

НОВОСТИ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ

**ЦЕНТРАЛЬНОАЗИАТСКИЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

№ 1.2023 (101)
ISSN 2091-5969

**ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ
ВА РЕПРОДУКТИВ САЛОМАТЛИК
ЯНГИЛИКЛАРИ**

Марказий Осиё илмий амалий журнали

**THE NEWS
OF DERMATOVENEROLOGY
AND REPRODUCTION HEALTH**

Central Asian Scientific and Practical Journal

1998-2023

ЛЕТ

25
Юбилейный выпуск

СОДЕРЖАНИЕ

Оригинальные статьи

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В УЗБЕКИСТАНЕ <i>Н.И. Меликова, У.А. Ташкенбаева, А.Ш. Алиев, Ф.Ф. Хашимов.</i>	4
ЭНДОГЕННАЯ ИНТОКСИКАЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЕЙ <i>Т.К. Абдужаббаров, У.А. Ташкенбаева.</i>	7
СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ О ПАТОГЕНЕЗЕ РОЗАЦЕА <i>А.С. Якубова, У.Ю. Сабиров.</i>	9
ОЦЕНКА НАРУШЕНИЙ В СОСУДИСТО-ТРОМБОЦИТАРНЫХ ЗВЕНЬЯХ СИСТЕМЫ ГЕМОСТАЗА У БОЛЬНЫХ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ С ПРОЯВЛЕНИЯМИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА <i>Б.И. Мухамедов, А.А. Хаджиметов.</i>	11
МАРКЕРЫ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ (С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК) У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ <i>А.Ш. Иноятов, М.М. Джаббаров.</i>	15
СОДЕРЖАНИЕ КАТЕЛИЦИДИНА LL-37 И КЛЕЦА DEMODEX FOLLICULORUM У БОЛЬНЫХ РОЗАЦЕА <i>У.Ю. Сабиров, А.А. Якубов, С.С. Арифов.</i>	18
ИННОВАЦИИ ДИЕТОТЕРАПИИ НАСЛЕДСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ <i>А.Б. Рахматов, М.Б. Айходжаева.</i>	21
ИНТЕРЛЕЙКИНЫ КАК МАРКЕРЫ ДИАГНОСТИКИ ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНЫХ АНОМАЛЬНЫХ МАТОЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ <i>Н.О. Нурханова.</i>	26
ОСОБЕННОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ ЯИЧНИКОВ <i>Н.С. Найимова, Н.Н. Каримова.</i>	28

Обмен опытом

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С АКТИНИЧЕСКИМ КЕРАТОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН <i>Г.Б. Пягай.</i>	30
QO‘TIR KASALLIGINING TARQALISHIGA ZAMONAVIY QARASHLAR <i>Е.Х. Eshboev, А.Т. Tog‘ayev, О.А. Babajanov.</i>	33
QO‘TIR KANASINING MORFOBIOLOGIK XUSUSIYATLARI ASOSIDA KASALLIKNING ERTA TASHXISOTINI RIVOJLANTIRISH <i>Е.Х. Eshboev, А.Т. Tog‘ayev, D.R. Rustamova.</i>	35
МИКРОБИОТА КОЖИ И ЕЕ РОЛЬ ПРИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ У СПОРТСМЕНОВ <i>А.А. Садилов, Г.Ш. Тохтаев, Н.С. Саипова, Х.Х. Сафаров, У.А. Юсубалиев.</i>	37
ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ГЕПАТОТРОПНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЗООАНТРОПОНОЗНОЙ ТРИХОФИТИЕЙ <i>О.С. Илматов, И.Н. Абдувахитова, З.М. Абидова, Г.Ш. Тохтаев, Д.А. Далимова.</i>	42
FARG‘ONA VILOYATI HUDUDIDA MOXOV KASALLIGINING PAYDO BO‘LISH SABABLARI <i>N.M. Shokolonova, E.X. Eshboev.</i>	52
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ <i>О.У. Мирзаабдуллахожиева, Ш.А. Зуфарова, Х.Н. Негматшоева.</i>	54
ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕХАНИЧЕСКИХ СПОСОБОВ ИНДУКЦИИ РОДОВ У ЖЕНЩИН С ДОРОДОВЫМ РАЗРЫВОМ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК НА ДОНОШЕННЫХ СРОКАХ БЕРЕМЕННОСТИ <i>А.А. Климашкин, Ю.Г. Расуль-Заде, Т.М. Нуруллаев.</i>	56

