ISSN 2010-6882

RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN DERMATOVENEROLOGIYA VA KOSMETOLOGIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

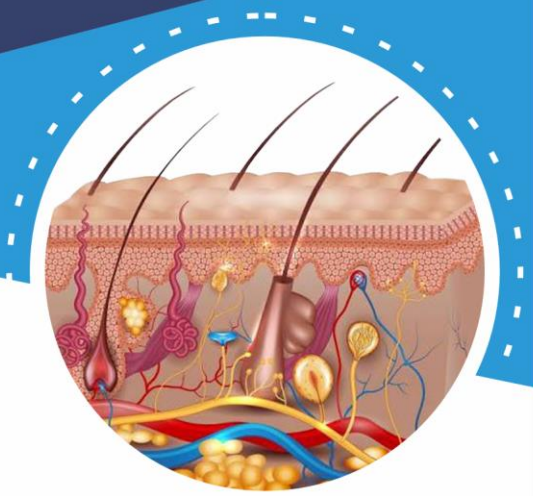
MARKAZIY OSIYO DERMATOLOGIYASI

Ilmiy-amaliy jurnal



3/2026





ДЕРМАТОЛОГИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Научно-практический журнал

CENTRAL ASIAN DERMATOLOGY

Scientific and Practical Journal

RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN DERMATOVENEROLOGIYA VA
KOSMETOLOGIYA ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

MARKAZIY OSIYO DERMATOLOGIYASI

ILMIY-AMALIY JURNAL

ДЕРМАТОЛОГИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN DERMOTOLOGY

Scientific and Practical Journal

Основан в 2008 году

№ 3 /2026 (67)

(DERMATOVENEROLOGIYA VA ESTETIK TIBBIYOT ILMIY-AMALIY JURNAL)

ТАШКЕНТ 2026

Адрес редакции:
Узбекистан, г. Ташкент, 100109,
Алмазарский район, ул. Фароби, д. 3.
Тел.: (8–998–71) 214–50–01;
(8–998–71) 150–71–05
Факс: (8–998–71) 214–50–98
E-mail: center@dermatology.uz
www.dermatology.uz

Редакционная коллегия:
Главный редактор – д.м.н., проф. Сабиров У.Ю.
Заместитель главного редактора – к.м.н., Джалилов Д.С.
Ответственный секретарь – Рахматова М.С.

Члены редакционной коллегии:
д.м.н., проф. Рахматов А.Б., д.м.н., проф. Ваисов А.Ш.,
д.м.н., проф. Мавлянова Ш.З., д.м.н., проф. Лукьянов А.М.,
д.м.н., проф. Эшбоев Э.Х., д.м.н., проф. Панкратов О.В.,
д.м.н., проф. Хворик Д.Ф., д.м.н., проф. Адаскевич В.П., д.м.н.
Торшина И.Е., д.м.н. Иноятов А.Ш., д.м.н. Порсохонова Д.Ф.,
д.м.н. Азимова Ф.В., д.м.н. Пягай Г.Б., д.м.н. Якубов А.А.,
д.м.н. Ходжаева Н.Б., к.м.н. Якубова А.С.

Редакционный совет:

Абдуллаев М.И. (Тошкент)
Акаки Т. (Грузия)
Базаев В.Т. (Осетия)
Балтабаев М.К. (Қирғизистон)
Батпенова Г.Р. (Қозоғистон)
Виктор Г. Г. (Руминия)
Гизингер О.А. (Россия)
Гранстеин Р. (АҚШ)
Ютсковская Я.А. (Россия)
Карабаева И.Т. (Тошкент)
Керимов С.Г. (Озарбайжон)
Климко Н.Н. (Россия)
Конников Н. (АҚШ)
Кубанов А.А. (Россия)
Львов А.Н. (Россия)
Мавлянов И.Р. (Тошкент)
Магзумова Н.М. (Тошкент)
Мекокишвили Л. (Грузия)
Мирсаидова М.А. (Тошкент)
Молочков А.В. (Россия
Мухтаров Ш.Т. (Тошкент)
Пакирдинов А.Б. (Андижон)
Потекаев Н.Н. (Россия)
Разнатовский К.И. (Россия)
Рубинс А.Ya. (Латвия)
Самтсов А.В. (Россия)
Сергеев А.Yu. (Россия)
Степаненко В.И. (Украина)
Ташкенбаева У.А. (Тошкент)
Торелло Лотти (Италия)
Якубович А.И. (Россия)
Хаитов К.Н. (Тошкент)
Шамсиева Г.И. (Тошкент)
Шодиев Х.К. (Тошкент)
Юлдашев М.А. (Тошкент)

Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий,
рекомендованных ВАК при Кабинете Министров Республики Узбекистан
при защите диссертаций на соискание ученой степени доктора наук (DSc) и доктора философии (PhD)
по медицинским наукам.

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации.
Регистрационный номер № 0546 от 03.09.2008 г.
Журнал выходит 4 раза в год.

Редакция не несет ответственности за достоверность излагаемых фактов
и не всегда разделяет точку зрения авторов публикуемых материалов.
Ответственность за содержание рекламы несут рекламодатели.

Подписано в печать 14.07.2026. Формат 60 × 84$^{1}/_{8}$.
Печать офсетная. Усл. п.л. 20,0 + 1 вклейка. Тираж 100. Заказ № 76.

Отпечатано в ООО «Science and innovation». г.Ташкент,
Яккасарайский район, Шота Руставели, 150.

MARKAZIY OSIYO DERMATOLOGIYASI

ILMIY-AMALIY JURNAL

ДЕРМАТОЛОГИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

CENTRAL ASIAN DERMOTOLOGY

Scientific and Practical Journal

СОДЕРЖАНИЕ

Абдиева Д.Х., Хомидов М.Ф., Валиева М.С., Салимова Р.Т.
ВИТАМИН Д У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 14
Абдиева Д.Х., Хомидов М.Ф., Валиева М.С., Салимова Р.Т.
ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ IgE У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ..... 18
Abdubannobova Dilnavoz
BOLALARDAGI ATOPIK DERMATITDA TOPIK ANTIBIOTIKLARGA REZISTENTLIK VA OQILONA QO‘LLASH MASALALARI 20
Абдукадирова Ю.Ш., Мавлянова Ш.З.
ОЦЕНКА АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ILE105VAL ГЕНА GSTP1 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ.....22
M.I. Abdullaev, N.N. Akhmedgalieva
COMPLICATED FORMS OF TINEA PEDIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS DURING THE REHABILITATION PERIOD AFTER CORONAVIRUS INFECTION 23
М.И. Абдуллаев, Н.Н. Ахмедгалиева
ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОСҚИЧИДА ОЁҚ МИКОЗИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИ 25
Абдурахманова М.А., Халимова М.Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ КАЛЬЦИНЕВРИНА В КОМБИНАЦИИ С ЭМОЛЕНТАМИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....27
А.Р.Акромов
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ.....28
Ашуров Д.Д., Сидиков А.А., Пягай Г.Б., Ибрагимова Н.С.
ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОСТОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИХЕНА 29
Атабаева К.Б., Хан-Ходжаева С.А.
«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ИММУНОЛОГИИ ПСОРИАЗА».....30
Аюбова Н.М., Алимова Ф.Т.
РАННЕЕ ОБНАРУЖЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРОЗОВАНИЙ КОЖИ В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВОЙ СИСТЕМЫ FOTOFINDER 31
Аюбова Н.М., Хамидов Ф.Ш.
УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ.....32
Азимова Ф.В., Шарахмедов Ш.Ш., Тулаганова-Азимова М.А.
ИНГИБИТОРЫ ЯНУСКИНАЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ.....33
Баймухамедова З. М., Мун А.В.
ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ НА СЕБОПРОДУКЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ.....35
Бободжонов А. Р.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ТОФАЦИТИНИБОМ И ПУЛЬС-ТЕРАПИЕЙ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ 36
Н.И. Боймурзаев, М.И. Исмоилова
ЎЗБЕКИСТОНДА ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИ РЎЙХАТГА ОЛИНИШИ БЎЙИЧА СТАТИСТИК ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ.....38
Н.И. Боймурзаев, М.И. Исмоилова
ЎЗБЕКИСТОНДА ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИ РЎЙХАТГА ОЛИНИШИ БЎЙИЧА СТАТИСТИК МАЪЛУМОТ.....40
BURIYEV A. Ya., Murodov S. S., SUVONOV J.
ZOONOZ TERI LESHMANIOZI KASALLIGINING TABIIY O’CHOQLARINING EPIDEMIOLOGIK MONITORINGI 42
Д. С. Джалилов, Ш. Кадырбергенова
ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....44
Д. С. Джалилов, Ш. Кадырбергенова
СОСТАВ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 45
Б.Б. Эрназаров, К.А. Абдуллаходжаев, Ш.Ш. Хонходжаев
ПРЯМАЯ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ.....46
Б.Б. Эрназаров, К.А. Абдуллаходжаев, Ш.Ш. Хонходжаев

НЕЗАПОДОЗРЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА 47
Б.Б. Эрназаров, К.А. Абдуллаходжаев, Ш.Ш. Хонходжаев
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СООТВЕТСТВИЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ: АНАЛИЗ 22 509 ЗАКЛЮЧЕНИЙ 48
Б.Б. Эрназаров, К.А. Абдуллаходжаев, Ш.Ш. Хонходжаев
УКАЗАНИЕ НА НАРУЖНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ДЕРМАТОЗОВ 49
Eshboyev Egamberdi Husanovich, Tog‘ayev Axror Turaqulovich, Sultanov Akram Abduxolikovich, Onarov Nodir Norkobilovich
PILAKCHALI PSORIAZDA SKAFO PREPARATINING KLINIK SAMARADORLIGI VA XAVFSIZLIGI 50
Eshboyev Egamberdi Husanovich, Sultanov Akram Abduxolikovich, Tog‘ayev Axror Turaqulovich, Normurodov Fazliddin Xolmurod o‘g‘li
VİTİLİGONİ DAVOLASHDA QO‘LLANİLADİGAN DORİ VOSİTALARNİNG SAMARADORLİGİNİ BAHOLASH (SURXONDARYO VİLOYATİ MİSOLİDA) 51
Eshboyev Egamberdi Husanovich, Tog‘ayev Axror Turaqulovich, Sultanov Akram Abduxolikovich, Onarov Nodir Norkobilovich
ACNE VULAGRISNI DAVOLASHDA PRP VA MEZOTERAPIYA 52
E.X. Eshboyev, F.A. Oralov
DEMODEKS INFESTATSIYASINING ROZASEANING KLINIK FAOLLIGI VA TERI MIKROFLORASI BILAN BOG‘LIQLIGI 53
Эшбоев Э.Х., Махсудов М.Р
РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ИММУН ТИЗИМИ ВА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИ 54
Э.Х.Эшбоев, Ж.И.Икромов
ТИРНОҚЛАРНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛАНИШИ 55
Э.Х.Эшбоев, Ж.И.Икромов
АЧИТҚИ ЗАМБУРУҒИ ТЎҒРИСИДА ЗАМОНАВИЙ МАЪЛУМОТЛАР 56
Э.Х.Эшбоев, Ж.И.Икромов
МОҒОР ЗАМБУРУҒИ ТЎҒРИСИДА МАЪЛУМОТ 57
Э.Х.Эшбоев, А.М.Валиев
НАМАНГАН ВИЛОЯТ АҲОЛИСИ ОРАСИДА РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДИНАМИКАСИ 58
Э.Х.Эшбоев, М.Р.Махсудов, А.М.Валиев
РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИНИНГ МУАММОЛАРИ ТЎҒРИСИДА 59
Файзуллаева Н.А., Абдурашидов А.А.
СУРУНКАЛИ ДЕРМАТОЗЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ТОР ДОИРАЛИ ФОТОТЕРАПИЯНИ (UVB NB) ҚЎЛЛАШ ТАЖРИБАСИ 60
Фозилов Ф.А.
КРЕМ «ДЕКЛОСИД» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ГЛАДКОЙ КОЖИ И ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ 61
Фозилов Ф.А.
ПОКАЗАТЕЛИ КАТАЛАЗЫ И МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ В ПРОЦЕССЕ ПАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ 62
Фозилов Ф.А.
ПОКАЗАТЕЛИ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ В ПРОЦЕССЕ ПА И ГБО 63
Гафоров А.А., Мухамадиева К.М.
ВЛИЯНИЕ PRP-ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С УЛЬТРАФОНОФОРЕЗОМ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ МИКРОГРАФТИНГЕ ВОЛОС 64
Ибрагимова Н.С., Пягай Г.Б., Мухамедов Б.И.
КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ 65
О.Д. Ибрагимов, А.А. Хан
КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА 66
Иброхимова Н.С., Якубова А.С.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АКНЕ 68
Иброхимова Н.С., Якубова А.С., Нормухаммадий И.С.
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АКНЕ ЛЁГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ 70

O.S. Imamov, Sh.X. Maxmudov, N.D. Jumayev, K.Z. Malikov, N.M. Ashrapxodjayeva
DERMATOMIKOZLAR LABORATOR DIAGNOSTIKASIDA SUN'IY INTELLEKTNING QO'LLANILISHI: KOH MIKROSKOPIYASI TASVIRLARINI TRANSFORMER TEXNOLOGIYALARI ASOSIDA AVTOMATIK TAHLIL QILISH....72
Имамов Отабек Суннатович, Абдувахитова Индира Нуруллаевна, Абдумўминов Азизбек Ойбек ўғли
КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНИХОМИКОЗОМ: ОТ ДИАГНОСТИКИ ДО ДОЛГОСРОЧНОГО МОНИТОРИНГА 73
Имамов Отабек Суннатович, Абдувахитова Индира Нуруллаевна, Абдумўминов Азизбек Ойбек ўғли
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В Г. БАКУ (03–05 ГГ.) 75
A.Sh. Inoyatov, J.Sh. Narziyev
MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF STABLE NON-SEGMENTAL VITILIGO: THE ROLE OF FLUOROURACIL IN COMBINATION THERAPY....77
А.Ш.Иноятов, М.М.Джаббаров
СОЧЕТАНИЕ NB-UVB ФОТОТЕРАПИИ И МЕТОТРЕКСАТА В ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ....78
А.Ш.Иноятов, М.М.Джаббаров
ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ 79
А.Ш.Иноятов, М.М.Джаббаров
КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ 80
А.Ш.Иноятов, М.М.Джаббаров
КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ....81
А.Ш.Иноятов, М.М.Джаббаров
МЕТОТРЕКСАТ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ 82
А.Ш.Иноятов, М.М.Джаббаров
ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОЛИЗАТОВ ЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ....83
Kamilla Irgasheva
INTEGRATING A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO ROSACEA MANAGEMENT: TARGETING THE SKIN-GUT AXIS IN UZBEKISTAN 84
Исматуллохзода С.С., Мухамадиева К.М.
РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ 85
Жетмекова Ж.Т., Кусаинова А.А., Ахметова А.К., Қасым Л.Т.
РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛИТЕЛЬНОГО УХОДА В КАЗАХСТАНЕ....86
Казакова М.Р., Усманалиев С.А.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА....87
М.Р. Казакова, С.А. Усманалиев
ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ....89
С. Б. Казимова, Г. А. Алиева
ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ДИАГНОСТИКЕ И ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ 91
E. M. Khodjaeva., N. N. Malikova
LEPROSY: A FORGOTTEN PAST OR AN AI-GUIDED FUTURE?....93
Г.Б. Койлыбаева, У.Ю. Сабиров
ДИНАМИКА АУТОАНТИТЕЛ К ДЕСМОГЛЕИНАМ И 3 ТИПА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПЛАЗМАФЕРЕЗОМ В КОМБИНАЦИИ С СГКС У ПАЦИЕНТОВ С ПУЗЫРЧАТКОЙ 94
Kussainova A., Kassym L., Akhmetova A.
NEUROGENETIC AND PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF PROGRESSIVE VITILIGO 95
Кусаинова А.А., Қасым Л.Т., Ахметова А.К.
АНТИМИКРОБНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ФЕНОЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕДА В ОТНОШЕНИИ ESCHERICHIA COLI: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 96
Мадалиев К.А., Мухамадиева К.М.
НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ....97
Malikov K.Z., Safarova M.A., Abdurahmonova M.A.
ATOPIK DERMATIT PATOGENEZI VA UNI DAVOLASHDAGI ZAMONAVIY YONDASHUVLAR TO'G'RISIDAGI ZAMONAVIY TASAVVURLAR....98

Маликова Н.Н., Жураев У.О.
КЛИНИКО-СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА.....100
Маликова Н.Н., Маликова С.С., Жураев У.О.
КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПУЗЫРЧАТКИ.....101
Мавлянова Ш.З., Садиев Ш.Ф.
ГОФФМАН ФОЛЛИКУЛИТИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ DLQI ИНДЕКСИ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ.....102
Мавлянова Ш.З., Хакимов Д.Р.
РОЛЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ.....104
Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Мирзакулова Ш.Н., Хакимов Д.Р.
ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ФОТОТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АКТИВИРОВАННОГО КРЕМНИСТОГО ТОНИКА «HYDRORAY»У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ 105
Мавлянова Ш.З., Эшниязов М.М.
ИННОВАЦИИ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ 107
Maxmudjonov M.
ANTIFUNGAL RESISTANCE IN DERMATOMYCOSES: CURRENT TREATMENT CHALLENGES.....109
К.Д. Махмудова
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗА НА ОСНОВЕ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ ТЕРБИНАФИН-УСТОЙЧИВЫХ ДЕРМАТОФИТОВ 110
К.Д. Махмудова
КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗОВ.....111
К.Д. Махмудова
СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПИФ, КУЛЬТУРАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ПЦР ПРИ МИКОЗЕ СТОП И ОНИХОМИКОЗЕ.....112
Махсудов М.Р.
МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА ПРИ РАЗНОЦВЕТНОМ ЛИШАЕ.....114
Махсудов Ж.М., Саипова Н.С.
РОЛЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ТРИХОФИТИИ.....115
М.А. Мирсаидова, Г.У.Нурова
КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ HLA-B*51 У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА.....117
Мирсаидова М.А., Муродов Ж.Т.
ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ МИКРОБИОТЫ У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ 119
М.А. Мирсаидова, Г.У.Нурова
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ.....121
Мирсаидова М.А., Муродов Ж.Т
ВЗАИМОСВЯЗЬ LACTOBACILLUS SPP. НА УРОВЕНЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ 123
Мирсаидова М.А., Муродов Ж.Т.
РАЗЛИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ СОСТАВА ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ 125
Мирсаидова М.А., Муродов Ж.Т
РОЛЬ LACTOBACILLUS SPP. В ИЗМЕНЕНИИ СПЕРМОПЛАЗМЫ ПРИ БЕСПЛОДИИ.....127
Мирсаидова М.А., Максудова М.Ш
AGA-SIS (ANDROGENETIC ALOPECIA–STRESS INTERACTION SCALE): ОБОСНОВАНИЕ, КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ И ПРОТОКОЛ РАЗРАБОТКИ НОВОГО СПЕЦИФИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЗАИМОСВЯЗИ СТРЕССА И АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН 129
Мирсаидова У.А.
СВЯЗЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ДЕРМАТОПАТИЯМИ ПРИ ОЖИРЕНИИ, ХАИТ И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА.....131
Мирсаидова М.А., Муродов Ж.Т.
ГОРМОНАЛЬНЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У МУЖЧИН 132
Мирзоев А.Г.
РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В Г. БАКУ (03–05 ГГ.) 134
Б. И. Мухамедов, А.Ш. Алиев, Э.В.Колдарова
РОЛЬ ЭМОЛЕНТОВ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ.....136
Б.И.Мухамедов, Н.С.Ибрагимова, М.А.Пулатов

СОВРЕМЕННАЯ РОЛЬ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ 137
Б. И. Мухамедов, А.Ш.Алиев, Б.Б.Мухамедов
РОЛЬ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ 139
Ж.Ш. Нарзиев
ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА И ЦИКЛОСПОРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА 141
Х.И.Насимов, А.Б.Рахматов
ВЛИЯНИЕ ГРИБКОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА 142
Х.И.Насимов
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО МИКОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 143
Х.И.Насимов
ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПРИ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ 144
Х.И.Насимов
ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПСОРИАЗА 146
Б.У. Назарова
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПСОРИАЗА: НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ И ЦИТОКИНОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ 147
Б.У. Назарова
НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ 149
Назарова Маргуба Зиядуллаевна
ДИАГНОСТИКА ФОТОСТАРЕНИЯ КОЖИ: КОРНЕОМЕТРИЯ И КУТОМЕТРИЯ 151
Назарова Маргуба Зиядуллаевна
ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС КАК ФАКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ФОТОСТАРЕНИЯ КОЖИ 152
Нурматова И. Б., Садиева Г. К.
БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСИМЕРНОГО СВЕТА 08 НМ У ДЕТЕЙ С ВИТИЛИГО 153
Pakirdinov A. B., Toshpo‘latov B. X.
SEBOREYALI PO‘RSILDOQNING TIZIMLI MUOLAJASI 154
Pakirdinov Adxamjon Begishevich, Toshpo‘latov Bekmirza Xolmirzaevich
DERMATOLOGIYADA FUNDAMENTAL TADQIQOTLAR 155
Пакирдинов А.Б.
ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ 156
Пакирдинов А.Б., Тошпулатов Б.Х.
ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ 158
Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИЛЬПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМЫ ГОНОРЕИ 159
Пакирдинов А.Б., Юлчибаев М.Р., Кучкаров А.А., Тошпулатов Б.Х., Ботиров К.З.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕЛОЙ ГЛИНЫ «КАОЛИНСКАЯ ЦЕЛЕБНАЯ» У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН ДЛЯ СГЛАЖИВАНИЯ МОРЩИН 160
Пакирдинов А.Б.
ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 161
Пакирдинов А.Б.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «УРСОСАН» И МАЗИ “ЭПЛАН” У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА 162
Пакирдинов А.Б.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ГЕПА МЕРЦ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ 163
Пакирдинов А.Б., Кучкаров А.А., Фозилов Ф.А.
ПРЕПАРАТ «СЕКНИДОКС» У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ 164
Пакирдинов А.Б., Фозилов Ф.А.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ВЕРРУКАЦИЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК 165
Порсохонова Д.Ф., Рахматуллаева С.Н., Алимухамедова Ю.А.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНЫХ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ 166
Порсохонова Д.Ф., Илесова Н.Н., Садыков Р.Р
ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОЦЕДУРЫ АУТОЛИПОФИЛИНГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ 168
Порсохонова Д.Ф., Иноятов А.Ш., Рахматуллаева С.Н
T-LAB PRP-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ 170
Порсохонова Д.Ф., Росстальная М.Л.
ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО КОНДИЛОМАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ 172
Порсохонова Д.Ф., Илесова Н.Н.
ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОК К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ: КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ 174
Пягай Г.Б.
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЭРИТЕМЫ.....176
Raximova Xilolaxon Rustamjonovna, Toirov Botirjon Abduqodir o‘g‘li
TERI SALOMATLIGINI TA’MINLASHDA BIOLOGIK FAOL MODDALAR VA ANTIOKSIDANTLARNING AHAMIYATI 177
Рахматиллаева Г.
ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПСОРИАЗА 179
С. А. Рахматов
РОЛЬ КОЖНОГО БАРЬЕРА И МИКРОБИОМА В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ 180
А.Б.Рахматов, Ж.Ш.Нарзиев, Б.Р.Мадреймов
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАЛЕЙШМАНИОЗА 182
А.Б.Рахматов, А.Р.Акромов, А.Ж.Утаев, Ю.А.Алимухамедова
ПЦР-ДИАГНОСТИКА ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ 183
А.Б.Рахматов
ТАКРОФОРД В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО.....184
А.Б.Рахматов, К.Д.Махмудова
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ СТОП 185
А.Б.Рахматов, Н.А.Расулова
ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 186
А.Б.Рахматов, М.К.Халдарбеков
СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ 187
А.Б.Рахматов, Д.Х.Абдиева, М.К.Халдарбеков
ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА КИНДЛЕРА 188
А.Б.Рахматов, Б.А.Мадреймов
БОЛЕЗНЬ ПРИНГЛА-БУРНЕВИЛЯ.....189
А.Б.Рахматов, Д.Ш.Кадырова
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ПСОРИАЗА СЕКУКИНУМАБОМ 191
А.Б.Рахматов, Ж.Р.Хошимов
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ 192
А.Б.Рахматов, А.Р.Акромов
ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОФИТИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ 193
А.Б.Рахматов, Ф.А.Рыхсибаева
РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ В ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ.....194
Д.В.Рахматова, А.Б.Рахматов, Б.Р.Мадреймов
УРОВЕНЬ ФЕРРИТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ТЯЖЕСТЬ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА.....195
А.Б.Рахматов, Д.В.Рахматова, А.Н.Седенков
ЗНАЧЕНИЕ АДИПОНЕКТИНА В ТЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА 196
А.Б.Рахматов, Х.И.Насимов, Ю.А.Алимухамедова
КОМПОНЕНТНАЯ МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 197
А.Б.Рахматов, Т.П.Рахматов
ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 198
Сабиров У.Ю., Хонходжаев Ш.Ш., Абдуллаходжаев К.А., Седенков А.Н.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛОВУШКИ ПРИ ГИПОПИГМЕНТИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ 199
У.Ю.Сабиров, М.Ф.Хушвактова, А.Б.Рахматов
ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ В ПРОЦЕССЕ ПРИМЕНЕНИЯ УСТЕКИНУМАБА 200
Сабиров У.Ю., Абдурашидов А.А., Файзуллаева Н.А., Ганиева Ш.Т.
“ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ: ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ” 201
Сабиров У.Ю., Назарова И.И.
ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ: МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ 202
Сабиров У.Ю., Рахматов А.Б., Юлдашева Ш. К.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ СЕКУКИНУМАБА И ND: YAG-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА 204
Саидвалиева С.С
АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС ОРГАНИЗМА И ЕГО СВЯЗЬ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕЛАЗМЫ 207
Саидвалиева С.С.
ANTERA 3D В ОЦЕНКЕ СОСУДИСТОГО КОМПОНЕНТА МЕЛАЗМЫ: ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРА НА КРАСИТЕЛЯХ 208
Саипова Н.С, Юсубалиев У.А, Тохтаев Г.Ш, Ашрапходжаева Н.М.
ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ 210
Царфина Мария Семеновна
«ПСОРИАЗ КАК СИСТЕМНОЕ ИММУНООПОСРЕДОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, КОМОРБИДНОСТИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ» 212
С.Ф.Шохимардонова
КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФРАКЦИОННЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ВИТИЛИГО 214
С.Ф.Шохимардонова
ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА 215
Шукуров И.Б., Мавлянова Ш.З., Яхшиева М.Ф., Хонходжаев Ш.Ш.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМНИЙСОДЕРЖАЩЕГО ЭМОЛЕНТА В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО 216
Solmetova M.N., Gataulina N.N.
LANGERHANS CELL HISTIOCYTOSIS IN AN INFANT: DIAGNOSTIC DIFFICULTIES AND DELAYED VERIFICATION OF THE DIAGNOSIS 218
Солметова М.Н., Садриддинова С.В.
ЮВЕНИЛЬНАЯ КСАНТОГРАНУЛЕМА У ВЗРОСЛЫХ. РЕДКИЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ 219
Солметова М.Н, Нурматова И.Б, Фармонова Н.И
ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ И ИХ СВЯЗЬ С ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ ПОДТИПАМИ 220
Солметова М.Н., Садриддинова С.Ф.
ВЫНУЖДЕНА СКРЫВАТЬСЯ: КОЛЛОИДНЫЙ МИЛИУМ 221
М.Ш.Султанова, А.Б.Рахматов
БОЛЕЗНЬ АНДЕРСОНА-ФАБРИ 222
У.А. Таджибаев, Э.А. Баткаев
ВЛИЯНИЕ НАРУШЕННОГО МИКРОБИОЦИНОЗА КИШЕЧНИКА И КОЖИ НА ЭФФЕКТИНОСТЬ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ БЛЯШЕЧНОГО ПСОРИАЗА 223
Ташкенбаева У.А.
ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ 224
М.А. Тожиева, Ф.Х. Аббосхонова
РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИИ И ЛАМПЫ ВУДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВИТИЛИГО 225
Токтамисова Д.Б., Абидов Х.А.
ЗНАЧЕНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ 226
Г.Ш. Тохтаев, Ж.А. Абдурахимов

КОМПЛЕКСНАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИХТИОЗА 227
Г.Ш. Тохтаев, М.К. Уктамова
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО 229
Тохтаев Г.Ш., Эргашова Г.А.
МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗАХ СТОП.....231
Умарова М.
ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ: ОТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС К ДОЛГОСРОЧНОМУ КОНТРОЛЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ..233
А.Ж.Утаев, А.Б.Рахматов
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ 235
А.Ж.Утаев, Рахматов, А.Б., Х.Р.Халидова
ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИПЛЕКСНОЙ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОФИТНОГО ОНИХОМИКОЗА 236
А.Ж.Утаев, А.Б.Рахматов
ОНИХОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОНИХОМИКОЗОВ.....237
Утемуратова Д.М.
КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С КРАПИВНИЦЕЙ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ДИАМИНОКСИДАЗЫ 238
Уткирова Ш.М., Абидов Х.А.
ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ДЕРМАТОСКОПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ 239
Уткирова Ш.М., Абидов Х.А.
ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ 240
Валижонова Ш., Миродилова Ф.Б.
ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ....241
Xaitov Kaxramon Najmitdinovich, Tog‘ayev Axror Turaqulovich, Sultanov Akram Abduxolikovich, Raximboyev Nuriddin Ziyodulla o‘g‘li
ACNE VULGARISNI DAVOLASHDA AZELAIN KISLOTASI VA ORAL KONTRASEPTIV VOSITALARNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH 243
Xaitov Kaxramon Najmitdinovich, Tog‘ayev Axror Turaqulovich, Sultanov Akram Abduxolikovich, Jo‘rayev Jo‘rabek Ismoil o‘g‘li
PUSHTI HUSNBUZARNING DAVOLASHDA DORI VOSITALARNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH 244
Xaitov Kaxramon Najmitdinovich, Sultanov Akram Abduxolikovich, Tog‘ayev Axror Turaqulovich, Sodiqov Boymurod Panji o‘g‘li
TERI LEYSHMANIOZINI DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH (SURXONDARYO VILOYATI MISOLIDA) 245
Хаитов К.Н., Курбонов О.Ж.
ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 246
Хаитов К.Н., Рузибакиева М.Р., Мухамедов Б.Б.
ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВИТИЛИГО: ЗНАЧЕНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ И АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА 247
Хаитов К.Н., Курбонов О.Ж.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРА ЯНУС-КИНАЗ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА 249
Хаитов К.Н., Рузибакиева М.Р., Мухамедов Б.Б.
КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИТИЛИГО НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ 250
ХАМИДОВ Ф.Ш., АЛИЕВ Л., ИСМАИЛОВА З.Ф., ХАМИДОВА М.З. .....
КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬПЕНТА 252
Хамидов Ф.Ш., Алиев Л., Исмаилова З.Ф. Аюбова Н.М., Хамидова М.З.
ЭМУЛЬСИЯ EPTADERM VTLG В ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО.....253
Хамидов Ф.Ш., Алиев Л., Исмаилова З.Ф., Аюбова Н.М.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШАМПУНЯ IVADERMSEB К И КРЕМ IVADERMSEB В ТЕРАПИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА 255
А.А. Хамидуллаева

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПУСТУЛЁЗНОГО ПСОРИАЗА 256
Хан А.А., Азизов Б.С., Нурматова И.Б.
КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСТЕКИНУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЁХ ИНЪЕКЦИЙ 257
Хайитов Б.Д.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА (d-ROMs, PAT, OSI) У ПАЦИЕНТОВ С ПАПУЛОПУСТУЛЁЗНЫМИ УГРЯМИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РЕСВЕРАТРОЛОМ 259
Хайитов Б.Д.
ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕБУМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПУЛОПУСТУЛЁЗНЫМИ УГРЯМИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С 5-АМИНОЛЕВУЛИНОВОЙ КИСЛОТОЙ 261
Р.С.Хикматов, А.Б.Рахматов
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЗООНОЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА 263
Р.С.Хикматов, А.Б.Рахматов
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРА VBEAM PERFECTA В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗООНОЗНЫМ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ 264
Ходжаева М.Б., Ганиева Ш.Т.
РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 265
Ходжаева М.Б., Ганиева Ш.Т.
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ АНДРОГЕНОВ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ 266
Ходжаева Н.Б, Абдуразакова Д.А.
РОЛЬ ПАТОЛОГИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПАТОГЕНЕЗЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА 267
Ходжаева Н.Б, Абдуразакова Д.А.
ВЛИЯНИЕ СЕЗОННОЙ ИНСОЛЯЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА (D-ROMS, PAT) ПРИ РОЗАЦЕА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 268
Холова Н.Р., Абидов Х.А.
РАННЕЕ НАЧАЛО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ДЕРМОРЕСПИРАТОРНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ 269
Хонходжаев Ш.Ш., Абдуллаходжаев К.А., Седенков А.Н.
ГИПОПИГМЕНТНЫЕ И ДЕПИГМЕНТНЫЕ НЕВУСЫ КАК КЛИНИЧЕСКИЕ ИМИТАТОРЫ ВИТИЛИГО: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ 270
Ж. И. ХОТАМ
ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ МИКРО-SBEG ПОД КОНТРОЛЕМ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКА И CO_2-ЛАЗЕРА ПРИ СТАБИЛЬНОМ ВИТИЛИГО 271
М.Ф.Хушвактова, А.Б.Рахматов
К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ УСТЕКИНУМАБА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 273
М.Ф.Хушвактова, Ю.А. Алимухамедова
HLA-CW6 И ПСОРИАЗ 274
Якубова А.С., Якубов А.А.
РОЛЬ ДЕРМАТОКОСМЕТИЧЕСКОГО УХОДА BIODERMA SÉBIUM В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ 275
Якубова А.С., Иброхимова Н.С., Сабиров У.Ю.
ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ 276
А.И. Якубович, А.Ю. Чащин, С.Ж. Булутова
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНИХОМИКОЗАМИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ 278
А.И. Якубович, А.Ю. Чащин, П.С. Югова, Н.А. Шпакова
РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 202–2025 ГГ 280
А.И. Якубович, А.Ю. Чащин, С.К. Шерхунаева
ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ДОЛГОСРОЧНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ИНСОЛЯЦИИ: МЕЛАНОМА КАК ОТДАЛЕННЫЙ РИСК 281
Юнусова З. С., к.м.н. Юлдашев К.К., Ахадова Ш.Х.
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЦИТОКИНА IL-6 У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ 282
Юнусова З. С.
С РАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА 283

Юнусова З. С., Юлдашев К.К., Ахадова Ш.Х.
СТРУКТУРА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА.....284
Юнусова З. С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НАФТОН ГОЛД» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ 285
Юнусова З. С.
КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НАФТОН ГОЛД» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ (ПСОРИАЗ И ЭКЗЕМА) 287
Юнусова З. С.
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НАФТОН ГОЛД» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ 289
Закария Э.К., Сафаров Ш.А.
КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ ПО ДАННЫМ 291

ВИТАМИН Д У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Абдиева Д.Х.[1], Хомидов М.Ф.[2], Валиева М.С.[3], Салимова Р.Т.[4]
[1,2,3,4]ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе

DOI: 10.67620/dermajournal.1730001

***Ключевые слова**: витамин D, недостаточность, дефицит, врожденный буллезный эпидермолиз, дети*

Актуальность. Витамин Д, который называют «солнечным витамином», играет чрезвычайно важную роль в функционировании человека, и его дефицит часто связан с развитием ряда заболеваний. Последний содержится в организме человека в виде 2х форм: эргокальциферол (поступает с пищей) и холекальциферол (вырабатывается в коже под действием УФО).

У детей с врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ) недостаточность витамина Д может возникнуть в результате нарушения его всасывания (дистрофии и кариес зубов, изъязвления в полости рта и глотке, стриктуры пищевода, эрозивно-язвенные поражения кишечника) и пониженного его синтеза в коже из-за нарушения её целостности и ограниченного пребывания больных на солнце. Скрининг показателей витамина Д у пациентов с ВБЭ и его влияние на клиническое течение заболевания остается актуальной проблемой и требует дальнейшего изучения.

Цель исследования — изучить содержание витамина Д у детей с ВБЭ.

Методы. В исследование включили детей в возрасте от 1 года до 18 лет с различными формами ВБЭ, госпитализированных в стационар ГУ «ГКБ КБ» за период 2024-2025 годы. Определение уровня витамина Д в сыворотке крови выполнено методом ИФА. В соответствии с используемыми международными критериями диапазон нормального уровня витамина Д составляет 30–80 нг/мл, уровни 20–30 нг/мл соответствуют недостаточности, 10–20 нг/мл — дефициту, а уровни менее 10 нг/мл — выраженному дефициту.

Результаты. Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов с ВБЭ, из них 17 (44,7%) мальчиков, и 21 девочка (55,3%). Дистрофическая форма заболевания регистрировалась у 25 (65,8%), простая — у 11(28,9%), пограничная - у 2(5,3%) пациентов. Диапазон уровня концентрации витамина Д в сыворотке крови у детей составил от 4,02 до 56,2 нг/мл. Нами установлено, что дефицит витамина Д встречался при всех формах заболевания с различной степенью выраженности. *Недостаточность* витамина Д была определена у 8 (21,1%), *дефицит* — у 13 (34,2%), *глубокий дефицит* — у 12 (31,6%) больных. Следует отметить, что показатели дефицита уровня витамина Д регистрировались у 21 пациента с дистрофической и пограничной формой и у 4 пациентов с простой формой ВБЭ. Недостаточный уровень витамина Д имели 6 человек с простой, 1- с пограничной и 1 - с дистрофической формой заболевания. Нормальные значения регистрировались исключительно у пациентов с простой формой заболевания (5 (13,2%)).

Заключение. Исследование показало, что у детей с ВБЭ низкий уровень витамина Д чаще всего регистрировался при пограничной и дистрофической форме заболевания, тогда как нормальные значения отмечались исключительно у больных с простой формой ВБЭ, при этом концентрация витамина Д напрямую зависела от формы болезни и тяжести клинической картины.

Актуальность. У детей с врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ) недостаточность витамина D может возникнуть в результате нарушения его всасывания в кишечнике и пониженного синтеза в коже ввиду ограничений на пребывание больных на

солнце. Однако распространенность недостаточности/дефицита витамина D среди пациентов с ВБЭ остается не до конца изученной по причине небольшого размера выборок ранее выполненных исследований.

Цель исследования — изучить обеспеченность витамином D детей с ВБЭ.

Методы. В исследование включали детей в возрасте от 1 года до 18 лет с простой и дистрофической формами ВБЭ, госпитализированных в стационар ГУ «ГКБ КБ» за период 2024-2025 год. Определение уровня 25(OH)D в сыворотке крови выполнено методом иммунохемилюминесценции.

Недостаточность витамина D устанавливали при концентрации 25(OH)D в диапазоне 20–30 нг/мл, *дефицит* — 10–20 нг/мл, *глубокий дефицит* — менее 10 нг/мл.

Результаты. В исследование включены 129 детей с ВБЭ, из них 62 (48%) мальчика, медиана возраста — 6 (3; 10) лет. С дистрофической формой заболевания был 101 пациент, с простой — 28. Медианное значение концентрации 25(OH)D в сыворотке крови у детей с ВБЭ составило 21,7 (13,0; 36,6) нг/мл. Недостаточность витамина D была определена у 36 (28%) больных, *дефицит* — у 38 (29%), *глубокий дефицит* — у 16 (12%). Согласно данным многофакторного регрессионного анализа, независимыми предикторами концентрации 25(OH)D были форма ВБЭ (концентрация выше у детей с простой формой заболевания) и возраст (отрицательная связь), но не пол пациентов и сезон обследования.

Заключение. Исследование показало низкий уровень обеспеченности витамином D детей с ВБЭ, при этом концентрация 25(OH)D зависела от формы заболевания и возраста пациентов.

Витамин D поступает в организм в составе продуктов питания, в виде пищевых добавок, а также синтезируется в коже под действием солнечного света.

Он участвует в регуляции фосфорно-кальциевого обмена, необходим для всасывания кальция в ЖКТ, обеспечения роста костей и минерализации костной ткани [13, 14].

Помимо влияния на скелет, витамин D оказывает антипролиферативное действие на кератиноциты [15], а его дефицит увеличивает риск новообразований кожи [15].

Кроме того, установлено положительное влияние витамина D на иммунную и сердечно-сосудистую системы [15], продолжаются исследования его роли в предупреждении злокачественных новообразований [15].

У детей с ВБЭ недостаточность витамина D может возникнуть в результате нарушения его всасывания в кишечнике [16–18], а также при пониженном синтезе в коже ввиду ограничений на пребывание больных на солнце [16].

ВБЭ, помимо поражения кожных покровов, характеризуется первичными патологическими проявлениями со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), урогенитальной системы, миокарда, скелетных мышц [5]. Так, при дистрофической форме ВБЭ поражение ЖКТ (стриктуры пищевода, изъязвления полости рта и глотки) происходит из-за повреждения слизистых оболочек фрагментами твердой пищи, а развитие кариеса и потеря зубов — вследствие сложности их гигиенической обработки [8, 9]. Более того, обширное буллезное поражение кожных покровов сопровождается потерей жидкости и белков, повышением метаболизма в условиях дефицита поступления питательных веществ из-за дисфагии. В совокупности это приводит к истощению организма, развитию недостаточности питания, микро- и макроэлементов, в т.ч. кальция и витамина D [10–12].

Как следствие, у детей с ВБЭ наблюдаются нарушение минерального обмена и торможение роста [19]. В этой связи детям с ВБЭ рекомендовано назначать пищевые добавки, содержащие витамин D [2, 20].

У детей с ВБЭ недостаточность витамина D может возникнуть в результате нарушения его всасывания в кишечнике [16–18], а также при пониженном синтезе в коже ввиду ограничений на пребывание больных на солнце [16]. Как следствие, у детей с ВБЭ наблюдаются нарушение минерального обмена и торможение роста [19]. В этой связи детям с ВБЭ рекомендовано назначать пищевые добавки, содержащие витамин D [2, 20].

Большинство детей, включенных в исследование, имели дистрофическую форму ВБЭ. Это связано с тем, что именно эти пациенты из-за полиорганности поражения

характеризуются значительным нарушением нутритивного статуса и требуют активной диетологической поддержки, в отличие от детей с простой формой заболевания. В связи с этим следует с осторожностью экстраполировать полученные данные на всю популяцию больных с ВБЭ, в которой доля больных с простой формой заболевания может быть выше, чем в настоящем исследовании.

Содержание 25(OH)D в сыворотке крови в значительной степени связано с влиянием широты и солнечной активностью, однако оно сохраняется низким даже в странах с обильным солнечным светом, в том числе в Европе, а также в регионах Ближнего Востока и Северной Африки. Это связано с тем, что люди носят скрывающую одежду из-за культурных и религиозных привычек, а высокие температуры летом ограничивают прямое воздействие солнца. Имеет значение также загрязнение воздуха и степень пигментации кожи. Даже регулярное нахождение под солнечными лучами, включая летние месяцы, не гарантирует того, что в организме будет достигнута достаточная концентрация витамина D.

Мальцев Педиатрия Мать и дитя МРЖ 2022г

Витамин D2 — эргокальциферол — поступает в организм в основном с пищей и аналогично трансформируется в печени с образованием 25-гидроксиэргокальциферола — 25(OH)D [5]. Процесс образования 25(OH)D в печени может нарушаться в случаях незрелости органов пищеварения, при хронических заболеваниях кишечника и печени, синдроме мальабсорбции, холестазе.

Образование метаболита может также снижаться при генетически детерминированном нарушении активности 25-гидроксилаз,

Наиболее хорошо изучено влияние витамина D на фосфатно-кальциевый обмен и моделирование кости. Помимо витамина D в этом процессе участвуют ионы кальция и фосфатов, остеотропные макро- и микроэлементы, гормоны (в первую очередь паратиреоидный гормон, ПТГ), фактор роста фибробластов, фактор некроза опухолей (ФНО), простагландины и интерлейкины.

Роль витамина D не ограничивается «классическими» костными (кальциемическими) эффектами. Многочисленными исследованиями установлено плейотропное действие витамина D. Показано, что дефицит витамина D связан с сердечно-сосудистыми, неврологическими, метаболическими, онкологическими заболеваниями. Причем дозы колекальциферола для осуществления внекостных (некальциемических) эффектов требуются бóльшие, чем для проявления костных (кальциемических) функций.

Витамин D является важным фактором, определяющим состав микробиома кишечника. Как было сказано выше, снижение продукции 1,25(OH)2 D или экспрессии VDR меняет транскрипцию кателицина и дефензинов, которые влияют на микробиом, способствуют увеличению колонизации протеобактерий и усилению воспалительного процесса при патологии кишечника [22].

Обеспеченность витамином D в детстве влияет на состояние здоровья ребенка в течение всей жизни. Эффекты витамина D проявляются уже в перинатальном периоде.

Дефицит витамина D детей раннего возраста повышает риск задержки формирования структур мозга, риск развития атопических и аутоиммунных заболеваний, сердечно-сосудистой патологии, а также препятствует полноценному развитию костной системы на протяжении всей жизни.

К причинам дефицита витамина D относятся недостаточное поступление витамина D в организм (недостаточная инсоляция, дефицит в пище, отсутствие дотации витамина D, из которого образуются активные метаболиты 25(OH)D и 1,25(OH)2 D) и снижение его синтеза.

Уровень витамина D в крови полностью зависит от способности организма к его усвоению. Нарушается синтез витамина D при недостатке магния, низком уровне витамина K2 , низкожировых диетах, нарушении функций печени или почек, ожирении, особенно у лиц старше 65 лет. Снижение 25(OH)D лишь на 10 нг/мл увеличивает риск смерти от всех причин на 16% [50].

При решении проблем общественного здравоохранения в последние годы сохраняется высокий интерес к частоте и роли дефицита витамина D и путям его коррекции. Витамин D

является третьим (после оптимального питания и физической активности) наиболее важным фактором, влияющим на здоровье. Большое количество проведенных исследований, в том числе метаанализов, связывают многие заболевания с дефицитом витамина D. Оптимальная обеспеченность витамином D и его метаболитами стала важным аспектом политики здравоохранения, ориентированной на увеличение продолжительности жизни на ф

Суточная доза потребления вит Д в разных странах отличается и зависит от возраста человека и физиологического состояния.

В настоящее время дефицит витамина D — глобальная проблема общественного здравоохранения в мире.

Содержание 25(OH)D в сыворотке крови в значительной степени связано с влиянием широты и солнечной активностью, однако оно сохраняется низким даже в странах с обильным солнечным светом, в том числе в Европе, а также в регионах Ближнего Востока и Северной Африки. Это связано с тем, что люди носят скрывающую одежду из-за культурных и религиозных привычек, а высокие температуры летом ограничивают прямое воздействие солнца. Имеет значение также загрязнение воздуха и степень пигментации кожи. Даже регулярное нахождение под солнечными лучами, включая летние месяцы, не гарантирует того, что в организме будет достигнута достаточная концентрация витамина D (рис. 5) [64, 65].

ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ IgE У ПАЦИЕНТОВ С ВРОЖДЁННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Абдиева Д.Х.[1], Хомидов М.Ф.[2], Валиева М.С.[3], Салимова Р.Т.[4]
[1,2,3,4]ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», г. Душанбе

DOI: 10.67620/dermajournal.1730002

Актуальность. Врождённый буллезный эпидермолиз (ВБЭ) представляет собой группу наследственных заболеваний кожи, обусловленных мутациями в генах структурных белков эпидермиса и дермо-эпидермального соединения, и относится к орфанным заболеваниям.

Согласно классификации ВБЭ от 2014 г., в зависимости от уровня образования пузыря, выделяют 4 основных типа заболевания: простой буллезный эпидермолиз (ПБЭ), пограничный буллезный эпидермолиз (ПгрБЭ), дистрофический буллезный эпидермолиз (ДБЭ) и синдром Киндлера.

Простой буллезный эпидермолиз является наиболее распространенной (70 %) и легко протекающей формой ВБЭ. Для него характерен дефект ломкости эпидермиса и, преимущественно, аутосомно-доминантный тип наследования. Пограничный буллезный эпидермолиз — это аутосомно-рецессивный дефект хрупкости в пределах прозрачной пластинки зоны базальной мембраны. Распространенность данного типа составляет 5 %. Дистрофический буллезный эпидермолиз встречается с частотой 25 %, может иметь как аутосомно-доминантный, так и рецессивный тип наследования, обусловлен поражением зоны ниже темной пластинки базальной мембраны. Буллезный эпидермолиз Киндлера — самый редкий тип, с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризуется поражением белка киндлин-1, что приводит к хрупкости на любом уровне дермо-эпидермального соединения. Течение ВБЭ сопровождается воспалительными и иммунодефицитными процессами, что, согласно данным литературы, приводит к повышению уровня IgE в сыворотке крови больных, которые отражают степень активности патологического процесса и тяжесть течения клинической формы дерматоза.

Иммуноглобулин Е занимает важное место в формировании иммунных реакций и клиническом течении различных заболеваний. Он относится к одному из 5 основных классов иммуноглобулинов человека (Ig M, G, A и E) и выполняет специфические регуляторные функции в системе иммунитета. Повышение уровня сывороточного IgE характерно для аллергических заболеваний, паразитарных, вирусных инфекций и других патологических состояний.

Цель исследования: изучить содержание уровня IgE в крови у больных с ВБЭ.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 28 больных с ВБЭ, обратившихся на стационарное лечение в ГУ «ГКБ КБ» в возрасте от 0 до 40 лет.

Определение уровня IgE проводили методом иммуноферментного анализа (ИФА) и выражали в международных единицах на литр (мЕ/л).

Результаты исследования и их обсуждение. Все пациенты были разделены на возрастные группы согласно классификации ВОЗ: от 0 до 3х лет - 6, от 3 до 6 – 4, от 6 до 12 лет – 10, от 12 до 18 – 4, старше 18 – 4 человека. Гендерных отличий выявлено не было (14 женщин и 14 мужчин). Простая форма ВБЭ регистрировалась у 14, дистрофическая форма- у 8, пограничная форма – у 4х, Киндлер синдром – у 2х пациентов. Всем больным, независимо от формы ВБЭ, определялся уровень IgE в сыворотке крови. Установлено, что у 50% пациентов отмечался повышенный уровень IgE, величина которого варьировала от 215,1 до 2500 МЕ/мл (референс от 0 до 200МЕ/мл). Следует отметить, что высокие показатели сывороточного IgE отмечались при дистрофической и пограничной формах и синдроме

Киндлера. Данные формы характеризуются более тяжёлым клиническим течением по сравнению с простой формой ВБЭ, при которой показатели IgE находились в пределах референсных значений.

Заключение

Таким образом, повышение уровня IgE в сыворотке крови у пациентов с различными формами ВБЭ зависит от степени тяжести патологического процесса.

BOLALARDAGI ATOPIK DERMATITDA TOPIK ANTIBIOTIKLARGA REZISTENTLIK VA OQILONA QO‘LLASH MASALALARI

Abdubannobova Dilnavoz
Andijon davlat tibbiyot instituti, pediatriya fakulteti 4-kurs talabasi, Andijon, O‘zbekiston

DOI: 10.67620/dermajournal.1730003

ANNOTATSIYA

Atopik dermatit (AD) — bolalarda eng ko‘p uchraydigan surunkali yallig‘lanishli teri kasalligi bo‘lib, uning o‘choqlari deyarli har doim Staphylococcus aureus bilan kolonizatsiyalanadi. Shu sababli topik va tizimli antibiotiklar keng qo‘llaniladi, biroq ularning asossiz va uzoq muddatli ishlatilishi klinik samarasizlik hamda antimikrob rezistentlik bilan bog‘liq. Ushbu tezisda AD da antibiotiklarning haqiqiy klinik samarasi va topik antibiotiklarga, ayniqsa fuzid kislotasiga nisbatan rezistentlik muammosi zamonaviy adabiyotlar asosida tahlil qilinadi. Asosiy xulosa: klinik infeksiya belgilari bo‘lmagan AD da antibiotiklar sezilarli foyda bermaydi, aksincha rezistentlikni oshiradi; davoning asosi teri bar’erini tiklash va yallig‘lanishga qarshi vositalar, antibiotiklar esa faqat aniq infeksiyada va qisqa muddatga qo‘llanilishi lozim.

Kalit so‘zlar: *atopik dermatit; bolalar; Staphylococcus aureus; antimikrob rezistentlik; fuzid kislotasi; oqilona antibiotik siyosati.*

Asosiy qism.

Atopik dermatit dermatovenerologiya va pediatriya amaliyotidagi dolzarb muammolardan biri hisoblanadi: u bolalarning taxminan 15–20% ida uchraydi va ko‘pincha erta yoshda boshlanadi [1]. Kasallik patogenezida teri bar’eri funksiyasining buzilishi bilan bir qatorda teri mikrobiotasining o‘zgarishi muhim o‘rin tutadi. 95 ta kuzatuv tadqiqotini qamrab olgan meta-tahlilda AD bilan og‘rigan bemorlarda S. aureus kolonizatsiyasi toshma o‘choqlarida 70%, burun bo‘shlig‘ida 62% ni tashkil etgani, kolonizatsiya ehtimoli nazorat guruhiga nisbatan taxminan yigirma barobar yuqori ekani aniqlangan [2]. Pediatrik populyatsiyaga bag‘ishlangan meta-tahlilda esa toshma terisida kolonizatsiya o‘rtacha 55% ni tashkil etgan, metitsillinga rezistent S. aureus (MRSA) 8,5% hollarda topilgan [3].

Aynan shu yuqori kolonizatsiya antibiotiklarni AD davosiga jalb qilishning nazariy asosi bo‘lib kelgan. Biroq zamonaviy dalillar ularning klinik foydasini tasdiqlamaydi. Bolalar ishtirokidagi tasodifiy, plasebo-nazoratli tadqiqotda klinik jihatdan infeksiyalangan ekzemasi bo‘lgan bolalarda ichki flukloksatsillin va topik fuzid kislotasi standart davo (emollent va topik glyukokortikosteroid) fonida plaseboga nisbatan sezilarli foyda bermagan [4]. Demak, terida bakteriyaning mavjudligi (kolonizatsiya) o‘z-o‘zidan antibiotik buyurish uchun asos bo‘la olmaydi.

Antibiotiklardan asossiz foydalanishning eng jiddiy oqibati — rezistentlikning kuchayishidir, va bu topik antibiotiklar misolida yaqqol ko‘rinadi. Fuzid kislotasi bunga eng yorqin misol: tasodifiy tadqiqotda ekzemaning eng og‘ir o‘chog‘idan olingan namunalarda bemorlarning 76% ida S. aureus, 26% ida fuzid kislotasiga rezistent shtammlar aniqlangan [5]. Dermatologik bemorlar orasida rezistentlik yanada yuqori bo‘lishi mumkin — atopik ekzemali yotoq bemorlarda 78% gacha; muhimi, rezistent shtamm aniqlangan bemorlarning 96% i oldingi olti oy ichida fuzid kislotasi saqlovchi vositadan foydalangan edi [6]. Rezistentlik rivojlanishida qo‘llash muddati va tartibi hal qiluvchi ahamiyatga ega: uzoq muddatli yoki uzuq-yuluq foydalanish eng zararli hisoblanadi.

Yuqoridagi dalillar oqilona antibiotik siyosati zarurligini ko‘rsatadi. Bolalarda AD davosining asosi — antibiotiklar emas, balki teri bar’erini tiklash (emollentlar), yallig‘lanishni nazorat qilish (topik glyukokortikosteroidlar, kaltsinevrin ingibitorlari)dir; ko‘pincha aynan yetarli asosiy davoning o‘zi S. aureus yukini ham kamaytiradi. Antibiotiklar faqat ochiq bakterial infeksiya belgilari bo‘lganda, imkon qadar qisqa muddatga buyurilishi, uzoq muddatli topik antibiotik (ayniqsa fuzid kislotasi) qo‘llashdan

qochilishi lozim. Xulosa qilib aytganda, klinik infeksiya belgilari bo‘lmagan AD da antibiotiklar sezilarli foyda bermaydi, aksincha rezistentlikni kuchaytiradi; oqilona antibiotik siyosati esa bemor manfaati va global antimikrob rezistentlikka qarshi kurashning muhim shartidir.

ОЦЕНКА АССОЦИАЦИИ ПОЛИМОРФИЗМА ILE105VAL ГЕНА GSTP1 С РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Абдукадирова Ю.Ш.[1], Мавлянова Ш.З.[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730004

В последнее время особое внимание уделяется к изучению генов ферментов биотрансформации ксенобиотиков (ФБК), которые являются кандидатными в формировании предрасположенности к многим патологиям, так как их белковые продукты осуществляют взаимодействие со средой, детоксицируя или токсифицируя чужеродные химические соединения, попадающие в организм, в том числе и лекарственные препараты .

В связи с этим особый интерес представился исследования гена, кодирующие ферменты системы биотрансформации ксенобиотиков и антиоксидантной защиты GSTP1 у больных с гнездной алопецией.

Гнездная алопеция (ГА) представляет собой хроническое иммуновоспалительное заболевание кожи, характеризующееся нерубцовым выпадением волос различной степени выраженности. Поиск генетических факторов развития заболевания раскрывает новые механизмы развития заболеваемости.

Целью исследования явилась оценка частоты аллельных вариантов и генотипов полиморфизма Ile105Val (rs1695) гена GSTP1 у больных гнездной алопецией узбекской популяции.

Материал и методы исследования. Обследовано 55 пациентов с гнездной алопецией и 35 практически здоровых лиц контрольной группы. Генотипирование полиморфизма GSTP1 rs1695 проводили методом полимеразной цепной реакции в режиме реального времени. Проведён анализ частоты аллелей и генотипов, доминантной модели наследования, соответствия распределения генотипов равновесию Харди–Вайнберга, а также ассоциации полиморфизма с клиническими формами заболевания.

Результаты исследования. У больных гнездной алопецией частота аллеля G составила 35,5%, тогда как в контрольной группе — 4,3% (χ^2=20,49; p<0,0001; OR=12,27; 95% ДИ 3,63–41,45). Генотип A/A чаще выявлялся в контрольной группе и имел протективную ассоциацию с заболеванием (OR=0,084; 95% ДИ 0,023–0,307). Частота гетерозиготного генотипа A/G у больных составила 34,5%, в контроле — 8,6% (OR=7,79; 95% ДИ 2,08–29,10). Наиболее выраженная ассоциация аллеля G выявлена при очаговой форме гнездной алопеции.

Выводы. Таким образом, проведённое молекулярно-генетическое исследование выявило статистически значимую ассоциацию полиморфного варианта Ile105Val (rs1695, c.313A>G) гена GSTP1 с гнездной алопецией в узбекской популяции.

COMPLICATED FORMS OF TINEA PEDIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS DURING THE REHABILITATION PERIOD AFTER CORONAVIRUS INFECTION

M.I. Abdullaev[1], N.N. Akhmedgalieva[2]
([1,2]Tashkent State Medical University, Department of Dermatovenereology, Interdistrict Dermatovenereological Dispensary No. 8, Tashkent)

DOI: 10.67620/dermajournal.1730005

Introduction.

According to the international literature, in recent years, particularly in the context of the COVID-19 pandemic, complicated forms of tinea pedis have been increasingly observed, especially among patients with diabetes mellitus. Therefore, one of the main tasks of mycologists is to analyze complicated forms of tinea pedis, taking into account the clinical and immunological status of patients who have had coronavirus infection during the rehabilitation period, and to develop appropriate therapeutic measures.

Objective. To study the frequency of complicated forms of tinea pedis in patients with diabetes mellitus who have had coronavirus infection and to develop effective therapeutic measures.

Materials and Methods. During 2025, 255 patients with various clinical forms of tinea pedis attended Interdistrict Dermatovenereological Dispensary No. 8. Of these, 46 patients were under 30 years of age, 122 were aged 31–50 years, and 87 were aged 50 years and older.

During history taking, it was established that 87 patients (34.1%) had previously had COVID-19. Patients aged 31–50 years predominated in this group, accounting for 49 patients (56.3%). Their number was lower in the other age groups: 11 patients were under 30 years of age and 27 patients were over 50 years of age.

Results. All patients underwent examination according to standard requirements, and the diagnosis of tinea pedis was confirmed by bacterioscopic examination in all patients.

Among the examined patients, the number of women was 1.91 times higher than that of men, with women accounting for 61.9% and men for 38.1%. This finding was associated with the specific immunological and hormonal characteristics of the examined patients.

More than half of the patients (73.4%) belonged to the socially active age group (under 50 years), while 26.6% were individuals over 50 years of age.

Type 2 diabetes mellitus was detected at the time of presentation in 103 (40.3%) of the 255 patients. Of these, 11 patients (8.2%) were previously unaware of their disease, whereas 152 patients (32.1%) had previously received regular appropriate treatment for diabetes mellitus.

To achieve the objective of the study, the patients were divided into three comparative groups:

Group 1 included 103 patients with diabetes mellitus.

Group 2 included 87 patients who had previously had COVID-19.

Group 3 included 65 patients who had neither diabetes mellitus nor a history of coronavirus infection.

According to the clinical findings, in **Group 1**, the intertriginous form was diagnosed in 19 patients (18.5%), the squamous form in 19 patients (18.5%), and the dyshidrotic form of tinea pedis in 65 patients (63%).

It should be emphasized that all patients with the dyshidrotic form experienced severe itching, oozing, edema, and eczematization, and the disease was frequently complicated by pyococcal infection.

Among the patients in **Group 2**, the squamous form was diagnosed in 21 patients (23.9%), the intertriginous form in 15 patients (17.4%), and the dyshidrotic form of tinea pedis in the remaining 51 patients (58.7%).

In this group, patients with the dyshidrotic form of the disease were also frequently observed. The disease was complicated by pyoderma and was accompanied by edema, oozing, and seropurulent discharge. Severe itching was observed in all patients, while inguinal lymphadenitis was noted in almost all patients.

Among the patients in **Group 3**, the squamous form was diagnosed in 23 patients (35.3%), the intertriginous form in 25 patients (38.2%), and the dyshidrotic form of tinea pedis in the remaining 17 patients (26.5%).

In this group, the dyshidrotic form had a relatively milder course: the affected areas showed mild edema, moderate itching, and oozing with serous discharge.

Conclusion. In patients with diabetes mellitus who have had coronavirus infection, tinea pedis has a more severe clinical course. Dyshidrotic forms of the disease occur more frequently in these patients, and the process is almost always complicated by pyococcal infection and accompanied by inguinal lymphadenitis.

Further in-depth research in this area is necessary to optimize effective treatment methods and improve the management of these patients.

The severe course of tinea pedis following coronavirus infection, as well as in patients with diabetes mellitus, indicates the need to use medications aimed at improving the immune status of the body during the rehabilitation period after COVID-19.

Early detection and prevention of tinea pedis should be monitored not only by dermatologists but also by physicians of other specialties, including endocrinologists.

In addition, during the rehabilitation period after COVID-19, it is advisable to implement therapeutic measures aimed at improving the immune status of the body alongside the prevention of endocrinological complications.

ҚАНДЛИ ДИАБЕТ БИЛАН КАСАЛЛАНГАН БЕМОРЛАРДА КОРОНАВИРУС ИНФЕКЦИЯСИДАН КЕЙИНГИ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОСҚИЧИДА ОЁҚ МИКОЗИНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКЛЛАРИ

М.И. Абдуллаев[1], Н.Н. Ахмедгалиева[2]
[1,2] (Тошкент Давлат Тиббиёт Университети, Дерматовенерология кафедраси, Тошкент шаҳри Тумалараро 8-сонли тери-таносил касалликлари диспансери)

DOI: 10.67620/dermajournal.1730006

Муаммонинг долзарблиги. Жаҳон адабиётлари маълумотларига кўра, сўнгги йилларда пандемия муносабати билан, айниқса, қандли диабет билан касалланган беморларда оёқ микозининг асоратланган шакллари кўп учрамоқда. Шу муносабат билан микологларнинг асосий вазифаларидан бири коронавирус инфекцияси билан касалланган беморларнинг реабилитация босқичидаги клиник-иммунологик ҳолатини ҳисобга олган ҳолда оёқ микозининг асоратланган шаклларини таҳлил қилиш ва даволаш чора-тадбирларини ишлаб чиқишдан иборат.

Тадқиқот мақсади. Коронавирус инфекциясини ўтказган қандли диабет билан касалланган беморларда оёқ панжаси микозининг асоратланган шакллари учраш частотасини ўрганиш ва самарали даволаш чора-тадбирларини ишлаб чиқиш**.**

Материал ва усуллар. 2025 йил давомида 8-сонлараро тери-таносил касалликлари диспансерига оёқ микозининг турли клиник шакллари билан 255 нафар бемор мурожаат қилди. Улардан 30 ёшгача бўлганлар — 46 нафар, 31 ёшдан 50 ёшгача бўлганлар — 122 нафар, 50 ёш ва ундан катталар — 87 нафарни ташкил этди.

Анамнез йиғиш жараёнида уларнинг 87 нафари (34,1%) аввал COVID-19 билан касалланган аниқланди. Ушбу гуруҳда асосан 31–50 ёшдаги беморлар кўпчиликни ташкил этди — 49 нафар (56,3%). Бошқа ёш гуруҳларида эса уларнинг сони камроқ бўлиб, 30 ёшгача бўлганлар 11 нафарни, 50 ёшдан катталар 27 нафарни ташкил қилди.

Тадқиқот натижалари. Барча беморлар стандарт талаблар асосида текширилди ва оёқ микози ташхиси барча беморларда бактериоскопик усулда тасдиқланди.

Текширилган беморлар орасида аёллар сони эркакларга нисбатан 1,91 марта кўп бўлиб, аёллар 61,9%, эркаклар 38,1%ни ташкил этди. Бу ҳолат текширилган беморларнинг иммунологик ва гормонал ҳолатининг ўзига хос хусусиятлари билан боғлиқ.

Беморларнинг ярмидан кўпи — 73,4% — ижтимоий фаол ёш гуруҳига (50 ёшгача) мансуб бўлди, 26,6%ини эса 50 ёшдан катта шахслар ташкил этди.

255 нафар беморнинг 103 нафарида (40,3%) мурожаат вақтида 2-тур қандли диабет аниқланди. Улардан 11 нафари (8,2%) ўз касаллиги ҳақида аввал билмаган, 152 нафари (32,1%) эса қандли диабет бўйича илгари мунтазам равишда тегишли даволаш муолажаларини олган.

Қўйилган мақсадга эришиш учун беморлар учта таққосланадиган гуруҳга ажратилди:

1-гуруҳга қандли диабет билан касалланган 103 нафар бемор киритилди;

2-гуруҳга илгари COVID-19 билан касалланган 87 нафар бемор киритилди;

3-гуруҳга қандли диабети бўлмаган ва коронавирус инфекцияси билан касалланмаган 65 нафар бемор киритилди.

Клиник тадқиқотлар натижасига кўра, **1-гуруҳда** 19 нафар беморда (18,5%) интертригиноз шакл, 19 нафар беморда (18,5%) сквамоз шакл, 65 нафар беморда (63%) эса оёқ микозининг дисгидротик шакли аниқланди.

Шуни таъкидлаш лозимки, дисгидротик шаклга эга бўлган барча беморларда кучли қичишиш, намланиш, шиш, экзематизация кузатилди ва касаллик кўпинча пиококк инфекцияси билан асоратланди.

2-гуруҳ беморлари орасида 21 нафарда (23,9%) сквамоз шакл, 15 нафарда (17,4%) интертригиноз шакл, қолган 51 нафарда (58,7%) эса оёқ микозининг дисгидротик шакли аниқланди.

Ушбу гуруҳда ҳам касалликнинг дисгидротик шаклига эга бўлган беморлар кўп учради. Уларда касаллик пиодермия билан асоратланган бўлиб, шиш, намланиш ва сероз-йирингли ажралмалар билан кечди. Барча беморларда кучли қичишиш кузатилди, деярли барча беморларда чов соҳаси лимфаденити қайд этилди.

3-гуруҳ беморлари орасида 23 нафарда (35,3%) сквамоз шакл, 25 нафарда (38,2%) интертригиноз шакл, қолган 17 нафарда (26,5%) оёқ микозининг дисгидротик шакли аниқланди.

Ушбу гуруҳда дисгидротик шакл нисбатан енгил кечди: зарарланган ўчоқларда енгил шиш, ўртача даражадаги қичишиш ва сероз ажралмали намланиш кузатилди.

Хулоса. Қандли диабет билан касалланган ва коронавирус инфекциясини ўтказган беморларда оёқ панжаси микози оғирроқ кечади. Бундай беморларда касалликнинг дисгидротик шакллари кўпроқ учрайди, жараён деярли ҳар доим пиококк инфекцияси билан асоратланади ва чов соҳаси лимфаденити билан кечади.

Самарали даволаш усулларини оптималлаштириш ва ушбу беморларни олиб бориш тактикасини такомиллаштириш учун мазкур йўналишда қўшимча чуқур тадқиқотлар ўтказиш зарур.

Коронавирус инфекциясидан кейин, шунингдек, қандли диабет билан касалланган беморларда оёқ микозининг оғир кечиши COVID-19дан кейинги реабилитация даврида беморларга организмнинг иммун ҳолатини яхшилашга қаратилган препаратларни қўллаш зарурлигини кўрсатади.

Оёқ микозини эрта аниқлаш ва профилактика қилиш нафақат дерматологлар, балки бошқа мутахассислик шифокорлари, жумладан, эндокринологлар томонидан ҳам назорат қилиниши керак.

Шунингдек, COVID-19дан кейинги реабилитация даврида эндокринологик асоратларнинг профилактикаси билан бир қаторда организмнинг иммун ҳолатини яхшилашга қаратилган даволаш чора-тадбирларини қўллаш мақсадга мувофиқ.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРОВ КАЛЬЦИНЕВРИНА В КОМБИНАЦИИ С ЭМОЛЕНТАМИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Абдурахманова М.А.[1], Халимова М.Р.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730007

Актуальность. **Атопический дерматит** (АтД) — хроническое рецидивирующее заболевание кожи с наследственной предрасположенностью к гиперактивности иммунной системы и недостаточностью барьерной функции кожи. Заболевание встречается преимущественно в детском возрасте: по данным статистики, атопическим дерматитом страдает около 20% детей и 5% взрослых, при этом за последние 30 лет отмечается устойчивый рост заболеваемости. Хроническое рецидивирующее течение, выраженный зуд и снижение качества жизни пациентов определяют необходимость поиска эффективных, безопасных и патогенетически обоснованных схем терапии, в связи с чем изучение роли эмолентов и современных наружных средств представляется актуальным.

Цель исследования. Сравнить эффективность терапии 0,1% мазью такролимус и 1% кремом пимекролимус в комбинации с эмолентом при лечении атопического дерматита у пациентов различных возрастных групп.

Материалы и методы исследования. Под клиническим наблюдением находились 32 пациента, проходивших лечение как в стационарном отделении, так и амбулаторно на приёме поликлиники: 18 мальчиков и 14 девочек в возрасте от нескольких месяцев до 18 лет. По степени тяжести заболевания пациенты распределились следующим образом: лёгкая степень — 12 человек, средняя — 14, тяжёлая — 6. Все пациенты были разделены на три возрастные группы: первая — дети до 4 лет, вторая — до 12 лет, третья — до 18 лет. Всем больным проведено комплексное обследование, включавшее общеклинические, биохимические и ультразвуковые методы диагностики, а также сбор полного анамнеза заболевания.

Результаты исследования. При сравнении эффективности наружной терапии оценивались сроки регресса высыпаний (гиперемия, отёчность, лихенификация, экскориации, геморрагические корочки, гиперпигментация в очагах), а также интенсивность и динамика зуда. Высокая эффективность терапии с достижением клинической ремиссии и значительным улучшением была установлена у 90% детей, получавших такролимус, и у 83,3% пациентов, применявших пимекролимус. При первых признаках рецидива АтД терапия возобновлялась; поддерживающая терапия проводилась в течение 3 месяцев с применением средств 2 раза в неделю в интермиттирующем режиме. Контрольные осмотры осуществлялись каждые 30 дней.

Заключение. Одновременное применение мази такролимус (или крема пимекролимус) и эмолентов является эффективной и хорошо переносимой схемой терапии атопического дерматита, обеспечивающей более быстрый регресс клинических высыпаний по сравнению с монотерапией. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности использования такролимуса в комбинации с эмолентами в режиме интермиттирующей терапии для профилактики рецидивов заболевания. Эмоленты следует рассматривать как обязательный компонент базисной терапии АтД независимо от степени тяжести, поскольку восстановление кожного барьера снижает частоту и выраженность обострений.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, СОВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

А.Р.Акромов
РСНПМЦДВиК МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730008

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с дерматомикозами на основе анализа клинических проявлений и применения современных диагностических методов.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 110 пациентов в возрасте от 2 до 79 лет с различными дерматомикозами. Идентификация возбудителей осуществлялась современными методами (ПИФ, ПЦР), в сложных случаях применялась ШИК-реакция. Чувствительность грибов к препаратам тербинафина определяли методом ПЦР в реальном времени с помощью тест-системы «DermaGenius» (Нидерланды).

Результаты исследования. Под наблюдением находилось 110 пациентов в возрасте от 2 до 79 лет. Структура нозологий распределилась следующим образом: трихофития — 71 (64,54%), микроспория — 31 (28,18%), микоз стоп — 8 (7,27%). Установлено, что 23 пациента ранее длительно применяли топические стероиды, что исказило клиническую картину и существенно затруднило диагностику. В результате дерматофиты у 16 больных были обнаружены с помощью микроскопии и ПЦР, а у остальных возбудители выявлены исключительно гистологическим методом (ШИК-реакция). Кроме того, у 28 из 85 обследованных (32,94%) методом ПЦР была выявлена резистентность к тербинафину: среди них преобладали пациенты с трихофитией — 19 (67,85%), реже резистентность фиксировалась при микроспории — 7 (25%) и микозе стоп — 2 (7,15%). В связи с этим пациентам были назначены препараты группы азолов местного и системного действия. После их применения отмечено улучшение состояния больных и регресс патологического процесса.

Выводы: Таким образом, вариабельность клинической картины и необоснованное применение топических кортикостероидов (встречающееся почти у каждого пятого пациента) приводят к диагностическим ошибкам. Кроме того, у трети обследованных отмечается резистентность грибов к препаратам тербинафинового ряда, что обусловливает затяжное течение микотической инфекции, ее распространение и торпидность к проводимой терапии, требующую назначения азолов.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОСТОГО ХРОНИЧЕСКОГО ЛИХЕНА

Ашуров Д.Д.[1], Сидиков А.А.[2], Пягай Г.Б.[3], Ибрагимова Н.С.[4]
[1,2]Ферганский медицинский институт общественного здоровья,
[3,4]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730009

Дерматоскопия является современным доступным неинвазивным методом обследования, позволяющим в значительной степени дополнять обычное клиническое обследование пациентов. Несмотря на достаточно специфическую клиническую картину ХПЛ в некоторых случаях диагностика данного заболевания представляет определенные трудности, в связи с чем нами было поставлена задача определить особенности дерматоскопической картины ХПЛ. Обследовано 60 пациентов с ХПЛ. Все дерматоскопические признаки были нами сгруппированы в 5 групп. Наиболее часто встречающимися признаками явились признаки лихенификации, которые были выявлены у всех обследованных. Данные дерматоскопические признаки проявлялись характерным сетчатым белесоватым рисунком, обусловленным утолщением эпидермиса и акантозом, выраженной линией кожного рельефа, очаговыми зонами уплотнения и гиперпигментации, формирующими мозаичный рисунок. Следующей группой по частоте встречаемости явились кератотические структурные элементы, проявляющиеся плотными бело-жёлтыми кератотическими участками, формирующими грубую поверхность очага, ячеистые белые структуры, соответствующие утолщению рогового слоя и неравномерные зоны гиперкератоза, сочетавшиеся с умеренной десквамацией. Данные паттерн встречался более чем у 90 процентов обследованных. Кроме того, в 86,7 процентов обследованных отмечались признаки, отнесенные нами в «сосудистый паттерн», проявляющиеся в виде точечных и штриховых сосудов, расположенных диффузно на фоне лихенифицированной кожи; извилистых сосудистых линий и усиление сосудистого фона. В более чем в половине случаев были отмечены «фолликулярные» признаки, характеризующимися расширенными фолликулярными устьями, часто заполненные кератином, фолликулярные пробки и перифолликулярная гиперпигментация. Кроме того, нами был выделен дерматоскопический паттерн, характеризующий наличие экскориаций, линейный следы механической травматизации и корочки. Данный симптомокомплекс был обнаружен почти у 80% пациентов. Таким образом, дерматоскопическое обследование пациентов с ХПЛ выявляет определенные дерматоскопические признаки, отражающие происходящие патоморфологические процессы в коже при данной патологии, и могут использоваться в качестве дополнительных критериев диагностики ПХЛ.

«СОВРЕМЕННЫЕ ДОСТИЖЕНИЯ В ИЗУЧЕНИИ ИММУНОЛОГИИ ПСОРИАЗА»

Атабаева К.Б.[1], Хан-Ходжаева С.А.[2]
[1,2]Ташкентский Государственный Медицинский Университет
Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730010

Псориаз является хроническим иммуноопосредованным заболеванием, которое затрагивает около 2–3% населения мира и существенно снижает качество жизни пациентов. В последние годы достигнут значительный прогресс в понимании иммунологических механизмов развития псориаза, что привело к созданию новых высокоэффективных методов таргетной терапии. Однако необходимость дальнейшего изучения иммунопатогенеза заболевания сохраняет высокую актуальность данной проблемы.

Цель исследования. Изучить современные достижения в области иммунологии псориаза и их значение для диагностики и лечения заболевания.

Методы исследования. Анализ и обобщение данных современной научной литературы. Изучение публикаций по иммунопатогенезу псориаза. Сравнительный анализ результатов клинических и иммунологических исследований.

Результаты. Установлено, что ключевую роль в развитии псориаза играют нарушения иммунного ответа с активацией дендритных клеток, Т-лимфоцитов и провоспалительных цитокинов (IL-17, IL-23, TNF-α). Выявление данных механизмов позволило разработать биологические препараты, направленные на блокирование специфических звеньев воспалительного процесса. Современная таргетная терапия демонстрирует высокую эффективность и безопасность при лечении пациентов с псориазом.

Выводы. Современные достижения в области иммунологии значительно расширили представления о патогенезе псориаза. Установление ведущей роли оси IL-23/IL-17 способствовало разработке инновационных методов лечения, обеспечивающих более эффективный контроль заболевания. Дальнейшее изучение иммунологических механизмов остается перспективным направлением для совершенствования персонализированной терапии псориаза.

РАННЕЕ ОБНАРУЖЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРОЗОВАНИЙ КОЖИ В ДЕРМАТООНКОЛОГИИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЦИФРОВОЙ СИСТЕМЫ FOTOFINDER

Аюбова Н.М., Алимова Ф.Т.
Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730011

Актуальность. Дерматоонкопатология является, одним из ключевых направлений современной медицины, поскольку заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи, включая меланома, последнее 5 лет встречается все чаще. Эффективность лечения зависит от современной диагностики на ранних стадиях. Текущие достижения в сфере цифровых технологий, в частности система FotoFinder, открывают новые возможности для раннего выявления онкологических заболеваний кожи. Данный аппарат сочетает цифровую дерматоскопию с технологиями искусственного интеллекта, что позволяет проводить высокоточный анализ пигментных образований.

Цель исследования: повышения эффективности раннего выявления злокачественных новообразований кожи, включая меланома, с использованием цифровой системы FotoFinder.

Материалы и методы: Исследования проводилась в клинике РКВКБ. В исследовании приняли участие 88 пациенты в возрасте 53–89 лет. Среди обследованных было 56 женского пола (63,6%) и 32 мужского пола (23,4%). Оценка состояния кожи проводилась на основании клинического осмотра пигментных образований кожи с применением ИИ. Определили каждого пациента тип кожи.

Результаты. Во время диагностического осмотра выявлено: у 7 пациентов БКРК, у 5 пациетов ПКРК, у 37 пациентов АК, у 28 пациентов пигментные невусы, у 2 меланома кожи. Были случае у пациента находили 2 злокачественных образований.

Выводы: таким образом, в ходе исследования установлено, что использования системы FotoFinder обеспечивает повышения точности диагностики, раннее выявления меланомы и других опухолей кожи, снижения вероятности диагностических ошибок и улучшение прогноза за счет своевременного лечения.

УГРЕВАЯ БОЛЕЗНЬ И ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ

Аюбова Н.М.[1], Хамидов Ф.Ш.[2]
[1]Ташкентский государственный медицинский университет,
2Андижанский филиал Кокандского университета

DOI: 10.67620/dermajournal.1730012

Актуальность. Угревая болезнь (акне) остается одной из самых распространенных дермато-косметологических проблем, затрагивающей как подростков, так и взрослых. Современные методы диагностики и течения все чаще дополняются технологиями искусственного интеллекта (ИИ), которые позволяют анализировать изображения кожи лица, определять степен тяжести акне и подбирать персонализированные схемы терапии. Использование ИИ способствует снижение нагрузки на врачей и повышает доступность дерматологической помощи, особенно в регионах с ограниченным доступом к специалистам (Например: в Каракалпакии).

Цель исследования: с помощью приложения Derma AI: сканер кожи и Акне выявить ранние признаки угревой болезни у подростков.

Материалы и методы: у 110 старшеклассников сделано селфи (фото) лица. Возраст пациентов варьировало от 15 до 17 лет. Из них юноши составили 65% и девушки 35%. Оценка состояния кожи проводилась на основании анкетирования. ИИ-анкетирования анализирует тип кожи, микровоспаление, ранние элементы акне, риск развития акне. Анализ до выраженных воспалений, текстуры кожи, поры, микрокомедоны, себум, папулы, кисты.

Результаты. С помощью ИИ-анкетирования у 100% пациентов определили тип кожи, у 54% пациентов выявлено микровоспаления, у 47% выявлено ранние элементы акне, у 22% риск развития акне.

Выводы. Таким образом, выше приведенный метод (приложение Derma AI), является, доступным, удобным для подростков и подходить для регулярного мониторинга.

ИНГИБИТОРЫ ЯНУСКИНАЗ В ПАТОГЕНЕЗЕ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Азимова Ф.В.[1], Шарахмедов Ш.Ш.[2], Тулаганова-Азимова М.А.[3]
[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии МЗРУз.

DOI: 10.67620/dermajournal.1730013

Актуальность. В настоящее время, благодаря фундаментальным исследованиям в области цитогенетики и биохимии, морфология и физиология волосяного фолликула значительно усовершенствованы. Внимание исследователей привлекает так называемая зона выпуклости, утолщение, расположенное под сальной железой, которое некоторые авторы назвали вторичным волосяным зародышем. Изучение механизмов циклического образования волос будет способствовать разработке новых методов лечения с целью восстановления роста волос. В последнее время идентифицирована особая группа рецепторов, передающих информацию с участием тирозинкиназы- внеклеточные (цитоплазменные). Наиболее интересны в плане активности – это янус-киназы (Jak), при присоединение факторов роста к которым происходит димеризация рецептора, их аутофосфорилирование и активация.

Цель исследования: изучение активности цитоплазменной янус-киназы в патогенезе гнездной алопеции.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 42 больных гнездной алопецией, среди которых мужчины составили 44%, женщин–56%. При распределении больных по клиническим формам гнездной алопеции основное количество больных было с локальной формой гнездной алопеции 22,3%, полиочаговой – 18,7%, лентовидной – 7,4%, субтотальной - 16,5%, тотальной - 14,7%. Были проведены стандартные методы диагностики с включением трихоскопического и иммуногистохимического исследование (Jak; 20 больных).

Результаты и обсуждение. Дерматоскопия при очаговой, полиочаговой и лентовидной форме гнездной алопеции регистрировала в 87,2% случаев неатрофированные волосяные фолликулы, в 68,2% - патологические волосы. При субтотальной форме наблюдалось снижение частоты встречаемости неатрофированных волосяных фолликул в 1,6 раз (39,6%), увеличение встречаемости неатрофированных волосяных фолликул – в 4,7 раз (51,9%), снижение встречаемости патологических волос – в 3,5 раза (31,5%) по отношению к больным с очаговой и полиочаговой формой ГА (P<0,01-0,001). Тотальная и универсальная формы ГА характеризовались достоверным снижением встречаемости неатрофированных волосяных фолликул в 11,8 раза по отношению к больным с очаговой и полиочаговой формой ГА. У 20 больных была исследована цитоплазменная янускиназа в коже волосистой части головы. Как видно из таблицы 1 у 40% больных с ГА отмечалась сильная активация Jak-1 сигнального пути, из которых 100% активация была у больных универсальной формой, 50% - тотальной и 33,3% - субтотальной формами. Среднеположительная активация JAK-1 наблюдалась 25% случаев, из которых больных субтотальной формой было 33,3%, тотальной – 50%. Слабоположительная активация JAK-1 регистрировалась в 15% случаев, из которых больных субтотальной формой было 33,3%, очаговой формой – 20%. Отрицательная активация JAK-1 во всех случаях отмечалась при локальной форме гнездной алопеции.

Таблица 1.

Распределение больных с ГА по уровню активации JAK-1 в зависимости от формы заболевания

Формы гнездной алопеции	Отриц.	Слабо полож. (1 балл)	Средне полож. (2 балла)	Сильная (3 балла)

I. Очаговая, полиочаовая, лентовидная n=5	4 (80,0%)	1 (20,0%)		
II. Субтотальная, n=6		2 (33,3%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)
III. Тотальная, n=6			3 (50,0%)	3 (50,0%)
IV. Универсальная, n=3				3 (100%)
Всего	4 (20%)	3 (15%)	5 (25%)	8 (40%)

JAK-1 также могут ускорить переход волосяных фолликулов из фазы анагена в фазу телогена и усугублением патологического процесса при гнездной алопеции, что было доказано наличием корреляционной между экспрессией цитоплазменной янускиназой JAK-1 и увеличением доли неатрофированных волосяных фолликул ($r=0,812$; $P<0,01$) и патологических волос ($r=0,789$; $P<0,01$),что указывает на взаимосвязь формирования патологических волос и прогрессирующей стадии гнездной алопеции от концентрации JAK-1 в коже волосистой части головы. Но степень атрофированных волосяных фолликул не коррелировала с экспрессией JAK-1 - 0,129.

Выводы. Доказана активация цитоплазменной янускиназы JAK-1 аутоиммунно-воспалительном процессе в патогенезе гнездной алопеции, которая индуцируется IFN-γ посредством пути JAK/STAT и приводит к образованию специфических гомодимеров транскрипции через создание сайтов стыковки для STAT, напрямую связывающихся с ДНК клетки волосяного фолликула и переводящих его в стадию телогена. Повышенная экспрессия JAK-1 увеличивается по мере прогрессирования патологического процесса и перехода в тяжелые формы заболевания (тотальные и универсальные формы). Установление корреляционной взаимосвязи между уровнем экспрессии JAK-1 и увеличением доли наличия неатрофированных волосяных фолликул и патологических волос доказывает увеличение модуляции внутриклеточного сигнала при увеличении доли неатрофированных волосяных фолликул и патологических волос.

ВЛИЯНИЕ КОМБИНИРОВАННОЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ НА СЕБОПРОДУКЦИЮ У ПАЦИЕНТОВ С АКНЕ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Баймухамедова З. М.[1], Мун А.В.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730014

Акне - распространённое хроническое воспалительное заболевание кожи, в патогенезе которого избыточная себопродукция является одним из ключевых факторов. Недостаточная изученность динамики себопродукции обосновывает необходимость её количественной оценки при терапии топическими ретиноидами и топические препараты других фармакологических групп.

Цель исследования: оценить динамику себопродукции и клинической тяжести акне различной степени тяжести на фоне комбинированной топической терапии.

