

**И. К. АХУНБАЕВ атындагы КЫРГЫЗ МАМЛЕКЕТТИК
МЕДИЦИНАЛЫК АКАДЕМИЯСЫ**

**Б. Н. ЕЛЬЦИН атындагы КЫРГЫЗ-РОССИЯ СЛАВЯН
УНИВЕРСИТЕТИ**

Д 14.23.678 Диссертациялык кеңеш

Кол жазма укугунда
УДК 616.5-003.829.5-03(043.3)

КУРБАНОВА ДИАНА ЧИНГИСХАНОВНА

**ЖҮРҮШТҮН КЛИНИКАЛЫК-ПАТОГЕНЕТИКАЛЫК АСПЕКТИЛЕРИ
ЖАНА ХЛОАЗМА, МЕЛАЗМА МЕНЕН ООРУГАН ООРУЛУУЛАРДЫ
ДАРЫЛОО ЫКМАЛАРЫН ОПТИМАЛДАШТЫРУУ**

14.01.10 – тери жана венерикалык оорулар

Медициналык илимдердин кандидаты илимий даражасын
изденип алуу үчүн жазылган диссертациянын
авторефераты

Бишкек – 2023

Илимий иш Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин дерматовенерология жана фтизиатрия кафедрасында аткарылды

Илимий кеңешчи:	Койбагарова Асель Алмазбековна медицина илимдеринин доктору, профессор, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясын дерматовенерология кафедрасынын башчысы.
Расмий оппоненттер	Маннанов Абдышукур Маликович - медицина илимдеринин доктору., профессор. Ташкент педиатрия медицина институтунун тери жана жыныстык жол менен жугуучу оорулар жана СПИД кафедрасынын башчысы. Усубалиев Мейкин Бейшембаевич – медицина илимдеринин доктору, доцент, И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медицина академиясынын дипломго чейинки үй-бүлөлүк медицинаны окутуу кафедрасынын башчысы.
Жетектөөчү мекеме	Казах дерматология жана инфекциялык оорулар илимий борбору. Дерматология кафедрасы. Алматы ш. Ауэзова 84 коч. 050000 Казахстан

Диссертацияны коргоо 2023 жылдын 1 ноябрында саат 16:00 медицина илимдеринин докторлук (кадидаттык) окумуштуулук даражасын коргоо боюнча И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы жана Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетине караштуу Д 14.23.678 диссертациялык кеңештин отурумунда өтөт, дареги: (дареги: 720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92 Кыргыз мамлекеттик медицина академиясынын конференц-залында) өткөрүлөт. Диссертацияны коргоонун видеоконференциясына кирүү үчүн шилтеме - <https://vc.vak.kg/b/d14-puu-lvw-wbv>.

Диссертация менен И. К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясынын (720020, Бишкек ш., Ахунбаев көч., 92) жана Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин (720000, Бишкек ш., Киев көч., 44) китепканаларынан жана <http://www.vak.kg> сайтынан таанышууга болот.

Автореферат 2023 жылдын « 29 » сентябрында таркатылды

Диссертациялык кеңештин
окумуштуу катчысы, м.и.к.

Оскон уулу Айбек

ИШТИН ЖАЛПЫ МҮНӨЗДӨМӨСҮ

Диссертациянын темасынын актуалдуулугу. Дененин ачык аймактарында пигменттердин пайда болушунун өзгөрүүсү адамдын жашоосунун көрүнүшүнө жана сапатына олуттуу таасир этет. Ушуга байланыштуу ар кандай адистиктеги дарыгерлердин бул көйгөйгө болгон кызыгуусу дайыма жогору бойдон калууда [Р.Г. Исмаилов, 2014; М.Х. Мирзоева, 2020; R. Sarkar, 2019; M.X. Wu, 2021].

Мелазма - беттин, сейрек учурда моюндун жана башка аймактардын (эмчектин учунун жана ичтин орто сызыгынын) гипермеланозу. Мелазма - бул кеңири таралган патология жана кээ бир авторлордун айтымында, этникалык тиешелүүлүгүнө жараша калктын 8,8% дан 40% га чейин кездешет. Көбүн эсе бул оору интенсивдүү ультрафиолет нурлануусу бар аймактарда жашаган кара тору тери тибиндеги аялдарда кездешет [Н.В. Шперлинг жана авт., 2014; А.А. Шаруханова, 2018; В.И. Альбанова, 2020; Passeron, 2018; J. Mckesey, 2020].

Азыркы учурда, мелазма генетикалык жакындыгы бар адамдарда пайда болгон абалдарга кирет. Меланин синтезинин, ошондой эле пигменттик клеткалардын ишинин жөнгө салуу механизмдери толугу менен анык эмес. Бирок ультрафиолет нурлардын агытуу механизми катары кызмат кылаары анык аныкталган. Ультрафиолет нурлануусунан тышкары, мелазманын өнүгүшүнө көбүнчө өбөлгө түзгөн факторлору өз ара салттуу түрдө бөлүнөт: кош бойлуулук жана гормоналдык абалдын өзгөрүшү; калкан безинин оорулары, ошондой эле ар кандай дары-дармектерди алуу (гормоналдык дары-дармектер, салицилаттар, тарамыш тырышууга каршы каражаттар) [Л.С. Круглова, 2017; А.А. Шаруханова, 2018, В.И. Альбанова, 2020; B.W. Lee, 2017; K.L. Dabette, 2018].

Кыргыз Республикасы ультрафиолет нурлануу деңгээли өтө интенсивдүү өлкөлөргө кирет, өзгөчө жай мезгилинде гиперпигментациянын патогенезин аныктоону жана дарылоону изилдөө зарылчылыгын талап кылат, бул изилдөө темасынын актуалдуулугун аныктайт.

Диссертациянын темасынын приоритеттик илимий багыттар, ири илимий программалар (долбоорлор), негизги илимий-изилдөө иштери, билим берүү жана илимий мекемелер тарабынан жүргүзүлүүчү илимий иштер менен байланышы. Диссертациялык иш демилгелүү.

Изилдөөнүн максаты: жүрүштүн клиникалык-патогенетикалык өзгөчөлүктөрүн аныктоо жана Кыргыз Республикасында мелазманы (хлоазманы) дарылоо ыкмаларын оптималдаштыруу.

Изилдөөнүн милдеттери:

1. Мелазма (хлоазма) менен ооруган бейтаптардын медициналык-социалдык мүнөздөмөлөрүн көрсөтүү.

2. Мелазма (хлоазма) оорусунун жүрүшүнүн клиникалык жана патогенетикалык өзгөчөлүктөрүн жана оорунун өнүгүү себептерин изилдөө;

3. Мелазма (хлоазма) менен ооруган оорулуулардын терисинин биофизикалык көрсөткүчтөрүн жана гормоналдык фонун баамдоо;

4. Мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптардын жашоо сапатын жана дарылоонун топтомдуу ыкмасынын терапиялык таасирдүүлүгүнө баамдоо жүргүзүү.

Алынган жыйынтыктардын илимий жаңылыгы:

1. Биринчи жолу мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптардын медициналык-социалдык мүнөздөмөлөрү көрсөтүлүп, курак тобун, улутун, билим деңгээлин, үй-бүлөлүк абалын, кош бойлуулуктун жана төрөттүн санын, гормоналдык дары-дармектерди колдонууну, оорунун өнүгүшүндөгү өзгөчөлүктөрүн аныктоону эске алуу менен көрсөтүлүүдө.

2. Ата мекендик дерматовенерологияда биринчи жолу мелазманын (хлоазма) жүрүшүнүн клиникалык жана патогенетикалык өзгөчөлүктөрү теринин фототипине, пигментациянын оордугуна, оорунун жүрүшүнүн узактыгына, дарылоонун натыйжалуулугуна жана өнүгүү себептерине жараша аныкталган.

3. Теринин биофизикалык көрсөткүчтөрү, мелазмадагы (хлоазма) гормоналдык абал аспаптык диагностикалык ыкмалардын жардамы менен аныкталган.

4. Мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртууга мүмкүндүк берүүчү дифференцияланган ыкма иштелип чыккан жана дарылоо оптималдаштырылган.

Алынган жыйынтыктардын тажрыйбалык маанилүүлүгү.

Сунушталган дарылоо-диагностикалык топтом дерматовенерологдордун амбулатордук тажрыйбасында колдонууга сунушталышы мүмкүн. Мелазманын (хлоазма) ар кандай түрлөрүн амбулатордук дарылоонун эң келечектүү түрү болуп фотопротекторлор, агартуучу азелаин кремдери, химиялык пилинг, лазердик дарылоо жана клиникалык таасирдүүлүгү жогору IPL терапиясы саналат.

Изилдөөнүн алынган теориялык жана тажрыйбалык натыйжалары Б. Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин дерматовенерология жана фтизиатрия кафедрасынын окуу жүрүшүнө жана "DIVA-EFFECT" косметологиялык клиникасынын дарылоо тажрыйбасына киргизилди.

Коргоого алынып чыгуучу диссертациянын негизги жоболору:

1. Медициналык-социалдык мүнөздөмөлөрдү изилдөө корреляциялык курактык тенденциясын, кош бойлуулуктун жана төрөттүн, гормоналдык дарыларды колдонуунун, мелазманын (хлоазма) өнүгүшүнө күн нурунун таасирин аныктоого мүмкүндүк берди.

2. Изилдөөнүн жыйынтыгында клиникалык-патогенетикалык өзгөчөлүктөр аныкталган: Фицпатрик терисинин III фототипиндеги

бейтаптардын жогорку жыштыгы, кош бойлуулук, төрөт, гормоналдык дарыларды кабыл алуу, өнөкөт оорулардын күчөшү жана күн нурунун таасири менен байланышкан центрофоциалдык локализациялуу, оордугу орточо деңгээлдеги эпидермиялык мелазма.

3. Гиперпигментация менен жабыркаган бейтаптарда мелазманын (хлоазма) бардык түрлөрүндө теринин биофизикалык параметрлеринин өзгөрүшү майлуулуктун, нымдуулуктун, кислоталуулук-шакардуулук балансынын, меланиндин деңгээлинин жогорулашы менен мүнөздөлөт. Мелазманын (хлоазма) эпидермиялык түрүндө тиреотроптук гормондун олуттуу көбөйүшү табылган.

4. Топтомдуу терапиянын клиникалык таасирдүүлүгү фотопротекторлорду, азелаин менен агартуучу кремдерди, химиялык пилингди, лазердик дарылоону камтып жана жогорку клиникалык натыйжалуулук менен IPL терапиясы далилденген.

Изденүүчүнүн жеке салымы: Автор изилдөөнүн багытын жана программасын жеке өзү түзүп, изилденип жаткан көйгөй боюнча ата мекендик жана чет элдик адабияттарга аналитикалык сереп жүргүзгөн, материалды чогултуу программасын түзгөн. Клиникалык материалдардын топтому, экспертиза, патогенетикалык дарылоого чейин жана андан кийин бейтаптардын терисинин биофизикалык көрсөткүчтөрүнө баамдоо жүргүзүлдү. Маалыматтарды статистикалык иштеп чыгуу, натыйжаларды интерпретациялоо жана талкуулоо, коргоого сунушталган жоболорду, корутундуларды жана тажрыйбалык сунуштарды түзүү жүргүзүлдү.

