



**QAZAQ DERMATOLOGIA JANE INFEKSIALYQ
AURULAR GYLYMI ORTALYGY**

**Ғылыми-практикалық журнал
«ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ ИНФЕКЦИЯЛЫҚ
АУРУЛАР»**

**Научно-практический журнал
«ДЕРМАТОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ»**

**The scientific and practical journal
«DERMATOLOGY AND INFECTIOUS DISEASES»**

**ISSN: 3136-1013
ISSN-L: 3136-1013**

№ 3 (97), 2026



**«ДЕРМАТОЛОГИЯ ЖӘНЕ
ИНФЕКЦИЯЛЫҚ АУРУЛАР»
ғылыми-практикалық журналы**

**«ДЕРМАТОЛОГИЯ И ИНФЕК-
ЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»
научно-практический журнал**

**The scientific and practical journal
«DERMATOLOGY AND
INFECTIOUS DISEASES»**

Публикуется 4 раза в год
Основан в 1999 году

Учредитель и издатель:
РГП на ПХВ «Казахский научный центр
дерматологии и инфекционных
заболеваний»
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан

Журнал зарегистрирован
Министерством культуры, информации
и общественного согласия Республики
Казахстан
Свидетельство об учетной регистрации
СМИ №817-Ж, г. Астана, 02.08.1999 г.
Свидетельство о постановке на переучет
периодического печатного издания
№ KZ53VPY00064938 от 20.02.2023
Свидетельство о постановке на переучет
периодического печатного издания
№ KZ19VPY00147515 от 28.04.2026

ISSN: 3136-1013
ISSN-L: 3136-1013

Все права защищены.
Перепечатка материалов и их
использование возможны только с
разрешения редакции и ссылки на
источник. Ответственность за
достоверность информации несут авторы.
Редакция не вступает в переписку, не
рецензирует материалы, может не
разделять мнения авторов
опубликованных материалов.

Главный редактор
Куанышбекова Р.Т.

Заместитель главного редактора
Турдалиева Б.С.

Редакционный совет
Torello Lotti (Italy)
Davinder Parsad (India)
Вайсов А.Ш. (Узбекистан)
Konrad T.J. (Netherlands)
Мурашкин Н.Н. (Россия)
Потекаев Н.Н. (Россия)
Mohammad Jafferany (USA)
Jack A. DeHovitz (USA)
Батпенова Г.Р. (Казахстан)
Джансугурова Л.Б. (Казахстан)

Редакционная коллегия
Локшин В.Н.,
Капанова Г.Ж.,
Кешилева З.Б.,
Винников Д.В.,
Глушкова Н.Е.,
Тукеев М.С.,
Джумабеков А.Т.,
Кульжанов М.К.,
Коркан А.И.,
Жуматова Г.Г.,
Нугманова Ж.С.,
Аимбетова Г.Е.,
Нурбақыт А.Н.,
Байсугурова В.Ю.

Адрес редакции:
050002, г. Алматы,
пр. Райымбека, 60
РГП на ПХВ «Казахский научный
центр дерматологии и инфекционных
заболеваний» МЗ РК
тел.: +7(727) 397-42-14
E-mail: science@kncdiz.kz
сайт: www.kncdiz.kz

Ответственный редактор
Джусупгалиева М.Х.

Атопиялық дерматиттегі патогенетикалық аспектілер және эмолиенттермен түзету мүмкіндіктері
А.М. Алибек, А.Г. Сарсенбаева, Л.М. Адилова

Патогенетические аспекты и возможности коррекции эмолиентами при атопическом дерматите
А.М. Алибек, А.Г. Сарсенбаева, Л.М. Адилова

Pathogenetic aspects and possibilities of correction with emollients in atopic dermatitis
A.M. Alibek, A.G. Sarsenbayeva, L.M. Adilova

Псориазды диагностикалау мен емдеудің заманауи әдістері
А.Ж. Бижанова, Э.А. Ким, С.Р. Николайчук, Л.Т. Альменова, Ж.А. Шортанбаева

Современные методы диагностики и лечения псориаза
А.Ж. Бижанова, Э.А. Ким, С.Р. Николайчук, Л.Т. Альменова, Ж.А. Шортанбаева

Modern methods of diagnosis and treatment of psoriasis
A.Zh. Bizhanova, E.A. Kim, S.R. Nikolaichuk, L.T. Almenova, J.A. Shortanbayeva

Стационар жағдайында буллёзді эпидермолизі бар пациенттерге мейіргерлік күтімді ұйымдастыру ерекшеліктері. Әдебиетке шолу
А.О. Жаненова, Н.М. Мұхит

Особенности организации сестринского ухода за пациентами с буллёзным эпидермолизом в стационаре. Обзор литературы
А.О. Жаненова, Н.М. Мұхит

Features of organizing nursing care for patients with epidermolysis bullosa in hospital settings. Literature review
A.O. Zhanenova, N.M. Mukhit

Созылмалы дерматоздары бар пациенттердің өмір сапасын арттырудағы мейіргерлік күтімнің рөлі. Әдебиетке шолу
Н.М. Мұхит, А.О. Жаненова

Роль сестринского ухода в повышении качества жизни пациентов с хроническими дерматозами. Обзор литературы
Н.М. Мұхит, А.О. Жаненова

The role of nursing care in improving the quality of life of patients with chronic dermatoses. Literature review
N.M. Mukhit, A.O. Zhanenova

Балалардағы қызыл жазық теміреткінің пигменттік түрінің атопиялық дерматитпен бірге қосарлануы: клиникалық жағдай және әдебиеттердің жүйелі шолуы
А.С. Садуақасова¹, А.Е. Сүйеніш¹, У.Т. Бейсебаева²

Пигментная форма красного плоского лишая у детей в сочетании с атопическим дерматитом: клинический случай и систематический обзор литературы
А.С. Садуақасова¹, А.Е. Сүйеніш¹, У.Т. Бейсебаева²

Pigmented form of lichen planus pigmentosus in children in combination with atopic dermatitis: a clinical case and a systematic review of the literature
A.S. Saduakasova¹, A.E. Suienish¹, U.T. Beisebayeva²

А.М. Алибек*, А.Г. Сарсенбаева, Л.М. Адилова

НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова»
г. Алматы, Казахстан

**Автор для корреспонденции: А.М. Алибек - НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: alibekovaa19@mail.ru*

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Вклад авторов: Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение обработки результатов и написания статьи. Авторы заявляют, что данный материал ранее не публиковался и не находился на рассмотрении в других издательствах

Финансирование: отсутствует

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ ЭМОЛЕНТАМИ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

Аннотация

Атопический дерматит представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, в развитии которого ведущую роль играет нарушение барьерной функции эпидермиса. Современные данные показывают, что структурные дефекты рогового слоя, изменения липидного матрикса, снижение синтеза белков дифференцировки и иммуновоспалительные механизмы формируют устойчивую барьерную недостаточность. Это приводит к повышенной трансэпидермальной потере влаги, проникновению аллергенов и усиленной микробной колонизации. Восстановление кожного барьера рассматривается как ключевое направление базисной терапии. Эмоленты являются основным средством наружного ухода, обеспечивающим увлажнение, восполнение липидов и снижение выраженности симптомов. В обзоре обобщены современные представления о патогенезе барьерных нарушений и представлена доказательная база эффективности эмолентной терапии в лечении и профилактике обострений, а также в поддержании ремиссии.

Ключевые слова: атопический дерматит, кожный барьер, барьерная дисфункция, филаггрин, церамиды, эмоленты, базисная терапия.

Введение

В настоящее время атопический дерматит представляет собой значимую клиническую проблему. Атопический дерматит является одним из наиболее часто встречающихся хронических воспалительных заболеваний кожи, характеризующихся рецидивирующим течением. Это хроническое заболевание, клинически проявляющееся зудом, обычно начинается в младенческом возрасте и характеризуется сухостью кожи, экзематозными поражениями и лихенификацией [1].

По данным эпидемиологических исследований, частота встречаемости атопического дерматита с каждым годом растет в геометрической прогрессии. По данным Глобального отчета по атопическому дерматиту за 2022 год, около 223 миллионов человек во всем мире страдают от атопического дерматита и встречается одинаково часто как у детей, так и у взрослых [2]. Атопический дерматит поражает около 25% детей [2,3]. В ретроспективном исследовании, проведенном в Южной Корее, атопический дерматит был диагностирован у 944 559 детей и более чем у миллиона взрослых (1 066 453) [2].

Современные представления о патогенезе данного заболевания не ограничены исключительно иммунологической концепцией и рассматривают как один из ключевых аспектов - нарушение эпидермального барьера. Дисфункция кожного барьера способствует трансэпидермальной потере влаги, проникновению аллергенов и микробных агентов, а также поддержанию хронического воспаления [4]. Повреждение эпидермального барьера может происходить по разным причинам, будь то генетические, экологические или иммунологические [2]. Ниже представлены факторы, влияющие на дефект кожного барьера при atopическом дерматите [5,6,7] (рисунок 1).

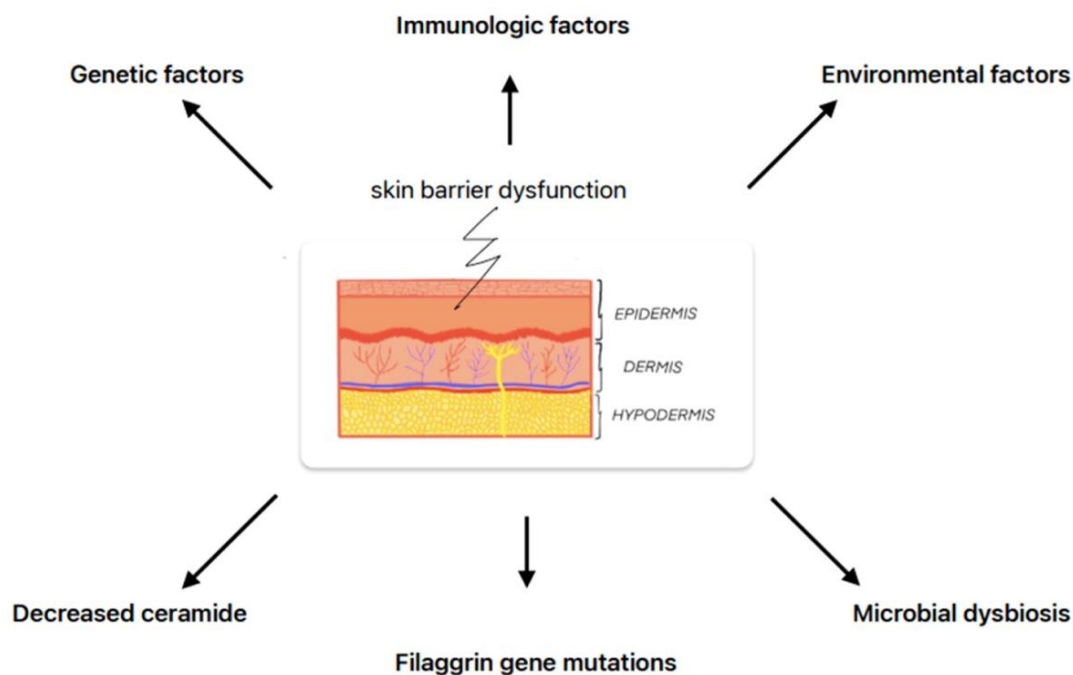


Рисунок 1. Факторы, влияющие на дефект кожного барьера при atopическом дерматите

В связи с этим восстановление барьерной функции рассматривается как фундаментальное направление терапии. Базисом наружной терапии являются эмоленты - средства, направленные на увлажнение и восстановление липидного матрикса рогового слоя.

На сегодняшний день накоплен значительный объем научных данных, посвященных вопросам патогенеза и роли эмолентов в терапии atopического дерматита. Однако результаты исследований остаются неоднозначными, а ряд аспектов требует дополнительного анализа.

В связи с этим представляется актуальным проведение обзора современных научных данных.

Целью настоящей статьи является всестороннее обобщение строения и функции кожного барьера в условиях atopического дерматита, проанализировать значение нарушений барьерной функции в механизмах патогенеза atopического дерматита, рассмотреть современные подходы к восстановлению барьерной целостности и обосновать выбор эмолентов на основе доказательной медицины.

Структура и функции кожного барьера

Нарушение кожного барьера при atopическом дерматите имеет множество причин, которые обусловлены как внутренними дефектами эпидермиса, так и внешними триггерами,

а также воспалительными медиаторами, выделяемыми резидентными и инфильтрирующими иммунными клетками кожи [8]. С целью определения и изучения терапевтических методов эффективного лечения атопического дерматита, изначально необходимо изучить нормальную биологию кератиноцитов и функцию эпидермального барьера.

Основной барьерной структурой кожи является роговой слой эпидермиса, представляющий собой организованную систему корнеоцитов, погруженных в липидный матрикс. Эта структура часто описывается по модели «кирпичи и цемент», где корнеоциты выполняют роль структурных элементов, а межклеточные липиды - связующего компонента [9].

Ключевыми липидами рогового слоя являются церамиды, холестерин и свободные жирные кислоты. Их упорядоченное расположение формирует ламеллярные структуры, обеспечивающие низкую проницаемость барьера [9]. В базальном слое межфолликулярные стволовые клетки, связанные с базальной мембраной, дают начало транзитным амплифицирующим клеткам и обеспечивают обновление и регенерацию эпидермиса. В шиповатом слое происходит смена экспрессии кератинов с KRT5 и KRT14 на KRT1 и KRT10, тем самым усиливая механическую прочность клеток. В зернистом слое происходит заключительный этап дифференцировки кератиноцитов, с накоплением про-филагтрина - ключевого компонента барьерной функции кожи. На финальных стадиях дифференцировки филаггрин подвергается деградации с образованием свободных аминокислот, формирующих естественный увлажняющий фактор (NMF). NMF способствует удержанию воды в роговом слое, обеспечивая увлажненность кожи; его снижение ассоциировано с повышенной трансэпидермальной потерей воды и изменением pH кожи [10].

Основные функции кожного барьера [11]:

- регулирование температуры как путем изоляции, так и потоотделения;
- участие в функционировании нервной системы и регуляции содержания воды;
- защита организма от механических повреждений, микроорганизмов, веществ и радиации, присутствующих в окружающей среде.

Патогенетические механизмы барьерной дисфункции при атопическом дерматите

Генетические факторы. У пациентов с атопическим дерматитом выявляются выраженные дефекты кожного барьера. В литературе последних лет всё больше внимания уделяется мутациям гена филагтрина, который играет важную роль в поддержании трансэпидермальной потери воды (TEWL) в пределах нормальных значений. Таким образом, вследствие мутаций или снижения экспрессии филагтрина уменьшается образование натурального увлажняющего фактора, что приводит к повышенной сухости кожи. Дефицит филагтрина сопровождается нарушением дифференцировки кератиноцитов и изменением состава межклеточных липидов [10].

Нарушение липидного состава. В ряде системных обзоров указывается снижение общего содержания триглицеридов и церамидов, а также происходит изменение их фракционного состава. Нарушается организация липидных ламелл, участвующих в формировании липидного матрикса барьера. Дефицит липидов и церамидов напрямую коррелирует с ростом трансэпидермальной потери воды и выраженностью клинических проявлений [12,13].

Иммуновоспалительные механизмы. Одним из механизмов, повреждающих эпидермальный барьер являются воспалительные цитокины, характерные для АД. Цитокины Th2-профиля, в частности интерлейкины IL-4 и IL-13, ингибируют синтез белков дифференцировки эпидермиса и липидов, усугубляя барьерную недостаточность. Повышенная проницаемость кожи инициирует проникновение аллергенов и микробных антигенов, тем самым поддерживая хроническое воспаление и формирует «порочный круг» заболевания: воспаление нарушает барьер, а барьерная дисфункция усиливает воспаление [12].

Микробиом и колонизация. По данным научных исследований пациенты с атопическим дерматитом характеризуются повышенной колонизацией кожи *Staphylococcus aureus*. Микробные факторы усиливают воспалительный ответ, повреждают барьер и поддерживают хроническое течение заболевания. Снижение микробного разнообразия также оценивается как фактор нестабильности барьера [14].

Клинические последствия барьерных нарушений

Нарушение барьерной функции кожи проявляется клиникой кератоза: сухостью, шелушением, повышенной чувствительностью кожи и выраженным зудом. Сухость кожи при барьерных нарушениях является следствием ускоренной потерей воды через эпидермис, приводящее к снижению эластичности и тургора кожи. Недостаточная гидратация рогового слоя и нарушения нормального процесса кератинизации детерминирует шелушение. Наряду с этим у пациентов с атопическим дерматитом часто определяется повышенная чувствительность кожи, проявляющаяся раздражением даже при контакте с обычными моющими средствами, косметикой или текстилем (таблица 1) [1].

Зуд (пруритус) является одним из ключевых симптомов при нарушениях барьерной функции. Зуд может характеризоваться как в умеренной степени, так и значительным снижением качества жизни вследствие интенсивности, провоцируя расчесы, усиливая повреждение эпидермиса и способствуя развитию вторичных инфекций [15].

Таблица 1. Обязательные и дополнительные признаки атопического дерматита по Hanifin и Rajka

Основные критерии:
Пациент должен иметь: - Зуд на коже - Хроническое или рецидивирующее течение - Типичная морфология и локализация - Семейный атопический анамнез
Второстепенные критерии:
Плюс три или более из следующих второстепенных критериев: - Ксероз - Вульгарный ихтиоз - Начало заболевания в раннем детском возрасте - Повышенный уровень сывороточного IgE - Реакция немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами - Хейлит - Конъюнктивит - Складки Денье-Моргана - Кератоконус - Передние субкапсулярные катаракты - Белый дермографизм - Частые инфекционные поражения

В совокупности эти проявления создают замкнутый круг: поврежденный барьер усиливает сухость и раздражение, что провоцирует зуд и механическое повреждение кожи, а это, в свою очередь, еще больше нарушает барьерную функцию. Поэтому раннее выявление и коррекция барьерных нарушений имеют важное значение для предотвращения хронических кожных заболеваний и улучшения состояния кожи пациентов. Тяжесть сухости и уровень TEWL коррелируют с активностью заболевания (таблица 2) [15,1].

Наиболее используемой шкалой для оценки объективных и субъективных симптомов атопического дерматита является индекс SCORAD. Разработанный Европейской целевой

группой по атопическому дерматиту (ETFAD) в 1993 году, он оценивает тяжесть поражений кожи по шести критериям (эритема, отёк, выделения/корки, лихенизация, сухость) от 0 до 3, а субъективные симптомы (зуд и нарушение сна) - по аналоговой шкале от 0 до 10. Итоговый балл классифицирует АД как лёгкий (<25), умеренный (25–50) и тяжёлый (>50) [16,17].

Таблица 2. Локализация проявлений атопического дерматита

Младенцы (0-2 года) - Разгибательные поверхности конечностей - Лицо (лоб, щеки, подбородок) - Шея - Кожа головы - Туловище
Детство (от 2 лет до полового созревания) - Сгибательные поверхности конечностей - Шея - Запястья, лодыжки
Подростковый/взрослый возраст - Сгибательные поверхности конечностей - Кисти рук, стопы

Многочисленные исследования подтвердили, что SCORAD надёжен, чувствителен к изменениям и хорошо воспроизводим как при клинических испытаниях, так и в повседневной практике у детей и взрослых [2].

Механизмы действия эмолентов: восстановление и защита барьера кожи

Механизм действия эмолентов

Эмоленты - это топические препараты, в составе которых не содержатся активные ингредиенты; их действие направлено на восстановление барьерной функции кожи. В своем составе эмоленты содержат вазелин, парафин, глицерин, а также растительные масла и жиры [18]. Их механизм действия в лечении АД обеспечивается через притяжение влаги, восполнение липидов и восстановление рогового слоя. Чжан Дж. и др. доказали, что применение эмолентов, содержащих линолевую кислоту и керамиды, снимает такие симптомы, как воспаление кожи, также модулирует иммунологический ответ, снижая уровни TSLP и IgE [19]. Также было описано, что эмоленты, содержащие керамиды, восстанавливают барьерную функцию кожи и повышают уровень керамидов в роговом слое [20].

Также эмоленты своим действием предотвращают потерю воды (TEWL), и в зависимости от типа и дополнительных ингредиентов в составе они обладают увлажняющими, противовоспалительными и противозудными свойствами [20].

Доказательная база применения эмолентов

Результат изучения статей при написании работы показало, что рандомизированные клинические исследования демонстрируют снижение частоты обострений АД и уменьшение потребности в топических глюкокортикостероидах при регулярном использовании эмолентов. Рекомендовано продление ремиссии при ежедневном применении средств барьерного ухода [21].