Материалы и методы исследования: в исследование включены 10 пациентов с акне. Наружная терапия проводилась с учётом степени тяжести и включала препараты адапалена, третиноина, бензоилпероксида и азелаиновой кислоты. Динамику оценивали по индексу GAGS- от 29–33 до 15–18 баллов. Уровень себопродукции оценивали количественной себометрией: до лечения - 30–40 мкг/см^2, после лечения - 22–28 мкг/см^2, что соответствовало снижению показателя на ≈14-34%.

Результаты: при комбинированной топической терапии отмечена положительная клиническая и себометрическая динамика. Наиболее выраженное снижение себопродукции зарегистрировано при сочетании топических ретиноидов с бензоилпероксидом; при включении азелаиновой кислоты снижение было менее выраженным.

Выводы: Комбинированная терапия топическими средствами оказывает положительное влияние на себопродукцию при акне различной степени тяжести, при этом выраженность эффекта зависит от используемой терапевтической комбинации.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ ТОФАЦИТИНИБОМ И ПУЛЬС-ТЕРАПИЕЙ ДЕКСАМЕТАЗОНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Бободжонов А. Р.
ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней», Душанбе, Таджикистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730015

Актуальность.

Гнездная алопеция (ГА) - хроническое органоспецифическое аутоиммунное заболевание, характеризующееся поражением волосяных фолликулов и иногда ногтевых пластинок, стойким или временным нерубцовым выпадением волос.

Несмотря на появление ингибиторов янус-киназ (JAK), лечение пациентов с тяжелыми формами ГА остается актуальной клинической проблемой, особенно при высокой активности заболевания и длительном анамнезе.

Цель исследования.

Оценить эффективность и безопасность комбинированной терапии тофацитинибом и пероральной пульс-терапией дексаметазоном у пациентов с тяжелой формой гнездной алопеции.

***Материалы и методы**.*

Проведено ретроспективное одноцентровое наблюдательное исследование 8 пациентов с тяжелой ГА в возрасте от 20 до 35 лет (средний возраст — 27,3±5,3 года). У 3 пациентов диагностирована тотальная алопеция (AT), у 5 — универсальная алопеция (AU). Средняя продолжительность заболевания составляла около 5 лет. Критериями включения являлись тяжелая форма ГА (AT/AU) и исходный показатель SALT 90–100%. Все пациенты получали тофацитиниб в дозе 5 мг 2 раза в сутки перорально в комбинации с дексаметазоном 0,1 мг/кг 2 раза в неделю в режиме пульс-терапии. Период наблюдения составил 12 недель. Эффективность оценивали по динамике показателя SALT, степени восстановления волос и клиническим признакам активности заболевания. Безопасность оценивали по наличию нежелательных явлений и переносимости терапии.

Результаты.

На фоне комбинированной терапии у всех пациентов отмечалась положительная динамика различной степени выраженности. В группе AT (n=3) исходный показатель SALT составлял 90–100%; через 12 недель средний SALT снизился до 13,7%, что соответствовало выраженному восстановлению волос на коже головы. У одного пациента достигнуто полное восстановление волосяного покрова головы (SALT 0%), у остальных отмечалось значительное улучшение — до 15% и 25–27% соответственно.В группе AU (n=5) исходный SALT составлял 100%; через 12 недель средний показатель снизился до 42%. Индивидуальные значения SALT составили 20%, 50%, 45%, 35% и 60%. У всех пациентов данной группы наблюдалось восстановление роста волос в области бровей, ресниц и появление веллусных волос. По мере терапии отмечалось снижение клинической активности заболевания.

Пульс-терапия дексаметазоном обеспечивала быстрое подавление активности заболевания в начальный период лечения, потенциально выполняя роль «моста» до наступления выраженного терапевтического эффекта тофацитиниба. В течение 12 недель наблюдения серьезных нежелательных явлений, потребовавших отмены терапии, зарегистрировано не было.

Выводы. Комбинированная терапия тофацитинибом и пульс-терапией дексаметазоном продемонстрировала выраженный клинический ответ у пациентов с тяжелыми формами гнездной алопеции, включая тотальную и универсальную алопецию. Наиболее значимое снижение показателя SALT наблюдалось у пациентов с тотальной алопецией. Полученные результаты позволяют рассматривать пульс-терапию дексаметазоном как потенциальную стратегию быстрого контроля активности заболевания при начале терапии тофацитинибом. Учитывая небольшую выборку и короткий период наблюдения, полученные данные требуют подтверждения в более крупных проспективных исследованиях с длительным наблюдением.

ЎЗБЕКИСТОНДА ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИ РЎЙХАТГА ОЛИНИШИ БЎЙИЧА СТАТИСТИК ТАДҚИҚОТ НАТИЖАЛАРИ

Н.И. Боймурзаев[1], М.И. Исмоилова[2]
[1,2]Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий маркази, Альфраганус университети, тиббиёт факультети

DOI: 10.67620/dermajournal.1730016

Тадқиқот мақсади.
Ўзбекистон Республикаси аҳолиси орасида псориазнинг 2023–2025 йилларга тегишли статистик рўйхатга олиниши ва тарқалиш динамикасини ўрганиш, касалликнинг жинс хусусиятларини таҳлил қилиш ҳамда эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш бўйича амалий таклифлар ишлаб чиқиш.

Материаллар ва усуллар.
Тадқиқотда Ўзбекистонда псориаз эпидемиологиясига бағишланган илмий тадқиқот материаллари, 2023–2025 йиллардаги статистик маълумотлардан фойдаланилган.

Статистик таҳлилда тарқалиш кўрсаткичлари 100 000 аҳолига нисбатан баҳоланган. Беморлар ёши, жинси, клиник шакли ва касаллик оғирлиги бўйича гуруҳларга ажратилган. Тадқиқот муаллифлари статистик ишлов беришда IBM SPSS Statistics 23.0 ва Microsoft Excel 2016 дастурларидан фойдаланган.

Натижалар.
Тадқиқот натижаларига кўра, псориаз ташхиси билан рўйхатга олишнинг республика кўрсаткичи 2022 йилда 100 минг аҳолига нисбатан 16,3 та, 2023 йилда 15,6 та, 2024 йилда 15,0 та, 2025 йилда эса 14,3 та бўлган. Демак, бу маълумотлар псориазни аниқланиш кўрсаткичи йиллар давомида пасайганини кўрсатади.

Ҳудудлар кесимида ўрганилганда, 2022 йилда Тошкент шаҳрида 100 минг аҳолига нисбатан 35,4 та, 2023 йилда 100 минг аҳолига нисбатан 33,5 та, 2024 йилда 100 минг аҳолига нисбатан 26,1 та, 2025 йилда эса 100 минг аҳолига нисбатан 27,1 та янги ҳолат рўйхатга олинган. Шунингдек, Бухоро вилоятида ҳам нисбатан псориаз касаллиги кўпроқ аниқланган: мос равишда 20,8 та, 17,4 та, 25,9 та ва 33,3 та.

Республикамизнинг айрим ҳудудларида эса, псориазни бирламчи аниқланиши нисбатан жуда кам бўлган: ҳар 100 минг аҳолига нисбатан Жиззах вилоятида 2022 йилда 5,0 та, 2023 йилда, 5,1 та, 2024 йилда 9,3 та, 2025 йилда 7,0 та псориаз билан касалланган беморлар аниқланган. Қашқадарё вилоятида ҳам нисбатан псориаз касаллиги кам аниқланган: мос равишда 13,8 та, 5,0 та, 6,6 та ва 5,4 та.

Шунингдек, 2025 йил якуни билан псориаз ташхиси билан диспансер назоратида қолган беморлар тўғрисидаги статистик маълумотлар ҳам ўрганилди. Тадқиқотларда псориаз ташхиси билан диспансер назоратида тўрган беморлар 100 минг аҳолига нисбатан республика кўрсаткичи 60,9 та бўлиб, ҳудудлар кесимида ўрганилганда Тошкент, Бухоро ва Хоразм вилояти ҳамда Тошкент шаҳрида псориаз ташхиси билан диспансер назоратида тўрган беморлар нисбатан кўп эканлиги аниқланди: мос равишда 100 минг аҳолига нисбатан 140,4 та; 136,8 та; 117,8 та ва 117,1 та.

Республика маълумотларига кўра, псориаз ташхиси билан диспансер назоратида тўрган беморларнинг кўпроқ қисмини эркаклар ташкил қилмоқда. Яъни, жами беморларнинг 51,2%ни эркаклар ва 48,8% ни аёллар ташкил қилган.

Муҳокама.
2022–2025 йиллар статистик маълумотлар Ўзбекистонда псориазнинг аниқланиши йиллар давомида камайган. Беморларнинг жинсига кўра, нисбатан эркакларда кўпроқ

касаллик аниқланган.

Бироқ, касаллик бўйича статистик кўрсаткичлар псориазнинг ҳақиқий тарқалиши билан тўлиқ тенглаштириб бўлмайди. Тиббий муассасага мурожаат қилмаган беморлар, енгил шаклдаги касалликка эга шахслар ва бошқа сабаблар эвазига расмий ҳисобдан четда қолиши мумкин.

Тадқиқот муаллифлари ҳам Ўзбекистонда псориаз эпидемиологияси бўйича маълумотлар ҳажми ва сифатини ошириш, диагностик меъзонлар ҳамда касалланиш ва тарқалиш ҳисоботларини стандартлаштириш зарурлигини таъкидлайди. Бу борадаги амалий ишлар тиббиётни рақамлаштириш жараёнида кўзга ташланмоқда.

ЎЗБЕКИСТОНДА ПСОРИАЗ КАСАЛЛИГИНИ РЎЙХАТГА ОЛИНИШИ БЎЙИЧА СТАТИСТИК МАЪЛУМОТ

Н.И. Боймурзаев[1], М.И. Исмоилова[2]
[1,2]Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий маркази, Альфраганус университети, тиббиёт факультети

DOI: 10.67620/dermajournal.1730017

Кириш

Псориаз — сурункали, иммун-яллиғланиш хусусиятига эга бўлган, беморнинг жисмоний, психологик ва ижтимоий ҳолатига салбий таъсир кўрсатиши мумкин бўлган дерматологик касалликдир. Касалликнинг сурункали ва қайталанувчан кечиши беморларни узоқ муддат тиббий кузатув ва даволашни талаб қилади.

Псориаз эпидемиологиясини ўрганиш нафақат дерматологик хизмат фаолиятини баҳолаш, балки тиббий ресурсларни режалаштириш, дори воситаларига эҳтиёжни аниқлаш, профилактик тадбирларни ташкил этиш ва беморларни диспансер кузатувига олиш учун ҳам муҳимдир.

Ўзбекистонда псориазнинг эпидемиологик хусусиятлари бўйича ўтказилган тадқиқотда Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий маркази базасида шакллантирилган 2023–2025 йилларга тегишли статистик маълумотлар таҳлил қилинган.

Тадқиқот мақсади

Ўзбекистон Республикаси аҳолиси орасида псориазнинг статистик рўйхатга олиниши ва тарқалиш динамикасини ўрганиш, касалликнинг жинс хусусиятларини таҳлил қилиш ҳамда эпидемиологик мониторингни такомиллаштириш бўйича амалий таклифлар ишлаб чиқиш.

Материаллар ва усуллар

Тадқиқотда Ўзбекистонда псориаз эпидемиологиясига бағишланган илмий тадқиқот материаллари, 2023–2025 йиллардаги статистик маълумотлардан фойдаланилган.

Статистик таҳлилда тарқалиш кўрсаткичлари 100 000 аҳолига нисбатан баҳоланган. Беморлар ёши, жинси, клиник шакли ва касаллик оғирлиги бўйича гуруҳларга ажратилган. Тадқиқот муаллифлари статистик ишлов беришда **IBM SPSS Statistics 23.0** ва **Microsoft Excel 2016** дастурларидан фойдаланган.

Натижалар

Тадқиқот натижаларига кўра, псориаз ташхиси билан рўйхатга олишнинг республика кўрсаткичи 2022 йилда 100 минг аҳолига нисбатан 16,3 та, 2023 йилда 15,6 та, 2024 йилда 15,0 та, 2025 йилда эса 14,3 та бўлган. Демак, бу маълумотлар псориазни аниқланиш кўрсаткичи йиллар давомида пасайганини кўрсатади.

Ҳудудлар кесимида ўрганилганда, 2022 йилда Тошкент шаҳрида 100 минг аҳолига нисбатан 35,4 та, 2023 йилда 100 минг аҳолига нисбатан 33,5 та, 2024 йилда 100 минг аҳолига нисбатан 26,1 та, 2025 йилда эса 100 минг аҳолига нисбатан 27,1 та янги ҳолат рўйхатга олинган. Шунингдек, Бухоро вилоятида ҳам нисбатан псориаз касаллиги кўпроқ аниқланган: мос равишда 20,8 та, 17,4 та, 25,9 та ва 33,3 та.

Республикамизнинг айрим ҳудудларида эса, псориазни бирламчи аниқланиши нисбатан жуда кам бўлган: ҳар 100 минг аҳолига нисбатан Жиззах вилоятида 2022 йилда 5,0 та, 2023 йилда, 5,1 та, 2024 йилда 9,3 та, 2025 йилда 7,0 та псориаз билан касалланган беморлар аниқланган. Қашқадарё вилоятида ҳам нисбатан псориаз касаллиги кам аниқланган: мос равишда 13,8 та, 5,0 та, 6,6 та ва 5,4 та.

Ўзбекистон Республикасида псориаз ташхиси билан диспансер назоратига олинганлар 2022 йилда 100 минг аҳоли сонига нисбатан 16,3 та, 2023 йилда 100 минг аҳоли сонига

нисбатан 15,6 та, 2024 йилда 100 минг аҳоли сонига нисбатан 15,0 та, 2025 йилда 100 минг аҳоли сонига нисбатан 14,3 та бўлган.

Шунингдек, 2025 йил якуни билан псориаз ташхиси билан диспансер назоратида қолган беморлар тўғрисидаги статистик маълумотлар ҳам ўрганилди. Тадқиқотларда псориаз ташхиси билан диспансер назоратида тўрган беморлар 100 минг аҳолига нисбатан республика кўрсаткичи 60,9 та бўлиб, ҳудудлар кесимида ўрганилганда Тошкент, Бухоро ва Хоразм вилояти ҳамда Тошкент шаҳрида псориаз ташхиси билан диспансер назоратида тўрган беморлар нисбатан кўп эканлиги аниқланди: мос равишда 100 минг аҳолига нисбатан 140,4 та; 136,8 та; 117,8 та ва 117,1 та.

Қашқадарё вилоятида эса псориаз ташхиси билан диспансер назоратида тўрган беморлар 100 минг аҳолига нисбатан кўрсаткич 5,5 та бўлиб, бу ҳудудда псориаз ташхиси билан диспансер назоратида тўрган беморлар жуда кам. Шунингдек, Андижон вилоятида (28,9 та), Наманган вилоятида (29,0 та) ҳамда Самарқанд вилоятида (27,3 та) псориаз ташхиси билан диспансер назоратида тўрган беморлар сони нисбатан камлиги аниқланди.

Республика маълумотларига кўра, псориаз ташхиси билан диспансер назоратида тўрган беморларнинг кўпроқ қисмини эркаклар ташкил қилмоқда. Яъни, жами беморларнинг 51,2%ни эркаклар ва 48,8% ни аёллар ташкил қилган.

Муҳокама.

2022–2025 йиллар статистик маълумотлар Ўзбекистонда псориазнинг аниқланиши йиллар давомида камайган. Беморларнинг жинсига кўра, нисбатан эркакларда кўпроқ касаллик аниқланган. Яъни, эркаклар улуши юқорилиги ҳам тадқиқотнинг муҳим натижаларидан бири ҳисобланади.

Бироқ, касалликни рўйхатга олинганлиги тўғрисидаги статистик кўрсаткичини аҳолидаги псориазнинг ҳақиқий тарқалиши билан тўлиқ тенглаштириб бўлмайди. Тиббий муассасага мурожаат қилмаган беморлар, енгил шаклдаги касалликка эга шахслар ва ташхиси бошқа дерматозлар билан адаштирилган ҳолатлар расмий ҳисобдан четда қолиши мумкин.

Тадқиқот муаллифлари ҳам Ўзбекистонда псориаз эпидемиологияси бўйича маълумотлар ҳажми ва сифатини ошириш, диагностик меъзонлар ҳамда касалланиш ва тарқалиш ҳисоботларини стандартлаштириш зарурлигини таъкидлайди. Бу борадаги амалий ишлар тиббиётни рақамлаштириш жараёнида кўзга ташланмоқда.

ZOONOZ TERI LESHMANIOZI KASALLIGINING TABIIY O'CHOQLARINING EPIDEMIOLOGIK MONITORINGI

[1,2]BURIYEV A. Ya., [2]Murodov S. S., [3]SUVONOV J.
[1,2,3]Turon universiteti, Sanitariya-epidemiologik osoyishtalik va jamoat salomatligi Qo'mitasining Qashqadaryo viloyat boshqarmasi. Qarshi sh.

DOI: 10.67620/dermajournal.1730018

Zoonoz teri leyshmaniozi (ZTL) kasalligining Qashqadaryo viloyatida eng epidemik faol tabiiy o'choqlari mavjud bo'lib cho'l zonasidagi tabiiy o'choqlarning faolligi juda yo'qori. Bu tabiiy o'choqli hududlarda yashaydigan va ishlaydigan aholi salomatligiga jiddiy xavf tug'diradi. So'nggi yillarda aholi orasida ZTL tashxisi bilan ro'yxatga olingan holatlar sonining ko'payishi tendentsiyasi kuzatilmoqda. ZTLning epidemiologik kuzatuvi kasallikning tarqalishini kamaytirish va epidemik tusda avj olishining oldini olishga qaratilgan chora-tadbirlarni amalga oshirish imkonini beradi. Profilaktik chora-tadbirlarni rejalashtirish, amalga oshirish, monitoring qilish va baholash uchun tegishli epidemiologik va ijtimoiy-iqtisodiy ma'lumotlarni muntazam ravishda to'plash, qayta ishlash va tahlil qilish muhim axamiyatga ega. Yo'qoridagilarni xisobga olib 2012-2025-yillarda viloyat axolisi orasida ZTL bilan og'rigan bemorlarning ma'lumotlari yordamida kasallikning tarqalishini epidemiologik tahlili o'tkazildi.

2012-yildan 2025-yilgacha jami 808 ta teri leyshmanioz bilan kasallangan bemor ro'yxatga olingan, ulardan 781 tasi (96,7%) zoonoz teri leyshmaniozi va 27 tasi (3,3%) antropanoz teri leyshmaniozi(ATL) bilan kasallangan. Tashxis barcha bemorlarda laboratoriya tekshiruvlari bilan tasdiqlandi. Jami ro'yxatga olingan bemorlarning 255(31,6%) nafarini 14 yoshgacha bo'lgan bolalar tashkil qildi. ZTL bilan kasallangan bemorlar orasida 14 yoshgacha bo'lgan bolalarning ulushi 29,4%ni tashkil qildi, ATL tashxisi qo'yilgan bemorlar orasida bolalarning ulushi-92,6%ga teng bo'ldi.

Qashqadaryo viloyatida keyingi yillarda ZTL bilan kasallangan bemorlar sonining o'sishi kuzatildi. Bemorlar soni 2024 -yilda 2012-yilga nisbatan 7,6 baravarga ko'payganligi qayd etildi.

Statistik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, 2012–2025 yillarda viloyatning ZTL tabiiy o'chog'lari mavjud bo'lgan mintaqasida joylashgan ma'muriy hududlarida 606 (77,6%) nafar bemor qayd qilingan. Jumladan, ZTL bilan kasallangan bemorlarning eng ko'p soni Nishon tumanida — 230 (29,4%) nafar, undan keyin Qarshi tumanida 91 (11,7%) nafar, G'uzor tumanida 78 (10,0%) nafar, Koson tumanida 61 (7,8%) nafar kuzatildi.

Viloyatning ZTL bo'yicha tabiiy o'chog'rlari mavlud bo'lmagan ma'muriy hududlarida yashovchi aholi orasida 175 (22,4%) nafar bemor qayd qilingan bo'lib, ro'yxatga olingan barcha holatlarda bemorlar kasallik qo'zg'atuvchisini tabiiy o'chogli hududlarda yuqtirganligi aniqlandi.

Keyingi yillarda ZTL epidemik jarayonining faollashuviga 2019-yilda sanitariya-epidemiologiya xizmatini tashkil qilish bo'yicha o'tkazilgan transformatsiya jarayonlarida parazitologiya bo'limlari tarkibidagi dezinstruktor, dezinfektor shtat birliklarining olib tashlanishining viloyat aholisi orasida ZTL kasalligining tarqalishiga ta'sirini baholash uchun 2012-2018 va 2019-2025 yillarda ZTL bilan kasallanish holatlari qiyosiy tahlil qilindi. 2019 yilgacha xizmatning yshbu kasallikga qarshi profilaktik tadbirlarni o'tkazadigan parazitologiya bo'limlari shtatlarida 230 nafardan ortiq dezinfektor va 35 nafardan ortiq dezinstruktor ish o'rinlari mavjud bo'lgan. Xozirda entomologiya guruxida dezinstruktor, dezinfektor shtatlari nazarda tutilmagan.

O'rganishlar viloyat aholisi orasida 2012-2018 yillarda ZTL tashxisi qo'yilgan 297 nafar bemor va 2019-2025 yillarda 485 nafar bemor hisobga olinganligini, ya'ni kasallanish darajasi birinchi davrga nisbatan 64%ga, jumladan 14 yoshgacha bo'lgan bolalar orasida 2 barobarga oshganligini ko'rsatdi. ZTLning tabiiy o'chog'lari mavjud ma'muriy hududlarda kasallikning o'sishi 75,5%ni, tabiiy o'chog' mavjud bo'lmagan hudularda esa, tabiiy o'chog'li hududlarga borib kasallikni yuqtirganligi hisobiga 28,0%ni tashkil qildi. Ayniqsa, ZTLning tabiiy o'chog'lari mavjud Nishon tumanida kasallanish ko'satkichi 2,4 barobarga, Guzor tumanida 2,9 barobarga, Muborak tumanida 2,3 barobarga, Mirishkor

tumanida-7,5 barobarga oshganligi kuzatildi. Tabiiy o’chog’li hududlarda ZTLning rezervuari bo’lgan katta dala qum kalamushlari (Rhombomys opimus) va kasallik qo’zg’atuvchisini yuqtiruvchi iskaptoparlar (Phlebotomus papatasi va Phlebotomus sergenti) ga qarshi dala deratizatsiyasi va dezinsektsiyasi tadbirlarining etarli darajada o’tkazilmaganligi epidemiologik vaziyatning yomonlashishiga olib keldi.

Xulosa. ZTLning tabiiy o'choqlarining faolligining davom etishi va kasallikning ko'payib borayotgani epidemiologik kuzatuvni kuchaytirishni, dezinfektsiya va deratizatsiya choralarini optimallashtirishni hamda tabiiy o’chog’li hududlarning SEO va JS bo’limlarining parazitologiya bo’linmalari tarkibida dezinfektor shtatlarini tiklash, mahalliy sog'liqni saqlash organlari va jamoatchilik ishtirokida keng qamrovli profilaktika dasturlarini ishlab chiqishni taqozo qiladi.

ОКИСЛИТЕЛЬНЫЙ СТРЕСС И СОСТОЯНИЕ АНТИОКСИДАНТНОЙ ЗАЩИТЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Д. С. Джалилов[1], Ш. Кадырбергенова[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730019

Актуальность. Окислительный стресс рассматривается как одно из важных звеньев патогенеза атопического дерматита (АтД). Избыточное образование активных форм кислорода и снижение антиоксидантной защиты могут поддерживать воспаление, повреждение эпидермального барьера и способствовать более тяжёлому течению заболевания.

Цель исследования. Оценить состояние окислительно-антиоксидантной системы у детей с АтД в зависимости от тяжести заболевания по индексу SCORAD.

Материалы и методы. Обследовано 43 ребёнка с АтД в возрасте 3–15 лет (8,3 ± 4,2 года), из них 26 девочек (60,5%) и 17 мальчиков (39,5%). По SCORAD лёгкая степень установлена у 6 (14,0%), среднетяжёлая - у 35 (81,4%), тяжёлая - у 2 (4,7%) пациентов. В сыворотке крови определяли d-ROMs, отражающий уровень реактивных метаболитов кислорода, PAT - общую антиоксидантную активность плазмы, а также рассчитывали индекс окислительного стресса OSI. Статистическую значимость различий оценивали непараметрическими методами, связь с SCORAD - ранговой корреляцией Спирмена; $p<0,05$ считали статистически значимым.

Результаты. У детей с АтД выявлено нарушение окислительно-антиоксидантного равновесия, выраженность которого возрастала по мере увеличения тяжести заболевания. При лёгком АтД уровень d-ROMs составлял в среднем 308,5 ± 48,6 U.Carr, при среднетяжёлом - 374,8 ± 91,7 U.Carr, при тяжёлом - 486,0 ± 39,6 U.Carr. Одновременно отмечалось последовательное снижение антиоксидантной активности PAT: 2684,3 ± 412,5; 2118,6 ± 694,2 и 1642,5 ± 215,7 U.Cor соответственно. Индекс OSI также увеличивался с тяжестью АтД и составлял 43,6 ± 13,8 усл. ед. при лёгкой, 74,1 ± 35,2 - при среднетяжёлой и 111,5 ± 18,9 - при тяжёлой степени. Выявлена прямая связь SCORAD с d-ROMs и OSI и обратная - с PAT, что указывает на усиление окислительного стресса и истощение антиоксидантной защиты по мере утяжеления кожного процесса.

Выводы. У детей с атопическим дерматитом формируется дисбаланс окислительно-антиоксидантной системы, степень которого связана с клинической тяжестью заболевания. С увеличением SCORAD отмечаются повышение уровня реактивных метаболитов кислорода и индекса OSI при одновременном снижении антиоксидантной активности плазмы. Определение d-ROMs, PAT и OSI может использоваться как дополнительный лабораторный подход для оценки выраженности системного окислительного стресса у детей с АтД.

СОСТАВ КИШЕЧНОЙ МИКРОБИОТЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Д. С. Джалилов[1], Ш. Кадырбергенова[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730020

Актуальность. Нарушения кишечной микробиоты рассматриваются как один из факторов, способных поддерживать иммунное воспаление при атопическом дерматите (АтД). Особый интерес представляет связь дисбиотических изменений с клинической тяжестью заболевания.

Цель исследования. Оценить состав кишечной микробиоты у детей с АтД и определить характер её изменений в зависимости от тяжести заболевания по индексу SCORAD.

Материалы и методы. Обследовано 43 ребёнка с АтД в возрасте 3-15 лет (8,3 ± 4,2 года): 26 девочек (60,5%) и 17 мальчиков (39,5%). По SCORAD лёгкая степень установлена у 6 (14,0%), среднетяжёлая - у 35 (81,4%), тяжёлая - у 2 (4,7%) детей. Состав кишечной микробиоты исследовали методом количественной ПЦР в реальном времени с определением основных представителей нормобиоты и условно-патогенных микроорганизмов. Результаты выражали в lg ГЭ/г.

Результаты. У детей с АтД выраженность дисбиотических изменений нарастала с увеличением тяжести заболевания по SCORAD. Содержание Bifidobacterium spp. снижалось с 8,42±0,24 lg ГЭ/г при лёгкой степени до 7,51±0,18 при среднетяжёлой и 6,63±0,31 lg ГЭ/г при тяжёлой; Bacteroides spp. - с 6,84±0,21 до 6,02±0,16 и 5,31±0,28 lg ГЭ/г соответственно. Одновременно содержание Enterobacter увеличивалось с 7,82±0,20 до 8,63±0,16 и 9,51±0,35 lg ГЭ/г, Enterococcaceae - с 7,44±0,18 до 8,21±0,15 и 9,06±0,32 lg ГЭ/г соответственно. Аналогичная направленность изменений установлена для Prevotella spp., Akkermansia, Dialister и Eggerthella.

Выводы. Утяжеление АтД по SCORAD сопровождалось более выраженным дисбиотическим сдвигом кишечной микробиоты, характеризующимся снижением основных представителей нормобиоты и увеличением содержания условно-патогенных таксонов.

С увеличением тяжести АтД отмечалось снижение содержания Bifidobacterium spp., в том числе бифидобактерий, характерных для микробиоты детского возраста

ПРЯМАЯ ИММУНОФЛЮОРЕСЦЕНЦИЯ В ДИАГНОСТИКЕ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Б.Б. ЭРНАЗАРОВ[1], К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ[2], Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ[3]
[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730021

Актуальность. Аутоиммунные буллезные дерматозы трудно различить клинически. Рутинное патогистологическое исследование показывает уровень образования пузыря, но не доказывает аутоиммунную природу процесса, тогда как от точной нозологии зависят прогноз и выбор иммуносупрессивной терапии.

Цель исследования. Оценить результаты внедрения прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) в диагностику буллезных дерматозов.

Материал и методы исследования. Нами ретроспективно изучен архив патогистологических исследований кожи центра за 2023–2025 гг. — 24 175 исследований, из них 401 при подозрении на буллезный дерматоз. В анализ включены протоколы, содержащие результаты панели IgA, IgM, IgG, C3 и их трактовку. Итоговый диагноз, установленный в заключении с учётом ПИФ, сравнивался с направительными диагнозами, которых в направлении могло быть до трёх.

Результаты исследования. За три года выполнено 54 ПИФ: 1 в 2023 г., 24 в 2024 г. и 29 в 2025 г.; 50 из них — при буллезных дерматозах. Доля буллезных биопсий, в которых выполнялась ПИФ, выросла с 0,8 % в 2023 г. (1 из 128) до 18,8 % в 2025 г. (26 из 138).

Положительный результат получен в 38 случаях. Межклеточное свечение IgG, характерное для пузырчатки, выявлено в 15 случаях, линейное свечение IgG и/или C3 вдоль базальной мембраны, характерное для пемфигоида, — в 11. Зернистые отложения IgA, указывающие на дерматит Дюринга, обнаружены в 8 случаях, линейные отложения IgA (линейный IgA-зависимый дерматоз) — в 2. Ещё в 2 случаях выявлены изолированные отложения IgM. В 16 случаях панель была отрицательной.

Итоговый диагноз не совпал ни с одним из направительных в 16 случаях (30 %). В 5 из них пузырчатка была пересмотрена в буллезный пемфигоид, в 9 аутоиммунный процесс не подтвердился, в 2 установлена нозология, не входившая в дифференциальный ряд.

Выводы. Доля буллезных биопсий, дополненных ПИФ, выросла с 0,8 до 18,8 %. Почти у трети обследованных итоговый диагноз отличался от направительного; чаще всего пузырчатка оказывалась буллезным пемфигоидом, что может изменить объём иммуносупрессивной терапии. Работа носит ретроспективный характер и не подкреплена серологическими методами, поэтому отрицательный результат ПИФ следует рассматривать с учётом клинической картины.

НЕЗАПОДОЗРЕННЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ В ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОЛОГА

Б.Б. ЭРНАЗАРОВ[1], К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ[2], Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ[3]
[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730022

Актуальность. Злокачественные опухоли кожи на ранних стадиях нередко напоминают воспалительные дерматозы или доброкачественные образования. Если опухоль не заподозрена при направлении, её выявление зависит от того, будет ли выполнено гистологическое исследование.

Цель исследования. Определить долю злокачественных опухолей кожи, не заподозренных при направлении на биопсию, и клинические диагнозы, под которыми они скрывались.

Материал и методы исследования. Материалом послужили 24 175 патогистологических заключений центра за 2023–2025 гг. В анализ включались случаи с окончательным гистологическим диагнозом и заполненным клиническим диагнозом направления. Повторные биопсии одного пациента, выполненные в один день, учитывались как один случай. Опухоль считали незаподозренной, если ни один из направительных диагнозов (до трёх) не указывал на злокачественный процесс.

Результаты исследования. Выявлено 235 злокачественных опухолей: 118 базалиом, 54 случая саркомы Капоши, 28 плоскоклеточных раков, 19 лимфом кожи, 13 случаев болезни Боуэна, 2 меланомы и 1 метастаз рака в кожу.

В 28 случаях (11,9 %; 95 % ДИ 8,4–16,7) злокачественный процесс в направлении не предполагался. Из них 14 опухолей были направлены как доброкачественные образования, 11 — как дерматозы, 3 — как предраковые заболевания. Среди 1 045 образований, направленных с доброкачественным диагнозом, злокачественными оказались 14 (1,3 %).

Болезнь Боуэна не была заподозрена в 4 из 13 случаев, причём в 3 из них клиницист предполагал псориаз. Базалиома не была заподозрена в 16 из 118 случаев; в 12 из них её приняли за невус, фиброму, себорейный кератоз или гемангиому.

Выводы. Около 12 % злокачественных опухолей кожи поступили на гистологическое исследование без онкологического диагноза в направлении, половина из них — под видом доброкачественных образований. Поскольку пациентов с очевидным подозрением на рак могут направлять непосредственно к онкологу, в выборке нашего центра эта доля может быть несколько выше, чем в общей практике. Полученные данные поддерживают гистологическое исследование каждого удаляемого образования, а также необходимость помнить о болезни Боуэна, когда клинически предполагается псориаз.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ СООТВЕТСТВИЕ В ДЕРМАТОЛОГИИ: АНАЛИЗ 22 509 ЗАКЛЮЧЕНИЙ

Б.Б. ЭРНАЗАРОВ[1], К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ[2], Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ[3]
[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730023

Актуальность. Совпадение клинического и гистологического диагнозов принято считать одним из показателей качества дерматологической диагностики. Однако направление на биопсию нередко содержит несколько предполагаемых диагнозов, и итоговый показатель во многом зависит от того, как считать совпадение.

Цель исследования. Оценить клинико-морфологическое соответствие и выявить нозологии с наибольшим расхождением.

Материал и методы исследования. Ретроспективно изучены 24 175 патогистологических заключений центра за 2023–2025 гг. Направительные диагнозы (до трёх) и гистологические заключения были сгруппированы по словарю синонимов в 55 нозологических групп; это удалось сделать для 22 509 заключений. Совпадение рассчитывали двумя способами: с первым диагнозом направления и с любым из указанных.

Результаты исследования. Гистологический диагноз совпал хотя бы с одним из направительных в 86,0 % случаев, а с первым диагнозом — лишь в 64,0 %. В 58,6 % направлений было указано три диагноза; для них совпадение составило 85,0 и 59,0 % соответственно.

Мы отдельно рассмотрели нозологии, которые стояли первыми в направлении не менее 30 раз. Реже всего гистологически подтверждались меланома (1 из 35) и лимфома кожи (13 из 90); в 38 случаях с направительным диагнозом лимфомы морфолог заключил атопический дерматит. Низким было совпадение и при красном волосяном лишае Девержи (8 из 47), парапсориазе (12 из 46) и дерматите Дюринга (16 из 50). Себорейный дерматит подтвердился в 154 из 431 случаев, а в 186 гистологическая картина соответствовала псориазу.

Наиболее частыми были расхождения между псориазом и экземой. При направительном диагнозе псориаза морфолог описал экзему в 472 из 5 343 случаев, при направительной экземе обнаружил псориаз в 348 из 1 384. При витилиго в 416 из 2 419 случаев было дано заключение о гипомеланозе.

Выводы. Если учитывать весь дифференциальный ряд, расхождение составляет 14 %, если только первый диагноз — 36 %. Поэтому совпадение с первым диагнозом точнее отражает качество клинической диагностики. Наибольшие трудности вызывают лимфомы кожи и папулосквамозные дерматозы. Следует учитывать, что морфолог знал направительный диагноз, а при части нозологий гистологическая картина малоспецифична.

УКАЗАНИЕ НА НАРУЖНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ И ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ ДЕРМАТОЗОВ

Б.Б. ЭРНАЗАРОВ[1], К.А. АБДУЛЛАХОДЖАЕВ[2], Ш.Ш. ХОНХОДЖАЕВ[3]
[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730024

Актуальность. Наружные глюкокортикостероиды (ГКС) уменьшают воспалительный инфильтрат и изменяют эпидермис, что может затруднять гистологическую диагностику дерматозов. На практике биопсию часто выполняют, не отменив наружную терапию.

Цель исследования. Оценить, как часто в гистологических заключениях упоминается наружная терапия ГКС, и связано ли это упоминание с гистологическим диагнозом.

Материал и методы исследования. Использованы 24 175 патогистологических заключений центра за 2023–2025 гг. В группу ГКС включали заключения, в которых морфолог отметил проводимую наружную стероидную терапию; группу сравнения составили заключения без такой отметки. Анализировали случаи с экзематозным первым направительным диагнозом (экзема, атопический, себорейный или контактный дерматит) и сравнивали, как часто гистологически устанавливался псориаз. Рассчитывали отношение шансов (ОШ) с 95 % доверительным интервалом (ДИ).

Результаты исследования. Отметка о наружных ГКС имелась в 957 заключениях (4,0 %), и в 63 % из них был установлен псориаз.

При экзематозном направительном диагнозе псориаз гистологически выявлялся в 42,4 % случаев в группе ГКС (118 из 278) и в 14,0 % в группе сравнения (638 из 4 545). ОШ составило 4,5 (95 % ДИ 3,5–5,8) и не изменилось после поправки на год исследования. При экземе доля псориаза составила 46,7 % (152 заключения) против 22,3 % (1 206), при атопическом дерматите — 33,3 % (105) против 6,8 % (2 666).

Различие сохранялось и в случаях, когда псориаз вообще не упоминался в направлении: 12,0 % (10 из 83) против 1,9 % (51 из 2 646), ОШ 7,0 (95 % ДИ 3,4–14,3).

Выводы. Отметка о наружных ГКС в заключении ассоциирована с более частым гистологическим диагнозом псориаза у пациентов, направленных с экзематозным процессом. Это может объясняться изменением гистологической картины под действием стероидов, преимущественным направлением на биопсию резистентных случаев, а также тем, что отметку делает сам морфолог и её отсутствие не означает, что лечение не проводилось. Сведения о наружной терапии стоит указывать в направлении, а влияние отмены ГКС перед биопсией требует проспективного изучения.

PILAKCHALI PSORIAZDA SKAFO PREPARATINING KLINIK SAMARADORLIGI VA XAVFSIZLIGI

Eshboyev Egamberdi Husanovich[1], Tog‘ayev Axror Turaqulovich[2], Sultanov Akram Abduxolikovich[3], Onarov Nodir Norkobilovich[4]

[1,2,3,4]RIDVvaKIATM, Toshkent davlat tibbiyot universiteti Termiz filiali

DOI: 10.67620/dermajournal.1730025

Dolzarbligi. Pilakchali psoriazda davolash natijasini teridagi o‘choqlar kamayishi va bemorning hayot sifati orqali baholash zarur. Skafo (Scapho) preparatining faol moddasi sekukinumab bo‘lib, u IL-17A ni selektiv neytrallovchi inson monoklonal antitelosidir. Ushbu ta’sir keratinotsitlardagi yallig‘lanish jarayonlarini susaytiradi. Preparat tizimli davoga nomzod, o‘rta og‘ir va og‘ir pilakchali psoriazli kattalarda qo‘llanadi. Biologik vositani tanlashda klinik javob bilan birga hamroh kasalliklar va xavfsizlikni baholash muhim.

Tadqiqot maqsadi. Pilakchali psoriazda sekukinumabning qisqa va uzoq muddatli samaradorligini, qiyosiy afzalliklari hamda cheklovlarini tahlil qilish va Skafo preparatini qo‘llashning klinik asoslarini aniqlashtirish.

Materiallar va usullar. Ish maqsadli narrativ adabiyotlar sharhi sifatida bajarildi. PubMedda indekslangan klinik maqolalar, Scapho yo‘riqnomasi va EuroGuiDerm tavsiyalaridan 2014–2025-yillarga oid sakkizta tayanch manba tanlandi; manbalar 2026-yil 10-sentabrda tekshirildi. ERASURE, FIXTURE, CLEAR, ECLIPSE sinovlari, besh yillik kuzatuv va yirik xavfsizlik tahlili o‘rganildi. PASI 75/90/100 psoriaz maydoni va og‘irlik indeksining boshlang‘ich qiymatdan mos ravishda kamida 75%/90%/100% kamayishini bildiradi. DLQI dermatologik hayot sifatini baholaydi. Natijalar tadqiqotlarning o‘z baholash muddatlari bo‘yicha tahlil qilindi; meta-tahlil bajarilmadi.

Natijalar va muhokama. ERASURE va FIXTURE III faza sinovlariga mos ravishda 738 va 1306 bemor kiritilgan. Sekukinumab 300 mg bilan 12-haftadagi PASI 75 javobi platsebodan, FIXTUREda esa etanerseptdan ham yuqori bo‘lgan. CLEARdagi 676 bemorda 16-haftalik PASI 90 javobi ustekinumabga nisbatan yuqori qayd etilgan. ECLIPSE 1048 bemorni qamrab olgan va 48-haftalik PASI 90 bo‘yicha guselkumab foydasiga natija ko‘rsatgan. CLEARning 52-haftalik tahlilida PASI 90 sekukinumab bilan 76%, ustekinumab bilan 61% bemorda kuzatilgan ($p<0,0001$). DLQI 0/1, ya’ni teri kasalligining hayot sifatiga ta’siri yo‘qligi yoki juda kamligi, mos ravishda 72% va 59% bemorda qayd etilgan ($p=0,0008$). Bu natija klinik yaxshilanish bemor sezadigan foyda bilan ham uyg‘unligini ko‘rsatadi. 2023-yilda chop etilgan ERASURE/FIXTURE davomiy kuzatuvida 300 mg olgan, oldin javob yoki qisman javob bergan guruhda beshinchi yil PASI 75/90/100 mos ravishda 81,1%/62,8%/35,1% bo‘lgan. PASI 90 birinchi yildagi 72,8% dan pasaygan bo‘lsa-da, uzoq muddatli samara saqlangan. Davo to‘xtatilgan bemorlarning ko‘pchiligida qaytalanish kuzatilgan. Natijalar avval javob bergan tanlangan guruhga taalluqli; ularni barcha yangi bemorlarda kutiladigan besh yillik natija sifatida qabul qilish to‘g‘ri emas.

Xulosa. Sekukinumab o‘rta og‘ir va og‘ir pilakchali psoriazda qisqa muddatli klinik javob va davomli nazoratni ta’minlay oladigan biologik vositadir. Ustekinumab bilan qiyosda klinik va hayot sifati natijalari yuqori bo‘lgan, biroq ayrim uzoq muddatli mezonlarda guselkumab ustunlik ko‘rsatgan. Skafo preparatini qo‘llashda bemorni to‘g‘ri tanlash, infeksion skrining, individual xavfsizlik nazorati va 16-haftadagi javobni baholash davolash qarorining asosini tashkil etadi.

VİTİLİGONİ DAVOLASHDA QO‘LLANİLADİGAN DORİ VOSİTALARNİNG SAMARADORLİGİNİ BAHOLASH (SURXONDARYO VİLOYATİ MİSOLİDA)

Eshboyev Egamberdi Husanovich[1], Sultanov Akram Abduxolikovich[2], Tog‘ayev Axror Turaqulovich[3], Normurodov Fazliddin Xolmurod o‘g‘li[4]
[1,2,3,4]RIDVvaKIATM, Toshkent davlat tibbiyot universiteti Termiz filiali

DOI: 10.67620/dermajournal.1730026

ANNOTATSIYA.

Vitiligo — terida melanositlar yo‘qolishi natijasida oq dog‘lar paydo bo‘ladigan surunkali dermatozdir. Surxondaryo viloyati sharoitida vitiligoni davolashda mahalliy va sistemali dori vositalari, shuningdek, fototerapiya usullari qo‘llanilmoqda. Ushbu tezisda kortikosteroidlar, kalsinevrin ingibitorlari (takrolimus, pimekrolimus), antioksidantlar va PUVA-terapiya bilan kombinatsiyalangan dori vositalarining samaradorligi baholandi.

Kirish.

Vitiligo butun dunyo aholining 0,5–2% ini qamrab oluvchi keng tarqalgan dermatoz bo‘lib, uning patogenezida autoimmun jarayonlar, oksidativ stress, melanositlarning genetik moyilligi va neyroendokrin mexanizmlar muhim o‘rin tutadi. Surxondaryo viloyati sharoitida quyosh intensivligi yuqori bo‘lgani uchun vitiligo bemorlarida klinik belgilarning tez rivojlanishi kuzatiladi. Shu sababli davo samaradorligini baholash va individual yondashuv tanlash alohida ahamiyatga ega.

Material va usullar. O‘rganilgan guruh: 2022–2024 yillar davomida Surxondaryo viloyatidagi dermatologik klinikalarda kuzatilgan 40 nafar vitiligo bemori. Davolash protokollari: Mahalliy kortikosteroidlar (klobetazol, mometazon) — 15 bemorda. Kalsinevrin ingibitorlari (takrolimus 0,1%, pimekrolimus 1%) — 10 bemorda. Antioksidant terapiya (vitamin E, C, rux preparatlari) — 5 bemorda. PUVA-terapiya + dori vositalari kombinatsiyasi — 10 bemorda. Baholash mezonlari: repigmentatsiya darajasi (≤25%, 25–50%, ≥50%), qaytalanish chastotasi, nojo‘ya ta’sirlar va bemorlarning estetik qoniqishi.

Natijalar. Kortikosteroidlar: 60% bemorda 3 oylik kuzatuvda ≥50% repigmentatsiya qayd etildi, biroq 15% hollarda teri yupqalashishi kuzatildi. Kalsinevrin ingibitorlari: 70% bemorda 25–50% repigmentatsiya, yuz sohasida yaxshi natija berdi, nojo‘ya ta’siri minimal. Antioksidantlar: mustaqil qo‘llanganda 30% hollarda qoniqarli samara, lekin kombinatsiyada samaradorligi yuqori bo‘ldi. PUVA + dori kombinatsiyasi: 80% bemorda ≥50% repigmentatsiya kuzatildi, qaytalanish hollari eng kam bo‘ldi.

Muhokama. Surxondaryo viloyatida vitiligoni davolashda mahalliy kortikosteroidlar tezkor natija bergan bo‘lsa-da, uzoq muddatli qo‘llashda nojo‘ya ta’sirlar cheklov bo‘lib qolmoqda. Kalsinevrin ingibitorlari yuz va bo‘yin kabi sezgir sohalarda xavfsizligi tufayli afzal tanlov bo‘lib, natijalari barqaror. Antioksidantlar patogenezdagi oksidativ stressni kamaytiradi, ammo mustaqil qo‘llanishi yetarli emas. PUVA-terapiya bilan kombinatsiyalangan yondashuv esa eng yuqori samaradorlikni ko‘rsatib, uzoq muddatli remissiya ta’minladi. Kelgusida kengroq randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar yordamida dori kombinatsiyalarining optimal protokollarini ishlab chiqish zarur.

Xulosa. Surxondaryo viloyati sharoitida vitiligoni davolashda PUVA-terapiya + dori vositalari kombinatsiyasi eng yuqori samaradorlikni ko‘rsatdi (80%). Kortikosteroidlar tezkor natija beradi, lekin uzoq muddat qo‘llashda nojo‘ya ta’sirlari seziladi. Kalsinevrin ingibitorlari xavfsizligi va yuz sohasidagi samaradorligi bilan afzal tanlov hisoblanadi. Antioksidantlar yordamchi usul sifatida foydali, kombinatsiyada samaradorlikni oshiradi. Davo natijalari bemorning yoshi, kasallik davomiyligi va tarqalish hududiga qarab farqlanadi.

ACNE VULAGRISNI DAVOLASHDA PRP VA MEZOTERAPIYA

Eshboyev Egamberdi Husanovich, Tog‘ayev Axror Turaqulovich, Sultanov Akram Abduxolikovich, Onarov Nodir Norkobilovich

RIDVvaKIATM, Toshkent davlat tibbiyot universiteti Termiz filiali

DOI: 10.67620/dermajournal.1730027

ANNOTATSIYA.

Oddiy husnbuzar (acne vulgaris) — seboreya, follikulyar giperkeratoz, Propionibacterium acnes ko‘payishi va yallig‘lanish jarayonlari bilan tavsiflanadigan keng tarqalgan dermatozdir. U asosan o‘smirlik davrida uchraydi, biroq kattalarda ham davom etishi mumkin. So‘nggi yillarda husnbuzar davosida regenerativ dermatologiya usullari, jumladan trombotsitlarga boy plazma (PRP) va mezoterapiya keng qo‘llanila boshladi. Ushbu ilmiy tezisda ushbu usullarning patogenetik asoslari va klinik samaradorligi yoritiladi.

Kirish. Acne vulgaris butun dunyo bo‘yicha 80–90% o‘smirlarni qamrab oluvchi eng keng tarqalgan surunkali dermatozlardan biridir. Kasallikning patogenezida seboreya, follikulyar giperkeratoz, Propionibacterium acnes ko‘payishi va immun yallig‘lanish reaksiyalari asosiy mexanizmlarni tashkil qiladi. An’anaviy davolash usullari (mahalliy retinoidlar, benzoil peroksid, antibiotiklar va gormonal terapiya) ko‘plab hollarda samarali bo‘lsa-da, ayrim bemorlarda rezistentlik, nojo‘ya ta’sirlar va qaytalanish kuzatiladi.

So‘nggi yillarda estetik va regenerativ tibbiyot yo‘nalishida yangi metodlar ishlab chiqildi. Shulardan biri — trombotsitlarga boy plazma (PRP) terapiyasi bo‘lib, unda bemorning o‘z qonidan olingan plazmadagi o‘sish omillari yordamida terida regenerativ jarayonlar faollashadi. Yana bir muhim yo‘nalish — mezoterapiya bo‘lib, teri ichiga biologik faol moddalar (vitaminlar, aminokislotalar, mikroelementlar, gialuron kislotasi) yuboriladi. Bu usullar husnbuzarning klinik ko‘rinishlarini kamaytirish, izlarini davolash va teri sifatini yaxshilashda muhim ahamiyat kasb etmoqda. Shu bois, ushbu metodlarning afzalliklari va samaradorligini ilmiy asoslash dolzarbdir.

Materiallar va usullar. PRP terapiya: bemordan venoz qon olinib, sentrifugalanadi va trombotsitlarga boy plazma teri ichiga yoki atrofiga in’yeksiya qilinadi. PRP fibroblastlarni faollashtirib, kollagen va elastin sintezini oshiradi.

Mezoterapiya: mikroin’yeksiyalar orqali vitaminlar, aminokislotalar, mikroelementlar, gialuron kislotasi kabi biologik faol moddalar yuboriladi. Bu usul yog‘ bezlari faoliyatini normallashtiradi, yallig‘lanishga qarshi va antioksidant ta’sir ko‘rsatadi.

Kombinatsiya: PRP va mezoterapiya birgalikda qo‘llanganda husnbuzar yallig‘lanish elementlari tezroq regressiyaga uchraydi va izlar kamayadi.

Natijalar. Ilmiy tadqiqotlar natijasiga ko‘ra, PRP bilan davolangan bemorlarda husnbuzar izlarining regressiyasi va terining elastikligi yaxshilangan. Mezoterapiya terining umumiy tonusi va yog‘ bezlari faoliyatini nazorat qilishda samarali ekanligi qayd etilgan. Kombinatsiyalangan yondashuv an’anaviy davoga qo‘shimcha qilib qo‘llanganda yuqori klinik natijalar ko‘rsatgan.

Muhokama. PRP terapiya regeneratsiya jarayonini kuchaytirsa, mezoterapiya terining baryer funksiyasini yaxshilaydi. Ularning sinergik qo‘llanishi husnbuzarning o‘rta va og‘ir shakllarida izchil samaradorlik beradi. Biroq optimal protokollar va uzoq muddatli xavfsizlikni baholash uchun keng ko‘lamli randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar talab etiladi.

Xulosa. Oddiy husnbuzar davosida PRP va mezoterapiya zamonaviy, xavfsiz va samarali qo‘shimcha usullar sifatida o‘rin tutmoqda. PRP fibroblastlarni faollashtirish orqali kollagen va elastin ishlab chiqarilishini kuchaytiradi, bu esa izlarni kamaytiradi va teri sifatini yaxshilaydi. Mezoterapiya esa teriga bevosita biologik faol moddalar yetkazib berish orqali yog‘ bezlari faoliyatini normallashtiradi, yallig‘lanishni kamaytiradi va umumiy regeneratsiyani qo‘llab-quvvatlaydi.

DEMODEKS INFESTATSIYASINING ROZASEANING KLINIK FAOLLIGI VA TERI MIKROFLORASI BILAN BOG‘LIQLIGI

E.X. ESHBOYEV[1], F.A. ORALOV[2]
[1,2]Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, Toshkent, O‘zbekiston

DOI: 10.67620/dermajournal.1730028

Tadqiqotning dolzarbligi. Rozasea surunkali, qaytalanuvchi kechishi bilan tavsiflanadi. Kasallikda yallig‘lanishni kuchaytiruvchi omillardan biri Demodex kanalarining ko‘payishi bo‘lib, uning klinik belgilar va teri mikroflorasi bilan bog‘liqligini baholash muhim.

Tadqiqot maqsadi. Demodex infestatsiyasining rozasea klinik faolligi va teri mikroflorasi bilan bog‘liqligini baholash.

Tadqiqot materiallari va usullari. Tadqiqotga Toshkent viloyati Olmaliq shahar teri tanosil kasalliklari bo‘limida rozasea tashxisi qo‘yilgan 50 nafar bemor kiritildi. 20 nafarida eritematoz-teleangiektatik, 30 nafarida papulo-pustulyoz shakl aniqlandi. Asosiy klinik belgilar va qaytalanish chastotasi baholandi. Demodex mikroskopik usulda aniqlanib, ≥5 kana/sm^2 klinik ahamiyatli deb qabul qilindi. Zararlangan teri sohalaridan mikrobiologik tekshiruv ham o‘tkazildi.

Tadqiqot natijalari. Jami 50 bemorning 31 nafarida Demodex-positive holat aniqlandi. Demodex infestatsiyasi papulo-pustulyoz rozaseada 76,7%, eritematoz-teleangiektatik shaklda esa 40,0% ni tashkil etdi ($p<0,05$). Kanalarning o‘rtacha zichligi ham papulo-pustulyoz shaklda yuqori bo‘lib, mos ravishda 8,5±3,6 va 4,2±2,1 ta/sm^2 ni tashkil etdi ($p<0,001$). Demodex-positive bemorlarda papulalar 87,1%, pustulalar 71,0%, qichishish 74,2%, teri quruqligi 77,4% va tez-tez qaytalanish 74,2% holatda kuzatildi. Ushbu ko‘rsatkichlar Demodex-negative bemorlarda pastroq bo‘ldi. Demodex-positive bemorlarda Staphylococcus spp. 61,3% holatda, Demodex-negative bemorlarda 31,6% holatda, aralash mikroflora esa mos ravishda 48,4% va 21,1% holatda aniqlandi.

Xulosalar. Demodex yuklamasining ortishi rozaseaning faol klinik kechishi, yallig‘lanish elementlari, qichishish, teri quruqligi bilan bog‘liq bo‘ldi. Infestatsiyaning eng yuqori darajasi papulo-pustulyoz shaklda kuzatildi.

РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ИММУН ТИЗИМИ ВА ИЧАК МИКРОБИОЦЕНОЗИ БУЗИЛИШЛАРИНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИ

Эшбоев Э.Х.[1], Махсудов М.Р[2]
Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази, Тошкент шаҳри

DOI: 10.67620/dermajournal.1730029

Долзарблиги. Ранг-баранг темиратки (pityriasis versicolor) тери замбуруғли касалликларидан бири бўлиб, унинг қўзғатувчиси *Malassezia spp.* ҳисобланади. Касалликнинг ривожланиши ва узоқ давом этишида иммун тизими ҳолати ҳамда ичак микробиоценозининг бузилиши муҳим аҳамиятга эга.

Тадқиқот мақсади. Ранг-баранг темиратки билан оғриган беморларда ичак микробиоценози бузилиш даражасига боғлиқ равишда иммун тизимидаги ўзгаришларни ўрганиш.

Материал ва усуллар. Тадқиқотда 18–45 ёшдаги ранг-баранг темираткининг турли клиник шакллари билан оғриган 33 нафар бемор кузатилди. Иммун тизими ҳолатини баҳолаш мақсадида CD3, CD4, CD8, CD19/CD20 ва CD16 кўрсаткичлари, шунингдек IgA, IgM, IgG ҳамда қондаги айланувчи иммун комплекслар ўрганилди. Ичак микробиоценозини баҳолашда йўғон ичак микрофлорасининг миқдорий ва сифат таркиби текширилди.

Натижалар. Беморларда назорат гуруҳига нисбатан CD3 ва CD4 ҳужайралари миқдори ишончли камайиши, CD8 ва CD19 ҳужайралари эса ортиши аниқланди. Иммунорегулятор индекс қарийб 1,8 марта пасайган. Шу билан бирга, IgG ва айланувчи иммун комплекслар миқдори ошиши, IgA даражаси эса пасайиши кузатилди. Бу ўзгаришлар ҳужайравий иммунитет фаоллигининг пасайиши ва гуморал иммунитетдаги ўзгаришларни кўрсатади. Текширилган 33 нафар беморнинг **25 нафарида (75,8%) ичак дисбактериози** аниқланган. Жумладан, I даражали дисбактериоз 30,3%, II даражали — 27,3%, III даражали — 18,2% беморларда кузатилган. Фақат 24,2% беморда дисбиотик ўзгаришлар аниқланмаган.

Иммун тизимидаги ўзгаришлар ичак дисбактериози оғирлик даражаси билан бевосита боғлиқ эканлиги аниқланган. Айниқса, II–III даражали дисбактериозда CD3 ва CD4 миқдорининг камайиши, CD8 ва CD19 кўрсаткичларининг ортиши яққол намоён бўлган. Дисбактериоз оғирлашган сари IgG ва айланувчи иммун комплекслар даражаси ҳам ортиб борган.

Хулоса. Ранг-баранг темиратки билан оғриган беморларда иммун тизимидаги бузилишлар ичак дисбактериозининг оғирлик даражаси билан тўғридан-тўғри боғлиқ. Шу сабабли ушбу касалликни даволаш тактикасини белгилашда беморнинг иммунологик ҳолати билан бир қаторда ичак микробиоценози ҳолатини ҳам ҳисобга олиш мақсадга мувофиқ.

ТИРНОҚЛАРНИНГ ЗАМБУРУҒЛИ КАСАЛЛАНИШИ

Э.Х.Эшбоев[1], Ж.И.Икромов[2]
[1,2]РИДВваКИАТМ, University of Business and Science Наманган шаҳри

DOI: 10.67620/dermajournal.1730030

Тирноқларнинг замбуруғли касалланиши онихомикоз, айниқса ўрта ва катта ёшли инсонлар орасида кенг тарқалган. Адабиётларда берилган маълумотларга қараганда, минтақаларга қараб 5-10%дан 20-25%гача аҳоли онихомикоз билан зарарланган. Аммо бу кўрсаткичлар фақат юқумли замбуруғлар- дерматофитлар қайд қилинган шаҳсларни ҳисобга олади.

Ўзбекистон шароитида ҳам онихомикоз, яъни тирноқларни зарарлайдиган замбуруғлар энг кўп тарқалган гуруҳ ҳисобланади. Айниқса ачитқисимон замбуруғлар икки хисса кўпроқ ва тез-тез қайд қилинмоқда. Улар якка холда ёки аралаш кўринишда дерматофитлар билан, ҳамда моғор замбуруғлари билан ҳамкорликда келиши мумкин.

Одатда бу тоифадаги замбуруғлар облигат паразитлар ҳисобланади. Баъзан тери, тирноқ ва сочларни зарарлайди. Замбуруғлар ўз хаёти фаолияти давомида кератиназа ферментини ишлаб чиқаради. Бу фермент ўз навбатида кератинни кератиноцитлар (тери, тирноқ ва соч хужайраларини) таркибига кирувчи оқсилни парчалайди. Инфекция манбалари сифатида зарарланган одам ёки хайвонлар касаллик ўчоғи бўлиб тирноқ ва сочлар (жунлар) ҳисобланади. Лаборатория шароитида тери қириндиси (микроскопик) ва культурал усулларда (бактериологик) замбуруғлар аниқланади. Ушбу замбуруғлар камдан кам холларда моно кўринишда, кўпинча эса ачитқи замбуруғлари билан ассоциацияда келади.

Бизнинг Наманган вилояти шароитида олиб борган микологик тадқиқотларимиздан маълум бўлдики, кузатувимиздаги катта ёшдаги беморларнинг 32.0%ида дерматомицетлар, 48.0% ида ачитқи замбуруғи ва ниҳоят 20.0%ида моғор замбуруғи қайд қилинди. Тадқиқотлар давом этмоқда.

АЧИТҚИ ЗАМБУРУҒИ ТЎҒРИСИДА ЗАМОНАВИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Э.Х.Эшбоев[1], Ж.И.Икромов[2]
[1,2]РИДВваКИАТМ, University of Business and Science Наманган шаҳри

DOI: 10.67620/dermajournal.1730031

Ачитқи замбуруғи факультатив паразит шатли патоген хисобланади.Тери, тирноқ хамда шиллиқ соханинг зарарланишига сабаб бўлади. Лекин бу иборани уз пайтида ишлатишни билиш керак. Чунки ачитқи замбуруғи тери ва шиллиқ соханинг нормал микрофлораси хисобланади ва барча одамлар ва ҳайвонларда меёридаги микрофлора хисобланади. Ушбу замбуруғларнинг фермент ишлаб чикиш хусусиятлари етарли даражада тўлиқ ўрганилмаган. Айрим адабиётларда кератинни парчалайдиган фермент ишлаб чиқариши айтилган.

Тадқиқотимиздаги беморларнинг тирноқ наъмуналарида ҳар доим ачитқи замбуруғлари бошқа патоген замбуруғлар(моғор, дерматомицетлар) билан аралаш келди. Замбуруғлар табиатда жуда кенг тарқалган. Тупроқ таркибидаги замбуруғлар споралари шамол таъсирида ҳаво орқали атроф муҳитга тарқалади ва шу тариқа одам ва хайвонларнинг тери ва шиллиқ соҳасига тушиб туради.

Ачитқи замбуруғи таъсирида келиб чиқадиган онихомикозга аксарият холларда кўп терлаш(гипергидроз), узоқ вақт резина оёқ кийим кийиш, уй ичида ёзда хам хаддан зиёд иссиқ кийиниб юриш, ҳавоси нам муҳитда ишлаш ва нихоят тирноқ ва оёқ терисини тўғри парвариш қилиш одатларининг йўқлиги сабаб бўлади. Тадқиқотлар давом этмоқда.

МОҒОР ЗАМБУРУҒИ ТЎҒРИСИДА МАЪЛУМОТ

Э.Х.Эшбоев[1], Ж.И.Икромов[2]
[1,2]РИДВваКИАТМ, University of Business and Science Наманган шаҳри

DOI: 10.67620/dermajournal.1730032

Моғор замбуруғи хақида суҳбат кетганда унинг патогенлиги тўғрисида қарама-қарши кўп фикрлар пайдо бўлади. Биз ушбу тезис орқали баъзи тортишувларга барҳам беришни мақсад қилиб қўйдик.

Моғор замбуруғи шатли-патоген хусусиятларга эга. Уларнинг айримлари вазиятга қараб тироқларни, терини ва шиллиқ қаватни зарарлаши мумкин. Уларнинг қандай ферментлар ишлаб чиқиши фанга хонузгача ноъмалум. Тирноқ пластинкалари зарарланган холларда моғор замбуруғлари одатда ачитқи замбуруғлари ва дерматомицетлар билан хамкорликда келади.

Моғор замбуруғи тупроқ таркибида, дарахтлар ва ўсимликлар танасида жуда кўплаб учрайди. Дарҳақиқат моғор замбуруғлари оппортонустик инфекциядир. Қулай шаройит туғилдими уларнинг айримлари касаллик чақириши мумкин.

Тирноқ пластинкасининг патоген шатли замбуруғлар билан касалланишида қуйидаги омилларнинг аҳамияти каттадир. Касалликлар сабаб организм қаршилигининг (иммунитет) пасайиши, хомиладорлик, менапауза ёки стресс. Тирноқ пластинкалари травмалари, спорт, кўп пиёда юриш, рақсга тушганда турли хил жарохатлар олиш. Оёқ кийимларнинг тирноқ пластинкасига босим ўтказиш. Оёқ ва товоннинг деформациялари, тирноқлар билан нотўғри ишлаш, уларни чайнаш. Тупроқ ёки озиқ-овқат махсулотлари билан кўп ишлаш, қўлларни хаддан зиёд кўп ювиш, антисептиклардан тез-тез фойдаланиш ва хоказо. Ушбу соҳада изланишлар давом этмоқда.

НАМАНГАН ВИЛОЯТ АҲОЛИСИ ОРАСИДА РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИ БИЛАН КАСАЛЛАНИШ ДИНАМИКАСИ

Э.Х.Эшбоев[1], А.М.Валиев[2]
[1,2]РИДВваКИАТМ, Наманган вилояти РИДВваКИАТМ филиали

DOI: 10.67620/dermajournal.1730033

Ранг-баранг тиҳемиратки касаллигига Malassezia furfur замбуруғи сабаб бўлади. Хасталик ўспириллар орасида кенг тарқалган бўлиб жуда тез юқади.

Ранг-баранг темиратки касаллигини тарқалишини олдини олишда, касалликнинг профилактикасида ушбу касалликнинг эпидемиологияси, этиопатогенези, клиникаси, лаборатор диагностикаси, давоси бўйича барча турдаги илмий, амалий хамда статистик маълумотлар жуда зарурдир. Жахон хамда махаллий олимларнинг берган маълумотларига кўра ранг-баранг темиратки касаллиги билан кўпроқ ўсмир ёшдаги болалар ва кейинги пайтларда кўпроқ катта ёшлиларда ҳам касалланиш кўп кузатилмоқда.

Ранг-баранг темиратки касаллиги билан касалланиши Наманган вилояти аҳолиси орасида аниқланиши таҳлили 2024-2025 йилларининг йиллик статистик малумоти асосида олиб борилди ва касалликни аҳолининг барча қатламида аниқланишни хамда лаборатор таҳлиллар натижаларини ўрганиш мақсад қилиб олинди.

2024-йили давомида Наманган вилояти ахолиси орасида ранг-баранг темиратки касаллигини аниқланиши 2332 (100 минг ахолига нисбатан интенсив кўрсаткичи 36,4) бўлиб 2025 йил эса ранг-баранг темиратки касаллигини аниқлаш 2535 та (100 минг ахолига интенсив кўрсаткичи 38,7) бўлган.Маълумотлардан кўриниб турибди-ки, ахолини ранг-баранг темиратки касаллиги билан касалланиш кўрсатгичлари 2024-йилга нисбатан 2025 йилда кўпайган. Айниқса 18 ёшдан катта болалар орасида касалликни аниқланиши 2024 йилга нисбатан 2025 йилда ошган. Яъни 2024-йил 695 (27,7 %) нафар болаларда ранг-баранг темиратки касаллиги аниқланган ва 2025 йилда эса 787 (32,4 %) нафар болалар ушбу касаллик билан касалланишган.

Наманган вилоятида мавжуд тиббиёт муассасаларида 2024-йилда 3615 нафар беморларда ранг-баранг темиратки касаллиги аниқлашга лаборатор тахлиллар ўтказилган ва 2332 нафар беморда ранг-баранг темиратки касаллиги аниқланган. 2025-йилда эса касалликни аниқлашга 3822 нафар бемордан текширилган ва 2595 нафаридан ранг-баранг темиратки касаллиги аниқланган. Ушбу соҳада изланишлар давом этмоқда.

РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ КАСАЛЛИГИНИНГ МУАММОЛАРИ ТЎҒРИСИДА

Э.Х.Эшбоев[1], М.Р.Махсудов[2], А.М.Валиев[3]
[1,2,3]РИДВваКИАТМ, Наманган вилояти РИДВваКИАТМ филиали

DOI: 10.67620/dermajournal.1730034

Ранг-баранг темиратки (Tinea versicolor) – бу терининг замбуруғли касаллиги бўлиб, ҳамма жойда кенг тарқалган, аммо ҳаво ҳарорати ва намлиги юқори бўлган мамлакатларда кўпроқ учрайдиган касалликдир. Бу касаллик билан асосан успирин (14-16 ёш) шахслар ҳасталанади, шунингдек касаллик баъзан ёш болаларда ҳам учраб туради.

Жаҳон адабиёти маълумотларига кўра, касалланиш мўътадил иқлим шароитларида 4-6 %гача, тропик ва субтропик иқлимда 50 %га етади. Ранг-баранг темиратки йилнинг иссиқ даврида касалликнинг кўпайиши билан характерлидир.

Ранг-баранг темираткини ривожланиш хавфи кўп терлайдиган, тернинг кимёвий таркиби ўзгариб турадиган, касаллик қўзғатувчиси учун қулай бўлган тери рНи бўлган, ёндош касалликлар, эндокрин бузилишлар, ошқозон-ичак трактини сурункали касалликлари, ҳамда иммун танқислик бўлган одамларда кўпаяди.

Сўнгги маълумотларга қараганда ҳозирги замон микробиологияси тери ва турли органларнинг, шунингдек ошқозон-ичак тракти шиллиқ қаватида кўпгина экологик ўчоқларда ҳаёт кечирувчи микроорганизмлар йиғиндиси деб қаралади.

Ичак микрофлорасининг ҳолати, шубҳасиз, бошқа биоценозлар билан ҳам боғлиқдир, шу жумладан тери микрофлораси ҳам бундан мустасно эмас.Тери қобиғи очиқ ўзи бошқарувчи тизим ҳисобланиши ва бир қанча микробиоценозлар сифатида берилишини ҳисобга олиб, кўпгина муаллифлар турли хил ичак дисбактериози бўлган беморларда тери микрофлораси ҳолатини ўрганиш билан шуғулландилар ва уларда сон ва сифат жиҳатидан чуқур дисбиотик ўзгаришлар борлигини кузатдилар.

Ўтказилган кўпгина изланишларга қарамай р**анг-баранг темираткини келиб чиқиш сабаблари тўла аниқланмай қолмоқда.** Шу муносабат билан ушбу касалликни патогенетик механизмларини, шу жумладан р**анг-баранг темиратки** билан ҳасталанган беморлар тери микрофлораси, маҳаллий иммун тизими, ичак микробиоценози ҳолатини ва уларнинг бир бири билан боғлиқлигини ўрганиш дерматологиянинг долзарб муаммоларидан ҳисобланади. Ушбу соҳада изланишлар давом этмоқда.

СУРУНКАЛИ ДЕРМАТОЗЛАРНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШДА ТОР ДОИРАЛИ ФОТОТЕРАПИЯНИ (UVB NB) ҚЎЛЛАШ ТАЖРИБАСИ.

Файзуллаева Н.А.[1], Абдурашидов А.А.[2]
[1,2]Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази. Тошкент ш., Ўзбекистон. Тошкент давлат тиббиёт университети. Тошкент ш., Ўзбекистон.

DOI: 10.67620/dermajournal.1730035

Кириш.

Псориаз ва экзема каби сурункали дерматозлар беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради ва самарали ҳамда хавфсиз терапия усулларини қўллашни талаб этади. Тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор доирали оралиқ тўлқинли фототерапия (UVB NB) юқори хавфсизлик профилига эга энг истиқболли физиотерапевтик усуллардан бири сифатида ўзини намоён этди.

Тадқиқотнинг мақсади. Псориазнинг турли шакллари ва сурункали экземаси бўлган беморларда UVB NB (311 нм) фототерапиясининг клиник самарадорлиги ва ўзлаштирилишини баҳолаш.

Материал ва усуллар. Кузатув остида 18 ёшдан 65 ёшгача бўлган 53 нафар бемор бўлди, улардан 34 нафари псориазнинг турли шакллари (вульгар, каплисимон, кафт-товон) ва 19 нафари зўрайиш босқичидаги сурункали экзема билан оғриган беморлардир. Муолажалар UVB 311 нм фототерапия кабинаси/ускунасида ҳафтасига 3–4 маротаба ўтказилди. Бошланғич нурланиш дозаси терининг фототурига (Фитцпатрик бўйича) қараб ҳисобланди ва 0,05--0,1 Дж/см^2 ни ташкил этди, эритема кузатилмаганда кейинги бир марталик доза 10–15% га ошириб борилди. Даволаш курси 15 тадан 30 тагача муолажани ўз ичига олди. Динамика PASI (псориаз учун) ва EASI (экзема учун) индекслари бўйича баҳоланди.

Натижалар. Псориаз билан оғриган беморлар гуруҳида клиник ремиссияга (PASI редукцияси> 75%) 67,6% (23 нафар бемор) ҳолатда эришилди, сезиларли яхшиланиш (PASI 50–75%) — 23,5% (8 нафар бемор) ҳолатда кузатилди. Сурункали экземаси бор беморлар гуруҳида клиник тузалиш ва сезиларли яхшиланиш (EASI> 75%) 63,2% (12 нафар бемор) ҳолатда, ўртача самара — 26,3% (5 нафар бемор) ҳолатда қайд этилди. Кашиниш ва гиперемиянинг камайиши 4–6-муолажадан сўнгроқ кузатилди. Ножўя таъсирлар қисқа муддатли хусусиятга эга бўлиб (беморларнинг 5,6%ида енгил эритема), терапияни бекор қилишни талаб этмади.

Хулоса. UVB NB (311 нм) фототерапиясини қўллаш юқори терапевтик самарадорликни кўрсатади, ремиссияга эришиш муддатларини қисқартиради ва псориаз ҳамда сурункали экзема билан оғриган беморлар томонидан яхши ўзлаштирилади, бу эса ушбу усулни дерматовенерология амалиётига кенг жорий этиш учун тавсия қилиш имконини беради.

КРЕМ «ДЕКЛОСИД» У БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ ИНФИЛЬТРАТИВНО - НАГНОИТЕЛЬНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ ГЛАДКОЙ КОЖИ И ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Фозилов Ф.А.
Андижанский Государственный медицинский институт. Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730036

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность крема «Деклосид» у больных инфильтративно – нагноительной формы трихофитии гладкой кожи и волосистой части головы.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 42 больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии. Возраст больных варьировало от 6 до 39 лет, мужчин было 28, женщин - 14. У 19 больных процесс локализовался на волосистой части головы, у 16 на гладкой коже, у 7 сочетанное поражение волосистой части головы и гладкой кожи. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках мицелий грибов. Крем «Деклосид» фирмы «World medicine» применялся наружно 2 раза в день (утром и вечером) путём аппликации в очаги поражения тонким слоем под повязку. Кожу вокруг очага поражения обрабатывали 5% спиртовым раствором йода. Все больные кроме местной терапии получили общее лечение системными фунгицидными препаратами: тербинокс, тербезил и гризеофульвин в общепринятой дозе 2 - 3 недели. Кроме этих препаратов больные по показаниям получили антибиотики, витаминотерапию, антигистаминные и противовоспалительные препараты.

Результат: К концу первой недели у большинства больных кожный процесс значительно улучшился, очаги поражения очищались от гноя, эритема уменьшился, инфильтрация заметно уплощался. К концу лечения у всех больных кожный процесс полностью регрессировался.

Заключение: Таким образом, наши наблюдения показывают, что крем «Деклосид» является высокоэффективным средством для наружного лечения больных инфильтративно-нагноительной формой трихофитии гладкой кожи и волосистой части головы.

ПОКАЗАТЕЛИ КАТАЛАЗЫ И МАЛОНОВОГО ДИАЛЬДЕГИДА У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ В ПРОЦЕССЕ ПАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Фозилов Ф.А.
Андижанский Государственный медицинский институт. Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730037

Цель исследования: Изучить перекисное окисление липидов (ПОЛ) путем определения содержания малонового диальдегида (МДА) в плазме крови и состояние ферментативного звена антиоксидантной системы по активности каталазы крови у больных нейродермитом.

Материалы и методы: У 16 больных (9 - мужчин, 7 - женщин) АД в возрасте от 16 до 42 лет исследовали содержание МДА и активность каталазы в плазме крови в процессе комплексной терапии с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Результаты: До лечения у больных нейродермитом отмечалось повышения содержания МДА (4,4±0,04 ммоль/мл) по сравнению с группой контроля (3,2±0,006 нмоль/мл). После окончания курса лечения МДА снизилась до 4,07±0,04 нмоль/мл. Другая тенденция наблюдалась со стороны активности каталазы. До лечения у всех больных активность каталазы была значительно снижена (191,46±1,17 ед. экстинкции) по сравнению с контролем (313,04±0.5 г ед. экстинкции). После 5-й процедуры ПА и ГБО у всех больных отмечалось нарастания активности каталазы (236,33±1,20 ед. экстинкции), по после 10-й процедуры ПА и ГБО т.е. к концу курса комплексного лечения она вновь снижалась и возвращалась к исходным данным (189,34±2,52 ед. экстинкции), что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удаление с плазмой) фермента.

ПОКАЗАТЕЛИ ТЕРМОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ В ОЧАГАХ ПОРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ НЕЙРОДЕРМИТОМ В ПРОЦЕССЕ ПА И ГБО

Фозилов Ф.А.
Андижанский Государственный медицинский институт. Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730038

Цель исследования: Оценка термографических данных у больных нейродермитом на фоне комплексного лечения с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 16 больных АД были изучены термографические данные, основанная на регистрации теплового излучения тела человека в инфракрасной области спектра проведенное с помощью аппарата «AGA-661» - производство Швеция. Результаты оценивали, сравнивая температуру в очагах поражения и рядом расположенных не поражённых участках кожного покрова. До начала обследования больные адаптировались. Изображение прибором тепловых полей регистрировали путём фотографирования на чёрно-белую негативную плёнку светочувствительностью 65 ЕД.

Результаты: У больных нейродермитом до лечения в пределах одного очага поражения определялась пятнистая картина в виде чередования зон с повышенным и пониженным свечением. Температурный градиент между ними составлял от 0,5 до 2,0 градусов Цельсия. После курса комплексной терапии у больных с клинической ремиссией на термограммах определялось выравнивание температуры в очаге поражения и рядом расположенными участками кожного покрова или температурный градиент достигал 0,5 градусов Цельсия с уменьшением выраженности пятнистости на термограмме.

Вывод: У больных нейродермитом, по данным термографии определялись температурные изменения в очагах поражения, которая нивелировалась после курса комплексной терапии.

ВЛИЯНИЕ PRP-ТЕРАПИИ В СОЧЕТАНИИ С УЛЬТРАФОНОФОРЕЗОМ НА СОСТОЯНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ПРИ МИКРОГРАФТИНГЕ ВОЛОС

Гафоров А.А.[1], Мухамадиева К.М.[2]
[1,2]Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ ТГМУ имени Абуали ибни Сино

DOI: 10.67620/dermajournal.1730039

Актуальность. Андрогенная алопеция (АГА) является наиболее распространенной формой выпадения волос, при которой нарушение микроциркуляции кожи волосистой части головы играет важную роль в прогрессировании заболевания и снижении эффективности трансплантации волос. Использование методов, направленных на улучшение тканевой перфузии и регенерации, включая PRP-терапию и ультрафонофорез лекарственных препаратов, является перспективным направлением повышения эффективности микрографтинга.

Цель исследования. Оценить эффективность применения PRP-терапии в сочетании с ультрафонофорезом пентоксифиллина при подготовке и сопровождении микрографтинга у больных с АГА на основании оценки состояния микроциркуляции.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 115 пациентов с АГА (87 мужчин и 28 женщин). В основной группе (n=60) перед проведением микрографтинга проводилась комбинированная терапия: PRP-терапия с последующим ультрафонофорезом пентоксифиллина, в контрольной (n=55) — только PRP-терапия. Состояние микроциркуляции оценивали методом лазерной допплеровской флоуметрии до лечения и в динамике через 10 суток, 3 и 6 месяцев после трансплантации с анализом показателей микроциркуляции (ПМ), амплитуд колебаний кровотока, индекса эффективности микроциркуляции (ИЭМ) и резерва капиллярного кровотока (РКК).

Полученные результаты. В раннем послеоперационном периоде (10-е сутки) в обеих группах отмечалось снижение показателей микроциркуляции, однако в основной группе изменения были менее выраженными: значения ПМ, ИЭМ и РКК достоверно превышали показатели контрольной группы ($p<0,05$). Через 3 месяца после микрографтинга в основной группе отмечалось выраженное восстановление микроциркуляции: ПМ достиг 4,8±0,6 пф. ед., ИЭМ — 1,25±0,1, РКК — 195±1,2%, что было достоверно выше, чем в контрольной группе ($p<0,05$). Через 6 месяцев показатели микроциркуляции в основной группе практически соответствовали значениям здоровых лиц (ПМ — 5,0±0,5 пф. ед., AmaxLF — 141,5±0,3 пф. ед., ИЭМ — 1,3±0,1), с достоверными различиями по сравнению с контролем ($p<0,05$). Анализ типов микроциркуляции выявил увеличение доли пациентов с нормоциркуляторным типом в основной группе с 11,7% до 61,7% (в 5,3 раза; $p<0,001$), при одновременном снижении застойно-стазического типа с 53,3% до 8,3% (в 6 раз; $p<0,001$), что свидетельствует об улучшении сосудистой регуляции и тканевой перфузии.

Выводы. Применение PRP-терапии в сочетании с ультрафонофорезом пентоксифиллина способствует более быстрому восстановлению микроциркуляции после микрографтинга у больных АГА по сравнению с PRP в виде монотерапии.

КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЕМА: СОВРЕМЕННЫЕ ВЫЗОВЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Ибрагимова Н.С.[1], Пягай Г.Б.[2], Мухамедов Б.И.[3]
[1,2,3]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730040

Кольцевидная гранулема (КГ) остаётся актуальной проблемой практической дерматологии ввиду её хронического течения, вариабельности клинических форм и трудностей дифференциальной диагностики. Согласно современным обзорам, КГ представляет собой доброкачественный воспалительный гранулематозный дерматоз, характеризующийся некробиозом коллагена и периваскулярной инфильтрацией лимфоцитов и гистиоцитов.

Этиопатогенез заболевания связывают с иммунными реакциями замедленного типа, а также с ассоциацией с системными нарушениями - сахарным диабетом, дислипидемией и метаболическим синдромом. Клинически выделяют локализованную, генерализованную, подкожную и перфорирующую формы, что требует внимательного подхода к дифференциальной диагностике (туберкулоидные гранулемы, саркоидоз, микозы, ревматоидные узлы).

Систематический обзор показал, что доказательная база лечения КГ остаётся ограниченной: большинство исследований представляют собой серии случаев и ретроспективные наблюдения, а рандомизированные контролируемые исследования практически отсутствуют.

- Первая линия терапии: местные кортикостероиды, криодеструкция.
- При генерализованных формах: фототерапия (PUVA, NB-UVB), системные ретиноиды, метотрексат, циклоспорин.
- Новые подходы: биологические препараты (например, ингибиторы TNF-α и JAK-ингибиторы) демонстрируют перспективные результаты, но требуют дальнейших исследований.
- Важным остаётся факт возможной спонтанной ремиссии, что диктует необходимость индивидуализации терапии и избегания избыточного назначения системных препаратов.

Заключение. Кольцевидная гранулема является моделью хронического дерматоза, где ключевое значение имеет не только выбор терапии, но и выявление сопутствующих метаболических нарушений. Современные данные подчёркивают необходимость междисциплинарного подхода и проведения многоцентровых рандомизированных исследований для формирования стандартизированных протоколов лечения.

КЛИНИКО-ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ПСОРИАЗА

О.Д. Ибрагимов[1], А.А. Хан[2]
[1,2]Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730041

Ключевые слова: *псориаз, клинические формы псориаза, индекс PASI, площадь поражения кожи (BSA), рецидивирующее течение, поражение ногтей.*

Актуальность.
Псориаз представляет собой хроническое иммуновоспалительное заболевание с разнообразными клиническими формами и вариабельной степенью тяжести. Наиболее тяжелые и распространенные формы заболевания требуют стационарного лечения и нередко сопровождаются частыми рецидивами, значительным поражением кожного покрова и снижением качества жизни. Анализ клинико-демографической структуры пациентов специализированного стационара позволяет оценить особенности течения заболевания и определить группы пациентов, нуждающихся в наиболее интенсивной терапии.

Цель. Изучить структуру клинических форм псориаза, особенности течения заболевания и тяжесть патологического процесса у пациентов, госпитализированных в специализированный дерматологический стационар.

Материалы и методы.
В исследование были включены 70 пациентов с различными клиническими формами псориаза, находившихся на стационарном лечении. Среди них 42 (60,0%) мужчины и 28 (40,0%) женщин в возрасте от 18 до 50 лет. Оценивали клиническую форму заболевания, возраст пациентов, площадь поражения кожи (BSA), тяжесть заболевания по индексу PASI, частоту рецидивов и наличие поражения ногтевых пластин. Клинические формы распределились следующим образом: распространенный бляшечный псориаз — 35 пациентов (50,0%), дебют заболевания — 12 (17,1%), генерализованный пустулезный псориаз — 9 (12,9%), псориаз волосистой части головы — 6 (8,6%), ладонно-подошвенный псориаз — 5 (7,1%) и каплевидный псориаз — 3 (4,3%).

Результаты.
В исследование включены 70 пациентов с псориазом: 42 (60,0%) мужчины и 28 (40,0%) женщин в возрасте 18–50 лет. Наиболее распространенной клинической формой был распространенный бляшечный псориаз — 35 (50,0%) пациентов; дебют заболевания отмечен у 12 (17,1%), генерализованный пустулезный псориаз — у 9 (12,9%), псориаз волосистой части головы — у 6 (8,6%), ладонно-подошвенный псориаз — у 5 (7,1%), каплевидный псориаз — у 3 (4,3%) пациентов. У пациентов молодого возраста заболевание чаще характеризовалось рецидивирующим течением и большей площадью поражения кожи. При распространенном рецидивирующем бляшечном псориазе площадь поражения достигала 60–70% поверхности тела, при генерализованном пустулезном псориазе — более 50%. Наиболее высокие значения индекса PASI отмечались при генерализованном пустулезном и распространенном бляшечном псориазе. У мужчин заболевание протекало тяжелее, чем у женщин. Поражение ногтевых пластин чаще выявлялось при распространенном бляшечном и генерализованном пустулезном псориазе, однако в отдельных случаях наблюдалось уже при дебюте заболевания.

Выводы.
В структуре госпитализированных пациентов преобладал распространенный

бляшечный псориаз, являвшийся основной причиной стационарного лечения. Наиболее тяжелое течение отмечено при генерализованном пустулезном и распространенном бляшечном псориазе, для которых были характерны высокие значения индекса PASI, обширное поражение кожи, частые рецидивы и более частое поражение ногтевых пластин. У пациентов молодого возраста заболевание чаще протекало с рецидивами и большей площадью поражения кожи. Полученные результаты подчеркивают необходимость ранней оценки тяжести псориаза, включая выявление поражения ногтей как одного из клинических признаков тяжелого течения заболевания, и индивидуального выбора тактики лечения.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРИМЕНЕНИЮ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АКНЕ

Иброхимова Н.С.[1], Якубова А.С.[2]
[1,2]«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730042

В последние годы фотодинамическая терапия (ФДТ) приобретает все большее значение в дерматологии как малоинвазивная терапевтическая процедура. На сегодняшний день имеются исчерпывающие данные о клиническом применении различных процедур ФДТ при различных заболеваниях, включая актинический кератоз, угревая болезнь и кератиноцитарный рак кожи.

Для лечения акне не существует установленного протокола фотодинамической терапии (ФДТ). Большинство исследований по применению ФДТ при угревой сыпи на лице проводились с использованием красного света (635 нм). Фотодинамическая терапия (ФДТ) приводит к значительному уменьшению воспалительных очагов при угревой сыпи средней и тяжелой степени и, следовательно, может применяться в качестве альтернативы традиционным системным методам лечения, если, например, пациент не желает проходить системную терапию.

