



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

UDC 616.5-002-056.3+616.441-002

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ДЕРМАТОПАТИЙ У ПАЦИЕНТОВ С
АУТОИММУННЫМ ТИРЕОИДИТОМ**



¹Khalimova Zamira Yusufovna

info@endomarkaz.uz

<https://orcid.org/0000-0002-3041-0268>



²Sabirov Ulugbek Yusupkhanovich

sabirovulugbek92@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8658-6337>



²Mirsaidova Umida Akmalovna

akmalovna.u.m@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-3969-7415>

¹Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Endocrinology named after Academician Y. Kh. Turakulov, Specialized Hospital, 100125, Tashkent, Mirzo Ulugbek district, st. Mirzo Ulugbek, 56 Tel: +998 (71) 262-27-02 www.endomarkaz.uz

²Republican Specialized Scientific and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi, 3, tel: 78 1470206, 94 6374043



Аннотация

Целью исследования было изучить частоту и структуру кожных заболеваний у пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом. Проведен ретроспективный анализ медицинских документов. Среди пациентов с эндокринными нарушениями у двести двадцати трех был диагностирован аутоиммунный тиреоидит.

Результаты показали, что самым распространенным кожным проявлением является витилиго, которое выявлено у половины пациентов. Структура кожных заболеваний напрямую зависела от функции щитовидной железы. При нормальной функции преобладало витилиго, при сниженной функции чаще встречались заболевания волос, сальных желез и атопический дерматит. Длительность течения тиреоидита также влияла на характер кожных поражений. При сроке болезни более десяти лет витилиго становилось основным маркером. В отличие от ожирения и диабета, где кожные проявления имеют метаболическую природу, при тиреоидите они связаны с иммунными нарушениями. Вывод: кожные заболевания у пациентов с аутоиммунным тиреоидитом отражают глубинные иммунные механизмы болезни, что требует совместного наблюдения эндокринолога и дерматолога.

Ключевые слова: аутоиммунный тиреоидит, витилиго, кожные болезни, щитовидная железа, гипотиреоз, атопический дерматит.

Выводы

1. У пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом наиболее распространенной дерматопатией является витилиго, встречающееся у 50,7% больных, что подтверждает тесную связь аутоиммунных процессов кожи и щитовидной железы.

2. Структура дерматопатий при ХАИТ зависит от функционального состояния щитовидной железы: при эутиреозе преобладает витилиго, при гипотиреозе — заболевания волос и сальных желез и атопический дерматит, при тиреотоксикозе — эритематозные поражения.

3. Длительность ХАИТ влияет на характер кожных проявлений: при стаже более 10 лет витилиго становится ведущим клиническим маркером длительного аутоиммунного процесса.

4. В отличие от ожирения и сахарного диабета 2 типа, где кожные изменения преимущественно метаболического генеза, при ХАИТ они отражают иммунопатогенетические механизмы и нарушение толерантности.

Заболевания щитовидной железы — вторые по распространенности среди всех эндокринных болезней, после сахарного диабета. Среди аутоиммунных заболеваний ЩЖ лидирующие позиции занимает хронический аутоиммунный тиреоидит (ХАИТ), который часто приводит к снижению функции щитовидной железы. Распространенность ХАИТ в возрастной группе 50 и старше лет составляет 12–15% [1].

Дерматологические проявления эндокринопатий связаны с различными нарушениями щитовидной и поджелудочной железы, надпочечников, гипоталамо-гипофизарной и андрогенной оси, а также наследственными эндокринными синдромами [5].

Среди дерматологических заболеваний, связанных с патологией щитовидной железы на первый план, выходит витилиго. По мнению ряда авторов высокая распространенность заболеваний щитовидной железы у пациентов с витилиго может быть связана с тем, что путь IFN- γ /TNF- α -CXCL9/10 играет центральную роль в опосредовании перекрывающихся аутоиммунных дисбалансов при витилиго и заболеваниях щитовидной железы [6].



