



ОСНОВАН
1996
ГОДУ
ISSN 2091-5039

№1
2023



ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ПЕДИАТРИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАНА
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

Педиатрия

научно-практический журнал

Зарегистрирован Агентством печати и информации Республики Узбекистан 29 декабря 2006 году. Свидетельство № 02-009

Решением Высшей аттестационной комиссии (ВАК) при Кабинете Министров Республики Узбекистан журнал «Педиатрия» включен в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов и изданий, выпускаемых в Республике Узбекистан, в которых рекомендована публикация основных результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора медицинских наук (Утверждено Постановлением Президиума ВАК РУз. № 201/3 от 30 декабря 2013 года)

Публикация рекламы на коммерческой основе. За правильность рекламного текста ответственность несет рекламодатель.

Рекламодатели предупреждены редакцией об ответственности за рекламу незарегистрированных и не разрешенных к применению Министерством здравоохранения РУз лекарственных средств и предметов медицинского назначения.

Рукописи, фотографии и рисунки не рецензируются и не возвращаются авторам. Авторы несут ответственность за достоверность излагаемых фактов, точность цифровых данных, правильность названий препаратов, терминов, литературных источников, имен и фамилий.

Адрес редакции:
100140, Республика Узбекистан,
г.Ташкент, ул.Богишамол, 223
тел.: +99871 260-28-57;
факс: +99871 262-33-14
сайт: tashpmi.uz/ru/science/journal_pediatriy
Индекс для подписчиков: 852
Распространяется только по подписке.

Заведующая редакцией: В.Р. Абдурахманова
Технический редактор: М.И. Мансурова
Редакторы: Д.И. Усмонова, Н.У. Мехмонова, Н.И. Гузачева
Дизайн и верстка: А. Асраров
Формат 60x84 1/8, усл. печ. л. 21. Заказ № 1297
Тираж 50 шт
Подписано в печать 29.04.2023 г
Отпечатано в ООО «Credo Print»,
г. Ташкент, ул. Богишамол 160.

Главный редактор: Даминов Б.Т
Заместитель главного редактора: Гулямов С.С.
Ответственный секретарь: Муратходжаева А.В.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Аитов К.А. (Иркутск, Россия)
Алимов А.В. (Ташкент)
Арипова Т.У. (Ташкент)
Атаниязова А.А. (Нукус)
Ахмедова Д.И. (Ташкент)
Баранов А.А. (Москва, Россия)
Боранбаева Р.З. (Астана, Казахстан)
Джумашаева К.А. (Бишкек, Кыргызстан)
Дэвил Д. (Рим, Итальянская Республика)
Захарова И.Н. (Москва, Россия)
Зоркин С.Н. (Москва, Россия)
Иванов Д.О. (Санкт-Петербург, Россия)
Иноятов А.Ш. (Бухара)
Малов И.В. (Иркутск, Россия)
Магазимов М.М. (Андижан)
Набиев З.Н. (Душанбе, Таджикистан)
Орел В.И. (Санкт-Петербург, Россия)
Разумовский А.Ю. (Москва, Россия)
Рикардо С. (Вашингтон, США)
Рузибоев Р.У. (Ургенч)
Туйчиев Л.Н. (Ташкент)
Хайтов К.Н. (Ташкент)
Чонг Пёнг Чунг (Сеул, Южная Корея)
Шамсиев А.М. (Самарканд)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Алиев М.М. (Ташкент)
Амонов Ш.Э. (Ташкент)
Арипов А.Н. (Ташкент)
Асадов Д.А. (Ташкент)
Ашурова Д.Т. (Ташкент)
Бахрамов С.С. (Ташкент)
Бузруков Б.Т. (Ташкент)
Даминов Т.О. (Ташкент)
Золотова Н.А. (Ташкент)
Иноятова Ф.И. (Ташкент)
Искандаров А.И. (Ташкент)
Камилова А.Т. (Ташкент)
Кариев Г.М. (Ташкент)
Каримжанов И.А. (Ташкент)
Курбанов Б.Б. (Ташкент)
Маджидова Ё.Н. (Ташкент)
Рахманкулова З.Ж. (Ташкент)
Саатов Т.С. (Ташкент)
Сатвалдиева Э.А. (Ташкент)
Содиқова Г.К. (Ташкент)
Таджиев Б.М. (Ташкент)
Таджиев М.М. (Ташкент)
Ташмухамедова Ф.К. (Ташкент)
Хасанов С.А. (Ташкент)
Шамсиев Ф.М. (Ташкент)
Шарипов А.М. (Ташкент)
Шарипова М.К. (Ташкент)
Шомансурова Э.А. (Ташкент)
Эргашев Н.Ш. (Ташкент)



Нишонбоева Н. Ю., Миррахимова М.Х.

БОЛАЛАРДА АТОПИК ДЕРМАТИТДА ПСИХОСОМАТИК ЎЗГАРИШЛАР

Тошкент тиббиёт академияси

Тадқиқот мақсади - АтД даги психосоматик бузилишларни комплекс ўрганиш ва бу ўзгаришларни тери касалликларининг клиник хусусиятлари, кечишига боғлиқлигини аниқлаш.

Материал ва услублар. Тадқиқот материаллини 97 нафар беморлар ташкил қилди (73 қизлар ва 23 нафар ўғил болалар; ўртача ёш $16,9 \pm 10,2$ ёш бўлди). Тадқиқотга киритиш мезонларига: Ж. М. Ҳанифин ва Г. Ражканинг халқаро ташхисот мезонларига мувофиқ равишда тасдиқланган АтД ташхиси, беморлар ёшининг 8 ёшдан 18 ёшгача эканлиги. Тадқиқотга киритмаслик мезонлари: манифестли шизофреник/шизоаффективли/аффективли психоз, МНС нинг органик зарарланиши, деменция, психофаол моддаларга берилувчанлик, бошқа оғир соматик касалликларининг зўриқиш ёки декомпенсация даври.

Натижалар. Тадқиқот беморларнинг 53,6% да аниқланган АтД билан оғирган беморларда рухий касалликларнинг юқори тарқалиши бўйича олдинги тадқиқотлар маълумотларини тасдиқлади. Психопатологик текширув натижасида нозоген реакциялар, шахснинг ипохондриал ривожланиши, аффектив бузилишлар ва секин кечувчи шизофрения билан ифодаланган АтД психиатрик патологиясининг кенг доираси аниқланди.