Источники излучения. Обычно молекулы порфирина служат фотосенсибилизаторами, проявляющими преимущественное обогащение в опухолевой ткани in vivo. Они имеют максимумы поглощения на нескольких длинах волн: 405 нм (от ультрафиолетового до синего), 505 нм (синий), 540 нм (зеленый), 580 нм (желтый) и 635 нм (красный). Наибольшая глубина проникновения в кожу, составляющая примерно 2-3 мм, достигается при использовании красного света. Помимо некогерентных широкополосных источников излучения, в качестве источников излучения также могут использоваться лазеры на красителях с длинными импульсами, светодиодные системы (особенно холодный красный светодиод) и лампы-вспышки. При одинаковом эквиваленте дозы не было обнаружено существенных различий в эффективности различных источников излучения.Для лечения различных дерматозов существует 4 различных терапевтических режима. Например, при воспалительных, инфекционных и косметических показаниях обычно применяются низкие дозы света и сенсибилизатора с частыми циклами. Если предполагается избирательное уничтожение опухолевых клеток, например, при немеланомном раке кожи, требуется от одного до двух циклов со значительно более высокими дозами света и сенсибилизатора (высокодозная ФДТ).

Естественное солнечное излучение также может служить эффективным источником излучения (ФДТ дневного света). Для этой цели были разработаны искусственные источники излучения, которые позволяют равномерно облучать желаемую область в закрытых помещениях, тем самым улучшая контроль терапии.

1. Традиционная фотодинамическая терапия (cPDT)
2. Дневное время суток (DL-PDT)
3. Дневной свет в помещении (PDT)
4. Фотодинамическая терапия при дневном свете с использованием искусственных источников излучения (ADL-PDT)

5-Аминолевулиновая кислота (5-АЛА, например, содержащаяся в препарате Ameluz®) и ее метиловый эфир (МАЛ, например, содержащийся в препарате Metvix®) предпочтительны в дерматологии в качестве фотосенсибилизаторов благодаря их избирательности к метаболически активным клеткам, существованию в виде отдельных веществ и малому молекулярному размеру, облегчающему их проникновение в кожу после местного применения. Они являются пролекарствами, которые после попадания в клетку трансформируются в

собственно молекулу фотосенсибилизатора — протопорфирин IX (молекула с тетрапиррольным кольцом).

Фотодинамическая терапия с использованием 5-ALA или MAL оказывает кратковременное противомикробное и противовоспалительное действие. Кроме того, фотодинамическая терапия с красным светом может вызывать подавление или даже разрушение сальных желез. Эти эффекты приводят к улучшению состояния кожи при акне.

Большинство исследований по применению ФДТ при угревой сыпи на лице проводились с использованием красного света (635 нм). Фотодинамическая терапия (ФДТ) приводит к значительному уменьшению воспалительных очагов при угревой сыпи средней и тяжелой степени и, следовательно, может применяться в качестве альтернативы традиционным системным методам лечения, если, например, пациент не желает проходить системную терапию.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ АКНЕ ЛЁГКОЙ И СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ: ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ

Иброхимова Н.С.[1], Якубова А.С.[2], Нормухаммадий И.С.[3]
[1,2]«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз,
[3]ООО “Dermatolog Saidqosim Arifov”

DOI: 10.67620/dermajournal.1730043

Актуальность. Акне (acne vulgaris) — один из наиболее распространенных дерматозов, встречающийся у 80—90% подростков. При акне преимущественно поражаются кожа лица, которое приводит, являясь постоянным стрессовым фактором, а также является эстетическим дискомфортом и ограничивает пациентов во многих сферах жизнедеятельности [Dawson A., Dellavalle R. Acne vulgaris. BMJ 2013; 8: 346].

Главная роль в механизме развития акне принадлежит увеличению продукции кожного сала, дисбалансу липидов секрета сальных желез, фолликулярному гиперкератозу, обтурации протоков сальных желез, колонизации бактерий P. acnes и формированию воспалительных изменений в области сально-волосяного фолликулав. Лечение акне является одной из актуальных проблем современной дерматологии. При выборе тактики терапии учитывают степень тяжести заболевания.

Целью данного исследования явилось изучение клинической эффективности и безопасности лекарственного препарата азелаиновой кислоты (20% крем Скинорена) в терапии больных папуло-пустулезными акне легкой и средней степени тяжести.

Материалы и методы исследование. Под нашим клиническим наблюдением находились 56 больных с клиническим диагнозом акне: легкой и средней степени тяжести. Среди обследуемой группы мужчин было-22 (39,3%), а женщин было - 34 (60,7%). Больные были в возрасте от 12 до 23 лет. Длительность заболевание от 2 месяцев до 3 лет.

Все пациенты были обследованы по стандартам диагностики и лечения по дерматовенерологии и косметологии МзРУз от 2025 года. Больные разделены на две однородные группы для оценки эффективности предлагаемого метода лечения акне. Первая группа состоящий из 23 пациентов получали стандартную терапию с применением наружно 1% клиндамицин крем 2 раза в день. Вторая группа больных наряду со стандартной терапии получали наружно 20% крем азелаиновой кислоты 2 раза в сутки.

Для оценки безопасности и эффективности проводимой терапии через 4 и 8 недель от начала лечения выполняли повторные исследования (в том же объеме), оценку дерматологического статуса, измерение сальности и влажности кожи лица и анализ ДИКЖ (дерматологический индекс качества жизни). Оценку эффективности терапии осуществляли путем подсчета количества воспалительных и невоспалительных элементов на одной половине лица:

- клиническое выздоровление — полное исчезновение первичных элементов сыпи на коже;
- значительное улучшение — разрешение высыпаний не менее чем на 70% по сравнению с исходными данными;
- улучшение — снижение выраженности патологического процесса не менее чем на 25% по сравнению с исходными данными;
- отсутствие эффекта — снижение выраженности патологического процесса менее чем на 25% по сравнению с исходными данными;

- ухудшение — отрицательная динамика со стороны кожного процесса по сравнению с исходным состоянием.

Результаты лечение. В результате проведенной терапии у всех больных в обеих группах к концу 8-й недели отмечалась сходная положительная динамика кожного процесса. Так, клиническое выздоровление было достигнуто в I группе (Клиндамицин) у 5/23 (21,7%) пациентов, во II группе (Скинорен) у 8/23 (34,8%) ($p > 0,01$); значительное улучшение — у 10/23 (43,5%) и 7/23 (30,4%) соответственно ($p > 0,05$); улучшение — у 8/23 (34,8%) и 6/23 (26,1%) соответственно ($p > 0,05$), улучшение отсутствовало у 8/50 (16,0%) и 4/25 (16,0%) соответственно ($p > 0,05$); ухудшение состояния процесса не отмечалось ни в одной группе.

Выводы. Таким образом, результаты проведенного исследования указывают на высокий уровень безопасности и хорошую переносимость крема азелаиновой кислоты в терапии акне. Полученные клинические результаты показали высокую терапевтическую эффективность крема с содержанием азелаиновой кислоты в лечении акне легкой и средне тяжелой степени.

DERMATOMIKOZLAR LABORATOR DIAGNOSTIKASIDA SUN'IY INTELLEKTNING QO'LLANILISHI: KOH MIKROSKOPIYASI TASVIRLARINI TRANSFORMER TEXNOLOGIYALARI ASOSIDA AVTOMATIK TAHLIL QILISH

O.S. Imamov[1], Sh.X. Maxmudov[2], N.D. Jumayev[3], K.Z. Malikov[4], N.M. Ashrapxodjayeva[5]
[1,2,3,4,5]Respublika ixtisoslashtirilgan dermatologiya va venerologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi Toshkent viloyati hududiy filiali, O'zbekiston, Toshkent

DOI: 10.67620/dermajournal.1730044

Dolzarbligi. Dermatomikozlar aholi orasida keng tarqalgan zamburug'li kasalliklardan biri bo'lib, ularni o'z vaqtida va ishonchli laborator tasdiqlash samarali davolash taktikasini belgilashda muhim ahamiyatga ega. Kaliy gidroksidi (KOH) yordamida tayyorlangan preparatlarni to'g'ridan-to'g'ri mikroskopik tekshirish tezkor va amaliyotda keng qo'llaniladigan diagnostik usul hisoblanadi. Biroq mikroskopik tasvirlarni vizual interpretatsiya qilish mutaxassisning tajribasiga bog'liq bo'lib, keratin qoldiqlari, tolalar, havo pufakchalari va boshqa artefaktlar zamburug' elementlariga morfologik jihatdan o'xshash bo'lishi mumkin. Natijada diagnostik subyektivlik va noto'g'ri talqin qilish xavfi yuzaga keladi. Sun'iy intellekt va chuqur o'qitish texnologiyalarining tibbiy tasvirlarni avtomatik tahlil qilishdagi rivojlanishi mazkur muammoni bartaraf etish, mikroskopik tekshiruvni standartlashtirish va laborator mutaxassisning qaror qabul qilish jarayonini qo'llab-quvvatlash uchun yangi imkoniyatlarni yaratmoqda.

Tadqiqot maqsadi. KOH mikroskopiya tasvirlarida dermatomikozlarga xos zamburug' elementlarini ularga vizual jihatdan o'xshash artefaktlardan farqlagan holda avtomatik aniqlash va lokalizatsiya qilish uchun transformer arxitekturasiga asoslangan sun'iy intellekt modelining samaradorligini baholash.

Materiallar va usullar. Tadqiqot uchun yuqori ajratuvchanlikdagi KOH mikroskopiya tasvirlaridan iborat ma'lumotlar to'plami shakllantirildi. Tasvirlarda dermatomikozlarga xos zamburug' elementlari va ularga o'xshash adashtiruvchi artefaktlar ekspertlar tomonidan qo'lda annotatsiya qilindi. Mazkur ko'p sinfli annotatsiya strategiyasi modelni real laborator sharoitda uchraydigan vizual «mimik» strukturalarni hisobga olgan holda o'qitish imkonini berdi.

Zamburug' elementlarini avtomatik aniqlash va lokalizatsiya qilish uchun RT-DETR (Real-Time Detection Transformer) modeli asosiy arxitektura sifatida tanlandi. Uning natijalari zamonaviy bir bosqichli CNN detektori — YOLOv11 va ikki bosqichli Faster R-CNN modeli bilan bir xil eksperimental sharoitlarda qiyosiy baholandi. Barcha arxitekturalar bir xil ikki sinfli annotatsiya sxemasi — «zamburug' elementlari» va «adashtiruvchi artefaktlar» asosida o'qitildi.

Modellarni baholash 5-karali stratifikatsiyalangan kross-validatsiya asosida amalga oshirildi. Har bir fold'da mustaqil ravishda o'qitilgan modellar bir xil, o'qitish va model tanlash jarayonida ishlatilmagan n=254 hajmdagi mustaqil test to'plamida baholandi. Barcha arxitekturalar uchun confidence threshold 0,25 va bir xil IoU mezonlari qo'llanildi.

Xulosa. KOH mikroskopiyasi tasvirlarini sun'iy intellekt yordamida avtomatik tahlil qilish dermatomikozlar laborator diagnostikasini takomillashtirishning istiqbolli yo'nalishi hisoblanadi. Tadqiqotda RT-DETR modeli zamburug' elementlarini aniqlashda yuqori precision, sensitivity va AP ko'rsatkichlarini namoyon qildi hamda YOLOv11 va Faster R-CNN modellariga nisbatan qator diagnostik metrikalar bo'yicha ustun natijalar ko'rsatdi.

RT-DETRning yuqori sezuvchanligi va false-negative holatlarning kamligi uni laborator diagnostikada qaror qabul qilishni qo'llab-quvvatlovchi vosita sifatida qo'llash imkoniyatini ko'rsatadi. Biroq olingan natijalarni keng klinik amaliyotga tatbiq etishdan oldin turli klinik-laborator sharoitlarda tashqi, ko'p markazli va prospektiv validatsiya o'tkazish talab etiladi.

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ОНИХОМИКОЗОМ: ОТ ДИАГНОСТИКИ ДО ДОЛГОСРОЧНОГО МОНИТОРИНГА

DSc., доцент Имамов Отабек Суннатович,
DSc., Абдувахитова Индира Нуруллаевна,
Абдумўминов Азизбек Ойбек ўғли

DOI: 10.67620/dermajournal.1730045

Ключевые слова: *онихомикоз, организация здравоохранения, клинико-организационная модель, маршрутизация пациентов, дерматовенерология, подология, лазерные технологии, микологический контроль, качество медицинской помощи, экономическая эффективность.*

Актуальность. Онихомикоз представляет собой не только клиническую, но и организационную проблему здравоохранения. Длительное хроническое течение заболевания, необходимость микологической верификации диагноза, высокая вероятность повторного инфицирования, наличие сопутствующей патологии и внедрение новых методов аппаратного лечения обусловливают необходимость чёткого взаимодействия между различными звеньями оказания медицинской помощи. На практике пациент с изменениями ногтевых пластин может обращаться к врачу первичного звена, дерматовенерологу, подологу либо непосредственно в учреждения, выполняющие лазерные процедуры. Отсутствие единого маршрута ведения таких пациентов создаёт риск фрагментарности медицинской помощи: лечение нередко начинается без достаточной микологической верификации диагноза, его результаты оцениваются преимущественно визуально, а системное диспансерное наблюдение после завершения терапии проводится не всегда. Практическую значимость проблемы подтверждают и региональные данные: по отчётным материалам, в Сурхандарьинской области в 2021 г. зарегистрирован 121 случай онихомикоза с выявлением заболевания практически во всех административных территориях области, а в 2022 г. в структуре дерматомикозов зарегистрировано уже 168 случаев микоза ногтей. Указанная динамика обосновывает необходимость не только совершенствования методов лечения, но и упорядочения системы выявления, направления и наблюдения пациентов.

Цель исследования. Разработать научно обоснованную клинико-организационную модель оказания специализированной медицинской помощи пациентам с онихомикозом, обеспечивающую преемственность диагностики, лечения, контроля эффективности терапии и профилактики рецидивов заболевания.

Материалы и методы. Исследование предусматривает анализ эпидемиологической ситуации, структуры обращаемости и существующей организации специализированной дерматовенерологической и подологической помощи пациентам с онихомикозом. Объектами анализа являются пациенты с различными клиническими формами заболевания, а также региональная система оказания специализированной медицинской помощи. Используется комплекс клинико-анамнестических, микологических, инструментальных и социологических методов. Диагностический блок включает прямую микроскопию, культуральное исследование и онихоскопию. Оценка качества медицинской помощи предусматривает изучение удовлетворённости пациентов и анализ динамики индекса DLQI. Отдельным направлением является организационно-экономический анализ, предусматривающий оценку существующего маршрута пациента, определение этапов, на которых возможны задержки или

дублирование медицинских услуг, а также анализ экономической эффективности предлагаемой модели. Целесообразность применения высокотехнологичных методов оценивается с учётом клинических показаний и принципа рационального использования ресурсов.

Предлагаемая модель. В основе модели лежит последовательный маршрут пациента: первичное выявление изменений ногтевого аппарата → клиническое обследование дерматовенерологом → обязательное лабораторное подтверждение грибковой этиологии → определение клинической формы, степени тяжести заболевания и факторов риска → выбор лечебной тактики → направление на специализированный этап лечения при наличии соответствующих показаний → контроль клинического и микологического результата → динамическое наблюдение и профилактика рецидивов. Функции участников лечебного процесса чётко разграничены. На первичном и дерматовенерологическом уровне осуществляются выявление заболевания, верификация диагноза и определение лечебной тактики. Подологическая помощь включает профессиональный уход за поражённым ногтевым аппаратом и выполнение процедур в пределах компетенции специалиста. Высокотехнологичный этап предусматривает применение лазер-ассистированных методов по установленным показаниям в составе комплексной терапии. Принципиальным элементом модели является обязательная обратная связь между этапами оказания помощи: результат лечения оценивается не только визуально, но и на основании повторного микологического исследования и динамики онихоскопической картины. После завершения основного курса терапии пациент переводится на этап диспансерного наблюдения с проведением мероприятий по профилактике повторного инфицирования.

Практическая значимость. Предлагаемая модель направлена на стандартизацию всего пути пациента с онихомикозом — от первичного обращения до подтверждённой микологической санации и последующего наблюдения. Её внедрение позволит чётко определить показания к направлению пациентов между уровнями помощи, повысить преемственность работы дерматовенеролога, подолога и специалиста лазерной медицины, а также снизить вероятность необоснованного применения высокотехнологичных процедур. Важным преимуществом модели является включение в организационный алгоритм объективных критериев контроля эффективности лечения: микологическая диагностика и онихоскопия рассматриваются не как разовые исследования, а как обязательные элементы сопровождения пациента на всех этапах лечения. Организационно-экономическая оценка модели позволит определить не только её клиническую целесообразность, но и влияние на использование ресурсов медицинских организаций, частоту повторных обращений, потребность в специализированных услугах и затраты на ведение пациента, что имеет особое значение при решении вопроса о внедрении высокотехнологичных методов в государственном и частном секторах здравоохранения.

Заключение. Совершенствование медицинской помощи пациентам с онихомикозом требует изменения не отдельного лечебного метода, а организации всего процесса оказания помощи в целом. Ключевыми элементами такой организации являются лабораторно подтверждённый диагноз, дифференцированный выбор лечебной тактики, чёткие критерии направления пациента на специализированный уровень, обязательный микологический контроль результата лечения и долгосрочное диспансерное наблюдение. Предлагаемая клинико-организационная модель объединяет клинические и организационные решения в единый маршрут пациента и может служить основой для стандартизации специализированной помощи больным онихомикозом на региональном уровне. Последующая оценка её клинической, социальной и экономической эффективности позволит обосновать целесообразность дальнейшего внедрения модели в практическое здравоохранение.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОНИХОМИКОЗА В СУРХАНДАРЬИНСКОЙ ОБЛАСТИ: ПЯТИЛЕТНИЙ РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ

DSc., доцент Имамов Отабек Суннатович[1], DSc., Абдувахитова Индира Нуруллаевна[2], Абдумўминов Азизбек Ойбек ўғли[3]

DOI: 10.67620/dermajournal.1730046

Ключевые слова: *онихомикоз, микоз ногтей, дерматомикозы, эпидемиология, заболеваемость, Сурхандарьинская область, территориальный анализ, дерматовенерология.*

Актуальность. Онихомикоз — одна из наиболее распространённых хронических инфекций ногтевого аппарата, характеризующаяся длительным и рецидивирующим течением, что обусловливает необходимость продолжительного лечения и динамического наблюдения за пациентами. Изучение региональных эпидемиологических и территориальных особенностей распространения онихомикоза имеет существенное значение как для объективной оценки эпидемиологической ситуации, так и для научного обоснования планирования специализированной дерматовенерологической помощи и определения потребности населения в диагностических и лечебных мероприятиях.

Цель исследования. Изучить динамику заболеваемости и территориальные особенности распространения онихомикоза в Сурхандарьинской области за период 2020–2024 гг. на основе ретроспективного анализа отчётных данных.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный эпидемиологический анализ отчётных данных по дерматомикозам в Сурхандарьинской области за 2020–2024 гг. Изучены абсолютное число зарегистрированных случаев онихомикоза, их распределение по городам и районам области, а также половозрастная структура пациентов по данным за 2024 год. Для оценки динамики заболеваемости рассчитывались абсолютные и относительные (в процентах) показатели прироста числа зарегистрированных случаев по годам. Сопоставление данных за различные годы проводилось с учётом изменений в структуре статистической отчётности.

Результаты. За анализируемый период установлен последовательный рост числа зарегистрированных случаев онихомикоза: с 57 в 2020 г. до 121 в 2021 г., 168 в 2022 г., 203 в 2023 г. и 214 в 2024 г. Таким образом, за пять лет заболеваемость возросла в 3,8 раза (на 157 случаев, или 275,4%). Наиболее выраженный прирост зарегистрирован в начале анализируемого периода: в 2021 г. по сравнению с 2020 г. число случаев увеличилось на 112,3%, в 2022 г. — ещё на 38,8%. В последующие годы темпы прироста постепенно снижались (20,8% в 2023 г. и 5,4% в 2024 г.), однако общая динамика на протяжении всего периода оставалась положительной.

Анализ территориального распределения выявил выраженную неоднородность регистрации онихомикоза по районам области. В 2024 г. наибольшее число случаев зарегистрировано в Деновском районе — 58 (27,1% всех случаев по области), далее следовали Жаркурганский район — 24 случая (11,2%) и г. Термез — 21 случай (9,8%). На долю указанных трёх территорий пришлось 48,1% всех зарегистрированных случаев онихомикоза за год. В отдельных районах отмечена устойчивая тенденция к росту заболеваемости: в Деновском районе число случаев увеличилось с 2 в 2020 г. до 58 в 2024 г., в Жаркурганском районе — с 3 до 24. Неравномерность динамики по территориям указывает на необходимость учёта районных особенностей при планировании специализированной помощи.

Согласно данным 2024 г., среди пациентов с впервые выявленным онихомикозом преобладали мужчины — 134 человека (62,6%), женщины составили 80 человек (37,4%). Наиболее многочисленными были возрастные группы 21–25 лет (55 пациентов, 25,7%), 26–29 лет (45 пациентов, 21,0%) и 30–39 лет (34 пациента, 15,9%); в целом на возраст 18–39 лет пришлось 163 случая (76,2%). Среди детей и подростков до 18 лет зарегистрирован 21 случай (9,8%). Подавляющее большинство пациентов — 193 из 214 (90,2%) — являлись жителями сельской местности, что необходимо учитывать при организации раннего выявления заболевания и обеспечении доступности специализированной дерматологической и микологической помощи на районном уровне.

Заключение. Проведённый анализ показал устойчивый рост числа зарегистрированных случаев онихомикоза в Сурхандарьинской области в 2020–2024 гг. (с 57 до 214), сопровождающийся выраженными территориальными различиями с концентрацией заболеваемости в Денновском и Жаркурганском районах и г. Термезе. В структуре заболевших в 2024 г. преобладали мужчины трудоспособного возраста и жители сельской местности. Полученные данные обосновывают необходимость совершенствования системы раннего выявления онихомикоза, повышения доступности микологической диагностики на районном уровне и разработки дифференцированной маршрутизации пациентов, а территории с наибольшей заболеваемостью целесообразно рассматривать в качестве приоритетных при организации специализированной помощи и внедрении современных методов комплексного лечения.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF STABLE NON-SEGMENTAL VITILIGO: THE ROLE OF FLUOROURACIL IN COMBINATION THERAPY

A.Sh. Inoyatov[1], J.Sh. Narziyev[2]
[1,2]State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Center of Dermatovenereology and Cosmetology," Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan

DOI: 10.67620/dermajournal.1730047

Vitiligo is a chronic skin disease characterized by depigmentation resulting from the destruction of melanocytes. One promising therapeutic approach is the use of fluorouracil, an antimetabolite with immunomodulatory and cytotoxic properties. The aim of this study is to evaluate the effectiveness of different fluorouracil treatment regimens in stable non-segmental vitiligo. Vitiligo affects approximately 1% of the population, and its etiology remains unclear, involving autoimmune, genetic, and external factors. Fluorouracil is traditionally used in oncology, but its ability to induce repigmentation makes it a potential candidate for the treatment of vitiligo. The aim of this study is to compare the effectiveness of different fluorouracil treatment regimens in patients with stable non-segmental vitiligo.

Materials and methods: The study included 30 patients diagnosed with stable non-segmental vitiligo, divided into three groups of 10 patients each:

- Group 1: intradermal injection of 5% fluorouracil.
- Group 2: fluorouracil combined with microneedling.
- Group 3: combination therapy with fluorouracil, microneedling, and narrowband UV therapy (NB-UVB, 311 nm).

Evaluation criteria included lesion area, degree of repigmentation (scored), patient satisfaction, and the frequency of side effects. Assessments were performed at weeks 4, 8, and 12 of therapy.

Results: In Group 1, repigmentation was observed in 40% of patients, with a mean reduction in lesion area of 15%. In Group 2, the effect was more pronounced: repigmentation was observed in 55% of patients, and the lesion area decreased by 25%. Group 3 achieved the best results: repigmentation was observed in 75% of patients, and the lesion area decreased by 40%. The frequency of side effects (erythema, itching, burning) was moderate and did not exceed 20% in any group.

Conclusion: Fluorouracil has potential effectiveness in the treatment of stable non-segmental vitiligo, especially when combined with microneedling and NB-UVB radiation. Further research is needed to optimize treatment regimens and minimize side effects.

СОЧЕТАНИЕ NB-UVB ФОТОТЕРАПИИ И МЕТОТРЕКСАТА В ТЕРАПИИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ФОРМ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ

А.Ш.Иноятов[1], М.М.Джаббаров[2]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730048

Красный плоский лишай (КПЛ) относится к аутоиммунным заболеваниям кожи с весьма разнообразными клиническими проявлениями, тем более, с локализацией на слизистой оболочке полости рта (СОПР). Существующие методы лечения не во всех случаях вызывают регресс папулезных элементов, тем более проявлениям дерматоза на СОПР.

Целью настоящего исследования стало изучение клинической эффективности nb-UVB фототерапии в сочетании с метотрексатом при распространенных формах КПЛ. Под нашим наблюдением находилось 12 больных (мужчин-5, женщин-7) с КПЛ в возрасте от 18 до 45 лет с длительностью заболевания от 1 месяца до 10 лет. У всех больных процесс носил распространенный характер и находился в стадии прогрессирования. У всех наблюдаемых больных отмечались проявления дерматоза на слизистой оболочке полости рта (СОПР). Ранее проводимое лечение особого эффекта не оказывало. Фототерапию nb-UVB проводили на установке NEOLUX Series 3 («Daavlin», USA) в режиме 3-5 раз в неделю. Лечение начинали с определения минимальной эритемной дозы или дозу выбирали по фототипу кожи: при 1-м фототипе кожи лечение начинали с дозы 0,5 мДж/см2, при 2,3,4 фототипах – с дозы 0,1-0,2 мДж/см2 с последующим увеличением дозы экспозиции. Всех больных разделили на две группы: в 1-й (n=6) проводили монотерапию nb-UVB, во 2-й (n=6) – nb-UVB в сочетании с метотрексатом. Метотрексат назначали в виде подкожных инъекций в дозе 1,5 мл (15мг) один раз в неделю в течение 6 недель. При тщательном обследовании противопоказаний к назначению метотрексата и UVB не выявлено. Оценивая ближайшие результаты монотерапии nb-UVB надо отметить, что через 5-7 сеансов уменьшался зуд, к 8-11 сеансу наблюдались заметное побледнение и уплощение папулезных высыпаний. В процессе лечения у всех больных формировался легкий загар, менее интенсивный, чем при ПУВА-терапии. У больных 2-й группы отмечалось более раннее разрешение элементов и, самое главное, на СОПР. Таким образом, на основании достигнутых результатов можно сделать вывод о том, что nb-UVB фототерапия является эффективным методом лечения распространенных форм КПЛ. При сочетании с метотрексатом достигнута более быстрое купирование остроты процесса, уменьшается частота побочных эффектов, снижается лучевая нагрузка.

ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

А.Ш.Иноятов,[1] М.М.Джаббаров[2]

[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730049

Красный плоский лишай (КПЛ) отличается полиморфизмом клинических проявлений, особенно поражением слизистой оболочки полости рта (СОПР), которое может осложняться малигнизацией. До настоящего времени не все стороны патогенеза КПЛ раскрыты, в связи с чем имеются трудности в лечении данного дерматоза.

Целью настоящего исследования являлось разработка патогенетически обоснованной иммуномодулирующей терапии больных КПЛ.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 120 больных КПЛ, из них у 80 (66,7%) была диагностирована классическая форма, у 40 (33,3%) – атипичные формы (веррукозная, атрофическая и др.) дерматоза. Поражение СОПР было у всех больных с атипичными формами КПЛ и у 50% пациентов с классической формой дерматоза. С помощью ИФА были изучены показатели воспаления в виде С-реактивного белка (CRP, hs-CRP) и про- и противовоспалительных цитокинов (IL-4, IL-8, IL-17, TNF-α). При лечении больных КПЛ был использован инъекционный метотрексат (1,5 мл) еженедельно, на курс лечения применялось 8-10 инъекций.

Полученные результаты: проведенное лечение позволило получить положительный клинический эффект у 62 из 80 (77,5%) с классической формой и у 25 из 40 (62,5%) с атипичными формами КПЛ. Значения СРБ достоверно снижались как при классической (hs-CRP: с 6,7±0,8 мг/мл до 1,3±0,05 мг/мл при $p<0,001$), так и при атипичной (hs-CRP: с 9,1±1,3 мг/мл до 4,2±0,5 мг/мл при $p<0,05$) формах КПЛ. Значения противовоспалительного цитокина повышалось как при классической (с 1,2±0,2 пг/мл до 4,5±0,3 пг/мл при $p<0,05$), так и при атипичной (с 1,9±0,2 пг/мл до 3,3±0,7 пг/мл при $p<0,05$) формах КПЛ. Наиболее информативным из провоспалительных цитокинов оказался показатель ФНО-α, значения которого достоверно снижались в процессе лечения метотрексатом, как при классической (с 16,1±2,5 пг/мл до 6,3±0,9 пг/мл при $p<0,001$), так и при атипичных (с 20,5±3,3 пг/мл до 15,9±3,6 пг/мл при $p<0,05$) формах КПЛ.

Заключение. При лечении больных КПЛ особенно с проявлениями на СОПР необходимо применять инъекции метотрексата, который способен оказывать иммуномодулирующий и противовоспалительный эффект, способствуя регрессу высыпаний на коже и СОПР.

КОМБИНИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

А.Ш.Иноятов[1], М.М.Джаббаров[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730050

Лечение больных красным плоским лишаем (КПЛ) представляет сложную задачу, из-за неясности многих патогенетических механизмов данного дерматоза. Аутоиммунная природа заболевания предусматривает использование цитостатических препаратов, в частности, метотрексат, а из физиотерапевтических процедур – фотохимиотерапия.

Целью настоящего исследования являлось изучение эффективности применения PUVA терапии у больных КПЛ.

Под нашим наблюдением находилось 60 больных (мужчин-27, женщин-33) в возрасте от 20 до 55 лет и давностью заболевания от 6 месяцев до 20 лет. Классическая форма КПЛ была диагностирована у 42 больных, атипичные формы – у 18 больных. Во всех случаях диагноз был подтвержден проведением гистологических исследований. Поражение слизистой оболочки полости рта (СОПР) было выявлено у 24 из 42 больных с классической и у 18 – с атипичными формами КПЛ. Всем больным было назначено лечение, согласно стандартам диагностики и лечения кожных и венерических болезней. При наличии поражений на СОПР дополнительно назначали метотрексат (метотрит) в дозировке 1,5мл подкожно один раз в неделю (на курс лечения 6 инъекций), а также применялось физиотерапевтическое лечение. Методика PUVA терапии состояла в применении широкополосных лучей UVA длиной волны 320-400 нм с применением фотосенсибилизаторов наружно или внутрь. Облучение проводили локально (при поражении стоп и кистей в кабине) или общее облучение при распространенных формах КПЛ. Для ограниченного облучения использовали локальную установку NEOLUX Series M («Daavlin», USA), которая дает возможность излучать два спектра УФ-облучения – NB-UVB и UVA мощностью 36 W. Общее облучение PUVA проводили в кабине на установке NEOLUX Series 3, имеющей 40 ламповых излучателей УФ света диапазоном UVA/UVB. Облучение проводилось спустя 2 часа после приема пероральных сенсибилизаторов и через 0,5-1 час после локального нанесения фотосенсибилизатора. Начальная доза определялась как 50-70% от минимальной эритемной дозы или от 0,25-0,5 Дж/см2 в зависимости от типа кожи. Каждый последующий сеанс увеличивался на 0,5 Дж/см2 или на 10-15% от начальной. По достижению легкой эритемы доза сохранялась, по необходимости впоследствии она вновь увеличивалась. Проводилось 2-3 сеанса в неделю, общее количество сеансов составляло 25 на курс лечения. При локализации очагов КПЛ на кистях и области лучезапястных суставов нами использовался аппарат для локального УФО NEOLUX Series M («Daavlin», USA), режимы дозирования определяли также, как при облучении в кабине. Проведенное лечение позволило получить клинический эффект у 34 из 42 больных с классической формой и у 10 из 18 больных с атипичными формами КПЛ, тем более отмечался регресс проявлений на СОПР, что является убедительным фактом положительного влияния метотрексата на клиническое течение КПЛ любой локализации.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

А.Ш.Иноятов[1], М.М.Джаббаров[2]

[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730051

Красный плоский лишай (КПЛ) относится к довольно редким дерматозам и отличается разнообразием клинических проявлений не только на коже, но и на слизистой оболочке полости рта.

Целью настоящего исследования являлось изучение особенностей течения красного плоского лишая и разработка адекватной терапии указанного дерматоза.

Под наблюдением находилось 42 больных (мужчин-18, женщин-24) с различными формами красного плоского лишая, находившиеся в возрастной группе 20-55 лет. Были установлены следующие формы красного плоского лишая: классическая – у 27 (64,3%), атипические – у 15 (35,7%), причем среди последних были выделены 4 пациента с пигментной, 6 - с веррукозной, 2 – с пемфигоидной, 3 – с кольцевидной формами дерматоза. Проявления КПЛ на слизистой полости рта были установлены у 12 из 27 (44,4%) больных с классической формой и у14 из 15 (93,3%) с атипичными формами дерматоза. Всем больным, методом флуоресцентного иммуноанализа, было проведено количественное определение CRP и hs-CRP в сыворотке крови, причем интенсивность сигнала флуоресценции антител CRP и hs-CRP, обнаруживаемое при помощи прибора «Wondfo Finecare FIA Meter», отражается в количественном отношении. Результаты показателей CRP и hs-CRP выражаются в мг/л. У больных КПЛ наиболее доказательным воспалительным маркером является показатель hs-CRP, нежели показатель CRP. Кроме того, у больных с атипичными формами КПЛ указанные показатели воспаления были достоверно повышены ($p<0,001$) по сравнению с аналогичными показателями больных с классической формой КПЛ. При лечении больных КПЛ были использованы инъекции экстракта плаценты, который вводился внутривенно по 4 мл препарата разведенный на 200,0 мл физиологического раствора. Вливания проводились через день и на курс лечения пациент получал 10 инъекций указанного препарата.

Таким образом, у больных КПЛ особенно с атипичными формами отмечается воспалительная реакция, оцениваемая с помощью показателей CRP и hs-CRP, для коррекции которой предлагается использование инъекций экстракта плаценты, что позволяет в большинстве случаев добиваться положительной динамики КПЛ.

МЕТОТРЕКСАТ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

А.Ш.Иноятов[1], М.М.Джаббаров[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730052

До настоящего времени проблема диагностики и лечения больных красным плоским лишаем (КПЛ) остается весьма актуальной, так как многие патогенетические механизмы дерматоза остаются до конца не изученными. КПЛ характеризуется поражением кожных покровов и слизистой оболочки полости рта (СОПР), причем последнее может приводить к развитию онкологического процесса. В этой связи необходимы методы терапии, которые, в первую очередь, могут приводить к регрессу элементов КПЛ именно на СОПР,

Целью настоящего исследования являлось патогенетические обоснование применения метотрексата у больных КПЛ. Под нашим наблюдением находилось 40 больных КПЛ (мужчин-14, женщин-26) в возрасте от 20 до 55 лет и давностью заболевания от 1 до 12 лет. У всех больных диагностирована классическая форма КПЛ (подтвержденная гистологическими исследованиями), причем имелись проявления дерматоза и на СОПР преимущественно по линии смыкания зубов (изоморфная реакция Кебнера). Для оценки терапевтической эффективности метотрексата (при низких дозах оказывающий иммуномодулирующий и противовоспалительный эффект) больные были разделены на две группы; I группа (20 больных КПЛ) получала стандартное лечение; II группа (20 больных КПЛ) получала стандартное лечение в сочетании с инъекционным метотрексатом, причем последний вводился подкожно по 1,5 мл препарата еженедельно №6 обязательно в комбинации с 5 мг фолиевой кислоты. Проведенное лечение показало, что регресс высыпаний на СОПР был более выражен у больных II группы (у 16 из 20 больных), в то время как в I группе лишь у 3 пациентов. Полученные данные позволяют предполагать необходимость назначения препарата метотрексат именно при сочетанном поражении кожи и СОПР у больных КПЛ. В качестве индикатора воспаления в процессе проведенной терапии были использованы значения С-реактивного белка (CRP и hs-CRP), которые достоверно ($p<0,001$) снижались у больных II группы, получавших инъекции метотрексата. Следует указать, что использование инъекционного метотрексата исключало появление побочных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта и печеночных ферментов. Таким образом, при лечении больных КПЛ с поражением СОПР предлагается использование инъекционного метотрексата, который, наряду с регрессом папулезных элементов на кожных покровах, способствует восстановлению СОПР.

ПРИМЕНЕНИЕ ГИДРОЛИЗАТОВ ЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ КРАСНЫМ ПЛОСКИМ ЛИШАЕМ

А.Ш.Иноятов[1], М.М.Джаббаров[2]
Republican specialized scientific-practical medical center for dermatovenerology and cosmetology (Uzbekistan)

DOI: 10.67620/dermajournal.1730053

Красный плоский лишай (КПЛ) представляет серьезную проблему дерматологии в плане диагностики (увеличение частоты встречаемости атипичных форм дерматоза) и лечения, ввиду отсутствия эффективных терапевтических средств.

Цель исследования: обосновать и внедрить использование гидролизатов экстракта плаценты в терапии больных красным плоским лишаем.

Материалы и методы исследования: под наблюдением находилось 32 больных с КПЛ, среди которых классическая форма дерматоза установлена у 20 и атипичная (веррукозная, атрофическая и др.) – у 12 пациентов. Были проведены исследования С-реактивного белка (CRP и hs-CRP) с помощью количественного теста Finecare, показатели клеточного иммунитета (метод проточной хроматографии) и методом ИФА определены уровни про- (IL-8, TNF-α) и противовоспалительных (IL-4) цитокинов в динамике проведенной терапии. Препарат, содержащий гидролизаты экстракта плаценты, вводили внутримышечно по 2мл каждые 3 дня, на курс лечения больные получали 10 инъекций.

Применение препарата, содержащего гидролизаты экстракта плаценты, способствовало уменьшению субъективных ощущений и частичному регрессу папулезных высыпаний, как на кожных покровах, так и на слизистой полости рта, причем более выраженное при классическом, нежели при атипичном течении дерматоза. Противовоспалительный эффект препарата подтверждался достоверным ($p<0,001$) снижением С-реактивного белка, особенно hs-CRP. Гидролизаты экстракта плаценты оказывали у больных КПЛ иммуномодулирующий эффект, который подтверждался изученными в динамике показателями иммунного и цитокинового статуса.

Таким образом, красный плоский лишай отличается среди других дерматозов выраженной торпидностью в отношении проводимой терапии, повышенной частотой поражения слизистой полости рта в виде эрозивных или эрозивно-язвенных образований, в связи с чем и повышается значимость лекарственных средств, применяемых при лечении данного дерматоза. Многокомпонентность указанного препарата позволяет оказывать иммуномодулирующий, противовоспалительный и другие эффекты, лежащие в основе патогенеза красного плоского лишая.

INTEGRATING A MULTIDISCIPLINARY APPROACH TO ROSACEA MANAGEMENT: TARGETING THE SKIN-GUT AXIS IN UZBEKISTAN

Kamilla Irgasheva
Central Asian University, Tashkent, Uzbekistan

DOI: 10.67620/dermajournal.1730054

Aim of research. To explore the link between the gut microbiome and rosacea, and to evaluate how addressing this connection can lead to implementation of novel treatment strategies in Uzbekistan.

Materials and Methods. Literature published between January 2010 and March 2026 across major databases (PubMed, EMBASE, Cochrane Library, and Google Scholar) was reviewed. To give the study local context, regional epidemiological data on gastrointestinal health in Central Asia was incorporated. Primary focus was evaluating the clinical outcomes of combining dermatological and gastroenterological treatments.

Results. For a long time, rosacea was viewed as a strictly dermatological issue, triggered purely by surface factors like UV exposure, Demodex mites, or skin bacteria. However, recent research emphasize the link of this condition to gut health and gastrointestinal disorders. This is particularly relevant in Uzbekistan, where local dietary habits contribute to a high prevalence of GI issues. Rosacea is even more challenging to treat, in addition to the widespread GI comorbidities, Uzbekistan is known for its harsh climate and increased sun exposure. It is becoming increasingly clear that dermatologists and gastroenterologists need to work closely together to manage these patients. It also highlights the need to look beyond traditional treatments; emerging therapies like topical postbiotics, microencapsulated delivery systems, and PDE4 inhibitors are showing real promise in recent trials.The data showed a clear trend: Small Intestinal Bacterial Overgrowth (SIBO), H. pylori infections, and Inflammatory Bowel Disease (IBD) were the most frequent GI comorbidities found in rosacea patients. One of the most striking findings was that eradicating SIBO with Rifaximin completely cleared rosacea lesions in 72% of patients. This statistic really challenges Uzbekistan’s current reliance on topical treatments. Addressing the root cause systemically—by normalizing the gut microbiome—doesn't just offer temporary symptom relief; it could be much more cost-effective and provide better long-term outcomes. However, more randomized control trials are needed to strengthen this evidence base and help standardize these gut-focused treatment protocols.

Conclusion. Ultimately, the literature makes it clear that rosacea patients are far more likely to suffer from underlying GI problems compared to the general public, especially SIBO, H. pylori, and IBD. The fact that clearing a gut infection can resolve skin lesions in nearly three-quarters of patients highlights an urgent need to rethink how we treat rosacea. We need to shift away from merely managing surface symptoms and move toward a more systemic, interdisciplinary approach.

РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВИТИЛИГО У ДЕТЕЙ

Исматуллохзода С.С.[1], Мухамадиева К.М.[2]
[1,2]Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

DOI: 10.67620/dermajournal.1730055

Актуальность. Изучение региональных особенностей клинической манифестации витилиго имеет важное значение для совершенствования ранней диагностики заболевания и разработки дифференцированных лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования. Изучить особенности возраста дебюта и локализации очагов поражения у детей с витилиго, проживающих в различных климатогеографических регионах Таджикистана.

Материалы и методы. Проведен анализ клинических данных 876 детей с витилиго в возрасте 4–18 лет. В исследование вошли 580 детей, проживающих в условиях низкогорья, и 296 детей – жителей среднегорья. Анализировали возраст дебюта заболевания, анатомическую локализацию очагов депигментации, а также частоту поражения открытых и закрытых участков кожи.

Полученные результаты. Анализ возраста дебюта витилиго выявил выраженные региональные различия. В общей группе заболевание наиболее часто впервые диагностировалось в возрасте 12–15 лет (31,6%) и 8–11 лет (26,5%). У детей низкогорья витилиго характеризовалось более ранним началом: только в этой группе зарегистрированы случаи дебюта до 3 лет (2,2%), а в возрасте 4–7 лет заболевание встречалось в 2,3 раза чаще, чем у детей среднегорья (19,3% против 8,4%). В среднегорье, напротив, дебют заболевания чаще приходился на подростковый возраст (12–15 лет — 35,5%; 16–18 лет — 33,1%).

Наиболее частой локализацией очагов являлись голова и шея (25,2%), причем у детей низкогорья поражение этой области встречалось почти в 2 раза чаще, чем у жителей среднегорья (30,3% против 15,2%). В то же время поражение туловища и конечностей чаще наблюдалось у детей среднегорья. Частота поражения кистей, стоп и гениталий существенно не различалась между группами. Поражение открытых участков кожи выявлялось чаще, чем закрытых (56,5% против 43,5%). У детей низкогорья открытые участки поражались значительно чаще (59,8% против 40,2%), тогда как в среднегорье частота поражения открытых и закрытых участков была одинаковой (по 50,0%).

Выводы. Возраст дебюта и локализация очагов витилиго у детей имеют выраженные климатогеографические особенности. Для детей низкогорья характерны более раннее начало заболевания и преимущественное поражение головы, шеи и открытых участков кожи, тогда как у детей среднегорья витилиго чаще дебютирует в подростковом возрасте с более частым вовлечением туловища и конечностей.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ У ПАЦИЕНТОВ УЧРЕЖДЕНИЙ ДЛИТЕЛЬНОГО УХОДА В КАЗАХСТАНЕ

ЖЕТМЕКОВА Ж.Т.[1], КУСАИНОВА А.А.[2], АХМЕТОВА А.К[3]., ҚАСЫМ Л.Т.[3]
[1,2,3,4]НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана;
НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей

DOI: 10.67620/dermajournal.1730056

Ключевые слова: *пролежни, повреждение кожи, факторы риска, длительный уход, профилактика, Казахстан.*

Актуальность. Пролежни представляют собой одно из наиболее значимых повреждений кожи у пациентов с ограниченной мобильностью и требуют своевременного выявления факторов риска и проведения профилактических мероприятий. Особенно уязвимы лица, находящиеся в учреждениях длительного ухода, где сочетание хронических заболеваний, функциональных ограничений и зависимости от посторонней помощи повышает вероятность повреждения кожи. Данные о распространенности пролежней среди пациентов учреждений длительного ухода в странах Центральной Азии остаются ограниченными.

Цель исследования — оценить распространенность пролежней и определить факторы, ассоциированные с их развитием, у пациентов учреждений длительного ухода в Казахстане.

Материалы и методы. Проведено поперечное исследование с участием 640 пациентов четырех учреждений длительного ухода Республики Казахстан. Наличие и характеристики пролежней оценивали с использованием стандартизированного инструмента International Prevalence Measurement of Care Quality (LPZ). Риск развития пролежней определяли по шкале Braden, степень зависимости пациентов от постороннего ухода — по Care Dependency Scale (CDS). Для оценки факторов, связанных с наличием пролежней, использовали статистический анализ с расчетом отношения шансов (OR).

Результаты. Пролежни I–IV категорий были выявлены у 37,0% обследованных. При исключении поражений I категории распространенность составила 35,6%. Всего у 237 пациентов было зарегистрировано 800 повреждений кожи. Существенно более высокая вероятность наличия пролежней отмечалась у пациентов с перенесенным инсультом (OR=5,22), заболеваниями органов пищеварения (OR=10,01), поражением спинного мозга или параплегией (OR=20,50), а также при наличии эпизодов спутанности сознания в течение предыдущих семи дней (OR=184,0). Ограниченная степень самостоятельности по шкале CDS также была связана с повышенной вероятностью пролежней (OR=4,44; 95% ДИ 1,31–16,1).

Заключение. Среди пациентов учреждений длительного ухода в Казахстане выявлена высокая распространенность пролежней. Наибольшего внимания требуют пациенты с выраженными двигательными и неврологическими нарушениями, нарушением когнитивного статуса и высокой зависимостью от постороннего ухода. Ранняя оценка индивидуального риска, регулярный контроль состояния кожи и систематическое выполнение профилактических мероприятий должны рассматриваться как основные компоненты предупреждения пролежней в учреждениях длительного ухода.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ И АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Казакова М.Р.[1], Усманалиев С.А.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730057

АННОТАЦИЯ.

Микробная экзема и атопический дерматит – широко распространенные хронические рецидивирующие дерматозы, оказывающие существенное негативное влияние на качество жизни больных и представляющие серьезную медико-социальную проблему. Несмотря на различия в этиопатогенезе – микробно-опосредованный воспалительный процесс при экземе и генетически детерминированное атопическое заболевание с дисфункцией эпидермального барьера при атопическом дерматите, – оба заболевания характеризуются выраженными девиациями иммунной системы, что делает актуальным сопоставление клинико-иммунологических подходов к их диагностике и терапии.

Цель исследования. Провести сравнительный анализ клинико-иммунологических характеристик, диагностических критериев и терапевтических подходов при микробной экземе и атопическом дерматите на основании данных двух независимых диссертационных исследований для выявления общих принципов оптимизации диагностики и лечения хронических воспалительных дерматозов.

Материалы и методы исследования. Проанализированы данные двух исследований. В первом обследовано 189 больных: 139 пациентов с микробной экземой и 50 – с инфицированной истинной экземой, а также 30 здоровых лиц; оценивались клинико-анамнестические показатели, дерматоскопическая картина, микробиоценоз кожи и показатели системного клеточного и гуморального иммунитета (CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, CD25, CD71, CD95, CD45RA, IgA, IgM, IgG, IL-2). Во втором исследовании обследовано 548 больных атопическим дерматитом (в том числе углубленно – 86, молекулярно-генетически – 90, в отношении ответа на терапию – 120 пациентов) и 30 здоровых лиц; помимо клинико-аллергологического обследования (SCORAD, IGA) проводилась оценка местного иммунного ответа в коже методом ОТ-ПЦР с определением экспрессии генов широкого спектра цитокинов.

Результаты исследования. Установлено, что для микробной экземы характерны преимущественно системные девиации иммунитета: повышение CD4 и CD45RA лимфоцитов, соотношения CD4/CD8, снижение CD16, CD95, CD25 лимфоцитов, снижение IgA и IgM на фоне повышения IgG и увеличения концентрации ИЛ-2, что в совокупности с дерматоскопическими признаками (четкие границы очага, извилистая сосудистая сеть) позволяет дифференцировать ее от инфицированной истинной экземы. Для атопического дерматита ключевое значение имеют изменения местного (кожного) иммунного ответа: снижение экспрессии гена IL1B и повышение экспрессии генов IL2r, IL4, IL5, IL6, IL8, IL10, IL12B, IL23, IL29, IFNγ, TGFβ, на основании чего выделены клинические фенотипы (изолированный, осложненный вторичной инфекцией, с сопутствующими аллергозаболеваниями, крайне тяжелого течения) и молекулярно-генетические эндотипы (Th1-, Th2-преобладающий, смешанные варианты). В обоих исследованиях показано, что включение иммунологических/молекулярно-генетических биомаркеров в алгоритм обследования повышает точность диагностики в сложных случаях и позволяет обосновать выбор персонифицированной терапии: иммунотропного препарата при микробной экземе с

доказанной иммунной патологией и дифференцированный подбор топических средств (глюкокортикостероид, ингибитор кальциневрина, иммуномодулятор) при атопическом дерматите в зависимости от цитокинового профиля.

Заключение. Сравнительный анализ показывает, что, несмотря на различные патогенетические механизмы – дисбиоз кожи и системные иммунные нарушения при микробной экземе против генетически обусловленной дисфункции эпидермального барьера и локальной цитокиновой дисрегуляции при атопическом дерматите, – оба заболевания демонстрируют общую закономерность: точная дифференциальная диагностика и эффективность терапии существенно повышаются при использовании комплексного клинико-иммунологического, а в ряде случаев и молекулярно-генетического обследования. Разработка и внедрение персонифицированных диагностических алгоритмов на основе иммунологических биомаркеров представляется перспективным направлением совершенствования тактики ведения больных хроническими воспалительными дерматозами.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ МИКРОБНОЙ ЭКЗЕМЫ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ

М.Р. Казакова[1], С.А. Усманалиев[2]
Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730059

Цель исследования.

Разработать новое направление в тактике ведения и лечения диагностически сложных случаев микробной экземы на основании оптимизации клинико-диагностических подходов с учетом причин развития и иммунологических особенностей заболевания.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находилось 189 больных: 139 пациентов с микробной экземой (группа наблюдения) и 50 пациентов с инфицированной истинной экземой (группа сравнения), а также 30 условно здоровых лиц в качестве контроля. Всем больным проведены клинико-анамнестическое исследование, дерматоскопия, микробиологическое исследование кожи, оценка показателей клеточного и гуморального иммунитета (CD3, CD4, CD8, CD16, CD22, CD25, CD71, CD95, CD45RA, IgA, IgG, IgM, IL-2). Оценка клинико-лабораторной эффективности терапии проводилась путем динамической оценки тяжести кожного процесса (индексы ДИШС, ИОТМЭ), длительности стационарного этапа лечения и качества жизни пациентов (ДИКЖ). Для терапии 100 больных микробной экземой методом рандомизации разделены на 2 подгруппы: подгруппа 1.1 получала базисную терапию (n = 50), подгруппа 1.2 – базисную терапию с включением иммунотропного препарата (n = 50).

Результаты исследования.

Установлено, что для микробной экземы характерны одиночные несимметричные очаги с четкими границами и мономорфными отдаленными высыпаниями, тогда как для инфицированной истинной экземы – размытые границы и полиморфизм высыпаний. Дерматоскопическими признаками микробной экземы являются четкие границы очага, асимметрия окраски и сосудистая сеть в виде извилистых красных линий. Выявлена повышенная обсемененность кожи стафилококками как в очаге поражения, так и на здоровых участках. У больных микробной экземой установлены достоверные девиации иммунной системы: повышение CD4, CD45RA лимфоцитов и соотношения CD4/CD8, снижение CD16, CD95, CD25 лимфоцитов, снижение IgA и IgM на фоне повышения IgG, увеличение концентрации ИЛ-2. Разработаны диагностические критерии (CD25 ≤ 9,78 %, CD95 ≤ 4,86 %, CD16 ≤ 17,76 %, CD45RA ≥ 32,52 %, IgA ≤ 0,93 г/л, ИЛ-2 ≥ 4,57 пг/мл). В группе больных, у которых в комплекс стандартной терапии был включен ГДМП, отмечено снижение ИОТМЭ в 11 раз, ДИШС – в 5 раз и ДИКЖ – в 6 раз. Длительность стационарного этапа лечения составила 11,44 ± 2,37 койко-дня. У пациентов, получавших только базисную терапию, ИОТМЭ снизился в 5 раз, ДИШС и ДИКЖ – в 3 раза, длительность стационарного этапа лечения составила 14,5 ± 1,63 койко-дня. Значительное улучшение и клиническое выздоровление наступало у 96 % больных, получавших модифицированную терапию, против 82 % в группе базисной терапии.

Выводы.

Разработанный и апробированный метод комплексной терапии больных микробной экземой с включением иммунотропного препарата позволил добиться клинического выздоровления с регрессом ИОТМЭ в 11 раз, снижения ДИКЖ в 6 раз, уменьшения среднего койко-дня до 11,44 суток. Таким образом, применение разработанного алгоритма диагностики

(дерматоскопия, иммунологическое обследование) и комплексного лечения больных микробной экземой способствует повышению точности диагностики в сложных случаях, ускорению регресса клинических проявлений кожного процесса и закреплению результатов терапии.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ В ДИАГНОСТИКЕ И ПЕРСОНАЛИЗАЦИИ КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ КОЖИ

С. Б. Казимова[1], Г. А. Алиева[2]

[1,2] Международный медицинский университет «Central Asian Medical University», г. Фергана, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730060

Актуальность исследования.

В современной эстетической дерматологии визуальная оценка патоморфологических изменений эпидермиса традиционно опирается на субъективный клинический опыт врача, что нередко приводит к неоднородности диагностических выводов и затрудняет объективный мониторинг динамики лечения. Внедрение алгоритмов машинного обучения (ML) и глубоких нейросетей (CNN) в сочетании с мультиспектральным анализом позволяет трансформировать первичную диагностику акне, постакне, гиперпигментации и возрастно-детерминированных изменений кожи в строго верифицируемый цифровой процесс, обеспечивая фундамент для построения персонализированных косметологических протоколов.

Цель исследования.

Оценить диагностическую точность нейросетевых алгоритмов и терапевтическую эффективность индивидуализированных программ косметологической коррекции, сформированных на основе математического моделирования ИИ.

Материалы и методы.

В клиническое исследование вошли 85 пациентов (возраст от 20 до 55 лет) с дерматологическими изменениями различной степени выраженности. Диагностический комплекс включал стандартную дерматоскопию и мультиспектральную дерматометрию с нейросетевым модулем оценки микрорельефа, уровня гидратации, эритемы и индекса меланина. Пациенты были распределены на две группы: I группа (n = 43) проходила коррекцию по персонализированным протоколам, рассчитанным ИИ-системой; II группа (n = 42) получала терапию согласно базовым клиническим стандартам.

Статистический анализ: Обработка данных выполнялась в пакете SPSS 26.0. Нормальность распределения проверялась критерием Шапиро-Уилка. Параметрические данные представлены как M \pm m, непараметрические - в виде медианы и интерквартильного размаха (Me [Q_1; Q_3]). Межгрупповые различия оценивались t-критерием Стьюдента и U-критерием Манна-Уитни. Точность диагностики ИИ определялась через ROC-анализ (AUC, чувствительность, специфичность). Различия признавались значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты.

Интегрированная система ИИ показала высокую точность при дифференциации характера и степени тяжести дерматологических дефектов: показатель AUC составил 0,93 (95\% ДИ: 0,88–0,97) при чувствительности 91,2\% и специфичности 89,5\%. Сравнительный анализ динамики лечения (см. таблицу) продемонстрировал превосходство

персонализированного подхода. В I группе регресс индекса тяжести акне/постакне оказался на 22,2\% выше, чем во II группе. Динамика снижения индекса меланина и показателей текстуры кожи также показала статистически достоверный отрыв в пользу нейросетевого планирования терапии.

Динамика объективных дерматологических показателей до и после лечения

Показатель	**I группа (ИИ-протокол, n=43)**	**II группа (Стандарт, n=42)**	**Статистический критерий**	**p-value**
Снижение индекса акне/постакне, %	68,4 \pm 3,1	46,2 \pm 2,8	t = 5,31	p < 0,001
Снижение индекса меланина, %	42,5 [35,0; 48,2]	26,1 [20,4; 31,8]	U = 112,5	p < 0,001
Улучшение текстуры и эластичности, %	35,8 \pm 2,4	21,3 \pm 1,9	t = 4,74	p < 0,001

Выводы.

Алгоритмы машинного обучения обеспечивают высокоточную объективизацию первичного дерматологического статуса, минимизируя человеческий фактор при верификации паттернов поражения кожи. Автоматизированное моделирование косметологического протокола на основе биометрических данных ИИ-анализа статистически значимо улучшает клинические результаты терапии (p < 0,001) и оптимизирует сроки восстановления пациентов.

LEPROSY: A FORGOTTEN PAST OR AN AI-GUIDED FUTURE?

E. M. Khodjaeva.[1], N. N. Malikova[2]
[1,2]Central Asian University, Tashkent, Uzbekistan

DOI: 10.67620/dermajournal.1730061

Background: Leprosy (Hansen's disease) is curable, yet 172,717 new cases were reported worldwide in 2024, 72% in South-East Asia (WHO, 2025). As nerve damage is often permanent, WHO uses grade 2 disability (G2D) as a marker of delayed detection. Reviews report median diagnostic delays of 12–36 months and G2D shares of 5.6 – 43.2%, often due to limited knowledge and misdiagnosis (Dharmawan et al., 2021; 2022). Karakalpakstan - Central Asia's historical endemic focus, with a leprosarium since 1933, now reports 95.5% of registered cases in northern districts (Eshboev & Utepbergenova, 2026).

Objective: To assess delayed leprosy detection globally and regionally, appraise evidence on AI-assisted screening, and propose a regional detection framework.

Materials and Methods: Four sources were combined: (1) WHO 2024 epidemiological data; (2) anonymized registry data (1933–2026) from the RSSPMCDC of Uzbekistan; (3) a semi-structured expert interview on detection barriers; (4) a systematic search of PubMed and WHO IRIS for AI diagnostic studies, case reports, and programme evaluations.

Results and Discussion: G2D shares varied regionally: 2.7% (South-East Asia) to 20.6% (Europe) vs. 5.3% globally, an ecological pattern suggesting poorer detection where leprosy is rare or passively found, versus active case-finding (e.g., India, PIB 2025). AI shows promise but faces limits: AI4Leprosy (Brazil) reached 90% accuracy (AUC 0.965) using images + clinical data (Barbieri et al., 2022); West African deep-learning models exceeded 70% accuracy on Fitzpatrick IV+ skin but suffered from small, imbalanced datasets (Yotsu et al., 2023). A review of 30 studies found no evidence of cross-regional transferability and few clinical trials (de Andrade et al., 2025); Dermatology AI underperforms on dark skin and rare diseases (Daneshjou et al., 2022), and photographs cannot capture nerve deficits. In the region, cases peaked mid-century; since 2000, <5 cases/year. The expert cited low clinical suspicion in primary care as the key barrier.

Conclusion: Conclusion. As leprosy recedes from clinical memory, vigilance must not follow. We position AI not as a diagnostic endpoint, but as an initial screening flag within a comprehensive cascade: image capture, AI risk stratification, clinical examination, laboratory confirmation, and contact tracing. We recommend integrating primary-care training with a prospective, locally validated AI pilot in the region, creating a scalable framework for other post-endemic regions.

ДИНАМИКА АУТОАНТИТЕЛ К ДЕСМОГЛЕИНАМ 1 И 3 ТИПА НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ПЛАЗМАФЕРЕЗОМ В КОМБИНАЦИИ С СГКС У ПАЦИЕНТОВ С ПУЗЫРЧАТКОЙ

Г.Б. КОЙЛЫБАЕВА[1], У.Ю. САБИРОВ[2]
[1,2]ГУ Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730062

Цель исследования. Основной терапевтической мишенью плазмафереза при пузырчатке является механическая элиминация патогенных аутоантител из системного кровотока. Целью данной работы стала оценка патогенетического механизма комбинированной терапии (системные глюкокортикостероиды в сочетании с плазмаферезом) посредством анализа динамики уровней циркулирующих аутоантител к десмоглеинам 1 (Dsg-1) и 3 (Dsg-3) типа.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 24 пациента, получавших терапию СГКС в комбинации с курсом плазмафереза. Уровни анти-Dsg-1 и анти-Dsg-3 в сыворотке крови оценивались до и после лечения (верхняя граница нормы — 12 нг/мл). Статистический анализ проводился с использованием парного критерия Вилкоксона.

Результаты. До начала терапии уровень анти-Dsg-1 в среднем составлял 17,74 ± 5,37 нг/мл (превышение нормы у 79,2% больных), анти-Dsg-3 — 18,43 ± 4,46 нг/мл (превышение у 91,7%). После завершения лечения зафиксировано статистически высокозначимое снижение концентрации аутоантител ($p < 0,001$): уровень Dsg-1 упал на 25,6% (до 13,20 ± 4,42 нг/мл), Dsg-3 — на 18,7% (до 14,99 ± 4,64 нг/мл). Снижение концентрации антител наблюдалось у 91,7% пациентов. При исключении двух случаев рецидива динамика была еще более выраженной (снижение на 28,9% и 21,6% соответственно). Выявлена четкая параллельная динамика лабораторных и клинических маркеров: падение уровней аутоантител происходило синхронно со снижением индекса активности заболевания PDAI (на 22,0%). У двух пациентов с рецидивом клиническое ухудшение сопровождалось ростом концентрации антител.

Выводы Включение плазмафереза в схему лечения СГКС обеспечивает достоверное снижение уровней циркулирующих аутоантител к Dsg-1 и Dsg-3, что выступает прямым иммунологическим обоснованием наблюдаемого клинического улучшения. Строгая корреляция между элиминацией антител и снижением индекса PDAI подтверждает патогенетическую эффективность метода. Тем не менее, сохранение уровней аутоантител выше нормальных значений у более чем 60% пациентов после лечения указывает на необходимость обязательного продолжения поддерживающей терапии для подавления остаточной активности аутоиммунного процесса.

NEUROGENETIC AND PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF PROGRESSIVE VITILIGO

KUSSAINOVA A.[1], KASSYM L.[2], AKHMETOVA A.[3]
[1,2,3]NJSC «Semey Medical University», Semey

DOI: 10.67620/dermajournal.1730063

Keywords: *vitiligo, disease progression, CRH-R1, BDNF, genetic polymorphism, anxiety, neuroendocrine factors.*

Background. Vitiligo is a chronic pigmentary disorder with a highly variable clinical course. In some patients, depigmentation remains stable for years, whereas others experience continuous development of new lesions and enlargement of existing patches. Identification of patients at increased risk of disease progression may facilitate earlier intervention and individualized follow-up. Growing evidence suggests that neuroendocrine mechanisms, psychological distress, and genetic susceptibility may contribute to vitiligo activity.

Objective. To evaluate neurogenetic and psychological factors associated with progressive vitiligo and to identify characteristics that may help distinguish patients at increased risk of disease progression.

Materials and Methods. The study included 93 patients with vitiligo. The extent of depigmentation was assessed using the Vitiligo Extent Score (VES). Psychological symptoms were evaluated with the PHQ-SADS questionnaire. Serum concentrations of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and corticotropin-releasing hormone (CRH) were measured by enzyme-linked immunosorbent assay. Genetic analysis included the BDNF rs11030094 polymorphism and the CRH receptor 1 (CRH-R1) rs242924 polymorphism using real-time polymerase chain reaction.

Results. A significant relationship was observed between the CRH-R1 rs242924 polymorphism and progressive vitiligo. Carriage of the T allele and TT genotype was associated with an approximately three- to fourfold higher likelihood of disease progression, whereas the G allele and GT genotype were more frequently associated with a stable clinical course. Psychological status was also relevant: patients with mild or moderate anxiety symptoms had approximately 1.6-fold higher odds of vitiligo progression. These findings indicate a potential interaction between stress-related neuroendocrine pathways and genetic susceptibility in determining disease activity.

Conclusion. Progressive vitiligo appears to be associated with both psychological and neurogenetic factors. The CRH-R1 rs242924 T allele and TT genotype, together with clinically relevant anxiety symptoms, may help identify patients who require closer observation. Incorporating assessment of psychological status and selected neurogenetic markers into a personalized risk-based approach may improve early recognition of patients prone to progressive disease.

АНТИМИКРОБНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ФЕНОЛЬНЫХ КОМПОНЕНТОВ МЕДА В ОТНОШЕНИИ *ESCHERICHIA COLI*: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

КУСАИНОВА А.А.[1], ҚАСЫМ Л.Т.[2], АХМЕТОВА А.К.[3]
[1,2,3]НАО «Медицинский университет Семей», г. Семей;
НАО «Медицинский университет Астана», г. Астана

DOI: 10.67620/dermajournal.1730064

Ключевые слова: *мед, фенольные соединения, Escherichia coli, 3-фенилмолочная кислота, р-кумаровая кислота, флоретин, хронические раны, антимикробная активность.*

Актуальность. Инфицирование хронических ран остается серьезной клинической проблемой, особенно на фоне роста устойчивости микроорганизмов к антибактериальным препаратам. В связи с этим сохраняется интерес к природным соединениям, которые потенциально могут применяться в составе местных средств для контроля микробной контаминации. Мед содержит ряд биологически активных фенольных компонентов, однако выраженность их самостоятельного антибактериального действия изучена недостаточно.

Цель исследования — оценить *in vitro* антибактериальную активность отдельных фенольных соединений, обнаруживаемых в меде, в отношении *Escherichia coli* и определить возможность усиления действия антибактериальных препаратов при использовании субингибирующих концентраций исследуемых веществ.

Материалы и методы. В эксперименте использовали штамм *E. coli* ATCC 25922. Изучали три соединения: 3-фенилмолочную кислоту (PLA), р-кумаровую кислоту (PCA) и флоретин. Их влияние на бактериальный рост оценивали в жидкой питательной среде при концентрациях 2 и 7 мг/мл. Дополнительно применяли диско-диффузионный и луночно-диффузионный методы. Отдельно исследовали влияние субингибирующей концентрации PCA на чувствительность *E. coli* к комбинации пенициллина и стрептомицина.

Результаты. Наиболее выраженный антибактериальный эффект продемонстрировала 3-фенилмолочная кислота. При концентрациях 7 и 2 мг/мл она значительно подавляла рост *E. coli*; средние значения составляли соответственно 0 и 5,16 $\log_{10}$ КОЕ/мл. р-Кумаровая кислота в концентрации 7 мг/мл также достоверно снижала бактериальный рост по сравнению с контролем: 10,06 против 11,41 $\log_{10}$ КОЕ/мл, p=0,0091. При концентрации 2 мг/мл ее эффект не достиг статистической значимости. Флоретин не показал убедительного ингибирующего действия, а при концентрации 2 мг/мл наблюдалось увеличение роста бактерий. Диффузионные методы не выявили выраженных зон подавления роста для исследованных соединений. При этом субингибирующая концентрация PCA усиливала антибактериальное действие комбинации пенициллина и стрептомицина.

Заключение. Фенольные компоненты меда обладают неодинаковой антимикробной активностью в отношении *E. coli*. Наиболее перспективным соединением в проведенном эксперименте оказалась 3-фенилмолочная кислота, тогда как р-кумаровая кислота проявляла умеренный дозозависимый эффект и потенциальную способность усиливать действие антибактериальных препаратов. Полученные результаты могут служить основанием для дальнейшего изучения отдельных компонентов меда как возможных вспомогательных веществ для местной терапии инфицированных ран и кожных повреждений.

НАРУШЕНИЯ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА У ПАЦИЕНТОВ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ КЕЛОИДНЫМИ РУБЦАМИ

Мадалиев К.А.[1], Мухамадиева К.М.[2]
[1,2]Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

DOI: 10.67620/dermajournal.1730065

Актуальность. Рецидивирование келоидных рубцов после проведенного лечения свидетельствует о наличии не только локальных, но и системных факторов, поддерживающих процессы хронического воспаления и патологического фиброзирования. Одним из возможных метаболических факторов, влияющих на активность фибропластических процессов, являются нарушения липидного обмена.

Цель исследования. Изучить особенности липидного спектра у пациентов с рецидивирующими и первично возникшими келоидными рубцами.

Материалы и методы исследования. Обследовано 65 пациентов с келоидными рубцами, средний возраст которых составил 37,5±2,5 лет, соотношение мужчин и женщин составило 1:1,2. Все больные были разделенных на две группы: основную группу составили 35 больных с рецидивирующими келоидами, группу сравнения — 30 пациентов с впервые возникшими келоидными рубцами. Определяли показатели липидного спектра крови: общий холестерин (ОХС), липопротеины низкой плотности (ЛПНП), липопротеины высокой плотности (ЛПВП), триглицериды (ТГ) и коэффициент атерогенности (КА).

Полученные результаты. Дислипидемические изменения диагностированы у 12 (34,3%) из 35 пациентов основной группы, тогда как среди больных с первично возникшими келоидами нарушения липидного профиля выявлены у 3 (10,0%) из 30 пациентов группы сравнения ($p<0,05$).

При сравнительном анализе количественных показателей установлено, что у пациентов с рецидивирующими келоидами отмечалось достоверное повышение уровня общего холестерина (6,02±0,18 ммоль/л против 5,21±0,15 ммоль/л; $p<0,05$) и липопротеинов низкой плотности (4,02±0,14 ммоль/л против 3,21±0,12 ммоль/л; $p<0,05$) по сравнению с пациентами с первичными келоидами. Концентрация триглицеридов также была выше в основной группе (2,18±0,11 ммоль/л против 1,54±0,09 ммоль/л; $p<0,05$), при этом уровень липопротеинов высокой плотности имел тенденцию к снижению (1,02±0,05 ммоль/л против 1,31±0,06 ммоль/л; $p<0,05$). Коэффициент атерогенности у пациентов с рецидивирующим течением келоидного процесса составил 4,15±0,22, что превышало показатели группы сравнения (2,98±0,17; $p<0,05$).

Выводы. Нарушения липидного спектра чаще выявляются у пациентов с рецидивирующими келоидными рубцами, что позволяет рассматривать дислипидемию как один из возможных факторов, ассоциированных с неблагоприятным течением келоидного процесса и повышенным риском рецидива.

ATOPIK DERMATIT PATOGENEZI VA UNI DAVOLASHDAGI ZAMONAVIY YONDASHUVLAR TO'G'RISIDAGI ZAMONAVIY TASAVVURLAR

Malikov K.Z.[1], Safarova M.A.[2], Abdurahmonova M.A.[3]
[1,2]RIDV va KIATM Toshkent shahar hududiy filiali, Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730068

Dolzarbligi. Atopik dermatit (AtD) — epidermal to'siq buzilishi va Th2-turdagi immun yallig'lanish rivojlanishida asosiy o'rin tutadigan surunkali retsidivlanuvchi yallig'lanishli dermatoz hisoblanadi. Adabiyot ma'lumotlariga ko'ra, AtD bolalar orasida 15–20 %, kattalar orasida esa 2–10 % tarqalgan bo'lib, ko'p hollarda kasallik kattalar yoshida ham saqlanib qoladi yoki qaytalanadi. Kasallikning surunkali kechishi, doimiy qichishish va kosmetik nuqson bemorlar hamda ularning oila a'zolari hayot sifatiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi, an'anaviy mahalliy va tizimli nospetsifik immunosupressiv terapiya esa har doim ham barqaror nazoratni ta'minlay olmaydi. So'nggi o'n yillikda AtD molekulyar mexanizmlari haqidagi bilimlarning chuqurlashuvi patogenezga yo'naltirilgan (nishonli) preparatlarning yaratilishiga olib keldi, bu esa ushbu mavzu bo'yicha zamonaviy ma'lumotlarni tizimlashtirish dolzarbligini belgilaydi.

Tadqiqot maqsadi. Atopik dermatitning patogenetik mexanizmlari va uni davolashdagi zamonaviy, jumladan biologik, yondashuvlar bo'yicha zamonaviy adabiyot ma'lumotlarini umumlashtirish va tizimlashtirish.

Patogenetik mexanizmlar.

AtD patogenezining asosiy bo'g'ini sifatida, asosan filaggrin geni mutatsiyalari bilan bog'liq bo'lgan epidermal to'siq disfunksiyasi tan olingan — bu transepidermal suv yo'qotilishining kuchayishiga hamda allergen va mikroorganizmlarning teriga osonroq kirib borishiga olib keladi. Shu fonda Th2-turdagi javob ustunlik qiladigan immun yallig'lanish rivojlanadi, IL-4, IL-13 va IL-31 sitokinlari gipermahsuldorligi kuzatiladi — ular nafaqat yallig'lanishni qo'llab-quvvatlaydi, balki qichishishning asosiy mediatorlari hamdir. Kasallikning surunkali bosqichida patologik jarayonga qo'shimcha ravishda Th17- va Th22-yo'llar ham jalb qilinadi. Teri mikrobiomasining disbiozi, xususan Staphylococcus aureus bilan kolonizatsiya, to'siq disfunksiyasini kuchaytiruvchi va surunkali yallig'lanishni qo'llab-quvvatlovchi muhim omil hisoblanadi.

Davolashdagi zamonaviy yondashuvlar.

AtDning bazis terapiyasi hamon emolentlar yordamida epidermal to'siqni tiklashni, shuningdek mahalliy yallig'lanishga qarshi vositalar — topik glyukokortikosteroidlar va kaltsinevrin ingibitorlarini o'z ichiga oladi; yengil va o'rtacha shakllarda topik fosfodiesteraza-4 ingibitori (krizaborol) ham qo'llaniladi. So'nggi yillarning muhim yutug'i — patogenezning aniq bo'g'inlariga qaratilgan nishonli tizimli terapiyaning joriy etilishi bo'ldi. Dupilumab — IL-4Rα retseptorining umumiy subbirligini blokladigan va shu orqali IL-4 hamda IL-13 signal yo'llarini bosuvchi monoklonal antitana — o'rtacha va og'ir AtDni davolash uchun tasdiqlangan birinchi gen-muhandislik biologik preparati bo'ldi. Tralokinumab selektiv ravishda IL-13ni bloklaydi. Biologik terapiya bilan bir qatorda, bir nechta sitokinning hujayra ichi signalizatsiyasini bir vaqtda blokirovka qilish hisobiga tez qichishishga qarshi va yallig'lanishga qarshi ta'sir ko'rsatadigan peroral yanus-kinaza ingibitorlari (upadatsitinib, abrotsitinib) ham qo'llaniladi.

Xulosalar.

1. Atopik dermatit patogenezining to'siq disfunksiyasi va Th2-turdagi yallig'lanish uyg'unligi sifatidagi zamonaviy tushunchasi nospetsifik immunosupressiyadan nishonli terapiyaga o'tishga imkon berdi. 2. Aniq patogenetik nishonlarga (IL-4, IL-13, JAK-STAT yo'li) ta'sir qiluvchi biologik preparatlar va yanus-kinaza ingibitorlari o'rtacha va og'ir shakllarni nazorat qilish imkoniyatlarini

kengaytiradi. 3. Nishonli terapiyaning uzoq muddatli xavfsizligini, optimal sxemalarini va mavjudligini yanada o'rganish dermatovenerologiyaning dolzarb vazifasi bo'lib qolmoqda.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR

1. Bieber T. Atopic Dermatitis. N Engl J Med. 2008;358(14):1483–1494. doi: 10.1056/NEJMra074081.
2. Leung D.Y.M., Guttman-Yassky E. Deciphering the complexities of atopic dermatitis: shifting paradigms in treatment approaches. J Allergy Clin Immunol. 2014;134(4):769–779. doi: 10.1016/j.jaci.2014.08.008.
3. Gandhi N.A., Pirozzi G., Graham N.M.H. Commonality of the IL-4/IL-13 pathway in atopic diseases. Expert Rev Clin Immunol. 2017;13(5):425–437. doi: 10.1080/1744666X.2017.1298443.
4. Мурашкин Н.Н., Намазова-Баранова Л.С., Опрятин Л.А. и др. Биологическая терапия среднетяжелых и тяжелых форм атопического дерматита в детском возрасте // Вопросы современной педиатрии. — 2020. — Т. 19. — № 6. — С. 432–443. https://doi.org/10.15690/vsp.v19i6.2145
5. Свечникова Е.В., Маршани З.Б., Ушакова Д.В., Ойноткинова О.Ш. Дупилумаб в практике врача: клинический случай пациента с тяжелой формой атопического дерматита // Клиническая дерматология и венерология. — 2019. — Т. 18. — № 6. — С. 768–775. https://doi.org/10.17116/klinderma201918061768

КЛИНИКО-СТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗОВ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Маликова Н.Н.[1], Жураев У.О.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет
Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница

DOI: 10.67620/dermajournal.1730069

Ключевые слова: *буллезные дерматозы, вульгарная пузырчатка, пемфигоид, герпетиформный дерматит Дюринга, болезнь Хейли–Хейли, ретроспективный анализ.*

Введение.
Буллезные дерматозы представляют собой гетерогенную группу заболеваний кожи, характеризующихся образованием пузырей различного происхождения. Данные заболевания могут иметь хроническое и рецидивирующее течение, существенно влияя на качество жизни пациентов. Изучение нозологической структуры буллезных дерматозов имеет важное значение для совершенствования диагностики и лечебной тактики.

Цель. Изучить нозологическую структуру буллезных дерматозов по данным ретроспективного анализа историй болезни пациентов.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 479 историй болезни пациентов с буллезными дерматозами, находившихся на лечении в Республиканской кожно-венерологической клинической больнице (2020-2026г.г.). Анализировалась структура основных нозологических форм буллезных дерматозов.

Результаты. В результате проведенного анализа установлено, что наиболее часто диагностируемой нозологической формой являлась вульгарная пузырчатка, доля которой составила 69% (n=331) от общего числа наблюдений. Пемфигоид выявлен в 17% (n=81) случаев. Герпетиформный дерматит Дюринга составил 12% (n=57) наблюдений, болезнь Хейли–Хейли — 2% (n=10) . Таким образом, вульгарная пузырчатка занимала основную долю в структуре изученных буллезных дерматозов.

Заключение. Ретроспективный анализ 479 историй болезни за пятилетний период показал преобладание вульгарной пузырчатки в структуре буллезных дерматозов. Пемфигоид и герпетиформный дерматит Дюринга встречались значительно реже, тогда как болезнь Хейли–Хейли составила наименьшую долю наблюдений. Полученные результаты отражают структуру буллезных дерматозов в исследуемой выборке и подчеркивают необходимость своевременной диагностики и дифференциальной диагностики данной группы заболеваний.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ПУЗЫРЧАТКИ

Маликова Н.Н.[1], Маликова С.С.[2], Жураев У.О.[3]
[1]Ташкентский государственный медицинский университет,
[2]Центральноазиатский университет,
[3]Республиканская кожно-венерологическая клиническая больница

DOI: 10.67620/dermajournal.1730070

Актуальность.
Пузырчатка представляет собой группу хронических аутоиммунных буллёзных дерматозов, характеризующихся образованием внутриэпидермальных пузырей вследствие нарушения межклеточных взаимодействий в эпидермисе. Различные клинические формы заболевания отличаются особенностями кожных проявлений и частотой поражения слизистых оболочек. Особое диагностическое значение имеет поражение слизистой оболочки полости рта, которое наиболее характерно для вульгарной формы пузырчатки.

Цель исследования.
Изучить структуру клинических форм пузырчатки и особенности поражения слизистой оболочки полости рта у пациентов с различными вариантами заболевания.

Материалы и методы.
Проведен ретроспективный анализ клинических данных 143 пациентов с различными формами пузырчатки. Оценивались клиническая форма заболевания и наличие поражения слизистой оболочки полости рта.

Результаты.
В структуре обследованных пациентов преобладала вульгарная форма пузырчатки — 59% (n=84). Эритематозная форма выявлена у 33% (n=47), а листовидная форма — у 8% (n=12).

Поражение слизистой оболочки полости рта выявлялось преимущественно у пациентов с вульгарной формой пузырчатки. Наиболее характерными проявлениями являлись пузыри, быстро трансформирующиеся в болезненные эрозии. Поражение слизистой оболочки полости рта имело важное клиническое значение, поскольку в ряде случаев предшествовало или сопровождало появление кожных высыпаний.

Заключение.
В исследуемой группе наиболее часто встречалась вульгарная форма пузырчатки, составляя 59% всех случаев, тогда как эритематозная и листовидная формы составили 33% и 8% соответственно. Поражение слизистой оболочки полости рта преимущественно наблюдалось при вульгарной форме заболевания. Полученные результаты подчеркивают необходимость обязательного стоматологического осмотра пациентов с подозрением на пузырчатку, особенно при наличии клинических признаков вульгарной формы, что может способствовать более ранней диагностике заболевания.

ГОФФМАН ФОЛЛИКУЛИТИ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ҲАЁТ СИФАТИНИ DLQI ИНДЕКСИ ЁРДАМИДА БАҲОЛАШ

Мавлянова Ш.З., Садиев Ш.Ф.
Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

DOI: 10.67620/dermajournal.1730071

Калит сўзлар: *Гоффман фолликулити, dissecting cellulitis of the scalp, DLQI, ҳаёт сифати, чандиқли алопеция, фистулёз йўллар.*

Долзарблиги.
Гоффман фолликулити (*perifolliculitis capitis abscedens et suffodiens*, *dissecting cellulitis of the scalp* — DCS) — бошнинг сочли қисмида ривожланадиган, сурункали кечувчи ва даволашга нисбатан қийин бўлган дерматозлардан бири. Касаллик оғриқли тугунлар, абсцесслар, фистулёз йўллар ва охир-оқибат чандиқли алопеция билан намоён бўлади. Кўпчилик беморларда яллиғланиш жараёни узоқ давом этгани учун нафақат жисмоний, балки ижтимоий ва психоэмоционал ҳолатга ҳам катта зарар етказади. Оғриқ, йирингли ажралмалар, соч тўкилиши ва ташқи кўринишдаги ўзгаришлар кундалик ҳаётни сезиларли даражада чеклаши мумкин. Шунинг учун бу касалликда клиник баҳолаш билан бирга беморнинг субъектив ҳаёт сифатини ўлчаш зарур.

Тадқиқот мақсади.
Гоффман фолликулити ташхиси қўйилган беморларда Dermatology Life Quality Index (DLQI) сўровномаси асосида ҳаёт сифатини миқдорий баҳолаш ва олинган натижаларни касалликнинг клиник белгилари билан қиёсий таҳлил қилиш.

Материал ва усуллар.
Тадқиқотга Гоффман фолликулити ташхиси қўйилган 45 нафар бемор жалб этилди. Ҳар бир беморда патологик жараённинг тарқалиш доираси, яллиғланган тугунлар, абсцесслар, фистулёз йўллар ва чандиқли алопеция борлиги аниқланди. Ҳаёт сифатини баҳолаш учун 10 та саволдан иборат стандартлаштирилган DLQI анкетасидан фойдаланилди. Ҳар бир савол 0 дан 3 баллгача баҳоланди, умумий кўрсаткич 0–30 баллни ташкил этди. Кўрсаткичлар қуйидагича изоҳланди: 0–1 — таъсир йўқ; 2–5 — кичик таъсир; 6–10 — ўртача таъсир; 11–20 — жуда катта таъсир; 21–30 — ниҳоятда катта таъсир.

Натижалар.
45 нафар беморда DLQI нинг ўртача кўрсаткичи 10,7 баллни ташкил қилди. Шулардан 2 нафарида (4,4%) касаллик ҳаёт сифатига деярли таъсир этмаган, 7 нафарида (15,6%) кичик, 13 нафарида (28,9%) ўртача таъсир аниқланган. Беморларнинг энг кўп қисми — 19 нафар (42,2%) — DLQI 11–20 балл оралиғига тўғри келди, яъни касалликнинг ҳаёт сифатига жуда катта таъсири қайд этилди. Яна 4 нафар (8,9%) беморда DLQI 21 балл ва ундан юқори бўлиб, ниҳоятда катта таъсир кузатилди. Жами 23 нафар (51,1%) беморда DLQI ≥11 балл бўлди. Доменлар орасида «симптомлар ва ҳиссиётлар» ҳамда «шахсий муносабатлар» бўлимлари бошқаларга нисбатан кўпроқ зарарланган. Фаол яллиғланиш белгилари кучлироқ бўлган, яъни кўп сонли тугунлар, абсцесслар ва фистулёз йўллар мавжуд беморларда DLQI нинг юқори кўрсаткичлари қайд этилди. Кенг тарқалган чандиқли алопеция эса психоэмоционал соҳадаги ва ташқи кўринишга боғлиқ баллларнинг пасайишига сезиларли ҳисса қўшди.

Хулоса.

Тадқиқот натижалари Гоффман фолликулитининг беморлар ҳаёт сифатига жиддий салбий таъсир кўрсатишини тасдиқлайди. Текширилган беморларнинг ярмидан кўпида (51,1%) DLQI 11 балл ва ундан юқори бўлди — бу касалликнинг ҳаёт сифатига жуда катта ёки ниҳоятда катта таъсирига мос кўрсаткич. Олинган натижалар DLQI ни Гоффман фолликулити билан оғриган беморлар учун мўлжалланган клиник текширув протоколига мажбурий тарзда киритиш зарурлигини кўрсатади. Бу индекс касалликнинг субъектив оғирлигини объектив тарзда ўлчашга ва даволаш самарадорлигини вақт ўтиши билан назорат қилишга имкон беради.

РОЛЬ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ МАГНИТНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Мавлянова Ш.З.[1], Хакимов Д.Р.[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз.

DOI: 10.67620/dermajournal.1730072

Атопический дерматит (АД) является одной из важных медико-социальных проблем современной дерматологии. Широкая распространенность заболевания среди населения, хроническое течение, частые рецидивы и негативное влияние на качество жизни пациентов еще больше повышают его значимость. Следует отметить, что психоэмоциональные факторы играют важную роль в развитии и тяжелом течении АтД. Изменения, наблюдаемые в нейроэндокринной и иммунной системах под воздействием стресса, могут усиливать воспалительные процессы и способствовать прогрессированию заболевания [Peters E.M.J., Michenko A., Kupfer J 2020].

Несмотря на эффективность существующих методов лечения, у многих пациентов сохраняется проблема достижения длительной ремиссии. Поэтому важное значение имеет внедрение патогенетически обоснованных, безопасных и позволяющих снизить медикаментозную нагрузку физиотерапевтических методов. Одним из таких перспективных методов является транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), которая используется для определения нейроиммунных механизмов.

Цель исследования: оценить влияние стресса на клиническое течение атопического дерматита и изучить эффективность транскраниальной магнитной стимуляции в составе комплексного лечения.

Материалы и методы: обследовано 75 пациентов с атопическим дерматитом в возрасте от 18 до 49 лет. Пациенты были разделены на две группы. Основная группа получала стандартную терапию в сочетании с транскраниальной магнитной стимуляцией, контрольная группа — только стандартное лечение. Оценивались индекс SCORAD, уровень общего IgE, показатели теста Спилбергера–Ханина и шкалы Гамильтона.

