

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ТАДЖИКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АБУАЛИ ИБНИ СИНО**

На правах рукописи

УДК: 61-616-002.2

ШУКУРОВА ФАРЗОНА ШЕРАЛИЕВНА

**ПОСЛЕДСТВИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ И СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИХ
ТЕРАПИИ**

АВТОРЕФЕРАТ

**диссертации на соискание ученой степени
доктора философии (PhD) - доктора по специальности
6D110110-Кожные и венерические болезни**

Душанбе – 2024

Работа выполнена на кафедре дерматовенерологии им.профессора Зоирова П.Т. ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино» Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан.

Научный руководитель: **Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна** – доктор медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой дерматовенерологии им.профессора Зоирова П.Т. Государственного образовательного учреждения «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино»

Официальные оппоненты: **Сабилов Улугбек Юсупхонович** доктор медицинских наук, профессор, директор Республиканского специализированного научно - практического медицинского центра дерматологии и венерологии Республики Узбекистан

Касымов Олим Исмоилович - доктор медицинских наук, профессор кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

Ведущее учреждение: Ташкентская медицинская академия (Республика Узбекистан)

Защита диссертации состоится «___» _____ 2024 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета 6D.КOA-008 при ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино».

Адрес: 734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, р. Сино, ул. Сино 29-31, www.tajmedun.tj. тел. (+992) 918724088

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино».

Автореферат разослан «___» _____ 2024 года

Ученый секретарь диссертационного совета
кандидат медицинских наук,
доцент

Джамолова Р.Дж.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Последствия угревой болезни (УБ) в 40% - 90% случаях среди лиц после перенесенного акне [Di Landro A.,2016; Tan J.,2017]. Клиническими проявлениями последствий УБ является развитие так называемого симптомокомплекса постакне (СПА), характеризующегося развитием на местах проявлений УБ застойной эритемы, атером, милиумов, дисхромий и патологических рубцов [Goodman, G.J.,2016; Kurokawa I., 2016;]. В литературе приводятся данные о том, что после перенесенной УБ у 40% пациентов развиваются атеромы, у 65,0-100% пациентов - дисхромии и милиумы, а в 11,0 – 95,0% случаях – деформирующие рубцы постакне [Круглова Л.С.,2014; Tan J.,2017]. При этом, в 69,0% рубцы постакне развиваются после перенесенной легкой или средней степени тяжести УБ. Проявления СПА, являясь косметическим недостатком, в 10-40% случаях приводят к резкому снижению качества жизни, формированию психосоматических расстройств и значительной социальной дезадаптации пациентов [Свечникова Е.В.,2018; Кунгуров Н.В.,2018; Коннов, П.Е.,2020]

Считается, что причинами развития СПА является генетическая предрасположенность, длительное течение и несвоевременно начатая терапия акне, частая травматизация высыпаний самим пациентом или при проведении косметологических процедур (эксфолированные акне) [Badaoui A.,2016]. Данные литературы указывают на то, что при темных фототипах кожи застойная эритема и деформирующие рубцы наблюдаются уже при комедональной форме акне, а при светлых фототипах наиболее выраженными проявлениями СПА является гиперпигментация и атрофические рубцы. [Davis S.A., 2015;Di Landro A.,2016 ; Tan J.,2017].

По данным литературы, развитие СПА зависит от состояния иммунной системы, так как хронический воспалительный процесс, предшествующий данной патологии, характеризуется длительно персистирующей на поверхности кожи условно-патогенной микрофлоры, а вторичное присоединение паразитарных и дрожжеподобных грибов приводит к нарушениям иммунного статуса [Степанкина Е.С.,2017; Юсупова Д.,2020]. По данным некоторых исследователей, у пациентов с длительно протекающей УБ показатели клеточного иммунитета по сравнению со здоровыми лицами, характеризуются повышением количества CD8+ лимфоцитов с цитотоксической активностью, снижением иммунорегуляторного индекса, увеличением уровня циркулирующих иммунных комплексов и истощением фагоцитарного звена иммунной системы [Галеева А.Г., 2017; Сизякина Л.П.,2021]. Доказано, что грамположительные микроорганизмы у больных УБ подавляют иммунный ответ хозяина на *Propionbacterium* акне, тем самым стимулируя выработку провоспалительных цитокинов, вызывая гранулематозные реакции кожи [Pretsch A.,2018; Thiboutot D.M.,2019]. Авторы выявили, что высокие концентрация провоспалительных цитокинов выявляются еще до клинических проявления постакне.

В последние годы, с целью коррекции эстетических дефектов кожи широкое применение находит применение препаратов гиалуроновой кислоты, которая являясь несурфированным гликозаминогликаном, входящим в состав эпителиальной, нервной и соединительной ткани, активно участвует в обменных процессах [Hussain Z.,2017; Bukhari S.N.,2018]. В литературе имеются сведения о роли гиалуроновой кислоты в регуляции воспаления, регенерации, обеспечении иммунологической толерантности и иммуномодуляции [Круглова Л.С. и соавт., 2018; Деревнина Н.А., 2021]. Доказано, что введение гиалуроновой кислоты в очаги поражения приводит к стимулированию образования эндогенной гиалуроновой кислоты, которая способствует процессам регенерации дермы [Keen M.A., 2017; Шварц Н.Е., 2018; Chen L.H.,2018]. Гиалуроновую кислоту при лечении симптомов комплекса постакне применяют в виде мезотерапии, филлеров и биоревитализации [Barbaric J., 2016; Chen L.H., 2018]. Однако, по мнению некоторых исследователей, при использовании гиалуроновой кислотой в мезокоррекции эстетических дефектов кожи, развивается так называемая «иммунологическая память» которая характеризуется формированием отсроченного иммунного ответа и может приводить к таким последствиям, как отек, застойная эритема, гиперпигментация [Галеева А.Г., 2017; Chen L.H.,2018]. Другие исследователи доказали рецидивирование рубцов СПА после мезотерапии в связи с инвазивностью данного метода [Толстая А. И., 2013; Kurokawa I.,2016]. То есть, применение агрессивных инъекционных методов терапии приводят к развитию полифункциональных изменений за счет травматического стресса, приводящего к нарушениям регенерации ткани [Narurkar V.A.,2016; Gold M.H.,2020].

Известно, что наиболее щадящими методами терапии эстетических дефектов кожи являются методы физиотерапии: электромагнитное поле (электрофорез), магнитное поле (магнитофорез), лазерное излучение (фотофорез), ультразвук (ультрафонофорез). В основе механизма действия методов фореза лежит не только местное воздействие самим физическим фактором и лекарственным препаратом, но и реакция организма на физиовоздействие через механизмы нейрорефлекторной и гуморальной регуляции [Вертиева Е.Ю.,2015; Кунгуров Н.В.,2018; Острцова М.Н.,2018].

До настоящего времени не проводилось изучения клинико-морфологических и иммунологических особенностей СПА при применении инвазивных и не инвазивных методов их коррекции, в связи с чем данная работа является актуальной.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы

Доказано, что снижение ниже нормы уровня рецепторного антагониста интерлейкина-1 в крови пациентов с угревой болезнью прогнозирует развитие рубцов постакне [Клюева Т.А., 2011]

Изучена эффективность методов физиотерапии постакне с применением низких доз изотретиноина и радиочастотной фракционной микроиглы. [Колчева, П.А.,

2015]. Доказана эффективность фотодинамической терапии симптомокомплекса постакне, выражающаяся в уменьшении выраженности патологических процессов, восстановлении процессов микроциркуляции и показателей иммунного статуса [Бычкова Н., 2019]. Интерес к изучению проблемы последствий угревой болезни нашел отражение в исследованиях Стенько А.Г. (2018), которые доказали эффективность лазеротерапии и крема Имофераза в коррекции симптомов постакне. Выявлена эффективность применения эрбиевого лазера при лечении атрофических и гипертрофических рубцов постакне, что отразилось на улучшении цвета, текстуры, рельефа и плотности кожи. [Игошина А.В., 2019].

Связь исследования с программами (проектами), научной тематикой. Диссертационная работа выполнялась в рамках научно-исследовательской работы кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» «Распространённость, особенности клинического течения хронических дерматозов и косметических дефектов кожи, оптимизация терапии (срок выполнения 2018-2023 гг., ГР № 0118ТJ00858).

Общая характеристика исследования

Цель исследования: оптимизация методов коррекции последствий угревой болезни с учетом клинико-функциональных и иммуно-морфологических изменений.

Задачи исследования:

1. Изучить частоту встречаемости и клинические особенности СПА в зависимости от пола, возраста, локализации, фототипа и функциональных параметров кожи.
2. Выявить морфологические особенности рубцов постакне в зависимости от локализации последствий угревой болезни и предшествующей местной терапии.
3. Изучить показатели клеточного и гуморального иммунитета и содержание интерлейкина-6 в зависимости от степени тяжести симптомокомплекса постакне и предшествующей местной терапии.
4. Дать сравнительную оценку эффективности гиалуроновой кислоты при использовании инвазивной и неинвазивной коррекции симптомокомплекса постакне

Объект исследования. Объектом исследования служили 212 пациентов, средний возраст которых составил $25 \pm 1,2$ лет, находившихся амбулаторном лечении в Государственном учреждении «Городская клиническая больница кожных болезней» в период с 2019 по 2022 годы.

Предмет исследования. Предметом исследования было изучение клинико-функциональных и иммуно-морфологических особенностей симптомокомплекса постакне и сравнительная оценка эффективности гиалуроновой кислоты с применением инвазивных и не инвазивных методов коррекции.

Научная новизна исследования. Впервые выявлено, что среди пациентов с эстетическими дефектами на лице, в 39,6% случаях встречаются последствия угревой болезни, причем у 40,0% из них наблюдается семейный анамнез. Доказано, что основным проявлением последствий угревой болезни являются атрофические рубцы, которые в 50,0% случаях сочетаются с гипертрофическими, а в 37,7% – с келоидными рубцами. Установлено, что рубцы постакне в 38 (42,2%;90) случаях представлены фиброзно-измененной дермой (ФИД), а в виде гипертрофических рубцов встречаются в 2,5 раза чаще, чем в виде келоидных рубцов. Выявлено, что применение не инвазивных методов лечения рубцов постакне в 1,6 раза чаще сопровождается формированием наиболее благоприятной регенерацией ткани (ФИД), чем у пациентов с инвазивными методами коррекции (22 (52,3%;42) против 16 (33,3%;48) случаев). Установлено, что у 49 (51,6%;95) пациентов с СПА имеются нарушения иммунного статуса, а в 43 (45,2%;95) случаях наблюдается повышение содержания ИЛ-6. Доказано, что применение ультрафонофореза с гиалуроновой кислотой, по сравнению с мезотерапией в 1,3 раза улучшает клиническую эффективность и в 1,4 раза чаще приводит к восстановлению параметров кожи.

Теоретическая и научно-практическая значимость исследования заключается в том, что теоретические, методологические положения, выводы и рекомендации, представленные в диссертации, могут быть использованы в учебном процессе медицинских ВУЗов и в практической работе врачей дерматологов и косметологов. Выраженные клинические проявления СПА развиваются после инвазивных методов их коррекции, особенно на фоне темных фототипов и нарушений функциональных параметров кож и сопровождаются нарушениями иммунного статуса, в связи с чем, применение не инвазивного метода в виде ультрафонофореза с гиалуроновой кислотой приводит к клиническому улучшению за счет его влияния на функциональные параметры кожи и на состояние иммунной системы.

Положения, выносимые на защиту:

1. Основным клиническим проявлением последствий угревой болезни являются атрофические рубцы, которые сочетаются с гипертрофическими и келоидными рубцами, локализуясь одновременно на коже лица, спины и груди. У пациентов с темными фототипами кожи наблюдаются более выраженные нарушения функциональных параметров кожи и более тяжелое течение СПА.
2. Рубцы постакне имеют отличительные морфологические особенности в зависимости от их локализации. На коже лица рубцы постакне характеризуются благоприятными морфологическими признаками в виде фиброзно-измененной дермы и типичной формы гипертрофических рубцов, а на коже спины и груди рубцы постакне представлены тяжелыми морфологическими признаками в виде узловой формы гипертрофических рубцов и узлами II типа. Благоприятные морфологические признаки рубцов

постакне в 1,6 раза чаще наблюдаются после не инвазивных методов терапии, чем после инвазивных методов коррекции.

3. Нарушения иммунного статуса у пациентов с СПА характеризуются нарушениями клеточного (CD_3 , CD_4 , CD_8), гуморального (CD_{20} , Ig G, Ig M) иммунитета и повышением содержания ИЛ-6, причем после инвазивных методов лечения отмечается ухудшение данных показателей.

Не инвазивный метод введения гиалуроновой кислоты при лечении СПА по сравнению с мезотерапией, является наиболее эффективным, так в 1,3 раза чаще улучшает клинические проявления, но и в 1,4 раза чаще приводит к восстановлению функциональных параметров кожи

Степень достоверности результатов

Подтверждается достоверностью данных, достаточным объемом материалов исследования, статистической обработкой результатов исследований и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе результатов терапии хлоазмы у пациентов с разными фототипами кожи, функциональных параметров кожи, состояния микроциркуляции и антиоксидантной системы.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности (с обзором и областью исследований)

Соответствует паспорту ВАК при Президенте Республики Таджикистан по специальности по специальности 6D110110- Кожные и венерические болезни. Подпункт 3.2 Эпидемиология и статистика дерматозов в меняющихся условиях жизни. Возрастные и гендерные особенности дерматозов. 3.3 Выявление связи поражений кожи с заболеваниями других органов и систем. Совершенствование диагностики патологических состояний кожи с использованием современных инструментальных, клинических, лабораторных, функциональных и других методов исследования. 3.4 Совершенствование лечения кожных и венерических болезней на основе современных исследований по их этиологии и патогенезу. Новые методы и схемы лечения заболеваний кожи новыми лекарственными средствами, методами физиотерапии, наружными препаратами.

Личный вклад соискателя ученой степени в исследования

Автором лично выполнен весь объем клинических исследований, подготовлен обзор зарубежных и отечественных источников литературы, разработан план исследования, самостоятельно проведена оценка степени тяжести СПА, изучены фототипы и функциональные параметры кожи, проведен анализ морфологических характеристик рубцов постакне и иммунных показателей, статистический анализ полученных данных, сформулированы выводы и практические рекомендации. Теоретические, методологические и практические результаты исследования докладывались и были опубликованы на международных, республиканских, региональных, межвузовских, вузовских научно-практических конференциях, проводившихся как в Таджикистане, так и за его пределами в 2019-2023 гг.

Апробация и реализация результатов диссертации

Основные результаты исследований опубликованы в 11 научных работах, 3 из которых напечатаны в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией, научные работы были опубликованы в сборниках и материалах ежегодных научно-практических конференций с международным участием ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», (Душанбе 2020, 2021), научно-практических конференций (Ташкент, 2019, 2020), Юбилейном X Межрегиональном форуме дерматовенерологов и косметологов, Москва (2020). Работа была допущена к защите на заседании Ученого совета факультета общественного здравоохранения ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино».

Публикации по теме диссертации.

По материалам диссертации опубликовано 11 научных работ, в их числе 3 в изданиях, рецензируемых ВАК при Президенте РТ

Структура и объем диссертации Диссертация изложена на 147 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, главы обзора литературы, главы с изложением материала и методов исследования, двух глав собственных результатов исследований, главы обсуждения результатов, выводов, рекомендаций по практическому использованию результатов исследования и списка используемой литературы, которая включает 174 источника, в том числе 83 на русском и 91 на иностранных языках. В диссертации имеется 23 таблицы и 38 рисунков.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Исследование проводилось в кожном отделении ГУ «Городская клиническая больница кожных болезней» г. Душанбе, являющейся базой кафедры дерматовенерологии ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино». 212 (39,6%) пациентов с последствиями угревой болезни в возрасте от 20 до 30 лет и старше, обратившихся за период 2019-2021 годы.

Критерии включения в исследование: добровольное согласие на участие в исследовании; отсутствие воспалительных проявлений УБ; пациенты после инвазивных и неинвазивных методов наружной терапии; окончание системной противоугревой терапии не позднее 1 месяца

Критерии исключения из исследования: беременные и кормящие женщины; наличие новообразований на коже; наличие вирусных, бактериальных и грибковых инфекций; наличие соматической патологии в стадии обострения и декомпенсации; наличие онкологических заболеваний; наличие аутоиммунных заболеваний соединительной ткани

Методы исследования

Помимо общеклинических методов обследования, проводилась оценка функциональных параметров кожи при помощи многофункционального анализатора кожи второго поколения Skin observed system 2,0 (China)

(показатели: влажность кожи -Moisture (M), жирность -Oil (O), текстуру - (T), коллаген - Collagen fiber (CF), чувствительность - Sensitivity (S), пигментация – pigmentation (P); Морфологическая характеристика рубцов постакне с использованием светового микроскопа «OLYMPUS» фирмы «OLYMPUS CORPORATION» (Китай) при увеличении в х 100 и х 400 раз. (отделение патанатомии ГУ “Национальный медицинский центр “Шифобахш” г. Душанбе); оценка иммунного статуса проводилась на основании изучения показателей показатели абсолютного и относительного содержания лимфоцитов в периферической крови (CD₃, CD₂₀ и субпопуляции Т-лимфоцитов (CD₄-Т-хелперы, CD₈-Т-супрессоры) методом иммунофлуоресценции «Статус» с использованием набора моноклональных и поликлональных антител. Количественное содержание общих иммуноглобулинов М, G в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Содержание в сыворотке крови ИЛ-6 определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора ООО «Цитокин» (Россия) (лаборатория Диамед). Основными инструментами для оценки клинического течения СПА применяли визуальный осмотр, оценку фототипа по шкале Т. Фицпатрика (1975), оценку тяжести симптомокомплекса постакне (D. Goodman et al., 2006), оценку тяжести рубцов постакне (Vancouver Scar; C.I. Jacobs ,2001) Статистическую обработку результатов выполняли с помощью стандартного пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди пациентов, обратившихся с проявлениями симптомокомплекса постакне (СПА) преобладали женщины, которых насчитывалось в 1,2 раза больше, чем лиц мужского пола, то есть 117 (55,2%;212) против 95 (44,8%;212) случаев. В возрасте 20-25 лет наблюдалось 126 (59,4%;212) пациентов с СПА, что в 1,5 раза больше, чем их число в возрасте 26-30 лет 60 (28,3%;212) и в 4,8 раз больше по сравнению с 26 (12,3%;212) пациентами с СПА в возрасте старше 30 лет. СПА был выявлен у 212 (39,6%) из 536 обследованных пациентов с эстетическими дефектами на лице, среди которых в 55,2% случаев наблюдались лица женского пола. В 59,4% случаях возраст пациентов составил 20-25 лет. Семейный анамнез был выявлен у 40,0%. В 62,3% случаях обследованные пациенты страдали угревой болезнью в течение 3-5 лет. Несмотря на то, что давность УБ у обследованных пациентов составила от года до 3-х и более лет, сроки давности СПА составили до 2-х лет. В 171 (80,7%;212;) случаях причиной формирования СПА явилась травматизация элементов УБ, из которых у 74 (43,3%;171) причиной травматизации явилось проведение косметических процедур, а в 97/171; 56,7%) случаях – неправильный уход за кожей самим пациентом.

