

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2023 №5

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI  
**AXBOROTNOMASI**



**ВЕСТНИК**  
ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент

Sadikova N.G., Botirova N.A. AYOLLARDA HAYZ OLDI SINDROMIDA PSIXOVEGETATIV BUZILISHLAR	Sadikova N.G., Botirova N.A. PSYCHOVEGETATIVE DISORDERS IN PREMENSTRUAL SYNDROME IN WOMEN	137
Джурова Э.Р., Дауренбекова А.Ш., Матчанов С.Х., Сидиков О.И., Атаков С.С. СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ДИАГНОСТИКУ ОСТЕОАРТРОЗА СУСТАВОВ КИСТЕЙ	Djuraeva E.R., Daurenbekova A.Sh., Matchanov. S.X., Sidikov O.I., Atakov S.S. MODERN VIEWS ON DIAGNOSTICS OF HAND'S JOINTS OSTEOARTHRITIS	139
Исмаилова Ф.Р., Рустамова М.Т., Тагаева М.Х., Рахматуллаева Г.К. ОСОБЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕМОСТИ КОМБИНАЦИЙ ГЕНОТИПОВ ГЕНОВ HELICOBACTER PYLORI И ГЕНА ЦИТОКИНА IL6 (C174G) У БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ЯЗВЕННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА	Ismailova F.R., Rustamova M.T., Tagaeva M.H., Rakhmatullayeva G.K. FEATURES OF OCCURRENCE OF COMBINATIONS OF GENOTYPES OF HELICOBACTER PYLORI GENES AND THE IL6 CYTOKINE GENE (C 174G) IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY PEPTIC ULCER DISEASES OF THE STOMACH	142
Абдураззакова Д.С., Набиева Д.А., Матчанов С.Х. КОМОРБИДНЫЕ СОСТОЯНИЯ У БОЛЬНЫХ РАННИМ ОСТЕОАРТРИТОМ	Abdurazzakova D.S., Nabieva D.A., Matchanov S.X. COMORBID CONDITIONS IN PATIENTS WITH EARLY OSTEOARTHRITIS	146
Nabieva D.A., Mahamatkhodzhaeva X.B., Yusupova G.SH. ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRIT ERTA TASHXISOTI	Nabieva D.A., Mahamatkhodzhaeva H.B., Yusupova G.SH. EARLY DIAGNOSIS OF ANKYLOSING SPONDYLITIS	149
Мирахмедова Х.Т., Мухсимова Н.Р., Саидрасулова Г.Б. ПСОРИАТИК АРТРИТ КЕЧИШИДА ЖИГАР НОАЛКОГОЛ ЁҒЛИ КАСАЛЛИГИДАГИ АДИПОЦИТОКИНЛАРНИНГ ЎЗАРО БОҒЛИҚЛИГИ	Mirakhmedova X.T., Mukhsimova N.R., Saidrasulova G.B. RELATIONSHIP OF ADIPOCYTOKINES WITH NON-ALCOHOLIC FATTY LIVER DISEASE IN PSORIATIC ARTHRITIS	154
Ризамухамедова М.З., Бердиева Д.У., Джурова Э.Р., Якубова Х.З. ЯРАЛИ КОЛИТДА ГАНГРЕНОЗ ПИОДЕРМИЯНИ ДАВОЛАШДА ИНФЛКСИМАБ САМАРАДОРЛИГИ	Rizamukhamedova M.Z., Berdieva D.U., Juraeva E.R., Yakubova H.Z. EFFECTIVENESS OF INFLIXIMAB IN THE TREATMENT OF PYODERMA GANGRENOUS IN ULCERATIVE COLITIS	159
Сагатова Д.Р. КЛИМАКТЕРИК ДАВРДАГИ ОСТЕОАРТРИТЛИ АЁЛЛАРНИ ДАВОЛАШДА БИОРЕГУЛЯТОР ДОРИ ВОСИТАЛАРНИНГ САМАРАДОРЛИГИНИ БАҲОЛАШ	Sagatova D.R. ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF BIOREGULATOR DRUGS IN THE TREATMENT OF OSTEOARTHRITIS IN THE CLIMACTERIC PERIOD	162
Mirahmedova X.T., Saidrasulova G.B., Mukhsimova N.R. ANKILOZLOVCHI SPONDILOARTRITNING RADIOLOGIK SIMPTOMLARI	Mirakhmedova Kh.T., Saidrasulova G.B., Mukhsimova N.R. RADIOLOGICAL SYMPTOMS OF ANKYLOSING SPONDYLITIS	170
Саидхонова А.М., Салаева М.С., Миррахимова М.Х., Парпибаева Д.А., Турсунова М.У., Эргашов Н.Ш. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ОСТЕОАРТРОЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ	Saidkhonova A.M., Salayeva M.S., Mirrakhimova M.Kh., Parpibaeva D.A., Tursunova M.U., Ergashov N.S. THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS IN OUTPATIENT CONDITIONS	175
Сирлибоев И.А., Джурова Э.Р., Матчанов С.Х., Мансурова Н.Н. РАЗВИТИЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОННЫХ АРТЕРИЙ У БОЛЬНЫХ РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ НА ФОНЕ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	Sirliboev I.A., Djuraeva E.R., Matchanov S.X., Mansurova N.N. DEVELOPMENT OF CAROTID ARTERY ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS ON THE BACKGROUND OF PATHOGENETIC THERAPY	180

