

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

ATOPIK DERMATIT BILAN OG'RIGAN BEMORLARNING INDIVIDUAL PARVARISHINING NAZARIY ASOSLARI

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti talabasi- **Sattorova Jasmina**

Nurmuhammad qizi

jsattorova01@gmail.com

Termiz iqtisodiyot va servis universiteti Tibbiyot fakulteti Odam anatomiyasi fani
o'qituvchisi - **Boyqobilov Soatmurod Shuxrat o'g'li**

soatmurod_boyqobilov@tues.uz

ANNOTATSIYA

Maqolada atopik dermatit bilan og'rigan bemorlarning individual parvarishning o'ziga xos xususiyatlari qalamga olingan. Ta'kidlanishicha, AD uchun terapiyani tanlash har bir bemor uchun qat'iy individual jarayon bo'lsa-da, u umumiy qabul qilingan xalqaro tavsiyalarga asoslanishi kerak. AD terapiyasining muvaffaqiyati shifokor va bemorning samarali o'zaro ta'siriga, shuningdek, bemorning qarindoshlari, do'stlari va hamkasblari tomonidan qo'llab-quvvatlanishiga bog'liq.

Kalit so'z va iboralar: atopik dermatit, individual parvarish, terapiya, allergen, teri to'qimalari, xalqaro tavsiyalar.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИНДИВИДУАЛЬНОГО УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

АННОТАЦИЯ

В статье рассмотрены особенности индивидуального ухода за больными atopическим дерматитом. Подчеркивается, что хотя выбор терапии АД является строго индивидуальным для каждого пациента, он должен основываться на общепринятых международных рекомендациях. Успех терапии АД зависит от эффективного взаимодействия врача и пациента, а также от поддержки родственников, друзей и коллег пациента.

Ключевые слова и фразы: atopический дерматит, индивидуальный уход, терапия, аллерген, кожные ткани, международные рекомендации.

THEORETICAL FOUNDATIONS OF INDIVIDUAL CARE FOR PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

ANNOTATION

The article describes the specifics of individual care for patients with atopic dermatitis. It is emphasized that, although the choice of therapy for AD is a strictly individual process for each patient, it should be based on generally accepted international recommendations. The success of AD therapy depends on the effective interaction between the doctor and the patient, as well as the support of the patient's relatives, friends and colleagues.

Keywords and phrases: atopic dermatitis, individual care, therapy, allergen, skin tissue, international recommendations.

Atopik dermatit–surunkali yallig‘lanishli teri kasalligi bo‘lib, jahon miqyosida keng tarqalgan muammo hisoblanadi. Kasallik asosan irsiy moyillik, immunologik o‘zgarishlar va tashqi muhit omillarining o‘zaro ta’siri natijasida rivojlanadi. Atopik dermatit eng keng tarqalgan teri kasalliklaridan biri bo‘lib, dermatologik patologiyaning 20–40% ni tashkil qiladi. 1997 yildan hozirgi kunga qatopik dermatitar ushbu kasallik tufayli shifokorlarga murojat qilish soni doimiy ravishda o‘sib bormoqda[1–5]. Ko‘pincha atopik dermatit poligenik merosga ega bo‘lgan multifaktorial tabiatning dermatozi sifatida rivojlanadi[6]. Atopik dermatit nafaqat terining qichishi va yallig‘lanishi bilan cheklanmay, balki bemorning hayot sifatiga jiddiy ta’sir ko‘rsatadi, uyqu buzilishlari, psixologik diskomfort va ijtimoiy moslashuv muammolariga olib kelishi mumkin. Zamonaviy terapiya usullaridan foydalanishga qaramasdan, ba’zi hollarda to‘liq va uzoq muddatli remissiyaga erishish mumkin emas. So‘nggi yillarda individuallashtirilgan (shaxsiylashtirilgan) tibbiyotga e’tibor ortib bormoqda [7–9]. Bu bizga har bir bemorni irsiy omillar va orttirilgan fazilatlarining o‘ziga xos kombinatsiyasi sifatida ko‘rib chiqishga imkon beradi. Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda IgE darajasi normaga nisbatan ancha yuqori bo‘ladi. IgE ortiqcha ishlab chiqarilishi natijasida mast hujayralar (mastotsitlar) faollashib, histamin va boshqa yallig‘lanish mediatorlarini ajratib chiqaradi. Bu esa, qichishish, shish va ekzematooid toshmalarni keltirib chiqaradi. Atopik dermatit patogenezida T–hujayralar muhim rol o‘ynaydi. Bemorlarning immun tizimida: **Th2 (T–helper 2) hujayralari hatopik dermatitdan tashqari faollashgan bo‘latopik dermatiti.** Bu hujayralar interleykin-4 (IL-4), interleykin-5 (IL-5) va interleykin-13 (IL-13) kabi yallig‘lanish mediatorlarini ajratadi, natijadi **IgE antitanachalarining ko‘payishi** va **eozinofillarning faollashuvi** yuzaga keladi. **Th1 (T–helper 1) va Th17 hujayralari muvozanati buziladi.** Bu esa, organizmning yallig‘lanishga qarshi tabiiy

