутл.	%	
Пурра (100%)	7	7,1	0	0	
Возеҳ (51-99%)	72	73,5	9	13,0	<0,001*
Муътадил (25-50%)	17	17,3	25	36,2	<0,01
Суст (камтар аз 25%)	2	2,0	28	40,6	<0,001**
Набудани самаранокӣ	0	0	7	10,1	

Тавре ки дар ҷадвали 1. дида мешавад, дар наврасони дорои ВС самаранокии возеҳ назар ба наврасони дорои ВФС 5,7 маротиба (мутаносибан 73,5% дар муқобили 13,0%) бештар аст. Натиҷаҳои табобати комплекси гузаронидашудаи наврасони дорои витилиго бо назардошти ислоҳ кардани гомеостази вегетативӣ ва ихтилоли гемодинамика нишон дод, ки дар наврасони дорои ВС самаранокии возеҳи ба мушоҳида расид, вай назар ба наврасони гирифтори ВФС 5,7 маротиба бештар (мутаносибан 73,5% дар муқобили 13,0%) бештар буд. Яъне, табобат бо назардошти гомеостзи вегетативӣ ҳангоми табобати наврасони дорои шакли сегментарии ВС бештар самаранок аст, инро ҳангоми интиҳоб кардани тактикаи табобат ба назар гирифтани муҳим мебошад.

Хулоса

Натиҷаҳои асосии илмии диссертатсия

1. Таҳлили таҳқиқоти гомеостази вегетативӣ дар наврасони гирифтори витилиго нишон дод, ки дар 79,0%-и ҳолатҳо витилиго дар заминаи ихтилолҳои вегетативӣ пайдо мешавад, дар шакли сегментарии витилиго дисбаланс дар 80,0%-и ҳолатҳо ва ҳангоми витилигои ғайрисегментарӣ дар 77,5%-и ҳолатҳо ба мушоҳид [1-А, 2-А, 5-А, 6-А, 8-А, 12-А].

2. Дар наврасони гирифтори витилиго дар 65,5%-и ҳолатҳо навъҳои патологӣ гемодинамика ошкор карда шуд, ки онҳо дар шакли сегментарии витилиго назар ба шакли ғайрисегментарӣ 1,8 маротиба зиёдтар (76,5% дар муқобили 51,7%) дучор мешаванд [3-А, 4-А, 9-А].

3. Дар табобти комплекси наврасони гирифтори витилиго ба ҳисоб гирифтани ҳолати гомеостази вегетативӣ ва гузаронидани табобати комплексӣ бо истифода аз электрофорези доругии минтақаи гардану паси гардан бо назардошти навъи дистония ва истеъмоли доруҳои вегетостабилизаторӣ зарур аст [4-А, 7-А, 9-А, 10-А, 11-А, 13-А, 14-А].

4. Баъди 6 моҳи табобат самаранокии табобати комплексӣ бо назардошти ҳолати гомеостази вегетативӣ ҳангоми табобати наврасони гирифтори ВС назар ба ВФС 5,7 маротиба (73,5% дар муқобили 13,0%) бештар буд [7-А, 9-А, 10-А, 11-А, 13-А, 14-А].

Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳо

1. Ҳангоми табобати наврасони гирифтори витилиго мавҷудияти иллатёбҳои гемодинамикаро ба назар гирифтани ва ба табобати комплексӣ доруҳои танзимкунандаи фаолияти системаи вегетативии асаб ва электрофорези ноҳияи гардану гиребон бо дар назардошти шакли дистония (ҳангоми ваготония электрофорез бо хлориди калсий ва ҳангоми симпатикотония бо сульфати магнийро) илова намудан лозим аст.

2. Натиҷаҳои маълумотҳои ба дастоварда нишон медиҳанд, ки дар наврасони гирифтори витилигои сегментарӣ тонуси симпатикотоникӣ ва дар наврасони гирифтори витилигои ғайрисегментарӣ тонуси ваготоникӣ бартарӣ доранд.