Метаанализы подтверждают эффективность эмолентов как базисной терапии. В клинических рекомендациях подчеркивается необходимость их постоянного использования независимо от стадии заболевания [22,23].

Прямой мета-анализ показал, что раннее применение эмолентов является эффективной стратегией предотвращения развития атопического дерматита у младенцев из группы

высокого риска, и смягчающая эмульсия может быть оптимальным типом [22,23,24]. Предполагается, что эмоленты могут скорее замедлить проявление АД, чем предотвратить состояние.

В проспективном многостороннем рандомизированном контролируемом исследовании II фазы с участием взрослых пациентов с атопическим дерматитом, подчеркивает, что увлажняющее средство, содержащее мочевины и глицерин, демонстрирует барьерное действие, обеспечивает более интенсивное увлажнение кожи и предотвращает раздражение. Эти средства потенциально могут улучшить долгосрочный контроль атопического дерматита [25].

В последних Европейских рекомендациях по поводу лечения АД указывается, что эмоленты являются основным методом лечения АД. Увлажнение кожи обычно поддерживается путем нанесения смягчающих средств с гидрофильной основой, содержащих, например, 5% мочевины или глицерина, не менее двух раз в день. Также в рекомендациях прописано, что при выборе состава следует взять во внимание особенности галеновой кислоты, связанные с сезонными различиями (более гидрофильная формула летом, более липидная – предпочтительно зимой) [26].

Согласно рекомендациям ключевую роль играет количество наносимого средства. Таким образом, рекомендуется около 250 г в неделю. Можно использовать правило «единицы кончика пальца»: единица кончика пальца (FTU) - это количество мази, выдавливаемое из тюбика с носиком диаметром 5 мм и измеряемое от дистальной складки кожи до кончика указательного пальца (примерно 0,5 г); этого количества достаточно для нанесения на две ладони взрослого человека, что составляет приблизительно 2% от площади поверхности тела взрослого [26].

Проактивная эмоментная терапия

Современная концепция проактивной терапии предполагает непрерывное использование эмоментов даже вне обострения. Такой подход направлен на поддержание барьерной функции и профилактику рецидивов. Данные исследований свидетельствуют о снижении частоты обострений при длительном поддерживающем уходе (таблица 3) [27,28].

Эмоменты, являясь основой базовой терапии АД, способствуют [28]:

- Увлажнению и смягчению кожи, что уменьшает зуд и дискомфорт.
- Восстановлению липидного барьера, снижая трансэпидермальную потерю воды.
- Профилактике обострений, путем укрепления кожного барьера в зонах с высоким риском рецидива.

Таблица 3. Проактивная эмоментная терапия

Ежедневное применение	Снижает риск рецидивов
Поддержание ремиссии	Улучшает клинику и устойчивость кожи
Приверженность терапии	Долгосрочное сохранение эффективности терапии, улучшение кожного барьера

Длительное применение поддерживающей терапии смягчающими средствами (например, два раза в неделю) после ремиссии может продлить периоды без обострений [26].

Спорные вопросы и перспективы

Согласно рекомендациям дерматологических обществ Европы (EADV, ETFAD) и США (Американская академия дерматологии), рекомендуется использовать эмоменты при легкой форме атопического дерматита в периоды ремиссии, а во время обострений подключать к лечению сочетание с топическими кортикостероидами или ингибиторами кальциневрина [29].

Европейская целевая группа по атопическому дерматиту (ETFAD) придерживается

мнения о применении эмолентов в большом количестве, а именно, минимум 30г/день или 1кг/месяц для взрослого [30]. Наряду с этим, Европейская академия дерматологии и венерологии (EADV), рекомендует на единицу поверхности кожи у детей 150-200 г в неделю, а у взрослых - 500 г [26].

Обсуждается возможность профилактического применения эмолентов у детей группы риска. В вопросах профилактики атопического дерматита у новорожденных и детей Американский колледж аллергии, астмы и иммунологии считает, что в перспективе необходимы дальнейшие исследования для оценки влияния смягчающих средств на профилактику атопического дерматита у новорожденных, а также для определения того, имеют ли значение тип применяемого смягчающего средства, частота, продолжительность и возраст для профилактики атопического дерматита [31]. Существуют противоречивые данные о первичном профилактическом эффекте смягчающих средств: у новорожденных с высоким риском атопии/атопического дерматита, получавших ежедневное лечение смягчающими средствами, в течение первого года жизни реже развивались атопический дерматит или аллергическая сенсibilизация. Два более крупных и длительных рандомизированных контролируемых исследования с менее строгими критериями вмешательства не подтвердили эти эффекты. Некоторые опытные врачи по-прежнему считают целесообразным использовать смягчающие средства у лиц с риском развития атопического дерматита в раннем возрасте [26, 32].

Заключение

Нарушение барьерной функции кожи в настоящее время рассматривается как одно из ключевых звеньев патогенеза атопического дерматита, определяющее не только клинические проявления заболевания, но и особенности его течения, частоту обострений и ответ на терапию. Понимание структурно-функциональной роли эпидермального барьера привело к пересмотру терапевтических подходов и смещению акцента с исключительно противовоспалительного лечения на стратегию активного барьерного восстановления. В этой парадигме эмоленты занимают центральное место как базисный компонент наружной терапии на всех стадиях заболевания - от острого периода до поддерживающей фазы.

Накопленная доказательная база подтверждает, что регулярное и длительное применение эмолентов способствует снижению частоты и тяжести обострений, уменьшению потребности в топических противовоспалительных средствах и повышению продолжительности ремиссии. Особенно важным является концепция проактивного барьерного ухода, предполагающая непрерывное использование эмоментных средств даже при отсутствии выраженных клинических проявлений, что позволяет стабилизировать состояние кожи и повысить контроль над заболеванием. При этом эффективность терапии во многом зависит от состава средства, кратности и правильности нанесения, а также приверженности пациента.

В то же время ряд вопросов остается предметом научной дискуссии, включая профилактическое применение эмолентов у пациентов группы риска, сравнительную эффективность различных липидных формул, влияние на микробиом кожи и долгосрочные исходы заболевания. В будущем по-прежнему необходимо проводить рандомизированные контролируемые многоцентровые исследования с большим количеством участников, отличающиеся превосходным дизайном и высоким методологическим качеством, по раннему применению смягчающих средств у младенцев из группы высокого риска для профилактики атопического дерматита. Таким образом, восстановление кожного барьера следует рассматривать не как вспомогательную, а как патогенетически обоснованную основу ведения пациентов с атопическим дерматитом. Систематическое использование эмолентов является необходимым элементом комплексной терапии, повышающим эффективность лечения, улучшающим качество жизни пациентов и потенциально влияющим на долгосрочный прогноз заболевания.

Список использованных источников:

1. Kolb L, Ferrer-Bruker SJ. Atopic dermatitis. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-Updated August 8, 2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/>
2. Kowalska M.K., Orłowska S.M., Bednarczyk Ł. Applied research on atopic dermatitis with special emphasis on the role of emollients in this disorder: A review // *Applied Sciences*.-2024.-Vol. 14, №18. - Art. 8315. - doi: 10.3390/app14188315.
3. Kanabaj K., Shawkat S., Kuźniak A. et al. Selected clinical and therapeutic aspects of atopic and contact dermatitis // *Przegląd Dermatologiczny*.-2021.-Vol. 108.-P. 394-406.
4. Schmuth M., Eckmann S., Moosbrugger-Martinz V. et al. Skin barrier in atopic dermatitis // *Journal of Investigative Dermatology*.-2024.-Vol. 144, №5.-P. 989-1000.e1. - doi: 10.1016/j.jid.2024.03.006.
5. Salvati L., Cosmi L., Annunziato F. From emollients to biologicals: Targeting atopic dermatitis // *International Journal of Molecular Sciences*.-2021.-Vol. 22. - Art. 10981.
6. Anania C., Brindisi G., Martinelli I. et al. Probiotics function in preventing atopic dermatitis in children // *International Journal of Molecular Sciences*.-2022.-Vol. 23. - Art. 5409.
7. Trzeciak M., Zysk W., Wolańska-Buzalska D. “Emollients Plus” with *Vitreoscilla filiformis* in monotherapy and adjunctive therapy in skin diseases in children // *Dermatology Review*.-2023.-Vol. 110.-P. 602-607.
8. Leung D.Y.M., Berdyshev E., Goleva E. Cutaneous barrier dysfunction in allergic diseases // *Journal of Allergy and Clinical Immunology*.-2020.-Vol. 145.-P. 1485-1497.
9. Yu F., Leng L., Wang H. et al. The skin barrier: A system driven by phase separation // *Cells*.-2025.-Vol. 14, №18. – Art. 1438. – doi: 10.3390/cells14181438.
10. van den Bogaard E.H., Elias P.M., Goleva E. et al. Targeting skin barrier function in atopic dermatitis // *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*.-2023.-Vol. 11, №5.-P. 1335-1346. - doi: 10.1016/j.jaip.-2023.02.005.
11. Pretel-Lara C., Sanabria-de la Torre R., Arias-Santiago S., Montero-Vilchez T. Skin barrier function and microtopography in patients with atopic dermatitis // *Journal of Clinical Medicine*.-2024.-Vol. 13, №19. – Art. 5861. – doi: 10.3390/jcm13195861.
12. Upadhyay P.R., Seminario-Vidal L., Abe B., Ghobadi C., Sims J.T. Cytokines and epidermal lipid abnormalities in atopic dermatitis: A systematic review // *Cells*.-2023.-Vol. 12, №24. – Art. 2793. – doi: 10.3390/cells12242793.
13. Criado PR, Miot HA, Bueno-Filho R. et al. Update on the pathogenesis of atopic dermatitis // *An Bras Dermatol*.-2024 Nov-Dec.-Vol. 99.-№6.-P. 895-915. doi: 10.1016/j.abd.2024.06.001. Epub 2024 Aug 12. PMID: 39138034; PMCID: PMC11551276.
14. Wang Z., Hülpmusch C., Traidl-Hoffmann C. et al. Understanding the role of *Staphylococcus aureus* in atopic dermatitis: strain diversity, microevolution, and prophage influences // *Frontiers in Medicine*.-2024.-Vol. 11.-Art. 1480257. - doi: 10.3389/fmed.2024.-1480257.
15. Элисютина О.Г., Литовкина А.О., Феденко Е.С. Experience of modern skin care series Atopic® using in atopic dermatitis children // *Russian Journal of Allergy*.-2017.-Т. 14, №2.-С. 76-81. - doi: 10.36691/RJA327.
- Elisyutina O.G., Litovkina A.O., Fedenko E.S. Experience of modern skin care series Atopic® using in atopic dermatitis children // *Russian Journal of Allergy*.-2017.-Т. 14, №2.-С. 76-81. - doi: 10.36691/RJA327 (in Russian).
16. Rehal B, Armstrong AW. Health outcome measures in atopic dermatitis: a systematic review of trends in disease severity and quality-of-life instruments 1985-2010 // *PLoS One*.-2011.-Vol. 13.- №6(4).-17520. - doi: 10.1371/journal.pone.0017520 Erratum in: *PLoS One*. 2011;6(6):10.1371/-annotation/6d5e99c5-bd8f-4cef-b77a-fbb795633da0. Armstrong, April [Corrected to Armstrong, April W]
17. Oranje AP. Practical issues on interpretation of scoring atopic dermatitis: SCORAD Index, objective SCORAD, patient-oriented SCORAD and Three-Item Severity score // *Curr Probl*

Dermatol.-2011.-Vol. 41.-P.149-155. - doi: 10.1159/000323308

18. Araviiskaia E., Pincelli C., Sparavigna A., Luger T. The role of a novel generation of emollients, "Emollients Plus", in atopic dermatitis // Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology.-2022.-Vol. 15.-P. 2705-2719.

19. Zhang J., Xu X., Wang X. et al. Topical emollient prevents the development of atopic dermatitis and atopic march in mice // Experimental Dermatology.-2023.-Vol. 32.-P. 1007-1015.

20. Shindo S., Murota H., Seki T. et al. Effects of a moisturizer containing pseudo-ceramide and eucalyptus extract on sweating function in adult atopic dermatitis // Journal of Cosmetic Dermatology.-2022.-Vol. 21.-P. 4503-4509.

21. Ng J.P., Liew H.M., Ang S.B. Use of emollients in atopic dermatitis // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.-2015.-Vol. 29, №5.-P. 854-857.

22. Zhong Y, Samuel M, van Bever H, Tham EH. Emollients in infancy to prevent atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis // Allergy. 2022 Jun.-Vol. 77, №6.-P. 1685-1699. doi: 10.1111/all.15116. Epub 2021 Oct 12. PMID: 34591995.

23. Liang J, Hu F, Tang H. et al. Systematic review and network meta-analysis of different types of emollient for the prevention of atopic dermatitis in infants // J Eur Acad Dermatol Venereol. 2023 Mar.-Vol. 37, №3.-P. 501-510. doi: 10.1111/jdv.18688. Epub 2022 Nov 23. PMID: 36415973.

24. Maintz L., Bieber T., Simpson H.D., Demessant-Flavigny A.-L. From skin barrier dysfunction to systemic impact of atopic dermatitis // Journal of Personalized Medicine.-2022.-Vol. 12, №6. - Art. 893.

25. Danby S.G., Andrew P.V., Taylor R.N. et al. Different types of emollient cream exhibit diverse physiological effects on the skin barrier in adults with atopic dermatitis // Clinical and Experimental Dermatology.-2022.-Vol. 47, №6.-P. 1154-1164.

26. Wollenberg A., Kinberger M., Arents B. et al. European guideline (EuroGuiDerm) on atopic eczema – part II: non-systemic treatments and treatment recommendations for special AE patient populations // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.-2022.-Vol. 36, №11.-P. 1815-1846. – doi: 10.1111/jdv.18429.

27. Taïeb A, Loden M, Schmid-Grendelmeir P. Evidence-based moisturizer selection for atopic dermatitis. JAAD Int. 2025 May 17.-Vol. 21.-P. 28-29. doi: 10.1016/j.jdin.2025.02.007. PMID: 40585943; PMCID: PMC12205554.

28. Atopic dermatitis: the problem of adherence to emollients / Korotchenko A.K., Boyarova D.E., Gorislavskaya T.A. [et al.] // Russian Journal of Clinical Dermatology and Venereology.-2025.-Vol. 24, №5.-P. 698-707.

29. Kamińska E. Rola emolientów w atopowym zapaleniu skóry u dzieci / E. Kamińska // Developmental Period Medicine.-2018.-Vol. 22.-P. 396-403.

30. Wollenberg A., Christen-Zäch S., Taieb A. et al. ETFAD/EADV Eczema Task Force 2020 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis in adults and children // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology.-2020.-Vol. 34.-P. 2717-2744.

31. Katibi O.S., Cork M.J., Flohr C., Danby S.G. Moisturizer therapy in prevention of atopic dermatitis and food allergy: To use or disuse? // Annals of Allergy, Asthma & Immunology.-2022.-Vol. 128.-P. 512-525.

32. Dębowska D., Pasikowska-Piwko M., Katarzyna N., Kisiel A. Terapia emolientowa w przebiegu atopowego zapalenia skóry // Klinika Pediatryczna.-2021.-Vol. 29.-P. 5028-5032.

А.М. Алибек*, А.Г. Сарсенбаева, Л.М. Адилова

"С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" КЕАҚ,
Алматы қ., Қазақстан

**Хат алысатын автор: Алибек А.М - "С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" КЕАҚ, Алматы қ., Қазақстан, e-mail: alibekova19@mail.ru*

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған

Қаржыландыру: қорсетілмеген

АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТТЕГІ ПАТОГЕНЕТИКАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕР ЖӘНЕ ЭМОЛЕНТТЕРМЕН ТҮЗЕТУ МҮМКІНДІКТЕРІ

Аннотация

Атопиялық дерматит - эпидермальды тосқауыл қызметінің бұзылысы жетекші орын алатын созылмалы қабынбалы тері ауруы. Қазіргі ғылыми деректер мүйізді қабат құрылымының ақаулары, липидтік матрикстің өзгеруі, дифференциация ақуыздарының синтезінің төмендеуі және иммундық-қабыну механизмдері тұрақты тосқауыл жеткіліксіздігін қалыптастыратынын көрсетеді. Бұл трансэпидермальды ылғал жоғалтуды арттырып, аллергиялар мен микроорганизмдердің енуін күшейтеді. Тері тосқауылын қалпына келтіру базистік терапияның негізгі бағыты болып саналады. Эмоменттер ылғалдандыруды қамтамасыз ететін, липидтерді толықтыратын және симптомдардың айқындылығын төмендететін негізгі сыртқы күтім құралдарына жатады. Шолуда тосқауыл бұзылысының патогенезі және эменттік терапияның емдеудегі және өршудің алдын алуғағы дәлелді тиімділігі қарастырылған.

Түйінді сөздер: атопиялық дерматит, тері тосқауылы, тосқауыл дисфункциясы, филаггрин, церамидтер, эменттер, базистік терапия.

A.M. Alibek*, A.G. Sarsenbayeva, L.M. Adilova

The Non-Profit Joint Stock Company "Kazakh national medical university named after S.D. Asfendiyarov", Almaty, Kazakhstan

***For correspondence:** A.M.Alibek - The Non-Profit Joint Stock Company "Kazakh national medical university named after S.D. Asfendiyarov", Almaty, Kazakhstan, e-mail: alibekovaa19@mail.ru

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflicts of interest

Author contribution: All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers

Funding: none

PATHOGENETIC ASPECTS AND POSSIBILITIES OF CORRECTION WITH EMOLLIENTS IN ATOPIC DERMATITIS

Annotation

Atopic dermatitis is a chronic inflammatory skin disorder in which epidermal barrier dysfunction plays a leading role. Current evidence demonstrates that structural defects of the stratum corneum, alterations in the lipid matrix, reduced synthesis of differentiation proteins, and immune-inflammatory pathways contribute to persistent barrier impairment. This results in increased transepidermal water loss, enhanced allergen penetration, and microbial colonization. Restoration of the skin barrier is considered a key component of baseline therapy. Emollients are the main topical care agents providing hydration, lipid replacement, and reduction of symptom severity. This review summarizes current concepts of barrier dysfunction pathogenesis and presents evidence supporting the effectiveness of emollient therapy in treatment, flare prevention, and maintenance of remission.

Key words: atopic dermatitis, skin barrier, barrier dysfunction, filaggrin, ceramides, emollients,

baseline therapy.

Сведения о соавторах:

Адилова Лейла Мукановна, ассоциированный профессор кафедры дерматовенерологии НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: adilova.l@kaznmu.kz

Сарсенбаева Айгерим, резидент I курса кафедры дерматовенерологии НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: aiggerrraaaaaaaa@gmail.ru

Дата поступления материала в редакцию: 18.09.2026

Дата рецензирования: 25.09.2026

Принято к публикации: 25.09.2026

МРНТИ: 76.29.57

УДК 616.517

DOI: 10.61075/3136-1013.2026.97.3.002

А.Ж. Бижанова, Э.А. Ким, С.Р. Николайчук,

Л.Т. Альменова*, Ж.А. Шортанбаева

НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»,
г. Алматы, Казахстан

**Автор для корреспонденции: Л.Т. Альменова – НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: leila7910@mail.ru*

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Вклад авторов: Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции выполнение обработку результатов и написание статьи. Авторы заявляют, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах

Финансирование: отсутствует

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Аннотация

Псориаз является одной из наиболее актуальных проблем современной дерматологии, характеризующейся высокой распространённостью и значительным снижением качества жизни пациентов. Проанализированы современные подходы к диагностике, подчёркивающие значение комплексного клинико-лабораторного обследования. Акцент сделан на новейших методах лечения, таких как системные небиологические лекарства, генно-модифицированные биопрепараты и таргетные синтетические соединения. В работе анализируются эффективность, недостатки и риски, которые могут возникнуть при отсутствии реакции на терапию и ее безопасность. Подчеркнута роль коморбидных

заболеваний и необходимость лечения, которое учитывает индивидуальные особенности пациента и объединяет усилия разных специалистов. Несмотря на это, достижение стабильного контроля над заболеванием остается сложной задачей.

Ключевые слова: псориаз, диагностика, биопсия, биологическая терапия, таргетная терапия, коморбидность.