**ЯРАЛИ КОЛИТДА ГАНГРЕНОЗ ПИОДЕРМИЯНИ ДАВОЛАШДА ИНФЛИКСИМАБ САМАРАДОРЛИГИ**

Ризамухамедова М.З., Бердиева Д.У., Джураева Э.Р., Якубова Х.З.

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНФЛИКСИМАБА В ЛЕЧЕНИИ ГАНГРЕНОЗНОЙ ПИОДЕРМИИ ПРИ ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ**

Ризамухамедова М.З., Бердиева Д.У., Джураева Э.Р., Якубова Х.З.

**EFFECTIVENESS OF INFLIXIMAB IN THE TREATMENT OF PYODERMA GANGRENOUS IN ULCERATIVE COLITIS**

Rizamukhamedova M.Z., Berdieva D.U., Juraeva E.R., Yakubova H.Z.

Тошкент тиббиёт академияси

Гангреноз пиодермия (ГП) - ичакнинг яллиғланиш касаллигининг кам учрайдиган, оғир асорати бўлиб, ярали колитли беморларнинг 0,5-2,0 фоизида учрайди. Ушбу асоратнинг пайдо бўлиши оғриқлар ва иккиламчи инфекция билан прогрессив тери некрози туфайли касалликни кескин кучайтиради. Буларнинг барчаси шошилч чоралар кўришни талаб қилади, гарчи уларнинг самарадорлигини олдиндан айтиб бўлмайди.

Гангреноз пиодермия учун оптимал терапияни танлашни қийинлаштирадиган бир қатор сабаблар мавжуд. Бу касалликнинг кечишидаги фарқлар, тўлиқ ўрганилмаган патогенетик механизмларнинг мураккаблиги ва рандомизирланган синовларнинг йўқлиги. Адабиётда ГП таъхислаш ва даволаш масалалари камдан-кам муҳокама қилинади. Бу ҳолат ҳам бизни ушбу муаммога эътибор қаратишга мажбур қилди. Биз клиник ҳолат тавсифини берамиз.

**Калит сўзлар:** ярали колит, гангреноз пиодермия, даволаш, инфликсимаб.

Гангренозная пиодермия (ГП) — редкое тяжелое осложнение воспалительного заболевания кишечника, встречающееся у 0,5–2,0% больных язвенным колитом. Возникновение этого осложнения резко усугубляет течение заболевания за счет прогрессирующего некроза кожи с болевым синдромом и вторичной инфекцией. Все это требует срочных мер, хотя их эффективность нельзя предсказать.

Существует ряд причин, затрудняющих выбор оптимальной терапии гангренозной пиодермии. Это различия в течении заболевания, сложность патогенетических механизмов, до конца не изученных, отсутствие рандомизированных исследований. Диагностика и лечение ГП редко обсуждаются в литературе. Эта ситуация также заставила нас обратить внимание на эту проблему. Приводим описание клинического случая.

**Ключевые слова:** язвенный колит, гангренозная пиодермия, лечение, инфликсимаб.

Ярали колит (ЯК) - тўғри ва йўғон ичакнинг шиллиқ қаватидаги ярали-деструктив, сурункали ривожланиб боровчи яллиғланиш касаллиги бўлиб, оғир ичак ва ичакдан ташқари яъни қон кетиш, йўғон ичакнинг токсик кенгайиши, тешилиши, стриктуралар, гангреноз пиодермия, саратон, сепсис каби асоратлар билан тавсифланади [2].