Изилдөөнүн жыйынтыктарын апробациялоо. Изилдөөнүн жыйынтыктары талкууланып, баяндама жасалды: Б.Н. Ельцин атындагы Кыргыз-Россия Славян университетинин медицина факультетинин эл аралык катышуусу менен өткөн илимий конференциясында «XXI кылымдагы фундаменталдык жана клиникалык медицинанын көйгөйлөрү жана чакырыктары» (Бишкек, 2021), «Заманбап илимдеги эксперименталдык жана теориялык изилдөөлөр» Эл аралык илимий-тажрыйбалык конференциясында (Новосибирск, 2022).

Диссертациянын жыйынтыктарынын басылмаларда чагылдырылышынын толуктугу. Диссертациянын материалдарынын негизинде 9 басма иштери жарык көргөн, анын ичинен журналдардагы 7 макала Россиянын цитаталоо индексинин маалымат базасында индексацияланган.

Диссертациянын түзүлүшү жана көлөмү. Диссертация 124 бетте баяндалган, кириш сөздөн, адабий серептен, изилдөө материалынан жана ыкмаларынан, өздүк изилдөөлөрдүн 3 бөлүмүнөн, корутундудан, тажрыйбалык сунуштамалардан, тиркемелерден турат. Диссертация 36 таблица, 5 сүрөт, 3

тиркеме менен иллюстрацияланган. Библиографиялык көрсөткүч 228 булакты, анын ичинде 172 чет элдик булактарды камтыйт.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН НЕГИЗГИ МАЗМУНУ

1-бап «Аялдардагы мелазманы (хлоазманы) аныктоо жана дарылоо ыкмаларынын заманбап клиникалык-патогенетикалык аспекти (адабий сереп)». Ар түрдүү өлкөлөрдө аялдардагы мелазманы (хлоазманы) аныктоо жана дарылоонун заманбап клиникалык-патогенетикалык аспекти боюнча адабият маалыматтарына сереп берилген.

2-бап «Материалдар жана изилдөө ыкмалары».

2.1 Изилдөөнүн методологиясы. Изилдөө Кыргыз Республикасынын Бишкек шаарында «Diva effect» жеке косметологиялык клиникасынын базасында жүргүзүлгөн. «Diva effect» косметологиялык клиникасына 2018-2020-жылдар аралыгында тери пигментациясына даттануу менен кайрылган 176 бейтап байкоого алынган, алар кошуу критерийлерине ылайык тандалып алынган. Алардын ичинен теринин эпидермалдык тиби менен – 140 бейтап, теринин дермалдык тибиндеги – 27 бейтап жана теринин аралаш тиби менен – 9 бейтап. Көзөмөлдөө тобуна бет терисинде пигментациясы жок клиникага кайрылган 85 аял кирген.

Изилдөөгө бейтаптарды кошуу критерийлери болуп: 20-60 жаш, пигментациянын болушу 1-12 жыл, Кыргыз Республикасында жашаган жери, маалымданган макулдугу жана диагностикалык процедураларга, дарылоого макулдугу.

Изилдөө объектиси: мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптар.

Изилдөө предмети: жүрүштүн клиникалык жана патогенетикалык аспекти жана мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптарды дарылоонун таасирдүүлүгү.

Тандоо өлчөмүнүн репрезентативдүүлүгүн аныктоо үчүн негизги массив ыкмасы колдонулган, ал эми байкоолордун санынын көлөмү жалпы кабыл алынган ыкма боюнча башкы жыйындынын белгисиз саны менен аныкталган, бул болсо байкоонун 111 бирдигин, изилдөөнүн маалыматтары боюнча - мелазма (хлоазма) менен 176 бейтап жана көзөмөлдөө тобунда 85 бейтапты түзгөн. Жалпысынан алганда, изилдөө материалдарына ылайык, байкоолордун саны тандалма өлчөмүнөн ашат.

2.2 Изилдөө ыкмасы. Кайрылган бейтаптардагы тери мелазмасынын тиби Вуд лампасынын жардамы менен аныкталган. Алынган натыйжанын негизинде бейтаптарда теринин үч тиби аныкталды: эпидермалдык, дермалдык жана аралаш.

Мелазманын жүрүшүнүн оордугун баамдоо MSS боюнча аныкталган: мелазма жок (0 балл) - пигментация жок же минималдуу; оордугу жеңил даражада (1 балл) – гиперпигментация очоктору кадимки теринин курчап турган

жерлерине караганда бир аз кара; оордугу орточо даражада (2 балл) - гиперпигментациянын орточо айкын көрүнгөн очоктору; оордугу солгун даражада (3 балл) - гиперпигментациянын айкын көрүнгөн очоктору.

Бейтаптарда дарылоого чейин жана андан кийин MASI (Melasma Area and Severity Index) аянтынын жана оордугунун индекси аркылуу пигментациянын айкындыгын баамдоону жүргүзүшкөн. MASI индекси беттин төрт аймагында өлчөнгөн: (F) чеке, упайдын 30% түзгөн, (RMR) оң жана (LMR) сол жаак, алардын ар бири упайдын 30% түзгөн, (M) ээк, бул баллдын 10% түзөт. Меланодермия менен жабыркаган аянты (A) 0 баштап 6 чейин бааланган: 0 - катышы жок, 1 - 10% дан аз, 2 - 10% дан 29% га чейин, 3 - 30% дан 49% га чейин, 4 - 50% дан 69% га чейин катыш, 5 - 70% 89% чейин катыш, 6 - 90% дан 100% га чейин катыш.

Жүргүзүлгөн дарылоонун таасирдүүлүгү MASI индексинин динамикасы боюнча бааланган: индекстин 75% дан ашык төмөндөшү - айкын жакшыруу; 50 баштап 75% чейин жакшы жакшыруу болуп саналат; 25% дан 50% га чейин - орточо натыйжалуулук; 25% дан аз - натыйжа жок.

Теринин нымдуулугунун, пигментациясынын жана майлуулугунун деңгээлин диагностикалоо теринин нымдуулугун жана майлуулугунун параметрлерин фотометрия ыкмасы аркылуу түздөн-түз жекече өлчөөгө мүмкүндүк берүүчү программалык камсыздоосу бар Aramo SG аппаратын (SkinXPPRO) колдонуу менен ишке ашырылган.

Теринин бетиндеги майдын көлөмүн аныктоо инвазивдик эмес ыкма - *себометрия* менен жүргүзүлгөн. Натыйжаларды чечмелөө: тери майынын жетишсиздиги <70 нг/см², кадимкидей - 70-180 нг/см², ашыкча - >180 нг/см².

Теридеги нымдуулуктун деңгээлин аныктоо үчүн *корнеометрия* колдонулган. Эгерде мааниси 30 ш.б (шарттуу бирдик) аз болсо - өтө кургак тери, 30-60 ш.б (шарттуу бирдик) - кургак жана 60 ш.б (шарттуу бирдик) - нымдалган.

Теринин кислоталуулук-шакардуулук балансы атайын колориметриялык индикаторлор аркылуу өлчөнгөн. Эреже катары, ал 4,5-5,5 бирдикти түзөт. Пигментациянын жана эритеманын деңгээлин аныктоо үчүн сиңирүүнүн эки толкундуу принцибине негизделген фотометрикалык *мексаметрия* (*эритемометрия*) ыкмасы колдонулган.

Мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бардык бейтаптар AQUA лабораториясында кандагы гормондордун деңгээлине текшерилген.

Гиперпигментациянын таралышын, тобокелдик факторлорун жана оорунун себептерин изилдөө үчүн анкеттөө жүргүзүлгөн (n=176).

Мелазманын (хлоазма) бейтаптын жашоосунун психосоциалдык аспектилерине тийгизген таасирин изилдөө үчүн ME-LASQOL атайын суроо барагынын жардамы менен мелазма (хлоазма) менен ооруган 176 бейтап жана көзөмөлдүк топтогу 85 дени сак аялга анкеттөө жүргүзүлгөн. Ликерт

психометрикалык шкаласынын мааниси (1ден 7ге чейин), ME-LASQOL индексинин шкаласы ар бир суроо боюнча баллдарды кошуу жолу менен эсептелген (7-70): 0-7 - тери оорусу бейтаптын жашоосуна таасирин тийгизбейт; 8-25 - таасири анча чоң эмес; 26-40 - таасири орточо; 41-54 таасири күчтүү жана 55-70 таасири абдан күчтүү болуп саналат. Индекс мааниси канчалык жогору болсо, ошончолук оору өзгөрүүлөрү бейтаптын жашоо сапатына таасирин тийгизет.

Дарылоонун клиникалык таасирдүүлүгүн байкоо үчүн дарылоого чейин, дарылоо учурунда жана андан кийин сүрөткө тартуу ыкмасы колдонулган. Сүрөткө тартуу төрт ракурста жүргүзүлдү: алдыңкы, капталдын эки тарабынан бирдей аралыкта.

Тандоо өлчөмүнүн репрезентативдүүлүгүн аныктоо үчүн негизги массив ыкмасы колдонулган, ал эми байкоолордун санынын көлөмү жалпы кабыл алынган ыкма боюнча жалпы жыйындын белгисиз саны менен аныкталган, ал байкоонун 111 бирдигин түзгөн, изилдөө маалыматтары боюнча - мелазма (хлоазма) менен 176 бейтап жана көзөмөлдөө тобунда 85 бейтап болгон. Жалпысынан алганда, изилдөө материалдарына ылайык, байкоолордун саны тандоо өлчөмүнөн ашып кетет.

Иште клиникалык, лабораториялык, аспаптык изилдөө ыкмалары, анкеттөө, статистикалык ыкма колдонулган.

Изилдөө материалдарын иштеп чыгууда салыштырмалуу көрсөткүчтөрдү, орточо маанинин көрсөткүчтөрүн эсептөө жүргүзүлдү. Көрсөткүчтөрдүн өз ара байланышынын болушу корреляция (r_{xy}), детерминацияны (R , %), коэффициентин эсептөө менен аныкталган. Айырмачылыктардын ишенимдүүлүгү Стьюдент (t) критерийинин, репрезентативдик катасынын ($\pm m$) жардамы менен аныкталды, «р» эсептөөсү - катасыз болжолдун ишенимдүүлүк критерийи. Маалыматтын бардык көлөмү Microsoft Office, Microsoft Excel программалары аркылуу жеке компьютерде иштетилген.

3-5-баптарда жеке изилдөөбүздүн натыйжалары жана алардын талкуулары берилген.

3-бап «Мелазманын (хлоазма) клиникасы жана жүрүшүнүн өзгөчөлүктөрү».

3.1. Мелазма: медициналык-социалдык мүнөздөмөлөрү жана бейтаптардагы клиникалык көрүнүштөрү.

Курак топтору боюнча карасак, мелазма менен жабыркагандардын эң көп салыштырма салмагын 30-39 жаш (51,7%), 40-49 жаш (23,9%), 13,6% 20-29 жана 10,8% 50-59 жаштагылар түзгөн.