По мнению ряда исследователей [3; 4; 7; 9] общее происхождение меланина и гормонов щитовидной железы из тирозина может способствовать этой коморбидности. Меланоцитарная и тиреоидная системы могут взаимодействовать, так как окислительный стресс, который повреждает щитовидную железу, может также провоцировать иммунную систему атаковать пигментные клетки кожи, вызывая витилиго.

Связь ХАИТ и псориаза изучалась во многих ретроспективных и проспективных исследованиях, однако результаты оказались неоднозначными. Ruffilli I. et al. [8] установили, что у пациентов с псориазом и псориатическим артритом была обнаружена повышенная распространенность гипотиреоза и ультразвуковых признаков тиреоидита Хашимото и антител к тиреоидным гормонам, в то время как в других исследованиях четкой связи обнаружено не было.

У пациентов с псориазом наблюдается значительно более высокая распространенность антител к тиреопероксидазе (АтТПО), антител к тиреоглобулину (АтТГ), псевдонодулярности, гипозхогенности и повышенной васкуляризации [2; 10]

Цель исследования изучение частоты и структуры дерматологических заболеваний у пациентов с ожирением

Материал и методы исследования. Настоящее исследование выполнено в рамках ретроспективного анализа историй болезни и амбулаторных карт пациентов, обратившихся за специализированной помощью в Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр дерматологии и венерологии с мая 2022 по май 2024 года. Первоначальная выборка включала 5419 пациентов, обратившихся на консультацию к врачу-эндокринологу. На первом этапе проведен анализ 3491 случаев с учётом наличия подтверждённой эндокринной патологии.

Критерии включения в исследование: возраст старше 18 лет; подтверждённая эндокринная патология; длительность эндокринного заболевания >3 лет; дерматологической патологии менее 5 лет; отсутствие тяжёлой соматической или психической патологии, препятствующей оценке кожного статуса.

Критерии исключения: наличие у пациента более одного эндокринного диагноза, а также наличие более одного дерматологического диагноза.

Для обеспечения точности анализа и корректности статистической обработки данных дерматологические заболевания рассматривались как вторичные, взаимоисключающие исходы.

В качестве дерматопатий учитывались: псориаз, витилиго, атопический дерматит, заболевания волос и сальных желез, инфекционные заболевания кожи, патологии соединительной ткани и иммунной системы, лихеноидные и зудящие дерматозы, пузырьные и аллергодерматозы, а также специфические кожные проявления, например, атрофические стрии при синдроме Кушинга.

Статистический анализ включал: описание частот в виде абсолютных значений (n) и процентов (%); расчёт отношения шансов (ОШ) с определением 95% доверительного интервала (95% ДИ).

Оценку статистической значимости различий между группами подтверждали с использованием критерия χ^2 Пирсона, при уровне $p < 0,05$. Все расчёты выполнялись с использованием программы Microsoft Excel и MedCalc версия 18.5.

Результаты. После детального анализа в окончательную выборку вошли 803 пациента, данные которых были подвергнуты детальному ретроспективному анализу. У 223 (27,8%) пациентов был выявлен ХАИТ: из них 169 (75,8%) находились в состоянии эутиреоза, 51 (22,9%) - гипотиреоза и 3 (1,3%) — тиреотоксикоза.



В отличие от ожирения и сахарного диабета 2 типа, хронический аутоиммунный тиреоидит представляет собой классическую модель аутоиммунного процесса, где ведущим механизмом является нарушение иммунологической толерантности и формирование хронического воспаления в щитовидной железе с системными иммунными проявлениями.

В связи с этим представляет интерес анализ дерматопатий у пациентов с ХАИТ, поскольку можно предположить, что их структура и частота будут отличаться от таковых при метаболических эндокринопатиях.

Самой частой дерматопатией у пациентов с ХАИТ было витилиго - у 113 (50,7%) человек. Значительно реже встречались атопический дерматит (25; 11,2%), болезни волос и сальных желез (21; 9,4%), псориаз (18; 8,1%) и заболевания соединительной ткани и иммунной системы (13; 5,8%) (Рис. 1).

