



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

5 (79) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВА
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (79)

2025

май

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

Received: 20.05.2025, Accepted: 10.06.2025, Published: 15.06.2025

УДК 616.5-002.3-07:616-072.1

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОГРАНИЧЕННОГО И ДИФFUЗНОГО НЕЙРОДЕРМИТА

¹Усманова Нилуфар Маруповна <https://orcid.org/0009-0008-3062-5163>

²Орипов Рустам Анварович <https://orcid.org/0009-0000-1217-0945>

¹Сузангаранский техникум общественного здоровья имени Абу Али Ибн Сино, преподаватель. Узбекистан, г. Самарканд

²Самаркандского государственного медицинского университета. Узбекистан, г. Самарканд, ул. Амира Темура 18, Тел: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Резюме

Нейродермит — хроническое воспалительное заболевание кожи, связанное с нарушением нервной и иммунной регуляции. В клинической практике различают ограниченную и диффузную формы нейродермита, каждая из которых требует специфического диагностического подхода и тактики ведения. Целью настоящего исследования является анализ клинико-морфологических и патогенетических различий между формами заболевания для обоснования алгоритмов дифференциальной диагностики. В исследование включено 84 пациента с различными формами нейродермита. Установлены отличия в локализации, выраженности зуда, характере кожных изменений и уровне тревожности у пациентов. Диффузная форма чаще ассоциирована с атопией и имеет системные проявления. Полученные данные способствуют уточнению диагностики и выбору персонализированного подхода к лечению нейродермита

Ключевые слова: нейродермит, ограниченная форма, диффузная форма, дифференциальная диагностика, зуд, дерматология

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF LIMITED AND DIFFUSE NEURODERMATITIS

¹Usmanova Nilufar Marupovna, ²Oripov Rustam Anvarovich

¹Suzangaran Abu Ali Ibn Sino Technical School of Public Health, Lecturer. Uzbekistan, Samarkand

²Samarkand State Medical University. Uzbekistan, Samarkand, Amir Temur str. 18, Тел: +998 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Resume

Neurodermatitis is a chronic inflammatory skin disease associated with impaired nervous and immune regulation. In clinical practice, limited and diffuse forms of neurodermatitis are distinguished, each of which requires a specific diagnostic approach and management tactics. The aim of this study is to analyze the clinical, morphological and pathogenetic differences between the forms of the disease to substantiate the algorithms of differential diagnosis. The study included 84 patients with different forms of neurodermatitis. Differences in localization, severity of pruritus, the nature of skin changes and the level of anxiety in patients were established. Diffuse form is more often associated with atopy and has systemic manifestations. The obtained data contribute to the clarification of diagnosis and the choice of a personalized approach to the treatment of neurodermatitis

Keywords: neurodermatitis, limited form, diffuse form, differential diagnosis, pruritus, dermatology

CHEGARALANGAN VA DIFFUZ NEYRODERMITNING DIFFERENSIAL DIAGNOSTIKASI

¹Usmanova Nilufar Marupovna, ²Oripov Rustam Anvarovich

¹Abu Ali Ibn Sino nomidagi Suzangaron jamoat salomatligi texnikumi o'qituvchisi.
O'zbekiston, Samarqand

²Samarkand State Medical University Uzbekistan, Samarkand, st. Amir Temur 18,
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

✓ Rezyume

Neyrodermit - terining surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, asab va immunitetning buzilishi bilan bog'liq. Klinik amaliyotda neyrodermitning chegaralangan va diffuz shakllari farqlanadi, ularning har biri o'ziga xos diagnostik yondashuv va davolash taktikasini talab qiladi. Tadqiqotning maqsadi differensial diagnostika algoritmlarini asoslash uchun kasallik shakllari o'rtasidagi klinik-morfologik va patogenetik farqlarni tahlil qilishdan iborat. Tadqiqotga neyrodermitning turli shakllari bilan kasallangan 84 nafar bemor kiritilgan. Bemorlarda qichishishning joylashuvi, ifodalanishi, teri o'zgarishlarining tabiati va xavotirlanish darajasida farqlar aniqlandi. Diffuz shakli ko'pincha atopiya bilan bog'liq va tizimli ko'rinishlarga ega. Olingan ma'lumotlar diagnostikani aniqlashtirish va neyrodermitni davolashga individual yondashuvni tanlashga yordam beradi