Мелазма менен жабыркаган бейтаптардын арасында эң жогорку жыштык оордугу орточо даражадагы ($63,0 \pm 3,6$), жеңил даражага караганда ($25,0 \pm 3,2$), $p < 0,001$ жана оор даражада ($11,9 \pm 2,4$), $p < 0,001$ (таблица 3.1.1) болгон. Ошол эле

учурда, 20-29 жаштагы бейтаптардын басымдуу бөлүгүндө гиперпигментациянын жеңил даражасы ($7,9 \pm 2,0$), орточо даражага караганда ($4,5 \pm 1,5$), $p > 0,05$ жана оор даражада ($1, 1 \pm 0,08$), $p < 0,001$ аныкталган. 30-39 жашында орточо даражасы ($58,6 \pm 3,6$) жеңил даражага салыштырганда ($9,6 \pm 2,2$), $p < 0,001$ жана оор даражада ($3,4 \pm 1,3$), $p < 0,001$ басымдуулук кылган. Бет терисинин гиперпигментациясынын орточо даражасы 40-49 жаштагы ($15,4 \pm 2,7$), $p < 0,001$ аялдарда жеңил даражага караганда ($3,9 \pm 1,4$) көбүрөөк аныкталган.

3.1.1-таблица - Мелазманын оордугунун жыштыгы 100 бейтапка ($n=176$)

№ пп	Курактык топ	Оордугунун даражасы					
		жеңил		орто		оор	
		абс. сан	$P \pm m$	абс. сан	$P \pm m$	абс. сан	$P \pm m$
1	20-29	14	$7,9 \pm 2,0$	8	$4,5 \pm 1,5^*$	2	$1,1 \pm 0,08^{**}$
2	30-39	17	$9,6 \pm 2,2$	68	$58,6 \pm 3,6^{**}$	6	$3,4 \pm 1,3^{**}$
3	40-49	7	$3,9 \pm 1,4$	27	$15,4 \pm 2,7^{**}$	8	$4,5 \pm 1,5^*$
4	50-59	6	$3,4 \pm 1,3$	8	$4,5 \pm 1,5^*$	5	$2,9 \pm 1,2^*$
	Бардыгы	44	$25,0 \pm 3,2$	111	$63,0 \pm 3,6^{**}$	21	$11,9 \pm 2,4^{**}$

Эскертүү - $P \pm m$ – интенсивдик көрсөткүч жана репрезентативдик катасы, * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,001$.

Бул курактык топто, көбүнчө гиперпигментациянын оор даражасы ($4,5 \pm 1,5$), $p < 0,001$ аныкталган. 50-59 жаштагы бейтаптар арасында мелазманын орточо ($4,5 \pm 1,5$), жеңил ($3,4 \pm 1,3$), $p > 0,05$ жана оор ($2,9 \pm 1,2$), $p > 0,05$ даражаларынын таралыш жыштыгында олуттуу айырма болгон эмес.

Орто күчтүн түз корреляциялык байланышы ($r_{xy} = +0,4$) аныкталган, башкача айтканда, оор учурлардын жыштыгы жаш өткөн сайын бир аз жогорулайт. Оор даража учурларына курактын таасиринин үлүшү 16,0% ды түзөт (R – детерминация коэффициенти).

Бейтаптардын 88,6% ($n=156$) балалуу болгон. Бейтаптардын көп бөлүгү эки балалуу (68,6%), үч балалуу – 15,4%, бир бала 10,9% жана үчтөн ашык бала 5,1% болгон. Гиперпигментация менен ооруган бейтаптардын арасында кыргыз улутундагылар басымдуулук кылган ($81,8 \pm 2,9$), орус улутундагылар $10,7 \pm 2,3$ учурду, $p < 0,01$ жана $7,4 \pm 1,9$ учурду башка улуттагылар түзөт, $p < 0,001$.

Билим деңгээли боюнча бейтаптардын басымдуу бөлүгү жогорку билимдүү ($59,1 \pm 1,7$), үчүнчү бөлүгүндө орто техникалык билими бар ($31,8 \pm 3,5$), $p < 0,001$, ал эми орто билимдүү - $9,0 \pm 2, 1$, $p < 0,001$.

Кайрылган бейтаптарда Томас Б. Фицпатрик шкаласы боюнча II, III жана IV теринин фототиптери аныкталган (3.1.7-таблица). Кайрылган бейтаптарда көбүнчө III фототиби аныкталган ($88,0 \pm 2,4$), ал боз же күрөң көздөр, кара-саргыч же кара-коңур чачтар, сепкилдери жок, териси бир аз кара тору, оңой күнгө тотугуусу менен мүнөздөлөт. IV фототип $6,8 \pm 1,9$ учурда табылган, кара тору терисине мүнөздүү, сепкил жок, чачы жана көздөрү кара, тотугуусу жакшы күнгө күйбөгөн, $p < 0,01$. II фототиптеги учурлар терисинин жана көздөрүнүн түсү ачык,

сепкилдери аз, чачынын түсү ачык сары же каштан, күнгө тотугуусу начар жана арзыбаган түстөгү $5,1 \pm 1,6$ бейтаптарда байкалган.

3.1.7-таблица - Мелазма менен жабыркаган 100 бейтапка теринин фототибин аныктоонун жыштыгы (n=176) 100 бейтапка.

№ пп	Курактык топ	Теринин фототиби					
		II		III		IV	
		абс. сан	$P \pm m$	абс. сан	$P \pm m$	абс. сан	$P \pm m$
1	20-29	2	$1,1 \pm 0,7$	21	$11,9 \pm 2,4^{**}$	1	$0,6 \pm 0,5^{**}$
2	30-39	3	$1,7 \pm 0,9$	84	$47,7 \pm 3,7^{**}$	4	$2,3 \pm 1,1^*$
3	40-49	1	$0,6 \pm 0,5$	35	$19,9 \pm 3,0^{**}$	6	$3,4 \pm 1,3^{**}$
4	50-59	3	$1,7 \pm 0,9$	15	$8,5 \pm 2,1^*$	1	$0,6 \pm 0,5^*$
	Бардыгы	9	$5,1 \pm 1,6$	155	$88,0 \pm 2,4^{**}$	12	$6,8 \pm 1,9^*$

Эскертүү - $P \pm m$ – интенсивдик көрсөткүч жана репрезентативдик катасы, * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,001$.

Ошентип, 20-29 жашта III фототип $11,9 \pm 2,4$, II фототип $1,1 \pm 0,7$, $p < 0,001$, IV фототип $0,6 \pm 0,5$, $p < 0,001$ учурларда болгон. 30-39 жаштагы бейтаптардын көпчүлүгүндө тери фототиби III ($47,7 \pm 3,7$), IV фототип $2,3 \pm 1,1$, $p < 0,01$ учурда, фототип II $1,7 \pm 0,9$, $p < 0,001$ бейтапта болгон. Кайрылган аялдарда мелазманын орун алуусунун центрофациалдык, мандибулярдык жана малярдык тиби аныкталган (3.1.8-таблица).

3.1.8-таблица - Мелазманын орун алуусу боюнча жыштыгы 100 бейтапка

№ п п	Курактык топ	Мелазманын тиби					
		центрофациалдык		мандибулярдык		малярдык	
		абс. сан	$P \pm m$	абс. сан	$P \pm m$	абс. сан	$P \pm m$
1.	20-29	18	$10,2 \pm 2,2$	4	$2,3 \pm 1,1^{**}$	-	-
2.	30-39	64	$36,4 \pm 3,6$	8	$4,5 \pm 1,5^{**}$	6	$3,4 \pm 1,3^{**}$
3.	40-49	42	$23,8 \pm 3,2$	13	$7,4 \pm 1,9^*$	6	$3,4 \pm 1,3^*$
4.	50-59	6	$3,4 \pm 1,3$	7	$4,0 \pm 1,4^*$	2	$1,1 \pm 0,7^*$
	Бардыгы	130	$73,8 \pm 3,3$	32	$18,2 \pm 2,3^{**}$	14	$7,9 \pm 2,0^{**}$

Эскертүү - $P \pm m$ – интенсивдик көрсөткүч жана репрезентативдик катасы, * - $p > 0,05$, ** - $p < 0,001$.

Маанилүү топту жаак, чеке жана үстүнкү эриндин үстүндөгү аймактын жабыркашы менен гиперпигментациянын центрофациалдык тиби (100 бейтапка $57,9 \pm 3,7$ учур) менен жабыркаган бейтаптар түздү. Мандибулярдык тип төмөнкү жаактын аймагындагы пигментациянын орун алуусу күчөгөн участоктору $18,2 \pm 2,3$, $p < 0,001$ учурда кездешкен. Бет сөөктөрү менен мурундун канаттарында жабыркаган участоктору менен малярдык тибинин анча байкалбаган жыштыгы ($7,9 \pm 2,0$) аныкталган, $p < 0,001$.

Гиперпигментациянын центрофациалдык тиби менен жабыркагандардын көпчүлүгү ($57,9 \pm 3,7$ учур) 30-39 жаштагы бейтаптар болгон ($36,4 \pm 3,6$), $p < 0,001$. Мандибулярдык тиби менен жабыркагандар көп кездешкен 40-49 жашта ($7,4 \pm 1,9$) жана малярдык тиби менен 30-39 жана 40-49 жашта, бирдей жыштык менен тиешелүүлүгүнө жараша $3,4 \pm 1,3$, $p > 0,05$ учурлар.

Жеке косметологиялык клиникаларга кайрылган аялдардын арасында мелазманын жогорку таралышы мелазманы камтыган тери жана тери астындагы ткандардын оорулары боюнча отчеттуулуктун формаларын иштеп чыгуу зарылдыгын талап кылат. Бул ооруңдуулукту, косметикалык кызмат көрсөтүүлөрдү керектөөчүлөрдүн социалдык жана экономикалык өзгөчөлүктөрү менен байланыштуу калктын медициналык жигердүүлүгүнүн деңгээлин талдоого, ошондой эле бул бейтаптарга көрсөтүлгөн медициналык жардамдын сапатын баамдоого мүмкүндүк берет.

Кайрылган бейтаптардын жалпы санынын ($n=176$) арасында эпидермалдык тиби ($79,5 \pm 3,0$) дермалдык тибине караганда ($15,3 \pm 2,7$), $p < 0,001$ жана мелазманын аралаш тиби ($5,1 \pm 1,6$), $p < 0,00$ кыйла көп аныкталган.

Эпидермалдык жана дермалдык тиби 30-39 жаштагы ($39,7 \pm 3,6$ жана $6,8 \pm 1,9$, $p < 0,001$), ошондой эле 40-49 жаштагы бейтаптарда ($19,3 \pm 2,9$ жана $4,6 \pm 1,5$, б. $p < 0,001$) кыйла көбүрөөк байкалган. Аралаш тиби 40-49 жаштагыларда $1,7 \pm 0,9$ учурда пайда болгон, мелазманын эпидермалдык, $p < 0,001$ жана дермалдык тибине салыштырмалуу кыйла азыраак, $p > 0,05$. Мелазманын эпидермалдык жана дермалдык тибинин 20-29 курактык тобундагы таралышы $11,4 \pm 2,3$ жана $2,2 \pm 1,1$, $p < 0,001$ учурду, ал эми 50-59 жашта - $9,1 \pm 2,1$ жана $1,7 \pm 0,9$, $p < 0,001$ учурду түздү. Мелазманын аралаш тиби 50-59 жаштагы курактык топто $3,4 \pm 1,3$ учурда кездешет, эпидермалдык типке караганда кыйла аз, $p < 0,01$, жана дермалдык тибине караганда көбүрөөк, $p > 0,05$.

Ошентип, кайрылган бейтаптарда 30 жаштан 49 жашка чейинки мелазманын эпидермалдык тиби кыйла кеңири кездешкен.