Особое внимание уделялось распределению дерматологических заболеваний по полу, возрасту и длительности ХАИТ, а также сравнению с группами ожирения и СД 2 типа для выявления сходных и различающихся закономерностей.



Рис. 1. Тепловая карта ассоциации дерматопатий с ХАИТ. Цветовая шкала на карте отражает уровень распространённости кожных заболеваний

Как отмечалось ранее, витилиго занимает ведущее место среди дерматопатий, ассоциированных с ХАИТ, — оно выявлено у 113 пациентов (50,7%). Из них 77 (68,1%; ОШ 4,58; 95% ДИ 2,61–8,01; $p < 0,0001$) были женщины и 36 (31,9%) — мужчины. Однако при анализе частоты дерматопатий в зависимости от пола выявляется обратная закономерность: среди 57 мужчин с ХАИТ витилиго зарегистрировано у 36 (63,2%; ОШ 1,98; 95% ДИ 1,08–3,68; $p = 0,03$), тогда как среди 166 женщин - у 77 (46,4%). Вероятно, это связано с более широким спектром дерматопатий у женщин (Рис. 2).



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI 1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

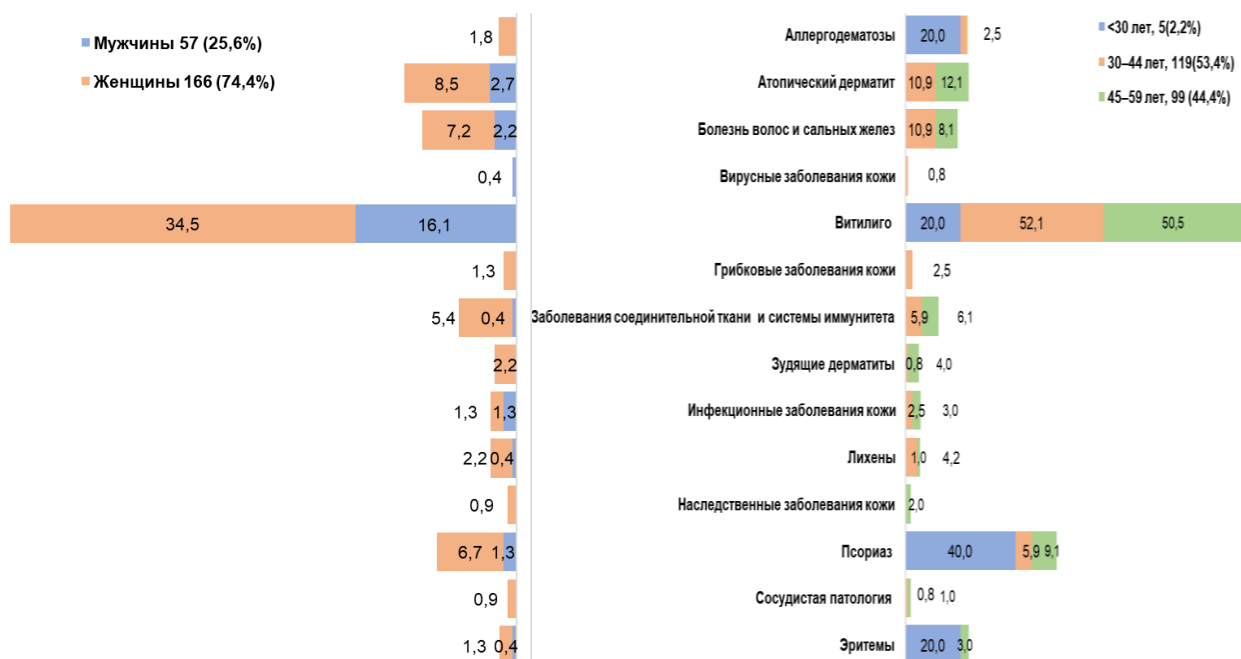


Рис. 2. Гендерные и возрастные особенности распространённости дерматопатий у пациентов с ХАИТ.

