

**ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
ИМ. АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

**УДК 616.992.282**

**НА ПРАВАХ РУКОПИСИ**

**АБДУЛЛОЕВА МУХАББАТ АХМАДАЛИЕВНА**

**РАЗНОЦВЕТНЫЙ ЛИШАЙ  
В УСЛОВИЯХ ЖАРКОГО КЛИМАТА (ПАТОГЕНЕЗ,  
ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ, ТЕРАПИЯ И  
ПРОФИЛАКТИКА)**

**АВТОРЕФЕРАТ**

**ДИССЕРТАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА  
МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 14.01.10 – КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

**ДУШАНБЕ 2019**

Работа выполнена на кафедре дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино.

**Научный руководитель: Зоиров Подабон Тошматович**

Член-корр. АН РТ, доктор медицинских наук,  
профессор кафедры дерматовенерологии  
Таджикского государственного медицинского  
университета им. Абуали ибни Сино

**Официальные оппоненты: Рахматов Акрам Баратович**

доктор медицинских наук, профессор,  
руководитель научного медико-генетического  
отдела Республиканского специализированного  
научно-практического медицинского центра  
дерматовенерологии и косметологии  
Министерства здравоохранения  
Республики Узбекистан

**Салимов Бахром Махкамбаевич**

кандидат медицинских наук,  
ассистент кафедры дерматовенерологии  
с курсом косметологии Института после-  
дипломного образования в сфере здраво-  
охранения

**Оппонирующая**

**организация:**

ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный  
медицинский университет» Минздрава России

Защита диссертации состоится «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г. в «\_\_\_\_\_» часов на заседании диссертационного совета 6D.KOA-048 при ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Адрес: 734003, Г. Душанбе, проспект Рудаки, 139, tajmedun@tj, +992918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 г.

**Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
к.м.н.**

**Ниязова Н.Ф.**

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность проблемы.** По данным Всемирной организации здравоохранения, микотическими инфекциями страдают около 20-30% населения мира. Мировая литература гласит, что в человеческой популяции грибами поражен каждый четвертый житель планеты (Богданова Т.В., 2011; Таха Т.В., 2012; Хамидов Ф.Ш., 2016; Framil V.M.S., 2010; Nenoff P., 2015). На долю микозов приходится от 37 до 42% от всех болезней кожи и ногтей. Разноцветный (отрубевидный) лишай относится к микотическим инфекциям кожи и характеризуется повсеместным распространением, хроническим рецидивирующим течением (Адаскевич В.П., 2006; Иванова Ю.А., 2011; Яцюк А.С., 2016; Hu S.W., 2010; Pedrosa A.F., 2014; Gobbato A.A., 2015). Согласно данным Н.В. Фриго и соавт. (2005) разноцветный лишай поражает до 10% населения, что обусловлено широким (90%) носительством *Malassezia*. Частота заболеваемости в умеренном климате составляет 4-6%, в тропическом и субтропическом – 50% (Скурихина М.Е. [и др.], 2003; Рахматов А.Б., 2006; Пестерев П.Н., 2009; Mydlarski A., 2008; Levy J.M., 2016). В последние годы в силу ряда объективных причин, таких как повышение вирулентности возбудителей, формирование устойчивых грибково-бактериальных ассоциаций, учащение фоновой патологии в связи с неблагоприятной эпидемической обстановкой и социально-экономической депрессией, число больных разноцветным лишаем увеличилось.

До настоящего времени остаются актуальными вопросы этиологии, патогенеза и адекватной терапии больных этим кератомикозом (Гаджигороева А.Г., 2008; Miranda K.G., 2006; Petry V. [et all.], 2011; Park H.J. [et all.], 2012; Ibekwe P.V., 2015). Несмотря на то, что возбудитель заболевания – *Malassezia furfur* был открыт более ста лет назад (Robin C., 1853), биология возбудителя изучена недостаточно (Новосёлов А.Ю., 2001). Изучение патогенеза при разноцветном лишае является первостепенной необходимостью для эффективного лечения и профилактики заболевания. В

зарубежной литературе имеются немногочисленные работы, согласно которым большое значение в возникновении заболевания придается предрасполагающим факторам (Махсудов М.Р., 2013; Полищук Д.С., 2014; Tamarro A. [et all.], 2014; Abd Elmegeed A.S., 2015;). Заслуживает внимания дальнейшее изучение влияния экзо- и эндогенных предрасполагающих факторов на развитие данного кератомикоза.

В публикациях последних лет все чаще стали описывать атипичные, стертые, генерализованные формы с нетипичной локализацией отрубевидного лишая, что свидетельствует о необходимости изучения клинических проявлений при данном заболевании. Представляет также интерес вариабельность морфологических элементов при разноцветном лишае, что затрудняет своевременную диагностику микоза (Нечаева О.С., 2009; Пиотровская И.В., 2010; Mydlarski A., 2008; Shi T.V., 2015).

При лечении данной грибковой инфекции широко применяются наружные антимикотические и отшелушивающие средства, однако они эффективны при ограниченных формах микоза, но при распространенных, атипичных формах часто возникают рецидивы заболевания.

Глубоких исследований по проблеме разноцветного лишая в условиях жаркого климата Таджикистана не проводилось.

Частые рецидивы, отсутствие высокоэффективных методов и средств лечения, мер профилактики, тенденция к дальнейшему росту, отсутствие фундаментальных исследований в нашей республике, являются основанием для дальнейшего изучения данной нозологии.

## **ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ**

**Цель:** изучение патогенеза, особенностей клиники, терапия и профилактика отрубевидного лишая в условиях жаркого климата.

### **Задачи исследования:**

1. Изучить клинические особенности течения отрубевидного лишая у различных возрастных групп в условиях жаркого климата.

2. Оценить рН, потоотделение, аутофлору и бактерицидные свойства кожи у больных разноцветным лишаем в условиях жаркого климата.

3. Сравнить эффективность современных антимикотиков в лечении разноцветного лишая.

4. Разработать комплекс мер по профилактике последующих рецидивов заболевания.

### **Научная новизна исследований.**

1. Впервые выявлены особенности клиники и течения разноцветного лишая в условиях жаркого климата Республики Таджикистан.

2. Впервые у жителей жаркого климата Республики Таджикистан изучены некоторые стороны патогенеза разноцветного лишая: рН, потоотделение, аутофлора и бактерицидные свойства кожи.

3. Показана высокая эффективность современного системного антимикотика итраспора при лечении распространенной формы и 1% тербинафин спрея при ограниченной форме разноцветного лишая.

4. Разработана методика профилактики рецидивов отрубевидного лишая шампунью «Дермазол».

### **Связь работы с научными программами, темами**

#### **Основные положения, выносимые на защиту:**

1. У жителей жаркого климата разноцветный лишай характеризуется распространенностью процесса с типичной локализацией очагов поражения (80,9%), клиническим полиморфизмом (эритематозно-сквамозная, инвертная, фолликулярная, витилигинозная, эритразмоидная, лихеноидная, цирцинатная, пруригинозная и стертая). Превалирует среди клинических форм эритематозно-сквамозная (73,7%).

2. У жителей жаркого климата, страдающих разноцветным (отрубевидным) лишаем, отмечается прямая связь между

повышенным потоотделением, сдвигом рН кожи в щелочную сторону и низкими показателями индекса бактерицидности (ИБ).

3. Применение современного системного антимикотика итраспора при распространенных и 1% спрей-пены тербинафина при ограниченных формах разноцветного лишая повышает эффективность лечения.
4. Использование шампуня «Дермазол» в профилактических целях способствует уменьшению рецидивов заболевания.

**Апробация работы.** Основные результаты исследований доложены и обсуждены на научно-практических конференциях ТГМУ им. Абуали ибни Сино (2007-2017): 55-ой научно-практической конференции на тему «Актуальные вопросы семейной медицины», совместной Республиканской научно-практической конференции «Перспективы развития фундаментальных медицинских наук в Таджикистане и 56-й научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино «Перспективы развития семейной медицины в Таджикистане», 57-ой годичной научно-практической конференции с международным участием, посвященной 70-летию образования ТГМУ им. Абуали ибни Сино, 59-ой научно-практической конференции, посвященной «20-летию Государственной Независимости Республики Таджикистан», 63-й научно-практической конференции «Вклад медицинской науки в оздоровлении семьи», 64-й научно-практической конференции «Проблемы теории и практики современной медицины, 65-й научно-практической конференции, на V съезде дерматологов Республики Узбекистан (2008), на заседаниях Ассоциации врачей дерматовенерологов Республики Таджикистан «Зухра» (2009-2010), XIX Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (2012); XXV-XXVI международных заочных научно-практических конференциях (2014), круглом столе «Достижения, перспективы и актуальные проблемы дерматовенерологии» (2016); международной научно-практической конференции «Здоровье населения:

профилактика заболеваний и инвалидность в РТ», заседании экспертной проблемной комиссии по терапевтическим дисциплинам ТГМУ им. Абуали ибни Сино (Душанбе, 18 апреля, 2018г.), протокол №8.

Материалы диссертации внедрены в учебный процесс на кафедрах дерматологии и венерологии Таджикского Государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино (ТГМУ) и Таджикского института постдипломной подготовки медицинских кадров (ТИППМК), в практику врачей Республиканского клинического центра кожных и венерических болезней, Городского кожно-венерологического диспансера и кожное отделение Городской клинической больницы №1 г. Душанбе.

**Опубликование результатов диссертации.** По теме диссертации опубликовано 22 публикаций, в том числе 3 в рецензируемых журналах, рекомендуемых ВАК РФ.

**Личный вклад соискателя учёной степени.** Личный вклад автора состоит в обосновании и формулировке цели и задач исследования, организации работы, сбора первичного материала и его статистической обработки. Автором самостоятельно проанализированы полученные результаты исследования, обобщены в виде заключения и опубликованы в научных статьях и тезисах.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 117 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы с изложением материала и методов исследований, результатов собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы. Работа иллюстрирована 15 таблицами, 7 рисунками и 18 фотографиями. Список публикаций соискателя ученой степени кандидата наук. Список литературы состоит из 216 источников, из них 109 – стран СНГ, 107 – дальнего зарубежья.



## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### **Материал и методы исследования.**

Исследование проведено на кафедре дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино. Для обследования больных нами применялись следующие методы исследования: наряду с общепринятыми клинико-лабораторными исследованиями (общий анализ крови, мочи, кал на яйца глист и простейшие, RW) и консультаций с терапевтом, эндокринологом, инфекционистом, проводились люминесцентные, микроскопические исследования, определена аутофлора и бактерицидные свойства кожи, pH и потоотделение у больных разноцветным лишаем.

Всех больных обследовали с использованием лампы Вуда. Осматривали не только видимые очаги поражения, но и весь кожный покров для выявления авизуальных, атипичных форм заболевания. При наличии *M. furfur* в очагах поражения появлялось характерное желтое свечение. Также с помощью лампы Вуда обследовали родственников больных разноцветным лишаем.

Для микроскопического исследования чешуйки кожи обрабатывали 20% раствором калия гидроксида. Обработанный препарат микроскопировали через 30-40 минут. *Malassezia furfur* был обнаружен в патологическом материале у всех больных.

Определение аутофлоры кожи проводилось по методу У.К. Нобл (1946.). Бактерицидная активность кожи определяли методом контактных пластинок по И.И. Клемпарской (1966). С этой целью на внутреннюю поверхность предплечья ватным тампоном наносили взвесь кишечной палочки, содержащей 1:800 бактерий в 1мл, после чего к этому участку прикладывали предметное стекло с желточно-солевым агаром. Повторный отпечаток брали через 10-15 минут с момента нанесения взвеси кишечной палочки. Отпечатки помещали в термостат на 18-24 часа, после чего проводили учет выросших колоний и процент погибших клеток. Индекс бактерицидности (ИБ) определяли по специальной формуле. В норме индекс бактерицидности кожи равен 80-100%.

Для определения pH кожи у больных разноцветным лишаем был использован колориметрический метод. Использовали универсальную pH-индикаторную бумагу «Рифан», полоску которой прикладывали к влажной коже и изменившийся цвет её сравнивали со стандартами.

Для качественной оценки интенсивности потоотделения у больных разноцветным лишаем был использован индикатор интенсивности потоотделения ИИП-01.

Подсчет площади поражения проводился по методу «девяток» и «ладоней».

Статистический анализ проводился на ПК с использованием прикладного пакета «Statistica 6.0» (StatSoftInc., США). Вычислялись средние значения показателей и их ошибка ( $M \pm m$ ). Дисперсионный анализ для независимых пар выборок проводился с использованием U-критерия Манна-Уитни, а для зависимых пар выборок – по T-критерию Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ**

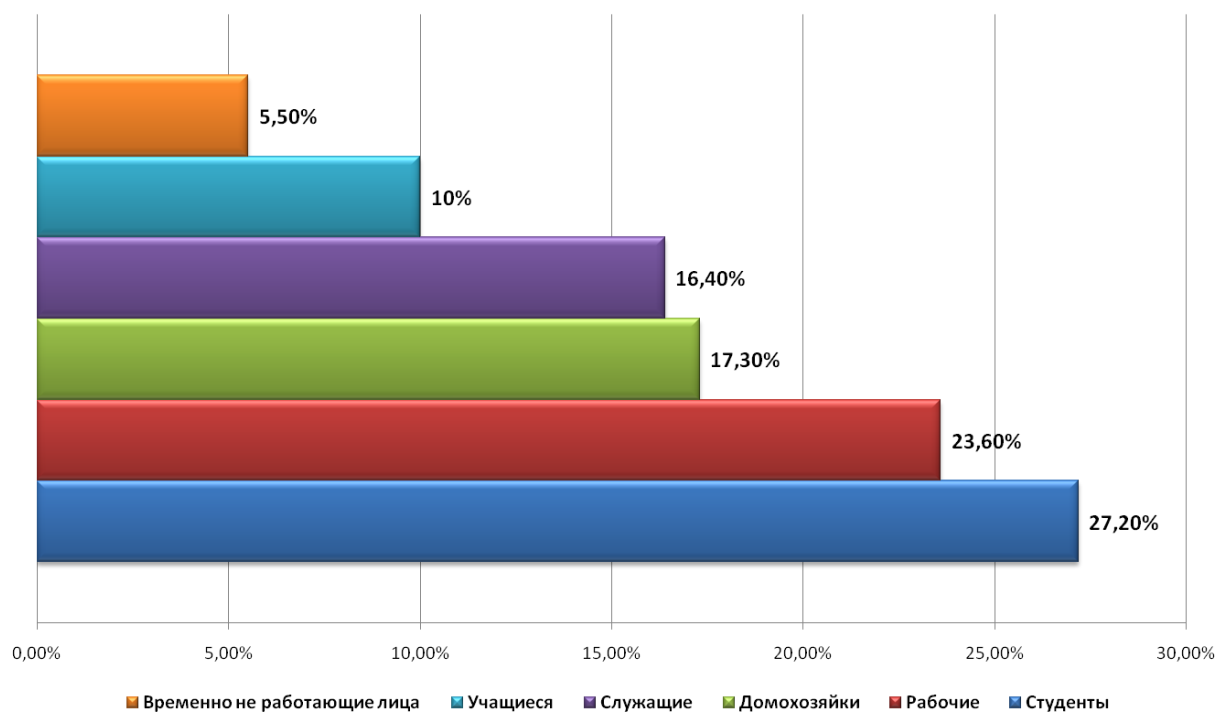
Были исследованы 110 больных разноцветным лишаем в возрасте от 9 до 55 лет. Средний возраст составил  $25,9 \pm 0,9$ , мужчин было 70 (63,6%), женщин – 40 (36,4%). Городские жители составили 46,4%, сельские – 53,6%.