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА В У БЕРЕМЕННЫХ СОВРЕМЕННЫМИ МЕТОДАМИ <i>О.У. Мирзаабдуллахожиева, Ш.А. Зуфарова, О.С. Юлдашева.</i>	58
ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭХОДОППЛЕРОГРАФИИ ДО И ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ <i>А.Х. Каримов, Б.Т. Ахмедова.</i>	61

Обзор

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА <i>Г.А. Исмаилова, Ф.Б. Миродилова.</i>	68
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РЕЦИДИВИРУЮЩИХ ИНФЕКЦИЯХ ВЛАГАЛИЩА <i>М.Х. Каттаходжаева, З.Н. Кодирова.</i>	74
PREEKLAMPSIYA PATOGENEZI VA SABABIARI <i>R.S. Navruzova.</i>	80

Материалы конференции: статьи

СТРАНИЦЫ ИСТОРИИ: ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ УЗБЕКИСТАНА – ВЧЕРА, СЕГОДНЯ И... <i>А.Ш. Ваисов.</i>	83
СЕПТОПЛАСТИКА У ДЕТЕЙ – ЗА И ПРОТИВ <i>С.А. Хасанов, М.Г. Бобохонов, Г.К. Бабаханов.</i>	88
ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ ДВОЙНЕЙ <i>Х.Т. Шодиева, Ж.Е. Пахомова, Д.Э. Назарова, Г.А. Ахмедова, Ш.А. Шодиева.</i>	90
К РЕЗУЛЬТАТАМ ГЕНОТИПИРОВАНИЯ СТАФИЛАКОККОВОЙ ФЛОРЫ У ДЕТЕЙ С АТОПИЧЕСКИМИ ДЕРМАТИТОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ В САМАРКАНДСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Ш.З. Мавлянова, Н.Дж. Икрамова, Г.Р. Ибрагимова, Н.Я. Мадрохимова, Ю.А. Алимухамедова, Н.А. Абдухамидова.</i>	92
COVID-19 BILAN BOG‘LIQ ALOPETSIIYANING DIFFUZIV SHAKLLARI BO‘LGAN BEMORLARDA MIKROELEMENTLAR HOLATINING O‘ZIGA XOS XUSUSIYATLARI <i>U.A. Tashkenbayeva, F.X. Abbosxonova.</i>	95
ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ КОЖИ ПРИ СПОРТИВНЫХ НАГРУЗКАХ РАЗНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ <i>А.А. Садилов, Г.Ш. Тохтаев, Н.С. Саипова, Х.Х. Сафаров, У.А. Юсубалиев.</i>	98
ИЗУЧЕНИЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ УРОГЕНИТАЛЬНОГО КАНДИДОЗА У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Ф.Н. Нуралиев, И.А. Ваисов.</i>	101
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ КАНДИДОЗНОЙ СЕНСИБИЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ <i>Ш.З. Мавлянова, Е.В. Есионова, А.У. Бурхонов, И. Самарходжаева.</i>	104
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПЕРИПАРТАЛЬНОЙ КАРДИОМИОПАТИИ. ОПЫТ ЛАБОРАТОРИЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И НЕКОРОНАРОГЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МИОКАРДА РСНПМЦК <i>Т.А. Абдуллаев, О.К. Худойберганов, И.А. Цой, С.Т. Мирзарахимова, Р.Ш. Бекбулатова.</i>	107
MOXOV KASALLIGI BO‘YICHA NAMANGAN VILOYATIDAGI EPIDEMIK JARAYON (1930-2010-YILLAR, RETROSPEKTIV TAHLIL) <i>E.X. Eshboev, N.M. Shokolonova.</i>	110

