

у детей болеющих менее 5 лет. Особенно увеличилась гипервоздушность средних зон лёгких (МОВ 56,9-55,8 ОМ/мин). Таким образом, показатели ФВД и зональной вентиляции значительно нарушены при среднетяжёлой и резко нарушены при тяжёлом течении. Длительное течение тяжёлой БА с АРС приводило к значительной снижении проходимости на уровне МОС25-75 крупных, средних и мелких бронхов и выраженной гипервентиляции средних и нижних лёгочных полей.

Специфическую алерговакцинацию проводили комбинированным способом: инъекция аллергена и его ингаляция. Из общего числа леченных больных (55), отличные и хорошие результаты лечения наблюдались у 52 (94,5%), эффект был удовлетворительным у 3 (5,5%) больных.

Выводы:

1. Особенности клинически сочетанной БА с АРС высокой степени сенсibilизации особенно на бытовые аллергены с тяжёлым клиническим течением которые сопровождаются затруднением носового дыхания.
2. Все основные критерии, типичные для бронхиальной астмы наблюдаются у большинства больных: высокий уровень содержания общего IgE, гиперактивность бронхов к действию биологических активных веществ, наличие наследственного предрасположения и аллергического диатеза, положительные аллергические тесты.
3. Показатели ФВД значительно нарушены при среднетяжёлом и резко нарушены при тяжёлом течении заболевания, также при длительности заболевания более 5 лет, неоднородность зональной вентиляции приводило выраженной гипервентиляции лёгочной ткани и резкому нарушению проходимости на уровне МОС 25-75.
4. Комплексная терапия больных детей и специфическая алерговакцинация причинно-значимыми аллергенами даёт отличные и хорошие результат, снизить частоту рецидивов и улучшение качества жизни больных способствует стойкой ремиссии.

Литература.

1. Akhmedova M.M. The functions of external respiration and ronal lung ventilation in children with bronchial asthma. *Фундаментальные науки и практика* том1 №2. Сб. научных работ с материалами трудов 2-ой международной телеконференции. Томск, 2010. С. 34-36.
2. Akhmedova M.M. clinic-allergic features, specific diagnosis and therapy of children, sufferind from allergic diseases// *European applied sciences* #5 2015. 24-26.
3. Вахрушев С.Г., Брюханова А.В; Бычковская С.В. Аллергический ринит как причина назальной обструкции у детей после эндоскопической аденомотомии// *Рос. Ринология*, Москва, 2006, №2, с.20-21
4. Засорин Б. В., Ермуханова Л. С. Влияние факторов окружающей среды на иммунологическую резистентность организма// *Гигиена и санитария*, Москва, 2012, №3, с. 8-9
5. Кондюрина Е.Г., Елкина Т.Н., Филатова Т.А. Динамика аллергического марша у школьников г. Новосибирска // *Аллергология*, 2003, № 4, с. 36–39
6. Кудайбергенова С.Ф., Шортанбаев А.А. Аллергический ринит и сопутствующие заболевания со стороны ЛОР-органов в Рудном Алтае// *Вестник оторинолар*, Москва, 2009, № 5, с.13-16
7. Романова О.Н. Особенности клиники и лечебной тактики при полипозном риносинусите в сочетании с аллергическими заболеваниями// *Вестник оториноларингологии*, 2003, № 1, с. 32-34
8. Федеральные клинические рекомендации по проведению аллерген-специфической иммунотерапии. - М.: ПААКИ, 2013, с. 14
9. Aberg N, Ospanova ST, Nikitin NP, et al. A nasally applied cellulose powder in seasonal allergic rhinitis in adults with grass pollen allergy: a double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group studys// *Int Arch Allergy Immunol*, 2014, 163, s. 313–318
10. Adam D, Grabenhenrich L, Ortiz M, et al. Impact of acupuncture on antihistamine use in patients suffering seasonal allergic rhinitis: secondary analysis of results from a randomised controlled trial// *Acupunct Med* 2018, 36, s. 139–145
11. Ana B, de la Torre F; EpidMite Study Grous. Characteristics, quality of life and control of respiratory allergic diseases caused by house dust mites (HDMs) in Spain: a cross-sectional study// *Clin Transl Allergy*, 2019, 9, s.30-39.
12. Akhmedova M.M. The effectiveness of lazer akupunktura in Atopik bronchial asthma combinet wath allergic rhinosinusitis/ *Assokiate Professor, Candidate jf Medikal Instituteof Publiik Health, Uzbekistan*. 2021 y.