Высокий уровень заболеваемости был отмечен в следующих возрастных категориях: 17-25 (41,8%) и 26-35 (39,1%) лет. Наибольшее количество случаев болезни приходилось на возраст от 17 до 35 (80,9%), что связано с максимальной андрогенной стимуляцией сальных желез в этом возрасте. Дети в возрасте до 16 и взрослые старше 50 лет, реже страдали разноцветным лишаем (рисунок 1).



**Рисунок 1. - Возрастной состав больных разноцветным лишаем**

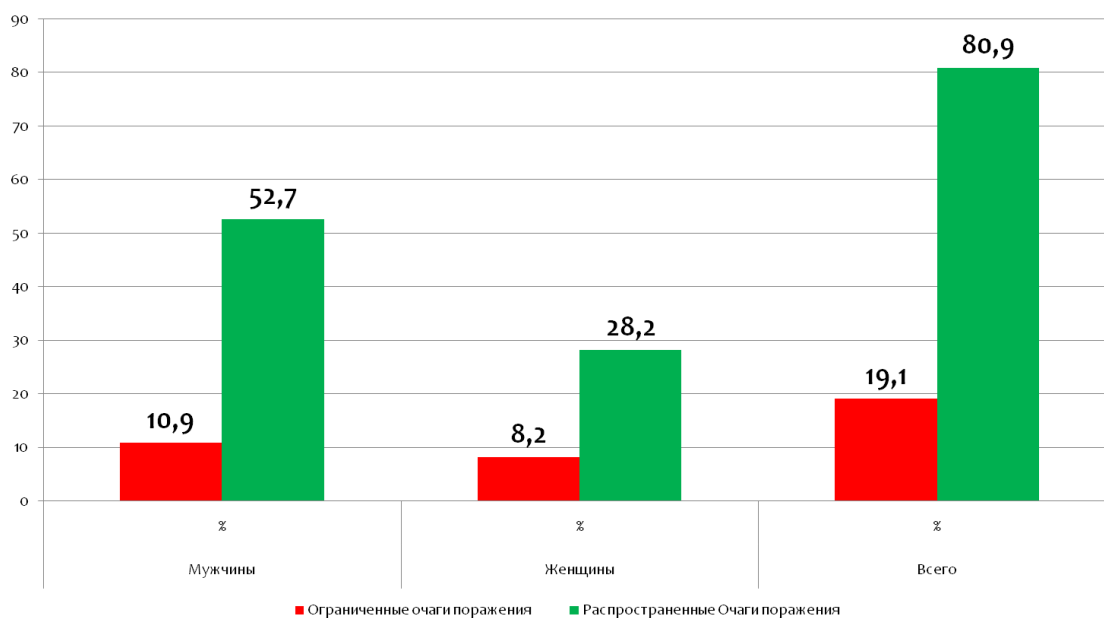
По социальному положению контингент больных состоял из служащих, рабочих, студентов и учащихся, домохозяек и временно не работающих лиц. Среди заболевших преобладали студенты (27,2%) и рабочие (23,6%), реже болели школьники (10%) и временно не работающие лица (5,5%) (рисунок 2).



**Рисунок 2. - Контингент больных разноцветным лишаем**

Наибольшее количество больных оказалось среди лиц со средним образованием (46,4%), что связано с их малой информированностью. Давность заболевания колебалась от 2-х недель до 22-х лет. 48,7% пациентов имели длительность заболевания от 1 года до 5 лет, меньше всего зарегистрированы (0,9%) – с давностью заболевания свыше 20 лет.

Сезонность заболевания с ухудшением состояния в весеннее и летнее время года отмечали 96% больных. Больные с распространенной формой поражения составляли 80,9% (89 чел.), с ограниченной – 19,1% (21 чел.). У 87 (79,1%) пациентов микоз имел типичную локализацию, у 23 (20,9%) – атипичную, локализуясь на лице, ушных раковинах, в подмышечных впадинах, в пахово-бедренных складках, в складках под молочными железами, в подколенных ямках, ягодицах, внутренней поверхности бедер, тыле кистей и стоп. Больные с распространенной формой поражения составляли 80,9%, с ограниченной – 19,1% (рисунок 3).



**Рисунок 3. – Распределение больных по распространенности очагов поражения**

В литературе чаще встречаются следующие клинические формы разноцветного лишая: эритематозно-сквамозная, фолликулярная, инвертная. Нами в большинстве случаев была зарегистрирована эритематозно-сквамозная форма (73,7%). Также были диагностированы инвертная форма - у 12 (10,9%), эритразмоидная – у 4 (3,6%), фолликулярная – у 4 (3,6%), витилигинозная – у 3 (2,8%), уртикарноподобная - у 2 (1,8%), стертая – у 2 (1,8%), лихеноидная – у одного (0,9%), цирцинатная – у одного (0,9%) больного.

Нами были выявлены следующие особенности клиники и течения разноцветного лишая в условиях жаркого климата:

1. Мужчины болеют чаще (63,6%) по сравнению с женщинами (36,4%).
  2. Сельские больные преобладают (53,6%) над городскими (46,4%).
- Высокий процент (80,9%) заболеваемости отмечается в возрасте 17-35 лет.

3. Чаще регистрируется распространенный вариант течения с типичной локализацией очагов поражения (80,9%) по сравнению с ограниченным (19,1%).

4. Среди клинических форм преобладает эритематозно-сквамозная

форма (73,7%), гиперпигментная превалирует над гипопигментной.

5. Наряду с типичными клиническими формами (88,2%) встречаются и редковстречающиеся атипичные формы заболевания (11,8%), такие как витилигинозная, эритразмоидная, уртикароподобная, лихеноидная, цирцинатная и стертая.

6. У 20,9% больных отмечается атипичная локализация патологического процесса на коже лица, подмышечных впадин, складок под молочными железами, паховобедренных складок, ягодиц, гениталий, подколенных ямок.

В патогенезе разноцветного лишая большое значение придается наличию предрасполагающих факторов. Данные полученные нами при обследовании больных спомощью ЭГДС, УЗИ – диагностики и лабораторных исследований следующие: инвазия глистами и простейшими (46%), заболевания желудочно-кишечного тракта (31,7%), эндокринопатии (6,3%), беременность (4,8%), железодефицитная анемия (3,2%).

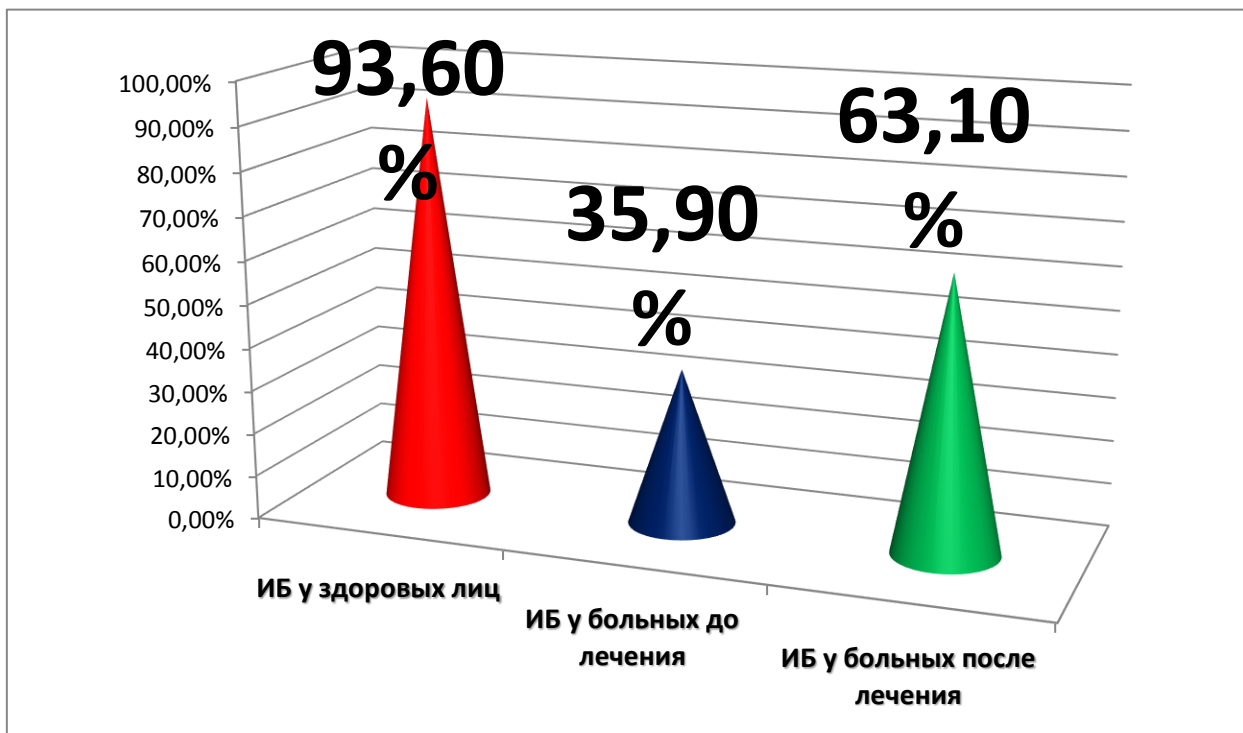
Нами была изучена аутофлора и бактерицидные свойства кожи у здоровых лиц, больных разноцветным лишаем до и после проведения противогрибковой терапии. В результате изучения аутофлоры кожи у 30 здоровых лиц, выявлен следующий микробный пейзаж: *S. epidermidis* – 43,4%, микрококки – у 33,3% и в меньшей степени *S. saprothiticus* – у 13,3%, *Sarcina* – 10,0%.

Результаты исследования аутофлоры кожи больных разноцветным лишаем до лечения отличались от показателей здоровых лиц. Ассоциация *S. aureus* и *S. epidermidis* выявлена у 60%, *S. aureus* и дрожжевые грибы *Candida albicans* – у 14,6%, *S. aureus* и *Klebsiella* – у 12,7%, *S. Epidermidis* и *Klebsiella* – у 9,1%, *S. aureus*, *S. epidermidis* и *Sarcina* – у 3,6%. Во всех случаях лидирующим возбудителем является *S. aureus*, также отмечается увеличение ассоциации кокковой флоры с культурой рода *Klebsiella*, представителем грамотрицательных энтеробактерий. Высеваемость грибов рода *Candida* в ассоциации со *S.aureus* также является показателем увеличения степени

колонизации кожи больных разноцветным лишаем по сравнению с контрольной группой обследованных лиц.

Иная картина микрофлоры кожи наблюдалась у больных разноцветным лишаем после проведения антифунгальной терапии. Микробный пейзаж составили ассоциация *S. epidermidis* и *S. aureus* в 47,5% случаев, *S. aureus*—в 23,6% случаев. Уменьшилась высеваемость кокковой флоры в ассоциации с культурой рода *Klebsiella* (с 12,7% и 9,1% до 11,8% и 7,2%), а грибы рода *Candida* встречались в единичных случаях (0,9%), а в 5,4% случаев рост микроорганизмов совсем не отмечался. При сравнительном анализе колонизации кожи больных разноцветным лишаем до и после терапии, отмечается значительное восстановление неспецифической резистентности кожи. Для подтверждения этого положения был определен индекс бактерицидности (ИБ), который у контрольной группы (здоровые лица) составил  $93,6 \pm 0,5$ , что соответствует норме; у больных разноцветным лишаем до лечения ИБ был равен  $35,9 \pm 1,6$  ( $p < 0,001$ ), что в 2,6 раза ниже нормальных показателей. После проведения антифунгальной терапии у них отмечается повышение ИБ до  $63,1 \pm 2,1$  ( $p < 0,001$ ). Индекс бактерицидности является показателем бактерицидной функции кожи. Снижение показателей ИБ ведет к увеличению колонизации и обсемененности кожи. Наши исследования показывают четкую взаимосвязь между показателями ИБ и степенью обсемененности кожи у больных разноцветным лишаем: снижение ИБ до 35,9% способствовало высокой степени колонизации кожи микробными ассоциациями, что являлось предрасполагающим фактором для

развития отрубевидного лишая (рисунок 4).



**Рисунок 4. - Показатели индекса бактерицидности**

Нами были определены потоотделение и рН кожи у 30 здоровых лиц и у больных разноцветным лишаем. Результаты исследования интенсивности потоотделения приведены в таблицах 1-3. У здоровых людей большее количество пота выделяется в подмышечной впадине ( $75,2 \pm 0,6$ ) и в паховых складках ( $77,9 \pm 0,4$ ), меньше в области лица ( $35,8 \pm 0,6$ ) (таблица 1).

**Таблица 1. - Результаты исследования потоотделения у контрольной группы (n=30)**

Локализация	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (до лечения) (n=150) (M±m)	p
Лицо	$35,8 \pm 0,6$	$46,4 \pm 0,2$	<0,001
Шея	$50,5 \pm 0,7$	$59,3 \pm 0,3$	<0,001
Грудь	$44,8 \pm 0,6$	$55,0 \pm 0,2$	<0,001
Плечо	$37,6 \pm 0,3$	$46,0 \pm 0,2$	<0,001
Предплечье	$42,5 \pm 0,3$	$49,6 \pm 0,3$	<0,001
Подмышечная впадина	$75,2 \pm 0,6$	$85,3 \pm 0,2$	<0,001



Живот	54,9±0,4	59,1±0,3	<0,001
Спина	47,4±0,3	55,2±0,2	<0,001
Паховая складка	77,9±0,4	85,2±0,3	<0,001

*Примечание:* *p* – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по *U*-критерию Манна-Уитни).

Потоотделение у больных разноцветным лишаем во всех локализациях выше, чем у здоровых лиц. Повышенное потоотделение связано с высокой температурой окружающей среды в летнее время, которое в свою очередь приводит к частым рецидивам данного микоза в жаркое время года (таблица 2).

**Таблица 2. - Результаты исследования потоотделения у больных разноцветным лишаем до лечения (n=110)**

Локализация	До лечения (n=150)	После лечения (n=110) (M±m)	p
Лицо	46,4±0,2	36,7±0,4	<0,001
Шея	59,3±0,3	51,1±0,4	<0,001
Грудь	55,0±0,2	46,7±0,4	<0,001
Плечо	46,0±0,2	38,5±0,4	<0,001
Предплечье	49,6±0,3	44,1±0,3	<0,001
Подмышечная впадина	85,3±0,2	75,6±0,3	<0,001
Живот	59,1±0,3	49,0±0,3	<0,001
Спина	55,2±0,2	48,0±0,3	<0,001
Паховая складка	85,2±0,3	76,1±0,4	<0,001

*Примечание:* *p* – статистическая значимость различий показателей до и после лечения в основной группе (по *T*-критерию Вилкоксона).

После проведенной антифунгальной терапии показатели потоотделения нормализовались (таблица 3.).

**Таблица 3. - Результаты исследования потоотделения у больных разноцветным лишаем после лечения (n=110)**

Локализация	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (после лечения) (n=110)(M±m)	p
Лицо	35,8±0,6	36,7±0,4	>0,05
Шея	50,5±0,7	51,1±0,4	>0,05
Грудь	44,8±0,6	46,7±0,4	<0,05
Плечо	37,6±0,3	38,5±0,4	>0,05
Предплечье	42,5±0,3	44,1±0,3	<0,05
Подмышечная впадина	75,2±0,6	75,6±0,3	>0,05
Живот	54,9±0,4	49,0±0,3	<0,001
Спина	47,4±0,3	48,0±0,3	>0,05
Паховая складка	77,9±0,4	76,1±0,4	<0,001

*Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по U-критерию Манна-Уитни).*

pH - показатель кислотности, его величина определяется концентрацией свободных ионов водорода H<sup>+</sup>. Диапазон изменения pH от 1 до 14. При этом нейтральный соответствует чистой воде и соответствует 7. pH от одного до 7 – кислая, от 7 и больше – щелочная.