Ранее проведенная системная терапия УБ заключалась у 76/212; 35,8%) пациентов в применении антибактериальной терапии, из которых 55/76; 72,4% больных получали ее в течение длительного периода. Из 35/212; 16,5%

пациентов, принимавших ретиноиды, 26/35;74,3% пациентов не до конца провели курс лечения.

Предшествующая местная терапия СПА в 166 (78,3%) случаях характеризовалась применением в 53 (25,0%) – инъекционных методов в виде монотерапии (мезотерапия, биоревитализация) и в 98 (46,2%) случаях – в виде их комбинации с химическими пилингами, в то время, как более щадящие неинвазивные безинъекционные методы терапии применяли только 19 (9,0%) пациентов.

Основным проявлением СПА явились АР, которые наблюдались у всех 212 (100%) обследуемых пациентов, но в 106 (50,0%) случаях они сочетались с ГР, а в 80 (37,7%) случаях – с келоидными рубцами.

Рубцы постакне в 1,4 раза чаще локализовались одновременно на коже лица, спины и груди, чем изолированно, на коже лица, то есть в 125 (58,9%;212) против 87 (41,0%;212) случаев. Было выявлено, что ГР постакне имели наиболее тяжелое течение на коже спины, а КР – на коже груди. Наиболее благоприятное течение ГР и КР наблюдалось на коже лица, которое отличалось менее выраженной васкуляризацией, прогрессивностью, зудом и болью.

Дисхромии у пациентов с локализацией на коже лица встречались в 2,7 раза чаще, чем при локализациях СПА как на лице, так и на коже спины и груди, то есть в 67 (77,0%;87) против 35 (28,0%;125) случаев. При этом, у пациентов с локализацией СПА на коже лица, спины и груди в 2 раза чаще наблюдались милиумы (3/87; 3,4% против 49/125; 39,2% случаев) и в 1,7 раза чаще выявлялись атеромы (17/87;19,5%) против 41/125;32,8% случаев), по сравнению с пациентами, у которых СПА локализовался только на коже лица. У пациентов с наличием АР (69) и их сочетания с ГР (63) дисхромии наблюдались в 85 (64,4%;132) случаях, а при сочетании АР как с ГР, так и с КР они наблюдались в 17 (21,3%;80) случаях. Однако, в при сочетании АР с КР в 2,6 раза чаще, чем при сочетании АР с ГР наблюдались атеромы (32 (40,0%;80) против 20 (15,2%;132) случаев и в 1,9 раза чаще – милиумы, то есть в 31 (38,8%;80) против 27 (20,5%;132) случаев. Таким образом, АР и ГР чаще сочетались с дисхромиями, а ГР и КР – с милиумами и атеромами. Индекс выраженности проявлений постакне (N) при локализации очагов поражения в зонах лицо+спина+грудь оказался в 3,6 раза выше, чем при локализации постакне на коже лица ($63,7 \pm 0,13$ против $17,3 \pm 0,12$ баллов) наиболее высокий индекс выраженности проявлений постакне (N) отмечался при локализации очагов поражения в зонах лицо+спина+грудь и составил $63,7 \pm 0,13$ баллов, что в 3,6 раза больше, по сравнению данным показателем, выявленным при локализации постакне только на коже лица, где он составил $17,3 \pm 0,12$ баллов. Индекс N, выявленный на коже лица+грудь составил $54,2 \pm 0,12$ баллов, что по сравнению с таковым, выявленным на коже лица+спины ($31,5 \pm 0,18$ баллов) оказался выше в 1,7 раза, что указывало на то, что на коже лица+грудь отмечаются наиболее выраженные проявления постакне, чем при их локализации на коже лица+спины (рисунок 1)

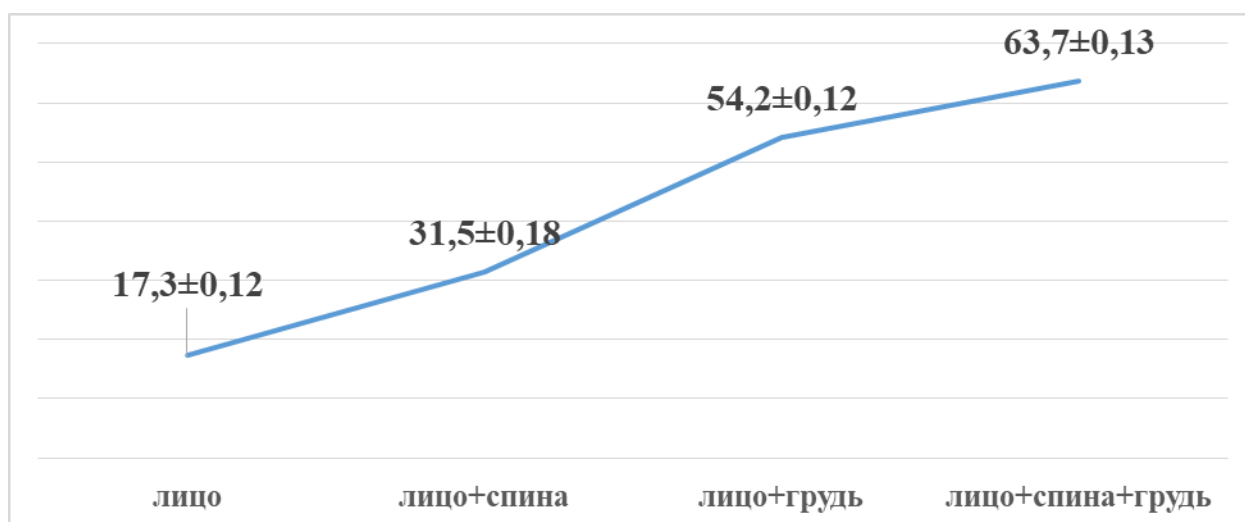


Рисунок 1.- Индекс выраженности проявлений постакне (N) в зависимости от локализации симптомокомплекса постакне

Среди обследованных пациентов были выявлены II, III и IV фототипы кожи (таблица 1)

Таблица 1. - Индекс выраженности рубцов постакне у пациентов с разными фототипами кожи (n=212)

Фототип кожи пациентов	Индекс выраженности ИВРП (n=212)			
	Лицо	Лицо + спина	Лицо + грудь	Лицо + спина + грудь
II фототип (n=69)	12,5±0,12	17,3±0,12	13,3±0,12	19,3±0,12
III фототип (n=98)	22,2±0,12 $p_1 < 0,01$	26,5±0,12 $p_1 < 0,01$	23,4±0,12 $p_1 < 0,01$	31,5±0,12 $p_1 < 0,001$
IV фототип (n=45)	51,2±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	75,2±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	63,7±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	79,2±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по H-критерию Крускала-Уоллиса); p_1 – при сравнении с группой пациентов с III фототипом кожи, p_2 – при сравнении с группой пациентов с IV фототипом кожи (по U-критерию Манна-Уитни)

Как видно из таблицы 1, у пациентов с IV фототипом кожи наиболее низкий ИВРП наблюдался при локализации рубцов на коже лица, который составил 51,2±0,18 баллов, а при локализации в трех зонах (лицо+спина+грудь) ИВРП составил 79,2±0,18 баллов, то есть был выше в 1,5 раза.

У пациентов с II фототипом кожи наиболее высокий показатель ИВРП также был выявлен на коже в зоне (лицо+спина+грудь), который составил $19,3 \pm 0,12$ баллов, то есть был в 1,5 раза выше, чем данный показатель, выявленный на коже лица. Такая же тенденция была выявлена у пациентов с III фототипом кожи. То есть, показатель ИВРП зависел от фототипа кожи и локализации рубцов. Чем выше фототип и чем больше зон поражения, тем выше ИВРП. Для пациентов с IV фототипом в 39 (86,7%;45) случаях было характерно наличие атером и милиумов, а для пациентов с III, то есть, более светлым фототипом кожи в 60 (61,2%;98) случаях отмечалось наличие дисхромий. То есть, чем темнее фототип кожи, тем чаще появляются атеромы и милиумы, а чем светлее фототип кожи, тем чаще наблюдаются дисхромии. У пациентов с IV фототипом кожи выраженная степень тяжести СПА выявлялась в 2,6 раза чаще, по сравнению с III фототипом кожи, то есть в 19 (42,2%;45) против 16 (16,3%;98) случаев и в 14,5 раза чаще, чем у пациентов с II фототипом кожи (19 (42,2%;45) против 2 (2,9%;69) случаев).

То есть, чем темнее фототип кожи, тем тяжелее клиническое течение СПА. Нормальные показатели ФПК были выявлены в 69 (32,5%;212), а в остальных 143 (67,4%;212) случаях, то есть в 2 раза чаще наблюдалось нарушение ФПК. Было выявлено, что нарушения ФПК чаще выявлялось при средней и выраженной степени СПА. Так, у пациентов с выраженной и средней степенью СПА нарушения ФПК были выявлены соответственно, в 33 (78,6%;42) и 61 (77,2%;79) случаях, а при слабой степени СПА они были выявлены 34 (62,9%;54), что в 1,5 раза чаще, чем при легкой степени СПА, у которых нарушения ФПК были выявлены в 15 (40,5%;37) случаях.

Во всех случаях у пациентов с СПА выявляются нарушения ФПК, но частота их увеличивается по мере ухудшения тяжести течения данного симптомокомплекса.

У пациентов с легкой и слабой степенью СПА развивается на фоне сухой и чувствительной кожи с выраженной гипопигментацией и сниженным тургором кожи, а у пациентов с выраженной и средней степенью СПА развивается на фоне жирной и чувствительной и гиперпигментированной коже с выраженным снижением ее тургора.

Морфологические исследования СПА проводили у 90 пациентов: 48 (53,3%;90) пациентов – после инвазивных, то есть, инъекционных методов коррекции СПА (29- мезотерапия, 19- биоревитализация) и 42 (46,6%;90) пациентов после неинвазивных, то есть не инъекционных методов коррекции СПА (19 - криотерапия, 23 - химические пилинги). Основные морфологические признаки рубцов постакне были представлены признаками ФИД, типичной и узловой формой ГР и узлами II типа. Было выявлено, что рубцы постакне в 38 (42,2%;90) случаях были представлены ФИД, в 37 (41,1%;90) случаях – гипертрофическими рубцами, а в 15 (16,7%;90) случаях – келоидными рубцами. Наши исследования показали, что у пациентов с предшествующими инвазивными методами коррекции в 3 раза чаще, чем у пациентов с

предшествующей не инвазивной терапией СПА, морфологическими признаками рубцов постакне явилась узловая форма ГР (19/39,6%;48 против 5/12,0%;42) случаев и в 1,7 раза чаще были выявлены узлы II типа (10/20,8%;48 против 5/12,0%;42) случаев. В то же время, у пациентов с предшествующими не инвазивными методами коррекции рубцов постакне в 1,6 раза чаще, чем у пациентов, с предшествующими инвазивными методами коррекции рубцов постакне наблюдались признаки ФИД (22/52,3%;42 против 16/33,3%;48) случаев и в 3,7 раза чаще наблюдалась типичная форма ГР (10/23,8%;42 против 3/6,3%;48) случаев.

Были выявлены морфологические особенности рубцов постакне в зависимости от их локализации. Из 30 пациентов с локализацией СПА на коже лица у 16 (53,3%;30) пациентов были выявлены морфологические признаки фиброно-измененной дермы (ФИД), у 8 (26,7%;30) – типичная форма ГР, у 6 (20,0%;30) – узловая форма ГР. У пациентов с локализацией СПА на коже лица АР в 100% случаях были представлены гистологическими признаками ФИД, ГР - в 6 (60,0%;10) случаях характеризовались их типичной формой, а в остальных 4 (40,0%;10) случаях были представлены ФИД. При исследовании келоидных рубцов ни в одном случае не было выявлено узлов II типа, но они характеризовались наличием в 6 (60,0%;10) случаях узловой формы ГР. Кроме того, в 2 (20,0%;10) случаях в зоне клинического келоидного рубца была выявлена ФИД, а в 2 (20,0%;10) случаях – типичная форма ГР. При локализации СПА на коже груди АР в 100% случаях были представлены ФИД, а ГР в 3 (30,0%;10) случаях были представлены узловой формой ГР и узлами II типа. При локализации СПА на коже груди КР в 6 (60,0%;10) случаях были представлены узлами II типа и в 4 (40,0%;10) случаях узловой формой ГР. (рисунок 2)

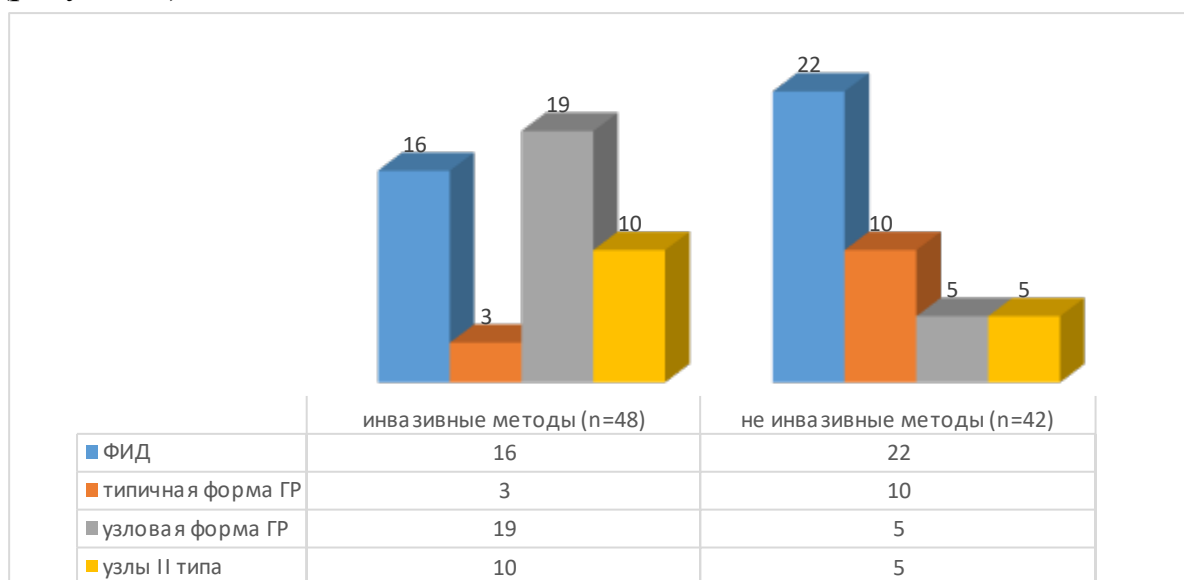


Рисунок 2. - Морфологические признаки рубцов постакне у пациентов с СПА в зависимости от предшествующих методов коррекции (n=90)

При локализации СПА на коже спины рубцы кожи в 10 (33,3%;30) случаях были представлены признаками ФИД, в 11 (36,7%;30) - узловой формой ГР. В 6 (20,0%;30) случаях рубцы СПА характеризовались узлами II типа и в 3 (10,0%;30) – типичной формой гипертрофического рубца. У пациентов с предшествующими инвазивными методами коррекции морфологическими признаками рубцов постакне в большинстве случаев явилась узловатая форма ГР, которая встречалась в 3 раза чаще, чем у пациентов с предшествующей не инвазивной терапией СПА, то есть в 19 (39,6%;48) против 5 (12,0%;42) случаев. Кроме того, в 1,7 раза чаще, чем у пациентов с предшествующими не инвазивными методами терапии были выявлены узлы II типа, то есть в 10 (20,8%;48) против 5 (12,0%;42) случаев. В то же время, у пациентов с предшествующими не инвазивными методами коррекции рубцов постакне чаще выявлялись наиболее благоприятные морфологические проявления, такие как ФИД и типичная форма ГР. В данной группе пациентов морфологические признаки ФИД наблюдались в 1,6 раза чаще, чем у пациентов, с предшествующими инвазивными методами коррекции рубцов постакне, то есть, в 22 (52,3%;42) против 16 (33,3%;48) случаев. Кроме того, в 3,7 раза чаще наблюдалась типичная форма ГР, которая была выявлена в 10 (23,8%;42) против 3 (6,3%;48) случаев.

Исследование показателей клеточного и гуморального звена было проведено у 95 пациентов с разными степенями СПА (20 - легкая, 25 слабая, 25 –средняя, 25 –выраженная). Оценка иммунного статуса у пациентов с СПА проводилась с целью выявления нарушенного звена иммунной системы при различных степенях тяжести СПА, а также с целью последующей их оценки с иммунными показателями, проведенными после лечения. Полученные данные сравнивали с результатами иммунограммы 20 здоровых лиц, рандомизированных по полу и возрасту, составивших контрольную группу.

Нарушения иммунного статуса было выявлено у 49 (51,6%;95) пациентов с СПА, из которых 22 (44,9%;49) – с выраженной степенью тяжести СПА, 18 (36,7%;49) – со средней степенью тяжести СПА и 9 (18,4%;49) – со слабой степенью тяжести СПА. Отклонения иммунологических показателей указывали на наличие хронического воспалительного процесса, что проявлялось снижением показателя CD₃, CD₄ и повышением показателя CD₈, что указывало на супрессию иммунного ответа. В результате снижения показателя CD₄ и повышения CD₈ у этих пациентов наблюдалось снижение ИРИ соответственно до $1,8 \pm 1,5\%$ и $1,7 \pm 1,5\%$. О нарушении гуморального иммунитета свидетельствовало повышение показателя CD₂₀, снижение содержания Ig M и G, причем наиболее значительные отклонения наблюдались у пациентов с выраженной степенью СПА, что указывало на снижение иммунитета. Кроме того, в данной группе пациентов было выявлено повышение уровня Ig G в 1,3 раза по сравнению с контрольной группой ($12,5 \pm 0,16$ г/л против $9,7 \pm 0,74$ г/л), что указывало на наличие в организме хронического, рецидивирующего воспалительного процесса.