УДК: 617.7-02:616.5-003.84-036.1

ГЛАЗНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Махмудова Д. Т., Хамроева Ю. А., Бобоха Л. Ю.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Для многих дерматологических заболеваний, таких как синдром Блоха-Сулцбергера, атопический дерматит, характерны патологические изменения со стороны органа зрения. Нередко такие пациенты длительное время наблюдаются у дерматолога, но при этом патология других органов остается вне поля зрения специалистов. При этом патологии со стороны органа зрения могут отличаться значительным полиморфизмом, различным течением и исходами, что указывает на необходимость консультации офтальмолога даже при отсутствии офтальмологических жалоб.

Ключевые слова: вульгарный ихтиоз, синдром Блоха-Сулцбергера, атопический дерматит, герпетиформная экзема Юлиусберга—Капоши, кератит, язва роговицы, миопия, периферическая витреохориоретинальная дистрофия.

BA'ZI DERMATOLOGIK KASALLIKLARNING KO'ZDAGI KO'RINISHI

Ko'pgina dermatologik kasalliklar uchun, masalan, ixtioz, Bloh-Sulzberger sindromi, atopik dermatit, ko'ruv a'zosidagi patologik o'zgarishlar xarakterlidir. Ko'pincha bunday bemorlar uzoq vaqt davomida dermatolog tomonidan kuzatiladi, ammo

boshqa a'zolari patologiyasi mutaxassislarning nuqtai nazaridan tashqarida qoladi. Shu bilan birga, ko'rish organi tomonidan patologiyalar sezilarli polimorfizm, turli kurs va natijalar bilan farq qilishi mumkin, bu xatto oftalmologik shikoyatlar bo'lmagan taqdirda ham oftalmolog bilan maslahatlashish zarurligini ko'rsatadi.

Kalit so'zlar: vulgar ixtiroz, Blox-Sulzberger sindromi, atopik dermatit, Yuliusberg-Kaposhi gerpetiform ekzemas, keratit, shox parda yarasi, miopiya, periferik vitreoxorioretinal distrofiya.

EYE MANIFESTATIONS OF SOME DERMATOLOGICAL DISEASES

For many dermatological diseases, such as ichthyosis, Bloch-Sulzberger syndrome, atopic dermatitis, pathological changes in the organ of vision are characteristic. Often, such patients are observed by a dermatologist for a long time, but the pathology of other organs remains outside the field of view of specialists. At the same time, pathologies on the part of the organ of vision can differ in significant polymorphism, different course and outcomes, which indicates the need to consult an ophthalmologist even in the absence of ophthalmic complaints.

Keywords: ichthyosis vulgaris, Bloch-Sulzberger syndrome, atopic dermatitis, Juliusberg-Kaposi's eczema herpetiformis, keratitis, corneal ulcer, myopia, peripheral vitreochorioretinal dystrophy.