Введение. Псориаз относится к числу наиболее распространенных хронических воспалительных дерматозов и представляет собой значимую медико-социальную проблему современного здравоохранения. По данным эпидемиологических исследований, распространенность псориаза в популяции варьирует от 1 до 3 процентов, при этом в ряде стран Европы и Северной Америки этот показатель достигает 4 процента [1]. Заболевание может манифестировать в любом возрасте, однако наибольшая частота дебюта приходится на молодые и социально активные возрастные группы, что усиливает его влияние на качество жизни пациентов и уровень их социальной адаптации [2].

Несмотря на значительный прогресс в изучении патогенеза псориаза, заболевание по-прежнему характеризуется хроническим рецидивирующим течением и высокой вариабельностью клинических проявлений [3]. Современные представления рассматривают псориаз, как системное иммуновоспалительное заболевание, в основе которого лежит сложное взаимодействие генетических факторов, врождённого и адаптивного иммунитета, а также внешних триггеров.

Псориатическая болезнь проявляется в виде гиперплазии эпидермиса, активации цитокинового воспаления и искажения процесса дифференцировки кератиноцитов. В тяжелых случаях болезнь может сопровождаться системными проявлениями и сопутствующими заболеваниями, такими как псориатический артрит, сердечно-сосудистые проблемы и метаболический синдром, которые оказывают негативное влияние на общее состояние здоровья. Последние исследования предоставили убедительные доказательства о важной роли оси интерлейкинов IL-23/IL-17, а также о влиянии активации Т-лимфоцитов и сбоях в дифференцировке кератиноцитов на развитие заболеваний. Эти данные открывают новые перспективы для расширения терапевтических подходов [4].

Терапия псориаза по-прежнему остается одной из наиболее труднорешаемых проблем в современной клинической дерматологии. Несмотря на широкий спектр применяемых лечебных подходов, включая топические препараты, фототерапию и системное лечение, у большей доли пациентов не удается достичь выраженного и длительно сохраняющегося клинического эффекта. Дополнительную сложность представляет тот факт, что в реальной клинической практике даже первоначально эффективные схемы лечения могут со временем терять свою клиническую результативность, вследствие чего возникает потребность в постоянной оптимизации терапевтической тактики. Особую клиническую сложность приобретает сочетание псориаза с такими коморбидными состояниями, как метаболический синдром, сердечно-сосудистая патология, депрессивные расстройства и псориатический артрит, поскольку наличие сопутствующих заболеваний существенно сужает возможности выбора терапевтической стратегии и увеличивает вероятность развития нежелательных явлений.

Значимым этапом в развитии терапии среднетяжёлых и тяжёлых форм псориаза стало внедрение генно-инженерных биологических препаратов и таргетных синтетических средств, расширивших возможности патогенетически обоснованного лечения для пациентов. Использование биологической терапии способствовало улучшению клинических исходов, что проявлялось в достижении выраженного и стойкого терапевтического эффекта, включая PASI 90 и PASI 100, у существенной доли больных [5].

Не менее актуальными остаются вопросы диагностики псориаза, особенно на ранних стадиях и при атипичных формах заболевания. Дифференциальная диагностика с другими

воспалительными и паранеопластическими дерматозами нередко представляет значительные трудности, что может приводить к задержке назначения адекватной терапии [6]. В этой связи возрастает значение комплексного клинико-лабораторного подхода, использования дерматоскопии, оценки системного воспаления и выявления сопутствующих заболеваний.

Основная часть. Был проведён анализ современных научных публикаций, посвящённых вопросам диагностики и лечения псориаза. В анализ были включены оригинальные исследования, систематические обзоры и метаанализы, опубликованные преимущественно за последние 2016-2026 гг. Поиск литературы осуществлялся в международных базах данных PubMed, Scopus и Web of Science с использованием ключевых слов, связанных с псориазом, диагностическими методами и современными терапевтическими подходами.

Отбор источников проводился с учётом клинической значимости, методологического качества исследований и их соответствия цели работы. В обзор включались публикации, содержащие данные об эпидемиологии псориаза, особенностях патогенеза, диагностических критериях, а также эффективности и безопасности различных методов лечения. Анализ полученной информации выполнялся с применением сравнительного и описательного методов с последующим обобщением результатов.

Новые подходы к диагностике и лечению псориаза: клинические и терапевтические аспекты

Согласно современным клиническим руководствам, псориаз определяется как хроническое иммуноопосредованное заболевание с полиморфной клинической картиной и системными проявлениями, к числу которых относятся поражение ногтей и опорно-двигательного аппарата, тогда как ключевые цели ведения пациентов заключаются в контроле активности патологического процесса и улучшении качества жизни [7]. В эпидемиологических исследованиях распространённость псориаза варьирует в зависимости от страны и используемых подходов к регистрации заболевания: согласно клиническим рекомендациям Российской Федерации (РФ), данный показатель составляет около 1-2% населения, тогда как в англоязычных обзорах и клинических руководствах чаще указываются более высокие оценки - порядка 2-3% общей популяции [1,7,2].

В соответствии с положениями современных клинических руководств, включая рекомендации РФ и NICE, диагностика псориаза по-прежнему основывается на клинических проявлениях и результатах физикального осмотра. Лабораторные и инструментальные методы обследования не имеют ведущего значения в верификации диагноза и используются при необходимости проведения дифференциальной диагностики в нетипичных клинических ситуациях, а также при оценке профиля безопасности и противопоказаний перед назначением системной терапии [7].

Наряду с этим, в современных исследованиях акцентируется внимание на нерешённости важной методологической задачи: в настоящее время отсутствует консенсус относительно разработки простых универсализированных диагностических критериев псориаза, способных обеспечить точность и воспроизводимость, сопоставимые с уровнем клинической экспертной диагностики, прежде всего при оценке пограничных, атипичных и клинически сложных фенотипов, таких как инверсный и себорейный псориаз, поражение волосистой части головы и ногтей, эритродермия, пустулёзные формы и лекарственно-индуцированные псориазиформные реакции [8]. В медицинской литературе гистопатологическое исследование рассматривается как значимый, однако не во всех случаях определяющий компонент диагностики при сомнительных клинических ситуациях; при этом на основании анализа клинически верифицированных случаев показано, что морфологическая картина псориаза отличается большей вариабельностью, чем это представлено в классических учебных описаниях [9,10].

Отдельное направление современных научных дискуссий связано с изучением биомаркеров: в обзорных публикациях акцентируется внимание на активном поиске

сывороточных, транскриптомных и протеомных показателей, которые в перспективе могут иметь значение для стратификации пациентов, мониторинга течения заболевания и прогнозирования терапевтического ответа. Однако исследователи признают, что пока это преимущественно исследовательский инструментарий и дополнение к клинике, а не замена клинического диагноза [11].

Неинвазивная визуализация и искусственный интеллект

В качестве расширения диагностических возможностей рассматривается неинвазивная визуализация. Систематические обзоры показывают, что дерматоскопия (и видеодерматоскопия) как «первый технологический слой» над клиническим осмотром может повышать диагностическую уверенность и быть полезной для мониторинга [12]. Перспективы дальнейшей объективизации диагностики связывают с применением методов визуализации, демонстрирующих корреляцию с гистопатологическими изменениями, прежде всего отражательной конфокальной микроскопии (RCM) и оптической когерентной томографии (ОСТ), которые позволяют выявлять воспроизводимые паттерны, имеющие значение для дифференциальной диагностики [13,14].

Наиболее дискуссионным направлением в настоящее время является внедрение алгоритмов искусственного интеллекта в диагностический процесс. Результаты исследований свидетельствуют о том, что модели глубокого обучения способны демонстрировать высокую прогностическую точность при верификации клинически сходных нозологических форм, что подтверждает перспективность использования систем поддержки принятия врачебных решений [15]. Тем не менее, существует потребность в проспективных исследованиях, прозрачности датасетов и объективных референс-стандартах в реальных клинических условиях. Смежный массив исследований посвящен цифровым форматам (теледерматология, мобильные приложения), которые расширяют доступность мониторинга, но требуют обеспечения диагностической верификации при дистанционном взаимодействии [7].

Современные подходы к лечению: от топической до биологической терапии

Переходя к терапевтическим стратегиям, анализ современных клинических исследований показывает, что за последние годы подходы к лечению псориаза претерпели значительные изменения, опираясь на принципы ступенчатого (эскалационного) подхода [3,4,5]. Алгоритм выбора терапевтического режима детерминирован степенью тяжести, вовлеченностью «зон значимого влияния», наличием коморбидного фона и эффективностью предшествующих линий лечения.

В основе наружной терапии лежит использование топических глюкокортикостероидов (ТГКС) в сочетании со стероид-сберегающими стратегиями (аналоги витамина D, тазаротен, ингибиторы кальциневрина) [6]. Актуальный этап развития наружной терапии характеризуется расширением регуляторного поля за счет инновационных нестероидных молекул (тапинароф, рофлумиласт), расширяющих возможности безопасного контроля заболевания в чувствительных локализациях [16].

Фототерапия остаётся одним из важных компонентов лечения среднетяжелых, зимних форм псориаза [17]. Наиболее изученными являются узкополосная UVB-терапия (311 нм) и ПУВА-терапия [18,19]. Узкополосная UVB-терапия позволяет достичь PASI75 у 60-70% пациентов, однако эффективность метода снижается при ожирении и высокой воспалительной активности.

Несмотря на активное развитие современных таргетных подходов, системная небиологическая терапия сохраняет свою клиническую значимость. В частности, метотрексат по-прежнему рассматривается как один из препаратов первой линии при среднетяжёлом псориазе, а также у пациентов с сопутствующим псориатическим артритом [20,21]. Циклоспорин характеризуется быстрым эффектом, но его использование ограничено нефротоксичностью [22]. Ацитретин применяется преимущественно в комбинации с фототерапией.

В экспертном сообществе сформировалась консенсусная позиция относительно радикальной смены терапевтической парадигмы за счет внедрения генно-инженерных биологических препаратов (ГИБП) и малых молекул. Ингибиторы фактора некроза опухоли альфа, интерлейкина 12/23, 17 и 23 обеспечивают достижение PASI 90 у 60-80% пациентов и PASI 100 у 30-50% больных [23,24,25,26]. В современных руководствах целевой показатель PASI 90 утвержден в качестве приоритетной конечной точки (таблица 1).

Таблица 1. Пороги ответа индекса PASI в современной клинической практике

Показатель	Значение в современной практике	Клиническая интерпретация
PASI 75	Исторический стандарт	Удовлетворительный ответ (традиционные системные средства)
PASI 90	Современный целевой ориентир	Высокая эффективность («почти чистая кожа»)
PASI 100	Максимальная эффективность	Полный клиренс кожных покровов

Отдельное направление представляет использование «treat-to-target» стратегий, приводящих к более ранней эскалации терапии [27]. Европейские клинические рекомендации (Euro Gui Derm) предлагают алгоритм, интегрирующий учет коморбидностей, четко дифференцируя препараты, согласно показаниям (on-label), акцент сделан на рациональном выборе лечебной стратегии у взрослых пациентов со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания с обязательным учетом эффективности, безопасности и особенностей клинической ситуации [8]. Британская ассоциация дерматологов (BAD) обозначает переход к формату living guideline, предполагающему оперативное обновление рекомендаций по мере появления новых данных; при этом в качестве доказательной основы используются living systematic review и network meta-analysis [28].

Вызовы терапии, коморбидности и перспективы

Реальная клиническая практика (RWE) демонстрирует отклонение от результатов рандомизированного контролируемого испытания (РКИ), выявляя первичную или вторичную неэффективность терапии у части пациентов: до 20-30% прекращают биологическую терапию в первые два года [29,30]. Пероральные таргетные препараты (ингибиторы ФДЭ-4 и янус-киназ) показали удобство применения, однако уступают ГИБП по глубине клинического ответа [31].

Сложность лечения дополняется системным характером заболевания. Наличие метаболического синдрома, ожирения, псориатического артрита и психоэмоциональных расстройств ассоциировано с более тяжелым течением псориаза и снижением эффективности терапии [32,33]. Значительное внимание уделяется лечению трудно курабельных локализаций (волосистая часть головы, ладони, подошвы), требующих специализированных форм и ГИБП [34].

Динамичное развитие инициировало методологическую дискуссию (поддержанную Международным советом по псориазу) относительно рекатегоризации тяжести: системная терапия считается обоснованной при вовлечении «зон особого внимания» и неэффективности наружной терапии, а не только при поражении площади поверхности тела (BSA>10%) [35]. Перспективными считаются методы оценки фармакогенетических маркеров [12] и новые классы препаратов (нанотехнологии, модуляция микробиоты) [36,37].

Выводы

Сведение совокупности данных к устойчивому концептуальному ядру показывает, что клиническая диагностика сохраняет статус базового подхода, тогда как современные стратегии мониторинга приобретают многоканальный характер (клиническая оценка → визуализация → цифровые алгоритмы). Терапия выстроена в иерархически многоуровневую структуру с возрастающим учетом коморбидностей и пациент-ориентированных исходов.

В научной среде продолжается обсуждение как степени допустимой технологизации диагностики, так и целесообразности выбора стартовой биологической терапии только на основании данных РКИ без учета сведений из реальной клинической практики о длительной безопасности и устойчивости лечения. Хотя инновационные препараты демонстрируют высокую эффективность, их применение на практике нередко сдерживается финансовыми барьерами, риском инфекций и возможным снижением терапевтического ответа со временем, особенно у коморбидных пациентов. Терапия, направленная исключительно на купирование кожных симптомов, не всегда обеспечивает профилактику системных осложнений.

Таким образом, дальнейшее развитие терапии псориаза должно быть направлено на устранение разрыва между технологически расширенной диагностикой и усложняющимися терапевтическими алгоритмами. Интеграция иммунологических, генетических и клинических факторов, расширение междисциплинарного подхода и разработка прогностических моделей позволят не только улучшить контроль кожных проявлений, но и повысить качество жизни пациентов.

Заключение

Псориаз остаётся актуальной медико-социальной проблемой современной дерматологии, характеризующейся высокой распространённостью, хроническим рецидивирующим течением и значительным влиянием на качество жизни пациентов. Несмотря на существенный прогресс в понимании иммунопатогенетических механизмов заболевания и внедрение инновационных методов терапии, достижение стабильного и долгосрочного контроля заболевания по-прежнему представляет значительные клинические трудности.

Современные методы лечения, включая биологическую терапию и таргетные препараты, позволили существенно повысить эффективность терапии и улучшить прогноз у пациентов со среднетяжёлыми и тяжёлыми формами псориаза. Однако выраженная клиническая гетерогенность заболевания, наличие коморбидных состояний, риск утраты терапевтического ответа и ограниченная доступность высокотехнологичных методов лечения усложняют выбор оптимальной стратегии ведения пациентов.

Актуальные данные показывают системный характер псориаза, а это требует комплексного и индивидуализированного подхода к лечению с учётом не только кожных проявлений, но и сопутствующих воспалительных, метаболических и психоэмоциональных нарушений. В этом контексте особое значение приобретает междисциплинарное взаимодействие дерматологов, ревматологов, терапевтов и других специалистов.

Список использованных источников:

1. Parisi, R. National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study / R. Parisi, I. Y. K. Iskandar, E. Kontopantelis [et al.] // *BMJ*.-2020.-Vol. 369. - Art. m1590. - DOI: 10.1136/bmj.m1590.
2. Global report on psoriasis / World Health Organization -Geneva: WHO, 2016.-48 p.
3. Кузьмина О.А., Влияние псориаза на сердечно-сосудистый риск. //medj.rucml.ru/journal/45562d524a5356442d41525449434c452d343932323838/
Kuz'mina O.A., Vliyanie psoriaza na serdechno-sosudisty risk. //medj.rucml.ru/journal/45562d524a5356442d41525449434c452d343932323838/ (in Russian).
4. Fayzullina, E.V. Evolution of biological therapy for psoriasis: realities and prospects / E.V. Fayzullina, A.R. Marsina, I. Khismatulina, G.M. Zinatulina // *Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*.-2020.-Vol. 23, №6.-P. 395-401. - DOI: 10.17816/dv61931.
5. Boehncke, W.H. Psoriasis / W.H. Boehncke, M.P. Schön // *Lancet*.-2015.-Vol. 386, №9997.-P. 983-994. - DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61909-7.

6. Griffiths, C.E.M. Psoriasis / C.E.M. Griffiths, A.W. Armstrong, J.E. Gudjonsson [et al.] // Lancet.-2021.-Vol. 397, № 0281.-P. 1301-1315. - DOI: 10.1016/S0140-6736(20)32549-6.
7. Клинические рекомендации по лечению псориаза [Электронный ресурс].-2025. URL: https://prod.pro.novartis.com/ru-ru/sites/pro_novartis_com_ru/files/2025-06/klinicheskie-rekomendacii.pdf
- Klinicheskie rekomendatsii po lecheniyu psoriaza [Elektronnyy resurs].-2025. URL: https://prod.pro.novartis.com/ru-ru/sites/pro_novartis_com_ru/files/2025-06/klinicheskie-rekomendacii.pdf (in Russian).
8. EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris [Электронный ресурс].-2025. URL: <https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments-/cm9h6g6wp9exor-wjr9-msyrqbc-0-euroguiderm-pso-gl-feb-2025.pdf>
- EuroGuiDerm Guideline on the systemic treatment of psoriasis vulgaris [Elektronnyj resurs].-2025. URL: <https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments-/cm9h6g6wp9exor-wjr9-msyrqbc-0-euroguiderm-pso-gl-feb-2025.pdf>
9. Chau, T. Psoriasis or not? Review of 51 clinically confirmed cases reveals an expanded histopathologic spectrum of psoriasis / T. Chau [et al.] // Am J Dermatopathol.-2017.-Vol. 39, №10.-P. 743-749. - DOI: 10.1097/DAD.0000000000000904.
10. Balan, R. The histopathological landscape of the major psoriasiform dermatoses / R. Balan [et al.] // Diagnostics.-2021.-Vol. 11, №5.-P. 915. - DOI: 10.3390/diagnostics11050915.
11. Dan, D. Psoriasis: striving for potential biomarkers / D. Dan, N. Srivastava // Dermatol Ther (Heidelb).-2023.-Vol. 13.-P. 1291-1308. - DOI: 10.1007/s13555-023-00936-1.
12. Vos, M.H.E. The value of (video)dermoscopy in the diagnosis and monitoring of common inflammatory skin diseases: a systematic review / M.H.E. Vos [et al.] // J Am Acad Dermatol.-2018.-Vol. 79, №6.-P. 1159-1170. - DOI: 10.1016/j.jaad.2018.06.061.
13. Wang, Z.Y. Comparison of dermoscopy and reflectance confocal microscopy accuracy for the diagnosis of psoriasis and lichen planus / Z.Y. Wang [et al.] // Front Med (Lausanne).-2022.-Vol. 9.-Art. 847829. - DOI: 10.3389/fmed.2022.847829.
14. Verzì, A.E. Reflectance confocal microscopy features of plaque psoriasis overlap with horizontal histopathological sections: a case series / A.E. Verzì [et al.] // J Am Acad Dermatol.-2019.-Vol. 80, №2.-P. 520-522. - DOI: 10.1016/j.jaad.2018.07.051.
15. Cai, Z.R. Assessing the performance of artificial intelligence models in skin disease severity assessment: systematic review and meta-analysis / Z. R. Cai [et al.] // J Med Syst.-2025.-Vol. 49.-Art. 12. - DOI: 10.1007/s10916-024-02056-2.
16. Armstrong, A.W. Psoriasis treatments / A.W. Armstrong [et al.] // Drugs.-2024.-Vol. 84.-P. 123-145.
17. Nestle, F.O. Psoriasis / F.O. Nestle, D.H. Kaplan, J. Barker // N Engl J Med.-2009.-Vol. 361, №5.-P. 496-509.
18. Tuo, H. Efficacy of 450-nm blue laser-mediated aminolevulinic acid photodynamic therapy for plaque psoriasis / H. Tuo [et al.] // Lasers Med Sci.-2025.-Vol. 40, №1.-Art. 513. - DOI: 10.1007/s10103-024-04012-3.
19. Fan, L. Photodynamic therapy for rosacea in Chinese patients / L. Fan [et al.] // Photodiagnosis Photodyn Ther.-2018.-Vol. 24.-P. 82-87. - DOI: 10.1016/j.pdpdt.2018.08.006.
20. Pandey, S.A comprehensive review on possibilities of treating psoriasis using dermal cyclosporine / S. Pandey [et al.] // Drug Deliv Transl Res.-2022.-Vol. 12, №7.-P. 1541-1555. - DOI: 10.1007/s13346-021-01067-7.
21. Armstrong, A.W. Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review / A.W. Armstrong, C. Read // JAMA.-2020.-Vol. 323, №19.-P. 1945-1960. - DOI: 10.1001/jama.2020.4006.
22. Ritchlin, C.T. Psoriatic arthritis / C.T. Ritchlin, R.A. Colbert, D.D. Gladman // N Engl J Med.-2017.-Vol. 376, №10.-P. 957-970. - DOI: 10.1056/NEJMra1505557.