Изучение в крови пациентов с СПА уровня провоспалительного ИЛ-6 выявило повышение его содержания ИЛ-6 у 43 (45,2%;95) пациентов с СПА. Значительное повышение содержания ИЛ-6 наблюдалось у пациентов со средней и выраженной степенью тяжести СПА, а у пациентов с легкой и слабой степенью показатель ИЛ-6 был незначительно отличался от контрольной группы. У пациентов со средней степенью тяжести СПА содержание ИЛ-6 было выше по сравнению с контрольной группой соответственно в 1,4 ($3,16 \pm 1,2$ пг/л против $2,28 \pm 1,5$ пг/мл), а у пациентов с выраженной степенью тяжести ИЛ-6 в 1,7 раза ($3,86 \pm 1,2$ пг/мл против $2,28 \pm 1,5$ пг/мл), что указывало на острую фазу воспалительного процесса у этих пациентов.

Иммунологические показатели клеточного и гуморального иммунитета были нарушены как в группе пациентов с предшествующей инвазивной, так и не инвазивной терапии. Однако, у пациентов с ранее применявшимися инвазивные методы коррекции СПА показатель CD_3 был в 1,2 раза ниже по сравнению с контрольной группой ($57,7 \pm 2,0$ против $66,9 \pm 2,4\%$), а в группе пациентов, применявших не инвазивные методы данный показатель составил $65,9 \pm 1,8$. Показатель ИРИ в группе пациентов с предшествующей инвазивной терапии составил $2,0 \pm 1,5$, за счет снижения показателя CD_8 до $18,7 \pm 1,5\%$ и снижения показателя CD_4 до $37,3 \pm 1,8\%$, что указывало на склонность организма к гиперактивности иммунной системы. В то же время, у пациентов с предшествующими не инвазивными методами коррекции СПА, наблюдалось повышения показателя CD_8 по сравнению с контрольными значениями ($19,7 \pm 2,0\%$). В связи с этим, показатель ИРИ составил $1,8 \pm 1,2\%$, то есть оказался ниже контрольных значений ($1,9 \pm 2,0\%$). Кроме того, у пациентов с инвазивными методами коррекции показатель ИЛ-6 был выше, по сравнению с пациентами с предшествующими не инвазивными методами коррекции. В группе пациентов, ранее получавших инвазивные методы коррекции СПА содержание ИЛ-6 было в 1,5 раза выше, по сравнению с контрольными значениями, то есть составило $4,12 \pm 1,5$ пг/мл против $2,8 \pm 1,2$ пг/мл ($p < 0,01$). При этом, в группе пациентов, ранее принимавших не инвазивные методы исследования содержание ИЛ-6 хотя и было в 1,2 раза выше по сравнению с данным показателем в контрольной группе ($3,43 \pm 1,2$ пг/мл против $2,8 \pm 1,2$ пг/мл, $p < 0,05$), однако оказалось в 1,2 раза ниже по сравнению с содержанием ИЛ-6 в группе пациентов, ранее принимавших инвазивные методы коррекции СПА ($3,43 \pm 1,2$ пг/мл против $4,12 \pm 1,5$ пг/мл, $p < 0,05$).

Из 49 пациентов с нарушением иммунных показателей в 32 (65,3%;49) случаях предшествующая наружная терапия заключалась в применении инъекционных, то есть, инвазивных методов коррекции СПА (мезотерапии и биоревитализации), а в 17 (34,7%;49) случаях – в применении не инъекционных, то есть, не инвазивных методов коррекции СПА. Повышение содержания ИЛ-6 также в 1,9 раза чаще наблюдалось у пациентов с предшествующим применением инвазивных методов коррекции, по сравнению

с пациентами, использовавшими не инвазивные методы, то есть в 28 (65,1%;43) против 15 (34,9%; 43) случаев.

С целью сравнительной оценки эффективности лечения пациентов с СПА методами мезотерапии и ультрафонофореза было обследовано две сравниваемые группы: в первую (I) группу вошли 40 пациентов, которым в очаги поражения вводили гиалуроновую кислоту методом мезотерапии, а во вторую (II) группу были включены 50 пациентов, которым введение гиалуроновой кислоты в очаги поражения вводилось методом ультрафонофореза. Результаты оценивались по терапевтическому эффекту с использованием шкалы оценки рубцов Goodman G.J. путем сравнения данных на исходном уровне и после первого и третьего курсов лечения (то есть, через месяц и через 3 месяца).

В I группе пациентов через три месяца после проведенной терапии наблюдался регресс патологических рубцов на 70,0% по сравнению с исходным состоянием ($5,54 \pm 1,12$ против $18,31 \pm 1,12$ баллов), что указывало на удовлетворительное улучшение клинических симптомов, а во II группе – на 78,6% ($18,31 \pm 1,12$ против $3,91 \pm 1,12$ баллов, что указывало на выраженное улучшение клинических симптомов. То есть, применение ультрафонофореза гиалуроновой кислоты по сравнению с мезотерапией улучшает клинические симптомы рубцов постакне в 1,4 раза ($3,91 \pm 1,12$ против $5,54 \pm 1,12$ баллов)

Кроме снижения общего показателя рубцов постакне, наблюдалась динамика уменьшения и других симптомов постакне, таких как эритема, пигментация, милиумы и атеромы, что выражалось в уменьшении индекса выраженности тяжести СПА. По сравнению с исходным показателем N у пациентов I группы через месяц после проведенной терапии снизился в 1,7 раза ($42,5 \pm 1,2$ против $23,5 \pm 1,2$ баллов), в то время как во II группе показатель N снизился в 2 раза ($43,2 \pm 1,5$ против $20,5 \pm 1,5$ баллов).

Была выявлена клиническая эффективность сравниваемых методов терапии СПА, которая показала, что у пациентов, применявших гиалуроновую кислоту методом ультрафонофореза были выявлены лучшие результаты, чем у пациентов, применявших гиалуроновую кислоту методом мезотерапии. У пациентов II группы выраженное улучшение, то есть регресс симптомов СПА более чем на 75,0%, который наблюдался в 1,3 раза чаще, чем у пациентов I группы, то есть в 24 (48,0%;50) против 15 (37,5%;40) случаев. Кроме того, во II группе пациентов в 1,2 раза чаще было выявлено удовлетворительное улучшение, что наблюдалось в 16 (32,0% против 11 (27,5%) случаев. сравнительная оценка результатов терапии показала, что в результате введения гиалуроновой кислоты методом мезотерапии в 1,2 раза чаще наблюдалось отсутствие улучшения, которое было выявлено в I группе в 4 (10,0%;40) случаях, а во II группе – в 4 (8,0%;50) случаях. Помимо клинического эффекта в сравниваемых группах было изучено влияние проведенной терапии на ФПК. улучшение показателей ФПК наблюдалось в обеих группах пациентов, однако во II группе были выявлены более выраженные улучшения параметров кожи.

Так, жирность кожи (О), снизилась по сравнению с исходным показателем в 3,4 раза и составила $14,4 \pm 1,4$ против $49,2 \pm 5,2\%$. В то время как в I группе данный показатель снизился лишь в 1,5 раза и составил $33,2 \pm 1,2$ против $49,2 \pm 5,2\%$. (таблица 2)

Таблица 2. – Клиническая эффективность терапии симптомокомплекса постакне в сравниваемых группах

Критерий	I группа (n=40)		II группа (n=50)		p
	абс	%	абс	%	
выраженное улучшение	15	38%	24	48%	<0,05
удовлетворительное улучшение	11	28%	16	32%	>0,05
легкое улучшение	10	25%	6	12%	<0,05*
отсутствие улучшения	4	10%	4	8%	>0,05**

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по критерию χ^2 , *с поправкой Йетса, **по точному критерию Фишера)

Восстановление влажности кожи (М) в группе пациентов II группы улучшилась по сравнению с I группой в 1,3 раза, то есть составила $79,7 \pm 1,2\%$ против $63,4 \pm 1,4\%$. Восстановление состояния коллагена в очагах поражения во II группе улучшилось в 1,5 раза по сравнению с данным показателем в I группе пациентов ($82,8 \pm 0,9\%$ против $53,7 \pm 1,2\%$). Если до начала лечения у пациентов обеих групп отмечалась повышенная чувствительность кожи в очагах поражения, что соответствовало показателю S = $84,2 \pm 1,3\%$, то после проведенного лечения наиболее выраженное восстановление чувствительности наблюдалось в группе пациентов, применявших ультрафонофорез с гиалуроновой кислотой. В этой группе пациентов S составил $29,9 \pm 1,5\%$, то есть был ниже, чем у пациентов I группы ($62,7 \pm 1,7\%$) в 2 раза. Устранение гиперпигментных пятен отразилось на показателе (P) пигментации, который во II группе был ниже, чем в I группе в 1,6 раза ($44,5 \pm 3,2\%$ против $69,3 \pm 4,2\%$), то есть соответствовал пределам нормальных значений (14-58%).

То есть, число пациентов II группы с нарушениями ФПК уменьшилось от 50 (100%;50) до 14 (28,0%;50), то есть уменьшилось в 3,6 раза. В I группе пациентов число пациентов с нарушенными показателями ФПК уменьшилось лишь в 2 раза и составило 40 (100%;40) против 19 (47,5%;40) случаев. То есть, ультрафонофорез с гиалуроновой кислотой оказал положительный эффект на ФПК и в 1,4 раза чаще, чем применение мезотерапии с гиалуроновой кислотой привел к восстановлению параметров кожи (36 (72,0%;50) против 21 (52,5%;40) случаев).

Было выявлено, что введение гиалуроновой кислоты методом мезотерапии и ультрафонофореза повлияло на показатели иммунного статуса у пациентов с СПА, однако, при использовании ультрафонофореза они были наиболее

выражены, чем при использовании мезотерапии. После проведенной терапии во II группе пациентов произошли наиболее значимые улучшения показателей клеточного и гуморального иммунитета, что выражалось в повышении показателя CD₃ до 64,5±1,8% по сравнению с исходным значением (57,7±2,0%). В связи с тем, что во II группе пациентов показатель CD₄ увеличился до 38,2±1,2% по сравнению с исходным показателем 37,3±1,8%, а показатель CD₈ снизился до 20,1±1,3, то показатель ИРИ также увеличился достиг нормальных значений (1,9±2,0). Однако, в I группе пациентов показатель ИРИ составил 1,8±1,2, то есть, не достиг значений контрольной группы (1,9±2,0). На восстановление гуморального иммунитета указывало снижение показателя CD₂₀ во II группе по сравнению с исходными значениями, то есть 21,2±1,5% против 22,9±1,8%, в то время как в I группе данный показатель незначительно отличался от исходного показателя и составил 22,2±1,2%. На фоне снижения показателя CD₂₀, у пациентов II группы наблюдалось повышение содержания Ig M до 1,6±0,01%, в то время в I группе данный показатель составил 1,5±0,1%, то есть был ниже контрольных значений (1,6±0,2%) Кроме того, у пациентов II группы было выявлено снижение IgG по сравнению с исходным значением (12,5 ±0,16%) до 9,5 ±0,16%, то есть в 1,3 раза, а в группе пациентов I группы уровень IgG снизился в 1,2 раза по сравнению с исходным показателем (10,2 ±0,16% против 12,5 ±0,16%). Кроме того, во II группе наблюдалось снижение содержания провоспалительного ИЛ-6 в 1,4 раза по сравнению с исходным значением (3,01±1,2 пг/л против 4,12±1,5 пг/л), а в I группе пациентов он снизился в 1,2 раза, то есть составил 3,37±1,5 пг/л против 4,12±1,5 пг/л.

Во II группе число пациентов с нарушениями показателей иммунного статуса уменьшилось в 2 раза, то есть составило 22 (44,0%;50) случаев, по сравнению с таковыми до начала лечения 43 (86,0%;50). В I группе пациентов число пациентов с нарушенными показателями иммунного статуса уменьшилось в 1,3 раза и составило 25 (62,5;40) против 34 (85,0%;40) случаев. То есть, показатели восстановления показателей иммунного статуса во II группе пациентов наблюдалось в 1,5 раза чаще, чем у пациентов I группы, то есть в 28 (56,0%;50) против 15 (37,5%;40) случаев.

Таким образом, сравнительная оценка эффективности терапии СПА методом мезотерапии и ультрафонофореза показала, что применение ультрафонофореза с гиалуроновой кислотой в 1,4 раза чаще привело к восстановлению параметров кожи (36 (72,0%;50) против 21 (52,5%;40) случаев), чем применение мезотерапии с гиалуроновой кислотой и в 1,3 раза чаще отразилось на клинической эффективности в виде выраженного улучшения, которое было выявлено в 24 (48,0%;50) против 15 (37,5%;40) случаев.

Выводы

1. Симптомкомплекс постакне встречается в 39,6% случаях среди пациентов с эстетическими дефектами кожи, в 59,4% случаях наблюдается в возрасте 20-25 лет и в 1,2 раза чаще наблюдается у лиц женского, чем у мужского пола. При

светлых фототипах кожи в 2 раза чаще, чем при темных фототипах наблюдается легкая степень тяжести СПА. Нарушения функциональных параметров кожи в 1,2 раза чаще встречаются при выраженной, чем при слабой степени СПА [2-А, 6-А, 7-А, 8-А, 9-А].

2. Морфологические признаки рубцов постакне в виде фиброзно-измененной дермы в 1,3 раза чаще наблюдается при их локализации на коже лица, чем на коже груди. У пациентов с локализацией симптомокомплекса постакне на коже спины в 1,5 раза чаще, чем на коже лица наблюдаются морфологические признаки рубцов постакне в виде узловой формы гипертрофических рубцов. Применение не инвазивных методов терапии в 1,6 раза чаще сопровождается формированием наиболее благоприятной регенерацией ткани (ФИД), чем у пациентов, с предшествующими инвазивными методами коррекции рубцов постакне [1-А, 4-А, 5-А, 10-А].
3. У 49 (51,6%;95) пациентов с СПА выявлены нарушения клеточного и гуморального иммунитета, причем при выраженной степени СПА эти нарушения встречаются в 2,4 раза чаще, чем при слабой степени. Повышение содержания провоспалительного ИЛ-6 наблюдается у 43 (45,2%;95) пациентов со средней и выраженной степенью СПА, причем после инвазивных методов лечения его уровень в 1,2 раза выше, чем после применения не инвазивных методов коррекции [10-А, 11-А].
4. Введение гиалуроновой кислоты в очаги поражения СПА не инвазивным методом ультрафонофореза по сравнению с инвазивным методом мезотерапии в 1,3 раза чаще улучшает клиническую эффективность, в 1,4 раза чаще приводит к восстановлению функциональных параметров кожи и положительно влияет на иммунологические показатели [3-А, 10-А, 11-А]

Рекомендации по практическому использованию результатов

При ведении пациентов с последствиями угревой болезни необходимо учитывать, что чем темнее фототип и чем больше зон поражения, тем выше степень тяжести рубцов постакне. Необходимо учитывать, что инвазивные методы лечения в 3 раза чаще, чем не инвазивные методы приводят к развитию тяжелых форм патологических рубцов постакне. При лечении пациентов с СПА целесообразно введение гиалуроновой кислоты методом ультрафонофореза, так как данный метод по сравнению с мезотерапией улучшает клиническую эффективность и восстанавливает функциональные параметры кожи.

Публикации по теме диссертации

Статьи в рецензируемых журналах

[1-А]. Шукурова Ф.Ш. Таҳқиқоти морфологии пӯст дар беморони гирифтори хадшаҳои келоидӣ [Матн]/Сохибова З.Н., Бобоева Г.А.// Авҷи Зухал”. – Душанбе. – 2020. - № 2 . – С.103-108

[2-А]. Шукурова Ф.Ш. Особенности клинического течения симптомокомплекса постакне при разных фототипах кожи [Текст]/Ф.Ш. Шукурова// Симург.-2023.- С. 135-139

[3-А]. Шукурова Ф.Ш. Усулҳои муосири табобати симптомокомплекси постакне [Матн]/Ф.Ш. Шукурова// Авҷи Зухал”. – Душанбе. – 2023. - № 2 . – С.196-205.

Статьи и тезисы в журналах и сборниках конференций

[4-А]. Шукурова Ф.Ш. Морфометрические исследования биоптатов кожи из очагов поражения у больных с келоидными рубцами [Текст]/ Ф.Ш. Шукурова, З.Н. Сохибова, К.М. Мухамадиева//«Евразийский вестник педиатрии» медицинский научно-инновационный журнал. – Ташкент. – 2019. -№1(1). - С.131-135

[5-А]. Шукурова Ф.Ш. Морфологические исследования кожи у больных с послеугревыми келоидными рубцами в динамике лечения ретиноидами [Текст]/ Ф.Ш. Шукурова, К.М. Мухамадиева, З.Н.Сохибова //Юбилейный X Межрегиональный форум дерматовенерологов и косметологов, 12-13 октября 2020г., Москва

[6-А]. Шукурова Ф.Ш. Клиническая характеристика рубцов после угревой болезни [Текст]/Ф.Ш. Шукурова//Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки: материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посв. годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). – Душанбе. – 2020. - С.105.

[7-А]. Шукурова Ф.Ш. Формирование рубцов после угревой болезни у больных с разными фототипами кожи [Текст]/Ф.Ш. Шукурова//Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки: материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посв. годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) –Душанбе. – 2020. - С.105-106

[8-А]. Шукурова Ф.Ш. Фототипы у больных с рубцами кожи, проживающих в разных климатогеографических регионах [Текст]/Ф.Ш. Шукурова, К.М. Мухамадиева, А.М. Косымов// Журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина». –Ташкент. – 2020. - №3(47). – С.46

[9-А]. Шукурова Ф.Ш. Послеугревые рубцы и сопутствующие проявления постакне [Текст]/Ф.Ш. Шукурова// Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений: XVI научно-практическая конференция ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» молодых ученых и студентов с международным участием. – Душанбе. – 2021. – С.493-494

[10-А]. Шукурова Ф.Ш. Критерии эффективности терапии акне и постакне с использованием неинвазивных методов исследования [Текст]/Ф.Ш. Шукурова// Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины 69-я годовичная научно-практическая конференция ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино», с международным участием, посвященная 30-летию Государственной

независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). - Душанбе. – 2021. – Т.1. - С.568-569.