Kalit so'zlar: neyrodermit, chegaralangan shakli, diffuz shakli, differensial diagnostika, qichishish, dermatologiya

Актуальность

Нейродермит (синоним: хронический лишеноидный дерматит, lichen simplex chronicus) — воспалительное заболевание кожи, относящееся к группе зудящих дерматозов, с характерным хроническим течением, склонностью к рецидивам и выраженными субъективными симптомами, прежде всего интенсивным зудом. Нейродермит чаще всего рассматривается как кожное проявление психоневрологических и нейроиммунных дисфункций, в том числе при наличии фоновой атопии, вегетативной лабильности и тревожно-депрессивных состояний [1,2]. Клинически выделяют две основные формы заболевания — ограниченный нейродермит, характеризующийся одиночными или множественными очагами лихенификации, и диффузный нейродермит, протекающий с более обширными поражениями кожи, выраженной сухостью, генерализованным зудом и частыми обострениями. Несмотря на схожий патогенез, формы различаются по клиническому течению, выраженности неврологических и аллергических компонентов, характеру кожных изменений и отклику на терапию [3].

Важность дифференциальной диагностики между ограниченным и диффузным нейродермитом обусловлена не только клинической спецификой, но и необходимостью выбора соответствующей терапии. Ограниченные формы часто требуют преимущественно местного лечения и коррекции психоэмоционального фона, в то время как диффузные формы могут требовать системной терапии, аллергологического обследования и длительного наблюдения [4]. Тем не менее, в реальной клинической практике часто наблюдаются трудности в четком разграничении форм нейродермита, особенно на ранних стадиях заболевания или при атипичных проявлениях. Кроме того, существует необходимость уточнения клинико-морфологических критериев, которые могли бы служить ориентиром для дерматологов при выборе индивидуальной тактики ведения пациента.

В этой связи, изучение различий между ограниченным и диффузным нейродермитом с позиции клинической картины, лабораторно-инструментальных данных и анамнестических факторов является актуальным направлением дерматологической диагностики и профилактики осложнённого течения заболевания. Дополнительную сложность в постановке диагноза представляет тот факт, что нейродермит часто протекает на фоне других хронических дерматозов — таких как атопический дерматит, экзема, псориаз, лишай плоский, что требует высокой настороженности и грамотной дифференциальной оценки. Особенно это актуально в случаях рецидивирующего течения, недостаточного ответа на стандартную терапию или при наличии смешанных клинических признаков.

Несмотря на значительное количество исследований, посвящённых лечению нейродермита, вопрос дифференциальной диагностики его форм остаётся слабо освещённым в отечественной литературе, что зачастую приводит к гипердиагностике или, напротив, к игнорированию системных проявлений заболевания. Сравнительный клинико-эпидемиологический анализ ограниченной и диффузной форм позволяет не только точнее распознавать форму заболевания, но и прогнозировать его течение, подбирать индивидуальные схемы терапии, а также определять показания к консультациям смежных специалистов — аллерголога, психотерапевта, невролога.

Таким образом, проведение комплексного анализа с учётом клинико-морфологических, анамнестических и поведенческих характеристик пациентов с разными формами нейродермита представляется важным и своевременным как с научной, так и с практической точки зрения.

Цель исследования: Определить клинико-морфологические, анамнестические и психоэмоциональные различия между ограниченной и диффузной формами нейродермита для обоснования подходов к дифференциальной диагностике и индивидуализированной терапии.

Материал и метод исследования

Исследование проведено на базе кафедры кожных и венерических болезней и клиники дерматологии в период с января 2023 года по март 2025 года. В исследование были включены 84 пациента, у которых на основании клинических и анамнестических данных был диагностирован нейродермит.