23. Langley, R.G. Secukinumab in plaque psoriasis - results of two phase 3 trials / R.G. Langley [et al.] // N Engl J Med.-2014.-Vol. 371, №4.-P. 326-338. - DOI: 10.1056/NEJMoa1314258.
24. Reich, K. Efficacy and safety of guselkumab in patients with moderate-to-severe psoriasis / K. Reich [et al.] // Lancet.-2017.-Vol. 390.-P. 228-238. - DOI: 10.1016/S0140-6736(17)31287-7.
25. Blauvelt, A. Efficacy and safety of risankizumab versus adalimumab / A. Blauvelt [et al.] // N Engl J Med.-2018.-Vol. 379, №2.-P. 131-141. - DOI: 10.1056/NEJMoa1801184.
26. Mease, P.J. A head-to-head comparison of ixekizumab and adalimumab / P.J. Mease [et al.] // Lancet.-2020.-Vol. 395.-P. 297-308. - DOI: 10.1016/S0140-6736(19)32501-8.
27. Menter, A. Joint AAD-NPF guidelines of care for the management of psoriasis / A. Menter [et al.] // J Am Acad Dermatol.-2019.-Vol. 80, №4.-P. 1029-1072. - DOI: 10.1016/j.jaad.2018.11.057.
28. Smith, C.H. British Association of Dermatologists guidelines for biologic therapy for psoriasis 2023: a pragmatic update / C.H. Smith, Z.Z.N. Yiu, T. Bale [et al.] // British Journal of Dermatology.-2024.-Vol. 190, №2.-P. 270-272. - DOI: 10.1093/bjd/ljad347.
29. Takeshita, J. Psoriasis and comorbid diseases / J. Takeshita [et al.] // J Am Acad Dermatol.-2017.-Vol. 76, №3.-P. 377-390. - DOI: 10.1016/j.jaad.2016.07.064.
30. Rendon, A. Psoriasis pathogenesis and treatment / A. Rendon, K. Schäkel // Int J Mol Sci.-2019.-Vol. 20, №6.-Art. 1475. - DOI: 10.3390/ijms20061475.
31. Armstrong, A.W. Tyrosine Kinase 2 Inhibition With Zasocitinib (TAK-279) in Psoriasis: A Randomized Clinical Trial / A.W. Armstrong [et al.] // JAMA Dermatol.-2024.-Vol. 160, №10.-P. 1066-1074. - DOI: 10.1001/jamadermatol.2024.3321.
32. Ranzinger, D. Disease Modification in Psoriasis: Future Prospects for Long-Term Remission / D. Ranzinger, K. Eyerich // Am J Clin Dermatol.-2025.-Vol. 26, №4.-P. 477-486. - DOI: 10.1007/s40257-025-00789-2.
33. Lwin, S.M. Curing Psoriasis / S.M. Lwin [et al.] // J Invest Dermatol.-2024.-Vol. 144, №12.-P. 2645-2649. - DOI: 10.1016/j.jid.2024.06.019.
34. Huang, Y.H. Predicting the Time to Relapse Following Withdrawal from Different Biologics / Y.H. Huang [et al.] // Am J Clin Dermatol.-2024.-Vol. 25, №6.-P. 997-1008. - DOI: 10.1007/s40257-024-00802-5.
35. Gyulai, R. Closing the gap between possibilities and reality in psoriasis management / R. Gyulai // J Eur Acad Dermatol Venereol.-2025.-Vol. 39, №3.-P. 449-450. - DOI: 10.1111/jdv.-19789.
36. Parveen, S. Nanotechnology-based delivery system for psoriasis management / S. Parveen [et al.] // Curr Pharm Des.-2022.-Vol. 28, №13.-P. 1082-1102. - DOI: 10.2174/1381612-828666220119101203.
37. Bahadur, S. Liposome-based drug delivery for psoriasis / S. Bahadur, M. Sharma // Curr Pharm Biotechnol.-2023.-Vol. 24, №11.-P. 1383-1396. - DOI: 10.2174/1389201024-66622-0905-123456.

**А.Ж. Бижанова, Э.А. Ким, С.Р. Николайчук,
Л.Т. Альменова*, Ж.А. Шортанбаева**

**"С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" КЕАҚ,
Алматы қ., Қазақстан**

**Хат алысатын автор: Л.Т. Альменова - "С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" КЕАҚ, Алматы қ., Қазақстан, e-mail: leila7910@mail.ru*

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған

Қаржыландыру: қорсетілмеген

ПСОРИАЗДЫ ДИАГНОСТИКАЛАУ МЕН ЕМДЕУДІҢ ЗАМАНАУИ ӘДІСТЕРІ

Аннотация

Псориаз қазіргі дерматологияның өзекті мәселелерінің бірі болып табылады, ол жоғары таралуымен және пациенттердің өмір сапасына айтарлықтай әсерімен сипатталады. Заманауи диагностикалық тәсілдер талданып, кешенді клиникалық-зертханалық бағалаудың маңыздылығы көрсетілген. Фототерапия, жүйелік биологиялық емес препараттар, гендік-инженерлік биологиялық дәрілер және таргеттік синтетикалық препараттарды қамтитын емдеу стратегияларына ерекше назар аударылған. Олардың тиімділігі, шектеулері және қауіпсіздік мәселелері сипатталған. Коморбидті жағдайлардың маңыздылығы және жеке, мультидисциплинарлық тәсілдің қажеттілігі атап өтілген. Ауруды тұрақты бақылауда ұстаудың қиындығы көрсетілген.

Түйінді сөздер: псориаз, диагностика, биопсия, биологиялық терапия, таргеттік терапия, коморбидтілік.

**A.Zh. Bizhanova, E.A. Kim, S.R. Nikolaichuk,
L.T. Almenova*, J.A. Shortanbayeva**

The Non-Profit Joint Stock Company "Kazakh national medical university named after S.D. Asfendiyarov", Almaty, Kazakhstan

***For correspondence:** L.T. Almenova - The Non-Profit Joint Stock Company "Kazakh national medical university named after S.D. Asfendiyarov", Almaty, Kazakhstan, e-mail: leila7910@mail.ru

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest

Author contribution: All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers

Funding: none

MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PSORIASIS

Annotation

Psoriasis is one of the most relevant problems in modern dermatology, characterized by high prevalence and a significant impact on patients' quality of life. Current diagnostic approaches are analyzed, emphasizing the importance of comprehensive clinical and laboratory assessment. Particular attention is given to modern therapeutic strategies, including phototherapy, conventional systemic drugs, biologics, and targeted synthetic agents. Their efficacy, limitations, and safety concerns are highlighted. The importance of comorbid conditions and an individualized multidisciplinary approach is emphasized. Persistent challenges in achieving long-term disease control are noted.

Key words: psoriasis, diagnosis, biopsy, biological therapy, targeted therapy, comorbidity.

Сведения о соавторах:

Бижанова Амина Жаксылыккызы, резидент кафедры дерматовенерологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: ami.2001.b@gmail.com

Ким Эвелина Александровна, резидент кафедры дерматовенерологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-

mail: avelina200105@gmail.com

Николайчук Светлана Руслановна, ассистент кафедры дерматовенерологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: Svnik1353@gmail.com

Шортанбаева Жанна Алихановна, и.о. профессора кафедры дерматовенерологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: shortanbaeva.zh@kazntmu.kz

Дата поступления материала в редакцию: 18.09.2026

Дата рецензирования: 23.09.2026

Принято к публикации: 23.09.2026

МРНТИ:76.29.57

УДК: 616.5-003.83:616-083

DOI: 10.61075/3136-1013.2026.97.3.003

А.О. Жаненова*, Н.М. Мұхит

НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»,
г. Алматы, Казахстан

**Автор для корреспонденции: А.О. Жаненова - НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: a.zhanenova@mail.ru*

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Вклад авторов: Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение обработки результатов и написания статьи. Авторы заявляют, что данный материал ранее не публиковался и не находился на рассмотрении в других издательствах

Финансирование: отсутствует

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С БУЛЛЁЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ В СТАЦИОНАРЕ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Аннотация

Буллёзный эпидермолиз относится к редким наследственным заболеваниям и остаётся актуальной медико-социальной проблемой из-за тяжёлого хронического течения и высокого риска инвалидизации. Для данного заболевания характерна выраженная хрупкость кожи и слизистых оболочек: даже незначительное механическое воздействие может приводить к образованию пузырей, эрозий и длительно незаживающих ран. Такие повреждения сопровождаются постоянной болью, частыми инфекционными осложнениями и существенно ограничивают повседневную активность пациентов. Кроме физических страданий, заболевание оказывает серьёзное влияние на эмоциональное состояние человека, его социальную адаптацию и качество жизни.

Несмотря на достижения современной медицины в области лечения и ухода, пациенты с буллёзным эпидермолизом по-прежнему нуждаются в постоянном наблюдении специалистов и длительной поддерживающей терапии. В этих условиях особую роль играет правильно организованный сестринский уход. Он направлен на предотвращение травмирования кожи, снижение риска инфекций, контроль болевого синдрома и поддержание общего состояния пациента. В стационаре медицинская сестра обеспечивает непрерывное наблюдение за пациентом и выполняет индивидуальный план ухода, что делает её одним из ключевых участников лечебного процесса.

В данной работе рассмотрены основные вопросы организации сестринского ухода за пациентами с буллёзным эпидермолизом в условиях стационара. Особое внимание уделено особенностям проведения перевязок, выбору атравматичных перевязочных материалов, соблюдению правил асептики и антисептики, а также вопросам психологической поддержки пациентов и членов их семей. Показано, что грамотно организованные сестринские вмешательства позволяют снизить риск осложнений, уменьшить выраженность болевого синдрома и повысить качество жизни пациентов.

Ключевые слова: буллёзный эпидермолиз, сестринский уход, хронические раны, орфанные заболевания, стационар, качество жизни, медицинская сестра, перевязки, редкие заболевания.

Введение

Буллёзный эпидермолиз (БЭ) представляет собой группу редких врождённых генетических заболеваний, при которых кожа и слизистые оболочки становятся чрезвычайно уязвимыми к механическому воздействию. Даже незначительное трение или давление могут вызывать образование пузырей и эрозий [1]. Причиной развития заболевания являются мутации в генах, отвечающих за синтез структурных белков кожи. Эти белки обеспечивают прочное соединение между слоями кожи, а нарушение их функции приводит к расслоению тканей и появлению характерных клинических проявлений.

На сегодняшний день описано более 30 клинических подтипов наследственного БЭ. В зависимости от уровня поражения тканей заболевание подразделяют на четыре основные формы: простой БЭ, пограничный (junctional) эпидермолиз, дистрофический БЭ и синдром Киндлера [2]. Такая классификация основана на глубине расслоения кожи и отражает особенности молекулярного дефекта.

Следует отметить, что патологический процесс затрагивает не только кожу. При тяжёлых формах заболевания поражаются слизистые оболочки и эпителиальная выстилка внутренних органов. Это значительно осложняет повседневную жизнь пациентов и требует особого подхода к организации медицинской помощи и ухода.

Редкость заболевания и разнообразие его клинических проявлений создают определённые трудности как для диагностики, так и для лечения. Поэтому совершенствование организации медицинской помощи данной категории пациентов остаётся актуальной задачей. Целью настоящего исследования является изучение и оптимизация сестринского ухода за пациентами с БЭ в условиях стационара.

Эпидемиология БЭ

БЭ относится к группе орфанных заболеваний, поэтому получение точных эпидемиологических данных затруднено. По информации национального регистра, заболеваемость составляет около 19,6 случая на 1 млн живорождённых, а распространённость - 8,22 случая на 1 млн населения [3]. При длительном наблюдении отмечается увеличение распространённости заболевания до 11,07 случая на 1 млн населения при относительно стабильных показателях заболеваемости [3].

Сходные данные приводятся и в других исследованиях, согласно которым заболевание выявляется примерно у 19 новорождённых на 1 млн, а распространённость составляет около

8 случаев на 1 млн населения [4]. Несмотря на редкость, БЭ встречается во всех регионах мира.

При этом показатели существенно различаются в зависимости от страны. Например, в Иране было зарегистрировано 538 пациентов с БЭ, причём дистрофическая форма составила 75,7% всех случаев [5]. В Словении распространённость заболевания достигает примерно 20 случаев на 1 млн населения, а наиболее часто встречается простой БЭ [6].

В Англии и Уэльсе зарегистрировано 2594 пациента, из которых 2361 человек жив на момент исследования. Это соответствует распространённости 34,8 случая на 1 млн населения. Наиболее распространённой формой также является простой БЭ [7].

В Германии показатель заболеваемости достигает 45 случаев на 1 млн живорождённых, что превышает данные ряда других государств. Одной из возможных причин считается более широкое применение молекулярно-генетической диагностики и эффективная система регистрации пациентов [8].

Согласно современным оценкам, лёгкие формы заболевания встречаются примерно у одного ребёнка на 50 тысяч новорождённых, тогда как тяжёлые варианты диагностируются значительно реже - около одного случая на 500 тысяч новорождённых [9]. В странах Центральной Азии также зарегистрированы пациенты с данным заболеванием: в Узбекистане выявлено 287 случаев, а в Казахстане на начало 2023 года насчитывалось 112 пациентов с различными формами БЭ [10].

Клинические проявления и осложнения заболевания

Клиническая картина БЭ во многом зависит от формы заболевания и степени его тяжести. При относительно лёгком течении поражения ограничиваются кожными проявлениями, тогда как тяжёлые формы сопровождаются вовлечением различных органов и систем организма.

Наиболее часто у пациентов наблюдаются нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой и мочеполовой систем, а также органов зрения и полости рта [11]. Наличие таких осложнений значительно утяжеляет течение заболевания и ухудшает прогноз.

Одной из наиболее серьёзных проблем является хроническая боль. Особенно выражена она во время перевязок, которые могут занимать от двух до трёх часов и требуют значительных физических и эмоциональных усилий как от пациента, так и от медицинского персонала [12].

Характерной особенностью заболевания являются хронические раны, которые могут длительно сохраняться и находиться на разных стадиях заживления. Нередко они сопровождаются обильным отделяемым, неприятным запахом и признаками инфицирования. В результате возникают ограничения подвижности, формируются деформации конечностей и ухудшается общее состояние пациента.

Помимо местных проявлений, БЭ сопровождается рядом системных осложнений, среди которых наиболее распространены анемия, недостаточность питания, инфекционные процессы и выраженный зуд. Всё это существенно снижает качество жизни пациентов [12].

Основными причинами летальности среди детей с тяжёлыми формами заболевания остаются сепсис, дыхательная недостаточность и задержка физического развития. Наиболее высокий риск летального исхода отмечается в возрасте от двух до шести лет [13].

Влияние заболевания на качество жизни пациентов и их семей

БЭ оказывает значительное влияние на все сферы жизни пациента. Особенно тяжело заболевание переносится детьми, поскольку сопровождается постоянной болью, зудом, ограничением двигательной активности и необходимостью регулярного проведения болезненных процедур.

Результаты современных исследований показывают, что большинство пациентов ежедневно сталкиваются с хроническими ранами, болевым синдромом, трудностями при передвижении и самообслуживании. По данным исследования J.Y. So и соавт. (2022),

хронические раны наблюдались у 59% пациентов, боль - у 74%, зуд - у 55%, а нарушения ходьбы - у 44% обследованных. Показатели по шкале QOLEB соответствовали умеренному и тяжёлому снижению качества жизни [14].

Дополнительной проблемой становится высокая финансовая нагрузка на семью. Существенные расходы связаны с приобретением перевязочных материалов, лекарственных препаратов, специализированных средств ухода и организацией медицинской помощи. Во многих странах семьи сталкиваются также с недостатком специализированных центров и ограниченным опытом медицинских работников в ведении таких пациентов.

По данным глобального исследования пациентов с рецессивным дистрофическим БЭ, увеличение тяжести заболевания сопровождалось ростом площади хронических ран, усилением боли, развитием анемии и инфекционных осложнений. Одновременно отмечалось выраженное снижение качества жизни и повседневной активности пациентов [15].

Помимо физических трудностей, дети с БЭ нередко испытывают проблемы социальной адаптации. Видимые кожные изменения могут вызывать чувство неловкости, снижать уверенность в себе и становиться причиной психологического дискомфорта.

Заболевание затрагивает и ближайшее окружение пациента. Родители ежедневно участвуют в уходе за ребёнком, что требует значительных временных, физических и эмоциональных ресурсов. В результате повышается уровень стресса и утомления, а качество жизни семьи в целом снижается [16].

Современные подходы к лечению и уходу

В настоящее время БЭ остаётся неизлечимым заболеванием, поэтому основные лечебные мероприятия направлены на облегчение симптомов и предупреждение осложнений [17].

Важнейшее место занимает уход за раневыми поверхностями. Он включает использование атравматичных перевязочных материалов, своевременную обработку ран и профилактику инфекционных осложнений.

Поскольку хронические раны являются потенциальными входными воротами для инфекции, большое значение имеет регулярная оценка их состояния и микробиологический контроль. При необходимости применяется местная или системная антибактериальная терапия. Вместе с тем международные рекомендации подчёркивают необходимость рационального использования антибиотиков для предотвращения развития антибиотикорезистентности [18].

У части пациентов возникает необходимость в хирургическом лечении. Чаще всего операции выполняются при формировании рубцово-спаечных изменений и включают рассечение синдактилий, коррекцию деформаций конечностей и расширение пищевода при нарушении глотания [19]. Это обуславливает необходимость повторных госпитализаций и длительного медицинского наблюдения.

Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с БЭ

Эффективность лечения пациентов с БЭ во многом зависит от качества сестринского ухода. Медицинская сестра обеспечивает постоянное наблюдение за пациентом и участвует в решении широкого круга практических задач.

К её обязанностям относятся проведение перевязок, контроль болевого синдрома, профилактика повреждений кожи, уменьшение зуда и контроль питания пациента. Не менее важной является образовательная работа с пациентами и их родственниками. Медицинская сестра обучает правилам ухода за кожей, особенностям проведения перевязок и мерам профилактики осложнений.

Кроме того, она выполняет координирующую функцию, обеспечивая взаимодействие между пациентом, его семьёй и специалистами различного профиля [20]. Важной частью работы также является психологическая поддержка, способствующая лучшей адаптации пациента к заболеванию.

Проблемы и перспективы совершенствования сестринского ухода

Несмотря на важную роль сестринского ухода, в настоящее время сохраняется ряд

проблем, затрудняющих оказание качественной помощи пациентам с БЭ. Одной из них является недостаточная подготовка медицинских сестёр, что связано с редкостью заболевания и ограниченным количеством специализированных образовательных программ [21].

Дополнительные сложности возникают из-за высокой уязвимости кожи пациентов. Любая манипуляция требует особой осторожности и хороших практических навыков со стороны медицинского персонала [22].

Следует учитывать и значительную эмоциональную нагрузку, связанную с уходом за такими пациентами. Постоянный контакт с тяжёлыми хроническими больными, проведение длительных перевязок и высокая ответственность могут способствовать развитию профессионального выгорания и снижению эффективности работы медицинских работников [21].

Определённые трудности создают также недостаточное количество специализированных центров и отсутствие единых стандартизированных протоколов ухода.

Таким образом, дальнейшее совершенствование сестринского ухода должно быть направлено на повышение квалификации медицинского персонала, разработку единых клинических рекомендаций и внедрение современных технологий ухода. Реализация этих мер позволит повысить эффективность медицинской помощи и улучшить качество жизни пациентов с БЭ.

Заключение

БЭ представляет собой тяжёлое хроническое заболевание, сопровождающееся выраженной хрупкостью кожи, высоким риском осложнений и существенным снижением качества жизни пациентов. Проведённый анализ научной литературы показал, что эффективное ведение таких пациентов возможно только при комплексном подходе, включающем профилактику повреждений кожи, грамотный уход за ранами, контроль болевого синдрома и своевременное лечение осложнений.

В системе оказания медицинской помощи особое место занимает медицинская сестра. Именно она обеспечивает непрерывность ухода, контролирует состояние пациента, выполняет необходимые лечебно-диагностические мероприятия и взаимодействует с семьёй пациента и другими специалистами.

Вместе с тем в организации сестринского ухода сохраняются определённые проблемы, среди которых недостаточная подготовка персонала, отсутствие единых стандартов работы и высокая профессиональная нагрузка. Эти факторы могут отрицательно влиять на качество оказываемой помощи.