Атопик дерматит (АтД) атопия туфайли келиб чиққан наслий, иммунонейроаллергик, терининг сурункали, қайталанувчи яллиғланишли касаллиги бўлиб, кучли кичишиш, терининг симпатэргик реакцияси (оқ дермографизм), асосан эритематоз-лихеноидли тошмалар тошиши, атопиянинг бошқа белгилари билан биргаликда намоён бўлади.

1923 йилда америкалик аллергологлар Соса А. Ф. ва Cooke R. A. турли хил атроф-мухит моддаларига фақат одамларда учрайдиган ва илгари сезувчанлиги аниқ бўлмаган оилаларда тез-тез учрайдиган ноодатий турдаги юқори сезувчанликни тасвирлашни хоҳлаб, ёрдам сўраб Колумбия университетидан филолог Ренгу га мурожаат қилишди. Айнан у олимларга «ўз жойидан ташқарида» ёки «ғалати» деган маънони англлатувчи «атопия» атамасини қўллашни таклиф қилди [11]. Атопия маълум антигенларга жавобан аллергик реакцияларга ирсий мойиллик сифатида тушунилади. Илк маротаба адабиётларда «атопик» сифатида император Октавий Август тасвирланган, унда қаттиқ кичишиш, мавсумий ринит ва нафас сиқилиши белгилари кузатилган. Бундан ташқари, унинг оилавий анамнези ҳам батафсил тасвирланган: унинг набираси император Клавдий риноконъюнктивит белгиларидан азият чеккан ва унинг катта жияни Британик отлар эпителиясига нисбатан аллергиядан азият чеккан [15]. 80 йилдан ортиқ вақт давомида «атопия» атамаси бутун дунёда қўлланилиб келмоқда, гарчи бу баъзан мунозараларга сабаб бўлса ҳам.

АтД жуда кенг тарқалган ва кўпинча оғир кечувчи дерматоздир. Тери касалликлари ўртасида унинг учраш даражаси турли

манбаларда турлича келтирилган, 20 дан 40% гача. Эпидемиологик тадқиқотлар натижалари шуни кўрсатадики, АтД катталарга қараганда ёшлар орасида кўпроқ учрайди. Иккала жинс ҳам бир хил касалланади, аммо аёлларда кўпроқ учрайди. АтД бутун дунёдаги одамларда ва барча ирқларда учрайди. Сўнгги ўн йилликларда касалликнинг тарқалиши сезиларли даражада ошди. Мисол учун, Данияда 1960-1964 йилларда туғилган 7 ёшгача бўлган эгизакларнинг умумий касалланиш даражаси 3% ни ташкил этган. 1970 йилдан 1974 йилгача туғилган эгизаклар учун ушбу кўрсаткич аллақачон 10% га кўтарилган. АтД нинг пайдо бўлиши ва сурункали кечиши наслий мойиллик бўлиб, асаб тизимининг функционал бузилишлари, ноқулай экологик шароитларнинг таъсири, ички органларнинг психо-эмоционал бузилишлари ва патологиялари, метаболик, нейрогуморал, асаб-қон томир касалликлари, аллергик касалликлар, нотўғри овқатланиш, турли хил интоксикациялар олиб келади [16].

АтД нинг клиник кўринишлари хилма-хил, аммо жуда ўзига хос ҳамда яхши ўрганилган. Касаллик одатда эрта болалик даврида, кўпинча бола ҳаётининг иккинчи ярим йиллигида бошланади. Узоқ йиллар давом этиши мумкин, асосан ёздаги ремиссиялар ва баҳор – куздаги рецидивлар билан тавсифланади. Вақт ўтиши билан касалликнинг ўткирлиги заифлашади ҳамда 30-40 ёшга келиб беморларнинг кўпчилиги ўз-ўзидан тузалиб кетади. Касалликнинг ривожланишида уч босқич ажратилади: чақалоқлик (одатда 7-8 ҳафтадан 3 ёшгача), болалик (3 ёшдан 7 ёшгача) ва катталиқ. Чақалоқлик ва болалик босқичларида юз, думба ва оёқ-қўлларнинг



терисида экссуляцияга (везикуляция, намланиш) мойиллик билан ўчоқли эритематоз-сквамоз тошмалар кўпроқ кузатилади. Катталиқ босқичида оёқ-қўлларнинг букувчи юзаларида, бўйнида лихенификация ривожланиши билан қичийдиган эритематоз-лихеноид тошмалар устунлик қилади (тери қалинлашади, кўполлашади, тери нақшлари аниқланади). Жараённинг яққоллик ва тарқалиш даражаси турли хил бўлиши мумкин - чекланган (периорал) тошмалардан то эритродермия тури бўйича терининг кенг кўламли шикастланишигача. АтДнинг кечиш босқичи ёки клиник вариантдан қатъий назар ажралмас белгиси – кучли, азоб берувчи қичишиш бўлиб, касаллик кечишини оғирлаштиради, бемор ҳаёт сифатини пасайтиради [6,11,14].

Сергеев Ю.В. [16] клиник таснифига мувофиқ, АтДнинг бешта шакли ажратилган: лихеноид, эритематоз-сквамоз, пруритиноз шакли, экзематоз, атипик.

АтД ташхиси Ҳанифин а. Ражка мезонлари деб аталадиган АтДнинг ташхисот белгилари тўпламига асосланади, 1980 й [15]. АтД ташхиси тўртта асосий мезондан камида учтаси ва учта кичик мезоннинг мавжудлигини талаб қилади.

АтДда тери жараённинг оғирлиги, тарқалганлиги ва қичишишнинг оғирлигини объектив баҳолаш учун АтДни ўрганиш бўйича Европа марказининг бир гуруҳ тадқиқотчилари томонидан АтД симптомларининг ягона шкаласини (SCORAD) ишлаб чиқдилар, ушбу шкала АтД оғирлик даражасини баҳолашнинг кўп параметрли балларидан иборат бўлиб, уни илмий тадқиқотлар ва клиник амалиётда энг объектив («олтин») стандарт сифатида ишлатиш мумкин [17].