По частоте других заболеваний статистически значимых различий между мужчинами и женщинами не отмечено: атопический дерматит (11,4% против 10,5%; $p=0,85$), болезни волос и сальных желез (9,6% против 8,8%; $p=0,85$), псориаз (9,0% против 5,3%; $p=0,37$), инфекционные заболевания кожи (1,8% против 5,3%; $p=0,17$).

Заболевания соединительной ткани встречались у 12 женщин (7,2%) и у 1 мужчины (1,8%; ОШ 4,36; 95% ДИ 0,56–34,3; $p=0,13$). Другие дерматопатии наблюдались исключительно среди женщин: аллергодерматозы (2,4%), зудящие дерматиты (3,0%), грибковые инфекции кожи (1,8%), наследственные дерматозы (1,2%) и сосудистая патология кожи (1,2%).

Следует отметить, что выявленная при ХАИТ тенденция - более высокая частота витилиго у мужчин при общем большем числе случаев у женщин - является особенностью именно этой группы пациентов. При ожирении и сахарном диабете 2 типа подобной закономерности в распределении дерматопатий в зависимости от пола выявлено не было.

В группе с ХАИТ, в отличие от пациентов с ожирением и СД 2 типа, наблюдались выраженные возрастные особенности развития дерматопатий. Так, среди пациентов моложе 30 лет ($n=5$) зарегистрированы 2 случая псориаза, а также по одному случаю витилиго, аллергодерматоза и эритемы; из них 2 мужчины и 3 женщины. При этом у больных с ХАИТ полностью отсутствовали пациенты старше 60 лет, тогда как в группах с ожирением и СД 2 типа дерматопатии преимущественно выявлялись в более старших возрастных категориях.

В возрастных группах 30–44 и 45–59 лет у пациентов с ХАИТ спектр дерматопатий существенно не различался: грибковые заболевания (2,5%) и вирусные инфекции кожи (0,8%) встречались только у лиц 30–44 лет, а наследственные дерматопатии (2,0%) — только у пациентов 45–59 лет.

Таким образом, для хронического аутоиммунного тиреоидита характерно более раннее проявление дерматопатий по сравнению с ожирением и СД 2 типа.

По длительности заболевания пациенты с ХАИТ были распределены на три подгруппы: <5 лет, 5–10 лет и >10 лет (Таблица 1.).

Таблица 1



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Частота дерматопатий в зависимости от длительности ХАИТ

Показатели	<5 лет, n=6		5–10 лет, n=180		>10 лет, n=37	
	n	%	n	%	n	%
Аллергодерматозы			4	2,2		
Атопический дерматит	1	16,7	21	11,7	3	8,1
Болезнь волос и сальных желез	1	16,7	17	9,4	3	8,1
Вирусные заболевания кожи			1	0,6		
Витилиго	3	1,3	92	51,1	18	48,6
Грибковые заболевания кожи			3	1,7		
Заболевания соединительной ткани и системы иммунитета			11	6,1	2	5,4
Зудящие дерматиты			3	1,7	2	5,4
Инфекционные заболевания кожи			6	3,3		
Лихены			5	2,8	1	2,7
Наследственные заболевания кожи			1	0,6	1	2,7
Псориаз			13	7,2	5	13,5
Сосудистая патология			1	0,6	1	2,7
Эритемы	1	16,7	2	1,1	1	2,7

Подгруппа с длительностью заболевания до 5 лет оказалась малочисленной (n=6). Среди мужчин (n=3) диагностированы 2 случая витилиго и 1 случай болезни волос и сальных желез, среди женщин (n=3) — атопический дерматит, витилиго и эритема. Возраст пациентов варьировал от 27 до 47 лет.