Критерии включения: возраст от 18 до 60 лет; клинически подтверждённый диагноз ограниченного или диффузного нейродермита; длительность заболевания не менее 6 месяцев; согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения: наличие других хронических дерматозов (псориаз, экзема, микозы); системные аутоиммунные или инфекционные заболевания кожи; приём системных глюкокортикостероидов за 30 дней до обследования.

Группы наблюдения: Группа 1 (n = 42): пациенты с ограниченным нейродермитом; Группа 2 (n = 42): пациенты с диффузным нейродермитом.

Методы обследования: Клинико-дерматологическая оценка: локализация и количество очагов; характер кожных изменений (лихенификация, инфильтрация, гиперпигментация); интенсивность зуда по визуально-аналоговой шкале (ВАШ, 0–10 баллов).

Анамнестический опрос: возраст дебюта заболевания; частота обострений в год; наличие атопии в анамнезе (бронхиальная астма, аллергический ринит, пищевая аллергия); сопутствующие психосоматические жалобы (бессонница, тревожность, раздражительность).

Психоэмоциональная оценка: шкала тревоги и депрессии (HADS); дерматологический индекс качества жизни (DLQI); опросник восприятия зуда (Itch Severity Scale).

Дополнительные методы: дерматоскопия поражённых участков (при необходимости); общий анализ крови с оценкой уровня эозинофилов; уровень общего IgE в сыворотке крови (по показаниям).

Статистическая обработка: Анализ проводился с использованием пакета SPSS Statistics v.26.0. Для оценки различий между группами использовались U-критерий Манна–Уитни, χ^2 -критерий Пирсона, корреляционный анализ Пирсона. Статистически значимыми считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результат и обсуждение

Клинико-морфологические различия. Анализ клинической картины показал, что ограниченный нейродермит у пациентов (группа 1, n=42) чаще проявлялся в виде изолированных, симметрично расположенных очагов на задней поверхности шеи, в подколенных и локтевых ямках, а также в области предплечий. У 78,6% больных отмечались чётко очерченные участки лихенификации с гиперпигментацией и умеренной инфильтрацией кожи. В группе пациентов с диффузной формой нейродермита (группа 2, n = 42) поражения кожи были распространёнными, часто сливного характера, с выраженной сухостью, шелушением и множественными расчёсами. Типичной была локализация на лице, туловище, конечностях. Очаги имели нечёткие границы и склонность к периферическому распространению. Статистически значимыми были различия по количеству поражённых участков кожи: в группе 1 — в среднем $2,3 \pm 1,1$ области; в группе 2 — $6,7 \pm 2,4$ области ($p < 0,001$).

Субъективные симптомы и зуд. Интенсивность зуда по ВАШ (визуально-аналоговая шкала) была выше в группе диффузного нейродермита ($7,9 \pm 1,2$ балла) по сравнению с ограниченным ($6,1 \pm 1,4$; $p < 0,01$). Пациенты с диффузной формой чаще жаловались на ночной зуд, расстройства сна и необходимость приёма антигистаминных препаратов.

Психоэмоциональные особенности. По шкале тревоги и депрессии HADS пациенты с диффузным нейродермитом имели более высокие показатели тревожности ($9,3 \pm 2,5$ против $6,4 \pm 2,2$; $p < 0,01$) и депрессии ($7,1 \pm 2,6$ против $4,8 \pm 1,9$; $p < 0,05$). Это указывает на более выраженное влияние заболевания на психоэмоциональное состояние при диффузной форме.

