

# НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ  
ЖУРНАЛ**

**№1-2024**<sup>(105)</sup>

ISSN 2091-5969

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ  
ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК**

**ЯНГИЛИКЛАРИ**

Марказий Осиё илмий амалий журналли

**THE NEWS**

**OF DERMATOVENEROLOGY  
AND REPRODUCTION HEALTH**

Central Asian Scientific and Practical Journal

|  |   |
|--|---|
| ИЗУЧЕНИЕ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ<br>У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ<br>ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА<br>Н.А. Аликулова, Г.М. Уринова.....51   | STUDY OF CEREBRAL HEMODYNAMICS<br>IN PATIENTS WITH SEVERE<br>ISCHEMIC STROKE<br>N.A. Alikulova, G.M. Urinova.....51   |
| НOMILADORLARDA SIMPTOMSIZ БАКТЕРИУРИЯ:<br>АКУШЕРЛИК ВА PERINATAL АСПЕКТЛАРИ<br>Q.M. Matrizaeva, A.O. Xaitov.....53   | ASYMPTOMIC BACTERIURIA IN PREGNANT WOMEN:<br>OBSTETRIC AND PERINATAL ASPECTS<br>K.M. Matrizaeva, A.O. Khaitov.....53  |
| НOMILA KO'TARA OLMASLIKNI<br>TASHXISLASHNI<br>ТАКОМИЛЛАСHTIRISH<br>G. J. Matrizaeva, N.R. Sapparbaeva.....54   | OPTIMIZATION OF<br>DIAGNOSIS OF MISTARRIAGE<br>G.Dj. Matrizaeva, N.R. Sapparbaeva.....54  |
| ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ,<br>ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ<br>С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ НА ФОНЕ<br>ИЗБЫТОЧНОГО ВЕСА В НЕКОТОРЫХ СТАЦИОНАРАХ<br>ХОРЕЗМСКОЙ ОБЛАСТИ<br>Д.М. Матрасулова, С.Р. Исмоилов.....57 | THE PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS<br>OF HOSPITALS UTILIZED IN THE TREATMENT<br>OF PATIENTS WITH SEVERE ACUTE<br>PANCREATITIS<br>AND EXCESS WEIGHT IN CERTAIN MEDICAL<br>FACILITIES IN THE KHOREZM REGIONN.<br>D.M. Matrasulova, S.R. Ismoilov.....57 |
| ДИАГНОСТИКА ПУЗЫРНОГО ЗАНОСА<br>К.К. Мадримова, Х.С. Икрамова.....59   | DIAGNOSIS OF HYDATIDIFORM MOLE<br>Q.Q. Madrimova, Kh.S. Ikramova.....59   |
| ТРАДИЦИОННЫЕ И СОВРЕМЕННЫЕ<br>МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ<br>МЕЛАЗМЫ<br>Ш.А Юсупова, С.А. Юлдашева,<br>Б.М. Низаматдинова, Б.М. Камилова.....61   | TRADITIONAL AND CONTEMPORARY METHODS<br>OF DIAGNOSING AND TREATING MELISMA<br>Sh.A Yusupova, S.A. Yuldasheva,<br>B.M. Nizamatinova, B.M. Kamilova.....61  |
| <b><u>Обзор</u></b>  |   |
| ИК-ЛАЗЕРЫ В ЛЕЧЕНИИ КАПИЛЛЯРНЫХ<br>ГЕМАНГИОМ КОЖИ<br>У.А. Ташкенбаева, М.Р. Мухамедова, Р.А. Садыков.....64  | IR LASERS IN THE TREATMENT OF CAPILLARY<br>HEMANGIOMA OF THE SKIN<br>U.A. Tashkenbaeva, M.R. Mukhamedova, R.A. Sadykov.....64   |
| МАТЕРИНСКИЙ ФАКТОР РАЗВИТИЯ<br>ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННОСТИ<br>А.А. Аскеров, Д.М. Ташмаматова, А.М. Карыбекова,<br>Г.А. Субанова, Г.К. Жалиева, Б.К. Аманатов.....68   | MATERNAL FACTOR IN THE DEVELOPMENT<br>OF PREGNANCY PATHOLOGY<br>A.A. Askerov, D.M. Tashmamatova, A.M. Karybekova,<br>G.A. Subanova, G.K. Jalieva, B.K. Amanatov.....68  |
| <b><u>Случай из практики</u></b>   |   |
| КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА<br>У.Б.Нурматов, Н.Ф.Нурматова .....71  | CLINICAL CASE OF BEHCHE'T'S DISEASE<br>U.B.Nurmatov, N.F. Nurmatova .....71   |

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БОЛЕЗНЬ БЕХЧЕТА**

*У.Б. Нурматов, Н.Ф. Нурматова*

Ташкентский Государственный стоматологический институт, Ташкентская  
медицинская академия

В статье описан клинический случай болезни Бехчета.

