

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ
ВАЗИРЛИГИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

Қўлёзма ҳуқуқида

УДК: 616.521-092

АЛИЕВ ЛАЗИЗБЕК МАХАММАДЖОНОВИЧ

**МАВЗУ: «ЭКЗЕМНИ ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ, ЗАМОНАВИЙ
ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИДАГИ ПЕРЕКИСЛИ ОКСИДЛАНИШНИ
ҲОЛАТИ»**

5А-510108 – Тери ва таносил касалликлари

**МАГИСТР ДАРАЖАСИНИ ОЛИШ УЧУН
ЎЗИЛГАН ДИССЕРТАЦИЯСИ**

Илмий раҳбар, тиббиёт фанлари номзоди

Хамидов Ф.Ш.

Андижан - 2015 й.

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС

ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ

ВАЗИРЛИГИ

АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ

Педиатрия факультети

Дерматовенерология кафедраси

Ўқув йили: 2012-2015-й

Магистратура талабаси

Л.М.Алиев

Илмий раҳбар: т.ф.н

Ф.Ш.Хамидов

Мутахассислик: Тери ва

таносил касалликлари

МАГИСТРЛИК ДИССЕРТАЦИЯСИ АННОТАЦИЯСИ

Мавзуни долзарблиги:

Экзема терининг энг кўп тарқалган касалликларидан бири бўлиб, меҳнатга яроқсизликни чақирувчи хасталик ҳисобланади [4, 5, 30, 32, 47, 60, 87, 92, 102, 119, 134]. Статистик маълумотларга кўра, экзема дерматологик профил бўйича поликлиникаларга ташриф қилувчилар орасида биринчи ўринда туради [119, 131], тери касалликлари орасида беморларни 30-40% ни ва дерматологик стационарларга ётқизилган пациентлар 30-40% ни ташкил қилади [32, 47, 48]. Касалланиш даражаси 6,0% дан 15% гачани ҳосил қилади [32, 47, 48].

Касаллик сурункали, қайталаниш билан кечиб [4, 5, 19, 31, 32, 33, 47, 60, 87, 92], беморларни ҳаёт фаолиятини сифатини пасайтириб ва социал дезадаптациясини чақиради [32, 81, 118, 122]. Бундан ташқари экзема беморни меҳнатини самарадорлигини пасайтиради ва меҳнат қобилиятини йўқолишига олиб келади, профессионал экзема эса мажруҳликка сабаб бўлиши мумкин [4, 5, 32, 48, 49, 60, 87, 92, 119, 131]. Касаллик кўпинча меҳнат қилиш ёшидагиларда ривожланади ва касбини ўзгартиришгача олиб келиши мумкин [32, 47, 132]. Экзема билан оғриган пациентларни даволаш жараёни тиббий, билвосита ва номатераил маблағларни сарфига олиб келади,

бу ўз вақтида беморда ва уни оиласида ҳамда жамиятда иқтисодий йўқотишларга сабаб бўлади [131, 132, 134].

Ҳозирда нафақат Ўзбекистонда, балки ХДМда соғлиқни сақлаш тизимида сарф-ҳаражатларни доимий ўсиб бориши кузатилмоқда, бу бор иқтисодий ресурслардан рационал фойдаланишга чақиради [31, 33, 57, 80]. Дори препаратлари сарф-ҳаражати терапияни асосий қисми бўлганлиги туфайли бюджетни катта қисмини ҳосил қилади [120], бир вақтни ўзида медикаментоз терапия сарфи ошиб бормоқда, бу тиббий ва фармацевтик янги технологияларни ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, янги, замонавий самарали ва қиммат дори препаратларини пайдо бўлиши билан боғлиқ [119, 120]. Ҳозирги вақтда клиник ва этик томондан, эффектив, хавфсиз ва беморни ҳаёт фаолиятига мақбул бўлган альтернатив даволаш усуллари бор [119, 120, 131]. Шунинг учун даволаш препаратини қўллашда клиник ва иқтисодий самарадорлигини ҳисобга олиш керак. Экземани ижтимоий-иқтисодий аҳамияти, солиштирма клинко-иқтисодий самарадорлиги ноаниқ бўлган фармакотерапияни турли схемалари дерматозни даволашдаги фармакоэкономик самарадорлигини баҳолаш дерматологиянинг долзарб муаммоси ҳисобланади.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда биз ўз олдимизга қуйидаги мақсад ва вазифаларни қўйдик.

Изланишнинг мақсади: экземани эпидемиологик ҳолатини ва даволашни янги йўллари ишлаб чиқиш ҳамда маҳаллий даволаш натижасида организмда кузатиладиган перекисли оксидланишни ҳолатини ўрганиш.

Изланишнинг вазифалари:

1. Экземани турли хил шакллари частотасини аниқлаш.
2. Экзема билан оғриган беморларда перекисли оксидланиш жараёнини даводан олдин ва кейин аниқлаш.

3. Экземани маҳаллий даволашда қўлланиладиган витадерм эритмасини самарадорлигини ўрганиш.
4. Олинган натижаларга асосланган ҳолатда экземани турли шаклларида EASI индексига баҳо бериш.

Тадқиқот объекти ва предмети.

Тадқиқот экзема касаллиги билан оғриган беморларда ўтказилади ва уларни терисидаги патологик жараёнга витадерм препаратини терапевтик самарадорлиги, перекисли оксидланишни ҳолатини ўрганиш.

Андижон вилоят тери-таносил касалликлари диспансерида экзема билан даволанаётган 52 нафар беморларда экземани турли хил шаклда ўрганилади. Юқоридаги беморларда перекисли оксидланишни ҳолати, витадерм эритмаси комплекс қўлланилгандаги самарадорлигига баҳо берилади.

Тадқиқот услубияти ва услублари:

1. Экзема касаллиги билан оғриган беморларда эпидемиологик таҳлил ўтказиш.
2. Экзема касаллиги билан оғриган беморларда перекисли оксидланишни ҳолатини ўрганиш.
3. Экзема касаллиги билан оғриган беморларда витадерм эритмасини клиник самарадорлигини аниқлаш.

Изланишнинг илмий янгилиги

Биринчи марта Фарғона водийси шароитида экзема билан оғриган беморларни эпидемиологик ҳолати клиник материалда асосланади.

Клиник-лаборатор изланиш натижасида витадерм препаратини экзема билан оғриган беморларда фойдаланишнинг афзалликлари (юқори терапевтик самараси, даволаниш даврини қисқариши, қўлланиш шакллари афзаллиги, беморлар реабилитациясини тезлиги ва терапевтик усулнинг самараси) кўрсатилади.

Биринчи марта экзема билан оғриган беморларда витадерм билан даволаш фонида перекисли оксидланиш тизимлари ҳамда EASI индекси ўрганилади.

Амалий аҳамияти

Экзема билан оғриган беморларни даволашда витадермни комплекс терапияда қўлланиши ишлаб чиқилади ва амалиётга киритилади.

Нафақат, витадерм эритмасини даволашдаги терапевтик самарадорлиги, балки беморларни стационардаги даволаниш даврини қисқариши, шунингдек бу усулни амбулатор шароитларда қўлланиши мумкинлиги кўрсатилади.

Витадерм препаратини комплекс даводаги самараси натижасида перекисли оксидланиш тизимидаги ҳамда EASI индексидаги ижобий ўзгаришлар кўрсатиб ўтилади.

Иш тузилиши ва таркиби.

Диссертацион иш материаллари бўйича 6 та илмий мақола чоп этилган. Илмий ишнинг ҳажми ва тузилиши. Диссертация 94 саҳифада компьютер ёзуви матнида баён қилинади. Мазкур иш кириш қисми, адабиётлар таҳлили, тадқиқот ҳажми ва услублари каби боблардан иборат, 3 бобни ўз ичига олган шахсий муносабатлар шарҳи, хотима, хулоса ва амалий тавсиялардан иборат бўлади. Диссертация ишида 9 жадвал, 12 диаграммалар ва 3 та фотосуратлар билан безатилади. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати таркиби 138 манбани ўз ичига олган, булардан 31 таси ҳорижий муаллифларни мақолалари ташкил қилади.

Бажарилган ишнинг асосий натижалари:

1. Экзема билан оғриган беморларда витадерм эритмасини бошқа нам қурутувчи препаратларга нисбатан энг мақбул томонлари: юқори терапевтик ва иқтисодий самарадорлиги;
2. Витадерм эритмасини комплекс қўлланилганида перекисли оксидланиш тизимидаги салбий натижаларнинг ўзгармаганлиги ва

унинг яхшилаш учун коррекция чақирувчи препаратни кўшилиши кераклиги;

3. Витадерм эритмасини комплекс даволанганида перекисли оксидланиш тизимига салбий таъсир қилмаслиги кўрсатилади.

Қисқа хулоса:

Экзема касаллиги билан оғриган беморларнинг таҳлили ўтказилмаган бўлиб, биринчи мартаба уларнинг эпидемиологик таҳлили ўтказилди, қонида перекисли оксидланиш ҳолатини, витадерм эритмасининг комплекс давода қўлланилганидаги клиник самарадорлиги ўрганилди.

Витадерм дори воситасини нам-қуритувчи сифатида қабул қилинганда экзема билан оғриган беморларни барча шаклларида EASI индекси кўрсаткичлар яхшиланиб, намланиш тўхтаган бўлсада, МДА ни кўрсаткичлари бир оз яхшиланганини кўрсатди, аммо назорат гуруҳидаги кўрсаткичлар сингари яхшиланмади. Давога гепатопротектор препарати билан комплекс ўтказилганидан кейин EASI индекси ва МДА кўрсаткичлари экземани чин, микробли, себореяли шакллари билан оғриган беморларда яхшилангани кузатилди. МДА кўрсаткичи назорат гуруҳи кўрсаткичларига яқин пасайди ва ЛПО жараёни яхшилангани маълум бўлди.

Юкорида келтирилган, таркибида витадерм препаратини комплекс равишда экзема билан оғриган беморларда қўллашга тавсия этиш мумкинлиги аниқланди.

Илмий раҳбар, т.ф.н:

Ф.Ш.Хамидов

Магистратура талабаси:

Л.М.Алиев

THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
MINISTRY OF HIGH AND SECONDARY SPECIAL EDUCATION
MINISTRY OF HEALTH CARE
ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

SCIENTIFIC WORK

**Theme: Epidemiology of eczema in Andijan region and the state of peroxide
oxidation in the modern methods of treatment.**

Scientific adviser:

docent of the chair of dermatovenereology,

microbiology, virology and immunology, c.m.s:

F.Sh.Hamidov

Performed the work resident:

L.M.Aliyev

Andijan-2015
THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
MINISTRY OF HIGH AND SECONDARY SPECIAL EDUCATION
MINISTRY OF HEALTH CARE
ANDIJAN STATE MEDICAL INSTITUTE

Resident of the pediatrics faculty,

the chair of dermatovenereology,

microbiology, virology and immunology:

L. M. Aliyev

Scientific adviser, c.m.s:

F.Sh.Hamidov

Specialty: Skin diseases

Years of study: 2012 - 2015

Master Dissertation Annotation

The actuality of the theme:

The eczema is one of the widely-spread diseases among the diseases of skin and causing the labour disability [4, 5, 30, 32, 47, 60, 87, 92, 102, 119, 134].

According to the statistics eczema on dermatology profile is on the first place among the patients coming to the polyclinics [119, 131], and it is composed 30-40% of patients with diseases of skin and 30-40% of patients admitted to the dermatology out-patient department [32, 47, 48]. Degree of illness is from 6,0 till 15% [32, 47, 48].

The disease is chronicle with resumptions [4, 5, 19, 31, 32, 33, 47, 60, 80, 87, 92] and causes to social disadaptation and decreases of patients' life activity [32, 81, 118, 122]. Furthermore, eczema worsens the effectiveness of labour and capacity for work, professional eczema may cause the invalidity [4, 5, 32, 48, 49, 60, 87, 92, 119, 131]. The disease usually occurs at working able aged people and may lead to change a profession [32, 47, 132]. Eczema is treated with spending medical and financial resources and it brings to economical loses in the society and in a family of a patient particularly [131, 132, 134].

Now it is observed the increase of expenditures in the system of health care not only in Uzbekistan but in the countries of ICU, it calls to the rational spend of economic resources [31, 33, 57, 80]. Expenditures for medicines are the main part of therapy and compose a big part of budget [120], medicaments therapy cost increases as well, and it is due to increasing of medical and pharmaceutical new technologies and producing modern effective expensive medicines [119, 120]. At present, there are alternative treatment methods which are effective and safe from the clinic and ethics points of view [119, 120, 131]. Therefore, the clinic and economic efficiency of medicine should be taken into account. The social – economical importance of eczema, the estimation of pharmaceutical - economic efficiency in treating of dermatosis, various schemes of comparing clinic – economical efficiency of the unknown pharmacotherapy are the topical problems of dermatology.

According to these above-stated points there have been put following aim and tasks:

The aim of the research:

To study the epidemiological condition of eczema in Andijan region and new methods of treatment as well as to study the condition of peroxide oxidation in the organism in the result of local treatment.

Tasks of the research:

1. To determine the frequency of different types of eczema in Andijan.
2. To determine the process of peroxide oxidation at patients with eczema before and after a treatment.
3. To study the effectiveness of using vitaderm solution in the local treatment of eczema.
4. To estimate the effectiveness of treatment of different types of eczema on the base of got results.

The object and subject of the research:

The research is carried out on patients with eczema and studies the therapeutic effectiveness of vitaderm medicine on the pathological process of their skin, the state of peroxide oxidation.

Different types of eczema at 60 patients treating in Andijan region skin diseases specialized clinic are studied. There have been estimated the effectiveness of vitaderm solution complex use and the state of peroxide oxidation at these patients.

The methods and methodology of the research:

1. To perform epidemiologic analysis on patients with eczema in Andijan region.
2. To study the state of peroxide oxidation of patients with eczema in Andijan region.
3. To estimate the clinic effectiveness of vitaderm solution for patients with eczema in Andijan region.

The scientific novelty of the research results:

- The first time the epidemiologic state of patients with eczema in the conditions of Fergana valley will be based on the clinic materials.
- In the result of clinic-laboratory research advantages (high therapeutic effectiveness, curtailment the period of treatment, advantages of using types, quick rehabilitation of patients and economic profit of therapeutic method) of vitaderm use on patients with eczema will be shown.
- The first time the peroxide oxidation systems state will be studied against a background of complex treatment with vitaderm at patients with eczema in Andijan region.

The practical value of the research results:

The use of vitaderm in complex therapy during the treatment of patients with eczema will be worked out in Andijan region and inculcated into practice.

Not only economic and therapeutic effectiveness of vitaderm solution in treatment will be shown, but shortening of the period of patients' treatment in the in-patient department, possibility of use this method in out-patient conditions as

well. There will be shown positive changes in the peroxide oxidation system in the result of use of vitaderm medicine in complex treatment and its effectiveness.

The structure of the work:

3 scientific articles have been published on the materials of dissertation work.

Volume and structure of the work: dissertation consists of 80 typed pages. This work is composed of introduction, list and analysis of literature, volume of the research and methods chapters. The 3rd chapter includes own analysis, conclusion and practical advice. In dissertation there are used 6 tables, 5 diagrams and 5 photos. 120 resources compose the list of used literature and 60 of them are articles of foreign authors.

The main results of the work:

1. The advantages of vitaderm solution in comparison with other moisture-drying medicine at patients with eczema: high therapeutic and economic effectiveness.
2. Invariability of negative results in the peroxide oxidation system and necessity of addition correction making medicines in complex use of vitaderm medicine.
3. There is not negative result in use of vitaderm solution in complex treatment.

There are all facilities and financial-technical base necessary for research and clinic work in the chair and institute. Patients with the disease are treated in ARSDSC. Scientific researches are held in ARSDSC.

Short and generalized description of conclusion and advice.

There have not been analyzed patients with eczema in Andijan region before, the first time their epidemiologic analysis has been carried out. The state of peroxide oxidation in their blood, clinic effectiveness of vitaderm solution used in complex treatment have been determined.

Scientific adviser, c.m.s:
Performed the work resident:

F.Sh.Hamidov
L.M.Aliyev

Мундарижа

Бетлар

Кириш

.....	14
I Боб. Адабиётлар таҳлили	18
1.1. Экзема билан оғриган беморларда липидларни перекисли оксидланиши ҳолати	18
1.2. Экземада дерматологик индекслар	35
1.3. Экземани даволашдаги замонавий усуллар	43
1.4. Хулоса	51
II Боб. Тадқиқот ҳажми ва услублари	53
2.1. Экзема билан оғриган беморларни клиник таҳлили	53
2.2. Малон диальдегидини қон зардобида аниқлаш усули	57
2.3. Экзема касаллигида оғирлик даражасини аниқлаш	58
2.4. Хулоса	59
III Боб. Тадқиқотнинг натижалари	59
3.1. Экзема билан оғриган беморларни патогенетик терапиядан олдинги клиник-лаборатор маълумотлари.....	59
3.2. Экзема билан оғриган беморларда витадерм препаратини қўллаш самарадорлиги	65
3.2.1. Беморларни витадерм препарати билан даволаш натижалари	
3.2.2. Беморларни витадерм препарати билан комплекс даволаш натижалари	72
3.2.3. Хулоса	78
Хотима	78
Хулосалар	78
Амалий тавсиялар	79
Фойдаланилган адабиётлар	80

ШАРТЛИ ҚИСҚАРТИРИШЛАР РЎЙХАТИ

ҲСДИ – ҳаёт сифатини дерматологик индекси

СДИШ – симптомларни дерматологик индекси шкаласи

ЎхқФК – (САН (ўзини ҳис қилиши (самочувствие)), фаоллиги (активность), кайфият (настроение))

EQ-5D, DLQI – ҳаёт сифатини дерматологик индекси

EASI – экземани майдони ва оғирлик даражаси

ЦИК – циркуляциядаги иммунокомплекслар

IgA – иммуноглобулин А

IgG – иммуноглобулин G

IgM – иммуноглобулин M

ЛПО – липидларни перекисли оксидланиши

МДА – малон диальдегиди

ОРО – озод радикал оксидланиш

АУК – альбуминни умумий концентрацияси

Кириш

Мавзуни долзарблиги

Экзема терининг энг кўп тарқалган касалликларидан бири бўлиб, меҳнатга яроқсизликни чақирувчи хасталик ҳисобланади [4, 5, 30, 32, 47, 60, 87, 92, 102, 119, 134]. Статистик маълумотларга кўра, экзема дерматологик профил бўйича поликлиникаларга ташриф қилувчилар орасида биринчи ўринда туради [119,131], тери касалликлари орасида беморларни 30-40% ни ва дерматологик стационарларга ётқизилган пациентлар 30-40% ни ташкил қилади [32, 47, 48,]. Касалланиш даражаси 6,0% дан 15% гачани ҳосил қилади [32, 47, 48].

Касаллик сурункали, қайталаниш билан кечиб [4, 5, 19, 31, 32, 33, 47, 60, 80, 87, 92], беморларни ҳаёт фаолиятини сифатини пасайтириб ва социал дезадаптациясини чақиради [32, 81, 118, 122]. Бундан ташқари экзема беморни меҳнатини самарадорлигини пасайтиради ва меҳнат қобилиятини йўқолишига олиб келади, профессионал экзема эса мажруҳликка сабаб бўлиши мумкин [4, 5, 32, 48, 49, 60, 87, 92, 119, 131]. Касаллик кўпинча меҳнат қилиш ёшидагиларда ривожланади ва касбини ўзгартиришгача олиб келиши мумкин [32, 47, 132]. Экзема билан оғриган пациентларни даволаш жараёни тиббий, билвосита ва номатераил маблағларни сарфига олиб келади, бу ўз вақтида беморда ва уни оиласида ҳамда жамиятда иқтисодий йўқотишларга сабаб бўлади [131, 132, 134].

Ҳозирда нафақат Ўзбекистонда, балки ХДМда соғлиқни сақлаш тизимида сарф-ҳаражатларни доимий ўсиб бориши кузатилмоқда, бу бор иқтисодий ресурслардан рационал фойдаланишга чақиради [31, 33, 57, 80]. Дори препаратлари сарф-ҳаражати терапияни асосий қисми бўлганлиги туфайли бюджетни катта қисмини ҳосил қилади [120], бир вақтни ўзида медикаментоз терапия сарфи ошиб бормоқда, бу тиббий ва фармацевтик янги технологияларни ривожланиши билан боғлиқ бўлиб, янги, замонавий

самарали ва қиммат дори препаратларини пайдо бўлиши билан боғлиқ [119, 120]. Ҳозирги вақтда клиник ва этик томондан, эффектив, хавфсиз ва беморни ҳаёт фаолиятига мақбул бўлган альтернатив даволаш усуллари бор [119, 120, 131]. Шунинг учун даволаш препаратини қўллашда клиник ва иқтисодий самарадорлигини ҳисобга олиш керак. Экземани ижтимоий-иқтисодий аҳамияти, солиштирма клинко-иқтисодий самарадорлиги ноаниқ бўлган фармакотерапияни турли схемалари дерматозни даволашдаги фармакоэкономик самарадорлигини баҳолаш дерматологиянинг долзарб муаммоси ҳисобланади.

Ҳозирда чет-элларда EASI индекси орқали экзема касаллиги билан оғриган беморларни терисидаги патологик ўзгаришларни ўрганишган [118]. Андижон вилоятида экзема касаллигида ЛПО ва EASI индекси ўрганилмаган.

Юқоридагиларни ҳисобга олган ҳолда биз ўз олдимизга қуйидаги мақсад ва вазифаларни қўйдик.

Изланишнинг мақсади: экземани эпидемиологик ҳолатини ва даволашни янги йўллари ишлаб чиқиш, ҳамда маҳаллий даволаш натижасида организмда кузатиладиган перекисли оксидланишни ҳолатини ўрганиш.

Қўйилган мақсадни ечиш учун қуйидаги вазифалар қўйилди:

5. Экземани турли хил шакллари частотасини аниқлаш.
6. Экзема билан оғриган беморларда перекисли оксидланиш жараёнини даводан олдин ва кейин аниқлаш.
7. Экземани маҳаллий даволашда қўлланиладиган витадерм эритмасини самарадорлигини ўрганиш.
8. Олинган натижаларга асосланган ҳолатда экземани турли шаклларида EASI индекси баҳо бериш.

Изланишнинг илмий янгилиги

Биринчи марта Фарғона водийси шароитида экзема билан оғриган беморларни эпидемиологик ҳолати клиник материалда асосланади.

Клиник-лаборатор изланиш натижасида витадерм препаратини экзема билан оғриган беморларда фойдаланишнинг афзалликлари (юқори терапевтик самараси, даволаниш даврини қисқариши, қўлланиш шакллари афзаллиги, беморлар реабилитациясини тезлиги ва терапевтик усулнинг самараси) кўрсатилади.

Биринчи марта экзема билан оғриган беморларда витадерм билан даволаш фонида перекисли оксидланиш тизимлари, ҳамда EASI индекси ҳолати ўрганилади.

Амалий аҳамияти

Экзема билан оғриган беморларни даволашда витадермни комплекс терапияда қўлланиши ишлаб чиқилади ва амалиётга киритилади.

Нафақат, витадерм эритмасини даволашдаги терапевтик самарадорлиги, балки беморларни стационардаги даволаниш даврини қисқариши, шунингдек бу усулни амбулатор шароитларда қўлланиши мумкинлиги кўрсатилади.

Витадерм препаратини комплекс даводаги самараси натижасида перекисли оксидланиш тизимидаги, ҳамда EASI индексидаги ижобий ўзгаришлар кўрсатиб ўтилади.

Ҳимояга олиб чиқиладиган ҳолатлар

1. Экзема билан оғриган беморларда витадерм эритмасини бошқа нам-куритувчи препаратларга нисбатан энг мақбул томонлари: юқори терапевтик самарадорлиги;
2. Витадерм препарати қўлланилганида перекисли оксидланиш тизимидаги салбий натижаларнинг ўзгармаганлиги ва уни яхшилаш учун коррекция чақирувчи препаратни қўшилиши кераклиги;
3. Витадерм эритмасини комплекс даволанганида перекисли оксидланиш тизимига ва EASI индексига салбий таъсир қилмаслиги кўрсатилади.