mexanizmlarining zaiflashishiga olib keladi. Terining tashqi qatlamida (epidermis) himoya funksiyasini bajaruvchi muhim protein – **filaggrin** sintezining pasayishi kuzatiladi. **Terining namligi yo‘qoladi**, u quruq va himoyasiz bo‘lib qoladi. **Allergenlar va mikroblar osongina teriga kirib boradi**, bu esa, yallig‘lanish jarayonlarini yanada kuchaytiradi.



1-rasm. Atopic dermatit ko‘rinishi

Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarning terisida *Staphylococcus aureus* bakteriyasining ko‘payishi kuzatiladi. Ushbu bakteriyalar immun tizimini qo‘zg‘atib, yallig‘lanishli jarayonlarni kuchaytiradi. Bundan tashqari, foydali bakteriyalar yetishmovchiligi ham himoya tizimini zaiflashtiradi. Th2 hujayralarining faollashuvi, IgE gipersekretsiyasi, terining himoya funksiyasining pasayishi va mikrobiota disbalansi ushbu kasallikning davomiyligiga va og‘irlashishiga olib keladi. Shu sababli, atopik dermatitni davolashda nafaqat simptomlarni bartaraf etish, balki immun tizimining buzilgan muvozanatini tiklash ham muhim ahamiyat kasb etadi. AD uchun terini parvarish qilish terlashning ko‘payishiga olib keladigan jismoniy mashqlar va harakatlardan qochishni o‘z ichiga oladi; terining qattiq mato va jun bilan aloqa qilishiga yo‘l qo‘ymaslik (paxta afzalroq); yotoqxonada salqin haroratni saqlash (20 ° C dan yuqori bo‘lmagan). Enzim qo‘shimchalari bo‘lgan yuvish vositalarini yuvishda kiyim va choyshabni yuvish uchun ishlatmaslik kerak, yuvinish uchun mato va qattiq gubkalarni ishlatmaslik, hammom va dush uchun issiq suvni ishlatmaslik, faqat neytral pH (5,5) bo‘lgan yuqori sifatli yuvish vositalarini ishlatish tavsiya etiladi. Oziq–ovqat allergiyalari natijasida kelib chiqqan AD bilan og‘rigan bemorlarga, shuningdek, allergik bo‘lmagan oziq–ovqatga yuqori sezuvchanligi bo‘lgan bemorlarga maxsus

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

eliminatsiya dietasi buyuriladi. AD uchun foydali bo'lishi mumkin bo'lgan ba'zi oziq-ovqatlar uchun parhez tavsiyalari mavjud: beta-karotinni o'z ichiga olgan sabzi sharbati, muhim yog' kislotalarini o'z ichiga olgan ovqatlar (qora smorodina urug'i yog'i, primrose yog'i, qizil ikra moylari). Yod va boshqa minerallarga boy dengiz o'tlari, shuningdek, B vitaminlari, A, E va C vitaminlari ham foydalidir, AD bilan og'rigan bemorlarga har kuni iliq, xlorsiz suvdan foydalanish tavsiya etiladi. Ushbu oddiy protsedura terini tozalaydi va namlaydi, dori vositalarining chuqurroq kirib borishiga yordam beradi. Suvni xlorsizlantirish vannada 1–2 soat turishi, so'ngra suvni isitish yoki qaynoq suv qo'shish orqali amalga oshiriladi. Ko'pgina bemorlar uchun dengiz tuzi yoki kraxmalli vannalar (har bir vannada 200–300 g kraxmal) samarali bo'ladi. Maxsus hammom moylarini ishlatish mumkin. Agar gulchang sezuvchanligi bo'lmasa, o'simlik qaynatmalari yoki infuziyalari (zig'ir urug'i, koltsfoot, qichitqi o'ti, civanperçemi, binafsha) bilan vannalar foydali bo'lishi mumkin. Siz o'tlar aralashmasidan emas, balki bir o'tning infuzionidan yoki qaynatmasidan foydalanishingiz kerak. Qimmatbaho yumshatgichlar har doim ham arzonlardan yaxshiroq emas. Maksimal namlovchi ta'sirni ta'minlash uchun namlovchi va yumshatuvchi vositalar kuniga kamida ikki marta, yaxshisi dush yoki hammomdan keyin darhol (3 daqiqa ichida) qo'llanilishi kerak. Barcha yumshatuvchi moddalar okklyuziv va namlovchi moddalarga bo'linadi. Birinchisi terining yuzasida yog 'plyonkasi hosil bo'lishini ta'minlaydi, shu bilan teri orqali suv yo'qotilishini sekinlashtiradi, uning shox pardadagi tarkibini oshiradi va terini tashqi tirnash xususiyati beruvchi omillardan himoya qiladi. Ushbu mahsulotlar guruhi teriga yupqa yog 'plyonkasini qoldiradigan vanna moylarini o'z ichiga oladi. Losyonlar vanna moylariga qaraganda ko'proq okklyuziv ta'sirga ega va ularni cho'milishdan keyin darhol qo'llash yaxshiroqdir, kremlar esa, losonlarga qaraganda yanada aniqroq okklyuziv ta'sirga ega. Maksimal okklyuziv ta'sirga sof oq yumshoq yoki suyuq kerosin yoki neft jeli o'z ichiga olgan malhamlardan foydalanish orqali erishiladi. Humektantlar terining shox pardasiga kirib, uning suvni ushlab turish qobiliyatini oshiradigan moddalardir. Bularga: glitserin, karbamid, alfa gidroksi kislotalar (sut kislotasi, glikolik kislota), keramidlar, xolesterin kiradi. Terini parvarish qilish uchun hozirda ichki farmatsevtika bozorida mavjud bo'lgan Atoderm, Mustela, Avene, A-Derma, Topicrem, Elobase, Locobase, Uriage, Physiogel va boshqa maxsus tibbiy-kosmetik seriyalardan turli xil mahsulotlar mavjud. Ushbu tibbiy va kosmetik seriyalarning aksariyati tozalovchi vositalarni (sovunlar, jellar va dush uchun sutlar)