В подгруппе с длительностью ХАИТ более 10 лет почти половину случаев составляло витилиго (48,6%), далее следовали псориаз (13,5%), атопический дерматит и болезни волос и сальных желез (по 8,1%), зудящие дерматиты и заболевания соединительной ткани (по 5,4%). Все пациенты данной подгруппы находились в возрасте 45–59 лет; среди них — 3 мужчины (8,1%) и 34 женщины (91,9%).

Наибольшее разнообразие дерматопатий отмечено в подгруппе с длительностью заболевания 5–10 лет. Более чем у половины пациентов (51,1%) выявлено витилиго, далее по частоте следовали атопический дерматит (11,7%), болезни волос и сальных желез (9,4%), псориаз (7,2%) и заболевания соединительной ткани (6,1%). Только в этой подгруппе регистрировались инфекционные заболевания кожи (3,3%), аллергодерматоз (2,2%), грибковые заболевания (1,7%) и вирусные инфекции кожи (0,6%).



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

Таким образом, при хроническом аутоиммунном тиреоидите дерматопатии могут возникать уже на ранних стадиях заболевания, однако их спектр существенно расширяется при длительности 5–10 лет, включая как аутоиммунные, так и инфекционные формы. При стаже более 10 лет ведущим проявлением становится витилиго, выявляемое почти у половины пациентов, что позволяет рассматривать его как дерматологический маркер длительного течения ХАИТ и отражение прогрессирующих аутоиммунных процессов.

В то время как для ХАИТ характерна связь витилиго с продолжительностью заболевания, при ожирении и СД 2 типа ведущим кожным проявлением выступает псориаз, что указывает на различия в патогенетических механизмах формирования дерматопатий при различных эндокринных патологиях.

В отличие от ожирения и СД 2 типа, при ХАИТ спектр дерматопатий в значительной степени зависит от функционального состояния щитовидной железы. В исследованной группе пациентов с ХАИТ (n=223) 169 (75,8%) находились в состоянии эутиреоза, 51 (22,9%) — гипотиреоза и 3 (1,3%) — тиреотоксикоза (Таблица 2).

Таблица 2

Частота дерматопатий в зависимости от функционального состояния щитовидной железы

Показатели	Эутиреоз, n=169		Гипотиреоз, n=51		Тиреотоксикоз, n=3	
	n	%	n	%	n	%
Аллергодерматозы	19	11,2	4	7,8		
Атопический дерматит	14	8,3	11	21,6		
Болезнь волос и сальных желез	3	1,8	18	35,3		
Вирусные заболевания кожи	1	0,6				
Витилиго	101	59,8	12	23,5		
Грибковые заболевания кожи	3	1,8				
Заболевания соединительной ткани и системы иммунитета	13	7,7				
Зудящие дерматиты			5	9,8		
Инфекционные заболевания кожи	6	3,6				
Лихены	6	3,6				
Наследственные заболевания кожи	2	1,2				
Псориаз	18	10,7				
Сосудистая патология	2	1,2				
Эритемы			1	2,0	3	100



TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI JANUBIY OROLBO'YI TIBBIYOT JURNALI

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

В подгруппе пациентов с эутиреозом преобладали женщины (117 против 52 мужчин). Средний возраст составил $42,8 \pm 7,6$ лет, длительность заболевания — $7,9 \pm 3,2$ лет. При этом женщины были старше ($43,9 \pm 7,7$ против $40,2 \pm 6,9$ лет; $p=0,003$) и имели более длительный анамнез заболевания ($8,3 \pm 3,3$ против $6,8 \pm 2,4$ лет; $p=0,004$). Наиболее распространённой дерматопатией в данной подгруппе было витилиго (59,8%), далее следовали псориаз (10,7%), атопический дерматит (8,3%) и заболевания соединительной ткани (7,7%). Реже встречались инфекционные заболевания кожи и лишены (по 3,6%), болезни волос и сальных желез и грибковые поражения кожи (по 1,8%), наследственные дерматозы и сосудистая патология (по 1,2%), а также единичный случай вирусной инфекции кожи. Гендерных различий в структуре дерматопатий не выявлено; отмечено лишь, что болезни волос и сальных желез и вирусные поражения кожи встречались только у мужчин, тогда как грибковые, наследственные и сосудистые заболевания — исключительно у женщин.