Илмий ишнинг апробацияси

Диссертациянинг фрагментлари Андижон вилояти дерматовенерологлари ассоциациясининг йиғилишида баён қилинган (2015), мақолалари эса РФ Марказий федерал округи дерматовенерологлариининг “Актуальные вопросы дерматовенерологии и дерматоонкологии” илмий-амалий конференцияси (2013) ва Андижон давлат тиббиёт институти Ёш олимларининг илмий-амалий конференцияси (2013), Бухоро вилояти тери ва таносил хизматининг 90 йиллигига бағишланган “Ўзбекистон Республикасида дерматовенерология ва косметология хизматининг ҳолати ва масалалари” ҳалқаро илмий-амалий анжумани (2014), “Санкт-петербургские дерматологические чтения” VIII Россия илмий-амалий конференцияси (2014), “Рахмановские чтения” XXXII илмий-амалий конференция (2015) тўпламларида, Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт илмий-амалий журналида (2013) чоп этилган.

Диссертация материаллари 6 та мақолалар кўринишида чоп этилган.

Диссертация ҳажми ва тузилиши

Диссертация 94 саҳифада компьютер ёзуви матнида баён қилинган. Мазкур иш кириш қисми, тадқиқот ҳажми ва услублари, 3 бобни ўз ичига олган шахсий муносабатлар шарҳи, хотима, хулоса ва амалий тавсиялар, адабиётлар рўйхатидан иборат. Диссертация иши 9 жадвал, 12 диаграмма ва 3 та фотосуратлар билан безатилган. Фойдаланилган адабиётлар рўйхати таркиби 138 манбани ўз ичига олган бўлиб, булардан 31 таси жорижий муаллифларнинг мақолаларидир.

Барча материал муаллиф томонидан анализ қилиниб чиқилган.

I БОБ. АДАБИЁТЛАР ТАҲЛИЛИ

Охирги йилларда дунёни барча ривожланган мамлакатларда аллергия касалликларнинг (АК) миқдорини жадаллик билан ўсиб бориши кузатилмоқда [3,13,15,96].

Бутун жаҳон аллергия уюшмаси (БАУ, ВОА, WAO (World Allergy Organization; WAO) маълумотларига кўра 30-40% аҳолида битта ёки бир нечта АК аниқланмоқда [129].

Охирги 10 йилликда тери касалликларини диагностикаси ва терапияси етарлича яхшиланган бўлсада, рус олимларининг фикрича аллергодерматозлар билан касалланишни камайиши кузатилмаяпти, балки кўринарли ўсиши кузатилмоқда. Россияни жанубий ва марказий регионларидаги аҳоли билан Европа қисмини шимолидаги аҳоли ўртасида касалликни кечиши солиштирилганда уни зўр бериб кечиши, диссеминацияга ва иккиламчи тошмаларни пайдо бўлишига майиллик қилиши билан характерланади. Кўп ҳолатларда ўтказиладиган анъанавий терапияга резистентлик ва кўп маротаба рецидив кузатилади [32,47].

АК юрак-қон томирлари ва онкологик касалликлардан кейин учинчи ўринда туради, аммо экологик ноқулай регионларда у биринчи ўринни эгаллайди [13,18].

Рус олимларининг маълумотиغا кўра, Россиянинг Европа қисмини Шимолидаги беморларда экзема касаллигини оғир кечишига сабаб бўладиган омиллар сифатида климат-географик шароитни, ҳавони паст температурасини, юқори намгарчиликни, барометрик босимни кескин ўзгаришини, геомагнит фаолликни, улътрабинафша нурларини етишмаслигини, поляр кунни ва поляр тунни яққол алмашинишини кўрсатиб ўтишади. Бу омиллар терини барьер вазифасини бузилишига ёрдам беради. Улар тери мойи ва терини мугуз қаватидан ташкил топган биосорбцион

каватини нормал микрофлора билан иштироки натижасида экзематоз ўчоғларни ҳосил бўлишига ва шартли-патоген флорани персистенцияси бўлишига олиб келади. Кўплаб муаллифлар дисбиотик силжишлар бўлишини, уларни тери қобиғини микробиоценозини бузилиши билан бирга, ичакларни микробиоценозини ўзгарганлигидан дарак беришини аниқлашган.

Экзема билан касалланган беморларда микробиоценоз ҳолати ўрганилганида *Candida* авлоди ва бактериялар ассоциациясини патогенлик хуссиятларини ўзаро кучайишини тасдиқлашган. Бунда замбуруғлар организмда сенсibiliзация чақириб, хужайра иммунитетини ва нейтрофил фагоцитоз тизимини функционал фаоллигини босишини, бу эса аллергодерматозларни ривожланишига ва микробли инфекцияни тарқалишига ёрдам беради. Аммо аутоаллергик реакцияни механизмини унчалик маълум эмаслиги, экземани торпид, сурункали кечишига иммунологик ва гормонал бузилишларни аҳамиятлилигини, тери қобиғини катта участкаларида иккиламчи ўчоқлар ҳосил бўлишига олиб келади. Бу анъанавий терапияни етарли самара бермаслигини келтириб чиқаради. Бу аспектларни янги препарат билан ечишга ҳаракат қилиниши ушбу изланиш натижаларида кўрсатиб ўтилади.

Hanifin JM, Reed ML. Экзема касаллигини АҚШ аҳолиси ўртасида тарқалишини ўрганиб, аҳолини 17,1% ни экземани симптомларидан ҳеч бўлмаганда бири учраганини, 10,7% да эмпирик экзема борлигини аниқлашган. Хулоса қилганда, АҚШ катта қисмида экземани симптомлари ва экзематоз шароитларини аниқлашган, кўп ҳолатларда шифокор томонидан диагноз қилинмаслигини, бу эса даволанмай қоллиниши ёки рецептсиз дори дармонларни қабул қилинишга олиб келиниши мумкинлигини кузатишган [118,119].

Бунга кўмаклашувчи омилларга қуйидагилар кириши мумкин: атроф муҳитни ифлосланиши, ишлаб чиқаришни индустриализацияси, ишлаб чиқаришни чиқиндиларини тозаловчи технологик системаларни мукамал эмаслиги, органик чиқиндиларни ўз вақтида утилизация қилинмаслиги,

бинолардан нотўғри фойдаланиш (эксплуатацияси), ҳаётни урбанизацияси, психоген дисстресс омиллар, доривор моддаларни назоратсиз қўлланиши ва б. Юқорида келтирилган омиллар алоҳида ёки бир йиғинди ҳолда сурункали яллиғланишли касалликларни чақиради, сенсibiliзация пайдо қилиб кейинчалик аллергик касалликларни ривожланишига олиб келади [3, 18, 51, 58, 59, 60, 61, 63, 64, 96, 106, 131, 132, 133, 134].

Баъзи бир олимларни фикрича экзема касаллиги билан оғриган пациентларни сони ортгани кузатилсада, умуман олиб кўрилганда ортмаган. Шундай бўлсада, уйқуни бузилиши, кам ухлаш болалар ва ўспиринлар орасида кўпайиши экземани оғир шакллари ривожланишига вертикал ўсиш темпларига олиб келиши мумкин, деб фикр юргизишади.

Экзема – терини сурункали касаллиги бўлиб, унга узоқ вақт, тез–тез қайталаниб туриш, диссеминацияланиш ва иккиламчи тошмаларни ҳосил бўлишига мойиллик характерлидир. Муаллифларнинг фикрича бу дерматоз дерматологик беморларнинг 40% ни ташкил қилиши мумкин. Экзема иккила жинс ва турли ёшдаги гуруҳларда кузатилади, ўткир ва сурункали кечади [24,30,43,102].

Кўплаб муаллифларнинг маълумотига кўра, экзема полиэтиологик касаллик бўлиб, уни ривожланишида ошқозон-ичак тракти ва гепато-билиар тизими патологияси катта роль ўйнаб, ферментопатия, дискинезия, ичаклар дисбиози, овқат ҳазм қилиш ва сўрилишни бузилиши билан кечади, шунингдек асабли стрессни триггерли роли ҳам асосийлиги билан ажралиб туради [16,24,43,70,91].

Бу дерматоз учун хужайра, гуморал ва фагоцитар бўғимларнинг иммунодефицити билан характерланади, буни натижасида сурункали инфекция ўчоғларини шаклланишига, ичакларда дисбактериозни ва патоген микроорганизмларни терига персистенция қилинишига олиб келади [94].

Бир қатор олимлар томонидан ўтказилган клинико-генетик ва иммунологик текширишлар экземани ирсий-конституциал табиатли касалликлар туркимига киритишади, шунингдек генетик ва муҳитли

омилларни экземани турли шаклларида турлича бўлишини таъкидлашади [62].

Баъзи бир муаллифларнинг фикрига кўра бу дерматозни клиник намоёиши (танани очик жойларига тошмаларни тошиши, кучли қичишиш) беморларни социал адаптациясини ва уларни меҳнат фаолиятини анча чегаралайди [66].

Бизунова М.А. ва ҳаммуаллифлар [2015] кафтларни дисгидротик экземасини чин экземани шаклларида бири деб ҳисоблашади, шунингдек атопик дерматитни катталар шаклини чегараланган варианты деб кўришган. Шундай изланишларни кўплигига қарамай бу муаммо етарлича ўрганилган эмас. 125 нафар бемор ўрганилганида, уларни 78% ни аёллар ташкил қилган бўлиб, ўртача ёш 26 ёшда эканлиги маълум бўлди. Беморларда касалликни дебюти 14 дан 41 ёшгача бўлган даврни ташкил қилган ва 31% да хасталик хомилдорлик ёки туққанидан кейин ривожланган. Дисгидротик экзема билан оғриган бемор аёлларни 38% да бу ҳолат кузатилган. 35,5% пациентда анамнезда аллергологик омил кўрсатиб ўтилган. 18,5% беморларда озиқ-овқатларга аллергия (цитрусли меваларни ва ширинликларни истеъмол қилиниши натижасида) борлиги билан боғлаганлар. 22% беморлар анамнезида атопик дерматит, 4% да – бронхиал астма борлиги аниқланган. Дори воситаларига сезувчанликни ошиб кетгани 10,5% пациентларда кузатилган. Дори воситаларига аллергия антибиотиклар, витаминлар, димедрол, новокаин каби препаратлардан келиб чиққани аниқланган.

10,5% беморларни оила анамнези ўрганилганида - дерматозлар, 13% пациентларда атопик дерматит, бронхиал астма, 8% да аллергик ринит, эшакем борлиги аниқланган. 41% (51) беморларда контактли қитиқловчилар келтириб чиқаргани кузатилди. 24% беморларда маиший кимёвий сезувчанлик ошиб кетгани маълум бўлди. Ишлаб чиқариш материаллари билан контактда бўлганларда экзема 12% (15) ҳолатда кузатилган [15, 96].

Мавлянова Ш.З. ва ҳаммуаллифлар (1999) терининг сурункали хасталикларига чалинган (нейродермит, экзема, аллергодерматит ва б.)

беморларда моғор замбуруғларининг аллергик таъсирини ўрганганлар. Текшириш натижасига кўра маълум бўлдики, беморлар замбуруғларнинг куйидагиларига энг кўп чалинганлиги аниқланган: *Mucor sp.* – 29,2%, *Smes plisni venvovnici* – 18,75%, *Alternaria* – 16,6%, *Aspergillus fum.* – 12,5%, *Smes plisni domovnici* 12,5%. Уларни хулосасига кўра, сурункали дерматозлар билан хасталанган беморларда аниқланган микоген сенсibiliзация уларда касалликнинг сурункали кечиши, ҳамда қайталанишида муҳим этиологик аҳамиятга эга [4, 5, 58, 59, 60, 61, 87, 92].

Кўплаб изланишларда чин экземада липидларни перекисли оксидланиш (ЛПО) жараёнларини фаоллашуви бу беморларда антиоксидантларни қўллашни мақсадга мувофиқлигини кўрсатади [8, 25, 27, 34, 35, 41, 55, 56, 71, 101].

Баъзи бир изланувчиларни маълумотига кўра, экземани даволашда гепатопротектор, иммунстимулловчи, фосфор-кальций алмашинувини меъёрловчи антирахитик препаратларни қўллаш яхши самара беради [17].

Есенгараева З.Б. ва ҳаммуаллифлар атопик дерматитли беморларда липидларнинг қон зардоби, эритроцитларда тўпланиши ва супероксиддисмутаза фаоллигининг пасайишини аниқлашган, бу эса озик-овқатга қўшишга мўлжалланган антиокс қўллашга асос бўлди. Натижада қондаги липидларни аутооксидланишини ҳимоя қилиб патологик жараённи регрессини тезлаштирди [39].

Рахматов А.Б. ва ҳаммуаллифлар экзема билан оғриган 140 бемор текширилганида, эндоген интоксикация белгиларини аниқлашган, булар айниқса чин (истинная) ва микробли шаклларида ифодаланган. Эндоген интоксикацияни баҳолаш ва экзематоз жараённи башорат қилиш учун оддий тестни қўллашни тавсия этишган [2, 5, 77, 78].

Рахмонова Л.К. ва ҳаммуаллифлар аллергик (атопик) диатезли болаларда атопик дерматитнинг ривожланиши чуқур клиник-иммунологик силжишлар билан кечади. Бу ҳол СДЗ, СД4, СД8, нейтрофиллар фагоцитар активлиги (НФА)нинг камайиши ва IgE, ичак ва ўпка антиген боғловчи

лимфоцитлар (АБЛ), интерлейкин (ИЛ)-2 нинг ортишида намоён бўлади ва диатезнинг ремиссия даврида ҳам сақланиб қолади. АтД нинг авж олган ва ремиссия давларида хужайравий иммунитет, IgE ва ИЛ-2 кўрсаткичларидаги силжишларни ўзаро боғлиқ ҳолда ривожланиши, ИЛ-2 ишлаб чиқарилишини аллергик (атопик) диатезнинг бошланғич давридаёқ ўзгаришидан далолат беради ва бу диатез асорати сифатида ривожланадиган турли аллергик касалликларни (жумладан АтД) эрта ташхис қилишга ёрдам беради деб хулоса қилишади.

Аллергик (атопик) диатез, иккиламчи иммун танқислик ва АтД ни, экземани даволашда иммуномодулинни иммунлимфокоррекция усулида қўллаш юқори терапевтик ва иқтисодий самарадорликка эгаллигини кўрсатиб ўтишган [79].

Абдурашитов А.А. ўз изланишларида эндоген интоксикацияни экзема касаллигидаги ролини асослаб бериб, уни даволашни патогенетик аҳамиятини кўрсатиб ўтган [2, 5, 78].

Садиқов А.А. ва Капкаев Р.А. лар экзема ва аллергик дерматитларда терида яллиғланиш ва аллергик зарарланишлар ривожланишида яллиғланиш молекулаларини (ФНО, ИЛ ва б.) синтезловчи ва теридан, жумладан дермадан келувчи маълум бир стимулларга жавоб берувчи эндотелий хужайраларига ҳам катта аҳамият берилиши ҳақида ёзиб ўтишган [82, 84].

Садиқов А.А. ўзини изланишларида экзема ва аллергик дерматит билан оғриган беморларда дескваматив эндотелиоцитларнинг миқдорини, Виллебран фактори даражасини, фибринопектин, фибриноген ва плазмогенни фаоллаштирувчини ингибиторини миқдорларини ўрганганда бир қатор патологик ўзгаришларни кузатган. Шунингдек эндоген интоксикацияни даражасини қонни миқдорий ва сифат ўзгаришлари орқали билвосита ўрганиш мумкинлигини кўрсатиб ўтган. Озонотерапияни беморларни ҳаёт сифатига таъсири маҳаллий ва вена ичида озонотерапия ўтказилган ҳолатида ўрганиб, ижобий самарани аниқлаган [82, 84].

Silverberg JI, Simpson EL. ларни хулоса қилишича, экзема билан оғриган беморларни соғлиғини умумий ҳолатини пасайиши, кейинчалик ўспиринлик ёшида экземани тарқалиши ва оғирлашишига сурункали касалликларни ортишига, семиришга боғлиқ [131, 132, 133, 134].

Silverberg J.I., Hanifin J.M. маълумотларига кўра 1 йил давомида шифохоналарга мурожаат қилган аҳолининг 10,2% га экзема диагнози қўйилган. Шу беморларнинг 3,2% да экзема билан астма ва терлама билан оғриганлиги маълум бўлган. Олинган натижаларни кўрсатиши бўйича бир неча демографик ва ижтимоий-иқтисодий таъсирлар натижасида АҚШ даги катта ёшдагилар орасида экземани кенг тарқалиши сабаб бўлган бўлиши мумкин [118, 119, 131, 132, 133, 134].

Баратова М.Р. экземани турли хил этиологияли ва босқичларида қонда мис, кальций, калий концентрациясини ортишини кузатди ва даволаниш натижасида уларни физиологик меъёрга келишини кузатган. Цинкни эса концентрацияси пасайганлигини ва патогенетик даводан кейин уни миқдорини ортишини аниқлаган [10, 11].

Баратова М.Р. 50 нафар 18 ёшдан 68 ёшгача бўлган (20 нафар эркак ва 30 нафар аёл) экзема билан оғриган беморларда иммунологик статуси ўрганилган. Экзема билан оғриган беморларни периферик қонида Т-хужайрали иммунологик етишмовчилиги, Т-хужайралари кўрсаткичларини камайиши ва хелперлик фаоллигини пасайишини аниқлаган. Турли хил антигенларни таъсирида В-лимфоцитларни ва ЦИК ларни концентрациясини кўрсаткичларини ортиши антитана ҳосил бўлиш жараёнларини кучайганини гувоҳлик беришини кузатган. Аммо нейтрофилларнинг ютиш функциясини кўрсаткичларини пасайиши беморлар организмидаги умумий иммунологик реактивликни пасайганлигидан далолат беришини кўрсатиб ўтган.

Федоренко А.Е., Федоренко Л.А.лар 22 нафар асаб тизими билан боғлиқ чин экзема билан оғриган 20-46 ёшгача бўлган беморларни номедикаментоз даволаш (сунъий микроклиматли “Тузли ғор” ҳосил қилинган) орқали анъанавий даволаш ўтказиб кўришган. Беморлар 2 ҳафта

давомида “Тузли ғор”да майдадисперсли релектив тошли тузли аэрозоль ёрдамида сунъий микроклиматли галоаэрозоль камераларида 45-60 дақиқага даволаш муолажаларини олганлар. Давони умумий самарадорлиги дерматологик статусини, психоэмоциональ ҳолатини ҳаёт сифати том индекси (DLQI) ёрдамида баҳоланган. DLQI махсус скрининг текшириш усули бўлиб, мамлакатимизда ва Европа ва бошқа давлатларда кенг қўлланилиб келинаётган усул ҳисобланади.

Даволаш жараёнида беморларни психоэмоционал статус сезиларли ижобий ўзгариши, касалликни субъектив симптомларини камайиши, ўз ҳаётини ўзини баҳолашни ўзгариши орқали кўрсатилган. Қичишишнинг камайиши муолажаларни 2-3 кунларига, тўлиқ йўқолиши эса 6-8 кунга тўғри келган. Соматик ҳолатини умумий яхшиланиши 6-7 кунларда кузатилган. Ҳаёт сифати индексини сонлардаги кўриниши даволаниш курсини охирида 3 маротаба ортиши билан кўрилган. Шунингдек, беморларда уйқуни яхшиланиши ва таъсир қилувчи ҳамда ҳоликтиришни камайиши кузатилган. Бундай ўзгаришлар экземани зўрайиши психоэмоционал ҳолатларни бошидан кечирган беморларда сезиларли ўзгаргани аниқланган [95].

Gola M ва муаллифлар томонидан 15 нафар экземани оғир шакли билан оғриган беморларга алитретиноин препаратини per os 30 мг дан 3 ой давомида буюрилганида EQ5D-VAS кўрсаткичларида сезиларли ўзгаришларни кузатишган [45, 115].

Охирги 10-15 йил ичида аралаш инфекцияларни (бактериал суперинфекция билан юзаки микозлар, комбинацияли микробли экземалар билан микозлар) тарқалишини ортиши статистик маълумотларда кўрсатиб ўтилмоқда. Ҳаммага маълумки, бактериал ва микотик инфекциялар организмда сенсibiliзация чақиради, бу яллиғланиш жараёнлар билан бирга ривожланади. Экзема билан оғриган беморларда микробли сенсibiliзация ишга тушириш, қўллаб турувчи ва оғирлаштирувчи омил сифатида келади. Бодомсимон безлар, кариесли тишларнинг илдизлари, бурунни қўшимча бўшлиғлари, ўт пуфаги, бачадон қўшимчасидаги сурункали яллиғланишлар

Ўчоқлари микроорганизмларга сенсibiliзация ривожланиши учун шароитлар яратади. Моновалент сенсibiliзация турли хил экзоген ва эндоген омиллар таъсирида поливалент сенсibiliзацияга трансформация бўлади. Стафилококк, стрептококк ва уларни ҳаёт фаолиятида ҳосил қилган маҳсулот натижасида специфик ва носпецифик иммунитет фонида сенсibiliзация жараёни вужудга келади. Кокклар флорасини сенсibiliзацияси фаолиги вақтида комплемент титрини, лизоцим фаоллигини пасайиши, фагоцитар фаолликни етишмовчилиги иммунитет резервларини кучсизлигидан далолат беради. Микробларнинг алергик хусусиятларини чиқариш қобилияти ҳаммадан асаб-эндокрин бошқариш бошқаруви силжиши, модда алмашинуви бузилишларида ва терини аутоантигенларга сенсibiliзациясида кучаяди.

Амалиёт нуқтаи назаридан микробли экземани ажратиб кўрсатилиши ташқи давони ўтказишда катта аҳамиятга эгадир. Глюкокортикостероид, антибиотик ва замбуруғларга қарши воситаларни фиксацияланган комбинацияда қўлланиши стратегик йўналиш ҳисобланади. Микробли экземани комплексли терапиясида антибиотиклар зарурий компоненти ҳисобланади, чунки патологик жараённи ривожланишида бошловчи ролни бактериал-замбуруғли ассоциация ўйнайди.

Клиник амалиётда препаратни қўзғатувчини ҳисобга олиб буюриш фақатгина уни идентификация қилинганидан кейингина мумкин, аммо бунинг учун кўшимча вақт керак бўлади. Шунинг учун микст-инфекцияли дерматозларнинг бошланғич босқичларида антибактериал ва антимикотик таъсирга эга бўлган, кенг таъсир доирасига эга бўлган препаратларни буюриш мақсадга мувофиқдир.

Терида жуда кўп миқдорда патоген ва сапрофит микроорганизмлар ўсиб яшаши инсоннинг терисини ўзига хос “ботаника боғи”га ўхшатиб юборади. Кўплаб муаллифларнинг маълумотиغا кўра, терида стафилококк ва стрептококклар каби микроорганизмлар 3,2-98,0% гача учрайди. 5-10% соғлом одамларда *S. aureus* ташувчанлик қўлтиқ остида ва чов бурмаларида,

30% да бурун бўшлиғида кузатилади. Ҳозирги даврда терини меъёрдаги микрофлорасини 99% ни пропион бактериялари, стафилококлар ва ачитқиларни *Malassezia* авлодига мансуб микроорганизмлар ташкил қилади деб ҳисобланади. Терини юзасини ўзини стрелизация қилиш хусусиятлари сув-липидли мантия ва терини ўзига хос микробиоценози орқали амалга оширилади. Бу ҳолат терида яшовчи кўп сонли микроорганизмларни симбиози натижасида вужудга келади. Соғлом терида меъёрдаги микрофлора нисбий стабил бўлиб, колонизацияли резистентликни келтириб чиқаради. Аммо кўплаб мамлакатимиз ва чет эллик изланувчиларнинг маълумотида кўра, АтД, экзема, себореяли дерматит, псориаз билан оғриган беморларни терисидаги микрофлора таркиби миқдори ва сифати бўйича соғлом одамларни терисидан фарқ қилади. Охирги 20 йил ичида иммун боғлиқлик бор патогенезли сурункали яллиғланишли дерматозларни ривожланишида турли хил микроорганизмларни ролини ўрганиш олиб борилмоқда. Жароҳатланган тери ўчоғларида ва соғлом терида патологик микрофлорани тарқалиши аниқланган бўлиб, бу АтД, себореяли дерматитда, сурункали экземада кузатилади [14].