В эпидермисе протекает множество биохимических процессов. В результате образуются кислоты – молочная, лимонная, глутаминовая, аспарагиновая. Сальные железы выделяют кожное сало, потовые – пот, которые смешиваясь на поверхности кожи образуют кислотную мантию кожи. Нормальная кожа имеет кислую реакцию. Показатель pH кожи в среднем составляет 5,5 (таблица 4).

**Таблица 4. - Показатели pH кожи у контрольной группы**

Локализация	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (до лечения) (n=110) (M±m)	p
Лицо	5,043±0,004	6,036±0,001	<0,001
Шея	5,062±0,005	6,054±0,003	<0,001
Грудь	5,033±0,004	5,426±0,007	<0,001
Плечо	5,045±0,005	6,068±0,002	<0,001
Предплечье	5,579±0,003	6,073±0,002	<0,001
Подмышечная впадина	5,857±0,005	7,146±0,002	<0,001
Живот	5,362±0,004	6,072±0,007	<0,001
Спина	5,119±0,004	6,058±0,007	<0,001
Паховая складка	5,858±0,004	7,122±0,002	<0,001

**Примечание:** *p* – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по U-критерию Манна-Уитни).

Показатели уровня кислотности у больных разноцветным лишаем представлены в таблице 5.

**Таблица 5. - Показатели pH кожи у больных разноцветным лишаем до лечения**

Локализация	До лечения (n=110)	После лечения (n=110)	p
Лицо	6,036±0,001	5,511±0,003	<0,001
Шея	6,054±0,003	5,506±0,002	<0,001
Грудь	5,426±0,007	5,319±0,006	<0,001
Плечо	6,068±0,002	5,415±0,006	<0,001
Предплечье	6,073±0,002	5,436±0,006	<0,001
Подмышечная впадина	7,146±0,002	5,426±0,005	<0,001
Живот	6,072±0,007	5,623±0,005	<0,001
Спина	6,058±0,007	5,489±0,005	<0,001
Паховая складка	7,122±0,002	5,413±0,002	<0,001

**Примечание:** *p* – статистическая значимость различий показателей до и после лечения в основной группе (по T-критерию Вилкоксона)

Как показывают результаты исследований, у больных разноцветным лишаем во всех исследуемых участках наблюдалось достоверное увеличение pH кожи, составляя в среднем 6,23±0,003 в отличие от среднего показателя 5,33±0,004 у здоровых лиц, что связано с высоким потоотделением в жаркое время года, что приводит к сдвигу pH кожи в щелочную сторону, а это в свою очередь, создаёт благоприятные условия для размножения *Malassezia furfur*. После проведения противогрибковой терапии, pH кожи у больных разноцветным лишаем во всех исследуемых участках нормализовалась и составила в среднем 5,32±0,004 (таблица 6).

**Таблица 6. - Показатели pH кожи у больных разноцветным лишаем после лечения**

Локализация	Контрольная группа (n=30)	Основная группа (после лечения)(n=110) (M±m)	p
Лицо	5,043±0,004	5,511±0,003	<0,001

Шея	5,062±0,005	5,506±0,002	<0,001
Грудь	5,033±0,004	5,319±0,006	<0,001
Плечо	5,045±0,005	5,415±0,006	<0,001
Предплечье	5,579±0,003	5,436±0,006	<0,001
Подмышечная впадина	5,857±0,005	5,426±0,005	<0,001
Живот	5,362±0,004	5,623±0,005	<0,001
Спина	5,119±0,004	5,489±0,005	<0,001
Паховая складка	5,858±0,004	5,413±0,002	<0,001

*Примечание: p – статистическая значимость различий показателей между основной и контрольной группами (по U-критерию Манна-Уитни)*

Таким образом, обильное потоотделение у больных разноцветным лишаем приводя к сдвигу рН в щелочную сторону, способствует колонизации кожи болезнетворными микроорганизмами и снижению бактерицидных свойств кожи.

В зависимости от распространенности патологического процесса, больные были распределены на 2 группы: с ограниченными и с распространенными очагами поражения. В свою очередь каждая из этих групп были распределены на основную и контрольную группы.

Нами было проведено лечение итраспором 45 больным с распространенными и атипичными формами микоза (основная группа). Терапия проводилась под контролем микроскопического, люминесцентного методов исследования. Итраспор назначался в дозе 200 мг/сут в течение 14 дней. Для объективной оценки предложенного метода лечения, результаты сравнивались с группой больных распространенными формами разноцветного лишая, которым назначался дермазол в дозе 200мг/сут (группа сравнения – 44 больных). Контрольное обследование назначали после окончания лечения, а в дальнейшем один раз в месяц в течение 3 месяцев. Результаты лечения и сравнение непараметрических критериев в двух группах приведены в таблице 7.

**Таблица 7. - Результаты лечения больных с распространенными формами разноцветного лишая**

Критерии сравнения	Основная группа(n=45)		Контрольная группа (n=44)		p
	абс. число	P±m <sub>p</sub> , %	абс. число	P±m <sub>p</sub> , %	
Разрешение очагов	44	97,8±2,2	36	81,8±5,8	<0,05
Уменьшение шелушения	44	97,8±2,2	37	84,1±5,5	<0,05
Отсутствие новых высыпаний	45	100	36	81,8±5,8	<0,01
Отсутствие свечения	45	100	36	81,8±5,8	<0,01
Отрицательная проба Бальзера	45	100	37	84,1±5,5	<0,01
Отсутствие мицелия	44	97,8±2,2	36	81,8±5,8	<0,05
Число излеченных больных	44	97,8±2,2	36	81,8±5,8	<0,05
Число больных с улучшением состояния	1	2,2±2,1	8	18,2±5,8	<0,05

*Примечание: p–значимость различий показателей основной группы и группы сравнения*

Таким образом, в основной группе клиническое и микологическое излечение получено у 44 (97,8%) больных при назначении итраспора в течение 14 дней, у одного больного отмечалось улучшение состояния (2,2%). В группе сравнения клиническое и микологическое излечение получено у 36 (81,8%) пациентов, у 8(18,2%) отмечалось улучшение состояния. Во всех непараметрических критериях, мы установили статистически достоверную разницу при лечении итраспором, что позволяет сделать вывод о его высокой эффективности по сравнению с группой сравнения.

Нами была изучена эффективность тербинафин 1% спрей-пены у 11 больных с ограниченными очагами поражения (основная группа). Больным рекомендовалось обрабатывать очаги поражения тербинафином два раза в день в течение одной недели. Для объективной оценки предложенного метода терапии, результаты сравнивались с группой больных ограниченными

формами разноцветного лишая, которым назначался крем клотримазол (контрольная группа). Больным рекомендовалось обрабатывать очаги поражения кремом клотримазол два раза в день в течение 7 дней. Лечение было комплексным, с учетом выявленной патологии назначалась корригирующая терапия. Контрольное обследование было проведено один раз в месяц в течение 3 месяцев.

Результаты терапии и сравнение непараметрических критериев в двух группах представлены в таблице 8.

**Таблица 8. - Результаты лечения больных разноцветным лишаем с ограниченными очагами поражения**

Критерии сравнения	Основная группа (n=11)		Группа сравнения (n=10)		p
	абс. число	P±m <sub>p</sub> , %	абс. число	P±m <sub>p</sub> , %	
Разрешение очагов	10	90,9±8,7	6	60,0±15,5	>0,05
Уменьшение шелушения	11	100	7	70,0±14,5	>0,05
Отсутствие новых высыпаний	11	100	8	80,0±12,6	>0,05
Отсутствие свечения	11	100	6	60,0±15,5	<0,05
Отрицательная проба Бальзера	10	90,9±8,7	7	70,0±14,5	>0,05
Отсутствие мицелия	10	90,9±8,7	6	60,0±15,5	>0,05
Число излеченных больных	10	90,9±8,7	6	60,0±15,5	>0,05
Число больных с улучшением состояния	1	9,1±8,7	4	40,0±15,5	>0,05

*Примечание: p – значимость различий показателей основной группы и группы сравнения*

Таким образом, в опытной группе клиническое и микологическое излечение было получено у 10 (90,9%) пациентов, у одного (9,1%) пациента отмечалось улучшение состояния, которому был назначен повторный курс

лечения в той же дозе после недельного перерыва. В группе сравнения клиническое и микологическое излечение наступило у 6 (60%) больных, у 4 (40%) отмечено улучшение состояния. Через неделю, неизлеченным больным был назначен тербинафин 1% спрей-пена в той же дозе. Клиническое и микологическое излечение получено у всех 4 пациентов. Таким образом, в основной группе излечено 10 (90,9%) пациентов, в группе сравнения 6 (60%) пациентов. Нами отмечена статистически достоверная разница при лечении тербинафином, что позволяет сделать вывод о его высокой эффективности по сравнению с группой сравнения.

### **Отдаленные результаты лечения больных разноцветным лишаем**

На основании проведенного исследования установлено, что после 10 месяцев наблюдения в основной группе больных с распространенными формами разноцветного лишая отсутствие рецидива наблюдалось у 95,5% (43), в группе сравнения – у 84,1% (37). В основной группе с ограниченными очагами поражения разноцветного лишая, через 10 месяцев наблюдения, рецидив заболевания отмечался у одного пациента (9,1%), в группе сравнения – у 4 (40%) пациентов.

Таким образом, при сравнении отдаленных результатов, можно сделать вывод о большей эффективности итраспора по сравнению с дермазолом при лечении распространенных форм разноцветного лишая (95,5% против 84,1%,  $P < 0,05$ ), а при лечении ограниченных форм – эффективности 1% спрей-пены тербинафина по сравнению с кремом клотримазол (90,9% против 60%,  $P < 0,05$ ).

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

### **Основные научные результаты диссертации**

1. Установлены особенности клиники и течения разноцветного лишая в условиях жаркого климата: чаще регистрируется распространенная форма дерматоза (80,9%); среди клинических форм преобладает эритематозно-

сквамозная (73,7%); высокий уровень заболеваемости отмечается в возрастных группах от 17 до 35 лет (80,9%); чаще болеют мужчины, чем женщины (63,6% против 36,4%); уровень заболеваемости был выше среди жителей села (53,6%) [1 - А, 3 - А, 11 - А, 12 - А, 20 - А].

2. Установлено снижение индекса бактерицидности в 2,6 раза (35,9% против 93,6%), что способствовало высокой степени колонизации кожи микробными ассоциациями, что следует рассматривать как объективный показатель предрасположенности кожи к грибковым инфекциям [2 - А, 7 - А, 8 - А].

3. Высокое потоотделение у больных разноцветным лишаем ( $60,1 \pm 0,24$  против  $51,8 \pm 0,46$ ), связанное с жарким климатом, привело к сдвигу рН кожи в щелочную сторону ( $6,23 \pm 0,003$  против  $5,33 \pm 0,003$ ), что создало благоприятные условия для роста и развития *Malassezia furfur* [6 - А, 7 - А, 8 - А, 15 - А].

4. Отмечается высокий терапевтический эффект системного антимикотика итраспора (при распространенной форме - 97,8%) и тербинафина 1% спрей-пены (при ограниченной - 90,9%) при лечении разноцветного лишая [4 - А, 5 - А, 14 - А, 16 - А, 18 - А].

5. Разработанный метод профилактики шампунью «Дермазол» (один раз в месяц в течение 3-х дней на протяжении 6 месяцев) является эффективным методом профилактики рецидивов заболевания [22 - А].

## **Рекомендации по практическому использованию**

### **результатов**

1. Рекомендуется применение современного системного антимикотика итраспор при распространенных формах разноцветного лишая по 200мг/сут. в течение двух недель.



2. При ограниченных формах разноцветного лишая с целью повышения эффективности лечения рекомендуется использовать 1% спрей-пену тербинафин два раза в день в течение недели.
3. У больных разноцветным лишаем существенно важным является проведение ЭГДС и УЗИ внутренних органов с целью выявления сопутствующей патологии и ее своевременной коррекции.
4. Для профилактики рецидивов разноцветного лишая применять шампунь «Дермазол» один раз в месяц в течение трех дней подряд (с марта по август), наносить на волосистую часть головы, кожу туловища и конечностей на 5-10 минут, затем смывать.
5. Информированность практических врачей об особенностях клинического течения разноцветного лишая у жителей жаркого климата способствует своевременной диагностике и лечению дерматоза.

## **СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ**

### **Статьи в рецензируемых журналах**

- 1 – А. Абдуллоева М.А. Клинические формы разноцветного лишая кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Здоровоохранение Таджикистана. – 2011. - №4. – С.12-15.
- 2 – А. Абдуллоева М.А. Микрофлора и бактерицидные свойства кожи у больных разноцветным лишаем / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, И.О. Кенджаева // Вестник Авиценны. - 2012. - №3.- С.135-139.
- 3 – А. Абдуллоева М.А. Современный взгляд на разноцветный лишай: некоторые аспекты патогенеза и особенности клинического течения в условиях жаркого климата / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Вестник Авиценны. – 2017. - №1. – С.31-36.

## **Статьи в научных журналах**

- 4 – А.** Абдуллоева М.А. Тербинафин 1% спрей при грибковых заболеваниях кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.С. Исаева // *Здравоохранение Таджикистана*. – 2010. - №2. – С.112-114.
- 5 – А.** Абдуллоева М.А. Усули нави истифодаи дору хангоми муолиҷаи замбуруги пуст / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.С. Исаева // *Авчи Зухал*. – 2011. - №1. – С.19-20.
- 6 – А.** Абдуллоева М.А. Потоотделение и рН у больных разноцветным лишаем / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, К.М. Мухамадиева, Х.И. Алиев // *Сборник статей по материалам XXV-XXVI международных заочных научно-практических конференций*. – 2014.- С.45-49.
- 7 – А.** Абдуллоева М.А. Некоторые аспекты патогенеза разноцветного лишая в условиях жаркого климата / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, К.М. Мухамадиева, М.М. Ахмедов // *Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии»*. - 2016. – С.40-42.
- 8 – А.** Абдуллоева М.А. Отрубевидный лишай (звенья патогенеза) / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.М. Ахмедов // *Материалы международной научно-практической конференции «Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в Республике Таджикистан»*. – 2016. – С.144-146.

## **Тезисы в сборниках конференций**

- 9 – А.** Абдуллоева М.А. Отрубевидный лишай в условиях жаркого климата / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // *Сборник научных статей 55-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино*. – 2007. – С. 81-82.
- 10 – А.** Абдуллоева М.А. Исследование эффективности и переносимости «Орунгала» в терапии разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, Д.Х. Абдиева, М.А. Каримова // *Сборник научных статей 56-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино*. – 2008. – С. 117-118.

- 11 – А.** Абдуллоева М.А. Клинический полиморфизм разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Материалы V съезда дерматологов республики Узбекистан. – 2008. – С.12.
- 12 – А.** Абдуллоева М.А. Современные особенности клинической картины разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Сборник научных статей 57-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2009. – С. 206-207.
- 13 – А.** Абдуллоева М.А. Эффективность «Эконазол» 1% спрей-пены при лечении грибковых заболеваний кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.С. Исаева // Сборник научных статей 57-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2011. – С. 117-118.
- 14 – А.** Абдуллоева М.А. Клиническая эффективность тербинафин 1% спрей-пены при наружной терапии отрубевидного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.С. Исаева, Мирзоева М.Т. // Сборник материалов XIX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – 2012. – С. 300.
- 15 – А.** Абдуллоева М.А. pH кожи у больных разноцветным лишаем / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2014. - №1/2014(21). – С. 24.
- 16 – А.** Абдуллоева М.А. Итраспор в терапии разноцветного лишая кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, К.М. Мухамадиева, М.М. Ахмедов // Сборник научных статей 63-ей научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2015. – С.164-165.
- 17 – А.** Абдуллоева М.А. Новые возможности в лечении разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2015. - №3/2015(27). – С.26-27.
- 18 - А.** Абдуллоева М.А. Современный антимикотик итраспор в терапии разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.М. Ахмедов // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» - 2016. – С.43-44.
- 19 – А.** Абдуллоева М.А. Клиническая эффективность 1% крема финотерб в терапии разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.М. Ахмедов // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» - 2016. – С.264.

