

А. Ш. Алиев, А. Р. Мухамедназаров

Научный руководитель: старший преподаватель А. Ш. Алиев

*Ташкентская Медицинская Академия
г. Ташкент, Республика Узбекистан*

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ТЕРАПИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ СОВРЕМЕННЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Введение

Атопический дерматит (АтД) – одно из наиболее распространенных хронических воспалительных заболеваний кожи, поражающее 10–20% детей и 2–8% взрослых, с тенденцией к росту заболеваемости [1]. Патогенез АтД связан с генетическими, иммунологическими и окружающими факторами. Основным генетическим предрасполагающим фактором является мутация гена FLG, кодирующего филаггрин. Его дефицит увеличивает потерю воды через эпидермис и проницаемость для аллергенов [2]. В иммунологическом аспекте ведущую роль играют Th2-лимфоциты, стимулирующие продукцию IL-4, IL-13 и IL-31, что усиливает воспаление и зуд. Нарушения в сигнальном пути JAK-STAT способствуют хронизации воспаления, делая его перспективной мишенью для терапии [3]. Генетическая предрасположенность подтверждается мутациями FLG и семейным анамнезом атопических заболеваний (бронхиальная астма, аллергический ринит, конъюнктивит), что увеличивает риск АтД [4]. Иммунологические нарушения включают дисбаланс между Th1 и Th2, при этом повышенная активность IL-4, IL-5, IL-13 приводит к гиперпродукции IgE, вызывая аллергическое воспаление кожи [5]. Изучение эффективности и безопасности ингибиторов JAK в терапии АтД – актуальная задача современной дерматологии, способная изменить подход к лечению данного заболевания.

Цель

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности ингибиторов JAK при лечении средней и тяжелой формы АтД, а также их влияние на качество жизни пациентов.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе кафедры дерматовенерологии Ташкентской медицинской академии и в частной клинике «Asmo clinic». В нем приняли участие 24 пациента с АтД средней и тяжелой степени. Тяжесть заболевания оценивали по индексу SCORAD, а влияние терапии на качество жизни – по ДИКЖ. Осмотр и оценка состояния проводились перед началом терапии, а затем через 6–8 месяцев. Среди пациентов было 22 мужчины (61,1%) и 14 женщин (38,9%), средний возраст – 29,64±6,8 лет. Они были разделены на две группы: 18 человек с АтД средней и тяжелой степени и 6 – с пруригенозной формой. Женщины обращались за медицинской помощью чаще, особенно при давности заболевания менее года. До исследования пациенты получали терапию глюкокортикостероидами, иммуномодуляторами и эмолентами, но без стойкого эффекта. Барицитиниб назначали в дозе 4 мг/сут на 4 месяца, затем снижали до 2 мг/сут еще на 4 месяца. В ходе лечения регулярно проводились клинические осмотры и лабораторные анализы, включая контроль уровня печеночных аминотрансфераз. Перед началом терапии пациенты подписали информированное согласие. Статистическая обработка данных выполнялась в IBM SPSS Statistics 23, различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе распространенности кожного процесса при клинических формах АтД была выявлена значительная распространенность кожного процесса (вовлечение 2 и более анатомических зон) при значении индекса SCORAD: при вульгарной форме АтД – $28,12 \pm 2,68$ и пруригинозной форме – $31,2 \pm 4,6$; при средних значениях – $29,3 \pm 3,63$; при средней степени тяжести процесса – $44,2 \pm 3,5$ и пруригинозной форме – $43,3 \pm 2,6$, при средних значениях – $44,05 \pm 2,67$, с отсутствием достоверных отличий между последними (таблица 1).

Таблица 1 – Среднее значение индекса SCORAD

Тяжесть процесса	Атопический Дерматит n=18	Пруригинозная форма n=6	p	Среднее значение n=24
Средняя (16)	$28,12 \pm 2,68$	$31,2 \pm 4,6$	0,67	$29,3 \pm 3,63$
Тяжелая (8)	$44,2 \pm 3,5$	$43,3 \pm 2,6$	0,48	$44,05 \pm 2,67$
Примечание:	различия относительно данных группы сравнения значимы (*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001);			

Средние значения индекса ДИКЖ составили $22,34 \pm 6,34$ при среднетяжелом и $24,2 \pm 5,38$ при тяжелом АтД, достоверных различий между группами не выявлено (таблица 3). Заболевание значительно снижает качество жизни, влияя на эмоциональное состояние, работоспособность и социальные связи. Переносимость барицитиниба оценивали по клиническим и лабораторным данным. Все пациенты завершили курс лечения, аллергических реакций не отмечено. Побочные эффекты включали слабость (3 пациента), головную боль (2 пациента) и небольшое повышение АЛТ и АСТ (до 42 и 48 ед/л) у 2 пациентов, но они проходили самостоятельно без отмены терапии. Данные таблицы 3 подтверждают влияние АтД на качество жизни и хорошую переносимость терапии.