Гангреноз пиодермия - кам учрайдиган номаълум этиологияли яллиғланишдир, у терининг нейтрофил инфилтрацияси ва тўқималарни некрози билан тавсифланган касаллиқдир [1]. Касалликнинг номи яъни пиодерма атамаси бактериал инфекцияни англатади, ammo бу ҳолда яралар йирингли қоплама билан қопланган бўлса-да, яллиғланиш инфекцион эмас [9]. Касаллик учун йирингли-шилимиши ёки геморрагик экссудат билан қайталанувчи тери яралари хос. Бу оғриқли яралар чуқур, қирралари кўкимтир ва эритема билан қопланган. Кўп ҳолларда ГП яллиғланишли ичак касаллиги, ревматологик касалликлар билан боғлиқ [5].

ГП учун асосий диагностик мезонлари [12]:

1. Касалликнинг ўткир бошланиши.

2. Тери юзасида оғриқли эрозив ва ярали жароҳатлар.

3. Инфекция клиник белгиларнинг йўқлиги.

4. Ахамиятли дифференциал-диагностик дори-лар қабул қилмаслиги (варфарин тери некрози ва бошқалар).

5. Гистологик жиҳатдан ўсимта, инфекция ва бошқа морфологик белгилари бўлмаганда нейтрофил инфилтратнинг мавжудлиги аниқланади.

6. Қон томирларининг оклюзиясига олиб келадиган васкулит ёки бошқа касалликларни инкор этувчи гистологик ва клиник-инструментал белгилари.

7. Ярали тери нуқсонларининг тез ривожланиши (вегетатив клиник шаклдан ташқари).

8. Клиник ассоциацияларнинг мавжудлиги (вегетатив клиник шаклдан ташқари).

9. Тизимли глюкокортикостероидлар (ГКС) ва / ёки иммуносупрессив терапияга клиник жавоб.

Ушбу касаллик учун паттергия феноменининг шаклланиши жуда характерлидир, яъни беморнинг ўзгарган ёки ўзгармаган терисининг шикастланиши пайтида янги ўчоқларнинг шаклланиши ёки мавжуд бўлганларнинг тарқалиши.

Шундай қилиб, ГП билан оғриган беморда ярасидаги ҳар қандай жарроҳлик манипулятсия муқаррар равишда жараённинг ривожланишига олиб келади. Бугунги кунга қадар жаҳон адабиётида бу болада кўплаб далиллар мавжуд [8].

ГП нинг турли хил клиник шакллари бўлган беморлар учун давонинг энг истиқболли йўналиши бу тизимли кортикостероидларни қўллашдан келиб чиқадиган ножўя дори реакциялари сонини сезиларли даражада камайтириши мумкин бўлган ген-инженер биологик препаратларни қўллашдир. Масалан, ГП билан оғриган беморларда узоқ муддатли инфликсимаб терапияси турли ёшдаги беморларда препаратнинг жиддий ножўя таъсири кузатилмайди [10].

Биз томондан ЯҚда кам учрайдиган ГП касаллиги мисоли келтирилган.

Бемор 3., 39 ёш, 2022-йил июн ойида ТМА ревматология бўлимига чап болдир соҳаси некротик яралари туфайли ярали-некротик васкулит ташхиси билан ётқизилган. Анамнездан касаллик бемор 18 ёшлигида яъни 2001 йилда шилимшиқ ва қон аралаш ич кетиши билан бошланган. Беморга ярали колит ташхиси қўйилган ва сульфасалазин тавсия қилинган. Беморни ахволи яхшиланган. 2005 йилда 1 чи фарзандли бўлгандан кейин рецидив

кузатилган, преднизолон ва сульфасалазин қабул қилган ва ахволи яхшиланган. 2007 йилда 2 чи фарзандига хомилдор бўлганда сульфасалазинни тўхтатган. 2011 йилда тиббий абортдан кейин рецидив кузатилган ва беморга 10мг преднизолон тавсия қилинган. 2013 йилда тотал колонэктомия ва илеостома жарроҳлик амалиёти ўтказилган. Шундан сўнг беморни ахволи яхшиланган, консерватив даво тўхтатилган. 2022 йил май ойида ўтказилган янги коронавирус COVID-19 инфекциясидан 10 кун кейин чап болдирда оғриқли, яллиғланишли тугунлар, иситма пайдо бўлди. Бемор йирингли жарроҳга мурожат қилган ва фурункулёз ташхиси билан оператив даво ўтказилган. Лекин тугунлар бир-бири билан бирлашиб яра пайдо бўлиб, пастки оёқнинг латерал юзасини ярали юзага айлантиради.

