



TADQIQOTLAR

TADQIQOTLAR

jahon ilmiy metodik jurnal tadqiqotlar.uz



Yanvar, 2023



6-son



2-to'plam



OPEN ACCESS



Google Scholar

IC@I JOURNALS MASTER LIST

www.tadqiqotlar.uz

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ

Миррахимова Мактуба Хабибуллаевна.
д.м.н., кафедры детских болезней профессор
Ташкентской медицинской академии
Нишанбаева Нилуфар Юнусджонова
к.м.н., кафедры детских болезней ассистент
Ташкентской медицинской академии

Ключевые слова: атопический дерматит, хронические зудящие дерматозы, депрессия, напряженность, тревога и агрессивность, систематика психодерматологических расстройств, качество жизни больных.

Атопический дерматит (АтД) — наследственное, иммунонейроаллергическое, хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание кожи, обусловленное атопией, проявляющееся интенсивным зудом, симпатергической реакцией кожи (белым дермографизмом), преимущественно эритематозно-лихеноидными высыпаниями, в сочетании с другими признаками атопии.

В 1923 г. американские аллергологи Соса А. Ф. и Cooke R. А., желая описать необычный тип гиперчувствительности к различным веществам окружающей среды, который возникал только у людей и чаще встречался в семьях без явной предшествовавшей сенсibilизации, обратились за помощью к филологу Perry из Колумбийского университета. Он и предложил ученым использовать термин «атопия», в переводе означающий «не на своем месте» или «странный» [19]. Под атопией понимают наследственную предрасположенность к аллергическим реакциям в ответ на определенные антигены. Первым описанным в литературе «атопиком» был император Октавий Август, у которого был описан крайне выраженный зуд, сезонный ринит и стесненность дыхания. Кроме того, детально описан и семейный анамнез: его внук, император Клавдий, страдал от симптомов риноконъюнктивита, а внучатый племянник, Британик, — от аллергии на эпителий лошади [11]. Уже более 80 лет термин «атопия» используется во всем мире, хотя и является порой предметом дискуссий.

АтД является чрезвычайно распространенным и зачастую тяжело протекающим дерматозом. Его частота в структуре кожных заболеваний, по разным данным, составляет от 20 до 40%. Результаты эпидемиологических исследований показывают, что АтД чаще встречается среди молодых людей, чем среди взрослых. Болеют оба пола, несколько чаще женщины. АтД возникает у людей всего мира и у всех рас. В течение последних десятилетий распространенность заболевания значительно увеличилась. Например, в Дании общая заболеваемость близнецов в возрасте до 7 лет, рожденных с 1960 по 1964 гг., составляла 3%. А у близнецов, рожденных с 1970 по 1974 гг., этот показатель уже увеличился до 10% [14].

Возникновение и хроническое течение АтД обуславливают наследственная предрасположенность, функциональные нарушения нервной системы, влияние неблагоприятных условий окружающей среды, психоэмоциональные расстройства и патология внутренних органов, обменные, нейрогуморальные, нейрососудистые нарушения, аллергические заболевания, нерациональное питание, различные интоксикации [14].

Клинические проявления АтД разнообразны, однако достаточно типичны и хорошо изучены. Заболевание обычно начинается в раннем детском возрасте, чаще во втором полугодии жизни. Может продолжаться долгие годы, характеризуясь ремиссиями, в основном в летний, и рецидивами в весенне-осенний периоды года. Со временем острота заболевания ослабевает, и в возрасте 10–18 лет у большинства больных наступает спонтанное излечение. В течении заболевания выделяют три фазы: младенческую (обычно с 7–8 недели жизни до 3 лет), детскую (с 3 до 7 лет) и взрослую. В младенческой и детской фазах чаще наблюдаются очаговые эритематозно-сквамозные высыпания со склонностью к экссудации (везикуляция, мокнутие) на коже лица, ягодицах, конечностях. Во взрослой фазе преобладают зудящие эритематозно-лихеноидные высыпания на сгибательных поверхностях конечностей, на шее с развитием лихенизации (кожа становится утолщенной, грубой на ощупь, кожный рисунок резко выражен). Степень выраженности и распространенности процесса может быть различной — от ограниченных (периоральных) высыпаний до обширного поражения кожного покрова по типу

эритродермии. Непременный признак АтД, независимо от фазы течения или клинического варианта, — интенсивный зуд, составляющий основу страданий больного, в значительной мере утяжеляющий течение заболевания и снижающий качество жизни [6, 15, 12].