Терини жароҳатланган соҳаларига доимий патоген микрофлорани персистенцияси АтД ва экземани экзоцербацияга учратадиган ва манифест шакллари ривожлантирадиган етакчи омиллардан бири ҳисобланади [68, 75].

Haslund P. ва ҳаммуаллифлар 50 нафар бармоқларни сурункали экземаси билан оғриётган беморларни бурнини шиллиқ қавати ва терисида бактерияларни тарқалишини текширишди. Назорат гуруҳини 50 нафар соғлом одам ташкил қилди. Патоген стафилококк экзема билан касалланган беморларни $\frac{1}{2}$ қисмида ва назорат гуруҳини 4 нафарда ўсиб чиқди. Жароҳат ўчоғларидаги ва шиллиқ қаватлардаги *S. aureus* колониялари персистенцияли кечувчи экзема оғирлиги билан ишончли ассоциация ҳосил қилгани аниқланди [121].

327 нафар аллергодерматозлар (208 нафар экзема ва 119 - АтД) билан оғриган беморларни жароҳатланган ва жароҳатланмаган терисидаги бактериялар колонизацияси ўрганилганида қуйидагилар маълум бўлган: *S. aureus* 47,3% экзема билан оғриган беморларни жароҳатланган терисида аниқланган бўлса, 27,9% да жароҳатланмаган соҳаларида учраган. Бу изланишларда экзема билан касалланган беморларни жароҳатланган ва жароҳатланмаган терисида стафилококкларни колониязацияси кўплиги ва фаоллиги аниқланган. Касалликни оғирлик даражаси қанча юқори бўлса, колонияларни жароҳатланган терида кўплиги кузатилган [116].

Охирги 25 йилда терини барьер функцияси ва тузилишини ўрганиш, терапия усуллари (турли хил патологик ҳолатларда кузатиладиган бузилишларни коррекция қилишга йўналган) мукамаллаштириш бўйича интенсив изланишлар ўтказилмоқда. Барьер вазифасини ўтовчи терини турли хил тузилишлари орасида эпидермис ва ҳаммадан уни мугуз қаватига эътибор берилмоқда. Мугуз қаватни морфофункционал хусусиятлари терини барьер вазифасини мустаҳкамлигини белгилайди, бу ташқи таъсирлардан ва ички муҳитни мунтазимлигини сақлайди, организмни ҳимоясини таъминлайди ва тирик қолиш учун қатъий шароитдир. Уни ҳимоя хусусиятлари доимо стабил ва оптимал бўлиши лозим ва бу ҳаттоки ташқи муҳитни кутилмаган шароитларида ҳам амалга ошиши даркор (ҳароратни, рН, нисбий намлик [29, 117]).

Мугуз қаватни юқори бўлими корнеоцитларни десквамацияли ташқи қаторлари билан ифодаланган ва уларни кўчиб тушушида терини экзоген токсинлар, аллерген ва патоген микроорганизмлардан тозаланади. Мугуз қаватни пастки қатор хужайралари липид табиатли кератиноцитлар аро цемент билан бириктирилган ва зич зонани ҳосил қилади, у барьер (тўсиқ) вазифасини бевосита бажаради. Уни муҳим аҳамияти респирацияни, сувни трансдермал йўқотишни бошқаришда, кимёвий моддаларни ва микроорганизмларни кириб келишига тўсқинлик қилувчи асосий ҳосиласидан иборат. Шунингдек, мугуз қаватни хужайралар аро бўшлиғи

очик тизим ҳисобланиб, у орқали концентрацион градиент томон доимо турли хил моддалар (сув, ионлар, газлар) ўтиб туради. Бу тўсиқ юқоридаги (куруқ) манфий зарядланган мугуз қаватни намли мусбат зарядланган донатор қаватдан чегаралаб туради, одамзот истиқомат қиладиган ички сувли муҳитни газсимон ташқи муҳитдан ажратиб қўяди [29].

Эпидермал тўсиқнинг бузилиши ташқи омилларнинг таъсири натижасида, шунингдек бир қатор тери ва соматик касалликларда юзага келади. Тери тўсиғини бузилиши клиник белгилари билан намоён бўлишда қуйидагилар кузатилади: куруқлик, кепакланиш ва терини қалинлигини ўзгариши. У кўпроқ сустлашади, эластиклигини ва рангини йўқотади. Кейинчалик оғриқли симптомларни комплекси (гадур-будирлик, пластикликни пасайиши, тортилиш, ажин босган, микроёриқлар) пайдо бўлади. Гидролипид баланс ва мугуз қаватни бутунлиги кескин бузилганида терини оғир патологик ҳолати – ксероз ривожланади. Уни клиник белгилари бўлиб, терини юзасидаги кўп сонли майда ва йирик кулранг-оқиш тангачалар ҳисобланади. Тери хиралашади, жонсиз, кўпол ва ушлаб кўрилганда қаттиқ бўлиб қолади, унда қизарган ва дағаллашган участкалар пайдо бўлади. Маълум бир даврда юзаки, баъзида чуқур ёриқлар ҳосил бўлади. Бу ўзгаришлар субъектив хиссиётлар билан давом этади – тортишишлар, санчиқлар, қичишиш ва ҳаттоки оғриқлар билан [51].

Юқорида келтириб ўтилган фактлар юқори амалий ва илмий қизиқишни келтириб чиқаради ҳамда изланувчилар олдида бу муаммони ечилиши лозим бўлган дерматологик муаммолигини кўрсатиб қўяди.

Ҳозиргача юқорида келтирилган касалликда этиологик омиллари, ЛПО ва ҳаёт сифатини дерматологик индекси, EASI индекси ҳамда экзематоз жараёни орасидаги боғланишни Витадерм экстракти билан ўтказиладиган давони бошида ва даволанишни динамикаси давридаги боғлиқлик ўрганилмаган.

1.1. ЭКЗЕМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ЛИПИДЛАРНИ ПЕРЕКИСЛИ ОКСИДЛАНИШИ ҲОЛАТИ

Экзема билан оғриган беморлардаги теридаги патологик жараённинг сурункали ҳолатга ўтиши ички ва ташқи омилларга боғлиқдир. Бунда макроорганизмнинг ўзини ўзи бошқариш физиологик ва компенсатор мосланиш фаолиятининг бузилишлари кузатилади. Замонавий маълумотларга қараганда сурункали дерматозларда эндоген интоксикация организмнинг кўплаб физиологик тизимларини бузади.

Турли дерматозларда ҳамда экзема касаллигида кузатиладиган липидларни перекисли оксидланиш ҳолатига бағишланганлигини кўплаб изланишларни адабиётлардан топиш мумкин [11, 14, 21, 26, 29, 41, 42, 46, 57, 63, 66, 67, 69, 70,]. Ҳар хил патологик ҳолатларда липидларнинг перекисли оксидланишини ошиб кетиши бир неча изланувчилар томонидан тасдиқланган [7, 25, 66]. Липидларнинг пероксидли оксидланиш маҳсулотлари физиологик шароитларда кўплаб пластик жараёнларда ва хужайра мембраналарининг ўтказувчанлигини бошқаришда иштирок этади, ҳамда ДНК синтезида, хужайра ичидаги ферментлар тизимининг фаолият кўрсатишида катта аҳамиятга эгадир [7, 34, 132]. Улар простогландинлар биосинтезида иштирок этадилар, ҳамда баъзи бир стероид гормонларнинг синтезида асосий занжирлардан бир бўлиб ҳисобланади. Антиоксидант тизими томонидан перекисли оксидланиш кўрсаткичлари меъёردа ушлаб турилади, бу ҳолат бундан ташқари организм ҳолатига ва кўплаб ташқи омилларга ҳам боғлиқдир. Гепатобилиар ва ошқозон-ичак тизимининг баъзи бир патологик ҳолатларида иккиламчи антиоксидант етишмовчилиги кузатилади. Бунда ёғларда эрувчи витаминларни сўрилишини бузилиши натижасида қонда ва организмнинг тўқималарида диен конъюгатларини тўпланиши билан кечади. [34, 132].

Адабиётларни ўргана туриб, Ўзбекистонда, хусусан Фарғона водийсида экзема касаллигида озод радикал оксидланиш (ОРО) жараёнларини ўрганган изланишлар етарлича ўрганилмаганлигини аниқлашимиз мумкин. ОРО жараёнларини стационар ҳолатини бузилиши ва патологик кечишини

ривожланиши дерматозни келиб чиқишида керакли патогенетик омилларни бири эканлигини кўрсатади [19, 111].

Рахматов А.Б. [1998 14] текширишларида псориаз билан оғриган беморларни қон зардобда ва эритроцитлар мембранасида ЛПО маҳсулотларини ошиб кетишини кузатган. Шу ЛПО вазифасини бузилишларини яхшилаш учун витамин Е ни ёғли инъекцияларидан фойдаланган. Ўтказилган патогенетик терапияни ижобий самарасини псориаз билан оғриган 27 нафар бемордан 22 нафарида кузатган.

Шундай натижаларни ЛПО Полканов В.С. ва ҳаммуаллифлар ҳам аниқлашган [71].

Иванова И.П. ва ҳаммуаллифлар [44, 45] текширилаётган псориазни оғир шакллари билан оғриган беморларда ҳам перекисли жараёнларни кескин ўзгарганлигини кузатган. Беморларни зардобдаги малон диальдегидини [МДА] миқдори назорат гуруҳига нисбатан 1,5 баробар юқорилиги аниқланган. Диен конъюгатларини [ЛПО ни оралиқ маҳсулоти] миқдори ҳам юқори кўрсаткичларга эга эканлигини кузатишган. Периферик қонда лизосомал ферментларни [катепсин Д, кислая фосфатаза, ДНКаза, РНКаза] шу беморларда ўрганганларида, уларни ҳам активлигини юқорилигини кузатганлар. Бу эса хужайра ичидаги тузилмаларни бутунлигини бузилганидан далолат берди, лизосомал гидролазларни ажралиши билан кечаётганлиги ва улар патологик жараённи кечишини янада оғирлаштираётганлигини аниқладилар.

ЛПО кўрсаткичларини корреляция қилиш учун изланувчилар дипромоний ва витамин Е буюришди ва юқорида келтирилган кўрсаткичлар меъёрга келганлигини кузатганлар.

Пақирдинов А.Б. [66] псориаз билан оғриган беморларда ЛПО кўрсаткичларини аниқлаб, уларни даволаш учун гипербарик оксигенациядан ва плазмаферездан фойдаланишни таклиф қилди.

Хамидов Ф.Ш. ва ҳаммуаллифлар [100] псориаз билан оғриган беморларда витамин Д₃ препаратини сирепар билан комплекс ва

монотерапияда қўллаб, уларда қон зардобида жигарни монооксигеназ тизимини, ЛПО ни, аминокислоталар спектрини ўрганишган. Текширишларда кузатилган ўзгаришлар комплекс даводан сўнг меъёрий кўрсаткичларга яқинлашган.

Offidani A.M. et all. псориаз билан оғриган 11 беморни периферик қонида триглицеридлар, фосфолипидларни кўрсаткичларини даводан олдин юқорилигини кузатганлар, бундан ташқари шу беморларда қон зардобида ЛПО ни йиғилишини ошишини аниқлашган. Муаллифлар шу беморларда атеросклерозни ривожланишини ортишини маълум қилишган.

Trunina T.I. [128] псориазли 50 беморни периферик қонида МДА, диен конъюгатлари ва диенкетонларни концентрацияси ошганлигини, бир вақтнинг ўзида назорат гуруҳидагиларнинг кўрсаткичларига нисбатан антиоксидант тизимининг фаоллигини пасайганлигини аниқлашган. Муаллиф бу кўрсаткичларни коррекция қилиш учун энтеросорбент ва фитойиғилмалардан фойдаланган ва 28 беморда клиник тузалишга эришган.

Ducret F. [132] ва Muller K. [131] лар ҳам псориаз билан оғриган беморларда ЛПО ни ўзгаришларини аниқлашган ва уларни даволаш учун антронлардан фойдаланишган.

Паращук Б.М. чин ва микробли экзема билан оғриган беморларда диен конъюгатларини, МДА, каталаза кўрсаткичларини ўрганди. Чин ва микробли экзема билан оғриган 134 нафар беморларда ЛПО фаоллашгани, диен конъюгатларини 2,2 ва 2,1 марта, МДА миқдорини 1,5 ва 1,4 мартаба ортганини, каталазалар фаоллигини эса 3,9 ва 3,1 марта камайганлигини аниқлади. Ишлаб чиқилган ва амалиётга татбиқ қилинган тиотриазолин препарати билан биргаликда амалга оширилган комплекс даволашни қўллаш натижасида юқорида келтирилган кўрсаткичларни меъёрлашганини кузатди. Комплекс давони корректив эффекти моддалар алмашинувини ўзгаришини фонида меъёрлашувчи таъсири даражасига боғлиқ бўлган, улар компенсатор-мослашувчи реакцияларни оптимал даражасини ушлаб туришга ёрдам берган. Аввалом бор, энергия ишлаб чиқувчи ва тикланиш синтезларини

фаоллашувини оптималлаштирувчи кислородга боғлиқ бўлган ҳужайраларни мембраналарига боғланган метаболизмига таъсири билан намоён бўлади. Бир вақтни ўзида экзема билан оғриган беморларда этапли комплекс даволаш жараёнида фойдаланиш натижасида иммунтетни жавобини аутоиммун агрессив ва иммунодефицит ҳужайраларга боғлиқ механизмларини коррекцияси аниқланган. Келтириб ўтилган этапли даволаш усули турли аъзо ва тизимларга полифункционал таъсир қилиб, экземани яхши кечишига ва ремиссия даврини узайишига ёрдам беради.

Кўплаб изланишларда чин экземада липидларни перекисли оксидланиш (ЛПО) жараёнларини фаоллашуви бу беморларда антиоксидантларни қўллашни мақсадга мувофиқлигини кўрсатади [8, 25, 27, 34, 35, 41, 55, 56, 71, 101]. Баъзи бир изланувчиларни маълумотига кўра, экземани даволашда гепатопротектор, иммунстимулловчи, фосфор-кальций алмашинувини меъёрловчи антирахитик препатаратларни қўллаш яхши самара беради [17].

Ҳозирги вақтда липидларни перекисли оксидланиш жараёнларини фаоллашишига олиб келувчи асосий организмни адаптация тизимларини функциясини бузилишларини тушунтириб берувчи патологик механизмлар ҳақида маълумотлар кўп миқдорда тўпланган [65, 71]. Экзема билан оғриган беморлар қонини зардобида ЛПО ларни маҳсулотларини ишончи ошиши билан кечувчи, ЛПО жараёнлари жуда ҳам кучайиши аниқланган [77, 78, 106]. Юқорида келтирилганлар, экзема билан оғриган беморларни иммунокомпонент ҳужайраларни антиоксидант ҳимояси ҳисобланган – липидларни перекисли оксидланиш тизими ўзгаришларини кўрсаткичларини, яъни экземани патогенезида метаболитик бузилишларни ролини чуқурроқ ўрганиш кераклигидан далолат беради.

Есенгараева З.Б. ва ҳаммуаллифлар атопик дерматитли беморларда липидланинг қон зардобиде, эритроцитларда тўпланиши ва супероксиддисмутаза фаоллигининг пасайишини аниқлашган, бу эса озик-овқатга қўшишга мўлжалланган антиокс қўллашга асос бўлди. Натижада

кондаги липидларни аутооксидланишини ҳимоя қилиб патологик жараёни регрессини тезлаштиради. [39].

Экземани даволаш ҳам актуал муаммо бўлиб қолмоқда, чунки фармакологик препаратлар асосида фойдаланилаётган терапия доимо ҳам керакли натижаларни бермайди. Бу дерматозни даволашда кўп ҳолларда дори воситаларининг ноҳўя таъсирлари ва улардан етарли самарани йўқлиги янги самарали натижа берувчи ўсимликлардан олинувчи препаратларни излашга олиб келмоқда.

Охириги йилларда ўсимликлардан олинадиган препаратлар, организмни жароҳатловчи турлича омилларга чидамлилигига таъсир қилувчи сифатида қўллаш жуда кенг тарқалмоқда [4, 5, 60, 87, 92].

Пармелия (*Parmelia vagans* Nylander) ўсимлигидан олинган препаратларни жароҳатланган тўқималарни репаратив регенерациясига ва трофикасига ижобий таъсири тўғрисида маълумотлар адабиётларда учраб турибди. Репаратив регенерацияга пармелияни стимулловчи таъсири тасдиқланган. Аммо пармелияни сурункали экзема билан оғриётган беморларни қонини плазмасини антиоксидант фаоллигига таъсирини ўрганган. Кўплаб тери касалликлари патогенезида озод радикал жараёнларни ўзгаришларини жалб қилиниши тасдиқланганлиги сабабли, антиоксидант таъсирга эга бўлган турли хил препаратларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади [100].

Муаллифлар 144 нафар экземали беморларда даводан олдин лимфоцитлардаги МДА ни, ЛПО бирламчи маҳсулотларини (диен конъюгатлари), глутатионредуктаза (ГР), глутатионпероксидаза (ГПО), супероксиддисмутаза (СОД) ферментлари кўрсаткичларини ўрганишганида: МДА ва диен конъюгатларини ортиб кетганини, ГР, ГПО, СОД ферментлари фаоллигини пасайганини аниқлашган. Пермалин ва антиокс комплекс қабул қилинганидан сўнг бу кўрсаткичларни меъёрлашганини кузатишган.

Терини кўплаб касалликларини патогенезида озод радикал жараёнларини роли ва уларни ўзгариши кўплаб олимлар томонидан

тасдиқланган бўлиб, антиоксидант таъсирга эга бўлган турли хил препаратларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Антиокс ва пармелия препаратларини даволанишдан олдинги аниқланган ЛПО тизимидаги ўзгаришларга ижобий таъсирини қўплаб олимлар кўрсатиб ўтишган. [1, 2].

Хулоса. Охирги йилларда чет элларда дерматозларни патогенезида ЛПО тизимини катта рол ўйнаши аниқланган бўлсада, бу жараёни ўрганишга эътибор камайгани йўқ. Антиоксидант препаратларни қўллаш натижасида ЛПО тизимида ижобий ўзгаришларга эришиш мумкинлиги маълум бўлсада, ҳали дерматозларни тўлиқ даволашнинг имкони йўқлиги бу тизимни янада чуқурроқ ўрганиш дерматологиянинг актуал муаммоси бўлиб қолмоқда. Витадерм экстрактини ЛПО тизимига таъсири ўрганилмаган бўлиб, бу дерматологиянинг актуал муаммоси ҳисобланади ва шу изланиш Витадерм препаратини самарадорлиги ҳақидаги илк маълумотлар беради.

1.2. ЭКЗЕМАДА ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСЛАР

Чет элларда ва Россия давлатида экзема касаллигини терига ва беморларни ҳаёт сифатига таъсирини ўрганиш, даволанишни самарадорлигини аниқлаш бўйича қўплаб изланишлар ўтказилган бўлиб, уларда симптомларни дерматологик индекси шкаласидан, ҳаёт сифати дерматологик индексидан ва EASI (экземани майдони ва оғирлик даражаси) индексидан фойдаланиб келинади.

Диагностик маъқул усулларни стандартлаштириш мақсадида экземани клиник симптомларини баҳолашда симптомларни дерматологик индекс шкаласидан (дерматологический индекс шкалы симптомов (СДИШ (ДИШС)) фойдаланилади. Мақсад шунда эдики, ҳар бир морфологик ёки субъектив симптомларни алоҳида индексация қилишдир.

Тўққизта симптом индексация қилинади: эритема, шиш, қичишиш, папула, қуруқлашиш, кепаклашиш, ёриқлар, лихенизация ва намланиш. Ҳар бир симптом 4 балли шкалада баҳоланди:) 0 дан 3 балл. Ҳар бир алоҳида вақт

учун симптомларни индекс шкаласи баллар йиғинидисини ташкил қилди. СДИШ барча беморларда баҳоланиб, кун ора ҳисобланиб келинди.

DLQI – ҳаёт сифати дерматологик индекси терини ҳаёт сифатига таъсири ўрганилади. 0 – ҳаёт сифатига таъсири йўқ, 30 балл – энг оғир негатив таъсиридир. Тест DLQI инглиз муаллифлари А. Finlay и G. Khan в 1992 йили, а CDLQI болалар учун — М. Lewis-Jones и А. Finlay в 1993 йили қўлланила бошланган. Тестни рус версияси врач-дерматолог Василием Юрьевичем Сергеевым томонидан махсус Атопик.РУ сайти учун адаптация қилинган.

Мавлянова Ш.З. 15 нафар экзема билан оғриган беморларда симптомларни дерматологик индекс шкаласини (СДИШ) полифит ёғини клиник самарадорлигини аниқлаш орқали кузатди. Полифит ёғи яллиғланишга ва қичишишга қарши таъсирга эга эканлигини ва теридаги патологик жараён динамикасига ижобий таъсир қилишини аниқлади [61].

Ласеев Д.И., Дикова О.В. лар 106 нафар (64 нафар эркак, 42 нафар аёл) экзема билан оғриган, ўртача $44,76 \pm 1,74$ ёшли беморларда психоэмоциал статусда (ўзини ёмон ҳис қилаётганини, фаоллигини, кайфияти пасайганлигини), иммунологик кўрсаткичларни (ЦИК, IgA, IgG кўрсаткичларини ортганини) кескин ўзгаришларни аниқлади. Клиник, психоэмоционал ва лаборатор кўрсаткичларни бир бири билан корреляцион анализда боғлиқлигини кузатди. Экземани клиник манзараси ва ЦИК, IgA, IgG кўрсаткичлари орасида, ҳаёт сифатини дерматологик индекси (ХСДИ), симптомларни дерматологик индекси шкаласи (СДИШ), EASI ўртасида ўзаро алоқа борлиги, организмда эндотоксикоз даражасида эканлигидан далолат беради. Экзема билан оғриган беморларда EASI кўрсаткичлари эмоксипин препарати қўлланилганидан кейин 18,7 маротаба пасайганини (яхшиланганини), ХСДИ ни 52,4%га ижобий томонга ўзгарганини аниқлаган, димефосфан комплекс давога қўлланилганидан сўнг EASI индексини 78.8% га камайганини кузатган.

Бакулев А.Л. и ҳаммуаллифлар 80 нафар (20 ёшдан 63 ёшгача) микробли экзема билан оғриган беморларда экзематоз жараёни тарқалганлиги ва оғирлик даражасини ҳамда ўтказилаётган давони самарадорлигини экзематоз жараёни тарқалганлиги ва оғирлик даражасини индексини (EASI) ва симптомларни дерматологик индекс шкаласини (СДИШ, (ДИШС)) ўргандилар [6, 7].

Даволанишдан олдан EASI кўрсаткичлари флуоцинол ацетонид ва гентамицин малҳамларини 2 маҳал суртган 40 нафар беморларда $36 \pm 0,1$, СДИШ эса $17 \pm 0,3$ ни ташкил қилган. Даволанишнинг 7 куни индексларда билинарли ўзгаришларни аниқланмаган ($34 \pm 1,7$; $p > 0,05$ ва $16 \pm 0,2$; $p > 0,05$). Фақатгина терапияни 14-куни шу гуруҳни беморларида EASI индексини $25 \pm 0,3$ гача ($p < 0,001$) ва СДИШ кўрсаткичларини $10 \pm 0,1$ ($p < 0,001$) сезиларли пасайганини аниқлашди. “Супироцин-Б” малҳамини суртган 40 нафар микробли экзема билан оғриган беморларда EASI индекси терапиядан олдин $37 \pm 0,7$, СДИШ ни кўрсаткичларини $18 \pm 0,2$ ташкил қилди. Терапияни 7-куни 2-гуруҳ беморларида EASI индекси $22 \pm 0,3$ ($p < 0,001$), СДИШ кўрсаткичлари $9 \pm 0,1$ ($p < 0,001$) кўрсатган. Даволаниш фурсатини охирига келиб EASI индекси дастлабки кўрсаткичлардан 4,6 марта текширилаётган гуруҳда камайганлигини ($8 \pm 0,2$ ($p < 0,001$), ва флуоцинол ацетонид ва гентамицин малҳамларини қабул қилган гуруҳдаги кўрсаткичларга солиштирилганида 3,1 марта пасайганлигини аниқлашди ($p < 0,001$). Ҳаттоки СДИШ “Супироцин-Б” билан даво тугаллангач дастлабки натижаларга кўра 6 марта пасайгани аниқланган ($3 \pm 0,2$; $p < 0,001$). Шунингдек, флуоцинолон ацетонид ва гентамицин малҳами олган пациентларни кўрсаткичларидан 3 мартаба фарқ қилиши кузатилган ($p < 0,001$).