Касалликнинг зўриқиши психоген тарзда қўзғатилиши эътиборга олиниб АтД 1950 йилда Франц Александр томонидан классик психосоматик касалликларга киритилган [18]. Ўшандан бери АтД зўриқишига олиб келувчи омилларни психоген таъсирларнинг ролини, шунингдек АтД билан оғриган беморларда руҳий касалликларни ўрганишга бағишланган кўп сонли маҳаллий [5,6,7,8,9,10,11,12,13,18] ва ҳорижий [10,17,12,18] тадқиқотлар ўтказилган. АтД моделдан фойдаланиб, сурункали қичишишли дерматозлар билан оғриган беморларда ривожланадиган руҳий касалликларни ўрганиш мумкин кўринади. Терининг кўринадиган жойларида тошмаларнинг жойлашуви ва кучли қичишиш

нафақат ҳаёт сифатининг пасайишига, балки касалликка нисбатан патологик руҳий реакцияларнинг ривожланишига олиб келади, бу эса беморни даволашга берилувчанлигига сезиларли таъсир қилади ва беморларнинг аҳволини янада оғирлаштиради.

Ўтказилган тадқиқотларга кўра, АтД кўпинча психоген таъсирлардан кейин зўриқади ва кўпинча руҳий бузилишлар билан бирга келади [12,13,15]. Шундай қилиб, АтД ва депрессив касалликларнинг ассоциацияси муҳокама қилинган дерматоз ва аффектив патологиянинг коморбидлигини ўрганишда ўрнатилган. Тимонен М. томонидан ўтказилган когорт тадқиқотига кўра, АтД билан оғриган беморларнинг 30% ҳаётлари давомида депрессия эпизодларига эга бўлган [14], бу умумий аҳолига қараганда сезиларли даражада юқори (5% дан 10% гача) [16]. Бошқа муаллифларнинг тадқиқотларида, депрессия АтД билан оғриган беморларнинг 23-80% да аниқланган [1,5,11,12,14]. Ўрганилаётган беморларнинг деярли ярмида ҳавотир бузилишлари ва АтД нинг коморбидлиги қайд этилган [6,17]. «Атопик» нинг психологик профили депрессия, зўриқиш, ҳавотир ва тажовузкорлик билан тавсифланганлиги ҳақида далиллар мавжуд [15,18,13]. Шу билан бирга, руҳий касалликларнинг тез-тез ривожланиши, одатда, тери касаллигининг табиати (сурункали кечиши, интенсивлиги, шу жумладан тунги қичишиш ва терининг кўринадиган жойларида тошмаларнинг жойлашуви) билан изоҳланади. Шу билан бирга, АтД билан оғриган беморларда ўтказилган психосоматик тадқиқотлар асосан шакллантирилган психометрик диагностика усуллари ёки психологик маслаҳатлардан фойдаланишга асосланган бўлиб, ҳақиқий нозоген руҳий оғишлар улушини ва АтДдан қатъий назар ривожланган касалликлар улушини баҳолашга имкон бермайди. Сўнгги йилларда психодерматологик бузилишларнинг тизими яратилди. Ушбу таснифга кўра, АтД бир томондан, психосоматик касалликлар гуруҳига киради, иккинчи томондан, сурункали дерматоз сифатида нозоген реакциялар ва патологик ривожланишлар шаклланишига сабаб бўлиши мумкин. Бироқ, ушбу позицияларда АтДдаги руҳий касалликларнинг хусусиятларини ўрганиш бўйича тадқиқотлар ўтказилмаган.

Тадқиқот мақсади - АтДдаги психосоматик бузилишларни комплекс ўрганиш ва бу ўзгаришларни тери касалликларининг клиник



хусусиятлари, кечишига боғлиқлигини аниқлаш.

Материал ва услублар

Тадқиқот материаллини 97 нафар беморлар ташкилқилди (73 қизлар ва 23 нафар ўғил болалар; ўртача ёш $16,9 \pm 10,2$ ёш бўлди). Тадқиқотга киритиш мезонларига: Ж. М. Ҳанифин ва Г. Ражканинг халқаро ташхисот мезонларига мувофиқ равишда тасдиқланган АтД ташхиси [17], беморлар ёшининг 8 ёшдан 18 ёшгача эканлиги. Тадқиқотга киритмаслик мезонлари: манифестли шизофреник/шизоаффективли/аффективли психоз, МНСнинг органик зарарланиши, деменция, психофаол моддаларга берилувчанлик, бошқа оғир соматик касалликларининг зўриқиш ёки декомпенсация даври.

Тадқиқот кенг қамровли дерматологик ва психопатологик текширувни таъминлайдиган клиник усул ёрдамида амалга оширилди. Дерматологик текширув анамнестик ва клиник кўрсаткичларни таҳлил қилиш, АтД ташхисини тасдиқлашни ўз ичига олди. Барча беморларда теридаги жараённинг оғирлик даражаси ва тарқалганлиги SCORAD индекси (АтД бўйича Европа ишчи гуруҳи томонидан тавсия этилган усул) ёрдамида баҳоланилди [12], бунда тошмаларнинг тарқалганлиги, тошмаларнинг табиати (эритема, шишиш, намланиш, эксфолиация, лихенификация, қуруқлик) ва субъектив симптомларнинг яққоллик даражаси – АтД сабабли кичишиш, уйқусизлик ҳисобга олинган. Психопатологик текширувлар чегаравий руҳий патология ва психосоматик бузилишларни ўрганиш махсуст тестлар ёрдамида ходимлари томонидан ўтказилди.

Натижалар ва муҳокама

Ўтказилган дерматологик текширувда маълум бўлдики, беморларда касаллик ўртача $10,99 \pm 12,04$ йил давом этган. Касалликнинг оғирлик даражаси бўйича беморлар қуйидагича тақсимланди: энгил АтД 37 нафар беморларда (38,1%), ўртача оғирлик даражадаги АтД — 30 нафар беморларда (31%), оғир — 19 нафар (19,6%) ҳамда ўта оғир — 11 нафар беморларда (11,3%) ташхисланди. Ўрганилган танланмага АтД нинг турли хил шакллари бўлган беморлар киритилди: 72 (74,2%) нафар беморларда АтД нинг эритематоз-сквамозли шаклли ташхисланган, 17 (17,5%) — экзематоз, 7 (7,2%) — лихеноидли, 1 (1,1%) — пруритисимон. Уларнинг орасидан 37 нафарда (38,1%) тери

касаллиги текширув вақтида сурункали, 60 (61,9%) нафарда эса АД зўриқиш даврида бўлган.