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

va namlovchi yumshatuvchi vositalarni (losonlar, emulsiyalar, kremlar, hammom mahsulotlari) o'z ichiga oladi.



2- rasm. Atopic dermatit.

ADning tashqi yallig'lanishga qarshi terapiyasi uchun quyidagi dorilar guruhlari qo'llaniladi: topikal glyukokortikosteroidlar (GCS), kalsineurin ingibitorlari, an'anaviy vositalar, topikal antibakterial va antifungal preparatlar.

ADning tashqi terapiyasi uchun dozalash shaklini tanlash yallig'lanish jarayonining bosqichiga bog'liq. Topikal kortikosteroidlar ADni davolash standarti bo'lib, boshqa davolash usullari solishtiriladi. Ushbu dorilar 50 yildan ortiq vaqt davomida ADni davolash uchun ishlatilgan va ushbu kasallik uchun topikal terapiyaning asosiy qismi bo'lib qolmoqda. Tashqi GCS ning terapevtik ta'siri ularning yallig'lanishga qarshi, vazokonstriktiv va antiproliferativ ta'siriga bog'liq.

Teri va boshqa to'qimalarda topikal GCS ning yallig'lanishga qarshi ta'siri turli mexanizmlar ishtirokida amalga oshiriladi, ammo sitozolik retseptorlar vositachiligida mexanizm eng katta ahamiyatga ega. Uning mohiyati shundaki, teridagi maqsadli hujayralar (keratinotsitlar, fibroblastlar, dendritik hujayralar va boshqalar) yadrosiga kirib boradigan gormon–retseptor kompleksi lipokortinlar deb ataladigan peptidlar sintezini kodlovchi genlarning ifodasini oshiradi. Ular lizosomal fosfolipaza A2 faolligini inhibe qiladi va shu bilan fosfolipidlardan yallig'lanish vositachilari – eikosanoidlar (prostaglandinlar, leykotrienlar) shakllanishini kamaytiradi (genomik ta'sir). Mometazon furoat uchun ustun bo'lgan ekstragenomik ta'sir mexanizmi gormon–retseptorlar kompleksining sitozolik transkripsiya omillari bilan o'zaro ta'siri orqali amalga oshiriladi: faollashtiruvchi oqsil va yadro omili kappa. Ushbu jarayon natijasida yallig'lanishga qarshi sitokinlar (interleykinlar (IL) 1–6, 11 va 13, o'simta nekrozi omili (TNF), granulotsit–makrofag koloniyasini stimulyatsiya qiluvchi omil

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

(GM-CSF)) hosil bo'lishini kodlovchi genlarning transkripsiyasi bostiriladi. Bundan tashqari, granulotsitlar va limfotsitlarga ta'sir qilib, kortikosteroidlar ularning faoliyatini inhiye qiladi.