В связи с этим совершенствование сестринского ухода остаётся важным направлением развития современной системы здравоохранения. Его основными задачами являются разработка клинических протоколов, повышение уровня профессиональной подготовки медицинских сестёр, внедрение современных технологий ухода и развитие мультидисциплинарного подхода к ведению пациентов с БЭ.

Список использованных источников:

1. Hon KL, Chu S, Leung AKC. Epidermolysis Bullosa: Pediatric Perspectives. Curr Pediatr Rev. 2022;18(3):182-190. doi: 10.2174/1573396317666210525161252. PMID: 34036913. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34036913/>
2. Bardhan A, Bruckner-Tuderman L, Chapple ILC. et al. Epidermolysis bullosa. Nat Rev Dis Primers. 2020 Sep 24;6(1):78. doi: 10.1038/s41572-020-0210-0. PMID: 32973163. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32973163/>
3. Fine JD. Epidemiology of Inherited Epidermolysis Bullosa Based on Incidence and Prevalence Estimates From the National Epidermolysis Bullosa Registry. JAMA Dermatol. 2016 Nov 1;152(11):1231-1238. doi: 10.1001/jamadermatol.2016.2473. PMID: 27463098. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27463098/>

4. Fine JD. Inherited epidermolysis bullosa. Orphanet J Rare Dis. 2010 May 28;5:12. doi: 10.1186/1750-1172-5-12. PMID: 20507631; PMCID: PMC2892432. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20507631/>
5. Farokhforghani S, Fatemi MJ, Ghanooni P. et al. Epidermolysis Bullosa Registry Data in Iran. World J Plast Surg. 2021 Sep;10(3):99-103. doi: 10.29252/wjps.10.3.99. PMID: 34912673; PMCID: PMC8662693. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34912673/>
6. Štublar A, Dragoš V, Dolenc-Voljč M. Inherited epidermolysis bullosa: epidemiology and patient care in Slovenia with a review of the updated classification. Acta Dermatovenereol Alp Pannonica Adriat. 2021 Jun;30(2):63-66. PMID: 34169701. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34169701/>
7. Petrof G., Papanikolaou M., Martinez A. E. et al. The epidemiology of epidermolysis bullosa in England and Wales: data from the national epidermolysis bullosa database // British Journal of Dermatology. – 2022 May;186(5):843–848. doi: 10.1111/bjd.20958. PMID: 34927719. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34927719/>
8. Has C., Hess M., Anemüller W. et al. Epidemiology of inherited epidermolysis bullosa in Germany // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. – 2023 Feb;37(2):402–410. doi: 10.1111/jdv.18637. PMID: 36196047. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36196047/>
9. DEBRA International. The world's leading epidermolysis bullosa patient advocacy and support network // Vienna: DEBRA International. – URL: <https://www.debra-international.org/>
10. Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний. Люди-бабочки: что такое буллезный эпидермолиз и каковы современные подходы к терапии // Официальный сайт КНЦДИЗ. – URL: <https://kncdiz.kz/ru/news/item/7535/>
- Kazakhskiy nauchnyy tsentr dermatologii i infektsionnykh zabolevaniy. Lyudi-babochki: chto takoe bulleznyy epidermoliz i kakovy sovremennye podkhody k terapii // Ofitsial'nyy sayt KNTsDIZ. – URL: <https://kncdiz.kz/ru/news/item/7535/>
11. Bardhan A., Bruckner-Tuderman L., Chapple I. L. C. et al. Epidermolysis bullosa // Nat. Rev. Dis.Primers. – 2020 Sep 24;6(1):78. doi: 10.1038/s41572-020-0210-0. PMID: 32973163. – URL: <https://www.nature.com/articles/s41572-020-0210-0>
12. Stevens L. J., McKenna S., Marty J. et al. Understanding the outcomes of a home nursing programme for patients with epidermolysis bullosa: an Australian perspective // International Wound Journal. – 2016 Oct;13(5):863-869. doi: 10.1111/iwj.12394. Epub 2014 Dec 3. PMID: 25469719; PMCID: PMC7950174. – URL: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/iwj.12394>
13. Fine JD, Johnson LB, Weiner M. et al. Cause-specific risks of childhood death in inherited epidermolysis bullosa. J Pediatr. 2008 Feb;152(2):276–280. doi: 10.1016/j.jpeds.2007.06.039. PMID: 18206702. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18206702/>
14. So JY, Fulchand S, Wong CY. et al. A global, cross-sectional survey of patient-reported outcomes, disease burden, and quality of life in epidermolysis bullosa simplex. Orphanet J Rare Dis. 2022 Jul 15;17(1):270. doi: 10.1186/s13023-022-02433-3. PMID: 35841105. – URL: https://link.springer.com/article/10.1186/s13023-022-02433-3?utm_source
15. Eng VA, Solis DC, Gorell ES. et al. Patient-reported outcomes and quality of life in recessive dystrophic epidermolysis bullosa: A global cross-sectional survey. J Am Acad Dermatol. 2021 Nov;85(5):1161–1167. doi: 10.1016/j.jaad.2020.03.028. PMID: 32199895. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32199895/>
16. Togo CCG, Zidario APC, Gonçalves VSS. et al. Quality of life in people with epidermolysis bullosa: a systematic review. Qual Life Res. 2020 Jul;29(7):1731–1745. doi: 10.1007/s11136-020-02495-5. PMID: 32246433 – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32246433/>
17. Hall S. Life, epidermolysis bullosa and chasing tornadoes. J Wound Care. 2004 Nov;13(10):405–406. doi: 10.12968/jowc.2004.13.10.27266. PMID: 15575565. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15575565/>

18. Goldschneider KR, Good J, Harrop E. et al. Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association International (DEBRA International). Pain care for patients with epidermolysis bullosa: best care practice guidelines. BMC Med. 2014 Oct 9;12:178. doi: 10.1186/s12916-014-0178-2. PMID: 25603875; PMCID: PMC4190576. – URL: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12916-014-0178-2>

19. Anderson BT, Feinstein JA, Kramer RE, et al. Approach and Safety of Esophageal Dilation for Treatment of Strictures in Children With Epidermolysis Bullosa. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2018 Dec;67(6):701-705. doi: 10.1097/MPG.0000000000002106. PMID: 30052567; PMCID: PMC6249086.

20. Chogani F, Parvizi MM, Murrell DF, Handjani F. Assessing the quality of life in the families of patients with epidermolysis bullosa: The mothers as main caregivers. Int J Womens Dermatol. 2021 Aug 26;7(5Part B):721-726. doi: 10.1016/j.ijwd.2021.08.007. PMID: 35028371; PMCID: PMC8714583.

21. Dures E, Morris M, Gleeson K, Rumsey N. 'You're whatever the patient needs at the time': the impact on health and social care professionals of supporting people with epidermolysis bullosa. Chronic Illn. 2010 Sep;6(3):215-27. doi: 10.1177/1742395310377006. Epub 2010 Jul 27. PMID: 20663801. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20663801/>

22. Bellon N, Corset I. L'épidermolyse bulleuse héréditaire chez les enfants [Hereditary epidermolysis bullosa in children]. Soins. 2023 Nov;68(880):18-23. French. doi: 10.1016/j.soins.2023.09.005. Epub 2023 Oct 23. PMID: 37931991. – URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37931991/>

А.О. Жаненова*, Н.М. Мұхит

"С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" КЕАҚ,
Алматы қ., Қазақстан

**Хат алысатын автор: А.О. Жаненова - "С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" КЕАҚ, Алматы қ., Қазақстан, e-mail: a.zhanenova@mail.ru*

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған

Қаржыландыру: көрсетілмеген

СТАЦИОНАР ЖАҒДАЙЫНДА БУЛЛЁЗДІ ЭПИДЕРМОЛИЗИ БАР ПАЦИЕНТТЕРГЕ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМДІ ҰЙЫМДАСТЫРУ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ. ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ

Аннотация

Буллёзді эпидермолиз – сирек кездесетін тұқым қуалайтын аурулардың бірі және созылмалы ауыр ағымымен, сондай-ақ мүгедектікке әкелу қаупінің жоғарылығымен сипатталатын маңызды медициналық-әлеуметтік мәселе болып табылады. Бұл ауруға тері мен шырышты қабықтардың айқын нәзіктігі тән: тіпті аз ғана механикалық әсердің өзі күлдіреуік, эрозия және ұзақ уақыт жазылмайтын жаралардың пайда болуына әкелуі мүмкін. Мұндай зақымданулар тұрақты ауырсынумен, жиі инфекциялық асқынулармен қатар жүреді және науқастардың күнделікті белсенділігін едәуір шектейді. Физикалық қолайсыздықтардан бөлек, ауру адамның эмоционалдық жағдайына, әлеуметтік бейімделуіне және жалпы өмір сүру сапасына да теріс әсер етеді.

Заманауи медицинада емдеу мен күтім жасау тәсілдері жетілдірілгеніне қарамастан, буллезді эпидермолизбен ауыратын науқастар әлі де мамандардың тұрақты бақылауын және ұзақ мерзімді демеуші терапияны қажет етеді. Мұндай жағдайда дұрыс ұйымдастырылған мейіргерлік күтімнің маңызы ерекше. Ол терінің жарақаттануын болдырмауға, инфекция қаупін азайтуға, ауырсыну синдромын бақылауға және науқастың жалпы жағдайын қолдауға бағытталған. Стационар жағдайында мейіргер науқасты үздіксіз бақылап, жеке күтім жоспарын жүзеге асырады, сондықтан емдеу үдерісінің маңызды қатысушыларының бірі болып саналады.

Осы жұмыста стационар жағдайында буллезді эпидермолизбен ауыратын науқастарға көрсетілетін мейіргерлік күтімді ұйымдастырудың негізгі мәселелері қарастырылған. Әсіресе таңу жүргізудің ерекшеліктеріне, теріні зақымдамайтын атравматикалық таңғыш материалдарды таңдауға, асептика және антисептика талаптарын сақтауға, сондай-ақ науқастар мен олардың отбасы мүшелеріне психологиялық қолдау көрсету мәселелеріне назар аударылған. Дұрыс ұйымдастырылған мейіргерлік араласулар асқынулардың даму қаупін төмендетуге, ауырсыну синдромының қарқындылығын азайтуға және науқастардың өмір сүру сапасын жақсартуға мүмкіндік беретіні көрсетілген.

Түйінді сөздер: буллезді эпидермолиз, мейіргерлік күтім, созылмалы жаралар, орфандық аурулар, стационар, өмір сапасы, мейіргер, таңу, сирек аурулар.

A.O. Zhanenova*, N.M. Mukhit

The Non-Profit Joint Stock Company «Kazakh national medical university named after S.D. Asfendiyarov», Almaty, Kazakhstan

***For correspondence:** A.O. Zhanenova - The Non-Profit Joint Stock Company “Kazakh national medical university named after S.D. Asfendiyarov”, Almaty, Kazakhstan, e-mail: a.zhanenova@mail.ru

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflicts of interest

Author contribution: All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers

Funding: none

FEATURES OF ORGANIZING NURSING CARE FOR PATIENTS WITH EPIDERMOLYSIS BULLOSA IN HOSPITAL SETTINGS. LITERATURE REVIEW

Annotation

Bullous epidermolysis is a rare hereditary disease and remains a significant medical and social concern due to its severe chronic course and high risk of disability. The condition is characterized by extreme fragility of the skin and mucous membranes, where even minor mechanical trauma can lead to the formation of blisters, erosions, and chronic non-healing wounds. Such lesions are accompanied by persistent pain, frequent infectious complications, and substantial limitations in patients' daily activities. In addition to physical suffering, the disease has a profound impact on emotional well-being, social adaptation, and overall quality of life.

Despite advances in modern medicine regarding treatment and patient care, individuals with bullous epidermolysis continue to require continuous specialist supervision and long-term supportive therapy. Under these circumstances, well-organized nursing care plays a crucial role. Its primary objectives include preventing skin trauma, reducing the risk of infections, managing pain,

and maintaining the patient's overall health status. In inpatient settings, nurses provide continuous monitoring and implement individualized care plans, making them essential members of the healthcare team.

This study examines the main aspects of organizing nursing care for patients with bullous epidermolysis in hospital settings. Particular attention is given to the specific features of wound dressing procedures, the selection of atraumatic dressing materials, adherence to aseptic and antiseptic principles, and the provision of psychological support for patients and their family members. The study demonstrates that properly organized nursing interventions can reduce the risk of complications, alleviate pain, and improve the quality of life of patients living with this condition.

Key words: epidermolysis bullosa, nursing care, chronic wounds, orphan diseases, hospital, quality of life, nurse, wound dressing, rare diseases.

Сведения о соавторах:

Мұхит Назерке Мұхитқызы, магистрант Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова, e-mail: mukhit.nazerke@mail.ru

Дата поступления материала в редакцию: 15.09.2026

Дата рецензирования: 23.09.2026

Принято к публикации: 23.09.2026

МНТИ: 76.29.57

УДК: 616.5-036.12:616-083

DOI: 10.61075/3136-1013.2026.97.3.004

Н.М.Мұхит*, А.О.Жаненова

НАО «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова»,
г. Алматы, Казахстан

**Автор для корреспонденции: Мұхит Н.М. - НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: mukhit.nazerke@mail.ru*

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Вклад авторов: Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение обработки результатов и написания статьи. Авторы заявляют, что данный материал ранее не публиковался и не находился на рассмотрении в других издательствах

Финансирование: отсутствует

**РОЛЬ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**

Аннотация

Хронические дерматозы относятся к числу актуальных медико-социальных проблем, поскольку оказывают длительное негативное влияние не только на физическое состояние пациентов, но и на их психологическое благополучие, социальную адаптацию и материальное положение. Заболевания данной группы характеризуются хроническим течением с периодами обострений и ремиссий, что требует постоянного медицинского наблюдения и длительной поддерживающей терапии. Несмотря на развитие современных методов лечения, многие пациенты продолжают испытывать значительное снижение качества жизни. Это связано как с выраженными клиническими проявлениями заболевания, так и с психологическим дискомфортом, ограничениями в повседневной и социальной активности. В таких условиях особую значимость приобретает комплексный подход к ведению пациентов, включающий не только медикаментозную терапию, но и полноценный сестринский уход. Его основными задачами являются поддержание физического и эмоционального состояния пациента, повышение приверженности лечению и помощь в адаптации к заболеванию. Особенно важна роль среднего медицинского персонала в условиях стационара, где обеспечиваются непрерывное наблюдение за пациентом и индивидуальный подход к организации ухода.

Актуальность проблемы определяет необходимость изучения влияния хронических дерматозов на качество жизни пациентов и оценки роли сестринских вмешательств в его улучшении. В работе рассмотрены основные физические, психоэмоциональные, социальные и экономические аспекты качества жизни пациентов с хроническими дерматозами, а также раскрыты функции медицинской сестры в системе комплексного ухода. Анализ научной литературы показал, что сестринские вмешательства способствуют уменьшению выраженности симптомов заболевания, снижению психоэмоционального напряжения и улучшению социальной адаптации пациентов, что в конечном итоге положительно влияет на качество их жизни.

Ключевые слова: хронические дерматозы, качество жизни, сестринский уход, дерматологический индекс качества жизни.

Введение

Хронические дерматозы представляют собой группу заболеваний кожи, для которых характерны длительное течение, периодически рецидивы и отсутствие полного клинического выздоровления. К наиболее распространенным формам относятся псориаз, атопический дерматит и экзема. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2016), распространенность псориаза в общей популяции достигает около 2-3% [1]. При этом результаты исследования Richard et al. (2022) свидетельствуют о тенденции к росту заболеваемости кожными патологиями в странах Европы [2]. Высокая распространенность хронических дерматозов определяет их медицинскую значимость, однако не менее важным является их влияние на качество жизни пациентов. Как отмечают Trakatelli et.al (2023), данные заболевания приводят к снижению трудоспособности и увеличению экономических затрат как для самих пациентов, так и для системы здравоохранения в целом [3]. Помимо физических проявлений, хронические дерматозы оказывают существенное влияние на эмоциональное состояние человека. Так, у пациентов с тяжелыми формами атопического дерматита нередко развивается хронический стресс, который способен усугублять течение заболевания и негативно отражаться на общем самочувствии [4]. В связи с этим возрастает роль сестринского ухода. Современный подход рассматривает медицинскую сестру не только как исполнителя лечебных процедур, но и как активного участника лечебно-диагностического процесса, выполняющего образовательные, консультативные и психоэмоционально поддерживающие функции [5]. Учитывая многогранное влияние

хронических дерматозов на жизнь пациентов, представляется необходимым более подробно рассмотреть их медико-социальные особенности, а также значение сестринских вмешательств в системе комплексного ухода.

Хронические дерматозы как медико-социальная проблема

Анализ научной литературы показывает, что хронические дерматозы отличаются длительным рецидивирующим течением с чередованием периодов обострения и ремиссии. Продолжительное течение заболевания сопровождается нарушением барьерной функции кожи, что повышает риск присоединения вторичных инфекций [6]. Наряду с клиническими проявлениями большое внимание уделяется психологическому состоянию пациентов. Согласно данным Chen et al. (2023), существует прямая связь между тяжестью течения заболевания и уровнем психологического дистресса [7]. Чем выраженнее симптомы, тем выше вероятность развития тревожности, эмоционального напряжения и снижения самооценки.

Актуальность проблемы подтверждается и результатами исследований, проведенных в Казахстане. Так, Рысбекова Д.Е., Святова Г.С., Бейсебаева У.Т. и др., (2023), установили, что пациенты с атопическим дерматитом демонстрируют значительное снижение качества жизни, что подчеркивает важность данной проблемы на региональном уровне [8].

Дополнительную нагрузку создают экономические последствия заболевания. По данным Sarucci et al. (2020), хронические дерматозы связаны как с прямыми расходами на лечение, так и с косвенными потерями вследствие снижения трудоспособности и временной утратой работоспособности [9]. Таким образом, сочетание клинических симптомов, психологических трудностей и социальных ограничений приводит к существенному ухудшению качества жизни пациентов, которое сегодня рассматривается как один из важных показателей тяжести заболевания.

Качество жизни пациентов с хроническими дерматозами

Качество жизни представляет собой комплексный показатель, отражающий влияние заболевания на физическое, психологическое и социальное благополучие человека. Для его оценки в дерматологической практике широко используется дерматологический индекс качества жизни (DLQI - Dermatology Life Quality Index), разработанный Finlay и Khan (1994) [10]. Одним из симптомов, наиболее заметно влияющих на повседневную жизнь пациентов, является хронический зуд. По данным Koszoru et al. (2022), именно он часто становится причиной нарушений сна, снижения работоспособности и ограничения социальной активности [11]. Существенную роль играют и психоэмоциональные нарушения.

Huang et al. (2022) отмечают высокий уровень тревожности и депрессивных расстройств среди пациентов с атопическим дерматитом [12]. Постоянный дискомфорт и видимые изменения кожи могут вызывать чувство неуверенности в себе и способствовать социальной изоляции. Особенно заметны социальные последствия заболевания среди молодых пациентов, для которых внешний вид играет важную роль в межличностном общении и социальной адаптации [13]. Современные исследования также подтверждают высокую информативность и клиническую значимость индекса DLQI при оценке качества жизни пациентов с псориазом и другими хроническими дерматозами, а также при анализе эффективности проводимой терапии [14]. Учитывая выраженное влияние заболевания на различные стороны жизни пациента, все большее внимание уделяется немедикаментозным методом поддержки, среди которых важное место занимает сестринский уход.

Сестринские вмешательства при хронических дерматозах

Согласно данным современной литературы, сестринские вмешательства являются важной частью комплексного ведения пациентов с хроническими дерматозами, поскольку оказывают положительное влияние не только на течение заболевания, но и на психологическое состояние пациентов.

Одним из основных направлений работы медицинской сестры является уход за кожей. Он включает контроль правильного использования эмоленов, применение щадящих

очищающих средств и соблюдение рекомендаций по местной терапии. По данным Urzua et al. (2025), поддержание целостности кожного барьера способствует снижению риска обострений и вторичных инфекций [6]. Результаты исследования Svendsen et al. (2022) показали, что участие специализированных дерматологических медицинских сестер в ведении пациентов с псориазом связано с улучшением качества жизни, уменьшением выраженности зуда и повышением приверженности лечению [5]. Кроме того, регулярное сестринское наблюдение позволяет более эффективно контролировать течение заболевания.