3. Ихтилоли гомеостази вегетативӣ ва ҳолати микросиркулятсия метавонад, ки бидуни шикоятҳои наврасони гирифтори витилиго чараён гиранд, аммо онҳо дар чараёни клиникӣ витилиго, устуворӣ ба табобати анъанавӣ ва авҷгириҳои беморӣ инъикос меёбанд.

4. Ҳангоми табобати наврасони гирифтори витилиго ба мавҷуд набудани ихтилолҳои гомеостази вегетативӣ ва гемодинамика нигоҳ накарда, таъйин намудани доруҳои вегетостабилизаторӣ зарур мебошад.

5. Маводҳои рисолаи мазкурро метавон ҳангоми омода намудани табибон-интернҳо, ординаторони клиникӣ ва магистрҳо истифода намуд.

Феҳристи интишороти довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ

мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

- 1-М.** Рахимов У.С. Нейровегетативные нарушения в патогенезе витилиго/ У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева //Вестник Авиценны.- 2017.- №4 – С.550-555
- 2-М.** Рахимов У.С. Типы вегетативной нервной системы у больных витилиго /У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева //Вестник последипломного образования РФ, Москва. - 2018.-3.- С.71-72
- 3-М.** Рахимов У.С. Особенности состояния гемодинамики у больных витилиго. /У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева //Вестник последипломного образования РФ, Москва. - 2018.-3.- С.72-73
- 4-М.** Рахимов У.С. Состояние гемодинамики у подростков с разными формами витилиго /У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева //Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. - 2019.- 2.- С.42-47.
- Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда**
- 5-М.** Мухамадиева К.М. Проявления вегетативных дисфункций у больных витилиго /К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева, У.С. Рахимов// Материалы 65 годичной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире», ноябрь, 2017.- С.102-104
- 6-М.** Мухамадиева К.М. Психоэмоциональное состояние больных витилиго /К.М. Мухамадиева, У.С. Рахимов//. Материалы 65 годичной конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире», ноябрь, 2017.- С. 102-104
- 7-М.** Мухамадиева К.М. Сифати ҳаёти гирифторони бемории барас /К.М. Мухамадиева, У.С. Рахимов//. Авҷи Зухал, 2017., №3- с.16-18.
- 8-М.** Рахимов У.С. Совершенствование терапии витилиго с учетом состояния вегетативной нервной системы /У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, М.С. Валиева, С.С. Исматуллоева // Материалы 66-й научно-практ конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Роль и место инновационных технологий в современной медицине» Душанбе, ноябрь, 2017- стр 503-504.
- 9-М.** Рахимов У.С. Нишондиҳандаҳои гомеостази вегетативӣ дар наврасони аз бемории витилиго азияткашанда/ М. Авҷи Зухал. - 2018, №4 (33).- с. 27-32.

10-М. Рахимов У.С. Вегетативный статус у подростков, страдающих витилиго /У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, Х.Д. Усмонова, С.С. Исматуллоева // Вестник медицинского комплекса Истиклол. - 2019.-1.-С54-57.

11-М. Рахимов У.С. Эффективность терапии витилиго у подростков с вегетативным дисбалансом /У.С. Рахимов, Н.М. Хидирова, У.С. Шакирова //Материалы XIII научно-практической конференции молодых ученых ТГМУ им. Абуали ибни Сино, апрель 2019, с.82.

12-М. Рахимов У.С. Вегетативные нарушения у детей с разными формами витилиго /У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева, Х.Д.Усмонова //Сборник трудов XXXVI научно-практической конференции «Рахмановские чтения» Москва. - 2019.- С.74-75

13-М. Лечение витилиго у подростков с вегетативным дисбалансом /У.С. Рахимов, К.М. Мухамадиева, С.С. Исматуллоева // Дерматовенерология и Эстетическая медицина, Ташкент. - 2019.-3. - С.138.

14-М. Метод физиотерапии в комплексном лечении витилиго у подростков с вегетативными нарушениями /Рахимов У.С., Мухамадиева К.М., Исматуллоева С.С. Рационализаторское предложение, удостоверение №3575/R726 от 16.12.2019г.