3.2 Мелазманын жүрүшүнүн айрым өзгөчөлүктөрү. «Diva effect» косметологиялык клиникасына теринин гиперпигментациясына даттануу менен кайрылган 176 бейтапка атайын түзүлгөн анкета боюнча сурамжылоо жүргүзүлдү, ал төмөнкү суроолорду камтыган: даттануулар; гиперпигментациянын узактыгы; адистерге кайрылуу; дарылануу жана жүргүзүлгөн дарылоонун натыйжасы.

Байкалган бейтаптар мелазманын оордугунун даражасына жараша бөлүштүрүлгөн. Жабыркоонун жеңил даражасы менен бейтаптар – 25,0%, орточо – 61,3% жана оор – 11,9% ды түздү. Ошол эле учурда, көпчүлүгү, 63,6% ($n=112$) мурда дарыланышкан эмес, 25,0% ($n=44$) сейрек дарыланган жана 11,4% ($n=20$) гиперпигментациядан үзгүлтүксүз дарыланган.

Жеңил даражадагы мелазма менен жабыркаган бейтаптардын көпчүлүгү, бул 14,2% (n=25) дарыланбаган, кээде 6,2% (n=11) жана 4,6% (n=8) гана үзгүлтүксүз дарыланган. Орточо даражадагы мелазмада (42,0% (n=74), 16,0% (n=28) жана 5,1% (n=9) жана оор (7,4% (n=13), 2,8% (n=5) жана 1,7% (n=3), тиешелүүлүгүнө жараша) ушундай эле жагдай байкалган.

Мурда дарыланган (n=20) жана сейрек дарыланган (n=44) бейтаптардын ичинен 24,4% (n=43) гана дарылоонун эч кандай натыйжа бербегенин жана 11,4% (n=21) каалаган натыйжаны алышкандыгын белгилешкен. Мелазманын оордугунун бардык даражаларында бейтаптардын көп бөлүгү (6,2%, 14,2%, 3,4% тиешелүүлүгүнө жараша) дарылоонун таасирдүүлүгүн байкашкан эмес.

Кайрылган бейтаптар гиперпигментациянын ар кандай чектелишинин очокторуна даттанышкан. Клиникалык кароодо $9,7 \pm 2,2$ бейтапта гиперпигментациянын очоктору мурундун, $18,7 \pm 2,9$ бетинин, $p > 0,05$, $15,9 \pm 2,7$ бейтапта ээгинин, $p > 0,05$, $42,6 \pm 3,7$ үстүнкү эрин, $p < 0,001$, $13,0 \pm 2,5$, $p < 0,001$ көкүрөк аймагында жайгашкан. Басымдуу көпчүлүгүндө гиперпигментация участкактору үстүнкү эриндин, беттин жана ээктин үстүндө жайгашкан.

Мелазманын жеңил даражасы менен жабыркаган аймактар көпчүлүк учурда беттин терисинде ($8,5 \pm 2,1$) жана үстүнкү эриндин үстүндө ($7,4 \pm 1,9$), $p > 0,05$ жайгашкан. Андан ары мелазманын мурун ($5,7 \pm 1,7$), ээк ($2,2 \pm 1,1$) жана көкүрөк терисинде орун алгандыгы ($1,1 \pm 0,7$), $p > 0,05$ байкалган. Орточо даражада гиперпигментациянын эң көп орун алуусу үстүнкү эрин ($31,8 \pm 3,5$), көкүрөк аймагы $10,2 \pm 2,2$ учур, $p < 0,001$, ээк - $9,7 \pm 2,2$ учур, жаак - $8,0 \pm 2,0$, мурун аймактарына - $3,4 \pm 1,3$, $p > 0,05$ туура келген. Оор даражадагы мелазма участкактору көбүнчө үстүнкү эринде ($42,6 \pm 3,7$) жана бетте ($18,7 \pm 2,9$) жайгашкан, $p < 0,001$. Ээкте гиперпигментация $15,9 \pm 2,7$, көкүрөктө $13,0 \pm 2,5$, мурунда $9,7 \pm 2,2$, $p > 0,05$ учурда кездешкен.

Мурун аймагында гиперпигментация орточо ($3,4 \pm 1,3$) жана оор даражалары ($0,6 \pm 0,5$) жеңил даражасына ($5,7 \pm 1,7$) караганда кыйла көп кездешкен. Жаак аймагында орун алган оордугунун орточо даражасында ($8,0 \pm 2,0$), $p > 0,05$, оор даражада кыйла көбүрөөк ($2,2 \pm 1,1$), $p < 0,01$, ал эми жеңил мелазма ($8,5 \pm 2,1$) менен салыштырганда олуттуу айырмачылыктар табылган жок.

Оордугу бардык даражадагы гиперпигментациянын ээкте жайгашуусунда олуттуу айырмачылыктар болгон эмес, $p > 0,05$. Көбүрөөк, жабыркаган аймактар орточо даражада ($31,8 \pm 3,5$), $p < 0,001$ жана оор даражада ($3,4 \pm 1,3$), $p < 0,01$ жогорку эриндин үстүндө жайгашкан, жеңил даражага караганда ($7,4 \pm 1,9$). Оордугу орточо даражадагы гиперпигментация кыйла көп көкүрөктө жайгашкан ($10,2 \pm 2,2$) жана эч кандай олуттуу айырмачылыктар табылган эмес ($1,7 \pm 0,9$), жеңил даражага караганда ($1,1 \pm 0,7$).

Көпчүлүк бейтаптарда гиперпигментация 4-7 жыл ичинде ($31,2 \pm 3,5$) учурда, 1-3 жыл ичинде $27,3 \pm 3,3$ учурда, 8-12 жыл ичинде $24,4 \pm 3,2$ учурда, 12 жылдан жогору $17,0 \pm 2,8$ учурда, $p > 0,05$ байкалган. Бирок, мелазманын узактыгында олуттуу айырма байкалган эмес.

Мелазманын жеңил даражасында мелазманын узактыгы көбүнчө 1-3 жылды түздү ($19,6 \pm 2,2$), 4-7 жыл $6,2 \pm 1,8$, $p < 0,001$ бейтапта, 8-12 жыл $5,1 \pm 1,6$ бейтапта байкалган жана андан ашык 12 жылдан жогору $4,0 \pm 1,4$, $p > 0,05$ бейтаптарда байкалган. Оорунун орточо жүрүшүндө мелазма 4-7 жылга ($23,3 \pm 3,1$), 1-3 жылга ($16,4 \pm 2,8$) жана 8-12 жылга ($16,4 \pm 2,8$), $p < 0,001$ жана 12 жылдан жогору $6,8 \pm 1,9$, $p < 0,01$ бейтаптарда гана созулган. Оор даражадагы мелазмада узакка созулган гиперпигментация 12 жылдан ашык $6,2 \pm 1,8$ бейтапта, 8-12 жыл $2,8 \pm 1,2$ бейтапта, 4-7 жыл $1,7 \pm 0,9$ бейтапта жана 1-3 жыл $1,1 \pm 0,7$, $p > 0,05$ бейтапта байкалган.

1-3 жылга созулган гиперпигментациянын узактыгында оорунун жеңил жүрүшү көбүрөөк байкалган, 4 жылдан 12 жылга чейин - оордугу орточо даража, 12 жылдан ашык - орточо жана оор даража.

Маанилүү топту дерматологго кайрылган бейтаптарга ($36,9 \pm 3,6$) караганда косметологго көбүрөөк кайрылган ($47,7 \pm 3,7$), $p > 0,05$ бейтаптар түзгөн.

Көбүнчө бейтаптар гиперпигментациянын пайда болуу себеби катары ($40,9 \pm 3,7$) кош бойлуулукту жана төрөттү көрсөтүшкөн, $28,9 \pm 3,4$, $p < 0,001$ учурда өнөкөт оорулардын күчөшү менен байланыштырган. Күн нурунун таасири $22,7 \pm 3,1$ бейтапта мелазманы, $7,4 \pm 1,9$, $p < 0,001$ учурда жакын туугандарында гиперпигментациянын болгондугу. Кош бойлуулук жана төрөт мелазманын себеби деп эсептеген бейтаптардын арасында оорунун орточо даражасы кыйла көп ($27,8 \pm 3,3$), жеңил даражасы $10,8 \pm 2,3$, $p < 0,001$ учурда, жана $2,3 \pm 1$, $p < 0,001$ учурда - оор даража аныкталган. Күн нурунун таасиринин себептеринен жеңил ($9,6 \pm 2,2$) жана орточо ($12,5 \pm 2,5$) оорунун учурларында олуттуу айырма болгон эмес, $p > 0,05$.

Ошол эле учурда, мелазманын оор даражадагы учурлары кыйла аз кездешкен ($0,6 \pm 0,5$), $p < 0,001$. Өнөкөт оорулардын күчөшү менен кыйла көп байланыштырган орточо даражадагы бейтаптар ($17,6 \pm 2,8$), оор даражадагы бейтаптар ($8,5 \pm 2,1$), $p < 0,01$, жеңил даражадагы бейтаптар $2,8 \pm 1,2$, $p < 0,001$. Мелазмага тукум куучулук ыктуулугун орточо даражадагы бейтаптар $5,1 \pm 1,6$ учурларда, жеңил даражада $1,7 \pm 0,9$, $p > 0,05$ учурларда жана оор даражада $0,6 \pm 0,5$, $p < 0,01$ учурларда көрсөтүшкөн.

3.3 Мелазманын өнүгүшүнүн себептери. Анкеттелгендердин жалпы санынан ($n=176$) мелазма менен жабыркаган $88,6 \pm 2,4$ бейтап ($n=156$) кош бойлуулукту белгилеген. Ошол эле учурда $189,2 \pm 9,8$ кош бойлуулуктун ичинен $93,7 \pm 1,8$, $p < 0,001$ учур төрөт менен аяктаган. Жеңил даражадагы ($17,0 \pm 2,8$ жана $11,9 \pm 2,4$), $p < 0,001$ жана оор даражадагы ($53,4 \pm 3,7$ жана $16,4 \pm 2,8$) бейтаптар

менен салыштырганда мелазманын оордугунун орточо даражасы менен жабыркаган бейтаптарда кош бойлуулуктун ($118,7 \pm 3,5$) жана төрөттүн ($65,3 \pm 3,5$), $p < 0,001$ эң көп саны белгиленген.

Кош бойлуулук учурундагы бейтаптарда мелазманын орточо даражасында эрте ($50,5 \pm 3,7$) жана кеч токсикоздор ($14,7 \pm 2,6$) сыяктуу татаалдашуулардын жогорку жыштыгы байкалган, мелазманын жеңил даражадагы ($9,0 \pm 2,1$ жана $4,6 \pm 1,5$), $p < 0,001$ жана оор даражадагы ($7,9 \pm 2,0$ жана $8,5 \pm 2,1$), $p > 0,05$ учурларына караганда.

Башынан өткөн ооруларын $55,1 \pm 3,7$ бейтап белгилеген. Өткөрүлгөн ажырымдоо көрсөтүү, бейтаптар көбүнчө аллергиялык ($62,8 \pm 4,9$), суук тийүү ($58,7 \pm 4,9$), $p < 0,01$ жана гинекологиялык ооруларды ($42,2 \pm 5,0$), $p > 0,05$ белгилешкен. Ошондой эле, бейтаптар гипертония ($39,1 \pm 4,9$) жана өнөкөт гастрит ооруларынын ($28,8 \pm 0,5$), $p < 0,01$ бир кыйла жогору жыштыгын көрсөтүшкөн. Башка оорулар анча көп эмес жыштыкта кездешкен.