В соответствии с клинической классификацией Сергеева Ю. В. [14], выделяют пять форм АтД: лихеноидная, эритематозно-сквамозная, пруригинозная форма, экзематозная, атипичная.

Диагноз АтД основывается на комплексе диагностических признаков АтД, который получил название критериев Hanifin a. Rajka, 1980 [17]. Диагноз АтД требует наличия по крайней мере трех из четырех главных критериев и трех малых критериев. Для объективной оценки степени тяжести и распространенности кожного процесса и выраженности зуда при АтД группой исследователей Европейского центра по изучению АтД была разработана унифицированная шкала симптомов (SCORAD), представляющая собой многопараметровую балльную оценку степени тяжести АтД, которая может быть использована в качестве наиболее объективного («золотого») стандарта при научных исследованиях и в клинической практике [12].

Как заболевание, обострения которого могут быть спровоцированы психогенно, АтД был отнесен к классическим психосоматическим заболеваниям

Францем Александером в 1950 году [11]. С тех пор было проведено большое количество отечественных [3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 18] и зарубежных [10,11] исследований, посвященных изучению роли психогенных воздействий как провоцирующих обострения АтД факторов, а также психических расстройств у больных АтД. На модели АтД представляется возможным изучение психических расстройств, развивающихся у пациентов с хроническими зудящими дерматозами.

Считается, что локализация высыпаний на видимых участках кожного покрова и выраженный зуд приводят не только к снижению качества жизни, но и к развитию патологических психических реакций на болезнь, значительно влияющих на комплаентность пациента в процессе терапии и дополнительно утяжеляющих состояние больных.

Согласно проведенным исследованиям, АтД нередко обостряется после психогенных воздействий и зачастую сопровождается психическими нарушениями [14, 15]. Так, ассоциация АтД и депрессивных расстройств установлена в исследованиях коморбидности обсуждаемого дерматоза и аффективной патологии. Согласно когортному исследованию, проведенному Timonen M., у 30% больных АтД отмечаются эпизоды депрессии в течение жизни [15], что значительно превышает этот показатель в общей популяции (от 5% до 10%) [13]. В исследованиях других авторов депрессии выявлялись у 23–80% пациентов с АД [1, 5, 11, 12, 13, 18]. Коморбидность тревожных расстройств и АтД отмечалась почти у половины исследованных больных [4, 46]. Приводятся данные о том, что психологический профиль «атопика» характеризуется депрессией, напряженностью, тревогой и агрессивностью [15, 18, 13]. При этом частое развитие психических расстройств объясняется, как правило, характером кожного заболевания (хроническое течение, интенсивный, в том числе ночной, зуд и локализация высыпаний на видимых участках кожного покрова). Однако проведенные психосоматические исследования больных АтД в большинстве своем основываются либо на использовании формализованных психометрических методик диагностики, либо психологического консультирования и не позволяют оценить долю истинно нозогенных психических девиаций и долю расстройств, развившихся вне зависимости от АтД. В последние годы была создана систематика психодерматологических расстройств. Согласно этой классификации АтД относится, с одной стороны, к группе психосоматических болезней, с другой стороны, как хронический дерматоз может быть причиной развития нозогенных реакций и патологических развитий. Однако исследований особенностей психических расстройств при АтД с этих позиций не проводилось. Целью настоящего исследования явилось комплексное клиническое изучение психических расстройств при АтД и их связи с особенностями клиники и течения заболевания кожи, направленное на разработку их типологической дифференциации.

Материал и методы исследования

Материал исследования составили 97 пациентов (73 женщины и 23 мужчины; средний возраст $26,9 \pm 10,2$ года). Критерии включения: верифицированный диагноз АтД согласно международным диагностическим критериям J. M. Hanifin и G. Rajka [17], возраст пациентов от 10 до 18 лет. Критерии исключения: манифестный шизофренический/ шизоаффективный/ аффективный психоз, органическое поражение ЦНС, деменция, зависимость от психоактивных веществ, другие тяжелые соматические заболевания в стадии обострения или декомпенсации.