**20** – А. Абдуллоева М.А. Отрубевидный лишай: особенности клиники в условиях жаркого климата кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.М. Ахмедов // Сборник научных статей 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2016. – С. 24

**21** – А. Абдуллоева М.А. Использование эрбинола в лечении разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, Д.Х. Абдиева // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2017. - №2/2017(34). – С. 90-91.

**22** – А. Абдуллоева М.А. Современное средство от грибка *Malassezia furfur* кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Сборник научных статей 65-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2017. – С. 28-29.

### **Перечень сокращений и условных обозначений**

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

ВАК – Высшая аттестационная комиссия

УЗИ – ультразвуковое исследование

РФ – Российская Федерация

ИБ – индекс бактерицидности

pH – концентрация ионов водорода

**ДОНИШГОҶИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОЧИКИСТОН  
БА НОМИ АБЎАЛӢ ИБНИ СИНО**

**УДК 616.992.282**

**БО ҲУҚУҚИ ДАСТНАВИС**

**АБДУЛЛОЕВА МУҲАББАТ АҲМАДАЛИЕВНА**

**ШУКУФАИ ҲАРРАНГА  
ДАР ШАРОИТИ ИҚЛИМИ ГАРМ (ПАТОГЕНЕЗ,  
ВИЖАГИҲОИ КЛИНИКӢ, ТАБОБАТ ВА ПЕШГИРӢ)**

**АВТОРЕФЕРАТИ**

**ДИССЕРТАТСИЯ БАРОИ ДАРӢФТИ ДАРАҶАИ ИЛМИИ НОМЗАДИ ИЛМҲОИ  
ТИБ АЗ РӢИИ ИХТИСОСИ 14.01.10 – БЕМОРИҲОИ ПӢСТУ ЗУҲРАВӢ**

**ДУШАНБЕ**

**2019**

Таҳқиқот дар кафедраи бемориҳои пӯсту зухравии Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино иҷро карда шудааст.

**Роҳбари илмӣ:**

**Зоиров Подабон Тошматович**

узви вобастаи АИ ҚТ, доктори илмҳои тиб,  
профессори кафедраи бемориҳои пӯсту зухравии  
Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи  
Абуалӣ ибни Син

**Муқарризи расмӣ:**

**Рахматов Акрам Баратович**

доктори илмҳои тиб, профессор,  
роҳбари шуъбаи илмии тиббию генетикии  
Маркази илмию амалии тиббии  
махсусгардонидашудаи Ҷумҳуриявии  
дерматовенерология ва косметологияи  
Вазорати тандурустии Ҷумҳурии Ўзбекистон  
**Салимов Баҳром Маҳкамбоевич**  
номзади илмҳои тиб, ассистенти кафедраи  
дерматовенерология бо курси косметологияи  
Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломӣ  
дар соҳаи тандурустӣ

**Муассисаи тақриздиханда:**

МФТБ ТО «Донишгоҳи давлатии тиббии  
Новосибирск» - и Вазорати тандурустии Россия

Ҳимояи диссертатсия «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2019 соати  
«\_\_\_\_\_» дар ҷаласаи шӯрои диссертатсионии 6D.KOA-010 дар назди  
ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино баргузор мегардад. Нишонӣ: 734003, ш.  
Душанбе, хиёбони Рӯдакӣ, 139, tajmedun@tj, +992918724088

Бо диссертатсия дар китобхонаи Донишгоҳи давлатии тиббии  
Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ соли 2019 тавзеъ гардид.

**Котиби илмии  
шӯрои диссертатсионӣ,  
н.и. т.**

**Ниязова Н.Ф.**

## МУҚАДДИМА

**Аҳамияти мавзӯи таҳқиқот.** Мувофиқи маълумоти Ташкилоти Умумичаҳони Тандурустӣ, тақрибан 20-30% аҳолии дунё гирифтори сироятҳои микотикӣ мебошанд. Адабиёти илмӣ ҳаҷонӣ шаҳодат медиҳад, ки дар ҷомеаи инсонӣ ҳар як сокини ҷорумини сайёра гирифтори замбурӯғҳо мебошад (Богданова Т.В., 2011; Таха Т.В., 2012; Хамидов Ф.Ш., 2016; Framil V.M.S., 2010; Nenoff P., 2015). Аз 37 то 42% ҳамаи бемориҳои пӯсту нохунҳо ба микоз рост меояд. Шукуфаи ҳарранга (сабӯсмонанд) аз ҷумлаи сироятҳои микотикии пӯст буда, бо паҳншавии густарда ва ҷараёни музминии хуруҷкунанда тавсиф мешавад (Адаскевич В.П., 2006; Иванова Ю.А., 2011; Яцюк А.С., 2016; HuS.W., 2010; PedrosaA.F., 2014; GobatoA.A., 2015). Мувофиқи маълумоти Н.В. Фриго ва ҳаммуаллифон (2005) шукуфаи ҳарранга то 10% аҳолиро мубтало месозад, ки бо ҳомилияти баланди (90%) *Malassezia* асоснок карда шудааст. Басомади беморшавӣ дар иқлими муътадил 4-6%, дар минтақаҳои тропикӣ ва субтропикӣ – 50% - ро [Скурихина М.Е. ва дигарон], 2003; Раҳматов А.Б., 2006; Пестерев П.Н., 2009; Mydlarski A., 2008; Levy J.M., 2016) ташкил медиҳад. Солҳои охир вобаста ба як қатор сабабҳои объективӣ ба мисли баландшавии дараҷаи муқовиматпазирии барангезандаҳо, ташаккули иттиҳодияи устувори замбурӯғиву бактериявӣ, зиёд шудани осеббиниҳои заминавӣ ба сабаби вазъи номусоиди сироятӣ ва афсурдагии иҷтимоию иқтисодӣ шумораи беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга афзоиш ёфтааст. То кунун масъалаҳои этиология, патогенез ва муолиҷаи мувофиқи беморони гирифтори кератомикоз мубрам боқӣ мондааст (Гаджигороева А.Г., 2008; Miranda K.G., 2006; Petry V. [et all.], 2011; ParkH.J. [et all.], 2012; Ibekwe P.V., 2015). Бо вучуди он ки барангезандаи беморӣ – *Malassezia furfur* сад сол қабл кашф шуда буд (Robin C., 1853), ҳанӯз биологияи барангезандаи мазкур ба таври кофӣ омӯхта нашудааст (Новосёлов А.Ю., 2001), бинобар ин, омӯзиши патогенез ҳангоми шукуфаи ҳарранга барои муолиҷаи самаранок ва пешгирии беморӣ зарурати аввалиндараҷа мебошад.



Дар адабиёти илмӣ хориҷӣ асарҳои илмӣ камшумор мавҷуданд, ки тибқи онҳо дар пайдоиши беморӣ бештар ба омилҳои мусоидаткунанда аҳамият дода мешавад (Махсудов М.Р., 2013; Полищук Д.С., 2014; Tamarro A. [etall.], 2014; AbdElmegeed A.S., 2015;). Омӯзиши минбаъдаи омилҳои мусоидаткунандаи экзо- ва эндогенӣ ба инкишофи кератомикози мазкур қобили таваҷҷӯҳ аст. Дар мақолаҳои солҳои охир шаклҳои ғайримуқаррарӣ, хирашуда, мутамарказ бо мақеияти ғайримуқаррарии шукуфаи сабӯсмонанд беш аз пеш баён карда мешаванд, ки дар бораи зарурати омӯзиши падидаҳои клиникӣ беморӣ мазкур шаҳодат медиҳанд. Ҳамчунин тағйирпазирии чузъҳои морфологӣ ҳангоми шукуфаи ҳарранга қобили таваҷҷӯҳ аст, ки таҳлили саривақтии микозро душвор мегардонад (Нечаева О.С., 2009; Пиотровская И.В., 2010; Mydlarski A., 2008; Shi T.V., 2015). Ҳангоми муолиҷаи сирояти мазкури замбурӯғӣ воситаҳои берунаи антимиокитикӣ ва пӯстпартоянда ба таври васеъ истифода бурда мешаванд, вале ҳангоми шаклҳои паҳншуда, ғайримуқаррарӣ, аксаран хуруҷҳои беморӣ сар мезананд. Таҳқиқоти амиқ оид ба масъалаи шукуфаи ҳарранга дар шароити иқлими гарми Тоҷикистон то ҳол гузаронида нашудаанд. Хуруҷҳои тез-тез, набудани метод ва воситаҳои самараноки муолиҷа, чораҳои пешгирӣ, тамоюл ба инкишофи минбаъда, набудани таҳқиқоти бунёдӣ дар кишвари мо барои омӯзиши минбаъдаи нозологияи мазкур асос шуда метавонанд.

## **ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ**

**Мақсади таҳқиқот** омӯзиши патогенез, вижагиҳои клиникӣ, муолиҷа ва пешгирии шукуфаи сабӯсмонанд дар шароити иқлими гарм мебошад.

### **Вазифаҳои таҳқиқот:**

1. Омӯхтани вижагиҳои клиникӣ чараёни шукуфаи сабӯсмонанд дар гурӯҳҳои гуногуни синнусолӣ дар шароити иқлими гарм .
2. Арзёбии рН, арақчудокунӣ, аутофлора ва хосиятҳои бактрисидии

(бактериякушии) пӯст дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга дар шароити иқлими гарм.

3. Муқоиса намудани самаранокии антимиотикҳои муосир дар муолиҷаи шукуфаи ҳарранга.

4. Таҳия намудани маҷмӯи чораҳои пешгирии хуруҷҳои минбаъдаи беморӣ.

### **Навгони илмӣ.**

1. Бори аввал вижагиҳои клиникӣ ва чараёни шукуфаи ҳарранга дар шароити иқлими гарми Ҷумҳурии Тоҷикистон ошкор карда шуданд.

2. Барои нахустин маротиба дар сокинони иқлими гарми Ҷумҳурии Тоҷикистон баъзе ҷанбаҳои патогенези шукуфаи ҳарранга: рН, арақчудокунӣ, аутофлора ва хосиятҳои бактерисидии пӯст омӯхта шудаанд.

3. Самаранокии баланди антимикотики муосири системавии итраспор дар мавриди муолиҷаи шакли паҳншуда ва тербинафини спрейи 15% ҳангоми шакли маҳдуди шукуфаи ҳарранга нишон дода шудааст.

4. Методикаи пешгирии шукуфаи сабӯсмонанд бо шампуни «Дермазол» нишон дода шудааст.

### **Робитаи таҳқиқот бо мавзӯҳо ва барномаҳои илмӣ**

#### **Нуктаҳои асосии барои ҷимоя пешниҳодшуда:**

1. Дар сокинони иқлими гарм шукуфаи ҳарранга бо паҳншавии раванд бо мавқеияти муқаррарии марказҳои осеб (80,9%), полиморфизми клиникӣ (эритематозию-сквамозӣ, инвертӣ, фолликулярӣ, вителигинозӣ, эритразмоидӣ, лихеноидӣ, сиртсинатӣ, пруригинози ва хирашуда) зоҳир мегардад. Дар байни шаклҳои клиникӣ эритематозӣ-сквамозӣ бартарӣ дорад (73,7%).

2. Дар миёни сокинони минтақаҳои гарм, ки гирифтори шукуфаи ҳарранга (сабӯсмонанд) мебошанд, робитаи бевосита байни зиёд шудани арақчудокунӣ, тамоюли рН-и пӯст ба тарафи ишқорӣ ва

нишондиҳандаҳои пасти шохиси бактерисидӣ (ШБ) мушоҳида карда мешавад.

3. Истифодаи антимикотики муосири системавии итраспор ҳангоми шаклҳои паҳншуда ва 1% спрей-кафки тербинафин ҳангоми шаклҳои маҳдуди шукуфа самаранокии муолиҷаро баланд мекунад.
5. Истифодаи шампуни «Дермазол» ба мақсадҳои пешگیرӣ барои коҳишёбии хуруҷҳои беморӣ мусоидат мекунад.

**Тасвиби таҳқиқоти диссертационӣ.** Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар конференсияҳои илмию амалии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (солҳои 2007-2018), аз ҷумла: Конференсияи 55-уми илмию амалӣ дар мавзӯи «Масъалаҳои мубрами тибби оилавӣ», Конференсияи муштаракӣ ҷумҳуриявии илмию амалии «Дурнамои рушди илмҳои бунёдии тиббӣ дар Тоҷикистон» ва Конференсияи 56-уми илмию амалии «Дурнамои рушди тибби оилавӣ дар Тоҷикистон», Конференсияи 57-уми солонаи илмию амалии байналмилалӣ бахшида ба 70-солагии таъсиси ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино, Конференсияи 59-уми илмию амалӣ бахшида ба «20-солагии Истиклолияти давлатии Ҷумҳурии Тоҷикистон», Конференсияи 63-уми илмию амалии «Саҳми илми тиб дар солимгардонии оила», Конференсияи 64-уми илмию амалии «Масъалаҳои назария ва амалияи тибби муосир», Конференсияи 65-уми илмию амалӣ, дар Съезди V дерматологҳои Ҷумҳурии Ўзбекистон (2008), дар ҷаласаҳои Ассоциатсияи табибони дерматовенерологи Ҷумҳурии Тоҷикистон «Зухра» (2009-2010), Конгресси XIX миллии Россия «Инсон ва дору» (2012), Конференсияҳои XXV-XXVI байналмилалии ғоибонаи илмию амалӣ (2014), Мизи мудаввари «Дастовард, дурнамо ва масъалаҳои мубрами дерматовенерология» (2016), Конференсияи байналмилалии илмию амалии «Солимии аҳоли: пешгирии бемориҳо ва маъҷубият дар ҶТ», ҷаласаҳои комиссияи экспертии проблемавӣ оид ба фанҳои

терапевтии ДДТТ ба номи Абӯалӣ ибни Сино (Душанбе, 18 апрел, с. 2018), протокол №8 муаррифӣ ва муҳокима карда шудаанд.

Маводи диссертатсия дар раванди таълим дар кафедраҳои дерматология ва венерологияи Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯали ибни Сино (ДДТТ) ва Донишкадаи тақмили ихтисоси баъдидипломии кормандони тиб (ДТИБКТ), дар амалияи табибони Маркази ҷумҳуриявии клиникии бемориҳои пӯсту зуҳравӣ, Диспансери шаҳрии пӯсту зуҳравӣ ва шуъбаи пӯсти Беморхонаи шаҳрии клиникии №1 ш. Душанбе татбиқ карда шудаанд.

**Интишори натиҷаҳои таҳқиқоти диссертатсионӣ.** Аз рӯйи мавзӯи диссертатсия 22 мақола, аз ҷумла 3-то дар маҷаллаҳои тақризшавандаи феҳрасти тавсиянамудаи КОА назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон ҷоп шудаанд.

**Саҳми шахсии унвонҷӯи дараҷаи илмӣ.** Саҳми шахсии муаллифи таҳқиқот аз асоснок намудан ва таҳияи мақсаду вазифаҳои таҳқиқот, ташкил намудани кор, ҷамъоварии маводи аввалия ва коркарди омории он иборат мебошад. Муаллиф натиҷаҳои ҳосилшудаи тадқиқотро мустақилона таҳлил намуда, дар шакли хулоса ҷамъбаст кардааст ва дар шакли мақолаҳои илмӣ ва тезисҳо ба таъб расонидааст .