Солярийге $17,6 \pm 2,8$ бейтап барган, анын ичинен $51,6\%$ ($n=16$) жылына бир жолу, $35,5\%$ жылына эки жолу ($n=11$), үч же андан көп жолу ($n=4$) - $12,9\%$. Оорунун орточо ($1,7 \pm 0,9$), $p < 0,001$ жана оор даражаларына караганда ($0,6 \pm 0,5$), $p > 0,05$, жеңил даражадагы мелазма менен жабыркаган бейтаптар солярийге көп учурда ($15,3 \pm 2,7$) кайрылышкан. Бейтаптар $46,0 \pm 3,7$ учурда 1-3 сааттан күн астында максималдуу болгондорун белгилешкен, 4-5 саатка чейин болгондор $42,6 \pm 3,7$, $p > 0,05$ учурда, 5 сааттан ашык болгондорго салыштырганда ($11,3 \pm 2,3$), $p < 0,001$ олуттуу айырмачылыктар жок экендигин белгилешти. Күн астында 1-3 саат болгон бейтаптардын арасында жеңил ($21,6 \pm 3,1$) учурларында жана орточо даражадагы мелазмада ($22,1 \pm 3,1$), $p > 0,05$ учурларында олуттуу айырмачылыктар болгон эмес, ал эми оор даражадагы мелазмада ($0,6 \pm 0,5$), $p < 0,001$ кыйла азыраак. Оорунун жеңил ($2,2 \pm 1,1$) жана оор даражасына ($5,7 \pm 1,7$) караганда, орточо даражада ($34,6 \pm 3,6$), $p < 0,001$ күн астында чыныгы 4-5 саат бою болгудугун бейтаптар көбүрөөк белгилеген. Күн астында 5 сааттан ашык орточо даражадагы бейтаптар болгон ($6,2 \pm 1,8$), жеңил ($1,1 \pm 0,7$), $p < 0,001$ жана оор даражадагы мелазма $p > 0,05$ менен салыштырганда.

Гормоналдык дары-дармектерди алган $76,7 \pm 3,1$ бейтап, алардын көбү мелазманын орточо даражасы ($46,6 \pm 3,7$), жеңил даражасы ($22,7 \pm 3,1$), $p < 0,001$, ал эми мелазманын оор даражасы менен $7,4 \pm 1,9$ гана бейтап, $p < 0,001$. Көпчүлүгү гормоналдык дары-дармектерди 3 жылдан ашык ($56,2 \pm 3,7$) алышкан, гормондорду 1-3 жыл ($20,5 \pm 3,0$) алган бейтаптарга караганда, $p < 0,001$. Гормоналдык дары-дармектерди 3 жылдан ашык колдонуунун узактыгы менен мелазма оорусунун орточо ($35,8 \pm 3,6$) жана жеңил даражадагы ($16,4 \pm 2,8$), $p < 0,001$ учурлары оор даражадагы учурларга караганда ($4,0 \pm 1,4$), б. $< 0,001$ көбүрөөк учураган. Ушундай эле жагдай 1-3 жыл колдонуу узактыгында ($10,8 \pm 2,3$; $6,2 \pm 1,8$, $p > 0,05$ жана $3,4 \pm 1,3$, $p < 0,01$) аныкталган.

4-бап «Мелазмадагы (хлоазма) теринин абалынын аспаптык диагностикасынын биофизикалык жана гормоналдык көрсөткүчтөрүнүн салыштырма натыйжалары».

4.1 Мелазманын (хлоазма) жүрүшүнүн оордугун баамдоо. Өткөрүлгөн дарылоо MASI (Melasma Area and Severity Index) жүрүшүнүн оордугунун орточо индексинин олуттуу төмөндөшүнө өбөлгө түздү (4-таблица). Мелазманын эпидермалдык тибинде 20-29 жаштагы курактык тобундагылар $9,5 \pm 2,2$ баллдан $6,5 \pm 1,2$ баллга чейин 68,4%, $p < 0,001$, 30-39 жашта $7,3 \pm 2,6$ дан $4,0 \pm 1,9$ баллга чейин 54,7%, $p < 0,001$, 40-49 жашта $12,0 \pm 2,2$ баллдан $7,0 \pm 2,3$ баллга чейин 58,3% жана 50-59 жашта $9,1 \pm 1,2$ баллдан $5,2 \pm 0,9$ баллга чейин 57,1%, $p < 0,001$. Жалпысынан алганда, жүргүзүлгөн дарылоонун таасирдүүлүгүн баамдоо динамикада 50% дан 75% га чейин жакшы жакшыртууну көрсөттү.

Дермалдык тибинде 20-29 жаштагы курактык тобундагы бейтаптарда дарылоодон кийин $8,0 \pm 4,0$ баштап $6,1 \pm 3,9$ баллга чейин MASI индексинин олуттуу төмөндөшү 76,2%, $p < 0,001$, 30-39 жашта $9,5 \pm 2,8$ ден $6,1 \pm 2,8$ баллга чейин 64,2% түздү, $p < 0,001$, 40-49 жашта $9,3 \pm 3,0$ дон $5,5 \pm 1,7$ баллга чейин 59,1% түздү, $p < 0,001$, 50-59 жашта $9,8 \pm 1,1$ ден $7,1 \pm 3,4$ баллга чейин 72,4% түздү, $p < 0,001$. Дермалдык тибиндеги дарылоонун таасирдүүлүгү айкын жакшыруу катары 20-29 жашта, ал эми башка курактык топтордо жакшы жакшыруу катары бааланган.

Бейтаптарда мелазманын аралаш тиби 40 жаштан 59 жашка чейин гана кездешкен. Бул типтеги пигментациянын оордугу 40-49 жашта $8,9 \pm 2,3$ баллдан $7,4 \pm 2,5$ баллга чейин 83,1% га жана 50-59 жашта $9,1 \pm 3,0$ дон $6,2 \pm 2,4$ баллга чейин 68,1% га төмөндөгөн, $p > 0,05$. 40-49 жашта айкын жакшыруу, ал эми 50-59 жашта жакшы жакшыруу байкалган. Дарылоого чейин бейтаптарда оорунун жүрүшүнүн аянты жана оордугу тибине жараша көз каранды анык айырмачылыктар табылган эмес (Эпидермалдык тип боюнча MASI индекси - $9,4 \pm 2,0$ балл, дермалдык тиби - $9,1 \pm 2,7$ балл жана аралаш тип - 9,0). $\pm 2,6$ балл, тиешелүүлүгүнө жараша), $p > 0,05$.

Мелазманын дермалдык жана аралаш типтеринде эпидермалдыкка караганда дарылоодон кийин MASI индексинин орточо маанисинин анык төмөндөгөнү байкалган. Ошентип, дарылоодон кийин MASI индекси эпидермалдык тибине ($5,6 \pm 1,5$ балл) караганда дермалдык тибинде ($6,2 \pm 2,9$ балл) кыйла жогору болгон, $p < 0,05$ жана мелазманын аралаш тиби менен салыштырганда олуттуу айырма болгон эмес. ($6,8 \pm 2,4$ балл), $p > 0,05$. Мелазманын аралаш тибинде ($6,8 \pm 2,4$ балл) MASI индекси эпидермалдык типке ($5,6 \pm 1,5$ балл) караганда кыйла жогору болгон, $p < 0,01$ жана дермалдык тиби менен ($6,2 \pm 2,9$ балл), $p < 0,05$ салыштырганда олуттуу айырма болгон эмес.

4.2 Дарылоого чейин инструменталдык диагностикалык ыкмасын колдонуудагы мелазмадагы теринин абалынын биофизикалык көрсөткүчтөрүнүн натыйжалары.

Жүргүзүлгөн комплекстүү дарылоонун таасирдүүлүгүн аныктоо үчүн мелазма менен жабыркаган бейтаптарда теринин биофизикалык көрсөткүчтөрүнө салыштырма баамдоо жүргүзүлгөн (4-таблица). Т-зонасында теринин майлуулугунун анык төмөндөшү мелазманын эпидермалдык ($35,4 \pm 0,1$ жана $33,6 \pm 0,1$) жана дермалдык ($38,3 \pm 0,1$ жана $35,1 \pm 0,1$), $p < 0,001$ типтеринде аныкталган. Ушундай эле көрүнүш мелазманын берилген типтери менен жабыркаган бейтаптарда U-зонасында аныкталган ($14,0 \pm 0,1$ жана $13,2 \pm 0,09$; $15,1 \pm 0,1$ жана $14,2 \pm 0,1$), $p < 0,001$. Бирок мелазманын аралаш тибинде дарылоого чейин жана андан кийинки көрсөткүчтөр боюнча Т-зонасындагыдай эле ($24,5 \pm 0,7$ жана $23,3 \pm 0,1$) жана U-зонасында ($20,2 \pm 0,6$ жана $19,2 \pm 0,1$), $p > 0,05$ эч кандай анык айырма болгон эмес.

4.3 Инструменталдык диагностикалык ыкмаларын колдонуудагы теринин абалынын биофизикалык көрсөткүчтөрү боюнча мелазманы дарылоонун натыйжаларын талдоо.

Дарылоо эпидермалдык ($25,0 \pm 0,09$ жана $31,1 \pm 0,08$), $p < 0,001$, дермалдык ($29,2 \pm 0,2$ жана $31,4 \pm 0,1$), $p < 0,001$ жана аралаш тиби ($28,9 \pm 0,73$ жана $30,7 \pm 0,1$), $p < 0,01$ менен жабыркаган бейтаптарда теринин нымдуулугунун олуттуу жогорулашына түрткү берген (4.3.5-таблица).

Эпидермалдык мелазмасы бар теринин кислоталуулук-шакардык балансы дарылоого чейин жана андан кийин ($4,2 \pm 0,05$ жана $4,1 \pm 0,06$), $p > 0,05$ олуттуу айырмачылыктарга ээ болгон эмес. Тери мелазмасы менен жабыркаган бейтаптарда теринин рН деңгээлинин орточо мааниси дарылоого чейин кадимки чегинде ($4,7 \pm 0,05$) болгон, ал эми дарылоодон кийин бир аз анык төмөндөгөнү байкалган $4,4 \pm 0,04$ бирдикке чейин, $p < 0,001$. Мелазманын аралаш тиби менен жабыркаган бейтаптар үчүн теринин рНнын $4,2 \pm 0,04$ төн $3,8 \pm 0,06$ га чейин төмөндөшү мүнөздүү болгон, $p < 0,001$.

Дарылоодон кийин меланидин деңгээли эпидермалдык ($231,7 \pm 0,2$ жана $130,7 \pm 0,2$), $p < 0,001$ жана дермалдык типтеринде ($241,5 \pm 0,2$ жана $141,5 \pm 0,4$) $1,7$ эсеге $p < 0,001$, мелазманын аралаш тибинде 16 эсеге төмөндөгөн ($211,0 \pm 0,1$ жана $127,5 \pm 0,1$), $p < 0,001$.

Жүргүзүлгөн дарылоо эпидермалдык жана дермалдык типтеги теринин майлуулугун, дермалдык жана аралаш типтеги теринин кислоталуулук-шакардык балансын азайтты. Бардык типтерде меланидин деңгээли төмөндөп, теринин нымдуулугу бир аз жогорулаган.