Аниқ кўриниб турган позитив натижалар, юқори яллиғланишли фаолликка эга бўлган бетаметазон дипропионат ва антибактериал таъсирга эга бўлган мупироцинни таркибида сақловчи “Супироцин-Б” малҳамини самараси деб билиш мумкин.

Бакулев А.Л. и ҳаммуаллифлар 60 нафар 24 ёшдан 58 ёшгача бўлган чин экзема билан оғриган беморларда левоцетиризин препарати фониди терини жароҳатланиш майдонини, экзематоз жараёни оғирлик даражасини динамик баҳолаш учун EASI индексини, пациентларда ҳаёт сифатини EQ-5D, DLQI кўрсаткичлари орқали ўрганишди. Барча беморларда даврдан олдин EASI индекси ва EQ-5D, DLQI кўрсаткичларини сезиларли ортганини қайд қилишди. EASI индекси даврдан олдин 24 дан 42 гача (ўртача 31) баллни ташкил қилган. Ўтказилган терапия фониди EASI ва DLQI индексларини статистик ишончли камайганини қайд қилишди. Гленцет билан ўтказилган стандарт терапияни якунига келиб юқорида келтирилган индекслар 12 ва 6 марта камайганлиги кузатилган ($p < 0,001$).

Чин экзема билан оғриган барча беморларда гленцет билан даволанганидан сўнг EQ-5D индексини уч маротаба кўтарилганини аниқлаган ($p < 0,001$).

Цетиризин билан даволангач EASI индекси камайишга мойиллиги ($p > 0,05$), шу гуруҳ беморларида DLQI индексини 2,3 маротаба ишончли пасайишини ($p < 0,001$) ва EQ-5D кўрсаткичларини 2 марта ортганини констатация қилишган ($p < 0,001$). Аммо комплекс терапияни таркибиди гленцет қабул қилган беморларда цетиризин тавсия этилган пациентлардан EQ-5D индексини статистик билинарли ортганини ($p < 0,001$), DLQI индексини камайгани аниқланган.

Бакулев А.Л. и ҳаммуаллифлар чин экзема билан оғриган беморларни терисини даврдан олдин сканограмма қилишганида эпидермисни аниқ қалинлашгани констатация қилишган. Спонгиоз, тиканаксимон қаватда хужайралараро шиш билан боғлиқ бўлиши мумкин бўлган гипоезоген участкалар, нотекис эхо зичланишларни аниқлашган. Эпидермисни остиди гипоезоген соҳалар борлиги кўриниб, улар юзаки қон томирлар тўрини томирларини кенгайганлигидан, сўрғичларни шишидан ва томирларни атрофида лимфоид-хужайрали инфильтрациядан далолат берган. Гленцет препаратидан фойдаланилганидан кейин эпидермис ва дермани қалинлигини

камайганлигини ($p < 0,001$), назорат гуруҳи билан солиштирилганида бу кўрсаткичлар яқинлашгани аниқланган. Глинцетни қўлланиши эпидермис ва дермадаги яллиғланишли ўзгаришларни аниқ ва тез чегаралашга ёрдам берган.

Ласеев Д.И., Дикова О.В. лар 106 экзема билан оғриган беморларда (ўткир шакли – 31 (29,2%), сурункали шакли – 75 (70,8%), микробли экзема (L30.3) -77 (72,6%), чин (контактли аниқланмаган) экзема (L25.9) – 29 (27,4%)) экзематоз жараёни тарқалганлиги ва оғирлик даражаси индекси (EASI) ва симптомларни дерматологик индекс шкаласи (СДИШ, (ДИШС)), ҳамда пациентларни психоэмоционал ҳолатини ҳаёт сифатини дерматологик индекси (ҲСДИ (ДИКЖ)) кўрсаткичлари ёрдамида ўрганишди. Беморларни психологик ҳолати ЎҳқФК (САН (ўзини ҳис қилиши (самочувствие)), фаоллиги (активность), кайфият (настроение)) саволномаси орқали баҳоланган. Шунингдек беморларни қон зардобидаги альбуминни умумий (АУК) ва эффе́ктив (АЭК) концентрациясини аниқлашган. Экземали касалларда яна иммун статусини баҳолаш учун циркуляциядаги иммун комплексларини (ЦИК), иммуноглобулин А (IgA), G (IgG), M (IgM) текширишган.

Экзема касаллиги билан оғриган беморлардан олинган ҲСДИ кўрсаткичлари СДИШ маълумотлари билан тўғри ўртача корреляцион боғлиқ ($r=0,653$; $p=0,00002$) борлиги, шунингдек АУК ($r=0,513$; $p=0,002$), АЭК ($r=0,465$; $p=0,005$), IgA ($r=0,433$; $p=0,009$), IgG ($r=0,518$; $p=0,001$), IgM ($r=0,598$; $p=0,0001$) лар билан шундай натижалар берган. ЎҳқФКни психоэмоционал тести параметрлари қуйидаги корреляцион характеристикаларни берган: ўзини ҳис қилиши (назорат даражасидан паст 35,0% га ($p<0,001$)) – фаоллик билан тўғри ўртача ўзаро боғлиқ ($r=0,649$; $p=0,00003$), ҲСДИ билан тесқари ўртача ($r=-0,597$; $p=0,0002$), IgM билан ($r=-0,505$; $p=0,002$) ва тўғри кучли – кайфият даражаси билан ($r=-0,725$; $p=0,000001$); фаоллик (32,9% га назорат кўрсаткичларидан паст ($p<0,001$)) – кайфияти билан тўғри ўртача корреляцион боғлиққа эга эканлигини кўрсатди

($r=0,484$; $p=0,003$) ва ҲСДИ билан манфий ўртача ($r=-0,416$; $p=0,013$); кайфият (соғлом донорларни кўрсаткичларидан 34,3% га паст ($p<0,001$)) ҲСДИ билан қайтарма ўртач ўзаро боғлиқликни ($r=-0,576$; $p=0,0003$) кўрсатган. EASI ва IgG кўрсаткичлари манфий корреляцияни ўртача куч билан кўрсатганини аниқлашган.

Экзема билан оғриган беморларда психоэмоционал статусни, альбуминли тестни, баъзи бир иммунологик кўрсаткичларда сезиларли силжишлар бўлганини кузатишган. Экзема билан оғриган беморларни ҲСДИ ва клиник намоён бўлган манзараси, психоэмоционал ҳолати параметрлари ўртасидаги маҳкам ўзаро боғлиқликни аниқлашган. Экземали пациентларни ҲСДИ индекси альбумин концентрацияси параметрлари ва гуморал иммунитетни баъзи бир кўрсаткичлари билан тўғри корреляция қилишини кўришган. Экземани клиник манзараси ва альбумин ҳамда иммунологик параметрларини кўрсаткичлари орасида корреляцион боғланиш борлиги аниқланган [34, 35, 55, 56].

Абдурахимова Н.А. ва ҳаммуаллифлар томонидан 2 гуруҳга бўлинган (1- ёки асосий гуруҳи, ананавий терапия фонида Имунофан препарати тавсия этилган; 2- ёки назорат гуруҳи, ананавий даво буюрилган) 184 нафар микробли экзема билан оғриган беморларда ҳаёт сифатини дерматологик индекси (ҲСДИ) ўрганилганида қуйидагилар аниқланган: даводан олдин асосий ва назорат гуруҳидаги беморларда ҲСДИ ўрганилганида бир хил кўрсаткичларни кўрсатган ($27,7 \pm 1,4$ балл ва $27,7 \pm 1,2$ балл) ва статистик фарқ аниқламаган ($p=1,0$). Кейинги муддатларда ҲСДИ кўрсаткичлари Имунофан билан даволанган гуруҳ беморларида анъанавий гуруҳдагилардан доимо сезиларли пастлиги аниқланган. Аммо иккала гуруҳда ҲСДИ даражасини умумий манзарасини кетма-кет бир хил ўзгариши кузатилди: кетма-кет пасайиши давони бошланишидан то уч ойгача (тугалланишигача) ва терапия якунлангач ҲСДИ ни қайта 6 ойдан кейин кучайишигача ўхшашлиги. Даволанишдан уч ой кейин ҲСДИ ни ўртача даражаси анъанавий ва Имунофан билан ўтказилган комплекс даводан сўнг минимал

кўрсаткичларга етган ($12,5 \pm 1,7$ ва $3,9 \pm 2,0$ балл). Даводан олдин иккала гуруҳдаги ҲСДИ бир хил бўлгани, аммо ҲСДИ ни интенсив пасайиши Имунофан билан ўтказилганда етти мартаба, назорат гуруҳида эса икки мартаба эканлиги аниқланган. Даводан ярим йил ўтгач иккала гуруҳда ҲСДИни статистик кўрсаткичлари ўртача сонлари кўтарилгани кузатилган ($p < 0,01$ ва $p < 0,001$). Назорат гуруҳида ҲСДИ бу давр ичида ўртача $19,2 \pm 2,6$ баллга камайган ($p < 0,001$). Имунофан билан даволангандан сўнг ҲСДИ ярим йилдан кейин $5,9 \pm 2,4$ баллга пасайган, 3 ойдан кейинги кўрсаткичлардан юқори бўлсада ($p > 0,86$), стационардан чиқарилган даврдагидек эканлиги аниқланган – $5,7 \pm 2,8$ балл.

Асосий ва назорат гуруҳини иккала индексларини даводан олдинги дастлабки маълумотлари бир хил ва бир бирига ўхшаш камайсада, имунофанни комплекс давода қабул қилган гуруҳдаги беморларда ишончли паст эканлиги кузатилган [1, 86].

Барбинов В.В. ва ҳаммуаллифлар 11 та тиббиёт марказларида стероид сезувчан дерматозлар билан оғриган 80 нафар пациентларни (шулардан 18 нафари экзема (7 нафар аёл ва 11 нафар эркаклар) билан жароҳатланган) Гистан-Н (таркиби 0,1% мометазона фууроата) креми билан даволашган. Терапияни самарадорлигини дерматологик индексларни динамикасини баҳолаш орқали аниқлашган. Экземани оғирлигини EASI индекси (Eczema Area and Severity Index), қичишишини интенсивлигини визуал-аналогли 10-балли шкаладан иборат VAS (visual analog scale) тизимидан фойдаланиб аниқлашган [12, 88].

Экзема билан оғриган беморларда теридаги ўткир яллиғланишли ҳодисаларни пасайишини кузатишган. Намланишнинг 2-4 кунлари тугалланиши, интенсив гиперемияни 10-14 кунларига бориб сезиларли камайганлигини аниқлашган. EASI индексини 10 кундан кейин 34,1% га, 21 кундан сўнг эса 70,1% га пасайганини кўрсатиб ўтишади ($p < 0,05$). Қонни биёкимёвий ҳолати ўрганилганида 2 нафар экзема билан оғриган беморларда

АЛТ ва ГГТ кўрсаткичларини рухсат этилган катталиклардан 12-38% га транзитор ортганини кузатишган.

Стаценко А.В. ва ҳаммуаллифлар 80 нафар экзема, псориаз, атопик дерматит, оддий ва аллергик дерматит, қизил ясси темиртки каби касалликларга мометазон фураат (Гистан-Н 0,1%) кремини таъсир самарадорлигини EASI, PASI, SCORAD дерматологик индекслари ва визуал-аналог шкалалари динамикаси ёрдами ўрганишган. Жумладан, 18 нафар (7 нафар аёл ва 11 нафар эркаклар) экзема касаллиги билан оғриган беморларида EASI индекси ва VAS шкаласи ўрганилган [12, 88].

Перламутров Ю.Н ва ҳаммуаллифлар ўз изланишларида 46 нафар анамнезида топик ГК дан фойдаланган АтД ёки себореяли экзема касаллиги билан оғриган беморларда Скин-кап препаратини самардорлигини симптомларни дерматологик индекси шкаласи (СДИШ) динамикаси ёрдамида ўрганишган. Скин-кап препарати “бекор қилиш дерматити” ҳолатларида юқори самара берган жараённи енгил кечишига ва яллиғланиш жараёнларини тезда ўтиб кетишига ёрдам берган. Скин-кап кремини кўлланиши системали дори препаратларини беришни олдини олган.

Экзема билан оғриган беморлар терисидаги ўткир яллиғланишли ходисалар босилиши, намланишни тўхташи 2-4 суткаларига тўғри келган, гиперемияни интенсивлиги сезиларли 10-14 кунлари камайган. EASI индекси давони бошланишидан олдин $21,4 \pm 7,2$ баллни ташкил қилган бўлса, EASI 10 кундан сўнг 34,1% ни ташкил қилиб, $14,1 \pm 5,7$ баллни кўрсатган, 21-кунга келиб 70,1% га камайган ва $6,4 \pm 2,8$ балл бўлган ($p < 0,05$). VAS шкаласи комплекс терапиядан олдин $8,7 \pm 3,2$ ни ташкил қилган бўлса, 10 кундай кейин $4,2 \pm 2,1$ ни, 21 кундан сўнг эса $2,9 \pm 1,1$ ни ҳосил қилган ($p < 0,05$) [114, 118, 131].

Федоренко А.Е ва ҳаммуаллифларлар 22 нафар асаб тизими билан боғлиқ чин экзема билан оғриган 20-46 ёшгача бўлган беморларни номедикаментоз даволаш (сунъий микроклиматли “Тузли ғор” ҳосил қилинган) орқали анъанавий даволаш ўтказиб кўришган. Беморлар 2 ҳафта

давомида “Тузли ғор”да майдадисперсли релектив тошли тузли аэрозоль ёрдамида сунъий микроклиматли галоаэрозоль камераларида 45-60 дақиқага даволаш муолажаларини олганлар. Давони умумий самарадорлиги дерматологик статусини, психоэмоциональ ҳолатини ҳаёт сифати том индекси (DLQI) ёрдамида баҳоланган. DLQI махсус скрининг текшириш усули бўлиб, мамлакатимизда ва Европа ва бошқа давлатларда кенг қўлланилиб келинаётган усул ҳисобланади [95].

Муаллифлар томонидан 15 нафар экземани оғир шакли билан оғриган беморларга алитретиноин препаратини per os 30 мг дан 3 ой давомида буюрилганида EQ5D-VAS кўрсаткичларида сезиларли ўзгаришларни кузатишган [115].

Хулоса. Юқорида келтирилган дерматологик индексларни Чет элларда ва Россия давлати қўлланиб келиши, уларни самарали фойдаланилиши орқали экзема касаллигига аниқ диагноз қўйишдан ташқари, даволанишни самарасини тўлиқ ўрганишга ва ремиссия даврини ёки тузалиш мезонларини аниқлашга ёрдам беради. Ўзбекистонда экзема касаллиги билан оғриган беморларда EASI ва ХСДИ индекслари бўйича изланишлар етарли ўтказилмагани, қўллаб кўриладиган препаратларни самараси тўлиқ ўрганилмаганлиги, бизга бу индекслар ёрдамида касалликни кечишини ўрганиш, ўтказиладиган терапияни самарадорлигини аниқлашга имкон бериши изланишимизни мақсади бўлди.

1.3 ЭКЗЕМАНИ ДАВОЛАШДАГИ ЗАМОНАВИЙ УСУЛЛАР

Ҳозирги даврда экземани даволаш дерматологиянинг асосий актуал ва керакли муаммоларидан биридир. Экземани патогенези мураккаб бўлган механизмлардан иборат бўлиб, унинг кўплаб қайталаниши турли хил экзо- ва эндоантигенлар билан боғлиқ ва касалликни даволашни анъанавий тамойиллари унга боғлиқдир [67]. Кўплаб муаллифларнинг фикрича даволашнинг анъанавий усуллари пациентларни радикал тарзда экземадан

халос қилмайди, бу эса доимо янги препаратларни ва даволаш усулларни излашни талаб қилади. [67].

Экземани даволашда касалликни келиб чиқишидаги эндоген ва экзоген омилларни индивидуал ҳисобга олган ҳолда олиб борилади. Патогенетик носпецифик терапия (антигистамин препаратлар, дезинтоксикацион терапия, иммуномодуляторлар, десенсибилизаторлар, оғир кечганида эса глюкокортикоидлар (ГК) қўлланилади. Ферментопатия, дисбактериоз ҳолатлари кузатилганида фермент препаратлари, пробиотиклар ва ҳаттоки антибиотиклар ҳам қўлланиши мумкин.

Дерматологни амалиётида терини ноинфекцион сурункали кечувчи патологиялари орасида атопик дерматит ва экзема билан жароҳатланганлари кўплиги кузатилмоқда. Сурункали кечувчи, тез-тез қайталаниб турувчи, экзема ва атопик дерматит билан оғриган беморларни микроциркуляция ҳолатини динамик баҳолаш кераклиги, текширишни маҳсус усулларини қўллаш кераклигини кўрсатмоқда. Шундай усуллардан бирини лазерли доплерография (ЛД) ни бир неча изланувчилар таклиф қилишади.

Торшина И.Е. ва ҳаммуаллифлар экзема ва атопик дерматит билан оғриган беморларда ЛД ни ўтказиб кўришиб, атопик дерматит ва микробли экземада микроциркуляция ўзига хослиги ва ЛД ни ушбу касалликларни дифференциал диагностикасида фойдаланиш мумкинлигини кўрсатиб ўтдилар. Изланиш натижаларига кўра қон айланиш тезлиги ва перфузия экземада кўпайишини, атопик дерматитда камайишини, қон айланишини концентрациясини кўрсаткичларига асосланиб экзематоз жараёнда пасайишини, атопик дерматитда ошишини, ЛД ёрдамида жароҳат ўчоғларини ҳақиқий ўлчамларини тошма элементларидан фарқ қилиб, клиник зарарланган соҳалардан бузилган микроциркуляция зоналари ўлчами катталигини аниқлашган [90].

Бошқа бир қатор изланувчилар фитотерпияни қўллашни таклиф қилишади.

Улугходжаев Т.У., Юнусов Р.А. экзема (14 нафар), псориаз (10 нафар), нейродермит (9 нафар) касалликлари билан оғриган беморларда компьютер лазеропунктураси, бальнеофизиоумолажалари, фитотерапия усуллари билан комплекс даво ўтказганида фойланилган терапиядан юқори самара (97%) олганини кузатган [93].

Экземани даволаш ҳам актуал муаммо бўлиб қолмоқда, чунки фармакологик препаратлар асосида фойдаланилаётган терапия доимо ҳам керакли натижаларни бермайди. Бу дерматозни даволашда кўп ҳолларда дори воситаларининг ноўғун таъсирлари ва улардан етарли самарани йўқлиги янги самарали натижа берувчи ўсимликлардан олинувчи препаратларни излашга олиб келмоқда.

Охириги йилларда ўсимликлардан олинадиган препаратлар, организмни жароҳатловчи турлича омилларга чидамлилигига таъсир қилувчи сифатида қўллаш жуда кенг тарқалмоқда [4, 5, 60, 87, 92].

Кўплаб тери касалликлари патогенезида озод радикал жараёнларни ўзгаришларини жалб қилиниши тасдиқланганлиги сабабли, антиоксидант таъсирга эга бўлган турли хил препаратларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади.

Терини кўплаб касалликларини патогенезида озод радикал жараёнларини роли ва уларни ўзгариши кўплаб олимлар томонидан тақдиқланган бўлиб, антиоксидант таъсирга эга бўлган турли хил препаратларни қўллаш мақсадга мувофиқ бўлади. Антиокс ва пармелия препаратларини даволанишдан олдинги аниқланган ЛПО тизимидаги ўзгаришларга ижобий таъсирини кўплаб олимлар кўрсатиб ўтишган. [1, 2].

Аллергик (атопик) диатез, иккиламчи иммун танқислик ва АтДни, экземани даволашда иммуномодулинни иммунлимфокоррекция усулида қўллаш юқори терапевтик ва иқтисодий самарадорликка эгаллигини кўрсатиб ўтишган [79].

Турсунов Б.Б. ва ҳаммуаллифлар экзема билан оғриган 39 нафар беморларни даволашда антиоксидант Триовитни қўллашган. Триовит альфа-

токоферол, аскорбин кислотаси, бета-каротин ва селендан ташкил топган. Уни (кунига 1-2 капсуладан) ишлатиш экземани даволаш самарасини оширган [4, 5. 60, 87, 92].

Абдурашитов А.А. ўз изланишларида эндоген интоксикацияни экзема касаллигидаги ролини асослаб бериб, уни даволашни патогентик аҳамиятини кўрсатиб ўтган [2, 5, 78].

Баъзи бир муаллифлар озонотерапияни беморларни ҳаёт сифатига таъсири маҳаллий ва вена ичида озонотерапия ўтказилган ҳолатида ўрганиб, ижобий самарани аниқлаган [82, 84].

Ўзбекистонлик олима Мавлянова Ш.З. 15 нафар экзема билан оғриган беморларда симптомларни дерматологик индекс шкаласини (СДИШ) даврдан олдин ва кейин клиник самарадорликка баҳо орқали кузатиб ўтган. Даволаниш жараёнида олима полифит ёғи яллиғланишга ва қичишишга қарши таъсирга эга эканлигини ва теридаги патологик жараён динамикасига ижобий таъсир қилишини аниқлади [61].

Федоренко А.Е., Федоренко Л.А.лар 22 нафар асаб тизими билан боғлиқ чин экзема билан оғриган 20-46 ёшгача бўлган беморларни номедикаментоз даволаш (сунъий микроклиматли “Тузли ғор” ҳосил қилинган) орқали анъанавий даволаш ўтказиб кўришган. Беморлар 2 ҳафта давомида “Тузли ғор”да майдадисперсли релектив тошли тузли аэрозоль ёрдамида сунъий микроклиматли галоаэрозоль камераларида 45-60 дақиқага даволаш муолажаларини олганлар. Давони умумий самарадорлиги дерматологик статусини, психоэмоциональ ҳолатини ҳаёт сифати том индекси (DLQI) ёрдамида баҳоланган. DLQI махсус скрининг текшириш усули бўлиб, мамлакатимизда, Европа ва бошқа давлатларда кенг қўлланилиб келинаётган усул ҳисобланади [95].

Даволаш жараёнида беморларни психоэмоционал статус сезиларли ижобий ўзгариши, касалликни субъектив симптомларини камайиши, ўз ҳаётини ўзини баҳолашни ўзгариши орқали кўрсатилган. Қичишишнинг камайиши муолажаларни 2-3 кунларига, тўлиқ йўқолиши эса 6-8 кунга тўғри

келган. Соматик ҳолатини умумий яхшиланиши 6-7 кунларда кузатилган. Ҳаёт сифати индексини сонлардаги кўриниши даволаниш курсини охирида 3 маротаба ортиши билан кўрилган. Шунингдек, беморларда уйқуни яхшиланиши ва таъсир қилувчи ҳамда ҳоллиқтиришни камайиши кузатилган. Бундай ўзгаришлар экземани зўрайиши психоэмоционал ҳолатларни бошидан кечирган беморларда сезиларли ўзгаргани аниқланган [95].

Рахматов А.Б. 33 нафар (шулардан 9 нафари экзема касаллиги билан оғриган) беморда Локатоп кремани самарадорлигини кузатган. Экзема билан оғриган беморларда препарат узоқ вақт давомида фойдаланилган бўлиб, ўткир яллиғланишли ҳодисаларни регресси ўртача 7-10 суткадан кейин кузатилган. Шу каби касалликларда локатоп препаратини узоқ вақт қўллаш кераклигини аниқлаган [77, 78].