Беморга иммуносупрессив терапия яъни метилпреднизолон 1000мг №3 ва циклофосфан 1000мг №1 буюрилди ва бу даволаш фониди беморни ахволи бир оз яхшиланади. Лекин эпителизация кутганимиздек кузатилмади. Шу сабабли ген-инженер биологик препарат инфликсимабни схема билан қўлланилди. Даволаш муваффақиятли ўтди ва 8 ҳафтадан сўнг яра тозаланди ва эпителизация кузатилди (1-2 расм)



**1-расм (даводан олдин)**

ЯҚда гангреноз пиодермия ривожланиши ичак шикастланишининг локализацияси ва даражаси, жараённинг фаоллиги ёки оғирлиги билан боғлиқ эмас. Бизнинг кузатишларимизда биз иккала назариянинг тасдиғини топдик. Беморда гангреноз пиодермия ичак белгиларининг кучайиши даврдан ташқарида ривожланган, яъни бу аниқ фаоллигининг натижаси эмас.

Шундай қилиб, гангреноз пиодермия мустақил касаллик ёки бошқа касалликлар билан боғлиқ



**2-расм (даводан кейин)**

бўлиши мумкин. У битта ёки кўп ва ривожланиш тенденциясига эга бўлиши мумкин. Бироқ, шифокор ҳар доим бир неча ой давом этадиган ва учдан бирида рецидивли кечишига дуч келади [3]. ГП ташхиси фақат клиник ҳисобланади. Васкулит ёки инфекцияни истисно қилиш учун фақат шубҳали ҳолатларда биопсия қўлланилади. Яранинг четидан чуқур биопсия олиш кераклиги сабабли, бу кўпинча некрознинг тарқалишига ёрдам беради. Гистологик жиҳатдан касалликнинг патогномоник

белгилари йўқ. Одатда, тери ва тери ости тўқимала-рида кучли нейтрофил инфилтрат аниқланади, баъзан эпителиоид грануломалар билан. Фибри-ноид некроз, қон кетиши бўлиши мумкин, аммо васкулит ёки инфекциянинг бошқа белгилари ку-затилмайди.

ГПни даволаш мураккаб вазифадир. Фақат эрта ёки энгил шаклларида топиқал воситалар билан чеклашга ҳаракат қилиш мумкин. Бундай ҳолда, яра атрофидаги терига глюкокортикоидлар [7], такролимус мойлари [4] ёки никотин суртиш мум-кин. Бироқ, оғир ҳолатларда бу терапия ис-тиқболли эмас. Кучли оғриқ, некрознинг кучай-иши, иккиламчи инфекция хавфи ўз табиатига кўра ҳар доим иммуносупрессияга қаратилган эрта ти-зимли даволашни талаб қилади. Кортикостеро-идлар терапиянинг биринчи қаторидир. Дастлаб 3 кун давомида тана вазнига 10-15 мг / кг ме-тилпреднизолон томир ичига пулс терапияси ша-клида буюрилади, сўнгра кунига 0,5-1,0 мг/кг оғиз орқали преднизолонга ўтилади. Бу жараёни тўхтатиб туриш ва оғриқни камайтириш имконини беради. Юқори дозали стероидлар билан даволаш муддатини қисқартириш учун циклоспорин, аза-тиоприн ёки микофенолат мофетил ҳам қўшилади [6]. Кучли иммуносупрессив терапия пневмоцист пневмониянинг олдини олиш учун ҳафтасига 3 марта 960 мг ко-тримоксазолни буюриш билан бирга келади. Бир қатор бошқа воситалар билан ижобий тажрибалар ҳақида хабар берилган бўлса-да, улар ЯҚда ГПни даволашда кам қўлланилади. Булар циклофосфамид [2], колхицин [5] ёки томир ичига юбориладиган иммуноглобулин [8]. Шу би-лан бирга, ГПни даволашнинг биринчи қаторига айланиши мумкин бўлган янги дори ҳам пайдо бўлди - инфликсимаб, унинг самарадорлиги бир қатор изланишларда, шу жумладан плацебо-назорат остидаги синовлар билан тасдиқланган [9].