[11-А]. Шукурова Ф.Ш. Содержание интерлейкина -6 у пациентов с рубцами постакне [Текст]/ Ф.Ш. Шукурова, К.А. Мадалиев, А.З. Баратов///Иновация в медицине: от науки к практике. 71-я годовичная научно-практическая конференция ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», с международным участием. - Душанбе. – 2023.– Т.1. - С.555.-557

Перечень сокращений, условных обозначений

- АР** - атрофические рубцы
- ГР** - гипертрофические рубцы
- ИВРП** – индекс выраженности рубцов постакне
- КР** - келоидные рубцы
- СПА** - симптомокомплекс постакне
- УБ** – угревая болезнь
- ФИД** - фиброзно-измененная дерма
- ФПК** - функциональные параметры кожи
- СГ** - состояние коллагена
- М** - влажность
- О** - жирность
- Р** - пигментация
- S** - чувствительность

**МУАССИСАИ ДАВЛАТИИ ТАЪЛИМИИ
«ДОНИШГОҲИ ДАВЛАТИИ ТИББИИ ТОҶИКИСТОН БА НОМИ
АБУАЛӢ ИБНИ СИНО»**

Бо ҳуқуқи дастнавис

УДК: 61-616-002.2

**ШУКУРОВА ФАРЗОНА ШЕРАЛИЕВНА
ОҚИБАТҲОИ БЕМОРИИ АКНЕ ВА ТАКМИЛ ДОДАНИ ТАБОБАТИ ОН**

АВТОРЕФЕРАТИ

**диссертатсия барои дарёфти дараҷаи илмии
доктори фалсафа (PhD), доктор аз рӯйи
ихтисоси 6D110110 - Бемориҳои пӯст ва
зӯҳравӣ**

Душанбе – 2024

Таҳқиқот дар кафедраи дерматовенерологияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино” Вазорати тандурустӣ ва ҳифзи иҷтимоии аҳолии Ҷумҳурии Тоҷикистон иҷро карда шудааст.

Роҳбари илмӣ: **Мухамадиева Кибриёҳон Мансуровна** – доктори илмҳои тиб, дотсент, мудири кафедраи дерматовенерологияи ба номи профессор П.Т. Зоиров МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино”

Муқарризи расмӣ: **Сабиров Улугбек Юсупхонович** доктори илмҳои тиб, профессор, директори Маркази тиббии Ҷумҳуриявии махсусгардонидашудаи илмию- амалии дерматология ва венерологияи Ҷумҳурии Узбекистон.

Қосимов Олим Исмоилович – доктори илмҳои тиб, профессори кафедраи дерматовенерология бо курси косметологияи МДТ «Донишкадаи таҳсилоти баъдидипломии кормандони соҳаи тандурустии Ҷумҳурии Тоҷикистон»

Муассисаи тақриздиханда: Академияи тиббии Тошкент (Ҷумҳурии Узбекистон)

Ҳимояи диссертатсия «___» _____ с. 2024 соати _____ дар ҷаласаи шурои диссертатсионии 6D.KOA-008 МТД ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино баргузор мегардад. Суроға: 734026, Ҷумҳурии Тоҷикистон, ш. Душанбе, ноҳияи Сино, кӯчаи Сино 29-31, www.tajmedun.tj. тел. (+992) 918724088.

Бо диссертатсия дар китобхона ва сомонаи МДТ «Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино» шинос шудан мумкин аст.

Автореферат «___» _____ с. 2024 ирсол гардид

Котиби илмӣ
шурои диссертатсионӣ,
номзади илмҳои тиб, дотсент

Ҷамолова Р. Ҷ.

МУҚАДДИМА

Мубрамии мавзӯи таҳқиқот. Оқибатҳои бемории акне (асне) дар 40% - 90% -и ҳолатҳо дар байни шахсон баъди аз сар гузаронидани акне [Di Landro A.,2016; Tan J.,2017]. Аломатҳои клиникалии оқибатҳои бемории акне (БА) пайдо шудани ба истилоҳ симптомокомплекси постакне (СПА) мебошад, ки барояш дар ҷойҳои пайдошавии БА инкишоф ёфтани эритемаи конгестивӣ (варам), атерома, милиум, дисхромия ва хадшаҳои патологӣ хос аст [Goodman, G.J.,2016; Kurokawa I., 2016;]. Дар адабиёти илмӣ маълумотҳои дида мешаванд, ки пас аз сар гузаролнидаи БА дар 40% -и беморон атерома, дар 65,0-100%-и беморон - дисхромия ваи милиум, ва дар 11,0 – 95,0% -и ҳолатҳо – хадшаҳои деформатсияшуда постакне ба назар мерасад [Круглова Л.С.,2014; Tan J.,2017]. Дар ин маврид, дар 69,0% хадшаҳои постакне баъди аз сар гузаронидани дараҷаи вазнин ё сабуки БУ пайдо мешаванд. Аломатҳои СПА, ки камбудии косметикӣ бахисоб мераванд, дар 10-40%-и ҳолатҳо боиси якбора паст шудани сифати ҳаёт, ташаккул ёфтани ихтилолҳои психосоматикӣ ва дезадаптатсияи иҷтимоии беморон мегардад [Свечникова Е.В.,2018; Кунгуров Н.В.,2018; Коннов, П.Е.,2020]

Чунин меҳисобанд, ки сабабҳои пайдошавии СПА тамоюли генетикӣ, ҷараёни тӯлонӣ ва таъобати дер сар кардашудаи акне ва аз тарафи худи беморон ё ҳангоми протсекураҳои косметологӣ (акнеи экскоришуда) зуд-зуд расонидани травматизатсияи бусурот ба шумор мераванд [Badaoui A.,2016]. Маълумотҳои адабиёти илмӣ ба он ишора мекунанд, ки ҳангоми тира будани фототипи пӯст эритемаи конгестивӣ ва хадшаҳои деформатсияшуда аллақай ҳангоми шакли комедоналии акне ба мушоҳида мерасанд, дар фототипҳои равшани пӯст бошад, аломатҳои нисбатан возеҳи СПА гиперпигментатсия ва хадшаҳои деформатсияшуда ба ҳисоб мераванд [Davis S.A., 2015;Di Landro A.,2016 ; Tan J.,2017].

Тибқи маълумоти адабиётҳо пайдо шудани СПА аз ҳолати системаи иммунӣ вобаста аст, чунки раванди музмини илтиҳобӣ, ки пеш аз ин беморӣ дида мешавад, дорои микрофлораҳои устувору давомноки патогенӣ-шартӣ дар болаи пӯст аст, занбурӯғҳои дувумии ҳамроҳшудаи паразитарӣ ва хамиртурушмонанд боиси вайрон шудани статуси иммунӣ мегарданд [Степанкина Е.С.,2017; Юсупова Д.,2020]. Тибқи маълумоти баъзе муҳаққиқон дар бемороне, ки БА муддати тӯлонӣ ҷараён дорад нишондиҳандаҳои иммунитетии ҳуҷаравӣ дар муқоиса аз одамони солим дорои миқдори зиёди CD8+ лимфоситҳо бо фаъолнокии ситотоксикӣ, паст шудани шохиси иммунорегуляторӣ, баланд шудани сатҳи комплексҳои гардишкунандаи иммунӣ ва фарсудагии звенои фагоситармм системаи иммунӣ мебошад [Галеева А.Г., 2017; Сизякина Л.П.,2021]. Иҷбот карда шудааст, ки микроорганизмҳои граммуқбат дар беморони дорои БА ҷавоби иммунӣ ҳуҷаинро аз *Propionbacterium acne* маҳв месозанд ва ба ин воситатавлиди ситокинҳои зиддиилтиҳобиро ангишиш медиҳанд ва аксуламали гранулематозии пӯстро ба вучуд меоранд [Pretsch A.,2018;

Thiboutot D.M.,2019]. Муаллифон муайян кардаанд, ки ғилзати (концентратсия) баланди ситокинҳои зиддиилтиҳобӣ ҳанӯз то зухуроти клиникий постакне муайян карда мешаванд.

Дар солҳои охир, бо мақсади ислоҳ кардани нуқсонҳои эстетикӣ пӯст истифодаи препаратҳои кислотаи гиалуроноӣ ба таври васеъ мавриди истифода қарор гирифта, гликозаминогликани сулфиннашуда ба ҳисоб меравад ва ба таркиби бофтаҳои эпителиалӣ, асабӣ ва пайваस्तкунанда дохил мешавад ва дар мубодилаи протсессҳои фаъолона иштирок мекунад [Hussain Z.,2017; Bukhari S.N.,2018]. Дар адабиётҳо оид ба нақши кислотаи гиалуроноӣ дар танзими илтиҳоб, регенератсия, таъмин кардани таҳаммулпазирии иммунологӣ ва иммуномодулятсия мавҷуд аст [Круглова Л.С. ва ҳаммуаллифон, 2018; Деревнина Н.А., 2021]. Исбот карда шудааст, ки кислотаи гиалуроноӣ дар лонаи осеб ба стимулятсияи кислотаи гиалуроноии эндогенӣ оварда мерасонад, ки барои протсесси регенератсияи дерма мусоидат мекунад [Keen M.A., 2017; Шварц Н.Е., 2018; Chen L.H.,2018]. Кислотаи гиалуроноӣ ҳангоми таъбириши таъбириши симптомкомплекси постакне дар шакли мезотерапия, филлерҳо ва биоревитализатсия истифода карда мешавад [Barbaric J., 2016; Chen L.H., 2018]. Аммо ба андешаи баъзе муҳаққиқон, ҳангоми истифода кардани кислотаи гиалуроноӣ дар мезокоррекцияи нуқсонҳои эстетикӣ пӯст, ба истилоҳ «хотираи иммунологӣ» пайдо мешавад, ки дар он ҷавоби таъхиркардаи иммунӣ ташаккул меёбад ва метавонад, ки ба оқибатҳои, чун варам, эритемаи конгестивӣ, гиперпигментатсия оварда расонд [Галеева А.Г., 2017;Chen L.H.,2018]. Муҳаққиқони дигар ретсидиви ҳадшаҳои СПА-ро пас аз мезотерапия нишон додаанд, ки ба инвазивӣ будани ин усул вобаст аст [Толстая А. И., 2013; Kurokawa I.,2016]. Яъне, истифодаи усулҳои агрессивии таъбириши таъбириши боиси пайдо шудани таъхиротҳои полифункционалӣ мегарданд, аз ҳисоби стресси травматикӣ, ки ба ихтилоли регенератсияи бофтаҳо оварда мерасонад [Narurkar V.A.,2016; Gold M.H.,2020].

Маълум аст, ки усули нисбатан усули нарми таъбириши нуқсонҳои эстетикӣ пӯст усулҳои физиотерапия мебошанд: майдони электромагнитӣ (электрофорез), майдони магнитӣ (магнитофорез), нурафкании лазерӣ (фотофорез), ултрасадо (ультрафонофорез). Асоси механизми таъбириши усулҳои форезро на танҳо таъбирҳои маҳаллии ҳуди маҳлули физикӣ ва препаратҳои доругӣ, балки аксуламалҳои организм ба таъбирҳои физикӣ аз тариқи механизмҳои танзими нейрорефлекторӣ ва гуморалӣ ташкил медиҳанд [Вертиева Е.Ю.,2015; Кунгуров Н.В., 2018; Острецова М.Н.,2018].

То имрӯз омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-морфологӣ ва иммунологии СПА ҳангоми таъхир ёфтани усулҳои инвазивӣ ва ғайринвазивии ислоҳи онҳо анҷом дода нашудааст, ки дар робита аз ин таҳқиқоти мазкур мубарм доништа мешавад.

Дарачаи коркарди илмӣ проблемаи мавриди омӯзиш. Исбот

карда шудааст, ки аз меъёр паст шудани сатҳи антагонисти ретсептори интерлейкини-1 дар хуни беморони гирифтори бемории акне пайдошавии хадшаҳои постакнеро пешгӯӣ мекунад [Клюева Т.А., 2011].

Самаранокии усули физиотерапияи постакне бо истифода аз изотретиноин ва микросӯзанҳои касри радиобасомад омӯхта шудаанд [Колчева, П.А., 2015]. Самаранокии фотодинамикаи симптомокомплекси постакне исбот карда шудааст, ки бо кам шудани возеҳии протсессҳои патологӣ, барқароршавии протсессҳои микросиркулятсия ва нишондиҳандаҳои статуси иммунӣ ифода меёбад [Бычкова Н., 2019]. Таваҷҷуҳ ба омӯзиши проблемаҳои оқибати бемории акне дар таҳқиқотҳои Стенко А.Г. (2018) инъикос ёфтаанд, ки самаранокии лазеротерапия ва креми Имоферазро дар ислоҳ кардани симптомҳои постакнеро исбот кардаанд. Самаранокии истифодаи лазери эрбиевӣ ҳангоми табобати хадшаҳои атрофикӣ ва гипертрофикии постакне муайян карда шудаанд, ки дар беҳтаршавии ранг, текстура, релеф ва зичии пӯст инъикос ёфтаанд [Игошина А.В., 2019].

Робитаи таҳқиқот бо барномаҳо (лоихаҳо), мавзӯҳои илмӣ. Пажӯҳиши диссертатсия дар доираи корҳои илмӣ-таҳқиқотии кафедраи дерматовенерологияи МДТ “Донишгоҳи давлатии тиббии Тоҷикистон ба номи Абӯалӣ ибни Сино” - “Паҳншавӣ, хусусиятҳои чараёни клиникаи дерматозҳо ва нуқсонҳои косметики пӯст, оптимизатсияи муолиҷа (муҳлати иҷро солҳои 2018-2023, ҚД № 0118ТJ00858) иҷро карда шудааст.

ТАВСИФИ УМУМИИ ТАҲҚИҚОТ

Мақсади таҳқиқот: оптимизатсияи усулҳои ислоҳи оқибатҳои бемории акне бо дар назардошти тағйиротҳои клиникӣ-функционалӣ ва иммуно-морфологӣ.

Вазифаҳои таҳқиқот:

5. Омӯхтани басомади дучоршавӣ ва хусусиятҳои клиникаи СПА вобаста аз чинс, синну сол, ҷойгиршавӣ, фототип ва параметрҳои функционалии пӯст.
6. Муайян кардани хусусиятҳои морфологии хадшаҳои постакне вобаста аз ҷойгиршавии оқибатҳои бемории акне ва табобати пешакии маҳаллӣ.
7. Омӯхтани нишондиҳандаҳои иммунитети ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ ва муҳтавои интерлейкини-6 вобаста аз дараҷаи вазнинии симптомокомплекси постакне ва табобати пешакии маҳаллӣ.
8. Баҳодиҳии муқоисавии самаранокии кислотаи гиалурононӣ ҳангоми истифода кардани табобати инвазивӣ ва ғайриинвазивии симптомокомплекси постакне.

Объекти таҳқиқот. Ба сифати объекти таҳқиқот 212 нафар беморон хизмат карданд, ки синну солшон $25 \pm 1,2$ буда, дар Муассисаи давлатии “Беморхонаи шаҳрии клинӣ ва бемориҳои пӯст” дар давраи солҳои 2019 - 2022 таҳти табобати амбулаторӣ қарор доштанд.

Мавзӯи таҳқиқот. Мавзӯи таҳқиқот омӯзиши хусусиятҳои клиникӣ-функционалӣ ва иммунно-морфологии симптокомплекси постакне ва баҳодихии муқоисавии самаранокии кислотаи гиалуруновӣ бо истифода кардани табобати инвазивӣ ва ғайриинвазивии симптомокомплекси постакне буд.

Навгонии илмӣ таҳқиқот. Бори нахуст ошкор карда шуд, ки дар байни беморони дорои нуқсонҳои эстетикӣ рӯй, дар 39%-и ҳолатҳо оқибатҳои бемории акне ба мушоҳида мерасад, ки дар 40,0%-и онҳо анаменези оилавӣ мавҷуд аст. Исбот карда шудааст, ки аломатҳои асосии пайдошавии оқибатҳои бемории акне ҳадшаҳои атрофикӣ мебошанд, ки дар 50,0%-и ҳолатҳо бо ҳадшаҳои гипертрофикӣ ва дар 37,7%-и ҳолатҳо бо ҳадшаҳои келоидӣ якҷоя мешаванд. Муқаррар карда шудааст, ки 38 (42,2%;90) ҳолат дермаи фиброзӣ-тағйирёфта (ДФТ) дида мешавад, дар шакли ҳадшаҳои гипертрофикӣ назар ба ҳадшаҳои келоидӣ 2,5 маротиба бештар дучор мешаванд. Муайян карда шуд, ки истифодаи усулҳои ғайриинвазивии табобати ҳадшаҳои постакнеро 1,6 маротиба бештар ташаккули регенератсияи нисбатан хубтари бофтаҳо (ДФТ) ҳамроҳӣ мекунад, назар ба беморони бо усулҳои инвазивӣ табобатшуда 22 (52,3%;42) ҳолат дар муқобили 16 (33,3%;48) ҳолат). Муқаррар карда шудааст, ки дар 49 (51,6%;95) бемори дорои СПА ихтилоли статуси иммунӣ дида мешавад ва дар 43 (45,2%;95) ҳолат баланд шудани муҳтавои ИЛ-6 мушоҳида мегардад. Исбот карда шудааст, ки истифодаи ультрафонофорез бо кислотаи гиалуруновӣ дар муқоиса аз мезотерапия 1,3 маротиба бештар самаранокии клиникиро беҳтар месозад 1,4 маротиба бештар боиси барқарор шудани параметрҳои пӯст мегардад.