Психопатологик текширувда 52 нафар (53,6%) беморларда бир қатор руҳий бузилишлар аниқланган, ушбу бузилишлар нафақат дерматологик патологиялар (нозоген реакция ва шахснинг ривожланиши) таъсири ҳисобига, балки АтД билан бевосита боғлиқ бўлмаган ҳолда ҳам ривожланган. Текширув натижасида нозоген реакциялар, ипохондрик патохарактерологик ривожланишлар, аффектив бузилишлар ва секин кечувчи шизофрениани ўз ичига олган кўплаб руҳий касалликлар аниқланган (бир қатор беморларда бир вақтнинг ўзида бир нечта руҳий касалликлар мавжуд бўлган).

Нозоген реакцияларнинг клиник хусусиятларини олдиндан айтиб, шуни таъкидлаш керакки, АтД билан оғирган беморларда уларнинг манифестацияси нафақат тери касаллигининг кечиши (кўпинча бемор учун аниқ сабабсиз касалликни зўриқиши, кўринадиган жойларда тошмаларни жойлашуви), аҳолида тери касалликларининг юқумлилиги ҳақидаги фикрлари билан белгиланади, шунингдек, патологик реакцияларнинг шаклланишига мойилликка жавобгар бўлган ва назогеннинг симптомларига сезиларли таъсир кўрсатадиган конституционал аномалиялар (шахснинг бузилиши) билан ҳам боғлиқ:

Сенситив нозоген реакцияларнинг шаклланишида ($n=12$, 12,4%) АтД томонидан кузатиладиган косметик нуқсон билан боғлиқ ижтимоий фобия ҳодисалари устунлик қилади, тери касаллиги билан боғлиқ жисмоний дискомфортлар эса беморларга сезиларсиз даражада таъсир қилади. Ижтимоий фобия бошқаларнинг салбий муносабатидан, асосан норозилик ва тананинг кўринадиган жойларига тошмаларни тошиши туфайли бошқаларни инфекция юқишидан қўрқиб уни алоҳидалаштиришидан қўрқиб билан ифодаланади. Патологик қўрқувлар нотўғри, тизимсиз ва ғояларнинг хаёлий даражасига етмаганлиги билан бирга келади: беморларга уларга атрофидагилар (кўчада, транспортда) ачиниши билан қараётгандек ёки беморга қарагандек кўринади, шунга улар атайлаб ўзларини четга тортадилар ёки узоклашадилар, атрофдагиларни юктиришидан қўрқиб ўзаро



пичирлаб муҳокама қилишади, беморнинг борлигидан норозилик билдиришади ва ҳоказо. Хукмрон кўрқув сюжетиға кўра, патологик қочиш хулқ-атвори шаклланади: одамлар олдиға чиқишдан олдин беморлар терисини косметика билан маскировка қилади, энг ёпик кийимларни танлайдилар ва кўпинча кўпчилик орасиға киришдан бутунлай воз кечадилар.

Ушбу турдаги нозогенезли беморларнинг преморбид хусусиятлари, АтД намоён бўлиш ёшидан қатъий назар, шизоид ва истерик ифодаланади.

Клиник кўринишнинг демографик хусусиятларини баҳолашда биринчи навбатда ўртача ёшни таъкидлаш керак, бу сенситив реакциялар гуруҳида $10,3 \pm 12,7$ ёшни ташкил этди ва танланмадаги ўртача ёшдан 3 йилга кам бўлди. Беморларнинг ушбу гуруҳининг иккинчи ажралиб турадиган хусусияти SCORAD кўрсаткичи бўлиб, у $34 \pm 3,5$ ни ташкил этди, ва бу умумий танламанинг ўртача кўрсаткичидан паст бўлди ($40,5 \pm 7,07$). Дерматологик текширувға кўра, сенситив нозоген реакциялар гуруҳида АтД нинг эритематоз-сквамозли шакли устунлик қилди, АтДнинг ушбу шакли ўрганилган барча танланмаларда доминант бўлди (фақат битта беморда экзематоз шакл бўлди). Ушбу маълумотлар сенситив нозоген реакцияларнинг ривожланиши АтДнинг нисбатан энгил даражасида бўлган ёш беморларға хос эканлигини кўрсатади. Болалиқда кузатилиб, сўнгра узоқ муддатли тўлиқ клиник ремиссия бўлиб, қатта бўлганида АтД дебюти кузатилган қатталарда ташвишли – ипохондрик нозоген реакциялар ($n=16$, 16,5%) ривожланди. Касалликни сурункали шаклға ўтишидан, ички органларни зарарланишидан, доимий стационар даволанишдан кўркиш билан ифодаланган нозофобия белгилари биринчи ўринға чиқади. АтДдан тўлиқ тузалишға эришиш мақсадида беморлар такрорий даволанишға, касалхонаға ётишға мурожаат қилишади, АтДнинг асосий сабабини ва тегишли терапияни аниқлаш учун барча турдаги мавжуд текширувлардан ўтишға интилишади, АтД диагностикаси ва даволаш бўйича мавжуд адабиётларни ўрганишади.

Нозоген реакцияларнинг кўриб чиқилаётган турини шакллантиришда иштирок этадиган преморбид шахсият хусусиятлари ташвиш доирасининг конституциявий аномалиялари билан ифодаланади, асосан шахсиятнинг

ананкаст бузилиши ва шизоид.