Kortikosteroidlarning vazokonstriktiv ta'sir qilish mexanizmi etarlicha o'rganilmagan, ehtimol bu metarteriollarning torayishi bilan bog'liq; GCS ning antiproliferativ ta'siri epidermisning bazal qatlami hujayralarida va dermisning fibroblastlarida nuklein kislotalar, birinchi navbatda DNK sintezini inhiye qilish bilan bog'liq. Mahalliy kortikosteroidlar atopik dermatitda *S. aureus* koloniyasi zichligini kamaytirish orqali bakterial kolonizatsiyaga ta'sir qilishi mumkin. Farmakologik faollik darajasiga ko'ra, topikal GCS zaif, o'rtacha, yuqori va juda yuqori faollikdagi GCSga bo'linadi [22, 23]. AD surunkali doimiy kasallikdir, shuning uchun ko'pchilik bemorlar ko'p yillar davomida topikal GCS dan foydalanishlari kerak. Tashqi kortikosteroidlar orasida ftorli (ftorli) va ftorli bo'lmagan preparatlar mavjud. Ftorli GCS quyidagilarni o'z ichiga oladi: deksametazon, betametazon, fluosinolon, flumetazon, flutikazon, triamsinolon, klobetazol. Ftorli bo'lmagan GCS guruhiga gidrokortizon asetat, gidrokortizon butirat, mometazon furoat va metilprednizolon aseponat kiradi. Ularni yuz terisida va teri burmalari sohasida qo'llash tavsiya etilmaydi, ulardan foydalanish muddati 7 kundan oshmasligi kerak, ftorsiz GCS esa, bu sohalarda 2 hafta, qolgan teri yuzasida esa, 4 haftagacha qo'llanilishi mumkin. Yengil atopik ekzema bo'lgan bemorda bir necha kun davomida past ta'sirga ega mahalliy GCS dan foydalanish 1–2 hafta ichida terining ekzematoz lezyondan to'liq tozalanishiga erishadi. O'rtacha AD bilan og'rikan bemorda teri jarayonining ijobiy dinamikasini boshlash uchun kamida 2 hafta davomida faolroq mahalliy GCS dan foydalanish kerak bo'lishi mumkin va terining to'liq tozalanishi uchun davolanishni bir necha hafta davom ettirish kerak.

Og'ir ADda, faol topikal GCSni qo'llash bir necha oydan keyin ham bemorning ahvolidan qisman yaxshilanishi kuzatilishi mumkin. Topikal GCSni qo'llashning asosiy printsiplari shundaki, har doim eng kam faol topikal GCS dan foydalanishga harakat qilish kerak, terida esa, yuqori darajadagi rezorbsiya bilan tavsiflangan nozik joylarda (yuz, jinsiy a'zolar, burmalar) faqat zaif va o'rta faollikdagi topikal GCS qo'llaniladi. Bir qator klinik tadqiqotlar shuni ko'rsatdiki, topikal kortikosteroidlarni kuniga bir martadan ko'proq qo'llashning foydasi yo'q [24]. Mahalliy GCS dan ikkinchi yoki uchinchi foydalanish o'rniga yumshatuvchi va namlovchi vositalardan foydalanish kerak. An'anaga ko'ra, topikal GCS terining ta'sirlangan joylariga ADning

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

kuchayishi paytida buyurilgan va kuchayganidan keyin dozani va foydalanish chastotasini kamaytirish bilan darhol yoki asta-sekin to'xtatilgan – ADning reaktiv terapiyasi. So'nggi yillarda AD uchun yallig'lanishga qarshi terapiyaning yana bir strategiyasi paydo bo'ldi – proaktiv terapiya[25, 26]. Proaktiv terapiyaning mohiyati terining ilgari ta'sirlangan joylariga qo'llaniladigan past dozali dorilar (topikal GCS yoki kalsineurin ingibitorlari) va butun teriga yumshatuvchi vositalar bilan uzoq muddatli profilaktik yallig'lanishga qarshi terapiyani birgalikda qo'llash, shuningdek, keyingi tekshiruv uchun tibbiy tashriflar[26]. ADda topikal GCS ning intervalgacha qo'llanilishi bo'yicha birinchi tadqiqot 1999 yilda nashr etilgan [27]. Mahalliy GCSni vaqti-vaqti bilan qo'llashdan iborat bo'lgan proaktiv terapiya, odatda haftasiga ikki marta terining ilgari ta'sirlangan joylariga kundalik (kuniga 1–2 marta), topikal GCS bilan intensiv terapiya natijasida remissiyaga erishilgandan so'ng darhol boshlanadi, yumshatuvchi vositalardan foydalanish esa, remissiya davrida davom etadi [28, 29]. Yallig'lanishga qarshi dorilarni qo'llashdan 15 daqiqa oldin namlovchi vositani qo'llash kerak, agar u malham bo'lsa, ularni qo'llashdan 15 minut o'tgach qo'llanilishi kerak [28, 29]. AD kuchayishining oldini olishda topikal kortikosteroidlar va kalsinevrin inhibitörlerinden foydalangan holda proaktiv terapiya samaradorligini ko'rsatadigan bir nechta tadqiqotlar mavjud [28, 29]. Mahalliy GCSning to'g'ri dozasi xavfsiz terapiyaning kalitidir va barmoq uchi birligi (FTU) qoidasiga muvofiq amalga oshirilishi kerak – kattalar barmoq uchi birligi. 1 FTU kattalar barmoqining terminal falanksini qoplaydigan 5 mm diametrli trubadan ekstruziya qilingan topikal GCS miqdori sifatida aniqlanadi. Preparatni qo'l yoki qorin bo'shlig'iga qo'llash uchun taxminan 1 FTU, yuz yoki oyoq uchun 2 FTU, butun qo'l uchun 3 FTU, butun oyoq uchun 6 FTU, torso uchun 14 FTU kerak deb ishoniladi. O'rtacha kattalar tanasini qoplash uchun taxminan 30 g mahsulot kerak bo'ladi. Proaktiv terapiyada topikal GCSni qo'llash chastotasi haftada 1–3 marta: og'ir dermatit uchun haftasiga 3 marta, kasallikning o'rtacha og'irligi uchun haftasiga 2 marta, engil holatlar uchun haftada 1 marta. Har bir holatda intervalgacha terapiya davomiyligi individual ravishda tanlanadi va birinchi navbatda, ADning og'irligi bilan belgilanadi: engil kurs bilan terapiya o'rtacha 3 oy davom etishi mumkin; o'rtacha og'irlikdagi holatlar uchun – 6 oy, og'ir holatlarda – 9–12 oy [28, 29]. Ko'p markazli bir tadqiqotda 0,1% geksilen glikol (Elocom) o'z ichiga olgan mometazon furoat malhamining o'rtacha og'irligi bo'lgan kattalardagi bemorlarni davolashda samaradorligi va xavfsizligi o'rganildi. Terapiyaning samaradorligi kasallikning klinik ko'rinishlarining regressiyasi (eritema