**Ҳаҷм ва сохтори диссертатсия.** Диссертатсия дар 116 саҳифаи матни компютерӣ таҳия шуда, аз муқаддима, тафсири адабиёт, боби «Мавод ва методҳои таҳқиқот», ду боби пажӯҳишҳои ҳуди муаллиф, натиҷаҳо, хулоса, тавсияҳои амалӣ, рӯйхати мақолаҳои нашркардаи довталаби дараҷаи илмӣ ва феҳристи адабиёт иборат аст. Феҳристи адабиёт 216 сарчашма, аз ҷумла 109 номгӯй асарҳои муаллифони кишварҳои ИДМ ва 107 номгӯй осори илмии дар хориҷи дур нашршударо дар бар мегирад. Диссертатсия дорои 15 ҷадвал, 7 расм ва 18 тасвир мебошад.

## МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

**Мавод ва методҳои таҳқиқот.** Тақиқот дар кафедраи дерматовенерологияи ДДТТ ба ном Абӯалӣ ибни Сино иҷро шудааст. Барои муоинаи беморон методҳои зерини таҳқиқот ба кор бурда шуданд: дар баробари методҳои таҳқиқоти маъмули клиникаю озмоишгоҳӣ (таҳлили умумии хун, пешоб, фазла барои тухми гичча ва соддатаринҳо, RW) ва машварат бо пизишки беморҳои дарунӣ, эндокринолог, сироятшинос, инчунин таҳқиқоти люминестсентӣ ва микроскопӣ гузаронида шуда, аутофлора ва хосиятҳои бактерисидии пӯст, рН ва арақчудокунӣ дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга муайян карда шуданд.

Ҳамаи беморон бо истифодаи чароғи Вуд муоина мавриди муоина қарор гирифтанд. На фақат нуқтаҳои намоёни осеб, балки тамоми пӯст барои ошкор намудани шаклҳои ноаён ва ғайримуқаррарии беморӣ аз назар гузаронида шуданд. Ҳангоми мавҷуд будани *M. furfur* дар нуқтаҳои осеб афканишоти хоси зард пайдо шуд. Ҳамчунин бо ёрии чароғи Вуд хешовандони беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга муоина шуданд.

Барои таҳқиқоти микроскопӣ пулакчаҳои пӯст бо маҳлули 20% гидрооксиди калий коркард шуданд. Маводи коркардшуда баъди 30-40 дақиқа таҳти микроскоп муоина гардид. *Malassezia furfur* дар маводи патологияи ҳамаи беморон ошкор карда шуд.

Муайян намудани аутофлораи пӯст бо методи У.К. Нобл (1946) роҳандозӣ гардид. Фаъолнокии бактерисидии пӯст бо методи лавҳачаҳои иртиботӣ тибқи И.И. Клемпарск (1966) муайян карда шуд. Ба ин мақсад дар сатҳи дарунии соид бо фатилаи пахтагин қаламчамикроби рӯдаҳоро ворид намуданд, ки дорои 1:800 бактерия дар 1мл буд, сипас ба ин қисмат шишаи предметиро бо агари зардии тухму намак гузоштанд. Изи такрориро баъди 10-15 дақиқаи пас аз ворид намудани моддаи холиси қаламчамкироби рӯдаҳо гирифтанд. Изҳоро дар термостат то 18-24 соат гузошта, баъдан сутунҳои баромада ва фоизи ҳуҷайраҳои ҳалокшударо

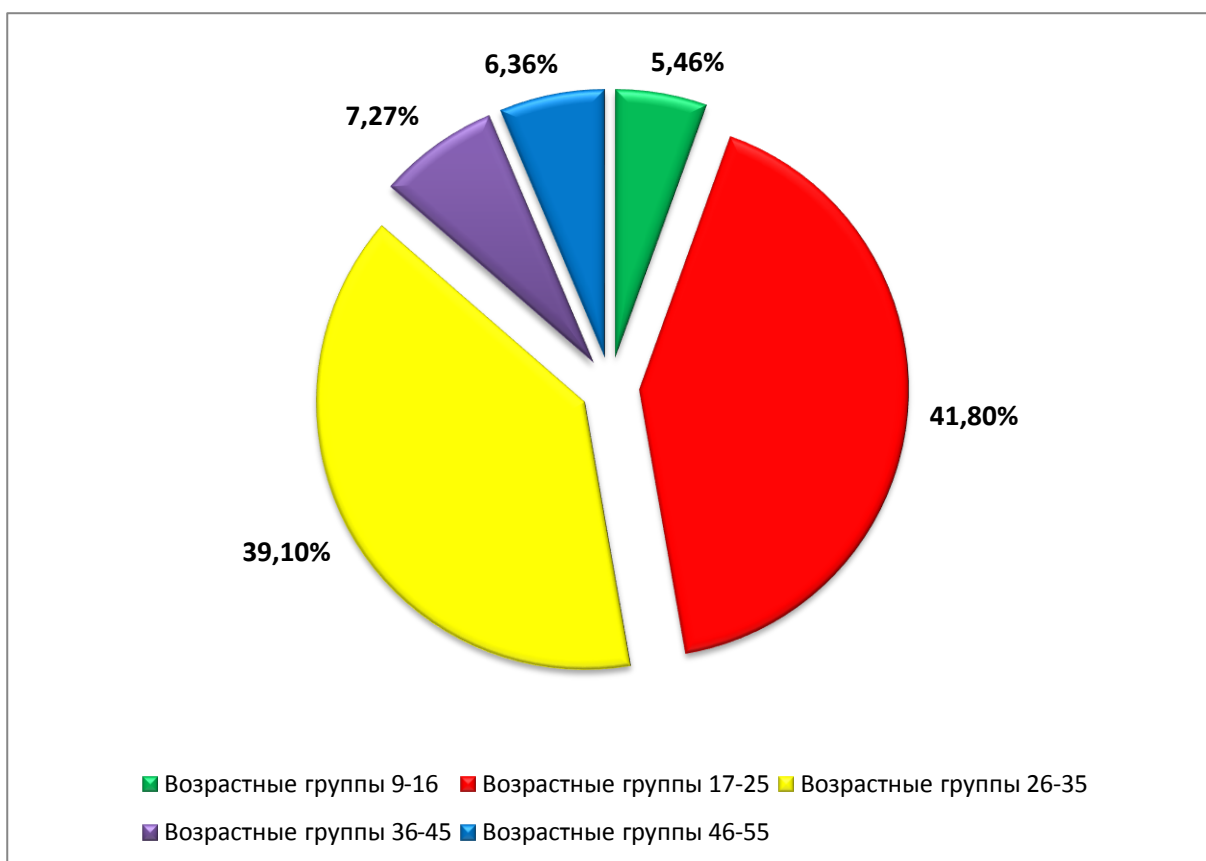
ба ҳисоб гирифтанд. Шохиси бактерисидӣ (ШБ) бо формулаи махсус муайян карда шуд. Дар меъёр шохиси бактерисидӣ ба 80-100% баробар аст. Барои муайян намудани рН-и пӯст дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга методи колориметрӣ истифода шуд. Коғазии универсалии рН-индикатории «Рифан» ба кор бурда шуд, ки раҳчаи онро ба пӯсти намнок расонда ва ранги тағйирёфтаи онро бо стандартҳо муқоиса намуданд. Барои арзёбии сифатии шиддатнокии арақчудокунӣ дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга индикатории шиддатнокии арақчудокунӣ ИИП-01 истифода гардид.

Ҳисобкунии майдони осебдида бо методи «нӯҳгона» ва «кафҳо» роҳандозӣ шуд.

Таҳлили оморӣ дар компютери инфиродӣ бо истифодаи бастваи барномаҳои таҷрибавии «Statistica 6.0» (StatSoftInc., ИМА) гузаронида шуд. Қиматҳои миёнаи нишондиҳандаҳо ва иштибоҳи онҳо бо ( $M \pm m$ ) ҳисоб карда шуд. Таҳлили диспансерӣ барои ҷуфтҳои муस्ताқили интихобӣ бо истифодаи U-меъёри Манн-Уитни, барои ҷуфтҳои вобастаи интихобӣ бошад, аз рӯйи T-меъёрҳои Вилкоксон гузаронида шуд. Тафовут хангоми  $p < 0,05$  будан аз рӯйи омор боэътимод доништа шуд.

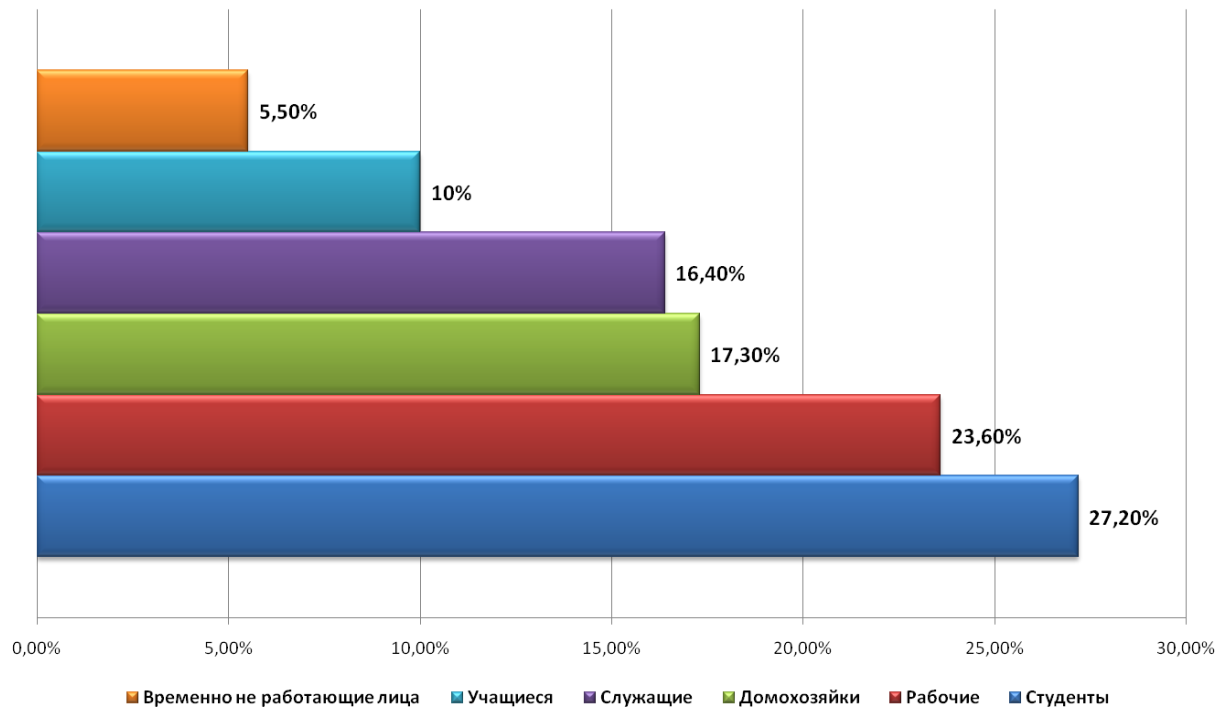
### **Натиҷаҳои таҳқиқот**

Шумораи 110 нафар беморони гирифтори шукуфаи ҳаррангаи синни аз 9 то 55-сола муоина карда шуданд. Синни миёнаи беморон  $25,9 \pm 0,9$ -ро ташкил намуд. Мардҳо - 70 нафар (63,6%), занҳо - 40 нафар (36,4%) буданд. Соқинони шаҳр 46,4% ва деҳотиён - 53,6% буданд. Дарачаи баланди беморшавӣ дар гурӯҳҳои зерини синнусолӣ ба мушоҳида расид: 17-25 - сола (41,8%) ва 26-35 - сола (39,1%). Миқдори нисбатан бештари ҳодисаҳои беморӣ ба синни аз 17 то 35- солагӣ (80,9%) рост омад, ки бо ҳадди аксари барангезиши андрогении ғадудҳои чарбу дар ин синнусол алоқаманд аст. Кӯдакони синни то 16-сола ва калонсолони аз 50-сола боло камтар гирифтори шукуфаи ҳарранга шудаанд (расми 1).



**Расми 1. –Таркиби синнусолии беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга**

Аз рӯйи вазъи иҷтимоӣ доираи беморон аз хизматчиён, коргарон, донишҷӯён ва муҳассилон, соҳибхоназанҳо ва шахсони муваққатан бекор иборат буд. Дар байни беморон донишҷӯён (27,2%) ва коргарон (23,6%) бартарӣ дошта, муҳассилон (10%) ва шахсони муваққатан бекор (5,5%) камтар гирифтор шудаанд (расми 2).

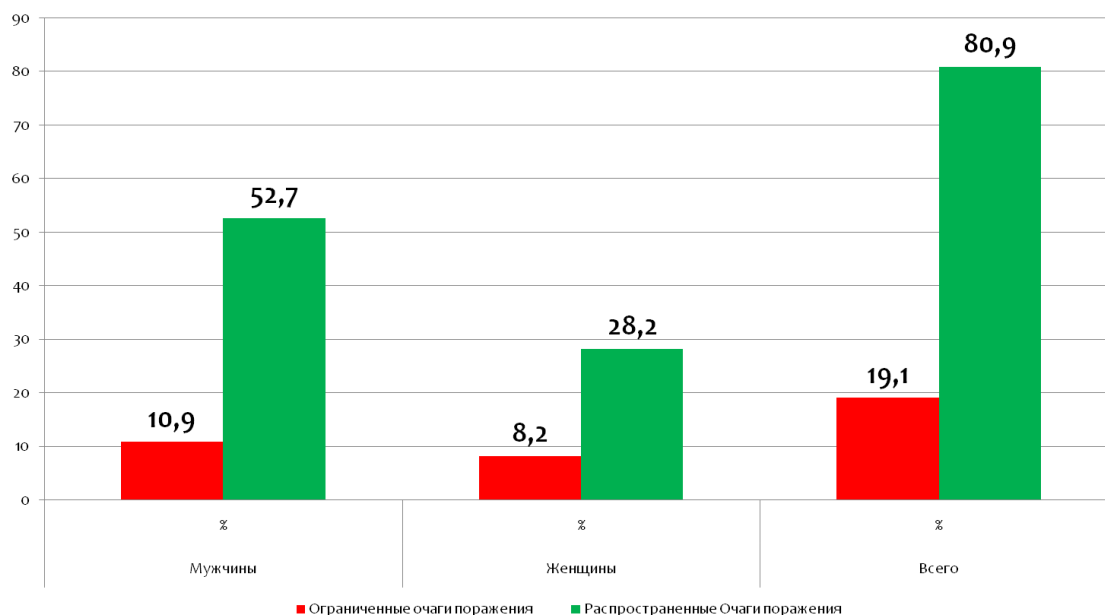


## **Расми 2. - Гурӯҳҳои беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга**

Шумораи нисбатан бештари беморон дар байни шахсони дорои таҳсилоти миёна (46,4%) дучор гардид, ки бо камиттилоотии онҳо алоқаманд аст. Собикаи беморӣ аз 2 ҳафта то 22- солро ташкил дод. 48,7% беморон давомнокии бемории аз 1 то 5 солро доштанд, камтар аз ҳама (0,9%) – бо давомнокии зиёда аз 20 солаи беморӣ ба қайд гирифта шуд.

Мавсимияти беморӣ бо табоҳшавии ҳолат дар баҳору тобистон дар 96% беморон ба назар расид. Беморони гирифтори шакли паҳншудаи осеб 80,9% (89 нафар), шакли маҳдуд – 19,1% (21 нафарро) ташкил доданд. Дар 87 (79,1%) нафар микоз мавқеияти муқаррарӣ, дар 23 нафар (20,9%) – ғайримуқаррарӣ дошта, дар чехра, суфраи гӯш, зери бағал, чинҳои қадкашаку рон, чинҳои зери ғадудҳои ширӣ, чуқурчаҳои зери зону, болои суринҳо, сатҳи дохилии рон, ақибии панҷа ва кафи пойҳо паҳн шуда буданд. Беморони гирифтори шакли паҳншуда 80,9%, маҳдуд – 19,1%-ро ташкил доданд (расми 3).