Свирид С.Г. ва Гречухалар 23 нафар 25-49 ёшлардаги (13 нафари чин, 10 нафари микробли) экзема билан оғриган беморларда борат кислотаси эритмаси билан, кейинчалик мураккаб таркибга эга бўлган паста (борат кислотаси 1,0; тальк – 9,0; цинк оксиди – 10,0; эскулюс композитум, сувсизлантирилган ланолин, кунгабоқар ёғдан – 10,0 дан иборат) билан кунига 1 марта суртиш орқали даволаниш қўлланилган. Дастлаб борат кислотаси билан экссудатив ҳолатлари камайганидан сўнг мураккаб паста стабил қуриш эффекти кузатилгунича суртилган, кейин эса эскулюс таркибида бор крем (эскулюс композитум – 5,0; сувсиз ланолин, кунгабоқар ёғи, дистилланган сув 15,0 дан иборат) билан терапия 12-25 кун давомида давом эттирилган. 20 нафар беморда клиник ремиссия ва 3 нафар варикоз экзема билан оғриган беморларда клиник яхшиланиш кузатилган [83].

Лукина Н.М., Абдурашитов Ш.Г. лар экзема ва аллергия дерматитли 158 беморда глидеринин мази ва рибоксин линиментини Димексид билан биргаликда даволашда қўллаб кўришган. Уларнинг юқори даражадаги самарадорлиги кузатилган. Бу услубни даволаш усули сифатида тавсия этишган [57].

Хамидов Ф.Ш. назоратидаги 70 нафар экзема диагнози қўйилган беморлардан 35 нафариди “Оби хаёт” препаратини қўллаб кўрган. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган ҳолда препаратни самарадорлиги ўрганилган. Беморларда даводан олдин МДА қон зардобиди ўрганилган ва терапиядан олдин МДА кўрсаткичларини ошиб кетганлигини кузатган. Даводан сўнг қон зардобиди МДА кўрсаткичлари камайганлигини, клиник самара “Оби хаёт” қабул қилган 86% беморларда кузатилганлигини аниқлаган.

Микроорганизмларга сенсibiliзация ривожланиш учун шароитлар яратади. Моновалент сенсibiliзация турли хил экзоген ва эндоген омиллар таъсирида поливалент сенсibiliзацияга трансформация бўлади. Стафилококк, стрептококк ва уларни хаёт фаолиятида ҳосил қилган маҳсулот натижасида специфик ва носпецифик иммунитет фонида сенсibiliзация жараёни вужудга келади. Кокклар флорасини сенсibiliзацияси фаолиги вақтида комплемент титрини, лизоцим фаоллигини пасайиши, фагоцитар фаоллиқни етимовчилиги иммунитет резервларини кучсизлигидан далолат беради. Микробларнинг аллергия хусусиятларини чақириш қобилияти ҳаммадан асаб-эндокрин бошқариш бошқаруви силжиши, модда алмашинуви бузилишларида ва терини аутоантигенларга сенсibiliзациясида кучаяди [97, 98].

Амалиёт нуқтаи назаридан микробли экземани ажратиб кўрсатилиши ташқи давони ўтказишда катта аҳамиятга эгадир. Глюкокортикостероид, антибиотик ва замбуруғларга қарши воситаларни фиксацияланган комбинацияда қўлланиши стратегик йўналиш ҳисобланади. Микробли экземани комплексли терапиясида антибиотиклар зарурий компоненти ҳисобланади, чунки патологик жараёни ривожланишида бошловчи ролни бактериал-замбуруғли бирлашма ўйнайди.

Клиник амалиётда препаратни қўзғатувчини ҳисобга олиб буюриш фақатгина уни идентификация қилинганидан кейингина мумкин, аммо бунинг учун қўшимча вақт керак бўлади. Шунинг учун микст-инфекцияли дерматозларнинг бошланғич босқичларида антибактериал ва антимикотик

таъсирга эга бўлган, кенг таъсир диорасига эга бўлган препаратларни буюриш мақсадга мувофиқдир.

Касихина Е.И. ва ҳаммуаллифлар 24 ёшдан 60 ёшгача бўлган 34 нафар нумуляр экзема билан оғриган беморларда комбинацияланган глюкокортикостероид препарат Акридермни самарасини ўрганиб чиққан. Акридерм препарати бир марта қўлланилганидан сўнг беморларда қичишиш ва ачишиш ҳиссиётини, яллиғланиш ва экссудацияни камайганини кузатишган. Беморлар препаратни яхши қабул қилишгани, ножўя таъсири ва асоратлар кузатилмаган. Акридерм препаратини нумуляр экземада юқори терапевтик самара берганини кўрсатиб ўтишган [45].

Бир қатор изланувчилар топик глюкокортикоидларни таъсирини экзема ва бошқа дерматозларга таъсири ўрганишган.

Шибаета Е.В., Пышкина Е.И. ларни изланишида Пимафукорт препаратини микробли экземани турли хил шакллари билан оғриган пациентларда юқори самарадорлигини тасдиқлашган. Текширилаётган препарат беморлар томонидан яхши қабул қилингани ва хавфсизлиги, бошни юз соҳаларига, гениталий аъзоларини ташқи юзаларига, терини бурмаларига ва катта ва кенг участкаларига қўллаш мумкинлигини кўрсатиб ўтишган. 83,3% беморларда тошмаларнинг тўлиқ регресси, қолган қисмида эса сезиларли яхшиланишни аниқлашган. Ҳеч қайси ҳолатларда қўшимча системали антибактериал терапия ёки замбуруғларга қарши воситалар қўллашмаганлар [50, 86, 104].

Клиник амалиётда селектив иммуносупрессив фаолликка эга бўлган, кортикостероид (КС) ташқи дори воситалари сингари қўлланувчи принципиал янги топик препаратларни пайдо бўлиши воқеа бўлиб қолмоқда. Охирги 10 йилдан бери чет элларда ва Россияда, ҳамда мамлакатимизда кальциневринни топик ингибиторлари дерматозларни даволашда қўллаб келинмоқда. Бу препарат сезиларли яллиғланишга қарши таъсир қилувчи хусусиятларга эга ва ташқи давода қўлланиладиган КС каби салбий таъсирга эга эмас [52, 116, 120, 131, 132, 133, 134, 137].

Бармоқларнинг сурункали экземаси кенг тарқалганлиги, доимий қайталаниб кечиши янги самарали ташқи қўлланувчи терапияни излашга мажбур қилмоқда. Дерматознинг асосий триггер омиллари бўлиб, ирригантлар ва аллергенлар ҳисобланади, қоидага кўра улар тўлик элиминацияга учрамайди, шунинг учун терида доимо иммунитет билан боғлиқ турли даражадаги яллиғланишлар кузатилади. Бу эса КС препаратларни узоқ вақт давомида қўлланишини талаб қилади. 0,1% ли такралимус малҳамини бармоқлар экземасида аппликация усулида кунига 2-3 маҳал қўлланиши, баъзида окклюзив боғлам ёрдамида фойдаланиш мумкинлигини кўрсатди. Системали абсорбция минималлиги ҳаттоки окклюзив ҳолатда қўлланилганида ҳам хавфсиз эканлигидан далолат беради [124].

Одамнинг териси ўзига хос “ботаник боғ” ҳисобланади, унда жуда кўп миқдорда патоген ва сапрофит микроорганизмлар ўсиб яшайди. Турли хил муаллифларнинг маълумотига кўра, терида стафилококк ва стрептококклар 3,2-98,0% гача учрайди. 5-10% соғлом одамларда *S. aureus* ташувчанлик кўлтиқ остида ва чов бурмаларида, 30% да бурун бўшлиғида кузатилади. Ҳозирги даврда терини меъёрдаги микрофлорасини 99% ни пропион бактериялари, стафилококклар ва ачитқиларни *Malassezia* авлодига мансуб микроорганизмлар ташкил қилади деб ҳисобланади. Терини юзасини ўзини стрелизация қилиш хусусиятлари сув-липидли мантия ва терини ўзига хос микробиоценози орқали амалга оширилади. Бу ҳолат терида яшовчи кўп сонли микроорганизмларни симбиози натижасида вужудга келади. Соғлом терида меъёрдаги микрофлора нисбий стабил бўлиб, колонизацияли резистентликни келтириб чиқаради. Аммо кўплаб мамлакатимиз ва чет эллик изланувчиларнинг маълумотига кўра, АтД, экзема, себореяли дерматит, псориаз билан оғриган беморларни терисидаги микрофлора таркиби миқдори ва сифати бўйича соғлом одамларни терисидан фарқ қилади. Охирги 20 йил ичида иммун боғлиқлик бор патогенезли сурункали яллиғланишли дерматозларни ривожланишида турли хил микроорганизмларни ролини

ўрганиш олиб борилмоқда. Жароҳатланган тери ўчоғларида ва соғлом терида патологик микрофлорани тарқалиши аниқланган бўлиб, бу АтД, себореяли дерматитда, сурункали экземада кузатилади [14, 36].

Экзема касаллигида маҳаллий даволаш индивидуал тарзда ва яллиғланиш жараёнларини характериға, давриға, босқичларига, шаклиға, бемор организмини реактивлигиға кўра ўтказилади. Шунингдек беморни юқори аллергик сезувчанлигини унитмаслик керак ва дори препаратларини қўллаш даврида эҳтиёткорлик билан, қитиқловчи омилни ҳисобға олган ҳолда дори воситаларини қўллаш керак.

Экзема билан касалланган беморларда патологик жараён ўткир экзематизация (намланиш) билан кечаётган даврида нам-қуритувчи бойламалардан (примочка) фойдаланиш тавсия этилади. Нам-қуритувчи бойламаларни антибактериал, антисептик таъсирға эға бўлиши керак. Ҳозирда бундай таъсирға эға бўлган 0,25% кумуш нитрат, 2% танин, 2% борат кислотаси, 0,02% фурациллин, резорцин ва бошқа препаратлар-эритмалари қўлланилади. Намланиш тўхтаганидан сўнг эса кортикостероид аэрозоллар, кремлар, малҳамлар, “чайқатма” эритмалар, пасталардан фойдаланилади. Сурункали экзема ўчоғларига пасталар, малҳамлар қўлланилади.

Охирги йилларда Ўзбекистонни фармацевтик бозорида кўплаб янги ўсимликлардан олинган организмни турли тизимларига, шунингдек тери ва шиллик қаватларға ижобий таъсир қилувчи кўплаб препаратлардан фойдаланила бошланди. Шунингдек қимматбаҳо тошлар марварид, зумруд, малахит ва шу кабиларда ҳам кенг фойдаланилмоқда. Гомеопатик препаратлардан ҳам экзема терапиясида қўллашға тавсия этилмоқда.

Ўсимликлардан тайёрланган препаратлардан бири бу “Витадерм” экстрактидир ва уни дерматозларни даволашда антимикотик, антибактериал ва вирусларға қарши самарасиға таянган ҳолда изланишлар ўтказилмоқда.

Хулоса. Витадерм препаратини экземадаги клиник самарадолиги тўлиқ ўрганилмаган бўлиб, бизни мақсадимизни асосий қисмини ташкил қилди.

Витадерм экстрактини ЛПО тизимига, ХСДИ ва EASI индексларига таъсири ўрганилмаган бўлиб, бу дерматологиянинг актуал муаммоларидан бири ҳисобланади ва изланиш Витадерм препаратини самарадорлиги ҳақидаги дерматологиядаги илк маълумотлар бўлади.

Юқорида келтириб ўтилган фактлар юқори амалий ва илмий аҳамиятга эга. Ҳозиргача Андижон вилояти аҳолиси орасида экзема касаллигининг этиологик омиллари, липидларни перекисли оксидланиши (ЛПО), ҳаёт сифатини дерматологик индекси (ХСДИ) ва EASI индексларига ҳамда экзематоз жараён орасидаги боғланишни Витадерм экстракти билан ўтказиладиган давони бошида ва даволаниш динамикасига боғлаб ўрганиш биринчи марта амалга оширилади.

II БОБ. ТАДҚИҚОТ ХАЖМИ ВА УСЛУБЛАРИ
2.1. ЭКЗЕМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ КЛИНИК
ТАҲЛИЛИ

Бизнинг кузатувимиз остида экзема билан оғриган 52 бемор бўлиб, уларни текшириш ва даволаш Андижон Давлат тиббиёт институти Дерматовенерология кафедраси ва Андижон вилояти тери ва таносил касалликлари диспансери тери бўлимида олиб борилди.

Беморларни ёши 14 ёшдан 62 ёшгача, эркаклар 122 (50,4%) нафар, аёллар 120 та (49,6%) эди. 242 бемордан 128 (53%) нафари шаҳар, 114 (47%) нафари эса қишлоқда яшайдиган аҳолидир.

Жадвал №2.1

Беморларни жинси ва ёши бўйича тақсимланиши

Ёши бўйича гуруҳлар	Эркаклар	Аёллар	Жами	
			абс	%
0 ёшдан 14ёшгача	26	33	59	24,4
14 дан 20 ёшгача	8	12	20	8,2
21 дан 30 ёшгача	24	24	48	19,9
31 дан 40 ёшгача	11	13	24	9,9
41 дан 50 ёшгача	18	14	32	13,2
51 ва катталар	35	24	59	24,4
Жами:	122	120	242	100

Жадвал №2.2

Касаллик билан оғриш муддати

Муддатлар	Эркаклар	Аёллар	Жами	
	Абс	Абс	абс	%

6 ойгача	14	15	29	11,9
6 ойдан 12 ойгача	17	14	31	12,8
1 йилдан 5 йилгача	53	56	109	45,2
5 йилдан 10 йилгача	22	18	40	16,5
10 йилдан ортик	16	17	33	13,6
Жами:	122	120	242	100,0

1- ва 2-жадваллардан кўришиб турибдики, кўпчилик беморлар иш қобилиятини йўқотмаган аҳоли бўлиб, аёл ва эркакларнинг катта қисмини ёшлар ташкил қилгани кузатилмоқда. Беморларни катта қисми (182 нафари) 1 йил ва ундан ортиқ бу хасталикка билан оғриётганлиги маълум бўлди.

Жадвал №2.3

Беморларни касби бўйича тақсимланиши

Касби	Эркаклар	Аёллар	Жами	
			Абс	%
Мактаб ёшигача болалар	18	16	34	14,1
Мактаб ўқувчилари	10	22	32	13,2
Талабалар	18	19	37	15,3
Хизматчилар	7	5	12	4,9
Нафақахўрлар	35	24	59	24,4
Ишчи ва деҳқонлар	10	5	15	6,2
Вактинча ишсизлар	24	29	53	21,9
Жами:	122	120	242	100

242 нафар бемордан 15 (6,2%) нафари ишчи ва деҳқонлар, 12 (4,9%) нафари хизматчилар, 37 (15,3%) нафари талабалар, 59 (24,4%) нафари нафақахўр, 32 (13,2%) таси мактаб ўқувчилари, 53 (21,9%) нафари вактинча ишсизлар, 34 (14,1%) нафари мактаб ёшигача бўлган болалар эди.

Жадвал №2.4

Ёндош патологияларни кузатилиши

Ёндош патология	Жами	
	Абс	%
Ошқозон-ичак тизими	70	28,9
Асаб тизими	68	28,1
Анемия	24	9,9
Гельминтоз	58	23,9
Аллергик ринит	22	9,2

Жами:	242	100,0
-------	-----	-------

70 нафар беморда ошқозон-ичак тизими (сурункали холецистит, холангит, ошқозон ва 12 ли бармоқ ичак яраси, сурункали гепатит), 68 нафарида асаб тизими (невроз, невротениялар, депрессиялар), 24 нафарида анемия, 22 нафарида аллергик ринит, 58 нафарида гельминтоз аниқланди ва мутахассислар томонидан диагнозлар тасдиқланди.

Жадвал №2.5

Экземани келтириб чиқарган омиллар

Омиллар	Беморлар сони	
	Абс	%
Ирсий	74	30,6
Психо-эмоционал	61	25,2
Ошқозон-ичак тизими	70	28,9
Механик жароҳат	12	4,9
Аниқланмаган	25	10,4
Жами:	242	100

5-жадвалдан кўриниб турибдики, кузатувимиздаги 242 нафар беморларда касаллик келиб чиқувчи сабаблардан энг кўп келтирилгани ирсий омил бўлиб, 30,6% ни ташкил қилган. Психо-эмоционал омиллар 25,2% (61 нафарида) да ва ошқозон-ичак тизими касалликлари омиллари 28,9% (70 нафарида) ҳолатларда касаллик келтириб чиқарган факторлар сифатида беморлар томонидан таъкидланган. 4,9% (12 нафар) беморлар эса касаллик сабабини экзоген омиллар билан боғлаган.

Клиник материални экзема касаллиги нозологик шакллари бўйича таҳлил қилинганда олимлар томонидан қабул қилинган классификациядан фойдаланилди. Унда экземани клиник шакллари, асоратлари ва тарқалиши ҳисобга олинган.

242 нафар беморнинг барчасига экземани турли хил шакллари диагнози қўйилди, уларнинг 93 (38,5%) нафарида чин экзема, 88 (36,2%)

нафарида эса микробли, 41 (16,9%) нафарида себореяли, 20 (8,4%) нафарида экземани болалар шакллари аниқланди.

Чин экзема билан оғриган беморларда тошмалар қўл-оёқларда, юзда жойлашганлиги кузатилди. Микробли экзема билан касалланган пациентларда жароҳат ўчоғлари ассиметрик жойлашган бўлиб, уларни асосан қўл ёки оёқларни зарарлагани аниқланди. Себореяли экзема билан оғриган беморларда патологик жараён ёғ безлари жойлашган соҳаларда, асосан бошни сочли қисмида жойлашганлиги маълум бўлди. Субъектив хиссиётлардан барча беморларда қичишиш, терини ачишиши, шиши безовта қилди.

Жадвал №2.6

Экзема билан оғриган беморларнинг клиник шакллари бўйича таҳлили

Экзема турлари	Эркаклар	Аёллар	Жами	
			Абс	%
Чин экзема	54	39	93	38,5
Дисгидротик	16	13	30	12,4
Интертригиноз	38	26	63	26,1
Микробли экзема	46	42	88	36,2
Нуммуляр	22	28	50	20,7
Варикозсимон	5	7	12	4,9
Сикозсимон	6	-	6	2,5
Сўрғичлар атрофидаги	-	8	8	3,2
Паратравматик	6	6	12	4,9
Себореяли экзема	11	30	41	16,9
Болалар экземаси	9	11	20	8,4
Ўткир экзема	10	8	18	7,4
Сурункали экзема	42	28	70	28,9
Жами:	122	120	242	100

52 нафар беморларда атопияни белгилари (эртанги болалик давридан бошланганлиги, атопик касалликларни яқин қариндошларида кузатилиши, теридан ташқари атопиянинг борлиги) кузатилди.

Атопия кузатилмаган беморларни асосини 30 ёшдан катта ёшдаги пациентлар ташкил қилди. Бу гуруҳдагиларни кўпчилигини эркаклар ҳосил

қилди. Уларда касалликни оғир кечиши кузатилмади, беморларни абсолют кўпчилигида енгил даражали жароҳатланиш аниқланди.

111 нафар пациентларда касаллик ўткир босқичида кечиши, жароҳатланган тери ўчоғларида гиперемия, намланиш фониди микровезикулаларни ҳосил бўлиши, қичишиш билан бирга кузатилиши намоён бўлди. Қолган 70 нафар беморларда касаллик сурункали шаклидалиги аниқланди.

60 нафар беморлар психоэмоционал стресслар (оилавий ва ишхонадаги можаролар, турмуш ўртоғи билан ажрашиш, ота-онасини ўлими, яқин одамларини ўлими, имтиҳонларни топширишдаги муаммолар ва б.) сабабли касаллик келиб чиққанлиги билан боғладилар. 12 нафар беморлар экзоген (курилиш материаллари, кир ювиш кукунлари, ишқорий моддалар) омиллар таъсири натижасида касаллик келиб чиққанлиги аниқланди.

Сероз қудуқлар барча беморларни жароҳат ўчоғларида кузатилди.



Расм №1. Бемор Гоипова. Ш. 1981 ёш, касаллик тарихи №2318/691.

Диагноз: Паратравматик экзема.

Жадвал №2.7

STATUS LOCALIS

Тошмалар тошган соҳалар:	Эркаклар	Аёллар	Жами:	%
Қўлларда	38	20	58	23,9
Оёқларда	24	39	63	26,1
Қўл ва оёқларда	33	42	75	31
Баданда	27	19	46	19

Жами:	122	120	242	100
-------	-----	-----	-----	-----

2.2. Малон диальдегидини қон зардобида аниқлаш усули

Липидларни перекисли оксидланиши (ЛПО (перекисное окисление липидов ПОЛ)) жараёнларини ҳолатини аниқлаш Гаврилов В.Б. ва хаммуаллифларнинг қонни оксилсиз экстрактида спектрофотометрик усули ёрдамида ўтказилди. Керакли рН га эга бўлган 3 мл H_3PO_4 ва 1 мл 0,8% ли тиобарбитур кислотлардан (ТБК) ("Реахим" ч.д.а.) иборат реакцион эритмага 0,2 мл қон зардоби қўшилади. Тайёр бўлган аралашмани рН ши рўйхотга олиниб, қайнаётган сувли ҳаммомга пробиркалар 45 дақиқага қўйилади. Сўнг аралашма хона ҳароратигача совитилади ва 5 мл н-бутанол қўшилади. Яхшилаб аралаштирилган эритма 10 дақиқага (1 дақақада 3000 марта айланишли) центрифугага қўйилади. Тайёр бўлган аралашмада ТБК-реакцияни маҳсулотлари оптик ютиши ва флуоресценцияси интенсивлиги бўйича аниқланади.

ТБК ни концентрацияси куйидаги формула бўйича аниқланади:

$$C=0,81+106xD,$$

C-1 мл қон зардобидаги ТБК ни фаол маҳсулоти бўлган МДА ни наномольдаги концентрацияси;

Д-бутанол экстрактини 535-580 даги оптик зичлигини бирлиги.

Қиёсий баҳолаш учун контрол гуруҳни 10 нафар киши ташкил қилади.

Олинган материал статистик ҳисоблашлари Стьюдент-Фишер формуласи бўйича амалга оширилди.

2.3. Экзема касаллигида оғирлик даражасини аниқлаш

Экземани оғирлик даражасини аниқлаш учун халқаро стандартдан фойдаланилди. EASI (Eczema Area Severity Index, экземада жароҳат майдонини ва оғирлик индекси) индекси орқали балли баҳолашда максимал кўрсаткичлар 72 баллни ташкил қилади. Касалликни аниқлашни мураккаб индекси 4 та топографик соҳаларда (бош, бўйин, қўллар, оёқлар, танада)

касаллик белгиларига (эритема, инфильтрация, папула, шиш, эксориация ва лихенификация) 0-6 балли шкаласи орқали баҳо бериш билан аниқланди.

Хулоса. Юқорида келтирилган маълумотларга асосан экзема билан оғриган беморларда Ўзбекистон Республикасини Фарғона водийси ҳудудида ЛПО ва EASI индекслар ўрганилмаганлиги аниқланди. Уларни экземани турли шаклларида ҳолати тўғрисида маълумотларни ўрганилмаганлиги сабабли шу касаллик билан оғриган беморларда ЛПО ва EASI индексини кўрсаткичларини аниқлашга ундади.

III БОБ. ТАДҚИҚОТНИНГ НАТИЖАЛАРИ

3.1. ЭКЗЕМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ПАТОГЕНЕТИК ТЕРАПИЯДАН ОЛДИНГИ КЛИНИК-ЛАБОРАТОР МАЪЛУМОТЛАРИ

242 нафар экзема билан оғриган беморларнинг 52 нафариди липидларни перекисли оксидланиши (ЛПО) ва EASI (Eczema Area Severity Index, экземада жароҳат майдонини ва оғирлик индекси) индексини ҳар ҳафтада аниқлаш орқали клиник мониторинги ўрганилди.