Таблица 2 – Динамика SCORAD (8 месяцев)

Тяжесть процесса	До лечения n=24	После лечения n=24	p
Средняя (16)	$29,3 \pm 3,63$	$6,21 \pm 2,64^{***}$	0,00014 (в 4,7)
Тяжелая (8)	$44,05 \pm 2,67$	$8,13 \pm 3,46^{***}$	0,00064 (в 5,4)
Примечание:	различия относительно данных группы сравнения значимы (*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001);		

Динамику индекса SCORAD можно проследить по таблице 3. Так, к концу терапии его значение снизилось с $29,3 \pm 3,63$ до $6,21 \pm 2,64$ (p<0,001), то есть в 4,7 раза при среднетяжелом течении АтД, и в 5,4 раза – с $44,05 \pm 2,67$ до $8,13 \pm 3,46$ (p<0,001) при тяжелом течении. При этом к завершению терапии практически у всех пациентов отсутствовали клинические проявления заболевания.

Таблица 3 – Средние значения показателя ДИКЖ (8 месяцев)

Тяжесть процесса	До лечения n=24	После лечения n=24	P
Средняя (16)	$22,34 \pm 6,34$	$2,34 \pm 1,28^{***}$	0,0000145 (в 11)
Тяжелая (8)	$24,2 \pm 5,38$	$3,38 \pm 1,64^{***}$	0,0000274 (в 7,1)
Примечание:	– различия относительно данных группы до терапии сравнения значимы (*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001);		

Средние значения показателя ДИКЖ до начала терапии составляли $22,34 \pm 6,34$ и $24,2 \pm 5,38$. После лечения наблюдалось снижение данного показателя: при среднетяжелом течении АтД – в 9,5 раза, с $22,34 \pm 6,34$ до $2,34 \pm 1,28$ (p<0,001), а при тяжелом течении – в 7,2 раза, с $24,2 \pm 5,38$ до $3,38 \pm 1,64$ (p<0,001). При этом 18 пациентов дали отрицательный ответ по всем пунктам опросника (таблица 3).

Выводы

Лечение барицитинибом показало высокую клиническую эффективность при среднетяжелой (78,8%) и тяжелой (81,5%) форме АтД. Значительное улучшение отмечалось уже на 2–3-м месяце, а к 5–6-му месяцу у большинства пациентов наблюдался почти полный регресс высыпаний. АтД существенно снижает качество жизни, что подтверждается высоким средним баллом ДИКЖ (24 из 30). Побочные эффекты зафиксированы у 12,5% пациентов, но не потребовали отмены терапии и купировались коррекцией дозы. Назначение ингибиторов JAK (барицитиниба) оправдано при тяжелом АтД, однако необходимы дальнейшие исследования для оценки долгосрочной безопасности и эффективности.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Phase One and Three Study Groups. Is eczema really on the increase worldwide? / H. Williams, A. Stewart, W. Cookson [et al.] // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. – 2008. – Vol. 121, № 4. – P. 947–954.
2. Filaggrin mutations associated with skin barrier dysfunction and atopic disease / A. D. Irvine, W. H. McLean, D. Y. Leung [et al.] // *New England Journal of Medicine*. – 2011. – Vol. 365, № 14. – P. 1315–1327.
3. Sensory neurons co-opt classical immune signaling pathways to mediate chronic itch / L. K. Oetjen, M. R. Mack, J. Feng [et al.] // *Cell*. – 2011. – Vol. 171, № 1. – P. 217–228.
4. Chovatiya, R. JAK inhibitors in the treatment of atopic dermatitis // *Journal of Allergy and Clinical Immunology* / R. Chovatiya, A. S. Paller // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*. – 2021. – Vol. 148, № 4. – P. C. 927–940.
5. Th17 cells and tissue remodeling in atopic and contact dermatitis / D. Simon, C. Aeberhard, Y. Erdemoglu [et al.] // *Allergy* – 2014. – Vol. 69, № 1. – P. 125–131.

УДК 616.53-002.25:616.891.6

В. Е. Журова, Д. А. Маслова

Научный руководитель: старший преподаватель Л. А. Порошина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ АКНЕ НА РАЗВИТИЕ ТРЕВОЖНОСТИ

Введение

Вульгарное акне является актуальной проблемой для людей молодого возраста. Очень часто эта патология требует длительного лечения. Одной из немаловажных причин является стресс, который приводит к замкнутому кругу, еще более усугубляя тяжесть заболевания. Психотерапевтическая помощь во многих случаях ведет к нормализации жизнедеятельности пациентов и обеспечивает возможность полноценно наслаждаться жизнью [1].

Заболевания кожи оказывают негативное влияние на качество жизни. Пациентов дезадаптируют в социальном плане вследствие косметических дефектов. Все это ухудшает качество жизни пациента [2].

Могут развиваться тревожные, фобические (чаще социофобические), депрессивные переживания. Возникают идеи физического недостатка, неполноценности, опасения по поводу прогноза и исхода заболевания, часто это сопровождается с ощущением безнадежности, бесперспективности, ущербности, пессимистической оценкой будущего пациенты опасаются негативного отношения окружающих, переживают об утрате привлекательности, стремятся скрыть изъяны кожи [3].

Цель

Определение взаимосвязи акне с развитием тревожности.