Исследование проведено клиническим методом, предусматривающим комплексное дерматологическое и психопатологическое обследование. Дерматологическое обследование предусматривало анализ анамнестических и клинических показателей, подтверждение диагноза АтД. Степень тяжести и распространенность кожного процесса у всех пациентов оценивались при помощи индекса SCORAD (метод, рекомендованный Европейской рабочей группой по АтД [12], учитывающий распространенность высыпаний, характер сыпи (эритема, отек, мокнутие, эксфолиация, лихенификация, сухость) и выраженность субъективных симптомов — зуд, обусловленная АтД бессонница.

Результаты. При дерматологическом обследовании было установлено, что средняя продолжительность заболевания составила $19,99 \pm 12,04$ года.

По степени тяжести пациенты распределились следующим образом: легкий АтД был диагностирован у 37 пациентов (38,1%), АтД средней степени тяжести — у 30 пациентов (31%), тяжелый — у 19 испытуемых (19,6%) и очень тяжелый — у 11 пациентов (11,3%). В изученную выборку вошли пациенты с разными формами АД: у 72 (74,2%) пациентов диагностирована эритематозно-сквамозная форма АД, у 17 (17,5%) — экзематозная, у 7 (7,2%) — лихеноидная, у 1 (1,1%) — пруригоподобная. Среди них у 37 пациентов (38,1%) на момент обследования кожное заболевание находилось в хронической стадии и у 60 (61,9%) отмечалось обострение АтД.

При психопатологическом обследовании у 52 пациентов (53,6%) был выявлен ряд психических расстройств, которые не только были обусловлены воздействием дерматологической патологии (нозогенные реакции и развития личности), но и развивались без непосредственной связи с АтД. В результате обследования

установлен широкий спектр психических расстройств, которые включают нозогенные реакции, ипохондрические патохарактерологические развития, аффективные расстройства и вялотекущую шизофрению.

Предваряя клиническую характеристику нозогенных реакций, следует отметить, что их манифестация у больных АтД определяется не только течением кожного заболевания (развитие обострений зачастую без очевидной для пациента причины, локализация высыпаний на видимых участках кожного покрова) и существующими в населении представлениями о заразности кожных болезней, но также и конституциональными аномалиями (расстройствами личности), ответственными за предрасположенность к формированию патологических реакций и значительно влияющими на симптоматику и динамику нозогений:

1. При формировании сенситивных нозогенных реакций ($n = 12, 12,4\%$) доминируют явления социофобии, связанные с привнесенным АтД косметическим дефектом, тогда как связанный с кожным заболеванием физический дискомфорт воспринимается пациентами как существенно менее актуальное проявление АтД. Социальная фобия представлена страхом негативного отношения окружающих, преимущественно недовольством и отчуждением из страха заразиться, в связи с изменениями кожных покровов на видимых участках тела. Патологические опасения сопровождаются отрывочными, несистематизированными и не достигающими бредового уровня идеями отношения: пациентам кажется, что окружающие (на улице, в транспорте) по-особенному сочувственно или осуждающе смотрят, как на больного человека, специально отстраняются или отходят, боясь заразиться, с негодованием шепотом обсуждают между собой, выражая недовольство присутствием пациента и пр. В соответствии с фабулой доминирующих опасений формируется патологическое избегающее поведение: перед выходом на люди пациенты тщательно маскируют кожные высыпания косметикой, выбирают наиболее закрытую одежду, а нередко и вовсе отказываются от посещения людных мест.

Преморбидные особенности пациентов с данным типом нозогений вне зависимости от возраста манифестации АтД представлены шизоидным и истерическим.

При оценке демографических характеристик клинической картины следует, прежде всего, отметить средний возраст, который в группе сенситивных реакций составил $23,3 \pm 12,7$ года, что на 3 года меньше, чем в среднем по выборке. Второй отличительной характеристикой этой группы пациентов был показатель SCORAD, который составил $34 \pm 3,5$, что меньше, чем в среднем по общей выборке исследования ($40,5 \pm 7,07$). По данным дерматологического обследования в группе сенситивных нозогенных реакций установлено преобладание эритематозно-сквамозной формы АтД, которая является доминирующей формой АтД во всей изученной выборке (лишь у одного пациента выявлена экзематозная форма). Приведенные данные свидетельствуют о том, что развитие сенситивных нозогенных реакций свойственно для пациентов молодого возраста с относительно легкой степенью тяжести АтД.