В подгруппе пациентов с гипотиреозом также преобладали женщины (46 против 5 мужчин). Средний возраст составил $44,4 \pm 7,3$ лет, длительность заболевания — $8,2 \pm 2,7$ лет. Различий по возрасту (мужчины: $41,6 \pm 5,9$; женщины: $44,7 \pm 7,4$; $p=0,37$) и длительности заболевания (мужчины: $8,0 \pm 2,3$; женщины: $8,3 \pm 2,7$; $p=0,81$) в зависимости от пола не отмечено. Преобладали болезни волос и сальных желез (35,3%), далее витилиго (23,5%) и атопический дерматит (21,6%).

Реже диагностировались зудящие дерматиты (9,8%), алергодерматозы (7,8%) и эритема (2,0%). У женщин чаще встречались болезни волос и сальных желез (16 случаев), витилиго (12), атопический дерматит (9), зудящие дерматиты (5) и алергодерматозы (4). Среди мужчин отмечены единичные случаи эритемы (1), болезней волос и сальных желез (2) и атопического дерматита (2).

Сравнительный анализ подгрупп показал статистически значимое преобладание витилиго у пациентов с эутиреозом (ОШ 4,83; 95% ДИ 2,36–9,88; $p<0,0001$). В то же время при гипотиреозе достоверно чаще выявлялись атопический дерматит (ОШ 3,05; 95% ДИ 1,29–7,22; $p<0,0001$) и болезни волос и сальных желез ($\chi^2=51,0$; $p<0,0001$).

В группе пациенток с ХАИТ и тиреотоксикозом ($n=3$) у всех женщин отмечались эритематозные кожные проявления. Возраст больных составлял 27, 45 и 46 лет, длительность заболевания варьировала от 3 до 8 лет.

Таким образом, при ХАИТ структура дерматопатий тесно связана с функциональным состоянием щитовидной железы, в отличие от ожирения и СД 2 типа, где подобных закономерностей не выявлено. В состоянии эутиреоза ведущей дерматопатией является витилиго, тогда как при гипотиреозе преобладают болезни волос и сальных желез и атопический дерматит. Тиреотоксикоз ассоциирован преимущественно с эритематозными кожными проявлениями. Гендерные различия в спектре дерматопатий при ХАИТ выражены минимально и касаются лишь отдельных нозологических форм.

В отличие от метаболических эндокринопатий (ожирение и СД 2 типа), хронический аутоиммунный тиреоидит является моделью аутоиммунного процесса, где ключевым механизмом выступает нарушение иммунологической толерантности с формированием системных аутоиммунных проявлений. В связи с этим структура дерматопатий при ХАИТ ($n=223$) имеет характерные особенности.

1. Ведущее место занимает витилиго — у 113 пациентов (50,7%). При этом среди женщин витилиго встречалось чаще в абсолютных цифрах, но относительная частота была выше у мужчин (63,2% против 46,4%; $p=0,03$), что отражает более широкий спектр дерматопатий у женщин.

2. По полу значимых различий в частоте большинства заболеваний не выявлено, за исключением отдельных форм: болезни соединительной ткани чаще у женщин, тогда как витилиго относительно чаще у мужчин.



3. Возрастные особенности: дерматопатии при ХАИТ выявлялись преимущественно в возрасте до 60 лет, для ХАИТ характерно более раннее проявление кожных заболеваний.

4. Длительность заболевания определяет структуру кожных проявлений: при стаже <5 лет дерматопатии встречаются редко и ограничиваются отдельными формами; при длительности 5–10 лет спектр наиболее разнообразен (аутоиммунные и инфекционные поражения), а при стаже >10 лет ведущим проявлением становится витилиго, что позволяет рассматривать его как маркер длительного течения ХАИТ.