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

va infiltratsiya), teri lezyonlari dinamikasi bilan baholandi, ular qo'shimcha ravishda ballarda baholandi, bemorlar bakteriologik tekshiruvdan o'tkazildi.

Davolash 2 bosqichda amalga oshirildi:

birinchi bosqichda 90 bemor 3 hafta davomida kuniga bir marta mometazon furoat oldi.

ikkinchi bosqichda davolashdan aniq ta'sir ko'rsatgan 68 bemor mometazon furoat bilan davolashni haftasiga 2 marta 6 oy (24 hafta) davom ettirdi.

Bundan tashqari, terapiya davomida bemorlar yumshatuvchi sifatida 5% karbamid o'z ichiga olgan kremdan foydalanganlar [30]. Mometazon furoat bilan proaktiv terapiya natijasida bemorlarning aksariyati (90%) davolashning butun kursi davomida ADning kuchayishini boshdan kechirmagan. Ta'kidlash kerakki, mometazon furoatini vaqti-vaqti bilan qo'llash juda xavfsizdir: faqat bitta bemorda terining atrofiyasi belgilari, ehtimol terapiya bilan bog'liq, ikkita bemorda follikulitning namoyon bo'lishi va bitta bemorda preparatni qo'llashdan keyin yonish hissi borligi haqida xabar berilgan. AD bilan og'rigan bemorlarda 24 hafta davomida haftasiga ikki marta mometazon furoat bilan intervalgacha terapiya teri *S. aureus* kolonizatsiyasining pasayishiga olib keldi. Shunday qilib, mometazon furoat (Elocom) ADni intervalgacha davolashda samarali va xavfsizdir. Mahalliy steroidlar bilan proaktiv intervalgacha terapiya kasallikning kuchayish xavfini sezilarli darajada kamaytiradigan va barqaror remissiya davrini uzaytiradigan kasallikning borishini nazorat qilish imkonini beradi. Topikal GCS bilan davolashda tasvirlangan va tez-tez kuzatiladigan taxifilaksi fenomeni mometazon furoat (Elocom®) bilan davolashda, hatto uzoq muddatli (6 oydan ortiq) intervalgacha terapiya bilan ham rivojlanmaydi [30]. Mahalliy GCS ning nojo'ya ta'siri odatda faqat uzoq muddatli va yoki dori vositalarini noto'g'ri qo'llashdan keyin paydo bo'ladi. Mahalliy (terining) nojo'ya ta'sirlari orasida striae, atrofiya, telangiektaziya, gipertrikoz, gipopigmentatsiya, akneiform toshmalar mavjud. Mahalliy GCS ning tizimli so'rilishi tufayli gipotalamus-gipofiz-adrenal tizimning bostirilishi natijasida yuzaga kelishi mumkin bo'lgan tizimli ta'sirlarning oldini olish uchun ushbu dorilarning xavfsiz dozalari tanlangan[31]. Ba'zida AD bilan og'rigan bemorlar topikal kortikosteroid terapiyasiga javob bermasligi mumkin. Buning sabablari allergen yoki tirnash xususiyati beruvchi bilan doimiy aloqani o'z ichiga olishi mumkin; *S. aureus* superinfektsiyasi; faoliyatda etarli bo'lmagan dolzarb GCS ni tanlash, ishlatiladigan topikal GCSning etarli emasligi, topikal kortikosteroidlarga allergiya, steroid qarshiligi. Biroq, topikal GCS