2. Тревожно-ипохондрические нозогенные реакции ($n = 16, 16,5\%$) развивались при дебюте АтД у взрослых пациентов после длительной полной клинической ремиссии, наблюдавшейся с детства. На первый план выступали признаки нозофобии, представленные страхом хронификации заболевания, возможности поражения внутренних органов, необходимости постоянного стационарного лечения и пр. Преследуя цель полного излечения АтД, пациенты прибегали к повторным обращениям и госпитализациям, стремились к проведению всевозможных доступных обследований для выявления главной причины АтД и проведения соответствующей терапии, штудировали доступную литературу по диагностике и лечению АтД.

Преморбидные особенности личности, соучаствующие в формировании рассматриваемого типа нозогенных реакций, представлены конституциональными аномалиями тревожного круга, преимущественно в рамках ананкастного расстройства личности, и шизоидным.

Анализ данных дерматологического обследования показал, что отличительной особенностью АтД у пациентов с тревожно-ипохондрическими нозогенными реакциями является, во-первых, его средняя длительность, которая оказалась наименьшей по сравнению с другими нозогенными реакциями ($7 \pm 5,3$), и, во-вторых, степень тяжести АтД по SCORAD, которая была наибольшей ($54 \pm 19,1$), в отличие от других нозогенных реакций. Следует отметить, что подобные показатели клинической динамики соматической патологии — быстрое прогрессирование и тяжелый уровень симптоматики — традиционно рассматриваются в числе факторов, способствующих формированию тревожных нозогенных реакций. Кроме того, средний возраст пациентов с этим типом реакций составил $34 \pm 5,1$ года, что больше такового у больных АтД с чувствительными нозогенными реакциями.

Обобщая особенности АтД в группе пациентов с различными нозогенными реакциями, можно отметить, что течение АтД характеризовалось, как правило, регрессом высыпаний по окончании младенческой фазы АтД с последующей полной или практически полной клинической ремиссией и возобновлением сыпи в юношеском возрасте в виде обострений АтД, вызывавших реакции в рамках динамики расстройств личности. Чувствительные реакции отмечались у пациентов более молодого возраста ($23,3 \pm 3,1$), в отличие от тревожно-ипохондрических реакций, выявлявшихся у более старших больных ($34 \pm 5,1$). Средний показатель SCORAD был наименьшим у пациентов с чувствительными нозогенными реакциями (34) и наибольшим у больных с тревожно-ипохондрическими нозогенными реакциями (47). Таким образом, развитие тех или иных нозогенных реакций может быть связано с возрастом, степенью тяжести, длительностью существования АтД, но не с его клинической формой.

В случаях длительного течения обострений АтД с частыми рецидивами и почти полным отсутствием периодов полных клинических ремиссий выявлялись более глубокие и стойкие признаки динамики преморбидных свойств личности, квалифицированные в рамках ипохондрических развитий (ИР). В результате клинического анализа выделено 4 типа ИР при АтД: паранойальное, по типу

аберрантной ипохондрии, по типу маскированной ипохондрии и по типу невротической ипохондрии.

1. Паранойяльное [2] ($n = 3$) представлено идеями изобретательства, связанными с убежденностью в возможности самостоятельного полного излечения кожного заболевания. Пациенты прибегают к разработке собственных парамедицинских методов лечения, иногда сопровождающихся аутодеструктивными (вредными или опасными для здоровья) действиями (прием внутрь измельченных камней, порошков металлов, изготовленных самостоятельно).

Подобный тип развития формируется у больных паранойяльного круга (склонность к формированию сверхценных идей в сочетании с подозрительностью и недоверчивостью по отношению к окружающим, которые часто заведомо воспринимаются как потенциальные источники угрозы реализации собственных устремлений).