5. Функциональное состояние щитовидной железы играет ключевую роль в формировании дерматопатий:

- при эутиреозе преобладает витилиго;
- при гипотиреозе чаще выявляются болезни волос и сальных желез и атопический дерматит;
- при тиреотоксикозе отмечаются эритематозные кожные проявления.

Таким образом, спектр дерматопатий при ХАИТ определяется сочетанием иммунопатогенетических и эндокринных механизмов, а их клинические проявления зависят от пола, возраста, длительности заболевания и функционального состояния щитовидной железы. Это принципиально отличает ХАИТ от ожирения и СД 2 типа, где ведущими факторами формирования кожных заболеваний являются метаболические нарушения и хроническое воспаление.

Обсуждение

Полученные данные подтверждают наличие тесной взаимосвязи между хроническим аутоиммунным тиреоидитом и развитием ряда дерматопатий, преимущественно аутоиммунной природы. Ведущим кожным проявлением у пациентов с ХАИТ оказалось витилиго, диагностированное у половины наблюдаемых (50,7%). Этот показатель сопоставим с результатами метаанализа Lee J. et al. [6], где распространённость витилиго при заболеваниях щитовидной железы достигала 47%. По мнению Li D. et al. [7], общность биохимических путей тирозин-зависимого синтеза тиреоидных гормонов и меланина, а также активация IFN- γ /TNF- α -CXCL9/10-оси определяют патогенетическую связь между двумя аутоиммунными процессами.

Характерным отличием группы ХАИТ от пациентов с ожирением и СД 2 типа является то, что кожные проявления формируются не на фоне метаболического воспаления, а вследствие иммунологической дисрегуляции и потери толерантности. Это объясняет преобладание витилиго и других аутоиммунных форм, в то время как при метаболических эндокринопатиях доминирует псориаз как отражение хронического воспаления и оксидативного стресса [3; 9].

Интерес представляет обнаруженная зависимость спектра дерматопатий от функционального состояния щитовидной железы. При эутиреозе преобладало витилиго (59,8%), тогда как при гипотиреозе — болезни волос и сальных желез (35,3%) и атопический дерматит (21,6%). Вероятно, при снижении функции щитовидной железы ведущую роль начинают играть гипоксия тканей, нарушение липидного обмена и микроциркуляции, способствующие себорейным и экзематозным поражениям кожи. В то же время при сохранённой функции ЩЖ доминирует аутоиммунный компонент с преимущественным поражением меланоцитов.

Выявленная возрастная тенденция — развитие дерматопатий преимущественно в возрасте до 60 лет — согласуется с данными Ruffilli I. et al. [8] о том, что аутоиммунная патология кожи чаще возникает у лиц среднего возраста и реже — у пожилых, где преобладают метаболические факторы риска.



По длительности заболевания установлено, что спектр кожных проявлений расширяется при стаже 5–10 лет, включающий как аутоиммунные, так и инфекционные поражения, тогда как при длительности >10 лет витилиго становится ведущим дерматологическим маркером. Это согласуется с концепцией прогрессирующей системной аутоиммунной активации, при которой происходит вовлечение новых органов-мишеней по мере хронизации процесса.

Таким образом, у пациентов с ХАИТ структура дерматопатий отражает взаимодействие эндокринных и иммунопатогенетических механизмов. Витилиго можно рассматривать как кожный маркер длительного течения и системности аутоиммунного воспаления, тогда как атопический дерматит и заболевания волосяных фолликулов — как проявления функциональных и трофических нарушений, связанных с гипотиреозом.