EASI индекси 52 нафар беморда ўрганилиб, танадаги жароҳат юзасидаги ҳажми ва асосий симптомларнинг интенсивлиги аниқланди. EASI усули кўпгина изланувчилар томонидан фойдаланилган бўлиб, уни ёрдамида давони самарадорлигини кузатиб туриш мумкин. [10, 66, 76, 101, 102]

Жадвал №3.1-2

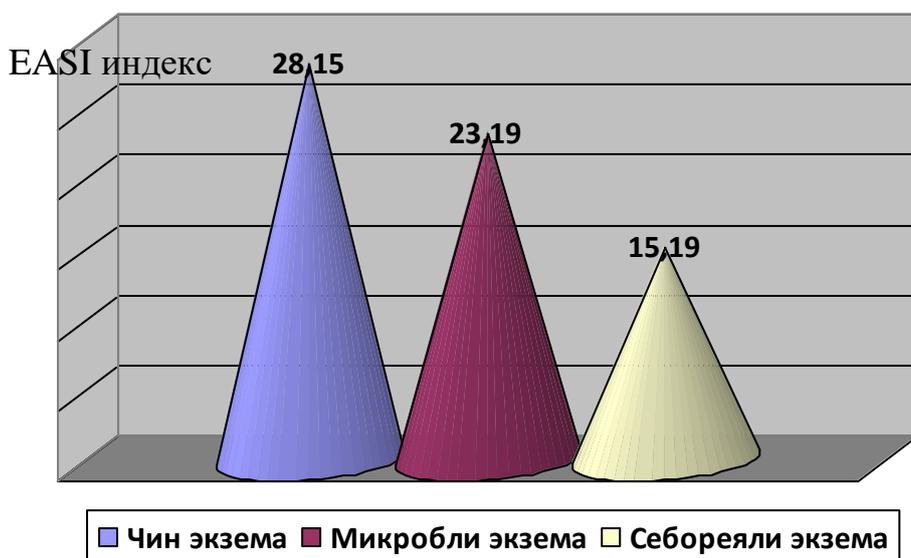
Экземада EASI индексини аниқлаш

Балл	0	1	2	3	4	5	6
Эритема	Йўқ	Енгил	Енгил оғирлик	Оғир	Ўта оғир		
Инфильтрация папулалар Шиш							
Эксориация,							
Лихенификация							
Майдони	0	<10	10-30	30-50	50-70	70-90	90-100

Бош	Балл	Тана	Балл
Эритема		Эритема	
Инфильтрация папулалар Шиш		Инфильтрация папулалар Шиш	
Эксориация,		Эксориация,	
Лихенификация		Лихенификация	
Жами		Жами	
Майдони		Майдони	
=		=	
X 0,1 =		X 0,3 =	

Қўллар	Балл	Оёқлар	Балл
Эритема		Эритема	
Инфильтрация Папулалар Шиш		Инфильтрация папулалар Шиш	
Эксориация, Лихенификация		Эксориация, Лихенификация	
Жами		Жами	
Майдони		Майдони	
=		=	
X 0,2 =		X 0,4 =	
EASI = (Б) _____ + (Т) _____ + (К) _____ + (О) _____ = _____			

Чин экзема билан оғриган беморларда патогенетик терапиядан олдин EASI индекс балли $28,15 \pm 0,09$ ни, микробли экзема билан – $23,19 \pm 0,23$ ни, себореяли экзема билан – $16,19 \pm 0,05$ ни ташкил қилди.



EASI индексини экземани чин, микробли ва себореяли шакллари билан оғриган беморлардаги даврдан олдинги кўрсаткичлари.

Экзема билан оғриган 52 нафар беморларни периферик қонида липидларнинг пероксидли оксидланиши (ЛПО, ПОЛ) аниқланди. Улардан эркаклар 32 (61,6%) нафарини, аёллар 20 (38,4%) нафарини ташкил қилди. Беморларни ёшига қараб қуйидагича таксимланди: 20 ёшгача бўлганлари 6 киши, 21 дан 30 гача – 17, 30 дан 40 гача – 5, 50 дан катта – 5.

52 нафар беморларни 23 нафарига - чин экзема, 19 нафар беморга микробли экзема, 10 нафарига – себореяли экзема ташхиси қўйилди.

Чин (идиопатик) экзема билан оғриган беморларда ўткир яллиғланишли эритема, шиш, уни фонида ҳосил бўлган микровезикулалар, экссудатив папулалар клиник манзарасини ҳосил қилди. Микровезикулалар тезда ёрилиб, уларни ўрнида нуқтасимон эрозиялар ҳосил бўлгани, экссудат ажралиб чиқиши (сероз қудуқлар) кузатилди. Шу соҳаларда мацерацияга учраган, бужмайган участкаларни пайдо бўлгани аниқланди. Сероз суюқлик чиқаётган соҳаларда аста-секин қуриб, сероз-сарғиш қалоқлар ҳосил қилди. Яллиғланишли жараённи тўлқинсимон ривожланиши натижасида барча элементларни (эритема, папулалар, эрозия, қалоқлар, тангача, эксориациялар) бир вақтда намоён бўлгани, экзема учун жуда ҳарактерли бўлган чин полиморфизмни ҳосил қилгани кузатилди.

Чин экзема билан оғриган беморларни терисидаги жароҳатланиш дастлаб кафтларда ва товонда бошлангани аниқланди. Экзема ўчоғлари нотекис чегарали турли ўлчамда эканлиги кузатилди. Теридаги жароҳатланган ўчоғлар зарарланмаган соҳалар билан алмашилиб келиши (ороллар архипелаги) аниқланди.

Тошмалар кўпинча симметрик жойлашгани, билакларга, болдирларга ва терини бошқа соҳаларига тарқалишга мойиллиги намоён бўлди. Беморларни турли хил интенсивликдаги қичишиш безовта қилгани, невротик бузилишларга ва уйқуни бузилишиги олиб келгани аниқланди. Яллиғланиш белгилари камая бошлагани сари намланиш қалоқлар, тангачалар билан алмашгани кузатилди. Яллиғланиш қайтган соҳаларда гипо- ёки гиперпигментив доғларни ҳосил бўлгани, секин-аста тузалгани аниқланди.

Экзематоз жараёни сурункали кечишга ўтиб кетгани ва йиллаб давом этгани аниқланди. Жароҳат ўчоғларида терини қуруклашиб, кепаклашиб, ёриқлар ҳосил қилгани кузатилди. Баъзи бир беморларда асоратланиб, иккиламчи инфекция қўшилиши натижасида пустикулалар ва йиригли қалоқлар ташкил қилган соҳалар ҳам борлиги намойён бўлди. Чин экземани пруригиноз ва дисгидротик шакллари ҳам кузатилди.

Микробли экзема билан оғриган беморларда жароҳат ўчоғлари ассиметрик жойлашган бўлиб, тери жароҳатланган ёки пиодермия (инфекция тушган яралар, трофик яралар, оқма яралар, варикоз ўзгаришлари) соҳаларида жойлашганлиги кузатилди. Тошмалар оёқларнинг терисида, кўлларда жойлашгани аниқланди.

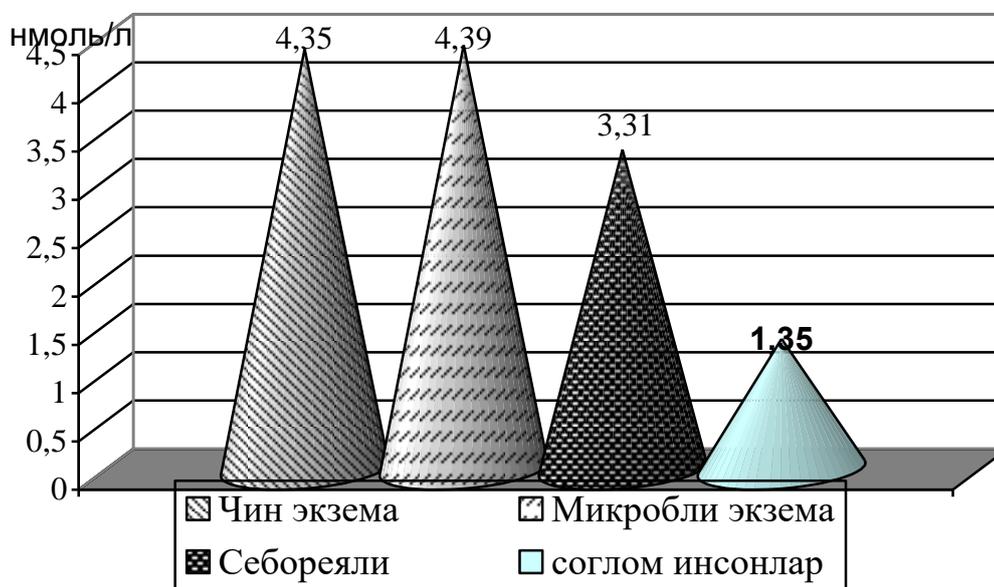
Экземага чалинган беморларни соғлом терисидан кескин ажралиб турувчи, яллиғланишли, турли ўлчамдаги эритемалар, инфильтрациялар, папула, везикула, эрозиялар билан қопланган ўчоғлар ҳосил бўлгани кузатилди. Баъзи беморларда пустикула, йиригли, геморрагик, сероз қалоқлар тошгани аниқланди. Барча беморларда касаллик турли даражадаги интенсив қичишиш билан кечди. Ўчоғлар периферик ўсишга мойиллигини кўрсатди. Шу соҳалардан ташқаридаги соғлом терида алоҳида жойлашган пустикулалар, папулалар, эритематоз кепакланувчи ўчоғлар ҳосил бўлгани аниқланди. Баъзи беморларда микробли экземани чин экземага трансформация бўлгани, кўп миқдорда тезда ёрилиб кетувчи микровезикулалар ва томчисимон намланувчи нуқтасимон эрозиялар пайдо бўлгани кузатилди. Тангачасимон (нуммуляр ёки пиллакчасимон), паратравматик, варикоз, сикозсимон, сўрғичлар экземаси каби микробли экземани шакллари кузатилди.

Себореяли экзема тошмалари беморни бошни сочли қисми, юзи, қулоқ соҳаси, кўкрак, кураклараро соҳада жойлашиб, думалоқ сарғиш-пушти рангдаги эритематоз, бироз инфильтрацияли, ёғли сарғиш тангачалар билан қопланган ўчоғлардан иборат эди. Бошни сочли қисмида жуда кўп миқдорда ва қатламли сарғиш қалоқ ва тангачалар жойлашгани аниқланди. Барча себореяли экзема билан оғриган беморларда интенсив қичишишга шикоят

қилишди ва барча беморларда касаллик бошланишидан олдин маълум бўлди. Баъзи беморларда тошмалар бошни сочли қисмидан ташқари яна қошлар, киприклар, соқол соҳаларида жойлашгани кузатилди. бир қатор беморларда патологик жараён бошни сочли қисмида алопеция ҳам чақирди.

Экзема билан оғриган беморларнинг ЛПО (ПОЛ) кўрсаткичлари назорат гуруҳидаги соғлом кишиларнинг кўрсаткичларидан патогенетик даводан олдин фарқ қилди. Назорат гуруҳини 10 нафар соғлом кишилар ташкил қилди.

Чин экзема билан оғриган 22 нафар беморларда МДА кўрсаткичи юқори бўлиб, $4,35 \pm 0,11$ нмоль/л ни ($P < 0,001$) ташкил қилди, бу беморларни организми тўқималаридаги липидларни озод радикалли оксидланиши кучайганлигини кўрсатди. Микробли экзема билан оғриган 20 нафар беморда МДА миқдори назорат гуруҳи кўрсаткичларидан ҳам кескин фарқ қилгани кузатилди ва қуйидагича кўриниш олди: $4,39 \pm 0,16$ ва $1,35 \pm 0,14$ нмоль/л ($P > 0,1$). Шундай ҳолат себореяли экзема билан оғриган беморларда ҳам кузатилди ($3,31 \pm 0,12$ нмоль/л).



Экзема билан оғриган беморларни қон зардобидаги МДА миқдорининг даводан олдинги кўрсаткичлари.

Экзема билан оғриган беморларни периферик қонида ПОЛ маҳсулотларининг патогенетик терапиядан олдин ортиб кетиши уларда

хужайра мембраналарининг деструкцияси туфайли ҳосил бўлиши, шунингдек, бунга сабаб бўлиб гепатоцитларнинг энзимларини функционал бузилишлари ҳам катта аҳамиятга эга бўлиши мумкин.

3.2. ЭКЗЕМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА ВИТАДЕРМ ЭКСТРАКТИНИ ҚЎЛЛАШ САМАРАДОРЛИГИ

Қўлланилаётган комплекс даволаш усули бўйича экзема билан оғриган беморлар 2 гуруҳга бўлинди: I – гуруҳ витадерм экстрактини анъанавий терапияда, II – гуруҳ витадерм препаратини комплекс стандарт терапияда гепатопротектор препарати билан биргаликда қабул қилишди. Юқорида келтирилган препаратлар клинко-лаборатор текширишлардан сўнг қўлланилди. Бир вақтни ўзида беморлар витадерм экстракти билан симптоматологик терапияни олишди. Даволаниш жараёнида клиник кузатиш ўтказилиб, унда касалликни клиник белгиларини динамикасини EASI индекси ёрдамида, периферик қондаги ЛПО (ПОЛ) ни кўрсаткичлари аниқланиб борилди. Даволаш натижаларини баҳолашда ремиссияни узайиши, ўтказилаётган терапиянинг хафвсизлиги ва беморларнинг уни қабул қилиши кўзда тутилди.

3.2.1. ЭКЗЕМА БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ВИТАДЕРМ ПРЕПАРАТИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Базис даво сифатида барча 242 нафар экзема билан оғриган беморларни намланиш кузатилаётган соҳаларига Витадерм препаратини нам-қуригувчи эритма сифатида қўлланди, шулардан 122 нафари эркак, 120 нафари аёллар эди. Ёшига қараб таҳлил қилинганда: 14 ёшгача бўлгани 59 нафарни, 20 ёшгача бўлган беморлар 20 тани, 20 ёшдан 30 гача бўлгани – 48 тани, 31 дан 40 гача – 24 тани, 40 ёшдан 50 ёшгача – 32 тани, 50 ёшдан катта – 59 тани ташкил қилди. Касалликни намланиш босқичи барча 52 нафар беморда диагностика қилинди. Патологик жараён беморларни бошини сочли қисмида, қўл-оёқларида, бадан терисида тошганлиги аниқланди. Витадерм

экстрактини беморлар стандарт терапия билан биргаликда нам-қуритувчи боғлама сифатида жароҳат ўчоғларига кунига 7-8 маҳалдан намланаётган соҳаларда тери қуригунича 2-3 кун мобайнида қабул қилишди. Сўнг эса глюкокортикоидлар, антибиотиклар, антимикотиклар таркибида бор крем ва малҳам жароҳат ўчоғига суртилди.

Анъанавий терапияда Витадерм экстрактини қабул қилган беморларни клиник мониторинги шуни кўрсатдики, теридаги патологик жараёндаги ижобий ўзгаришлар, намланишни камайиши, папула ва микровезикулаларни пайдо бўлиши тўхтади, сероз, қонли, йирингли қалоклар пайдо бўлди, яллигланиш инфилтратини сўрилишини бошланиши ва гиперемияни регресси давони 2-3 кунлари кузатила бошланди ва ўртача $2,2 \pm 0,2$ кунни ташкил қилди, 1-ҳафтанинг охирларида баъзи патологик жароҳат ўчоғларининг ўрнида кепакланишлар пайдо бўлди. Қичишиш $3,4 \pm 0,2$ кундан кейин камая бошлади. Витадерм препарати билан маҳаллий терапия ўтказилганидан сўнг, терига КС ва индифферент малҳамлар суртилгач беморларнинг барчасида ижобий клиник ўзгаришлар кузатилди.

Касалликни даволашдан олдинги EASI кўрсаткичлари чин экзема билан оғриган касалларда $28,15 \pm 0,09$ баллни кўрсатди.

Даво бошлангандан сўнг эса чин экзема билан оғриган беморларда EASI индекс биринчи 2 ҳафтада $18,33 \pm 0,21$ баллга камайган бўлса, 4 ҳафтани охирига келиб эса бу кўрсаткич $3,41 \pm 0,11$ баллгача камайди. 8-ҳафтага келиб EASI кўрсаткичи $0,7 \pm 0,02$ баллгача камайди.

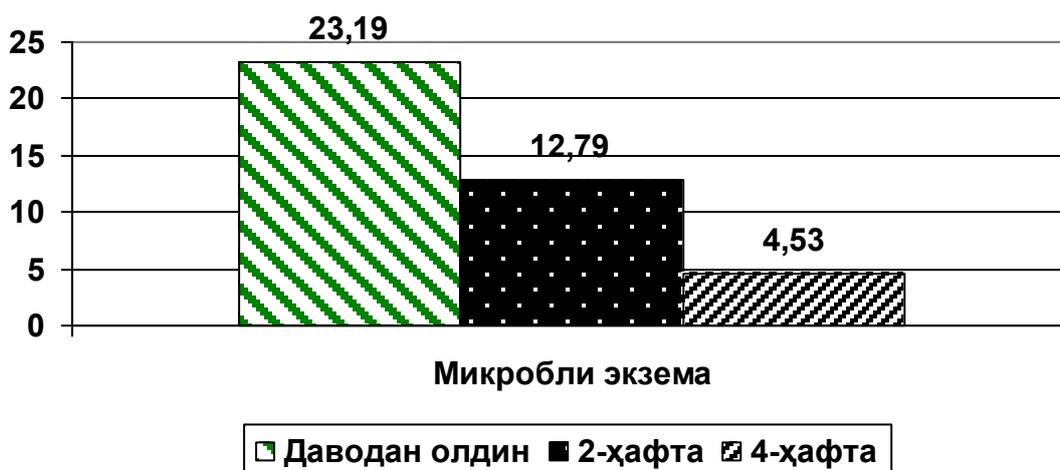
Шундай ўзгаришлар микробли экзема билан оғриган беморларда ҳам кузатилди. Даводан олдин уларда EASI балли $23,19 \pm 0,23$ кўрсатган бўлса 2-ҳафтанинг охириларига келиб $12,79 \pm 0,22$ га камайган, 4-ҳафтанинг охирига келиб $4,53 \pm 0,05$ баллга камайди.

Балл



Витадерм билан даволанган чин экзема билан оғриган беморларда EASI индексини камайиши бўйича кўрсаткичлари.

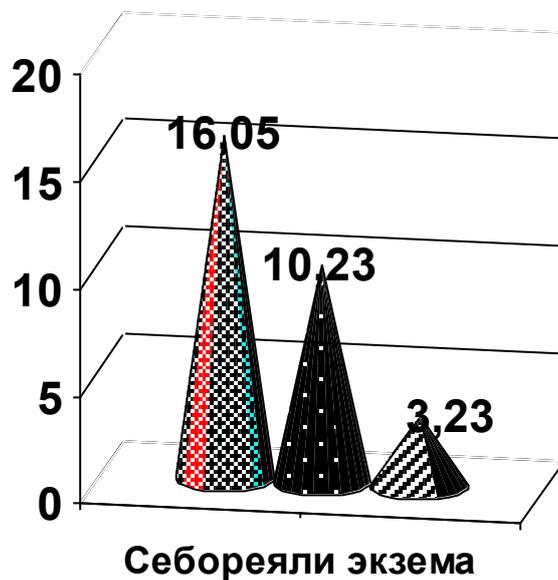
Балл



Витадерм экстракти билан даволанган микробли экзема билан оғриган беморларда EASI индексини камайишини кўрсаткичлари.

EASI кўрсаткичларининг ўртача кўрсаткичларини камайиши себореяли шаклларида ҳам юқорида келтирилган кўрсаткичларга ўхшашлиги кузатилди. Витадерм экстрактдан олдин ўтказилган изланишда EASI индекси $16,19 \pm 0,05$ балл тенг бўлганини кўрсатган бўлса, даво бошлангач 2-хафтанинг охирига келиб EASI индекси $10,23 \pm 0,04$ ни, 4-хафтани охирига келиб $3,23 \pm 0,02$ ни кўрсатди.

Балл



■ Даводан олдин ■ 2-ҳафта ▨ 4-ҳафта

Витадерм билан даволанган экзема билан оғриган беморларда EASI индексини камайишини кўрсаткичлари.

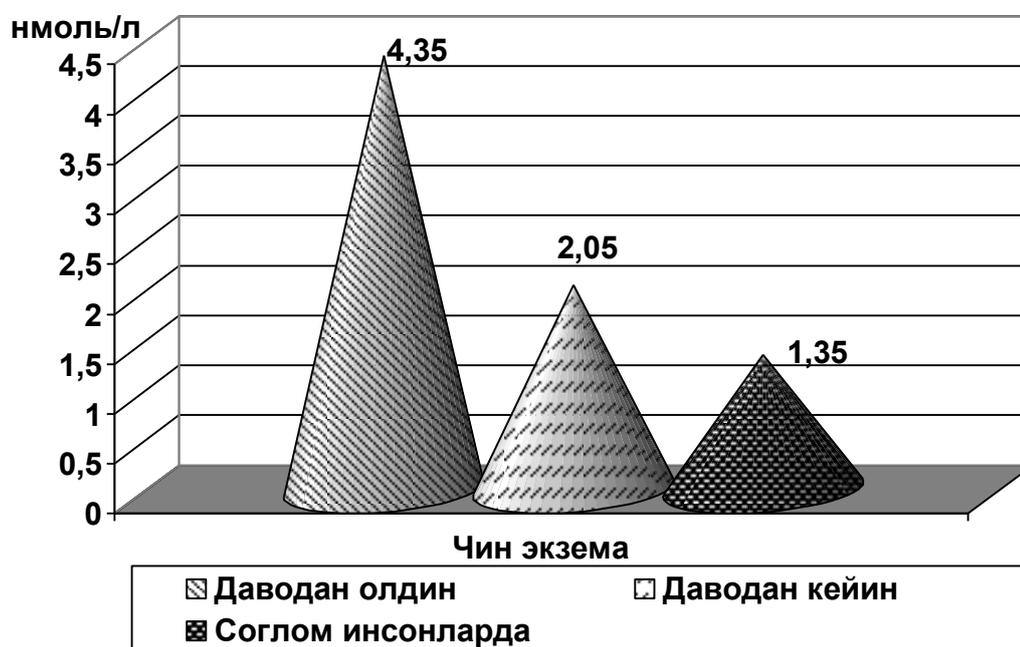


Расм № 2. Бемор Каримов.З. 32 ёш, к/т №3788/1197
Диагноз: Микробли экзема, (даводан олдинги ҳолат).

Келтирилган кўрсаткичлардан кўришиб турибдики, витадерм препаратини маҳаллий терапияда қабул қилган беморларнинг терисидаги патологик жараён яхшиланган.

Витадерм препаратини маҳаллий терапияда қабул қилган беморларни қон зардобида МДА миқдорини кўрсаткичлари патогенетик даводан олдинги кўрсаткичлардан кескин фарқ қилмади.

Чин экзема билан оғриган беморларда МДА миқдори даводан олдин $4,35 \pm 0,11$ нмоль/л бўлган бўлса, терапиядан кейин эса $2,05 \pm 0,03$ нмоль/л ни кўрсатиб бир оз пасайгани констатация қилинди ($P < 0,05$).



Чин экзема билан касалланган беморларда МДА миқдорини даводан олдинги ва кейинги кўрсаткичлари.

Микобли экзема билан оғриган беморларда витадерм терапияси қўллаб кўришимиздан олдин ва сўнг қон зардобида МДА миқдори аниқланди.

Даводан олдин МДА миқдори $4,39 \pm 0,16$ нмоль/л ни ташкил қилган бўлса, витадерм қўлланилганидан сўнг эса $2,19 \pm 0,13$ нмоль/л кўрсатди ($p < 0,05$).



Микробли экзема билан оғриган беморларда МДА витадерм препарати қўлланилганидан олдинги ва кейинги кўрсаткичлари.



Себореяли экзема билан оғриган беморларда МДА миқдорини витадерм препарати қўлланилганидан олдинги ва кейинги кўрсаткичлари.

Себореяли экзема билан касалланган беморларда МДА кўрсаткичлари даводан олдин $3,31 \pm 0,12$ нмоль/л ни кўрсатган бўлса, витадерм препарати қўлланилганидан сўнг бу кўрсаткич $2,77 \pm 0,12$ нмоль/л га камайган ($p < 0,05$).



Расм № 3. Бемор Убайдуллаева А. 1978 йилда туғилган. Амбулатор карта №564/176 Диагноз: Микробли экземани паратравматик шакли.