Таблица 4.3.5 - Мелазманы дарылоонун таасирдүүлүгүн салыштырмалуу баамдоо

№ пп	Мелазма тиби	Дарылоого чейин (M±m)	Дарылоодон кийин (M±m)	Статистикалык айырмачылыктардын аныктыгы (p)
Теринин майлууулугу (Т - зона)				
1.	Эпидермалдык (n=140)	35,4±0,1	33,6±0,1	<0,001
2.	Дермалдык (n=27)	38,3±0,1	35,1±0,1	<0,001
3.	Аралаш (n=9)	24,5±0,7	23,3±0,1	>0,05
Теринин майлууулугу (U - зона)				
1.	Эпидермальный	14,0±0,1	13,2±0,09	<0,001
2.	Дермальный	15,1±0,1	14,2±0,1	<0,001
3.	Смешанный	20,2±0,6	19,2±0,1	>0,05
Теринин нымдуулугу				
1.	Эпидермальный	25,0±0,09	31,1±0,08	<0,001
2.	Дермальный	29,2±0,2	31,4±0,1	<0,001
3.	Смешанный	28,9±0,7	30,7±0,1	<0,01
Теринин кислоталуулук-шакардык балансы				
1.	Эпидермальный	4,2±0,05	4,1±0,06	>0,05
2.	Дермальный	4,7±0,05	4,4±0,04	<0,001
3.	Смешанный	4,2±0,04	3,8±0,06	<0,001
Меланиндин деңгээли				
1.	Эпидермальный	231,7±0,2	130,7±0,2	<0,001
2.	Дермальный	241,5±0,2	141,5±0,4	<0,001
3.	Смешанный	211,0±0,1	127,5±0,1	<0,001

Эскертүү - M±m – орточо көрсөткүч жана жана репрезентативдик катасы, p<0,001 – катасыз болжолдоо ыктымалдыгы 99,9%, p<0,01 – катасыз болжолдоо ыктымалдыгы 99,0%, p>0,05 - катасыз болжолдоо ыктымалдыгы азыраак 95,0%.

4.4 Мелазмада (хлоазма) гормондордун деңгээли. Мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бардык бейтаптар кандагы гормондордун деңгээлине текшерилген. Эпидермалдык (8,1±1,8 МЕ/л), дермалдык (9,6±1,9 МЕ/л) жана аралаш (10,5±2,1 МЕ/л) типтеринде фолликулду стимулдаштыруучу гормондун орточо деңгээли көзөмөлдүк топтогудай эле (7,3±1,6 МЕ/л), p>0,05 кадимки чегинде болгон. Лютеиндештирүү гормонунун орточо көрсөткүчтөрү мелазманын бардык типтеринде (6,2±1,5 МЕ/л; 6,3±1,5 МЕ/л жана 5,9±1,4 МЕ/л), ошондой эле көзөмөлдүк топтун бейтаптарында (8,5±1,4 МЕ/л), p>0,05 нормада болгон. Эпидермалдык типтеги мелазма менен жабыркаган бейтаптарда прогестерондун орточо деңгээли 3,0±1,4 нмоль/л, дермалдык типте - 4,4±1,8 нмоль/л жана аралаш типте - 3,1±1,4 нмоль/л, б.а. көзөмөлдүк топтогудай эле кадимки чегинде болгон (4,7±1,9 нмоль/л), p>0,05.

Адабиятта биз фолликулду стимулдаштыруучу, лютеиндештирүү гормондорунун жана прогестерондун аялдарда мелазманын (хлоазма)

өнүгүшүнө тийгизген таасири жөнүндө маалыматтарды таба алган жокпуз, бул биздин изилдөөбүздүн натыйжалары менен тастыкталат.

Эпидермалдык ($498,7 \pm 11,4$ пмоль/л жана $308,4 \pm 15,0$ нмоль/л, тиешелүүлүгүнө жараша), дермалдык ($479,3 \pm 10,7$ пмоль/л жана $313,5 \pm 15,1$ нмоль/л, тиешелүүлүгүнө жараша), жана аралаш ($472,7 \pm 10,2$ пмоль/л жана $305,8 \pm 14,7$ нмоль/л) типтериндеги эстрадиол жана кортизол гормонунун деңгээли көзөмөлдүк топтогудай эле ($471,6 \pm 10,2$ пмоль/л жана $365,4 \pm 16,1$ нмоль/л, тиешелүүлүгүнө жараша) кадимки чегинде болгон.

Тиреотроптук гормондун деңгээли эпидермалдык типте ($5,8 \pm 1,4$) гана чегинен жогору болсо, дермалдык ($1,9 \pm 0,8$) жана аралаш ($2,1 \pm 1,3$) типтерде көзөмөлдүк топтогудай эле ($2,9 \pm 1,0$) кадимки чегинде болгон. Мелазманын бардык типтеринде жана көзөмөлдөө тобунда Т3, Т4 деңгээлинин орточо мааниси чегинде болгон.

Ошентип, мелазма менен жабыркаган бейтаптарда гормоналдык фондун натыйжаларын баамдоодо эпидермалдык тибинде тиреотроптук гормонунун деңгээлинин жогорулашы гана байкалганын көрсөттү. Башка гормондордун орточо мааниси кадимки чегинде болгон.

5-бап «Мелазманы (хлоазманы) дарылоо ыкмаларын оптималдаштыруу жана аларды салыштырмалуу баамдоо».

5.1 Мелазманы (хлоазма) дарылоо. Биринчи катарда дарылоо катары жергиликтүү колдонуунун ар кандай каражаттары жана күндөн коргоочу кремдер колдонулат, экинчи катарда - химиялык пилинг, үчүнчү катарда - лазер жана жарык. Бирок, лазер жана жарык терапиясы жергиликтүү колдонуу каражаттарына жана химиялык пилингте таасирденбеген туруктуу меладермия менен жабыркаган бейтаптар үчүн. Дарылоону баштоодон мурда, гиперпигментациянын пайда болуу тобокелдиги жогору болгон бейтаптарга жалпы сунуштар берилген: күндүн нурларынын активдүүлүгү жогору саатарда сыртта болбоо; күндөн коргоочу каражаттарды колдонуу (SPF-крем); денени мүмкүн болушунча күндүн нурунан коргоочу кийимдерди кийүү; гормоналдык контрацептивдерди колдонуу менен байланышкан гиперпигментацияда дары-дармекти токтотуу зарыл.

Теринин гиперпигментация участкакторун сырткы коррекциялоо меланинди иштеп чыгаруусун азайтууга, тери кыртышын жаныртууга жана агартууга багытталган. Бул максатта аракет механизми боюнча тирозиназа ферментинин ингибиторлоруна бөлүүчү (гидрохинон, койи кислотасы, Е витамини, азелаин кислотасы ж.б.) депигментанттар колдонулат. Тирозиназа ингибиторлору, депигментаттар, өзүнүн курамында тирозиназаны блоктоочу заттарды камтыйт. Азелаин кислотасы - кош бойлуу аялдардын гиперпигментациясын дарылоодо меланоцит клеткаларына цитотоксикалык жана антипролиферативдик таасирин тийгизүүчү депигментациялоочу каражат катары колдонулуучу табигый дикарбон кислотасы. Териге сүйкөгөндөн кийин азелаин кислотасы эпидермиске жана дермага өтөт. Клиникалык таасир дарылоо башталгандан 2-4 жума өткөндөн кийин пайда болот. Зарыл болгон учурда 1-2 айлык тыныгуудан кийин дарылоонун экинчи курсун жүргүзүүгө болот. Гликол,

сүт, лимон жана ретинол кислоталары эпидермистен меланинди кетируу максаты менен косметикалык каражаттардын курамына көбүнчө киргизилет.

Меланодермияны дарылоонун сунушталган экинчи катардагы ыкмаларынын бири - эпидермистин жаңыланышын жана эпидермалык меланинди кетируу жана меланосомалардын өтүшүн токтотуу үчүн коллаген талчаларынын регенерациясын тездетүүчү химиялык пилинг. Лазердик терапия менен бирге жергиликтүү агартуучу каражаттарды колдонуу эң аз терс таасирлери (сезгенүүдөн кийинки гиперпигментация) жана меланодермиянын кайталанышы менен жогорку таасирдүүлүккө алып келет.

Акыркы лазердик технологиялардын бири - бул фракциялык лазердик фототермолиз, мында термикалык зыяндын микроскопиялык зоналарынын лазердик аракетин коопсуз, тез айыгууга жана толук калыбына келтирүүгө өбөлгө түзөт. Меланин 250 нм баштап 1200 нм чейинки кең толкун узундуктагы жарыкты сиңирүү жөндөмүнө ээ. Берилген мүнөздөмө (Q-switching) сапаттуулук модуляциясы бар лазерлерге ылайык. Салттуу QSL иштетүүнү колдонуу тандоо фототермолиз принцибине негизделген, мында пигментти камтыган клеткаларды жок кылуу үчүн энергиянын жогорку тыгыздыгы колдонулат. Клеткалардын бүлүнүүсү простагландиндердин жана цитокиндердин бошонуусуна, сезгенүүгө жана негизги түпкү мембрананын бузулушуна алып келет.

Биз электро-оптикалык лазерди колдондук, эрбиум YAG лазер (2940 нм), Nd: YAG лазер (1064 нм), жыштыгы эки эселүү Nd: YAG лазер (532 нм).

Аблативдик эмес ыкмалар үчүн толкун узундугу 1400дөн 1550 нм чейинки эрбиум лазерди колдонулган, анткени мындай нурлануу сууга азыраак сиңип, тереңирээк кирип, дермага сиңет. Эпидермисти үстүртөн муздатуу анын жабыркоо коркунучун, жана ошого жараша, кийинки кыйынчылыктарды төмөндөтөт.

Ошондой эле жакын инфракызыл спектрге туура келген 1064 нм толкун узундугу менен жарык толкундарын чыгарууга жөндөмдүү неодим лазер (1064 нм) колдонулат. Сапаттуулук модулятору (Q-Switch) жарык энергиясынын жогорку кубаттуулугунда өтө кыска созулган (6 нс чейин) жарык импульстарын түзүүгө мүмкүндүк берет, бул дене ткандарына зыяндын минималдуу таасир тийгизүүсүнө мүмкүндүк берет.

Intensive Pulse Light системасынын (IPL-системасы) жогорку интенсивдүү импульстук жарыгы дермалдык жана эпидермалдык жабыркоодо таасирдүү ыкмалардын бири катары колдонулган, гиперпигментацияны жок кылуу, ошондой эле терини жашартуу үчүн колдонулат. Узунураак толкундар тереңирээк кирип, дермада жайгашкан пигментке багытталат, бирок меланин кыска узундуктагы толкундарды жакшыраак сиңирет. Эгерде IPL терапиясынын максаты теринин негизги түпкү катмары болсо, анда аракет механизми негизги түпкү катмарга багытталган тандалма фототермолиз менен түшүндүрүлөт. IPL дарылоодон кийин, депигментациялоочу, теринин жашартуу аракети менен стимулдаштыруучу таасирлери (дермага термикалык диффузия коллагенди калыбына келтирет) белгиленген. Кыска узундуктагы толкундар меланинге эң

жакшы сиңет, ал эми узун толкундар тери пигментине түздөн-түз таасир этүү менен тереңирээк кирүү мүмкүнчүлүгүнө ээ. IPL системалары 400дөн 1200 нм чейинки толкун узундуктарын чыгарат жана полихромиялык болуп, ал эми лазер жарыгы монохромиялык эсептелет.