Фехристи ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

ВС	витилигои сегментарӣ
ВҒС	витилигои ғайри сегментари
ЗМХК	захираи маҷрои хуни капиллярӣ
КИГ	кардиоинтервалография
ЛДФ	лазердоплерфлоуметрия
НГМ	навъи гиперемии микросиркулятсия
НМ	нишондиҳандаи микросиркулятсия
ННСМ	навъи нормосиркулятории микросиркулятсия
НРСМ	навъи рукудӣ - стазии микросиркулятсия
НСМ	навъи спазматикии микросиркулятсия
РВ	реактивияти вегетативӣ
ТВ	таъминоти вегетативӣ
ТИВ	тонуси ибтидоии вегетативӣ

АННОТАЦИЯ
РАХИМОВ УМЕД САЙМУРТАЗОВИЧ
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ И ТЕРАПИИ
ВИТИЛИГО У ПОДРОСТКОВ С ВЕГЕТАТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Ключевые слова: сегментарное витилиго, несегментарное витилиго, исходный вегетативный тонус, вегетативная реактивность, вегетативное обеспечение, типы микроциркуляции

Цель работы: усовершенствовать терапию витилиго у подростков с учетом выявленных вегетативных нарушений.

Методы исследования, использованная аппаратура: методы оценки кожного статуса (оценка дермографизма и пилоmotorного рефлекса для определения кожно – вегетативных реакций), подсчет индекса VIMAN для определения степени тяжести витилиго;), кардиоинтервалография, лазердоплерфлоуметрия.

Полученные результаты и их новизна. У подростков, страдающих витилиго, в 79,0% случаев наблюдаются вегетативные нарушения, которые при сегментарной форме витилиго встречаются в 80,0% случаев, а при несегментарном – в 77,5%.

Впервые выявлено, что у подростков с витилиго в 65,5% случаев выявлены патологические типы микроциркуляции, которые при сегментарной форме встречаются в 1,8 раз чаще, чем при несегментарном (76,5% против 51,7%).

Впервые установлено, что в комплексном лечении подростков, страдающих витилиго необходимо учитывать состояние вегетативного гомеостаза и проводить комплексную терапию с применением лекарственного электрофореза шейно-воротниковой зоны с учетом типа дистонии и приема вегетостабилизирующих препаратов.

Впервые доказано, что эффективность комплексной терапии с учетом состояния вегетативного гомеостаза в 5,7 раз выше при лечении подростков с сегментарным витилиго, чем при несегментарном.

Рекомендации по использованию Предложен эффективный метод лечения подростков с сегментарным витилиго с учетом коррекции вегетативного гомеостаза и нарушений гемодинамики, который необходимо ввести в протоколы лечения витилиго

Область применения: дерматовенерология, педиатрия.

**АННОТАТСИЯИ
РАҲИМОВ УМЕД САЙМУРТАЗОЕВИЧ
ХУСУСИЯТҲОИ ҶАРАЁНИ КЛИНИКӢ ВА ТАБОБАТИ ВИТИЛИГО ДАР
НАВРАСОНИ ГИРИТФОРИ ИХТИЛОЛҲОИ ВЕГЕТАТИВӢ**

Калидвожаҳо: витилигои сегментарӣ, витилигои ғайрисегментарӣ, тонуси ибтидоии вегетативӣ, реактивияти вегетативӣ, таъминоти вегетативӣ, навъҳои микросиркулятсия.

Мақсади таҳқиқот: такмил додани табобати витилиго дар наврасон бо назардошти ихтилолҳои ошкоршудаи вегетативӣ.

Усулҳои таҳқиқот, истифодаи таҷҳизот: усулҳои баҳодиҳии статуси пӯст (баҳодиҳии дермографизм ва рефлексии пилomotorӣ барои муайян кардани аксулмалҳои пӯстӣ-вегетативӣ) ва ҳисоб кардани шохиси VIMAN барои муайян кардани дараҷаи вазнинии витилиго: усулҳои инструмен-талиии таҳқиқот (кардиоинтервалография, лазердоплерфлуометрия).