Мисол. Бемор А.А. 1986 йилда туғилган, а/к №355/177 2.03.2013 йил куни Андижон вилояти тери ва таносил касалликлари диспансерига бадан, бошни сочли қисмига, оёқ-қўлларига тошмалар тошишига, намланишига шикоят қилиб келди. Беморда бу касаллик 3 йил илгари бошланган бўлиб, касалликни келиб чиқиш сабабини билмайди. Қариндош уруғларида, оиласи аъзоларида бу касаллик билан оғриган кишилар йўқ. Бир неча марта даволанган бўлиб, витаминлар, кальций глюконат, аутогемотерапия, ҳар хил малҳамлар суртган.

Теридаги жараён кўрилганда: Беморни бошни сочли қисми, тана ва оёқ-қўллари терисида симметрик ҳолатда думалоқ, овал шаклдаги яллиғланишли ўчоғлар бўлиб, уларни атрофида нотекис, юмшоқ инфильтрацияли қизарган участкалар аниқланди. Жароҳат ўчоғларини қизил рангда бўлиб, ўлчамлари турлича 0,2 см дан то 5-10 см гача ва ундан катта эди. Уларни чегаралари аниқ эмас, юзасида кўп миқдорда папула, микровезикулалар, эрозиялар, қалоқлар, кепаклар, тангачалар кузатилмоқда. Шу соҳаларда намланиш, сероз қудуқлар, архипелаг симптоми аниқланади.

Шиллик қаватлар, сочлар ва тирноқлар жароҳатланмаган. Жароҳат ўчоғларида кучли қичишиш беморларни безовта қилмоқда.

Диспансерда «Чин экзема» клиник диагнози қўйилди. Қуйидаги лаборатор текширишлар ўтказилди: умумий қон анализи – гемоглобин-110 г/л; эритроцитлар $-3,5 \cdot 10^{12}$; лейкоцитлар $- 9,0 \cdot 10^9$; ранг кўрсаткичи - 0,8; ЭЧТ - 5 мм/ч; сийдик ва аҳлат анализи ўзгаришларсиз. Кони Вассерман бўйича текширилганда №71 натижа - манфий. Қонни биохимик анализ: АЛТ - 0,8 мкм/л; АСТ - 0,4 мкм/л; билирубин: умумий - 10,44 мкм/л, тўғри - 3,48 мкм/л, нотўғри - 6,96 мкм/л; МДА концентрацияси даводан олдин 4,8 нмоль/л. Ички аъзоларни ультратовуш текширувида. Хулоса: барча аъзолар патологиясиз. Даводан олдин EASI индекси 30,5 баллга тенг.

Бемор қуйидаги давони олди: Лорд препарати 1 таблеткадан 2 маҳал 30 кун мобайнида, цинк оксидини 1 порошокдан 1-2 маҳал, 30% ли 10 мл натрий тиосульфат эритмасини кун ора, Лактофильтрум 1 капсуладан 3 маҳал ичиш учун, маҳаллий мезонит малҳами суртишга. Қичишиш 4 кун ичун камайган.

Беморда даводан кейин EASI индекси 4 ҳафта 8,5 баллга, яъни 72,1% га камайган. МДА миқдори 2,85 нмоль/ни курсатган. Бемор терисидаги жараёнда ижобий ўзгариш кузатилиши билан касалхонадан чиқарилган.

3.2.2.БЕМОРЛАРНИ ВИТАДЕРМ ВА ГЕПАТОПРОТЕКТОР БИЛАН КОМПЛЕКС ДАВОЛАШ НАТИЖАЛАРИ

ЛПО кўрсаткичларида ижобий ўзгариш бўлмаган экзема билан оғриган 30 беморлар Витадерм ва гепатопротектор препаратларини комплекс терапияда қабул қилдилар. Улардан 20 нафари эркак, 10 нафари аёллар эди. беморларни ёшига қараб таҳлил қилинганида 20 ёшгача бўлганлари 9 нафарни, 21 ёшдан 30 ёшгача бўлгани – 4 тани, 31 дан 40 гача – 7 тани, 41 ёшдан 50 гача – 6 тани, 51 ёшдан катталарни 4 нафари ташкил қилди.

Беморлар Витадерм препаратини маҳаллий нам-қуритувчи (примочка) сифатида кунига 7-8 маҳал жароҳат ўчоғларидаги намланиш қуригунча

кўллашди, гепатопротектор препаратини 1 капсуладан кунига 3 маҳал 30 кун ичишди.

Витадерм экстракти ва гепатопротектор препаратини комплекс равишда қабул қилган беморлар кузилганда, уларни терисидаги экзематоз жараён регресс биров ўзгача кечди.

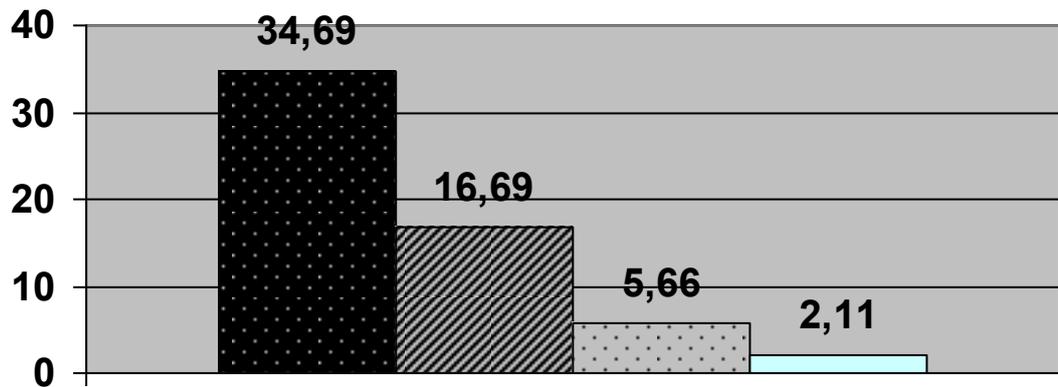
Намланаётган соҳалардаги намланиш $2,0 \pm 0,2$ кунда тўхтаб, эрозия юзасида сероз, йирингли, қонли қалоқлар каби элементлар экземани шаклига кўра ҳосил бўлди. Инфильтрация лар ва шишлар регресси ўртача $3,4 \pm 0,05$ кун ўтгач бошланди ва ўртача $7,5 \pm 0,56$ кунни ташкил қилди. 2-ҳафтанинг бошларида қалоқлар ўрнида кепакланиш, баъзи бир элементларнинг ўрнида инфилтратларги сўрилгани кузатилди. Беморларнинг 22 (73,3%) тасида клиник тузалиш, 4 (13,3%) тасида кескин ижобий ўзгариш, 2 (6,7%) тасида клиник яхшиланиш, 2 (6,7%) нафарида эса ижобий клиник ўзгаришлар кузатилмади.

Витадерм ва гепатопротектор препаратларини комплекс равишда қабул қилган беморларда EASI индексини ўртача кўрсаткичлари Витадерм экстрактини ананавий терапияда қабул қилган касалларга нисбатан тезроқ пасая бошлади.

Давони бошлашдан олдинги EASI индекси кўрсаткичлари бу беморларда $34,69 \pm 0,65$ баллга тўғри келди.

Витадерм экстракти ва гепатопротектор препарати билан комплекс даво бошланганидан сўнг чин экзема билан оғриган беморларда EASI индекси куйидагича камайди: 2 ҳафтанинг охирига келиб $16,69 \pm 0,33$ баллга камайган бўлса, 4 ҳафтанинг охирига келиб эса $5,66 \pm 0,06$ баллга камайди. 8 ҳафталарга келиб бу кўрсаткич $2,11 \pm 0,02$ баллгача тушди.

Балл



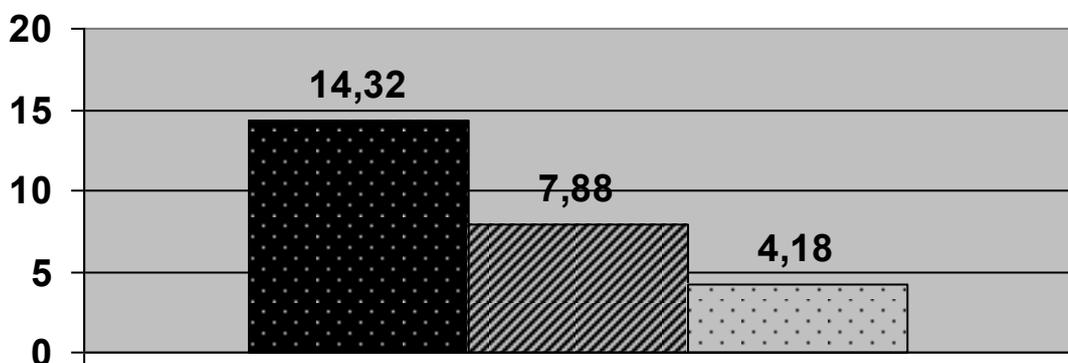
Чин экзема

■ давони бошида ▨ 2-ҳафта ▩ 4-ҳафта □ 8-ҳафта

Витадерм ва гепатопротектор билан даволанган экзема билан оғриган беморларда EASI индексини камайишини босқичлар бўйича кўрсаткичлари.

Микробли экзема билан оғриган беморларда EASI индекси кўрсаткичлари камайиши қуйидагича бўлди: 2 ҳафтанинг охирларида $14,32 \pm 0,44$ баллга камайган бўлса, 4 ҳафтанинг охирларига бориб, $7,88 \pm 0,51$ баллгача камайганлиги аниқланди. 8 ҳафтанинг охирги кунларида EASI индекси $4,18 \pm 0,20$ баллни кўрсатди.

Балл



микробли экзема

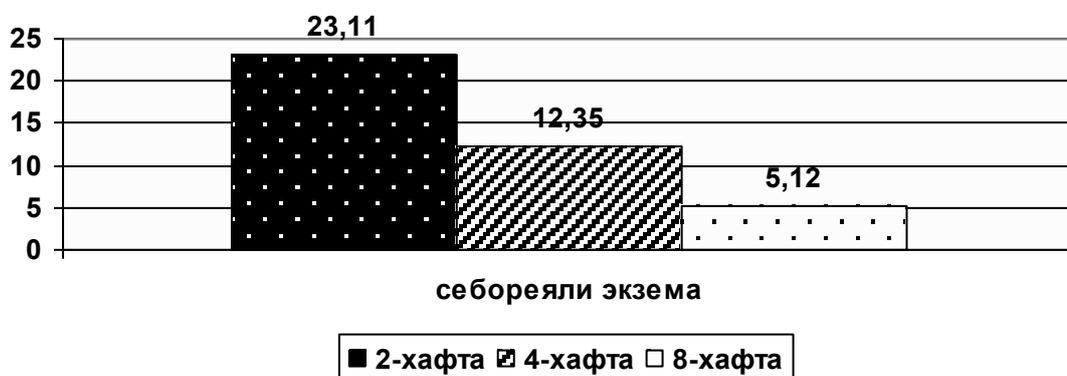
■ 2-ҳафта ▨ 4-ҳафта ▩ 8-ҳафта

Комплекс даволанган микробли экзема билан оғриган беморларда EASI индексини камайишини шакллар бўйича кўрсаткичлари.

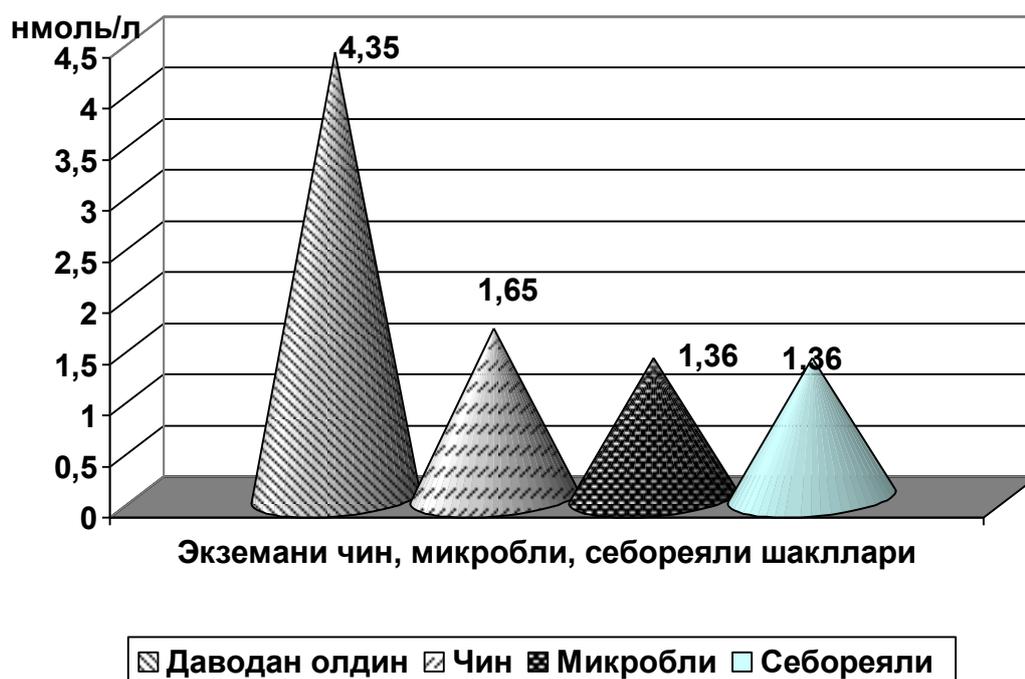
EASI индексининг ўртача кўрсаткичлари себореяли экзема билан оғриган касалларда ҳам юқорида келтирилган бошқа кўрсаткичлар каби ўхшаш пасайиши кузатилди.

Беморлар витадерм ва гепатопротектор препаратларини комплекс равишда ола бошлаганларидан сўнг 2 ҳафта ўтгач EASI индекси себореяли экземада $23,11 \pm 0,19$ баллга камайиши кузатилган бўлса, 4 ҳафтадан сўнг бу кўрсаткич қуйидагича бўлди: $12,35 \pm 0,36$ балл. 8 ҳафтага бориб эса жойлашганига мос равишда $5,12 \pm 0,23$ баллни кўрсатди.

Балл



Комплекс даволанган себореяли экзема билан оғриган беморларда EASI индексини камайиши бўйича кўрсаткичлари.



МДА миқдорини даводан олдинги ва комплекс даводан кейинги кўрсаткичлари

Юқоридаги диаграммада келтирилган кўрсаткичлардан кўришиб турибдики, Витадерм ва гепатопротектор препаратлари комплекс равишда қўлланилганда экзема билан оғриган беморлар қон зардобидаги МДА миқдори пасая бошлаган, бу кўрсаткич чин экзема билан оғриган беморларда яққолроқ намоён бўлган. Чин экзема билан оғриган беморларда даводан олдин $4,35 \pm 0,11$ нмоль/л бўлган бўлса комплекс терпийадан сўнг $1,65 \pm 0,63$ нмоль/л ни, Микробли экзема билан оғриганларда эса $1,36 \pm 0,76$ нмоль/л ни кўрсатган. Себореяли экземада МДА даводан кейин $1,36 \pm 0,06$ нмоль/л га тенг бўлди.

Мисол. Бемор Хасанов Т. 36 ёш, амбулатор карта №1286/863, 21 июнь 2012 йилда Андижон вилояти тери ва таносил касалликлари диспансерига «Экзема» диагнози билан келади. Шикоятлари: бадан терисига тошмалар тошишига ва қичишишга. Бу касаллик билан 8 йилдан бери оғриб келади. Бир неча марта даволанган, қисқа вақтга терида биров тузалиш кузатилган.

Кўрилганда беморни бошли сочли қисмида, кўкрак, қорин, елка, бел ва кўл-оёқлари терисида кўплаб думалоқ, овал шаклли эритема (қизариш) ва намланиш кузатилмоқда. Шу соҳаларда намланган сероз қудуқлар бўлиб, архипелаг кўринишга келиб қолган. Инфильтрациялар юзасида кўп миқдорда папула, микровезикуллар, қалоқлар, кепакланиш кузатилмоқда. Жарохатланган қорин соҳаларида янги қизариш ва папулёз тошмалар кузатилмоқда. Шиллиқ қаватлар, сочлар, тирноқлар зарарланмаган.

Субъектив хиссётлардан қаттиқ қичишиш безовта қилади.

EASI индекси 30,2 баллни кўрсатди.

Қуйидаги лаборатор текширишлар ўтказилди. Қонни, сийдикни ва ахлатни умумий анализлари ўзгаришсиз. Биохимик текширишда ҳам патологик ўзгаришлар кузатилмади. Қон зардобидаги МДА даводан олдин $4,89$ нмоль/л, даводан сўнг $1,69$ нмоль/л кўрсатди.

Бемор қуйидаги даво препаратларини олди: Витадерм экстракти билан 7-8 маҳал нам-қурутиш (примочка) ўтказилди, шунингдек 30% - 10 мл

натрий тиосульфат эритмаси 10 млдан т/и кун ора, № 10 та, Ролиноз 10 мг дан 1 таблеткадан 1 маҳал ичишга 20 кун, гепатопротектор 1 таблеткадан 3 маҳал овқатдан 10 минут олдин ичишга, 30-60 кун мобайнида. Ташқи давога триназол ва санакут кремлари, ёки синафлан малҳами тавсия этилди.

Даволаниш натижасида беморни терисидаги патологик жараён ўрганилганда 2 ҳафтанинг охирида EASI индекси 20,7 баллга, 4 ҳафтада 11,8 баллгача пасайган. Бемор терисида кескин клиник ижобий ўзгариш билан уйига жавоб берилди.

Хулоса. Витадерм дори воситасини нам-қуритувчи сифатида қабул қилинганда экземани билан оғриган беморларни барча шаклларида EASI индекси кўрсаткичлар яхшиланиб, намланиш тўхтаган бўлсада, МДА ни кўрсаткичлари бир оз яхшиланганини кўрсатди, аммо назорат гуруҳидаги кўрсаткичлар сингари яхшиланмади. Даво гепатопротектор препарати билан комплекс ўтказилганидан кейин EASI индекси ва МДА кўрсаткичлари экземани чин, микробли, себореяли шакллари билан оғриган беморларда яхшилангани кузатилди. МДА кўрсаткичи назорат гуруҳи кўрсаткичларига яқин пасайди ва ЛПО жараёни яхшилангани маълум бўлди.

Юкорида келтирилган, таркибида витадерм препаратини комплекс равишда экзема билан оғриган беморларда қўллашга тавсия этиш мумкинлиги аниқланди.

ХУЛОСА:

1. Витадерм экстракти экзема билан оғриган 242 нафар беморларда қўлланилганида кузатилган клиник самарадорлик уни етарли терапевтик самара беришини кўрсатди.

2. Липидларни перекисли оксидланиши (ЛПО) ни текшириш бу тизимдаги МДА миқдорини даводан олдин беморлар қон зардобида ошиб кетганлигини кўрсатди. Витадерм маҳаллий терапияда қўлланиши ЛПО тизимида ижобий ўзгаришларни юзага келтирмади.

3. Витадерм препаратини гепатопротекторлар билан комплекс давода қўллаб кўрганимизда ЛПО (ПОЛ) кўрсаткичлари меъёрий кўрсаткичларга яқинлашиб яхшиланганлиги аниқланди.

4. Экзема билан оғриган беморларда психо-эмоционал ҳолатнинг бузилганлиги яна бир бор тасдиқланди. Экзема билан оғриган беморларда даволаниш давомида психо-эмоционал статусни ҳолатини EASI индекси кўрсатиб берди.

5. Витадерм экстрактини терапевтик самарадорлиги шуни кўрсатдики, бу препаратни гепатопротекторлар билан комплекс усулда, экзема касаллигини даволашда Ўзбекистон Республикасининг дерматологик шифохоналарида қўллашга асос бўла олади.

АМАЛИЙ ТАВСИЯЛАР

1. Витадерм экстрактини экзема билан оғриган беморларда турли даволаш усулларида қўллаб кўрилганидаги натижалари таҳлили шуни тасдиқладики, гепатопротекторлар билан стандарт терапияда комплекс қўлланилганида давонинг 2-3 кунларида жароҳат ўчоғларида намланиш тўхтагани, экземали пациентларда даво юқори клиник самара бергани кузатилди.

2. Экзема билан оғриган беморлар қони зардобида ўтказилган лаборатор ва клиник изланишлар (ЛПО (ПОЛ) тизими ҳолатини ва EASI индексини) юқоридаги беморларнинг теридаги жараёнини объектив баҳолаш учун хизмат қилади. Экземали беморларни клиник-лаборатор мониторингида қўлланиши мумкин.

3. Витадерм препаратини юқори клиник самарадорлиги экзема касаллигини барча шакллари даволашда Ўзбекистон Республикасининг дерматологик шифоналарида қўлланиши мумкин.

АДАБИЁТЛАР

1. Абдурахимова Н.А., Хисматулина З.Р., Надырченко Р.М. и соавт. Динамика влияния способа терапии на качество жизни больных микробной экземой // Тезисы XXXII научно-практической конференции Рахмановские чтения. Дерматология в России. 2015, 4 (S1), 82. <http://www.dermatology.ru/abstracts/34972/35071>)
2. Абдурашитов А.А. Патогенетическая обоснованность лечения больных экземой, с учетом эндогенной интоксикации. Автореферат на соискание ученой степени кан. мед. наук. 2006 г. – с. 16.
3. Арзуманян В.Г., Зайцева Е.В, Темпер Р.М. и др. Определение кокковой и дрожжевой микрофлоры кожи у больных с кожной патологией: Пособие для врачей. – М. 2004. с. 23.
4. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология. Атлас. «Voriz-Nashriyot». Ташкент. – 2008.
5. Арифов С.С., Абдурашидов А.А., Менликулов П.Р. Умумий амалиёт шифокорлари учун дерматовенерологиядан қўлланма. – Тошкент: Ниҳол, 2014. – 420 б.
6. Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Мурашкин Н.Н. и соавт. Микробная экзема: новые возможности комбинированной топической терапии. // Фармакотерапия в дерматовенерологии. – 2011, - № 6, - с. 98-104.
7. Бакулев А.Л., Кравченя С.С., Мурашкин Н.Н. Применение левоцетиризина (Гланцета) у больных экземой. Клинико-ультрасонографическая оценка эффективности. // Фармакотерапия в дерматовенерологии. – 2011, - № 3, - с. 127-132.
8. Балыкова, Л.А., Альмяшева М.И. Эффективность димефосфона, цитохрома С и мексидола в лечении нарушений сердечного ритма у детей. // Казанский медицинский журнал. - 2001. - № 1. - С. 5-7.
9. Барабанов, А.Л. Некоторые вопросы патогенеза экземы / А.Л. Барабанов, В.Г. Панкратов // Медицинская панорама. 2004. № 6. С. 5-8.
10. Баратова М.Р. Иммунологические показатели у больных экземой //

- Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт илмий-амалий журнали. - 2011, - № 1-2 (10), - с. 131).
11. Баратова М.Р. Количество микроэлементов в целной крови у больных экземой. // Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт илмий-амалий журнали. - 2010, - № 1-2, - с. 48
 12. Барбинов В.В. , Белоусова И.Э., Стаценко А.В., Хайрутдинов В.Р. Клинический опыт применения 0,1%-ного крема мометазона фууроата в наружной терапии стероидчувствительных дерматозов // "Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология". – 2014. - № 2 (19).
 13. Безрукова Д.А. Эпидемиология основных атопических заболеваний: бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергический ринит // Астраханский медицинский журнал. 2006. Т. 4. с. 17-25.
 14. Белоусова Г.А., Горячкина М.А., Катранова Д.Г. Особенности микробиоценоза кожи у больных алергодерматозами: проблема выбора наружной терапии // Клиническая дерматология и венерология. 2013, - №2, - с. 107-112.
 15. Бизунова М.А., Ильина Н.Г., Сергеева И.Г. Клинический портрет пациента с дисгидротической экземой. Тезисы XXXII научно-практической конференции Рахмановские чтения. Дерматология России. 2015; 4 (S1): 82. <http://www.dermatology.ru/abstracts/34972/35078>
 16. Бондарь, С. А. Ляшенко И.Н., Луцюк Н.В. Значение эндоинтоксикации в патогенезе экземы и ее коррекция комплексной терапией с включением сорбента // Вестник дерматологии и венерологии. - 1992. - № 8. - С. 49-52.
 17. Булатов, В.П., Студенцова И.А. Современные методы исследования в клинике и эксперименте : материалы научной конференции, посвященной 35-летию ЦНИЛ КГМУ. - Казань, 1997. - С. 23-24.
 18. Верткин А.Л., Намазова Л.С., Турлубеков К.К. и соавт. Острые аллергические заболевания: социальные последствия эпидемии // Ремедиум. 2004.. № 7-8.