Материалы конференции: тезисы

FEATURES OF CLINICAL MANIFESTATIONS AND LABORATORY INDICATORS IN PSORIATIC ARTHRITIS <i>I.N. Abduvakhitova, Sh.X. Makhmudov, G.Sh. Toxtayev, B.A. Elboboyev, B.B. Kurbanov.</i>	113
ВИЧ/СПИД В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>М.И. Абдуллаев, Д.Ж. Набиева, Н.Н. Ахмедгалиева.</i>	113

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСОРИАЗА СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ И ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В УЗБЕКИСТАНЕ

Н.И. Меликова, У.А. Ташкенбаева, А.Ш. Алиев, Ф.Ф. Хашимов

Ташкентская медицинская академия

Наблюдается тенденция к увеличению псориаза тяжелой степени тяжести. Учитывая особенности патогенеза псориаза, участие хронического иммунного воспаления нами были изучены клинические, иммунологические особенности у 38 пациентов с вульгарным псориазом с определением индекса тяжести псориаза и качества жизни.

Ключевые слова: псориаз, ПУВА-терапия, индекс PASI, ДИКЖ.

O'zbekistonda og'ir va o'rta og'ir psoriasisning klinik xususiyatlari

N.I. Melikova, U.A. Tashkenbayeva, A.Sh. Aliyev, F.F. Hoshimov

Psoriasisning og'ir darajasi oshish tendentsiyasi kuzatilmoqda. Psoriasis patogenezining o'ziga xos xususiyatlarini, surunkali va autoimmun yallig'lanishning ishtirokini hisobga olgan holda, biz psoriasisning og'irlik indeksini va hayot sifatini aniqlash va og'ir psoriasis bilan kasallangan 38 nafar bemorning klinik, immunologik xususiyatlarini o'rgandik.

Tayanch so'zlar: psoriasis, PUVA-terapiya, PASI indeksi, DHSI.

Clinical features of the severe and moderate psoriasis in Uzbekistan

N.I. Melikova, U.A. Tashkenbayeva, A.Sh. Aliyev, F.F. Khashimov

There is a tendency to increase severe psoriasis. Taking into account the peculiarities of the pathogenesis of psoriasis, the involvement of chronic immune inflammation, we studied clinical, immunological features in 38 patients with vulgar psoriasis with the determination of the severity index of psoriasis and quality of life.

Keywords: psoriasis, PUVA-therapy, PASI index, DIQL.

Псориаз – хроническое иммунозависимое заболевание кожи с ярко выраженной генетической предрасположенностью, характеризующееся резко ограниченными эритематозными бляшками с белесоватыми чешуйками на их поверхности.

Псориаз является одним из наиболее распространенных заболеваний кожи [1]. Распространенность во всем мире составляет около 2%, но варьирует в зависимости от региона [4].