Дерматологик текширув маълумотларини таҳлил қилиш шуни кўрсатдики, АтД билан оғриган беморларда ташвишли-ипохондриал нозоген реакциясининг ўзига хос хусусиятлари, биринчидан, унинг ўртача давомийлиги ($7 \pm 5,3$) бошқа нозоген реакцияларға нисбатан энг қисқа бўлди, иккинчидан, SCORAD бўйича АтДнинг оғирлик даражаси ($54 \pm 19,1$) бошқа нозоген реакциялардан фарқли ўларок, энг юқори бўлди. Шуни таъкидлаш керакки, соматик патологиянинг клиник динамикасининг бундай кўрсаткичлари - тез ривожланиш ва симптомларнинг оғир даражаси - анъанавий равишда ташвишли нозоген реакцияларнинг шаклланишиға ёрдам берувчи омиллар қаторида ҳисобланади. Бундан ташқари, ушбу турдаги реакциялар билан оғриган беморларнинг ўртача ёши $34 \pm 5,1$ йилни ташкил этди, бу сенситив нозоген реакциялар билан оғриган беморларға қараганда юқори. Ҳар хил нозоген реакциялар билан оғриган беморлар гуруҳидаги АтД хусусиятларини умумлаштирган ҳолда шуни таъкидлаш мумкинки, АтД нинг клиник кечиши, одатда, АтДнинг гўдаклик босқичи яқунланганидан сўнг, тошмаларнинг регрессияси, сўнгра тўлиқ ёки деярли тўлиқ клиник ремиссияси, кейинчалик ўсмирлик вақтиға келиб, шахсият бузилишлари динамикаси доирасидаги реакциялар чақирган АтДнинг зўриқиши кўринишида тошмаларни қайта пайдо бўлиши билан тавсифланади. Қатта ёшдаги беморларда ($34 \pm 5,1$) аниқланган ташвишли-ипохондриал реакциялардан фарқли ўларок, сенситив нозоген реакциялар ёшларда ($23,3 \pm 3,1$) кузатилди. SCORAD нинг ўртача кўрсаткичи сенситив реакцияли беморларда энг паст (34) ва ташвишли-ипохондриал нозоген реакциялари бўлган беморларда энг юқори (47) бўлди. Шундай қилиб, маълум нозоген реакцияларнинг ривожланиши ёш, АтДнинг оғирлик даражаси, давомийлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин, аммо унинг клиник шакли билан боғлиқ эмас.

АтД нинг зўриқиш даврини тез-тез кузатиладиган рецидивлар билан кечиши ва тўлиқ клиник ремиссия даврларининг деярли бўлмаслиги ҳолатларида, ипохондрик ривожланиш (ИР) доирасида шахсият бузилишининг преморбид хусусиятлари динамикасининг чуқурроқ ва барқарор белгилари аниқланди.



Клиник таҳлиллар натижасида АтДда ИРнинг 4 тури аниқланди: паранойял, аберрант ипохондрия кўринишида, ниқобланган ипохондрия ва невротик ипохондрия.

Паранойял ИР [2] (n=3) тери касаллигини мустақил равишда тўлиқ даволаш имкониятига ишониш билан боғлиқ ихтиро ғоялари билан ифодаланди. Беморлар ўзларини парамедицинали даволаш усулларини ишлаб чиқишга интилишади, баъзида аутодеструктив (соғлиқ учун зарарли ёки хавфли) ҳаракатлар (ўзи тайёрлаган майдаланган тошларни, металл кукунларини ютиш) билан бирга кечди. Ривожланишнинг ушбу тури паранойял доирадаги билан оғриган беморларда шаклланади (кўпинча ўз интилишларини рўёбга чиқариш учун потенциал таҳдид манбалари сифатида қабул қилинадиган бошқаларга нисбатан шубҳа ва ишончсизлик билан биргалликда ҳаддан ташқари баҳоланган ғояларни шакллантириш тенденцияси). Ушбу беморларда тери касалликларининг манифестацияси 10-18 ёшда кузатилади ва оғир кечиш билан тавсифланади. Шахснинг паранойял ривожланиши бўлган барча беморларда тарқалган АтД (эритематоз-сквамоз шакл, n=2) ёки субфебрил иситма ва лимфаденопатия (n=1) билан кечадиган терининг яққол куриши ва тери қопламанинг кепакланиши билан эритродермия аниқланди. Фақат битта ҳолатда АтД психоген таъсир туфайли зўриқди (бемор иш жойини йўқотганидан сўнг).

Аберрант ипохондрия тури бўйича ривожланиш [11] (n=6) умумий аҳволнинг оғирлик даражасини етарлича баҳоламаслик (ташхиснинг таҳдидли маъносига нисбатан эмоционал реакциянинг йўқлиги), соматик касалликнинг оғир кечиш эҳтимоли ҳақидаги ғояларни минималлаштириш истаги билан тавсифланади. Тери қоплами патологиясининг белгилари фақатгина меъёрдан озгина оғиш сифатида талқин этилади. Баъзи ҳолларда, бу турдаги ИР нотўғри хатти-ҳаракатлар билан бирга келади, бу кўпинча тиббий ёрдам ва тиббий муолажаларга тўсқинлик қилиш билан намоён бўлади. Беморларнинг ушбу гуруҳининг дерматологик ҳолати АДни енгил ва ўртача оғир даражада кечиши, тошмани асосан терининг ёпиқ жойларида жойлашуви билан ажралиб туради. Ривожланишнинг ушбу тури бўлган беморларнинг преморбид

хусусиятлари гипертимли доирасида ҳаракат қилувчи сегментар деперсонализация тури бўйича акцентуация билан ифодаланади [12].

Ниқобланган ипохондрия турига кўра ривожланиш [10] (n=17) одатий, муқаррар ҳамроҳ ва кундалик ҳаётнинг мажбурий компоненти сифатида касалликнинг намоён бўлишига тизимли босқичма-босқич мослашишда намоён бўлади. Ниқобланган ипохондрия ҳодисалари билан беморлар, бир томондан, зарур терапевтик ва профилактика чораларини мунтазам равишда амалга ошириш билан тиббий тавсияларга амал қилган ҳолда касаллик билан «шериклик» муносабатларини ўрнатадилар, бошқа томондан, соғлиқ учун «чегирмалар»сиз фаол турмуш тарзини олиб боришда давом этадилар. Ниқобланган ипохондрия тури бўйича ИР проприоцептив диатез туридаги акцентуацияли кишиларда шаклланади.