**Ключевые слова:** болезнь Бехчета, патогенез, клиника, лечение.

**Bexchet kasalligining klinik uchrashi**

*U.B. Nurmatov, N.F. Nurmatova*

Maqolada Bexchet kasalligining, klinik ko'rinishi tasvirlangan.

**Tayanch so'zlar:** Bexchet kasalligi, patogenez, klinikasi, davolash.

**Clinical case of Behcet's disease**

*U.B. Nurmatov, N.F. Nurmatova*

The article describes the clinical case Syndrom of behchet.

**Key words:** Syndrom of behchet, pathogenesis, clinic's, treatment.

**Болезнь Бехчета** (ББ) (син., болезнь Адамантиадиса-Бехчета, болезнь Шелкового пути) – хроническое рецидивирующее полисистемное заболевание неизвестной этиологии, в основе которого лежит системный васкулит, поражающий артерии и вены разного калибра [1,2,3,4]. Это единственный системный васкулит, при котором может развиваться вторичный илоидоз. Заболевание иммуногенетически обусловлено: обнаружены значимые ассоциации ББ с антигенами HLA-B5, B12, B51 [2,5]. К большим клиническим признакам болезни Бехчета относятся 4 вида изменений:

- оральные в виде глубокого весьма болезненного афтозного стоматита, гингивита, глоссита, фарингита;
- глазные в виде гипопиона, хореоретинита, иридоциклита и нередко панuveита с прогрессирующим снижением зрения;
- некротические генитальные изъязвления с последующим грубым рубцеванием;
- кожные, характеризующиеся узловатой эритемой, язвенными поражениями, пиодермией.

К малым признакам болезни Бехчета относят:

- суставной синдром в виде ассиметричного моноолигоартрита средних суставов без развития деструктивных изменений;
- эрозивно-язвенное поражение пищеварительного тракта на всем протяжении;
- тромбоз крупных вен (верхней и нижней полых вен);
- тяжелое поражение ЦНС (менингоэнцефалит, полинейропатия, деменция).

Болезнь Бехчета – имеет уникальную генетическую распространенность. Чаще всего заболевание диагностируется в регионах, через который проходил Великий Шелковый путь – в странах Средиземноморья, Центральной и Восточной Азии [1,6]. Сам Хулуси Бехчет считал, что заболевание имеет вирусную природу. Обнаружение антител в сыворотке крови, слизистой полости рта указывает на участие иммунных (аутоиммунных) механизмов в патогенезе дерматоза. Также аутоиммунная природа прослеживается на том основании, что данное заболевание часто ассоциируется с другими аутоиммунными заболеваниями.

В основе патогенеза – развитие системного васкулита иммунокомплексной природы. Основными патогенетическими звеньями процесса являются: снижение активности Т-лимфоцитов хелперов и увеличение циркулирующих ау-

тоантител к клеткам слизистых оболочек; появление циркулирующих Т-лимфоцитов обладающих цитотоксичностью по отношению слизистой оболочки ротовой полости; уменьшение количество рецепторов интерлейкина-2 на Т-лимфоцитах; снижение в слюне концентрации секреторного Ig A; высокая хемотоксическая и фагоцитарная активность сегментоядерных нейтрофилов. Все эти факторы способствуют повреждению эндотелия сосудов при болезни Бехчета. Возможно поражение сосудов как артериального, так и венозного русла [1,6,7,8].

**Клиника.** Заболеванием страдают лица обоего пола, мужчины чаще, чем женщины, преимущественно в возрасте от 20 до 40 лет. При болезни Бехчета поражаются многие органы и ткани, но наиболее частыми являются орогенитальные язвы. Основные симптомы по своей частоте распределяются следующим образом: афтозный стоматит (90-100% больных), язвы на гениталиях (80-90% больных), глазные симптомы (60-85% больных). Изменения ротовой полости характеризуются появлением афтозных молочницеподобных эрозий и язв, имеющих различные очертания. Они появляются на языке, мягком и твердом нёбе, нёбных дужках, миндалинах, щеках, деснах и губах и сопровождаются сильными болями. Обычно высыпания начинаются с ограниченного болезненного уплотнения слизистой оболочки, на котором затем образуется сначала поверхностная, покрытая фибринозным налётом, а затем кратерообразная язва с небольшой гиперемией вокруг. Язва может увеличиваться в размере до 2-3 см в диаметре. Иногда процесс начинается как обычная поверхностная афта, но спустя 5-10 дней в основании такой афты появляется инфильтрат, а сама афта превращается в глубокую язву. После заживления остаются мягкие, поверхностные, гладкие рубцы. Одновременно может существовать 3-5 очагов поражения. Изъязвления афтозного характера располагаются на слизистой оболочке носа, в гортани, пищеводе, желудочно-кишечном тракте.

