

CLINICAL EFFECTIVENESS OF GOOSE FAT-BASED OINTMENTS IN THE TREATMENT OF CHRONIC ALLERGIC DERMATITIS

Karimova Feruza Rakhmatbaevna

PhD, Associate Professor

Qayumov Kholmurod Naimovich

DSc, Associate Professor

Bukhara State Medical Institute (Bukhara, Uzbekistan)

Abstract: This study evaluated the effectiveness of ointments based on goose fat in the treatment of chronic allergic dermatitis. A total of 123 patients were divided into three groups, each receiving different ointments: Group 1 was treated with goose fat + aloe extract + betamethasone; Group 2 received goose fat + aloe extract; Group 3 was treated with ointment containing only betamethasone. After the treatment course, significant improvements in itching and reduction of lesion area were observed in Groups 1 and 3. Group 2 also showed positive results, but moderate symptoms partially persisted. Based on the overall findings, modified ointments based on goose fat can be recommended as an effective and safe component of complex therapy.

Keywords: chronic allergic dermatitis, goose fat, betamethasone, itching, skin lesions, clinical effectiveness.

Долзарблиги: Дунё аҳолисининг тахминан 15–20% и турли шаклдаги аллергияк дерматитлардан азият чекади. Атопик дерматит ҳолатлари 102 миллион болада (тахминан 4%) ва 101 миллион катта ёшли шахсда (тахминан 2%) қайд этилган [1,4,7,9]. Ҳар йили аллергияк тери касалликлари билан боғлиқ муурожаатлар умумий дерматологик таширфларнинг 25–30% ни ташкил қилади. Ривожланган мамлакатларда болалардаги сурункали аллергияк дерматитлар тарқалиш даражаси 10–20%, катта ёшлиларда эса 1–3% атрофидадир [6,8]. Америка аллергия, астма ва иммунология академияси маълумотларига кўра сурункали аллергияк дерматитлар ҳолатларининг 70% га яқини 5 ёшгача бўлган даврда бошланади, уларнинг 60–80% ида касаллик ўсмирлик ёшида ҳам давом этади [2,3,5,].

Тадқиқот мақсади: сурункали аллергияк дерматитларни даволашда фоз ёғи таркибли суртмаларни қўллаш самарадорлигини ўрганиш.

Тадқиқот усуллари ва методлари: Замонавий илмий билимларнинг турли тамойилларини ҳисобга олган ҳолда, биз ўз тадқиқот методологиямизни етарли даражада белгиланган вазифа билан ишлаб чиқдик. Умумий илмий ва ўзига хос усуллар асосида режалаштирилган ва олиб борилган тадқиқотлар қўйилган вазифаларни ҳал қилишга қаратилган эди.

Тадқиқотдаги беморлар қўлланилган даво усулига кўра 3 та гуруҳга ажратилди:

1-жадвал

Беморларнинг гуруҳларга тақсимланиши

№	Гуруҳлар	
I	Ғоз ёғи+алоэ экстракти +бетамитазон таркибли суртма	n=38
II	Ғоз ёғи+алоэ экстракти таркибли суртма	n=41
III	Бетамитазон таркибли суртма	n=44

I гуруҳ: ғоз ёғи + алоэ экстракти+бетамитазон таркибли суртма (n=38). Қўллаш дозалари: бир марталик доза: 0.5–1 г (бармоқ учи миқдорида), зарарланган жойга юпка қаватда суртилди. Кунлик доза: 2 марта (эрталаб ва кечкурун). Курс давомийлиги: 7–14 кун. Қўп ҳолларда 10 кунлик даво тавсия этилди.

II гуруҳ: ғоз ёғи + алоэ экстракти (n=41). Қўллаш дозалари: бир марталик доза: 0.5–1 г (зарарланган жойга мўътадил юпка суртилади). Кунлик доза: 2 марта. Курс давомийлиги: 7–10 кун, баъзи ҳолларда 14 кунгача.

III гуруҳ: бетамитазон таркибли суртма (n=44). Қўллаш дозалари: бир марталик доза: 1–2 г (эркин миқдорда, зарарланган жойни тўлиқ қоплаш учун). Кунлик доза: 2–3 марта. Курс давомийлиги: 10–21 кун.

Хулосалар: 1. Тадқиқот натижаларига кўра, ғоз ёғи + алоэ экстракти + бетаметазон таркибли суртма қўлланилган I гуруҳда қичишиш даражасининг кескин пасайиши ($\chi^2=20.48$) ва теридаги тошмалар тарқалишининг майдон жиҳатидан аҳамиятли қисқариши ($\chi^2=11.71$) қайд этилди. Бу ҳолат ушбу модификациянинг яллиғланишга қарши ва регенератив фаоллиги юқори эканлигини кўрсатади. Айниқса, оғир шикастланиш формаларида (<30–50%) тери ҳолатининг барқарор тикланиши комплекс терапиянинг самарадорлигини тасдиқлайди.

2. II гуруҳдаги таҳлиллар қичишиш даражасининг камайиши ($\chi^2=17.44$) ва тошмалар тарқалишининг қисқариши ($\chi^2=11.79$) билан ифодаланган. Бироқ, даводан сўнг ўртача қичишиш ва 10–30% майдонда тошмалар сақланиб қолгани бу суртманинг самараси фақат енгил ва ўрта ҳолатларда намоён бўлишини англатади. Бу эса уни моътадил яллиғланиш белгиларига эга беморларда стероидсиз альтернатив даво сифатида қўллаш имконини кўрсатади.

Фойдаланилган адабиётлар

1. Каримова Ф.Р. Всё об аллергическим дерматозам. // Бухоро давлат тиббиёт институти. Бухара, 2022. – С. 49-57.
2. Каримова Ф.Р. Оптимизация методов народной медицины при лечении хронического аллергического дерматита // Журнал экспериментальных исследований. Тошкент, 2024. – № 3. – С. 39-46.
3. Клиническое руководство по контактному дерматиту: Диагностика и лечение в зависимости от области поражения под ред. Р. Льюаллен, А. Кларк, С. Р. Фелдмана. — М.: МЕДпресс-информ, 2016. — 96 с.

4. Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Бобоев К.Т. Способ диагностики степени тяжести клинического течения атопического дерматита Дерматовенерология и эстетическая медицина. Научно-практический журнал 2016 74-77 б.
5. Karimova F.R. Clinical manifestations of acute allergic conditions in children // Bulletin of the Council of Young Scientists and Specialists of the Chelyabinsk region. No. 3. No. 2(17) pp. 40-46.
6. Karimova F.R. Optimization of folk medicine in the treatment of chronic allergic dermatitis // Eurasian journal of medical and natural sciences. Uzbekistam, Vol. 4. – P. 130-139.
7. American Journal of Clinical Dermatology. (2018). Economic and psychosocial impact of chronic skin diseases: A review. Am J Clin Dermatol, 19(3), 339–351.
8. British Journal of Dermatology. (2021). Long-term safety of topical corticosteroids in atopic dermatitis. Br J Dermatol, 185(4), 695–705.
9. Elias PM, Wakefield JS. (2014). Mechanisms of abnormal lamellar body secretion and the dysfunctional skin barrier in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol, 134(4), 781–791.