Важным элементом ухода является мониторинг симптомов. Медицинская сестра оценивает динамику воспалительных изменений кожи, интенсивность зуда, наличие расчесов и признаков инфекционных осложнений. Как отмечают Chen et al. (2023), своевременное выявление ухудшений позволяет быстрее корректировать лечение и предотвращать развитие осложнений [7].

Не менее значимой является образовательная деятельность. Пациентам разъясняются правила ухода за кожей, особенности применения лекарственных препаратов и значение соблюдения назначенной терапии. Формирование навыков самоконтроля способствует более активному участию пациента в процессе лечения. Отдельное место занимает психологическая поддержка. Эмоциональное сопровождение помогает снизить уровень стресса и облегчает адаптацию к хроническому заболеванию [4]. Важным направлением работы также является профилактика обострений. Она включает выявление и устранение факторов, способных спровоцировать рецидив заболевания, таких как стрессовые ситуации, нарушения режима ухода за кожей или воздействие аллергенов. По данным Trakatelli et al. (2023), контроль подобных факторов позволяет уменьшить частоту рецидивов и улучшить течение болезни [3].

Роль сестринского ухода в улучшении качества жизни

Анализ современных исследований показывает, что сестринский уход оказывает существенное влияние на качество жизни пациентов с хроническими дерматозами. Его эффективность связана с комплексным воздействием на физические, психологические и социальные аспекты здоровья. По данным Svendsen et al. (2022) и Rosmarin et al. (2022), активное участие медицинских сестер в процессе лечения способствует улучшению как клинических, так и психосоциальных показателей [5,15]. У пациентов отмечаются уменьшение интенсивности зуда, снижение выраженности воспалительных проявлений и улучшение общего самочувствия. Систематическое наблюдение позволяет своевременно выявлять изменения в состоянии пациента и предупреждать развитие осложнений. Благодаря раннему вмешательству удастся снизить частоту обострений, что напрямую отражается на показателях качества жизни.

Особое значение имеет образовательная работа медицинской сестры. Повышение уровня медицинской грамотности пациентов способствует формированию навыков самоконтроля и более ответственному отношению к лечению.

В структуре сестринского ухода важное место занимает и психоэмоциональная поддержка. Хронические дерматозы нередко сопровождаются тревожностью, депрессивными состояниями, снижением самооценки и чувством социальной отчужденности. Исследования Bashyam et al. (2021) показали, что регулярная психологическая поддержка со стороны медицинского персонала способствует уменьшению эмоционального напряжения и улучшению адаптации пациентов [4].

Кроме того, сестринские вмешательства способствуют улучшению таких ключевых параметров качества жизни, как:

- снижение выраженности симптомов (зуд, боль, воспаление);
- нормализация сна, что связано с уменьшением ночного зуда;
- повышение социальной активности, обусловленное улучшением внешнего состояния кожи и психологического комфорта;

- снижение уровня тревожности и депрессии, что подтверждается данными исследований Chen et al. (2023) [7].

Заключение

Проведенный анализ современной научной литературы позволяет сделать вывод о том, что хронические дерматозы являются серьезной медико-социальной проблемой, оказывающей комплексное влияние на физическое, психологическое и социальное благополучие пациентов.

Результаты исследований свидетельствуют о значительном снижении качества жизни у данной категории пациентов, что подтверждается показателями дерматологического индекса качества жизни (DLQI). Высокие значения этого показателя отражают ограничения повседневной активности, нарушения сна, снижение работоспособности и ухудшение эмоционального состояния.

Анализ литературы также показал, что сестринские вмешательства занимают важное место в системе комплексного ведения пациентов с хроническими дерматозами. Их эффективность обеспечивается сочетанием нескольких направлений работы: регулярного наблюдения, обучения пациентов, ухода за кожей, профилактики осложнений и психологической поддержки.

Участие медицинской сестры в процессе лечения способствует повышению приверженности терапии, снижению частоты обострений, уменьшению выраженности клинических симптомов, улучшению психоэмоционального состояния и социальной адаптации пациентов.

Таким образом, сестринский уход следует рассматривать как неотъемлемую часть мультидисциплинарного подхода к лечению хронических дерматозов. Полученные данные подтверждают необходимость дальнейших исследований, направленных на количественную оценку эффективности сестринских вмешательств и разработку стандартизированных моделей сестринского сопровождения пациентов дерматологического профиля.

Список использованных источников:

1. World Health Organization. Global report on psoriasis. Geneva: WHO; 26 October 2016. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565189>
2. Richard MA, Paul C, Nijsten T et al. EADV burden of skin diseases project team. Prevalence of most common skin diseases in Europe: a population-based study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2022 Jul;36(7):1088-1096. doi: 10.1111/jdv.18050. Epub 2022 Mar 22. PMID: 35274366; PMCID: PMC9415115.
3. Trakatelli M, Richard MA, Rouillard A et al. The burden of skin disease in Europe. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2023 Oct;37 Suppl 7:3-5. doi: 10.1111/jdv.19390. PMID: 37806000.
4. Bashyam AM, Ganguli S, Mahajan P, Feldman SR. Lifelong Impact of Severe Atopic Dermatitis on Quality of Life: A Case Report. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2021 Jun;11(3):1065-1070. doi: 10.1007/s13555-021-00515-x. Epub 2021 Apr 9. PMID: 33835411; PMCID: PMC8163918.
5. Svendsen MT, Feldman SR, Mejlidal A et al. Regular support provided by dermatological nurses improves outcomes in patients with psoriasis treated with topical drugs: a randomized controlled trial. *Clin Exp Dermatol*. 2022 Dec;47(12):2208-2221. doi: 10.1111/ced.15370. Epub 2022 Oct 25. PMID: 35973788; PMCID: PMC10092433.
6. Espinoza Urzua I, Vidal Vidal MI, Vega Solano M et al. Skin Barrier Dysfunction in Chronic Dermatoses: From Pathophysiology to Emerging Therapeutic Strategies. *Cureus*. 2025 Jun 28;17(6):e86937. doi: 10.7759/cureus.86937. PMID: 40734872; PMCID: PMC12304493.
7. Chen Y, Wei L, Song Y et al. Life quality among psoriasis patients based on Dermatology Life Quality Index evaluation and its association with psoriasis severity in China: a cross-sectional study. *Ann Med*. 2023 Dec;55(1):2231847. doi: 10.1080/07853890.2023.2231847. PMID: 37417705; PMCID: PMC10332216.

8. Рысбекова Д.Е.¹, Святова Г.С.², Бейсебаева У.Т.¹ и др. Корреляция качества жизни и тяжести течения атопического дерматита в Алматы. Фармация Казахстана. 2023;6(251):95-100. doi: 10.53511/PHARMKAZ.2024.33.87.013

Rysbekova D.E.¹, Svyatova G.S.², Beysebaeva U.T.¹ i dr. Korrelyatsiya kachestva zhizni i tyazhesti techeniya atopicheskogo dermatita v Almaty. Farmatsiya Kazakhstana. 2023;6(251):95-100. doi: 10.53511/PHARMKAZ.2024.33.87.013

9. Capucci S, Hahn-Pedersen J, Vilsbøll A, Kragh N. Impact of Atopic Dermatitis and Chronic Hand Eczema on Quality of Life Compared With Other Chronic Diseases. Dermatitis. 2020 May/Jun;31(3):178-184. doi: 10.1097/DER.0000000000000598. PMID: 32404625.

10. Finlay AY, Khan GK. Dermatology Life Quality Index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. Clin Exp Dermatol. 1994 May;19(3):210-6. doi: 10.1111/j.1365-2230.1994.tb01167.x. PMID: 8033378.

11. Koszorú K, Hajdu K, Brodszky V et al. General and Skin-Specific Health-Related Quality of Life in Patients With Atopic Dermatitis Before and During the COVID-19 Pandemic. Dermatitis. 2022 Nov-Dec 01;33(6S):S92-S103. doi: 10.1097/DER.0000000000000908. Epub 2022 Jun 8. PMID: 35674639; PMCID: PMC9674441.

12. Huang J, Choo YJ, Smith HE, Apfelbacher C. Quality of life in atopic dermatitis in Asian countries: a systematic review. Arch Dermatol Res. 2022 Jul;314(5):445-462. doi: 10.1007/s00403-021-02246-7. Epub 2021 Jun 4. PMID: 34086064; PMCID: PMC9162971.

13. Birdi G, Cooke R, Knibb RC. Impact of atopic dermatitis on quality of life in adults: a systematic review and meta-analysis. Int J Dermatol. 2020 Apr;59(4):e75-e91. doi: 10.1111/ijd.14763. Epub 2020 Jan 13. PMID: 31930494.

14. Zou Q, Luo Y, Hao D et al. Validation and application of the Dermatology Life Quality Index score, a modification of the DLQI score, in psoriasis patients. J Health Popul Nutr. 2024 Jun 22;43(1):92. doi: 10.1186/s41043-024-00587-3. PMID: 38909238; PMCID: PMC11193232.

15. Rosmarin D, Fretzin S, Strowd L et al. Rapid Improvement in Skin Pain Severity and Its Impact on Quality of Life in Adult Patients With Moderate-to-Severe Atopic Dermatitis From a Double-Blind, Placebo-Controlled Baricitinib Phase 3 Study. J Cutan Med Surg. 2022 Jul-Aug;26(4):377-385. doi: 10.1177/12034754221088542. Epub 2022 Mar 31. PMID: 35354410.

Н.М.Мұхит*, А.О.Жаненова

"С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" КЕАҚ,
Алматы қ., Қазақстан

**Хат алысатын автор: Мұхит Н.М. - "С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" КЕАҚ, Алматы қ., Қазақстан, e-mail: mukhit.nazerke@mail.ru*

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған

Қаржыландыру: қорсетілмеген

СОЗЫЛМАЛЫ ДЕРМАТОЗДАРЫ БАР ПАЦИЕНТТЕРДІҢ ӨМІР САПАСЫН АРТТЫРУДАҒЫ МЕЙІРГЕРЛІК КҮТІМНІҢ РӨЛІ. ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ

Аннотация

Созылмалы дерматоздар өзекті медициналық-әлеуметтік мәселелердің қатарына жатады, өйткені олар науқастардың тек физикалық жағдайына ғана емес, сонымен қатар

психологиялық әл-ауқатына әлеуметтік бейімделуіне және материалдық жағдайына ұзақ мерзімді теріс әсер етеді. Бұл топқа жататын аурулар асқыну және ремиссия кезеңдерімен сипатталатын созылмалы ағымға ие, сондықтан тұрақты медициналық бақылау мен ұзақ мерзімді демеуші емдеуді қажет етеді. Заманауи емдеу әдістерінің дамуына қарамастан, көптеген науқастар өмір сапасының айтарлықтай төмендеуін әлі де сезінуде. Бұл аурудың айқын клиникалық көріністерімен қатар, психологиялық жайсыздықпен, күнделікті және әлеуметтік белсенділікті шектеулермен байланысты. Осындай жағдайларда науқастарды жүргізудің кешенді тәсілі ерекше маңызға ие болады. Ол тек дәрі-дәрмектік терапияны ғана емес, сонымен бірге толыққанды мейіргерлік күтімді де қамтиды. Оның негізгі міндеттері – науқастардың физикалық және эмоционалдық жағдайын қолдау, емге бейімділігін арттыру және ауруға бейімделуіне көмектесу. Әсіресе стационар жағдайында орта медициналық персоналдың рөлі маңызды, өйткені дәл осы жерде науқасты үздіксіз бақылау және күтімді ұйымдастыруда және жеке тәсіл қамтамасыз етіледі.

Мәселенің өзектілігі созылмалы дерматоздардың науқастардың өмір сапасына әсерін зерттеуді және оны жақсартудағы мейіргерлік араласулардың рөлін бағалауды қажет етеді. Бұл жұмыста созылмалы дерматоздары бар науқастардың өмір сапасының негізгі физикалық, психоэмоционалдық, әлеуметтік және экономикалық аспектілері қарастырылып, сондай-ақ кешенді күтім жүйесіндегі мейіргердің қызметтері сипатталған. Ғылыми әдебиеттерді талдау мейіргерлік араласулардың ауру симптомдарының айқындылығын азайтуға, психоэмоционалдық шиеленісті төмендетуге және науқастардың әлеуметтік бейімделуін жақсартуға ықпал ететінін көрсетті. Нәтижесінде бұл олардың өмір сапасына оң әсерін тигізеді.

Түйінді сөздер: созылмалы дерматоздар, өмір сапасы, мейіргерлік күтім, дерматологиялық өмір сапасы индексі.

N.M. Mukhit*, A.O. Zhanenova

The Non-Profit Joint Stock Company «Kazakh national medical university named after S.D. Asfendiyarov», Almaty, Kazakhstan

***For correspondence:** N.M. Mukhit - The Non-Profit Joint Stock Company “Kazakh national medical university named after S.D. Asfendiyarov”, Almaty, Kazakhstan, e-mail: mukhit.nazerke@mail.ru

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflicts of interest

Author contribution: All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers

Funding: none

THE ROLE OF NURSING CARE IN IMPROVING THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH CHRONIC DERMATOSES. LITERATURE REVIEW

Annotation

Chronic dermatoses are among the most significant medical and social health problems, as they have a long-term negative impact not only on patients' physical condition but also on their psychological well-being, social adaptation, and financial status. Diseases in this group are characterized by a chronic course with periods of exacerbation and remission, requiring continuous medical supervision and long-term maintenance therapy. Despite advances in modern treatment methods, many patients continue to experience a considerable decline in their quality of life. This is associated not only with the pronounced clinical manifestations of the disease but also with psychological discomfort and limitations in daily and social activities. Under such circumstances, a

comprehensive approach to patient management becomes particularly important. This approach includes not only pharmacological treatment but also comprehensive nursing care. Its main objectives are to support the patient's physical and emotional well-being, improve adherence to treatment, and assist in adapting to the disease. The role of nursing staff is especially important in inpatient settings, where continuous patient monitoring and an individualized approach to care can be ensured.

The relevance of this issue highlights the need to study the impact of chronic dermatoses on patients' quality of life and to evaluate the role of nursing interventions in improving it. This paper examines the main physical, psycho-emotional, social, and economic aspects of the quality of life of patients with chronic dermatoses and describes the functions of nurses within a comprehensive care system. An analysis of the scientific literature has shown that nursing interventions contribute to reducing the severity of disease symptoms, alleviating psycho-emotional stress, and improving patients' social adaptation, which ultimately has a positive effect on their overall quality of life.

Key words: chronic dermatoses, quality of life, nursing care, Dermatology Life Quality Index.

Сведения о соавторах:

Жаненова Айжан Оразбекқызы, магистрант Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова, e-mail: a.zhanenova@mail.ru

Дата поступления материала в редакцию: 17.09.2026

Дата рецензирования: 25.09.2026

Принято к публикации: 25.09.2026

МРНТИ: 76.29.57

УДК: 616.516-616.516.5

DOI: 10.61075/3136-1013.2026.97.3.005

А.С. Садуақасова¹, А.Е. Сүйеніш^{1*}, У.Т. Бейсебаева²

¹НАО «Казахский национальный университет им. Аль-Фараби» г. Алматы, Казахстан

²НАО «Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан

***Автор для корреспонденции:** А.Е. Сүйеніш – НАО «Казахский национальный университет им. Аль-Фараби» г. Алматы, Казахстан, e-mail: akerkemsuienish@gmail.com

Конфликт интересов: Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Вклад авторов: Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции выполнение обработку результатов и написание статьи. Авторы заявляют, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах

ПИГМЕНТНАЯ ФОРМА КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ У ДЕТЕЙ В СОЧЕТАНИИ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ И СИСТЕМАТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Аннотация

Сочетание красного плоского лишая с atopическим дерматитом - это состояние, которое встречается крайне редко и практически не систематизировано в литературе. Нами представлен случай пигментной формы красного плоского лишая у ребенка 9 лет с atopическим дерматитом в анамнезе. Клиническая картина характеризовалась гиперпигментированными пятнами без выраженного инфильтративного компонента, умеренным зудом и тенденцией к хронизации.

Целью данной работы являлась оценка клинических особенностей пигментной формы красного плоского лишая у ребенка с atopическим дерматитом, и провести систематический анализ опубликованных данных о подобных сочетаниях. В ходе работы проведено обсервационное исследование в формате клинического случая и систематический обзор литературы за период 2000-2026 гг. Поиск осуществлялся в базах PubMed, Scopus и Web of Science.

Сочетание пигментной формы красного плоского лишая и atopического дерматита требует повышенной клинической настороженности. Необходим индивидуализированный терапевтический подход с учетом нарушенной барьерной функции кожи.

Ключевые слова: красный плоский лишай, гиперпигментация, atopический дерматит, детский возраст, аутоиммунные заболевания.

Введение

Красный плоский лишай (КПЛ) - хронический иммуновоспалительный дерматоз с поражением кожи и слизистых оболочек. Помимо типичных папулезных высыпаний, в клинической практике встречаются атипичные формы заболевания, протекающие с выраженной гиперпигментацией. Пигментная форма КПЛ (lichen planus pigmentosus, LPP) - редкий вариант заболевания, особенно в педиатрической практике, сопровождающаяся преимущественно макулярной гиперпигментацией с минимальными папулезными проявлениями, что представляет диагностическую сложность ввиду схожести с поствоспалительной гиперпигментацией и другими дерматозами с изменениями цвета кожи и затрудняет раннюю диагностику - такие данные представлены в обзоре Mitchell и Silverberg, где описано 21 детский случай КПЛ [1].

В литературе можно встретить описание клинических случаев КПЛ у взрослых, его пигментный вариант наблюдается в 2-2,8% случаев среди детей с КПЛ [1]. Некоторые публикации последних лет сообщают о редких возрастных проявлениях КПЛ у детей, включая блашкоидные варианты, что расширяет клинический спектр заболевания и подчёркивает возможность атипичных расположений элементов [2]. В современных исследованиях публикации на тему КПЛ у детей имеют ограниченный характер, что требует дальнейшего анализа и систематизации имеющихся данных.

Атопический дерматит (АД) представляет собой хроническое воспалительное заболевание кожи, в развитии которого ведущую роль играет нарушение барьерной функции эпидермиса. Современные данные показывают, что структурные дефекты рогового слоя, изменения липидного матрикса, снижение синтеза белков дифференцировки и иммуновоспалительные механизмы формируют устойчивую барьерную недостаточность. Данные механизмы способствуют развитию хронических воспалительных изменений и развивают феномен Кебнера, приводящее к появлению лихеноидных элементов на коже при

повторной травматизации [1]. Хотя опубликованные исследования демонстрируют эпизодические отдельные случаи КПЛ у взрослых с АД, опубликованные данные о сочетании пигментной формы КПЛ и АД именно у детской популяции отсутствуют, что делает актуальным систематическое изучение данного сочетания.

Современные публикации по КПЛ в основном затрагивают описания клинических наблюдений, а также терапевтический подход, что указано, например, в недавно опубликованном случае с блашкоидным вариантом у ребёнка [2]. Имеются публикации по поводу патогенеза и обсуждения возможных иммунологических путей развития заболевания, методов лечения, включая экспериментальные направления терапии биологическими препаратами [3]. Однако обобщённые данные о влиянии атопического фона на клиническое течение, морфологические особенности и исходы пигментной формы КПЛ отсутствуют.

Дефицит профильных публикаций обуславливает необходимость детального изучения пигментного КПЛ у детей. Требуют уточнения как клинические характеристики дерматоза, так и особенности его патогенеза на фоне сопутствующего атопического дерматита. Целью данного исследования является анализ клинических особенностей пигментной формы КПЛ у ребёнка с АД и сопоставление полученных данных с результатами систематизированного анализа современной литературы.

Материалы и методы

Систематический обзор литературы

Дизайн и протокол обзора. Систематический обзор литературы выполнен в соответствии с рекомендациями PRISMA 2020 (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses). Протокол обзора предварительно не регистрировался, что связано с редкостью патологии и отсутствием ранее систематизированных данных по изучаемой комбинации.

Источники информации. Поиск научных публикаций производился в электронных базах данных PubMed (MEDLINE), Scopus, Web of Science.

Дополнительно проводился ручной поиск релевантных публикаций по спискам литературы включённых статей. Основные поисковые запросы включали следующие формулировки: “lichen planus pigmentosus AND child”, “pigmentary lichen planus AND pediatric”, “lichen planus AND atopic dermatitis AND child”, “lichen planus AND hyperpigmentation AND pediatric”.

Поиск осуществлялся исключительно среди публикаций на английском языке и исследованиями, выполненными с участием человека.