### **Расми 3. Тақсимоти беморон аз рӯйи паҳншавии нуқтаҳои осебдида**

Дар адабиёти илмӣ, аксаран шаклҳои зерини клиниқии шукуфаи ҳарранга дучор мегардад: эритематозӣ-сквамозӣ, фолликулярӣ, инвертӣ.

Аз тарафи мо дар аксари ҳолатҳо шукуфаи шакли эритематозӣ-сквамозӣ (73,7%) ба қайд гирифта шуд. Ҳамчунин шакли инвертӣ – дар 12 нафар (10,9%), эритразмоидӣ – дар 4 нафар (3,6%), фолликулярӣ – дар 4 нафар (3,6%), витилигинозӣ – дар 3 нафар (2,8%), уртикармонанд - дар 2 нафар (1,8%), хирашуда – дар 2 нафар (1,8%), лихеноидӣ – дар як нафар (0,9%), сиртсинатӣ – дар як нафар (0,9%) бемор ташхис карда шуд.

Аз тарафи муаллифи таҳқиқот вижагиҳои зерини клиника ва чараҳои шукуфаи ҳаррангаро дар шароити иқлими гарм ошкор гардид:

1. Мардҳо (63,6%) назар ба занҳо (36,4%) бештар бемор мешаванд.
2. Шумораи беморони деҳотӣ (53,6%) нисбат ба шаҳриён (46,4%) бештар мебошанд.
3. Фоизи баланди беморшавӣ (80,9%) дар синни аз 17 то 35-солагӣ ба мушоҳида мерасад.

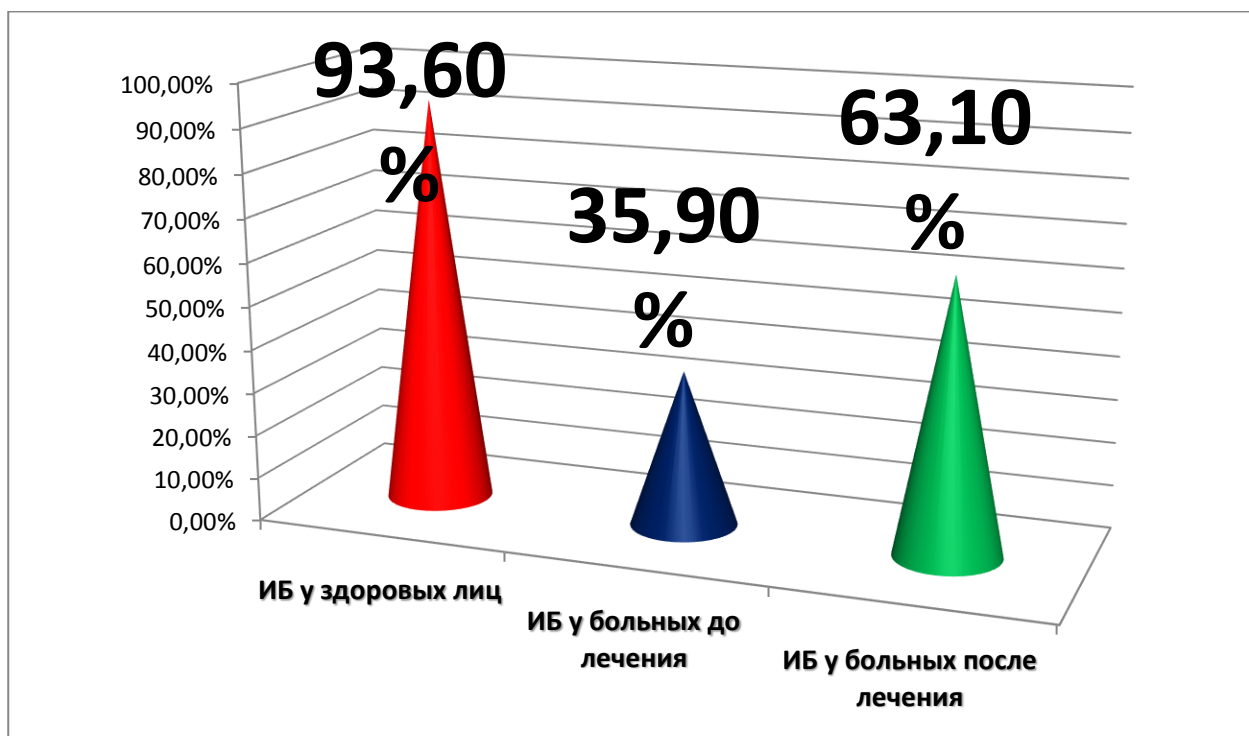
4. Гунаи паҳншудаи раванди осеббинӣ бо мавқеияти муқаррарии нуқтаҳо (80,9%) назар ба шакли маҳдуд (19,1%) бештар ба кайд гирифта мешавад.
5. Дар байни шаклҳои клиникӣ шакли эритематозӣ-сквамозӣ (73,7%) ва гиперпигментӣ назар ба гипопигментӣ бартарӣ доранд.
6. Дар баробари шаклҳои муқаррарии клиникӣ (88,2%) шаклҳои хеле кам дучоршавандаи ғайримуқаррарии беморӣ (11,8%), ба мисли витилигинозӣ, эритразмоидӣ, уртикармонанд, лихеноидӣ, сиртсинатӣ ва хурдашуда ба назар мерасанд.
7. Дар 20,9% беморон мавқеияти ғайримуқаррарии раванди осеббинӣ дар пӯсти чеҳра, зери бағал, чинҳои зери ғадуди ширӣ, чинҳои қадкашаку рон, суринҳо, гениталий, чуқурчаҳои зери зону мушоҳида мешавад.

Дар патогенези шукуфаи ҳарранга ба мавҷуд будани омилҳои мусоидаткунанда аҳамияти калон дода мешавад. Маълумоте, ки аз тарафи муаллифи таҳқиқот ҳангоми муоинаи беморон бо ёрии ЭГДС, ТУС-ташхис ва таҳқиқоти озмоишгоҳӣ дарёфт шудаанд, инҳо мебошанд: олудашавӣ бо гиччаҳо ва содатаринҳо (46%), бемориҳои чиҳози меъдаву рӯда (31,7%), осебҳои эндокринӣ (6,3%), ҳомиладорӣ(4,8%), камхунӣ ва норасоии оҳан (3,2%). Аутофлора ва хосиятҳои бактерисидии пӯсти одамони солим, беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга қабл ва баъд аз гузаронидани табобати зиддизамбурӯғӣ мавриди омӯзиш қарор дода шуд. Дар натиҷаи омӯзиши аутофлораи пӯст дар 30 нафар шахсони солим манзараи зерини микробӣ ошкор карда шуд: *S. epidermidis* – 43,4%, микрококкҳо – дар 33,3% ва ба дараҷаи камтар *S. saprothiticus* – дар 13,3%, *Sarcina* – 10,0%.

Натиҷаҳои таҳқиқи аутофлораи пӯсти беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга пеш аз муолиҷа аз нишондиҳандаҳои одамони солим

тафовут дошганд. Ассоциатсияи *S. aureus* ва *S. epidermidis* дар 60%, *S. aureus* ва замбурӯғҳои хамирмоғии *Candida albicans* – дар 14,6%, *S. aureus* ва *Klebsiella* – дар 12,7%, *S. Epidermidis* ва *Klebsiella* – дар 9,1%, *S. aureus*, *S. epidermidis* ва *Sarcina* – дар 3,6% ошкор карда шуданд. Дар ҳамаи ҳолатҳо барангезандаи пешсаф *S. aureus* мебошад, ҳамчунин афзоиши ассоциатсияи флораи коккӣ бо кишти чинси *Klebsiella*, намояндаи энтеробактерияҳои грамманфӣ дида мешавад. Ҷаббиши замбурӯғҳои чинси *Candida* дар ассоциатсия бо *S.aureus* ҳамчунин нишондиҳандаи афзоиши дараҷаи колонизатсияи пӯсти беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга нисбат ба гурӯҳи назоратии одамони муоинашуда мебошад. Манзараи дигари микрофлораи пӯст дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга баъди гузаронидани табобати антифунгалӣ мушоҳида карда шуд. Манзараи микробии ассоциатсияи *S.epidermidis* ва *S. aureus* дар 47,5% ҳолатҳо, *S. aureus*–дар 23,6% ҳолатҳо ба мушоҳида расид. Ҷаббиши флораи коккӣ дар ассоциатсия бо кишти чинси *Klebsiella* коҳиш ёфт (аз 12,7% ва 9,1% то 11,8% ва 7,2%), замбурӯғҳои чинси *Candida* бошад дар ҳолатҳои алоҳида (0,9%) дучор гардиданд, дар 5,4% ҳолатҳо бошад, инкишофи микроорганизмҳо тамоман ба назар нарасид. Ҳангоми таҳлили муқоисавии колонизатсияи пӯсти беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга қабл ва баъд аз табобат барқароршавии муқовиматпазирии ғайрихоссаи пӯст мушоҳида мешавад. Барои тасдиқ намудани ин муқаррарот шохиси бактерисидӣ (ШБ) муайян карда шуд, ки дар гурӯҳи назоратӣ (шахсони солим)  $93,6 \pm 0,5$ -ро ташкил дод, ки он ба меъёр мувофиқ аст; дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга пеш аз муолиҷа ШБ ба  $35,9 \pm 1,6$  ( $p < 0,001$ ) баробар буд, ки 2,6 маротиба аз нишондиҳандаҳои муътадил камтар аст. Баъди гузаронидани табобати антифунгалӣ дар онҳо баландшавии ШБ то  $63,1 \pm 2,1$  ( $p < 0,001$ ) мушоҳида мешавад. Шохиси бактерисидӣ нишондиҳандаи функцияи бактерисидии пӯст мебошад. Пастшавии нишондиҳандаи ШБ боиси афзоиши колонизатсия ва тухмнокшавии пӯст гардид. Таҳқиқоти муаллифи робитаи мутақобилаи дақиқи байни нишондиҳандаҳои ШБ ва дараҷаи тухмнокшавии

пӯстро дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга нишон медиҳанд: пастшавии ШБ то 35,9% ба дараҷаи баланди колонизатсияи пӯст бо ассоциатсияҳои микробӣ мусоидат намуд, ки омили муосидаткунанда барои инкишофи шукуфаи сабӯсмонанд мебошад (расми 4).



**Расми 4. - Нишондиҳандаҳои шохиси бактерисидӣ**

Мо арақчудокунӣ ва рН-и пӯстро дар 30 нафар шахсони солим ва беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга муайян намудем. Натиҷаи таҳқиқи шиддатнокии арақчудокунӣ дар чадвалиҳои 1-3 нишон дода шудаанд. Дар одамони солим миқдори зиёди арақ дар зери бағал ( $75,2 \pm 0,6$ ) ва чинҳои қадкашак ( $77,9 \pm 0,4$ ), камтар дар қисмати чеҳра ( $35,8 \pm 0,6$ ) ҷудо мешавад (ҷадвали 1).

**Ҷадвали 1. –Натиҷаҳои таҳқиқоти арақчудокунӣ дар гурӯҳи назоратӣ (n=30)**

Мавқеият	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Гурӯҳи асосӣ (пеш аз муолиҷа) (n=150) (M±m)	p

Чехра	35,8±0,6	46,4±0,2	<0,001
Гардан	50,5±0,7	59,3±0,3	<0,001
Сина	44,8±0,6	55,0±0,2	<0,001
Китф	37,6±0,3	46,0±0,2	<0,001
Банди даст	42,5±0,3	49,6±0,3	<0,001
Зери бағал	75,2±0,6	85,3±0,2	<0,001
Шикам	54,9±0,4	59,1±0,3	<0,001
Тахтапушт	47,4±0,3	55,2±0,2	<0,001
Чини қадкашак	77,9±0,4	85,2±0,3	<0,001

*Эзоҳ:* *p* – қимати омории тафовути байни гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (тибқи *U*-меъёри Манн-Уитни).

Арақҷудокунӣ дар ҳамаи беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга назар ба одамони солим дар тамоми мавқеиятҳо бештар аст. Арақҷудокунии зиёд бо ҳарорати баланди муҳити атроф дар тобистон алоқаманд аст, ки дар навбати худ боиси хуруҷҳои тез-тези микози мазкур дар фасли гармии сол мегардад (ҷадвали 2).

**Ҷадвали 2. –Натиҷаҳои таҳқиқи арақҷудокунӣ дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга пеш аз муолиҷа (n=110)**

Мавқеият	Пеш аз муолиҷа (n=150)	Баъд аз муолиҷа (n=110) (M±m)	p
Чехра	46,4±0,2	36,7±0,4	<0,001
Гардан	59,3±0,3	51,1±0,4	<0,001
Сина	55,0±0,2	46,7±0,4	<0,001
Китф	46,0±0,2	38,5±0,4	<0,001
Банди даст	49,6±0,3	44,1±0,3	<0,001
Зери бағал	85,3±0,2	75,6±0,3	<0,001
Шикам	59,1±0,3	49,0±0,3	<0,001
Тахтапушт	55,2±0,2	48,0±0,3	<0,001
Чини қадкашак	85,2±0,3	76,1±0,4	<0,001

*Эзоҳ:* *p* – қимати омории тафовут пеш аз муолиҷа ва баъд аз муолиҷа дар гурӯҳи асосӣ (аз рӯйи *T*-меъёри Вилкоксон).

Баъди гузаронидани табобати зиддифунгалӣ нишондиҳандаҳои арақҷудокунӣ муътадил гардиданд (ҷадвали 3).

**Ҷадвали 3.–Натиҷаҳои таҳқиқоти арақҷудокунӣ дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга баъд аз муолиҷа (n=110)**

Мавқеият	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Гурӯҳи асосӣ (баъди муолиҷа) (n=110)(M±m)	p
Рӯй	35,8±0,6	36,7±0,4	>0,05
Гардан	50,5±0,7	51,1±0,4	>0,05
Сина	44,8±0,6	46,7±0,4	<0,05
Китф	37,6±0,3	38,5±0,4	>0,05
Банди даст	42,5±0,3	44,1±0,3	<0,05
Зери бағал	75,2±0,6	75,6±0,3	>0,05
Шикам	54,9±0,4	49,0±0,3	<0,001
Тахтапушт	47,4±0,3	48,0±0,3	>0,05
Чини қадкашак	77,9±0,4	76,1±0,4	<0,001

Эзоҳ: p – қимати омории тафовути байни гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (тибқи U-меъёри Манн-Уитни).

pH –нишондиҳандаи ишқорнокӣ, бузургии он бо тамаркузи ионҳои озоди гидроген H<sup>+</sup> муайян карда мешавад. Доираи тағйирёбии pH аз 1 то 14 аст. Дар ин маврид беасарӣ ба оби тоза мувофиқ аст ва ба 7 баробар мебошад: pH аз як то ҳафт 7 – турш, аз 7 ва бештар – ишқорӣ.

Дар эпидермис равандҳои зиёди биохимиявӣ ҷараён меёбанд. Дар натиҷа кислотаҳо – ҷавҳари лиму, оксипропионат, глутаминӣ, аспарагинӣ ҳосил мешаванд. Ғадудҳои ҷарбу ҷарбуи пӯст, ғадуди баззоқӣ – арақе ҷудо мекунанд, ки дар сатҳи пӯст омехта гашта, мантияи кислотагии пӯстро ҳосил менамояд. Пӯсти муътадил воқуниш ба туршӣ дорад. Нишондиҳандаи pH-и пӯст ба ҳисоби миёна 5,5-ро ташкил медиҳад (ҷадвали 4).