Поражения на гениталиях состоят из мелких пузырьков, поверхностных эрозий и язв, изредка с подрытыми краями. На половых органах у мужчин язвы располагаются преимущественно на мошонке, у корня полового члена и на внутренней поверхности бедер. Очертания неправильные, размеры достигают 2-4 см в диаметре. Дно язв неровное, покрытое серозно-гнойным налетом, часто резко выражена болезненность. У женщин на больших и малых половых губах в большом количестве обнаруживаются болезненные при пальпации язвы величиной от горошины до

размеров 5-копеечной монеты. Иногда на коже туловища и конечностей наблюдаются высыпания в виде узловатой и многоформной экссудативной эритемы, узелков, гнойничков, акнеформных и геморрагических элементов. Обычно заболевание сопровождается тяжелым общим состоянием больного, повышением температуры, сильной головной болью, общей слабостью, параличем черепномозговых нервов, поражением суставов. Периодически наступают улучшения и даже спонтанная ремиссия, которая через несколько недель или месяцев сменяется рецидивом.

Прогноз нередко неблагоприятный. При поражении глаз может развиваться слепота. При длительном течении заболевания наступает инвалидизация больных. Особенно неблагоприятен прогноз при поражении центральной нервной системы.

**Гистопатология.** При гистологическом исследовании краев язвы слизистой оболочки выявляется воспалительный инфильтрат, состоящий из лимфоидных, плазмацитов, гистиоцитов и нейтрофильных лейкоцитов, а также обилие сосудов с разрыхленным набухшим эндотелием. При исследовании очагов поражения кожи гениталий отмечается резко выраженный отек дермы, обилие сосудов, вокруг которых беспорядочно располагаются эритроциты. Клеточный инфильтрат состоит из лимфоцитов, поленуклеаров, гистиоцитов.

Дифференциальный диагноз проводят с пузырчаткой, окуло-генито-уретральным синдромом Рейтера, буллезной экссудативной многоформной эритемой, афтозным стоматитом, острой язвой Чапина-Липщуца, афтозно-язвенным фарингитом, рецидивирующими рубцующимися глубокими афтами.

**Приводим наш пример:** Больная Р., 1962 г.р., 04.11.2020 г., проживающая в Ферганской области Кушгипинского района, обратилась в Республиканский Кожновенерологическую больницу, по поводу высыпания на слизистой полости рта.

**Anamnesis morbi:** Считает себя больной в течение 1,5 лет. Заболевание началось с появления ограниченного болезненного уплотнения на слизистой полости рта, после чего образовалась язва с гиперемированной поверхностью. Язва постепенно стала увеличиваться в размере до 2 см. Обратилась дерматовенерологу по месту жительства, где установлен диагноз «кандидоз полости рта». Свое заболевание связывает с постоянными простудными заболеваниями. Постоянно получала лечение у стоматолога, дерматолога, хирурга отмечала незначительный эффект. Занималась самолечением наружно использовала различные таблетки, крема, название которых не смогла указать. Постоянно наблюдалась и лечилась в КВД по месту жительства.

**Anamnesis vitae:** Родилась в семье колхозника по счёту



2-м ребенком. Брак у родителей не кровнородственный. Росла и развивалась в удовлетворительных материально-бытовых условиях. В настоящее время является инвалидом 2-й группы. Замужем, имеет троих детей. Стойкая менопауза в течении 2-х лет. Перенесённые в детстве заболевания: ОРВИ, ветряная оспа. Наследственность неотягощена. Вредных привычек не имеет. Аллергическую реакцию на лекарственные препараты отрицает.

**Status praesens:** общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное, конституция нормостеническая. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Со стороны костно-мышечной системы видимых деформаций не отмечено. Периферические лимфатические узлы увеличены при пальпации слегка болезненны. Дыхание ровное, через нос. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Сердечные тоны ясные, ритмичные, пульс – 90 уд. в минуту, АД – 140/90 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот мягкий безболезненно при пальпации. Границы печени и селезенки не изменены. Стул регулярный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Диурез свободный, регулярный. Сон и аппетит нарушены. Нервная система неустойчивая.