Мелазма менен жабыркаган бейтаптар атайын даярдыктан өтүшкөн. Химиялык пилинг жана лазердик процедураларды алуудан 30 күн мурун меланин синтезин азайтуу үчүн азелаин кислотасынын препараттары жана SPF50 күндөн коргоочу кремдер жазылган. Тери кыртышын жаңыртуу үчүн химиялык пилинг жасалды. Бейтаптар үч химиялык пилинг алышты: азелаин, салицил жана ретинол, 14 күндө 1 жолку интервал менен. Лазердик дарылоо 3 жуманын ичинде 1 жолу 3 процедуранын өлчөмүндө жүргүзүлдү: неодим, диод, эрбий лазерлери. Жалпысынан мелазманы дарылоо курсу 4,5 айды түздү.

Төмөнкү мүнөздөмөлөрдүн оң натыйжалуу динамикасы аныкталды: дарылоонун натыйжаларына бейтаптар тарабынан субъективдүү баа берүүсү, дарылоонун клиникалык таасирдүүлүгү жана жашоо сапатынын көрсөткүчтөрү. Дарылоо мезгилинде терапиялык таасирдүүлүк 92,9-96,4% учурларда белгиленген: пигменттик тактар жоголуп, кубарып, өлчөмү кичирейип жана дени сак териден контрасты азайды, теринин текстурасы кадики абалга келген; жашоо сапаты жакшырды. Аялдардын 5,7% гелди колдонгондон кийин алгачкы 2 жуманын ичинде түздөн түз каражатты сүйкөгөн аймагында билинбеген өтүүчү мүнөздөгү эритема жана күйүү байкалган, бул кошумча оңдоону талап кылбайт.

5.2 Мелазманын (хлоазма) клиникалык учурлары. Дарылоонун натыйжасында эпидермалдык мелазма менен жабыркаган бейтапта оң натыйжа байкалган. MASI индекси 3,9 га чейин төмөндөгөн, Т-зоносында теринин майлуулугу - 32,0 нг/ см², U-зоносында - 15,7 нг/ см² теринин нымдуулугу - 31,1 нг/ см², меланиндин деңгээли - 130,0 ш.б., теринин кислоталуулук-шакардуулук балансы - 4,1бирдик. Дарылоо MASI индексин 54,1%, Т-зоносында теринин майлуулугун 8,6%, U-зоносын 1,9%, меланиндин деңгээлин 56,2%, теринин кислоталуулук-шакардуулук балансын 2,3% га төмөндөтүүгө жана теринин нымдуулугу 3,3% га жогорулатууга мүмкүндүк берди. Бейтапта олуттуу жакшыруу, жашоо сапатынын жогорулашы байкалды.

5.3 Мелазма менен жабыркаган бейтаптардын жашоо сапаты.

Мелазманы (хлоазманы) дарылоо олуттуу узак убакытты талап кылат, ал физикалык ынгайсыздык менен бейтаптардын социалдык жана психологиялык бакубаттуулугуна таасир этүүсүндө. Мелазма менен жабыркаган бейтаптардын физикалык, психологиялык, эмоционалдык жана социалдык абалын субъективдүү сезимдердин негизинде интегралдык баамдоо зарыл. MELASQOL-RUS суроо барагын косметология тажрыйбасында колдонуу дарылоого чейинки жана андан кийинки бейтаптын абалын субъективдүү баамдоо аспабы болуп саналат. Жашоо сапатын баамдоо үчүн Лайкерт психометрикалык шкаласы (1ден 7ге чейин) колдонулду, анын негизинде ар бир суроо боюнча баллдарды (7-70) кошуу менен MELASQOL индексинин шкаласы эсептелген. Индексин мааниси

канчалык жогору болсо, ошончолук оору өзгөрүүлөрү бейтаптын жашоо сапатына таасирин тийгизет.

Белгилей кетчү нерсе, гиперпигментация болгон теринин абалы көпчүлүк учурларда сырткы келбетине нааразычылыкты ($70,4 \pm 3,4$), жагымсыздыкты ($92,0 \pm 2,0$), көңүл калууну ($97,1 \pm 1,2$), уялууну ($95,4 \pm 1,5$), муңайыңкы сезимин жаратат, депрессиялык абалга жөндөндүрөт ($47,7 \pm 3,7$), башка адамдар менен баарлашууга таасирин тийгизет ($75,0 \pm 3,2$) (5.1-таблица). Дарылоодон кийин бейтаптар социалдык жана психологиялык бакубаттуулугунун жакшыргандыгын белгилешет.

Сырткы келбеттен канааттануу ($50,5 \pm 3,7$), $p < 0,001$, жагымдуулугу жогорулаган ($22,1 \pm 3,1$), $p < 0,001$, бейтаптар теринин абалына азыраак көңүлү чөккөн ($18,1 \pm 2,9$), $p < 0,001$, азыраак уялган ($11,9 \pm 2,4$), $p < 0,001$, муңайыңкы сезими жана депрессиялык абалга жөндөнүүсү төмөндөгөн ($9,6 \pm 2,2$), $p < 0,001$, башка адамдар менен баарлашууга каалоосу жогорулаган ($21,6 \pm 3,1$), $p < 0,001$.

Дарылоодон кийин тажрыйбалык топтун бейтаптары менен салыштырганда, көзөмөлдүк топтун бейтаптары теринин абалына көбүрөөк көңүлү чөгөт ($30,6 \pm 4,9$), $p < 0,01$, алар өздөрүн ыңгайсыз сезишет ($37,6 \pm 5,2$), $p < 0,001$, муңайыңкы сезими ($18,8 \pm 4,2$), $p > 0,05$, адамдар менен баарлашуу сезими ($12,9 \pm 3,6$), $p > 0,05$, жашоодо маанилүүлүк сезими ($16,4 \pm 4,0$), $p < 0,001$, эркиндик сезими ($20,0 \pm 4,3$), $p < 0,001$ жогорулаган.

Ошентип, мелазманы (хлоазманы) дарылоого чейин MELASQOL баллы 47 баллды түздү, бул оору бейтаптардын жашоосуна күчтүү таасир эткендигин күбөлөндүрөт.

Дарылоодон кийин индекс 2,2 эсеге азайып, 21 түздү, бул оорунун бейтаптын жашоо сапатына бир аз таасирин тийгизгендигин көрсөтүп турат. Көзөмөлдөө тобунда теринин абалы аялдардын жашоо сапатына таасир этпейт (индекс - 7). Меланодермия менен жабыркаган 51 бейтапта MelasQoL-BP талдоосу бейтаптарга тынчсыздануу ($94,1\%$), көңүл калуу жана уялуу ($64,7\%$), алардын сырткы көрүнүшү боюнча депрессия ($52,9\%$), ошондой эле жагымсыздык ($78,4\%$) сыяктуу олуттуу эмоционалдык таасирин аныктаган. Эч кандай социалдык таасир байкалган жок.

Жүргүзүлгөн изилдөө теринин биофизикалык көрсөткүчтөрүн аспаптык диагностикалоонун жаңы алгоритми үчүн негиз болуп кызмат кылды, бул өтө үнөмдүүлүгү жана дарылоонун узактыгын кыскарткандыгы менен айрымаланат. Мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптарды дарылоо үчүн иштелип чыккан топтомдуу схема кыска мөөнөттө жабыркаган очокторундагы гиперпигментацияны азайтууга жардам берет, оорунун этиологиясына жана клиникалык тибине карабастан натыйжалуу жана коопсуз болуп эсептелет.

КОРУТУНДУЛАР

1. 30-39 жаштагы ($58,6 \pm 3,6$) оордугу орточо даражадагы гиперпигментациянын (100 бейтапка $63,0 \pm 3,6$ учур) кыйла жогорку жыштыгы байкалат. Ошол эле учурда бардык курактык топтордо, өзгөчө 40-49 жаштагы аялдарда ($4,5 \pm 1,5$) оор даражадагы гиперпигментация учурлары табылган.

Мелазманын (хлоазма) жүрүшүнүн оордугу менен курактын ортосунда корреляциялык байланыш аныкталган ($r_{xy} = +0,4$, таасир этүүнүн үлүшү 16,0%). Оору жергиликтүү калк арасында басымдуулук кылат ($81,8 \pm 2,9$).

2. Кайрылган бейтаптарда теринин фототиби III Томас Б. Фицпатрик шкаласы боюнча ($88,0 \pm 2,4$), фототип IV ($6,8 \pm 1,9$), $p < 0,001$ жана фототип II ($5,1 \pm 1,6$), $p > 0,05$. Маанилүү топту жаак, чеке жана үстүнкү эриндин үстүндөгү аймактын жабыркашы менен гиперпигментациянын центрофациалдык тиби ($73,8 \pm 3,3$) менен жабыркаган бейтаптар түздү. Мандибулярдык тиби пигментациянын күчөгөн участкалары төмөнкү жаактын аймагында орун алгандыгы менен $18,2 \pm 2,3$ учурда кездешкен, $p < 0,001$. Бет сөөктөрү менен мурундун канаттарында орун алган жабыркаган участкалары менен малярдык тибинин анча чоң эмес жыштыгы ($7,9 \pm 2,0$) аныкталган, $p < 0,001$. Эпидермалдык түрү ($79,5 \pm 3,0$) мелазманын дермалдык түрүнө ($15,3 \pm 2,7$) караганда кыйла көп аныкталган, $p < 0,001$. Көбүнчө бейтаптар гиперпигментациянын пайда болуу себебин кош бойлуулук жана төрөт ($40,9 \pm 3,7$), гормоналдык дарыларды үч жылдан ашык колдонуу ($35,8 \pm 3,6$), өнөкөт оорулардын күчөшү деп көрсөтүшкөн $28,9 \pm 3,4$ учурда, $p < 0,001$. Мелазманын себеби болуп күн нурунун таасири $22,7 \pm 3,1$ бейтапта, $7,4 \pm 1,9$ учурда жакын туугандарында гиперпигментациянын болгондугу, $p < 0,001$.

3. Мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптар теринин бардык титеринде биофизикалык көрсөткүчтөрүнүн олуттуу жогорулашын, теринин нымдуулугунун төмөндөшүн көрсөткөн. Орточо алганда, Т-зонасында теринин майлуулугу $32,7 \pm 0,3$ нг/ см², U-зонасы - $16,4 \pm 0,2$ нг/ см², кислоталуук-шакардуулук балансы - $4,3 \pm 0,04$, меланиндин деңгээли - $228,0 \pm 0,1$, теринин нымдуулугу - $27,7 \pm 0,3$ түздү. Жалпысынан, мелазманын бардык тибинде тери майынын жетишсиздигине карабастан, дермалдык тибинде майдын жогорку курамы табылган. Мелазманын бардык түрлөрү менен жабыркагандардын терилери тажрыйбалык жана көзөмөлдүк топтордо, өзгөчө 50-59 жаштагы мелазманын эпидермалдык тиби менен жабыркаган бейтаптарда өтө кургак жана кургак терилерди аныкташкан. Бардык бейтаптарда теринин кислоталуулук-шакардуулук балансы 50-59 жаш курактан тышкары, кадимки чегинде болгон. Меланиндин деңгээли дермалдык мелазмасы менен жабыркаган бейтаптарда мелазманын башка тибине жана көзөмөлдүк топко салыштырмалуу кыйла жогору болгон. Мелазманын (хлоазма) эпидермалдык тибинде тиреотроптук гормондун жогорулаган орточо деңгээли аныкталган.