Манифестация заболевания кожи у этих больных наблюдалась в возрасте 10–15 лет и отличалась тяжелым течением. Все больные с паранойяльным развитием личности обнаруживали распространенный АтД (эритематозно-сквамозная форма, $n = 2$) или эритродермию с выраженной сухостью и шелушением кожных покровов, которые сопровождались субфебрильной температурой тела и лимфаденопатией ($n = 1$). В одном случае развитие АтД было спровоцировано психогенно (после потери работы пациенткой).

2. Развитие по типу аберрантной ипохондрии [11] ($n = 6$) характеризуется недооценкой тяжести состояния (отсутствие эмоциональной реакции на угрожающий смысл диагноза) со стремлением к минимизации представлений о возможности тяжелого течения соматического заболевания. Проявления патологии кожных покровов интерпретируются как лишь незначительные отклонения от нормы. В некоторых случаях рассматриваемый тип ИР сопровождается дезадаптивным поведением, нередко препятствующим медицинской помощи и проведению лечебных процедур. Дерматологический статус этой группы больных отличался легкой и средней степенью тяжести АтД преимущественно с локализацией на закрытых участках кожного покрова. Преморбидные особенности

пациентов с данным типом развития представлены акцентуацией по типу сегментарной деперсонализации [10], выступающей в рамках гипертимного.

3. Развитие по типу маскированной ипохондрии [10] ($n = 17$) проявляется в структурирующейся постепенной адаптации к проявлениям болезни как к привычному, неизбежному спутнику и облигатной составляющей обыденной жизни. При явлениях маскированной ипохондрии пациенты устанавливают «партнерские» отношения с болезнью, с одной стороны, следуя врачебным рекомендациям с регулярным проведением необходимых лечебных и профилактических мероприятий, с другой — продолжая вести активный образ жизни, без «скидок» на состояние здоровья. ИР по типу маскированной ипохондрии формируется у лиц с акцентуацией по типу проприоцептивного диатеза.

Отмечались следующие особенности течения дерматологического заболевания. АтД либо 1) манифестировал в раннем детстве и высыпания сохранялись в течение всей жизни, при этом степень тяжести и течение могли быть самыми разными, начиная от изолированных эпизодически рецидивирующих эритематозно-сквамозных высыпаний и заканчивая распространенными лихеноидными очагами поражения, достигающими степени эритродермии, которые в течение многих лет не подвергались полной клинической ремиссии; 2) либо развитие данного дерматоза отмечалось после 15–20 лет, но заболевание протекало в легкой форме (ограниченные высыпания, возникающие лишь эпизодически и обязательно полностью регрессирующие в теплое время года).

4. Развитие по типу невротической ипохондрии [16] ($n = 7$) протекает с преобладанием в клинической картине проявлений соматизированной тревоги и усилением реальных симптомов АтД за счет соматоформных расстройств (появление зуда в рамках соматоформного расстройства с последующим увеличением расчесов и провокацией появления новых высыпаний). Больные обнаруживают отчетливую тенденцию к созданию себе щадящего образа жизни (охранительного режима со значительным ограничением нагрузок, как бытовых, так и служебных), а любые попытки медицинского персонала и родственников активизировать больного встречают обвинения в бесчувственности, недостаточном

понимании тяжести заболевания. Развитие по типу невротической ипохондрии выявляется у лиц с невропатической конституцией в рамках шизоидного. Такой вид развития отмечался преимущественно у пациентов с легким и среднетяжелым АтД, хорошо поддающимся конвенциональной терапии, однако нередко поражающим открытые участки кожного покрова.

У больных с аффективными расстройствами, выявленными при обследовании, чаще выявлялись сезонные депрессии (35,3% от всех пациентов с депрессией) (рис. 1). На втором месте по распространенности оказались психогенно спровоцированные депрессии (29,4% случаев). Несколько реже выявлялись эндогенные депрессии (17,6% больных с депрессией). Нозогенные депрессии были диагностированы лишь у 11,6% больных и заняли лишь четвертое место по распространенности в изученной выборке. Послеродовая депрессия была выявлена у 5,9% атопиков с депрессией.

При анализе дерматологического статуса было обнаружено, что средние показатели SCORAD у пациентов, имеющих депрессию на момент обследования (46,4), были несколько выше, чем у пациентов, не имевших ни одного эпизода аффективных расстройств в течение жизни (38,1), и выше, чем средний показатель SCORAD во всей изученной выборке (40,6). Эти различия, однако, не достигали уровня статистической значимости, что, по-видимому, объясняется небольшим числом больных с депрессией в обследованной выборке.