Результаты: установлена положительная корреляционная связь между тяжестью заболевания и показателями тревожности и депрессии (r=+0,5–0,8).

Клиническое улучшение после лечения было достоверно выше в основной группе, где применялась транскраниальная магнитная стимуляция. Индекс SCORAD снизился в среднем на 54,2% и в среднем составил 35,9±0,7 балла (до лечения 78,4±0,4). ($p<0,05$).

Наблюдались положительные изменения в субъективных ощущениях – снизилась интенсивность зуда, улучшилось качества сна и общего субъективного состояния. Также отмечено достоверное улучшение психоэмоционального состояния пациентов, характеризующиеся снижением показателей Спилбергера-Ханина снизились в 2,04 раза (до лечения 48,6±0,5 , тогда как после лечения - 23,8±0,4 балла) , а показатели шкалы Гамильтона в 1,9 раза - с 28,4±0,4 до 14,4±0,4 балла соответственно.($p<0,05$).

Заключение: стресс является значимым фактором, влияющим на течение атопического дерматита. Включение транскраниальной магнитной стимуляции в комплексную терапию способствует уменьшению клинических проявлений заболевания и улучшению психоэмоционального состояния больных.

ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ФОТОТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ АКТИВИРОВАННОГО КРЕМНИСТОГО ТОНИКА «*HYDRORAY*»У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ

Мавлянова Ш.З., Исмагилов А.И., Мирзакулова Ш.Н., Хакимов Д.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730073

Псориаз остается одним из наиболее распространенным заболеванием среди дерматозов, поражая около 4,4- 5,2% человеческой популяции. Иммунопатогенез псориаза в значительной мере заключается в развитии гиперпролиферативных процессов в эпидермисе протекающих с нарушением дифференцировки кератиноцитов и сочетающихся с воспалительной реакцией в дерме. Разработка новых методов наружной терапии является одним из приоритетных направлений в дерматологической практике. Для повышения терапевтической эффективности узбекскими учеными разработан фотосенсибилизирующий эссенциальный тоник «***HYDRORAY***», природного происхождения Узбекистана.

HYDRORAY - высокоактивизированный органический эссенциальный кремнистый тоник для наружного применения – действующим веществом является диоксид кремния природного происхождения SO_2 - 72мг/л, который необходим организму для формирования и поддержания структуры кожи и соединительной ткани организма. pH активизированного тоника 7,8-9,4. Диоксид кремния способствует подавлению активности изоформы CYP3A цитохрома P450, метаболизирующего ксенобиотики и тем самым может оказывать влияние на активность принимаемых лекарственных препаратов, а также на эффективность физиотерапевтических процедур. Исследованиями доказано, что кремниевые нанокристаллы (ne-Si), диспергированные в воде, были использованы для фотосенсибилизации процесса генерации активного кислорода. Экспериментальные исследования показали воздействие кремниевых кристаллов на раковых клетках фибробластов мыши, что продемонстрировало значительное (до 80%) уменьшение их числа при контакте с фотовозбужденными ne-Si.

Цель исследования: оценка терапевтической эффективности светотерапии с применением эссенциального кремнистого тоника «HYDRORAY» у больных с псориазом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 53 больных в возрасте от 18 до 65 лет. Дизайн исследования характеризовался сравнительной оценкой терапевтической эффективности эссенциального кремнистого тоника HYDRORAY в комплексной терапии с фототерапией на динамику кожно-патологического процесса, состояние микробиоты кожи и индекса PASI . У всех больных проводились клинические (определение индекса PASI), микробиологические и статистические исследования. Эссенциальный тоник вспрыскивали на кожу очагов поражения 1 раз в день за 10 минут до фототерапии. Курс лечения составлял №10. Для оценки клинической эффективности больные были разделены на 2 группы : I –группа : 29 больных , получавшие комплексную терапию с применением фототерапии с эссенциальным тоником HYDRORAY. II – группа (24 больных) , получавшие комплексную терапию с фототерапией без тоника. Клинико-лабораторные сравнительные исследования проводились в течение 10 дней (во время лечения). Контрольную группу составили 41 здоровых лиц.

Результаты исследования. По клинической формы у всех больных диагностировали вульгарную форму псориаза**.** Микробиологические исследования кожи у больных псориазом показали высокую выявляемость условно-патогенных микроорганизмов семейство

Micrococaccea – staphylococcus spp., что составило 62,7% случаев. С учетом клинического течения дерматоза частую высевамость условно-патогенной микрофлоры отмечали в прогрессирующей стадии - 72,8%, тогда как в стационарной стадии – 27,1% соответственно.

Результаты клинических исследований показали повышения терапевтической эффективности в основной группе больных с псориазом, получавших наружного назначения фототерапию с применением эссенциального кремнистого тоника HYDRORAY, характеризующуюся снижением индекса PASI в 1,7 раз соответственно. У больных отмечали заметную динамику рассасывания кожно-патологического процесса, уменьшении инфильтрации, шелушения, исчезновения субъективных ощущений. Тогда как в контрольной группе больных индекс PASI снижался в 1,03 раз соответственно. Фототерапия с применением эссенциального тоника HYDRORAY также способствовала снижению степени колонизации St. aureus в 5,7 раза (13,5±0,3 КОЕ/см^2; в контрольной здоровой группы – 4,1±0,8 КОЕ/см. Тогда как в группе контрольных больных с псориазом степень колонизации снижался в 2,4 раз и в среднем составил 34,2 ±0,8 КОЕ/см^2)

Заключение. Таким образом, комплексное использование светотерапии в комбинации эссенциального тоника HYDRORAY будет способствовать повышению терапевтической эффективности и можно рекомендовать в лечении псориаза в дерматологической практике.

ИННОВАЦИИ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ИХТИОЗОМ

Мавлянова Ш.З.[1], Эшниязов М.М.[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730074

Ихтиоз представляет собой группу генетически детерминированных заболеваний кожи, характеризующихся нарушением процессов кератинизации . Выделяют наследственные и приобретённые формы ихтиоза, объединённые нарушением генетически детерминированных механизмов кератинизации, что приводит к дефектам барьерной функции кожи и снижению её способности удерживать влагу вследствие нарушений белкового и липидного обмена. Нарушение структуры кератинов рассматривается как один из ключевых патогенетических механизмов заболевания. Основной задачей современной терапии является восстановление барьерной функции кожи и поддержание её гидратации.

Разработка новых средств наружной терапии является актуальным направлением современной дерматологии. Эмоленты являются базисными средствами лечения наследственных ихтиозов На основе природных минеральных ресурсов Узбекистана был разработан многокомпонентный эмолент «Дермагрин», обладающий кератолитическим, увлажняющим, смягчающим, антиоксидантным, бактериостатическим и регенерирующим действием.

Цель исследования – оценить эффективность нового многокомпонентного эмолента «Дермагрин» и его комбинации со светодиодной фототерапией (LED) в комплексном лечении больных вульгарным ихтиозом.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 77 пациентов с вульгарным ихтиозом в возрасте от 12 до 32 лет. Среди них мужчин было 42 (54,5%), женщин — 35 (45,5%). Всем пациентам проводились клинические, иммунологические, микробиологические и статистические исследования.

Результаты исследования. Для сравнительной оценки эффективности лечения пациенты были разделены на три группы: I группа (n=25) — традиционная наружная терапия (Дексерил); II группа (n=29) — терапия эмолентом «Дермагрин»; III группа (n=23) — комбинированная терапия: эмолент «Дермагрин» и LED-фототерапия курсом 15 процедур. Эффективность лечения оценивали по индексу IASI, уровню кератина КРТ-2 и показателям микробиоты кожи.

Результаты лабораторных исследования показали достоверное снижение уровня КРТ-2 в сыворотки крови и негативации степени колонизации условно-патогенной флоры на коже после проведённой терапии. Известно, что нарушения экспрессии эпидермальных кератинов отражают тяжесть процессов патологической кератинизации и могут рассматриваться как биомаркеры активности заболевания. Снижение концентрации КРТ-2 на фоне лечения свидетельствует не только о клиническом улучшении состояния кожи, но и о положительном влиянии терапии на процессы дифференцировки эпидермиса. Полученные результаты подтверждают патогенетическую направленность применения эмолента «Дермагрин».

Сравнительный анализ эффективности получаемой терапии показал, что среди пациентов II группы (n=29), получавших эмолент «Дермагрин» в качестве основной терапии с последующим применением препарата в режиме поддерживающего лечения, клиническое улучшение и стойкая ремиссия отмечены у 25 больных (86,2%).

В III группе (n=23), получавшей комбинированную терапию с использованием LED-фототерапии и эмолента «Дермагрин» с последующим продолжением поддерживающей терапии эмолентом, положительный клинический эффект сохранялся у 21 пациента (91,3%).

В контрольной группе (n=25), получавшей традиционную наружную терапию, клиническое улучшение через 6 месяцев наблюдалось лишь у 16 пациентов (64,0%).

Заключение. Установлено, что применение эмолента «Дермагрин» способствует достоверному уменьшению клинических проявлений заболевания, снижению индекса IASI и нормализации показателей микробиоты кожи. Наиболее выраженный клинический эффект наблюдался при сочетанном применении эмолента и LED-фототерапии. Полученные результаты свидетельствуют о высокой эффективности разработанного метода лечения и возможности его внедрения в практическое здравоохранение.

ANTIFUNGAL RESISTANCE IN DERMATOMYCOSES: CURRENT TREATMENT CHALLENGES

Maxmudjonov M.[1]
Scientific supervisor: Malikova N.D., D.Sc., PhD
[1]*Central Asian University, Tashkent, Uzbekistan*

DOI: 10.67620/dermajournal.1730075

Introduction.

Dermatomycoses affect an estimated 20–25% of the global population. Over the past five years, this burden has been compounded by the rapid emergence of *Trichophyton indotineae*, a terbinafine-resistant dermatophyte first identified on the Indian subcontinent and now documented across more than 40 countries (da Silva et al., 2026). Reported resistance rates for this pathogen vary considerably across the literature, ranging from 5% to over 77%, a discrepancy risking misinterpretation as inconsistent evidence rather than a predictable consequence of study design.

Aim. To reconcile apparently divergent resistance-rate data from six recent international studies on antifungal resistance in dermatomycoses, and to evaluate what this synthesis reveals about current surveillance gaps, with particular attention to Central Asia.

Materials and Methods. A comparative literature synthesis was conducted using six peer-reviewed sources: a national genomic surveillance study from Belgium (Sacheli et al., 2025); a systematic global susceptibility dataset comprising 981 *T. indotineae* isolates from 14 countries (Song et al., 2026); a clinicomycological study from North India (Lohariwala et al., 2025); a nationwide multicentre survey from Iran (Takesh et al., 2026); a North American reference-laboratory analysis (Cañete-Gibas et al., 2023); and a 2026 global epidemiological review synthesizing over 60 additional primary studies (da Silva et al., 2026).

Results and Discussion. Terbinafine resistance rates differed markedly by sampling strategy, not biological variation. Labs testing all dermatophyte species reported low overall resistance (5.1% in Belgium, Sacheli et al., 2025; 18.6% in North America, Cañete-Gibas et al., 2023), diluting resistant isolates within a mostly susceptible population. Studies restricted to *T. indotineae* isolates alone reported far higher rates (87.5% in Belgium's subset; 77.6% pooled globally, Song et al., 2026), with comparable findings in India (Lohariwala et al., 2025) and Iran (Takesh et al., 2026), where this species already dominates locally. Compared like-for-like, all six sources describe one pattern: *T. indotineae* is highly terbinafine-resistant wherever specifically tested, and national rates chiefly reflect its share of the total disease burden, not differences in intrinsic resistance (da Silva et al., 2026). Regionally, a 2025 study from neighbouring Kazakhstan identified *Trichophyton* species in 26.3% of 313 cases without confirming *T. indotineae* (da Silva et al., 2026), while case reports from Russia (2024) and its Ural region (2026) document the pathogen's arrival in the broader post-Soviet region. No peer-reviewed data addressing *T. indotineae* have yet been published from Uzbekistan or Central Asia.

Conclusions. The variation in published resistance rates for *T. indotineae* reflects differences in study sampling rather than genuine epidemiological disagreement. Its confirmed presence in neighbouring countries, combined with the absence of regional Uzbek data, constitutes a clear and actionable surveillance gap. Targeted molecular screening of recalcitrant dermatophytosis cases in Uzbekistan is warranted.

ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗА НА ОСНОВЕ ПЦР-ДИАГНОСТИКИ ТЕРБИНАФИН-УСТОЙЧИВЫХ ДЕРМАТОФИТОВ

К.Д. Махмудова
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730076

Микозы стоп являются наиболее распространённой формой поверхностных микозов и в 60–80 % случаев сочетаются с онихомикозом. Поражение ногтевых пластин способствует хронизации процесса и формированию устойчивых к терапии форм инфекции. Существенным ограничением эффективности лечения остаётся поздняя или неточная этиологическая верификация возбудителя. В этом контексте ПЦР-тестирование с применением набора DermaGenius (Нидерланды) рассматривается не только как метод ранней диагностики, но и как инструмент прогнозирования эффективности терапии и выявления устойчивых штаммов.

Цель настоящего исследования. Обосновать рациональную тактику лечения микозов стоп и онихомикозов с использованием ПЦР-диагностики DermaGenius (Нидерланды) для выявления тербинафин-устойчивых штаммов дерматофитов с целью оптимизации выбора антимикотической терапии и снижения риска резистентности.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 26 пациентов с сочетанной формой микоза стоп и онихомикоза, мужчин - 16, женщин - 10, в возрасте от 18 до 50 лет и давностью заболевания от одного года до 4 лет. Диагноз у всех больных был подтвержден микроскопическим исследованием материала, взятого как с гладкой кожи стоп, так и с ногтевых пластин. Интертригинозная форма установлена в 31,3%, дисгидротическая в 12,5% и смешанная форма в 56,2% случаях. Поражение ногтей в 68,8% случаев протекало по дистальному типу. Для уточнения этиологии и определения чувствительности к терапии применялся ПЦР-анализ на наличие мутаций в гене скваленэпоксидазы(SQLE).

Результаты. ПЦР-диагностика дала положительные результаты, подтвердив наличие ДНК дерматофитов на ранних стадиях заболевания, в том числе при стёртых клинических формах и до развития выраженного поражения ногтевых пластин. Ключевым результатом исследования стало выявление мутаций в гене SQLE у 9 из 16 пациентов (56,2%), что подтвердило наличие резистентности к препаратам тербинафинового ряда. Наличие генетической устойчивости учитывалось при выборе антимикотической терапии, заключающейся в замене тербинафина на итраконазол в соответствии со стандартными схемами. Такой подход позволил достичь клинико-этиологического излечения у пациентов, ранее демонстрировавших отсутствие эффекта от терапии аллиламинами.

Таким образом, включение ПЦР-диагностики для выявления мутаций гена SQLE (squalene epoxidase) в алгоритм обследования пациентов с микозами стоп и онихомикозом, позволяет повысить точность этиологической верификации, оптимизировать выбор антимикотических препаратов и снизить риск формирования резистентных форм грибковой инфекции.

КЛИНИКО-ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ МИКОЗОВ СТОП И ОНИХОМИКОЗОВ

К.Д. Махмудова
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730077

Микоз стоп относится к числу распространённых грибковых заболеваний кожи, вызываемых преимущественно дерматофитами. Заболевание отличается разнообразием клинических проявлений: от умеренного шелушения и гиперкератоза до мацерации, эрозий, везикулёзных элементов и выраженной воспалительной реакции. Особый клинический интерес представляет сочетание микоза стоп с онихомикозом. Поражение ногтевых пластинок может способствовать длительному существованию грибковой инфекции и создавать условия для повторного поражения кожи стоп, что необходимо учитывать при диагностике, лечении и профилактике рецидивов заболевания.

Цель исследования. Изучить клинические варианты микозов стоп, этиологическую структуру и частоту поражения ногтевых пластинок.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ историй болезни 123 пациентов, получивших стационарное лечение в отделении дерматомикологии РСНПМЦДВиК с 2022 по 2025 гг. Интертригинозная форма выявлена у 36 пациентов (29,3%), сквамозная — у 32 (26,0%), дисгидротическая — у 3 (2,4%), смешанная форма микоза стоп — у 52 пациентов (42,3%). Микоз стоп диагностирован у 68 пациентов (55,3%), а сочетанное поражение кожи стоп и ногтевых пластинок выявлено у 55 пациентов (44,7%). В 2 случаях отмечалось поражение кожи стоп с вовлечением кистей. При изучении этиологической структуры наиболее часто выявлялся *T. rubrum* — 67 случаев (54,5%), вторым по частоте был *T.mentagrophytes* — 40 случаев (32,5%), *T. tonsurans* обнаружен в 5 случаях (4,1%). Микст-инфекции (сочетанное поражение несколькими возбудителями) выявлены в 11 случаях (8,9%), из них ассоциация дерматофитов с грибами рода Candida составила 9 наблюдений (7,3%), сочетание двух видов дерматофитов — 2 случая (1,6%).

Результаты. Микоз стоп характеризуется клиническим полиморфизмом с преобладанием смешанной — 42,3 % формы. Поражение кожи стоп выявляется у большинства больных 55,3 %, тогда как сочетанное поражение кожи стоп и ногтевых пластинок составляет 44,7 %. В этиологической структуре преобладают T. rubrum (54,5 %), который чаще обусловливает сочетанные формы микоза стоп с онихомикозом и выявляется в ассоциациях с грибами рода Candida, а T. mentagrophytes (32,5 %), ассоциирующийся с изолированными формами поражения кожи стоп.

Таким образом, клиническое разнообразие микотического процесса определяется видом возбудителя, что требует комплексного обследования кожи и ногтей с обязательной верификацией этиологического агента для подбора персональной антимикотической терапии.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ПИФ, КУЛЬТУРАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ И ПЦР ПРИ МИКОЗЕ СТОП И ОНИХОМИКОЗЕ

К.Д. Махмудова
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз, г. Ташкент. Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730078

Диагностика микоза стоп в сочетании с онихомикозом нередко вызывает затруднения в амбулаторной практике. При минимальном шелушении кожи и малозаметных изменениях ногтевых пластин пациенты длительное время не обращаются к врачу и самостоятельно применяют противогрибковые кремы и лаки. Такое лечение может снижать результативность лабораторной диагностики и приводить к получению отрицательных результатов при сохраняющейся грибковой инфекции. Результаты прямой иммунофлуоресценции (ПИФ), культурального исследования и полимеразной цепной реакции (ПЦР) не всегда совпадают, поэтому отрицательный результат одного из методов необходимо оценивать с учётом клинической картины и данных других методов исследования.

Цель исследования. Оценить и сопоставить информативность ПИФ, культурального исследования и ПЦР-диагностики у больных с сочетанными формами микоза стоп и онихомикоза.

Материалы и методы. Обследованы 26 пациентов с сочетанным поражением кожи стоп и ногтевых пластин: 16 (61,5%) мужчин и 10 (38,5%) женщин в возрасте от 18 до 50 лет. Давность заболевания составляла от 1 года до 4 лет. Материал для исследования получали из поражённых участков кожи стоп и ногтевых пластин. Образцы исследовали тремя методами: ПИФ, культуральным методом и методом ПЦР. Сопоставляли частоту положительных результатов и расхождения между результатами применённых методов.

Результаты. Наибольшая частота положительных результатов зарегистрирована при ПЦР-исследовании — у 24 из 26 пациентов (92,3%). Методом ПИФ грибковое поражение выявлено у 19 больных (73,1%), при культуральном исследовании — у 12 (46,2%). ПЦР чаще давала положительный результат, чем два других метода. В одном наблюдении (3,8%) результат ПЦР был отрицательным при положительных данных ПИФ. Причиной данного расхождения могли послужить особенности забора биоматериала, низкая концентрация ДНК гриба в исследуемом образце или присутствие ингибиторов ПЦР. Более низкая выявляемость при ПИФ может быть связана с особенностями исследования ногтевого материала. При выраженном гиперкератозе плотные кератиновые массы затрудняют обнаружение грибковых элементов. При длительном течении заболевания мицелий может быть повреждён и давать слабое свечение. Кроме того, собственная флуоресценция кератина создаёт фон, на котором грибковые элементы различимы хуже. Это может приводить к отрицательному результату ПИФ даже при наличии грибковой инфекции. Культуральное исследование было положительным у 12 из 26 пациентов (46,2%). Ограниченность данного метода обусловлена необходимостью наличия в образце жизнеспособных грибковых элементов. Предшествующая наружная антимикотическая терапия существенно снижает высеваемость грибов на среде Сабуро. В отличие от культурального метода, ПЦР выявляет ДНК патогена независимо от его жизнеспособности.

Таким образом, при микозе стоп в сочетании с онихомикозом наибольшая частота положительных результатов получена методом ПЦР — 92,3%, при ПИФ она составила 73,1%, при культуральном исследовании — 46,2%. Наличие случая с отрицательной ПЦР при

положительной ПИФ показывает, что отрицательный результат одного метода не позволяет полностью исключить грибковую природу поражения. Для лабораторного подтверждения микоза стоп и онихомикоза целесообразно параллельное применение ПИФ, культурального исследования и ПЦР, поскольку методы дополняют друг друга и снижают вероятность ложноотрицательных результатов.

МИКРОФЛОРА КИШЕЧНИКА ПРИ РАЗНОЦВЕТНОМ ЛИШАЕ

Махсудов М.Р.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Минздрава Республики Узбекистан, Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730079

Актуальность. Разноцветный лишай относится к кератомикозам и вызывается Malassezia furfur. Одним из перспективных направлений изучения патогенеза заболевания является оценка микробиоценоза кишечника, поскольку разноцветный лишай нередко сопровождается дисбиотическими нарушениями. Состояние кишечной микрофлоры при данном дерматозе в условиях нашего региона изучено недостаточно.

Цель исследования. Изучить состояние микробиоценоза кишечника у больных разноцветным лишаем.

Материал и методы. Обследовано 65 больных разноцветным лишаем обоего пола в возрасте 18–55 лет. Контрольную группу составили 18 практически здоровых лиц. Изучали количественный и качественный состав микрофлоры толстого кишечника: общее количество анаэробов, бифидобактерий, лактобактерий, аэробной микрофлоры, эшерихий, энтерококков, стрептококков, грибов рода Candida и других микроорганизмов. Результаты обрабатывали методами вариационной статистики с применением t-критерия Стьюдента.

Результаты. У 48 из 65 больных (73,9%) выявлены дисбиотические нарушения различной степени: дисбактериоз I степени — у 30,8%, II степени — у 24,6%, III степени — у 18,5%. У 26,1% больных дисбиотические нарушения отсутствовали. В контрольной группе дисбактериоз I степени выявлен только у 1 человека (5,6%). У больных разноцветным лишаем общее количество анаэробных микроорганизмов достоверно снижалось до 8,84±0,04 lg КОЕ/г против 10,21±0,08 lg КОЕ/г в контроле ($p<0,001$). Содержание бифидобактерий составило 7,41±0,08 против 9,65±0,09 lg КОЕ/г, лактобактерий — 6,02±0,12 против 7,32±0,10 lg КОЕ/г ($p<0,001$). Одновременно отмечалось увеличение общего количества аэробов до 7,53±0,08 против 6,20±0,09 lg КОЕ/г ($p<0,001$), а также повышение содержания лактозопозитивных и лактозонегативных эшерихий, энтерококков, стрептококков группы А и протея. Количество грибов рода Candida у больных увеличивалось в 1,6 раза по сравнению с контрольной группой.

Заключение. У больных разноцветным лишаем выявляются выраженные нарушения микробиоценоза кишечника, характеризующиеся дефицитом анаэробной микрофлоры, прежде всего бифидобактерий и лактобактерий, на фоне увеличения аэробных и условно-патогенных микроорганизмов, а также грибов рода Candida. Полученные данные свидетельствуют о высокой частоте кишечного дисбиоза при разноцветном лишае.

РОЛЬ ЭНДОГЕННОЙ ИНТОКСИКАЦИИ И МЕТАБОЛИТОВ ОКСИДА АЗОТА В КЛИНИЧЕСКОМ ТЕЧЕНИИ ТРИХОФИТИИ

Махсудов Ж.М.[1], Саипова Н.С.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730082

Актуальность. Трихофития — одно из наиболее распространённых дерматомикозных заболеваний, вызываемое грибами рода *Trichophyton*. Несмотря на длительное изучение данной патологии, особенности патогенеза и причины вариабельности клинического течения до конца не выяснены. В последние годы возрастает внимание к роли эндогенной интоксикации, нарушений окислительно-восстановительного гомеостаза и метаболизма оксида азота (NO) в формировании хронических и осложнённых форм дерматомикозов.

Цель исследования. Изучить состояние эндогенной интоксикации и особенности метаболизма оксида азота у больных трихофитией, а также определить их взаимосвязь с тяжестью клинического течения заболевания.

Материал и методы исследования. Исследование проведено у 32 больных трихофитией (23 мужчин и 9 женщин) в возрасте от 14 до 45 лет. Среди обследованных у 8 диагностирована поверхностно-пятнистая, у 10 — инфильтративная и у 14 — инфильтративно-нагноительная форма заболевания. Контрольную группу составили 20 практически здоровых лиц. Степень эндогенной интоксикации оценивали по сорбционной способности эритроцитов и уровню пептидов средних молекул. Для оценки состояния метаболизма оксида азота определяли содержание стабильных метаболитов NO — нитритов и нитратов (NO_2^- + NO_3^-) в сыворотке крови.

Результаты исследования. В общей группе больных сорбционная способность эритроцитов составила 37,29 ± 0,52% против 29,08 ± 0,88% в контрольной группе ($p < 0,001$), что свидетельствует о достоверном повышении данного показателя. Уровень пептидов средних молекул также значительно увеличился — 0,390 ± 0,009 ед. экс. против 0,218 ± 0,005 ед. экс. в контроле ($p < 0,001$).

При поверхностно-пятнистой форме заболевания сорбционная способность эритроцитов достигала 33,94 ± 0,76% ($p < 0,001$), а уровень пептидов средних молекул — 0,300 ± 0,013 ед. экс. ($p < 0,001$). У больных с инфильтративной и инфильтративно-нагноительной формами трихофитии сорбционная способность эритроцитов составила соответственно 39,35 ± 0,42% и 45,42 ± 1,01%, а уровень пептидов средних молекул — 0,363 ± 0,004 ед. экс. и 0,420 ± 0,012 ед. экс. Все указанные различия были статистически достоверными по сравнению с контрольными значениями ($p < 0,001$).

При исследовании метаболизма оксида азота установлено повышение уровня стабильных метаболитов NO (NO_2^- + NO_3^-) у больных трихофитией. В контрольной группе данный показатель составил 9,50 ± 0,31 мкмоль/л, тогда как у больных трихофитией — 14,12 ± 0,32 мкмоль/л, что соответствует увеличению на 48,6% по сравнению с контрольными значениями.

При анализе содержания метаболитов NO в зависимости от клинической формы заболевания выявлена последовательная тенденция к их повышению по мере утяжеления патологического процесса. При поверхностно-пятнистой форме показатель составил 12,50 ± 0,30 мкмоль/л, что на 31,6% выше контрольного значения; при инфильтративной форме — 13,90 ± 0,30 мкмоль/л, что соответствует повышению на 46,3%; при инфильтративно-

нагноительной форме — 15,20 ± 0,27 мкмоль/л, что на 60,0% превышает показатель контрольной группы.

Таким образом, максимальная концентрация стабильных метаболитов NO выявлена у больных с инфильтративно-нагноительной формой трихофитии. По сравнению с поверхностно-пятнистой формой содержание метаболитов NO увеличивалось на 21,6%, а по сравнению с инфильтративной формой — на 9,4%. Выявленная динамика характеризуется последовательным повышением уровня метаболитов оксида азота при переходе от менее выраженных к более тяжёлым клиническим формам заболевания.

При сопоставлении исследованных показателей установлено, что наиболее выраженные изменения эндогенной интоксикации и метаболизма NO наблюдались у больных с инфильтративно-нагноительной формой заболевания. Повышение сорбционной способности эритроцитов и уровня пептидов средних молекул сопровождалось увеличением содержания стабильных метаболитов оксида азота. Выявленная однонаправленная динамика может свидетельствовать о взаимосвязи выраженности эндогенной интоксикации с активностью воспалительного процесса и изменениями NO-зависимых механизмов регуляции.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ HLA-B*51 У ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ БЕХЧЕТА

М.А. Мирсаидова, Г.У.Нурова

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУ

DOI: 10.67620/dermajournal.1730083

АННОТАЦИЯ

Проведено обследование 107 больных с врожденным буллезным эпидермолизом (ВБЭ) на содержание витамина D методом иммунохемилюминисцентного анализа (ИХЛА). Выявленные уровни витамина D в определенной степени коррелировали с клиническими проявления генодерматоза.

Ключевые слова: *врожденный буллезный эпидермолиз, диагностика, витамин D, клиника, лечение.*

АННОТАЦИЯ

Тугма буллез эпидермолиз (ТБЭ) билан касалланган 107 нафар беморларда D витамин микдори иммунохемилюминесцент тахлил (ИХЛА) усули оркали урганилди. Аникланган D витамин даражалари маълум даражада клиник куринишлар билан корреляция килади.

Калит сўзлар: *тугма буллез эпидермолиз, D витамин, клиника, даволаш.*

ABSTRACT

A study was conducted on 107 patients with congenital bullous epidermolysis (CBE) to assess vitamin D levels using the method of immunochemiluminescent analysis (ICLA). The defected vitamin D levels to some extent correlate with the clinical manifestations of genodermatosis.

Key words: *congenital bullous epidermolysis, vitamin D, clinical features, treatment.*

Введение.

Болезнь Бехчета представляет собой хроническое рецидивирующее системное воспалительное заболевание с поражением слизистых оболочек, кожи, глаз, суставов, сосудов, нервной системы и желудочно-кишечного тракта. Разнообразие клинических проявлений и отсутствие единственного специфического лабораторного теста затрудняют раннюю диагностику заболевания. HLA-B*51 является наиболее изученным генетическим маркером предрасположенности к болезни Бехчета и встречается с различной частотой в зависимости от этнической и географической принадлежности пациентов. Вместе с тем наличие данного аллеля не является обязательным условием развития заболевания и не входит в основные диагностические критерии.

Цель исследования. Оценить частоту выявления HLA-B*51 у пациентов с болезнью Бехчета и описательно сопоставить клиническое течение заболевания, суставные и офтальмологические проявления в зависимости от результата типирования.

Материал и методы исследования. Обследованы 10 пациентов с установленным диагнозом болезни Бехчета. Все пациенты поступили с жалобами на болезненные язвенные высыпания в области слизистой полости рта и гениталий. Лабораторное типирование HLA-B*51 проводили в рамках научно-исследовательской работы. Результат оценивали качественно как положительный или отрицательный. Дополнительно по клиническим данным оценивали наличие симптомов артрита, тяжесть течения заболевания, поражение глаз и снижение остроты зрения. Рассчитывали абсолютное число пациентов и их долю в

процентах; межгрупповое сопоставление проводили описательно ввиду малого объема выборки.

Результаты. HLA-B*51 выявлен у 8 из 10 обследованных пациентов, что составило 80,0%. У 2 пациентов (20,0%) результат типирования был отрицательным. В группе HLA-B*51-положительных пациентов чаще отмечались симптомы артрита положительные результаты ревмотоидных факторов, таких как АСЛО, СРБ и более тяжелое течениезаболевания сопровождающееся лихорадочным состоянием. В этой же группе наблюдалось поражение глаз, которое сопровождавшееся снижением остроты зрения. У HLA-B*51-отрицательных пациентов указанные проявления отмечались реже и были менее выраженными.

В обследованной группе HLA-B*51 выявлен у большинства пациентов с болезнью Бехчета. Клиническое сопоставление показало, что положительный результат типирования сочетался с более выраженным суставным и офтальмологическим поражением, а также с более тяжелым течением заболевания. Вместе с тем небольшой объем выборки и неравное число пациентов в сравниваемых подгруппах (8 и 2 человека) не позволяют устанавливать причинную связь или делать окончательные прогностические выводы. HLA-B*51 следует рассматривать как дополнительный генетический маркер, а не как самостоятельный диагностический критерий.

Практическая значимость. Результат типирования HLA-B*51 необходимо интерпретировать совместно с анамнезом и клиническими проявлениями. С учетом выявленной тенденции у HLA-B*51-положительных пациентов целесообразно уделять особое внимание суставным жалобам и состоянию органа зрения, включая динамическую оценку остроты зрения и наблюдение офтальмолога. Отрицательный результат типирования не исключает болезнь Бехчета.

Заключение. Среди 10 обследованных пациентов с болезнью Бехчета HLA-B*51 выявлен у 8 человек (80,0%), отрицательный результат получен у 2 пациентов (20,0%). У HLA-B*51-положительных пациентов чаще наблюдались симптомы артрита, более тяжелое течение заболевания, поражение глаз и снижение остроты зрения. Полученные данные являются предварительными и требуют проверки на большей выборке с количественным учетом отдельных клинических проявлений.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОПУТСТВУЮЩЕЙ МИКРОБИОТЫ У МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ

Мирсаидова М.А.[1], Муродов Ж.Т.[2]
[1,2]Республиканский Специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматовенерологии и Косметологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730084

Введение.

В связи с ростом количества заболеваний, влияющих на репродуктивную функцию у мужчин и связанным с ними достаточно высоким процентом бесплодия, интерес к изучению физиологии мужской репродуктивной системы не утратил своего значения. В последние годы отмечается неуклонный рост доли мужского фактора в бесплодии, который составляет 30-50%. Вместе с тем, по данным литературы, процент положительных результатов в лечении мужского бесплодия стабилизировался на уровне 16-20%.

Очевидно, что основными возбудителями инфекций урогенитального тракта мужчин, влекущих за собой развитие патоспермии, являются представители аутофлоры человека. Особенности видового спектра микрофлоры эякулята у больных бесплодием, а также изолированность предстательной железы и семенных пузырьков от внешней среды, по мнению большинства исследователей, позволяют отнести мужское бесплодие в определенном проценте случаев к патологии, являющейся следствием гнойно-воспалительных процессов урогенитального тракта с преимущественно эндогенными источниками инфицирования

Цель исследования.

Определить состав сопутствующей микробиоты у мужчин с бесплодием.

Материал и методы исследования.

Клинические и лабораторные исследования проводились в Бухарском КВД и в отделении ИППП и репродуктивных нарушений, а также в лабораториях Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз.

Под наблюдением находилось 100 больных мужчин с бесплодием в возрасте от 20 до 40 лет. Из них больных в возрасте 20-30 лет было 75 (75%) и в возрасте 31-40 лет – 25 (25%). Среди наблюдаемых нами больных городские жители составили 44 (44%) и сельских жителей было 56 (56%) лиц

Результаты.

Проведено комплексное клинико-лабораторное обследование 100 больных мужчин с бесплодием. Из них у 71 (71%) больных был установлен хронический передний уретрит и у 29 (29%) – хронический тотальный уретрит. В дальнейших исследованиях нами было исследовано сопутствующей микрофлоры путем ПЦР диагностики реального времени. Для исследования микрофлоры урогенитального тракта в режиме реального времени использовали набор реагентов «Андрофлор» и «Фемофлор». При исследовании сопутствующей микрофлоры в ПЦР диагностике отделяемых из уретры выявлено, что у больных мужчин с бесплодием выявляются и другие бактериальные возбудители. При исследовании у 10 (10,0%) больных высеивался *Peptostreptococcus spp.*, у 12 (12,0%) –*Corynebacterium spp.*, у 8 (8,0%) – *Porphyromonas spp.*, у 20 (20,0%) – *Streptococcus spp.* и у 39 (39,0%) – *Lactobacillus spp.* Культуральная диагностика отделяемого уретры показала, что у больных мужчин с бесплодием выявляются некоторые бактериальные возбудители. Так, у 15 (15%) больных высеивался *Staphylococcus epidermidis*, у 10 (10%) – *Streptococcus viridans*, у 6 (6%) – *Streptococcus faecalis* и у 5 (5%) – *Streptococcus haemolyticus*

Заключение.

Полученные результаты исследований свидетельствует о том, что у больных мужчин с бесплодием при возникновении заболевания возможно определенную роль играет наличие в организме сопутствующей микрофлоры. Анализ полученных данных показывает, что у больных мужчин с бесплодием метод ПЦР диагностики с использованием набора реагентов «Андрофлор» и «Фемофлор» является более информативным при исследовании сопутствующей микрофлоры из отделяемых уретры.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОШИБКИ ПРИ БОЛЕЗНИ БЕХЧЕТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

М.А. Мирсаидова[1], Г.У.Нурова[2]
[1,2]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730086

Введение.

Болезнь Бехчета представляет собой хроническое рецидивирующее системное воспалительное заболевание, диагностика которого основывается на совокупности клинических проявлений и исключении альтернативных причин. Неодновременное появление оральных, генитальных, кожных, глазных, суставных и других симптомов может приводить к многолетней диагностической задержке. Перианальное изъязвление требует особенно осторожной интерпретации, поскольку оно может быть связано с болезнью Крона, свищом, абсцессом, послеоперационным воспалением, реакцией на инородное тело или вторичной инфекцией.

Цель исследования. Представить клинический случай болезни Бехчета с многолетним рецидивирующим орогенитальным афтозом и незаживающим перианальным язвенно-раневым дефектом, оценив причины диагностической задержки и раннюю динамику на фоне комплексного лечения.

Материал и методы исследования. Проанализировано клиническое наблюдение 35-летней пациентки, госпитализированной 22 июля 2026 года. Оценивали хронологию заболевания, объективный и локальный статус, результаты лабораторных, микробиологических и патогистологических исследований, а также соответствие Международным критериям болезни Бехчета (ICBD). Локальную динамику оценивали качественно по фотографиям, выполненным в первый и десятый дни лечения. Согласно медицинской документации, многокомпонентная стационарная терапия включала краткий курс системного глюкокортикостероида, антибактериальную, противогрибковую и местную терапию. В листе лечения также были указаны фотодинамическая терапия и внутривенное лазерное облучение крови по 10 процедур, а также однократная PRP-терапия; отдельные протоколы этих процедур отсутствовали.

Результаты. Рецидивирующие болезненные афты полости рта возникли приблизительно с 18-летнего возраста и повторялись 2-3 раза в год. Примерно через четыре года присоединились рецидивирующие генитальные язвы и артралгия левого голеностопного сустава. С 2022 года отмечался перианальный дефект, ранее расцененный как проявление болезни Крона и парапроктита. Две хирургические обработки с ушиванием не обеспечили стойкого заживления. При поступлении справа в перианальной области определялся резко болезненный дефект размером около 2,5 х 3,5 см с фибринозно-гнойным налетом и визуализируемым лигатурным материалом. Рецидивирующие оральные и генитальные язвы соответствовали 4 баллам ICBD. Объективных данных за артрит и увеит не получено; кишечная форма болезни Бехчета и болезнь Крона не были подтверждены из-за отсутствия илеоколоноскопии, кишечной биопсии и энтерографии. На 10-е сутки отмечались очищение ложа перианального дефекта, появление ярко-розовой грануляционной ткани и уменьшение перифокального воспаления, однако полного закрытия раны не произошло.

Обсуждение. Диагностически наиболее значимым признаком являлось последовательное развитие многолетнего рецидивирующего орального и генитального афтоза. Глазные жалобы и артралгия расширяли клиническое подозрение, но без

объективного подтверждения не могли быть включены в органный фенотип. Перианальный процесс также оставался этиологически неуточненным: наличие лигатурного материала и предшествующих операций создавало альтернативное объяснение хронического воспаления. Ранняя местная динамика оценивалась на фоне одновременного применения нескольких методов. Поэтому связать очищение дефекта и появление грануляций исключительно с фотодинамической терапией невозможно. Дополнительными ограничениями являлись разные ракурсы фотографий, отсутствие масштабной линейки, стандартизированного измерения площади язвы и шкалы боли.

Заключение. У пациентки с многолетним рецидивирующим оральным и генитальным афтозом клинически обоснована болезнь Бехчета с преимущественным слизисто-кожным фенотипом (ICBD - 4 балла). Неспецифические глазные жалобы, артралгия и перианальный язвенно-раневой дефект требуют самостоятельной объективной верификации. После 10 дней комплексной терапии с включением локальных и аппаратных методов отмечена качественная положительная динамика без полного заживления. Для оценки самостоятельного вклада фотодинамической терапии необходимы стандартизированная фотодокументация, количественная оценка площади дефекта и боли, более длительное наблюдение и контролируемый дизайн исследования.

ВЗАИМОСВЯЗЬ *LACTOBACILLUS SPP.* НА УРОВЕНЬ ПОЛОВЫХ ГОРМОНОВ ПРИ МУЖСКОМ БЕСПЛОДИИ

Мирсаидова М.А., Муродов Ж.Т
Республиканский Специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматовенерологии и Косметологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730087

Введение.

Исследование микробиомы человека является новым, современным и перспективным направлением, которое постепенно набирает обороты и обогащает знания врачей разных специальностей. Хотя микробиота мочевыводящих путей изучена хуже, чем микробиота желудочно-кишечного тракта, ее роль сложна и многогранна. Очевидным является антагонизм патологической микрофлоре. Однако возможно, что бактерии мочевыводящих путей участвуют и в регуляции жизненно важных физиологических функций, в том числе репродуктивной. Дисбаланс микроорганизмов, обнаруживаемый при целом ряде заболеваний мочеполовых органов, может быть одним из ключевых звеньев патогенеза их развития и в будущем позволит разработать новые методы лечения и профилактики заболеваний органов репродуктивной системы и мочевыводящих путей (Кадыров З.А. и др., 2020, 2021).

Было показано, что микробиота эякулята представлена полимикробными сообществами представителей разных родов. По данным ряда авторов, лактобактерии (ЛБ) – одни из часто встречающихся микроорганизмов как у здоровых мужчин, так и у пациентов с уретритом или простатитом. ЛБ обнаруживаются в 9,0-73,3% случаев в микробиоте эякулята у мужчин с бесплодием. ЛБ выделялись у больных простатитом мужчин в меньшей степени, чем у пациентов без патологии. При ведении пациентов с репродуктивными нарушениями исследователями накоплен клинический опыт, демонстрирующий возможную взаимосвязь изменения уровня половых гормонов и основных показателей спермограммы с наличием ЛБ в эякуляте

Цель исследования изучить взаимосвязь уровня половых гормонов между уровнем ***Lactobacillus spp*** спермоплазмы

Материал и методы исследования Исследование проводили у 100 больных, из них у 63 мужчин было выявлено первичное бесплодие и у 37 больных вторичное бесплодие. Контрольную группу составили данные 15 практически здоровых лиц.

Оценку гормонального статуса проводили изучением содержания половых гормонов тестостерона, прогестерона и эстрадиола.

Проведенные исследования показали, что среди больных мужчин с бесплодием у 71,0% мужчин наблюдалось нарушения выработки тестостерона, у 79,0% - прогестерона и у 84,0% – эстрадиола. У остальных больных гормональный статус был в пределах нормы.

В последующих исследованиях нами было изучено содержание половых гормонов в сыворотке крови у мужчин с бесплодием в зависимости от наличия или отсутствия в отделяемом из уретры Lactobacillus spp.

Результаты. Результаты исследования показали, что в сыворотке крови у больных мужчин с без наличием в отделяемом из уретры Lactobacillus spp. выявляется достоверное снижение уровня тестостерона ($p<0,05$) и эстрадиола ($p<0,05$), а содержание прогестерона было склонно к снижению ($p>0,05$) по сравнению с контрольной группой и в среднем они составили 15,20±0,49 нмоль/л, 19,55±0,57 пг/мл и 1,20±0,05 нмоль/л соответственно против 18,59 ± 1,77 нмоль/л, 26,73 ± 2,61 пг/мл и 1,49 ± 0,20 нмоль/л соответственно в контроле.

У больных мужчин в сыворотке крови с наличием в отделяемом из уретры Lactobacillus spp. до лечения отмечалось достоверное снижение содержания тестостерона ($p<0,01$), прогестерона ($p<0,05$) и эстрадиола ($p<0,05$) по отношению показателям контрольной группы

и в среднем они равнялись 9,78±0,34 нмоль/л, 0,99±0,05 нмоль/л и 18,35±0,72 пг/мл соответственно при 18,59 ± 1,77 нмоль/л, 1,49 ± 0,20 нмоль/л и 26,73 ± 2,61 пг/мл соответственно в группе контроле (табл.3.8).

Выводы и заключения. Полученные данные свидетельствуют, что у больных мужчин с бесплодием не зависимо от наличия или отсутствия в отделяемом из уретры Lactobacillus spp. отмечается нарушение гормонального статуса, выражающийся пониженным синтезом тестостерона, прогестерона и эстрадиола. Наиболее выраженное нарушение гормонального статуса наблюдается у мужчин с бесплодием с наличием в отделяемом из уретры Lactobacillus spp., свидетельствуеющее о развитие бесплодия у мужчин, которое происходит на фоне гормональных изменений в организме. В этой связи для восстановления гормональных нарушений в комплекс терапии больных мужчин с бесплодием целесообразно включить препараты, восстанавливающие гормонов в организме.

РАЗЛИЧНЫЕ НАРУШЕНИЯ СОСТАВА ЭЯКУЛЯТА МУЖЧИН С БЕСПЛОДИЕМ

Мирсаидова М.А.[1], Муродов Ж.Т.[2]
[1,2]Республиканский Специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматовенерологии и Косметологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730088

Введение.

Распространенность мужского бесплодия различается в различных регионах мира и, по разным источникам, составляет от 20 до 70%. За последние 40 лет наблюдается снижение на 50-60% концентрации сперматозоидов в эякуляте мужчин репродуктивного возраста, поэтому установление причин мужского бесплодия приобрело большую актуальность и стало предметом ряда исследований.

Специалисты в области репродукции из года в год приводят все более неутешительные данные, касающиеся растущего количества бесплодных пар. Объяснение этому заключается в следующем: средний возраст женщины, планирующей беременность, становится все больше, а качество спермы в мужской популяции неумолимо ухудшается. За последние 40 лет концентрация сперматозоидов и общее количество сперматозоидов в эякуляте сократились вдвое. В условиях такого тренда существует острая потребность в создании новых, отвечающих времени диагностических алгоритмов мужского бесплодия, а для их построения необходимы новые научные знания, касающиеся этиологии и патогенеза мужской инфертильности. Это представляет определенные сложности, поскольку мужское бесплодие чаще всего не является самостоятельной нозологической формой, а представляет собой лишь отдельный симптом различных патологических состояний и заболеваний.

Цель исследования. Исследование состава спермы и выявление степени нарушений показателей спермоплазмы у больных мужчин с бесплодием.

Материал и методы исследования. Клинические и лабораторные исследования проводились в Бухарском КВД и в отделении ИППП и репродуктивных нарушений, а также в лабораториях Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз.

Под наблюдением находилось 100 больных мужчин с бесплодием в возрасте от 20 до 40 лет. Из них больных в возрасте 20-30 лет было 75 (75%) и в возрасте 31-40 лет – 25 (25%). Среди наблюдаемых нами больных городские жители составили 44 (44%) и сельских жителей было 56 (56%) лиц

Результаты. Результаты исследования показали, что у больных мужчин с бесплодием наблюдается нарушение количественного и качественного состава спермоплазмы. Так, количество сперматозоидов в 1 мл и во всем эякуляте уменьшается в среднем в 3-3,5 раза по сравнению с данными контрольной группы.

Одним из важных условий фертильности эякулята является подвижность сперматозоидов. Поэтому нами была изучена их подвижность у больных с бесплодием.

При исследовании, у обследованных больных мужчин количество активноподвижных сперматозоидов в среднем составило 22,08 ± 2,48% против 72,00 ± 1,60% в контрольной группе. Это свидетельствует, что у больных данной группы отмечается статистически достоверное снижение данного показателя по сравнению с данными здоровых лиц.

Наряду со снижением содержания активноподвижных сперматозоидов у больных с бесплодием наблюдается повышение количества малоподвижных (23,40 ± 2,08% при 12,33 ± 1,37% в контроле) и неподвижных (27,54 ± 2,77% против 15,33 ± 1,58% в контроле) сперматозоидов.

У больных с бесплодием изучение состава спермы привело к выявлению различных патологических состояний показателей спермоплазмы. У обследованных групп больных в 25,0% случаях выявлена азооспермия, в 15,0% – олигоастенозооспермия III степени, в 3,0% – олигоастенозооспермия II степени, в 38,0% – астенозооспермия и только в 19,0% случаях у больных выявлена нормозооспермия. Но даже и у этих 19% больных имелись изолированные нарушения в эякуляте: увеличение времени разжижения, вязкости, лейкоцитспермия, агглютинация сперматозоидов.

Заключение.

При оценке анализов эякулята у обследованных пациентов обращал на себя внимание факт выраженного нарушения физико-химических свойств семенной плазмы, нарушения подвижности сперматозоидов и выраженной их агглютинации во всех случаях. Нарушения физико-химических параметров семенной жидкости являются следствием воспаления простаты и сочетанного воспаления семенных пузырьков, что нарушает подвижность сперматозоидов. Патоспермия у больных может быть обусловлена патологическим воздействием на эякулированные сперматозоиды оксидативного стресса и наличием свободных радикалов, в избытке образующихся при развитии воспаления предстательной железы, что может приводить к повреждению клеточной мембраны сперматозоида и снижает фертильные свойства эякулята. Длительно текущий, не диагностированный хронический простатит может привести и к нарушению гормонального статуса, и к развитию аутоиммунного бесплодия и оксидативного стресса сперматозоидов.

РОЛЬ *LACTOBACILLUS SPP.* В ИЗМЕНЕНИИ СПЕРМОПЛАЗМЫ ПРИ БЕСПЛОДИИ

Мирсаидова М.А.[1], Муродов Ж.Т[2]
[1,2]Республиканский Специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматовенерологии и Косметологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730089

Введение.

Специалисты в области репродукции из года в год приводят все более неутешительные данные, касающиеся растущего количества бесплодных пар. По мнению R. Cannarella и соавт. (2022), объяснение этому заключается в следующем: средний возраст женщины, планирующей беременность, становится все больше, а качество спермы в мужской популяции неумолимо ухудшается. За последние 40 лет концентрация сперматозоидов и общее количество сперматозоидов в эякуляте сократились вдвое

Кроме этого, в эпоху растущей антибиотикорезистентности в качестве этиологического фактора мужского бесплодия все чаще выступает инфекция. Инфекционно-опосредованные нарушения репродуктивной функции определяются уровнем поражения мужской половой системы. Негативному влиянию могут подвергнуться секреция сперматозоидов в яичках, дозревание гамет в придатках яичек и их дальнейший пассаж по семявыносящим путям, жизнеспособность сперматозоидов в простатовезикулярном комплексе.

Нарушение репродуктивной функции как у мужчин, так и женщин приводит к росту бесплодных браков, дисгармонии супружеской жизни и увеличению частоты антенатальной патологии. Мужское бесплодие по данным разных авторов составляет 30-50% всех бесплодных браков

Цель исследования. Изучить состав спермы и степень нарушения показателей спермоплазмы у мужчин с бесплодием.

Материал и методы исследования. Исследование проводили у 100 больных мужчин с бесплодием. Контрольную группу составили данные спермограмм 15 практически здоровых лиц в возрасте от 24 до 43 лет.

Результаты. При исследовании, у обследованных больных мужчин количество активноподвижных сперматозоидов в среднем составило 22,08 ± 2,48% против 72,00 ± 1,60% в контрольной группе. Это свидетельствует, что у больных данной группы отмечается статистически достоверное снижение данного показателя по сравнению с данными здоровых лиц ($p<0,001$).

Наряду со снижением содержания активноподвижных сперматозоидов у больных с бесплодием наблюдается повышение количества малоподвижных (23,40 ± 2,08% при 12,33 ± 1,37% в контроле) и неподвижных (27,54 ± 2,77% против 15,33 ± 1,58% в контроле) сперматозоидов ($p<0,001$).

У больных с бесплодием изучение состава спермы привело к выявлению различных патологических состояний показателей спермоплазмы. У обследованных групп больных в 25,0% случаях выявлена азооспермия, в 15,0% – олигоастенозооспермия III степени, в 3,0% – олигоастенозооспермия II степени, в 38,0% – астенозооспермия и только в 19,0% случаях у больных выявлена нормозооспермия. Но даже и у этих 19% больных имелись изолированные нарушения в эякуляте: увеличение времени разжижения, вязкости, лейкоцитспермия, агглютинация сперматозоидов.

Представлял интерес влияние наличия в отделяемом из уретры *Lactobacillus spp.* на показатели спермограммы.

Исследования показали, что при наличии в отделяемом из уретры *Lactobacillus spp.* на показатели спермограммы оказывает более выраженное отрицательное влияние, чем у больных с отсутствием *Lactobacillus spp.*.

Результаты исследования свидетельствуют, что независимо от наличия или отсутствия в отделяемом из уретры *Lactobacillus spp.* во всех обследованных группах отмечается достоверное уменьшение количества сперматозоидов в 1 мл и во всем эякуляте по отношению к группе контроля ($p<0,001$). Однако, наиболее выраженное снижение данных показателей наблюдалось у больных с наличием *Lactobacillus spp.* (26,46±4,87 млн/мл и 77,15±15,16 млн/эяк соответственно) по сравнению с данными здоровых лиц (106,67 ± 6,59 млн/мл и 370,00 ± 38,54 млн/эяк соответственно). Изучение подвижности сперматозоидов показало, что у больных мужчин с бесплодием с наличием *Lactobacillus spp.* уровень активноподвижных сперматозоидов в среднем равнялся 14,00±3,08% и без наличия *Streptococcus spp.* – 27,25±3,41% против 72,00 ± 1,60% в контроле. Это свидетельствует о том, что в группе больных с наличием *Streptococcus spp.* отмечается более выраженное достоверное снижение процентного содержания активноподвижных сперматозиодов ($p<0,001$), чем у больных с без наличием *Lactobacillus spp.*

Количество малоподвижных сперматозоидов как у групп больных с наличием *Lactobacillus spp.* ($p>0,001$), так и у больных с без наличием *Lactobacillus spp.* достоверно повысилось по сравнению с данными контрольной группы ($p<0,001$). Однако у больных с наличием *Lactobacillus spp.* этот показатель был наиболее выраженно повышен. У больных с бесплодием с наличием *Lactobacillus spp.* содержание неподвижных сперматозоидов также было наиболее выраженно повышено ($p<0,001$).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что у больных мужчин с бесплодием с наличием в отделяемом из уретры *Lactobacillus spp.* оказывает наиболее выраженное отрицательное влияние на показатели спермограммы.

AGA-SIS (ANDROGENETIC ALOPECIA–STRESS INTERACTION SCALE): ОБОСНОВАНИЕ, КОНЦЕПТУАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ И ПРОТОКОЛ РАЗРАБОТКИ НОВОГО СПЕЦИФИЧЕСКОГО ОПРОСНИКА ДЛЯ ОЦЕНКИ ВЗАИМОСВЯЗИ СТРЕССА И АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ У ЖЕНЩИН

Мирсаидова М.А.[1], Максудова М.Ш[2]
[1,2]ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730090

Актуальность. Андрогенетическая алопеция (АГА) у женщин ассоциирована со значимым психологическим бременем, однако существующие инструменты измеряют либо общий уровень стресса/тревоги/депрессии, либо влияние заболевания на качество жизни в целом, не операционализируя специфический двунаправленный цикл взаимодействия между психологическим стрессом и течением АГА. Женская андрогенетическая алопеция (female androgenetic alopecia, female pattern hair loss, FPHL) — распространённое хроническое дерматологическое состояние, оказывающее выраженное негативное влияние на психологическое благополучие, самооценку и качество жизни женщин. Систематический обзор и метаанализ исследований показал, что у пациенток с АГА статистически значимо повышены симптомы тревоги, депрессии, воспринимаемого стресса, неудовлетворённости образом тела и общего дистресса по сравнению с контрольной группой.

Цель. Разработать концептуальную модель и первичную версию disease-specific Patient-Reported Outcome Measure (PROM) — AGA-SIS, предназначенного для оценки двунаправленной психологической взаимосвязи стресса и АГА у женщин, а также представить полный протокол его последующей психометрической валидации.

Материалы и методы. Проведён направленный анализ по существующим специфическим и неспецифическим инструментам, применяемым при АГА. На основании выявленного научного разрыва разработана концептуальная модель двунаправленного цикла «стресс ↔ АГА», сформирован первичный пул из 55 вопросов, распределённых по 7 доменам, предложена система подсчёта баллов и составлен полный протокол валидации (content validity, cognitive interviews, пилотное исследование, основное валидационное исследование с EFA/CFA, оценка онвергентной/дискриминантной/known-groups валидности, DIF-анализ, мультиязычная адаптация English–Russian–Uzbek).

Результаты. Подтверждено отсутствие специфического инструмента, измеряющего именно двунаправленную связь стресс↔АГА у женщин. Предложена 7-доменная концептуальная модель (экспозиция к стрессу, восприятие связи стресс–волосы, эмоциональный дистресс, поведение мониторинга/проверки волос, влияние на восприятие внешности, поведение, связанное с лечением, интегративный домен двунаправленного цикла). Сформирован первичный пул вопросов и предварительная система подсчёта. Представлен полный, но пока не реализованный протокол четырёхфазной психометрической валидации. Прямое направление модели: острый/хронический стресс → психофизиологическая реакция → восприятие изменений волос → эмоциональная реакция → поведение мониторинга/проверки → влияние на восприятие внешности → поведение, связанное с лечением → дополнительный стресс (замыкание цикла). Обратное направление: объективная тяжесть АГА → психологический дистресс, связанный с внешностью →

повышение общего воспринимаемого стресса → изменение поведения (избегание, гипервигильность) → повышенное внимание к волосам → более высокая субъективно воспринимаемая тяжесть выпадения волос, независимо от объективной динамики

Заключение. AGA-SIS в его нынешнем виде представляет собой теоретически обоснованный инструмент на стадии разработки контента (content development), а не валидированную шкалу. Настоящая публикация формирует методологическую основу для последующих этапов психометрической валидации и приглашает исследовательское сообщество к сотрудничеству на этапах Phase I–IV.

cВЯЗЬ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ С ДЕРМАТОПАТИЯМИ ПРИ ОЖИРЕНИИ, хаит И САХАРНОМ ДИАБЕТЕ 2 ТИПА

Мирсаидова У.А.

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Эндокринологии, Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Дерматовенерологии и Косметологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730091

Актуальность. Эндокринные заболевания, такие как ожирение, сахарный диабет 2 типа и хронический аутоиммунный тиреоидит, всё чаще встречаются в клинической практике и сопровождаются сложными системными нарушениями. Одним из недооценённых, но клинически значимых проявлений являются кожные изменения, которые могут служить внешними маркерами метаболической и гормональной дестабилизации. Изучение взаимосвязей между кожными проявлениями и клинико-лабораторными показателями позволяет расширить диагностические и прогностические возможности при ведении таких пациентов.

Цель исследования. Оценить взаимосвязь между частотой кожных проявлений и клинико-лабораторными показателями у пациентов с ожирением, ХАИТ и СД2.

Материал и методы. В исследование включены 667 пациентов старше 18 лет: 311 — с ожирением, 223 — с ХАИТ, 133 — с СД2. Все пациенты проходили обследование и лечение в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре эндокринологии им. акад. Ё.Х. Туракулова (Ташкент), дерматологический осмотр проводился в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре дерматовенерологии и косметологии (Ташкент). Включались пациенты с длительностью заболевания ≥12 мес, наличием кожных проявлений и полным объёмом лабораторных данных. Оценивались уровни HbA1c, ТТГ, глюкозы, общего холестерина, а также ИМТ. Для анализа использованы ANOVA, χ^2 и корреляция Спирмена. Статистическая значимость определялась при $p<0,05$.

Результаты. Наиболее частыми кожными проявлениями были псориаз (25,7%), витилиго (24,6%), атопический дерматит (15,9%) и инфекционные дерматозы (8,9%). Частота дерматопатий была достоверно выше у пациентов с HbA1c ≥6,5% ($p<0,001$). Уровень HbA1c положительно коррелировал с частотой псориаза ($r=0,41$), витилиго ($r=0,28$), АД ($r=0,32$) и инфекций кожи ($r=0,36$). ТТГ положительно коррелировал с витилиго ($r=0,39$), а ИМТ — с псориазом ($r=0,45$) и АД ($r=0,29$). Отрицательная корреляция выявлена между ИМТ и витилиго ($r=-0,22$). Установлены достоверные различия по клинико-лабораторным параметрам между тремя группами пациентов.

Вывод. Кожные проявления у пациентов с эндокринными заболеваниями тесно связаны с уровнем метаболической и гормональной дестабилизации и могут служить дополнительным клиническим индикатором компенсации основного заболевания.

ГОРМОНАЛЬНЫЙ ДИСБАЛАНС ПРИ РЕПРОДУКТИВНЫХ НАРУШЕНИЯХ У МУЖЧИН

Мирсаидова М.А.[1], Муродов Ж.Т.[2]
[1,2]Республиканский Специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматовенерологии и Косметологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730092

Введение.

Нарушение репродуктивной функции как у мужчин, так и женщин приводит к росту бесплодных браков, дисгармонии супружеской жизни и увеличению частоты антенатальной патологии. Мужское бесплодие по данным разных авторов составляет 30-50% всех бесплодных браков. Распространенность мужского бесплодия различается в различных регионах мира и, по разным источникам, составляет от 20 до 70%. Современная цивилизация характеризуется негативной модификацией образа жизни среднестатистического молодого мужчины, часто приводящей к гиподинамии, избыточной массе тела, гипогонадизму, в следствии изменением гормонального фона, что в итоге становится причиной мужской инфертильности

Цель исследования. Исследование уровня половых гормонов у мужчин с бесплодием.

Материал и методы исследования. Клинические и лабораторные исследования проводились в Бухарском КВД и в отделении ИППП и репродуктивных нарушений, а также в лабораториях Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз.

Под наблюдением находилось 100 больных мужчин с бесплодием в возрасте от 20 до 40 лет. Из них больных в возрасте 20-30 лет было 75 (75%) и в возрасте 31-40 лет – 25 (25%). Среди наблюдаемых нами больных городские жители составили 44 (44%) и сельских жителей было 56 (56%). Оценку гормонального статуса проводили изучением содержания половых гормонов: тестостерона, прогестерона и эстрадиола.

Результаты. Проведенные исследования показали, что среди больных мужчин с бесплодием у 71,0% мужчин наблюдалось нарушения выработки тестостерона, у 79,0% - прогестерона и у 84,0% – эстрадиола. У остальных больных гормональный статус был в пределах нормы. Анализ содержания изученных гормонов у больных мужчин с бесплодием свидетельствует, что у больных в сыворотке крови до начала лечения наблюдается снижение выработки как тестостерона (13,08 ± 0,42 нмоль/л), прогестерона (1,12 ± 0,04 нмоль/л), так и эстрадиола (19,08 ± 0,45 пг/мл) и они достоверно отличаются от показателей мужчин группы контроля (соответственно 18,59 ± 1,77 нмоль/л, 1,49 ± 0,20 нмоль/л и 26,73 ± 2,61 пг/мл, $p<0,01$).

В исследованиях также было изучено содержание половых гормонов у мужчин с бесплодием в зависимости от тяжести заболевания. Результаты исследования, показали, что в сыворотке крови у больных мужчин с первичным бесплодием при поступлении в стационар выявляется снижение уровня тестостерона в 1,4 раз, прогестерона – в 1,3 раз и эстрадиола – в 1,4 раз по сравнению с контрольной группой. У больных мужчин с вторичным бесплодием в сыворотке крови до лечения содержание тестостерона было снижено в 1,5 раз, прогестерона – в 1,4 раз и эстрадиола – в 1,4 раз по отношению показателям контрольной группы.

Также представлялось интересным изучение гормонального статуса у больных мужчин с бесплодием в зависимости от сроков давности заболевания. Результаты исследования показали, что у больных мужчин с бесплодием с давностью заболевания от 3 до 5 лет в сыворотке крови отмечается достоверное уменьшение количества прогестерона и эстрадиола по сравнению с данными контрольной группы, а содержание тестостерона дала тенденцию к снижению.

У больных мужчин с бесплодием с давностью заболевания от 6 до 10 лет содержание в сыворотке крови тестостерона, прогестерона и эстрадиола в среднем равнялось 11,56±0,41 нмоль/л, 1,05±0,04 нмоль/л и 18,30±0,71 пг/мл соответственно при 18,59 ± 1,77 нмоль/л, 1,49 ± 0,20 нмоль/л и 26,73 ± 2,61 пг/мл соответственно в контроле. Это свидетельствует о статистически достоверном снижении данных показателей у больных мужчин с бесплодием. У больных данной группы выявленные изменения были более выражены, чем у больных с давностью заболевания 3-5 лет.

У больных мужчин с бесплодием с длительностью болезни свыше 10 лет нарушения в гормональном статусе еще усугублялись. У больных данной группы содержание в сыворотке крови тестостерона, прогестерона и эстрадиола было достоверно снижено и в среднем доходило до 8,36±0,25 нмоль/л, 0,84±0,07 нмоль/л и 16,72±0,69 пг/мл соответственно по сравнению с контрольной группой (18,59 ± 1,77 нмоль/л, 1,49 ± 0,20 нмоль/л и 26,73 ± 2,61 пг/мл соответственно).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют, что у больных мужчин с бесплодием не зависимо от тяжести заболевания отмечается нарушение гормонального статуса, выражающийся пониженным синтезом тестостерона, прогестерона и эстрадиола. Наиболее выраженное нарушение гормонального статуса наблюдается у мужчин с вторичным бесплодием. Выявленные нарушения в гормональном статусе больных мужчин с бесплодием являются в прямой зависимости от давности существования патологического процесса. С удлинением срока давности заболевания отмечается еще больше усугубление нарушений в гормональном статусе больных мужчин с бесплодием.

РЕТРОСПЕКТИВНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ И ДИНАМИКИ ДЕРМАТОМИКОЗОВ В Г. БАКУ (2013–2015 ГГ.)

Мирзоев А.Г.
Азербайджанский Государственный Институт Усовершенствования врачей им. А. Алиева, кафедра дерматовенерологии, Баку, Азербайджан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730093

Цель исследования - комплексная оценка частоты, структуры и временной динамики дерматомикозов кожи у пациентов г. Баку за период 2013–2015 гг. с использованием клинико-лабораторных и статистических методов анализа.

Материал и методы.

Проведено ретроспективное исследование 82 пациентов с клинически и лабораторно подтверждёнными дерматомикозами. Средний возраст обследованных составил 40,5±0,75 года (95% ДИ: 39,0–42,0), диапазон — от 23 до 57 лет. В гендерной структуре наблюдалось значительное преобладание мужчин — 90,2% (74/82; 95% ДИ: 83,7–96,7%), тогда как доля женщин составила 9,8% (8/82; 95% ДИ: 3,3–16,3%).

Клиническая верификация проводилась в соответствии с классификацией Н.Д. Шеклакова с выделением основных форм поверхностных микозов: кандидоза, трихофитии, эпидермофитии и микроспории. Лабораторная диагностика включала прямую микроскопию патологического материала (чешуйки кожи, волосы, ногтевые массы) с использованием 10% раствора гидроксида калия, а также культуральное исследование на среде Сабуро с последующей морфологической идентификацией возбудителя.

Статистическая обработка выполнена с использованием пакета Statistica 7.0. Рассчитывались относительные показатели (%), стандартные ошибки долей, а также 95% доверительные интервалы (ДИ) для пропорций. Анализ динамики проводился с использованием сравнительных показателей изменения (%) между годами наблюдения.

Результаты. В структуре дерматомикозов установлено статистически значимое преобладание эпидермофитии, доля которой составила 62,2% (51/82; 95% ДИ: 51,7–72,7%), что свидетельствует о ведущей роли данной нозологической формы в общей структуре грибковых поражений кожи.

Анализ временной динамики показал выраженную тенденцию к снижению частоты эпидермофитии: к 2015 году показатель уменьшился на 25,5% по сравнению с 2014 годом. Частота кандидоза также демонстрировала устойчивое снижение: в 2014 году — на 13,5% относительно 2013 года, и дополнительно на 9,1% в 2015 году по сравнению с предыдущим годом, что указывает на постепенное уменьшение вклада данной патологии в структуру дерматомикозов.

Микроспория характеризовалась сравнительно низкой частотой встречаемости (в 2013 году зарегистрировано 22 случая), при этом к 2015 году отмечено снижение показателя на 14,3%, что отражает благоприятную эпидемиологическую динамику.

В отличие от других форм, трихофития демонстрировала вариабельную динамику: в 2014 году наблюдалось некоторое увеличение частоты по сравнению с 2013 годом, однако к 2015 году отмечено снижение на 9,1%, что может свидетельствовать о нестабильности эпидемиологических факторов, влияющих на распространение данной инфекции.

В целом, для большинства форм поверхностных микозов кожи выявлена устойчивая тенденция к снижению частоты в исследуемый период, что может быть связано с улучшением диагностики, повышением доступности противогрибковой терапии и эффективностью профилактических мероприятий.

Заключение.

Структура дерматомикозов в г. Баку характеризуется достоверным преобладанием эпидермофитии с относительно меньшей долей кандидоза, трихофитии и микроспории. В период 2013–2015 гг. установлена общая тенденция к снижению частоты основных форм дерматомикозов, подтверждаемая анализом относительных показателей и доверительных интервалов. Полученные результаты свидетельствуют о положительной динамике эпидемиологической ситуации и подчеркивают необходимость дальнейшего мониторинга, а также совершенствования профилактических и лечебно-диагностических подходов в отношении грибковых заболеваний кожи.

РОЛЬ ЭМОЛЕНТОВ В НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ

Б. И. Мухамедов[1], А.Ш. Алиев[2], Э.В.Колдарова[3]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет
[3]Ферганский медицинский институт общественного здоровья

DOI: 10.67620/dermajournal.1730094

Эмоленты занимают важное место в современной наружной терапии хронических дерматозов, сопровождающихся нарушением кожного барьера. Наиболее выраженные изменения барьерной функции кожи наблюдаются при атопическом дерматите, экземе, псориазе, ихтиозах и других заболеваниях, при которых повышается трансэпидермальная потеря воды (TEWL), изменяется состав межклеточных липидов рогового слоя и формируется ксероз.

Цель исследования: обобщить современные представления о роли эмолентов в комплексной наружной терапии дерматозов с нарушением кожного барьера.

Эмоленты представляют собой средства, содержащие липиды, масла, жирные спирты, воски и другие компоненты, способствующие смягчению кожи и восстановлению ее защитных свойств. В зависимости от состава они могут выполнять несколько функций: уменьшать сухость и шелушение, восполнять дефицит липидов рогового слоя, снижать TEWL, повышать гидратацию кожи и уменьшать выраженность субъективных симптомов, прежде всего зуда и чувства стянутости.

Особое значение имеют физиологические липиды — керамиды, холестерин и свободные жирные кислоты. Их применение способствует восстановлению нарушенной липидной организации рогового слоя и улучшению барьерной функции эпидермиса. Окклюзивные компоненты, включая вазелин и минеральные масла, создают на поверхности кожи защитную пленку, ограничивающую потерю воды. Увлажняющие компоненты, такие как глицерин, мочевина и другие вещества, связывающие воду, способствуют повышению содержания влаги в роговом слое.

Регулярное применение эмолентов является важной составляющей базисной терапии атопического дерматита. Их использование позволяет уменьшить сухость кожи, выраженность воспалительных проявлений и потребность в применении топических противовоспалительных препаратов. Эмоленты целесообразно применять не только в период обострения, но и длительно, в фазе клинической ремиссии, что способствует поддержанию целостности кожного барьера и профилактике рецидивов.

Важным преимуществом современных эмолентов является возможность их комбинированного применения с топическими глюкокортикостероидами, ингибиторами кальциневрина и другими лекарственными средствами. При этом необходимо учитывать индивидуальные особенности кожи пациента, возраст, локализацию патологического процесса и переносимость отдельных компонентов препарата.

Заключение. Эмоленты являются не вспомогательным, а патогенетически обоснованным компонентом наружной терапии дерматозов, сопровождающихся нарушением кожного барьера. Их регулярное применение способствует восстановлению барьерной функции эпидермиса, снижению TEWL, уменьшению ксероза и зуда, улучшению качества жизни пациентов и повышению эффективности комплексного лечения. ерсонализированный выбор состава эмолента и длительное регулярное применение являются важными условиями достижения стойкого терапевтического эффекта.

СОВРЕМЕННАЯ РОЛЬ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В СТУПЕНЧАТОЙ ТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗОВ

Б.И.Мухамедов[1], Н.С.Ибрагимова[2], М.А.Пулатов[3]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет
[3]Частная клиника ASMO

DOI: 10.67620/dermajournal.1730095

В современной дерматологии подход к лечению хронических воспалительных дерматозов претерпел существенные изменения. Основной целью терапии является не только купирование обострения, но и достижение длительного контроля заболевания, восстановление кожного барьера, предупреждение рецидивов и минимизация лекарственной нагрузки. В этой концепции топические глюкокортикостероиды (ТГКС) сохраняют важнейшее значение, однако их применение осуществляется в рамках персонализированной ступенчатой стратегии.

Цель: представить современные подходы к рациональному применению топических глюкокортикостероидов с учетом принципов ступенчатой и proactive-терапии, а также стероид-сберегающей стратегии.

Ступенчатая терапия предусматривает выбор интенсивности наружного лечения в зависимости от тяжести воспалительного процесса, локализации поражений и индивидуальных факторов риска. На этапе обострения ТГКС соответствующей потенции применяются для быстрого подавления воспаления и зуда. Выбор лекарственной формы и активности препарата должен учитывать толщину кожи и анатомическую локализацию. После достижения клинического контроля интенсивность противовоспалительной терапии постепенно снижается с переходом к поддерживающему лечению.

Современная концепция proactive therapy предполагает применение противовоспалительного препарата не только на фоне клинически выраженного обострения, но и интермиттирующее нанесение на ранее поражавшиеся участки после достижения ремиссии. Такой подход позволяет воздействовать на сохраняющуюся субклиническую воспалительную активность и снижать вероятность последующих рецидивов. При этом базисная терапия эмолентами проводится регулярно и на более длительном протяжении.

Важным направлением является стероид-сберегающая стратегия, предусматривающая рациональное ограничение суммарной экспозиции ТГКС за счет использования топических ингибиторов кальциневрина и других современных противовоспалительных средств, особенно при необходимости длительной терапии и поражении чувствительных анатомических зон. Это позволяет поддерживать контроль заболевания при снижении риска стероид-ассоциированных нежелательных явлений.

Современные ТГКС различаются по противовоспалительной активности, липофильности, способности проникать через эпидермальный барьер и профилю безопасности. Рациональный выбор препарата должен основываться на принципе минимально необходимой эффективной терапии. Применение более сильного препарата не всегда является преимуществом: его выбор должен соответствовать выраженности

воспаления и локализации процесса. Особого внимания требуют лицо, шея, кожные складки и аногенитальная область, где риск местных нежелательных эффектов выше.

При хронических дерматозах большое значение имеет правильное информирование пациента. Страх перед ТГКС («стероидофобия») может приводить к недостаточному применению препаратов, персистированию воспаления и, как следствие, необходимости более длительной терапии. Объяснение пациенту целей лечения, продолжительности курса, правильной техники нанесения и принципов профилактической терапии повышает приверженность и эффективность лечения.

Таким образом, современные ТГКС следует рассматривать не как средства исключительно симптоматического лечения, а как важнейший инструмент управления воспалительным процессом в рамках комплексной стратегии. Наиболее рациональная модель включает активное купирование обострения, достижение клинического контроля, переход на поддерживающую и proactive-терапию, регулярное применение эмолентов и, при необходимости, использование стероид-сберегающих препаратов.

Заключение. Современная концепция применения топических глюкокортикостероидов основана на персонализированном выборе препарата и его потенции, ступенчатом снижении интенсивности терапии и профилактике рецидивов. Proactive therapy и стероид-сберегающая стратегия позволяют оптимизировать длительное лечение хронических дерматозов, сохраняя высокую эффективность ТГКС и одновременно минимизируя риск нежелательных явлений. Комбинация ТГКС с восстановлением кожного барьера и современными нестероидными противовоспалительными средствами формирует рациональную модель долгосрочного контроля заболевания.

РОЛЬ ТОПИЧЕСКИХ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕРМАТОЗОВ

Б. И. Мухамедов[1], А.Ш.Алиев[2], Б.Б.Мухамедов[3]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет,
[3]Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730096

Ключевые слова: *топические глюкокортикостероиды, наружная терапия, воспалительные дерматозы, атопический дерматит, экзема, псориаз, эмоленты, противовоспалительная терапия.*

Топические глюкокортикостероиды (ТГКС) на протяжении многих десятилетий занимают одно из ведущих мест в наружной терапии воспалительных дерматозов. Благодаря выраженному противовоспалительному, противоаллергическому, иммуномодулирующему и противозудному действию они широко применяются при атопическом дерматите, экземе, контактном дерматите, псориазе, красном плоском лишае и ряде других дерматологических заболеваний.

Цель: обобщить современные представления о роли топических глюкокортикостероидов в лечении воспалительных дерматозов и определить основные принципы их рационального применения.

Механизм действия ТГКС связан с взаимодействием глюкокортикоидов с внутриклеточными рецепторами и последующей регуляцией экспрессии генов, участвующих в воспалительном ответе. В результате подавляется синтез провоспалительных медиаторов, снижается активность клеток иммунной системы, уменьшается сосудистая проницаемость и выраженность воспалительной реакции. Клинически это проявляется уменьшением эритемы, отека, инфильтрации, шелушения и кожного зуда.

Эффективность ТГКС во многом определяется правильным выбором препарата с учетом его потенции, лекарственной формы, локализации патологического процесса, площади поражения, возраста пациента и длительности заболевания. При острых воспалительных процессах преимущественно применяются препараты соответствующей противовоспалительной активности в течение ограниченного периода времени. На участках с тонкой кожей, включая лицо, складки и аногенитальную область, предпочтение следует отдавать менее сильным препаратам и минимально эффективной продолжительности терапии.

Современная концепция применения ТГКС предполагает не только лечение обострения, но и профилактику рецидивов некоторых хронических дерматозов. После достижения клинического улучшения в отдельных случаях возможно переходить к интермиттирующей терапии с нанесением препарата на ранее поражавшиеся участки, одновременно продолжая базисный уход за кожей с использованием эмолентов.

Одним из ключевых условий безопасного применения ТГКС является соблюдение принципа «правильный препарат — правильная локализация — правильная длительность». Нерациональное или длительное использование сильных ТГКС может приводить к развитию местных нежелательных явлений, включая атрофию кожи, телеангиэктазии, стрии, стероидные акнеформные высыпания и периоральный дерматит. При нанесении на большие площади или использовании препаратов высокой активности возрастает риск системной абсорбции.

Особое значение имеет сочетание ТГКС с эмолентами, которые способствуют восстановлению кожного барьера, уменьшают сухость кожи и поддерживают достигнутый терапевтический эффект. При хронических дерматозах альтернативой или стероид-

сберегающей стратегией могут выступать топические ингибиторы кальциневрина и другие современные противовоспалительные препараты.

Заключение. Топические глюкокортикостероиды сохраняют важнейшее значение в лечении широкого спектра воспалительных дерматозов. Их высокая клиническая эффективность позволяет быстро контролировать воспаление и зуд, однако результат лечения и безопасность во многом зависят от обоснованного выбора препарата, его потенции, лекарственной формы, локализации и продолжительности применения. Рациональное сочетание ТГКС с эмолентами и современными стероид-сберегающими средствами позволяет повысить эффективность терапии и снизить риск нежелательных явлений.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ СРАВНИТЕЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕТОТРЕКСАТА И ЦИКЛОСПОРИНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРИТЕМАТОЗНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Ж.Ш. Нарзиев
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730097

Цель исследования. Изучить предварительную клиническую эффективность и переносимость метотрексата и циклоспорина у больных эритематозной формой псориаза.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 6 больных с эритематозной формой псориаза. В зависимости от проводимой терапии пациенты были разделены на две группы по 3 человека. Больным первой группы назначали метотрексат в дозе от 10 до 25 мг один раз в неделю в течение 6 недель. Дозу препарата подбирали с учетом тяжести клинического процесса. Пациентам второй группы назначали циклоспорин в дозе 3 мг/кг/сутки, разделенной на два приема, в течение 3 месяцев. Дозу препарата рассчитывали с учетом массы тела пациентов. Эффективность лечения оценивали по динамике индекса тяжести псориаза PASI в начале терапии и на 10-й день лечения. Также оценивали переносимость проводимой терапии.

Результаты исследования. В первой группе больных, получавших метотрексат, исходное среднее значение индекса PASI составляло 31,5 балла. На 10-й день лечения данный показатель снизился в среднем до 10,5 балла, что соответствовало уменьшению выраженности клинических проявлений примерно на 66,7%. На фоне терапии метотрексатом у отдельных пациентов отмечались тошнота и диспепсические явления.

Во второй группе больных, получавших циклоспорин в дозе 3 мг/кг/сутки, разделенной на два приема, исходное среднее значение индекса PASI составляло 32,3 балла. На 10-й день лечения данный показатель снизился в среднем до 15,6 балла, что соответствовало уменьшению выраженности клинических проявлений примерно на 51,7%. Переносимость циклоспорина оценивалась как удовлетворительная. По сравнению с циклоспорином, более выраженная ранняя динамика индекса PASI наблюдалась в группе больных, получавших метотрексат.

Выводы. Полученные предварительные результаты показали, что применение метотрексата и циклоспорина сопровождается положительной клинической динамикой у больных эритематозной формой псориаза. В течение первых 10 дней лечения более выраженное снижение индекса PASI отмечалось у пациентов, получавших метотрексат: с 31,5 до 10,5 балла. В группе пациентов, получавших циклоспорин, индекс PASI снизился с 32,3 до 15,6 балла. Метотрексат характеризовался более быстрым наступлением клинического эффекта, однако его применение сопровождалось тошнотой и диспепсическими явлениями. Циклоспорин переносился удовлетворительно, но ранняя клиническая динамика была менее выраженной. Полученные данные имеют предварительный характер и требуют подтверждения на большей группе пациентов с проведением статистической обработки результатов.

ВЛИЯНИЕ ГРИБКОВОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Х.И.Насимов[1], А.Б.Рахматов[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730098

Актуальность. В настоящее время у больных псориазом отмечается клинически выраженное тяжелое неконтролируемое течение заболевания со сниженной эффективностью базисной лекарственной терапией, что связано с возросшей встречаемостью поливалентной сенсибилизации к грибковым аллергенам. В этих случаях появляется необходимость обследования на различные грибы и назначения соответствующей терапии.

Цель исследования – оценить частоты встречаемости и характер грибковой сенсибилизации у больных псориазом.

Материалы и методы исследования. Было проведено обследование 120 больных псориазом с обязательным расчетом индекса PASI. Пациентам было проведено стандартное клинико-лабораторное, иммуно-цитокиновое, микологические и аллергологическое обследование (сбор анамнеза, определение общего IgE, молекулярной аллергии - Raven).

Полученные результаты. При проведении микологического обследования (микроскопия, ПИФ, ПЦР на дерматофитии и ПЦР на оппортунистические грибы набором «МикозоСкрин») с псориатических чешуек различной локализации были выявлены следующие результаты; у 63 из 88 (71,6%) больных с проявлениями на волосистой части головы выявлена Malassezia spp.; у 39 из 63 (61,9%) больных с локализацией псориатических элементов в области крупных складок кожи выявлена Candida spp.; у 12 из 32 (37,5%) с локализацией очагов на коже ладоней и подошв выявлен Trichophyton rubrum. Анализ на молекулярную аллергию был положителен на грибковую инфекцию (Alternaria, Aspergillus, Malassezia и др.) у 25 из 120 (20,8%) больных псориазом. Содержание общего IgE было повышено (более 100 МЕ) у 34 из 120 (28,3%) больных псориазом.

Выводы. У больных псориазом выявляются не только дерматофитные и недерматофитные грибы различной локализации, но и признаки грибковой сенсибилизации, факт существования которых необходимо учитывать при разработке комплексной терапии дерматоза, включая и применение системных антимикотических препаратов. Наличие грибковой инфекции может являться причиной торпидности течения и частых обострений псориатического процесса.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ КОМПЛЕКСНОГО МИКОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Х.И.Насимов
РСНПМЦДВиК Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730099

Актуальность. Псориаз представляет собой хроническое иммуновоспалительное заболевание, течение которого может модифицироваться различными эндогенными и экзогенными факторами. Особый интерес представляет изучение роли грибковой микробиоты и микогенной сенсибилизации в поддержании хронического воспалительного процесса. При этом использование только одного метода микологической диагностики может быть недостаточным для полноценной оценки грибковой составляющей у пациентов с псориазом.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость комплексного микологического и аллергологического обследования больных псориазом для выявления микогенной сенсибилизации и грибковой колонизации.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов с псориазом в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст составил 39,6±1,4 года. Степень тяжести заболевания оценивали с использованием индекса PASI.
Всем пациентам проводилось комплексное обследование, включавшее прямую флуоресцентную микроскопию клинического материала, культуральное исследование, ПЦР-диагностику дерматофитов и комплексное ПЦР-исследование Mycozoscreen. Для оценки аллергической сенсибилизации определяли общий IgE и специфические IgE к грибковым аллергенам методом ALEX2. Полученные результаты сопоставляли между отдельными диагностическими методами и с клинической выраженностью псориаза.

Результаты. По результатам комплексного обследования признаки грибковой составляющей были выявлены у 71 из 120 обследованных пациентов (59,2%). При этом результаты различных методов диагностики не всегда совпадали, что подтверждает необходимость комплексного подхода.
Положительные результаты прямой флуоресцентной микроскопии были получены у 38 пациентов (31,7%), культурального исследования — у 29 (24,2%), ПЦР-диагностики дерматофитов — у 46 (38,3%), Mycozoscreen — у 57 (47,5%). Специфическая IgE-сенсибилизация к одному или нескольким грибковым аллергенам по результатам ALEX2 выявлена у 52 пациентов (43,3%). Повышение общего IgE отмечалось у 48 пациентов (40,0%). Наиболее высокая частота выявления микогенной составляющей отмечалась при сочетании молекулярно-генетических и аллергологических методов. У пациентов с положительными результатами комплексного обследования средний показатель PASI составил 17,9±0,8 балла, тогда как у пациентов без признаков микогенной составляющей — 11,8±0,7 балла ($p<0,001$). Выявлена положительная корреляция между наличием микогенной сенсибилизации и выраженностью клинических проявлений псориаза ($r=0,48$; $p<0,001$).

Выводы. Комплексное микологическое и аллергологическое обследование позволяет выявлять микогенную составляющую у значительной части больных псориазом и обладает большей диагностической информативностью по сравнению с использованием отдельного метода исследования. Сочетание микроскопических, культуральных, молекулярно-генетических и аллергологических методов позволяет дифференцировать наличие грибковой колонизации и иммунологической сенсибилизации к грибковым антигенам. Полученные данные обосновывают целесообразность комплексной оценки микогенного фактора у пациентов с псориазом, особенно при выраженном или резистентном течении заболевания.

ОСОБЕННОСТИ ЦИТОКИНОВОГО ПРОФИЛЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПРИ МИКОГЕННОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ

Х.И.Насимов
РСНПМЦДВиК Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730100

Актуальность. Псориаз является хроническим иммуновоспалительным заболеванием кожи, развитие и прогрессирование которого связаны с нарушением регуляции клеточного и гуморального иммунитета и дисбалансом цитокиновой системы. Ключевое значение в формировании псориатического воспаления имеют IL-17 и TNF-α. Вместе с тем роль микогенной сенсибилизации в поддержании иммунного дисбаланса при псориазе изучена недостаточно. Грибковые антигены способны индуцировать иммунные реакции, которые потенциально могут модифицировать течение хронического воспалительного процесса. Изучение взаимосвязи между микогенной сенсибилизацией и цитокиновым профилем представляет интерес для уточнения патогенетических механизмов псориаза и совершенствования подходов к его терапии.