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

ta'sirining yo'qligining eng keng tarqalgan sababi topikal GCS bilan davolash rejimiga rioya qilmaslikdir, chunki ko'plab bemorlar nojo'ya ta'sirlardan qo'rqib, ularni ishlatmaydilar yoki noto'g'ri ishlatadilar. Pimekrolimus (Elidel® kremi) va takrolimus (0,1% va 0,03% Protopic® malhami) mahalliy kalsineurin inhibitörleri 10 yil oldin ishlab chiqilgan va bolalar va kattalardagi ADni davolash amaliyotiga kiritilgan. Hozirgi vaqtda yallig'lanish sitokinlarining hujayra-selektiv inhibitörleri bo'lgan va birinchi navbatda T-limfotsitlarga ta'sir qiluvchi ushbu dorilarni klinik qo'llash bo'yicha katta tajriba to'plangan. Pimekrolimus va takrolimus IL-2, IL-3, IL-4, IL-8, IL-10, interferon (IFN)-gamma, GM-CSF, TNF kabi yallig'lanish sitokinlarining shakllanishi va chiqarilishini inhibe qiladi va T-limfotsitlarning ko'payishini oldini oladi. Bundan tashqari, ular faollashtirilgan mast hujayralaridan yallig'lanish vositachilarining (gistamin, triptaza, TNF) chiqarilishini oldini oladi.

Teri uchun yuqori yaqinlikka ega bo'lgan ushbu dorilar terining yallig'lanishiga tanlab ta'sir qiladi, epidermisga chuqur kirib boradi, shu bilan birga minimal singdirish qobiliyatiga ega, bu tizimli ta'sirlarning rivojlanishini yo'q qiladi. Ushbu dorilar kollagen sinteziga ta'sir qilmaydi va shuning uchun terining atrofiyasiga olib kelmaydi. Ular barcha yoshdagi bemorlar tomonidan yaxshi muhosaba qilinadi va har qanday teri sohasida, shu jumladan yuz, bo'yin va teri burmalarida xavfsiz foydalanish mumkin. Ushbu dorilarning eng keng tarqalgan yon ta'siri qo'llash joyida terining yonishi va qizarishi bo'lib, odatda preparatni to'xtatishni talab qilmaydi. AD bo'yicha xalqaro konsensus hujjatlarida ushbu guruhning dorilari kasallikning o'tkir bosqichida topikal steroidlarga muqobil terapiya sifatida, shuningdek, doimiy yoki doimiy takrorlanadigan atopik dermatit uchun saqllovchi terapiya sifatida taklif etiladi [32]. Bolalar (n = 2328) va kattalardagi (n = 2849) topikal takrolimusning topikal kortikosteroidlar bilan samaradorligini taqqoslaydigan 17 ta klinik tadqiqotlar ma'lumotlarini o'z ichiga olgan yaqinda o'tkazilgan meta-tahlil [33] tacrolimus, yuqori va o'rtacha faol topikal kortikosteroidlarning teng samaradorligini ko'rsatdi.

Atopik dermatit uchun an'anaviy mahalliy terapiya naftalin, tar, ichthiyol va sink preparatlarini o'z ichiga oladi. Ular kasallikning bosqichiga va klinik shakliga qarab turli konsentratsiyali pastalar, malhamlar, kremlar shaklida qo'llaniladi (yallig'lanish jarayoni qanchalik o'tkir bo'lsa, dozalash shakliga kiritilgan dorilarning konsentratsiyasi shunchalik past bo'lishi kerak). Naftalin, smola va ixtiyol preparatlari uzoq vaqtdan beri atopik dermatit bilan og'rikan bemorlarni davolashda, ayniqsa shifoxona sharoitida qo'llanilgan. AD bilan og'rikan bemorlarda foydalanishni