Аҳамияти назариявӣ ва илмӣ-амалии таҳқиқот аз он иборат аст, ки ки нуқтаҳои назариявӣ, методологӣ, ҳулосаҳо ва тавсияҳои дар диссертатсия овардашуда метавонанд, ки дар раванди таълими макотиби олии тиббӣ ва фаъолияти амалии табибон- дерматологҳо ва косметологҳо мавриди истифода қарор дода шаванд. Аломатҳои возеҳи клиникӣ СПА баъди бо усулҳои инвазивӣ ислоҳ кардани онҳо, махсусан дар заминаи фототипҳои тира ва ихтилоли параметрҳои функционалии пӯст пайдо мешаванд ва онҳоро ихтилолҳои статуси иммунӣ ҳамроҳӣ мекунад, ки вобаст аз ин, истифодаи усулҳои ғайриинвазивӣ дар шакли ультрафонофорез бо кислотаи гиалуруновӣ аз ҳисоби таъсир расонидан ба параметрҳои функционалии пӯст ва ба системаи иммунӣ боиси беҳбудии клиникӣ мегарданд.

Нуқтаҳои ба Ҳимоя пешниҳодшаванда:

4. Аломатҳои асосии клиникӣ пайдошавии оқибатҳои бемории акне ҳадшаҳои атрофикӣ мебошанд, ки бо ҳадшаҳои гипертрофикӣ ва келоидӣ ҳамроҳ мешаванд, ҳамзамон дар пӯсти рӯй, пушт ва сина ҷойгир мешаванд. Дар беморони дорои фототипи тираи пӯст ихтилолҳои нисбатан возеҳтари параметрҳои функционалии пӯст ва ҷараёни нисбатан вазнинтари СПА ба мушоҳида мерасад.

5. Хадшаҳои постакне вобаста аз маҳалли ҷойгиршавиашон дорои хусусиятҳои фарқкунандаи морфологӣ ҳастанд. Дар пӯсти рӯй хадшаҳои постакне дар шакли ДФТ ва шакли типии хадшаҳои гипертрофикӣ дорои аломатҳои хуби морфологиянд, дар пӯсти пушт ва сина бошад, хадшаҳои постакне аз аломатҳои вазнини морфологӣ дар шаклҳои гиреҳии хадшаҳои гипертрофикӣ ва гиреҳҳои типии II иборат аст. Аломатҳои хуби морфологии хадшаҳои постакне 1.6 маротиба бештар пас аз усулҳои инвазивии табобат мушоҳида мешаванд, назар ба усулҳои ғайринвазивии табобат.

6. Ихтилоли статуси иммунӣ дар беморони дорои СПА дорои ихтилолҳои ҳучайравӣ (CD_3 , CD_4 , CD_8), гуморалии (CD_{20} , Ig G, Ig M) иммунитет ва баланд шудани муҳтавои ИЛ-6 мебошад, баъди усулҳои инвазивии табобат бад шудани ин нишондиҳандаҳо ба назар мерасад. Усули ғайринвазивии тазриқи кислотаи гиалуруновӣ ҳангоми табобати СПА дар муқоиса аз мезотерапия самараноктар аст, чунончи, 1,3 маротиба бештар аломатҳои клиникиро бештар месозад, вале 1,4 маротиба боиси барқарор шудани параметрҳои функционалии пӯст низ мегарданд.

Дарачаи эътимоднокии натиҷаҳо. Эътимоднокии маълумотҳо, ҳаҷми кофии маводи таҳқиқот, коркарди омории натиҷаҳои таҳқиқот ва маводи нашршуда тасдиқ мекунад. Хулосаҳо ва тавсияҳо дар заминаи таҳлилҳои илмӣ натиҷаҳои табобати хлоазмадар беморони дорои фототипҳои гуногуни пӯст, параметрҳои функционалии пӯст, ҳолати микросиркулятсия ва системаи антиоксидантӣ асоснок карда шудаанд.

Мутобиқати диссертатсия ба шиносномаи ихтисоси илмӣ (бо шарҳ ва соҳаи таҳқиқот)

Таҳқиқот бо шиносномаи КОА-и назди Президенти Ҷумҳурии Тоҷикистон аз рӯйи ихтисоси 6D110110– бемориҳои пӯст ва зуҳравӣ зербандҳои зерин мувофиқат мекунад. Зербанди 3.2 Эпидемиология ва омори дерматозҳо дар шароитҳои тағйирёбандаи ҳаёт. Хусусиятҳои синнусолӣ ва гендерии дерматозҳо. 3.3. Таъсири алоқамандии осебҳои пӯст бо бемориҳои узвҳо ва системаҳои дигар. Такмил додани ташҳиси ҳолатҳои патологӣ пӯст бо истифода аз усулҳои муосири инструменталӣ, клиникӣ, лабораторӣ, функционалӣ ва дигар усулҳои таҳқиқот. 3.4 Такмил додани табобати бемориҳои пӯст ва зуҳравӣ дар асоси таҳқиқотҳои муосир оид ба этиология ва патогенези онҳо. Усулҳо ва схемаҳои нави табобати бемориҳои пӯст бо препаратҳои рнави доругӣ, усулҳои физиотерапия, препаратҳо барои истифодаи берунӣ.

Саҳми шахсии довталаби дарёфти дараҷаи илмӣ дар таҳқиқот.

Муаллиф шахсан ҳамаи ҳаҷми таҳқиқоти клиникиро иҷро намуда, шарҳи сарчашмаҳои олимони ватанӣ ва хориҷиро тайёр, нақшаи таҳқиқотро таҳия намуда, мустақилона дараҷаи вазнинии СПА-ро баҳогузорӣ кардааст, фототипҳо ва параметрҳои функционалии пӯстро омӯхта, таҳлили хусусиятҳои морфологии хадшаҳои постакне ва нишондиҳандаҳои иммунӣ ва таҳлили омории натиҷаҳои ҳосилшударо

анҷом дода, хулоса ва тавсияҳои амалиро мурағтаб сохтааст. Аз натиҷаҳои назариявӣ, методологӣ ва амалии таҳқиқот дар конференсияҳои илмӣ-амалии байналмилалӣ, ҷумҳуриявӣ, минтақавӣ, байнидонишгоҳӣ, ки дар Тоҷикистон дар давраи солҳои 2019-2023 гузаронида шудаанд, гузориш пешниҳод карда шудааст.

Тасвиб ва амалисозии натиҷаҳои диссертатсия. Натиҷаҳои асосии таҳқиқот дар 11 кори илмӣ, аз ҷумлаи онҳо 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА-и назди Президенти ҚТ ва дар маҷмуаҳо ва маводҳои конференсияҳои солони МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино”, (Душанбе 2020, 2021); конференсияи илмӣ амалӣ (Тошкент, 2019, 2020), Форуми Х-и ҷашнии минтақавии дерматовенерологҳо ва косметологҳо, Москва (2020) нашр шудаанд. Таҳқиқот барои химоя дар ҷаласаи шурои олимони факултети ниғаждории тандурустии ҷамъиятии МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” иҷозат дода шудааст.

Интишорот аз рӯи мавзӯи диссертатсия. Аз рӯи маводи диссертатсия 11 кори илмӣ, аз онҳо 3 мақола дар маҷаллаҳои тақризшавандаи ҚОА-и назди Президенти ҚТ нашр шудаанд.

Соҳтор ва ҳаҷми диссертатсия. Диссертатсия дар ҳаҷми 147 саҳифаи матни компютерӣ таълиф шуда, аз аз муқаддима, тавсифи умумии таҳқиқот, боби мавод ва усулҳои таҳқиқот, 2 боби натиҷаҳои таҳқиқоти худӣ диссертант, боби баррасии натиҷаҳо, хулосаҳо, тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳои таҳқиқотшарҳи адабиёт ва феҳристи адабиёти истифодашуда, ки 174 сарчашма, аз ҷумла 83 сарчашма бо забони русӣ ва 91 сарчашма бо дигар забонҳои хориҷиро дар бар гирифтааст, иборат мебошад. Дар диссертатсия 23 ҷадвал ва 39 расм ҷой дода шудааст.

МУҲТАВОИ ТАҲҚИҚОТ

Таҳқиқот дар шӯбаи бемориҳои пӯсти дар Муассисаи давлатии “Беморхонаи шаҳрии клинӣ ва бемориҳои пӯст”-и ш. Душанбе, ки пойгоҳи кафедраи дерматовенерологияи МДТ “ДДТТ ба номи Абуалӣ ибни Сино” мебошад, дар 212 (39,6%) бемори дорои оқибатҳои бемории акне, синну соли аз 20то 30-сола, ки дар давраи солҳои 2019-2021 мурочиат кардаанд, гузаронида шуд.

Меъёрҳои воридсозӣ ба таҳқиқот: розигии ихтиёрӣ барои иштирок намудан дар таҳқиқот; набудани зухуроти илтиҳобии БА; беморон пас аз усулҳои инвазивӣ ва ғайринвазивии табобати берунӣ; тамомшавии табобати системавии зидди акне на дертар аз 1 моҳ.

Меъёрҳои хориҷсозӣ аз таҳқиқот: занҳои ҳомила ва ширдеҳ; номияҳо дар пӯст; мавҷуд будани сироятҳои вирусӣ, бактериалӣ ва занбурӯғӣ; вучуд доштани бемориҳои соматикӣ дар марҳалаи хуруҷи беморӣ ва декомпенсатсия; вучуд доштани бемориҳои онкологӣ, вучуд доштани бемориҳои аутоиммунӣ бофтаҳои пайваस्तкунанда.

Усулҳои таҳқиқот. Бар иловаи усулҳои таҳқиқоти умумиклиникӣ, инчунин баҳодиҳии параметрҳои функционалии пӯст бо ёрии анализатори

бисёрфункционалии пӯст насли дуоми Skin observed system 2,0 (China) (нишондиҳандаҳои: рутубати пӯст -Moisture (M), чарбнокӣ -Oil (O), текстура - (T), коллаген - Collagen fiber (CF), ҳассосият - Sensitivity (S), пигментатсия – pigmentation (P) *гузаронида шуд*; Тавсифи морфологии хадшаҳои постакне бо истифода аз микроскопии равшани «OLYMPUS» ширкати «OLYMPUS CORPORATION» (Чин) бо калонкунии $\times 100$ ва $\times 400$ маротиба (шӯбаи патанатомияи МД “Маркази миллии тиббии “Шифобахш” ш. Душанбе) иҷро гардид; баҳогузориҳои статуси имунӣ дар асоси омӯзиши нишондиҳандаҳои мутлақ ва нисбии лимфоситҳо дар хуни периферӣ (CD₃, CD₂₀ бо субпопулятсияи Т-лимфоситҳо (CD₄-Т-хелперҳо, CD₈-Т-супрессорҳо) бо усули иммуофлуорестсенсия «Статус» бо истифода аз маҷмуи антителаҳои моноклоналӣ ва поликлоналӣ сураат гирифт. Мухтавои миқдории иммуноглобулинҳои умумӣ М, G дар зардоби хун бо усули иммуоферментӣ анҷом пазируфт. Мухтавои ИЛ-6 дар зардоби хун бо усули таҳлили иммуоферментӣ бо ёрии маҷмуи ЧММ «Ситокин» (Россия) (лабораторияи Диамед) иҷро карда шуд. Воситаҳои асосӣ барои баҳодиҳии чараёни клиникӣ СПА аз муоинаи визуалӣ, баҳодиҳии фототип тибқи шкалаи Т. Фитспатрик (1975), баҳодиҳии вазнинии симптомкомплекси постакне (D. Goodman et al., 2006), баҳодиҳии вазнинии хадшаҳои постакне (Vancouver Scar; C.I. Jacobs, 2001) буданд.

Коркарди омории натиҷаҳо бо ёрии бастаи стандартӣ барномаҳои амалии Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) иҷро карда шуд.

НАТИҶАҲОИ ТАҲҚИҚОТ

Дар байни бемороне, ки аз хусуси зуҳуроти симптомокомплекси постакне (СПА) мурочиат кардаанд, занҳо бартарӣ доранд, онҳо аз ҷинси мард 1,2 маротиба зиёданд, яъне 117 (55,2%;212) нафар дар муқобили 95 (44,8%;212) ҳолат. Дар синну соли 20-25 –солагӣ 126 (59,4%;212) бемори дорои СПА ба қайд гирифта шуд, ки 1,5 маротиба аз миқдори беморони 26-30 –сола зиёд аст 60 (28,3%;212) ва 4,8 маротиба зиёд дар муқоиса аз 26 (12,3%;212) бемори дорои СПА дар синну соли 30 -сола. СПА дар 212 (39,6%) нафар аз 536 бемори таҳқиқшудаи дорои нуқсонҳои эстетикӣ дар рӯяшон дида шуд, ки дар байни 55,2% ҳолат дар байни ҷинси занҳо ба мушоҳида расид. Дар 59,4% ҳолат синну соли беморон 20-25 солро ташкил дод. Анамнези оилавӣ дар 40,0% муайян карда шуд. Дар 62,3% ҳолат беморони таҳқиқшуда аз бемории акне давоми 3-5 сол озор медиданд. Ба он нигоҳ накарда, ки давомнокии БА дар беморони таҳқиқшуда аз як то 3 солро ташкил дод, муҳлати давомнокии СПА ба 2 сол баробар буд. Дар 171 (80,7%;212;) ҳолат сабаби ташаккул ёфтани СПА травматизатсияи унсурҳои БА буд, ки аз онҳо дар 74 (43,3%;171) ҳолат сабаби травматизатсия гузаронидани протседураҳои косметикӣ ва дар 97/171; 56,7%) ҳолат – нигоҳубини нодурусти пӯст аз тарафи худи беморон буданд.

Барвақт гузаронидани табобати системавии АБ дар 76/212; 35,8%) бемор бо истифода кардани табобати антибактериалӣ сураат гирифт, аз онҳо 55/76; 72,4% бемор ин табобатро дар муддати тӯлонӣ қабул кардаанд.

Аз 35/212; 16,5% беморе, ки ретиноид қабул кардаанд, 26/35;74,3% бемор курси табобатро ба охир нарасонидаанд.

Табобати маҳаллии гузаронидашудаи СПА дар 166 (78,3%) ҳолат дар 53 (25,0%) маврид – бо усулҳои тазриқӣ дар шакли монотерапия (мезотерапия, биоревитализатсия) ва дар 98 (46,2%) ҳолат – дар шакли комбинатсияи онҳо бо пилингҳои химиявӣ гузаронида шуд, дар ҳоле ки усулҳои нисбатан нарми ғайриинвазивӣ бидуни тазриқӣ танҳо дар 19 (9,0%) бемор иҷро карда шуд. Табобати пешакии маҳаллии СПА дар 166 (78,3%) ҳолат бо истифода аз усулҳои тазриқии дар шакли монотерапия (мезотерапия, биоревитализатсия) дар 53 (25,0%) ва дар 98 (46,2%) ҳолат– дар шакли усулҳои нисбатан нарми табобати танҳо дар 19 (9,0%) бемор ба қор бурда шуд.

Зухуроти асосии СПА ҳадшаҳои аторфикӣ (ХА) буданд, ки дар ҳамаи 212 (100%) бемори таҳқиқшуда ба қайд гирифта шуданд, аммо дар 106 (50,0%) онҳо бо ҳадшаҳои гипертрофикӣ (ХГ) ва дар 80 (37,7%) ҳолат бо ХГ ва 80 (37,7%) ҳолат – бо ҳадшаҳои келоидӣ якҷоя шуда буданд.

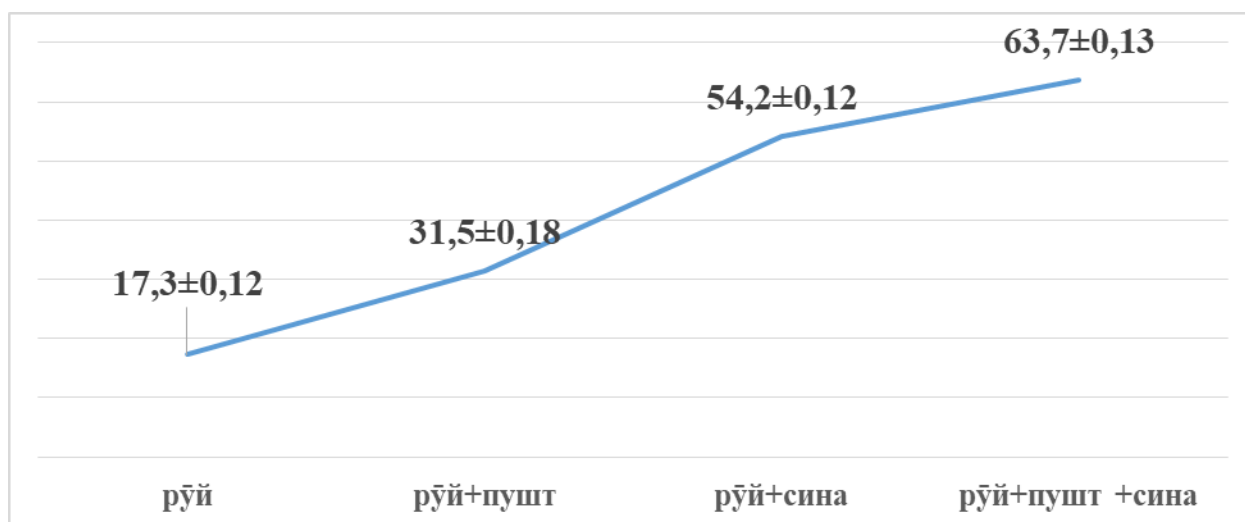
Ҳадшаҳои постакне 1,4 маротиба бештар ҳамзамон дар пӯсти рӯй, пушт ва сина ҷойгир шуда буданд, назар ба ҷойгиршавии онҳо дар пӯсти рӯй, яъне 125 (58,9%;212) дар муқобили 87 (41,0%;212) ҳолат. Муайян карда шуд, ки ХГ постакне дар пӯсти пушт, ХК бошад, дар пӯсти сина ҷараёни нисбатан вазнин доштанд. Ҷараёни нисбатан хубтари ХГ ва ХК дар пӯсти рӯй ба назар расид, ки бо васкуляризиатсияи камвозеху пешраванда будан ва хоришу дард фарқ мекарданд.