Натиҷаҳои бадастомада ва навгонии илмӣ. Муайян карда шуд, ки ихтилолҳои вегетативӣ дар 79,0 %-и наврасони гирифтори витилиго ба мушоҳида мерасад. Муқаррар карда шуд, ки витилиго ҳангоми шакли сегментарӣ дар 80%-и ҳолатҳо ва ҳангоми шаклҳои ғайрисегментарӣ дар 77,5%-и ҳолатҳо дида мешавад.

Бори нахуст муайян карда шуд, ки дар наврасони бемори гирифтори витилиго, дар 65,5%-и ҳолатҳо навъҳои патологӣ микросиркулятсия ошкор карда шудааст, ки онҳо ҳангоми шакли сегментарии витилиго назар ба витилигои ғайрисегментарӣ 1,8 маротиба бештар (76,5% дар муқобили 51,7%) мебошанд.

Бори нахуст муқаррар карда шуд, ки дар табобти комплекси наврасони гирифтори витилиго ба ҳисоб гирифтани ҳолати гомеостази вегетативӣ ва гузаронидани табобати комплексӣ бо истифода аз электрофорези доругии минтақаи гардану паси гардан бо назардошти навъи дистония ва истеъмоли доруҳои вегетостабилизатсионӣ зарур аст.

Бори нахуст исбот карда шуд, ки самаранокии табобати комплексӣ бо назардошти ҳолати гомеостази вегетативӣ ҳангоми табобати наврасони гирифтори ВС назар ба ВС 5,7 маротиба бештар аст.

Тавсияҳо оид ба истифода. Усули самаранокии табобати наврасони гирифтори ВС назар бо назардошти ислоҳи гомеостази вегетативӣ ва ихтилоли гемодинамика пешниҳод карда шуд, ки онро ба протоколи табобати витилиго ворид сохтан зарур мебошад.

Соҳаи истифодабарӣ: дерматовенерология, педиатрия.

ANNOTATION**RAKHIMOV UMED SAYMURTAZOEVICH
FEATURES OF THE CLINICAL COURSE AND THERAPY OF
VITILIGO IN ADOLESCENTS WITH AUTONOMIC DISORDERS**

Key words: segmental vitiligo, non-segmental vitiligo, initial autonomic tone, autonomic reactivity, autonomic provision, types of microcirculation

Purpose of the work: to improve the therapy of vitiligo in adolescents, taking into account the identified autonomic disorders.

Research methods, equipment used: methods for assessing skin status (assessment of dermographism and pilomotor reflex to determine skin-vegetative reactions), calculation of the VIMAN index to determine the severity of vitiligo), cardiointervalography, laser doppler flowmetry.

The results obtained and their novelty. In adolescents suffering from vitiligo, in 79,0% of cases, vegetative disorders are observed, which in the segmental form of vitiligo occur in 80,0% of cases, and in the non-segmental form - in 77,5%.

For the first time, it was revealed that in adolescents with vitiligo in 65,5% of cases, pathological types of microcirculation were revealed, which in the segmental form occur 1,8 times more often than in the non-segmental form (76,5% versus 51,7%).

It was established for the first time that in the complex treatment of adolescents suffering from vitiligo, it is necessary to take into account the state of autonomic homeostasis and carry out complex therapy using medicinal electrophoresis of the cervical collar zone, taking into account the type of dystonia and the use of vegetative stabilizing drugs.

For the first time it has been proved that the effectiveness of complex therapy, taking into account the state of vegetative homeostasis, is 5,7 times higher in the treatment of adolescents with segmental vitiligo than in non-segmental vitiligo.

Recommendations for use: An effective method of treatment of adolescents with segmental vitiligo is proposed, taking into account the correction of autonomic homeostasis and hemodynamic disorders, which must be included in the treatment protocols for vitiligo

Applications: dermatovenerology, pediatric.