Полученные данные подчёркивают необходимость комплексного дермато-эндокринологического подхода при обследовании пациентов с тиреоидной патологией. Выявление кожных изменений может служить ранним диагностическим критерием аутоиммунных нарушений, а витилиго — клиническим предиктором ХАИТ длительного течения. В практическом аспекте целесообразно включение дерматологического осмотра в стандарт обследования пациентов с заболеваниями щитовидной железы и формирование маршрутизации между эндокринологом и дерматологом для раннего выявления системных аутоиммунных ассоциаций.

Выводы

5. У пациентов с хроническим аутоиммунным тиреоидитом наиболее распространённой дерматопатией является витилиго, встречающееся у 50,7% больных, что подтверждает тесную связь аутоиммунных процессов кожи и щитовидной железы.

6. Структура дерматопатий при ХАИТ зависит от функционального состояния щитовидной железы: при эутиреозе преобладает витилиго, при гипотиреозе — заболевания волос и сальных желез и атопический дерматит, при тиреотоксикозе — эритематозные поражения.

7. Длительность ХАИТ влияет на характер кожных проявлений: при стаже более 10 лет витилиго становится ведущим клиническим маркером длительного аутоиммунного процесса.

8. В отличие от ожирения и сахарного диабета 2 типа, где кожные изменения преимущественно метаболического генеза, при ХАИТ они отражают иммунопатогенетические механизмы и нарушение толерантности.

Литература

1. Трошина Е.А., Панфилова Е.А., Михина М.С., Свиридонова М.А. Тиреоидиты. Методические рекомендации (в помощь практическому врачу). Consilium Medicum. 2019; 21 (12): 10–22. DOI: 10.26442/20751753.2019.12.190683.
2. Alidrisi H., Al Hamdi K., Mansour A. Is There Any Association Between Psoriasis and Hashimoto's Thyroiditis? Cureus. 2019; 11(3): e4269. doi: 10.7759/cureus.4269.
3. Baldini E., Odorisio T., Tuccilli C. et al. Thyroid diseases and skin autoimmunity. Rev Endocr Metab Disord. 2018; 19(4): 311-323. doi: 10.1007/s11154-018-9450-7.
4. Carlucci P., Spataro F., Cristallo M. et al. Immune-Molecular Link between Thyroid and Skin Autoimmune Diseases: A Narrative Review. J Clin Med. 2024; 13(18): 5594. doi: 10.3390/jcm13185594.
5. Lause M., Kamboj A., Fernandez Faith E. Dermatologic manifestations of endocrine disorders. Transl Pediatr. 2017; 6(4):300-312. doi: 10.21037/tp.2017.09.08.
6. Lee J., Ju H., Seo J. et al. Comorbidities in Patients with Vitiligo: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Invest Dermatol. 2023; 143(5): 777-789.e6. doi: 10.1016/j.jid.2022.10.021.



**TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI URGANCH FILIALI
JANUBIY OROLBO‘YI TIBBIYOT JURNALI**

1-TOM, 4-SON. 2025

14.00.00 - TIBBIYOT FANLARI ISSN: 3093-8740

7. Li D., Liang G., Calderone R., Bellanti J. Vitiligo and Hashimoto's Thyroiditis: Autoimmune Diseases Linked by Clinical Presentation, Biochemical Commonality, and Autoimmune/Oxidative Stress-Mediated Toxicity Pathogenesis. *Med. Hypotheses*. 2019; 128: 69–75. doi: 10.1016/j.mehy.2019.05.010.

8. Ruffilli I., Ragusa F., Benvenga S. et al. Psoriasis, Psoriatic Arthritis, and Thyroid Autoimmunity. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2017; 8: 139. doi: 10.3389/fendo.2017.00139.

9. Sandru F., Carsote M., Albu S. et al. Vitiligo and chronic autoimmune thyroiditis. *J Med Life*. 2021; 14(2): 127-130. doi: 10.25122/jml-2019-0134.

10. Zhang X., Zhang S., Wu R. et al. Prevalence of autoimmune thyroid disease in patients with psoriasis: a meta-analysis. *BMJ Open*. 2022; 12(1): e055538. doi: 10.1136/bmjopen-2021-055538.