Дисхромияи дар пӯсти рӯй ҷойгиршуда 2,7 маротиба бештар ба назар расид, назар ба ҷойгиршавии СПА дар рӯй ва ҳамчунин дар пӯсти пушт ва сина, яъне 67 (77,0%;87) дар муқобили 35 (28,0%;125) ҳолат. Дар ин маврид, дар беморони ҷойгиршавии СПА дар пӯсти рӯй, пушт ва сина 2 маротиба бештар милиум (3/87; 3,4% дар муқобили 49/125; 39,2% ҳолат) дида шуд ва 1,7 маротиба бештар атерома (17/87;19,5%) дар муқобили 41/125;32,8% ҳолат), дар муқоиса аз бемороне, ки дар онҳо СПА танҳо дар пӯсти рӯй ҷойгир шуда буд, муайян карда шуд.

Дар бемороне, ки дорои ХА (69) ва якҷояшавии онҳо бо ХГ (63) буданд, дисхромия дар 85 (64,4%;132) ҳолат, ҳангоми якҷоя шудани ХА ҳам бо ГР, ҳам бо ХК онҳо дар 17 (21,3%;80) ҳолат ба мушоҳида расиданд. Аммо ҳангоми якҷоя шудани ХА ва ХК 2,6 маротиба назар ба якҷояшавии ХА ва ХГ атерома (32 (40,0%;80) дар муқобили 20 (15,2%;132) ҳолат ва 1,9 маротиба бештар– милиум буданд, яъне дар 31 (38,8%;80) муқобили 27 (20,5%;132) ҳолат.

Ҳамин тартиб, ХА ва ХГ бештар бо дисхромияҳо ва ХГ ва ХК бо милиум ва атеромаҳо якҷоя мешаванд. Шохиси возеҳии зухуроти постакне (N) ҳангоми ҷойгиршавии лонаи осеб дар минтақаҳои осеби рӯй+пушт+сина 3,6 маротиба бештар буд, назар ба ҷойгиршавии постакне дар пӯсти рӯй ($63,7 \pm 0,13$ дар муқобили $17,3 \pm 0,12$ балл). Шохиси N, ки дар пӯсти рӯй+пушт+сина муайян карда шудааст, $54,2 \pm 0,12$ баллро ташкил

дод, ки дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондодҳои дар пӯсти рӯй+пушт муайян кардашуда ($31,5 \pm 0,18$ бал) то 1,7 маротиба баланд буд ва ин аз он гувоҳӣ медиҳад, ки дар пӯсти рӯй+сина бештар аломатҳои постакне ба чашм мерасанд, назар ба ҷойгиршавии онҳо дар пӯсти рӯй+пушт (расми 1)



Расми 1. - Шохиси возеҳии аломатҳои постакне (N) вобаста аз ҷойгиршавии симптомокомплекси постакне.

Дар байни беморони таҳқиқшуда фототипҳои II, III ва IV муайян карда шуданд (ҷадвали 1)

Ҷадвали 1. - Шохиси возеҳии ҳадшаҳои постакне дар беморони дорои фототипҳои гунгогуни пӯст (n=212)

Фототипи пӯсти беморон	Шохиси возеҳии ҳадшаҳои постакне (ШВХП) (n=212)			
	Рӯй	Рӯй + пушт	Рӯй + сина	Рӯй + пушт + сина
Фототипи II (n=69)	12,5±0,12	17,3±0,12	13,3±0,12	19,3±0,12
Фототипи III (n=98)	22,2±0,12 $p_1 < 0,01$	26,5±0,12 $p_1 < 0,01$	23,4±0,12 $p_1 < 0,01$	31,5±0,12 $p_1 < 0,001$
фототипи IV (n=45)	51,2±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	75,2±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	63,7±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$	79,2±0,18 $p_1 < 0,001$ $p_2 < 0,001$
p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои байни нишондиҳандаҳои гурӯҳҳо (тибқи Н-критерияи Крускал-Уоллис); p_1 – дар муқоиса аз гурӯҳи беморони дорои фототипи III –и пӯст, p_2 – дар муқоиса аз гурӯҳи беморони дорои фототипи – IV и пӯст (тибқи U-критерияи Манн-Уитни)

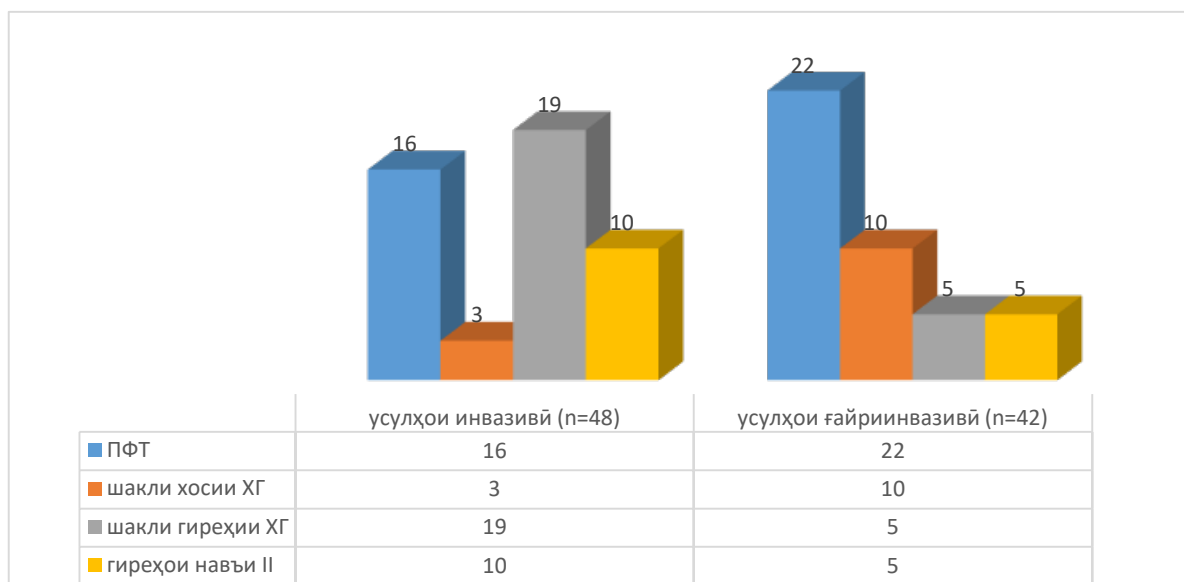
Тавре ки аз ҷадвали 1 маълум мешавад, дар беморони дорои фототипи IV-и пӯст ИВРП-и нисбатан паст ҳангоми дар пӯсти рӯй ҷойгир

шудани хадшаҳо ба мушоҳида расид, ки $51,2 \pm 0,18$ баллро ташкил дод, ҳангоми дар се минтақа (рӯй+пушт+сина) қарор доштани ИВРП $79,2 \pm 0,18$ баллро ташкил дод, яъне 1,5 маротиба баланд аст.

Дар беморони дорои фототипи II-и пӯст нишондиҳандаи нисбатан баланди ИВРП низ дар пӯст дар минтақае, ки (рӯй+пушт+сина) муайян карда шуд, $19,3 \pm 0,12$ баллро ташкил дод, яъне назар ба нишондиҳандаҳои дар пӯсти рӯй муайянкардашуда 1,5 маротиба баланд буд. Ҳамин гуна тамоюли ИВРП аз фототипи пӯст ҷойгиршавии хадшаҳо низ дида шуд. Чӣ қадар, ки фототип баланд ва чӣ қадар минтақайи осеб калон бошад, ҳамон қадар ИВРП баланд аст. Барои беморони дорои фототипи IV 39 (86,7%;45) ҳолат барои мавҷуд будани атер милиум, вале барои беморони дорои фототипи III хос буд, яъне дар фототипи равшани пӯст дар 60 (61,2%;98) ҳолат дисхрония ба мушоҳида расид. Яъне чӣ қадар фототипи пӯст тиратар бошад, ҳамон қадар зиёдтар атерома ба милиум зиёдтар пайдо мешавад, вале чӣ қадар ки фототип равшантар бошад, ҳамон қадар бештар дисхрония ба мушорҳида мерасад. Дар беморони дорои IV фототипи пӯст дараҷаи возеҳи вазнинии СПА 2,6 маротиба бештар буд, назар ба фототипи III-и пӯст, яъне 19 (42,2%;45) дар муқобили 16 (16,3%;98) ҳолат ва 14,5 маротиба назар ба фототипи II пӯст 19 (42,2%;45) дар муқобили 2 (2,9%;69) ҳолат муайян карда шуд. Яъне чӣ қадар, ки фототипи пӯст тиратар бошад, чараёни клиникӣ СПА ҳамон қадар вазнинтар аст.

Нишондиҳандаҳои муътадили фототипи тираи пӯст дар 69 (32,5%;212) муайян карда шуд, дар 143 (67,4%;212) ҳолати боқимонда, яъне 2 маротиба ба бемороне, ки бо усули пешакии инвазивӣ ислоҳ кардани хадшаҳои постакне аломатҳои ФИД (22/52,3%;42) дар муқобили (16/33,3%;48) ҳолат ва 3,7 маротиба бештар шакли типии ГР (10/23,8%;42 дар муқобили 3/6,3%;48) ҳолат буд.

Хусусиятҳои морфологии хадшаҳои постакне вобаста аз ҷойгиршавиашон муайян карда шуд. Аз 30 беморе, ки СПА дар пӯсти рӯй ҷойгир шуда буд, дар 16 (53,3%;30) бемор аломатҳои морфологии дермаҳои фиброзӣ-тағйирёфта (ДФТ) муайян карда шуд, ки дар 8 (26,7%;30)-шакли типии ГР, дар 6 (20,0%;30)- шакли гиреҳии ГР муайян карда шуд. Дар бемороне, ки СПА дар пӯсти рӯй ҷойгир шудааст, ГР дар 100% ҳолатҳо дар шакли аломатҳои гистологӣ ДФТ буданд. ГР –дар 6 (60,0%;10) ҳолат шакли типии онҳо ва дар 4 (40,0%;10) ҳолати боқимондаро ДФТ ташкил доданд. Ҳангоми таҳқиқ кардани хадшаҳои келоиди дар ягон ҳолат типии гиреҳии II муайян карда нашуд, аммо онҳо дар 6 (60,0%;10) ҳолат шакли гиреҳии ГР-ро доштанд. Ғайр аз ин дар 2 (20,0%;10) ҳолат дар минтақайи хадшаҳои клиникӣ келоидӣ ба вучуд омад, аммо дар 2 (20,0%;10) ҳолат шакли типии ГР муайян карда шуд. Ҳангоми дар пӯсти сина ҷойгир шудани СПА АР дар 100%-и ҳолатҳоро ДФТ ва ГР дар 3 (30,0%;10) ҳолатро шакли гиреҳии ГР ва гиреҳҳои типии II ташкил доданд. Ҳангоми дар пӯсти сина ҷойгир шудани СПА дар 6 (60,0%;10) ҳолат КР-ро гиреҳҳои типии 2 ва дар 4 (40,0%;10) ҳолат шакли гиреҳии ГР ташкил доданд. (расми 2)



Расми 2. – Аломатҳои морфологӣ хадшаҳои постакне дар беморони дорои СПА вобаста аз усулҳои пешакӣ ислоҳкунӣ (n=90)

Ҳангоми дар пӯсти пушт ҷойгир шудани СПА хадшаҳои пӯстро дар 10 (33,3%;30) ҳолат аломатҳои ДФТ, дар 11 (36,7%;30) ҳолат-шакли гиреҳии ХГ ташкил доданд. Дар 6 (20,0%;30) ҳолат хадшаҳои СПА дорои гиреҳҳои типии II ва дар 3 (10,0%;30) ҳолат дорои шакли типии хадшаи гипертрофикӣ буд. Дар бемороне, ки пешакӣ бо усули инвазивӣ аломатҳои морфологӣ хадшаҳои постакне ислоҳ карда шуда буданд, дар бештари ҳолатҳо шакли ХГ буданд, ки назар ба беморони пешакӣ бо усули ғайри инвазивии табоати СПА табоатшуда 3 маротиба бештар дучор шуданд, яъне 19 (39,6%;48) дар муқобили 5 (12,0%;42) ҳолат. Ғайр аз ин, 1,7 маротиба бештар назар ба беморони пешакӣ бо усули ғайри инвазивӣ табоатшуда гиреҳҳои типии II муайян карда шуданд, яъне 10 (20,8%;48) дар муқобили 5 (12,0%;42) ҳолат. Дар айни замон, дар беморони пешакӣ бо усули ғайри инвазивӣ табоатшудаи хадшаҳои постакне бештар зухуроти хуби морфологӣ, ба монанди ДФТ ва шакли типии ХГ муайян карда шуд. Дар ин гурӯҳи беморон аломатҳои морфологӣ ДФТ 1,6 маротиба бештар назар ба беморони пешакӣ бо усули инвазивӣ табоатшудаи хадшаҳои постакне ба мушоҳида расиданд, яъне 22 (52,3%;42) дар муқобили 16 (33,3%;48) ҳолат. Ғайр аз ин, 3,7 маротиба бештар шакли типии ХГ мушоҳида шуд, ки дар 10 (23,8%;42) дар муқобили 3 (6,3%;48) ҳолат муайян карда шуд.

Таҳқиқоти нишондиҳандаҳои зенони ҳуҷайравӣ гуморалӣ дар 95 бемори дорои дараҷаҳои гуногуни СПА (20 - сабук, 25 -суст, 25 –миёна, 25 –возеҳ) гузаронида шуд. Баҳодиҳӣ ба статуси иммунӣ дар беморони дорои СПА бо мақсади муайян кардани зенони вайроншудаи системаи иммунӣ ҳангоми дараҷаҳои гуногуни вазнинии СПА гузаронида шуд, ҳамчунин бо мақсади минбаъд баҳодиҳии онҳо бо нишондиҳандаҳои иммунӣ, ки баъди табоат гузаронида шудаанд. Маълумотҳои ба даст овардашуда бо

натичаҳои иммунограммаҳои 20 нафари солим, ки аз рӯйи чинс ва синну сол гурӯҳбандӣ карда шуда буданд ва гурӯҳи назоратиро ташкил медоданд, муқоиса карда шуданд.

Ихтилоли статуси иммунӣ дар 49 (51,6%;95) бемори дорои СПА муайян карда шуд, ки аз онҳо дар 22 (44,9%;49) – дараҷаи возеҳи вазнтини СПА, дар 18 (36,7%;49) – бо дараҷаи миёнаи вазнинии СПА ва 9 (18,4%;49) – бо дараҷаи сусти вазнинии СПА буданд. Инҳирофи нишондиҳандаҳои иммунологӣ аз мавҷуд будани протсесси музмини илтиҳобӣ дарак медиҳанд, ки ибто паст шудани нишондиҳандаҳои CD₃, CD₄ ва баланд ҷшудани нишондиҳандаҳои CD₈ зоҳир шуданд, ки супрессияи ҷавоби иммуниро нишон медиҳанд. Дар натиҷаи паст шудани нишондиҳандаҳои ва баланд шудани CD₈ дар ин беморон мутаносибан то 1,8±1,5 ва 1,7±1,5 паст шадани ИРИ ба мушоҳида расид. Дар бораи ихтилолҳои иммунитетии гуморалӣ баланд шудани нишондиҳандаи CD₂₀, паст шудани муҳтавои Ig M ва G дарак медиҳанд, инҳирофи нисбатан бештар дар беморони дорои дараҷаи возеҳи СПА дида шуд, ки аз паст шудани иммунитет гувоҳӣ медиҳанд. Ғайр аз ин, дар ин гурӯҳи беморон баланд шудани сатҳи Ig G то 1,3 маротиба дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ (12,5 ±0,16 г/л муқобили 9,7±0,74 г/л) ба назар расид, ки аз мавҷуд будани протсесси илтиҳоби музмин ва ретсидивӣ дар организм хабар медиҳад.

Дар хуни беморони дорои СПА омӯхтани сатҳи ИЛ-6-и пешилтиҳобӣ баланд шудани муҳтавои ИЛ-6 –ро дар 43 (45,2%;95) бемори дорои СПА муайян кард. Хеле баланд шудани муҳтавои ИЛ-6 дар беморони дорои дараҷаҳои миёна ва вазнинии СПА ба мушоҳида расид, дар беморони дорои дараҷаҳои сабуқ ва суст нишондиҳандаи ИЛ-6 аз гурӯҳи назоратӣ кам фарқ мекард. Дар беморони дорои дараҷаи миёнаи вазнинии СПА муҳтавои ИЛ-6 дар муқоиса аз гурӯҳи назоратӣ мутаносибан 1,4 (3,16±1,2 пг/л муқобили 2,28±1,5 пг/л) баланд буд, аммо дар беморони дорои дараҷаи возеҳи вазнинӣ ИЛ-6 то 1,7 маротиба (3,86±1,2 пг/л муқобили 2,28±1,5 пг/л) баланд буд, ки ин аз фазаи шадиди протсесси илтиҳобӣ дар ин беморон дарак медиҳад.

