

3. Kurasaka M., Ziff M.: Immunolectron microscopic study of the distribution of T-cells subsets in rheumatoid synovium. J Exp Med. 1983;158:1191.
4. Legrand L. et al: HLA-DR genotype risks in. seropositive rheumatoid arthritis. Am J Hum Genet. 1984;636:690.
5. Lindblad S. et al: Phenotypic characterization of synovial tissue cells in situ in different types of synovitis. Arthritis Rheum. 1983;26:1321.
6. Poulter L. W. et al: The involvement of interdigitating (antigen-presenting) cells in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. Clin Exp Immunol. 1983;51:247.
7. Rothschild B., Masi A. T.: Pathogenesis of rheumatoid arthritis: A vascular hypothesis. Semin Arthritis Rheum. 1982;12:11.
8. Utsinger P. D. et al (eds): Rheumatoid Arthritis. Philadelphia, Lippincott. 1985
9. Howard R Smith, MD Director of the Lupus Clinic, Department of Rheumatic and Immunologic Diseases, Cleveland Clin.
10. Adam Brown, MD Fellow, Department of Rheumatology, American College of Rheumatology, American Medical Association
11. Herbert S Diamond, MD Visiting Professor of Medicine, Division of Rheumatology, State University of New York Downstate Medical Center; Alpha Omega Alpha, American College of Physicians.
12. Robert J Nowinski, DO Clinical Assistant Professor of Orthopaedic Surgery, American Academy of Orthopaedic Surgeons, American College of Osteopathic Surgeons.
13. Disclosure: Tornier Grant research funds Other; Tornier Honoraria Speaking and teaching.
14. Robert E O'Connor, MD, MPH Professor and Chair, Department of Emergency Medicine, University of Sigma Theta Tau International.
16. Roberto Sandoval, MD Consulting Staff, Department of Emergency Medicine, American College of Emergency Physicians and American Medical Association.
17. Joseph E Sheppard, MD Professor of Clinical Orthopedic Surgery, American Academy of Orthopaedic Surgeons, American Society for Surgery of the Hand, and Orthopaedics Overseas.
18. Francisco Talavera, PharmD, PhD Adjunct Assistant Professor, University of Nebraska Medical Center College of Pharmacy; Editor-in-Chief, Medscape Drug Reference.
19. Roman V Voytsekhovskiy, MD Fellow in Hand Surgery, Department of Orthopedic Surgery, Rush University Medical Center.
20. Eleby R Washington III, MD, FACS Associate Professor, Department of Surgery, American Academy of Orthopaedic Surgeons, American College of Surgeons, American Medical Association, International College of Surgeons, and National Medical Association.
21. Richard Worthington MD, Department of Emergency Medicine, Wood County Hospital. Richard Worthington is a member of the following medical societies: American College of Emergency Physicians, Ohio State Medical Association, and Society for Academic Emergency Medicine.

Abidov X.A., Xaitov K.N., Abidov A.M., Karimov B.B.

BOLALARDA ATOPIK DERMATIT KLINIK KECHISHINING ZAMONAVIY TAMOYILLARI
Toshkent pediatriya tibbiyot instituti

Atopik dermatit - qattiq qichishish, surunkali qaytalanuvchi kechish va toshmalarning joylashuvi va bo'lgan xususiyatlar bilan tavsiflangan multifaktorial morfologiyasining bemorning yoshiga bog'liq terining bu "allergik marsh"ning boshlanishi hisoblanadi. yallig'lanishli kasalligi. Atopik dermatit atopiyaning

Shaharlarda, ayniqsa ekologik jihatdan noqulay birinchi namoyonidir va ba'zi bolalarda Ushbu patologiyaning tarqalishi so'nggi o'ttiz yil ichida oshdi va 13 dan 25% gacha yetgan. hududlarda yashovchi bolalarda kasallanish darajasi yuqori qayd etilmoqda. Atopik dermatit ko'p hollarda irsiy moyilligi bo'lgan bemorlarda rivojlanadi (agar ikkala ota-ona ham kasal bo'lsa, bolalarning 81%; agar faqat bitta ota-ona kasal bo'lsa - 56% hollarda uchraydi), bu atopik fenotipning shakllanishiga sabab bo'ladigan genetik va ekologik omillarning ta'siri bilan bog'liq [10].