Критерии включения. В систематический обзор включались публикации, соответствующие следующим критериям:

- Участники исследования - дети и подростки в возрасте до 18 лет;
- Клинически подтверждённый диагноз пигментной формы КПЛ;
- Описание оригинальных клинических данных (клинические случаи, серии случаев);
- Указание клинических особенностей, локализации поражений и/или сопутствующей патологии, включая атопический дерматит;
- Доступность полного текста публикации.

Критерии исключения. Из анализа исключались:

- публикации, включающие исключительно взрослых пациентов;
- обзорные статьи без описания клинических наблюдений;
- экспериментальные исследования и исследования на животных моделях;
- статьи без чёткого описания диагностических критериев;
- дублирующие публикации.

Процесс отбора исследований осуществлялся в несколько этапов:

- первичный скрининг заголовков и аннотаций;
- оценка полнотекстовых статей на соответствие критериям включения и исключения;

- финальный отбор публикаций для качественного анализа.

Всего было выявлено 47 источников. После удаления дубликатов (n=11) и исключения нерелевантных публикаций (n=27) в итоговый анализ включено 20 исследований. На каждом этапе исключались нерелевантные или дублирующие источники.

Этические аспекты. Поскольку систематический обзор основан на анализе ранее опубликованных данных, дополнительного одобрения этического комитета не требовалось.

Клинический случай

Дизайн исследования. Исследование выполнено в формате обсервационного описательного клинического наблюдения (case report). Описан клинический случай пигментной формы КПЛ у ребенка с сопутствующим АД, наблюдавшегося в условиях специализированного дерматологического стационара.

Этические аспекты. Получено устное и письменное информированное добровольное согласие родителей пациента на использование обезличенных клинических данных в научных целях. Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации.

Результаты

Результаты клинического наблюдения

Пациент - мальчик 9 лет, госпитализирован в Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний по направлению дерматолога по месту жительства в связи с отсутствием эффекта от амбулаторного лечения и прогрессированием кожного процесса. Жалобы при поступлении: со слов матери на момент поступления на кожные высыпания и умеренно выраженный зуд. Пациент с младенческих лет страдает АД, что проявляется повышенной сухостью кожи и шелушением кожи в области лица, конечностей. Аллергоанамнез не отягощен. В анамнезе первые гиперпигментированные пятна у пациента появились в области нижних век и на кистях с марта 2025 года. В амбулаторных условиях применялись топические глюкокортикостероиды (метилпреднизолона ацепонат), гепариновая мазь, витамины А и D без выраженного клинического эффекта. С сентября 2025 года зафиксировано повторное появление высыпаний с тенденцией к распространению, в связи с чем пациент направлен на стационарное лечение в кожно-венерологическом диспансере по месту жительства.

Кожный процесс носил хронический характер, представлен множественными пятнами коричнево-синюшного цвета, преимущественно кольцевидной формы, диаметром до 2 см, с приподнятыми краями и мелкопластинчатым шелушением в области шеи, верхних и нижних конечностей (рисунок 1,2,3,4). В полости рта на внутренней поверхности щек определялась линейная сетчатая структура, характерная для поражения слизистой оболочки. Красный дермографизм. Субъективно пациент отмечал чувство сухости и стянутости кожи.



Рисунок 1,2,3,4. Гиперпигментированная сыпь на тыльной поверхности правой, левой руки, области носогубного треугольника и лобной области

Пациенту выполнены стандартные клинико-лабораторные исследования, включающие общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, серологические тесты на сифилис, вирусные гепатиты В и С, ВИЧ-инфекцию, а также исследование кала на гельминты и простейшие. Патологических отклонений выявлено не было.

Нами определены пигментные точки, глобулы и диффузная гиперпигментация. Согласно Ianoși SL, Forsea AM, Luru M et al. (2019) паттерн пигментации по типу перца показывает присутствие меланофагов в поверхностном слое дермы (рисунок 5) [4].



Рисунок 5. Пигментные точки, глобулы и диффузная гиперпигментация при КПЛ

Другие пигментные паттерны, встречающиеся при высыпаниях при КПЛ – это перифолликулярный/аннулярный/гранулярный паттерн, линейный, ретикулярный или по типу булыжной мостовой, паттерн гомогенного облака нами не установлены.

Диагноз КПЛ выставлен на основании клинической картины и дерматоскопических признаков. Биопсия кожи не проводилась в связи с типичной клинической манифестацией и отсутствием диагностических сомнений

Проводилась комплексная терапия, включающая диетические рекомендации, системную и местную медикаментозную терапию, а также физиотерапевтические методы. Использовались топические противовоспалительные средства, препараты с противоаллергическим и десенсибилизирующим действием, а также средства наружного ухода за кожей. На момент выписки состояние пациента оценивалось как удовлетворительное. Кожный процесс находился в стадии регресса: активные воспалительные проявления уменьшились, сохранялись остаточные гиперпигментированные пятна без признаков прогрессирования.

Результаты систематического обзора литературы

В ходе поиска в базах PubMed, Scopus и Web of Science было выявлено 47 публикаций, из которых после удаления дубликатов (n=9) и первичного скрининга по заголовкам и аннотациям (n=27 исключены) для полнотекстового анализа отобрано 11 работ. По

результатам оценки соответствия критериям включения в окончательный анализ вошло 20 публикаций, представленных преимущественно клиническими случаями и сериями наблюдений.

Возраст пациентов в включенных исследованиях варьировал от 6 до 17 лет. В большинстве случаев пигментная форма характеризовалась макулярной гиперпигментацией с минимальной папулезной составляющей. Наиболее частой локализацией являлись лицо, шея и сгибательные поверхности конечностей. Общей тенденцией являлась длительная персистенция гиперпигментации даже после купирования воспаления [5,6]. В отдельных случаях описывались линейные или бляшкоидные варианты распределения высыпаний [2].

Пигментная форма КПЛ клинически проявлялась преимущественно макулярными гиперпигментированными элементами серо-коричневого или коричнево-синюшного цвета [1]. В ряде публикаций отмечалось отсутствие типичных фиолетовых папул, что затрудняло раннюю диагностику и приводило к изначальной трактовке высыпаний как поствоспалительной гиперпигментации или других пигментных дерматозов [1,7,8].

Проведенный анализ избранных в ходе работы публикаций показал, что сведения о сопутствующем течении АД представлены крайне ограниченно. Лишь в единичных клинических наблюдениях указывалось на наличие атопического фона или других атопических заболеваний. Систематизированного анализа влияния АД на течение пигментной формы заболевания в педиатрической популяции в доступной литературе не представлено [1,9]. В работе Mokos M. (2022) представлены 3 описанных уникальных случая пигментной формы КПЛ, ладонно-подошвенного кератоза Унны-Тоста и АД [8].

По данным литературы средний возраст на момент постановки диагноза КПЛ полости рта у детей составлял 11 лет, диапазон - от 3 до 17 лет. Наиболее часто встречался сетчатый тип поражения, за которым следовали бляшковидный, эрозивный, атрофический, склерозирующий и буллезный. Чаще всего поражалась слизистая оболочка щек, затем язык, губы и десны [10].

Однако ряд авторов указывал на возможную роль хронической травматизации кожи и барьерной дисфункции в поддержании воспалительного процесса [11].

Авторы отдельных работ высказывали предположение о возможной роли барьерной дисфункции кожи и хронического зуда как факторов, способствующих персистенции гиперпигментации и поддержанию воспалительного процесса, однако эти выводы носили гипотетический характер и не подтверждались аналитическими данными [7,12].

Во всех включённых исследованиях диагноз устанавливался преимущественно на основании клинической картины. В ряде случаев использовались дерматоскопия и гистологическое исследование кожи, выявлявшие признаки лихеноидного интерфейсного дерматита с базальной вакуолизацией и меланофагами в дерме [1,2].

В своей работе Y. Wang, L. Chen, J. Wang et al. (2023), L. Chen, Y. Wang, X. Gao, Q. Li (2024) утверждают, что конфокальная микроскопия является дополнительным диагностическим инструментом для линейных пигментированных пятен. Характеристики конфокальной микроскопии указывали на возможность интерфейсного дерматита, а также показала разрушение дермальных сосочков и наличие многочисленных нерегулярных частиц с высокими значениями преломления в поверхностном слое дермы [13,14].

Отмечалось, что у детей биопсия кожи применялась ограниченно, что обуславливало необходимость опоры на клинико-морфологическое сопоставление и динамическое наблюдение.

В большинстве случаев терапия включала топические глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина и фототерапию. Отмечалась тенденция к длительной персистенции поствоспалительной гиперпигментации даже после купирования активного воспаления.

Лечение, описанное в включённых публикациях, содержало преимущественно топические глюкокортикостероиды средней активности, ингибиторы кальциневрина и

эмоленты. В отдельных случаях применялась фототерапия. Большинство авторов отмечали частичную регрессию воспалительных проявлений при сохранении остаточной гиперпигментации в течение длительного времени [1,7,3].

Было проведено многоцентровое ретроспективное исследование пациентов с приобретенной дермальной макулярной гиперпигментацией и пигментной формой КПЛ для изучения эффективности и безопасности перорального изотретиноина в терапии. По результатам исследования пероральный прием изотретиноина представляется перспективным методом лечения Приобретенной дермальной макулярной гиперпигментации и пигментной формы КПЛ [15].

Сопоставление клинического наблюдения с литературными данными

Приведенный клинический случай демонстрирует сходство с описанными в литературе вариантами пигментной формы по морфологии и локализации очагов, однако отличается выраженной распространенностью процесса.

Данным опубликованных исследований соответствует хроническое течение, склонность к рецидивированию и частичная резистентность к амбулаторной терапии. Судя по наличию поражений слизистой оболочки полости рта, диагноз имеет место быть и носит системный иммуновоспалительный характер.

Полученные данные систематического обзора подтверждают низкую распространенность пигментной формы КПЛ в детском возрасте и ограниченность сведений о сочетании данного заболевания с АД. Представленный клинический случай соответствует описанным в литературе морфологическим характеристикам, однако отличается наличием выраженного атопического фона и распространённостью кожного процесса.

В итоге, анализ современной литературы за последние пять лет демонстрирует наличие значимого пробела в понимании клинико-патогенетических особенностей пигментной формы КПЛ у детей с АД, что подчёркивает актуальность дальнейших исследований в данном направлении.

Обсуждение

Пигментная форма КПЛ в педиатрической практике относится к редким вариантам заболевания и нередко представляет диагностические затруднения в ранней постановке диагноза ввиду отсутствия типичных фиолетовых папул и преобладания макулярной гиперпигментации. Систематический анализ литературы за последние семь лет еще раз подтвердил наличие ограниченного количества публикаций, посвящённых данной форме у детей, к тому же большинство работ представлены единичными клиническими случаями без сравнительного анализа.

Представленный клинический случай показывает ряд особенностей, соответствующих описанному в литературе данным: макулярные гиперпигментированные элементы с минимальной инфильтрацией, хроническое течение, склонность к рецидивированию и персистенцию остаточной пигментации. Локализация очагов (лицо, шея, конечности) и наличие поражения слизистой оболочки полости рта согласуются с клиническими характеристиками, описанными в современных публикациях [16].

В то же время существенным отличием данного наблюдения является наличие сопутствующего АД. Анализ литературы показал, что сведения о сочетании пигментной формы заболевания с атопическим фоном крайне ограничены и, как правило, упоминаются фрагментарно. Отсутствие систематизированных данных не позволяет однозначно оценить частоту такого сочетания, однако патогенетические механизмы обоих заболеваний позволяют предположить возможную взаимосвязь.

Как мы знаем, при АД ведущую роль в патогенезе играет нарушение кожного барьера, сопровождающееся повышенной трансэпидермальной потерей влаги, изменением липидного состава рогового слоя и усилением проникновения экзогенных антигенов. Хронический зуд и повторная механическая травматизация кожи могут стать причиной

развития феномена Кебнера и формированию лихеноидной реакции. В итоге, барьерная дисфункция при АД потенциально создаёт условия для активации Т-клеточного воспалительного ответа, характерного для КПЛ [17,18].

В представленном клиническом разборе заболевание характеризовалось прогрессированием на фоне стандартной амбулаторной терапии и последующим регрессом при комплексном стационарном лечении, включающем топические противовоспалительные средства и фототерапию. Такой ответ на терапию соответствует описанным в литературе подходам, где подчёркивается эффективность топических глюкокортикостероидов и ингибиторов кальциневрина при купировании воспалительной активности. Несмотря на это даже при клиническом улучшении сохраняется гиперпигментация, что отражает хронический характер процесса и участие дермальных меланофагов в патогенезе.

Особого внимания заслуживает диагностический аспект. У детей пигментная форма заболевания может имитировать поствоспалительную гиперпигментацию, фиксированную лекарственную эритему или другие пигментные дерматозы. В данном наблюдении наличие типичных изменений слизистой оболочки полости рта сыграло ключевую роль в клинической верификации диагноза, что подчёркивает необходимость тщательного осмотра слизистых при подозрении на лихеноидный процесс.

Проведённый систематический обзор выявил существенный пробел в данных о влиянии АД на течение пигментной формы КПЛ у детей. Отсутствуют исследования, которые бы оценивали и связывали тяжесть течения, длительность гиперпигментации и частоту рецидивов в зависимости от наличия атопического фона. В связи с этим мы ограничены в формулировке прогностических критериев и разработке дифференцированных терапевтических стратегий.

К сильным сторонам проведенной работы следует отметить сочетание детального клинического описания и систематизированного анализа современной литературы, что дает возможность рассматривать данный случай в более широком клинко-патогенетическом контексте. Ограничениями исследования являются единичный характер наблюдения и отсутствие длительного динамического контроля, что не позволяет оценить отдалённый прогноз.

В целом полученные данные позволяют предположить, что сочетание пигментной формы КПЛ и АД может иметь общие иммунопатогенетические механизмы, связанные с барьерной дисфункцией и Т-клеточной активацией. Необходимы дальнейшие наблюдательные исследования с включением более крупных педиатрических выборок для уточнения частоты, особенностей течения и оптимальных подходов к терапии при данном сочетании.

Заключение

Пигментная форма КПЛ в педиатрической практике является редким клиническим вариантом заболевания и характеризуется преобладанием макулярной гиперпигментации при минимальной выраженности воспалительного компонента, что существенно затрудняет раннюю диагностику. Представленное клиническое наблюдение продемонстрировало хроническое рецидивирующее течение заболевания с распространённым симметричным поражением кожи и вовлечением слизистой оболочки полости рта, имеющим важное диагностическое значение.

Проведённый систематический обзор литературы за последние семь лет показал, что доступные данные о пигментной форме КПЛ у детей ограничены преимущественно описаниями единичных клинических случаев и небольших серий наблюдений. Сведения о сочетании данного заболевания с АД носят фрагментарный характер, а систематизированный анализ клинических особенностей и исходов при наличии атопического фона в литературе отсутствует.

Сопоставление результатов клинического наблюдения с данными систематического обзора позволяет предположить, что барьерная дисфункция кожи, хронический зуд и повторная травматизация при АД могут играть роль в формировании и персистенции лихеноидного воспалительного процесса и стойкой гиперпигментации. Положительный клинический эффект комплексной терапии, включающей противовоспалительные наружные средства и фототерапию, подтверждает целесообразность индивидуализированного подхода с учётом сопутствующего атопического фона.

В итоге, сочетание пигментной формы КПЛ и АД у детей требует повышенной клинической настороженности, тщательной дифференциальной диагностики и длительного динамического наблюдения. Полученные данные подчёркивают необходимость дальнейших наблюдательных исследований с включением педиатрических пациентов для уточнения клинико-патогенетических механизмов, факторов прогноза и оптимальных терапевтических стратегий при данном сочетании заболеваний.

Список использованных источников:

1. Mitchell, K. Systematic Review of Lichen Planus Pigmentosus in Children / K. Mitchell, N. Silverberg // *Journal of Drugs in Dermatology*.-2022.-Vol. 21, №8.-P. 850-853.
2. AlNodali, N. A Case of Unilateral Blaschko-Linear Lichen Planus Pigmentosus in a Seven-Year-Old Female: A Rare Presentation / N. AlNodali, A.I. Aleissa // *Cureus*.-2023.-Vol. 15, №7.-Art. e41354. doi: 10.7759/cureus.41354. PMID: 37546110; PMCID: PMC10399280.
3. Zainab, M.M. Dupilumab as a novel therapeutic option for lichen planus pigmentosus: a case report / M.M. Zainab, E.A. Alwerdani, H.M. Almutairi [et al.] // *International Journal of Research in Dermatology*.-2025.-Vol. 12, №1.-P. 67-69. <https://doi.org/10.18203/issn.2455-4529.IntJResDermatol-20254124>.
4. Ianoşi SL, Forsea AM, Lupu M et al. Role of modern imaging techniques for the in vivo diagnosis of lichen planus. *Exp Ther Med*. 2019 Feb;17(2):1052-1060. doi: 10.3892/etm.2018.6974. Epub 2018 Nov 16. PMID: 30679973; PMCID: PMC6327670].
5. Barbato, F. A rare pediatric case of lichen planus pigmentosus with scalp involvement / F. Barbato, G. Licata, L. Damiani [et al.] // *Dermatology Reports*.-2026.-(Epub ahead of print). doi:10.4081/dr.2026.10294.
6. Wollina, U. Lichen planus-the role of age and gender in clinical appearance and treatment: A narrative review / U. Wollina, A. Koch, M. Fida [et al.] // *Wiener Medizinische Wochenschrift*.-2025.-Vol. 175, №13-14.-P. 311-330. English. doi: 10.1007/s10354-024-01057-5. Epub 2024 Nov 12. PMID: 39531121.
7. Alfaro-Sepúlveda, D. Lichen planus pigmentosus in a 7-year-old girl / D. Alfaro-Sepúlveda, I. Sazunic, C.G. González Fuentes // *European Journal of Pediatric Dermatology*.-2021.-Vol. 31, №4.-P. 248-250. doi:10.26326/2281-9649.31.4.2294.
8. Mokos, M. Coexistence of Lichen Planus Pemphigoides, Palmoplantar Keratoderma of Unna-Thost, and Atopic Dermatitis / M. Mokos, S. Ljubojević Hadžavdić // *Acta Dermatovenerologica Croatica*.-2022.-Vol. 30, №2.-P. 110-112. PMID: 36254544.
9. Kim, J. Pathophysiology of atopic dermatitis: Clinical implications / J. Kim, B.E. Kim, D.Y.M. Leung // *Allergy and Asthma Proceedings*.-2019.-Vol. 40, №2.-P. 84-92. doi: 10.2500/aap.2019.40.4202. PMID: 30819278; PMCID: PMC6399565.
10. Spirito, F. Oral lichen planus in children: A systematic review / F. Spirito, M. Dioguardi, V.C. Caponio [et al.] // *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal*.-2024.-Vol. 29, №2.-P. e152-e162. doi: 10.4317/medoral.25938. PMID: 38288854; PMCID: PMC10945876.
11. Kolb, L. Atopic Dermatitis [Internet] / L. Kolb, S.J. Ferrer-Bruker // *StatPearls*.-Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025.-Update 2023 Aug 8.
12. Schmuth, M. Skin barrier in atopic dermatitis / M. Schmuth, S. Eckmann, V. Moosbrugger-Martinz, D. Ortner-Tobider // *Journal of Investigative Dermatology*.-2024.-Vol. 144, №5.-P. 989-1000.e1. doi:10.1016/j.jid.2024.03.006.

13. Wang, Y. Reflectance confocal microscopy-assisted diagnosis of lichen planus pigmentosus distributed along multiple unilateral Blaschko's lines in a child: A case report / Y. Wang, L. Chen, J. Wang [et al.] // Australasian Journal of Dermatology.-2023.-Vol. 64, №2.-P. e160-e161. doi: 10.1111/ajd.13988. Epub 2023 Jan 30. PMID: 36716215.
14. Chen, L. Reflectance confocal microscopy as a complementary diagnostic tool for greyish-brown dermatoses in children / L. Chen, Y. Wang, X. Gao, Q. Li // Clinical and Experimental Dermatology.-2024.-Vol. 49, №3.-P. 259-262. doi: 10.1093/ced/llad354. PMID: 37846602.
15. Xu, Z. Treatment of Acquired Dermal Macular Hyperpigmentation With Oral Isotretinoin: A Multi-Institutional Retrospective Study of 121 Cases / Z. Xu, Y. Ding, C. Zhang [et al.] // Pigment Cell & Melanoma Research.-2025.-Vol. 38, №5.-Art. e70052. doi: 10.1111/pcmr.70052. PMID: 40913266.
16. Rodriguez, E. Acute Onset Linear Lichen Planus Pigmentosus of the Forehead: A Case Series / E. Rodriguez, S. Hutson, L. Akintilo [et al.] // Journal of Drugs in Dermatology.-2023.-Vol. 22, №1.-P. 94-97. doi: 10.36849/jdd.7200. PMID: 36607749.
17. Pretel-Lara, C. Skin barrier function and microtopography in patients with atopic dermatitis / C. Pretel-Lara, R. Sanabria-de la Torre, S. Arias-Santiago, T. Montero-Vilchez // Journal of Clinical Medicine.-2024.-Vol. 13, №19.-Art. 5861. doi: 10.3390/jcm13195861.
18. Upadhyay, P.R. Cytokines and epidermal lipid abnormalities in atopic dermatitis: A systematic review / P.R. Upadhyay, L. Seminario-Vidal, B. Abe [et al.] // Cells.-2023.-Vol. 12, №24.-Art. 2793. doi: 10.3390/cells12242793.