Актуальность. В последние годы отмечается рост заболеваний у детей с сочетанными патологическими изменениями со стороны кожи, других органов и систем. Нередко такие пациенты длительное время наблюдаются у дерматолога, но при этом патология других органов остается вне поля зрения специалистов [1]. Одними из таких заболеваний являются ихтиоз, синдром Блоха-Сульцбергера и atopический акродерматит, при которых в процесс вовлекаются различные органы и системы организма, и дети попадают под наблюдение врачей различных специальностей — дерматологов, неврологов, педиатров и др., но при этом офтальмологической патологии не уделяется достаточно внимания [2]. Ихтиоз - наследственное заболевание кожи, протекающее по типу дерматоза и характеризующееся диффузным нарушением ороговения и проявляется в виде чешуек на коже, которые напоминают рыбу чешую [4,5,8,9]. Причиной ихтиоза является генная мутация, передаваемая по наследству, характеризуется нарушениями белкового и жирового обмена. Известны следующие формы заболевания: ихтиоз вульгарный, ламеллярный и линейный с аутомно-рецессивным типом наследования, Х-сцепленная форма заболевания, эпидермолизный гиперкератоз и эритрокератодермия. Довольно часто ихтиоз сопровождается поражением глаз, что проявляется хроническими конъюнктивитами и ретинитами. Пациенты с ихтиозом имеют наследственную предрасположенность к близорукости, которая начинает проявляться еще в детстве [10]. Синдром Блоха—Сульцбергера или недержание пигмента (генодерматоз или меланобластоз) — наследственное поражение кожи с генерализованной экто- и мезодермальной дисплазией. Недержание пигмента связано с тем, что базальные клетки эпидермиса не способны удерживать пигмент (меланин), в результате чего он скапливается в меланофорах дермы и межклеточных пространствах, образуя специфическую картину окраски кожных покровов «брызги грязи»). Для синдрома Блоха-Сульцбергера характерно сочетание кожных и внекожных аномалий. В клиническом течении заболевания выделяют 4 стадии: буллезную, или везикулезную (воспалительную), гипертрофическую, пигментную и атрофическую. Изменения со стороны глаз встречаются у 35— 77% больных и могут включать косоглазие, нистагм, атрофию зрительного нерва, аномалии угла передней камеры, аваскулярные зоны сетчатки с неоваскуляризацией или без нее, ретинальные кровоизлияния, ретролентальную фиброплазию, тракционную отслойку сетчатки [7]. Atopический дерматит, как правило, наследственное заболевание, часто ассоциированное с астмой, пищевой аллергией, аллергическим ринитом и рецидивирующими кожными инфекциями [3]. По данным M. Figue и соавт. [6], наблюдавших в течение 6 мес 1271 пациента с atopическим дерматитом (из них 210 детей младшего возраста, 546 детей и 515 взрослых), были диагностированы следующие осложнения: герпетические инфекции и/или дерматит Капоши у 2,4% детей раннего возраста, 2,5% детей старшего возраста и 3,5% взрослых. Характеризуется поражением кожи и слизистых оболочек (слизистой оболочки полости рта, конъюнктивы глаз, дыхательных путей и др.).

Цель исследования. На представленных клинических примерах рассмотреть возможные глазные осложнения у детей с дерматологическими заболеваниями.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением в отделении дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института находились пациенты со следующими диагнозами: вульгарный ихтиоз, синдрома Блоха-Сульцбергера и atopический акродерматит. У всех пациентов наблюдались различные офтальмологические проявления. В отделении офтальмологии пациентам были проведены следующие офтальмологические методы исследования: визометрия, биомикроскопия, офтальмоскопия, результаты обследования которых представлены в данной статье.

Результаты и обсуждение. Клинический пример 1. Ребенок М-ва 10 лет с основным диагнозом «Вульгарный ихтиоз». На голове пациентки наблюдается толстый слой роговых наслоений. Волосистой покров на волосистой части головы практически отсутствует. Лицо

покрыто крупными роговыми пластинами. В углах рта на коже имеются трещины. На всей поверхности кожи наблюдаются чешуйки, их цвет варьирует от белого и темно-серого до коричневого. Со стороны органа зрения отмечаются жалобы на слезотечение, светобоязнь, блефароспазм. Объективно: глазная щель не смыкается, гиперемия конъюнктивы век, края век утолщены и гиперемированы, отмечается эктропион верхнего и нижнего века. OD на роговице в оптической зоне имеется язва размером 2,5x2,5 мм, сама роговица отечная, в нижнем сегменте пронизана поверхностными сосудами, зрачок округлый, реакция на свет сохранена. OS –отмечается отек роговицы с наличием в оптико-параоптической зоне инфильтрата размером 2-2,5 мм. Передняя камера средней глубины, зрачок округлый. Глазное дно без патологии. Внутриглазное давление пальпаторно в норме. Острота зрения OD/OS =0,03/0,05. Ребенку проведено соответствующее лечение: антибактериальные, противовоспалительные препараты. На правом глазу – очищение язвы, ее скарификация и туширование с последующим покрытием аутоконъюнктивой по Кунту. на левом глазу проводилась только консервативная терапия: антибактериальные, противовоспалительные препараты и кератопротекторы. После стихания острых процессов проведено хирургическое вмешательство: исправление выворота век по Dutton J.J. В послеоперационном периоде продолжалась общая и местная антибактериальная и противовоспалительная терапия. Клинический пример 2. Ребенок М-в 11 лет. С рождения поставлен диагноз «синдром Блоха-Сульцбергера». У ребенка на коже туловища и конечностей с рождения наблюдались эритематозно-везикулезные высыпания, в последующем превратившиеся в очаги пигментации. У пациента также отмечается наличие аллопеции волосистой части головы и патология со стороны зубов (неправильный рост).