Цель исследования. Изучить особенности цитокинового профиля у больных псориазом в зависимости от наличия микогенной сенсибилизации и определить взаимосвязь иммунологических показателей с клинической активностью заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов с псориазом в возрасте от 18 до 65 лет. Средний возраст обследованных составил 39,6±1,4 года. Мужчины составили 68 (56,7%), женщины — 52 (43,3%). Клиническая тяжесть псориаза оценивалась с помощью индекса PASI. Всем пациентам проводилось комплексное иммунологическое и микологическое обследование. Определяли уровни IL-4, IL-17, TNF-α, С-реактивного белка и общего IgE. Показатели клеточного иммунитета исследовали методом проточной цитометрии. Микологическое обследование включало прямую флуоресцентную микроскопию, культуральное исследование, ПЦР-диагностику дерматофитов и комплексное ПЦР-исследование Mycozoscreen. Специфическую IgE-сенсибилизацию к грибковым аллергенам оценивали методом ALEX2. По результатам обследования пациенты были условно разделены на две группы: основную — 52 пациента с признаками микогенной сенсибилизации, и группу сравнения — 68 пациентов без лабораторно подтверждённой микогенной сенсибилизации.

Результаты. У пациентов с микогенной сенсибилизацией отмечалась более выраженная клиническая активность псориаза. Среднее значение PASI в основной группе составило 18,4±0,9 балла, тогда как в группе сравнения — 12,7±0,7 балла ($p<0,001$). Анализ цитокинового профиля выявил достоверное повышение концентрации IL-17 и TNF-α у пациентов с микогенной сенсибилизацией. Уровень IL-17 в основной группе составил 31,8±2,1 пг/мл против 20,6±1,6 пг/мл в группе сравнения ($p<0,001$), TNF-α — 28,4±1,8 пг/мл против 19,3±1,4 пг/мл соответственно ($p<0,001$). Одновременно у пациентов основной группы отмечалась тенденция к повышению уровня IL-4 — 7,8±0,6 пг/мл против 5,9±0,5 пг/мл в группе сравнения ($p=0,018$). Средний уровень общего IgE также был выше при наличии микогенной сенсибилизации и составлял 286±31 МЕ/мл против 164±22 МЕ/мл ($p<0,001$). При корреляционном анализе выявлена положительная связь между выраженностью PASI и концентрациями IL-17 ($r=0,61$; $p<0,001$) и TNF-α ($r=0,54$; $p<0,001$). Также установлена умеренная корреляция между уровнем общего IgE и IL-4 ($r=0,43$; $p<0,01$). Полученные данные свидетельствуют о том, что наличие микогенной сенсибилизации у больных псориазом

сопровождается более выраженным иммунным дисбалансом и большей клинической активностью заболевания.

Выводы. У больных псориазом с микогенной сенсибилизацией отмечается более высокая клиническая активность заболевания по сравнению с пациентами без признаков сенсибилизации. Выявленное повышение уровней IL-17 и TNF-α, сопровождающееся изменением IL-4 и увеличением концентрации общего IgE, свидетельствует о возможном участии микогенного фактора в формировании иммуновоспалительного ответа при псориазе. Установленная взаимосвязь между выраженностью клинических проявлений и уровнем ключевых провоспалительных цитокинов позволяет рассматривать комплексную оценку микогенной сенсибилизации и цитокинового профиля как перспективное направление для патогенетического обоснования индивидуализированной терапии больных псориазом.

ВЛИЯНИЕ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ НА КЛИНИЧЕСКУЮ АКТИВНОСТЬ ПСОРИАЗА

Х.И.Насимов
РСНПМЦДВиК Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730101

Актуальность. Псориаз является хроническим иммуновоспалительным заболеванием с многофакторным патогенезом. Наряду с генетическими и иммунологическими механизмами, определённое значение могут иметь изменения микробиоты кожи и наличие грибковой колонизации. У пациентов с признаками микогенной сенсибилизации потенциальное участие грибкового фактора в поддержании хронического воспаления представляет особый клинический интерес. В связи с этим оценка эффективности противогрибковой терапии в составе комплексного лечения псориаза является актуальным направлением исследований.

Цель исследования. Оценить влияние дополнительной противогрибковой терапии на клиническую активность псориаза у пациентов с лабораторно подтверждёнными признаками микогенной сенсибилизации.

Материалы и методы. Обследовано 120 пациентов с псориазом. Степень тяжести заболевания оценивали с использованием индекса PASI. На основании результатов комплексного микологического и аллергологического обследования были выделены пациенты с признаками микогенной сенсибилизации. Пациенты были распределены на две сопоставимые группы. В первой группе проводилась стандартная терапия псориаза. Во второй группе к стандартной терапии добавляли итраконазол в дозе 100 мг 2 раза в сутки в течение 20 дней. Клиническую эффективность оценивали по динамике PASI до начала лечения и после завершения терапии. Дополнительно оценивали динамику общего IgE, IL-4, IL-17, TNF-α и С-реактивного белка.

Результаты. В результате проведённого обследования признаки микогенной сенсибилизации были выявлены у 52 пациентов. Из них 26 пациентов получали стандартную терапию, а 26 — стандартную терапию в сочетании с итраконазолом. До начала лечения средний показатель PASI в группе стандартной терапии составил 17,8±1,0 балла, а в группе комбинированной терапии — 18,1±0,9 балла, без статистически значимого различия между группами. После проведённого лечения в обеих группах отмечалась положительная динамика кожного процесса. В группе стандартной терапии PASI снизился до 9,6±0,8 балла, тогда как в группе комбинированной терапии — до 6,7±0,6 балла ($p<0,01$). Среднее снижение PASI составило 46,1% при стандартной терапии и 63,0% при комбинированном лечении. Таким образом, добавление противогрибковой терапии сопровождалось более выраженным клиническим улучшением. В группе комбинированной терапии также отмечалась более выраженная положительная динамика лабораторных показателей: снижение уровней IL-17, TNF-α и общего IgE, а также уменьшение активности системного воспаления по уровню С-реактивного белка. К концу периода наблюдения клиническое улучшение, соответствующее снижению PASI более чем на 50%, было отмечено у 69,2% пациентов комбинированной группы по сравнению с 46,2% пациентов, получавших только стандартную терапию.

Выводы. У пациентов с псориазом и признаками микогенной сенсибилизации добавление противогрибковой терапии к стандартному лечению сопровождалось более выраженным снижением клинической активности заболевания по сравнению со стандартной терапией. Полученные результаты позволяют предположить, что коррекция микогенного фактора может иметь значение в комплексном лечении отдельных категорий больных псориазом. Наиболее перспективным представляется дифференцированный подход, при котором назначение противогрибковой терапии основывается на результатах комплексного микологического и аллергологического обследования.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ПСОРИАЗА: НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ И ЦИТОКИНОВЫЕ МЕХАНИЗМЫ

Б.У. Назарова
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730102

Псориаз — одно из наиболее распространённых хронических заболеваний кожи: им страдает 2–3% населения мира. В 2014 году Всемирная ассамблея здравоохранения признала его серьёзной неинфекционной болезнью. Заболевание нередко начинается в молодом трудоспособном возрасте, склонно к рецидивирующему течению и часто сопровождается коморбидной патологией: псориатическим артритом, метаболическим синдромом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, тревожными и депрессивными расстройствами. Всё это существенно снижает качество жизни больных и создаёт значительную социально-экономическую нагрузку. Несмотря на успехи современной, в том числе генно-инженерной биологической терапии, течение псориаза у конкретного пациента по-прежнему трудно прогнозировать, а ответ на лечение сильно различается. Поэтому поиск патогенетических предикторов, позволяющих заранее оценить риск обострений и эффективность терапии, остаётся актуальной задачей современной дерматологии.

Целью исследования являлось изучение нейроэндокринных и цитокиновых механизмов патогенеза псориаза и оценка возможности использования показателей нейроэндокринного и иммунного статуса, а также психоэмоционального состояния пациентов в качестве потенциальных предикторов течения заболевания.

С современных позиций псориаз рассматривается не как изолированное заболевание кожи, а как системный иммуновоспалительный процесс. В его развитии тесно переплетаются иммунные, нейроэндокринные и психоэмоциональные факторы. Центральным звеном патогенеза признана ось ИЛ-23/Th17. Дендритные клетки продуцируют ИЛ-23, который поддерживает активность Th17-лимфоцитов, а те выделяют ИЛ-17А и ИЛ-22. Под действием этих цитокинов кератиноциты усиленно пролиферируют и сами начинают вырабатывать провоспалительные медиаторы. ФНО-α усиливает этот процесс и замыкает самоподдерживающийся цикл воспаления. Вместе с тем клиническая практика показывает, что дебют и обострения псориаза нередко связаны с психоэмоциональным стрессом. В норме стресс активирует гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую ось, и выделяющийся кортизол сдерживает воспаление. У больных псориазом этот механизм, по-видимому, нарушен: кортизоловый ответ на стресс ослаблен, и тормозящее влияние глюкокортикоидов на иммунные клетки снижается. Параллельно в коже активируется локальная нейроэндокринная система. Нервные окончания высвобождают нейропептиды, прежде всего субстанцию Р и CGRP. Они стимулируют тучные клетки, повышают проницаемость сосудов и усиливают продукцию цитокинов. Так формируется порочный круг «стресс — нейрогенное воспаление — обострение — усиление стресса».

С этой позиции нейроэндокринные и цитокиновые показатели можно рассматривать как потенциальные предикторы течения заболевания. К ним относятся уровни кортизола, АКТГ, пролактина, мелатонина и нейропептидов, а также профиль ИЛ-17А, ИЛ-23 и ФНО-α. Особый интерес представляет их сочетание с оценкой психоэмоционального статуса пациента. Такой комплексный подход может помочь выделить группы риска тяжёлого течения и частых

рецидивов, прогнозировать ответ на системную терапию и обосновать включение психокоррекции в лечение.

Таким образом, понимание взаимодействия нервной, эндокринной и иммунной систем расширяет представления о патогенезе псориаза. Оно открывает перспективу персонализированного, прогностически ориентированного ведения больных.

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ, АССОЦИИРОВАННЫМ С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Б.У. Назарова
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730103

Псориаз — хронический иммуноопосредованный дерматоз, которым страдает 2–3% населения мира. Сегодня его рассматривают как системное заболевание, часто сочетающееся с кардиометаболической патологией. Метаболический синдром (абдоминальное ожирение, инсулинорезистентность, артериальная гипертензия, дислипидемия) выявляется у больных псориазом значительно чаще, чем в общей популяции. Это сочетание утяжеляет течение дерматоза, повышает риск сердечно-сосудистых осложнений, ограничивает выбор системной терапии и снижает её эффективность. Нейроэндокринные нарушения рассматриваются как одно из связующих звеньев между двумя заболеваниями. Их изучение важно для понимания общих механизмов патогенеза и для разработки персонализированных подходов к ведению этих пациентов.

Целью исследования являлось изучение особенностей нейроэндокринных нарушений у больных псориазом, ассоциированным с метаболическим синдромом, и определение их роли в развитии и прогрессировании заболевания.

Псориаз и метаболический синдром объединяет хроническое системное воспаление. Провоспалительные цитокины, характерные для псориаза — ФНО-α, ИЛ-6, ИЛ-17 — нарушают передачу инсулинового сигнала и способствуют развитию инсулинорезистентности. В свою очередь, висцеральная жировая ткань является активным эндокринным органом. При ожирении в ней повышается продукция лептина, резистина и провоспалительных цитокинов и снижается синтез противовоспалительного адипонектина. Такой дисбаланс адипокинов поддерживает активность Th1- и Th17-лимфоцитов и усиливает воспаление в коже.

Существенную роль играют и нарушения гормональной регуляции. Дисфункция гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси при хроническом стрессе может сопровождаться изменением секреции кортизола. Это способствует накоплению висцерального жира, гипергликемии и артериальной гипертензии, но при этом не обеспечивает достаточного противовоспалительного эффекта. Гиперинсулинемия и повышение уровня инсулиноподобного фактора роста-1 стимулируют пролиферацию кератиноцитов. Обсуждается также значение нарушений секреции пролактина и мелатонина, изменений функции щитовидной железы и дефицита витамина D, который обладает иммуномодулирующим действием. Активация симпатической нервной системы, характерная для метаболического синдрома, дополнительно поддерживает воспалительный процесс. Эти взаимосвязи имеют прямое клиническое значение. У пациентов с сочетанием псориаза и метаболического синдрома заболевание протекает тяжелее, а ответ на терапию часто бывает менее выраженным. Некоторые системные препараты, в частности циклоспорин и метотрексат, требуют особой осторожности из-за влияния на артериальное давление, липидный обмен и печень. Поэтому таким пациентам целесообразно проводить скрининг метаболических и гормональных показателей: окружности талии, индекса массы тела, артериального давления, липидного профиля, глюкозы и инсулина с расчётом индекса HOMA-IR, а при необходимости — кортизола, лептина, адипонектина и витамина D. Коррекция массы тела и метаболических нарушений может улучшать течение псориаза и повышать эффективность лечения.

Таким образом, нейроэндокринные нарушения являются важным звеном, связывающим псориаз и метаболический синдром. Их своевременное выявление и коррекция позволяют оптимизировать выбор терапии и улучшить прогноз у этой категории больных.

ДИАГНОСТИКА ФОТОСТАРЕНИЯ КОЖИ: КОРНЕОМЕТРИЯ И КУТОМЕТРИЯ

Назарова Маргуба Зиядуллаевна

DOI: 10.67620/dermajournal.1730104

Фотостарение кожи представляет собой комплексный дегенеративный процесс, развивающийся в результате хронического воздействия ультрафиолетового излучения, которое запускает каскад патологических изменений на клеточном и молекулярном уровнях. Ключевую роль в этих нарушениях играют индуцированный окислительный стресс, активация матриксных металлопротеиназ и последующая деградация коллагеновых и эластиновых волокон дермы. Понимание фундаментальных молекулярных механизмов повреждения внеклеточного матрикса открывает новые перспективы для разработки высокоэффективных методов ранней диагностики возрастных изменений. Современная дерматокосметология уделяет особое внимание объективной инструментальной оценке функционального состояния кожных покровов с целью мониторинга эффективности терапевтических вмешательств. Среди неинвазивных диагностических методов особое место занимают корнеометрия и кутометрия, позволяющие с высокой точностью оценить уровень гидратации рогового слоя и эластические свойства кожи. Корнеометрия обеспечивает количественное измерение гидратации кожи на основе ее электрической емкости, что отражает барьерную функцию эпидермиса. Кутометрия, в свою очередь, позволяет исследовать упругость, эластичность и способность кожи к деформации под воздействием отрицательного давления. Комплексное применение молекулярного анализа и высокоточных биофизических методов диагностики создает надежную основу для разработки персонализированных протоколов коррекции инволютивных изменений. Своевременное выявление биофизических и структурных нарушений позволяет предотвратить глубокие дермальные повреждения и оптимизировать терапевтическую тактику. Представленное исследование направлено на детальное изучение взаимосвязи между молекулярными маркерами фотостарения и показателями корнеометрии и кутометрии для совершенствования ранней диагностики. Полученные данные способствуют углублению представлений о патогенезе преждевременного старения кожи и повышению результативности профилактических мероприятий.

Результаты. В ходе проведенного исследования у 103 пациентов были оценены ключевые биофизические и структурные показатели кожи. Анализ эластичности по данным кутометрии выявил нормальные значения у 35 человек, среднюю степень нарушений у 42 и выраженные изменения у 26 пациентов. Оценка уровня увлажненности методом корнеометрии показала норму у 31 обследованного, умеренное снижение у 48 и выраженный дефицит влаги у 24 пациентов. Дополнительный анализ меланина зафиксировал норму у 25, средние отклонения у 64 и выраженные нарушения у 14 лиц, а гемоглобина — у 27, 49 и 27 пациентов соответственно.

Выводы. Проведенное комплексное исследование молекулярных механизмов и инструментальной диагностики фотостарения кожи у 103 пациентов позволило сделать обоснованные научные выводы. Анализ динамики биофизических показателей доказал высокую эффективность разработанной терапевтической тактики, направленной на улучшение функционального состояния дермального матрикса и эпидермального барьера. Полученные данные объективно подтверждают тесную взаимосвязь между молекулярными нарушениями, уровнем оксидативного стресса и снижением упруго-эластических свойств и гидратации кожи. Интеграция методов корнеометрии, кутометрии и генетического профилирования обеспечивает высокую точность ранней диагностики и позволяет успешно персонализировать лечебно-профилактические мероприятия.

ОКСИДАТИВНЫЙ СТРЕСС КАК ФАКТОР ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО ФОТОСТАРЕНИЯ КОЖИ

Назарова Маргуба Зиядуллаевна

DOI: 10.67620/dermajournal.1730105

Оксидативный стресс выступает в качестве ведущего патогенетического триггера в развитии преждевременного фотостарения кожи, запуская каскад катализируемых свободными радикалами реакций под влиянием хронической ультрафиолетовой инсоляции. Постоянное образование активных форм кислорода в дермальных и эпидермальных структурах приводит к истощению эндогенной антиоксидантной защиты, перекисному окислению липидов клеточных мембран и повреждению нуклеиновых кислот. В условиях избыточной генерации свободных радикалов происходит активация специфических транскрипционных факторов, стимулирующих синтез матриксных металлопротеиназ, которые разрушают волокнистые структуры внеклеточного матрикса. Параллельно с этим нарушается физиологическая пролиферативная активность фибробластов, что существенно снижает интенсивность синтеза нового коллагена и эластина, приводя к структурной дезорганизации дермы. Нарушение баланса между прооксидантными и антиоксидантными системами также отражается на состоянии эпидермального барьера, провоцируя дефицит влаги, ухудшение вязкоэластических свойств и развитие стойких дисхромий. Понимание механизмов повреждающего действия оксидативного стресса открывает новые возможности для объективизации клинической диагностики и разработки патогенетически обоснованных методов коррекции возрастных изменений. Представленное исследование направлено на глубокое изучение роли оксидативного стресса в формировании клинико-функциональных проявлений фотоповреждения кожных покровов. Полученные данные способствуют совершенствованию профилактических и терапевтических алгоритмов, направленных на замедление процессов инволютивного старения кожи.

Результаты. Оценка исходного оксидативного статуса у обследованных пациентов выявила выраженную вариабельность показателей антиоксидантной защиты и уровня свободных радикалов. По результатам теста PAT, определяющего антиоксидантный потенциал, пациенты распределились следующим образом: низкие значения, отражающие сниженный защитный потенциал организма, зафиксированы у 11 человек, умеренные значения в диапазоне от 2000 до 3000 усл. ед. отмечены у 80 пациентов, а высокие значения, превышающие 3000 усл. ед., выявлены у 12 обследованных.

По тесту d-ROMs низкие и умеренные значения ниже 336 усл. ед. наблюдались у 25 пациентов, средние значения находились у 52 человек, а высокие значения выше 413,5 усл. ед., отражающие выраженный оксидативный стресс, зарегистрированы у 26 пациентов. Аналогичный анализ индекса OSI показал наличие компенсированных значений ниже 45 усл. ед. у 26 обследованных, умеренных значений у 51 пациента и высоких показателей выше 118 усл. ед. у 26 человек.

Выводы. Проведенное комплексное исследование клинико-функциональных особенностей и оксидативного статуса у 103 пациентов позволило сделать обоснованные научные выводы. Анализ динамики биофизических показателей доказал высокую эффективность разработанной терапевтической тактики, направленной на улучшение функционального состояния дермального матрикса и эпидермального барьера. Полученные данные объективно подтверждают тесную взаимосвязь между выраженностью оксидативного стресса, уровнем генерации свободных радикалов и снижением упруго-эластических свойств и гидратации кожи. Оценка антиоксидантного потенциала и показателей свободнорадикального окисления обеспечивает высокую точность ранней диагностики и позволяет успешно персонализировать лечебно-профилактические мероприятия при преждевременном фотостарении.

БЕЗОПАСНОСТЬ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭКСИМЕРНОГО СВЕТА 308 НМ У ДЕТЕЙ С ВИТИЛИГО

Нурматова И. Б.[1], Садиева Г. К.[2]
[1,2]Ташкентский Государственный медицинский университет, Кафедра дерматовенерологии и косметологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730106

Актуальность.
Витилиго — хроническое аутоиммунное заболевание, сопровождающееся потерей меланоцитов и нарушением пигментации кожи. Заболевание диагностируется примерно у 1–2 % населения, при этом у четверти пациентов первые проявления наблюдаются в детском возрасте. Дети с витилиго нередко сталкиваются с социальной стигматизацией и снижением самооценки, что отрицательно сказывается на их психоэмоциональном состоянии. Несмотря на широкое применение фототерапии у взрослых, данные о её безопасности и эффективности у детей ограничены, особенно у пациентов младше 6 лет.

Цель исследования

Оценить эффективность и безопасность фототерапии эксимерным светом длиной волны 308 нм у детей с витилиго различных возрастных групп.

Материалы и методы

Проведён ретроспективный анализ медицинских данных 100 детей с витилиго, проходивших лечение в Ташкентский областной кожно-венерологический диспансер и в АСМО клинике в период с 2014 по 2024 годы. В исследование вошли 50 пациентов младше 6 лет и 50 — в возрасте 7–14 лет. Эффективность терапии оценивали по степени репигментации и изменению показателя T-VASI. Также изучались побочные эффекты и факторы, влияющие на ответ на лечение (возраст, подтип витилиго, локализация очагов).

Результаты

Фототерапия эксимерным светом 308 нм показала выраженный терапевтический эффект у большинства пациентов с удовлетворительной степенью репигментации и минимальными побочными реакциями. У детей дошкольного возраста результаты были сопоставимы с эффективностью у школьников. Дополнительно выявлено, что ответ на лечение зависел от возраста, локализации поражений и исходной тяжести заболевания.

Заключение

Эксимерный свет 308 нм является эффективным и безопасным методом лечения стабильных форм витилиго у детей, включая пациентов младше 6 лет. Применение данной методики способствует повышению приверженности терапии и улучшению качества жизни пациентов и их семей. Полученные данные могут служить основой для разработки стандартов ведения детского витилиго.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Кочергин Н.Г., Карамова А.Э., Романова Е.Н. Эксимерный лазер в лечении витилиго: опыт применения и перспективы // Клиническая дерматология и венерология. – 2018. – Т. 17, № 4. – С. 45–50.
2. Rodrigues M., Ezzedine K., Hamzavi I., Pandya A.G., Harris J.E. Vitiligo Working Group Consensus Statement on Narrowband UVB Phototherapy and Excimer Laser for Vitiligo // Journal of the American Academy of Dermatology. – 2017. – Vol. 76, № 5. – P. 879–888.
3. Harris J.E. Cellular stress and innate inflammation in organ-specific autoimmunity: lessons learned from vitiligo // Journal of Investigative Dermatology. – 2020. – Vol. 140, № 4. – P. 783–790.

SEBOREYALI PO‘RSILDOQNING TIZIMLI MUOLAJASI

Pakirdinov A. B.[1], Toshpo‘latov B. X.[2]
[1,2]Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon shaxri.
Dermatovenerologiya kafedrasi

DOI: 10.67620/dermajournal.1730107

Tadqiqot maqsadi. Seboreyali po‘rsildoq (seboreyali dermatit) — Bu haqiqiy chin po‘rsildoq, seboreyali dermatit va tizimli qizil yugurukning eritematoz variantini birlashtirgan po‘rsildoqning klinik shakli bo‘lib, u ko‘pincha bosh terisi, yuz, ko‘krak qafasi va orqa sohalarida uchraydi. Kasallikning rivojlanishida Malassezia turkumiga mansub zamburug‘lar, gormonal disbalans, immun tizim zaiflashuvi hamda stress omillari muhim rol o‘ynaydi. Mazkur ishning maqsadi seboreyali po‘rsildoqni tizimli davolash usullarining samaradorligini baholash, muolajaning asoratlarini o‘rganish hamda oldini olish yo‘llarini aniqlashdan iborat.

Material va usullar. Tadqiqotda 40–70 yosh oralig‘idagi 20 nafar bemor ishtirok etdi. Bemorlar klinik belgilariga ko‘ra yengil, o‘rta va og‘ir shakllarga ajratildi. Diagnostika klinik ko‘rik, dermatoskopiya hamda zarur hollarda mikologik tekshiruv asosida amalga oshirildi.

Bemorlar ikki guruhga bo‘lindi:

1-guruh (10 nafar bemor) — an’anaviy mahalliy davolash (antiseptik vositalar, antifungal shampunlar, kortikosteroidli malhamlar, keratolitik vositalar).

2-guruh (10 nafar bemor) — tizimli kompleks terapiya (tashqi muolaja uchun pantenol aero ko‘pigi va kortikosteroid+yumshatuvchi oziqlantiruvchi malhamlar, ichish uchun kortikosteroid — prednizalon sxema asosida, vitamin-mineral kompleksi, immunomodulyatorlar, probiotiklar hamda zaruratga ko‘ra sedativ vositalar) bilan birgalikda mahalliy davolash.

Davolash muddati 4–8 hafta davom etdi. Klinik samaradorlik yangi patologik toshma paydo bo‘lishi, eritema, qaloqlanish darajasi hamda bemorlarning subyektiv shikoyatlari asosida baholandi. Kuzatuv davri 3 oy davomida olib borildi.

Natijalar. Tadqiqot natijalariga ko‘ra, 2-guruhda klinik yaxshilanish 1-guruhga nisbatan tezroq va barqarorroq kuzatildi. Tizimli terapiya olgan bemorlarning 87 foizida 4 hafta ichida og`riq va yallig‘lanish belgilarining sezilarli kamayishi qayd etildi. 1-guruhda esa bu ko‘rsatkich 50 foizni tashkil etdi.

Qaloqlanish darajasi tizimli davolash fonida o‘rtacha 2 baravar tez kamaydi. Shuningdek, qaytalanish holatlari 1-guruhda 3 oy davomida 50 foizni tashkil etgan bo‘lsa, 2-guruhda bu ko‘rsatkich 15 foizdan oshmadi.

Muolaja davomida ayrim bemorlarda yengil dispeptik belgilar kuzatildi, biroq jiddiy nojo‘ya ta’sirlar aniqlanmadi. Kompleks yondashuv organizmning umumiy holatini yaxshilashga, immun javobni me’yorlashtirishga hamda terining regeneratsiya jarayonlarini tezlashtirishga yordam berdi.

Kasallikning surunkali kechishini hisobga olgan holda, bemorlarga individual yondashuv, ratsional ovqatlanish, stressni kamaytirish hamda terini to‘g‘ri parvarish qilish bo‘yicha tavsiyalar berish muhim ahamiyatga ega. Tizimli muolaja seboreyali po‘rsildoqni nazorat qilishda samarali va istiqbolli usul hisoblanadi.

DERMATOLOGIYADA FUNDAMENTAL TADQIQOTLAR

Pakirdinov Adxamjon Begishevich[1], Toshpo‘latov Bekmirza Xolmirzaevich[2]
[1,2]Andijon davlat tibbiyot instituti, Andijon shaxri.

DOI: 10.67620/dermajournal.1730108

Ushbu tezis dermatologiyada fundamental tadqiqotlarning asosiy yo‘nalishlari, ularning nazariy va amaliy ahamiyati hamda zamonaviy ilmiy yondashuvlarini yoritishga bag‘ishlangan.

Dermatologiya tibbiyotning teri va uning qo‘shimchalari (soch, tirnoq, yog‘ va ter bezlari) kasalliklarini o‘rganuvchi muhim sohasi hisoblanadi. Teri inson organizmining eng katta a’zosi bo‘lib, himoya, termoregulyatsiya, metabolik va immunologik funksiyalarni bajaradi. Zamonaviy dermatologiyada fundamental tadqiqotlar kasalliklarning molekulyar, hujayraviy va genetik asoslarini o‘rganishga qaratilgan bo‘lib, ular klinik amaliyot uchun mustahkam ilmiy zamin yaratadi.

Fundamental tadqiqotlar natijasida teri kasalliklarining etiologiyasi va patogenezini chuqurroq tushunish, erta diagnostika usullarini ishlab chiqish hamda individual davolash strategiyalarini takomillashtirish imkoniyati paydo bo‘lmoqda.

Fundamental dermatologik tadqiqotlarning asosiy yo‘nalishlaridan biri terining morfologik va gistologik tuzilishini chuqur o‘rganishdir. Teri uch asosiy qavatdan iborat: epidermis, dermis va gipoderma. Epidermisda keratinotsitlar asosiy hujayra turi bo‘lib, ular differensiyatsiya jarayonida keratin hosil qiladi va terining barer funksiyasini ta’minlaydi.

So‘nggi yillarda immun tizimining teri kasalliklaridagi roli keng o‘rganilmoqda. Psoriaz, atopik dermatit, vitiligo va boshqa surunkali kasalliklarda sitokinlar, T-limfotsitlar va yallig‘lanish mediatorlarining ishtiroki aniqlangan.

Teri o‘smalari, xususan melanoma, bazal hujayrali va yassi hujayrali karsinoma zamonaviy dermatologiyaning dolzarb muammolaridan biridir. Fundamental tadqiqotlar onkogen mutatsiyalar, DNK shikastlanishi, ultrabinafsha nurlanishning ta’siri va hujayra siklining buzilish mexanizmlarini o‘rganadi.

So‘nggi ilmiy izlanishlarda teri mikrobiotasining ahamiyati tobora ortib bormoqda. Teri yuzasida yashovchi mikroorganizmlar immun tizim bilan o‘zaro ta’sirda bo‘lib, homeostazni saqlashda muhim rol o‘ynaydi.

Molekulyar biologiya usullari yordamida keratin sintezi, hujayra proliferatsiyasi va apoptoz jarayonlari o‘rganilmoqda. Genetik tadqiqotlar irsiy dermatozlar, jumladan, epidermoliz, ixtioz va boshqa kasalliklarning molekulyar asoslarini aniqlashga yordam bermoqda. Bu esa genetik skrining va individual davolash imkoniyatlarini kengaytirmoqda.

Immunodermatologik izlanishlar autoimmun mexanizmlarni tushunishga, immunomodulyator terapiyani takomillashtirishga xizmat qilmoqda.

Bu yo‘nalishdagi izlanishlar onkologik kasalliklarni prognoz qilish va individual davolash rejasini tuzishda muhim ahamiyatga ega.

Disbioz holatlari akne, atopik dermatit va boshqa kasalliklarning rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Mikrobiomni o‘rganish probiotik va yangi terapevtik yondashuvlarni ishlab chiqishga zamin yaratmoqda.

ПОКАЗАТЕЛИ ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ В КРОВИ БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ НА ФОНЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Пакирдинов А.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт.
Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730109

Введение.

Повышение эффективности лечения кожных больных – важная социальная задача. Это связано со значительным распространением ряда дерматозов и их тяжёлым течением приводящим к частичной или полной потере трудоспособности. Применяемые в дерматологии традиционные методы лечения не всегда эффективны, а нередко сопряжены с разнообразными побочными действиями и осложнениями. Лечение больных представляет экономическую проблему вследствии высокой стоимости и дефицита лекарственных средств. В связи с этим понятен большой интерес, который проявляется к немедикаментозным методам терапи. Одним из таких методов лечения является – плазмаферез (ПА) и гипербарическая оксигенация (ГБО).

Целью работы явилось - изучение характера изменения активности каталазы и содержания одного из конечных продуктов ПОЛ-малонового диальдегида (МДА) в плазме крови под влиянием плазмафераза и гипербарической оксиганации в сочетание наружной терапией (Вигантола и мази Адвантан).

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находились 71 больных АД. Мы различаем 2 клинические формы АД: а) пруригинозная форма тяжёлая степень тяжести у 48 (67,6%) больных; б) лихеноидная форма среднетяжёлая степень тяжести – 23 (32,3%).

Исследования активности каталазы крови, принимающей участие в разрушении продуктов свободнорадикального перекисного окисления липидов и определение одного из конечных продуктов ПОЛ – малонового диальдегида у больных выявили изменения по сравнению с нормой. Активность каталазы была снижена у 16 обследованных больных независимо от имеющейся патологии (АД – 191,46±2,17 (P>0,05); норма – 313,04±0,52 ед. экстинкции), а содержание МДА – повышено (АД – 4,42±0,04 нмоль/мл (P<0,05); норма – 3,20±0,06 нмоль/мл). Это свидетельствует о том, что изменение активности свободнорадикальных процессов является одним из существенных компонентов патогенеза больных АД.

Анализ клинико-лабораторных данных позволил сделать следующие заключения. В исследуемой группе больных АД, выявили нарушения активности каталазы и содержания одного из конечных продуктов ПОЛ – малонового диальдегида в плазме крови.

С этой целью и с невозможностью прямого воздействия на первичные звенья патогенеза для лечения были разработаны схемы оптимального режима ПА и ГБО у больных псориазом и АД, (две процедуры в сутки, основу первой процедуры составило проведение ПА, основу второй процедуры составило проведение ГБО, процедуры проводились ежедневно, кроме воскресенья, всего 5-12 процедур ПА и 5-10 процедур ГБО на курс лечения). Бронхомунал по 1 (7,0 мг) капсуле в сутки, всего на курс 10-15 дней.

Лечение больных ГБО проводили в барокамере типа ОКА. Кислород подавался под давлением, соответствующему давлению в барокамере. Температура в барокамере во время сеанса поддерживалась в пределах 23-29^{0}С, относительная влажность воздуха составила не

менее 65%, содержание кислорода в воздушной среде от 21 до 23%, углекислого газа - 0,03%, что не превышало допустимой нормы.

Результаты и их обсуждение.

С целью подбора оптимального числа процедур комплексного лечения для больных АД мы проводили лечение по двум схемам: 5-6 и 10-12 процедур комплексного лечения на курс при режиме ПА и ГБО, при котором забор крови за одну процедуру составил 600-1200 мл. За один сеанс ПА удаляли от 300 до 600 мл плазмы. ГБО – давление 1,7 атм., экспозиция – 45 минут, компресия и декомпресия по 7 минут. Бронхомунал назначался по 1 капсуле (7 мг) 1 раз в сутки ежедневно, на курс 10-15 дней. Наружная терапия проводилась в виде мази на вазелиновой основе с добавлением 2%-й салициловой мази, Витамином $Д_3$ и мазью Адвантан. Мазь, наносили тонким слоем 1 раз в сутки.

После 5-ой процедуры комплексного лечения у больных отмечалось нарастание активности каталазы. При исследовании через неделю при первой схеме комплексной терапии возрастание его активности продолжалось, достоверно превысив исходные показатели больных АД (236,3±1,2 ед. экстинкции) ($P<0,05$). При второй схеме комплексной терапии активность каталазы, повысившись к 5-й процедуре комплексного лечения, вновь возвращалась к исходным данным к концу комплексного лечения, что, по-видимому, связано с избыточной элиминацией (удалением с плазмой) фермента.

Содержание МДА как при 5-6 процедурах комплексного лечения, так и при 10-12 у всех изучаемых нами больных отмечалось незначительное снижение МДА.

Заключение. Таким образом, повышения содержания каталазы после коротких курсов комплексного лечения с использованием ПА и ГБО у больных АД связано с компенсаторным механизмом организма, так как при ПА отмечается повышенное удаление фермента каталазы, на, что организм реагирует усиленной выработкой его. После 10-12 процедур комплексного лечения с использованием ПА и ГБО уменьшение концентрации каталазы связано с истощением компенсаторных механизмов организма. Уровень МДА в сыворотке крови снижается после комплексного лечения с использованием ПА и ГБО. Это положительно влияет на кожный процесс, так как уменьшается перекисное окисление липидов и в результате этого исчезает гипоксия тканей.

ИЗМЕНЕНИЕ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА НА ФОНЕ ПЛАЗМАФЕРЕЗА И ГИПЕРБАРИЧЕСКОЙ ОКСИГЕНАЦИИ

Пакирдинов А.Б.[1], Тошпулатов Б.Х.[2]
Андижанский Государственный медицинский институт.
Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730110

Цель исследования: Оценить состояние микроциркуляции в динамике у больных экссудативной формы псориаза, получивших комплексное лечения с включением плазмафереза (ПА) и гипербарической оксигенации (ГБО).

Материалы и методы: У 15 больных АД (9-мужчин, 6-женщин) в возрасте от 16 до 42 лет исследовали показатели микроциркуляции. Был использован метод биомикроскопии сосудов конъюнктивы с последующим фотографированием. Качественно-количественную оценку состояния микроциркуляции осуществляли по балльной системе, разработанной В.С.Волковым с соавт. Кроме общей оценки конъюнктивальной микроциркуляции ($КИ_{общ.}$), оценивались периваскулярные ($КИ_1$), сосудистые ($КИ_2$) и внутрисосудистые ($КИ_3$) изменения. Контролем служили результаты конъюнктивальной биомикроскопии 8 здоровых лиц.

Результаты: У больных АД чаще всего встречались внутрисосудистие изменения в виде агрегации эритроцитов и сладж-феномена, а также морфологические изменения сосудов – неравномерность калибра, меандрическая извилистость венул. До лечения у больных $КИ_1$ равнялась 0,22±0,01 балл; $КИ_2$ - 4,54±0,01 балл; $КИ_3$ - 4,11±0,01 балл; $КИ_{общ}$ - 8,21±0,04 балл. После лечения соответственно-0,17±0.04 балл; 3,22±0,03 балл; 2,30±0,02 балл; 5,20±0,02 балл.

Вывод: Под воздействием комплексной терапии у больных экссудативной формы псориаза, без изменений оставались морфологические нарушения (изменения архитектоники, меандрическая извилистость сосудов, венулярные саккуляции и клубочки), а динамические показатели (внутрисосудистая агрегация эритроцитов, сладж-феномен, периваскулярный отёк) претерпевали положительные изменения.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРЕПАРАТА «ВИЛЬПРАФЕН» У БОЛЬНЫХ СВЕЖЕЙ ОСТРОЙ ФОРМЫ ГОНОРЕИ

Пакирдинов А.Б.[1], Кучкаров А.А.[2]
[1,2]Андижанский Государственный медицинский институт, г. Андижан
Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730111

Заболеваемость гонореей остается высоким во всем мире, в том числе и в нашей Республике. Надежное, быстрое и полноценное клинико-бактериологическое излечение гонореи особенно среди лиц группы риска является важной задачей венерологии, так как это приведет к санацию эпидемиологического очага и снижению заболеваемости. Отмечается рост вялотекущих, ассимптомных форм гонореи и осложнений, что связано с развитием резистентности гонококков к антибиотикам, поэтому внедрение в практическое здравоохранение для лечения гонореи новых высокоэффективных антибактериальных препаратов является актуальной задачей. К таким препаратам относится «Вильпрафен» (джозамицин) – антибиотик обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Цель исследования: Изучить клиническую эффективность препарата «Вильпрофен» у больных свежей острой формы гонореи.

Материалы и методы: Под нашим наблюдением находились 20 больных свежей острой формы гонореи. Возраст больных варьировало от 20 до 40 лет, мужчин было 15, женщин - 5. У всех больных диагноз был подтвержден лабораторно обнаружением на мазках гоноккоки Нейссера. Препарат «Вильпрафен» (джозамицин) – антибиотик обладающий широким спектром действия. Препарат применяется для лечения бактериальных инфекций, бактериостатическая активность джозамицина, как и других макролидов, обусловлена ингибированием синтеза белка бактерий. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие.

Больным со свежей острой гонореей препарат назначался по следующей схеме:

1. В таблетках – по 500 мг 2 раза в день после еды, в течение 3-х дней, на курс лечения 3,0 препарата «Вильпрафен».

Таким образом, комплексный метод лечения, включающий препарат «Вильпрафен» способствует достижению стойкого благоприятного эффекта, положительной динамике клинической картины у больных со свежей формой гонореи, а также оказывает значительное влияние на лабораторные показатели. Учитывая эти данные, можно придти к заключению, что этот метод лечения может быть широко использован, у больных со свежей острой формой гонореи как наиболее благоприятно влияющий на течение патологического процесса.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ БЕЛОЙ ГЛИНЫ «КАОЛИНСКАЯ ЦЕЛЕБНАЯ» У ПОЖИЛЫХ ЖЕНЩИН ДЛЯ СГЛАЖИВАНИЯ МОРЩИН

Пакирдинов А.Б.[1], Юлчибаев М.Р.[2], Кучкаров А.А.[3], Тошпулатов Б.Х.[4], Ботиров К.З.[5]
[1,2,3,4,5]Андижанский государственный медицинский институт. Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730112

В результате фотостарения на коже отмечается сухость, снижается эластичность, появляются морщины и другие косметологические недостатки. Мы для устранения и уменьшения явлений фотостарения кожи у таких пациентов применяли Каолинскую целебную белую глину с экстрактом бамбука. Эта глина обладает отбеливающим и очищающим свойствами, повышает упругость и эластичность кожи, питает и омолаживает её, разглаживает мелкие морщинки. Благодаря экстракту бамбука в составе, активируется усвоение кислорода клетками кожи, улучшается цвет лица и поддерживается естественный pH кожи.

Под нашим наблюдением были 50 пациенток в возрасте от 30 до 40 лет, у которых имели в той или иной степени явления фотостарения кожи, выражающийся в сухости, потери эластичности, появлении морщин. На кожу лица Каолинская целебная белая глина применялся в виде маски. Для этого глину поместили в неметаллическую посуду, залили теплой водой, размешали до сметанообразной консистенции и полученную массу наносили на лицо в виде масок на 10 - 15 минут. Для ухода за кожей остальных участков тела, глина применялся в виде ванн: 200 – 400 г. глины поместили в ванну, наполненную теплой водой и пациентки полежали в ней 15 - 20 минут. Процедуру применяли через день, на курс 10 - 12 процедур. К концу курса у всех пациенток отмечался улучшение косметических свойств кожи в той или иной степени, выражавшийся в осветлении кожи лица, освежении, исчезновении сухости, появлении естественного блеска и упругости кожи, уменьшении или исчезновении морщин.

Таким образом, Каолинская целебная белая глина является эффективным средством для устранения проявлений фотостарения кожи у женщин.

ПРИМЕНЕНИЕ ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Пакирдинов А.Б.
Андижанский государственный медицинский институт. Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730113

Атопический дерматит (АД) является одним из наиболее тяжёлых и часто встречающихся дерматозов. Заболевание характеризуется хроническим рецидивирующим течением, нередко резистентным ко многим видам терапии.

Важную роль в регуляции иммунобиологических и аллергических процессов играют нейроэндокринные механизмы, в том числе и гипофизарно - гонадная система, посредством которой реализуются многие защитно-приспособительные механизмы в условиях действия на организм различных аллергенов. В современной литературе практически отсутствует сведения о состоянии репродуктивной эндокринной системы при АД у женщин, хотя связь заболевания с функциональным состоянием желёз внутренней секреции не вызывает сомнений. Эта связь подтверждается как зависимостью течения заболевания от функционального состояния женских половых гормонов (пубертатный возраст, менструации, беременность, роды и пр.), так и положительным эффектом стероидной терапии.

Учитывая недостаточную эффективность многих современных методов лечения АД, актуальным является изыскание новых, патогенетически направленных методов терапии этого заболевания. Лазерная терапия, в основном лечебного действия которой лежат нейрорефлекторные механизмы, оказывает нормализующее влияние на центральную нервную систему и её вегетативное звено, на аллергические и иммунологические процессы.

В план лечебных мероприятий входит воздействие непосредственно на область поражения, облучение зон сегментарной иннервации в соответствии с локализацией патологического очага. Облучение области печени, легких в проекции полей Кренига (область верхушек легких), воздействие в проекционной зоне тимуса, внутри - или над - венное облучение крови в проекции локтевой ямки, облучение крови в области брюшной аорты в комплексе с облучением проекционных зон почек. Продолжительность курсовой лазерной терапии - до 10 - 14 процедур. В течение первой половины лечения сеансы выполняются ежедневно, затем - один раз в 2 - 3 дня. Больные АД получали: антигистаминных, десенсибилизирующих препаратов, витаминотерапию. Наружно – **0,03% мазь Такролимус**. Мазь наносилась на пораженную поверхность 1 раз в день на протяжении всего периода проведения ЛТ.

Таким образом, включение Лазерной терапии в комплексное лечение больных АД повышает его терапевтическую эффективность. Лазерная терапия способствует более быстрой нормализации общего состояния больных, уменьшению или исчезновению зуда, регрессу кожных изменений. Быстрая ликвидация обострений заболевания сокращает время пребывания в стационаре и на больничном листе, а также позволяет значительно уменьшить или отменить приём лекарственных препаратов.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА «УРСОСАН» И МАЗИ “ЭПЛАН” У БОЛЬНЫХ ЭКССУДАТИВНОЙ ФОРМЫ ПСОРИАЗА

Пакирдинов А.Б.
Андижанский Государственный медицинский институт.
Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730114

Экссудативная форма псориаза — хроническое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся многообразными проявлениями. Экссудативная форма псориаза это не строго кожная патология, он способен поражать нервную систему. Лечение вульгарного псориаза назначается с учётом формы распространенности процесса.

Показано назначение гепатопротекторов. Например, назначают фосфолипидные препараты (Овесол), которые оказывают гепатопротекторное действие, а также оказывает терапевтический эффект при кожных заболеваниях (корригирует имеющиеся при псориазе нарушения в клеточных мембранах эпидермиса, нормализует процессы кератинизации и регенерации эпидермиса). Однако основными гепатопротекторами все же являются препараты урсодезоксихолевой кислоты, в частности, урсосан— комбинированный препарат, содержащий урсодезоксихолевую кислоту и лактулозу; помимо нормализации работы печени, он восстанавливает нормофлору кишечника.

Цель исследования. Изучить клиническую эффективность препарата «Урсосан» у больных экссудативной формы псориаза.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 23 больных (12 мужчин и 11 женщин), в возрасте от 20 до 39 лет. У всех больных было диагностировано экссудативная форма псориаза. Из них у 16 пациентов было диагностировано сопутствующие заболевания холангит, холецистит. У всех больных очаги поражения наблюдались в области лица, груди, в верхних и нижних конечностях. В очаге поражений наблюдались папулы красного цвета, бляшки и чешуйки. Триада симптом Поспелова было положительна у всех больных. Из 23 больных у 17 был отмечен феномен Кебнера нам месте раздражений, травм, инъекций. Урсосан (урсодеооксихолевая кислота) больные принимали внутрь по 250 мг 2 раза в день, в течение 14 дней, а местно очаги поражения смазывали мазью «Эплан». Урсосан – гепатопротекторное средство, оказывает также желчегонное, холелитолическое, гиполипидемическое, гипохолестеринемическое и некоторое иммуномодулирующее действие.

Результаты исследования. На 6 день после начала комплексного лечения с применением препарата Урсосан, у всех больных в очагах поражения наблюдались рассасывание папул и бляшек. Регресс воспалительных явлений усиливался к концу комплексного лечения, и время выздоровления больных укорачивалось на 3 - 4 дня. У всех больных после применения «Урсосан» побочные явления не наблюдались.

Вывод. Препарат «Урсосан» оказался эффективным препаратом в лечении экссудативной формы псориаза и удобен в применении, без побочных явлений.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМ-БАЛЬЗАМ «ОБЛЕПИХА И МУМИЁ» В СОЧЕТАНИИ С ПРЕПАРАТОМ «ГЕПА МЕРЦ» У БОЛЬНЫХ ВУЛЬГАРНЫМ ПСОРИАЗОМ

Пакирдинов А.Б.
Андижанский государственный медицинский институт, г. Андижан Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730115

Эффективная терапия больных вульгарным псориазом остаётся одной из наиболее актуальных и важных проблем современной дерматологии. Несмотря на то, что выявляются новые стороны патогенеза вульгарного псориаза и разрабатываются соответствующие методы терапии, неуклонно растет заболеваемость (Рахматов А.Б. и др. 2009, Papp K.A.,2003). Многочисленными исследованиями установлено наличие функциональных изменений в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом (Балтабаев М.К., 2004; Костянова Е.Н.,2005; Котельникова А.Б. и др.,2009; Рахматов А.Б.,2010). Для устранения изменения в гепатобилиарной системе у больных вульгарным псориазом применялся крем-бальзам «Облепиха и мумиё» в сочетании с препаратом «Гепа Мерц».

Крем-бальзам «Облепиха и мумиё» фирмы «Природная формула» (Россия), представляет это одни из самых активных природных компонентов оказывающих противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие. А препарат «Гепа Мерц» представляет собой комбинированный гепатопротектор с желчегонным и спазмалитическим действием. Мы предлагаем включить, в комплексную терапию вульгарного псориаза крем – бальзам «Облепиха и мумиё» оказывающее противовоспалительное, антисептическое, бактерицидное действие, крем-бальзам смазывают 2 раза в день, на кожу лёгкими массажными движениями до полного впитывания. Препарат «Гепа Мерц» для благоприятного действия на функцию печени, в углеводном и липидном обмене, а также повышает способность тканей к регенерации. Препарат «Гепа Мерц» назначают по 1 капсуле 3 раза в день на курс лечения три недели.

Предварительное применение этих препаратов у 15 больных вульгарным псориазом дал положительный результат. Кожный процесс начал регрессировать через 10-12 дней от начала лечения, сначала заметно уменьшился шелушение, затем папулы начали уплощаться. К концу 3-недели от начала лечения папулы и бляшки заметно уплощались, а через 4 недели у большинства больных элементы поражения рассасывались.

ПРЕПАРАТ «СЕКНИДОКС» У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ ГЕНИТАЛЬНЫМ ТРИХОМОНИАЗОМ

Пакирдинов А.Б.[1], Кучкаров А.А.[2], Фозилов Ф.А.[3]
[1,2]Андижанский государственный медицинский институт
Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730116

Генитальный трихомониаз широко распространен во всех странах. По данным ВОЗ, ежегодно в мире вновь заболевает трихомониазом более 180 млн. человек, преимущественно лица сексуально активного возраста. Вследствие особенностей течения болезни и диагностики трихомониаз значительно чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин. Например, в Англии в 1982 г. было зарегистрировано 18 542 женщины и только 1620 мужчин, больных трихомониазом, причем в последнее десятилетие число больных остается постоянным. M.F. Rein и M. Muller (1984) утверждают, что в США ежегодно от 2 до 3 млн. женщин заражаются трихомониазом.

В последнее время в арсенал лечения больных поступили новые антибиотики широкого спектра, которые эффективно действуют при лечении больных генитальным трихомониазом. Однако, отсутствует региональный мониторинг чувствительности Trichomonas vaginalis к применяемым лекарственным средствам и выявление штаммовой устойчивости возбудителя. Это приводит к неконтролируемому накоплению резистентных штаммов, что может негативно сказаться на результатах лечения и способствовать росту заболеваемости и осложнений.

В связи с выше указанным необходимо для практических врачей иметь новые лекарственные препараты для лечения женщин больных генитальным трихомониазом, которые действует более эффективно, таким препаратом является препарат «секнидокс» отвечающий к вышеперечисленным требованиям. Секнидокс – (секнидазол) антибиотик второго поколения для энтерального применения. Действует бактерицидно, амебицидное, проникает через гематоэнцефалический барьер, не вызывает дисбактериоз кишечника, нарушает синтез клеточной стенки бактерий. Установлено устойчивость действию большинства беталактамаз.

Больным женщинам со свежей острой и хронической форме генитального трихомониаза препарат «Секнидокс» назначался по следующей схеме:

а) «Секнидокс» в дозе по 2г (каждая таблетка - 1г) однократно эффективен при лечение женщин больных со свежей острой формы трихомониаза.

б) «Секнидокс» в дозе по 2г (каждая таблетка - 1г) в день в течение 3 дней эффективен при лечение женщин больных хронической формой трихомониаза.

Таким образом, комплексный метод лечения, включающий препарат Секнидокс способствует достижению стойкого благоприятного эффекта, положительной динамике клинической картины у женщин больных генитальным трихомониазом, а также оказывает значительное влияние на лабораторные показатели. Учитывая эти данные, можно придти к заключению, что этот метод лечения может быть широко использован, у женщин больных со свежей острой и хронической гонореей как наиболее благоприятно влияющий на течение патологического процесса.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА ВЕРРУКАЦИЛ ПРИ ЛЕЧЕНИИ АНОГЕНИТАЛЬНЫХ БОРОДАВОК

Пакирдинов А.Б.[1], Фозилов Ф.А.[2]
[1,2]Андижанский Государственный медицинский институт, Кафедра дерматовенерологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730117

Цель: Оценить эффективность и безопасность препарата веррукацил у пациентов с аногенитальными бородавками.

Материалы и методы: 25 больных с диагнозом аногенитальные бородавки (23 женщины и 2 мужчин, средний возраст 28,5 лет) смазывали препаратом веррукацил наружно 2 раза в день в течение 3-х дней, далее 4-х дневный перерыв и вновь повторно проводили процедуры с 3-х дневным курсом лечения. Перед проведением лечения больные были осмотрены терапевтом и гинекологом (урологом), проведены необходимые лабораторные исследования (общие анализы крови и мочи, биохимическое и иммунологическое исследование крови). У всех больных наличие вируса папилломы человека подтверждено методом ПЦР. Эффективность терапии контролировалась через 15 дней.

Оценивались: переносимость препарата, результат после проведенного лечения.

Результаты: У двух пациентов (8%) отмечались побочные явления, которые проявлялись местные реакции покраснения, незначительная выраженная боль. Данная симптоматика исчезла после окончания лечения.

В процессе наблюдения через 1 месяц у 5 пациентов (20%) полностью исчезли клинические проявления. У 19 пациентов (76%) наблюдались явления регресса кондилом (уменьшение в размере). У одного (4%) отсутствовала динамика клинической картины. Через 3 месяца у 10 пациентов (40%) отмечено выздоровление, а у остальных — 15 пациентов (60%) отмечался регресс высыпаний.

Через 6 месяцев наблюдения у 20 пациентов (80%) полностью исчезла клиническая картина аногенитальных бородавок.

У 4 пациентов (16%) отмечался дальнейший регресс высыпаний, а еще у одного — рецидив высыпаний.

В контрольных исследованиях методом ПЦР у 23 пациентов (92%) получен отрицательный результат. У одного пациента, с клиническим рецидивом, лабораторное обследование дало положительный результат и еще у одного пациента без клинических проявлений тоже получен положительный результат. При повторном определении иммунного статуса у 6 пациентов из 7, имевших отклонения в иммунном статусе, отмечалась его нормализация и у одного пациента — улучшение.

Выводы: Веррукацил является эффективным препаратом для лечения больных аногенитальными бородавками, о чем свидетельствует отсутствие клинических проявлений. В подавляющем большинстве (92%) веррукацил хорошо переносится больными.

ОСОБЕННОСТИ ЛОКАЛЬНЫХ ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У БОЛЬНЫХ СО СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКИМ ЛИХЕНОМ ВУЛЬВЫ

Порсохонова Д.Ф.[1], Рахматуллаева С.Н.[2], Алимухамедова Ю.А.[3]
[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматовенерологии и Косметологии, Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730118

Актуальность.

Дерматозы, локализующиеся в области наружных гениталий у женщин, представляют собой важную и одновременно деликатную проблему, по поводу которой женщины длительное время могут не обращаться к специалистам. Одним из таких дерматозов является склероатрофический лихен вульвы (СЛ), который является хроническим воспалительным прогрессирующим заболеванием кожи и слизистой, чаще поражающим аногенитальную область. СЛ может встречаться в любом возрасте и у обоих полов, но наиболее часто у женщин. В последние годы во всем мире наблюдается значительный рост заболеваемости СЛ вульвы, и его «омоложение». Среди основных патогенетических гипотез развития СЛ на сегодняшний день лидируют иммунная (аутоиммунная) и генетическая, также рассматривается возможная роль инфекционных, эндокринных, нейрогенных и других факторов. Природа данного дерматоза неоднозначна и может быть представлена разнообразными причинами. Azurdia R. et al. считают дистрофию вульвы иммуноопосредованным заболеванием. В связи с чем, целью данного исследования явилось изучение баланса основных цитокинов у пациенток с СЛ вульвы.

Материал и методы исследования.

Под наблюдением находилось 34 женщины с диагнозом склероатрофический лихен от 18 до 65 лет. Для оценки состояния местного иммунитета изучали показатели про- и противоспалительных цитокинов (ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО-α) в отделяемом из очагов поражения мочеполовой системы с помощью ИФА тест-системы «Вектор-Бест» (Россия).

Результаты и обсуждение.

При исследовании уровней провоспалительных цитокинов у пациентов с СЛ вульвы выявлено достоверное повышение концентрации ФНО-α, ИЛ-2 и ИЛ-6. Так, уровень ФНО-α был достоверно повышен в группе больных с СЛ по отношению к значениям женщин контрольной группы и составил 26,6±5,9 пг/мл, что было в 4,8 раза выше контрольных значений ($p<0,001$). Уровни ИЛ-2 и ИЛ-6 так же были повышены и в среднем составили: 19,8±4,8 пг/мл (в 3.1 раза) и 29,1±3,9 пг/мл (в 6,3 раза) против 6,3±0,8 пг/мл и 8,5±1,9 пг/мл соответственно. Анализ противовоспалительных цитокинов (ИЛ-4 и ИЛ-10) у больных с СЛ показал, что уровень ИЛ-4 в этой группе составил 6,1±1,8 пг/мл, тогда как в группе контроля — 4,2±1,1 пг/мл. Показатель ИЛ 4 статистически значимо не различался с контролем. Уровень противовоспалительного цитокина ИЛ-10 больных с СЛ, также статистически значимо не различался с контролем и составил 12,3±2,3 пг/мл и 10,2±1,2 пг/мл соответственно.

Заключение.

Таким образом, полученные в ходе исследования результаты указывают на особенности показателей ряда цитокинов, активно участвующих в процессах репарации и иммунного воспаления (ИЛ-2, ИЛ-4, ИЛ-6, ИЛ-10, ФНО-α). Так при выраженном склерозе имеется статистически значимое увеличение провоспалительных цитокинов наряду со снижением содержания противовоспалительного IL-10, что способствует поддержанию и прогрессии аутоиммунного воспаления, гипепролиферации и склероза тканей вульвы.

Учитывая тот факт, что вышеуказанные цитокины представляют Т-хелпер тип 1 (Th1) иммунного реагирования, нарушение процесса выработки данных цитокинов на местном уровне создает фон для развития дистрофического процесса. Поскольку известно, что процессы Th1 направляют иммунитет против внутриклеточных патогенов, ответ Th1 также связан с аутоиммунными заболеваниями, что указқвает на иммунопатологическую природу данного заболевания.

ПРЕИМУЩЕСТВА ПРОЦЕДУРЫ АУТОЛИПОФИЛИНГА ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ

Порсохонова Д.Ф.[1], Илесова Н.Н.[2], Садыков Р.Р[3].

DOI: 10.67620/dermajournal.1730119

Актуальность. Склероатрофический лихен вульвы (САЛВ) представляет собой актуальную проблему женского здоровья, от успешного решения которой зависят многие аспекты жизни женщин. Многообразие методов лечения САЛВ продиктовано неоднозначной этиопатогенетической концепцией заболевания, что часто вводит в заблуждение как пациентов, так и врачей. Традиционные подходы к лечению ограничиваются в основном наружным применением глюкокортикостероидов, что не лишено побочных эффектов, подчас необратимых. Однако, направления в терапии САЛВ постоянно обновляются и совершенствуются, что подчеркивает живой интерес к проблеме, а, следовательно, близость ее радикального решения. Одной из нестандартных методик терапии САЛВ является процедура аутолипофилинга, то есть перемещения некоторого объема собственной жировой ткани из мест ее избыточного скопления в дефицитарный участок. Преимуществами метода являются его минимальная инвазивность, он не требует больших разрезов и длительной реабилитации. Используется аутологичная ткань, полностью исключающая риск иммунологического отторжения или аллергической реакции. Одновременно достигается эстетический эффект, который важен для психологической реабилитации женщин при данном заболевании. Терапевтические эффекты липофилинга обусловлены биологической активностью жировой ткани и содержащихся в ней стволовых клеток. Основные механизмы действия включают следующие: аутологичная жировая ткань содержит мезенхимальные стволовые клетки, которые обладают способностью дифференцироваться в различные типы клеток и стимулировать восстановление поврежденных структур. Они также способствуют выработке коллагена, улучшая эластичность и текстуру кожи. Введение жировой ткани улучшает микроциркуляцию, так как трансплантированные клетки стимулируют рост новых кровеносных сосудов. Это способствует повышению оксигенации тканей и ускоряет их заживление. Жировая ткань обладает способностью снижать воспаление путем подавления провоспалительных цитокинов и активации противовоспалительных механизмов. В связи с чем целью нашего исследование было применение аутолипофилинга у пациенток с тяжелым течением САЛВ.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 25 пациенток с диагнозом склероатрофический лихен вульвы в возрасте от 37 до 63 лет с тяжелым течением САЛВ. Все пациентки до процедуры прошли обследование на урогенитальные инфекции и при необходимости получили антибактериальное лечение, а также подписали информированное согласие. Процедуре аутолипофилинга предшествовал курс фотодинамической лазеротерапии. Под местной анестезией после инфильтрации подкожно-жировой клетчатки в области гипогастрия выполняли забор жировой ткани в объеме 10-20 мл в зависимости от площади поражения. Полученную жировую ткань декантировали от инфильтрационного раствора. Затем выполняли эмульсификацию жировой ткани с помощью специальной канюли для нанографтинга. Полученную фракцию жира вводили в пораженный участок линейно-ретроградной техникой в объеме 10–20 мл субмукозно шприцом с иглой 26G при равномерном распределении в области очага САЛВ. В послеоперационном периоде выполнялась антисептическая обработка области операции, рекомендовалось ношение компрессионного белья в области липосакции. Анализ исходного

состояния и динамики клинической тяжести заболевания производился по шкале CLISSCO с учетом клинико-морфологических параметров.

Результаты и выводы. Если исходный показатель тяжести клинико-морфологических параметров по шкале CLISSCO составлял 34,6±3,8 балла, то уже через 3 месяца после проведенного лечения наблюдалось уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания, которое сохранялось и становилось устойчивым в последующие сроки наблюдения. А через 12 месяцев после проведенного лечения данный показатель снизился до 18,9±2,6 балла ($p<0,05$). На фоне проводимого лечения отмечалось последовательное уменьшение выраженности субъективных жалоб, регресс клинических проявлений заболевания и частичное восстановление анатомических структур вульвы. Наиболее выраженные гистологические признаки эффективности аутолипофилинга наблюдались через 12 месяцев после лечения и характеризовались уменьшением воспалительных изменений, снижением плотности лимфогистиоцитарной инфильтрации, уменьшением выраженности гиалиноза дермы и восстановлением архитектоники соединительной ткани. Одновременно отмечалось увеличение количества зрелых фибробластов, появление новообразованных капилляров и формирование более упорядоченных коллагеновых волокон. Кроме того, наблюдалось частичное восстановление толщины эпидермиса и уменьшение признаков атрофии тканей.

Заключение. Таким образом, процедура аутолипофилинга при склероатрофическом лихене способствует стабилизации эффекта, полученного в ходе фотодинамической лазеротерапии и не только уменьшает такие симптомы, как сухость, жжение, чувство стягивания, болезненность, но и способствует восстановлению нормальной структуры тканей, влажности, жирности, обеспечивая длительный терапевтический эффект особенно при тяжелых формах заболевания.

T-LAB PRP-ТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ДИСТРОФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ВУЛЬВЫ

Порсохонова Д.Ф.[1], Иноятов А.Ш.[2], Рахматуллаева С.Н[3]
[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский Центр Дерматовенерологии и Косметологии, Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730120

Актуальность. Согласно современной терминологии в группу предопухолевых заболеваний вульвы, объединяемых единым термином «дистрофические заболевания вульвы» (ДЗВ), входят: склероатрофический лишай или лихен вульвы (САЛВ) (устаревший клинико-исторический термин «краурозе»), плоскоклеточная гиперплазия (аналогичная трактовка – «лейкоплакия») вульвы и другие. Упорный характер беспокойств при дистрофических заболеваниях вульвы, зуд, существенно ухудшает качество жизни больных. Частое рецидивирование процесса, длительное и упорное течение заболевания, необоснованное и малоэффективное использование лекарственных средств приводит к развитию у больных различных психосоматических нарушений, оказывающих неблагоприятное воздействие на состояние организма в целом. Все это является основанием для поиска новых, более эффективных методов терапии. Существующие консервативные и хирургические методы, не обеспечивают полного устранения зуда и местных морфологических проявлений заболевания, не достигают длительных ремиссий и требуют продолжительных сроков лечения. Получивший признание в ряде сфер медицины метод PRP T-Lab (Platelet-Rich Plasma, плазма, обогащённая тромбоцитами) позволяет успешно применять его при нарушении трофики тканей, а также с целью омоложения. Тромбоциты содержат факторы роста, которые могут участвовать в процессах восстановления тканей. В связи с этим, целью нашего исследования явилось применение новой методики лечения PRP T-Lab в лечении САЛВ.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 65 женщин с диагнозом склероатрофический лихен от 18 до 65 лет, которые после предварительного обследования и стандартной терапии получили серию из восьми процедур (интервалы: 2–4 недели). Для выполнения PRP T-Lab производился забор из вены 15-20 мл собственной крови, далее 4-х минутное центрифугирование, для разделения плазмы с тромбоцитами от эритроцитов, далее отделяли плазму с повышенной концентрацией тромбоцитов и вводили её подкожно в область гениталий. Двойное центрифугирование крови дало следующие четыре типа плазменных фракций с разными параметрами: плазма, богатая тромбоцитами (C-PRP и PRP LCC) и фибрин, богатый тромбоцитами (I-PRF и F-PRF), каждый с двумя разными концентрациями тромбоцитов (202% в первой центрифуге и 148% во второй). Состояние пораженных участков вульвы оценивалось визуально, дерматоскопически, а также с использованием мультискин-теста (кутометрии).

Результаты и обсуждение. После проведенного курса терапии отмечено значительное улучшение состояния кожных и слизистых покровов вульвы, уменьшение и прекращение зуда, чувства жжения, стягивания, болезненности. Статистический анализ показал эффективность терапии производными крови в примененном режиме. Увеличение эластичности кожи было статистически значимо после следующей методики: восемь сеансов с интервалом в 2–4 недели, каждый из которых включал 1 мл инъекций C-PRP в область лобка, 1 мл I-PRF - в область больших половых губ, а также 3,5 мл PRP LCC и 3,5 мл F-PRF - в область малых половых губ. Кроме того, было зафиксировано значительное улучшение эластичности кожи в области промежности и преддверия влагалища ($F(3, 24) = 4{,}5170$ при $p = 0{,}011971$ для промежности и $F(3, 24) = 9{,}2327$ при $p = 0{,}000305$ для преддверия влагалища, соответственно). В дальнейшем после процедур у больных отмечалось улучшение текстуры и качества кожи; признаки

стимуляции процессов восстановления кожи: восстановление пигмента, появление тургора и здорового блеска.

Заключение. Проведенное исследование подтверждает эффективность инъекций C-PRP, PRP LCC и I-PRF, а также F-PRF в увеличении физиологической плотности и эластичности кожи и, в меньшей степени, толщины кожи в определённых областях гениталий, подвергшихся атрофическим изменениям. Полученные результаты подчёркивают потенциал аутологичных компонентов тромбоцитарной плазмы и фибрина в интимной зоне при САЛВ, которые обеспечивают значительное улучшение качества кожи и слизистых и удовлетворённости пациенток.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО КОНДИЛОМАТОЗА У БЕРЕМЕННЫХ С АНЕМИЕЙ

Порсохонова Д.Ф.[1], Росстальная М.Л.[2]

DOI: 10.67620/dermajournal.1730121

Актуальность. Остроконечные кондиломы (ОК) гениталий у женщин представляют собой достаточно сложный процесс, который в последние годы отнесен к фоновым заболеваниям женских гениталий. Особо уязвимую группу риска по заболеваемости ОК представляют беременные, особенно те, у которых еще до беременности существовало анемичное состояние. Но и анемия, развившаяся во время беременности может усугублять физиологический иммунодефицит, характерный для беременности. В связи с чем целью нашего исследования было изучение характера клинического течения и спектра ИППП у беременных с ОК и диагностированной анемией и без нее.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 48 беременных на различных сроках с ОК в возрасте от 18 до 34 лет. С учетом физиологической гемоделюции при беременности допустимым считается снижение показателя гематокрита до 0,32, гемоглобина – до 100 г/л, эритроцитов – до 3,5×1012/л. Дальнейшее снижение показателей красной крови следует расценивать как истинную анемию. По данному критерию пациентки были разделены на 2 группы наблюдения: в 1-ю группу вошли беременные с ОК без анемии (23 женщины), во 2-ю беременные с ОК на фоне анемии (25 женщин). Всем пациенткам помимо общеклинического обследования было произведено обследование на наиболее распространенные ИППП, а также 21 тип ВПЧ, включая низко-, средне- и высокоонкогенные методом ПЦР. Для сравнительной характеристики были определены следующие критерии: рецидивирующее течение ОК, их быстрый рост, площадь кондилом свыше 5 см^2, присутствие сопутствующих инфекций, передающихся половым путем (ИППП), включая ВПЧ, патология шейки матки (эрозии, полипы, цервикоинтраэпителиальные неоплазии), обильные выделения из половых путей, признаки раннего или позднего токсикоза беременных (тошнота, рвота, повышение давления), нерациональное питание (те или иные ограничения в рационе, продиктованные отсутствием аппетита, сменой вкусов и пищевых привычек в период беременности).

Результаты и обсуждение. В результате сравнительной характеристики 2-х групп наблюдения удалось выявить значимые различия по ряду клинических характеристик. Так, установлено, что количество рецидивов ОК, превышающее 2 эпизода, отмечено преимущественно во 2-й группе наблюдения. Тенденция к быстрому росту кондилом также была отмечена среди пациенток 2-й группы. Площадь кондилом, превышающая 5 см^2 и их расположение на стенках влагалища и шейки матки также преобладало у пациенток 2-й группы наблюдения. Поражения шейки матки (эндоцервициты, эрозии, полипы, кондиломы) встречались чаще во 2-й группе наблюдения. Более обильные выделения из половых путей также были отмечены у беременных с анемией. Достоверные различия между сравниваемыми группами были получены и при оценке характера питания беременных: для беременных с анемией было характерно несбалансированное по белково-углеводному и жировому составу питание, без соблюдения определенного режима. Многие пациентки этой группы объясняли появившуюся в связи с беременностью тягу к легким углеводам (мучное, шоколад, газированные напитки), не имеющим питательной ценности. Ряд пациенток 2-й группы (60,0%) отмечали явления сильного токсикоза с ранних сроков, в связи с которым их прием пищи был крайне ограниченным и скудным.

Характеристика микробного состава урогенитального тракта, которую в обязательном порядке следует проводить при появлении остроконечных кондилом, показала, что сопутствующие ИППП, такие как уреаплазмоз также чаще встречались у беременных с

анемией, но недостоверно. Из прочих условно-патогенных возбудителей во 2-й группе преобладали грибы рода Candida и Gardnerella vaginalis, что указывает на нарушение баланса микрофлоры, которое может создавать условия для дальнейшего роста кондилом.

Учитывая, что в период беременности назначение противовирусных и иммуномодулирующих медикаментозных средств в отношении папилломавирусной инфекции имеет большие ограничения, то ожидаем риск рецидивов ОК. Этот риск, безусловно, поддерживается анемичным состоянием и может усугубляться без адекватной коррекции. В связи с чем, тщательное формирование программы питания беременных с анемией и щадящая медикаментозная коррекция; санация сопутствующих ИППП и других инфекций, способных поддерживать дисбиоз влагалищной среды, приводящий к усилению выделений из половых путей и зуду в области гениталий; синхронное обследование и лечение полового партнера во избежание повторных заражений имеют важное значение для успешного лечения ОК у беременных.

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ПАЦИЕНТОК К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВУЛЬВЫ: КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

Порсохонова Д.Ф.[1], Илесова Н.Н.[2]

DOI: 10.67620/dermajournal.1730122

Актуальность. В настоящее время комплаенс рассматривается, как один из значимых показателей эффективности лечения, отражающий степень соблюдения пациентом медицинских рекомендаций. В клинической практике данный термин характеризует приверженность пациента назначенной терапии, включая соблюдение режима приема лекарственных препаратов и выполнение врачебных предписаний. Особую значимость оценка комплаенса приобретает при ведении пациенток с хроническими, дистрофическими заболеваниями вульвы, поскольку лечение данной группы патологий нередко носит длительный и изнурительный характер. Несоблюдение рекомендаций врача может способствовать неадекватной диагностике и снижению эффективности терапии, хронизации патологического процесса и ухудшению психосоциального состояния пациенток. Заболевания вульвы представлены широким спектром патологических состояний, включая воспалительные процессы, лейкоплакию, крауроз, а также предраковые и злокачественные заболевания. Наличие выраженного физического и психологического дискомфорта при данных состояниях может отрицательно влиять на приверженность пациенток лечению. В связи с этим наряду со своевременной диагностикой и назначением рациональной терапии важное значение имеет контроль соблюдения пациентками рекомендаций и назначенной схемы лечения. Комплаенс является важной составляющей эффективного ведения пациентов и предполагает активное участие как врача и пациента, так и системы здравоохранения. По данным исследований ВОЗ, низкая приверженность пациентов к назначенной терапии ассоциируется с повышением риска осложнений и неблагоприятных исходов лечения. Особенно актуальным соблюдение врачебных рекомендаций является при хронических воспалительных и дистрофических заболеваниях женских половых органов, в том числе при вульвите и лейкоплакии, лечение которых требует длительной и последовательной терапии. Недостаточная приверженность лечению может снижать его эффективность, способствовать прогрессированию патологического процесса и повышать риск развития осложнений. В связи с чем целью нашего исследование было изучение вопроса своевременного обращения и приверженности лечению пациенток со склероатрофическим лихеном вульвы (САЛВ).

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 80 пациенток с диагнозом склероатрофический лихен вульвы в возрасте от 18 до 65 лет с различной степенью тяжести САЛВ. В рамках исследования проведена оценка уровня комплаенса и своевременности обращения за медицинской помощью у пациенток с САЛВ. Исследование основывалось на анализе клинико-анамнестических данных, результатов опроса и анкетирования пациенток. Особое внимание уделялось срокам обращения за специализированной медицинской помощью от момента появления первых симптомов заболевания, а также выявлению факторов, потенциально влияющих на приверженность пациенток к обследованию и лечению. Для оценки своевременности обращения определяли временной интервал между появлением первых клинических проявлений заболевания и первичным обращением к медицинскому специалисту. В зависимости от продолжительности данного периода пациентки распределялись на соответствующие группы: обратившиеся непосредственно после появления симптомов, в течение нескольких месяцев, через 1–2 года и более длительный период. Дополнительно изучались причины отсроченного обращения, включая психологические барьеры, чувство стеснения, страх онкологического заболевания,

финансовые ограничения, недостаточная информированность о заболевании и отсутствие четкого понимания необходимости обращения к профильному специалисту. Полученные в ходе анкетирования и клинико-анамнестического обследования данные систематизировали и подвергали статистической обработке. Проведенный анализ позволил оценить особенности комплаенса пациенток с САЛВ и определить основные факторы, ассоциированные с несвоевременным обращением за специализированной медицинской помощью.

Результаты и выводы.

По результатам исследования у пациенток с САЛВ выявлена низкая приверженность к своевременному обращению за медицинской помощью. Лишь 2 (2,5%) пациентки обратились к специалисту сразу после появления первых симптомов. У 28 (35,0%) обращение произошло через 2 месяца, у 22 (27,5%) — через 6 месяцев, у 8 (10,0%) — через 1 год, у 15 (18,7%) — через 2 года, у 3 (3,7%) — более чем через 5 лет, у 2 (2,5%) — спустя более 10 лет. Основными причинами позднего обращения были чувство стеснения — 48 (60,0%), финансовые ограничения — 14 (17,5%), отсутствие информации о профиле необходимого специалиста — 10 (12,5%) и страх выявления онкологического заболевания — 8 (10,0%). Самостоятельное лечение до обращения к нам предпринимали 47 (58,7%) пациенток. Ранее лечение по поводу САЛВ получали 44 (55,0%) пациентки, но в большинстве случаев лечение ограничивалось наружной мазевой терапией, из них 28 (35,0%) проходили терапию неоднократно. Положительный эффект лечения отметили 17 (21,3%) пациенток, временное улучшение — 12 (15,0%), отсутствие эффекта — 16 (20,0%), ухудшение состояния — 12 (15,0%). Недостаток финансовых возможностей для обследования и лечения отметили 52 (65,0%) пациентки. Заболевание сопровождалось выраженным психоэмоциональным дискомфортом: ухудшение настроения и общего самочувствия отмечали 70 (87,5%) пациенток, чувство смущения в связи с локализацией заболевания — 68 (85,0%), частые стрессовые ситуации — 64 (80,0%). Недостаточную социальную поддержку отметили 58 (72,5%) пациенток, которые предпочитали скрывать заболевание от близких; лишь 22 (27,5%) указали на наличие моральной или материальной поддержки со стороны семьи. Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к ведению пациенток с САЛВ, включающего повышение информированности о заболевании, раннее обращение за специализированной помощью, доступность диагностических и лечебных мероприятий, а также учет психологических и социальных факторов, влияющих на приверженность лечению и необходимость моральной поддержки со стороны близких, семьи и медицинского персонала.

Заключение. Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что низкая приверженность пациенток с САЛВ к своевременному обращению за медицинской помощью обусловлена сочетанием психологических, социальных, информационных и экономических факторов. Значительная часть пациенток обращается к специалисту спустя длительное время после появления первых симптомов, нередко прибегая к самостоятельному лечению или неоднократному проведению терапии. Выраженный психоэмоциональный дискомфорт, чувство стеснения, страх онкологического заболевания, недостаточная социальная поддержка и финансовые ограничения могут существенно затруднять своевременную диагностику и лечение. В связи с этим совершенствование медицинской помощи пациенткам с САЛВ должно предусматривать не только оптимизацию диагностических и лечебных подходов, но и проведение информационно-образовательных мероприятий, направленных на повышение осведомленности женщин, снижение психологических барьеров и формирование приверженности к своевременному обследованию и лечению.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ФИКСИРОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ЭРИТЕМЫ

Пягай Г.Б.
Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730123

Фиксированная лекарственная эритема (ФЛЭ) является одной из характерных форм лекарственных кожных реакций, отличительной особенностью которой служит повторное возникновение воспалительных высыпаний в одних и тех же анатомических участках при повторном контакте с причинно-значимым лекарственным препаратом. Актуальность проблемы определяется: широким распространением лекарственных средств, способных индуцировать ФЛЭ**,** включая антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, анальгетики и другие широко используемые лекарственные средства, доступностью данных препаратов в аптечной сети для населения, в некоторых случаях необоснованной полипрагмазией. С учетом широкого развития фарминдустрии определенный интерес представляют современные клинико-анамнестические особенности данной патологии. На основе анализа амбулаторного приема за последние 5 лет были изучены некоторые клинико-анамнестические характеристики ФЛЭ. Всего за данный период – 2022-2026 г данный диагноз был установлен в 35 случаях. Большинство составили мужчины – 21 (60%), женщин было – 14 (40%). Возраст пациентов составил от 5 до 69 лет. По возрасту пациенты распределились следующим образом: детей до 18 лет – 3 (8,6%), 18-30 лет – 11 (31,4%), 31-40 лет – 5 (14,3%), 41-50 лет – 6 (17,1%), 51-60 лет – 17,1%, 60 и старше – 4 (11,4%). Изучение причинного фактора ФЛЭ удалось выяснить в 31 (88,6%) случаев, тогда как в 4 случаях (11,4%) возникновение заболевания было спровоцировано несколькими принимаемыми лекарственными средствами, и не позволило выделить определенный этиологический фактор. Клиническая манифестация заболевания была представлена одним очагом только в 5 (14,3%) случаях, в то время как у 30 (85,7%) пациентов наблюдались два и более очага поражения. Во всех 5 случаях с одним очагом поражения это были мужчины, и клиническая картина характеризовалась поражением кожи в области гениталий, в то время как клиническая картина у женщин носила более распространенный характер. Таким образом, исследование продемонстрировало, что большинство пациентов (80%) обратившихся на прием, были активного работоспособного возраста, дети и взрослые старше 60 лет – составили всего 20%, а клиническая картина характеризовалась в большинстве случаев множественными очагами поражения.

TERI SALOMATLIGINI TA’MINLASHDA BIOLOGIK FAOL MODDALAR VA ANTIOKSIDANTLARNING AHAMIYATI

Raximova Xilolaxon Rustamjonovna[1], Toirov Botirjon Abduqodir o‘g‘li[2]
[1]Central Asian Medical University xalqaro tibbiyot universiteti
"Tibbiy kimyo va farmakologiya" kafedrasi v.b dotsenti, k.f.f.d (PhD),
[2]“Pediatriya “ yo‘nalishi 3-bosqich talabasi

DOI: 10.67620/dermajournal.1730124

ANNOTATSIYA.

Ushbu tezisda teri salomatligini saqlash va uning fiziologik holatini yaxshilashda biologik faol moddalar hamda antioksidantlarning ahamiyati yoritilgan. Teri organizmning tashqi muhit bilan bevosita aloqada bo‘lgan muhim a’zosi sifatida turli fizik, kimyoviy va biologik omillar ta’siriga uchraydi. Ayniqsa, oksidlovchi stress, ultrabinafsha nurlanish, noqulay ekologik sharoit va noto‘g‘ri ovqatlanish teri hujayralarida metabolik jarayonlarning buzilishiga olib kelishi mumkin. Antioksidantlarning erkin radikallarni neytrallashdagi roli, kollagen sintezi va terining himoya xususiyatlarini qo‘llab-quvvatlash mexanizmlari tahlil qilingan. Shuningdek, o‘simliklardan olinadigan biologik faol birikmalarning dermatologiya va estetik tibbiyotdagi istiqbollari ko‘rib chiqilgan.

Kalit so‘zlar: *teri salomatligi, antioksidantlar, oksidlovchi stress, biologik faol moddalar, kollagen, flavonoidlar, polifenollar, dermatologiya, estetik tibbiyot.*

Kirish

Teri inson organizmining eng katta a’zolaridan biri bo‘lib, organizmni tashqi muhitning zararli ta’sirlaridan himoya qilish, tana haroratini boshqarish, suv-tuz almashinuvini ta’minlash va sezgi funksiyalarini bajarishda muhim ahamiyatga ega. Teri to‘qimalarining normal faoliyati ko‘plab biokimyoviy jarayonlar, jumladan, oqsil, lipid va uglevod almashinuvi bilan chambarchas bog‘liq.

Zamonaviy dermatologiya va estetik tibbiyotda terining fiziologik holatini saqlash, qarish jarayonlarini sekinlashtirish hamda turli tashqi omillarning salbiy ta’sirini kamaytirishga alohida e’tibor qaratilmoqda. Bunda biologik faol moddalar, ayniqsa, antioksidant xususiyatga ega birikmalardan foydalanish istiqbolli yo‘nalishlardan biri hisoblanadi.

Asosiy qism

Organizmda moddalar almashinuvi jarayonida erkin radikallar va reaktiv kislorod turlari hosil bo‘ladi. Ularning miqdori fiziologik darajadan oshib ketganda oksidlovchi stress yuzaga keladi. Oksidlovchi stress hujayra membranalari lipidlarining peroksidlanishi, oqsillarning oksidlanishi va hujayra tuzilmalarining shikastlanishiga sabab bo‘lishi mumkin. Teri to‘qimalari tashqi muhit bilan bevosita aloqada bo‘lganligi sababli bunday jarayonlarga nisbatan ayniqsa sezgir hisoblanadi.

Antioksidantlar erkin radikallar va reaktiv kislorod turlarining ortiqcha miqdorini kamaytirishda muhim biologik rol o‘ynaydi. Organizmning antioksidant himoya tizimiga superoksiddismutaza, katalaza va glutationperoksidaza kabi fermentlar, shuningdek, askorbin kislotasi, tokoferol va boshqa biologik faol birikmalar kiradi. Ushbu tizimlarning muvozanatli faoliyati teri hujayralarining normal metabolizmini saqlashga yordam beradi.

Teri biriktiruvchi to‘qimasining asosiy strukturaviy oqsillaridan biri kollagen hisoblanadi. Kollagen terining mustahkamligi va elastikligini ta’minlashda muhim o‘rin tutadi. Kollagen sintezi va yangilanish jarayonlarining samaradorligi vitaminlar, mineral moddalar, aminokislotalar hamda boshqa biologik faol komponentlarning yetarli bo‘lishiga bog‘liq. Xususan, askorbin kislotasi kollagen biosintezida ishtirok etuvchi muhim kofaktor hisoblanadi.

O‘simliklar tarkibidagi flavonoidlar, polifenollar, fenol kislotalari va boshqa ikkilamchi metabolitlar ham antioksidant xususiyatlari bilan katta qiziqish uyg‘otmoqda. Ushbu birikmalar erkin radikallarni bog‘lash, oksidlovchi jarayonlarni cheklash va hujayralarni oksidlovchi stressdan himoya qilishda potensial ahamiyatga ega.

Dermatologiya va estetik tibbiyotda o‘simlik xomashyosidan olingan biologik faol komponentlardan foydalanish tabiiy kelib chiqishi, turli biologik xususiyatlari va kompleks ta’sir ko‘rsatish imkoniyati bilan istiqbolli hisoblanadi. Ayniqsa, flavonoidlar va polifenollarga boy o‘simlik ekstraktlarini kosmetik va dermatologik vositalar tarkibida qo‘llash bo‘yicha ilmiy izlanishlar davom etmoqda.

Shu bilan birga, biologik faol moddalarni qo‘llashda ularning kimyoviy tarkibi, biologik faolligi, xavfsizligi va konsentratsiyasi ilmiy asosda baholanishi lozim. Tabiiy kelib chiqishga ega bo‘lishi har qanday moddaning avtomatik ravishda xavfsiz ekanligini anglatmaydi. Shu sababli zamonaviy dermatologiya va estetik tibbiyotda biokimyo, farmakologiya, biologiya va klinik tibbiyot fanlari o‘rtasidagi fanlararo yondashuv muhim ahamiyat kasb etadi.

Xulosa

Teri salomatligini saqlash va uning funksional holatini qo‘llab-quvvatlashda antioksidantlar hamda boshqa biologik faol moddalarning ahamiyati katta. Oksidlovchi stressni nazorat qilish, hujayra membranalarini himoya qilish va kollagen almashinuvini qo‘llab-quvvatlash terining normal fiziologik holatini saqlashning muhim omillaridan biridir.

O‘simliklardan olinadigan flavonoidlar, polifenollar va boshqa biologik faol birikmalar dermatologiya hamda estetik tibbiyot uchun istiqbolli tabiiy manbalar sifatida qaralishi mumkin. Kelgusida ushbu birikmalarning kimyoviy tarkibi, biologik faolligi va xavfsizligini chuqur o‘rganish asosida innovatsion dermatologik va kosmetik vositalar yaratish imkoniyatlari kengayadi. Bunday tadqiqotlarda biokimyoviy, farmakologik va klinik yondashuvlarning uyg‘unligi samarali natijalarga erishish imkonini beradi.

ИММУНОБИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ПСОРИАЗА

Рахматиллаева Г.
Научный руководитель: Агзамходжаева С.С., Ташкентский Государственный медицинский университет, г.Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730125

Ключевые слова: *псориаз, гомоцистеин, фолатный обмен, витамин B12, фолиевая кислота, иммуновоспаление, IL-23/Th17/IL-17*.