А.С. Садуақасова¹, А.Е. Сүйеніш^{1*}, У.Т. Бейсебаева²

¹«Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті» КЕАҚ, Алматы қ., Қазақстан

²"С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті" КЕАҚ, Алматы қ., Қазақстан

**Хат алысатын автор: А.Е. Сүйеніш - «Әл-Фараби атындағы Қазақ ұлттық университеті» КЕАҚ, Алматы қ., Қазақстан, e-mail: akerkemsuinish@gmail.com*

Мүдделер қақтығысы: Авторлар мүдделер қақтығысының жоқтығын мәлімдейді

Авторлардың үлесі: Барлық авторлар осы мақаланы жазуға тең дәрежеде қатысты. Бұл материал басқа басылымдарда жариялану үшін бұрын мәлімделмеген және басқа басылымдардың қарауына ұсынылмаған.

Қаржыландыру: көрсетілмеген

БАЛАЛАРДАҒЫ ҚЫЗЫЛ ЖАЗЫҚ ТЕМІРЕТКІНІҢ ПИГМЕНТТІК ТҮРІНІҢ АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТПЕН БІРГЕ ҚОСАРЛАНУЫ: КЛИНИКАЛЫҚ ЖАҒДАЙ ЖӘНЕ ӘДЕБИЕТТЕРДІҢ ЖҮЙЕЛІ ШОЛУЫ

Аннотация

Қызыл жазық теміреткінің атопиялық дерматитпен бірге қосарлануы одан да сирек кездеседі және әдебиеттерде жеткілікті деңгейде жүйеленбеген.

Нағыз жұмыстың мақсаты атопиялық дерматиті бар баладағы қызыл жазық теміреткінің пигментті түрінің клиникалық ерекшеліктерін бағалау және осыған ұқсас жағдайлар бойынша жарияланған деректерге жүйелі талдау жүргізу. Жұмыс барысында клиникалық жағдай форматында обсервациялық зерттеу және 2000-2026 жылдар аралығындағы әдебиеттерге жүйелі шолу жүргізілді. Іздеу PubMed, Scopus және Web of Science дерекқорларында “lichen planus pigmentosus”, “child”, “atopic dermatitis” кілт сөздері бойынша орындалды.

Қорытынды. Қызыл жазық теміреткінің пигментті түрі мен атопиялық дерматиттің қосарлануы жоғары клиникалық қырағылықты талап етеді. Тері тосқауылының бұзылуын ескере отырып, жекелендірілген терапиялық тәсіл қажет.

Түйінді сөздер: қызыл жазық теміреткі, гиперпигментация, атопиялық дерматит, балалар жасы, аутоиммундық аурулар.

A.S. Saduakasova¹, A.E. Suienish^{1*}, U.T. Beisebayeva²

¹The Non-Profit Joint Stock Company "Al-Farabi kazakh national university", Almaty, Kazakhstan

²The Non-Profit Joint Stock Company "Kazakh national medical university named after S.D. Asfendiyarov", Almaty, Kazakhstan

***For correspondence:** A.E Suienish - The Non-Profit Joint Stock Company "Al-Farabi kazakh national university", Almaty, Kazakhstan, e-mail: akerkemsuienish@gmail.com

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflicts of interest

Author contribution: All authors contributed equally to the conception, execution, processing of the results and writing of the article. This material has not been previously published and is not under consideration by other publishers

Funding: none

PIGMENTED FORM OF LICHEN PLANUS PIGMENTOSUS IN CHILDREN IN COMBINATION WITH ATOPIC DERMATITIS: A CLINICAL CASE AND A SYSTEMATIC REVIEW OF THE LITERATURE

Annotation

The coexistence of lichen planus and atopic dermatitis is even less common and remains poorly systematized in the literature.

Objective. To evaluate the clinical features of pigmentary lichen planus in a child with atopic dermatitis and to perform a systematic analysis of published data on this association. An observational study in the format of a clinical case combined with a systematic literature review covering the period 2000–2026 was conducted. The search was performed in PubMed, Scopus and Web of Science databases using the keywords “lichen planus pigmentosus”, “child,” and “atopic dermatitis”.

Conclusion. The coexistence of pigmentary lichen planus and atopic dermatitis requires increased clinical awareness. An individualized therapeutic approach should be considered, taking into account impaired skin barrier function.

Key words: lichen planus, hyperpigmentation, atopic dermatitis, child, autoimmune diseases.

Сведения о соавторах:

Садуақасова Айнура Сержанқызы, врач-резидент дерматовенеролог НАО «Казахский национальный университет им. Аль-Фараби», г. Алматы, Казахстан, e-mail: ainursaduakasova07@gmail.com

Бейсебаева Улжан Турсункуловна, к.м.н., и.о. профессора кафедры дерматовенерологии НАО «Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова», г. Алматы, Казахстан, e-mail: beisebaeva.u@kaznmu.kz

Дата поступления материала в редакцию: 18.09.2026

Дата рецензирования: 25.09.2026

Принято к публикации: 25.09.2026

**ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ
ТРЕБОВАНИЯ К СТАТЬЯМ ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ В НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОМ
ЖУРНАЛЕ «ДЕРМАТОЛОГИЯ И ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ»**

Настоящие требования разработаны Казахским научным центром дерматологии и инфекционных заболеваний (далее – КНЦДИЗ).

Научно-практический журнал «Дерматология и инфекционные заболевания» (далее - Журнал) – публикует оригинальные и обзорные статьи, содержащие результаты прикладных и экспериментальных исследований, обмен опытом, клинические случаи по дерматовенерологии, ВИЧ-инфекции и другим инфекционным заболеваниям.

Авторами научных статей и основной читательской аудиторией издания является все научное сообщество, включая дерматовенерологов, инфекционистов, эпидемиологов, организаторов здравоохранения Республики Казахстан, стран СНГ, дальнего и ближнего зарубежья, а также клинических исследователей, практикующих врачей смежных специальностей.

Журнал был основан в 1999 году и зарегистрирован Министерством культуры, информации и общественного согласия Республики Казахстан. Свидетельство об учетной регистрации СМИ № 817 Ж г. Астана, 02.08.1999 г.

До 2019 года учредитель: РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Журнал поставлен на переучет Министерством информации и общественного развития Республики Казахстан, Комитет информации. Свидетельство о постановке на переучет периодического печатного издания, информационного агентства и сетевого издания № KZ83VPY00016771 г. Нур-Султан, 04.11.2019 г.

Журнал прошел повторный переучет в связи с изменением названия «Вопросы дерматологии и венерологии» на новое название «Дерматология и инфекционные заболевания». Свидетельство о постановке на переучет периодического печатного издания, интернет-издания № KZ19VPY00147515 г. Астана, 28.04.2026 г.

Учредитель и издатель журнала: РГП на ПХВ «Казахский научный центр дерматологии и инфекционных заболеваний (далее - КНЦДИЗ)» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Предприятие создано в соответствии с Постановлением Правительства Республики Казахстан от 14 сентября 2018 года №565 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения Республики Казахстан» путем слияния РГП на ПХВ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД» Министерства здравоохранения Республики Казахстан и РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Журнал зарегистрирован в Международном центре по регистрации серийных изданий (CIEPS – ISSN International Centre, г. Париж, Франция) и настоящим подтверждает о присвоении ISSN 3136-1013, Linking ISSN (ISSN-L): 3136-1013.

Основная тематическая направленность – публикация материалов в журнале по вопросам клинической медицины, в том числе дерматовенерологии, ВИЧ-инфекции и другим инфекционным заболеваниям, также медицинскому образованию, общественное здравоохранение, организации дерматовенерологической службы, службы СПИД, медицинской науке и практике.

Журнал состоит из следующих разделов:

- I. Актуальные и проблемные вопросы
- II. Литературные обзоры
- III. Экспериментальная и клиническая медицина
- IV. Общественное здравоохранение

Периодичность издания – ежеквартально.

Представляемый материал должен являться оригинальным и неопубликованным ранее в других печатных изданиях. Научная статья может представляться на казахском, русском и английском языках. Статьи, не соответствующие данным требованиям, редакцией журнала рассматриваться не будут.

АЛГОРИТМ ПУБЛИКАЦИИ НАУЧНОЙ СТАТЬИ

1. Проверка научной статьи на соответствие тематике журнала.
2. Техническая проверка текста научной статьи.
3. Статьи поступившие в редакцию журнала, могут быть проверены с помощью системы Антиплагиат. Научная статья допускается к опубликованию при наличии в ней не более 15% заимствованного текста.
4. Рецензирование. Статьи поступившие в редакцию, подвергаются двойному слепому(double-blind review) рецензированию, при котором рецензенту неизвестно имя автора, а авторам неизвестно имя рецензента. Если у рецензентов возникают вопросы, статья возвращается авторам на доработку. Редакция имеет право запросить исходную базу данных, на основании которой производились расчеты в случаях, когда возникают вопросы о качестве статистической обработки. Редакция также оставляет за собой право внесения редакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи.
5. Присвоение индекса DOI (цифровой идентификатор объекта) для каждой статьи после рецензирования и одобрения редакцией и редакционной коллегии.
6. Публикация научной статьи.

ПОДГОТОВКА МАТЕРИАЛОВ

Электронный вариант научной статьи, подготовленной в программе MsWord необходимо отправить через онлайн систему подачи статей по ссылке <https://journal.kncdiz.kz>.

Также к нему обязательно оформляется сопроводительное письмо от авторов (см. форму 1 или приложение 3) и заполняется сведения авторов (см. форму 2 или приложение 4). Эти формы необходимо подписать и отправить по электронному адресу: orgotdel.2@kncdiz.kz (в теме сообщения обязательно указывать «Статья в журнал»).

Сопроводительное письмо даст возможность редакции журнала получить общее представление о Вашей статье, выводах, демонстрирующих наиболее важные результаты, представляющие интерес Вашей статьи.

Форма 1. - Образец сопроводительного письма в редакцию. Заполнить в отдельном MsWord файле (см. ниже)

В редакцию научно-практического журнала «Дерматология и инфекционные заболевания»		
от		
(Ф.И.О. автора (-ов), ученая степень, звание, должность и место работы, e-mail и телефон)		
Направляю (-ем) подготовленную мною (нами) статью «УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ СТАТЬИ» количество страниц - __*, таблиц - __*, рисунков - __*, для рассмотрения и публикации в разделе «УКАЖИТЕ НАЗВАНИЕ РАЗДЕЛА».		
С условиями публикации согласен (-а, -ы). Заверяю (-ем), что материалы, представляемые в данной статье, не были опубликованы и не находятся на рассмотрении в другом печатном издании. Автор (-ы) подтверждает (-ют), что не имеет (-ют) конфликтов интересов. Против воспроизведения данной статьи в других средствах массовой информации (включая электронные) не возражаю (-ем).		
Даю согласие на обработку персональных данных.		
Автор (-ы):		
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)
(Ф. И.О.)	(подпись)	(дата, месяц и год)

Форма 2. - Образец сведения об авторах.

Сведения об авторах (* графы обязательные для заполнения в отдельном файле MSWord).

Сведения об авторе-корреспонденте*	
Фамилия, имя и отчество (полное на 3-х языках)*	
Ученая степень / звание (или формат обучения)*	
Организация, должность (полное)*	
Телефон*	
E-mail*	
ORCID*	
SPIN (при наличии)	
Author-ID (при наличии)	
Сведения о соавторе (ах)	
Фамилия, имя и отчество (полное на 3-х языках)*	
Ученая степень / звание (или формат обучения)*	
Организация, должность (полное)*	
Телефон*	
E-mail*	
ORCID*	
SPIN (при наличии)	
Author-ID (при наличии)	

Примечание: Сведения заполняются для всех соавторов статьи согласно *Форме 2*.

***Автор-корреспондент** - один из авторов, отвечающий за контакт и обратную связь с редакцией журнала. Полные данные автора, ответственного за переписку с редакцией, включая телефон и адрес электронной почты и др. Сначала данные автора-корреспондента указывать полностью и в конце дополнительные сведения об авторах: (фамилия и инициалы автора (-ов) полное на 3-х языках, ученая степень, ученое звание, организация, должность, телефон, e-mail, ORCID и остальные коды автора при наличии).

Обязательно указывать регистрационный номер ORCID для всех авторов. Это необходимо для идентификации читателями других статей авторов и повышения их цитируемости. **Регистрационный номер ORCID** (при их отсутствии) необходимо создать, пройдя по следующей ссылке <https://orcid.org/register>.

При наличии необходимо указать **SPIN код** - для получения Вы можете пройти по следующей ссылке http://elibrary.ru/projects/science_index/author_tutorial.asp.

ПОРЯДОК ОФОРМЛЕНИЯ СТРУКТУРЫ СТАТЬИ

1. В левом верхнем углу прописать межгосударственный рубрикатор научно-технической информации (далее – МРНТИ). МРНТИ – предназначен для единой тематической систематизации научно-технической информации (далее – НТИ). Межгосударственный рубрикатор НТИ является основой системы рубрикаторов, создаваемых и используемых в органах НТИ. Межгосударственный рубрикатор НТИ представляет собой иерархическую классификационную систему с универсальным тематическим охватом. Справочник по МРНТИ можете см. здесь: <https://grnti.ru/>.

2. Структура научной статьи:

- 1) МРНТИ – Межгосударственный рубрикатор научно-технической информации;
- 2) УДК – Универсальная десятичная классификация;
- 3) DOI - Digital object identifier (будет присвоен при положительном решении о публикации);
- 4) ФИО авторов (соавторов)
- 5) Место работы, город, страна
- 6) E-mail автора-корреспондента
- 7) Название статьи

- 8) Аннотация
- 9) Ключевые слова
- 10) Введение
- 11) Основной текст, включающий материал и методы исследования, результаты и обсуждение, заключение
- 12) Список использованных источников / Транслитерация списка литературы.

В научной статье указать фамилии и инициалы каждого из авторов, а также символом **астериск (*)** выделить автора-корреспондента.

Структурирование статьи проводится следующими способами:

Рекомендуем использовать Вам общепринятую структуру научной статьи по типу IMRAD. Аббревиатура слов, которые отражают общепринятую структуру научной статьи - Введение (Introduction), Методы (Methods), Результаты (Results) and Обсуждение (Discussion), если статья посвящения теоретическому исследованию, то раздел Methods заменяется на Theoretical Basis (теоретические основы). Иногда к аббревиатуре IMRAD добавляется буква A, которая обозначает Annotation (аннотация), и получается AIMRAD. Данный стандарт оформления научных статей был разработан в 1970-х годах и фактически стал обязательным для статей, основанных на эмпирических и оригинальных исследованиях.

Для написания клинического случая рекомендуется использовать следующую общепринятую структуру научной статьи: Введение (Introduction), Информация о пациенте (Patient information), Клинические проявления (Clinical manifestations), Хронология (Chronology), Оценка диагностирования (Assessment of diagnosis), Оценка терапии (Evaluation of therapy), Повторное исследование и исходы (Re-examination and outcomes), Обсуждение (Discussion), Выводы (Conclusions), Информированное согласие (Informed consent).

Для написания обзорной статьи рекомендуется использовать общепринятую следующую структуру: Введение (Introduction), Основная часть (The main part), Выводы (Conclusions).

Таблица 1. - Термины и определения которые используются в структуре статьи.

№	Название раздела статьи	Пояснение к структуре согласно требованиям журнала
1.	Название статьи	Шрифт Times New Roman, жирным, кегль – 12, Формат – ЗАГЛАВНЫМ, ЖИРНЫМ. Название работы должно быть по возможности кратким, но информативным и точно отражающим ее содержание. Не рекомендуется применять сокращения (аббревиатуру) в названии статьи.
2.	Инициалы, фамилия авторов	Инициалы и фамилия каждого из авторов шрифтом Times New Roman, кегль – 12. В статье указать инициалы и фамилии каждого из авторов, а также символом астериск (*) выделить автора-корреспондента. Образец: Е.И. Иванов (казахский и русский) / E.I. Ivanov (английский)
3.	Аннотация	Аннотация должна представлять собой краткое, но вместе с тем максимально информативное содержание научной публикации. Объем аннотации должен быть не более 300 слов. В нем кратко излагаются основные результаты исследования, что обязывает авторов обеспечить точное соответствие аннотации содержанию всей работы. Аннотация предоставляется на трех языках. Первым представляется аннотация на оригинальном языке, на котором написан основной текст статьи, затем, на двух остальных. К примеру, если статья написана на казахском языке, то вначале представляется аннотация на казахском языке,

		затем на русском и английском. Образец: - Аннотация - Аннотация - Annotation
4.	Ключевые слова (от 5 до 7 слов).	Ключевые слова – это определенные слова из текста, отражающие проблемы, изучаемые в ходе исследования. До 7 ключевых слов или фраз, отражающие содержание и направление статьи. Ключевые слова предоставляются на трех языках. К примеру, если статья написана на казахском языке, то вначале представляются ключевые слова на казахском языке, затем на русском и английском. Образец: - Түйінді сөздер - Ключевые слова - Key words
5.	Текст статьи	Текст статьи шрифтом Times New Roman, кегль - 12, с межстрочным интервалом - 1,0. Ориентация книжная (портрет) с полями: верхнее и нижнее - 20 мм, внутреннее - 30 мм, внешнее - 10 мм. Выравнивание - по ширине, абзац - 0,7 см. Заголовки структурных элементов статьи (аннотация, материалы и методы исследований, результаты и обсуждение, источники финансирования, благодарности, список использованных источников) пишутся отдельным абзацем, выделяются полужирным шрифтом. При изложении экспериментального материала должна быть использована международная система единиц (СИ). В тексте статьи таблицы выполняются в редакторе MsWord, как файл изображения не принимаются. Название таблицы пишется шрифтом Times New Roman кеглем 12 пунктов, выравнивается по левому краю без отступа через одинарный междустрочный интервал. Внутри таблиц используется кегль 11 пунктов (при необходимости 10 пунктов, но не менее). Заголовки столбцов выравниваются по центру. Аббревиатуры или символы, используемые в таблицах, должны быть пояснены в примечаниях в нижней части таблицы. Примечание выравнивается по левому краю с абзачным отступом. Рисунки должны быть ограничены материалом, необходимым для понимания текста, при необходимости сопровождаться описательной легендой. Графики должны предоставляться с исходными файлами в Microsoft Excel. Нумеруются арабскими цифрами. Названия и пояснения даются непосредственно под ними, выравниваются по центру. Для названий и пояснений к рисункам и графикам используется шрифт Times New Roman с кеглем 12 пунктов.
6.	Список использованных источников / List of sources used	Список использованных источников представляет собой краткое библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с ГОСТ 7.1–2003. Ссылки нумеруются по ходу их цитирования в тексте. Библиографические ссылки в тексте даются в квадратных скобках по мере упоминания. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции. Оформляется с указанием фамилии и инициалов автора, полного названия статьи, места издания, названия журнала (год, том, номер, страницы).

7.	Объем статьи	На рассмотрение принимаются публикации объемом не менее 4-5 страниц, без учета списка литературы.
----	--------------	---

ПОДГОТОВКА СПИСКА ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

Список использованных источников представляется в двух вариантах:

- 1) Русскоязычный вместе с зарубежными источниками в соответствии с ГОСТ 7.1-2003.
- 2) В транслитерации буквами латинского алфавита с переводом источников публикации на английский язык в соответствии с требованиями БД Scopus. На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу (вариант BGN или BSI).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу.

1. Входим в программу Translit.ru online. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии статьи на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».
2. Скопировать транслитерированный текст в готовящийся список «List of sources used».
4. Объединяем описания в транслите и переводное, оформляя в соответствии с принятыми правилами. При этом необходимо раскрыть место издания (например, Moscow ...), возможно, внести небольшие технические поправки.
5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

***Автор несет ответственность за правильность библиографических данных**