**Status localis:** кожно-патологический процесс носит хронический воспалительный ограниченный, асимметричный характер и локализуется на слизистой полости рта. В отечаются симметрично расположенные язвы размером: справа – с горошину, слева – с мasha. Язвы инфильтрированы, с четкими границами, неправильного очертания, дно язв неровное. По периферии очагов отмечается венчик гиперемии. При пальпации: язвы мягкой консистенции, резко болезненны. Чувствительность в зоне всех элементов сохранена. Придатки кожи: волосы и ногти в процесс не вовлечены. Субъективно: резкая болезненность, жжение. На основании анамнестических и клинических данных установлен диагноз: Болезнь Бехчета. Учитывая жалобы, анамнез и результаты исследования устанавливается окончательный диагноз: болезнь Бехчета.

**Лабораторные исследования:** Общий анализ крови: Hb – 110 г/л; эритроциты – 4,5; ЦП – 0,9; лейкоциты – 9,7; эозинофилы – 7%; лимфоциты – 32%; моноциты – 7%; СОЭ – 18 мм/ч. Кровь на КСР / ВИЧ – отрицательно.

**Биохимический анализ крови:** общий белок – 10,5 г/л; общий билирубин – 11,6 ммоль/л; глюкоза – 5,4 ммоль/л; лейкоциты – 17,0 г/л;

**Общий анализ мочи:** белок – 0,033; плоский эпителий – 1-2 в поле зрения, лейкоциты – 1-2 в п/з.

Общий анализ кала – патологии не выявлено.

**Анализ мазка:** Лейкоциты: Vag – 18-20; Cer – 25-30; Uret – 6-9; эпители. клетки: Vag – 12; Uret – 10-12; Cer – 14-16; слизь ++++; микрофлора: к/п гр+ - в большом количестве. Гонорея и трихомонады не обнаружены.

**Микологические исследования:** со слизистой полости рта обнаружены дрожжеподобные грибы.

**Лечение:** Sol. Diflucani – 50 ml в/в кап №5; раствор стекловидного тела по 2,0 мл в/м №10; Sol. Aktovegini 5,0 мл в/м 1 р/д №10; Таб. дифлюкан 200 мг № 4; Табл. Преднизолон 5 мг (40 мг/сут); Таб. Аспаркам по 1-3 раза в день №10; Наружно: полоскание горла различными растворами, таблетки флуконазол (в измельченном виде со сливочным маслом) смазывали 2 раза в день №10;

В процессе лечения очаги поражения стали эпителизироваться на 4-е сутки лечения, на 10-й день лечение отме-

чался ободок гиперемии.

Данный случай представляется как редко встречающееся заболевание и как ошибка в диагностике со стороны стоматологов, к которым в первую очередь обращаются больные.

Учитывая осложнения данного заболевания, было бы целесообразным своевременная ранняя диагностика и лечение, так как данное заболевание в последнее время очень часто встречается у женщин фертильного возраста.

### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Азизов Б.С. и соавт. Раковые и предраковые заболевания кожи-вопросы этиопатогенеза и диагностики. I Международная научно-практическая онлайн конференция. Актуальные вопросы медицинской науки в XXI веке С.19-26., Ташкент.2019.
2. Арифов С.С., Абидова З.М., Абидов А.М. Клинический случай болезни Бехчета // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. 2008. № 4 С. 16-18.
3. Ермакова Н.А. Клиника, диагностика, этиопатогенез и лечение глазных проявлений болезни Бехчета // Клиническая офтальмология. 2002. № 1. С.12-15.
4. Мирсаидова М.А., Фаттахов Б.Ш. Научно-практический журнал. Дерматовенерология и эстетическая медицина № 3/2010. С. 91-94.
5. Насонов Е.Л., Алекберова З.С. Болезнь Бехчета. Васкулиты и васкулопатии. Ярославль: «Верхняя волга.1999.С.431-446.
6. Сигидин Я.С., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные заболевания соединительной ткани. – М.: «Медицина». 1994. С. 522-532.
7. Direskeneli H. Behcets disease: infectious etiologi, new autoantigens, and HLA-B51. // Annals of the rheumatic diseases. 2001. 60 (11). P. 996-1002.
8. Yazici H., Fresko I, Stuebiger N. syndrome relapsing polyhondritis and eve involvement in rheumatic disease //EULAR Compendium. 2011. P. 357 – 655.