Актуальность. Псориаз — хроническое иммуновоспалительное заболевание, в патогенезе которого ведущую роль играет ось IL-23/Th17/IL-17. Важное значение в поддержании системного воспаления могут иметь метаболические нарушения, в частности дисрегуляция фолатного обмена и гипергомоцистеинемия.

Цель исследования. Изучить особенности иммунобиологических и метаболических нарушений у больных псориазом с нарушением фолатного обмена.

Материалы и методы. Обследованы 54 больных псориазом, средний возраст составил 48 лет, у которых выявлены нарушения фолатного обмена и повышение уровня гомоцистеина. Определяли концентрации гомоцистеина, фолиевой кислоты и витамина B12, показатели клеточного и гуморального иммунитета и маркеры системного воспаления. Тяжесть заболевания оценивали по индексу PASI.

Результаты. Средний уровень гомоцистеина у больных псориазом составил **12,4±6,8 мкмоль/л,** что достоверно превышало показатель контрольной группы — **6,14±1,04 мкмоль/л (p=0,001).** Одновременно отмечалось снижение уровня витамина B12 (**150,3±22,5 против 198,0±11,4 пг/мл; p=0,011)** и фолиевой кислоты **(11,1±2,4 против 13,4±2,1 нмоль/л; p=0,0173**). Выявленные изменения свидетельствуют о нарушении фолат-зависимого метаболизма у пациентов с псориазом. Гипергомоцистеинемия может способствовать поддержанию системного воспаления посредством оксидативного стресса и эндотелиальной дисфункции, потенцируя иммуновоспалительные процессы. При этом активация оси IL-23/Th17/IL-17 способствует гиперпролиферации кератиноцитов и поддержанию хронического воспаления кожи.

Заключение. У больных псориазом выявляется сочетание **гипергомоцистеинемии, снижения уровня фолиевой кислоты и витамина B12** с иммуновоспалительными изменениями. Нарушение фолатного обмена может рассматриваться как дополнительный метаболический компонент патогенеза псориаза, взаимодействующий с механизмами хронического иммунного воспаления.

РОЛЬ КОЖНОГО БАРЬЕРА И МИКРОБИОМА В РАЗВИТИИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ЭСТЕТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ: СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОРРЕКЦИИ

С. А. Рахматов
Международный медицинский университет «Central Asian Medical University», г. Фергана, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730126

Актуальность исследования. В патогенезе рецидивирующих дерматозов (папуло-пустулезное акне, розацеа, атопический дерматит) и ускоренного возрастного увядания кожи ключевую роль играет дестабилизация эпидермального барьера, тесно связанная с дисбиозом кутанеомного микробиома. Нарушение целостности рогового слоя и снижение уровня церамидов приводят к траноэпидермальной потере воды (TEWL), что создает благоприятную среду для колонизации патогенных штаммов (*Cutibacterium acnes* типа IA1, *Staphylococcus aureus*) и угнетения комменсальной микрофлоры (*Staphylococcus epidermidis*). Стандартные методы терапии, нередко включающие агрессивные антисептики, способны усугублять барьерную дисфункцию, что обосновывает необходимость внедрения корригирующих схем на основе про- и пребиотических комплексов, а также физиологических липидов.

Цель исследования. Оценить клинико-функциональную эффективность комплексной коррекции дерматологических и эстетических нарушений кожи путем восстановления эпидермального барьера и нормализации ее микробиома.

Материалы и методы. В исследование были включены 70 пациентов (возраст от 18 до 42 лет) с признаками дерматологических нарушений (акне I–II степени легкой и средней тяжести, эритематозно-телеангиэктатическая розацеа, выраженная ксеродермия). На основе характера проводимой терапии пациенты были разделены на две группы: I группа (n = 35) получала патогенетическую коррекцию с включением топических пре/пробиотиков и эпидермальных липидов (церамиды 1, 3, 6-II, холестерол, свободные жирные кислоты); II группа (n = 35) проходила базовую традиционную терапию. Оценка состояния кожи проводилась до начала лечения и через 8 недель с помощью корнеометрии (гидратация), вапориметрии (TEWL), себуметрии и pH-метрии.

Статистический анализ: Данные обрабатывались в программе SPSS 26.0. Анализ нормальности распределения выполнялся с помощью критерия Шапиро-Уилка. Количественные показатели с нормальным распределением представлены в виде M \pm m, с непараметрическим - как Me [Q_1; Q_3]. Сравнение независимых групп проводилось с использованием t-критерия Стьюдента и U-критерия Манна-Уитни. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Полученные результаты. Через 8 недель терапии у пациентов I группы зарегистрировано существенное улучшение биофизических параметров кожи по сравнению со II группой (см. таблицу). В частности, показатель транссэпидермальной потери воды (TEWL) в I группе снизился почти в два раза, что свидетельствует о полноценном восстановлении липидного мантийного слоя.

Сдвиг pH кожи в кислую сторону (5,4 \pm 0,1) в I группе способствовал угнетению роста патогенной флоры и снижению воспалительных элементов на 64,2\% против 38,5\% во II группе ($p < 0,001$).

Динамика биофизических показателей кожи до и после 8 недель терапии

Показатель	I группа (Барьерно-микробиомный протокол, n=35)	II группа (Базовая терапия, n=35)	Статистический критерий	p-value
Уровень гидратации (корнеометрия, усл. ед.)	54,2 \pm 2,1 (исх. 31,4 \pm 1,8)	41,8 \pm 1,9 (исх. 32,1 \pm 1,7)	t = 4,38	p < 0,001
TEWL (вапориметрия, г/м²/ч)	11,2 [9,4; 13,1] (исх. 22,8)	17,5 [15,2; 19,8] (исх. 23,1)	U = 94,5	p < 0,001
Кислотно-щелочной баланс (pH)	5,4 \pm 0,1 (исх. 6,3 \pm 0,2)	5,9 \pm 0,1 (исх. 6,2 \pm 0,2)	t = 3,53	p = 0,001
Снижение воспалительных элементов, %	64,2 \pm 3,4	38,5 \pm 2,9	t = 5,75	p < 0,001

Выводы. Коррекция дерматологических дефектов с обязательным учетом состояния эпидермального барьера и микробиома позволяет нивелировать явления сурункали яллиғланиш и стабилизировать гидролипидный баланс. Включение средств, содержащих физиологические липиды и микробиом-протективные компоненты, статистически значимо улучшает показатели гидратации и TEWL (p < 0,001), сокращая риски рецидивирования косметологических патологий.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЕТАЛЕЙШМАНИОЗА

А.Б.Рахматов[1], Ж.Ш.Нарзиев[2], Б.Р.Мадреймов[3]
[1,2,3,4]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730127

Цель исследования. Изучить клинические особенности течения металейшманиоза и разработать метод терапии данного дерматоза.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 10 больных с установленным диагнозом металейшманиоза (мужчин-5, женщин-5) в возрасте от 35 до 60 лет. Все больные являются жителями эндемичных зон по кожному лейшманиозу. Были применены микроскопические исследования на обнаружение телец Боровского и ПЦР в режиме реального времени для установления вида лейшманий. В лечении был использован препарат V-валентной сурьмы (глюкантим) в виде мезотерапии в сочетании с системной кортикостероидной терапией.

Результаты исследования. Проведенное лечение позволило значительно улучшить клиническое течение металейшманиоза, ускорилась эпителизация очагов и прекратилось появление бугорковых элементов. Ни в одном случае не отмечалось либо системных, либо местных побочных явлений от применения глюкантима. Во всех клинических наблюдениях данные ПЦР-исследований после проведенного лечения имели отрицательный результат.

Выводы. Разработанная схема лечения больных металейшманиозом, заключающаяся в применении комбинации системных кортикостероидных препаратов в сочетании с глюкантимом, вводимым в виде мезотерапии, позволяет значительно ускорять регресс проявлений дерматоза.

ПЦР-ДИАГНОСТИКА ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

А.Б.Рахматов[1], А.Р.Акромов[2], А.Ж.Утаев[3], Ю.А.Алимухамедова[4]
[1,2,3,4]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730128

Актуальность. В последнее время во всем мире отмечается рост числа случаев с необычными, атипичными, хроническими и резистентными проявлениями дерматомикозов. Устойчивый к лечению дерматофитоз, вызванный Trichophyton mentagrophytes, стал глобальной угрозой общественному здравоохранению, особенно в эндемичных странах, таких как Индия, и распространяется на многие другие страны. Это реальное распространение вызывает тревогу из-за увеличения резистентности к тербинафину, который воздействует на пути биосинтеза эргостерола путем ингибирования фермента скваленэпоксидазы к тербинафину у грибов рода Trichophyton. До 2021 года в Узбекистане не было возможности проведения исследований по выявлению резистентных и устойчивых к тербинафину грибов рода Trichophyto у пациентов с грибковыми поражениями кожи, ногтей и волос, из-за недоступности необходимых диагностических тест-систем. Начиная с 2024 года в РСНПМЦДВиК МЗ РУз стали проводиться ПЦР-исследования на определение устойчивости к тербинафину, вызванных мутацией в SQLE-гене у грибов Trichophyton с помощью набора «Derma Genius Resistance Multiplex» (Нидерланды).

Цель исследования: выявить резистентные и устойчивые к тербинафину виды Trichophyton, вызванные мутацией в SQLE-гене с помощью набора ПЦР в реальном времени «Derma Genius Resistance Multiplex» в образцах, полученных от пациентов с грибковыми поражениями кожи, ногтей и волос.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось 202 больных с грибковыми заболеваниями, из них 108 (53,5%) больных с трихофитиями, 24 (11,9%) – микозом стоп и 70 (34,6%) – онихомикозами. Были проведены исследования образцов ДНК полученных из соскобов эпителиальных клеток с пораженных участков кожного покрова, волосистой части головы, межпальцевых промежутков, а также фрагментов ногтевых пластин. При сквамозной форме микоза гладкой кожи исследовали муковидные чешуйки из кожных борозд, взятые в результате поскабливания, при дисгидротической форме микотического поражения кистей и стоп брали пробы с отслаивающегося эпидермиса по периферии очагов, а при поражении ногтевых пластинок роговые массы соскабливали стерильным скальпелем.

Полученные результаты. В общей группе больных дерматомикозами ген SQLE был выявлен у 65 из 202 (32,2%) больных, причем наиболее часто у больных с трихофитиями, чем при онихомикозах: у 38 из 108 (35,2%) и у 12 из 70 (17,1%), соответственно. Полученные результаты позволили усовершенствовать методику лечения данных дерматомикозов, включением системного антимикотического препарата итраконазолового ряда, что позволило повысить терапевтическую эффективность проводимого метода.

Заключение. Набор для мультиплексной ПЦР-диагностики резистентности «DermaGenius» оказался надежным инструментом для выявления мутаций, связанных с устойчивостью к тербинафину и подходит для первичного скрининга на устойчивость к тербинафину. Набор для ПЦР-исследований позволяет напрямую тестировать клинические образцы, значительно сокращая время выполнения по сравнению с традиционными методами, которые могут занимать время более одного месяца.

ТАКРОФОРД В ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

А.Б.Рахматов
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730129

До настоящего времени проблема витилиго остается актуальной проблемой для дерматологии, так как сохраняется тенденция к увеличению частоты дерматоза и возникают определенные сложности при лечении данной патологии. Применяемые лекарственные средства позволяют получать репигментацию витилигинозных очагов примерно у 40-60% пациентов, причем во многих случаях требуется длительная поддерживающая терапия, которая может осуществляться за счет разнообразных наружных средств.

Целью настоящего исследования являлось разработка наружной терапии больных с различными формами витилиго. Под нашим наблюдением находилось 22 больных (мальчиков-13, девочек-9) с фокальной формой витилиго, когда имелось единичное депигментированное пятно различной локализации (чаще на коже век). К лечению были отобраны пациенты, которые в последние 6 месяцев не применяли каких-либо наружных средств, тем более гормональных. Наружная терапия больных витилиго заключалось в использовании 0,03% и/или 0,1% мази «Такрофорд» (такролимус ингибитор кальциневрина), которая использовалась два раза в день в течение 2-3 месяцев. Длительное применение мази «Такрофорд» не вызывало каких-либо побочных явлений, тем более атрофических, свойственных для стероидных средств. При начале нанесения мази отдельные больные отмечали некоторое покраснение очагов и появление минимальных субъективных ощущений в виде жжения кожи, которые самостоятельно исчезали буквально через 30-40 минут. Первые признаки репигментации («облачко») появлялись к концу первого месяца лечения и в дальнейшем только нарастали. Во всех клинических наблюдениях отмечался положительный эффект, который оценивался к концу 3 месяца лечения: клиническое выздоровление – 1 пациент, значительное улучшение – у 11, улучшение – 6, без эффекта – у 4 пациентов. Полученные данные по клинической эффективности мази «Такрофорд» подтверждаются ранее проведенными патогистологическими исследования, в частности, морфометрии меланоцитов, когда такролимус приводил к количественным и качественным изменениям клеточного состава базального слоя эпидермиса.

Таким образом, предлагается доступный и эффективный метод наружной терапии больных витилиго, требующий только длительного своего применения, причем в «трудных» локализациях дерматоза (веки, половые органы и др.).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МИКОЗОВ СТОП

А.Б.Рахматов[1], К.Д.Махмудова[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730130

Проблема микозов стоп до настоящего времени остается весьма актуальной, так как популяционная частота микоза составляет примерно 10%. Эндогенные и экзогенные факторы развития микозом стоп многообразны и не во всех случаях удается исключить их воздействие. Существующие методы терапии не во всех случаях позволяют получать терапевтический эффект.

Целью настоящего исследования является изучение клинических особенностей микозов стоп, причин появления осложненных форм и разработка адекватной терапии. Под нашим наблюдением находилось 106 больных (мужчин-72, женщин-34) в возрасте от 20 до 60 лет. Учитывая наличие стертых форм микоозв, установить длительность заболевания не представлялось возможности. Согласно клиническим,2 проявлениям были выделены следующие формы микозов стоп: сквамозная – у 14 (13%), интертригинозная – у 42 (39,6%), дисгидротическая – у 14 (13,2%), смешанная – у 12 (11,3%), осложненная аллергизацией – у 9 (8,5%), осложненная экзематизацией – у 12 (11,3%), осложненная пиодермией – у 3 (2,8%) больных. Из обычных форм микозов наиболее часто диагностировалась интертригинозная форма (39,6%), что согласуется с литературными данными. Осложненные формы микозов отмечались у 24 из 106 (22,6%) пациентов, что естественно должно было быть учтено при выборе рациональной терапии. Во всех клинических случаях диагноз микоза стоп подтверждался проведением микроскопических исследований (КОН), ПИФ, ПЦР-диагностика дерматофитий и ПЦР-тест на ген SQLE, позволяющий выявлять устойчивость к антимикотическим препаратам тербинафинового ряда. Из этиологических факторов были выделены Trichophyton rubrum у 47 (44,3%) и Trichophyton mentagrophytes var.interdigitale – у 59 (55,7%) больных. Стандартное лечение микозов стоп заключалось в использовании антимикотического препарата тербинафинового ряда (по 250 мг в сутки в течение 2-3 месяцев и наружные противогрибковые средства. В случаях обнаружения гена SQLE использовали системный антимикотический препарат итраконазолового ряда (по 100 мг 2 раза в день после еды в течение одного месяца). Учитывая данные цитокиновой системы, при всех формах микоза стоп и его осложнениях применяли препарат глицирризиновой кислоты (эксан по 1 капсуле 3 раза в день в течение 1 месяца). Проведенные исследования позволили у большинства больных микозами стоп получить клинико-микологическое излечение.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

А.Б.Рахматов[1], Н.А.Расулова[2]

[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730131

Псориаз является хроническим иммуноопосредованным кожным заболеванием, которым страдает около 2% населения планеты. Псориаз связан с сопутствующими заболеваниями, включая значительно повышенный риск развития гипертонии, сахарного диабета II типа, кардиоваскулярных событий, заболеваний кишечника и тревожно-депрессивного состояния. Хроническое системное воспаление и образ жизни пациентов потенциально могут объяснять ассоциации между псориазом и коморбидными заболеваниями.

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния таргетной терапии секукинумабом на коморбидные состояния у больных псориазом.

Под нашим наблюдением находилось 104 больных (мужчин-69, женщин-35) в возрасте от 20 до 55 лет и давностью заболевания от 2 месяцев и свыше 20 лет. На основании клинических проявлений были выделены следующие клинические формы дерматоза: вульгарная – у 50 (48,1%), экссудативная – у 19 (18,3%), артропатическая – у 25 (24,1%), эритродермическая – у 10 (9,5%) больных. У всех больных был определен индекс PASI свыше 15 баллов на аппарате «Fotofeinder». Больным были проведены биохимические, иммунологические, иммуноферментные, инструментальные методы, консультации врачей смежных специальностей, что позволило установить следующие коморбидные состояния: атеросклероз (29 больных – 27,9%), гипертоническую болезнь (18 больных – 17,3%), хроническая сердечная недостаточность по шкале NYHA (12 больных – 11,5%). Все сопутствующие заболевания были в состоянии ремиссии и не являлись противопоказанием для применения биологической терапии. Всем больным проводилось лечение генно-инженерным биологическим препаратом (секукинумаб) по 300 мг подкожно еженедельно в течение первого месяца (базисная терапия) и дальше один раз в месяц (поддерживающая терапия). При лечении секукинумабом общая терапевтическая эффективность оценивалась в соответствии с количеством пациентов с достижением индекса PASI 75, PASI 90, PASI 100. После окончания базисной терапии (1 месяц) указанные индексы были получены у 62,4% - 19,2% - 18,4%, в то время как после поддерживающей терапии (1 год) индексы составляли уже 5,2% - 19,2% - 75,6%, т.е. у большинства больных псориазом была достигнута клиническая ремиссия дерматоза. Следует отметить, что в процессе применения секукинумаба у больных псориазом не отмечалось повышение систолического или диастолического давления, а также не выявлено изменений со стороны ЭКГ. При интерпретации данных функциональных тестов в соответствии со шкалой NYHA повышение степени хронической сердечной недостаточности не наблюдалось, что является свидетельством безопасности применения секукинумаба в терапии больных псориазом.

СОДЕРЖАНИЕ ВИТАМИНА D У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

А.Б.Рахматов[1], М.К.Халдарбеков[2]

[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730132

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) – это группа редких и неизлечимых в настоящее время генетически гетерогенных наследственных заболеваний, для которых характерны механическая хрупкость кожи и слизистых оболочек, что приводит к образованию пузырей и эрозий при минимальных травмах. Обширные буллезные поражения кожных покровов сопровождается потерей жидкости и белков, повышением метаболизма в условиях дефицита из-за дисфагии. В совокупности это приводит к истощению организма, развитию недостаточности питания, микро- и макроэлементов, т.ч. кальция и витамина D.

Целью исследования являлось изучение обеспеченности витамином D больных ВБЭ.

В исследование были включены пациенты, проходившее стационарное лечение в отделение генодерматозов РСНПМЦДВиК МЗ РУз за период 2023-2025гг. В обследование были включены дети в возрасте 3-10 лет с установленными простой и дистрофической формами ВБЭ. Определяли долю детей с ВБЭ с недостаточностью/дефицитом витамина D. Обеспеченность витамином оценивали по концентрации 25(OH)D в сыворотке крови. Определение концентрации 25(OH)D выполнено на приборе Roche Hitachi Cobas E411 (Германия) методом иммунохемилюминесценции. Недостаточность витамина D определяли при концентрации 25(OH)D в диапазоне 20-30 нг/мл, дефицит – при 10-19 нг/мл, глубокий дефицит – менее 10 нг/мл. Медианное значение концентрации 25(OH)D в сыворотке крови у детей с ВБЭ составило 21,7 (13,0; 36,6) нг/мл, минимальное было равно 3,2 нг/ил, максимальное – 70 нг/мл. Недостаточная обеспеченность витамином D была определена у 28% больных, дефицит – 29%, глубокий дефицит – у 12%. У детей с простой формой ВБЭ концентрация 25(OH)D оказалась значимо выше, чем у пациентов с дистрофической формой. У детей разного пола и госпитализированных в разные сезоны концентрация 25(OH)D была сопоставимой. Обнаружена слабая отрицательная корреляция между концентрацией 25(OH)D и возрастом пациентов.

Проведенные исследования показали низкий уровень обеспеченности витамином D у детей с ВБЭ, который снижался с возрастом и зависел от формы заболевания. Так, при дистрофической форме чаще наблюдался его дефицит, а при простой – недостаточность. Сезон обследования и пол пациентов не влияли на концентрацию 25(OH)D. Данные об обеспеченности витамином D детей с различными формами ВБЭ необходимы для оптимизации терапевтической стратегии ведения этой тяжелой категории больных, а изучение эффективности различных схем саплементации витамином D должно стать темой дальнейших исследований.

ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА КИНДЛЕРА

А.Б.Рахматов[1], Д.Х.Абдиева[2], М.К.Халдарбеков[3]

[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и кафедра дерматовенерологии Таджикского Государственного медицинского университета

DOI: 10.67620/dermajournal.1730133

Врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) представляет собой группу заболеваний, общей чертой которых является образование пузырей и ранимость кожи, ее чувствительность к любому механическому воздействию. В настоящее время ВБЭ подразделяется на следующие типы: простой, пограничный, дистрофический и синдром Киндлера, обусловленные местом образования пузырей.

При синдроме Киндлера возникают распространенные пузырные образования, формирующиеся к моменту рождения, позже развиваются характерные признаки в виде светочувствительности и пойкилодермии. Клинические проявления в виде дистрофии ногтевых пластинок и атрофических рубцов часто имитируют симптомы неостро протекающего пограничного ВБЭ. Внекожные проявления включают в себя острый колит, эзофагит, уретральные стриктуры, реже выворот век. Зубо-челюстная система особых изменений не имеет. Согласно имеющимся литературным данным часто на очагах могут развиваться осложнения в виде плоскоклеточного рака кожи. Многообразие клинических проявлений и схожесть отдельных симптомов заболевания создают определенные сложности в плане диагностики ВБЭ. Многочисленные данные по проведению методов световой микроскопии, иммуногистохимическим и электронно-микроскопическим исследованиям позволяют определять наличие, отсутствие или снижение экспрессии структурных белков кератиноцитов или базальной мембраны, а также распределение тех или иных белков в естественно образующихся или искусственно вызванных пузырях. Длительное наблюдение за 4 больными, проживающих в Узбекистане и 2 больных – в Таджикистане, показывает, что клиническая картина синдрома Киндлера отличается от дистрофической формы, при которой довольно часто регистрируются внекожные проявления генодерматоза. При синдроме Киндлера процесс носит более доброкачественный характер, когда практических у всех наблюдаемых больных наиболее выраженный признаком было явление пойкилодермии в области шеи и лица. Как и при других типах ВБЭ необходимо динамическое наблюдение за больными синдромом Киндлера, в основном использование симптоматической терапии, причем полостные элементы носят ограниченный характер, что сказывается на методах наружной терапии генодерматоза.

БОЛЕЗНЬ ПРИНГЛА-БУРНЕВИЛЯ

А.Б.Рахматов[1], Б.А.Мадреймов[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730134

Туберозный склеро (аденома сальных желез, болезнь Pringle-Bourneville) – генетически детерминированное заболевание из группы факоматозов с широким спектром клинических проявлений, при котором образуются множественные доброкачественные опухоли (гамартомы) в различных органах вследствие гиперплазии производных экзо- и мезодермы.

Историческая справка: в 1880 году D.Bourneville описал опухоли головного мозга, а в 1890 году J.Pringle выделил характерные кожные проявления заболевания. Заболевание наследуется по аутосомно-доминантному типу с вариабельной экспрессивностью и неполной пенетрантностью генов (гены кодируют белки гамартин и туберин). Гены TSC1 и TSC2 являются супрессорами опухолевого роста. Патогенетические механизмы заключаются: мутации TSC1/TSC2 приводят к потере функции гамартина/туберина и образованию гамартом. В этих случаях на коже (эктодерма) образуются ангиофибромы, в ЦНС – туберы и астроцитомы, сетчатке глаза – факомы. В органах мезодермы: сердце (рабдомиомы); почки (ангиолипомы); легкие (кисты, лимфангиомы).

По существующей классификация заболевания выделяют легкую (кожные проявления, минимальное поражение ЦНС), среднюю (эпилепсия, умственная отсталость, кожные и висцеральные проявления) и тяжелую (резистентная эпилепсия, поражение почек, сердца, легких) формы дерматоза, причем 30% больных с тяжелой формой не доживают до 5 лет.

Необходимо указать, кожные проявления заболевания, которые выражаются в появлении гипомеланотических пятен (молочно-белого цвета в форме «листа»), ангиофибром лица с локализацией на крыльях носа и носогубных складках розовато-красного цвета с гладкой поверхностью по типу «крыльев бабочки», а также околоногтевые фибромы (опухоли Кёнена), которые являются облигатными и появляются на втором десятилетии, чаще на стопах.

Диагностика заболевания основана на больших (ангиофибромы лица, гипопигментные пятна, околоногтевые фибромы, множественные гамартомы сетчатки и др.) и малых (углубления в эмали зубов, фиброма в полости рта, ахроматический участок сетчатки, пятна «конфетти» на коже и др.) признаках, когда несомненный диагноз устанавливается при наличии 2 больших и 2 малых признаков, а возможный диагноз при наличии 1 большого или 2 малых признаков.

Приводим собственное наблюдение. Больная Т.,2004 года рождения, жительница Навоинской области, обратилась в консультативную поликлинику РСНПМЦДВиК МЗ РУз с жалобами на высыпания на коже лица, волосистой части головы, кистей и стоп. Со слов матери болеет с рождения. Ранее никуда не обращались и лечение не получала. В последнее время стала отмечать резкое увеличение опухолевидных образований и интенсивность окраски высыпаний на коже лица. Следует указать, что аналогичные образования имеются у отца и родного брата пациентки. В консультативной поликлиники был выставлен диагноз: Туберозный склероз (Q.85.1) и больная госпитализирована для стационарного лечения.

Кожно-патологический процесс носит распространенный и воспалительный характер, локализующийся на волосистой части головы, лице, верхних и нижних конечностях, туловище в области поясницы. Патологические элементы представлены пятнами, папулами и узлами. Гипопигментное пятно представлено одиночным очагом на коже поясницы размером 3х4 см с особыми очертаниями, напоминающие вид листа. Папулы имеют розово-красную окраску располагаются на коже лица в области носогубного треугольника, плотной консистенции без

шелушения, местами сливного характера. Узлы локализуются в области пальцев обеих стоп, размерами до 1-1,5 см в диаметре (околоногтевые фибромы). Со стороны волос и ногтей патологических изменений не выявлено.

Со стороны общеклинических лабораторных анализов патологических изменений не выявлено. Были проведены консультации смежных специалистов.

В стационаре проведено следующее лечение: дезинтоксикационные и антигистаминные препараты, гепатопротекторы, наружно 0,1% мазь такролимуса и удаление фибром с помощью CO2 лазера (аппарат «PUNTO»).

Таким образом, представленный случай болезни Прингла-Бурневиля показывает все многообразие клинических проявлений данного генодерматоза, лечение которого представляет определенную проблему с трудно-прогнозируемым исходом.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТСКОГО ПСОРИАЗА СЕКУКИНУМАБОМ

А.Б.Рахматов[1], Д.Ш.Кадырова[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730135

До настоящего времени проблема детского псориаза и его лечения остается актуальной. Детский псориаз характеризуется некоторыми клиническими особенностями (локализация на лице и области крупных складок кожи, наличие субъективных ощущений и др.), которые значительно ухудшают качество жизни не только самих больных, но и их родителей, что создает серьезную социальную проблему.

Целью настоящего исследования являлось применение биологической терапии (секукинумаб) у больных псориазом детского возраста. Под наблюдением находилось 28 больных (19 мальчиков и 9 девочек) в возрасте от 10 до 16 лет с давностью заболевания от 3 месяцев до 8 лет. Всем больным был выставлен диагноз крупно-бляшечного псориаза, причем у всех больных отмечались субъективные ощущения. Ранее пациенты получали только симптоматическое лечение и длительное время местные кортикостероидные средства. Биологическая терапия заключалась в назначении секукинумаба в дозе 75 мг подкожно один раз в неделю при массе ребенка более 25 кг и 150 мг препарата подкожно – при массе более 46 кг. Алгоритм лечения заключался в еженедельном введении препарата в течение одного месяца (базисная терапия), а затем ежемесячно до полного очищения кожных покровов PASI 100 (поддерживающая терапия). Переносимость лечения была удовлетворительной, ни в одном случае не было зарегистрировано каких-либо побочных явлений. Положительная динамика со стороны псориатических очагов (уменьшение интенсивности окраски, уплощение элементов, отсутствие новых высыпаний и др.). У большинства больных после 3 инъекций секукинумаба отмечался индекс PASI 75, т.е. почти 75% очагов поражений регрессировали, что является убедительным доказательством высокой терапевтической эффективности секукинумаба при лечении детского псориаза. Обязательным условием для применения биологической терапии у лиц детского возраста является предварительное обследование на наличие очагов хронической инфекции (туберкулез, гепатиты и др,) и исключение иммунодефицитного состояния пациента. Таким образом, для лечения тяжелых форм детского псориаза предлагается биологическая терапия в виде подкожных инъекций секукинумаба, позволяющего добиваться клинической эффективности PASI 100, с отсутствием каких-либо побочных явлений, что повышает комплаентность предложенного метода терапии.

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТРУБЕВИДНОГО ЛИШАЯ

А.Б.Рахматов[1], Ж.Р.Хошимов[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практическимй медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730136

До настоящего времени проблема кератомикозов, в частности, разноцветного лишая является актуальной, так как климато-географические, физиологические, этнические, производственные и другие факторы способны значительно повышать частоту данного заболевания. Обращаемость к дерматологам по поводу данного заболевания, также очень низка, так как большинство пациентов и не предполагают наличие у них данного грибкового заболевания.

Целью настоящего исследования являлось изучение распространенности, клинических проявлений и разработка адекватной системной терапии разноцветного лишая. Под нашим наблюдением за период 2023-2025гг находилось 156 больных (мужчин-102, женщин-54) в возрасте от 18 до 50 лет и давностью заболевания от 2 месяцев до 10 лет. Во всех клинических случаях диагноз разноцветного лишая подтверждался микробиологическими методами, а также отдельные пациенты прошли дополнительное обследование с помощью ПЦР-диагностики с набором «MycosoScrin», определяющим недерматофитные грибы, включая и Malassezia futfur. Среди наблюдаемых больных были диагностированы атипичные формы (папулезная, уртикароподобная и др.) разноцветного лишая у 48 (30,8%) больных. Проведенные исследования показателей иммуно-цитокинового статуса и С-реактивного белка показали значительный воспалительный эффект при данных формах разноцветного лишая, что позволило изменить стандартную схему лечения данного микоза включением в комплексную терапию больных системной энзимотерапии (вобэнзим по 3 таблетке 3 раза день в течение 20 дней). Были выделены следующие группы наблюдения: I группа (30 больных с классической формой, которой проводилось комплексное лечение с применением итраконазола по 100 мг 2 раза в день в течение 20 дней); II группа (24 больных с атипичной формой микоза, которая получала итраконазол по схеме; III группа (24 больных, которым проводилось лечение итраконазолом в сочетании с вобэнзимом). Клинико-микологическое излечение наблюдалось у % I группы; у % II группы; у % III группы пациентов с разноцветным лишаем через 1 месяц лечения указанными схемами. Полученные данные указывают на целесообразность использования вобэнзима при различных клинических проявлениях разноцветного лишая, так как появление атипичных форм микоза связано с определенными нарушениями иммунного и цитокинового статуса пациентов.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ТРИХОФИТИИ ГЛАДКОЙ КОЖИ

А.Б.Рахматов[1], А.Р.Акромов[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730137

До настоящего времени сохраняется проблема зооантропонозной трихофитии, которые вызываются тербинафин-устойчивыми штаммами Trichophyton и приводят к хроническому течению микоза.

Целью настоящего исследования являлось разработка этиопатогенетической терапии больных с зооантропонозной трихофитией, с учетом проведения ПЦР-диагностики на ген скваленэпоксидазы. Под наблюдением находилось 210 больных (мужчин-143, женщин-67) в возрасте от 18 до 55 лет и давностью заболевания от 3 месяцев до 3 лет. Диагноз устанавливался на основании клинических проявлений микоза и микробиологических (микроскопия, ПИФ, культуральные) и ПЦР-исследований (ПЦР в режиме реального времени с наборами на дерматофитии, ПЦР на ген SQLE, определяющий невосприимчивость к препаратам тербинафинового ряда). Были выделены следующие формы трихофитии: поверхностно-пятнистая – у 103 (49,1%); инфильтративная – у 68 (32,3%) и инфильтративно-нагноительная – у 39 (18,6%) больных. Клинико-лабораторное и динамическое наблюдение за больными проводилось по специально разработанной карте. Методом ПЦР ген SQLE был установлен у 41 из 210 (19,5%) больных трихофитией, причем у данных пациентов было установлено в анамнезе длительное применение антимикотических препаратов тербинафинового ряда без какого-либо эффекта. Применяемые наружные антимикотические препараты оказывали незначительный эффект, а затем вновь прогрессировал кожно-патологический процесс. В случаях тербинафин-устойчивых форм трихофитий нами был использован антимикотический препарат итраконазолового ряда, в частности, текназол по 100 мг 2 раза вдень (после еды) в течение 30 дней. Одновременно назначался препарат системной энзимотерапии – вобэнзим по 3 таблетке 3 раза в день в течение 20 дней. Наружно использовались противогрибковые средства широкого спектра действия в течение 30 дней. Следовательно, больные были разделены на II группы: I группа (41 больной получала итраконазол в сочетании с вобэнзимом) и II группа (169 больных получала тербинафин в сочетании с вобэнзимом), причем клинико-микологическое излечение было получено у 39 из 41 (95,1%) больных I группы и у 152 из 169 (89,9%) больных II группы. Применение ПЦР-исследований особенно определение гена SQLE позволяет на ранних этапах назначать соответствующую этиопатогенетическую терапию.

РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ КОМАНДЫ В ВЕДЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНЫХ ВРОЖДЕННЫМ БУЛЛЕЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

А.Б.Рахматов[1], Ф.А.Рыхсибаева[2]

[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730138

Наличие орфанного заболевания каковым является врожденный буллезный эпидермолиз (ВБЭ) требует мультидисциплинарного подхода к ведению данных пациентов (дерматологи, педиатры, неонатологи и др.).

В Национальном регистре Республики Узбекистан зафиксировано 434 больных с различными формами ВБЭ: простая – у 316 (72,8%); пограничная – у 2 (0,5%); дистрофичесчкая – у 112 (25,8%); синдром Киндлера – у 4 (0,9%) пациентов. Проведенные исследования показали, что фертильность при обычной форме ВБЭ не нарушается, хотя при тяжелых формах ВБЭ вследствие нарушения питания и низкого индекса массы тела могут нарушаться процессы овуляции. По мере улучшения медицинской помощи и перехода пациентов ВБЭ во взрослую жизнь все больше женщин могут принимать решение о создании семьи и рождения детей. В зависимости от типа наследования можно оценивать риск беременности и провести пренатальное тестирование. Пары с репродуктивным риском тяжелых форм ВБЭ могут пожелать пройти пренатальное или преимплантационное генетическое тестирование с учетом семейных предпочтений, религиозных/культурных убеждений и национальных норм. Скрининг на носительство здорового и нездорового партнера может быть предложен в соответствии с индивидуальной ситуацией и национальным законодательством после генетической консультации. Проводимая нами оптимизация диеты и питания до беременности может улучшить материнские и перинатальные исходы за счет воздействия на индекс массы тела или коррекции дефицита микронутриентов. Следует указать, что ВБЭ не является противопоказанием к вагинальным родам, хотя в некоторых случаях мать может отдавать предпочтение кесареву сечению. На ранних этапах в работе с новорожденными большая роль отводится неонатологам, чтобы свети к минимуму повреждения кожи. Следует избегать интенсивного растирания для стимуляции новорожденного, если необходима ротоглоточная аспирация, следует использовать специальные атравматические катетеры.

Таким образом, улучшение ранней диагностики орфанных заболеваний и ведение этих пациентов позволяет при определенных формах ВБЭ доводить пациентов до репродуктивного возраста, когда женщины могут проводить осознанный выбор в отношении беременности и родов.

УРОВЕНЬ ФЕРРИТИНА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ И ТЯЖЕСТЬ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Д.В.Рахматова[1], А.Б.Рахматов[2], Б.Р.Мадреймов[3]

[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730139

Псориаз является иммуноопосредованным, хронически-рецидивирующим, воспалительным заболеванием кожи. В основе псориаза лежит иммунная дисрегуляция, приводящая к воспалению кожи и, в конечном итоге, к гиперпролиферации кератиноцитов. Ферритин, основной белок, запасающий железо, играет ключевую роль в поддержании гомеостаза железа и участвует в различных физиологических и патологических процессах.

Целью настоящего исследования являлось изучение взаимосвязи между содержанием железа в сыворотке крови и тяжестью псориаза. Под наблюдением находилось 105 больных псориазом и 22 здоровых человека. В исследование были приняты пациенты в возрасте от 18 до 60 лет без гендерных ограничений. Для каждого пациента были зарегистрированы возраст, пол, вес, рост, длительность псориаза и индекс тяжести PASI. Индекс массы тела (ИМТ) рассчитывался как вес (кг)/рост2. По течению псориаза были выделены легкие (PASI<10 баллов) и тяжелые (PASI>10 баллов) формы. Были проанализированы значения биохимических показателей (уровни холестерина и триглицеридов, глюкозы, С-реактивного белка, гемоглобина и альбумина). Уровни сывороточного ферритина (СФ) натощак измерялись с помощью автоматизированного хемилюминесцентного анализатора.

Средний возраст больных на момент исследования составлял 42±10 лет, из них 69 мужчин и 36 женщин. Средний уровень СФ у больных псориазом составлял 251,39±114,07 нг/мл, в то время как у лиц контрольной группы – 132,32±76,25 нг/мл при достоверности $p<0,01$. Средний уровень СРБ в группе пациентов с псориазом был 25,75±10,25 мг/мл, что было значительно выше значений контрольной группы, составляющей 6,24±1,25 мг/мл, при достоверности $p<0,001$. Средний уровень СФ в группе больных с легкой формой псориаза был значительно выше (297,65±98,21 нг/мл), чем у больных с тяжелой его формой (224,53±88,11нг/мл) со статистически значимой разницей при $p<0,01$. Средний уровень СРБ в группе с легкой формой дерматоза (16,42±3,25 мг/мл) был значительно ниже, чем в группе с тяжелой формой псориаза (42,88±10,25 мг/мл) при $p<0,01$. Корреляционный анализ Пирсона выявил следующие коэффициенты: между PASI и СФ – 0,45 и PASI и СРБ – 0,56.

Повышенный уровень ферритина служит критическим индикатором перегрузки тканей железом, что в свою очередь приводит к прогрессированию различных аутоиммунных заболеваний, включая и псориаз. Избыточное накопление железа регулирует функции иммунных клеток, вызывая дисбаланс иммунного гомеостаза. Значительная перегрузка эпидермиса железом у больных псориазом способствует привлечению нейтрофилов, повышению продукции провоспалительных цитокинов и аномальной гиперпролиферации эпидермиса, характерной для данного дерматоза.

ЗНАЧЕНИЕ АДИПОНЕКТИНА В ТЕЧЕНИИ ПСОРИАТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

А.Б.Рахматов[1], Д.В.Рахматова[1], А.Н.Седенков[3]
1,2,3Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730140

Во всем мире продолжаются исследования ассоциации псориаза и метаболического синдрома, когда исследователи выявляют все новые биомаркеры, участвующие в хронизации кожного процесса и развития осложненных форм дерматоза.

В последние годы жировая ткань рассматривается как система, которая выделяет в кровь десятки белков, влияющих на обмен веществ, иммунитет, одним из которых является адипонектин. Если жировая ткань производит белок в количествах, сопоставимых с белками плазмы крови, естественно предположить, что количество белка отражает количество ткани. Первое измерение у людей с ожирением дало обратное. Оказалось, что у тучных людей данный белок был низком, по сравнению с худыми. Продукт жировой ткани убывал по мере ее накопления. Разрастаясь, жировая ткань перестает справляться со снабжением себя кислородом, что приводит в одной стороны, к неустойчивости гена адипонектина, с другой стороны, воспаленная ткань выделяет сигнальные белки, в частности, интерлейкин-6. Оба процесса развиваются в ткани, которая растет в объеме, и оба уменьшают выход ее главного продукта (адипонектина).

При обследовании больных псориазом было установлено, что адипонектин снижается по мере роста индекса массы тела (τ=-369), триглицеридов (τ=-0,425), а растет вместе с чувствительностью к инсулину (τ=0,479). Очень сильная связь существует не с антропометрическими данными, а с липопротеидами высокой плотности, когда коэффициент корреляции составляет τ=0,770. Адипонектин оказывается ближе к липидному звену метаболического синдрома, чем к самой жировой массе. Нехватка адипонектина теснее связана с инсулинорезистентностью, чем со степенью ожирения. Взаимосвязь адипонектин-интерлейкин-17 дает наиболее конкретное на сегодня молекулярное содержание, так как объясняет влияние избытка жировой ткани на воспалительные цитокины, на которые нацелены современные биологические препараты у больных псориазом.

Назначить больному псориазом анализ на адипонектин незачем, так как он сообщает о жировой ткани, а не о коже. Научная ценность молекулы в другом, она объясняет, почему лишний вес утяжеляет псориаз, и потому остается доводом в пользу снижения веса, а не поводом для нового лабораторного теста.

КОМПОНЕНТНАЯ МОЛЕКУЛЯРНАЯ ДИАГНОСТИКА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

А.Б.Рахматов[1], Х.И.Насимов[2], Ю.А.Алимухамедова[3]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730141

Псориаз является хронически-рецидивирующим дерматозом, проявления которого могут наблюдаться на кожных покровах, суставном аппарате и ногтевых пластинках. Псориаз рассматривается как системное заболевание, что предусматривает появление многочисленных фенотипических признаков дерматоза. Проведенные исследования указывают, что у больных псориазом различная локализация высыпаний может сопровождаться наличием грибковой инфекцией (дерматофитные и недерматофитные грибы), которая способна влиять на общее течение псориатического процесса. В этой связи выявление микотической инфекции у больных псориазом имеет важное не только теоретическое, но и практическое значение. Компонентная молекулярная диагностика (CRD) позволяет определять специфические IgE к отдельным аллергенным молекулам и дает дополнительную информацию, особенно у полисенсибилизированных пациентов, при сенсибилизации к аллергенам, представленным в экстракте в низком количестве, обладающим низкой стабильностью или связанным с риском анафилаксии. Этот подход позволяет выявить истинную и перекрестную сенсибилизацию, а также учитывать состав вакцины для аллерген-специфической иммунотерапии. Молекулярное профилирование аллергенных компонентов приближает понимание механизмов формирования различных молекулярных эндотипов и клинических фенотипов псориаза, а также представляет биомаркеры тяжести заболевания, аутоиммунных IgE-ответов и ответа на терапию. CRD выполняется in vitro с помощью мультиплексного диагностического теста, которые позволяют получить широкий профиль сенсибилизации, особенно у полисенсибилизированных пациентов, но потенциально могут обладать более низкой чувствительностью. Важно, что положительная сенсибилизация к аллергенным экстрактам и молекулам отражает риск аллергического заболевания и клинически значима только при наличии соответствующих симптомов, в частности, псориаза. При обследовании больных псориазом выявлена сенсибилизация к аллергенам плесневых грибов (Asp f 6, Cla h 8) и дрожжевых грибов (Mala s 6, Mala s 11), которые коррелировали с тяжестью псориатического процесса, определенного с помощью индекса PASI (<10 легкая; >10<20 средняя; >20 тяжелая). Высыпания на в/ч головы были связаны с наличием sIgE к антигенам M.sympodialis и могут использоваться как маркеры тяжести псориаза.

ПЕРСПЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭКСТРАКТА ПЛАЦЕНТЫ В ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.Б.Рахматов[1], Т.П.Рахматов[2]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730142

Академик В.П.Филатов подчеркивал, что «химическая природа биогенных стимуляторов и механизм химических реакций, ведущих к образованию их в тканях и организмах, еще недостаточно изучены» и что необходимо внести ясность в учение о биогенных стимуляторах. В настоящее время посредством использования методов современной биохимии, молекулярной биологии и постгеномной фармакологии (транскриптомика, протеомика, метаболомика) становится возможным внести искомую ясность в учение о биогенных стимуляторах, входящих в состав гидролизатов плаценты человека (ГПЧ). Проведенный анализ пептидной фракции ГПЧ посредством высокоточной масс-спектрометрии, иммуноферментного анализа и секвенирования выделенных пептидов, позволивший сформулировать ряд ранее неизвестных молекулярных механизмов действия ГПЧ такие как: гепатопротекция, иммуномодуляция, ранозаживление, противовирусное и противовоспалительные эффекты, повышение адаптационных резервов организма и другие, что может быть с успехом использовано при лечении хронического дерматоза (псориаз, КПЛ, пузырчатка и т.д.). Применение ГПЧ способствует снижению концентрации провоспалительных цитокинов ФНО-альфа, ИЛ-6, ИЛ-10, ИЛ-17, которые повышались под действием метотрексата при лечении больных псориазом. При лечении большинства дерматозов предлагается внутримышечное введение 2 мл препарата через день и в зависимости от дерматоза применяется 10-20 инъекций. Следует указать, что каких-либо побочных эффектов или аллергических реакций на введение препарата не наблюдается.

Еще одним важным эффектом ГПЧ является противовирусное его действие. Известно, что вирусы простого герпеса (ВПГ) 1- и 2-типа являются наиболее распространенными в популяции человека представителями герпесвирусов, имеющие свойства нейроиммунотропизма и обладающие способностью к пожизненной персистенции в организме. Уникальное свойство установления состояния латентности вирусного генома служит главным механизмом, направленным на выживание вируса в организме хозяина. При воздействии различных экзогенных факторов, а также при возникновении нарушений межклеточной кооперации в иммунной системе человека возможно усиление репликации вируса и клинически это проявляется рецидивом герпетической инфекции, которые могут иметь самую различную локализацию. В этих случаях ГПЧ способен оказывать иммуностимулирующее действие за счет способности инициировать гуморальный иммунный ответ, повышать функциональную активность фагоцитов и NK-клеток.

Таким образом, применение ГПЧ в дерматологии имеет большую перспективу и проведения НИР в данном направлении возможно откроет новые патогенетические механизмы данного средства, что, несомненно скажется на терапевтической эффективности конкретного дерматоза.

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ЛОВУШКИ ПРИ ГИПОПИГМЕНТИРОВАННЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОЖИ

Сабиров У.Ю.[1], Хонходжаев Ш.Ш.[2], Абдуллаходжаев К.А.[3], Седенков А.Н.[4]
[1,2,3,4]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730143

Актуальность. Гипопигментированные и депигментированные поражения кожи представляют диагностически неоднородную группу заболеваний со сходными клиническими проявлениями. Витилиго, идиопатические гипомеланозы, гипопигментные и депигментные невусы, вторичная гипопигментация и склероатрофический лихен могут проявляться белыми или гипопигментированными пятнами, однако различаются по патогенезу, прогнозу и лечебной тактике. Это обусловливает необходимость клинико-морфологической верификации в диагностически сложных случаях.

Цель исследования. Оценить структуру клинико-морфологических расхождений и определить основные диагностические ловушки при гипопигментированных поражениях кожи.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ дерматопатологической базы специализированного дерматологического центра за 2023–2025 гг., включавшей 24 175 случаев. Для анализа отобраны 4 046 случаев с гистологическим диагнозом, относящимся к пяти группам гипопигментированных заболеваний: витилиго, идиопатическая гипопигментация/гипомеланоз, вторичная гипопигментация, гипопигментные/депигментные невусы и склероатрофический лихен. Клинические направительные диагнозы сопоставляли с заключительным морфологическим диагнозом с учётом до трёх диагнозов дифференциального ряда.

Результаты. Среди 4 046 случаев преобладало витилиго - 2 206 (54,5%); идиопатическая гипопигментация/гипомеланоз выявлена в 548 (13,5%), вторичная гипопигментация - в 219 (5,4%), объединённая группа гипопигментных и депигментных невусов - в 858 (21,2%), склероатрофический лихен - в 215 (5,3%) случаях.

Наибольшая клинико-морфологическая согласованность отмечена при витилиго - 99,1%, тогда как при идиопатической гипопигментации/гипомеланозе она составила только 25,2%, при вторичной гипопигментации - 10,0%, при гипопигментных/депигментных невусах - 60,3%, а при склероатрофическом лихене - 68,8%. Одной из основных диагностических ловушек оказалась гипердиагностика витилиго: 718 случаев, клинически направленных как витилиго, при морфологическом исследовании соответствовали другим гипопигментированным заболеваниям. Всего в 1 025 случаях первичный клинический диагноз относился к одной гипопигментированной нозологии, тогда как морфологически устанавливалась другая. Среди отдельных клинических мимиков выявлялись также склеродермия, лейкоплакия, линейный лихен, нейродермит, микоз и псориаз; например, 17 случаев, клинически расценённых как лейкоплакия, морфологически соответствовали склероатрофическому лихену.

Заключение. Гипопигментированное пятно представляет собой клинический фенотип, объединяющий различные по природе дерматозы. Наиболее выраженные диагностические расхождения выявлены при вторичной и идиопатической гипопигментации, тогда как витилиго характеризовалось высокой клинико-морфологической согласованностью. Существенное число случаев гипердиагностики витилиго и перекрёстной путаницы между гипопигментированными заболеваниями подчёркивает значение морфологической верификации в атипичных и диагностически неоднозначных случаях.

ПОКАЗАТЕЛИ ЦИТОКИНОВОЙ СИСТЕМЫ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ В ПРОЦЕССЕ ПРИМЕНЕНИЯ УСТЕКИНУМАБА

У.Ю.Сабиров[1], М.Ф.Хушвактова[2], А.Б.Рахматов[3]

[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730144

Псориаз является хроническим рецидивирующим дерматозом мультифакториальной природы, когда выявляются признаки вторичного имунодефицитного состояния и выраженность воспалительной реакции связаны с определенными цитокинами, обуславливающие иммунный ответ. В связи с активным изучением различных про- и противовоспалительных цитокинов появились новые терапевтические возможности применения генно-инженерных биологических препаратов при лечении средне-тяжелых и тяжелых форм псориаза и псориатического артрита.

Целью настоящего исследования являлась оценка терапевтической эффективности устекинумаба (блокиратора ИЛ 12/23) у 103 больных со средне-тяжелым и тяжелым формами псориаза, когда индекс PASI составлял более 15-20 баллов. Псориаз был представлен крупно-бляшечными элементами различной локализации, включая и «трудные» (волосистая часть головы, ладони и подошвы). Индекс PASI был установлен на аппаратуре «Fotofeinder» и являлся основным показателем для назначения биологической терапии, в частности, устекинумаба в виде инъекционного раствора в готовом для применения шприце с дозировкой 45 мг/0,5мл или 90мг/1,0мл, вводимый подкожно. Алгоритм введения препарата являлся: первая инъекция, затем через 1 мес, а потом каждые 3 месяца (всего на курс лечения планируется проведение 6 инъекций). До начала лечения проводилось лабораторное исследование, включающее; клинический анализ крови, биохимические анализы крови, общий анализ мочи, ИФА на сифилис, гепатиты В, С, ВИЧ-инфекцию и туберкулез. До начала лечения были изучены показатели ИЛ-12 и ИЛ-23, которые составляли 19,7±2,3 пг/мл (контроль – 15,6±1,3 пг/мл) и 0,75±0,02 пг/мл (контроль – 0,13±0,03 пг/мл), соответственно, значения которых достоверно ($p<0,05$) превышали данные контрольной группы. В динамике проводимой биологической терапии анализы ИЛ-12/23 были взяты через 4 месяца после начала лечения, т.е. после 3-й инъекции устекинумаба, когда у большинства больных отмечался PASI 90, т.е. выраженный терапевтический эффект. Значения изученных цитокинов достоверно понизился и практически не отличался от значений контрольной группы. Перенеосимость препарата на протяжении всего курса лечения была хорошей у всех пациентов. У одного пациента после первой инъекции наблюдалось краткосрочное повышение артериального давления. Однако дополнительной терапии по этому поводу не понадобилось. При проведении последующих инъекций подобные явления не отмечались. Биологические препараты представляют собой продукты генно-инженерных технологий, отличающиеся от других средств терапии целенаправленным воздействием на конкретные структуры, участвующие в иммунопатогенезе псориаза. Биологические методы лечения псориаза, основанные на взаимодействии препаратов с ключевыми механизмами развития болезни, представляют собой новый вид патогенетической терапии, позволяющий существенно улучшить результаты лечения и качество жизни пациентов.

Таким образом, на фоне лечения устекинумабом отмечалась положительная динамика со стороны псориатического процесса, основанное на достоверном снижении ИЛ-12/23, что является доказательством патогенетически обоснованной терапии рассматриваемого дерматоза.

“ГЕПАТОТОКСИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ДЕРМАТОЛОГИИ: ПРОФИЛАКТИКА И КОРРЕКЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ”

Сабиров У.Ю.[1], Абдурашидов А.А.[2], Файзуллаева Н.А.[3], Ганиева Ш.Т.[4]
[1,2,3,4]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников. г. Ташкент, Узбекистан, Ташкентский государственный медицинкий университет. г. Ташкент, Узбекистан.

DOI: 10.67620/dermajournal.1730145

Введение. Системная фармакотерапия тяжелых и хронических дерматозов часто требует длительного назначения базисных средств, обладающих потенциальной гепатотоксичностью (цитостатики, системные ретиноиды, системные антимикотики, тетрациклины). Развитие лекарственно-индуцированного поражения печени (ЛИПП) ограничивает возможность проведения полноценного курса лечения и снижает качество жизни пациентов, что делает актуальным поиск эффективных схем гепатопротекции.

Цель исследования. Оценить клинико-лабораторную эффективность применения гепатопротекторного средства «Эксан» в комплексной коррекции и профилактике ЛИПП у больных псориазом, акне, микозами и кератодермиями, ранее получавших гепатотоксическую системную терапию.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 30 пациентов (18 мужчин, 12 женщин в возрасте от 19 до 62 лет) с различными дерматозами: псориаз (n=10), тяжелые формы акне (n=9), распространенные онхо- и дерматомикозы (n=7), ладонно-подошвенная кератодермия (n=4). Ранее пациенты получали системную терапию метотрексатом, изотретиноином, ацитретином или системными азолами/тербинафином.

У всех больных до начала терапии отмечались признаки ЛИПП I–II степени: повышением уровней АЛТ и АСТ в 1,5–3,2 раза выше верхней границы нормы (ВГН), умеренная гипербилирубинемия, синдром холестаза (повышение ЩФ и ГГТП), а также диспептический синдром. «Эксан» назначался в рамках комплексной терапии по стандартной схеме в течение 30 дней. Оценивалась динамика биохимических показателей крови и субъективных симптомов на 15-й и 30-й дни лечения.

Результаты. На фоне приема препарата «Эксан» к 15-му дню терапии у 73,3% (n=22) пациентов отмечено купирование диспептических явлений и тяжести в правом подреберье.

К 30-му дню лечения наблюдалась выраженная позитивная динамика лабораторных показателей: 1) нормализация уровней АЛТ и АСТ зафиксирована у 83,3% (n=25) больных; у оставшихся 16,7% (n=5) достигнуто стойкое снижение сывороточных трансаминаз до значений <1,5 ВГН; 2) Уровень общего билирубина снизился до физиологической нормы у 90,0% (n=27) пациентов; 3) Показатели холестаза (ГГТП и ЩФ) достоверно снизились в среднем на 42,5% от исходного уровня ($p < 0,05$).

Достигнутая стабилизация функции печени позволила возобновить или продолжить основную дерматологическую терапию без снижения дозировок системных препаратов у 26 пациентов (86,7%). Переносимость препарата «Эксан» во всех случаях была хорошей, побочных эффектов и аллергических реакций зарегистрировано не было.

Выводы. Применение препарата «Эксан» демонстрирует высокую гепатопротекторную и мембраностабилизирующую эффективность при коррекции лекарственных поражений печени, вызванных системной дерматологической терапией. Включение препарата «Эксан» в протоколы ведения больных псориазом, акне, микозами и кератодермиями позволяет минимизировать риски гепатотоксичности и обеспечить непрерывность основного курса лечения.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ГОРМОНАЛЬНОГО СТАТУСА И СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПАРАМЕТРОВ КОЖИ: МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ

Сабиров У.Ю.[1], Назарова И.И.[2]
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии

DOI: 10.67620/dermajournal.1730146

Введение.

Старение кожи — это многофакторный процесс, на который влияют хронологический возраст, гормональный статус, фототип, сопутствующие заболевания и морфотипы старения. Интегрированный диагностический подход позволяет повысить персонализацию и эффективность эстетического лечения. Инволюционные изменения кожи представляют собой сложный, генетически детерминированный многофакторный процесс, в основе которого лежит синергетическое воздействие эндогенных (хронологическое старение, прогрессирующий дефицит половых стероидов, дисфункция тиреоидного статуса, сопутствующая соматическая патология) и экзогенных (прежде всего, ультрафиолетовое излучение) факторов.

Ведущую роль в поддержании структурного гомеостаза дермы играют эстрогены, которые регулируют пролиферативную активность фибробластов, неоколлагеногенез, синтез эластина и гликозаминогликанов. Снижение уровня сывороточного эстрадиола в периоде пери- и постменопаузы ассоциировано с резким падением гидродинамического потенциала внеклеточного матрикса, истончением дермального слоя и снижением его вязко-эластических свойств. Данные процессы протекают гетерогенно и во многом определяются конституциональным фототипом (по классификации Фитцпатрика) и анатомо-морфологическим типом старения лица, что требует дифференцированного терапевтического подхода.

В связи с этим критически актуальной задачей является разработка интегративного диагностического алгоритма, сочетающего высокочастотное ультразвуковое сканирование (УЗИ) высокого разрешения и функциональные неинвазивные методы (кутометрию, корнеометрию, компьютерный 3х-спектральный анализ), для объективизации выбора терапевтической тактики и математического прогнозирования клинического ответа кожи на аппаратное воздействие.

Цель исследования: Изучить взаимосвязь между гормональным статусом и структурно-функциональными параметрами кожи, а также разработать персонализированный подход к коррекции хроностарения на основе высокочастотного ультразвукового исследования и мультимодальной оценки кожи.

Материалы и методы: В исследование были включены 172 женщины в возрасте 30–75 лет с III–IV фототипами кожи по Фитцпатрику из Центрально-Азиатского региона. Оценка включала определение морфотипов старения, выявление сопутствующих хронических заболеваний, анализ уровней тиреоидных гормонов, эстрадиола и пролактина, высокочастотное УЗИ кожи лица и шеи, кутометрию, корнеометрию и трехспектральный компьютерный анализ кожи. Пациентки были разделены на три группы:

- Группа 1 (n=58) получала комбинированное лечение (микроигольчатый РФ-лифтинг и тулиевый лазер) с применением наносыворотки на основе ресвератрола в рамках одной сессии.
- Группа 2 (n=57) получала монотерапию методом микроигольчатого РФ-лифтинга.
- Группа 3 (n=57**)** получала процедуру на тулиевом лазере в сочетании с наносывороткой на основе ресвератрола.

Период наблюдения составил 6 месяцев с контрольными осмотрами через 1, 3 и 6 месяцев. Были разработаны авторская шкала оценки старения кожи и стандартизированный протокол комбинированной терапии.

Результаты: Выявлена сильная логарифмическая зависимость между уровнем эстрадиола в сыворотке крови и акустической плотностью дермы по данным высокочастотного УЗИ (\(y = 1.52871 \ln(x) + 1.3841\); R^2 = 0.9328). В Группе 1 комбинированная терапия привела к увеличению эластичности кожи на 46%, повышению увлажненности на 33%, уменьшению глубины морщин на 42% и улучшению текстуры кожи на 36%. Данные ультразвукового исследования продемонстрировали увеличение толщины и акустической плотности дермы до 15% по сравнению с группами монотерапии.

Заключение: Учет гормонального статуса, морфотипов старения и результатов мультимодальной оценки кожи обеспечивает объективную основу для персонализированной коррекции хроностарения. Разработанный комбинированный протокол лечения доказал клинические и структурные преимущества сочетанной терапии по сравнению с монометодами.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ СОЧЕТАНИЯ СЕКУКИНУМАБА И ND: YAG-ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ГИДРАДЕНИТА

Сабиров У.Ю.[1], Рахматов А.Б.[2], Юлдашева Ш. К.[3]
[1,2,3]ГУ «республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» мЗ рУз;

DOI: 10.67620/dermajournal.1730147

Хронический гнойный гидраденит является одним из наиболее сложных для лечения хронических воспалительных дерматозов. Заболевание характеризуется длительным рецидивирующим течением, формированием болезненных воспалительных узлов, абсцессов и дренирующих свищей, а при прогрессировании — выраженных рубцовых изменений и стойкого нарушения качества жизни пациентов.

Современная концепция лечения ХГГ предусматривает воздействие на системные иммуновоспалительные механизмы заболевания. Одним из перспективных направлений является блокада интерлейкина-17А секукинумабом. Однако системная таргетная терапия преимущественно подавляет активный воспалительный компонент заболевания и в меньшей степени воздействует на сформировавшийся локальный фолликулярный и структурный субстрат.

В связи с этим патогенетически обоснованным является сочетание системной биологической терапии с локальным лазерным воздействием. Длинноимпульсный Nd:YAG-лазер с длиной волны 1064 нм способен оказывать направленное воздействие на волосяные фолликулы и воспалительные структуры поражённых участков кожи. Комбинация секукинумаба и Nd:YAG-лазерной терапии потенциально позволяет одновременно воздействовать на системное ИЛ-17А-зависимое воспаление и локальный патологический субстрат заболевания.

Цель исследования. Оценить клиническую, иммунологическую и цитокиновую эффективность включения секукинумаба и Nd:YAG-лазерной терапии 1064 нм в комплексное лечение больных хроническим гнойным гидраденитом средней и тяжёлой степени.

Материалы и методы. В исследование включены 62 пациента с хроническим гнойным гидраденитом средней и тяжёлой степени. Пациенты были распределены на три клинические группы, сопоставимые по исходным демографическим характеристикам, стадии заболевания по Hurley и значениям IHS4.

Первую группу составили 18 пациентов, получавших стандартную терапию. Во вторую группу вошли 24 пациента, которым стандартное лечение дополняли секукинумабом. Третью группу составили 20 больных, получавших стандартную терапию в сочетании с секукинумабом и Nd:YAG-лазерным воздействием с длиной волны 1064 нм.

Секукинумаб применяли подкожно в дозе 300 мг на 0-й, 1-й, 2-й, 3-й и 4-й неделях, после чего препарат вводили в поддерживающем режиме по 300 мг один раз в две недели.

В третьей группе проводили дополнительно от 3 до 6 процедур Nd:YAG-лазерной терапии с интервалом 3–4 недели. Лазерное воздействие выполняли прицельно в области воспалительных узлов, инфильтратов и свищевых ходов.

Клинико-лабораторную эффективность оценивали на 16-й неделе. Основными критериями служили динамика индекса IHS4, достижение клинического ответа HiSCR и IHS4-55, изменение DLQI и интенсивности боли по шкале NRS-11. Дополнительно изучали динамику концентраций ИЛ-17, ИЛ-4 и ФНО-α, а также показатели клеточного звена иммунитета.

Результаты. Положительная клиническая динамика была зарегистрирована во всех группах, однако выраженность терапевтического эффекта существенно зависела от применённой схемы лечения.

При стандартной терапии медиана IHS4 снизилась с 8,0 до 6,0 балла, что соответствовало среднему относительному уменьшению на 23,0%. При добавлении секукинумаба медиана IHS4 уменьшилась с 8,0 до 3,0 балла, а относительное снижение составило 56,6%.

Наиболее выраженная динамика наблюдалась у пациентов, получавших секукинумаб в сочетании с Nd:YAG-лазерной терапией: медиана IHS4 снизилась с 7,0 до 2,0 балла, а среднее относительное уменьшение достигло 70,4%. Межгрупповые различия на 16-й неделе были статистически значимыми ($p<0,001$). При этом показатель IHS4 в третьей группе был достоверно ниже, чем во второй ($p=0,007$).

Выраженные различия установлены и по частоте достижения международно признанных критериев клинического ответа. HiSCR был достигнут у 5 из 18 пациентов, получавших стандартную терапию, что составило 27,8%. При включении секукинумаба данный показатель увеличился до 58,3% — 14 из 24 пациентов. В группе комбинированного лечения HiSCR достигли 16 из 20 пациентов, то есть 80,0%. Межгрупповые различия были статистически значимыми ($p=0,005$).

По критерию IHS4-55 положительный ответ был зарегистрирован у 27,8% пациентов первой группы, 62,5% второй и 85,0% третьей группы ($p=0,001$). Таким образом, сочетание секукинумаба и Nd:YAG-лазера обеспечивало максимальную частоту клинического ответа среди исследованных вариантов лечения.

Клиническое улучшение сопровождалось значительным повышением качества жизни. При стандартной терапии медиана DLQI снизилась с 14,5 до 10,5 балла, при добавлении секукинумаба — с 14,0 до 6,5 балла. В группе комбинированного лечения показатель уменьшился с 13,5 до 4,5 балла.

Среднее относительное снижение DLQI составило соответственно 29,1%, 53,1% и 65,3%. Межгрупповые различия на 16-й неделе были высоко статистически значимыми ($p<0,001$).

Аналогичная закономерность выявлена при оценке болевого синдрома. Среднее снижение NRS-11 составило 26,4% при стандартной терапии, 56,0% при добавлении секукинумаба и 67,5% в группе сочетания секукинумаба с Nd:YAG-лазером ($p<0,001$).

Дополнение секукинумаба лазерным воздействием сопровождалось также наиболее выраженным изменением цитокинового профиля. В группе стандартной терапии уровень ИЛ-17 снизился с 17,90±0,65 до 15,63±0,60 пг/мл. При применении секукинумаба показатель уменьшился с 18,00±0,78 до 9,10±0,43 пг/мл.

На фоне комбинированной терапии уровень ИЛ-17 снизился наиболее значительно — с 17,70±0,64 до 5,92±0,23 пг/мл. Одновременно концентрация ИЛ-4 в третьей группе увеличилась до 2,60±0,07 пг/мл, тогда как во второй группе — до 2,34±0,05 пг/мл, а при стандартной терапии — до 1,90±0,06 пг/мл. Межгрупповые различия на 16-й неделе были статистически значимыми ($p<0,001$).

Иммунологическая динамика также зависела от объёма проводимой терапии. Наиболее выраженное снижение доли активированных CD3+CD25+ и CD95+ лимфоцитов зарегистрировано в группе комбинированного лечения. На 16-й неделе содержание CD3+CD25+ составляло 4,65±0,45% в третьей группе против 5,16±0,71% во второй и 5,91±1,14% в первой ($p<0,001$).

Содержание CD95+ лимфоцитов составляло соответственно 17,15±0,95%, 18,65±2,34% и 19,87±3,05% ($p<0,001$). Достоверное повышение иммунорегуляторного индекса было наиболее выражено при сочетании биологической и лазерной терапии.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что клинический эффект комбинированной терапии сопровождается не только уменьшением количества воспалительных элементов, но и более выраженной нормализацией цитокинового и клеточного иммунного профиля.

Выводы. Включение секукинумаба в комплексное лечение хронического гнойного гидраденита существенно повышает клиническую эффективность терапии по сравнению со стандартным лечением.

Максимальный терапевтический эффект достигается при сочетании секукинумаба с Nd:YAG-лазерной терапией 1064 нм. К 16-й неделе HiSCR достигали 80,0% пациентов комбинированной группы по сравнению с 58,3% при применении секукинумаба без лазерного воздействия и 27,8% при стандартной терапии.

Комбинированный подход обеспечивает наиболее выраженное снижение IHS4, уменьшение интенсивности боли, улучшение качества жизни, снижение уровня ИЛ-17 и восстановление противовоспалительного компонента цитокиновой регуляции.

Выраженность иммунологических и цитокиновых изменений параллельна клиническому ответу, что подтверждает патогенетическую обоснованность одновременного воздействия на системное ИЛ-17А-зависимое воспаление и локальный фолликулярно-воспалительный субстрат заболевания.

Сочетание секукинумаба и Nd:YAG-лазерной терапии 1064 нм может рассматриваться как перспективный вариант комплексного лечения пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым хроническим гнойным гидраденитом.

АНТИОКСИДАНТНЫЙ СТАТУС ОРГАНИЗМА И ЕГО СВЯЗЬ С ВЫРАЖЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ МЕЛАЗМЫ

Саидвалиева С.С

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический центр дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730148

Ключевые слова: *мелазма, гиперпигментация, окислительный стресс, антиоксидантная защита, индекс MASI, d-ROMs, PAT.*

Введение

Мелазма — хроническое приобретённое нарушение пигментации кожи, отличающееся рецидивирующим течением и недостаточной эффективностью традиционных методов лечения. Согласно современным представлениям, окислительный стресс рассматривается как один из факторов, способствующих активации меланоцитов и стойкому сохранению гиперпигментации, однако характер его связи с тяжестью клинического течения мелазмы до конца не установлен. Целью настоящего исследования явилась оценка взаимосвязи между показателями системного окислительного стресса и степенью клинической тяжести мелазмы.

Материалы и методы

В исследование были включены 22 пациента с клинически подтверждённым диагнозом мелазмы. Тяжесть клинических проявлений оценивалась с помощью индекса MASI (Melasma Area and Severity Index). Системный окислительный статус определяли путём измерения уровня активных метаболитов кислорода (d-ROMs) как показателя окислительной нагрузки, а также общей антиоксидантной способности (PAT) как показателя антиоксидантной защиты организма. Взаимосвязь между маркерами окислительного стресса и показателями MASI анализировали с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Статистически значимым считали уровень $p < 0,05$.

Результаты

Полученные данные свидетельствуют о неоднородности профиля окислительного стресса среди обследованных пациентов: у значительной части из них выявлено повышение уровня d-ROMs на фоне снижения антиоксидантной способности. Корреляционный анализ по Спирмену не выявил статистически значимой связи между уровнем d-ROMs и показателями MASI ($r_s = 0,24$; $p = 0,51$). В то же время общая антиоксидантная способность (PAT) продемонстрировала умеренную обратную связь с тяжестью клинических проявлений мелазмы, приближающуюся к статистической значимости ($r_s = −0,63$; $p = 0,052$), что указывает на тенденцию к более высоким показателям MASI у пациентов со сниженной антиоксидантной способностью.

Выводы

Не столько повышение окислительной нагрузки само по себе, сколько снижение системной антиоксидантной способности организма может быть ассоциировано с более выраженной клинической тяжестью мелазмы. Оценка антиоксидантного статуса способна дать дополнительную информацию при индивидуальном обследовании пациентов с мелазмой и обосновать целесообразность включения антиоксидантных стратегий в комплексное лечение данного заболевания.

ANTERA 3D В ОЦЕНКЕ СОСУДИСТОГО КОМПОНЕНТА МЕЛАЗМЫ: ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИМПУЛЬСНОГО ЛАЗЕРА НА КРАСИТЕЛЯХ

Саидвалиева С.С.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730149

Актуальность.

Мелазма — хроническое приобретённое гиперпигментное заболевание кожи, локализующееся преимущественно на фотоэкспонированных участках лица и наиболее часто встречающееся у женщин репродуктивного возраста. Несмотря на доброкачественное течение, заболевание существенно снижает качество жизни пациентов. Высокая частота рецидивов и ограниченная эффективность существующих методов лечения обусловливают необходимость дальнейшего изучения механизмов формирования и персистирования гиперпигментации, в том числе роли сосудистого компонента.

Цель исследования: оценить выраженность сосудистого компонента мелазмы с помощью системы трёхмерной мультиспектральной визуализации Antera 3D и определить возможности применения импульсного лазера на красителях (PDL) в комплексной терапии заболевания.

Материал и методы.

Проведено клинико-инструментальное обследование 68 пациенток с мелазмой, обратившихся амбулаторно в отделение дерматокосметологии РСНПМЦДВиК. Для количественной оценки пигментного и сосудистого компонентов использовали систему Antera 3D, позволяющую проводить мультиспектральный анализ кожи и цифровое сравнение показателей в динамике. Определяли уровни меланина и гемоглобина в очагах мелазмы и сопоставляли их с референсными значениями до лечения и через 4 недели после сеанса PDL.

Результаты.

У всех обследованных пациенток в очагах поражения выявлено одновременное повышение уровней меланина и гемоглобина. Показатели меланина составили 0,650–0,921, гемоглобина — 1,64–2,60, что превышало референсные значения (меланин — до 0,5; гемоглобин — до 1,0). Полученные данные свидетельствуют о наличии в очагах мелазмы не только выраженного пигментного, но и сосудистого компонента. При разделении пациенток по среднему уровню меланина у 46 из них (средний уровень меланина 0,886) показатель гемоглобина составил 2,37 ± 0,44, у 28 пациенток (средний уровень меланина 0,740) — 2,21 ± 0,66.

С учётом выявленных сосудистых изменений в качестве первого этапа комплексной терапии применяли импульсный лазер на красителях (PDL), хромофором для которого служит оксигемоглобин сосудистого русла. Такой подход позволяет воздействовать на сосудистый компонент мелазмы и потенциально снижать его стимулирующее влияние на активность меланоцитов.

Через 4 недели после сеанса PDL у пациенток, находившихся под наблюдением, по данным Antera 3D отмечено снижение уровня гемоглобина на 32% и уровня меланина — на 21%. Инструментальные данные подтверждались клинически осветлением пигментных пятен; отмечено также повышение приверженности пациенток к продолжению курса осветляющей терапии.

Заключение.

В очагах мелазмы наряду с усилением пигментации определяется выраженный сосудистый компонент. Система Antera 3D позволяет объективно и количественно оценивать меланиновый и сосудистый компоненты, а также контролировать их динамику в ходе лечения. Выявление сосудистых изменений имеет практическое значение при выборе индивидуальной терапевтической стратегии. Комплексный подход, включающий индивидуально подобранную лазерную, топическую и системную терапию в сочетании с обязательной фотопротекцией, является основой достижения стойкого клинического улучшения и снижения риска рецидивов мелазмы.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННАЯ МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТУБЕРКУЛЁЗОМ: КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ

Саипова Н.С[1], Юсубалиев У.А[2], Тохтаев Г.Ш[3], Ашрапходжаева Н.М.[4]
[1,2,3,4]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730150

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

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

Клинические наблюдения проводились у 195 больных с туберкулезом легких (ТЛ), находящихся на лечении в РНПЦФиПРУз. В исследования были включены социально адаптированные пациенты в возрасте от 20 до 50 лет (из них 105 женщин и 90 мужчин) с заболеваниями кожи. Хронические рецидивирующие дерматозы (атопический дерматит, псориаз, микробная экзема, ограниченный нейродермит, красный плоский лишай, себорейный дерматит, акантолитическая пузырчатка) в целом отмечались у 42 больных (21,5%), бактериальные поражения кожи (пиодермии: сикоз, фурункулы, стафилодермии, хроническая язвенная пиодермия, эктима), а также акне (угри вульгарные и розацеа) и гидраденит – у 17мужчин (в целом 8,7% случаев). Паразитарные заболевания (лейшманиоз кожи, чесотка) были установлены у 8(4,1%) пациентов, вирусные дерматозы (простой пузырьковый лишай, опоясывающий лишай, остроконечные кондиломы) – у 11(5,6%) больных. Чаще отмечались микотические поражения кожи и слизистых – в целом у 108(55,4%) больных, у мужчин (30 больных) – это распространенные формы разноцветного лишая, микозы стоп и крупных складок, эритразма (13 больных), а также кандидозный баланит, баланопостит, ангулярный стоматит (17больных). У женщин чаще отмечались кандидоз крупных складок, ангулярный стоматит, микотическая экзема аногенитальной области (в целом – 48 пациенток), кандидозный кольпит. У 62 пациенток установлен бактериальный вагиноз, в том числе в сочетании с кандидозом у 25. ИППП были диагностированы у 9 больных (урогенитальный трихомониаз, сифилис, ВИЧ-инфекция)

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

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

Тимогель назначали в виде смазывания и втирания в пораженные участки два раза в день в течение 10-15 дней). В зависимости от характера высыпаний проводили монотерапиютимогелем или его комбинацией с «Неодермом» , анилиновыми красителями, салициловой мазью. (Методика №1- монотерапиятимогелем, Методика №2 – тимогель в сочетании с неодермом). В группе сравнения в качестве наружного средства применяли неодерм (методика №3). Результаты терапии сравнивали с контрольной группой больных,получавших лечение традиционными методами. Неодерм также назначали больным для топической монотерапии при вульгарном и пустулезном псориазе и псориатической эритродермии, при микробной (варикозной) экземе в подострой стадии воспаления при отсутствии выраженного мокнутия, а также при осложнении язвенной пиодермией, у больных с себорейным дерматитом и эритразмой, на очаги микотической экземы перианальной области у больных с урогенитальными инфекциями.

«ПСОРИАЗ КАК СИСТЕМНОЕ ИММУНООПОСРЕДОВАННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА, КОМОРБИДНОСТИ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ»

Царфина Мария Семеновна
(ЧУОО ВО Медицинский университет «Реавиз»)

DOI: 10.67620/dermajournal.1730151

Актуальность. Псориаз представляет собой хроническое иммуноопосредованное воспалительное заболевание мультифакториальной природы с преимущественным поражением кожи и опорно-двигательного аппарата. Распространённость псориаза в России составляет примерно 1,5–2% среди взрослого населения, что сопоставимо с глобальными показателями. Заболевание существенно снижает качество жизни пациентов: средние значения дерматологического индекса качества жизни (DLQI) у больных хроническими воспалительными дерматозами достигают 17,8 ± 5,2 балла, что соответствует очень сильному влиянию на жизнь пациента. Псориаз ассоциирован с широким спектром коморбидных состояний, включая псориатический артрит (ПсА), метаболический синдром и психоэмоциональные расстройства, что определяет необходимость мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов.

Цель. Систематизировать актуальные данные о патогенетических механизмах псориаза, его коморбидной нагрузке и современных терапевтических стратегиях для оптимизации персонализированного ведения пациентов в практике дерматовенеролога.

Материалы и методы. Проведён анализ публикаций за 2025–2026 гг. в рецензируемых журналах дерматологического профиля (Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, Nature Communications, Communications Biology, Inflammopharmacology), клинических рекомендаций (S3-руководство по терапии псориаза vulgaris, 2025; French guidelines on systemic treatments for moderate-to-severe psoriasis, 2025), а также данных систематических обзоров и метаанализов.

Результаты.

1. Патогенетические механизмы. Псориаз характеризуется сложным взаимодействием кератиноцитов, дендритных клеток и Т-лимфоцитов. Ключевая роль в патогенезе отводится оси IL-23/IL-17: гиперактивация IL-17A, продуцируемого Т-клетками (в том числе CD8+ TRM-клетками), запускает каскад воспалительных реакций, приводящих к неконтролируемой пролиферации кератиноцитов, акантозу и ангиогенезу. Новые данные указывают на участие сигнального пути CXCL16/CXCR6: снижение экспрессии UBE2L3 в кератиноцитах активирует IL-1β экспрессию CXCL16, который привлекает CXCR6+ CD8+ Т-клетки, секретирующие IL-17A, формируя положительную обратную связь. Кроме того, идентифицированы эпигенетические механизмы, в частности лактилирование H4K12 в кератиноцитах, поддерживающее неканонический IL-17-зависимый сигналинг.

2. Коморбидность. Псориатический артрит выявляется примерно у 20% пациентов с псориазом, при этом годовая заболеваемость ПсА составляет около 2%. По данным немецкого регистра PsoBest (n = 17 310), среди пациентов с псориазом и ПсА достоверно выше доля лиц, получавших биологическую терапию (65,9% против 38,8% без ПсА), что отражает более тяжёлое течение заболевания при наличии суставного синдрома. Пациенты с псориазом склонны к развитию депрессии и тревожных расстройств, что обусловлено как стигматизацией, так и системным воспалительным ответом. Также обсуждается роль

экологических триггеров - стресса, инфекций, курения, алкоголя и загрязнителей воздуха - в дебюте и обострениях псориаза.

3. Терапевтические стратегии. Согласно обновлённым клиническим рекомендациям, пациентам со среднетяжёлым и тяжёлым течением псориаза показано назначение системной терапии. Систематический обзор 22 рандомизированных контролируемых исследований (более 50 000 пациентов) продемонстрировал превосходство биологических препаратов, таргетирующих IL-17 (секукинумаб, иксекизумаб, бродалумаб) и IL-23 (гуселькумаб, ризанкизумаб, тилдракизумаб), над TNF-α-ингибиторами и традиционными системными средствами. IL-23-ингибиторы обеспечивают более длительный контроль заболевания, а среди малых молекул деукравацитиниб превосходит апремиласт по достижению PASI 75. Перспективными направлениями являются наноантитела, антисмысловые олигонуклеотиды (в частности, таргетирующие IRF4) и ингибиторы сигнальных путей TNFR1.

Выводы. Псориаз является системным иммуноопосредованным заболеванием, патогенез которого реализуется через сложную сеть цитокиновых взаимодействий с центральной ролью оси IL-23/IL-17 и сигнального пути CXCL16/CXCR6. Высокая частота коморбидных состояний, прежде всего псориатического артрита и психоэмоциональных нарушений, требует ранней диагностики и мультидисциплинарного ведения. Современный арсенал терапевтических средств, включающий биологические препараты и малые молекулы, позволяет достигать полного очищения кожи и длительного контроля заболевания, однако дальнейшие исследования должны быть направлены на персонализацию терапии с учетом коморбидного профиля пациента и долгосрочных исходов.

КЛИНИКО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ФРАКЦИОННЫХ ЛАЗЕРНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИИ ВИТИЛИГО

С.Ф.Шохимардонова
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

DOI: 10.67620/dermajournal.1730153

Витилиго — приобретённое хроническое дерматологическое заболевание, характеризующееся прогрессирующей потерей функционирующих меланоцитов и формированием на коже депигментированных пятен различной локализации и площади. Распространённость витилиго в популяции составляет от 0,5 до 2%, при этом заболевание может дебютировать в любом возрасте, нередко существенно снижая качество жизни и психоэмоциональное состояние пациентов. В основе патогенеза лежат аутоиммунные, окислительные и нейрогенные механизмы, приводящие к разрушению меланоцитов и нарушению процессов репигментации. Несмотря на широкий арсенал методов лечения (топическая и системная терапия, фототерапия), результаты остаются не всегда удовлетворительными, что обусловливает поиск новых, в том числе комбинированных, подходов к терапии заболевания.

Цель исследования. Провести клинико-инструментальную оценку эффективности и безопасности применения фракционных лазерных технологий в составе комплексной терапии больных витилиго.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 35 больных витилиго (мужчин — 15, женщин — 20) в возрасте от 18 до 45 лет с длительностью заболевания от 1 года до 10 лет. Пациенты были разделены на две группы: основная группа (n=20) получала комплексную терапию, включающую сеансы фракционного CO2-лазера в сочетании с топическими препаратами и узкополосной УФВ-терапией; контрольная группа (n=15) получала только стандартную топическую и фототерапию. Оценка эффективности проводилась с использованием индекса VASI (Vitiligo Area Scoring Index), дерматоскопии и цифровой фотофиксации очагов депигментации до и через 3 месяца лечения.

Результаты исследования. В основной группе к концу наблюдения отмечалось достоверное снижение индекса VASI на 42,6% по сравнению с исходным уровнем, тогда как в контрольной группе снижение составило лишь 18,3% ($p<0,05$). Начальные признаки репигментации (перифолликулярные и краевые очаги) в основной группе визуализировались уже к 6–8 неделе терапии, что достоверно раньше, чем в контрольной группе. Дерматоскопически у пациентов основной группы чаще выявлялась перифолликулярная репигментация с формированием четких пигментных островков. Побочные эффекты в виде транзиторной эритемы и легкого шелушения носили умеренный характер и не потребовали отмены терапии.

Выводы: Включение фракционных лазерных технологий в комплексную схему лечения витилиго достоверно повышает эффективность репигментации по сравнению со стандартной терапией, ускоряя сроки появления клинического ответа и улучшая косметический результат. Фракционное лазерное воздействие способствует стимуляции меланоцитарной активности за счет улучшения микроциркуляции и повышения проницаемости кожи для топических препаратов, что обосновывает целесообразность его применения в составе комбинированных протоколов лечения витилиго.

ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ ПСОРИАЗА

С.Ф.Шохимардонова
ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

DOI: 10.67620/dermajournal.1730154

Псориаз — хроническое иммуноопосредованное воспалительное заболевание кожи, в основе патогенеза которого лежит дисрегуляция Th1/Th17-иммунного ответа с гиперпродукцией провоспалительных цитокинов (IL-17, IL-23, TNF-α) и развитием гиперпролиферации кератиноцитов. Заболевание встречается примерно у 2–3% населения и характеризуется хроническим рецидивирующим течением, значительно снижающим качество жизни пациентов. В последние годы псориаз всё чаще рассматривается не только как кожная патология, но и как системное заболевание, ассоциированное с метаболическим синдромом, сердечно-сосудистыми заболеваниями и ожирением.

Цель исследования. Изучить влияние ожирения на клиническое течение, степень тяжести и эффективность терапии псориаза, а также оценить взаимосвязь индекса массы тела с индексом PASI и частотой сопутствующих метаболических нарушений у больных псориазом.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 40 больных псориазом в возрасте от 25 до 60 лет, которые были разделены на две группы: 1-я группа (n=20) — пациенты с нормальной массой тела (ИМТ 18,5–24,9 кг/м^2), 2-я группа (n=20) — пациенты с ожирением (ИМТ ≥30 кг/м^2). Тяжесть кожного процесса оценивалась по индексу PASI, дополнительно учитывались показатели окружности талии, липидного профиля и уровня глюкозы крови натощак.

Результаты исследования. У пациентов 2-й группы средний показатель индекса PASI был достоверно выше по сравнению с пациентами 1-й группы (18,4±2,1 против 11,2±1,8 балла, $p<0,05$). У больных с ожирением чаще регистрировались торпидное течение дерматоза, недостаточный ответ на стандартную системную терапию, а также сопутствующие метаболические нарушения — дислипидемия выявлена у 65% пациентов, нарушение гликемии натощак — у 40%, что достоверно превышало показатели в группе с нормальной массой тела.

Выводы: Ожирение является фактором, отягощающим течение псориаза: сопровождается более высокой активностью кожного процесса, торпидностью к проводимой терапии и частым сочетанием с метаболическими нарушениями. В основе данной взаимосвязи лежит хроническая системная воспалительная реакция, обусловленная избыточной секрецией провоспалительных адипокинов и цитокинов (лептин, TNF-α, IL-6) жировой тканью, усугубляющих иммуновоспалительные механизмы псориаза. Полученные данные свидетельствуют о необходимости включения мероприятий по коррекции массы тела и метаболических нарушений в комплексную программу лечения больных псориазом с сопутствующим ожирением.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КРЕМНИЙСОДЕРЖАЩЕГО ЭМОЛЕНТА В ПОДДЕРЖИВАЮЩЕЙ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО

Шукуров И.Б.[1], Мавлянова Ш.З.[2], Яхшиева М.Ф.[3], Хонходжаев Ш.Ш.[4]
[1,2,3,4]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз,
Бухарский Государственный медицинский институт

DOI: 10.67620/dermajournal.1730155

Актуальность : Витилиго является хроническим приобретенным дерматозом, характеризующимся развитием депигментированных очагов вследствие селективной утраты функционально активных меланоцитов. В патогенезе заболевания важную роль играют аутоиммунные механизмы, оксидативный стресс, нарушение микроокружения меланоцитов и снижение защитных функций кожного барьера. Несмотря на применение современных методов терапии, включая фототерапию, топические иммуномодуляторы и другие патогенетические подходы, проблема длительного сохранения достигнутой репигментации остается актуальной. Особое значение приобретает применение средств наружного ухода, направленных на восстановление барьерной функции кожи, особенно в условиях жаркого и сухого климата.