Дерматологик касалликлар кечишининг қуйидаги хусусиятлари қайд этилган. АтД ёки 1) эрта болалик даврида намоён бўлган ва тошмалар ҳаёт давомида сақланиб қолган, шу билан бирга касалликнинг кечиши ва оғирлик даражаси турлича бўлган, чегараланган эпизодик рецидивланувчи эритематоз-сквамоз тошмалардан то эритродермия даражасига етадиган кенг тарқалган лихеноидли ўчоқларгача, улар кўп йиллар давомида ҳам клиник ремиссияга эришмаган; 2) ёки бу дерматознинг ривожланиши 15-20 йилдан сўнг қайд этилган, аммо касаллик енгил шаклда давом этган (чекланган тошмалар фақат вақти-вақти билан юзага келади ва иссиқ мавсумда тўлиқ регрессияланади).

Невротик ипохондрия турига кўра ривожланиш [16] (n=7) клиник кўринишда соматизирланган ташвиш кўринишларининг устунлиги ва соматоформ бузилишлар (соматоформ бузилишнинг бир қисми сифатида қичишиш пайдо бўлиши, кейинчалик қичишиш изларини кўпайиши) туфайли АтДнинг ҳақиқий белгиларининг кўпайиши билан давом этади. Беморлар тежамкор турмуш тарзини яратишга аниқ тенденцияни кўрсатадилар (маиший ва расмий иш юкларини сезиларли даражада чеклайдиган ҳимоя режими) ва тиббиёт ходимлари ва қариндошларининг беморни фаоллаштиришга бўлган ҳар қандай уринишлари бефарқлик, уни тушунмасликда айбловлар билан қайтарилади. Невротик



ипохондрия тури бўйича ривожланиш шизоид доирасида нейропатик конституцияга эга бўлган шахсларда аниқланади. Ривожланишнинг бу тури, асосан, енгил ва ўртача оғирликдаги АтД билан оғриган беморларда кузатилади, анъанавий терапияга берилувчан бўлади, лекин кўпинча терининг очик жойлари зарарланади.

Текширув давомида аниқланган аффектив бузилишлари бўлган беморларда мавсумий депрессия тез-тез аниқланган (депрессия билан оғриган барча беморларнинг 35,3%). Тарқалиши бўйича иккинчи ўринда психоген кўзғатилган депрессиялар (29,4% ҳолларда) туради.

Эндоген депрессиялар биров камроқ аниқланган (депрессия билан оғриган беморларнинг 17,6%). Нозоген тушқунлик беморларнинг атиги 11,6% да ташхис қўйилган ва ўрганилган танланмада тарқалиши бўйича фақат тўртинчи ўринни эгаллаган. Туғруқдан кейинги депрессия депрессияга учраган атопикларнинг 5,9% да аниқланган.

Дерматологик статус таҳлил қилганида, текширув вақтида депрессия бўлган беморларда SCORAD нинг ўртача кўрсаткичлари (46,4) ҳаёти давомида бирорта ҳам аффектив бузилишлар эпизодига эга бўлмаган беморларга қараганда бир оз юқори эканлиги аниқланди (38,1) ва барча ўрганилган танланмадаги ўртача SCORAD дан юқори бўлди (40,6). Бироқ, бу фарқлар статистик аҳамиятга эга бўлмади ва ушбу ҳолат текширилган танланмада депрессия бўлган беморларнинг сонини камлиги билан боғлиқ бўлди. Депрессия кузатилган беморлар гуруҳида тошмалар кўпроқ юзда жойлашди, ва бу адабиётларда келтирилган маълумотларга мос келади [7,17]. Шунингдек, SCORAD (10 балл) бўйича қичишиш интенсивлигини субъектив баҳолашда энг юқори қиймат нозоген депрессия билан оғриган беморларга хос эканлиги аниқланди.

Депрессия бўлган беморлар гуруҳидаги АтДнинг такрорланиш даражаси ҳаёт давомида аффектив бузилишлари бўлмаган беморлар гуруҳи билан таққослаганида, депрессиянинг ривожланиши тери касалликларининг такрорланиш даражасига боғлиқ эмаслиги аниқланди. Шундай қилиб, анамнез ёки текширувга кўра, депрессия бўлган беморларнинг ҳаёт давомида ўртача 10,6 марта, аффектив бузилишлар эпизодлари бўлмаган беморларда эса АтДнинг ўртача 11,2 марта

рецидивлари кузатилган.

Секин кечувчи шизофрения билан оғриган беморларда АтДнинг ўртача давомийлиги (18,3 йил) руҳий касаллиги бўлмаган беморлардагидан (10,1 йил) сезиларли даражада фарқ қилмади. СКШ билан оғриган беморларда кузатилган АтД рецидивларининг ўртача сони (17,1) бошқа беморлардагидан (15,2) сезиларли даражада фарқ қилмади. Шу билан бирга, секин кечувчи шизофрения ташхиси қўйилган беморларда SCORAD нинг ўртача кўрсаткичи текширилган беморларнинг қолган қисмига қараганда паст бўлди (36,6 га нисбатан 40,9 балл). Текширувдаги 10 нафар (81%) беморларда АтДнинг эритематоз-сквамоз шакли, фақат битта ҳолатда - экзематоз (9%) шакли ташхисланди. Даволаш ва назорат гуруҳларини ўзаро таққослаш шуни кўрсатдики, комплекс психофармакотерапияни тайинлаш нафақат назорат гуруҳига нисбатан психопатологик симптомларнинг камайишига олиб келади, балки атопик дерматитнинг асосий белгиси бўлган тошма ва қичишишнинг тезроқ йўқолишига ёрдам беради.

Шундай қилиб, тадқиқот беморларнинг 53,6% да аниқланган АтД билан оғриган беморларда руҳий касалликларнинг юқори тарқалиши бўйича олдинги тадқиқотлар маълумотларини тасдиқлади. Психопатологик текширув натижасида нозоген реакциялар, шахсининг ипохондриал ривожланиши, аффектив бузилишлар ва секин кечувчи шизофрения билан ифодаланган АтД психиатрик патологиясининг кенг доираси аниқланди.