Как мультифакториальное заболевание, псориаз возникает вследствие влияния генетических и провоцирующих средовых факторов, которые включают алкоголизм, ожирение, стресс, рецидивирующие инфекции. Регулярное курение табака увеличивает не только риск развития псориаза, но и его тяжесть [2]. По современной классификации выделяют: Вульгарный псориаз (около 90% случаев), классическими клиническими проявлениями которого являются четко очерченные эритематозные бляшки, покрытые серебристыми чешуйками. Бляшки могут сливаться и покрывать большие участки кожи на туловище, разгибательных поверхностях конечностей и волосистой части головы [3]. Инверсный псориаз поражает интертригинозные участки и характеризуется слегка эритематозными бляшками и пятнами, с гладкой поверхностью и специфическим блеском. Каплевидный псориаз представляет собой вариант с острым началом в виде папул диаметром от 3 до 10 мм, обычно с мелкопластинчатым шелушением на поверхности. Поражает преимущественно детей или подростков, часто провоцируется стрептококковой инфекцией. Ладонно-подошвенный псориаз встречается редко, при этом могут отсутствовать и характерные для псориаза изменения ногтевых пластин. Примерно у две трети пациентов данная форма псориаза в последующем приобретает все признаки вульгарного псориаза [6]. Пустулезный псориаз (локализованный или генерализованный) характеризуется множественными сливающимися стерильными пустулами. Описаны два различных локализованных фенотипа: пустулезный ладонно-

подошвенный псориаз (Барбера) и акродерматит Аллопо. Псориаз Барбера характеризуется ограниченным поражением ладоней и подошв, а акродерматит Аллопо локализуется более дистально на кончиках пальцев кистей и стоп, преимущественно вокруг ногтевых пластин. Некоторые исследователи считают его самостоятельным заболеванием [7]. Помимо кожи, при псориазе поражаются ногти и суставы, а также возможно поражение других органов и систем. Таким образом, постулируется, что псориаз является системным заболеванием, а не исключительно дерматологическим. У пациентов с псориазом встречаются такие коморбидные состояния как заболевания сердечно-сосудистой системы, хроническая обструктивная болезнь легких, метаболический синдром (артериальная гипертензия, сахарный диабет 2-го типа, ожирение, дислипидемия), воспалительные заболевания кишечника, злокачественные новообразования, психические расстройства [8].

Метаболический синдром, который включает в себя вышеупомянутые состояния встречается в два раза чаще, чем в общей популяции [9]. Псориазическое воспаление суставов приводит к псориазическому артриту (ПсА). Кожные проявления обычно предшествуют ПсА, который усугубляет течение псориаза и требует системной терапии из-за потенциально деструктивного прогрессирования. Псориазический артрит развивается у 40% больных псориазом [10]. Ногти также могут быть вовлечены в псориазический процесс. Сообщается, что псориаз ногтей поражает более половины пациентов и может быть единственным проявлением псориаза у 5-10% пациентов [11].

Говоря о методах терапии псориаза, необходимо отметить о ее направленности не только на устранение настоящего обострения псориазического процесса, но и на удлинение ремиссии.

Несомненно, для подбора адекватной терапии и контроля качества лечения необходимо проводить оценку степени тяжести псориазического процесса. Для стандартизованной оценки тяжести псориаза предлагалось большое количество

шкал и индексов. Европейское агентство по лекарственным средствам (The European Medicines Agency – EMEA) и Управление США по надзору за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств (Food and Drug Administration – FDA) в качестве шкал, пригодных для оценки клинической тяжести псориаза рассматривают PASI, BSA и PGA [11]. Наиболее обоснованной и наиболее корректно отражающей степень тяжести поражения кожи больного псориазом считается шкала PASI (Psoriasis Area and Severity Index) – индекс распространенности и тяжести псориаза, представляющий собой систему оценки площади поражения кожи и выраженности основных симптомов псориаза. Индекс был предложен T. Frederiksson и U. Pettersson в 1978 году и в настоящее время широко используется в клинических исследованиях [12,13,14,15].

В последнее время наблюдается тенденция к увеличению тяжелых форм псориаза. Так, по нашим данным, распространенность псориаза среди общего населения Республики Узбекистан с 2010 по 2020 гг. (в изучаемый период достоверно увеличилась, особенно в возрастной группе 15-29 лет. Псориазом чаще страдают мужчины, для этого заболевания характерно ранее начало заболевания (возрастная группа до 40 лет).

Целью нашего исследования явилось изучение клинических особенностей у пациентов со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести псориаза.