Цель исследования: Оценить эффективность применения кремнийсодержащего эмолента «Дисдерм» в составе комплексной и поддерживающей наружной терапии больных витилиго.

Материал и методы: Под наблюдением находились 48 пациентов с витилиго в возрасте от 12 до 54 лет. Среди обследованных было 33 мужчины и 15 женщин. Сегментарная форма заболевания диагностирована у 18 пациентов, несегментарная — у 30 больных.

Пациенты были разделены на две группы. Контрольную группу составил 21 пациент, получавший стандартную комплексную терапию с применением физиотерапевтических методов (NB-UVB 311 нм, эксимерный свет 308 нм, PUVA-терапия). Основную группу составили 27 пациентов, которым дополнительно назначали кремнийсодержащий эмолент «Дисдерм» в сочетании с ультразвуковым воздействием на очаги депигментации (курс №10) с последующим применением препарата в качестве поддерживающей наружной терапии.

Эффективность лечения оценивали на основании клинических данных, гистологического, иммуногистохимического и морфометрического исследований. Для оценки состояния меланоцитарной системы использовали иммуногистохимические маркеры S-100 и MART-1. Статистический анализ проводили методом ANOVA, достоверными считали различия при $p<0,05$.

Результаты исследования: после проведенного лечения выраженная положительная клиническая динамика отмечена у пациентов основной группы. Краевая и фолликулярная репигментация, уменьшение площади депигментированных очагов наблюдались у 24 пациентов (88,8%). Одновременно отмечалось улучшение гидратации кожи, уменьшение сухости и отсутствие появления новых очагов депигментации в период наблюдения.

В контрольной группе положительная динамика зарегистрирована у 13 пациентов из 21 (61,9%), однако восстановление пигментации происходило менее выраженно, а признаки сухости кожи сохранялись.

По данным иммуногистохимического исследования до лечения выявлялось снижение экспрессии маркеров S-100 и MART-1, что свидетельствовало о снижении количества функционально активных меланоцитов. После терапии в основной группе отмечалось

достоверное увеличение экспрессии S-100 и MART-1, повышение плотности меланоцитов и уменьшение выраженности фиброзных изменений кожи ($p<0,05$).

Заключение: Таким образом, применение кремнийсодержащего эмолента «Дисдерм» в комплексной терапии больных витилиго способствует повышению клинической эффективности лечения, улучшению состояния кожного барьера и активации процессов репигментации. Полученные клинико-морфологические данные позволяют рекомендовать использование данного эмолента в качестве компонента поддерживающей наружной терапии больных витилиго, особенно проживающих в условиях жаркого и сухого климата.

LANGERHANS CELL HISTIOCYTOSIS IN AN INFANT: DIAGNOSTIC DIFFICULTIES AND DELAYED VERIFICATION OF THE DIAGNOSIS

Solmetova M.N.[1], Gataulina N.N.[2]
[1]Tashkent State Medical University,
[2]Department of Clinical Disciplines, Kimyo International University in Tashkent, Uzbekistan

DOI: 10.67620/dermajournal.1730156

Introduction.

Langerhans cell histiocytosis (LCH) is a rare clonal myeloid disorder characterized by the accumulation of pathological dendritic cells. Clinical manifestations range from isolated cutaneous lesions to severe multisystem forms involving high-risk organs. According to the literature data by Berres ML, Merad M and others, the disease is characterized by high clinical variability and a risk of rapid progression, emphasizing the importance of early diagnosis.

Objective of the Study. To study the clinical features and clinical course variants of Langerhans cell histiocytosis in children.

Materials and Methods. A clinical case of a child with Langerhans cell histiocytosis is presented. The patient underwent clinical and dermatological examination with dermatoscopy, skin biopsy followed by morphological and immunohistochemical examination, as well as laboratory and instrumental diagnostic methods.

Results. Patient Z., female, born in 2020, was admitted with complaints of skin eruptions. Clinically, multiple polymorphic skin lesions were observed. Initially, the patient's condition remained relatively stable; however, systemic involvement subsequently developed.

Dermatological status. The skin process was widespread. Physical examination revealed multiple red-brown papular and nodular lesions accompanied by skin infiltration and inflammatory changes. Dermatoscopic findings corresponded to infiltrative skin involvement.

Morphological verification. Histopathological examination revealed findings consistent with xanthomatous-type histiocytosis X. The morphological findings confirmed the diagnosis of Langerhans cell histiocytosis. Laboratory and instrumental findings. Biochemical blood analysis demonstrated impaired liver function with elevated ALT and bilirubin levels. Abdominal ultrasound revealed hepatomegaly, ascites, and diffuse liver changes, indicating hepatobiliary system involvement. MSCT of the brain. Signs of a mass lesion and bilateral lytic changes in the temporal regions with extension into the middle ear were detected, as well as involvement of the facial skull bones. Based on all obtained findings, the disease was diagnosed as multisystem Langerhans cell histiocytosis with involvement of high-risk organs (liver). The patient died before initiation of specific therapy.

Conclusion. According to the literature, Langerhans cell histiocytosis (LCH) in children may initially present with isolated cutaneous lesions, followed by rapid progression and involvement of high-risk organs, particularly the liver. Early diagnosis, including skin biopsy for histological confirmation, as well as further systemic evaluation, is essential for timely initiation of treatment and improved prognosis.

ЮВЕНИЛЬНАЯ КСАНТОГРАНУЛЕМА У ВЗРОСЛЫХ. РЕДКИЙ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Солметова М.Н.[1], Садриддинова С.В.[2]
[1,2]Ташкентский Государственный Медицинский Университет Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730157

Актуальность. Ювенильная ксантогранулема (ЮКГ) представляет собой доброкачественное заболевание из группы нелангергансоклеточных гистиоцитозов, преимущественно встречающееся в детском возрасте. Развитие множественных кожных поражений у взрослого пациента является редким клиническим наблюдением и может создавать диагностические трудности.

Цель исследования. Представить клинический случай множественной кожной ювенильной ксантогранулемы у взрослого пациента с оценкой клинико-морфологических и иммуногистохимических особенностей заболевания.

Материалы и методы. Представлен случай 49-летнего пациента, у которого в течение одного года отмечалось появление множественных кожных образований на коже спины, лица и шеи. Поражения имели исключительно кожную локализацию. Для исключения возможного системного поражения проведены офтальмологическое обследование и магнитно-резонансная томография головного мозга. Патогистологическое исследование выполнено по биоптатному материалу кожи с последующим иммуногистохимическим исследованием.

Результаты исследования. При гистологическом исследовании в дерме определялся инфильтрат, представленный гистиоцитами, лимфоцитами, пенистыми клетками и гигантскими клетками типа Тутона. Выраженной клеточной атипии не выявлено. При иммуногистохимическом исследовании гистиоцитарные клетки экспрессировали CD68 и CD163; CDla был отрицательным, S100 экспрессировался в единичных клетках. Офтальмологическое обследование признаков поражения глаз не выявило, по данным МРТ головного мозга патологических изменений не обнаружено. Совокупность клинических, морфологических и иммуногистохимических данных соответствовала диагнозу ксантогранулемы.

Заключение. Представленный случай демонстрирует редкое развитие множественной кожной ювенильной ксантогранулемы у взрослого пациента. При появлении множественных ксантоматозных или узловых кожных образований во взрослом возрасте ЮКГ следует включать в дифференциально-диагностический поиск. Гистологическое исследование в сочетании с иммуногистохимическим профилированием имеет ключевое значение для установления диагноза и исключения других форм гистиоцитозов. Ключевые слова: ювенильная ксантогранулема, взрослый пациент, нелангергансоклеточный гистиоцитоз, ксантоматозные поражения, иммуногистохимия.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ И ИХ СВЯЗЬ С ГИСТОПАТОЛОГИЧЕСКИМИ подтипами

Солметова М.Н[1], Нурматова И.Б[2], Фармонова Н.И[3]
[1,2,3]Ташкентский Государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730158

Актуальность исследования. Базальноклеточная карцинома (БКК) является наиболее распространённым злокачественным новообразованием кожи у лиц со светлой кожей и составляет около 75–80% случаев немеланомного рака кожи. Заболевание преимущественно встречается у пациентов старше 40 лет и чаще локализуется в области головы и шеи, подвергающейся хроническому воздействию ультрафиолетового излучения. Несмотря на низкий метастатический потенциал, БКК при поздней диагностике может приводить к выраженной локальной деструкции тканей.

Диагноз БКК устанавливается на основании клинической оценки и подтверждается гистопатологическим исследованием. В то же время биопсия является инвазивным методом, требующим времени и дополнительных ресурсов. Дерматоскопия представляет собой доступный неинвазивный метод диагностики in vivo, позволяющий визуализировать структурные и сосудистые признаки опухоли, неразличимые при стандартном клиническом осмотре, что делает её важным инструментом раннего выявления БКК.

Целью исследования. Было оценить взаимосвязь между гистопатологическими подтипами базальноклеточной карциномы и их дерматоскопическими признаками, а также определить возможность использования дерматоскопии для диагностики БКК и предварительного прогнозирования её гистопатологического подтипа.

Материалы и методы. Обследованы 98 пациентов с клинически и гистопатологически подтверждённой БКК. До проведения гистологического исследования выполнялась дерматоскопическая оценка очагов с анализом сосудистых, пигментных и структурных признаков. Полученные дерматоскопические данные сопоставляли с гистопатологическим подтипом опухоли.

Результаты. Наиболее частым дерматоскопическим признаком был нерегулярный сосудистый рисунок (79,6%), преимущественно в виде арборизирующих сосудов (42,9%). При нодулярном БКК арборизирующие сосуды выявлялись значительно чаще (78,6%). Для поверхностного БКК наиболее характерными были молочно-розовый/красный фон (100%), арборизирующие микрососуды и короткие тонкие телеангиэктазии. Пигментированные варианты характеризовались преимущественно сине-серыми овоидными гнёздами и глобулами. Выявлена положительная корреляция между размером опухоли и наличием сине-серых овоидных гнёзд ($r=0,455$; $p<0,001$).

Заключение. Дерматоскопия позволяет выявлять широкий спектр признаков БКК и имеет диагностическую ценность при определении её гистопатологического подтипа. Выявленные различия дерматоскопической картины между нодулярным, поверхностным и пигментированным вариантами подтверждают перспективность метода для ранней диагностики БКК.

ВЫНУЖДЕНА СКРЫВАТЬСЯ: КОЛЛОИДНЫЙ МИЛИУМ

Солметова М.Н.[1], Садриддинова С.Ф.[2]
[1,2]Ташкентский Государственный Медицинский Университет, Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730159

Актуальность: Коллоидный милиум редкое дегенеративное заболевание кожи, характеризующееся накоплением гомогенного коллоидного материала в дерме. Заболевание преимущественно поражает фотодоступные участки кожи и может быть связано с хроническим воздействием ультрафиолетового излучения. Клиническое сходство с другими папулёзными дерматозами нередко становится причиной диагностических ошибок и отсрочки постановки окончательного диагноза.

Цель: Продемонстрировать особенности клинического течения, диагностического поиска и лечения взрослого пациента с коллоидным милиумом на фоне длительного профессионального воздействия солнечного излучения.

Материал и методы: Представлен клинический случай 48-летней пациентки, проживающей в сельской местности Ташкентской области. Пациентка около 9 месяцев в году работала в поле, подвергаясь длительному воздействию интенсивного солнечного излучения и высоких температур окружающей среды, достигающих 40–50 °C. Предъявляла жалобы на высыпания в области лица, шеи и кистей, усиливающиеся в летний период, зуд и выраженный косметический дефект. Проведены клиническое обследование, дерматоскопия и последующая биопсия кожи с гистологическим исследованием.

Результаты: При осмотре выявлены множественные полупрозрачные желтоватые папулы преимущественно на фотодоступных участках: лбу, щеках, периорбитальной области, шее, тыльной поверхности кистей и предплечий. На начальном этапе пациентка наблюдалась по месту жительства, где получала симптоматическую терапию без выраженного эффекта. В дальнейшем были диагностированы мелазма и себорейный дерматит, отдельные элементы подвергались криодеструкции, однако положительной динамики через 2 месяца не отмечалось. На специализированном этапе проведена дерматоскопия, после чего с учётом длительного течения заболевания, отсутствия эффекта от проводимой терапии и диагностических трудностей выполнена биопсия кожи. При гистологическом исследовании выявлены характерные для коллоидного милиума изменения дермы, что позволило установить окончательный диагноз. В составе комплексной терапии пациентке назначен третиноин 0,05% наружно 1 раз в сутки в течение 8 недель, эмолент Bioderma Atoderm Intensive Baume 2 раза в сутки, а также фотопротекция SPF 50+ с регулярным обновлением средства. Рекомендовано ограничение прямой инсоляции и снижение профессиональной нагрузки, связанной с интенсивным солнечным воздействием. На фоне терапии отмечена положительная клиническая динамика.

Заключение: Представленный случай демонстрирует диагностические трудности при редком коллоидном милиуме и подчёркивает значение комплексной клинико-морфологической диагностики. У пациентов с длительно существующими полупрозрачными желтоватыми папулами на фотодоступных участках кожи необходимо учитывать коллоидный милиум в дифференциальной диагностике. Биопсия кожи с гистологическим исследованием имеет ключевое значение для верификации диагноза. Длительное профессиональное воздействие ультрафиолетового излучения в данном случае может рассматриваться как значимый фактор риска, что подчёркивает необходимость эффективной фотопротекции и профилактики хронического фотоповреждения кожи.

БОЛЕЗНЬ АНДЕРСОНА-ФАБРИ

М.Ш.Султанова[1], А.Б.Рахматов[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730160

Болезнь Андерсона-Фабри (ангиокератома диффузная) относится к редким наследственным лизосомальным заболеваниям, обусловленная отложением глоботриазилцерамида (Gb3) в различных органах, включая и кожу. Gb3 является промежуточным продуктом в пути деградации глобозида, основного компонента некоторых клеточных мембран. Фермент альфа-галактозидаза А катализирует расщепление концевой галактозы от Gb3. Отсутствие фермента альфа-галактозидазы А приводит к накоплению Gb3 в различных тканях, вызывая гибель клеток. Наиболее клинически значимыми местами накопления Gb3 являются кровеносные сосуды кожи, сердца, нервов и почек. Болезнь Андерсона-Фабри обычно поражает мужчин и мальчиков тяжелее и в более раннем возрасте, поскольку наследование связано с Х-хромосомой.

Клинические признаки заболевания характеризуются образованием: скопления ангиокератом (небольшие темно-красные папулы); непереносимость жары и гипогидроз, эпизодические акропарестезии; помутнение роговицы, потеря слуха, желудочно-кишечная симптоматика. Дерматологические проявления наблюдаются более чем у 70% пациентов с болезнью Андерсона-Фабри, при этом средний возраст начала заболевания составляет 17 лет. Ангиокератомы представляют собой расширенные кровеносные сосуды в верхнем слое дермы, проявляющиеся в виде красных или черных папул, причем окраска папул при надавливании не меняется, а более старые очаги могут принимать бородавчатый характер. Скопления или диффузные ангиокератомы, впервые появившиеся у молодых взрослых, должны насторожить врачей и указать на возможный диагноз болезни Андерсона-Фабри. Ангиокератомы обычно локализуются в области купального костюма (от пупка до верхней части бедер, включая и гениталии). Высыпания могут локализоваться на губах и в полости рта. Диагноз у мужчин выставляется на основании анализа крови: очень низкой уровень активности альфа-галактозидазы А (<3%) достаточно для постановки диагноза, в то время как уровень фермента выше 35% исключает болезнь Андерсона-Фабри. Если генетический анализ не выявит мутацию, вызывающую заболевание, специфичную для болезни Андерсона-Фабри, проводится гистологическое исследование биоптата кожи на внутриклеточное накопление Gb3.

После постановки диагноза мужчинам с болезнью Андерсона-Фабри назначают ферментозаместительную терапию, независимо от клинических проявлений, которая восполняет дефицит фермента альфа-галактозидазы А у пациентов. Она снижает тяжесть и прогрессирование проявлений заболевания, особенно нейропатические боли и заболеваний почек, за счет уменьшение отложения Gb3 в тканях. В частности, предлагается использование препарата «Фабагал», который производится методом культивирования клеток, выделения специального белка и подготовка лиофилизата, который в последующем вводится внутривенно (капельно) каждые 2 недели в течение всей жизни, что приводит к значительному улучшению клинической картины заболевания и предупреждает возможное прогрессирование болезни Андерсона-Фабри.

Таким образом, рассматривается генодерматоз, каковым является болезнь Андерсона-Фабри, с характерной клинической симптоматикой, для подтверждения которой необходимы исследования активности альфа-галактозидазы А, гистологические и молекулярно-генетические исследования. Имеются специальные ферментозаместительные препараты (Фабагал), позволяющие улучшать клиническую симптоматику и предотвращать дальнейшее прогрессирование заболевания.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕННОГО МИКРОБИОЦИНОЗА КИШЕЧНИКА И КОЖИ НА ЭФФЕКТИНОСТЬ АНТИЦИТОКИНОВОЙ ТЕРАПИИ БЛЯШЕЧНОГО ПСОРИАЗА

У.А. Таджибаев[1], Э.А. Баткаев[2]
[1]ГОУ «Институт после дипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан», Душанбе, Республика Таджикистан,
[2]АНО ДПО Московский медико-социальный институт имени Ф.П. Гааза, Москва, Российская Федерация, ФГАОУ ВО РУДН, Москва, Российская Федерация

DOI: 10.67620/dermajournal.1730161

Цель исследования: изучение влияния бактериальной эндотоксинемии и патологической микробиоты кишечника и кожи на эффективность лечения Пс ингибитором интерлейкина (ИЛ) 17А. Материал и методы: в исследование включены 110 пациентов с бляшечным Пс среднетяжелой формы. Все пациенты обследованы методом хромато-масс-спектрометрии микробных маркеров (ХМСМ) по Г.А. Осипову для оценки состояния микробиоты кишечника и кожи. Наблюдаемые больные были разделены на 2 группы: в 1-й группе (основной) пациенты (n=80) получали комбинированное лечение генно-инженерным биологическим препаратом (ГИБП) ингибитором ИЛ-17А нетакимабом в дозе 120 мг подкожно на 0, 1, 2-й неделе; далее 1 раз в 4 нед. до 52-й недели в сочетании с методами коррекции микробиоты кишечника и кожи; во 2-й группе (контрольной) пациенты (n=30) получали только монотерапию ГИБП ингибитором ИЛ-17А. Эффективность лечения оценивали на фоне лечения ГИБП (на 12, 28 и 52-й неделях) по динамике индекса тяжести псориаза (Psoriasis Area and Severity Index, PASI) 75/90/100, дерматологического индекса качества жизни (The Dermatology Life Quality Index, DLQI) и показателей ХМСМ. Результаты исследования: у всех пациентов, включенных в исследование, выявлена патологическая микробиома в кишечнике и коже с пятикратным повышением бактериального эндотоксина и трех транзиторных патогенных микроорганизмов: Blautia coccoides, Peptostreptococcus anaerobius, Staphylococcus epidermidis. На 28-й и далее на 52-й неделях лечения в 1-й группе установлен регресс клинических проявлений заболевания с PASI 90 — у 21 (26,2%); PASI 100 — у 59 (73,7%) и восстановление микробиомы тонкого кишечника и кожи до референтных значений ХМСМ и DLQI. Во 2-й группе на 28-й неделе сохранялся патологический микробиоценоз с развитием у 6 (20%) пациентов рецидива при PASI 75. Присоединение к лечению у данных пациентов лечебной коррекции дисбиоза позволило на 52-й неделе (12 мес.) лечения достичь регресса заболевания с PASI (PASI≥90) и референсных значений DLQI и ХМСМ.

Заключение: проведенное обследование методом ХМСМ выявило у всех наблюдаемых пациентов с Пс нарушенный микробиоценоз кишечника и кожи. Комбинированное лечение, включающее ГИБП ингибитор ИЛ-17А и лечебную коррекцию нарушенного микробио- ценоза, позволило достичь ремиссии заболевания на 28–52-й неделях лечения и нормализации микробиомы тонкого кишечника и кожи до референтных значений. В то время как, у пациентов 2-й контрольной группы, получавших монотерапию ГИБП ингибитором ИЛ-17А на 28-й неделе определялсь патологическя микробиом в кишечнике и на коже, сопровождающаяся развитием рецидива в 20% при PASI 75. Это подтверждает, что сохраняющийся дисбиоз снижает эффективность лечения Пс с формированием феномена «ускользания эффекта» при терапии нетакимабом ингибитором ИЛ-17А.

ГЕРПЕСВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ

Ташкенбаева У.А.
Ташкентский государственный медицинский университет

Ключевые слова: *герпесвирусная инфекция, вирус простого герпеса, рецидив, ранняя терапия, интерферон альфа-2b, Виферон®, местная терапия, комплексное лечение.*

DOI: 10.67620/dermajournal.1730162

Актуальность. Герпесвирусные инфекции остаются одной из актуальных проблем современной дерматологии. Особенностью инфекции, вызванной вирусом простого герпеса (ВПГ) 1-го и 2-го типов, является пожизненная персистенция вируса в организме с возможностью реактивации и развития рецидивов. Клинические проявления в виде везикул, эрозий, зуда, жжения и болевого синдрома могут существенно снижать качество жизни пациентов. В связи с этим важное значение приобретает раннее начало терапии и индивидуальный выбор лечебной тактики.

Цель. Обобщить современные подходы к лечению герпесвирусной инфекции и показать возможности применения местной терапии интерфероном альфа-2b в комплексном ведении пациентов.

Материалы и методы. Проведён анализ современных клинических рекомендаций и литературных данных по диагностике и терапии простого герпеса. Особое внимание уделено раннему применению местных препаратов интерферона альфа-2b — Виферон® геля и мази — при поражении кожи и слизистых оболочек.

Результаты и обсуждение. В клинической практике мы рассматриваем терапию герпесвирусной инфекции как комплексный процесс, включающий раннюю диагностику, своевременное начало противовирусной терапии и контроль факторов, способствующих рецидивированию заболевания. Особое значение имеет начало лечения уже при появлении первых признаков рецидива — зуда, жжения, ещё до формирования выраженных везикул. Такой подход позволяет не откладывать терапевтическое воздействие на ранней стадии заболевания. Виферон® мазь и гель, содержащие рекомбинантный интерферон альфа-2b, имеют зарегистрированные показания для применения при герпетической инфекции кожи и слизистых оболочек. Согласно инструкции, гель наносят на предварительно подсушенную поражённую поверхность 3–5 раз в сутки в течение 5–6 дней. Виферон® мазь содержит интерферон альфа-2b 40 000 МЕ/г; при герпетической инфекции её наносят тонким слоем на очаги поражения 3–4 раза в сутки в течение 5–7 дней. Современные клинические рекомендации также рассматривают местное применение интерферона альфа-2b как компонент комплексной терапии простого герпеса. При рецидивирующем течении особое значение имеет начало лечения в продромальном периоде или на самых ранних этапах реактивации инфекции.

Заключение. На современном этапе ведения пациентов с герпесвирусной инфекцией необходимо переходить от преимущественно симптоматического подхода к стратегии раннего и комплексного контроля заболевания. На наш взгляд, рациональное сочетание системной противовирусной терапии по показаниям с локальным воздействием на очаг поражения позволяет расширить возможности индивидуализированного лечения. Применение Виферон® геля и мази в составе комплексной терапии может быть особенно актуальным при ранних проявлениях и рецидивирующем течении герпетической инфекции.

РОЛЬ КОМБИНИРОВАННОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДЕРМАТОСКОПИИ И ЛАМПЫ ВУДА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ВИТИЛИГО

М.А. ТОЖИЕВА[1], Ф.Х. АББОСХОНОВА[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730164

Актуальность исследования. Витилиго представляет собой хроническое депигментирующее заболевание кожи, характеризующееся потерей меланоцитов и образованием гипопигментированных очагов. Ранняя диагностика имеет решающее значение для своевременного лечения. Несмотря на то, что неинвазивные методы визуализации занимают важное место в дерматологии, их сравнительная точность и диагностическая ценность на ранних стадиях заболевания остаются недостаточно изученными.

Цель исследования. Провести сравнительную оценку диагностической ценности дерматоскопии и исследования с помощью лампы Вуда при раннем выявлении витилиго.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Республиканской кожно-венерологической клинической больнице г. Ташкента в период с 2025 по 2026 год. В группу исследования вошли 62 пациента (в возрасте от 18 до 50 лет) с жалобами на гипопигментацию. Комплексное обследование включало стандартный визуальный осмотр, дерматоскопию с 10-кратным увеличением для оценки морфологических структур и осмотр кожи под лампой Вуда.

Результаты исследования. При осмотре под лампой Вуда у 47 пациентов (75,8%) была обнаружена характерная яркая белая флуоресценция депигментированных очагов с четкими границами, что подтвердило диагноз витилиго. Субклинические очаги, невидимые при стандартном освещении, были обнаружены у 8 пациентов (12,9%). Дерматоскопия показала, что наиболее распространенными признаками ранней стадии были отсутствие пигментной сети (у 53 пациентов, 85,6%) и наличие перифолликулярной пигментации, указывающей на сохраненный резерв меланоцитов (у 42 пациентов, 67,7%). В некоторых случаях наблюдались признаки активности заболевания: размытые края, периферическое «размытие» пигмента и «хвосты комет». Сравнительный анализ подтвердил высокую чувствительность лампы Вуда в определении границ поражений, в то время как дерматоскопия обеспечила детальную оценку микроструктурных изменений. Совместное использование этих методов повысило точность ранней диагностики витилиго до 92,3%.

Выводы. Лампа Вуда и дерматоскопия являются высокоинформативными, взаимодополняющими, неинвазивными методами. Использование данных неинвазивных методов позволяет проводить раннюю верификацию диагноза, объективную оценку активности патологического процесса и оптимизировать тактику ведения пациентов.

ЗНАЧЕНИЕ ДЕРМАТОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Токтамисова Д.Б.[1], Абидов Х.А.2
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730165

Актуальность исследования. Атопический дерматит у детей – распространенное хроническое воспалительное заболевание кожи с выраженным зудом, сухостью, эритемой, шелушением и лихенификацией. Для оценки тяжести применяются индекс SCORAD и лабораторные показатели (общий IgE, 25-OH витамин D). Дерматоскопия позволяет дополнительно оценивать изменения кожи при диагностике и мониторинге терапии.

Цель исследования. Изучить клинические, дерматоскопические и лабораторные характеристики атопического дерматита у детей и оценить эффективность лечения по динамике индекса SCORAD и лабораторных показателей.

Материалы и методы. Проведено проспективное клиническое исследование ребенка с атопическим дерматитом в отделении детской дерматологии клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. Оценены клиническая картина, индекс SCORAD, уровни общего IgE и 25-OH витамина D до и после лечения по критериям Ханифина и Райки.

Результаты. До лечения: выраженная сухость кожи, эритема, папулезные высыпания, шелушение, экскориации, лихенификация и интенсивный зуд. SCORAD – 68,4 балла (тяжелая степень), общий IgE – 231 МЕ/мл, 25-OH витамин D – 12,3 нг/мл. После лечения: SCORAD – 22 балла (легкая степень), IgE – 32,0 МЕ/мл, витамин D – 27,9 нг/мл. Отмечено исчезновение основных проявлений и улучшение более чем на 75% площади пораженной кожи.

Выводы. Атопический дерматит у детей требует комплексного подхода к диагностике и лечению. Клинические критерии, индекс SCORAD и лабораторные показатели позволяют объективно оценивать тяжесть заболевания и эффективность терапии. Дерматоскопия применима для мониторинга динамики кожного процесса.

КОМПЛЕКСНАЯ НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ИХТИОЗА

Г.Ш. Тохтаев[1], Ж.А. Абдурахимов[2]
[1,2]Ташкентская государственная медицинская университет, Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730167

Резюме. Наследственные формы ихтиоза относятся к редким заболеваниям, однако их клиническое значение определяется длительным, нередко пожизненным течением, необходимостью постоянного ухода за кожей и существенным влиянием дерматоза на качество жизни пациентов. Выраженность клинических проявлений может значительно варьировать — от умеренной сухости и мелкопластинчатого шелушения до распространённого гиперкератоза, глубоких трещин и выраженного нарушения барьерной функции кожи. У некоторых пациентов патологический процесс сопровождается зудом, болезненностью, повышенной чувствительностью кожи и склонностью к развитию вторичных воспалительных изменений. Патогенез ихтиоза является сложным и зависит от конкретной клинической и генетической формы заболевания. Нарушение организации рогового слоя приводит к снижению защитных свойств эпидермиса и повышению трансэпидермальной потери воды. В связи с этим актуальным является проведение клинической оценки различных вариантов наружной терапии, включающих кератолитические, увлажняющие и смягчающие компоненты, с определением их влияния на основные клинические проявления заболевания и состояние кожного барьера. Получение объективных данных об эффективности и переносимости применяемых средств позволит совершенствовать индивидуализированные схемы наружной терапии и повысить качество длительного ухода за пациентами с ихтиозом.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и переносимость наружных средств различного состава и механизма действия у пациентов с различными формами ихтиоза.

Материалы и методы. Под наблюдением находились пациенты с наследственными и приобретёнными формами ихтиоза. Всем пациентам проводилась клиническая оценка состояния кожного покрова с определением выраженности сухости, гиперкератоза, шелушения, трещин и субъективных симптомов, включая зуд. Наружная терапия включала кератолитические средства, содержащие мочевину в концентрации 5–10%, салициловую и молочную кислоты, а также увлажняющие и смягчающие препараты с глицерином, пантенолом, вазелиновым маслом и другими компонентами, способствующими восстановлению кожного барьера. В отдельных случаях применялись наружные препараты с производными витамина А по соответствующим показаниям. Терапевтический комплекс подбирался индивидуально с учётом формы и тяжести заболевания, возраста пациента, выраженности гиперкератоза и шелушения, локализации поражений и переносимости используемых препаратов. Продолжительность основного курса наружной терапии составляла 3–4 недели с последующим переходом на поддерживающий режим ухода за кожей.

Результаты и обсуждение. На фоне регулярного применения наружной терапии отмечалась положительная клиническая динамика в виде уменьшения сухости кожи, выраженности гиперкератоза и шелушения, сокращения количества поверхностных трещин и снижения интенсивности зуда. Наиболее выраженное улучшение состояния кожи наблюдалось при использовании комбинированного подхода, включавшего кератолитические и увлажняющие средства. Препараты с мочевиной в концентрации 10% способствовали уменьшению гиперкератотических наслоений и выраженности сухости кожи за счёт сочетания кератолитического и увлажняющего эффектов. Использование молочной кислоты и

глицерина дополнительно способствовало повышению гидратации рогового слоя и улучшению эластичности кожи.

Выводы. Наружная терапия является важнейшим компонентом комплексного лечения пациентов с различными формами ихтиоза. Применение кератолитических и увлажняющих средств, содержащих мочевину, молочную кислоту, глицерин и пантенол, способствует уменьшению сухости, гиперкератоза и шелушения, улучшению состояния кожного барьера и повышению качества жизни пациентов. Индивидуальный подбор наружных препаратов с учётом клинической формы и тяжести заболевания позволяет повысить эффективность терапии и снизить риск нежелательных реакций. Длительный поддерживающий уход за кожей имеет важное значение для сохранения достигнутого клинического улучшения и профилактики выраженного обострения кожных проявлений.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛАЗЕРНОЙ ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

Г.Ш. Тохтаев[1], М.К. Уктамова[2]
[1,2]Ташкентская государственная медицинский университет, Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730168

Введение.

Несмотря на значительное количество исследований, этиология и патогенез витилиго окончательно не установлены. В настоящее время заболевание рассматривается как многофакторный патологический процесс, в развитии которого взаимодействуют генетические, аутоиммунные, окислительные, нейрогуморальные и клеточные механизмы. Наиболее убедительные данные получены в отношении аутоиммунной теории, согласно которой иммунная система пациента распознаёт меланоциты и их антигены как мишени, что приводит к повреждению и последующей утрате пигментных клеток. Особенно выраженное значение аутоиммунные механизмы имеют при генерализованных и прогрессирующих формах заболевания. В патогенезе также обсуждается роль нарушений врождённого и адаптивного иммунитета, активации цитокиновых каскадов и взаимодействия меланоцитов с клетками иммунной системы. Важное место в современной концепции развития витилиго занимает теория окислительного стресса. Меланоциты обладают высокой метаболической активностью и в процессе синтеза меланина подвергаются воздействию активных форм кислорода. При нарушении равновесия между образованием свободных радикалов и антиоксидантной системой организма происходит накопление окислительных продуктов, способных повреждать клеточные структуры меланоцитов. В связи с этим изучение эффективности и безопасности современных лазерных методов лечения витилиго представляет значительный практический и научный интерес. Особое значение имеет объективная оценка динамики депигментированных очагов, скорости и степени репигментации, переносимости процедур и продолжительности полученного клинического эффекта. Проведение клинических исследований с использованием стандартизированных методов оценки позволяет определить место лазеротерапии в комплексном лечении пациентов с витилиго и разработать более эффективные индивидуализированные схемы терапии.

Цель исследования. Оценить эффективность и переносимость лазерной терапии в комплексном лечении пациентов с витилиго.

Материалы и методы. На базе кафедры дерматовенерологии и косметологии №1 Ташкентского государственного медицинского университета и Ташкентского областного кожно-венерологического диспансера проводится клиническое наблюдение пациентов с различными клиническими формами витилиго. В комплекс диагностических мероприятий включаются сбор анамнеза, оценка клинической картины и распространённости депигментации, определение фототипа кожи, а также лабораторные исследования по показаниям. Для объективной оценки динамики кожного процесса проводится фотодокументирование до начала терапии и в процессе лечения. В качестве одного из методов комплексного лечения применяется лазеротерапия, направленная преимущественно на поражённые участки кожи. Параметры лазерного воздействия подбираются индивидуально с учётом фототипа кожи, возраста пациента, локализации, распространённости и активности патологического процесса.

Результаты. Применение лазеротерапии в комплексном лечении пациентов с витилиго позволяет воздействовать непосредственно на участки депигментации и стимулировать процессы репигментации. В ходе лечения оцениваются появление и интенсивность репигментации, динамика размеров депигментированных очагов, переносимость процедур и

наличие нежелательных реакций. В большинстве случаев процедура переносится удовлетворительно; возможны кратковременные эритема и ощущение тепла в зоне воздействия.

Заключение. Лазеротерапия может рассматриваться как перспективный метод комплексного лечения витилиго, направленный на стимуляцию репигментации депигментированных очагов. Индивидуальный подбор параметров лазерного воздействия с учётом клинической формы заболевания и особенностей пациента позволяет повысить эффективность и безопасность проводимой терапии. Для окончательной оценки эффективности метода необходимы дальнейшие клинические исследования с объективной оценкой степени репигментации и длительности достигнутого эффекта.

МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ ПРИ ДЕРМАТОМИКОЗАХ СТОП

Тохтаев Г.Ш.[1], Эргашова Г.А.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет,
Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730170

Введение.

Дерматомикозы стоп — одно из наиболее распространённых поверхностных микотических заболеваний, характеризующееся поражением кожи и ногтевых пластинок дерматофитными грибами. Заболевание преимущественно поражает межпальцевые области стоп, кожу подошв и пяток, а в ряде случаев может распространяться на ногтевые пластинки. В развитии дерматомикозов важное значение имеют повышенная влажность, гипергидроз, ношение тесной и воздухонепроницаемой обуви, посещение общественных душевых и бассейнов, несоблюдение правил личной гигиены, а также состояние иммунной системы. Они обладают высоким тропизмом к кератинсодержащим тканям и с помощью кератиназы и других ферментов способны колонизировать роговой слой эпидермиса, волосы и ногтевые пластинки. Своевременная и правильная диагностика дерматомикозов имеет важное значение для назначения целенаправленной терапии, предупреждения распространения и рецидивирования заболевания, а также обеспечения эпидемиологического контроля. Клинические проявления заболевания — эритема, десквамация, мацерация, гиперкератоз, зуд и трещины — могут встречаться и при других дерматозах. Поэтому диагностика, основанная только на клинической картине, не всегда является достаточной. При дерматомикозах стоп важное значение имеют лабораторные методы диагностики. К основным методам относятся непосредственное микроскопическое исследование соскобов кожи и выделение возбудителя культуральным методом. Приготовление препарата с использованием раствора гидроксида калия позволяет выявлять мицелий и артроконидии дерматофитов.

Цель исследования. Определить основных возбудителей дерматомикозов стоп с использованием лабораторных методов, а также провести сравнительную оценку динамики роста культур *Trichophyton rubrum*, *Microsporum canis* и *Epidermophyton floccosum* на стандартной и предложенной питательных средах.

Материалы и методы. В модельном исследовании изучались клинически значимые возбудители дерматомикозов — культуры *Trichophyton rubrum*, *Microsporum canis* и *Epidermophyton floccosum*. Культуры высевали на стандартный агар Сабуро с декстрозой, а также на новую питательную среду, предложенную в рамках исследования. Динамику роста дерматофитов оценивали в различные сроки инкубации. Регистрировали время появления колоний, скорость их роста и диаметр. Полученные результаты подвергали сравнительному анализу с показателями, полученными при культивировании на стандартной среде Сабуро.

Результаты. В первый день наблюдения на стандартной среде Сабуро и предложенной новой питательной среде визуально заметного роста колоний дерматофитов не наблюдалось. На вторые сутки на предложенной новой питательной среде были выявлены первые признаки роста колоний *Trichophyton rubrum*. Диаметр колоний составлял приблизительно 0,1–0,3 см. На 4–6-е сутки наблюдения интенсивность роста колоний на обеих питательных средах увеличивалась. В этот период диаметр колоний увеличился от первоначальных 0,2 см до 3,0–3,8 см. На 6–7-е сутки диаметр колоний *Trichophyton rubrum* на предложенной новой питательной среде составил 6,1–6,5 см, тогда как на среде Сабуро данный показатель составлял 3,5–3,8 см.

Заключение. При диагностике дерматомикозов стоп важное значение имеет сочетание клинического обследования с лабораторными методами исследования. Прямая микроскопия позволяет быстро выявить элементы дерматофитов, тогда как культуральный метод предоставляет дополнительные возможности для видовой идентификации возбудителя. Результаты модельного исследования показали более раннее появление и более интенсивный рост колоний *Trichophyton rubrum* на предложенной новой питательной среде. Полученные данные свидетельствуют о перспективности использования данной среды для культивирования дерматофитов и возможного сокращения сроков их лабораторной идентификации. Вместе с тем для объективной оценки диагностической ценности предложенного метода необходимы дальнейшие исследования на большем количестве клинических образцов, расширение спектра изучаемых видов рода *Trichophyton*, *Microsporum* и *Epidermophyton*, а также статистическая обработка полученных результатов.

ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ АЛОПЕЦИИ: ОТ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ВОЛОС К ДОЛГОСРОЧНОМУ КОНТРОЛЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Умарова М.
Научный руководитель: Агзамходжаева С.С., Ташкентский Государственный медицинский университет г.Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730173

Актуальность. Андрогенетическая алопеция (АГА) является хроническим прогрессирующим заболеванием, характеризующимся истончением терминальных волос в генетически предрасположенных участках кожи головы. Современные методы трансплантации волос позволяют перераспределить андроген-резистентные фолликулярные единицы донорской зоны в области выраженного поредения, однако не устраняют прогрессирование алопеции в нетрансплантированных волосах. Стабильный эстетический результат требует сочетания рационального хирургического планирования, оценки потенциального прогрессирования заболевания и индивидуально подобранной поддерживающей терапии.

Цель исследования. Целью исследования является определение основных принципов персонализации хирургического лечения методом FUE и последующего терапевтического сопровождения пациентов с алопецией, направленного на достижение естественного результата трансплантации и долгосрочный контроль прогрессирования заболевания.

Материалы и методы. Проведен анализ современной научной литературы и международных экспертных рекомендаций, посвященных диагностике андрогенетической алопеции, отбору пациентов для трансплантации волос, технологии FUE, оценке донорской зоны, планированию линии роста волос и методам консервативного контроля прогрессирования АГА.

Результаты и обсуждение. Анализ современных данных показывает, что персонализация лечения должна начинаться еще до принятия решения о трансплантации волос. Ключевое значение имеет установление точного диагноза и определение активности заболевания, а также оценка донорского ресурса. Донорская зона должна рассматриваться как ограниченный биологический ресурс, который необходимо планировать с учетом предполагаемой динамики алопеции на протяжении жизни пациента. Персонализированное формирование линии роста волос также должно учитывать не только пожелания пациента, но и возраст, анатомические пропорции лица, степень существующего поредения и прогноз дальнейшей потери волос. Индивидуальный подбор диаметра инструмента для FUE, направления экстракции, распределения одно-, двух- и многоволосных фолликулярных единиц и плотности имплантации позволяет минимизировать травматизацию донорской области и формировать более естественный эстетический результат. После хирургического восстановления в зависимости от пола пациента, формы алопеции, сопутствующих заболеваний, гормонального статуса и противопоказаний могут рассматриваться антиандрогенные подходы, включая ингибиторы 5α-редуктазы у соответствующих групп пациентов. В качестве дополнительных методов могут использоваться аутологичная плазма, обогащенная тромбоцитами (PRP), и низкоинтенсивная лазерная/световая терапия (LLLT). Сравнение данных во времени позволяет оценивать состояние нетрансплантированных волос, выявлять признаки дальнейшего их истончения и своевременно корректировать лечебную

стратегию. Таким образом, современный персонализированный подход может быть представлен последовательностью: диагностика → оценка прогрессирования алопеции → анализ донорского ресурса → индивидуальное планирование FUE → трансплантация → послеоперационное наблюдение → терапевтический контроль заболевания → долгосрочная оценка результата.

Заключение. Персонализация хирургической тактики требует учета возраста пациента, степени и активности алопеции, характеристик донорской области, потенциального прогрессирования заболевания и возможностей сохранения донорского ресурса. Наиболее рациональной современной стратегией является переход от концепции «однократной трансплантации волос» к модели долгосрочного управления алопецией, объединяющей хирургическое восстановление методом FUE, контроль заболевания, объективный мониторинг и индивидуальную коррекцию терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ОНИХОМИКОЗАМИ

А.Ж.Утаев, А.Б.Рахматов
Самаркандский филиал Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730174

Последние десятилетия характеризуются значительным ростом грибковых заболеваний, в том числе и больных онихомикозами. Этиологическими факторами онихомикозов являются дерматофитные и недерматофитные грибы, имеющие особые клинические варианты течения и требующие особого подхода лечения. Используемые системные антимикотические препараты требуют длительного назначения для получения клинико-микологическиго выздоровления. В этой связи разрабатываются альтернативные методы лечения больных онихомикозами.

Целью настоящего исследования является разработка алгоритма лазеротерапии больных с онихомикозами.

Под наблюдением находилось 110 больных (мужчин-66, женщин-44) в возрасте от 18 до 57 лет. На основании клинических проявлений были выделены следующие формы онихомикоза: поверхностная – у 10 (9,1%); дистальная – у 58 (52,7%); проксимальная – у 25 (22,7%) и тотальная – у 17 (15,5%) больных. Следует указать, что 28 из 110 (25,5%) больных онихомикозами ранее применяли для лечения наружные антимикотические средства без особого эффекта, что учитывалось при проведении лабораторных исследований. Для диагностики онихомикозами были применены микроскопические, ПИФ, культуральные и ПЦР-исследования, позволившие установить этиологические факторы микоза. При лечении больных онихомикозами был использован метод пульс-терапии (текназол по 200мг 2 раза в день после еды в течение 7 дней с 3-х недельным перерывом) и инновационный метод – применение неодимого лазера Nd:YAG (1064 nm). Лазеротерапия проводилась два раза в неделю и на курс лечения пациенты получали 6-8 процедур. Наружно применялись антимикотические средства (лаки). В результате проведенных исследований клинико-микологическое выздоровление было получено в 90,2% случаев при проведении пульс-терапии и в 91,9% - при лазеротерапии Nd:YAG, хотя сроки лечения составили 4 месяца и 4 недели, соответственно. Каких-либо побочных явлений от проводимой терапии не выявлено. С целью профилактики повторного заражения было рекомендовано использование наружных антимикотических средств (лаки). Разработанный алгоритм лазеротерапии отличается доступностью, сроками излечения и исключением приема системных антимикотических средств.

ПРИМЕНЕНИЕ МУЛЬТИПЛЕКСНОЙ ПЦР В РЕАЛЬНОМ ВРЕМЕНИ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ДЕРМАТОФИТНОГО ОНИХОМИКОЗА

А.Ж.Утаев[1], Рахматов[2], А.Б., Х.Р.Халидова[3]
[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730175

Онихомикоз – это грибковая инфекция ногтей, вызываемая в основном дерматофитами. Диагностическое подтверждение обычно осуществляется с помощью прямой микроскопии и культурального исследования, которые обладают низкой или умеренной чувствительностью. Для обнаружения и идентификации дерматофитов непосредственно в образцах ногтей используются различные молекулярные методы.

Целью данного исследования была оценка эффективности мультиплексного набора «DermaGenius» для обнаружения и идентификации дерматофитов в образцах ногтей пациентов, не получавших и получавших лечение, с клиническим подозрением на онихомикоз.

Под наблюдением находилось 109 больных, которым была проведена скарификация ногтей стерильным скальпелем для сбора небольших фрагментов ногтей из предполагаемого очага инфекции. Все образцы ногтей были предварительно проанализированы микроскопическими и культуральными методами для подтверждения диагноза. Кроме того, были применены ПЦР-исследования в режиме реального времени. Чувствительность, специфичность, положительная и отрицательная прогностическая ценность ПЦР-диагностики 109 больных онихомикозами составили соответственно 77,5%, 100%, 100% и 74,2%. Только для культуральных исследований частота положительных результатов значительно различалась в двух группах пациентов: 77,2% у нелеченных пациентов против 36,5% у леченных пациентов ($p<0,01$).

Согласно полученным результатам (более высокая чувствительность, чем при культуральном исследовании, и 100% специфичность), у пациентов, ранее получавших антимикотические препарата и не имевших клиническое улучшение, диагностические трудности следует преодолевать с помощью молекулярного подтверждения. ПЦР-диагностику можно рассматривать как этап подтверждения диагноза дерматофитного онихомикоза даже в экстренных случаях, учитывая длительное время выполнения микроскопических и культуральных исследований, а также ложноотрицательные результаты (20-30%) этих методов.

ОНИХОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОНИХОМИКОЗОВ

А.Ж.Утаев[1], А.Б.Рахматов[2]
[1,2]Самаркандский филиал РСНПМЦДВиК МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730176

Микотическая инфекция – это наиболее частая патология ногтевых пластин, поэтому лабораторное подтверждение онихомикоза необходимо для установления диагноза. Клинически микологическое поражение ногтей нередко имеет сходную картину с ониходистрофией. Обязательным этапом диагностики является микроскопия. Материалом для микроскопической диагностики служат ногтевые чешуйки. Положительные результаты культурального исследования при онихомикозах отмечаются только в 30-50% случаев. Без выяснения этиологии назначение эффективного лечения больным с поражением ногтевых пластин невозможно.

С целью проведения дифференциального диагноза дистального онихомикоза с травматическим поражением ногтевой пластинки I пальца стоп применяли дерматоскопию, при которой были выявлены неровные края поражения с продольными полосами, вызванные инвазией грибов, в отличие от травматического онихолизиса, при котором край поражения имел линейную форму без продольных полос. Острая механическая травма ногтевой пластинки часто приводит к формированию подногтевой гематомы, которую необходимо отличать от меланомы. Указания на имевшуюся травму ногтя в анамнезе не всегда достаточно, чтобы отличить гематому от меланомы. Дерматоскопия является полезным неинвазивным методом в диагностике пигментных поражений в ногте.

Меланонихия – окрашивание ногтя в коричневый или черный цвет. Меланонихия чаще всего вызывается инфекцией (грибами, бактериями) или может быть обусловлена искусственным прокрашиванием ногтя при контакте с табаком или при использовании препаратов серебра и др. При микотической меланонихии часто встречаются следующие признаки: разноцветная окраска ногтя с преобладанием желтого цвета, обратный треугольный узор, подногтевой кератоз, белые или желтые полосы, чешуйки на поверхности ногтевой пластинки. Тем не менее серый цвет, продольный рисунок и псевдопризнак Хатчинсона иногда встречается при микотической меланонихии.

Таким образом, онихоскопия дает дополнительную информацию при диагностике онихомикоза и помогает проводить дифференциальную диагностику с другими формами ониходистрофий. В сложных случаях онихоскопия является дополнительным диагностическим методом исследования.

КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ С КРАПИВНИЦЕЙ НА ФОНЕ ДЕФИЦИТА ДИАМИНОКСИДАЗЫ

Утемуратова Д.М.
Ташкентский Государственный Медицинский Университет, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730177

Актуальность. Непереносимость гистамина (НГ) при дефиците диаминоксидазы (ДАО) клинически имитирует аллергическую крапивницу.

Цель исследования. Оценить диагностическую значимость «гистаминового комплекса» и эффективность терапии ДАО у детей с крапивницей.

Материал и методы исследования. Открытое проспективное сравнительное исследование (ноябрь 2025 – сентябрь 2026 гг.; клиника ТашГМУ,) включало 71 пациента 4–18 лет (нижняя граница обусловлена лекарственной формой препаратов ДАО). Активность ДАО (норма >10 ЕД/мл), свободный гистамин (норма 0–1,98 нг/мл) и эозинофильный катионный белок (ЭКБ) определялись в лаборатории «De Factum». 1-я группа – идиопатическая крапивница с НГ (n=46; 64,8%), 2-я – IgE-опосредованная крапивница (n=25; 35,2%). 1-я группа 60 дней получала низкогистаминовую диету и препарат ДАО перед едой.

Результаты исследования. В 1-й группе ДАО составила 0,8–4,1 ЕД/мл, ЭКБ – в норме. Во 2-й группе ДАО >10 ЕД/мл, гистамин 2–17 нг/мл. После лечения ремиссия с восстановлением ДАО >10 ЕД/мл достигнута у 26 (56,5%) детей, у 20 (43,5%) динамики не выявлено. ЭКБ не изменялся независимо от динамики ДАО, что согласуется с данными.

Выводы. Сочетанное определение ДАО и гистамина разграничивает НГ и IgE-опосредованную крапивницу. Диета с ДАО эффективна у 56,5% детей с НГ; стабильный ЭКБ подтверждает неэозинофильный механизм.

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ ДЕРМАТОСКОПИИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Уткирова Ш.М.[1], Абидов Х.А.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730180

Актуальность исследования. Атопический дерматит (АД) – одно из наиболее распространённых хронических воспалительных заболеваний кожи у детей. Клиническая оценка не всегда выявляет минимальные изменения. Дерматоскопия как неинвазивный метод позволяет объективизировать морфологические особенности кожного процесса, повышая точность диагностики и мониторинга.

Цель исследования. Оценить диагностическую ценность дерматоскопии при атопическом дерматите у детей путём изучения дерматоскопических характеристик в зависимости от клинических форм, возрастных групп и степени тяжести (по SCORAD).

Материалы и методы. Обследовано 60 детей в возрасте от 4 месяцев до 18 лет с АД на кафедре детской дерматологии Ташкентского государственного медицинского университета. Анализировались морфология, распределение сосудистого рисунка (гомогенное/гетерогенное), характер шелушения и цвет кожных структур в зависимости от клинической формы, возраста и индекса SCORAD.

Результаты. При тяжёлой степени АД (n=18) гетерогенный сосудистый рисунок выявлялся в 88,9±3,1 % случаев, жёлтые корки – в 77,8±4,0 %. При лёгкой степени гомогенный сосудистый рисунок отмечался в 80,8±2,8 %, белые чешуйки – в 69,2±3,4 % случаев. При умеренной степени гетерогенный рисунок составлял 43,8±3,7 %, жёлтые корки – 43,8±3,7 %. У детей старших возрастных групп отмечено усиление лихенификации. Дерматоскопические признаки коррелировали с клинической тяжестью по SCORAD.

Выводы. Дерматоскопия является надёжным неинвазивным методом, повышающим точность диагностики и мониторинга атопического дерматита у детей. Она позволяет объективизировать особенности кожного процесса в зависимости от формы, возраста и тяжести заболевания.

ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ВЫСОКОЧАСТОТНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ КОЖИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Уткирова Ш.М[1]., Абидов Х.А.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730181

Актуальность исследования. Атопический дерматит (АД) у детей требует объективных методов оценки тяжести и мониторинга терапии. Высокочастотное ультразвуковое исследование (ВЧ-УЗИ) кожи позволяет неинвазивно оценивать толщину и эхогенность эпидермиса и дермы, а также субэпидермальную гипоэхогенную полосу (SLEB) как маркер воспаления.

Цель исследования. Оценить диагностическое значение высокочастотного ультразвукового исследования кожи при атопическом дерматите у детей в зависимости от степени тяжести заболевания.

Материалы и методы. Обследовано 60 детей в возрасте от 4 месяцев до 18 лет с АД на кафедре детской дерматологии Ташкентского педиатрического медицинского института. Оценивались толщина и эхогенность эпидермиса и дермы, наличие и толщина SLEB в зависимости от степени тяжести (лёгкая, умеренная, тяжёлая) по индексу SCORAD.

Результаты. При лёгкой степени (n=26, SCORAD 23,5±2,3) SLEB выявлялась в 60 % случаев, толщина 85,0±30,0 мкм. При умеренной степени (n=16, SCORAD 56,8±3,1) – в 78 %, толщина 100,5±35,2 мкм. При тяжёлой степени (n=18, SCORAD 79,2±7,8) – в 98 %, толщина 130,2±40,1 мкм. С увеличением тяжести отмечалось нарастание толщины эпидермиса и дермы и снижение их эхогенности. Параметры ВЧ-УЗИ коррелировали с индексом SCORAD.

Выводы. Высокочастотное ультразвуковое исследование кожи является ценным неинвазивным методом диагностики и мониторинга атопического дерматита у детей. Толщина и частота выявления SLEB, а также изменения толщины и эхогенности эпидермиса и дермы объективно отражают степень тяжести заболевания.

ВЛИЯНИЕ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

Валижонова Ш.[1], Миродилова Ф.Б.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730182

Современные научные данные подтверждают наличие двусторонней связи между психоэмоциональным состоянием и тяжестью дерматологических заболеваний. Стрессовые факторы не только ухудшают субъективное восприятие симптомов, но и способны напрямую влиять на течение кожного процесса через нейроиммунные и нейроэндокринные механизмы. В связи с этим возрастает актуальность оценки психоэмоционального статуса пациентов при хронических дерматозах и внедрения методов, направленных не только на лечение кожных проявлений, но и на коррекцию эмоциональных нарушений.

Материалы и методы: Ретроспективный анализ медицинских данных 150 пациентов с подтверждёнными диагнозами хронических дерматозов, наблюдавшихся в дерматологической клинике проводился в период с января 2024 по декабрь 2025 года. Анализ проводился на основе амбулаторных карт пациентов (n=150) с диагнозами: псориаз — 62 случая (41,3%), атопический дерматит — 45 случаев (30,0%), экзема — 29 случаев (19,3%), хроническая крапивница и другие формы дерматозов — 14 случаев (9,4%). Критерии включения: длительность заболевания более 1 года; наличие не менее двух обострений в год; наличие записей о психоэмоциональных жалобах и прохождении психокоррекции. Из медицинских карт извлекались данные о тяжести дерматоза (по PASI, SCORAD, индексам локализации и распространённости), жалобах, связанных с психоэмоциональным состоянием (депрессия, тревожность, стресс), прохождении психологического или психотерапевтического лечения, показателях DLQI (фиксировались у 86 пациентов).

Результаты: Анализ данных 150 пациентов показал, что у 78% пациентов (n=117) в анамнезе отмечались жалобы на тревожность, нарушения сна или раздражительность, особенно в периоды обострения. У 44% пациентов (n=66) в течение болезни фиксировались эпизоды, требовавшие назначения анксиолитиков или консультации психотерапевта. DLQI > 10 баллов (что свидетельствует о выраженном снижении качества жизни) наблюдался у 59,3% пациентов (n=51 из 86, у кого оценивался DLQI). Пациенты, которым проводилась психотерапевтическая коррекция (n=36), демонстрировали более стабильное течение заболевания, меньшее количество обострений и лучшие показатели комплаентности. Корреляционный анализ показал статистически значимую связь между частотой обострений дерматоза и наличием устойчивой тревожности ($r = 0.51$, $p < 0.01$), а также между уровнем DLQI и наличием жалоб на стрессовые эпизоды в анамнезе ($r = 0.48$, $p < 0.05$).

Выводы: Ретроспективный анализ позволил выявить устойчивую тенденцию к ухудшению качества жизни и клинического состояния у пациентов с хроническими дерматозами, сопровождающихся психоэмоциональными нарушениями. Полученные данные подтверждают, что в реальной клинической практике пациенты нередко игнорируют или недооценивают влияние стресса и депрессии на течение болезни, в то время как те, кто получал психокоррекционную поддержку, демонстрировали более стабильные дерматологические показатели. Эти результаты подтверждают необходимость рутинной оценки психоэмоционального статуса при ведении больных с хроническими дерматозами, что

может стать основой для внедрения стандартизированных мультидисциплинарных протоколов в дерматологической практике.

Психоэмоциональные показатели являются ключевым компонентом клинической картины хронических дерматозов и существенно влияют на их течение и эффективность терапии. Включение психотерапевтических и психосоциальных интервенций в стандартную терапию способствует снижению выраженности симптомов, улучшению качества жизни и повышению комплаентности пациентов. Будущие исследования должны быть направлены на разработку индивидуализированных мультидисциплинарных протоколов лечения с участием дерматологов, психотерапевтов и социальных работников.

ACNE VULGARISNI DAVOLASHDA AZELAIN KISLOTASI VA ORAL KONTRASEPTIV VOSITALARNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Xaitov Kaxramon Najmitdinovich[1], Tog‘ayev Axror Turaqulovich[2], Sultanov Akram Abduxolikovich[3], Raximboyev Nuriddin Ziyodulla o‘g‘li[4]

[1,2,3,4]Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent davlat tibbiyot universiteti Termiz filiali

DOI: 10.67620/dermajournal.1730183

Dolzarbligi. Acne vulgaris — yoshlar orasida eng keng tarqalgan dermatozlardan biri bo‘lib, uning rivojlanishida seboreya, follikulyar giperkeratoz, Propionibacterium acnes faoliyati va gormonal omillar asosiy rol o‘ynaydi. Husnbuzarning davosi ko‘p qirrali yondashuvni talab qiladi. So‘nggi yillarda Azelain kislotasi va kombinatsiyalangan oral kontraseptivlar (KOK) keng qo‘llanilmoqda. Ushbu tezisda mazkur preparatlarning patogenetik asoslari, klinik samaradorligi va kombinatsiyalangan qo‘llash natijalari tahlil qilinadi.

Kirish.

Oddiy husnbuzar (acne vulgaris) — global sog‘liq muammosi bo‘lib, 15–25 yoshli aholi orasida 80% gacha uchraydi. Kasallik faqat teri holatini emas, balki psixososial farovonlikni ham keskin pasaytiradi. Husnbuzarning asosiy mexanizmlari quyidagilardan iborat: Seboreya — androgenlar ta’siri ostida yog‘ bezlarining faoliyati ortadi. Follikulyar giperkeratoz — teri epiteliy hujayralarining noto‘g‘ri keratinizatsiyasi natijasida komedonlar paydo bo‘ladi. Mikroflora o‘zgarishi — Propionibacterium acnes ko‘payishi va yallig‘lanish jarayonlarini qo‘zg‘atishi. Yallig‘lanish reaksiyasi — immun hujayralar va sitokinlar ishtirokida teri shikastlanadi.

An’anaviy davo usullari orasida retinoidlar, antibiotiklar, benzoil peroksid keng qo‘llaniladi, biroq ular ko‘pincha cheklangan samaraga ega bo‘ladi. Shu bois yangi, xavfsiz va uzoq muddatli natija beruvchi vositalarga ehtiyoj yuqori. Azelain kislotasi 15–20% gel yoki krem shaklida husnbuzarni davolashda qo‘llanadi. U keratolitik, antibakterial va yallig‘lanishga qarshi ta’sirga ega, shu bilan birga giperpigmentatsiyani kamaytiradi. Oral kontraseptivlar (KOK) tarkibida etiniylestradiol va antiandrogen ta’sirga ega progestinlar (drospirenon, tsiproteron asetat va b.) mavjud bo‘lib, ular gormonal muvozanatni tiklab, seboreyani kamaytiradi va husnbuzar klinik belgilarini yengillashtiradi.

Materiallar va usullar.

Klinik guruhlar: Yengil va o‘rta shakldagi husnbuzar bilan og‘rigan bemorlarga 20% Azelain kislotasi kremi 2 marta qo‘llanildi. O‘rta va og‘ir shakldagi, gormonal asosli husnbuzar bilan og‘rigan ayollarga KOK (etiniylestradiol + drospirenon) 6 oy davomida qo‘llanildi. Ayrim bemorlarga kombinatsiyalangan usul — Azelain kislotasi va KOK birgalikda qo‘llanildi.

Baholash mezonlari:Klinik belgilar (papula, pustula va komedonlar soni). Pigmentatsiya va izlarning regressiyasi. Bemorlarning estetik qoniqishi (Dermatology Life Quality Index orqali).

Natijalar. Azelain kislotasi: 12 haftalik qo‘llashdan so‘ng yallig‘lanish elementlari 50–60% ga kamaydi, postinflammasion giperpigmentatsiya aniq qisqardi. Oral kontraseptivlar: 6 oylik qo‘llashda ayollarda pustula va papulalar 70% gacha kamaydi, sebum ishlab chiqarish normallashdi. Kombinatsiya: ikki usul birgalikda qo‘llanganda klinik samaradorlik eng yuqori bo‘lib, 3 oylik kuzatuvda husnbuzar elementlari 80–85% ga kamaydi, qaytalanish hollari esa minimal bo‘ldi.

Xulosa. Oddiy husnbuzarning davosida Azelain kislotasi va oral kontraseptiv vositalar samarali usullar hisoblanadi. Azelain kislotasi yengil va o‘rta shakllarda xavfsiz va uzoq muddatli davolash vositasi bo‘lsa, oral kontraseptivlar ayollarda gormonal asosli husnbuzarda yuqori samaradorlik ko‘rsatadi. Kombinatsiyalangan qo‘llash esa klinik samaradorlikni oshirib, qaytalanish xavfini kamaytiradi.

PUSHTI HUSNBUZARNING DAVOLASHDA DORI VOSITALARNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH

Xaitov Kaxramon Najmitdinovich[1], Tog‘ayev Axror Turaqulovich[2], Sultanov Akram Abduxolikovich[3], Jo‘rayev Jo‘rabek Ismoil o‘g‘li[4]

[1,2,3,4]Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent davlat tibbiyot universiteti Termiz filiali

DOI: 10.67620/dermajournal.1730184

Dolzarbligi. Pushti husnbuzar (rosacea) — surunkali yallig‘lanishli dermatoz bo‘lib, asosan yuz terisini shikastlaydi va sezilarli kosmetik hamda psixososial muammolarga sabab bo‘ladi. So‘nggi yillarda uning davosida mahalliy va sistemali dori vositalari samaradorligi keng o‘rganilmoqda. Ushbu tezisda pushti husnbuzar davosida qo‘llaniladigan asosiy preparatlar — metronidazol, ivermektin, azelayin kislotasi, tetratsiklin antibiotiklari va boshqa vositalarning klinik samaradorligi tahlil qilinadi.

Kirish.

Rosacea (pushti husnbuzar) — o‘rta yoshdagi odamlarda ko‘p uchraydigan dermatoz bo‘lib, klinik ko‘rinishlari eritema, teleangiektaziya, papula, pustula va ayrim hollarda rinofima bilan namoyon bo‘ladi. Kasallikning patogenezi oxirigacha aniqlanmagan, ammo quyidagi omillar muhim rol o‘ynaydi: dermal qon tomirlarining funksional buzilishi, *Demodex folliculorum* ko‘payishi, yallig‘lanish mediatorlari faolligi, immun tizimdagi o‘zgarishlar.

Davo yondashuvlari keng bo‘lib, ularning maqsadi yallig‘lanishni kamaytirish, teri barerini tiklash va qaytalanish chastotasini pasaytirishga qaratilgan.

Materiallar va usullar.

Mahalliy vositalar: Metronidazol gel/krem: antimikrob va yallig‘lanishga qarshi ta’sir ko‘rsatadi; Ivermektin krem (1%): *Demodex* populyatsiyasini kamaytiradi, yallig‘lanishga qarshi samaraga ega; Azelayin kislotasi (15–20%): keratolitik va antiinflammasion ta’sirga ega.

Sistemali vositalar: Tetratsiklin antibiotiklari (doksisiklin, limeksiklin): yallig‘lanishga qarshi dozalarda qo‘llanadi; Izotretinoin (kam dozada): og‘ir va rezistent shakllarda qo‘llanilishi mumkin.

Baholash mezonlari: klinik simptomlarning regressiyasi, yallig‘lanish elementlari soni, eritema va bemorlarning hayot sifati.

Natijalar. Mahalliy metronidazol va ivermektin pushti husnbuzarning papulopustulyoz shaklida samarali bo‘lib, 8–12 haftada klinik belgilarni sezilarli kamaytiradi. Azelayin kislotasi yallig‘lanish elementlarini qisqartirishi bilan birga giperpigmentatsiyani ham kamaytiradi. Doksisiklinning past dozalari uzoq muddat qo‘llanganda yallig‘lanishga qarshi samaradorligi yuqori, qaytalanish chastotasini kamaytiradi. Kam doza izotretinoin rezistent hollarda qo‘llanib, klinik remissiyani ta’minlagan.

Xulosa. Pushti husnbuzar (rosacea) davosida qo‘llaniladigan dori vositalari klinik amaliyotda yuqori samaradorlikni ko‘rsatadi. Ularni qo‘llashdan olingan tajriba asosida quyidagi xulosalarga kelish mumkin: 1. Mahalliy terapiya (metronidazol, ivermektin, azelayin kislotasi) yengil va o‘rta shakllarda birinchi qator tanlov vositalari bo‘lib, ular yallig‘lanishni kamaytiradi, papula va pustulalarni qisqartiradi hamda bemorlarning kosmetik qoniqishini oshiradi. 2. Sistemali terapiya (doksisiklinning past dozalari, kam dozali izotretinoin) og‘ir va qaytalanishga moyil shakllarda samarali natijalar beradi. Bu preparatlar uzoq muddatli remissiya ta’minlashi va qaytalanishni kamaytirishi bilan ahamiyatlidir. 3. Kombinatsiyalangan yondashuv (mahalliy + sistemali vositalar) ko‘plab klinik tadqiqotlarda samaradorligi yuqori deb topilgan va murakkab shakllarda qo‘llash uchun maqbul hisoblanadi.

TERI LEYSHMANIOZINI DAVOLASHDA QO'LLANILADIGAN DORI VOSITALARNING SAMARADORLIGINI BAHOLASH (SURXONDARYO VILOYATI MISOLIDA)

Xaitov Kaxramon Najmitdinovich[1], Sultanov Akram Abduxolikovich[2], Tog‘ayev Axror Turaqulovich[3], Sodiqov Boymurod Panji o‘g‘li[4]

[1,23,4]Toshkent davlat tibbiyot universiteti, Toshkent davlat tibbiyot universiteti Termiz filiali

DOI: 10.67620/dermajournal.1730185

Dolzarbligi. Teri leyshmaniozi — Leishmania tropica va Leishmania major parazitlari sababli yuzaga keladigan protozoy infeksiya bo‘lib, Surxondaryo viloyati O‘zbekiston hududida endemik hisoblanadi. Ushbu tezisda viloyatda qo‘llanilayotgan asosiy dori vositalari — Glukantim (meglumin antimonat), Amfoterisin B, krioterapiya va qo‘shimcha vositalarning samaradorligi baholandi. Klinik kuzatuvlar dori vositalarining samaradorligi, nojo‘ya ta’sirlari va remissiya chastotasiga asoslangan holda tahlil qilindi.

Kirish.

Teri leyshmaniozi (TL) O‘zbekistonning janubiy hududlarida, xususan, Surxondaryo viloyatida keng tarqalgan kasalliklardan biridir. Asosiy klinik ko‘rinishi — terida yaralar va chandiqlanish bilan kechadigan surunkali dermatozdir. Kasallikning ijtimoiy ahamiyati yuqori bo‘lib, u nafaqat sog‘liq, balki estetik va psixologik oqibatlarga ham olib keladi.

TL davosida ko‘plab dori vositalari qo‘llaniladi. Surxondaryo viloyatida amaliyotda keng qo‘llanilayotgan preparatlar orasida antimonial dorilar (Glukantim), Amfoterisin B, ba’zan Azol antifungallari (Ketokonazol, Itrakonazol), shuningdek, krioterapiya va mahalliy vositalar mavjud. Samaradorlik bemorning yoshi, immun holati, leyshmaniya shtammi va dori vositalariga sezuvchanlikka bog‘liq.

Material va usullar. O‘rganilgan guruh: Surxondaryo viloyatida TL tashxisi qo‘yilgan 60 nafar bemor (2022–2024 yillar ma’lumotlari asosida). Davolash protokollari: Glukantim (20 mg/kg, kurs 20–30 kun) — 30 bemorda. Amfoterisin B (liposomal shakli) — 15 bemorda. Azol antifungallari (Itrakonazol, Ketokonazol) — 10 bemorda. Krioterapiya + mahalliy davo — 5 bemorda. Baholash mezonlari: yaralarning bitishi, chandiq darajasi, nojo‘ya ta’sirlar, qaytalanish chastotasi.

Natijalar. Glukantim bilan davolangan guruhda 80% bemorda 1–2 oy ichida yaralar bitishi kuzatildi, ammo 10% bemorda nojo‘ya ta’sirlar (in’eksiya joyida og‘riq, jigar fermentlari ko‘tarilishi) kuzatildi. Amfoterisin B liposomal shakli 85% samaradorlik ko‘rsatdi, qaytalanish hollari kam, ammo dori narxi yuqori va qo‘llash shifoxona sharoitini talab qiladi. Azol antifungallari 60% hollarda samarali bo‘lib, asosan yengil shakllarda tavsiya qilinadi. Krioterapiya kichik yaralarda tez bitishni ta’minladi, ammo katta va chuqur yaralarda yetarli natija bermadi.

Xulosa. Surxondaryo viloyatida teri leyshmaniozini davolashda Glukantim asosiy tanlov dorisi bo‘lib qolmoqda, ammo uning samaradorligi 80% atrofida bo‘lib, ayrim hollarda nojo‘ya ta’sirlari cheklov bo‘lib xizmat qiladi. Amfoterisin B yuqori samaradorlikka ega (85%), lekin iqtisodiy jihatdan qimmat. Azol antifungallari yengil shakllarda qo‘llanishi mumkin, ammo umumiy samaradorligi pastroq. Krioterapiya kichik yaralarda qo‘shimcha usul sifatida foydali. Eng muhim jihat — individual va kombinatsiyalangan yondashuvni qo‘llash orqali samaradorlikni oshirish. Kelajakda Surxondaryo viloyatida TL bo‘yicha epidemiologik nazoratni kuchaytirish, yangi dori vositalari va kombinatsiyalarini klinik tadqiqotlar asosida sinab ko‘rish talab etiladi.

ДИНАМИКА КЛИНИЧЕСКИХ И ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРИ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Хаитов К.Н., Курбонов О.Ж.
Ташкентский государственный медицинский университет

Ключевые слова: *атопический дерматит, патогенетическая терапия, JAK/STAT, SCORAD, зуд, иммунологические показатели, цитокины, IgE.*

DOI: 10.67620/dermajournal.1730186

Актуальность.

Атопический дерматит (АД) — хроническое воспалительное заболевание кожи, формирующееся при взаимодействии нарушения эпидермального барьера, иммунной дисрегуляции и нейроиммунных механизмов зуда. Существенную роль играет воспалительный ответ 2-го типа с участием IL-4, IL-13 и IL-31, сигналы которых частично реализуются через JAK/STAT-путь [1, 2]. Поэтому таргетное ингибирование этого сигнального каскада рассматривается как патогенетически обоснованный вариант системной терапии среднетяжёлого и тяжёлого АД [4].

В исследование включены пациенты со среднетяжёлым и тяжёлым течением АД, распределённые на основную и контрольную группы. Основная группа получала комплексную терапию с воздействием на JAK/STAT-зависимый сигнальный путь, контрольная — стандартную комплексную терапию. Состояние оценивали до лечения и в динамике. Тяжесть заболевания определяли по SCORAD, интенсивность зуда — по визуальной аналоговой шкале VAS. Клинически значимый ответ оценивали по достижению SCORAD50 и SCORAD75. Иммунологические показатели, отражающие атопическое и системное воспаление, сопоставляли с клинической динамикой.

На фоне патогенетической терапии отмечалось последовательное уменьшение площади и активности кожного процесса, эритемы, инфильтрации, экскориаций и сухости. Снижались индекс SCORAD и выраженность зуда по VAS, а по мере продолжения лечения увеличивалась доля пациентов, достигавших SCORAD50 и SCORAD75. Уменьшение зуда имеет особое клиническое значение, поскольку разрывает патологический цикл «зуд — расчёсывание — повреждение барьера — воспаление». Участие IL-4, IL-13, IL-31 и JAK/STAT-сигнализации в нейроиммунной передаче зуда объясняет одновременное уменьшение воспаления и субъективных симптомов [1, 2].

Иммунологические изменения необходимо интерпретировать комплексно. АД отличается выраженной гетерогенностью Th2-, Th22-, Th17- и Th1-зависимых механизмов, поэтому отдельный лабораторный показатель не всегда изменяется параллельно клиническому ответу. Общий IgE и количество эозинофилов не являются достаточными самостоятельными маркерами тяжести заболевания. Более убедительная связь с клинической активностью описана для CCL17/TARC, однако и этот показатель требует оценки в совокупности с клиническими данными [3].

Таким образом, эффективность патогенетической терапии АД целесообразно оценивать одновременно по объективным клиническим индексам, выраженности субъективных симптомов и лабораторным иммунологическим показателям. Снижение SCORAD и VAS на фоне воздействия на JAK/STAT-путь отражает уменьшение клинической активности заболевания, тогда как динамика иммунологических маркеров позволяет дополнительно характеризовать изменение лежащих в его основе воспалительных механизмов.

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ И ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МАРКЕРЫ ВИТИЛИГО: ЗНАЧЕНИЕ В ФОРМИРОВАНИИ И АКТИВНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА

Хаитов К.Н.[1], Рузибакиева М.Р.[2], Мухамедов Б.Б.[3]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет
[3]Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730187

Ключевые слова: *витилиго, иммуногенетика, HLA-DRB1, HLA-DQB1, IFN-γ, CXCL9, CXCL10, CD8⁺ Т-лимфоциты, JAK–STAT, аутоиммунитет.*

Витилиго представляет собой хроническое приобретённое аутоиммунное депигментирующее заболевание, при котором генетическая предрасположенность, оксидативный стресс, врождённый иммунитет и меланоцит-специфический адаптивный ответ формируют единый патогенетический каскад. Особый интерес представляют две группы показателей: стабильные иммуногенетические факторы, прежде всего HLA-DRB1 и HLA-DQB1, и динамические иммунологические маркеры активности — IFN-γ, CXCL9, CXCL10, Granzyme B и $CD8^+$ Т-лимфоциты.

Проведён аналитический обзор генетических, иммунологических и клинических исследований, посвящённых HLA II класса и функциональной оси IFN-γ–JAK–STAT–CXCL9/CXCL10–CXCR3. HLA-DRB1 и HLA-DQB1 кодируют β-цепи молекул HLA-DR и HLA-DQ, участвующих в презентации антигенных пептидов и регуляции адаптивного иммунитета. Их полиморфизм способен влиять на восприимчивость к аутоиммунным реакциям, однако конкретные ассоциации существенно различаются между этническими популяциями.

Популяционные исследования подтверждают связь отдельных вариантов HLA с витилиго. В европейско-американских семьях гаплотип HLA-DRB1*04–DQB1*0301 ассоциировался с семейным генерализованным витилиго и более ранним дебютом. В китайской популяции Han для HLA-DQB1*0303 и HLA-DQB1*0503 были получены отношения шансов 3,14 и 3,36 соответственно, а для HLA-DRB1*07 — OR 1,97. Вместе с тем различия между китайскими, турецкими, марокканскими и другими выборками показывают, что единый универсальный HLA-профиль риска отсутствует. Поэтому HLA-DRB1/DQB1 следует рассматривать главным образом как маркеры предрасположенности и возможные модификаторы фенотипа, а не как показатели текущей активности болезни.

Текущая активность витилиго в большей степени связана с меланоцит-специфическими $CD8^+$ цитотоксическими Т-лимфоцитами и осью IFN-γ–CXCL9/CXCL10–CXCR3. IFN-γ активирует в кератиноцитах JAK–STAT-сигнализацию, прежде всего STAT1, что усиливает синтез CXCL9 и CXCL10. Эти хемокины привлекают в кожу $CXCR3^+$ $CD8^+$ Т-клетки и поддерживают положительную обратную связь: $CD8^+$ Т-клетки → IFN-γ → JAK–STAT → CXCL9/CXCL10 → рекрутирование новых цитотоксических клеток → повреждение меланоцитов.

В проспективном исследовании 86 пациентов с витилиго и 34 здоровых лиц повышенные уровни IFN-γ, CXCL9, CXCL10 и Granzyme B выявлялись в поражённой коже и плазме. IFN-γ показал наиболее высокую диагностическую ценность для оценки активности, CXCL10 и Granzyme B также были информативны, а CXCL9 отражал тяжесть процесса. Метаанализ 55 исследований, включивший 3023 пациента и 2534 участника контроля, подтвердил повышение IFN-γ в крови и коже, особенно при активном витилиго. Granzyme B дополняет этот профиль как показатель эффекторной цитотоксической активности.

Следовательно, иммуногенетические и иммунологические маркеры имеют различное значение. HLA-DRB1 и HLA-DQB1 характеризуют наследственный фон, тогда как IFN-γ, CXCL9, CXCL10, Granzyme B и показатели $CD8^+$ Т-клеточного ответа перспективны для оценки уже сформировавшейся аутоиммунной активности и её динамики на фоне лечения. Единых клинически валидированных пороговых значений для рутинного применения этих цитокинов и хемокинов пока нет. Комплексное изучение HLA-профиля и IFN-γ–JAK–STAT-зависимой иммунной оси может способствовать стратификации пациентов и научному обоснованию персонализированной патогенетической терапии.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНГИБИТОРА ЯНУС-КИНАЗ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Хаитов К.Н.[1], Курбонов О.Ж.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет

DOI: 10.67620/dermajournal.1730188

Ключевые слова: *атопический дерматит, ингибиторы Янус-киназ, JAK/STAT, SCORAD, IgE, зуд, патогенетическая терапия*.

Атопический дерматит (АД) — хроническое воспалительное заболевание кожи с рецидивирующим течением, выраженным зудом, нарушением эпидермального барьера и иммунной дисрегуляцией. В патогенезе важную роль играет воспаление 2-го типа с участием IL-4, IL-13 и IL-31. Сигналы ряда цитокинов реализуются через JAK/STAT-путь, поэтому системные ингибиторы Янус-киназ рассматриваются как патогенетически обоснованная терапия среднетяжёлого и тяжёлого АД и включены в современные рекомендации.

Оценить клиническую и иммунологическую эффективность включения системного ингибитора Янус-киназ в комплексную терапию пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым атопическим дерматитом.

Материалы и методы

Пациенты были разделены на две группы: основная получала комплексную терапию с JAK-ингибитором, контрольная — стандартное лечение без препарата данной группы. Клиническую эффективность оценивали по индексу SCORAD, выраженности зуда по VAS, сухости и воспалительных проявлений. Критериями выраженного ответа служили SCORAD50, SCORAD75 и SCORAD90. Иммунологическая оценка включала динамику общего IgE. Статистически значимыми считали различия при $p<0,05$.

Включение JAK-ингибитора сопровождалось более выраженным уменьшением клинических проявлений по сравнению со стандартной терапией. В основной группе снижались площадь и интенсивность воспаления, эритема, инфильтрация, экскориации, сухость кожи и зуд. Отмечалось более выраженное снижение SCORAD и увеличение доли пациентов, достигавших SCORAD75 и SCORAD90.

Клинический эффект соответствует механизму действия препаратов: ингибирование JAK/STAT уменьшает внутриклеточную передачу сигналов нескольких провоспалительных цитокинов и одновременно воздействует на иммунное воспаление и нейроиммунные механизмы зуда [1–3]. Это отличает JAK-ингибиторы от средств, направленных на один отдельный цитокин или рецептор.

На фоне терапии оценивалась также динамика общего IgE. Однако общий IgE отражает атопическую направленность иммунного ответа и не является специфическим маркером активности АД: его концентрация может существенно различаться у пациентов с одинаковой тяжестью заболевания и не всегда изменяется параллельно клиническому улучшению. Поэтому отсутствие выраженного снижения IgE не исключает клинически значимого ответа. Эффективность лечения целесообразно оценивать комплексно по SCORAD, VAS, объективным проявлениям, качеству жизни и иммунологическим показателям.

Включение системного ингибитора Янус-киназ в комплексную терапию среднетяжёлого и тяжёлого АД сопровождается более выраженным клиническим ответом, включая уменьшение воспаления и зуда. Интерпретация иммунологических изменений должна проводиться совместно с клиническими критериями. Применение JAK-ингибиторов требует индивидуальной оценки пациента и соответствующего лабораторного мониторинга.

КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВИТИЛИГО НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Хаитов К.Н.[1], Рузибакиева М.Р.[2], Мухамедов Б.Б.[3]
[1,2]Ташкентский Медицинский Университет,
[3]Институт иммунологии и геномики человека АН РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730189

Ключевые слова: *витилиго, аутоиммунитет, меланоциты, CD8⁺ Т-лимфоциты, интерферон-γ, CXCL9, CXCL10, JAK–STAT, оксидативный стресс, тканевые резидентные Т-клетки.*

Витилиго — приобретённое хроническое депигментирующее заболевание, характеризующееся избирательной утратой функциональных меланоцитов. В современной концепции оно рассматривается как иммуноопосредованный процесс, возникающий на фоне генетической предрасположенности, клеточного и оксидативного стресса, активации врождённого иммунитета и последующего адаптивного аутоиммунного ответа. По данным глобального моделирования 2024 года, пожизненная распространённость диагностированного врачом витилиго в общей популяции составляет около 0,36% (95% CrI 0,24–0,54), у взрослых — около 0,67%, у детей — 0,24% [1].

Целью работы являлось обобщение современных данных о клинических и иммунологических особенностях витилиго и определение механизмов и потенциальных биомаркеров активности заболевания. Проведён аналитический обзор международных рекомендаций, систематических обзоров и исследований, представленных в рецензируемых источниках. Особое внимание уделено оксидативному стрессу, CD8⁺ Т-лимфоцитам, IFN-γ, CXCL9/CXCL10, CXCR3 и JAK–STAT.

Клинически выделяют несегментарное, сегментарное и смешанное витилиго. Несегментарная форма чаще имеет двустороннее симметричное распределение и теснее связана с системными аутоиммунными механизмами. При сегментарном витилиго типичны односторонняя локализация и более ранняя лейкотрихия. Независимо от клинической формы, разрушение меланоцитов рассматривается как финальный этап многоступенчатого процесса. Оксидативный стресс повышает уязвимость меланоцитов и способствует высвобождению DAMPs, после чего активируются врождённые и адаптивные иммунные механизмы.

Основными эффекторными клетками при несегментарном витилиго считаются меланоцит-специфические CD8⁺ цитотоксические Т-лимфоциты. Центральное значение имеет ось IFN-γ–CXCL9/CXCL10–CXCR3. IFN-γ активирует в кератиноцитах JAK1/JAK2–STAT1-сигнализацию и продукцию CXCL9/CXCL10; хемокины, взаимодействуя с CXCR3, рекрутируют новые CD8⁺ Т-клетки в кожу. Формируется самоподдерживающийся цикл «CD8⁺ Т-клетка → IFN-γ → JAK–STAT → CXCL9/CXCL10 → новые цитотоксические клетки → повреждение меланоцитов» [2, 3]. После стабилизации часть лимфоцитов сохраняется в коже как tissue-resident memory T cells (TRM); IL-15 участвует в поддержании этой популяции и может способствовать рецидивированию.

Наиболее изученными потенциальными биомаркерами активности являются IFN-γ, CXCL9, CXCL10 и Granzyme B. В проспективных исследованиях их уровни были повышены у пациентов с активным витилиго; IFN-γ ассоциировался с активностью и ответом на лечение, CXCL9 — с тяжестью процесса. Однако стандартные пороговые значения для рутинной практики пока не валидированы, поэтому лабораторные маркеры должны дополнять, а не заменять клиническую оценку.

Клиническими признаками продолжающейся активности могут быть феномен Кебнера, конфетти-подобная депигментация и нечёткие гипохромные границы очагов. Для количественной оценки распространённости используют VASI, а для активности — VIDA, VSAS и другие инструменты. Дополнительное значение имеет ассоциация несегментарного витилиго с аутоиммунной патологией щитовидной железы: в метаанализе 37 исследований (78 714 пациентов) отношение шансов любого заболевания щитовидной железы составляло 3,93, аутоиммунного заболевания щитовидной железы — 5,88 по сравнению с контролем [10].

Таким образом, витилиго представляет собой клинико-иммунологически гетерогенное заболевание, в прогрессировании которого ключевую роль играет IFN-γ–JAK–STAT–CXCL9/CXCL10–CXCR3-зависимый цитотоксический Т-клеточный ответ. Комплексная оценка распространённости, клинических признаков активности и иммунологических особенностей создаёт основу для патогенетически ориентированного и персонализированного подхода к терапии.

КОЛИЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ ПОСЛЕ ПРИМЕНЕНИЯ АЛЬПЕНТА

ХАМИДОВ Ф.Ш.[1], АЛИЕВ Л.[2], ИСМАИЛОВА З.Ф.[3], ХАМИДОВА М.З.[4],
[1,2,3]Андижанский филиал Кокандского университета, Узбекистан,
[4]Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730190

Цель исследования. Изучить количественную оценку степени тяжести гнездной алопеции (Severity alopecia Tool [SalT]) у больных Alopecia areata после применения препарата Альпента.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 42 больных (18 женщин, 24 мужчин) Alopecia areata, средний возраст которых составил в среднем 30,7 лет. Всем больным диагноз Alopecia areata был поставлен после стандартного обследования. У всех больных Alopecia areata до и после комплексного лечения с применением Альпента было изучено SalT, дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ), а также изучалось состояние перекисного окисления липидов (ПОЛ) с помощью определения концентрации малонового диальдегида (МДА).

Результаты исследования. У всех больных Alopecia areata до комплексного лечения с применением препарата Альпента показатели SalT составили в среднем 56,3±0,13 %, индекс ДИКЖ – 26,67±0,14 балла, МДА – 4,61±0,23 нмоль/л (контрольная группа (n=10) – 1,37 нмоль/л). После комплексной терапии с применением препарата Альпента у пациентов Alopecia areata показатели SalT снизились до 20,1±0,14% и рост волос по сравнению с исходным показателем составил более 20 %. Индекс ДИКЖ после комплексного лечения у больных Alopecia areata снизился до 10,12±0,27 балла. Показатель ПОЛ у пациентов Alopecia areata после комплексного лечения снизился, и средняя концентрация МДА составила 2,13±0,12 нмоль/л.