Нишондиҳандаҳои иммунологии нишондиҳандаҳои хуҷайравӣ ва гуморалии иммунитет ҳам дар гурӯҳҳои беморони дорои табобати пешакии инвазивӣ ва ҳам табобати ғайриинвазивӣ вайрон шуда буд. Аммо, дар бемороне, ки қаблан аз усулҳои инвазивии ислоҳи СПА истифода кардаанд, нишондиҳандаи CD₃ 1,2 маротиба назар ба гурӯҳи муқоисавӣ (57,7±2,0 муқобили 66,9±2,4%) паст буд, вале дар гурӯҳи бемороне, ки аз усулҳои ғайриинвазивии табобат истифода намудаанд, ин нишондиҳанда 65,9±1,8-ро ташкил дод. Нишондиҳандаи ИРИ дар гурӯҳи бемороне, ки аз усулҳои ғайриинвазивии табобат истифода намудаанд, 2,0±1,5-ро ташкил дод, аз ҳисоби паст шудани CD₈ то 18,7±1,5% ва паст шудани нишондиҳандаи CD₄ то 37,3±1,8%, ки ин аз тамоюли организм ба гиперфаъолии системаи иммунӣ далолат мекунад. Дар айни замон, дар бемороне, ки аз усулҳои ғайриинвазивии табобати СПА истифода

намудаанд, баланд шудани нишондиҳандаи CD_8 дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои назоратӣ ($19,7 \pm 2,0\%$) ба мушоҳида расид. Вобаста аз ин, нишондиҳандаҳои ИРИ $1,8 \pm 1,2\%$ -ро ташкил дод, яъне аз нишондиҳандаҳои назоратӣ паст буд ($1,9 \pm 2,0$). Ғайр аз ин, дар бемороне, ки аз усулҳои инвазивии табобат истифода кардаанд, нишондиҳандаи ИЛ-6 дар муқоиса аз бемороне, ки аз усулҳои ғайриинвазивии табобат истифода кардаанд, баланд буд. Дар гурӯҳи бемороне, ки аз усулҳои инвазивии табобати СПА истифода кардаанд, нишондиҳандаи ИЛ-6 дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои назоратӣ 1,5 маротиба баланд буд, яъне $4,12 \pm 1,5$ пг/л муқобили $2,8 \pm 1,2$ пг/л –ро ташкил дод ($p < 0,01$). Дар ин маврид, дар гурӯҳи бемороне, ки аз усулҳои ғайриинвазивии табобат истифода кардаанд, муҳтавои ИЛ-6 гарчанде дар муқоиса аз ҳамин нишондиҳандаҳои гурӯҳи назоратӣ 1,2 маротиба баланд ҳам бошад ($3,43 \pm 1,2$ пг/л муқобили $2,8 \pm 1,2$ пг/л, $p < 0,05$), аммо назар ба муҳтавои ИЛ-6 дар гурӯҳи бемороне, ки аз усулҳои инвазивии табобати СПА истифода кардаанд, 1,2 маротиба паст ($3,43 \pm 1,2$ пг/л муқобили $4,12 \pm 1,5$ пг/л, $p < 0,05$) буд.

Аз 49 бемори дорои ихтилоли нишондиҳандаҳои иммунӣ дар 32 ($65,3\%; 49$) ҳолат табобати пешакии берунӣ аз истифода намудани усулҳои тазриқӣ, яъне усулҳои инвазивии ислоҳи (мезотерапия ва биоревитализатсия), дар 17 ($34,7\%; 49$) ҳолат бошад – аз истифодаи усулҳои ғайри тазриқӣ, яъне ғайриинвазивӣ иборат буд. Баланд шудани муҳтавои ИЛ-6 то 1,9 маротиба бештар дар бемороне дида шуд, ки пешакӣ усулҳои инвазивии табобатро истифода намудаанд, назар ба бемороне, ки аз усулҳои ғайриинвазивии табобат истифода кардаанд, яъне то 28 ($65,1\%; 43$) муқобили 15 ($34,9\%; 43$) ҳолат.

Бо мақсади баҳогузори муқоисавии самаранокии табобати беморони дорои СПА бо усулҳои мезотерапия ва ультрафонофорез ду гурӯҳи муқоисашаванда таҳқиқ карда шуданд: дар гурӯҳи якум (I) 40 бемор шомил буд, ки ба лонаи осеби онҳо кислотаи гиалурононӣ бо усули мезотерапия ворид карда шуд, дар гурӯҳи дуюм (II) 50 бемор дохил шуда буд, ки ба лонаи осеби онҳо кислотаи гиалурононӣ бо усули ультрафонофорез сурат гирифтааст. Натиҷаҳо аз рӯйи самаранокӣ терапевтӣ бо истифода аз шкалаи баҳодиҳии хадшаҳо Goodman G.J. тавассути муқоиса кардани маълумотҳо ба сатҳи ибтидоӣ ва пас аз курсҳои якум ва сеюми табобат (яъне пас аз як моҳ ва пас аз 3 моҳ баҳогузорӣ карда шуд.

Дар гурӯҳи I –и беморон баъди се моҳи табобати гузаронидашуда дар муқоиса аз ҳолати ибтидоӣ ($5,54 \pm 1,12$ муқобили $18,31 \pm 1,12$ балл), регресси хадшаҳои патологӣ $70,0\%$ ба мушоҳида расид, ки аз бевудии қаноатбахши симптомҳои клиникӣ дарак медиҳад, дар гурӯҳи дуюм II – то $78,6\%$ ($18,31 \pm 1,12$ муқобили $3,91 \pm 1,12$ балл) буд, ки аз бевудии возеҳи симптомҳои клиникӣ дарак медиҳад. Яъне истифодаи ультрафонофорези кислотаи гиалурононӣ дар муқоиса аз мезотерапия симптомҳои клиники

хадшаҳои постакнеро то 1,4 маротиба ($3,91 \pm 1,12$ муқобили $5,54 \pm 1,12$ балл) беҳтар месозад.

Ба ғайр аз паст шудани нишондиҳандаи умумии хадшаҳои постакне, динамикаи дигар симптомҳои постакне, ба монанди эритема, пигментатсия, миллиум ва атерома ба мушоҳида расид, ки бо кам шудани возеҳии шохиси вазнинии СПА зоҳир шудаанд. Дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои ибтидоӣ N дар беморони гурӯҳи I баъди як моҳи табобати гузаролнидашуда то 1,7 ($42,5 \pm 1,2$ муқобили $23,5 \pm 1,2$ балл) ипаست шуд, дар ҳоле ки дар гурӯҳи II нишондиҳандаи N то 2 мартиба паст шудааст ($43,2 \pm 1,5$ муқобили $20,5 \pm 1,5$ балл).

Самаранокии клиникӣ усулҳои муқоисашавандаи табобати СПА муайян карда шуд ва нишон дод, ки дар беморони истифодакунандаи кислотаи гиалурононӣ бо усули ультрафонофорез назар ба бемороне, ки кислотаи гиалурононро бо усули мезотерапия ба кор бурдаанд, натиҷаҳои беҳтар ба даст оварда шуд. Дар беморони гурӯҳи II беҳтаршавии возеҳ, яъне регресси симптомҳои СПА зиёда аз 75,0 % ба қайд гирифта шуд, ки 1,3 маротиба назар ба беморони гурӯҳи I бештар, яъне то 24 ($48,0\%;50$) дар муқобили 15 ($37,5\%;40$) ҳолат буд. Ғайр аз ин, дар беморони гурӯҳи II то 1,2 маротиба бештар беҳбудии қаноатбахш муайян карда шуд, ки дар 16 ($32,0\%$ муқобили 11 ($27,5\%$)) ҳолат ба мушоҳида расид. Баҳогузориҳои муқоисавии натиҷаҳои табобат нишон дод, ки дар натиҷаи таъриқ кардани кислотаи гиалурононӣ бо усули мезотерапия то 1,2 маротиба бештар набудани беҳбудӣ мушоҳида гардид, ки дар гурӯҳи I дар 4 ($10,0\%;40$) ҳолат, дар гурӯҳи II - дар 4 ($8,0\%;50$) ҳолат муайян карда шуд. Бар иловаи самаранокии клиникӣ дар гурӯҳҳои муқоисашаванда таъсири табобати гузарони аз хусуси параметрҳои функционалии пӯст (ПФП) омӯхта шуданд. Беҳтаршавии нишондиҳандаҳои ПФП дар ҳарду гурӯҳи беморон дида шуд, аммо дар гурӯҳи II беҳбудии нисбатан возеҳтари параметрҳои пӯст ба назар расид. Ҳамин тартиб, ҷарбнокӣ пӯст (O), дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои ибтидоӣ 3,4 маротиба паст шуда, $14,4 \pm 1,4$ муқобили $49,2 \pm 5,2\%$ -ро ташкил додааст. Дар айни замон дар I ин нишондиҳанда танҳо то 1,5 маротиба паст шуда, $33,2 \pm 1,2$ муқобили $49,2 \pm 5,2\%$ -ро ташкил додааст. (ҷадвали 2).

Ҷадвали 2.- самаранокии клиникӣ табобати симптомокомплекси постакне дар гурӯҳҳои муқоисашаванда.

Меъёр	Гурӯҳи I (n=40)		Гурӯҳи II (n=50)		p
	abc	%	abc	%	
Беҳбудии возеҳ	15	38%	24	48%	<0,05
Беҳбудии қаноатбахш	11	28%	16	32%	>0,05
Беҳбудии сабук	10	25%	6	12%	<0,05*
Беҳбудӣ нест	4	10%	4	8%	>0,05**

Эзоҳ: p – аҳамияти омории фарқиятҳои нишондиҳандаҳо дар байни гурӯҳҳо (тибқи критерияи χ^2 , *бо ислоҳи Йетс, **тибқи критерияи дақиқи Фишер)

Барқарор намудани рутубати пӯст (М) дар беморони гурӯҳи II нисбат ба беморони гурӯҳи I то 1,3 маротиба беҳтар гаштааст, яъне $79,7 \pm 1,2\%$ муқобили $63,4 \pm 1,4\%$ -ро ташкил медиҳад.

Барқарор намудани ҳолати коллаген дар лонаи осеб дар гурӯҳи II назар ба ҳамин нишондиҳандаҳои гурӯҳи I-и беморон ($82,8 \pm 0,9\%$ муқобили $53,7 \pm 1,2\%$) то 1,5 маротиба беҳтар шудааст.

Агар то сар шудани табобат дар беморони ҳарду гурӯҳи I баланд шудани ҳассосияти пӯст дар лонаи осеб дида шуда бешад, ки ба нишондиҳандаи $S = 84,2 \pm 1,3\%$ мувофиқат мекунад, пас баъди гузаронидани табобат барқароршавии нисбатан возеҳи ҳассосият дар гурӯҳи бемороне ба назар расид, ки ультрафонофорезро бо кислотаи гиалуруновӣ қабул кардаанд. Дар ин гурӯҳи беморон $S = 29,9 \pm 1,5\%$ -ро ташкил дод, яъне назар ба беморони гурӯҳи I ($62,7 \pm 1,7\%$) 2 маротиба паст буд. Бартраф кардани доғҳои гиперпигментӣ ба нишондиҳандаҳои (P) пигментатсия таъсир расониданд, ки дар гурӯҳи II назар ба гурӯҳи I то 1,6 маротиба ($44,5 \pm 3,2\%$ муқобили $69,3 \pm 4,2\%$) паст буд, яъне ба ҳадди нишондиҳандаҳои муътадил ($14-58\%$) мувофиқат намуд.

Яъне, миқдори беморони гурӯҳи II бо ихтилолҳои ПФП аз 50 ($100\%;50$) то 14 ($28,0\%;50$) паст шудааст, яъне 3,6 маротиба кам шудааст. Дар беморони гурӯҳи I миқдори беморони дорои нишондиҳандаҳои вайроншудаи ПФП танҳо 2 маротиба кам шуда, 40 ($100\%;40$) муқобили 19 ($47,5\%;40$) ҳолатро ташкил додаанд. Яъне, ультрафонофорез бо кислотаи гиалуруновӣ ба ПФП таъсири мусбат расонид ва то 1,4 маротиба бештар назар ба истифодаи мезотерапия бо кислотаи гиалуруновӣ ба барқароршавии параметрҳои пӯст оварда расонид ($36 (72,0\%;50)$ муқобили $21 (52,5\%;40)$ ҳолат).

Муайян карда шуд, ки таъсири кислотаи гиалуруновӣ бо усули мезотерапия ва ультрафонофорез ба нишондиҳандаҳои статуси иммунӣ дар беморони дорои СПА таъсир расонидаанд, аммо ҳангоми истифода кардани ультрафонофорез онҳо назар ба истифодаи мезотерапия возеҳтар буданд. Баъд аз гузаронидани табобат дар беморони гурӯҳи II беҳбудии бештари имунитети ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ ба амал омад, ки бо баланд шудани нишондиҳандаи CD_3 то $64,5 \pm 1,8\%$ дар муқоиса аз нишондиҳандаҳои ибтидоӣ ($57,7 \pm 2,0\%$) ифода ёфтааст. Вобаста аз он, ки дар беморони гурӯҳи II нишондиҳандаи CD_4 то $38,2 \pm 1,2\%$ назар ба нишондиҳандаҳои ибтидоӣ $37,3 \pm 1,8\%$ баланд шудаанд, вале нишондиҳандаи CD_8 то $20,1 \pm 1,3$ паст шудааст, пас нишондиҳандаи ИРИ низ зиёд шуда, ба нишондиҳандаҳои муътадил ($1,9 \pm 2,0$) баробар гаштааст. Бо ин ҳол, дар беморони гурӯҳи I нишондиҳандаҳои ИРИ $1,8 \pm 1,2$ -ро ташкил доданд, яъне ба нишондиҳандаҳои гурӯҳиназоратӣ ($1,9 \pm 2,0$) баробар нашуданд. Аз барқарор гаштани имунитети гуморалӣ паст шудани нишондиҳандаи CD_{20} дар беморони гурӯҳи II назар ба нишондиҳандаҳои ибтидоӣ, яъне $21,2 \pm 1,5\%$ муқобили $22,9 \pm 1,8\%$ дарак дод,

дар ҳоле ки дар беморони гурӯҳи I ин нишондиҳанда аз нишондиҳандаҳои ибтидоӣ кам фарқ мекард ва $22,2 \pm 1,2\%$ -ро ташкил дод. Дар заминаи паст шудани нишондиҳандаи CD_{20} дар беморони гурӯҳи II баланд шудани муҳтавои Ig M то $1,6 \pm 0,01\%$ ба қайд гирифта шуд, дар ҳоле ки дар беморони гурӯҳи I ин нишондиҳанда $1,5 \pm 0,1\%$ -ро ташкил дод, яъне аз нишондиҳандаҳои ибтидоӣ ($1,6 \pm 0,2\%$) паст буд. Ғайр аз ин, дар беморони гурӯҳи II паст шудани IgG назар ба нишондиҳандаҳои ибтидоӣ аз ($12,5 \pm 0,16\%$) то $9,5 \pm 0,16\%$, то 1,3 маротиба муайян карда шуд, дар беморони гурӯҳи I бошад, сатҳи IgG назар ба нишондиҳандаҳои ибтидоӣ 1,2 маротиба раза ($10,2 \pm 0,16\%$ муқобили $12,5 \pm 0,16\%$) паст шудааст. Ғайр аз ин, дар беморони гурӯҳи II паст шудани муҳтавои ИЛ-6 –и пешилтиҳобӣ назар ба нишондиҳандаҳои ибтидоӣ то 1,4 маротиба ($3,01 \pm 1,2$ пг/л муқобили $4,12 \pm 1,5$ пг/л) мушоҳида шудааст, дар беморони гурӯҳи I бошад, то 1,2 маротиба паст шудааст, яъне $3,37 \pm 1,5$ пг/л муқобили $4,12 \pm 1,5$ пг/л –ро ташкил додааст.

Дар беморони гурӯҳи II миқдори беморони дорои нишондиҳандаҳои вайроншудаи статуси иммунӣ то 2 маротиба кам шудааст, яъне 22 ($44,0\%;50$) ҳолатро ташкил дод, дар муқоиса аз ҳамин гуна нишондодҳо то саршавии таъобат 43 ($86,0\%;50$). Дар беморони гурӯҳи I миқдори беморони дорои нишондиҳандаҳои вайроншудаи статуси иммунӣ то 1,3 маротиба кам шуда, 25 ($62,5\%;40$) муқобили 34 ($85,0\%;40$) ҳолатро ташкил додааст. Яъне, нишондиҳандаҳои барқароршавии нишондиҳандаҳои статуси иммунӣ дар беморони гурӯҳи II назар ба беморони гурӯҳи I то 1,5 маротиба бештар, яъне 28 ($56,0\%;50$) муқобили 15 ($37,5\%;40$) ҳолат ба мушоҳида расиданд.

Ҳамин тавр, баҳодиҳии муқоисавии самаранокии таъобати СПА бо усулҳои мезотерапия ва ультрафонофорез нишон дод, ки истифодаи ультрафонофорез бо кислотаи гиалуроноӣ 1,4 маротиба бештар боиси барқароршавии параметрҳои пӯст (36 ($72,0\%;50$) муқобили 21 ($52,5\%;40$) ҳолат) гаштааст, назар ба истифодаи мезотерапия бо кислотаи гиалуроноӣ ва 1,3 маротиба бештар ба самаранокии клиникӣ дар шакли беҳдудии возеҳ ифода шудааст, ки дар 24 ($48,0\%;50$) муқобили 15 ($37,5\%;40$) ҳолат муайян карда шудааст.

Хулосаҳо

5. Симптомокомплекси постакне дар ($39,6\%$) -и беморони таҳқиқшудаи дорои нуқсонҳои эстетикӣ пӯст дида мешаванд, дар $59,4\%$ -и ҳолатҳо дар синну соли 20-25 –солагӣ дида мешаванд ва дар ҷинси зан нисбат ба ҷинси мард 1,2 маротиба зиёданд. Дар фототипҳои равшани пӯст назар ба фототипҳои тира дараҷаи сабуки вазнинии СПА 2 маротиба бештар ба мушоҳида мерасад. Ихтилоли функционалии параметрҳои пӯст 1,2 маротиба бештар ҳангоми возеҳ будан ба мушоҳида мерасанд, назар ба дараҷаи сусти СПА [2-М, 6-М, 7-М, 8-М, 9-М].
6. Аломатҳои морфологӣ хадшаҳои постакне дар шакли дермаи фиброзӣ-тағйирёфта 1,3 маротиба бештар ҳангоми ҷойгиршавии онҳо дар пӯсти

рӯй дида мешаванд, назар ба ҷойгиршавии онҳо дар пӯсти сина. Дар бемороне, ки симптомокомплекси постакне дар пӯстии пушташон ҷойгир шудаанд, назар ба пӯсти рӯй 1,5 маротиба бештар аломатҳои морфологии хадшаҳои постакне дар шакли гиреҳи хадшаҳои гипертрофикӣ дида мешаванд. Истифодаи усулҳои ғайриинвазивии табобатро 1,6 маротиба бештар ташаккул ёфтани регенератсияи хуби бофтаҳо (ДФТ) ҳамроҳӣ мекунад, назар ба усулҳои табобати пешакии инвазивии хадшаҳои постакне [1-М, 4-М, 5-А, 10-М].