Исследование проходило на базе Республиканской кожно-венерологической клинической больницы, проводилось с соблюдением морально-этических принципов и подписанием добровольного информированного согласия на участие в исследовании. Под нашим наблюдением находилось 38 пациентов со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести псориаза, находившихся на стационарном лечении.

Статистический анализ полученных результатов исследований осуществляли с помощью персонального компьютера с использованием пакета прикладных программ для Microsoft Excel, версия 11.0 для Windows 10, в пакете статистического анализа IBM SPSS Statistics 23. Правильность выборки определяли с помощью критерия Колмогорова-Смирнова. Достоверность результатов подсчитывали при помощи критерия Манна-Уитни и Уилкоксона. Различия средних величин считали достоверными при значении $p < 0,05$.

Результаты. В исследовании приняли участие 38 пациентов со среднетяжелой и тяжелой степенью тяжести псориаза. Из них 26 мужчин (68,8%) и 12 женщин (23,5%). Средний возраст пациентов составил $48,44 \pm 2,29$ лет. Дебют заболевания приходился в среднем на $31,87 \pm 1,85$ лет. При оценке степени тяжести псориазического процесса с помощью индекса PASI определено 44,7% пациентов со средней степенью тяжести и 55,3% пациента с тяжелой степенью тяжести псориаза.

Псориазический процесс регистрировался у лиц в возрасте: от 18 до 35 лет – 8 (21%), от 36-48 лет – 7 (18,4%); старше 49 лет – 23 (60,5%).

У 7 (18,5%) пациентов псориаз носил семейный характер, отягощенность по первой линии родства.

Хотелось бы отметить, что 80% пациентов не смогли назвать причину возникновения дерматоза, у остальных 20% причинным фактором являлся стресс, перенесенная инфекция (чаще стрептококковая). Длительность заболевания у больных варьировала в пределах от 1 до 36 лет, в среднем

составила $16,57 \pm 1,61$.

Средние значения индекса PASI составили $31,13 \pm 1,07$, причем у пациентов с псориазом со средней степенью тяжести он составил $25,23 \pm 0,56$ и достоверно отличался от пациентов с тяжелой степенью тяжести $35,9 \pm 1,04$ соответственно ($p < 0,05$).

Индекс качества жизни ДИКЖ в среднем составил $21,71 \pm 0,55$ баллов. Причем наибольших значений он достигал у пациентов с тяжелой степенью тяжести псориаза. Корреляционная связь между средними значениями PASI и ДИКЖ составила 0,790. Данные свидетельствуют о значимой взаимосвязи между тяжестью течения псориаза и уровнем качества жизни пациентов, что говорит о том, что тем тяжелее процесс, тем хуже качество жизни пациентов (рис. 1).

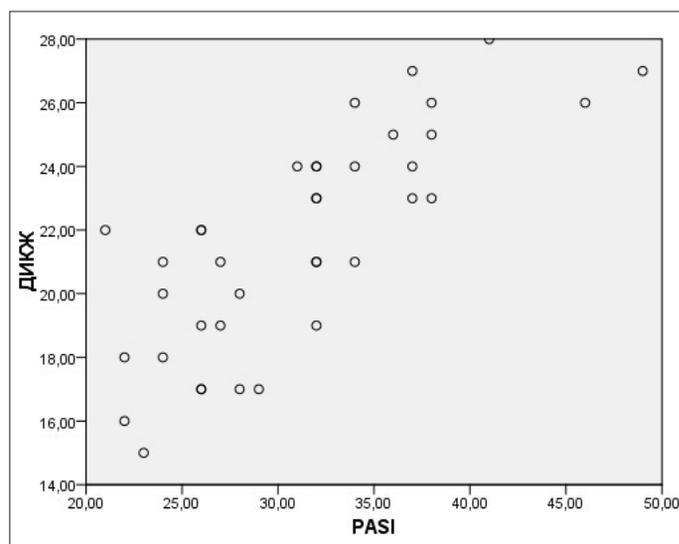


Рис.1. Корреляционная связь между средними значениями PASI и ДИКЖ у пациентов с псориазом (тяжелое и средне-тяжелое течение).