Результаты по дерматологическому индексу качества жизни (DLQI) также различались статистически значимо: группа 1 — $8,2 \pm 2,7$ балла, группа 2 — $12,6 \pm 3,4$ балла ($p < 0,001$), что отражает большую степень нарушения социальной и бытовой адаптации у пациентов с диффузным поражением кожи. Атопический анамнез и иммунологические показатели. Атопический анамнез (наличие бронхиальной астмы, аллергического ринита или пищевой аллергии) выявлен у: 38% пациентов с ограниченным нейродермитом, 64% с диффузным ($p < 0,05$). Повышенный уровень IgE (> 100 МЕ/мл) наблюдался у 59,5% пациентов группы 2, в то время как в группе 1 — лишь у 23,8% ($p < 0,01$). Эти данные подтверждают большую вовлечённость аллергического компонента при диффузной форме.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают, что ограниченный и диффузный нейродермит представляют собой клинически и патогенетически различающиеся формы одного заболевания. Ограниченная форма чаще носит локальный характер, имеет меньшую связь с аллергией и сопровождается менее выраженными психоэмоциональными нарушениями. Диффузная форма характеризуется полиморфизмом симптомов, генерализацией процесса и значительным снижением качества жизни. Эти различия должны учитываться при постановке диагноза и выборе терапии. Для пациентов с ограниченной формой достаточно местного лечения и психотерапевтической поддержки. Для больных с диффузной формой необходим мультидисциплинарный подход: включение аллерголога, психотерапевта, назначение системной терапии и мониторинг качества жизни.

Заключение

Ограниченный и диффузный нейродермит представляют собой клинически различающиеся формы одного заболевания, отличающиеся по характеру кожных проявлений, распространённости процесса, интенсивности зуда и выраженности психоэмоциональных нарушений. Ограниченный нейродермит чаще характеризуется локализованными очагами лихенификации, менее выраженным зудом, ограниченным влиянием на качество жизни и сравнительно низкой частотой, сопутствующей атопии. Диффузный нейродермит ассоциирован с более тяжёлым клиническим течением, генерализованными поражениями кожи, выраженным зудом, высоким уровнем тревожности и депрессии, а также с достоверно более частым наличием атопического анамнеза и повышенным уровнем общего IgE. Различия, выявленные по шкалам DLQI и HADS, подчёркивают необходимость мультидисциплинарного подхода в ведении пациентов с диффузной формой заболевания, включая дерматолога, аллерголога и психотерапевта. Результаты настоящего исследования подтверждают, что дифференциальная диагностика форм нейродермита должна учитывать не только морфологические признаки, но и анамнестические, иммунологические и психоэмоциональные показатели, что позволяет оптимизировать тактику лечения и повысить его эффективность.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Боровик А.Ю., Рожкова Н.В. Нейродермит: современные подходы к диагностике и лечению // Клиническая дерматология и венерология. — 2020. — № 5. — С. 25–31.
2. Гарбузов В.М., Гусева Н.Г. Атопический дерматит и нейродермит: психосоматический аспект // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2019. — № 4. — С. 17–22.
3. Хайтов Р.М., Федосеева Л.Н. Аллергология и иммунология. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 688 с.
4. Соколов А.В., Данилова Е.А. Нейродермит у взрослых: клиника, диагностика, терапия // Дерматология. — 2021. — Т. 19, № 2. — С. 40–45.
5. Ring J., Alomar A., Bieber T. et al. Guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) part I // J Eur Acad Dermatol Venereol. — 2012. — Vol. 26, No. 8. — P. 1045–1060.
6. Langan S.M., Irvine A.D., Weidinger S. Atopic dermatitis // Lancet. — 2020. — Vol. 396(10247). — P. 345–360.
7. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema // J Eur Acad Dermatol Venereol. — 2018. — Vol. 32, No. 5. — P. 657–682.
8. Dalgard F.J., Gieler U., Tomas-Aragones L. et al. The psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological out-patients in 13 European countries // J Invest Dermatol. — 2015. — Vol. 135(4). — P. 984–991.
9. Каткова Т.Ю., Мартыненко В.П. Психоэмоциональные расстройства при нейродермите: роль в патогенезе и терапии // Вестник дерматологии. — 2020. — № 3. — С. 54–59.
10. Окунев А.В., Беляев А.Н. Значение уровня IgE и сенсибилизации при атопических дерматозах // Аллергология. — 2021. — № 2. — С. 12–17.

Поступила 20.05.2025