#### Ҷадвали 4. –Нишондиҳандаи pH-и пӯст дар гурӯҳи назоратӣ

Мавқеият	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Гурӯҳи асосӣ (пеш аз муолиҷа) (n=110) (M±m)	p
Чехра	5,043±0,004	6,036±0,001	<0,001
Гардан	5,062±0,005	6,054±0,003	<0,001
Сина	5,033±0,004	5,426±0,007	<0,001

Китф	5,045±0,005	6,068±0,002	<0,001
Банди даст	5,579±0,003	6,073±0,002	<0,001
Зери бағал	5,857±0,005	7,146±0,002	<0,001
Шикам	5,362±0,004	6,072±0,007	<0,001
Тахтапушт	5,119±0,004	6,058±0,007	<0,001
Чини қадкашак	5,858±0,004	7,122±0,002	<0,001

*Эзоҳ:* *p* – қимати омории тафовути байни гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (тибки *U*-меъёри Манн-Уитни).

Нишондиҳандаи дараҷаи кислотанокӣ дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга дар чадвали 5 оварда шудааст.

### **Чадвали 5. - Нишондиҳандаҳои рН-и пӯсти беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга пеш аз муолиҷа**

Мавқеият	Пеш аз муолиҷа (n=110)	Баъд аз муолиҷа (n=110)	p
Чехра	6,036±0,001	5,511±0,003	<0,001
Гардан	6,054±0,003	5,506±0,002	<0,001
Сина	5,426±0,007	5,319±0,006	<0,001
Китф	6,068±0,002	5,415±0,006	<0,001
Банди даст	6,073±0,002	5,436±0,006	<0,001
Зери бағал	7,146±0,002	5,426±0,005	<0,001
Шикам	6,072±0,007	5,623±0,005	<0,001
Тахтапушт	6,058±0,007	5,489±0,005	<0,001
Чини қадкашак	7,122±0,002	5,413±0,002	<0,001

*Эзоҳ:* *p* – қимати омории тафовут пеш аз муолиҷа ва баъди муолиҷа дар гурӯҳи асосӣ (аз рӯйи *T*-меъёри Вилкоксон)

Тавре ки натиҷаҳои таҳқиқот нишон медиҳанд, дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга дар ҳамаи қисматҳои муоинашуда ба таври эътимоднок баландшавии рН-и пӯст мушоҳида шуда, ба ҳисоби миёна  $6,23 \pm 0,003$  баръакси нишондиҳандаи  $5,33 \pm 0,004$  дар одамони солимро ташкил дод, ки боиси тамоюли рН ба тарафи ишқорӣ мегардад, ин бошад дар навбати худ, барои афзоиши *Malassezia furfur* шароити мусоид фароҳам меоварад. Баъди гузаронидани табобати зиддизамбурӯғӣ рН-и пӯсти беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга дар ҳамаи қисматҳои

муоинашавандаи пӯст муътадил гардид ва ба ҳисоби миёна  $5,32 \pm 0,004$ -ро ташкил дод (ҷадвали б).

**Ҷадвали б. – Нишондиҳандаҳои рН-и пӯсти беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга баъди муолиҷа**

Мавқеият	Гурӯҳи назоратӣ (n=30)	Гурӯҳи асосӣ (баъдимуолиҷа) (n=110) (M±m)	p
Чехра	$5,043 \pm 0,004$	$5,511 \pm 0,003$	<0,001
Гардан	$5,062 \pm 0,005$	$5,506 \pm 0,002$	<0,001
Сина	$5,033 \pm 0,004$	$5,319 \pm 0,006$	<0,001
Китф	$5,045 \pm 0,005$	$5,415 \pm 0,006$	<0,001
Банди даст	$5,579 \pm 0,003$	$5,436 \pm 0,006$	<0,001
Зери бағал	$5,857 \pm 0,005$	$5,426 \pm 0,005$	<0,001
Шикам	$5,362 \pm 0,004$	$5,623 \pm 0,005$	<0,001
Тахтапушт	$5,119 \pm 0,004$	$5,489 \pm 0,005$	<0,001
Чини қадашак	$5,858 \pm 0,004$	$5,413 \pm 0,002$	<0,001

*Эзоҳ: p – қимати омории тафовути байни гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ (тибқи U-меъёри Манн-Уитни).*

Ба ҳамин тариқ, арақчудокунии фаровон дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга боиси тамоюли рН ба тарафи ишқорӣ гашта, ба колонизатсияи пӯст бо микроорганизмҳои бемориовар ва пастшавии хосиятҳои бактерисидии пӯст мусоидат мекунад .

Вобаста ба паҳншавии раванди осеббинӣ беморон ба 2 гурӯҳ тақсим карда шуданд: бо нуқтаҳои маҳдуд ва паҳншудаи осеб. Дар навбати худ, ҳар яке аз ин гурӯҳҳо ба гурӯҳҳои асосӣ ва назоратӣ тақсим карда шуданд.

Муаллифи таҳқиқоти диссертатсионӣ ба воситаи доруи итраспор 45 нафар беморони гирифтори шаклҳои паҳншуда ва ғайримуқаррарии микозро муолиҷа намуд (гурӯҳи асосӣ). Табобат бо истифода аз методҳои назорати микроскопӣ, люминестсентии таҳқиқот роҳандозӣ гардид. Доруи итраспор бо вояи 200 мг/шабонарӯз дар давоми 14 рӯз таъйин карда шуд. Барои арзёбии объективии методи пешниҳодшудаи муолиҷа натиҷаҳо бо гурӯҳи беморони гирифтори шаклҳои паҳншудаи шукуфаи ҳарранга муқоиса карда



шуд, ки барои онҳо дермазол бо вояи 200мг/шабонарӯз таъйин шуда буд (гурӯҳи муқоиса – 44 нафар беморон). Муоинаи санҷишӣ баъди ба анҷом расидани муолиҷа ва, минбаъд бошад, як бор дар як моҳ дар давоми 3 моҳ таъйин карда шуд. Натиҷаҳои муолиҷа ва муқоисаи меъёрҳои ғайриҷенакӣ дар ҷадвали 7 оварда шудаанд.

**Ҷадвали 7. - Натиҷаи муолиҷаи беморони гирифтори шаклҳои паҳншудаи шукуфаи ҳарранга**

Меъёрҳои муқоиса	Гурӯҳи асосӣ(n=45)		Гурӯҳи санҷишӣ (n=44)		p
	шумораи мутлақ	P±m <sub>p</sub> , %	шумораи мутлақ	P±m <sub>p</sub> , %	
Бартарафшавии нуқтаҳои осеб	44	97,8±2,2	36	81,8±5,8	<0,05
Кам шудани пӯстпартоӣ	44	97,8±2,2	37	84,1±5,5	<0,05
Набудани доначаҳои нав	45	100	36	81,8±5,8	<0,01
Набудани афканишот	45	100	36	81,8±5,8	<0,01
Озмоиши манфии Балзер	45	100	37	84,1±5,5	<0,01
Набудани митслия	44	97,8±2,2	36	81,8±5,8	<0,05
Шумораи беморони муолиҷашуда	44	97,8±2,2	36	81,8±5,8	<0,05
Шумораи беморон бо беҳтаршавии ҳолат	1	2,2±2,1	8	18,2±5,8	<0,05

*Эзоҳ: p – қимати тафовути нишондиҳандаи гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи назоратӣ*

Ба ҳамин тарик, дар гурӯҳи асосӣ шифоёбии клиникӣ ва микологӣ дар 44 (97,8%) нафар беморон ҳангоми таъйин намудани доруи атраспор дар давоми 14 рӯз ба назар расид, дар як бемор беҳтаршавии ҳолат мушоҳида карда шуд (2,2%). Дар гурӯҳи муқоисавӣ шифоёбии клиникӣ микологӣ дар 36 (81,8%) нафар беморон ба даст оварда шуд, дар 8(18,2%) нафар

беҳтаршавии ҳолат мушоҳида карда шуд. Дар тамоми меъёрҳои ғайриченакӣ мо таовути аз ҷиҳати омӯри эътимоднокро ҳангоми муолиҷа бо доруи итраспор муқаррар намудем, ки барои ҳулоса баровардан оид ба самаранокии баланди он дар муқоиса бо гурӯҳи санҷишӣ имкон дод. Мо самаранокии доруҳои тербинафин 1% спрей-кафкро дар 11 нафар беморони дорои нуқтаҳои маҳдуди осеб (гурӯҳи асосӣ) омӯхтем. Ба беморон коркард намудани нуқтаҳои осеб бо тербинафин ду бор дар як рӯз дар давоми як ҳафта тавсия карда шуд. Барои арзёбии объективии методи пешниҳодшудаи табобат натиҷаҳо бо гурӯҳи беморони дорои шаклҳои маҳдуди шукуфаи ҳарранга, ки барои онҳо малҳами клотримазол (гурӯҳи санҷишӣ) таъйин шуда буд, муқоиса карда шуданд. Ба беморон коркард намудани нуқтаи осеб бо марҳами клотримазол ду бор дар як рӯз дар муддати 7 рӯз тавсия дода шуд. Муолиҷа маҷмӯӣ буда, бо дарназардошти осеббинҳои ошкоршуда табобати тасҳеҳкунанда таъйин карда шуд. Муоинаи санҷишӣ як бор дар як моҳ дар муддати 3 моҳ гузаронида шуд.

Натиҷаҳои табобат ва муқоисаи меъёрҳои ғайриченакии ду гурӯҳ дар ҷадвали 8 оварда шудааст.

**Ҷадвали 8.–Натиҷаи муолиҷаи беморони гирифтори шукуфаи ҳаррангаи дорои нуқтаҳои маҳдуди осеб**

Меъёрҳои муқоиса	Гурӯҳи асосӣ (n=11)		Гурӯҳи муқоиса (n=10)		p
	шумораи мутлақ	P±m <sub>p</sub> , %	шумораи мутлақ	P±m <sub>p</sub> , %	
Баргарафшавии нуқтаҳои осеб	10	90,9±8,7	6	60,0±15,5	>0,05
Кам шудани пӯстпартоӣ	11	100	7	70,0±14,5	>0,05
Набудани доначаҳои нав	11	100	8	80,0±12,6	>0,05
Набудани афканишот	11	100	6	60,0±15,5	<0,05
Озмоиши манфии Балзер	10	90,9±8,7	7	70,0±14,5	>0,05
Набудани	10	90,9±8,7	6	60,0±15,5	>0,05

митслия					
Шумораи беморони муоличашуда	10	90,9±8,7	6	60,0±15,5	>0,05
Шумораи беморон бо беҳтаршавии ҳолат	1	9,1±8,7	4	40,0±15,5	>0,05

*Эзоҳ:р – қимати тафовути нишондиҳандаи гурӯҳи асосӣ ва гурӯҳи муқоиса*

Ба ҳамин тариқ, дар гурӯҳи таҷрибавӣ шифоёбии клинику микологӣ дар 10 нафар (90,9%) беморон ба даст оварда шуд, дар як нафар (9,1%) бемор беҳтаршавии ҳолат мушоҳида карда шуд, ки барои вай давраи тақрорӣ муолиҷа бо ҳуди ҳамон воя баъди як ҳафтаи танаффус таъйин карда шуд. Дар гурӯҳи муқоисавӣ шифоёбии клинику микологӣ дар 6 нафар (60%) беморон фаро расид, дар 4 нафар (40%) беҳтаршавии ҳолат мушоҳида карда шуд. Баъди як ҳафта ба беморони муоличанашуда, тербинафин 1% спрей-кафк бо ҳуди ҳамон воя таъйин карда шуд. Шифоёбии клинику микологӣ дар 4 нафар беморон муяссар гардид. Ба ҳамин тариқ, дар гурӯҳи асосӣ 10 нафар беморон, (90,9%), дар гурӯҳи муқоисавӣ 6(60%) нафар беморон муолиҷа карда шуданд. Аз тарафи мо тафовути аз ҷиҳати омӯри эътимоднок ҳангоми муолиҷа бо доруи тербинафин қайд карда шуд, ки барои ҳулоса баровардан оид ба самаранокии баланд нисбат ба гурӯҳи муқоисавӣ имконият медиҳад.

### **Натиҷаҳои минбаъдаи муолиҷаи беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга**

Дар асоси таҳқиқоти гузаронидашуда муқаррар карда шуд, ки баъди 10 моҳи назорат дар гурӯҳи асосии беморони гирифтори шаклҳои паҳншудаи шукуфаи ҳарранга набудани ҳуруҷҳои тақрорӣ дар 95,5% (43), дар гурӯҳи муқоисавӣ – дар 84,1% (37) мушоҳида карда шуд. Дар гурӯҳи асосӣ бо нуқтаҳои маҳдуди осеби шукуфаи ҳарранга баъди 10 моҳи назорат ҳуруҷҳои тақрорӣ беморӣ дар як нафар бемор (9,1%), дар гурӯҳи муқоисавӣ – дар 4 (40%) нафар беморон ба қайд гирифта шуд.

Ба ҳамин тариқ, ҳангоми муқоисаи натиҷаҳои минбаъда дар бораи самаранокии баланди итраспор нисбат ба дермазол ҳангоми муолиҷаи шаклҳои паҳншудаи шукуфаи ҳарранга (95,5% дар муқобили 84,1%,  $P < 0,05$ ), ва ҳангоми муолиҷаи шаклҳои маҳдуд – самаранокии 1% спрейкафки тербинафин нисбат ба марҳами клотримазол (90,9% ба муқобили 60%,  $P < 0,05$ ) натиҷагирӣ шуд.

## ХУЛОСА

### Натиҷаҳои асосии илмӣ таҳқиқоти диссертатсионӣ

1. Вижагиҳои клиника ва чараёни шукуфаи ҳарранга дар шароити иқлими гарм муқаррар карда шуданд: бештар шакли паҳншудаи дерматоз (80,9%) ба қайд гирифта мешавад; дар байни шаклҳои клиникӣ - шакли эритематозӣ-сквамозӣ (73,7%) бартарӣ дорад; дараҷаи баланди беморшавӣ дар гурӯҳҳои синнусолии аз 17 то 35 сола (80,9%) мушоҳида мешавад; назар ба занҳо бештар мардҳо ба ин беморӣ гирифтور мешаванд (63,6% ба муқобили 36,4%); дараҷаи беморшавӣ дар байни сокинони деҳот нисбат ба шаҳрनिшинон баландтар буд (53,6%) [1 - А, 3 - А, 11 - А, 12 - А, 20 - А].
2. Коҳишёбии шохиси бектерисидӣ 2,6 маротиба (35,9% ба муқобили 93,6%) муқаррар карда шуд, ки ба дараҷаи баланди колонизатсияи пӯст бо ассоциатсияҳои микробӣ мусоидат намуд, ки ҳамчун нишондиҳандаи объективии тамоюли пӯст ба сироятҳои замбурӯғӣ баррасӣ намудан лозим аст [2 - А, 7 - А, 8 - А].
3. Арақчудокунии зиёд дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга ( $60,1 \pm 0,24$  ба муқобили  $51,8 \pm 0,46$ ), ки бо иқлими гарм алоқаманд аст, ки он боиси тамоюли рН-и пӯст ба тарафи ишқорӣ гардид ( $6,23 \pm 0,003$  ба муқобили  $5,33 \pm 0,003$ ), барои рушду инкишофи *Malassezia furfur* шароити мусоид фароҳам овард [6 - А, 7 - А, 8 - А, 15 - А].

4. Самараи баланди муолижавии антимикотики итраспор (ҳангоми шакли паҳншуда – 97,8%) ва тербинафин 1% спрей-кафк (ҳангоми шакли паҳншуда – 90,9%) ҳангоми муолиҷаи шукуфаи ҳарранга мушоҳида карда шуд [4 – А, 5 – , 14 – А, 16 – А, 18 – А].