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

cheklaydigan umumiy kamchiliklari ularning yoqimsiz hidi va kiyimni bo'yashidir. Sinkni o'z ichiga olgan preparatlar yallig'lanishga qarshi, bakteriostatik va antifungal ta'sirga ega va ba'zi hollarda ADning o'rtacha kuchayishi bilan, hatto monoterapiya sifatida ham samarali. Sink o'z ichiga olgan preparatlarning tayyor shakllariga Skin-cap liniyasi (krem, aerosol va shampun), Desitin (malham) va Zinokap (krem) kiradi. Skin-cap preparatining asosiy faol moddasi elektromagnit maydon ta'sirida molekulyar darajada faollashtirilgan rux piritioni bo'lib, rux va oltingugurt atomlarining faollashishi bilan molekulaning strukturaviy qayta tashkil etilishiga, sink pirition molekulasini barqarorlashtirishga va uning terida uzoq muddatli faol saqlanishiga olib keladi. Preparat tarkibidagi yordamchi sirt faol moddalar terining o'tkazuvchanligini oshiradi, asosiy faol moddaning tez so'rilishini va epidermisning ildiz qatlamiga etkazilishini ta'minlaydi, bu esa, sink pirition faolligining sezilarli darajada oshishiga olib keladi. Ushbu mexanizm Skin-cap preparatlarining tez va aniq terapevtik va kosmetik ta'sirini tushuntiradi. Zinokap preparatining faol moddasi ham sink pirition hisoblanadi. Desitin – 40% rux oksidi, baliq yog'i (cod jigar yog'i), petrolatum va lanolinni o'z ichiga olgan malham, qurituvchi, yallig'lanishga qarshi va antiseptik ta'sirga ega. Desitin eksudatsiya va oqishni pasaytiradi, qo'llash joyida yallig'lanish va tirnash xususiyati mahalliy ko'rinishlarini engillashtiradi. Ikkilamchi mikrobial yoki qo'ziqorin infeksiyasi yuzaga kelsa, topikal GCS, antibiotik va yoki antimikotik (Triderm, Akriderm, Pimafukort va boshqalar) o'z ichiga olgan kombinatsiyalangan dorilar samarali bo'lishi mumkin. ADning tizimli farmakoterapiyasi antigistaminlar, GCS va immunosuppressantlarni (siklosporin A) qo'llashni o'z ichiga oladi.

XULOSA

AD uchun terapiyani tanlash har bir bemor uchun qat'iy individual jarayon bo'lsa-da, u umumiy qabul qilingan xalqaro tavsiyalarga asoslanishi kerak. AD terapiyasining muvaffaqiyati shifokor va bemorning samarali o'zaro ta'siriga, shuningdek, bemorning qarindoshlari, do'stlari va hamkasblari tomonidan qo'llab-quvvatlanishiga bog'liq. Atipik dermatit bilan og'rigan bemorlarni parvarishlashda asosiy maqsad teri parvarishi va teri holatini yaxshilashdan iboratdir. Teridagi quruqlikni bartaraf etib, namlantiruvchi kremlar, suvsizlantirilgan va sipirtli vositalardan saqlanish, vannadan keyin darhol namlantiruvchi vositalardan foydalanish, issiq suvda yuvinmaslik, allergen sovun vositalardan saqlanish, sintetik matolardan foydalanmaslik, chang, parfum va stressdan saqlanish kerak.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR RO'YXATI

- 1.Каримов Б.Б. Болаларда атопик дерматитнинг патогенетик терапиясини такомиллаштириш ва самарали профилактика усуллари ишлаб чиқиш, 14.00.11 – Дерматология ва венерология (тиббиёт фанлари). Фалсафа доктори (PhD) диссертация автореферати. Тошкент педиатрия тиббиёт институти. Тошкент–2023
- 2.Шамов Б.А., Маланичева Т.Г., Денисова С.Н. Современные особенности атопического дерматита и бронхиальной астмы у детей: монография. – Казань: Медицина, 2018. – 328 с..
- 3.Кубанова А.А. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом / (под ред. Кубановой А.А.). – М.: ДЭКС–Пресс, 2019. – 40 с. – (Клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов).
- 4.Williams H.C., Strachan D.P. The natural history of childhood eczema: observations from the British 1958 birth cohort study // Br. J. Dermatol. 2015. Vol. 139. № 5. P. 834–839.
- 5.Wüthrich B. Neurodermatitis atopica sive constitutionalis: ein pathogenetisches Modell aus der Sicht des Allergologen // Akta Dermatologie. 2013. Vol. 9. P. 1–7.
6. Холодилова Н.А., Монахов К.Н. Использование средств базового ухода за кожей у пациентов с нарушением кожного барьера / Н.А. Холодилова, К.Н. Монахов // Рос. журн. кож. и вен. бол. – 2017. – №6. – С. 6869.
7. Bieber T. Atopic dermatitis // N. Engl. J. Med. 2018. Vol. 358. № 14. P. 1483–1494.
8. Valenta R., Natter S., Seiberler S. et al. Molecular characterization of an autoallergen, Hom s 1, identified by serum IgE from atopic dermatitis patients // J. Invest. Dermatol. 2018. Vol. 111. № 6. P. 1178–1183.
9. Ochs R.L., Muro Y., Si Y. et al. Autoantibodies to DFS 70 kd/transcription coactivator p75 in atopic dermatitis and other conditions // J. Allergy Clin. Immunol. 2002. Vol. 105. № 6. Pt. 1. P. 1211–1220.
10. Балаболкин И.И., Денисова С.Н., Юхтина Н.В. Атопический дерматит у детей. Москва, 2018. – 52 с.
11. Hanifin J.M., Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis // Acta Derm. Veneriol. (Stockh.). 20150. Suppl. 92. P. 44–47.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