Все пациенты были разделены на 2 равнозначные группы с тяжелой и среднетяжелой степенью тяжести псориаза (PASI больше 20). 1-я группа пациентов ($n=19$) получала монотерапию инъекционным метотрекатом в дозировке 25 мг/неделю внутримышечно в течение 8 недель. 2-я группа пациентов ($n=19$) получала метотрекат по той же схеме в комбинации с ПУВА-терапией по схеме 4 сеанса в неделю также в течение 8 недель. Стандартная терапия включала в себя назначение десенсибилизирующих, антигистаминных препаратов в сочетании с местным назначением глюкокортикостероидных и рассасывающих мазей согласно стандартам диагностики и лечения по дерматологии и косметологии РУз от 28.10.2019 №266.

Через 8 недель после проведенной терапии мы получили следующие результаты (таблица 1).

Из таблицы видно, что средние значения индексов PASI и ДИКЖ после лечения достоверно отличались от показателей до терапии, как при средней степени тяжести псориаза в обеих группах больных, так и при тяжелой степени тяжести ($p < 0,05$), что свидетельствует об эффективности проводимой терапии. Однако мы наблюдали достоверные отличия между показателями средней степени тяжести и тяжелой в двух изучаемых группах ($p < 0,05$). Индекс PASI у пациентов, получающих комбинированную терапию, снизился с $25,75 \pm 0,67$ до $7,12 \pm 0,67$ при средней степени тяже-

Средние значения индексов PASI и ДИКЖ у пациентов с тяжелым и средним тяжелым течением псориаза

Группа больных	Степень тяжести	Среднее значение PASI до лечения	Среднее значение PASI после лечения	Среднее значение ДИКЖ до лечения	Среднее значение ДИКЖ после лечения
1	средняя	24,78±0,89 *	11,56±1,00 1 *	17,89±0,72 *	9,11±0,61 1 *
	тяжелая	35,22±0,89 *	17,78±1,53 2 *	23,78±0,72 *	14,44±0,58 2 *
2	средняя	25,75±0,67 *	7,12±0,67 1 1 *	20,00±0,65 *	4,62±0,99 1 *
	тяжелая	36,41±1,23 *	10,83±0,83 2 *	24,17±0,71 *	6,25±0,89 2 *

Примечание: Отличие достоверно – критерий Уилкоксона ($p<0,05$) по сравнению с показателем: * – до терапии. Отличие достоверно и – критерий Манна-Уитни ($p<0,05$) 1 – между показателями средней степени тяжести псориаза и 2 – между показателями тяжелого течения псориаза.

сти псориаза и 36,41±1,23 до 10,83±0,83 при тяжелой степени тяжести.

Обсуждение. Проведенное исследование показало, что применение метотрексата при среднетяжелой и тяжелой степени тяжести псориаза остается до сих пор актуальным. Однако применение его в комбинации с ПУВА-терапией значительно повышает эффективность лечения псориаза. Комбинированный метод лечения позволил улучшить общее самочувствие и настроение пациентов, привел к более быстрому регрессу эритемы, инфильтрации и шелушения, о чем свидетельствует значительное уменьшение индекса PASI. Применение комбинированной терапии оказывает положительное влияние на распространенность и выраженность поражения кожи, так как величина снижения индекса PASI достоверно значимо превышала таковую по сравнению со второй группой, получающих метотрексат в виде

монотерапии. Положительная динамика индекса PASI свидетельствует о перспективности применения комплексного метода лечения с включением метотрексата и ПУВА-терапии по предлагаемой нами схеме у больных псориазом по сравнению с только традиционной терапией.