5. Методи коркардшудаи пешгирӣ бо шампуни «Дермазол» (ҳар моҳ як бор дар давоми 3 рӯз ба муддати 6 моҳ) методи самараноки пешгирии хуруҷҳои беморӣ ба шумор меравад [22–А].

### **Тавсияҳо оид ба истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқот**

1. Истифодаи антимикотики муосири системавии итраспор ҳангоми шаклҳои паҳншудаи шукуфаи ҳарранга 200мг/ш/рӯз дар давоми ду ҳафта тавсия мегардад.
2. Ҳангоми шаклҳои маҳдуди шукуфаи ҳарранга ба мақсади баланд бардоштани самаранокии муолиҷа истифода бурдани 1% спрей-кафки тербинафин ду бор дар давоми як ҳафта тавсия мешавад.
3. Дар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга гузаронидани ЭГДС ва ТУС-и узвҳои дохилӣ ба мақсади ошкор намудани осебҳои ҳамроҳ ва тасҳеҳи саривактӣ онҳо хеле муҳим мебошад.
4. Барои пешгирии хуруҷҳои шукуфаи ҳарранга истифодаи шампуни «Дермазол» як бор дар як моҳ дар давоми се рӯз пайдарҳам (аз моҳи март то август), дар қисмати мӯйдори сар, пӯсти бадан ва дасту пой то 5-10 дақиқа, сипас обгардон кардан тавсия мешавад.
5. Огоҳ будани табибони муолиҷакунанда аз вижагиҳои ҷараёни клинӣи шукуфаи ҳарранга дар сокинони иқлими гарм барои ташхиси саривактӣ ва муолиҷаи дерматоз муосидат мекунад.

### **ФЕҲРИСТИ ИНТИШОРОТИ ДОВТАЛАБИ ДАРАҶАИ ИЛМӢ**

**Интишороти муаллифи таҳқиқот дар маҷаллаҳои илмӣ  
тақризшаванда**

**1 – А.** Абдуллоева М.А. Клинические формы разноцветного лишая кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Здоровоохранение Таджикистана. – 2011. - №4. – С.12-15.

**2 – А.** Абдуллоева М.А. Микрофлора и бактерицидные свойства кожи у больных разноцветным лишаем / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, И.О. Кенджаева // Вестник Авиценны. - 2012. - №3.- С.135-139.

**3 – А.** Абдуллоева М.А. Современный взгляд на разноцветный лишай: некоторые аспекты патогенеза и особенности клинического течения в условиях жаркого климата / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Вестник Авиценны. – 2017. - №1. – С.31-36.

### **Мақолаҳо дар маҷаллаҳои илмӣ**

**4 – А.** Абдуллоева М.А. Тербинафин 1% спрей при грибковых заболеваниях кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.С. Исаева // Здоровоохранение Таджикистана. – 2010. - №2. – С.112-114.

**5 – А.** Абдуллоева М.А. Усули нави истифодаи дору ҳангоми муолиҷаи замбурӯғи пӯст / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.С. Исаева // Авҷи Зухал. – 2011. - №1. – С.19-20.

**6 – А.** Абдуллоева М.А. Потоотделение и рН у больных разноцветным лишаем / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, К.М. Мухамадиева, Х.И. Алиев // Сборник статей по материалам XXV-XXVI международных заочных научно-практических конференций. – 2014.- С.45-49.

**7 – А.** Абдуллоева М.А. Некоторые аспекты патогенеза разноцветного лишая в условиях жаркого климата / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, К.М. Мухамадиева, М.М. Ахмедов // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии». - 2016. – С.40-42.

**8 – А.** Абдуллоева М.А. Отрубевидный лишай (звенья патогенеза) / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.М. Ахмедов // Материалы международной научно-практической конференции «Здоровье населения: профилактика заболеваний и инвалидность в Республике Таджикистан». – 2016. – С.144-146.

## **Фишурдаи таълифот дар маҷмӯаҳои маводи конференсияҳо**

- 9 – А.** Абдуллоева М.А. Отрубевидный лишай в условиях жаркого климата / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Сборник научных статей 55-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2007. – С. 81-82.
- 10 – А.** Абдуллоева М.А. Исследование эффективности и переносимости «Орунгала» в терапии разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, Д.Х. Абдиева, М.А. Каримова // Сборник научных статей 56-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2008. – С. 117-118.
- 11 – А.** Абдуллоева М.А. Клинический полиморфизм разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Материалы V съезда дерматологов республики Узбекистан. – 2008. – С.12.
- 12 – А.** Абдуллоева М.А. Современные особенности клинической картины разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Сборник научных статей 57-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2009. – С. 206-207.
- 13 – А.** Абдуллоева М.А. Эффективность «Эконазол» 1% спрей-пены при лечении грибковых заболеваний кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.С. Исаева // Сборник научных статей 57-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2011. – С. 117-118.
- 14 – А.** Абдуллоева М.А. Клиническая эффективность тербинафин 1% спрей-пены при наружной терапии отрубевидного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.С. Исаева, Мирзоева М.Т. // Сборник материалов XIX Российского национального конгресса «Человек и лекарство». – 2012. – С. 300.
- 15 – А.** Абдуллоева М.А. pH кожи у больных разноцветным лишаем / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2014. - №1/2014(21). – С. 24.
- 16 – А.** Абдуллоева М.А. Итраспор в терапии разноцветного лишая кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, К.М. Мухамадиева, М.М. Ахмедов // Сборник научных статей 63-ей научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2015. – С.164-165.

**17 – А.** Абдуллоева М.А. Новые возможности в лечении разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2015. - №3/2015(27). – С.26-27.

**18 - А.** Абдуллоева М.А. Современный антимикотик итраспор в терапии разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.М. Ахмедов // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» - 2016. – С.43-44.

**19 – А.** Абдуллоева М.А. Клиническая эффективность 1% крема финотерб в терапии разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.М. Ахмедов // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» - 2016. – С.264.

**20 – А.** Абдуллоева М.А. Отрубевидный лишай: особенности клиники в условиях жаркого климата кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров, М.М. Ахмедов // Сборник научных статей 64-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2016. – С. 24

**21 – А.** Абдуллоева М.А. Использование эрбинола в лечении разноцветного лишая / М.А. Абдуллоева, Д.Х. Абдиева // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2017. - №2/2017(34). – С. 90-91.

**22 – А.** Абдуллоева М.А. Современное средство от грибка *Malasseziafurfur* кожи / М.А. Абдуллоева, П.Т. Зоиров // Сборник научных статей 65-ой научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. – 2017. – С. 28-29.

### **Феҳристи ихтисораҳо**

ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

ЧМР – ҷиҳози меъдаву рӯда

КОА – Комиссияи олии аттестатсионӣ

ТУС–таҳқиқоти ултрасадоӣ

ФР – Федератсияи Россия

ШБ – шохиси бактерисидӣ

pH – тамаркузи ионҳои гидроген



## АННОТАЦИЯ

автореферата диссертации Абдуллоевой Мухаббат Ахмадалиевны на тему «*Разноцветный лишай в условиях жаркого климата (патогенез, особенности клиники, терапия и профилактика)*» на соискание учёной степени кандидата медицинских наук по специальности: 4.01.10 – **Кожные и венерические болезни**

**Ключевые слова:** *разноцветный лишай, Malassezia furfur, микрофлора, индекс бактерицидности, потоотделение, рН, итраспор, тербинафин, дермазол.*

**Цель:** изучить патогенез, особенности клиники, терапия и профилактика разноцветного лишая в условиях жаркого климата.

**Методы исследования и использованная аппаратура.** Для решения поставленных в работе задач было проведено комплексное обследование 110 больных с разноцветным лишаем. При люминесцентной диагностике была использована лампа Вуда. Для микроскопического исследования чешуйки кожи обрабатывали 20% раствором калия гидроксида, обработанный препарат микроскопировали через 30-40 минут. Определение аутофлоры кожи проводилось по методу У.К. Нобла (1946.). Бактерицидную активность кожи определяли методом контактных пластинок по И.И. Клемпарской (1966). Индекс бактерицидности (ИБ) определяли по специальной формуле. Для определения рН кожи был использован колориметрический метод. Для качественной оценки интенсивности потоотделения был использован индикатор интенсивности потоотделения ИИП-01. Статистический анализ проводился на ПК с использованием прикладного пакета «Statistica 6.0» (StatSoftInc., США). Вычислялись средние значения показателей и их ошибка ( $M \pm m$ ). Дисперсионный анализ для независимых пар выборок проводился с использованием U-критерия Манна-Уитни, а для зависимых пар выборок – по T-критерию Вилкоксона. Различия считались статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

**Полученные результаты и их новизна.** Впервые выявлены особенности клиники и течения разноцветного лишая в условиях жаркого климата Республики Таджикистан. Впервые изучены некоторые стороны патогенеза разноцветного лишая: рН, потоотделение, аутофлора и бактерицидные свойства кожи. Доказана высокая эффективность современного системного антимикотика итраспора при лечении распространенной формы и 1% тербинафин спрея при ограниченной форме разноцветного лишая. Разработана методика профилактики рецидивов отрубевидного лишая шампунью «Дермазол».

**Рекомендации по использованию.** При распространенных вариантах заболевания применять итраспор, при ограниченных формах тербинафин 1% спрей, в целях профилактики использовать шампунь «Дермазол», а также провести УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, консультацию смежных специалистов.

**Область применения:** кожные и венерические болезни

## АННОТАТСИЯИ

автореферати диссертатсияи Абдуллоева Муҳаббат Аҳмадалиевна дар мавзӯи «Шукуфаи ҳарранга дар шароити иқлими гарм (патогенез, вижагиҳои клиникӣ, табобат ва пешгириӣ)» барои дарёфти дараҷаи илмӣ номзади илмҳои тиб аз рӯйи ихтисоси 14.01.10 – Бемориҳои пӯсту зуҳравӣ

**Вожаҳои калидӣ:** шукуфаи ҳарранга, *Malassezia furfur*, микрофлора, шохиси бактерисидӣ, арақчудокунӣ, рН, итраспор, тербинафин, дермазол.

**Мақсади таҳқиқот:** омӯхтани патогенез, вижагиҳои клиникӣ, табобат ва пешгирии шукуфаи ҳарранга дар шароити иқлими гарм.

**Методҳои таҳқиқот ва дастгоҳҳои истифодашуда:** барои ҳалли масъалаҳои таҳқиқот муоинаи маҷмӯии 110 нафар беморони гирифтори шукуфаи ҳарранга роҳандозӣ гардид. Ҳангоми таҳқиқи люминесцентӣ чароғи Вуд истифода шуд. Барои таҳқиқи микроскопӣ пулакчаҳои пӯстро бо маҳлули 20%-и гидрооксиди калий коркард гардида, маводи коркардшуда баъди 30-40 дақиқа таҳти микроскоп муоина шуд. Муайян намудани аутофлораи пӯст бо методи У.К. Нобл (1946.) гузаронида шуд. Фаъолнокии бактерисидии пӯст бо методи лавҳачаҳои иртиботӣ тибқи И.И. Клемпарская (1966) муайян карда шуд. Шохиси бактерисидӣ (ИБ) аз рӯйи формулаи махсус ҳисоб ва барои муайян намудани рН-и пӯст методи колориметрӣ истифода гардид. Барои арзёбии босифати шиддатнокии арақчудокунӣ индикатори шиддатнокии арақчудокунӣ ИИП-01 истифода бурда шуд. Таҳлили оморӣ дар компютери инфиродӣ бо истифодаи бастаи барномаҳои «Statistica 6.0» (StatSoftInc., США) гузаронида шуд. Қимати миёнаи нишондиҳандаҳо ва иштибоҳи онҳо бо  $(M \pm m)$  ҳисоб карда шуд. Таҳлили дисперсионӣ барои чуфтҳои мустақили интихобӣ бо истифодаи U-меъёрҳои Манн-Уитни, барои чуфтҳои вобастаи интихобӣ – аз рӯйи T-меъёри Вилкоксон роҳандозӣ гардид. Тафовут ҳангоми  $p < 0,05$  будан аз ҷиҳати оморӣ эътимоднок доништа шуд.

**Натиҷаҳои ҳосилшуда ва навогонии онҳо.** Бори аввал вижагиҳои клиника ва чараёни шукуфаи ҳарранга дар шароити иқлими гарми Чумхурии Тоҷикистон ошкор карда шуд. Нахустин маротиба баъзе ҷанбаҳои патогенези шукуфаи ҳарранга аз қабилӣ рН, арақчудокунӣ, аутофлор ва хосиятҳои бактерисидии пӯст мавриди омӯзиш қарор гирифт. Самаранокии баланди антимиқотикии муосири системавии доруи итраспор ҳангоми муолиҷаи шакли паҳншуда ва 1% тербинафин спрей ҳангоми шакли маҳдуди шукуфаи ҳарранга исбот карда шуд. Методикаи пешгирии хуруҷҳои шукуфаи сабӯсмонанд бо шампуни «Дермазол» таҳия карда шуд.

**Тавсияҳо оид ба истифода:** ҳангоми шаклҳои паҳншудаи беморӣ доруи итраспор ва дар мавриди шаклҳои маҳдуди бемории мазкур

тербинафин 1% спрей, ба мақсади пешгирӣ бошад, шампуни «Дермазол» истифода шавад, инчунин ТУС-и узвҳои ковокии шикам, ЭГДС, машваратдиҳии мутахассисони дахлдор гузаронида шавад.

**Соҳаи истифода:** бемориҳои пӯсту зуҳравӣ

## ANNOTATION

### ABDULLOEVA MUHABBAT AHMADALIEVNA VERSICOLOR TINEA IN A HOT CLIMATE CONDITIONS (PATHOGENESIS, CLINICAL FEATURES, THERAPY AND PREVENTIVE MEASURES)

**Key words:** versicolortinea, Malassezia furfur, microflora, bactericidal action index, perspiration, pH, itraspor, terbinafine, dermazole.

**Purpose:** to study the pathogenesis, clinical features, therapy and prevention of versicolor tinea in a hot climatic condistions.

**Study methods and equipment used:**To solve the assigned tasks, a complete physical examination of 110 patients with versicolortinea was carried out. Wood's lamp was used during luminescent diagnostics. For a microscopic examination, the skin pellswere treated with a 20% potassium hydroxide solution, the treated preparation was microscoped in 30-40 minutes. The determination of skin autoflorawas carried out according to the method of U.K. Noble (1946.). The bactericidal activity of the skin was determined by the contact plate method according to I.I. Klemparsky (1966). The bactericidal activity index (BAI) was determined by a special formula. To determine the pH of the skin the colorimetric method was used. For a qualitative evaluation of the perspiration rate, the perspiration rate indicator (PRI-01) was used. Statistical analysis was performed on a PC using the Statistica 6.0 application package (StatSoft Inc., USA). Average values of indicators and their error were calculated ( $M \pm m$ ). Dispersion analysis for independent pairs of samples was carried out using the Mann-Whitney U-test, and for dependent pairs of samples using the Wilcoxon T-test. Differences were considered statistically significant at  $p < 0.05$ .

**Findings and their novelty:** For the first time, the clinical features and the course of versicolortinea were revealed in the hot climate conditions of the Republic of Tajikistan. For the first time, some aspects of the pathogenesis of versicolortinea were studied: pH, perspiration, autoflora and bactericidal properties of the skin. High efficiency of the Itraspor modern systemic antimycotic agent is proved in the treatment of common form and 1% Terbinafine Spray in the treatment of limited form of versicolortinea. A method has been developed for the relapse prevention of scaly skin disease with Dermazole shampoo.

**Recommendations for use:** in case of common variants of the disease, use Itraspor, in case of limited forms use 1% Terbinafine Spray, as a preventive measure, use Dermazole shampoo, and also perform ultrasound exam of the abdominal organs, EGD, consultation of related experts.

**Domain of usage:** skin and venereal diseases