Шу билан бирга, АтД билан оғриган беморларда руҳий бузилишлар нафақат беморларнинг ҳаёт сифатининг пасайиши билан боғлиқ, балки беморларнинг анъанавий дерматотроп терапияга нисбатан берилувчанлигини сезиларли даражада пасайишига олиб келиши аниқланди. Олинган маълумотлар, ушбу гуруҳдаги беморларга адекват психиатрик ёрдам зарурлигидан далолат беради. АтД билан коморбид бўлган руҳий бузилишларнинг самарадор давоси психопатологик бузилишларнинг клиник типологиясини ҳисобга олган ҳолда қиёсий ёндашувни талаб қилади.

1. Балаболкин И.И., Булгакова В.А., Елисеева Т.И. Атопический дерматит у детей. Издательство» Медицинское информационное агентство», 2018.
2. Белоусова Т., Львов А., Дороженок И. Нозогенные психические расстройства, обусловленные дерматологической патологией. *Врач.* 2007;2:15-18.
3. Дороженок И.Ю., Львов А.Н. Психические расстройства, провоцируемые хроническими дерматозами: клинический спектр. *Вестник дерматологии и венерологии.* 2009;4:35-41.
4. Иванов О.Л., Львов А.Н., Миченко А.В. Атопический дерматит: современные представления. *Русский медицинский журнал.* 2007;19(стр. 1362)
5. Иванова И.Н., Антоньев А.А. Психологические аспекты атопического дерматита. *Вестник дерматологии и венерологии.* 1991;67(11):38-42.
6. Касохов Т.Б. и др. Атопический дерматит у детей. *Научное обозрение. Медицинские науки.* 2016;1:8.
7. Круглова Л. С., Генслер Е. М. Атопический дерматит: новые горизонты терапии. *Медицинский алфавит.* 2019;1(7):29-32.
8. Лусс Л.А. Роль психосоматических расстройств при атопическом дерматите. Возможности коррекции. *Доктор. ру.* 2010;2:55-58.
9. Мачарадзе Д. Ш. Атопический дерматит: новое в лечении. *Вопросы современной педиатрии.* 2013;12(5):80-85.
10. Миченко А.В. и др. Психосоматические аспекты атопического дерматита: классические каноны и новые представления. *Российский журнал кожных и венерических болезней.* 2008;4:11-17.
11. Миченко А.В., Львов А.Н. Атопический дерматит: аспекты психосоматических расстройств. *Психические расстройства в общей медицине.* 2008;1:47.
12. Намазова-Баранова Л.С. и др. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии. *Вопросы современной педиатрии.* 2016;15(3):279-294.
13. Смирнова Г.И. Актуальный атопический дерматит: проблемы и перспективы. *Российский аллергологический журнал.* 2017;14(4-5):30-39.
14. Тлиш М.М. и др. Психические расстройства в дерматологии как актуальная междисциплинарная проблема. *Клиническая дерматология и венерология.* 2014;12(2):104-109.
15. Торопова Н.П. Атопический дерматит у детей (к вопросам о терминологии, клиническом течении, прогнозе и дифференциации патогенеза). *Педиатрия. Журнал им. ГН Сперанского.* 2003;82(6):103-107. 29.
16. 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.
17. 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.*
18. Mirrakhimova M.H. Improving methods of treatment of atopic pathology in children. *Journal of Critical Reviews.-№12.-p. 190-192*
19. Nishanbayeva N.Yu., Mirraximova 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.



Нишанбаева Н.Ю., Миррахимова М.Х.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ И ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ СООТНОШЕНИЯ

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.

Nishanbaeva N. Yu., Mirrakhimova M. K.

ATOPIC DERMATITIS AND MENTAL DISORDERS PSYCHOSOMATIC RELATIONSHIPS

Key words: atopic dermatitis, chronic itchy dermatoses, depression, tension, anxiety and aggressiveness, systematics of psychodermatological disorders, quality of life of patients.

Atopic dermatitis (AtD) is a hereditary, immunoneuroallergic, chronic recurrent inflammatory skin disease caused by atopy, manifested by intense itching, sympathetic skin reaction (white dermographism), mainly erythematous—lichenoid rashes, in combination with other signs of atopy.

Абидов Х.А., Хаитов К.Н., Абидов А.М., Холова Н.Р., Умаров Ё.М.

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ, АЛЛЕРГОАНАМНЕЗ И СЕЗОННОСТЬ В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Цель исследования. Изучить особенности наследственной предрасположенности, аллергоанамнеза и сезонности в развитии и течении атопического дерматита у детей.

Материалы и методы. Было обследовано 126 детей с различными формами атопического дерматита в возрасте от 3 месяцев до 17 лет, получавших стационарное лечение в дерматологическом отделении клиники Ташкентского педиатрического медицинского института. 64 (50,8%) из исследуемых были мальчиками и 62 (49,2%) - девочками.

Результаты. Анализ заболеваемости среди родственников больных показал наличие аллергических (атопических) заболеваний отцов 12 детей (9,5%), у матерей 15 детей (11,9%) больных, 13 пациентов (10,3%) была отмечена заболеваемость у дедушки, 7 (5,6%) – у бабушки, 14 (11,1%) – у дяди, 11 (8,7%) – у тети. У 6 (4,8%) детей заболеванием страдали родные братья и сестры. Заболеваемость у дальних родственников по отцовской и материнской линиям наблюдалась у 9 (7,1%) детей.

Проблема аллергических поражений кожи у детей в настоящее время является одной из наиболее актуальных в практике врача-педиатра [12,13]. Среди аллергических заболеваний кожи у детей одно из ведущих мест занимает атопический дерматит, распространенность которого, по данным эпидемиологических исследований, колеблется от 17 до 25% [6,7].

Большое количество эпидемиологических исследований свидетельствует о более высокой частоте аллергических заболеваний в городах по сравнению с сельской местностью, а также в экономически развитых странах по сравнению со странами с развивающейся экономикой [10,11].

Высокая распространенность атопическо-

го дерматита в детской популяции, дальнейший рост его тяжелых форм, склонность к хроническому течению, недостаточно изученные медико-биологические и социально-гигиенические факторы развития определяют актуальность данной проблемы [8,9].

Атопический дерматит — это хроническое аллергическое заболевание, развивающееся у лиц с генетической предрасположенностью к атопии, имеющее рецидивирующее течение с возрастными особенностями клинических проявлений [1,3].