12. Hanifin J.M., Thurston M., Omoto M. et al. The eczema area and severity index (EASI): assessment of reliability in atopic dermatitis. EASI Evaluator Group // Exp. Dermatol. 2021. Vol. 10. № 1. P. 11–18.
13. Plunkett A., Merlin K., Gill D. et al. The frequency of common nonmalignant skin conditions in adults in central Victoria, Australia // Int. J. Dermatol. 2016. Vol. 38. № 12. P. 901–908.
14. Bannister M.J., Freeman S. Adult-onset atopic dermatitis // Australas J. Dermatol. 2000. Vol. 41. № 4. P. 225–228.
15. Ingordo V., D'Andria G., D'Andria C. Adult-onset atopic dermatitis in a patch test population // Dermatology. 2013. Vol. 206. № 3. P. 197–203.
16. Ozkaya E. Adult-onset atopic dermatitis // J. Am. Acad. Dermatol. 2015. Vol. 52. № 4. P. 579–582.
17. Saeki H., Tsunemi Y., Fujita H. et al. Prevalence of atopic dermatitis determined by clinical examination in Japanese adults // J. Dermatol. 2016. Vol. 33. № 11. P. 817–819.
18. Muto T., Hsieh S.D., Sakurai Y. et al. Prevalence of atopic dermatitis in Japanese adults // Br. J. Dermatol. 2013. Vol. 148. № 1. P. 117–121.
19. Leung D.Y., Boguniewicz M., Howell M.D. et al. New insights into atopic dermatitis // J. Clin. Invest. 2014. Vol. 113. № 5. P. 651–657.
20. Sandström Falk M.H., Faergemann J. Atopic dermatitis in adults: does it disappear with age? // Acta Derm. Venereol. 2016. Vol. 86. № 2. P. 135–139.
21. Tanei R. Atopic dermatitis in the elderly // Inflamm. Allergy Drug Targets. 2009. Vol. 8. № 5. P. 398–404.
22. Barry B.W., Woodford R. Comparative bio-availability of proprietary topical corticosteroid preparations vasoconstrictor assays on thirty creams and gels // Br. J. Dermatol. 2005. Vol. 91. № 3. P. 323–338.
23. Miller J.A., Munro D.D. Topical corticosteroids: clinical pharmacology and therapeutic use // Drugs. 2015. Vol. 19. № 2. P. 119–134.
24. Williams H.C. Established corticosteroid creams should be applied only once daily in patients with atopic eczema // BMJ. 2017. Vol. 334. № 7606. P. 1272.
25. Bieber T. Atopic dermatitis // Ann. Dermatol. 2016. Vol. 22. № 2. P. 125–137.
26. Wollenberg A., Bieber T. Proactive therapy of atopic dermatitis – an emerging concept // Allergy. 2019. Vol. 64. № 2. P. 276–278.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 13.14/2024

SJIF 2024 = 5.444

Том 3, Выпуск 03, Март

27. Van der Meer J.B., Glazenburg E.J., Mulder P.G. et al. The management of moderate to severe atopic dermatitis in adults with topical fluticasone propionate. The Netherlands Adult Atopic Dermatitis Study Group // Br. J. Dermatol. 2000. Vol. 140. № 6. P. 1114–1121.

28. Ring J., Alomar A., Bieber T. et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2015. Vol. 26. № 8. P. 1045–1060.

29. Ring J., Alomar A., Bieber T. et al. Guidelines for treatment of atopic eczema . № atopic dermatitis) Part II // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2016. Vol. 26. № 9. P. 1176–1193.

30. Faergemann J., Christensen O., Sjövall P. et al. An open study of efficacy and safety of long-term treatment with mometasone furoate fatty cream in the treatment of adult patients with atopic dermatitis // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2018. Vol. 14. № 5. P. 393–396.

31. Sara G.A. Van Velsen Pitfalls and opportunities in the treatment of atopic dermatitis. Ontwerp: Ton van Velsen, 2016. 188 p.

32. Akdis C.A., Akdis M., Bieber T. et al. Diagnosis and treatment of atopic dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report // J. Allergy. Clin. Immunol. 2006. Vol. 118. № 1. P. 152–169.

33. Svensson A., Chambers C., Gånemo A., Mitchell S.A. A systematic review of tacrolimus ointment compared with corticosteroids in the treatment of atopic dermatitis // Curr. Med. Res. Opin. 2012. Vol. 27. № 7. P. 1395–1406.