19. Владимиров, Ю. А. Свободные радикалы и антиоксиданты // Вестник Российской АМН. - 1998. - № 7. - С. 43-51.
20. Вулф К., Джонсон Р., Сюрмонд Д. Дерматология по Томасу Фицпатрику: Атлас-справочник.—М.: Практика, 2007.
21. Голиков, П.П., Николаева Н.Ю., Гавриленко И.А.и др. Оксид азота и перекисное окисление липидов как факторы эндогенной интоксикации при неотложных состояниях. // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2000. - № 2. - С. 6-9.
22. Гормоны, опиоидные пептиды и тканевые физиологически активные вещества: методическое пособие / Ю. В. Готовский[и др.]. М.: ИМЕДИС, 2002. 96 с.
23. Гребенников, В.А. Дерматозы и физиологически активные вещества: патогенез, лечение / В.А. Гребенников, К.К. Борисенко. Издательство Ростовского университета, 1987. 157 с.
24. Григорьев, Н. Н. Зудящие дерматозы // Consilium-provisorum [Электронный ресурс]. - 2002. - № 2. - Режим доступа: www.media.provisorum.02_02.28.shtm!
25. Грикуров, К.Г. Состояние процессов перекисного окисления липидов и иммунного статуса у больных истинной экземой и обоснование корректирующей патогенетической терапии : автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1990. - С. 15-16.
26. Гуца, А.Л., Тарасенко С.В., Федосеев А.В. и др. Антиоксидантная терапия холестатической гепатодепрессии у больных сахарным диабетом. // Анест. и реаниматол. - 1996. - № 1. - С. 13-16.
27. Данилов, В.И. Влияние димефосфона, сермиона и пирацетама на реактивность мозговых сосудов, локальный мозговой кровоток и напряжение кислорода в ткани головного мозга / В. И. Данилов, А. В. Горожанин, И. А. Студенцова // Экспериментальная и клиническая фармакология. - 1994. - № 2.- С. 19-20.

28. Данилова А. А. Экзема // *Consilium Medicum* 1999. Т. 1, № 4. С. 165–168.
29. Деев А.М. Структура рогового барьера кожи. *Косметика и медицина*. 2006; 1:12-18.
30. Дерматовенерология : учебник для студентов высших учебных заведений / В. В. Чеботарёв, О. Б. Тамразова, Н. В. Чеботарёва, А. В. Одинец. -2013. - 584 с.
31. Дерматовенерология, (Клинические рекомендации / Российское общество дермато-венерологов) / Под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
32. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание. Под ред. Бутова Ю.С., акад. Скрипкина Ю.К., Иванова О.Л. –М.: “ГЭОТАР-Медиа”. – 2013. – 896 с.
33. Дерматовенерология: клинические рекомендации / под ред. А.Л. Кубановой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 320 с.
34. Дикова О. В., Инчина В. И. Влияние димефосфона на динамику некоторых показателей гомеостаза и клинической картины больных экземой // *Известия ВУЗов. Поволжский регион. Медицинские науки*. 2007. №1. С.99-108.
35. Дикова О.В. Оценка качества жизни больных псориазом, экземой и атопическим дерматитом. // *Материалы научно-практической конференции, посвященной 25-летию кафедры восстановительной медицины, курортологии и физиотерапии института последипломного образования Самарского государственного медицинского института*. – Самара. – 2010 – с. 99-100.
36. Довжанский С.И. Микробные суперагенты в патогенезе иммунных дерматозов. *Рос. жур. кожн. и вен бол.* 2008. 4: 22-24.
37. Дутов, А.А. ВЭЖХ-анализ метаболитов катехоламинов и серотонина в моче для рутинной лабораторной практики / А. А. Дутов // *Клиническая лабораторная диагностика*. 2006. № 2. С. 18-21.

38. Елькин, В.Д. Влияние активного двигательного режима на вегетативные функции у больных хроническими дерматозами / В. Д. Елькин // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003. № 3. С. 34-38.
39. Есенгараева З.Б., Косухин А.Б., Бейсебаева У.Т. Обоснование применения антиокса в терапии атопического дерматита с учетом показателей свободнорадикального окисления липидов. // Новости дерматологии и венерологии центральноазиатский научно-практический журнал. - 2000, - № 1-2, - с. 61-65.
40. Жданов, Г.Г., Нодель М.П. Проблема гипоксии у реанимационных больных в свете свободнорадикальной теории. // Анестезиология и реаниматология. - 1995. - № 1. - С. 53-61.
41. Зиганшина, Л.Е., Студенцова И.А., Зиганшин А.У. Влияние димефосфона на барьерно-защитную функцию кожи при длительном местном применении. // Экспер. и клин. фармакология. - 1992. - № 2. - С. 60.
42. Иванов О.Л. Проблемы психодерматологии в трудах представителей Рахмановской школы / О.Л. Иванов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 4. С. 7-10.
43. Игнатъев, Д. В. Экзема // Consilium-provisorum [Электронный ресурс]. - 2003. - № 7. - Режим доступа: www.media.provisor.03_07.15.shtm!
44. Каруна Б.И. Экзема / Б. И. Каруна. Киев: Здоровья, 1989. 176 с. 5
45. Касихина Е.И., Глазко И.И., Чекмарев А.С. Особенности клинического течения и терапии нумулярной экземы. // Тезисы XXXII научно-практической конференции Рахмановские чтения. Дерматология России. 2015; 4 (S 1): 82. <http://www.dermatology.ru/abstracts/34972/35069>
46. Кожно-венерические заболевания. Полный справочник. Ананьев О.Л., Анисимова, Тваничкина Н.В., Краснова М.А. и др. – М.: Издательство Эксмо. 2006. 608 с.

47. Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей/ Под ред. Скрипкина Ю. К., В. Н. Мордовцева. М.: Медицина 1999. Т. 2. 878 с.
48. Кожные и венерические болезни. / Под ред. Иванова О.Л. – М.: Шико, 2002, 480 с.
49. Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Л. Иванова. М.: Шико, 2006. 480 с.
50. Кожные и венерические болезни: справочник семейного врача / К.Н. Монахов[и др.]. СПб.: Издательство «ДИЛЯ», 2005. 160 с.
51. Кочергин Н.Г. Ксероз ва Ксемоз. Вестн дерматол и венерол. 2011; 4: 121-124.
52. Круглова Л.С., Жукова О.В., Стрелкович. Практика применения такролимуса в лечении распространенных хронических дерматозов // Клиническая дерматология и венерология. – 2004. - № 2, - с. 10-13.
53. Крылин В.В. Катехоламины: биосинтез: лекция / В.В. Крылин // Клиническая лабораторная диагностика. 2007. № 3. С. 21-37.
54. Лакин, Г. Ф. Биометрия : учебн. пособие для биологич. спец. вузов. - М.: Высш. школа, 1980. - 293 с.
55. Ласеев Д.И., Дикова О.В. // Вестник Российского Государственного Медицинского Университета. – Материалы VI международной Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых. – М., 2011. – Специальный выпуск № 1. – С. 154.
56. Ласеев Д.И., Дикова О.В. Корреляционный анализ некоторых клинико-лабораторных показателей у больных экземой // Медицинский альманах. – 2012, - № 2(21), - с. 118-120.
57. Лукина Н.М., Абдурашитов Ш.Г. Глидерининовая мазь и линимент Рибоксина с димексидом в местной терапии экземы и аллергических дерматитов. // Новости дерматологии и венерологии центральноазиатский научно-практический журнал. - 2000, - № 1-2, - с. 96-98
58. Мавлянова Ш.З. Дерматологический индекс шкалы симптомов у больных экземой, получающих полифитовое масло // Дерматовенерология

- ва эстетик тиббиёт илмий-амалий журнали. - 2010, - № 1-2, - с. 64-65.
59. Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В. Значение дрожжеподобных грибов рода *Candida* в патогенезе ряда аллергических заболеваний // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2014, - № 3-4, - с. 2-11.
60. Мавлянова Ш.З., Назаров О.А., Арифов С.С. Клинико-аллергологические исследования у больных различными дерматозами с микогенной сенсibilизацией. // Новости дерматологии и венерологии центральноазиатский научно-практический журнал. - 1999, - № 4, - с. 71-74.
61. Мавлянова Ш.З., Разыкова Э.С., Мавлянова Н.Н., Исмагилов А.И. Факторы, способствующие микогенной сенсibilизации у детей подросткового возраста. Успехи медицинской микологии. Материалы четвертого Всероссийского конгресса по медицинской микологии. – М. 2006. Т. 7. с. 77-78.
62. Мазурина, Н.А., Котлуков В.К., Егорова Н.Ю. и др. Значение стафилококковой инфекции в манифестации и тяжелых обострениях детской экземы у детей раннего возраста // Педиатрия. - 1996. - № 3. - С. 60-63.
63. Маркова О.Н. Микробная экзема: клиника, патогенез и принципы лечения / О.Н. Маркова // Военно-медицинский журнал. 2007. № 7. С. 23-25.
64. Маркова О.Н. Оптимизация патогенетической терапии микробной экземы. Автореф. Дис. К.м.н. – Москва, 2006. 18 с.
65. Матлина Э.Ш. Клиническая биохимия катехоламинов / Э.Ш. Матлина, В. В. Меньшиков. М.: Медицина, 1967. 304 с.
66. Машкиллейсон, А.Л. Экзема. Лечение кожных болезней. - М., 1990. - С. 262-277.
67. Методические материалы по диагностике и лечению наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и заболеваний кожи. Протоколы ведения больных. - М., 2001. - 128 с.

68. Мокроносова М.А., Максимова А.Е., Батуро А.П. и др. Влияние различных методов наружной терапии на колонизации кожи *Staphylococcus aureus* и течение атопического дерматита. Рос. Аллергол журн. 2004; 1: 58-61.
69. Молекулярная эндокринология. Фундаментальные исследования и их отражение в клинике: перевод с англ. / под ред. Б.Д. Вайнтрауба. М.: Медицина, 2003. 496 с.
70. Никитина, Л. С., Шинский Г.З., Трусов В.В. Роль мембранного пищеварения и всасывательной функции тонкой кишки в патогенезе экземы // Вестник дерматологии и венерологии. - 1989. - № 2. - С. 4-7.
71. Новиков, Г.М. Экзема (роль нарушений иммунитета, эндокринной системы и клеточных мембран; клинические и экспериментальные исследования, методы лечения) : дис. ... д-ра мед. наук. - М., 1987. - 49 с.
72. Павлова О.В. Психо-нейро-иммунные взаимодействия и кожа / О. В. Павлова. Москва: Издательство ЛКИ, 2007. 56 с.
73. Пакирдинов А.Б. Комбинированное применение плазмафереза и гипербарической оксигенации в комплексной терапии хронических дерматозов (псориаз, атопический дерматит). //Автореф. дисс... доктора мед. наук. – Ташкент, - 2007, -с. 35.
74. Пальцев, М.А. Руководство по нейроиммуноэндокринологии / М. А. Пальцев, И.М. Кветной. М.: Медицина, 2006. 384 с.
75. Пампура А.Н., Смирнова М.О. Современные подходы к терапии атопического дерматита у детей. Леч. врач. 2008; 5: 57-61.
76. Потекаев Н. С. Экзема: аспекты истории и современные представления / Н.С. Потекаев // Клиническая дерматология и венерология. 2006. № 4. С. 102-107.
77. Рахматов А.Б. Локотоп в наружной терапии дерматозов // Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт илмий-амалий журнали. - 2011, - № 1-2 (10), - с. 157).
78. Рахматов А.Б., Хакимов З.З., Абдурашидов А.А. Значение определения

- степени эндогенной интоксикации при экземе // Новости дерматологии и венерологии центральноазиатский научно-практический журнал. - 2000, - № 1-2, - с. 66-68
79. Рахмонова Л.К., Кабулов Ш.М., Камолов З.С., Алимов А.В. Аллергик диатезли болаларда атопик дерматит кечишининг клиник-иммунологик хусусиятлари ва иммунлимфокоррекция самарадорлиги // Новости дерматологии и венерологии центральноазиатский научно-практический журнал. - 2001, - № 1-2, - с. 70-73
80. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Руководство для практикующих врачей/Под ред. А. А. Кубановой, В. И. Кисиной. М.: Литера, 2005. С. 404–410.
81. Родина Ю.А. Иммунокорректирующая терапия идиопатической экземы / Ю.А. Родина, Ю.С. Бутов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. №3. С. 32-34.
82. Садыков А.А., Капкаев Р.А. Роль эндотелиальных клеток в регуляции микроциркуляции у больных с экземой и аллергическим дерматитом. // Новости дерматологии и венерологии. Центральноазиатский научно-практический журнал. - 2009, - № 3, - с. 28-29.
83. Свирид С.Г., Гречуха М.Р. Ещё раз о местном лечении больных экземой // Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт илмий-амалий журнали. - 2011, - № 1-2 (10), - с. 162.
84. Содиков А.А. Некоторые аспекты нарушений функционального состояния эндотелиоцитов у больных аллергическим дерматитом и экземой. Оценка количественных и качественных изменений показателей крови при аллергическом дерматите и экземе. Сравнительная характеристика качества жизни больных экземой при традиционной и озонотерапии. // Новости дерматологии и венерологии центральноазиатский научно-практический журнал. - 2008, - № 4, - с. 108-109).

85. Соколова, Т. В. Особенности течения и ведения больных микробной экземой, осложненной кандидозом / Т. В. Соколова, С. А. Григорян, М. А. Мокроносова // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2007. № 1. С. 13-20.
86. Соколовский Е.В., Монахов К.Н., Холодилова Н.А. и соавт. Современные подходы к лечению экземы кистей // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. – № 6, - с. 40-43.
87. Стандарты диагностики и лечения по дерматовенерологии и медицинской косметологии (Под ред. У.Ю. Сабирова, С.С.Арифова). Приказ №419 от 17 ноября 2014 г. Ташкент. 2014. 352 с.
88. Стаценко А.В., Белоусова И.Э., Хайрутдинов В.Р. и соавт. Клинический опыт применения 0,1% крема мометазона фураат в наружной терапии стероидочувствительных дерматозов. // Вестник дерматологии и венерологии. - № 2013, - № 3; - 84-87.
89. Тери ва таносил касалликлари. / Ваисов А.Ш. Тошкент. “Янги аср авлоди”. – 2004. 316 б.
90. Торшина И.Е., Бусько Т.М., Борсуков А.В. Возможности применения лазерной доплерографии у пациентов с микробной экземой и атопическим дерматитом // Тезисы XXXII научно-практической конференции Рахмановские чтения. Дерматология в России. 2015, 4 (S1), 82. <http://www.dermatology.ru/abstracts/34972/35113>
91. Трофимова, И.Б., Трубецкая Е.А., Трубецкой В.Ф. Психотерапия в комплексном лечении больных атопическим дерматитом и экземой // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2001. - № 3. - С. 23-24.
92. Турсунов Б.Б., Арифов С.С., Нурматова И.Б. Антиоксиданты в терапии экземы. // Новости дерматологии и венерологии центральноазиатский научно-практический журнал. - 2007, - № 2, - с. 50-51)
93. Улугходжаев Т.У., Юнусов Р.А. Применение компьютерной лазеропунктуры, бальноефизиопроцедуры и фитотерапии при

- комплексном лечении хронических кожных и сопутствующих заболеваний // Новости дерматологии и венерологии центральноазиатский научно-практический журнал. - 1999, - № 3, - с. 73-75.
94. Фазылов, В.Х., Куклин В.Т., Гилмуллина Ф.С., Мигранова Г.М. Иммунологические аспекты патогенеза рожистого воспаления в сочетании с микробной экземой // Российский журнал кожных и венерических болезней. -2000. - № 5. - С. 13-14.
95. Федоренко А.Е., Федоренко Л.А. Лечение в кабинете галоаэрозольной терапии и психоэмоциональный статус больных экземой экземой // Дерматовенерология ва эстетик тиббиёт илмий-амалий журнали. - 2011, - № 1-2 (10), - с. 173.
96. Федоскова Т.Г., Ильина Н.И. Роль аллергических заболеваний в общеклинической практике //РМЖ. 2004. № 12(14). С. 876-885.
97. Хамидов Ф.Ш. Влияние «Оби хаёт» на динамику некоторых показателей гомеостаза и клинической картины у больных экземой. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. Научно-практический журнал. – 2014, - № 2 (22), - с. 50-55.
98. Хамидов Ф.Ш., Балтабаев М.К., Хамидов Ш.А., Мамадиев М. Изменения липидного обмена у больных псориазом в процессе комплексной гепатотропной терапии с использованием витамина Д₃. Новости дерматологии и венерологии. Ташкент. 2000, №1-2; с. 79-82.
99. Холден, К. Экзема и контактный дерматит: карманный справочник / К. Холден, Л. Остлер. М.: МЕДпресс-информ, 2005. 112 с.
100. Храмых-Оверченко Н.М., Козубаева Д.Б., Мардамшина М. и соавт. Антиоксидантная и регенеративная терапия хронической экземы // Наука и здравоохранение. – 2011. - № 5, - с. 5.
101. Цибулькина В.Н. Ведущие механизмы лечебного действия димефосфона. // Казанский медицинский журнал. - 1999. - № 2. - С. 120-122.
102. Чеботарев В.В., Тамразова О.Б., Чеботарева Н.В., Одинец А.В.

- Дерматовенерология. Изд. гр. ГЭОТАР-Медиа. 2013. 12. С. 346-357.].
103. Чистякова И. А. Зудящие дерматозы// Consilium Medicum. — 2002. Т. 4, № 5. С. 224–227.
 104. Шибаетова Е.В., Пышкина Е.И. Наружная терапия инфицированных дерматозов: адекватный подход к выбору препарата // Дерматовенерология и дерматокосметология, - № 1, эффективная фармакотерапия. – 2013. - № 8, - с. 10-14.
 105. Щуцкий, И. В. Патогенез и лечение экземы / И. В. Щуцкий. Киев: Здоров'я, 1974. 167 с.
 106. Юлдашев К.А., Абидова З.М., Исмазова Ю.Н. Случай раннего скрытого сифилиса и микробной экземы в лобковой области. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2014, - № 3-4, - с. 95-97.
 107. Юсупова, Л. А. Лечение больных экземой / Л. А. Юсупова, Р. Х. Хафизьянова // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2005. № 6. С. 20-23.
 108. Arshad SH, Karmaus W// Br J Dermatol.2007 Jun; 158(6): 1315–22.
 109. Boguniewicz M., Schmid-Grendelmeier P. Leung D. Atopic dermatitis // J. Allergy Clin. Immunol. 2006. 118: 40-43.
 110. Catecholamines inhibit the antigen-presenting capability of epidermal Langerhans cells / K. Seiffert [et al.] //Journal of Immunology. 2002. Vol. 168. P. 6128-6135.
 111. Deev, A.I., Vladimirow Yu.A., Aitmagambelov M.T. et al. Eye Zens Membranes and Aging // Eds. G. F. J. M. Vrensen, J. Clauwaerst. - Zeiden. - 1991. - № 15. - P. 247-259.
 112. Finlay A.Y., Khan G.K. Dermatology Life Quality Index (DLQI) - A simple practical measure for routine clinical use. Clinical and Experimental Derm 1994; 19:210-16.
 113. Fitzpatrick T.B. et al. Dermatology in general medicine – 4th ed. 1987.
 114. Gift A. Validation of a vertical visual analogue scale as a measure of clinical dyspnea. Rehabil Nurs 1989; 14: 313-335.

115. Gola M., D'Etme AM., Milanese N., Marmugi L. Effects of alitretinoin on quality of life of patients having chronic hand eczema: an observational study. *Dermatitis*. 2013; 24 (4): 166-9.
116. Gong J.Q., Lin L., Lin T., Hao F. et al. Skin colonization by *Staphylococcus aureus* in patients with eczema and atopic dermatitis and relevant combinent topical therapy: a double-blind multicentre randomized controlled trial. *Br. J. Dermatol*. 2006; 155: 4: 680-687.
117. Hafick M. Stratum corneum. *Ann Dermatol Venereol*. 2002; 129; 117-122.
Деев А.М. Структура рогового барьера кожи. *Косметика и медицина*. 2006; 1:12-18.
118. Hanifin J., Thurston M., Omoto M. et al. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group. *Exp Dermatol* 2001; 10 (1): 11-18.
119. Hanifin JM, Reed ML. A population-based survey of eczema prevalence in the United States. *Dermatitis*. 2007 Jun; 18(2):82-91.
120. Harper J., Smith C., Rubins A. at al. A multicenter study of the pharmacokinetics of tacrolimus ointment after and repeated application to children with atopic dermatitis. *J. Invest Dermatol*. 2005; 124:6955-6959.
121. Hasland P., Bangsgaard N., Jarlov J.O. et al. *Staphylococcus aureus* and hand eczema severity. *Br. J. Dermatol*. 2009; 161: 4: 772-777.
122. Lewis-Jones MS, Finlay AY. The Children's Dermatology Life Quality Index (CDLQI): Initial validation and practical use. *British Journal of Dermatology*, 1995; 132: 942-949.
123. Lina Carlén, Kazuko Sakuraba // *Journal of Investigative Dermatology*. 2007. Sept. 342–348.
124. Lin A.N. Innovative Use of Topical Calcineurin Inhibitors. *Dermatol. Clin*. 2010; 28: 535-545.
125. Luger T., Paul C. Potential New Indications of Topical Calcineum Inhibitors. *Dermatology*. 2007; 215 Suppl. 1:45-54.

126. Management of chronic hand eczema / T.L. Diepgen [et al.] // Contact Dermatitis. 2007. Vol. 57. P. 203-210.
127. Modern aspects of cutaneous neurogenic inflammation /M. Steinhoff [et al.] // Arch. Dermatol. 2003. Vol. 139. P. 1479-1488.
128. Odom R.B., James W.D., Berger T.G. Andrew's diseases of the skin. – 9th ed., 2000.
129. O'Sullivan, R.L. The neuro-immuno-cutaneous-endocrine network: relationship of mind and skin / R.L. O'Sullivan, G. Lipper, E.A. Lerner // Arch Dermatol. 1998. Vol. 134. P.1431-1435.
130. Pavankar R., Canonica G.W., Holgate S.T. et al. WAO White Book on Allergy. Milwaukee: World Allergy Organization; 2011:1-216.
131. Principals and Practice of dermatology. / edited by W.M. Sams, I.P. Lynch. 1990.
132. Silverberg J.I., Hanifin J.M. Adult eczema prevalence and associations with asthma and other health and demographic factors: a US population-based study. J Allergy Clin Immunol. 2013; 132(5): 1132-8.
133. Silverberg JI, Paller AS. Association between eczema and stature in 9 US population-based studies. JAMA Dermatol; 2014. Dec. 10
134. Silverberg JI, Simpson EL. Association between severe eczema in children and multiple comorbid conditions and increased healthcare utilization. Pediatr Allergy Immunol. 2013; 24 (5): 476-86.
135. Silverberg JI, Simpson EL. Eczema Association between obesity and eczema prevalence, severity and poorer health in US adolescents. Dermatitis. 2014; 25 (4):172-81.
136. Slominski, A. Neuroendocrinology of the skin / A. Slominski, J. Wortsman //Endocrine Reviews. 2000. Vol. 21. № 5. P. 457-487.
137. The sympathetic nerve - an integrative interface between two systems: the brain and the immune system / I.J. Elenkov [et al.] // Pharm. Rev. 2000. Vol. 52. № 4. P. 203-210.

138. Walker S.L., Kirby B., Chalmers R.J. The effect of topical tacrolimus on severe recalcitrant chronic discoid lupus erythematosus. *Br. J. Dermatol.* 2002; 147: 2: 405-406.