Выводы

Комбинированная терапия псориаза среднетяжелой и тяжелой степени тяжести, заключающаяся в применении инъекционного метотрексата в дозировке 25 мг/неделю внутримышечно и ПУВА-терапии по схеме 4 сеанса в неделю в течение 8 недель наряду со стандартной терапией, показала хорошую эффективность. Так индекс PASI снизился к концу 8 недель лечения при средней степени тяжести на 72,3% и тяжелой степени на 70,3%, что сказалось на качестве жизни пациентов, которое удалось улучшить на 76,9 и 74,1% соответственно.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ:

- Boehncke W.H., Schon M.P. Psoriasis. *Lancet*. 2015;386:983-994. doi:10.1016/S0140-6736(14)61909-7
- Kamiya K., Kishimoto M., Sugai J., Komine M., Ohtsuki M. Risk Factors for the Development of Psoriasis. *Int J Mol Sci*. 2019 Sep 5;20(18):4347. doi: 10.3390/ijms20184347
- Nair R.P., Stuart P.E., Nistor I., Hiremagalore R., Chia N.V.C., Jenisch S., Weichenthal M., Abecasis G.R., Lim H.W., Christophers E. Sequence and haplotype analysis supports HLA-C as the psoriasis susceptibility 1 gene. *Am. J. Hum. Genet.* 2006;78:827-851. doi:10.1086/503821
- Christophers E. Psoriasis – Epidemiology and clinical spectrum. *Clin. Exp. Dermatol.* 2001;26:314–320. doi: 10.1046/j.1365-2230.2001.00832.x
- Nestle F.O., Kaplan D.H., Barker J. Psoriasis. *N. Engl. J. Med.* 2009;361:496-509. doi:10.1056/NEJMra0804595
- Ko H.C., Jwa S.W., Song M., Kim M.B., Kwon K.S. Clinical course of guttate psoriasis: Long-term follow-up study. *J. Dermatol.* 2010;37:894-899. doi:10.1111/j.1346-8138.2010.00871.x
- Navarini A.A., Burden A.D., Capon F., Mrowietz U., Puig L., Koks S., Kingo K., Smith C., Barker J.N., Network E. European consensus statement on phenotypes of pustular psoriasis. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* 2017;31:1792-1799. doi:10.1111/jdv.14386
- Чикин В.В. и соавт., 2014; Li K. et al., 2012
- Gerdes S., Mrowietz U., Boehncke W.H. Comorbidity in psoriasis. *Hautarzt*. 2016;67:438-444. doi: 10.1007/s00105-016-3805-3
- Carneiro J.N., Paula A.P., Martins G.A. Psoriatic arthritis in patients with psoriasis: Evaluation of clinical and epidemiological features in 133 patients followed at the university hospital of Brasilia. *An. Bras. Dermatol.* 2012;87:539-544. doi: 10.1590/S0365-05962012000400003
- Salomon J., Szepietowski J.C., Proniewicz A. Psoriatic nails: A prospective clinical study. *J. Cutan. Med. Surg.* 2003;7:317-321. doi: 10.1007/s10227-002-0143-0
- Puzenat E., Bronsard V., Prey S. et al. What are the best outcome measures for assessing plaque psoriasis severity? A systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2010;
- Fredriksson T., Pettersson U. Severe psoriasis: therapy with a new retinoid. *Dermatologica* 1978; 157
- Алиев А.Ш., Мухамедов Б.И., Колдарова Э.В., Ташкенбаева У.А. Сравнение методов оценки степени тяжести акне. *Вестн дерматол венерол.* 2022; (3): 53-60; <https://doi.org/10.25208/vdv.983>
- А.А. Кубанов, А.Э. Карамова, Л.Ф. Знаменская, В.В. Чикин, В.В. Кондрашова. Индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) в оценке клинических проявлений псориаза. *Вестн дерматол венерол* 2016; (4): 33-38.