В настоящее время вопросы патогенеза, диагностики и лечения атопического дерматита у детей остаются малоизученными [2]. Актуальной проблемой является изучение влияния



СОДЕРЖАНИЕ/МУНДАРИЖА/CONTENTS

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ		ORIGINAL ARTICLES
<i>Турдиева Д.Э.</i> Клинические аспекты пневмонии у новорожденных	2	<i>Turdieva D.E.</i> The clinical aspects of newborn's pneumonia
<i>Алиева Н.Р., Абророва Б.Т.</i> Клинико-лабораторные особенности бронхитов в сочетании с атопическим дерматитом у детей раннего возраста	7	<i>Alieva N.R., Abrorova B.T.</i> The clinical and laboratory features of bronchitis in combination with atopic dermatitis at early age children
<i>Зокиров Н.К., Рахимова Р.А., Шукуров Б.И., Расулев Ё.Э.</i> Роль эхокардиографии в прогнозировании тяжести послеоперационного периода у младенцев с коарктацией аорты	9	<i>Zokirov N.K., Rakhimova R.A., Shukurov B.I., Rasulev Y.E.</i> The role echocardiography in prediction of postoperative period severity at infants with aortic coarctation
<i>Абдуназарова Г.А., Дергунова Г.Е.</i> Особенности функциональных нарушений сердечно-сосудистой системы у девочек - подростков	14	<i>Abdunazarova G.A., Dergunova G.E.</i> The features of functional disorders of cardiovascular system at adolescent girls
<i>Ниязова М.Т., Холтаева Ф.Ф.</i> Изучение особенностей клинического течения и состояния метаболического обмена у детей с внебольничной пневмонией с разными вариантами вегетативной иннервации	17	<i>Niyazova M.T., Kholtaeva F.F.</i> The study features of clinical course and metabolism state at children with nosocomial pneumonia and different variants of vegetative innervation
<i>Sultonova K.B., Sharipova P.K.</i> I turdagi qandli diabet bilan kasallangan bolalarda art-terapiyaning yangi yondashuvlari	22	<i>Sultonova K.B., Sharipova P.K.</i> The new approaches to art therapy at schoolchildren with type i diabetes
<i>Юлдашева М.О., Худайназарова С.Р.</i> Состояние микробиоценоза кишечника у детей при острых пневмониях	25	<i>Yuldasheva M.O., Hudaynazarova S.R.</i> The state of intestinal microbiocenosis at children with acute pneumonia
<i>Ахрарова Ф.М.</i> Нарушение ритма и проводимости у детей с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: интерпретация электрокардиографических данных	29	<i>Akhrarova F.M.</i> The rhythm and conductivity disorders at children with heart connective tissue dysplasia syndrome: interpretation of electrocardiographic data
<i>Тахирова Р.Н., Ходжаева Н.А.</i> Клиническая характеристика дисфункции билиарного тракта при дисплазии соединительной ткани у детей различного возраста	33	<i>Takhirova R.N., Khodjaeva N.A.</i> The clinical characteristics of biliary tract dysfunction at connective tissue dysplasia in different age children
<i>Расулов Р.А., Курьязова Ш.М.</i> Особенности течения инфекционного эндокардита у детей	37	<i>Rasulov R.A., Kuryazova Sh.M.</i> The features of infectious endocarditis course at children
<i>Sadikova A.M., Ashurova D.T., Fayzullaeva N.Ya.</i> The clinical and immunological features of juvenile rheumatoid arthritis	40	<i>Sadikova A.M., Ashurova D.T., Fayzullaeva N.Ya.</i> Клинические и иммунологические особенности ювенильного ревматоидного артрита
<i>Yusupova G.K., Ashurova D.T., Fayzullaeva N.Ya.</i> The clinical and immunological features of carditis in children	46	<i>Yusupova G.K., Ashurova D.T., Fayzullaeva N.Ya.</i> Клинико-иммунологические особенности кардита у детей
<i>Алимова Н.У., Убайдуллаева С.А., Тохтаева Д.М.</i> Қандли диабет билан касалланган болалар ва ўсмирлар орасида касаллик асоратларини олдини олишга қаратилган чора-тадбирларни такомиллаштиришда оила хамширасининг вазифалари	54	<i>Alimova N.U., Ubaydullaeva S.A., Tokhtaeva D.M.</i> The family nursing role in improving measures to prevent disease complications among children and adolescents with diabetes
<i>Мухтермова В.Н., Шарипова Г.Ш., Ташпулатова Ф.К., Рахимов Д.Б., Курбанов А.Х., Шамшиева Н.Н.</i> Эффективность применения новых схем химиотерапии у детей с лекарственно-устойчивым туберкулезом	59	<i>Mukhteremova V.N., Sharapova G.S., Tashpulatova F.K., Rakhimov D.B., Kurbanov A.K., Shamshieva N.N.</i> The efficiency of application chemotherapy new schemes at children with drug-resistant tuberculosis
<i>Туйчиев Л.Н., Худайкулова Г.К., Муминова М.Т., Бабаджанова Ф.У.</i> Болаларда ОИВ-инфекциясидаги диарея синдромининг даволаш самардорлигини қиёсий баҳолаш	64	<i>Tuychiev L.N., Khudaikulova G.K., Muminova M.T., Babadjanova F.U.</i> The comparative evaluation of efficiency for treatment diarrhea syndrome in hiv-infected children.
<i>Нияшонбоева Н. Ю., Миррахимова М.Х.</i> Болаларда атопик дерматитда психосоматик ўзгаришлар	69	<i>Nishanbaeva N.Yu., Mirrakhimova M.K.</i> The psychosomatic changes of children with atopic dermatitis
<i>Абидов Х.А., Хаитов К.Н., Абидов А.М., Холова Н.Р., Умаров Ё.М.</i> Наследственность, алергоанамнез и сезонность в развитии и течении атопического дерматита у детей	76	<i>Abidov Kh.A., Khaitov K.N., Abidov A.M., Kholova N.R., Umarov Yo.M.</i> The heredity, allergeoanmnesis and seasonality in the development and course of atopic dermatitis in children