Со стороны органа зрения у пациентки отмечается миопия средней степени, миопический астигматизм. Острота зрения OD/OS =0,09/0,1 с коррекцией sph (-) 4.5^D=0,7/0,7. Девиация (-)15° по Гиршбергу, не постоянное. Патологии со стороны переднего отрезка не наблюдалось. Так как по данным литературы у пациентов с данным синдромом имеется риск развития тракционной отслойки сетчатки и возможна патология со стороны глазного дна пациенту было рекомендовано проведение ОСТ сетчатки и зрительного нерва, которая показала наличие периферической витреохориоретинальной дистрофии. Ребенок был консультирован витреоретинальным хирургом. В данный момент проведение профилактической ограничительной лазерной коагуляции сетчатки не показано.

Ребенку рекомендована очковая коррекция, трофическое лечение 2 раза в год и наблюдение у стабизмолога и витреоретинального хирурга. Клинический пример 3. Больная Ж-ва 14 лет. С раннего детского возраста страдает атопическим дерматитом. После перенесенной вирусной инфекции наблюдался зуд и гиперемия кожи лица и сгибательной поверхности конечностей, появление в области лица пузырьков, отмечалось температуры тела до 38,8. Патологический процесс на коже носит распространенный характер. Кожные покровы сухие, наблюдается шелушение. На коже в области сгибательной поверхности конечностей отмечаются симметрично расположены очаги гиперемии и лихенизации. Кожа лица гиперемирована, отмечается пастозность, отмечаются множественные, сгруппированные везикулы с мутным содержимым, эрозии, местами с гнойным налетом, серозно-геморрагические корочки. У пациента развилось осложнение атопического дерматита: герпетиформная экзема Юлиусберга—Капоши. Объективно: OD патологии нет. OS слезотечение, светобоязнь, блефароспазм, отмечается отек роговицы с наличием в параоптической зоне древовидного инфильтрата размером 3x3,5 мм. Передняя камера средней глубины, зрачок округлый. Глазное дно без патологии. Внутриглазное давление пальпаторно в норме. Острота зрения OD/OS =1,0/0,03. Выставлен диагноз: OS гепетический кератит. Рекомендовано лечение: местная противовирусная и иммуномодулирующая терапия, противовоспалительные препараты и кератопротекторы. После проведенного лечения на левом глазу отмечалось незначительное помутнение в виде облачка.

Выводы. Для многих дерматологических заболеваний, таких как ихтиоз, синдром Блоха-Сульцбергера, атопический дерматит, характерны патологические изменения со стороны органа зрения, причем эти офтальмопатологии могут отличаться значительным полиморфизмом, различным течением и исходами, что указывает на необходимость консультации офтальмолога даже при отсутствии офтальмологических жалоб.

Литература.

1. Коголева Л.В., Белова М.В., Демченко Е.Н., Тарасенков А.О. Глазные проявления синдрома Блоха -Сульцбергера у детей. Российская педиатрическая офтальмология. 2014; 2: 9-13
2. Мосин И.М. Синдром Блоха—Сульцбергера (incontinentia pigmenti) В кн.: Аветисов С.Э., Кащенко Т.П., Шамшинова А.М., ред. Зрительные функции и их коррекция у детей: Руководство для врачей. М.: Медицина; 2005: 611—3
3. Охлопков В.А., Зубарева Е.Ю., Новиков Ю.А., Сукач М.С., Лекавичус И.Ю. Герпетиформная экзема Капоши как осложнение атопического дерматита. Клиническая дерматология и венерология. 2014; 4:27-29.