4. Пигментациянын оордук даражасын баамдоодо мелазманын жүрүшүнүн аянтынын жана оордугунун орточо MASI индексинин олуттуу төмөндөшү эпидермалдык тибинде $9,4 \pm 0,09$ дан $5,6 \pm 0,08$ ге чейин 59,5%, $p < 0,001$, дермалдык тибинде $9,1 \pm 0,2$ ден $6,2 \pm 0,3$ чейин 68,1%, $p < 0,001$, аралаш түрү $9,0 \pm 0,5$ тен $6,8 \pm 0,5$ ке чейин 75,5%, $p < 0,001$ байкалган. Жүргүзүлгөн топтомдуу дарылоо, мелазманын бардык типтеринин жүрүшүнүн оордугунун орточо MASI индексин, Т-зонасында жана U-зонасында теринин майлуулугун, кислоталуулук-шакардуулук балансын жана меланиндин деңгээлин олуттуу төмөндөтүүдө өзүнүн натыйжалуулугун көрсөттү, теринин нымдуулугунан

тышкары. Топтомдуу терапиянын жогорку клиникалык таасирдүүлүгү далилденген, анын ичинде фотопротекторлор, азелаин менен агартуучу кремдер, химиялык пилинг, лазердик дарылоо жана IPL терапиясы камтылган.

5. Мелазма менен жабыркаган бейтаптардын физикалык, психологиялык, эмоционалдык жана социалдык абалына субъективдүү баа берүү бейтаптардын жашоо сапатына күчтүү таасирин көрсөткөн, ал дарылоодон кийин жакшырган.

ПРАКТИКАЛЫК СУНУШТАР

1. Оордугу ар кандай даражадагы мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптарды дарылоону оптималдаштыруу үчүн фотопротекторлорду, азелаин менен агартуучу кремдерди, химиялык пилингдерди, лазердик дарылоону жана IPL терапиясын камтыган дарылоо сунушталат. Бул топтомдуу терапия гиперпигментациянын участкаларын азайтууга, теринин биофизикалык көрсөткүчтөрүн жакшыртууга жардам берет.

2. Ультрафиолет нурларынан коргоо, сезгенүү процесси, васкуляризация, гиперпигментация, гормоналдык таасирлер, меланодермияга эң мүнөздүү бейтаптын анамнези, Фитцпатрик боюнча теринин тиби, мелазманын тиби (эпидермалдык, аралаш же дермалдык) процедурага чейин жана процедурадан кийинки жергиликтүү колдонуучу дарылоо жана колдоочу процедуралар сыяктуу факторлорду эске алган терапевтик ыкманы колдонуу керек.

3. Терапия мелазманын (хлоазма) мүмкүн болуучу себептерин аныктагандан кийин жүргүзүлүүгө тийиш.

4. Мелазма/хлоазма теринин жана тери астындагы ткандардын оорулары боюнча отчеттук формаларына киргизилиши керек.

ДИССЕРТАЦИЯНЫН ТЕМАСЫ БОЮНЧА ЖАРЫККА ЧЫККАН ИЛИМИЙ ЭМГЕКТЕРДИН ТИЗМЕСИ:

1. **Курбанова, Д. Ч.** Проблема распространенности хлоазмы и мелазмы у женщин [Текст] / Д. Ч. Курбанова // Бюллетень науки и практики. – Нижневартовск, 2019. - Т. 5, № 7. - С. 86-93. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=39242273>.

2. **Курбанова, Д. Ч.** Мелазма: медико-социальная характеристика и клинические проявления [Текст] / Д. Ч. Курбанова, Б. Ч. Курбанова // Наука, новые технологии и инновации Кыргызстана. - Бишкек, 2020. - № 8. - С. 40-45. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=45620334>.

3. **Курбанова, Д. Ч.** Современные аспекты лечения мелазмы [Текст]: Матер. науч. онлайн-конф. медфакультета КРСУ им. Б. Н. Ельцина с междунар. участием / Д. Ч. Курбанова // Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке. - Бишкек, 2021. - Вып. 20. - С. 55-60.

4. **Курбанова, Д. Ч.** Оценка эффективности лечения мелазмы [Текст] / Д. Ч. Курбанова, А. А. Койбагарова, Б. Ч. Курбанова // Международный журнал

прикладных и фундаментальных исследований. - Москва, 2021. - № 6. - С. 46-50. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=46407519>.

5. Курбанова, Д. Ч. Причины развития мелазмы [Текст] / Д. Ч. Курбанова // Здоровоохранение Кыргызстана. - Бишкек, 2021. - № 4. - С. 47-53. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47556139>.

6. Курбанова, Д. Ч. Оценка эффективности лечения мелазмы по биофизическим показателям кожи [Текст] / Д. Ч. Курбанова // Бюллетень науки и практики. - Нижневартовск, 2021. - Т. 7, № 11. - С. 201-209. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47283038>.

7. Курбанова, Д. Ч. Результаты инструментальной оценки состояния кожи при мелазме [Текст] / Д. Ч. Курбанова // Научное обозрение. Медицинские науки. - Москва, 2021. - № 6. - С. 93-98. Режим доступа: <https://elibrary.ru/item.asp?id=47501721>.

8. Курбанова, Д. Ч. Некоторые особенности течения мелазмы [Текст] / Д. Ч. Курбанова, А.А. Койбагарова, Б.Ч. Курбанова // Вестник КРСУ. - Бишкек, 2022. - Т. 22, № 1. - С. 56-60. Режим доступа: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48164441>.

9. Курбанова, Д. Ч. Качество жизни с мелазмой (хлоазмой) [Текст]: Междунар. науч.-практ. конф. / Д. Ч. Курбанова // Экспериментальные и теоретические исследования в современной науке. - Новосибирск, 2022. - № 5 (70). - С. 18-24. Режим доступа: https://sibac.info/files/2022_05_30_Nauka/5%2870%29.pdf.

Курбанова Диана Чингисхановнанын «Хлоазма жана мелазма менен ооруган оорулууларды дарылоо ыкмаларын оптималдаштыруу жана жүрүштүн клиникалык-патогенетикалык аспектилерин» деген темада 14.01.10 – тери жана венерикалык оорулар адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты окумуштуулук даражасын изденип алуу үчүн жазылган диссертациясынын кыскача

РЕЗЮМЕСИ

Негизги сөздөр: гиперпигментация, мелазма, меланин, меланодермия, хлоазма.

Изилдөөнүн объектиси: мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптар.

Изилдөөнүн предмети: жүрүштүн клиникалык-патогенетикалык аспектилерин жана мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптарды дарылоонун натыйжалуулугу.

Изилдөөнүн максаты: жүрүштүн клиникалык-патогенетикалык өзгөчөлүктөрүн аныктоо жана Кыргыз Республикасында мелазманы (хлоазманы) дарылоо ыкмаларын оптималдаштыруу.

Изилдөөнүн ыкмалары: клиникалык, лабораториялык, аспаптык изилдөө ыкмалары, анкеттөө, статистикалык ыкма.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жанылыгы. Биринчи жолу оорунун өнүгүшүндөгү өзгөчөлүктөрүн аныктоого мүмкүндүк берген мелазма

(хлоазма) менен жабыркаган бейтаптардын медициналык-социалдык мүнөздөмөлөрү, курактык тобун, улутун, билим деңгээлин, үй-бүлөлүк абалын, кош бойлуулуктун жана төрөттүн санын, гормоналдык дарыларды колдонууну эске алуу менен берилген. Ата мекендик дерматовенерологияда биринчи жолу мелазманын (хлоазма) жүрүшүнүн клиникалык-патогенетикалык өзгөчөлүктөрү теринин фототибине, пигментациянын оордугуна, жүрүшүнүн узактыгына, дарылоонун тасирдүүлүгүнө жана оорунун өнүгүү себептерине жараша аныкталган. Аспаптык диагностикалык ыкмалардын жардамы менен теринин биофизикалык көрсөткүчтөрү, мелазмадагы (хлоазма) гормоналдык статус аныкталган. Мелазма (хлоазма) менен жабыркаган бейтаптардын жашоо сапатын жакшыртуу үчүн дифференцияланган ыкма иштелип чыккан жана дарылоо оптималдаштырылган.

Колдонуу тармагы: дерматовенерология.

РЕЗЮМЕ

диссертации Курбановой Дианы Чингисхановны на тему «Клинико-патогенетические аспекты течения и оптимизация методов лечения больных с хлоазмой и мелазмой», представленной на соискании ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.10 – кожные и венерические болезни

Ключевые слова: гиперпигментация, мелазма, меланин, меланодермия, хлоазма.

Объект исследования: пациентки с мелазмой (хлоазмой).

Предмет исследования: клинико-патогенетические аспекты течения и эффективность лечения больных с мелазмой (хлоазмой).

Цель исследования: определение клинико-патогенетических особенностей течения и оптимизация методов лечения мелазмы (хлоазмы) в Кыргызской Республике.

Методы исследования: клинические, лабораторные, инструментальные методы исследования, анкетирование, статистический метод.

Полученные результаты и их новизна. Впервые представлена медико-социальная характеристика пациентов с мелазмой (хлоазмой) с учетом возрастной группы, национальности, уровня образования, семейного положения, числа беременностей и родов, приема гормональных препаратов, позволившие выявить особенности в развитии заболевания. Впервые в отечественной дерматовенерологии определены клинико-патогенетические особенности течения мелазмы (хлоазмы) в зависимости от фототипа кожи, степени выраженности пигментации, длительности течения, эффективности лечения и причин развития заболевания. Определены биофизические показатели кожи с использованием инструментальных методов диагностики, гормональный статус при мелазме (хлоазме). Разработан дифференцированный подход и оптимизировано лечение, позволяющие улучшить качество жизни пациентов с мелазмой (хлоазмой).

Область применения: дерматовенерология.

SUMMARY

of the dissertation by Kurbanova Diana Genghiskhanovna on the topic "Clinical and pathogenetic aspects of the course and optimization of methods of treatment of patients with chloasma and melasma," submitted for the degree of candidate of medical Sciences in the specialty 14.01.10 - skin and sexually transmitted diseases

Keywords: hyperpigmentation, melasma, melanin, melasma, chloasma.

Object of research: patients with melasma (chloasma).

Subject of research: clinical and pathogenetic aspects of the course and the effectiveness of treatment of patients with melasma (chloasma).

The purpose of the study: determination of clinical and pathogenetic features of the course and optimization of methods of treatment of melasma (chloasma) in the Kyrgyz Republic.

Research methods: clinical, laboratory, instrumental research methods, questionnaires, statistical method.

The results obtained and their novelty. For the first time, the medical and social characteristics of patients with melasma (chloasma) are presented, taking into account the age group, nationality, level of education, marital status, the number of pregnancies and childbirth, the use of hormonal drugs, which made it possible to identify features in the development of the disease. For the first time in domestic dermatovenerology, clinical and pathogenetic features of the course of melasma (chloasma) were determined depending on the phototype of the skin, the degree of severity of pigmentation, the duration of the course, the effectiveness of treatment and the causes of the development of the disease. Biophysical indicators of the skin were determined using instrumental diagnostic methods, hormonal status in melasma (chloasma). A differentiated approach has been developed and treatment has been optimized to improve the quality of life of patients with melasma (chloasma).

Field of application: dermatovenerology.