В группе пациентов с депрессией высыпания чаще локализовались на лице (рис. 2), что согласуется с данными литературы [7, 17].

Также установлено, что наиболее высокая субъективная оценка интенсивности зуда по SCORAD (10 баллов) свойственна больным с нозогенной депрессией.

При сравнении частоты рецидивирования АтД в группе пациентов, страдающих депрессией, с группой пациентов без аффективных расстройств в течение жизни, обнаружено, что развитие депрессии не зависело от частоты рецидивирования заболевания кожи. Так, в группе пациентов с депрессией на одного пациента приходилось в среднем 10,6 рецидива течение жизни, а в группе пациентов без эпизодов аффективных расстройств в анамнезе или при обследовании на одного пациента приходилось в среднем 11,2 обострения АтД.

Средняя длительность АД у больных с вялотекущей шизофренией (19,3 года) значительно не отличалась от таковой у пациентов без этого психического заболевания (20,1 года). Среднее число перенесенных рецидивов АД у пациентов (17,1) также значительно не отличалось от такового у остальных пациентов (15,2).

Однако средний показатель SCORAD у пациентов с диагностированной вялотекущей шизофренией был ниже, чем у остальных обследованных пациентов (36,6 против 40,9 балла). У десяти обследованных (81%) больных была диагностирована эритематозно-сквамозная форма АД и лишь в одном случае — экзематозная (9%). Как показало сравнение терапевтической и контрольной групп, назначение комплексной психофармакотерапии приводит не только к редукции психопатологической симптоматики по сравнению с контрольной группой, но и способствует более быстрому регрессу высыпаний и зуда — основных проявлений атопического дерматита. При терапии указанных выше расстройств были эффективны следующие препараты.

Таким образом, в проведенном исследовании получено подтверждение данных предыдущих исследований о высокой распространенности психических расстройств у больных АД, выявленных у 53,6% пациентов. В результате психопатологического обследования установлен широкий спектр коморбидной АД психической патологии, представленной нозогенными реакциями, ипохондрическими развитиями личности, аффективными расстройствами и вялотекущей шизофренией. При этом обнаружено, что психические расстройства у пациентов с АД не только сопряжены со снижением качества жизни больных, но и приводят к значительному снижению комплаентности пациентов к конвенциональной дерматотропной терапии. Полученные данные свидетельствуют о необходимости адекватной психиатрической помощи данному контингенту больных. Проведение эффективной терапии психических расстройств, коморбидных АД, требует дифференцированного подхода с учетом клинической типологии психопатологических нарушений.

Литература

1. Намазова-Баранова Л. С. и др. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии //Вопросы современной педиатрии. – 2016. – Т. 15. – №. 3. – С. 279-294.
2. Мачарадзе Д. Ш. Атопический дерматит: новое в лечении //Вопросы современной педиатрии. – 2013. – Т. 12. – №. 5. – С. 80-85.
3. Касохов Т. Б. и др. Атопический дерматит у детей //Научное обозрение. Медицинские науки. – 2016. – №. 1. – С. 8.
4. Глиш М. М. и др. Психические расстройства в дерматологии как актуальная междисциплинарная проблема //Клиническая дерматология и венерология. – 2014. – Т. 12. – №. 2. – С. 104-109.
5. A.V. Mitschenko, A.N. Lwow, J. Kuepfer, V. Niemeier und U. Geisler. Atopi c dermatitis and stress? Wie kommen Gefuhle i n die Haut? // Der Hautarzt. 2008 Volume 59, Number 4 / April, p. 314318.
6. Иванова И. Н., Антоньев А. А. Психологические аспекты атопического дерматита //Вестник дерматологии и венерологии. – 1991. – Т. 67. – №. 11. – С. 38-42.
7. Круглова Л. С., Генслер Е. М. Атопический дерматит: новые горизонты терапии //Медицинский алфавит. – 2019. – Т. 1. – №. 7. – С. 29-32.
8. Белоусова Т., Львов А., Дорожёнков И. Нозогенные психические расстройства, обусловленные дерматологической патологией //Врач. – 2007. – №. 2. – С. 15-18.
9. Mirrakhimova M.H. Improving methods of treatment of atopic pathology in children //Journal of Critical Reviews.-№12.-p. 190-192
10. Иванов О.Л., Львов А.Н., Миченко А.В. Атопический дерматит: современные представления. Русский медицинский журнал. 2007. №19 (стр. 1362)
11. Торопова Н. П. Атопический дерматит у детей (к вопросам о терминологии, клиническом течении, прогнозе и дифференциации патогенеза) //Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского. – 2003. – Т. 82. – №. 6. – С. 103-107. 29.
12. Балаболкин И. И., Булгакова В. А., Елисеева Т. И. Атопический дерматит у детей. – Издательство" Медицинское информационное агентство", 2018.
13. Миченко А. В., Львов А. Н. Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств//Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – №. 1. – С. 47.