Шундай қилиб, ушбу мисол замонавий дори во-ситаларидан фойдаланган ҳолда ЯҚ билан оғриган беморларда гангреноз пиодермия кечишини назо-рат қилиш имкониятини кўрсатади. Инфликсимаб-нинг пайдо бўлиши касалликнинг оғир ҳолатла-рида терапевтик имкониятларни кенгайтиради ва келажакка оқилона оптимизм билан қарашга им-кон беради.

#### АДАБИЁТЛАР.

1. Адамсевич В.П. Гангренозная пиодермия: современное состояние проблемы. *Consilium Medicum*. 2021; 23 (8): 603–608. DOI: 10.26442/20751753.2021.8.201054
2. Смаилова Ф.К., Караев Р.Х., Дулазов Р.А., Бакиров Х.В., Сажанов Б.А. Опыт применения препарата инфликсимаб при неспецифическом язвенном колите: клиническое наблюдение // *Вестник КазНМУ*. 2015. №2:537-540
3. Теплюк Н.П., Грабовская О.В., Кусраева Д.Т., Варшавский В.А. Гангренозная пиодермия: опыт обследования и лечения // *Российский журнал*

кожных и венерических болезней. 2022. Т. 25, № 1. С. 61–72. DOI: <https://doi.org/10.17816/dv105685>

4. Alavi A, French LE, Davis MD, et al. Pyoderma Gangrenosum: An Update on Pathophysiology, Diagnosis and Treatment. *Am J Clin Dermatol*. 2017;18(3):355-72.
5. Barbe M, Batra A, Golding S, et al. Pyoderma gangrenosum: a literature review. *Clin Podiatr Med Surg*. 2021;38(4):577–588. doi: 10.1016/j.cpm.2021.06.002
6. Ben Abdallah H, Bech R, Fogh K, et al. Comorbidities, mortality and survival in patients with pyoderma gangrenosum: a Danish nationwide registry-nested case-control study. *Br J Dermatol*. 2021;185(6):1169–1175. doi: 10.1111/bjd.20474
7. Bobbitt SA et al. Treatment of refractory pyoderma gangrenosum with infliximab in a 17-month-old boy. *Dermatol Online J* 2016; 22 (4).
8. Goldust M, Hagstrom EL, Rathod D, Ortega-Loayza AG. Diagnosis and novel clinical treatment strategies for pyoderma gangrenosum. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2020;13(2):157–161. doi: 10.1080/17512433.2020.1709825
9. Hobbs MM, Ortega-Loayza AG. Pyoderma gangrenosum: from historical perspectives to emerging investigations. *Int Wound J*. 2020;17(5):1255–1265. doi: 10.1111/iwj.13389
10. Maverakis E, Marzano AV, Le ST, et al. Pyoderma gangrenosum. *Nat Rev Dis Primers*. 2020;6(1):81. doi: 10.1038/s41572-020-0213-x
11. Sawka E, Zhou A, Latour E, et al. Inflammatory arthritis-associated pyoderma gangrenosum: a systematic review. *Clin Rheumatol*. 2021;40(10):3963–3969. doi: 10.1007/s10067-021-05768-7
12. Wang HY, French LE, Shear NH, et al. Drug-Induced Pyoderma Gangrenosum: A Review. *Am J Clin Dermatol*. 2018;19(1):67-77.

#### EFFECTIVENESS OF INFLIXIMAB IN THE TREATMENT OF PYODERMA GANGRENOUS IN ULCERATIVE COLITIS

Rizamukhamedova M.Z., Berdieva D.U., Juraeva E.R., Yakubova H.Z., Tashkent Medical Academy

*Pyoderma gangrenosum (GP) is a rare severe complication of inflammatory bowel disease that occurs in 0.5–2.0% of patients with ulcerative colitis. The occurrence of this complication dramatically aggravates the course of the disease due to progressive skin necrosis with pain and secondary infection. All this requires urgent action, although their effectiveness cannot be predicted.*

*There are a number of reasons that make it difficult to choose the optimal therapy for pyoderma gangrenosum. These are differences in the course of the disease, the complexity of pathogenetic mechanisms that are not fully understood, and the lack of randomized trials. Diagnosis and treatment of HP are rarely discussed in the literature. This situation also made us pay attention to this problem. We give a description of the clinical case.*

**Keywords:** ulcerative colitis, pyoderma gangrenosum, treatment, infliximab.