7. Дар 49 (51,6%;95) бемори дорои СПА ихтилолҳои иммунитетӣ ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ муайян карда шуд, ҳангоми возеҳ будани дараҷаи СПА ин ихтилолҳо 2,4 маротиба бештар ба назар мерасанд, назар ба дараҷаи суств. Баланд шудани муҳтавои ИЛ-6-и пешилтиҳобӣ дар 43 (45,2%;95) бемори дорои дараҷаи возеҳи СПА ба назар расид, ки пас аз усулҳои инвазивии табобат сатҳи он 1,2 маротиба баланд буд, назар ба баъдии истифодаи усулҳои инвазивии ислоҳкунӣ [10-М, 11-М].
8. Тазриқи кислотаи гиалурононӣ дар лонаи осеби СПА бо усули ғайриинвазивии ультрафонофорез дар муқоиса аз усулҳои инвазивии мезотерапия то 1,3 маротиба самаранокии клиникаро бештар сохта, 1,4 маротиба бештар ба барқароршавии параметрҳои функционалии пӯст оварда мерасонад ва ба нишондиҳандаҳои иммунологӣ таъсири мусбат мерасонанд [3-М, 10-М, 11-М]

Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо

Ҳангоми мураккабии беморони дорои оқибатҳои бемории акне ба ҳисоб гирифтани зарур аст, ки чӣ қадар ки фототип тира бошад, ҳамон қалар минтақаи осеб калон ва дараҷаи вазнинии хадшаҳои постакне баландтар мешавад. Ба эътибор гирифтани зарур аст, ки усулҳои инвазивии табобат 3 маротиба бештар нисбат ба ба усулҳои ғайриинвазивӣ боиси пайдошудани шаклҳои вазнинии хадшаҳои патологияи постакне мегарданд. Ҳангоми табобати беморони дорои СПА тазриқи кислотаи гиалурононӣ бо усули ультрафонофорез мувофиқи мақсад аст, зеро ин усул дар муқоиса аз мезотерапия самаранокии клиникаро бештар месозад ва параметрҳои функционалии пӯстро барқарор месозад.

ИНТИШОРОТ ОИД БА МАВЗҶИ ДИССЕРТАТСИЯ

Мақолаҳо дар маҷаллаҳои тақризшаванда

[1-М]. Шукурова Ф.Ш. Таҳқиқоти морфологии пӯст дар беморони гирифтори хадшаҳои келоидӣ [Матн]/Сохибова З.Н., Бобоева Г.А.// Авҷи Зухал”. – Душанбе. – 2020. - № 2 . – С.103-108

[2-М]. Шукурова Ф.Ш. Особенности клинического течения симптомокомплекса постакне при разных фототипах кожи [Текст]/Ф.Ш. Шукурова// Симвург.-2023. – С. 135-139

[3-М]. Шукурова Ф.Ш. Усулҳои муосири табобати симптомокомплекси постакне [Матн]/Ф.Ш. Шукурова// Авҷи Зухал”. – Душанбе. – 2023. - № 2 . – С.196-205.

Мақола ва фишурдаҳои дар маҷмӯаҳои конференсияҳо нашршуда

[4-М]. Шукурова Ф.Ш. Морфометрические исследования биоптатов кожи из очагов поражения у больных с келоидными рубцами [Текст]/ Ф.Ш. Шукурова, З.Н. Сохибова, К.М. Мухамадиева//«Евразийский вестник педиатрии» медицинский научно-инновационный журнал. – Ташкент. – 2019. -№1(1). - С.131-135

[5-М]. Шукурова Ф.Ш. Морфологические исследования кожи у больных с послеугревыми келоидными рубцами в динамике лечения ретиноидами [Текст]/ Ф.Ш. Шукурова, К.М. Мухамадиева, З.Н.Сохибова //Юбилейный X Межрегиональный форум дерматовенерологов и косметологов, 12-13 октября 2020г., Москва

[6-М]. Шукурова Ф.Ш. Клиническая характеристика рубцов после угревой болезни [Текст]/Ф.Ш. Шукурова//Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки: материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посв. годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). – Душанбе. – 2020. - С.105.

[7-М]. Шукурова Ф.Ш. Формирование рубцов после угревой болезни у больных с разными фототипами кожи [Текст]/Ф.Ш. Шукурова//Современные проблемы и перспективные направления инновационного развития науки: материалы XV международной научно-практической конференции молодых ученых и студентов ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», посв. годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021) –Душанбе. – 2020. - С.105-106

[8-М]. Шукурова Ф.Ш. Фототипы у больных с рубцами кожи, проживающих в разных климатогеографических регионах [Текст]/Ф.Ш. Шукурова, К.М. Мухамадиева, А.М. Косымов// Журнал «Дерматовенерология и эстетическая медицина». –Ташкент. – 2020. - №3(47). – С.46

[9-М]. Шукурова Ф.Ш. Послеугревые рубцы и сопутствующие проявления постакне [Текст]/Ф.Ш. Шукурова// Новые проблемы медицинской науки и перспективы их решений: XVI научно-практическая конференция ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино» молодых ученых и студентов с международным участием. – Душанбе. – 2021. – С.493-494.

[10-М]. Шукурова Ф.Ш. Критерии эффективности терапии акне и постакне с использованием неинвазивных методов исследования [Текст]/Ф.Ш.

Шукурова// Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины 69-я годовичная научно-практическая конференция

ГОУ «ТГМУ им. Абуалиибни Сино», с международным участием, посвященная 30-летию Государственной независимости РТ и годам развития села, туризма и народных ремесел (2019-2021). - Душанбе. – 2021. – Т.1. - С.568-569.

[11-М]. Шукурова Ф.Ш. Содержание интерлейкина -6 у пациентов с рубцами постакне [Текст]/ Ф.Ш. Шукурова, К.А. Мадалиев, А.З. Баратов///Инновация в медицине: от науки к практике. 71-я годовичная научно-практическая конференция ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», с международным участием. - Душанбе. – 2023.– Т.1. - С.555.-557

Рӯйхати ихтисораҳо ва аломатҳои шартӣ

БА – бемории акне

ШВХП – шохиси возеҳии хадшаҳои постакне

СПА - симптомокомплекси постакне

ПФТ - пӯсти фиброзӣ-тағйирёфта

ПФП- параметрҳои функционалии пӯст

ХА - хадшаҳои атрофӣ

ХГ - хадшаҳои гипертрофӣ

ХК - хадшаҳои келоидӣ

СФ - ҳолати коллаген

М - намнокӣ

О - чарбнокӣ

Р - пигментатсия

Ѕ - хассосият

АННОТАЦИЯ
Шукурова Фарзона Шералиевна
Последствия угревой болезни и совершенствование их терапии

Ключевые слова: симптомокомплекс постакне, гиалуроновая кислота, функциональные параметры кожи, морфологические признаки рубцов постакне, иммунный статус.

Цель исследования. оптимизация методов коррекции последствий угревой болезни с учетом клинико-функциональных и иммуно-морфологических изменений.

Методы исследования. Оценка фототипа по шкале Т. Фицпатрика (1975), оценка тяжести симптомокомплекса постакне (D. Goodman et al., 2006), оценку тяжести рубцов постакне (Vancouver Scar; C.I. Jacobs, 2001) Функциональные параметры кожи исследовали при помощи многофункционального анализатора кожи второго поколения Skin observed system 2,0 (China); Морфологическая характеристика рубцов постакне исследовалась методом морфометрической оценки относительных площадей срезов тканей с помощью светового микроскопа «OLYMPUS» фирмы «OLYMPUS CORPORATION» (Китай) при увеличении в $\times 100$ и $\times 400$ раз. (отделение патанатомии ГУ «Национальный медицинский центр «Шифобахш» г. Душанбе). Оценка иммунного статуса проводилась на основании изучения показателей показателя абсолютного и относительного содержания лимфоцитов в периферической крови (CD3, CD20 и субпопуляции Т-лимфоцитов (CD4-Т-хелперы, CD8-Т-супрессоры) методом иммунофлуоресценции «Статус» с использованием набора моноклональных и поликлональных антител. Количественное содержание общих иммуноглобулинов М, G в сыворотке крови определяли иммуноферментным методом. Содержание в сыворотке крови ИЛ-6 определяли методом иммуноферментного анализа с помощью набора ООО «Цитокин» (Россия) (лаборатория Диамед). Статистическую обработку результатов выполняли с помощью стандартного пакета прикладных программ Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США).

Полученные результаты и их новизна. Симптомокомплекс постакне выявлен у 39,6% пациентов среди пациентов с эстетическими дефектами кожи. При светлых фототипах кожи в 2 раза чаще, чем при темных фототипах наблюдается легкая степень тяжести СПА. Нарушения функциональных параметров кожи в 1,2 раза чаще встречаются при выраженной, чем при слабой степени СПА. У пациентов с локализацией симптомокомплекса постакне на коже спины в 1,5 раза чаще, чем на коже лица наблюдаются морфологические признаки рубцов постакне в виде узловой формы гипертрофических рубцов. Применение не инвазивных методов терапии в 1,6 раза чаще сопровождается формированием наиболее благоприятной регенерацией ткани (ФИД), чем у пациентов, с предшествующими инвазивными методами коррекции рубцов постакне. У 49 (51,6%;95) пациентов с СПА выявлены нарушения иммунитета, причем при выраженной степени СПА эти нарушения встречаются в 2,4 раза чаще, чем при слабой степени. Повышение содержания провоспалительного ИЛ-6 наблюдается у 43 (45,2%;95) пациентов со средней и выраженной степенью СПА, причем после инвазивных методов лечения его уровень в 1,2 раза выше, чем после применения не инвазивных методов. Введение гиалуроновой кислоты в очаги поражения СПА методом ультрафонофореза по сравнению с методом мезотерапии в 1,3 раза чаще улучшает клиническую эффективность и в 1,4 раза чаще приводит к восстановлению функциональных параметров кожи.

Рекомендации по использованию. При ведении пациентов с последствиями угревой болезни необходимо учитывать, что чем темнее фототип и чем больше зон поражения, тем выше степень тяжести рубцов постакне. Необходимо учитывать, что инвазивные методы лечения в 3 раза чаще, чем не инвазивные методы приводят к развитию тяжелых форм патологических рубцов постакне.

Область применения: дерматовенерология.

АННОТАТСИЯИ Шукурова Фарзона Шералиевна

Оқибатҳои бемории акне ва тақдир додани табобати он

Калимаҳои калидӣ: симптомокомплекси постакне, кислотаи гиалуроноӣ, параметрҳои функционалии пӯст, аломатҳои морфологии хадшаҳои постакне, статуси иммунӣ.

Мақсади таҳқиқот: оптимизатсияи усулҳои ислоҳи оқибатҳои бемории акне бо дар назардошти тағйиротҳои клиникӣ-функционалӣ ва иммуно-морфологӣ.

Усулҳои таҳқиқот. Баҳодиҳии фототип тибқи қадвали Т. Фитспатрик (1975), баҳодиҳии вазнинии симптомокомплекси постакне (D. Goodman et al., 2006), баҳодиҳии вазнинии хадшаҳои постакне (Vancouver Scar; C.I. Jacobs, 2001). Параметрҳои функционалии пӯст бо ёрии анализатори бисёрфункционалии пӯст насли дуҷуми Skin observed system 2,0 (China) таҳқиқ карда шуд; Тавсифи морфологии хадшаҳои постакне бо усули баҳодиҳии морфометрии майдонҳои нисбии бурришҳои бофтаҳо бо ёрии микроскопи оптикӣ «OLYMPUS» ширкати «OLYMPUS CORPORATION» (Чин) бо калонкунии $\times 100$ ва $\times 400$ маротиба (шуъбаи патанатомияи МД «Маркази миллии тиббии «Шифобахш» ш. Душанбе) таҳқиқ карда шуд. Баҳогузории статуси иммунӣ дар асоси омӯзиши нишондиҳандаҳои мутлақ ва нисбии лимфоситҳо дар хуни периферӣ (CD_3 , CD_{20} бо субпопулятсияи Т-лимфоситҳо (CD_4 -Т-хелперҳо, CD_8 -Т-супрессорҳо) бо усули иммунофлуорестсенсия «Статус» бо истифода аз маҷмуи антителаҳои моноклоналӣ ва поликлоналӣ сураат гирифт. Муҳтавои микдории иммуноглобулинҳои умумӣ М, G дар зардоби хун бо усули иммуноферментӣ анҷом пазируфт. Муҳтавои ИЛ-6 дар зардоби хун бо усули таҳлили иммуноферментӣ бо ёрии маҷмуи ЧММ «Ситокин» (Россия) (лабораторияи Диамед) иҷро карда шуд. Коркарди омории натиҷаҳо бо ёрии бастаи стандартӣ барномаҳои амалии Statistica 10.0 (StatSoft Inc., ИМА) анҷом дода шуд.

Натиҷаҳои ба даст овардашуда ва нағвоии онҳо. Симптомокомплекси постакне дар 39,6% -и беморони таҳқиқшудаи дорои нуқсонҳои эстетикӣ пӯст дида шуд. Дар фототипҳои равшани пӯст назар ба фототипҳои тира дараҷаи сабуки вазнинии СПА 2 маротиба бештар ба мушоҳида мерасад. Ихтилоли функционалии параметрҳои пӯст 1,2 маротиба бештар ҳангоми возеҳ будан ба мушоҳида мерасанд, назар ба дараҷаи сусти СПА. Дар бемороне, ки симптомокомплекси постакне дар пӯстии пушташон ҷойгир шудаанд, назар ба пӯсти рӯй 1,5 маротиба бештар аломатҳои морфологии хадшаҳои постакне дар шакли гиреҳи хадшаҳои гипертрофикӣ дида мешаванд. Истифодаи усулҳои ғайриинвазивии табобатро 1,6 маротиба бештар ташаккул ёфтани регенератсияи хуби бофтаҳо (ДФТ) ҳамроҳӣ мекунад, назар ба усулҳои табобати пешакии инвазивии хадшаҳои постакне. Дар 49 (51,6%;95) бемори дорои СПА ихтилолҳои иммунитетӣ ҳуҷайравӣ ва гуморалӣ муайян карда шуд, ҳангоми возеҳ будани дараҷаи СПА ин ихтилолҳо 2,4 маротиба бештар ба назар мерасанд, назар ба дараҷаи сусти. Баланд шудани муҳтавои ИЛ-6-и пешилтиҳобӣ дар 43 (45,2%;95) бемори дорои дараҷаи возеҳи СПА ба назар расид, ки пас аз усулҳои инвазивии табобат сатҳи он 1,2 маротиба баланд буд, назар ба баъди истифодаи усулҳои инвазивии ислоҳкунӣ. Тазриқи кислотаи гиалуроноӣ дар лонаи осеби СПА бо усули ғайриинвазивии ультрафонофорез дар муқоиса аз усулҳои инвазивии мезотерапия то 1,3 маротиба самаранокӣ клиникӣро бештар сохта, 1,4 маротиба бештар ба барқароршавии параметрҳои функционалии пӯст оварда мерасонад.

Тавсияҳо барои истифодаи амалии натиҷаҳо. Ҳангоми мувоқибати беморони дорои оқибатҳои бемории акне ба ҳисоб гирифтани зарур аст, ки чӣ қадар ки фототип тира бошад, ҳамон қалар минтақаи осеб калон ва дараҷаи вазнинии хадшаҳои постакне баландтар мешавад. Ба эътибор гирифтани зарур аст, ки усулҳои инвазивии табобат 3 маротиба бештар нисбат ба усулҳои ғайриинвазивӣ боиси пайдошудани шаклҳои вазнинии хадшаҳои патологияи постакне мегарданд.

Соҳаи истифода: дерматовенерология.

ANNOTATION

Shukurova Farzona Sheralievna

Consequences of acne and improvement of their therapy

Key words: post-acne symptom complex, hyaluronic acid, functional parameters of the skin, morphological signs of post-acne scars, immune status.

Purpose of the study. optimization of methods for correcting the consequences of acne, taking into account clinical, functional and immuno-morphological changes.

Research methods. Phototype assessment according to the T. Fitzpatrick scale (1975), assessment of the severity of post-acne symptom complex (D. Goodman et al., 2006), assessment of the severity of post-acne scars (Vancouver Scar; C.I. Jacobs, 2001) Functional parameters of the skin were studied using a second-generation multifunctional skin analyzer Skin observed system 2.0 (China); The morphological characteristics of post-acne scars were studied by morphometric assessment of the relative areas of tissue sections using an OLYMPUS light microscope from OLYMPUS CORPORATION (China) at a magnification of x 100 and x 400 times. (department of pathological anatomy of the State Institution “National Medical Center “Shifobakhsh”, Dushanbe). The assessment of immune status was carried out based on the study of indicators of the absolute and relative content of lymphocytes in the peripheral blood (CD3, CD20 and subpopulations of T-lymphocytes (CD4-T-helpers, CD8-T-suppressors) by the “Status” immunofluorescence method using a set of monoclonal and polyclonal antibodies. The quantitative content of total immunoglobulins M, G in the blood serum was determined by the enzyme-linked immunosorbent method. The content of IL-6 in the blood serum was determined by the enzyme-linked immunosorbent assay using a kit from Cytokine LLC (Russia) (Diamed laboratory). Statistical processing of the results was performed using a standard package. application programs Statistica 10.0 (StatSoft Inc., USA).

The results obtained and their novelty. The post-acne symptom complex was identified in 39.6% of patients among patients with aesthetic skin defects. With light skin phototypes, mild SPA severity is observed 2 times more often than with dark skin phototypes. Violations of the functional parameters of the skin are 1.2 times more likely to occur with severe than with weak degrees of SPA. In patients with localization of the post-acne symptom complex on the skin of the back, morphological signs of post-acne scars in the form of a nodular form of hypertrophic scars are observed 1.5 times more often than on the skin of the face. In 49 (51.6%; 95) patients with SPA, immune disorders were detected, and with a pronounced degree of SPA, these disorders occur 2.4 times more often than with a weak degree. An increase in the content of pro-inflammatory IL-6 is observed in 43 (45.2%; 95) patients with moderate and severe degrees of PAS, and after invasive methods of treatment its level is 1.2 times higher than after the use of non-invasive methods. The introduction of hyaluronic acid into the lesions of the SPA using ultraphonophoresis compared to the mesotherapy method improves clinical effectiveness 1.3 times more often and leads to the restoration of functional parameters of the skin 1.4 times more often.

Recommendations for use. When managing patients with the consequences of acne, it is necessary to take into account that the darker the phototype and the more affected areas, the higher the severity of post-acne scars. It must be taken into account that invasive treatment methods are 3 times more likely than non-invasive methods to lead to the development of severe forms of pathological post-acne scars.

Area of application: dermatovenereology.