14. Смирнова Г. И. Актуальный атопический дерматит: проблемы и перспективы //Российский аллергологический журнал. – 2017. – Т. 14. – №. 4-5. – С. 30-39.
15. Mirrakhimova M.H., Nishanbaeva N.Y., Clinical Manifestations Of Connective Tissue Dysplasia In Children With Glomerulonephritis //Journal of Pharmaceutical Negative Results/Volume 13/Special Issue 9 | 2022,rr.4203-4205.
16. Миченко А. В. и др. Психосоматические аспекты атопического дерматита: классические каноны и новые представления //Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – №. 4. – С. 11-17.
17. Nishanbayeva N.Yu., Mirrakhimova M.X. Bolalarda atopik dermatitda oshqozon ichak traktidagi klinik laborator o‘zgarishlarni aniqlash, tashxislash va davolash tamoyillarini takomillashtirish //«Tibbiyotda yangi kun» 6(38/1)2021 ISSN 2181-712X. EISSN 2181-2187 pp.720-726.
18. Дороженок И. Ю., Львов А. Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр //Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. – №. 4. – С. 35-41.
19. Лусс Л. А. Роль психосоматических расстройств при атопическом дерматите. Возможности коррекции //Доктор. ру. – 2010. – №. 2. – С. 55-58.

TABLE OF CONTENTS / ОГЛАВЛЕНИЯ / MUNDARIJA

| № | The subject of the article / Тема статьи / Maqola mavzusi | Page / Страница / Sahifa |
|-----------|--|---|
| 1 | 9-10 YOSHLI KURASHCHI BOLALARDA TEZKOR SIFATLARINI XARAKATLI O'YINLAR YORDAMIDA SHAKLLANTIRISH TEXNOLOGIYALARI | 2 |
| 2 | ПОЧЕМУ РЕБЕНОК ПЛОХО ЧИТАЕТ-ДИСЛЕКСИЯ | 6 |
| 3 | LAVANDA O'SIMLIGINING FOYDALI XUSUSIYATLARI | 11 |
| 4 | GUAVA O'SIMLIGINING TIBBIYOTDA VA FARMOSEVTIKADA ISHLATILISHI. | 14 |
| 5 | OQQURAY O'SIMLIGINING FOYDALI XUSUSIYATLARI. | 20 |
| 6 | ZA'FARON O'SIMLIGINING DORIVOR XUSUSIYATLARI | 23 |
| 7 | CAUSES AND FACTORS OF VIRTUALITY THAT IS DEEPENING IN THE LIFE OF YOUTH TODAY | 27 |
| 8 | DASTUR VA PYTHON DASTURLASH TILINI O'RGATISH | 34 |
| 9 | MAQOLLAR – LINGVOMADANIY AXBOROT TASHUVCHI TIL BELGISI | 37 |
| 10 | АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА: ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ | 58 |
| 11 | СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОЛОГИИ ГИПЕРУРИКЕМИИ КАК ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО ФАКТОРА РАЗВИТИЯ ПОДАГРЫ | 72 |
| 12 | DARS JARAYONIDA RIVOJLANTIRUVCHI TA'LIMNING AYRIM METOD VA USULLARIDAN FOYDALANISH | 84 |
| 13 | BOSHLANG'ICH SINIF O'QUVCHILARIDA ONA TILI DARSIDA QO'LLANILADIGAN DIDAKTIK O'YINLAR | 89 |