Вывод. Исследованием было показано, что SalT лучшим образом показал эффективность проведенного комплексного лечения с препаратом Альпента у больных Alopecia areata. В данном исследовании хотя и наблюдалось снижение показателей ДИКЖ и МДА после комплексного лечения у больных Alopecia areata, но показатели SalT как указывают, полноценного изменения в положительную сторону в очаге поражения не дали.

ЭМУЛЬСИЯ EPTADERM VTLG В ТЕРАПИИ ВИТИЛИГО

Хамидов Ф.Ш.[1], Алиев Л.[2], Исмаилова З.Ф.[3] Аюбова Н.М.[4], Хамидова М.З.[5]
[1,2,3]Андижанский филиал Кокандского университета, Узбекистан,
[4]Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан,
[5]Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730191

Цель исследования. Изучить индекс прогредиентности витилиго (Vitiligo Disease activity score) у больных витилиго в процессе лечения EPTADERM VTLG.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением было 80 больных с витилиго в возрасте от 18 до 53 лет (40 женщин, 40 мужчин). У всех больных было исследовано VIDa (Vitiligo Disease activity score) до и после лечения. Больные с витилиго получали в монотерапии эмульсия EPTADERM VTLG. Эмульсия EPTADERM VTLG – препарат для наружного применения. Активные компоненты: INOVEOL®EGCG - борется с клеточным окислительным стрессом, обладает антиоксидантными, противовоспалительными, иммуномодулирующими свойствами, DNAGE® - защищает клеточную ДНК, защита от UVA/B, SEPITONIC™M3.0 - действует непосредственно на клеточные ферменты, обладает антиоксидантными и детоксицирующими свойствами, VIAPURE. ® - обладает противовоспалительными свойствами, антиоксидантным, антибактериальным действием, глюконат цинка - поддерживает обновление клеток, защищает ДНК, обладает противовоспалительными, иммуномодулирующими, антимикробными свойствами, цианокобаламин - улучшает гидратацию кожи, повышает эластичность и упругость, способствует выведению токсинов, Фенилаланин - увеличивает количество меланина синтез и восстановление пигментации у пациентов с витилиго, ниацинамид - поддерживает естественный процесс обновления клеток, улучшает гидратацию кожи, увеличивает синтез кератина и стимулирует 2 других белка: филаггрин, инволюкрин, витамин С - предотвращает окисление липидов, подавляет меланогенез и активность тирозиназы, экстракт коры магнолии - оказывает нейтрализующее действие на внутренние факторы старения кожи и оказывает противовоспалительное действие, экстракт корня солодки - обладает антиоксидантными и антибактериальными свойствами, поддерживает проникновение других ингредиентов. Состав: Вода швейцарских ледников, Минеральное масло, Ниацинамид, Пальмитиновая кислота, Стеариновая кислота, Глицерин, Экстракт коры магнолии, Мочевина, Экстракт листьев касии крылатой, Салициловая кислота, Экстракт корня салодки, Натуральная лимонная кислота, Токоферол.

У всех больных было исследовано дерматологический индекс качество жизни (ДИКЖ), VIDa до и после лечение. Индекс прогредиентности витилиго (Vitiligo Disease activity score [VIDa]) был предложен в 1999 году учеными Njoo m.D. et al. [4]. представляет собой шестибалльную шкалу прогредиентности (активности) дерматоза, предназначенную для оценки эффективности проводимой терапии (прекращение распространения депигментации кожи). Подсчет баллов (в диапазоне от -1 до +4) основывается на личной оценке пациентом прогрессирования заболевания с течением времени. Прогрессирование витилиго характеризуется распространением (увеличением размеров) существующих очагов или возникновением новых очагов депигментации кожи. Если такие симптомы отсутствуют, состояние считается стабильным. Уменьшение величины индекса после проведенной терапии указывало на ее эффективность.

Результаты исследования. Состояние кожного процесса больные оценивали сами до и после монотерапии эмульсией EPTADERM VTLG. До лечения у больных витилиго VIDa составило 3,85±0,12 баллов. После проведения монотерапии EPTADERM VTLG индекс VIDa снизился до 2,81±0,11 баллов. До монотерапии индекс ДИКЖ в среднем составил 27,16±2,11

балла. У больных витилиго после лечения, индекс ДИКЖ снижался незначительно и доходил в среднем до 18,12±0,14 балла. Из 80 больных с витилиго у 30 наблюдались побочные явления в виде ожога, жжения, зуда, покраснения в начале лечения, которые носили временный характер и исчезли самостоятельно на протяжении первых недель.

Вывод. Как показывает исследование, индексом VIDa хорошо оценивалось распространенность и прогредиентность у пациентов с витилиго. Снижение индексов VIDa и ДИКЖ у больных витилиго, указывало о состоянии кожного процесса глазами больного, качество жизни пациента и показало о незначительной эффективности монотерапии эмульсии EPTADERM VTLG. Препарат EPTADERM VTLG можно использовать в терапии витилиго, хотя и наблюдались побочные явления.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ШАМПУНЯ IVADERMSEB K И КРЕМ IVADERMSEB В ТЕРАПИИ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Хамидов Ф.Ш.[1], Алиев Л.[2], Исмаилова З.Ф.[3], Аюбова Н.М.[4],
[1]Андижанский филиал Кокандского университета, Узбекистан, Частное лечебное учреждение «Аъло Мед клиник»,
[2,3]Андижанский филиал Кокандского университета, Узбекистан
[4]Ташкентский государственный медицинский университет, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730192

Цель исследования: изучить клиническую эффективность шампуня IVADERMSEB K у больных себорейным дерматитом (СД) в условиях Ферганской долины.

Материал и методы исследования. Под нашим наблюдением находились 50 пациентов (23 мужчин и 27 женщин) СД в возрасте от 20 до 45

лет (средний возраст 23,6±2,1 года) с локализацией высыпаний на лице и груди. Всем больным диагноз СД был установлен после стандартного исследования. У больных себорейным дерматитом волосистой части головы применялся керато-снижающий шампунь IVADERMSEB K 3 раза в неделю, а также наружно кожа обрабатывалось кремом IVADERMSEB утром и вечером. Все пациенты СД наносили IVADERMSEB крем на очаги высыпаний 2 раза в день. У всех больных до и после терапии с IVADERMSEB K шампунь и IVADERMSEB крем был определен индекс тяжести СД.

Результаты исследования. До лечения у больных себорейным дерматитом индекс тяжести СД среднем составил 26,5±0,22 балла. У больных СД лечение длилось от 15 до 20 дней. После терапии IVADERMSEB K шампунь и IVADERMSEB крем индекс тяжести СД снизился до 6,33±0,15 балла. в результате лечения, у 37 пациентах отмечался полный регресс высыпаний, у 13 пациентов сохранялась остаточная эритема бледно-розового цвета. Из 50 больных у 35 пациентах при нанесении препарата в течение непродолжительного времени (7-15 минут) пациенты отмечали незначительное жжение. других побочных эффектов не выявлено.

Вывод. По результатам исследования мы сделали вывод, что IVADERMSEB K шампунь и IVADERMSEB крем высокоэффективны и безопасные при применении в лечении себорейного дерматита. IVADERMSEB K шампунь, способствовал уменьшению шелушения, зуда и избыточной себопродукции в коже головы. IVADERMSEB крем успокаивал кожу и помогал уменьшению раздражения кожи.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПУСТУЛЁЗНОГО ПСОРИАЗА

А.А. Хамидуллаева
РСНПМЦДиК МЗ РУ

DOI: 10.67620/dermajournal.1730193

Актуальность. Пустулёзный псориаз представляет собой редкую тяжёлую форму псориатического заболевания, характеризующуюся формированием стерильных пустул на фоне выраженного воспалительного процесса. Генерализованный пустулёзный псориаз (ГПП) может сопровождаться лихорадкой, слабостью, артралгиями, изменениями лабораторных показателей и развитием системных осложнений. Современные исследования показали важную роль дисрегуляции сигнального пути интерлейкина-36 (IL-36), а также взаимодействия IL-36 с осью IL-17, что позволило разработать новые подходы к терапии заболевания.

Цель исследования. Изучить клинико-диагностические особенности и результаты лечения пациентов с пустулёзным псориазом, а также оценить перспективы применения современных биологических препаратов, воздействующих на ключевые патогенетические звенья заболевания.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 54 пациента. 23(ж) и 31(м). Оценивались клинические проявления заболевания, распространённость и выраженность пустулёзных высыпаний, наличие системных проявлений, длительность заболевания, данные лабораторных исследований, а также характер и эффективность предшествующей терапии. При необходимости проводилось гистологическое исследование кожи. До назначения биологической терапии пациенты получали системное лечение, включая метотрексат и системные глюкокортикостероиды. У части больных отмечалась недостаточная эффективность или нестойкость клинического ответа.

Полученные результаты. В исследуемой группе преобладали мужчины — 31 пациент (57,4%), женщины составили 23 пациента (42,6%). Анализ анамнеза показал, что применение традиционной системной терапии, включая метотрексат и системные глюкокортикостероиды, не всегда позволяло добиваться стойкого контроля заболевания. На фоне современной биологической терапии отмечалась положительная динамика в виде уменьшения выраженности воспалительного процесса, сокращения количества пустул и улучшения общего состояния пациентов.

Роль IL-17 при пустулёзном псориазе подтверждается современными данными. Собственные исследования показали повышение уровня IL-17, в том числе продукции данного цитокина нейтрофилами, выявленными при генерализованном пустулёзном псориазе. Применение секукинумаба у больных пустулёзным псориазом показала положительную динамику не только со стороны кожно-патологического процесса, но и содержания IL-17 (достоверное снижение) у больных с данным дерматозом. Наиболее перспективным и связанным с патогенезом псориаза.

Заключение. При лечении больных с пустулёзным псориазом, необходимо, применять блокаторы IL-36, который используется повсеместно, при отсутствии последнего блокираторы IL-17как центрального провоспалительного цитокина в патогенетической схеме псориаза.

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ УСТЕКИНУМАБА У ПАЦИЕНТОВ С ПСОРИАЗОМ: РЕЗУЛЬТАТЫ ТРЁХ ИНЪЕКЦИЙ

Хан А.А.[1], Азизов Б.С.[2], Нурматова И.Б.[3]
[1,2,3]Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730194

Ключевые слова: *псориаз, устекинумаб, генно-инженерная биологическая терапия, клиническая ремиссия, PASI, BSA, суставной синдром.*

Актуальность. Псориаз представляет собой хроническое иммуновоспалительное заболевание с рецидивирующим течением и различной степенью тяжести. У значительной части пациентов стандартная терапия не обеспечивает стойкого контроля кожного процесса, что определяет необходимость применения генно-инженерной биологической терапии. Устекинумаб, воздействующий на ключевой для псориатического воспаления путь IL-12/IL-23, используется для лечения пациентов со среднетяжёлым и тяжёлым псориазом. Оценка клинической эффективности препарата в условиях реальной стационарной практики представляет значительный интерес.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность и переносимость устекинумаба у пациентов с различными клиническими вариантами псориаза после проведения трёх инъекций препарата.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 84 пациента с псориазом в возрасте от 25 до 60 лет, получавшие терапию устекинумабом с начала 2026 года. Среди них 49 мужчин (58,3%) и 35 женщин (41,7%). У 32 пациентов выявлен распространённый вульгарный псориаз с исходным поражением около 60% поверхности тела; у 25 отмечались частые рецидивы и недостаточный ответ на стандартную терапию. У 16 пациентов с высыпаниями в области коленных и локтевых суставов отмечались суставные боли. Семь пациентов имели поражение ногтей и каплевидную форму псориаза, у 4 выявлялись крупные бляшки с поражением волосистой части головы. Эффективность оценивали по клинической динамике кожного процесса, площади поражения кожи (BSA), изменению PASI, динамике суставных жалоб и переносимости терапии после трёх инъекций.

Результаты исследования. После проведения трёх инъекций устекинумаба у пациентов с распространённым вульгарным псориазом отмечено выраженное уменьшение площади поражения кожи: исходно около 60% поверхности тела, после терапии — 10% и менее. У остальных пациентов достигнуто полное очищение кожи от псориатических высыпаний. На момент оценки у 62 из 84 пациентов (73,8%) отмечалась полная клиническая ремиссия, у 18 (21,4%) сохранялись лишь незначительные клинические проявления в виде отдельных папул, у 4 (4,8%) сохранялись более распространённые высыпания с площадью поражения 30–40% поверхности тела. Исходно BSA >10% отмечалась у 57 пациентов, тогда как у остальных 27 площадь поражения составляла менее 10%. Среди 16 пациентов с суставными жалобами у 12 (75%) отмечено полное прекращение болевого синдрома. Нежелательные явления зарегистрированы у 11 пациентов и включали болезненность в месте введения препарата, тошноту и головную боль; все симптомы исчезали к следующему дню.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о выраженной клинической эффективности устекинумаба у большинства обследованных пациентов с различными клиническими вариантами псориаза. После трёх инъекций полная клиническая ремиссия достигнута у 73,8% пациентов, а у 95,2% отсутствовали распространённые кожные проявления с площадью поражения более 30–40% поверхности тела. У пациентов с

суставными жалобами в 75% случаев отмечено прекращение болевого синдрома. Терапия характеризовалась удовлетворительной переносимостью и кратковременными нежелательными явлениями.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОКИСЛИТЕЛЬНОГО СТРЕССА (d-ROMs, PAT, OSI) У ПАЦИЕНТОВ С ПАПУЛОПУСТУЛЁЗНЫМИ УГРЯМИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ РЕСВЕРАТРОЛОМ

Хайитов Б.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730195

АННОТАЦИЯ

Угревая болезнь (акне) остаётся одним из наиболее распространённых хронических воспалительных заболеваний кожи, а папулопустулёзная форма средней степени тяжести занимает значительную долю в структуре обращаемости к дерматологу. Наряду с классическими звеньями патогенеза — гиперсекрецией кожного сала, фолликулярным гиперкератозом и колонизацией Cutibacterium acnes — в последние годы всё большее значение придаётся роли оксидативного стресса в поддержании и утяжелении воспалительной реакции. Показатели d-ROMs (производные активных форм кислорода) и PAT (антиоксидантный потенциал плазмы), а также расчётный индекс OSI (Oxidative Stress Index), позволяют комплексно и количественно охарактеризовать прооксидантно-антиоксидантный баланс организма. Вместе с тем данные о динамике этих показателей на фоне патогенетической терапии, в частности полифенольным антиоксидантом ресвератролом, остаются ограниченными, что и определяет практический интерес настоящего исследования.

Ключевые слова: *акне, папулопустулёзные угри, оксидативный стресс, d-ROMs, PAT, OSI, ресвератрол, полифенолы.*

Цель исследования — оценить исходный уровень и динамику показателей оксидативного стресса (d-ROMs, PAT, OSI) у пациентов с папулопустулёзными угрями средней степени тяжести на фоне терапии ресвератролом.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 пациентов с папулопустулёзной формой акне средней степени тяжести в возрасте 18–30 лет, из них 30 женщин и 20 мужчин. Степень тяжести акне оценивали по индексу ДИАС (дерматологический индекс акне-состояния). Всем пациентам исходно и через 6 месяцев терапии определяли сывороточные показатели d-ROMs и PAT с расчётом индекса OSI (соотношение d-ROMs/PAT). Использованы следующие референсные диапазоны: d-ROMs — 250–320 усл. ед. (U CARR), PAT — более 2800 ед. CARR, OSI — менее 40 усл. ед. В качестве патогенетической терапии применялся ресвератрол в дозе 100 мг/сут перорально на протяжении 6 месяцев. Статистическая обработка результатов проведена с использованием парного t-критерия Стьюдента; статистически значимым считали уровень $p<0,05$.

Результаты. До начала лечения средние показатели d-ROMs составили 350,0±47,8 усл. ед., что превышало верхнюю границу референсного диапазона; показатель PAT у всех пациентов оставался в пределах референсных значений (более 2800 ед. CARR), индекс OSI нередко достигал повышенных значений — до 150 усл. ед., что свидетельствовало о повышении прооксидантной нагрузки на фоне сохранённого антиоксидантного потенциала у пациентов с папулопустулёзными угрями средней степени тяжести. Через 6 месяцев терапии ресвератролом отмечена статистически значимая положительная динамика всех изучаемых показателей: уровень d-ROMs и индекс OSI снизились до значений, находящихся в пределах

референсного диапазона (d-ROMs 250–320 усл. ед., OSI менее 40 усл. ед.), а показатель PAT сохранялся в пределах нормы (более 2800 ед. CARR). Положительная лабораторная динамика сопровождалась заметным клиническим улучшением — индекс ДИАС снизился с исходных 6–10 баллов до 1–3 баллов.

Заключение. Полученные данные подтверждают участие оксидативного стресса в патогенезе папулопустулёзных угрей средней степени тяжести: у пациентов исходно выявлено повышение прооксидантной нагрузки (d-ROMs, OSI) на фоне сохранённого антиоксидантного потенциала (PAT). Терапия ресвератролом в течение 6 месяцев сопровождалась не только клиническим улучшением, но и статистически значимой нормализацией показателей окислительно-антиоксидантного баланса, что позволяет рассматривать комплекс d-ROMs/PAT/OSI как дополнительный объективный лабораторный критерий эффективности патогенетической терапии акне и обосновывает целесообразность его использования в дальнейших клинических исследованиях.

ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕБУМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПУЛОПУСТУЛЁЗНЫМИ УГРЯМИ СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ НА ФОНЕ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ С 5-АМИНОЛЕВУЛИНОВОЙ КИСЛОТОЙ

Хайитов Б.Д.
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730196

Актуальность. Гиперсекреция кожного сала является одним из ключевых и наиболее рано формирующихся звеньев патогенеза акне, определяющим как клиническую картину себореи, так и создание питательной среды для колонизации Cutibacterium acnes с последующим развитием воспаления. Традиционная оценка салоотделения носит преимущественно субъективный характер, что затрудняет объективное сравнение эффективности различных методов лечения. Себуметрия — метод количественного определения уровня поверхностного кожного сала с помощью фотометрического датчика — позволяет получить объективные и воспроизводимые числовые данные о секреторной активности сальных желёз до и после лечения. Фотодинамическая терапия с 5-аминолевулиновой кислотой (5-АЛК-ФДТ), наряду с противовоспалительным и антибактериальным действием, обладает выраженным себостатическим эффектом: избирательное накопление протопорфирина IX в себоцитах и последующая фототоксическая реакция приводят к их повреждению, подавлению липогенеза и уменьшению объёма сальных желёз. Вместе с тем объективные, инструментально подтверждённые данные о динамике себуметрических показателей на фоне курса 5-АЛК-ФДТ у пациентов с папулопустулёзными угрями средней степени тяжести остаются немногочисленными, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования — оценить динамику показателей себуметрии у пациентов с папулопустулёзными угрями средней степени тяжести на фоне курса фотодинамической терапии с 5-аминолевулиновой кислотой.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 50 пациентов с папулопустулёзной формой акне средней степени тяжести в возрасте 18–30 лет (30 женщин, 20 мужчин); степень тяжести акне оценивали по индексу ДИАС. Всем пациентам исходно и после завершения курса терапии проводили себуметрию с использованием прибора Sebumeter SM815 (Courage+Khazaka) по всей поверхности лица (лоб, нос, подбородок, щёки); уровень секреции кожного сала выражали в мкг/см^2. В качестве фотосенсибилизатора применяли 5% раствор 5-аминолевулиновой кислоты (HISTOLAB Mild ALA); облучение проводили аппаратом Lutronic (длины волн 633 и 830 нм). Процедуры проводили с периодичностью 1 раз в 2 недели на протяжении 6 месяцев. Статистическая обработка результатов проведена с использованием парного t-критерия Стьюдента; статистически значимым считали уровень $p<0,05$.

Результаты. До начала лечения средний уровень себуметрии составил 80 мкг/см^2, что соответствовало повышенной секреторной активности сальных желёз, характерной для пациентов с папулопустулёзными угрями средней степени тяжести. После завершения курса фотодинамической терапии с 5-АЛК отмечено статистически значимое снижение показателя себуметрии до 30 мкг/см^2 (снижение на 62,5% от исходного уровня). Снижение себосекреции

сопровождалось клиническим улучшением — индекс ДИАС снизился с исходных 6–10 баллов до 1–3 баллов, что подтверждает себостатический эффект 5-АЛК-ФДТ.

Заключение. Полученные данные подтверждают, что фотодинамическая терапия с 5-аминолевулиновой кислотой оказывает выраженное себостатическое действие, объективно регистрируемое методом себуметрии, наряду с клиническим улучшением у пациентов с папулопустулёзными угрями средней степени тяжести. Инструментальная оценка секреции кожного сала может быть рекомендована в качестве дополнительного объективного критерия эффективности фотодинамической терапии акне в клинических исследованиях.

Ключевые слова: акне, папулопустулёзные угри, себуметрия, кожное сало, себоциты, фотодинамическая терапия, 5-аминолевулиновая кислота.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ЗООНОЗНОГО КОЖНОГО ЛЕЙШМАНИОЗА

Р.С.Хикматов[1], А.Б.Рахматов[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730197

Кожный лейшманиоз является эндемическим трансмиссивным заболеванием, когда в осенний период регистрируются сотни случаев данного заболевания. С эпидемиологической точки зрения важно выделять две формы кожного лейшманиоза, это сельский и городской, которые имеют свои этиологические и клинические характеристики, которые необходимы для правильного лечения заболевания. Ранее проведенные исследования показали, что при всех формах кожного лейшманиоза имеется воспалительная реакция и задействуется в патологический процесс иммуно-цитокиновая система, которая во многом и определяет характер высыпаний и частоту развития осложненных форм дерматоза, особенно при сельском типе.

Разрабатываемые схемы лечения больных кожным лейшманиозом весьма ограничены, так как на сегодняшний день единственным эффективным средством этиотропной терапии является препарат 5-валетной сурьмы (глюкантим), который тоже не всегда оказывает терапевтический эффект, хотя вводится подкожно вокруг лейшманиозных язв. Выраженная воспалительная реакция лейшманиозного процесса указывает на необходимость применения противовоспалительной терапии, что и явилось основанием для использования препаратов глицирризиновой кислоты в комплексной терапии больных кожным лейшманиозом. Противовоспалительный эффект данного средства обусловлен ингибированием TLR4/NF-kB (снижение экспрессии IL-6, IL-8, TNF-альфа и др.), контролем воспалительных сигнальных путей и усидением иммунного ответа (активация NK-клеток и продукции IFN-гамма).

Целью настоящего исследования являлось оценка клинической эффективности препарата глицирризиновой кислоты в комплексной терапии больных зоонозным кожным лейшманиозом.

Под наблюдением находилось 122 больных (мужчин-79, женщин-43) в возрасте от 20 до 45 лет. У всех больных диагноз подтверждался обнаружением в очагах поражений телец Боровского. Длительность заболевания составляла от 20 дней до 2 месяцев. Был использован препарат «Эксан Inject» в дозировке 100 мг/сут внутривенно в течение 10 дней, причем активным веществом данного средства является магния изоглицирризинат, который обладает более выраженным противовоспалительным действием, по сравнению с глицирризиновой кислотой, за счет высокой активности и подавления провоспалительных цитоктинов.

Для оценки терапевтической эффективности магния изоглицирризината больные были разделены на II группы, сопоставимые по возрасту, полу, давности заболевания и формам кожного лейшманиоза: I группа (59 больных) получала стандартное лечение; II группа (63 больных) – стандартное лечение в комбинации с инъекциями магния изоглицирризината. Клинический эффект проведенных методов терапии больных с зоонозным кожным лейшманиозом был достигнут у 39 из 59 (66,1%) больных I группы и у 55 из 63 (87,3%) больных II группы, что является убедительным доказательством необходимости использования указанного средства при лечении рассматриваемого дерматоза.

Таким образом, при лечении больных с различными клиническими формами зоонозного кожного лейшманиоза необходимо применять, наряду со стандартной терапией, противовоспалительный препарат (магния изоглицирризинат), позволяющий ускорять заживление патологического процесса, тем самым уменьшая вероятность развития осложненных форм дерматоза.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЛАЗЕРА VBEAM PERFECTA В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЗООНОЗНЫМ КОЖНЫМ ЛЕЙШМАНИОЗОМ

Р.С.Хикматов[1], А.Б.Рахматов[2]
[1,2]Бухарский филиал РСНПМЦДВиК МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730198

На территории республики продолжаются регистрироваться сотни новых случаев зоонозного кожного лейшманиоза, что требует разработки инновационных технологий в лечении данного заболевания. В последние годы отмечается активное внедрение инновационных лазерных технологий при лечении различных кожных заболеваний (розацеа, псориаз и др.), которые отличаются высокой комплаентностью.

Целью настоящего исследования являлось разработка алгоритма лазеротерапии больных зоонозным кожным лейшманиозом.

Под наблюдением находилось 25 больных (мужчин-16 и женщин-9) в возрасте от 20 до 45 лет. Всем больным на основании клинических проявлений и обнаружения телец Боровского был выставлен диагноз зоонозного кожного лейшманиоза. Длительность заболеваня составляла от 2 недель до 1,5 месяца. К лечению были отобраны больные с наличием одиночных или множественных лейшманиозных язв. Алгоритм лазеротерапии заключался в проведении 4 сеансов с интервалом 2 недели (на курс лечения 1,5 месяца). Лечение проводилось в виде монотерапии для объективной оценки эффективности Vbeam Perfecta у больных кожным лейшманиозом. У 20 из 25 (80,0%) больных за указанный период отмечалась полная эпителизация лейшманиозных язв, в остальных случаях далее были подключены инъекция магния изоглицирризината (№10). Одним из побочных эффектов данной лазеротерапии является повышение температуры (появление чувство жжения), которая во многом устранялась встроенной системой охлаждения DCD.

Эффективность лазера Vbeam Perfecta обусловлена следующими факторами: а) термическое воздействие (простейшие рода Leishmania высокочувствительны к нагреву); б) воздействие на сосуды (лейшманиозные очаги характеризуются васкуляризацией); иммунный ответ (лазером стимулируются факторы местного иммунитета).

Таким образом, использование лазера Vbeam Perfecta (Pulsed Dye Laser, 595 nm) является одним из пе5рспективных методов физиотерапевтического лечения кожного лейшманиоза, особенно локализованных его форм и эстетической коррекции последствий заболевания.

РОЛЬ БИОХИМИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Ходжаева М.Б.[1], Ганиева Ш.Т.[2]
[1,2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

DOI: 10.67620/dermajournal.1730199

В развитие угревой болезни участвуют многие факторы: как стероидные гормоны, которые образуются в результате метаболизма тестростерона под влиянием фермента 5 альфа –редуктазы, так и другие факторы: нарушение себообразования, микрофлора кожи и др. Роль ферментов в процесс образование дегидротестостерона изучается, но его связь с цитохром р450 и 25 OH-VD находится в процессе изучения.

Цель исследования: Изучение роли ферментов в патогенезе угревой болезни.

Материалы и методы: Под наблюдение находились 64 пациентки с угревой болезнью в возрасте от 14 до 25 лет. Длительность заболевания была от 1 года – у 38,2%, от 2 до 3 лет – у 29,1%, от 3 до 5 лет – у 20%, более 5 лет у 12,7%.

Клиническая форма угрей: у 74% регистрировалась папуло-пустулезная форма, у 26% комедональная форма.

Всем пациенткам с угревой болезнью определяли уровень 25 OH-VD. цитохрома Р450, инсулиноподобный фактор на аппарате ‘HumareaderSingle’.

Результаты и обсуждения:

Концентрация фактора роста и ферментов метаболизма стероидов у пациенток с угревой болезнью

Биологические молекулы	Группа контроля (n=20)	Пациенты с угревой болезни (n=64)
Инсулиноподобный фактор роста	84,7 ± 12	36,3± 7,38*
17альфа гидроксилаза	1,07±0,5	4,25± 0,06*
25 OH-VD	33,7±2,04	14,5± 1,26*

Уровень цитохрома Р450, который является ферментом катализаторов синтеза дегидроэпианростерона из холестерина, у всех пациенток было увеличено достоверно – 4,25±0,060 pg/ml, тогда как у контрольной группы составил 1, 07±0,5 pg/ml. Показатель уровня 25 OH-VD, который определяет прямую корреляцию с концентрацией глобулина был достоверно ниже – 14,5 ±1,26 pg/ml. Исследование инсулиноподобного фактора роста как коактиватора и адаптера на пути передачи сигнала митоза и дифференцировки в клетку у пациенток с угревой болезнью показало достоверное снижение 36,3± 7,38 pg/ml ($p<0,001$), тогда как в контрольной группе показатель составил 84,7 ±12 pg/ml.

Таким образом, регуляторы андрогенных рецепторов 25 OH-VD, цитохрома Р450, инсулинподобный фактор роста имеют важное значение в патогенезе быстрых негеномных молекулярно-клеточных реакций метаболизма периферических андрогенов и в дальнейшем может определить новые алгоритмы терапии угревой болезни.

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ РОЛЬ АНДРОГЕНОВ ПРИ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Ходжаева М.Б.[1], Ганиева Ш.Т.[2]
[1,2]Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

DOI: 10.67620/dermajournal.1730200

Угревая болезнь относится к хроническим гормонозависимым воспалительным заболеванием кожи с вовлечением волосяных фолликулов. По данным литературы от 59 до 85 % подростков имеют угри, жирную себорею, даже у 10-20% женщин в фертильном возрасте либо сохраняются проявления угрей, либо во время репродуктивного возраста часто рецидивирует. Частое обострение угревой болезни, в большинстве случаев связано с нарушением гормонального фона.

Цель исследования: Определение роли гормонов в развитие угревой болезни.

Материал и методы: Под наблюдением находились 64 пациентки с угревой болезнью в возрасте от 14 до 25 лет. Длительность заболевания была от 1 года – у 38,2%, от 2 до 3 лет – у 29,1%, от 3 до 5 лет – у 20%, более 5 лет у 12,7%.

Клинические формы угревой болезни: у 74% регистрировалась папуло-пустулезная форма, у 26% комедональная форма.

Всем пациенткам с угревой болезнью определяли концентрации гормонов в крови – дегидроэпиандростерон, СССГ, кортизол, пролактин, 17 оксипрогестерон радиоиммунологическим методом с помощью коммерческого набора Deifia.

Результаты и обсуждения:

Гормональная карта пациенток с угревой болезнью

Гормоны (нмоль/л)	Группа контроля (n=25)	Пациенты с угревой болезни (n=20)
Пролактин	374,52 ± 64,28	1341,0± 69,31****
Дегидроэпиандростерон	1,92±0,23	3,94± 0,62**
СССГ	10,63±0,81	5,82 ± 1,29**
17 оксипрогестерон	0,58±0,12	1,78± 0,37**
Кортизол	360 ± 2,36	572± 5,32***

По результатам исследования показатели гормонов были изменены у 32% пациенток и выражались увеличением показателя дегидроэпиандростерона – 3,94 ± 0,62 нмоль/л, 17 оксипрогестерона -1,78± 0,376 нмоль/л, кортизола -572 ±0,08 нмоль/л.

Таким образом, нарушение показателей гормонов, диктует о необходимости применения препаратов с антианроденгенным действием, которые будут способствовать снижению уровня гормонов и нормализации функции яичников и надпочечников, патогенетическим воздействием на развитие угревой болезни.

РОЛЬ ПАТОЛОГИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ПАТОГЕНЕЗЕ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОЗАЦЕА

Ходжаева Н.Б[1], Абдуразакова Д.А.[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии при МЗ РУз, Узбекистан, Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730201

Ключевые слова: *ЖКТ, H.Pylori, сопутствующая патология.*

Актуальность. Розацеа – хронический, воспалительный, рецидивирующий дерматоз кожи лица, распространенность которого составляет 10% на долю населения. Несмотря на эффективность современных методов наружной терапии, у части пациентов наблюдается торпидное течение с ранними обострениями. Все чаще исследуется связь розацеа с патологией желудочно-кишечного тракта, в особенности участие H.pylori в патогенезе заболевания. Обсуждаемые механизмы включают активацию врождённого иммунитета, повышения проницаемости кишечного барьера и влияния бактериальных токсинов на нейроваскулярную регуляцию кожи лица. Недообследованная патология желудочно-кишечного тракта может являться фактором поддерживающим воспаление и снижающий эффективность дерматологической терапии.

Цель исследования. Изучить частоту встречаемости патологий желудочно-кишечного тракта у пациентов с розацеа и проанализировать динамику кожных проявлений.

Материалы и методы. Под нашим клиническим наблюдением находились 31 пациентов с клиническим диагнозом розацеа. Среди обследованной группы женщин было 20 (64,5%) и мужчин 11(35,5%). При распределении больных по классификации Plewig, Kligman and Jansen: эритематозно-телеангиэктатическая стадия (20%), папуло-пустулёзная стадия (42%), фиматозная стадия(15%), окулярная стадия(33%). Длительность заболевания от 2 месяцев до 3 лет. Помимо стандартного осмотра дерматологом проводились исследования на предмет наличия жалоб со стороны гастроэнтерологических органов, консультация терапевта, ультразвуковое исследование брюшной полости, также анализ с крови ИФА методом на наличие H.pylori. При выявлении патологий ЖКТ назначалась соответствующая заболеванию терапия в синергии с наружным лечением розацеа и базовым уходом в комбинации с защитой от инсоляции.

Результаты исследования. После комплексного осмотра, нами было изучена сопутствующая патология у пациентов с розацеа. Анализ полученных данных показал, что среди сопутствующих патологий 39% случаев приходится на заболевания ЖКТ, 20% гинекологическая патология, 12% анемия, 9% неврологическая патология и 20% с другими дерматологическими патологиями. Среди сопутствующих патологий наиболее часто диагностировали хронический гастрит у 5 пациентов, инфекция H.pylori у 3 пациентов, хронический холецистит у 5 пациентов, а также у 3 пациентов диагноз был установлен впервые.

Выводы. При анализе кожных проявлений розацеа с учётом сопутствующих патологий выявлено: у 70% пациентов с сопутствующей патологией было диагностировано папуло-пустулезная и пустулёзно-узловатая стадия заболевания, что указывает о целесообразности диагностики сопутствующих патологий и своевременное лечения для достижения хороших результатов, а также снижения рецидивов заболевания.

ВЛИЯНИЕ СЕЗОННОЙ ИНСОЛЯЦИИ НА ПОКАЗАТЕЛИ ОКСИДАТИВНОГО СТРЕССА (D-ROMS, PAT) ПРИ РОЗАЦЕА: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Ходжаева Н.Б[1], Абдуразакова Д.А.[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии при МЗ РУз, Узбекистан, Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730202

***Ключевые слова**: Антиоксидантная система, микробиом, инсоляция.*

Актуальность: Патогенез розацеа тесно связан с оксидативным стрессом. Доказано, что ультрафиолетовое излучение является мощным триггером перекисного окисления. Тем не менее, в клинической практике изредка оценивается дифференциальная оценка между эндогенным (включая клеща Demodex) и экзогенным (УФ излучение), которые являются триггерами оксидативного стресса, что требует необходимости применения точных молекулярных маркеров.

Цель исследования:

Оценить влияние сезонного ультрафиолета на уровень гидропероксидов (d-ROMs), антиоксидантную резерва (PAT) и маркеры системного ответа в крови у пациентов с розацеа.

Материалы и методы:

В пилотное ретроспективное исследование было включено 10 пациентов с диагнозом розацеа. С целью минимизации систематических ошибок и для обеспечения чистоты когорты, были выбраны некурящие пациенты и в анамнезе у которых отсутствует прием БАД/антиоксидантов за месяц до исследования. Возраст пациентов составил от 25 до 50 лет).

Для оценки инсоляция ассоциированного оксидативного стресса пациенты разделены на 2 группы. Первая группа пациенты с низкой инсоляцией(январь-апрель) и вторая группа с высокой ультрафиолетовой нагрузкой (июль). Диагностическое исследование оценивалось с помощью показателей d-ROMs, PAT, Demodex folliculorum.

Результаты исследования:

Анализ данных выявил выраженный сдвиг окислительно-восстановительного баланса в зависимости от сезонности. В группе с высокой ультрафиолетовой нагрузкой(июль-август) зафиксировано повышение уровня гидрокпероксидов(d-ROMs) в среднем на 49% по сравнению с группой весеннего периода. Одновременно у пациентов 2-й группы наблюдалось истощение антиоксидантной ёмкости плазмы(снижение показателей PAT). Наиболее пиковые значения d-ROMs на фоне критического снижения PAT был выявлен в подруппе пациентов с высокой летней инсоляцией и сопутствующей активной колонизацией Demodex folliculorum, что показывает синергическое патологическое действие УФ-индуцированных свободных радикалов и микробиом-ассоциированного воспаления.

Выводы:

Сезонная гиперинсоляция выступает одним из ведущих факторов истощения системного антиоксидантного резерва у пациентов с розацеа. Полученные предварительные данные доказывают, что летний период требует не только усиленной фотопротекции, но и обязательного контроля над антиоксидантной системой. Маркеры оценки окислительно-восстановительного баланса с оценкой статуса Demodex могут служить обьективным инструментов для персонализированных протоколов.

РАННЕЕ НАЧАЛО АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ДЕРМОРЕСПИРАТОРНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Холова Н.Р.[1], Абидов Х.А.[2]
[1,2]Ташкентский государственный медицинский университет, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730204

Актуальность исследования. Атопический дерматит (АД) у детей часто является первым проявлением атопического марша и предшествует развитию аллергического ринита и бронхиальной астмы, формируя дермореспираторный синдром (ДРС). Раннее начало АД (до 1–2 лет), особенно при тяжёлом и персистирующем течении, ассоциировано с повышенным риском респираторной аллергии. Изучение предикторов ДРС важно для ранней профилактики.

Цель исследования. Оценить значение раннего начала атопического дерматита как предиктора последующего развития аллергического ринита и бронхиальной астмы у детей.

Материалы и методы. Проведён анализ когортных исследований, систематических обзоров и метаанализов о связи раннего АД с респираторной аллергией. Оценивались относительный риск, факторы риска (тяжесть и персистенция АД, пол, семейный анамнез, сенсибилизация) и частота формирования ДРС.

Результаты. Раннее начало АД повышает риск астмы в 2–3 раза (RR ≈ 2,16; при персистирующем АД – до 3,36) и аллергического ринита – почти в 3 раза. У 20–40 % детей с ранним АД формируется астма, у 28–45 % – ринит. Ключевые предикторы: тяжёлое и персистирующее течение АД, мужской пол, отягощённый семейный анамнез атопии, ранняя поливалентная сенсибилизация. Раннее-решающееся АД (до 2 лет) риск респираторной аллергии существенно не увеличивает.

Выводы. Раннее начало атопического дерматита, особенно при тяжёлом и персистирующем течении, является значимым предиктором развития дермореспираторного синдрома у детей. Ранняя идентификация групп риска и мониторинг позволяют своевременно проводить профилактику респираторной аллергии.

ГИПОПИГМЕНТНЫЕ И ДЕПИГМЕНТНЫЕ НЕВУСЫ КАК КЛИНИЧЕСКИЕ ИМИТАТОРЫ ВИТИЛИГО: КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

Хонходжаев Ш.Ш.[1], Абдуллаходжаев К.А.[2], Седенков А.Н.[3]
[1,2,3]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии, г. Ташкент, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730205

Ключевые слова: *гипопигментный невус, депигментный невус, витилиго, гипопигментация, клинико-морфологическая корреляция, дерматопатология.*

Актуальность.
Гипопигментные и депигментные невусы относятся к врождённым или рано возникающим нарушениям пигментации и могут клинически напоминать витилиго. Сходство окраски и морфологии очагов, особенно при отсутствии достоверных анамнестических сведений о времени их появления и динамике, может затруднять дифференциальную диагностику. В диагностически неоднозначных случаях клинико-морфологическое сопоставление приобретает особое значение.

Цель исследования.
Оценить структуру клинических направительных диагнозов и частоту клинико-морфологических расхождений при гипопигментных и депигментных невусах с особым акцентом на их дифференциальную диагностику с витилиго.

Материалы и методы.
Проведён ретроспективный анализ дерматопатологической базы специализированного дерматологического центра за 2023–2025 гг., включавшей 24 175 случаев. Для настоящего исследования выделены 858 случаев с морфологически верифицированными гипопигментными/депигментными невусами. В единую аналитическую группу вошли гипопигментный невус (n=766), депигментный невус (n=89) и анемический невус (n=3). Анализировали клинические направительные диагнозы и их соответствие окончательному морфологическому заключению. Клинико-морфологическую согласованность оценивали как по первому направительному диагнозу, так и с учётом до трёх диагнозов клинического дифференциального ряда.

Результаты.
Среди 858 морфологически верифицированных случаев преобладал гипопигментный невус - 766 (89,3%); депигментный невус диагностирован в 89 (10,4%), анемический невус - в 3 (0,3%) случаях.

Анализ первого клинического направительного диагноза выявил выраженное сходство данной группы с витилиго: в 266 случаях (31,0%) первым предполагаемым диагнозом было витилиго. Неспецифическая формулировка «невус» использовалась в 179 случаях (20,9%), «невус анемичный» - в 112 (13,1%), тогда как непосредственно «гипопигментный невус» и «невус гипопигментный» были указаны соответственно лишь в 63 (7,3%) и 58 (6,8%) случаях.

При сопоставлении только первого клинического диагноза с морфологическим заключением клинико-морфологическая согласованность составила 41,1%. При учёте всех трёх диагнозов клинического дифференциального ряда показатель увеличивался до 60,3%, то есть на 19,2 процентного пункта. Таким образом, значительная часть расхождений была связана не с полным отсутствием правильного диагностического предположения, а с его положением в дифференциальном ряду.

Заключение.

Гипопигментные и депигментные невусы представляют значимую клиническую диагностическую проблему и нередко имитируют витилиго: почти треть морфологически верифицированных случаев первоначально направлялась с диагнозом витилиго. Существенное увеличение клинико-морфологической согласованности при учёте полного дифференциального ряда свидетельствует о том, что правильный диагноз нередко рассматривается клиницистом, но не является ведущим. Полученные результаты подчёркивают значение клинико-морфологической корреляции при дифференциальной диагностике стабильных гипопигментированных поражений кожи.

ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННЫЙ МИКРО-SBEG ПОД КОНТРОЛЕМ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО УЛЬТРАЗВУКА И CO_2-ЛАЗЕРА ПРИ СТАБИЛЬНОМ ВИТИЛИГО

Ж. И. ХОТАМ
Зарафшанская медико-санитарная часть НГМК, детская поликлиника, врач-дерматовенеролог, г. Зарафшан, Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730206

Введение.

Обоснование: Стабильное витилиго, не отвечающее на консервативную терапию, является показанием к хирургическому лечению. Вакуумная пузырьковая эпидермальная трансплантация (SBEG) позволяет переносить эпидермальный слой, содержащий меланоциты, при относительно низком риске рубцевания донорской зоны. Особенно в акральных областях результат зависит от характеристик донорской и реципиентной кожи и точности фиксации трансплантата.

Цель исследования: оценить техническую выполнимость и предварительные клинические результаты метода микро-SBEG с индивидуальным определением толщины эпидермиса донорской и реципиентной зон с помощью высокочастотного ультразвукового сканера и созданием микроперфораций в реципиентной зоне с использованием фракционного CO_2-лазера.

Материалы и методы: в пилотное исследование включены 2 пациента со стабильными очагами витилиго в акральных областях. До операции с помощью DUB SkinScanner (33 МГц) измеряли толщину эпидермиса донорской и реципиентной зон. В донорской зоне формировали пузырь и получали эпидермальные микротрансплантаты размером 1–1,5 мм. В реципиентной зоне с помощью фракционного CO_2-лазера создавали микроперфорации, в которые точечно помещали микротрансплантаты.

Результаты: у первого пациента толщина эпидермиса в донорской зоне (предплечье) и реципиентной зоне (тыльная поверхность кисти) составила по 141 мкм. У второго пациента толщина эпидермиса в обеих зонах составила по 148 мкм. В обоих случаях объективное определение и сопоставление толщины эпидермиса, а также точное размещение микротрансплантатов в микроперфорациях, созданных CO_2-лазером, были технически осуществимы. При предварительном наблюдении серьёзных хирургических осложнений не отмечено.

Выводы. Индивидуальная оценка толщины эпидермиса с помощью высокочастотного ультразвука в сочетании с фракционным CO_2-лазером и микро-SBEG является перспективным и технически выполнимым подходом к хирургическому лечению стабильного, особенно акрального, витилиго. Для оценки клинической эффективности метода необходимы исследования с большей выборкой и длительным наблюдением.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ УСТЕКИНУМАБА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

М.Ф.Хушвактова[1], А.Б.Рахматов[2]
[1,2]Бухарский филиал РСНПМЦДВиК МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730207

В последние годы активно внедряются методы биологической терапии различных дерматозов, включая и больных псориазом, когда с успехом стали пользоваться антицитокиновыми препаратами, направленные на блокировку патогенетически важных цитокинов, как пример IL-12/23 (устекинумаб). Как показывают исследования, в каждом конкретном случае должна проводиться персонализированная терапия.

Целью настоящего исследования являлась оценка результатов лечения больных псориазом препаратом устекинумаб. В группу пациентов, получивших устекинумаб вошли 14 больных, из них 6 (43%) больных с обычной формой псориаза без поражения суставов, 8 (57%) пациентов с псориазом и поражением суставов. Кожный процесс у пациентов данной группы носил распространенный характер (индекс PASI> 15 баллов). У пациентов с поражением суставов отмечалась отечность и болезненность при движении и пальпации мелких межфаланговых суставов, у отдельных больных была выражена их деформация. Пациенты данной группы получали лечение устекинумабом в дозе 45 мг подкожно (вес больных составлял 60-85 кг). На курс лечения больные получали 6 инъекций. Индекс PASI до лечения у пациентов, получавших устекинумаб, варьировал от 10 до 35,4 баллов, после лечения индекс PASI составлял от 1 до 7,2 балла. После второй инъекции устекинумаба наблюдалось улучшение кожного процесса в виде уменьшения интенсивности окраски высыпаний, а также уменьшения инфильтрации и шелушения псориатических очагов. В результате у 5 (35,8%) больных наблюдалось улучшение (PASI 50) а у одного пациента отмечалось клиническое выздоровление (PASI 90). При лечении больных с наличием суставного синдрома также отмечалась положительная динамика не только сто стороны кожного процесса, но и со стороны суставов, когда уменьшались явления артралгий, тугоподвижность в мелких суставах, скованность по утрам. Динамика клинических проявлений кожно-суставного аппарата подтверждалась и проведенными лабораторно-инструментальными исследования, в частности, одним из таких показателей является С-реактивный белок. Таким образом, при лечении больных со средне-тяжелыми и тяжелыми формами псориаза рекомендуется широкое использование биологической терапии в виде препарата устекинумаб, являющийся блокиратором IL12/23, как вариант антицитокиновой терапии, позволяющий вызывать длительную клиническую ремиссию денрматоза, что, естественно, скажется на повышении качества жизни самих пациентов.

HLA-CW6 И ПСОРИАЗ

М.Ф.Хушвактова[1], Ю.А. Алимухамедова[2]
[1,2]Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

DOI: 10.67620/dermajournal.1730208

Мультифакториальная этиология псориаза включает сложный генетический компонент, при этом аллель HLA-Cw6 антигена лейкоцитов человека (HLA) класса I является самым основным геном-кандидатом предрасположенности, обозначаемым как «psoriasis susceptibility I» (PSORS I). Распространенность HLA-Cw6 варьирует от 4-16% у здоровых лиц и от 10-80% у больных псориазом в зависимости от этнической принадлежности популяции.

Целью настоящего исследования являлось изучение частоты HLA-Cw6 у больных псориазом узбекской популяции. Под нашим наблюдением находилось 104 больных псориазом в возрастной группе 18-55 лет. Больных I типом псориаза составляло 73 (70,2%) пациентов, II типом – 29,8%. Изучение HLA-Cw6 проводилось в крови больных псориазом с помощью ПЦР тест-системы «Genvinset HLA-Cw6» (Нидерланды). Антиген HLA-Cw6 был выявлен у 49 из 104 (47,1%) больных псориазом, что значительно превышало популяционные данные. Следует указать, что все больные, у которых был выявлен антиген HLA-Cw6 относились к I типу. Необходимо отметить, что HLA-Cw6 кодирует рецептор главного комплекса гистосовместимости I класса, молекулы которого являются фундаментальными рецепторами иммунной системы, участвующими в презентации собственных и чужеродных пептидов Т-клеткам. Согласно собственным исследованиям, HLA-Cw6 влияет на тяжесть течения псориаза, так как в большинстве случаев антиген регистрировался у больных со средне - тяжелым и тяжелым формами дерматоза и наличием изоморфной реакции Кебнера. Все больные получали лечение био устекинумаб (всего 6 инъекций), причем уже на 2-3 инъекции наблюдался выраженный терапевтический эффект в виде PASI 75. Наличие антигена HLA-Cw6 у больных псориазом обуславливало быстрое разрешение высыпаний, т.е. у больных псориазом – носителей HLA-Cw6 – отмечается лучший и более быстрый ответ на устекинумаб по сравнению с носителями, не имевших HLA-Cw6. Хотя клиническая картина, возраст начала заболевания и ответ на лечение могут значительно варьировать вследствие сложного взаимодействия генетических и средовых факторов, вероятно, что выявление носителей HLA-Cw6 могло бы способствовать прогнозированию течения заболевания и позволило бы лучше адаптировать стратегию наблюдения и лечения для конкретного пациента в рамках предиктивной, персонализированной и прецизионной медицины.

РОЛЬ ДЕРМАТОКОСМЕТИЧЕСКОГО УХОДА BIODERMA SÉBIUM В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ АКНЕ

Якубова А.С.[1], Якубов А.А.[2]
[1,2]«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730209

Введение.

Обыкновенные угри (акне) — хроническое воспалительное заболевание кожи, оказывающее значительное влияние не только на внешний вид пациентов, но и на качество их жизни. Длительное лечение, нередко продолжающееся в течение нескольких лет, а также частые рецидивы заболевания способствуют снижению самооценки, развитию тревожности и депрессивных состояний. Акне входит в число десяти наиболее распространенных заболеваний в мире и является самым частым воспалительным заболеванием кожи. Несмотря на наличие современных эффективных методов лечения, важной составляющей комплексной терапии остается правильный ежедневный уход за кожей, позволяющий уменьшить выраженность клинических проявлений заболевания, повысить переносимость терапии и улучшить приверженность пациентов лечению. Современная дерматокосметология предлагает широкий спектр средств для домашнего ухода и профессиональных процедур, способствующих восстановлению кожного барьера и улучшению состояния кожи.

Цель исследования. Изучить эффективность дерматокосметической линии Bioderma Sébium в составе комплексной терапии пациентов с акне.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 27 пациентов с акне в возрасте от 14 до 23 лет. Среди них женщин было 13 (48,1%), мужчин — 14 (51,9%). Длительность заболевания варьировала от 2 месяцев до 8 лет.

Согласно классификации акне Global Acne Grading System (GAGS) по степени тяжести пациенты были распределены следующим образом: легкая степень — 11 (40,7%), средняя степень — 9 (33,3%), среднетяжелая степень — 7 (25,9%) пациентов. Больных с тяжелой степенью акне в исследование включено не было.

Результаты. Для оценки клинической эффективности линии Bioderma Sébium пациенты были разделены на две группы. Пациенты первой группы получали стандартную терапию акне согласно действующим клиническим рекомендациям. Во второй группе наряду со стандартной терапией применялись средства линии Bioderma Sébium (очищающий гель и увлажняющий крем) два раза в сутки.

Эффективность лечения оценивали через 3 и 6 месяцев после начала терапии. У пациентов второй группы уменьшение количества воспалительных элементов и выраженности себореи отмечалось уже на 5-е сутки лечения, тогда как в первой группе аналогичные изменения наблюдались лишь к 15-му дню терапии. Кроме того, у пациентов второй группы восстановление кожного барьера происходило быстрее — в среднем к 20-м суткам лечения, что, вероятно, связано с регулярным использованием средств линии Bioderma Sébium.

Заключение. Включение дерматокосметических средств линии Bioderma Sébium в комплексную терапию акне способствует более быстрому уменьшению воспалительных проявлений и себореи, ускоряет восстановление кожного барьера и повышает переносимость базисного лечения. Полученные результаты свидетельствуют о целесообразности применения линии Bioderma Sébium в комплексой терапии акне.

ВЛИЯНИЕ ФОТОДИНМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕНИЕ АКНЕ

Якубова А.С.[1], Иброхимова Н.С.[2], Сабиров У.Ю.[3]
[1,2,3]«Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматовенерологии и косметологии» МЗ РУз

DOI: 10.67620/dermajournal.1730210

В современной терапии акне используются антикомедогенные, антимикробные, противовоспалительные и антиандрогенные средства. В последние годы в качестве дополнительного подхода были разработаны методы лечения, основанные на применении электромагнитного излучения. Волны видимого света или инфракрасного излучения используются в большинстве методик, включая лампы синего света, интенсивный импульсный свет, фотодинамическую терапию и лазеры. На сегоднящный день в косметологии широко используется фотодинамическая терапия при различных хронических восполительных процессах, особенно при угревой болезни.

Цель исследование. Изучение эффективности фотодинмической терапии (ФДТ) в лечении угревой болезни.

Материалы и методы исследования. Под нашим клиническим исследованиям находились 78 больных с клиническим диагнозом угревая болезнь в возрасте от 12 до 25 лет. Женщин было 43 (55,1%) и мужчин 35 (44,8%). При изучении давности заболевания выявлено от 2 меяцев до 3 лет. Все больные были обследовани по протоколу стандартам диагностики и лечении по дерматовенерологии и косметологии МЗ.РУз. для оценки эффективности фотодинамической терапии больные были разделены на 2 группы. Первая группа получала лечение согласно стандартам диагностики и лечения от 2025 года, а вторая группа допольнительно к стандартной терапии наружно был назначен ФДТ. Фотодинамическая терапия показано с 18 лет и учитывая это, группа пациентов получающие стандарную терапию с приминением ФДТ были в возрасте старшее 18 лет.

Результаты исследования. Эффективность терапии оценивали через 10, 20 дней после начало лечения. Клиническую эффективность терапии оценивали по следующим критериям: снижение степени тяжести акне, уменьшение или исчезновение воспалительных элементов, уменьшение выраженности эритемы и отсутствие новых высыпаний. Каждый показатель оценивали по 10-балльной шкале, где 0 баллов соответствовало отсутствию клинического эффекта, а 10 баллов — максимально выраженному терапевтическому эффекту. 0 баллов — отсутствие положительной динамики или ухудшение клинической картины.

Таблица 1.
Критерии оценки и результаты эффективности ФДТ (в баллах) при акне

Показатели эффективности терапии	Первая группа	Вторая группа
Уменьшение воспалительных элементов	7	9
Появление новых высыпаний	8	4
Уменьшение\исчезновение покраснений	5	8
Снижение степени тяжести	5	9

Заключение.

Включение фотодинамической терапии (ФДТ) в состав комплексного лечения пациентов с акне способствует повышению клинической эффективности терапии по сравнению со стандартным лечением. Применение ФДТ обеспечивало более выраженное

уменьшение воспалительных элементов, ускорение регресса эритемы, снижение степени тяжести заболевания и уменьшение частоты появления новых высыпаний. Полученные результаты свидетельствуют о том, что фотодинамическая терапия является эффективным и перспективным методом комплексного лечения акне, позволяющим ускорить достижение клинического эффекта и повысить качество терапии у пациентов с воспалительными формами заболевания.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОНИХОМИКОЗАМИ В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

А.И. ЯКУБОВИЧ[1], А.Ю. ЧАЩИН[2], С.Ж. БУЛУТОВА[3]
Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

DOI: 10.67620/dermajournal.1730211

Актуальность.

Заболеваемость онихомикозом в Иркутской области получила широкое распространение. Следует отметить, что область является одним из постоянных лидеров по грибковой патологии среди других территорий Сибирского федерального округа (СФО). За последние пять лет интенсивный показатель заболеваемости онихомикозами в Иркутской области ежегодно превышал показатели в СФО и Российской Федерации. В 2024 году заболеваемость онихомикозом на 100000 населения в Иркутской области была выше в 2 раза в сравнении со средними показателями по СФО (121,5 и 57,7 на 100000 населения соответственно).

Цель исследования.

Анализ динамики заболеваемости онихомикозами в Иркутской области за пять календарных лет, изучение клинических особенностей онихомикозов у пациентов, обратившихся за медицинской помощью в микологический центр ГБУЗ «ОКВД».

Материалы и методы исследования.

Материалами для представленной работы служили данные статистической отчетности по заболеваемости онихомикозами в Иркутской области за период с 2020 по 2024 гг. и ретроспективный анализ амбулаторных карт за 2024 год пациентов микологического отделения ГБУЗ «ОКВД» с диагнозом В35.1 «Микоз ногтей».

Результаты.

Заболеваемость онихомикозом в Иркутской области составила в 2020 г. – 104,7 (интенсивный показатель на 100 тыс. населения), в 2021 г. – 115,1, в 2022 г. – 101,6, в 2023 г. – 114 и увеличилась в 2024 г. до 121,5. При анализе амбулаторных карт пациентов микологического отделения, обратившихся за медицинской помощью с диагнозом «Микоз ногтей», на долю женщин приходился 81,5%, на долю мужчин – 18,5%. Распределение пациентов по возрасту было следующим: до 18 лет – 1,5%, от 18 до 40 лет – 12,4%, от 40 до 60 лет – 40%, от 60 до 75 лет – 38,5%, старше 75 лет – 7,6%. Основными жалобами пациентов с онихомикозом были изменение цвета, утолщение и деформация ногтей. Среди изменений ногтевых пластин преобладал гиперкератоз (78,5%), онихолизис встречался значительно реже (21,5%). В большинстве случаев поражались ногти стоп (83%), тогда как поражение ногтей кистей встречалось в 12,4% случаев. Сопутствующее поражение кожи стоп было представлено в виде сухости, гиперкератоза и пластинчатого шелушения, которое у 29% пациентов подтвержденное лабораторными методами. Оценка давности заболевания показала, что у 20% пациентов заболевание продолжалось до 1 года, у 35,4% – от 1 года до 5 лет, у 27,7% – от 5 до 10 лет, а у 16,9% – более 10 лет. Более чем в четверти случаев (27,7%) пациенты лечились самостоятельно до обращения за медицинской помощью, преимущественно используя препараты на основе нафтифина и тербинафина. Анализ этиологического фактора показал, что ведущая роль при онихомикозах сохраняется за *Trichophyton rubrum*, однако выявление *Trichophyton mentagrophytes spp.* в 2025 году выросло более чем в два раза. Из плесневых грибов в ногтевых пластинах чаще выявлялся *Fusarium spp.*

Заключение:

Таким образом, онихомикоз является широко распространенной патологией, преимущественно поражающей ногти стоп, сопровождается выраженными изменениями ногтевых пластин и чаще развивающейся у лиц старшей возрастной группы. В ходе

исследования был выявлен рост заболеваемости микозом ногтей в Иркутской области. Полученные данные эпидемиологического и клинического анализа подчеркивают важность своевременной диагностики и комплексного подхода к лечению онихомикоза для предупреждения дальнейшего распространения инфекции. Медико-социальная важность данной патологии обусловлена хроническим течением заболевания, склонностью к рецидивам, необходимостью длительной терапии, а также формированием возрастающей устойчивости возбудителей к противогрибковым препаратам.

РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ УРОГЕНИТАЛЬНОГО ХЛАМИДИОЗА В ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ В 2021–2025 ГГ.

А.И. ЯКУБОВИЧ[1], А.Ю. ЧАЩИН[2], П.С. ЮГОВА[3], Н.А. ШПАКОВА[4]
[1,2,3]Иркутский государственный медицинский университет, Иркутск, Россия
[4]Областной кожно-венерологический диспансер, Иркутск, Россия

DOI: 10.67620/dermajournal.1730212

Актуальность: Инфекции, передаваемые половым путём (ИППП), являются важной социально-значимой группой заболеваний, отражающей уровень жизни населения и оказывающей существенное влияние на репродуктивное здоровье. К таким инфекциям относится в первую очередь хламидийная инфекция. Изучение динамики распространенности хламидийной инфекции в Иркутской области имеет существенное значение для оценки эффективности существующих профилактических и диагностических мероприятий, а также для формирования стратегии предупреждения распространения заболевания.

Среди ИППП в Российской Федерации за последние двадцать лет сохранилось снижение заболеваемости гонококковой инфекцией, трихомониазом и вирусными инфекциями, передаваемыми половым путем. В Иркутской области значимого снижения не отмечено, особенно по хламидиозу и в 2021 году заболеваемость в данном регионе на 100000 населения была выше показателей по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу в 3,5 раза.

Цель исследования. Изучение эпидемиологической ситуации по хламидиозу в ИО в период пандемии COVID-19 (2021–2022 гг.) и после неё (2023–2025 гг.).

Материалы и методы исследования. В качестве основного материала использовались годовые отчёты ОКВД г. Иркутска.

Результаты. Заболеваемость урогенитальным хламидиозом в Иркутской области, в 2021 году составила 65,1 на 100 000 населения; в 2022 г. интенсивный показатель снизился до 52,3; в постпандемийный период в 2023 г. отмечен рост до 56,9, а в 2024 г. составил 61,1.

Следует отметить, что на эпидемиологический процесс распространения хламидиоза в Иркутской области специфическое влияние оказала пандемия COVID-19. Но превышение показателя заболеваемости более чем в 3 раза, в сравнении с данными по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу, сохранилось. Уровень заболеваемости хламидийной инфекцией в Российской Федерации в 2024 году стал на 2,35 выше, чем в 2022 и 2023 гг (17,5 в 2024г. по сравнению с 17,1 на 100 тыс. населения в 2022 и 2023 гг.). В Сибирском федеральном округе за соответствующий период отмечен рост заболеваемости на 2,2% (17,8 в 2024 г. по сравнению с 17,4 на 100 тыс. населения в 2022г.). В 2022 гг. в Иркутской области уровень заболеваемости хламидийной инфекцией стал выше на 14,4% (61,1 в 2024 г. по сравнению с 52,1 на 100 тыс. населения в 2022г.). В 2025 году в Иркутской области было выявлено 2015 больных урогенитальной хламидийной инфекцией, а заболеваемость выросла на 29,5%.

Выводы. Таким образом, в ходе анализа статистических данных за период с 2021 по 2025 год можно отметить, что Иркутская область сохраняет высокие показатели по заболеваемости хламидийной инфекцией среди регионов Сибирского федерального округа с продолжающимся ростом, что диктует необходимость постоянного анализа эпидемиологической ситуации и адаптации профилактических программ, направленных на снижение уровня заболеваемости.

ИНФОРМИРОВАННОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ О ДОЛГОСРОЧНЫХ ПОСЛЕДСТВИЯХ ИНСОЛЯЦИИ: МЕЛАНОМА КАК ОТДАЛЕННЫЙ РИСК

А.И. ЯКУБОВИЧ[1], А.Ю. ЧАЩИН[2], С.К. ШЕРХУНАЕВА[3]
[1,2,3]Иркутский государственный медицинский университет, г. Иркутск, Россия

DOI: 10.67620/dermajournal.1730213

Актуальность. Проблема профилактики меланомы кожи остается одной из наиболее острых в современной дерматологии и онкологии. За последние десятилетия отмечается устойчивый рост заболеваемости. Ключевым фактором риска развития меланомы признано избыточное воздействие УФ-излучения, особенно в детском и подростковом возрасте.

Цель исследования. Определить степень осведомленности взрослых, прежде всего родителей о связи между избыточной солнечной инсоляцией в детском возрасте и риском развития меланомы у взрослого населения, а также исследовать практическое применение средств и методов фотопротекции родителями в отношении детей.

Материалы и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование, которое включало 14 вопросов, разработанных с учетом целей исследования. Анкета была целенаправленно разработана под проведенное исследование на кафедре дерматовенерологии и косметологии ИГМУ. Выборка участников формировалась случайным способом, обязательным критерием которого был возраст анкетируемого старше 18-ти лет.

Результаты. Анкетирование прошли 54 респондента, 48,2% жители г. Иркутска, 51,8% - жители Иркутской области. 37% опрошенных в возрасте 36-45 лет, 27,8% - старше 45 лет, 20,4% до 20 лет, 14,8% - 26-35 лет. Дети имеются у 79,6% респондентов, 40,7% опрошенных имеют по 3-4 ребенка, 38.9% – 1-2. 68% анкетированных были осведомлены о том, что такое меланома, 32% не знали что такое меланома. 61,1% никогда на солнце не использовали SPF-защиту детям, 22,2% использовали периодически, 16,7% наносили защитный крем с SPF-защитой регулярно. Но при анкетировании 75,9% анкетированной группы указали, что SPF-защита детям необходима, 20,4% – не обязательно, 3,7% нет необходимости. У 59,3% респондентов дети не получали солнечные ожоги, у 40,7% были солнечные ожоги разной степени. Преобладающими симптомами при солнечных ожогах были эритема у 61,1% респондентов, шелушение у 29,6%, чувство жжения у 22,2%, при этом появление пузырей было у 13%. 67,4% опрошенных не знали, что солнечные ожоги, полученные в детстве, значительно повышают риск развития онкологических заболеваний кожи во взрослом возрасте. При этом 66,7% использовали головной убор всегда, 44,4%, иногда использовали SPF-защиту, и одежду, закрывающую ноги и руки. 38,9% преимущественно воздерживались от пребывания в пики солнечной активности. Из опрошенных респондентов, которые использовали фотозащитные средства при пребывании на солнце, 41,8% не обновляли SPF-защиту в течение дня, 34,5% обновляли 1 раз в течение дня.

Заключение. Проведенное исследование выявило низкий уровень информированности взрослого населения о связи солнечных ожогов, особенно в детском возрасте, с риском развития меланомы, а также недостаточное и некорректное использование средств фотопротекции. Отсутствие онкологической настороженности, незнание правил применения солнцезащитных средств являются ведущими факторами, способствующими формированию высокого риска развития меланомы у подрастающего поколения в будущем. Значимых отличий результатов анкетирования жителей областного центра, города Иркутска и жителей Иркутской области не отмечено.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ УРОВНЯ ЦИТОКИНА IL-6 У БОЛЬНЫХ РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ

к.м.н. Юнусова З. С.[1], к.м.н. Юлдашев К.К.[2], Ахадова Ш.Х.[3]
[1,2,3]«Sarbon University», ГУ «2-й Межрайонный кожно-венерологический диспансер» МЗ РУз, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730214

Актуальность. Заболеваемость аллергодерматозами в последние годы имеет стойкую тенденцию к росту. В связи с этим сохраняет высокую актуальность изучение новых звеньев патогенеза и поиск патогенетически обоснованных методов терапии. Результаты современных исследований указывают на важную роль нарушений цитокинового профиля и микробиома кожи в развитии аллергических дерматозов. Снижение резистентности кожного барьера к патогенной и условно-патогенной флоре, а также гиперчувствительность к антигенным стимулам во многом обусловлены дисбалансом основных про- и противовоспалительных цитокинов, что является одной из главных причин рецидивирующего течения заболеваний.

Цель исследования. Изучить особенности сывороточного содержания интерлейкина-6 (IL-6) у больных с различными клиническими формами аллергодерматозов.

Материал и методы. Обследован 62 больных с различными формами аллергодерматозов в возрасте от 5 лет до 71 года (30 мужчин, 32 женщины). Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование, уровень IL-6 в сыворотке крови определяли методом иммуноферментного анализа (ИФА). Контрольную группу составили здоровые лица (базовый уровень IL-6 — 4,6 ± 0,12 пг/мл).

Результаты. В структуре клинических форм обследованных больных атопический дерматит (АД) диагностирован у 18 (29,0%) человек, различные формы экземы — у 12 (19,3%), аллергический дерматит — у 10 (16,1%), токсикодермия — у 6 (9,6%), нейродермит — у 6 (9,6%), многоформная экссудативная эритема — у 5 (8,06%), почесуха — у 2 (3,22%). Себорейный дерматит, угри и узловатая эритема верифицированы по 1 случаю (по 1,61% соответственно).

Результаты ИФА-исследования продемонстрировали статистически достоверное повышение концентрации IL-6 в сыворотке крови у всех обследованных пациентов независимо от конкретной клинической формы и степени тяжести заболевания ($p < 0,05$). Средний уровень IL-6 по всей когорте больных аллергодерматозами составил 20,2 ± 0,44 пг/мл. При анализе отдельных нозологий наиболее высокие показатели цитокина регистрировались в группе больных атопическим дерматитом и экземой, что свидетельствует об интенсивности системного иммуновоспалительного процесса.

Выводы. У больных аллергодерматозами выявляется выраженная системная продукция провоспалительного цитокина IL-6. Среднее содержание IL-6 в сыворотке крови пациентов в 4,4 раза превышает показатели контрольной группы и составляет 20,2 ± 0,44 пг/мл ($p < 0,05$), что обосновывает целесообразность включения в комплексную терапию данных заболеваний средств с противовоспалительным и иммуномодулирующим действием.

сРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ В УСЛОВИЯХ ПЕРВИЧНОГО ПРИЕМА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

к.м.н.Юнусова З. С.
«Sarbon University», ГУ «2-й Межрайонный кожно-венерологический диспансер» МЗ РУз, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730215

Актуальность. Заболеваемость злокачественными новообразованиями кожи, в частности меланомой, в последние годы имеет общемировую тенденцию к росту. В связи с высокой агрессивностью опухоли, быстрым метастазированием и бессимптомным течением на ранних стадиях сохраняет актуальность проблема совершенствования методов ранней диагностики. Результаты отечественных исследований показывают, что именно на этапе амбулаторного приема дерматовенеролога КВД происходит первичная онконастороженность. Оптимизация скрининга, использование цифровой дерматоскопии и своевременное выявление предопухолевой патологии являются ключевыми факторами снижения запущенности и смертности от меланомы кожи.

Цель исследования. Изучить структуру выявляемости, клинико-морфологические формы и стадии меланомы кожи у пациентов, первично обратившихся на прием во 2-й МКВД МЗ РУз.

Материал и методы. Проанализированы амбулаторные карты и результаты обследования 45 пациентов в возрасте от 18 до 78 лет (21 мужчина, 24 женщины) с подозрением на новообразования кожи. Всем пациентам проводилось комплексное клиническое обследование, включая физикальный осмотр по шкале ABCDE, ручную и цифровую дерматоскопию. Окончательная верификация диагноза осуществлялась путем патоморфологического (гистологического) исследования операционного материала после иссечения опухоли в профильном онкологическом стационаре.

Результаты. В структуре верифицированных злокачественных новообразований и пограничных состояний кожи меланома кожи (МК) подтверждена у 14 (31,1%) обследованных. Меланоформный невус с явлениями дисплазии (пограничное состояние) выявлен у 16 (35,5%) больных, базальноклеточный рак кожи (базалиома) — у 9 (20,0%), плоскоклеточный рак — у 4 (8,9%), себорейный кератоз с атипичным течением — у 2 (4,5%).

По клиническим формам среди верифицированных случаев меланомы кожи преобладала поверхностно-распространяющаяся форма — 8 пациентов (57,1%), узловая (нодулярная) форма диагностирована у 4 (28,6%), лентиго-меланома — у 2 (14,3%). По стадиям процесса (классификация TNM/Бреслоу/Кларк) структура распределилась следующим образом: стадия I (in situ и микроинвазия) выявлена у 5 (35,7%) больных, стадия II — у 4 (28,6%), стадия III (с регионарным метастазированием) — у 3 (21,4%), стадия IV (диссеминированная) — у 2 (14,3%) пациентов. Доля ранней выявляемости (I–II стадии) составила 64,3%.

Выводы. Уровень первичной выявляемости меланомы кожи среди пациентов группы риска во 2-м МКВД составляет 31,1% от всех подозрительных новообразований, при этом в 64,3% случаев процесс диагностируется на прогностически благоприятных (I–II) стадиях. Полученные данные обосновывают необходимость дальнейшего внедрения цифровой дерматоскопии в рутинную практику врачей-дерматовенерологов диспансера и регулярного проведения междисциплинарных онкоскринингов для повышения выявляемости меланомы на доклиническом этапе.

СТРУКТУРА ВЫЯВЛЯЕМОСТИ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА

к.м.н. Юнусова З. С.[1], к.м.н. Юлдашев К.К.[2], Ахадова Ш.Х.[3]
[1,2,3]«Sarbon University», ГУ «2-й Межрайонный кожно-венерологический диспансер» МЗ РУз, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730216

Актуальность. Базальноклеточный рак кожи (базалиома) прочно занимает первое место в структуре онкодерматологической заболеваемости во всем мире. Несмотря на относительно доброкачественное течение и крайне низкую частоту метастазирования, данная опухоль характеризуется местнодеструктивным инвазивным ростом, часто локализуясь на открытых участках тела и лице. В связи с этим сохраняет высокую актуальность своевременная диагностика заболевания на ранних стадиях, что позволяет минимизировать объем хирургического вмешательства и улучшить косметический прогноз. Ведущая роль в раннем выявлении базалиом принадлежит врачам первичного звена — дерматовенерологам кожно-венерологических диспансеров.

Цель исследования. Изучить показатели выявляемости, клинико-морфологические формы и локализацию базальноклеточного рака кожи у пациентов, обратившихся на первичный прием во 2-й МКВД МЗ РУз.

Материал и методы. Проанализированы результаты обследования 58 пациентов в возрасте от 42 до 84 лет (26 мужчин, 32 женщины) с подозрением на эпителиальные новообразования кожи. Диагностический алгоритм включал клинический осмотр, стандартную и цифровую дерматоскопию. Окончательный диагноз верифицировали методом цитологического исследования мазков-отпечатков или гистологического исследования биопсийного материала.

Результаты. В структуре верифицированных новообразований кожи базальноклеточный рак (базалиома) был подтвержден у 24 (41,4%) обследованных пациентов. Себорейный кератоз диагностирован у 15 (25,9%) человек, плоскоклеточный рак кожи — у 8 (13,8%), меланоформные невусы — у 7 (12,1%), актинический кератоз — у 4 (6,9%).

По клиническим формам среди верифицированных случаев базалиомы преобладала узловая (нодулярная) форма — 12 пациентов (50,0%), поверхностная форма выявлена у 7 (29,2%), язвенная и пигментная формы — по 2 (8,3% соответственно) случая, склеродермоподобная (инфильтративная) форма — у 1 (4,2%) больного. При анализе локализации патологического процесса установлено, что у 19 (79,2%) пациентов опухоль располагалась в области головы и шеи (кожа носа, щек, периорбитальная область), у 4 (16,7%) — на туловище и у 1 (4,2%) — на конечностях. По стадиям процесса (классификация TNM) преобладали ранние стадии: стадия I (опухоль до 2 см) диагностирована у 16 (66,7%) больных, стадия II (опухоль более 2 см) — у 6 (25,0%), стадия III (с инвазией в глубокие структуры) — у 2 (8,3%) пациентов.

Выводы. Базальноклеточный рак кожи составляет 41,4% в структуре выявляемости опухолей эпителиального генеза на первичном приеме во 2-м МКВД. Преобладание ранних стадий процесса (I–II стадии — 91,7%) и локализация опухоли преимущественно на лице (79,2%) подтверждают высокую эффективность применения дерматоскопического скрининга амбулаторными дерматовенерологами, что обеспечивает своевременное направление пациентов на специализированное радикальное лечение.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НАФТОН ГОЛД» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

к.м.н. Юнусова З. С.
«Sarbon University», ГУ «2-й Межрайонный кожно-венерологический диспансер» МЗ РУз, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730217

Введение.

Псориаз является одним из наиболее распространенных хронических воспалительных дерматозов, характеризующимся рецидивирующим течением, системным проявлением и существенным снижением качества жизни пациентов. Поиск эффективных и безопасных методов лечения, позволяющих продлить период ремиссии, активизировать регенерацию и снизить медикаментозную нагрузку, остается актуальной задачей дерматовенерологии. Особый интерес представляет использование препаратов на основе рафинированного нафталанового масла, обладающих выраженным противовоспалительным, противозудным и кератопластическим действием.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность, безопасность применения препарата «Нафтон Голд» и его влияние на качество жизни в комплексной терапии больных псориазом различной степени тяжести.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 64 больных псориазом в прогрессирующей и стационарной стадиях заболевания в возрасте от 18 до 60 лет (средний возраст составил 41,2±2,4 года). Среди обследованных преобладали мужчины — 36 пациентов (56,2%), женщин было 28 (43,8%). Все больные были разделены на две сопоставимые группы: основную (34 человека) и контрольную (30 человек). Пациенты контрольной группы получали стандартную патогенетическую терапию в сочетании с узковолновой фототерапией (УФО-терапия 311 нм). В комплексное лечение пациентов основной группы дополнительно включали наружное применение препарата «Нафтон Голд» в виде локальных аппликаций на очаги поражения перед сеансами светолечения. Тяжесть и динамику кожного процесса оценивали с помощью индекса PASI (Psoriasis Area and Severity Index), а изменение качества жизни — по Дерматологическому индексу качества жизни (DLQI) до и после окончания курса лечения.

Результаты. Включение препарата «Нафтон Голд» в комплексную терапию в синергизме с УФО-терапией 311 нм привело к ускоренному регрессу клинических проявлений дерматоза. У пациентов основной группы отмечалось достоверное сокращение сроков разрешения папул и бляшек, исчезновение шелушения и интенсивности зуда по сравнению с контрольной группой. К концу 3-недельного курса лечения показатель индекса PASI в основной группе снизился на 78,4% от исходного, в то время как в группе контроля — на 59,2%. Динамика показателей качества жизни также продемонстрировала преимущество комбинированной схемы: индекс DLQI в основной группе улучшился в среднем на 72,5%, что значимо повысило социальную адаптацию пациентов. Применение препарата позволило минимизировать длительность использования топических глюкокортикостероидов. Пациенты отмечали хорошую переносимость и отсутствие нежелательных побочных эффектов.

Выводы. Применение препарата «Нафтон Голд» в комплексном лечении больных псориазом совместно с УФО-терапией 311нм демонстрирует высокую клиническую эффективность, способствуя ускорению регресса кожных высыпаний, достижению качественной ремиссии и выраженному улучшению показателей качества жизни (DLQI).

Препарат обладает отличным профилем безопасности и может быть рекомендован для широкого внедрения в практическую деятельность врачей-дерматовенерологов как на стационарном, так и на амбулаторно-поликлиническом этапах.

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НАФТОН ГОЛД» В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ (ПСОРИАЗ И ЭКЗЕМА)

к.м.н. Юнусова З. С.
«Sarbon University», ГУ «2-й Межрайонный кожно-венерологический диспансер» МЗ РУз, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730218

Введение.

Хронические воспалительные дерматозы, такие как псориаз и экзема, занимают ведущее место в структуре кожной патологии. Они характеризуются рецидивирующим течением, торпидностью к проводимой терапии и существенным снижением качества жизни пациентов. Длительное применение топических глюкокортикостероидов (ТГКС) при данных заболеваниях нередко приводит к развитию локальных побочных эффектов и синдрома отмены. В связи с этим актуальным остается поиск эффективных негормональных наружных средств, способных ускорить регресс высыпаний и продлить ремиссию. Особый клинический интерес представляет препарат «Нафтон Голд» на основе рафинированного нафталанового масла, обладающий мощным противовоспалительным, противозудным и кератопластическим действием.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность, безопасность применения препарата «Нафтон Голд» и его влияние на качество жизни пациентов в комплексной терапии псориаза и экземы.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 122 пациента в возрасте от 18 до 65 лет, которые были разделены на две группы в зависимости от нозологии. Первую группу составили 64 больных псориазом в прогрессирующей и стационарной стадиях (36 мужчин, 28 женщин; средний возраст — 41,2±2,4 года), разделенные на основную (n=34) и контрольную (n=30) подгруппы. Вторую группу составили 58 больных экземой в подострой и хронической стадиях (26 мужчин, 32 женщины; средний возраст — 43,6±3,1 года), разделенные на основную (n=30) и контрольную (n=28) подгруппы. Пациенты контрольных подгрупп получали стандартную патогенетическую терапию в сочетании с физиолечением (УФО 311 нм для псориаза, экземы). В комплексное лечение пациентов основных подгрупп дополнительно включали наружные аппликации препарата «Нафтон Голд» на очаги поражения. Тяжесть дерматозов оценивали с помощью индексов PASI (для псориаза) и EASI (для экземы), интенсивность зуда — по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), качество жизни — по индексу DLQI.

Результаты. Включение препарата «Нафтон Голд» в комплексные схемы лечения продемонстрировало выраженный синергизм с физиотерапевтическими методиками и существенно ускорило регресс высыпаний.

- При псориазе: к концу 3-недельного курса лечения индекс PASI в основной подгруппе снизился на 78,4% от исходного (в контроле — на 59,2%). Индекс DLQI улучшился на 72,5%.
- При экземе: применение препарата обеспечило быстрый антипруритивный эффект — интенсивность зуда по шкале ВАШ снизилась на 82,1% уже к 5–7 дню. К концу 2-недельного курса индекс EASI в основной подгруппе снизился на 84,6% (в контроле — на 61,4%), а индекс DLQI улучшился на 75,2%.

Дополнительное использование «Нафтон Голд» позволило снизить медикаментозную нагрузку, сократив длительность и объем применения ТГКС у пациентов обеих основных подгрупп более чем в 2 раза. Продукт продемонстрировал отличную переносимость; побочных эффектов и явлений "синдрома отмены" зарегистрировано не было.

Выводы. Наружная терапия с использованием препарата «Нафтон Голд» в комплексном лечении больных псориазом и экземой обладает высокой терапевтической эффективностью. Препарат способствует ускорению регресса кожных элементов, эффективному купированию зуда, восстановлению эпидермального барьера и значительному повышению качества жизни пациентов (DLQI). Хороший профиль безопасности позволяет рекомендовать препарат «Нафтон Голд» для широкого применения в практической дерматовенерологии как на стационарном, так и на амбулаторном этапах.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА «НАФТОН ГОЛД» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ЭКЗЕМОЙ

к.м.н. Юнусова З. С.
«Sarbon University», ГУ «2-й Межрайонный кожно-венерологический диспансер» МЗ РУз, г. Ташкент

DOI: 10.67620/dermajournal.1730219

Введение.

Экзема представляет собой один из наиболее распространенных хронических рецидивирующих аллергических дерматозов, характеризующийся полиморфизмом сыпи, выраженным зудом и частыми обострениями, существенно снижающими качество жизни пациентов. Традиционная терапия экземы часто базируется на длительном применении топических глюкокортикостероидов (ТГКС), что сопряжено с рисками развития локальных побочных эффектов и синдрома отмены. В связи с этим актуальным является поиск высокоэффективных негормональных наружных средств. Особый клинический интерес вызывает препарат «Нафтон Голд» на основе рафинированного нафталанового масла, обладающий мощным противовоспалительным, десенсибилизирующим и регенераторным потенциалом.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность, безопасность применения препарата «Нафтон Голд» и его влияние на качество жизни в комплексной терапии больных истинной и микробной экземой в подострой и хронической стадиях.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находились 58 больных экземой в возрасте от 20 до 62 лет (средний возраст — 43,6±3,1 года). Среди обследованных пациентов было 26 мужчин (44,8%) и 32 женщины (55,2%). Больные были разделены на две сопоставимые группы: основную (30 человек) и контрольную (28 человек). Пациенты контрольной группы получали стандартную патогенетическую и десенсибилизирующую терапию в сочетании с физиолечением (светолечение лампой «Соллюкс»). В комплексную терапию пациентов основной группы дополнительно включали наружное применение препарата «Нафтон Голд» в виде локальных аппликаций на очаги поражения 1–2 раза в сутки после купирования явлений острого мокнутия. Динамику кожного процесса оценивали по индексу тяжести экземы EASI (Eczema Area and Severity Index), интенсивность зуда — по 10-балльной визуально-аналоговой шкале (ВАШ), а качество жизни — по Дерматологическому индексу качества жизни (DLQI).

Результаты. Включение препарата «Нафтон Голд» в комплексное лечение способствовало более быстрому купированию воспалительного процесса и ускорению эпителизации. У больных основной группы отмечался выраженный антипруритивный эффект: интенсивность зуда по шкале ВАШ снизилась на 82,1% уже к 5–7 дню терапии (в контрольной группе — на 54,3%). К концу 2-недельного курса лечения индекс EASI в основной группе снизился на 84,6%, продемонстрировав значительное уменьшение инфильтрации, лихенификации и сухости кожи, тогда как в контрольной группе этот показатель уменьшился на 61,4%. Показатели качества жизни также подтвердили высокую эффективность предложенной схемы: индекс DLQI в основной группе улучшился на 75,2% против 52,8% в группе контроля. Применение препарата «Нафтон Голд» позволило сократить курсовую дозу ТГКС в 2 раза и избежать нежелательных кожных реакций.

Выводы. Применение препарата «Нафтон Голд» в комплексном лечении больных экземой демонстрирует высокую терапевтическую эффективность, обеспечивая быстрое купирование зуда, регресс воспалительных элементов, восстановление эпидермального

барьера и значительное повышение качества жизни (DLQI). Препарат обладает отличной переносимостью, отсутствием синдрома отмены и может активно рекомендоваться в практическую деятельность врачей-дерматовенерологов для лечения экземы как на госпитальном, так и на амбулаторном этапах.

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ С ПСОРИАЗОМ ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО АНАЛИЗА

Закария Э.К[1]., Сафаров Ш.А.[2]
[1,2]Кафедра дерматовенерологии имени профессора Зоирова П.Т.
ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

DOI: 10.67620/dermajournal.1730220

Актуальность. Изучение структуры коморбидной патологии позволяет совершенствовать подходы к индивидуализированному ведению пациентов, оптимизировать диспансерное наблюдение и повысить эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Цель исследования. Провести ретроспективный анализ клинико-анамнестических особенностей псориаза у детей, находившихся на стационарном лечении.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни 115 детей в возрасте 7–17 лет, проходивших лечение в ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» в 2019–2021 гг. Изучались пол, возраст, клинические формы псориаза, наследственная предрасположенность, сезонность обострений, частота рецидивов, антропометрические показатели, а также структура сопутствующей соматической патологии и уровень коморбидности.

Полученные результаты. Сравнительный анализ частоты встречаемости клинических форм псориаза показал, что ведущей являлась папулёзно-бляшечная форма (33,9%), достоверно выраженно преобладающая над псориатической эритродермией (7,0%) и незначительно превышающая частоту экссудативной (31,3%) и каплевидной форм (27,8%).

Отягощенный семейный анамнез выявлен у 74 (64,3%) пациентов, что указывает на значимую роль наследственной предрасположенности в развитии заболевания. Сезонность обострений отмечалась у 47 (40,8%) детей, а частые рецидивы (два и более раза в год) зарегистрированы у 39 (34,0%) пациентов.

Коморбидные заболевания выявлены у 73 (63,4%) обследованных пациентов. В их числе наиболее часто встречались заболевания желудочно-кишечного тракта — 23 (31,5%) случая и кишечные паразитарные инфекции — 22 (30,1%), несколько реже диагностировались эндокринные нарушения — 19 (26,2%) и заболевания мочевыделительной системы — 9 (13,7%) пациентов. Анализ степени коморбидности показал преобладание детей с низкой степенью коморбидности (1–3 сопутствующих заболевания) — 46 (63,0%), тогда как средняя степень коморбидности (4–5 заболеваний) была выявлена у 27 (37,0%) пациентов. Данные ретроспективного анализа указывают на наличие ассоциации между выраженностью сопутствующей патологии и тяжестью клинического течения псориаза у детей.

Выводы. При обследовании детей с псориазом рекомендуется проводить комплексную оценку клинико-анамнестических данных с обязательным анализом наследственной отягощённости и выявлением сопутствующей патологии, что позволит своевременно определить факторы риска неблагоприятного течения заболевания, прогнозировать его развитие и повысить эффективность индивидуализированных лечебно-профилактических мероприятий.