Bolalarda AtD kasalligi erta gudaklik davrlaridan boshlanib, surunkali-qaytalama, bolalar yoshi davrlariga xos bo'lgan dinamika ko'rinishida kechadi, kasallik belgilari yashirin holatdan to yaqqol ko'rinadigan belgilar sifatida namoyon bo'ladi. Kasallik belgilari ko'pincha bola tug'ilgandan so'ng 60% holatlarda birinchi yarim yillikda, 90% holatlarda esa 1 yoshgacha bo'lgan vaqt mobaynida namoyon bo'ladi. Kasallik tashxisi Hanifin J.M., Rajka G., (1980) lar tomonidan 3 ta davrga: gudaklik (0-2), bolalik (2-12) va o'smirlik hamda kattalar (12-23) davrlariga

bo'linadi [12]. Kasallikka tashxis qo'yish 4 ta asosiy mezonlar orqali amalga oshiriladi: qichishish a'lomatlarini bo'lishligi, kasallikni morfologik belgilarini o'ziga xos bo'lgan ko'rinishda bo'lishligi va joylashishi, kasallikni surunkali-qaytalama ko'rinishida kechishi va albatta shaxsiy va oilaviy anamnezida atopik kasalliklarni mavjud bo'lganligini qayd etilishi asosida olib boriladi [1, 5, 6]. AtD kasalligini bunday ko'rinishda kechishi 5 klinik shakllar orqali ifodalanadi: ekssudativ, eritemato- skvamo, eritemato-skvamo turining lixenifikatsiyasiga moyil shakli, lixenoid va pruriginoz shakllari ko'rinishida.

AD kasalligini shakllanishida, rivojlanishida turli hil bo'lgan premorbid omillar (xomiladorlik davrini kechishi, intranatal gipoksiya, tug'ilish jarayonini asoratlanishi kabi holatlar) ta'sir ko'rsatadi. Go'daklik va erta bolalik davrlarida kasallikni vujudga kelishida va qaytalanishida ovqatlanish jarayonini buzilishi, sun'iy ovqatlanish, profilaktik emlashlar, dori moddalarini turli kasalliklar tufayli iste'mol qilinishi kabi holatlar sababchi bo'lsa, bolalik davrini oxiri va o'smirlik-kattalik bosqichlari yoshidagi bolalarda esa kasallikni kechishida nafas allergenlarini ta'siri, ruxiy yuklamalar, charchash, kundalik tartibni buzilishi kabi holatlar ustun keladi. Bu vaqtda ikkilamchi infeksiya a'lomatlarini qo'shilishi esa kasallikni asoratli kechishiga sababchi bo'ladi.

Atopik dermatit kasalligini kechishi bolalar yoshiga bog'liq bo'lgan holdagi uzluksizlikda kechishi bilan ajralib turadi [2, 7]. Bola tug'ilgandan so'ng, dastlab kasallikni namoyon bo'lishi ovqat maxsulotlariga sezuvchanlik holatini yuqori bo'lishligi, keyinchalik esa ular ahamiyati kamayib, nafas allergenlariga, dori vositalariga bo'lgan sezuvchanlik holatini oshishi bilan namoyon bo'ladi va kasallik belgilari keyinchalik o'zgaruvchan ko'rinishda surunkali- qaytalama kechadi. Boshqacha qilib aytganda monovalent sezuvchanlik polivalent sezuvchanlik holatida bo'ladi. Kasallikni kechishi yil fasllariga bog'lik bo'lib, kasallikni xuruj qilishi ko'pincha yilning kuz va qish fasli oylariga to'g'ri kelishi kuzatiladi. Kasallikni kechishi ORVI, allergik rinit, astmoidli bronxit, ovqat allergiyasi, surunkali tonzillit, piodermiya, gijja infeksiyasi, karies, raxit, anemiya, gipotrofiya, timomegaliya kaba kasalliklar yuldoshligida kechdi.

Kasallik belgilarini dastlab paydo bo'lishi va joylashishi deyarli 89,3% bemorlarda asosan yuz soxasidan boshlanadi [2, 8]. Bemorlarda yonoq, peshona va daxon soxalarida o'choqlarni joylashishi kuzatiladi. Ko'pgina holatlarda kasallikni asosiy morfologik belgilarini joylashishi dastlab buyin, bilak, boldir soxalarida, tirsak va tizza buklamlarida joylashishi qayd etiladi. O'choklarda kasallik belgilari qizarish, bir oz shish va xo'llanish bilan kechadi. Deyarli barcha bemorlarda kasallikni kechishi qichishish, bezovtalik va uyqu jarayonini buzilishi kabi salbiy holatlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Kasallikni

go'dakli bosqichi odatda bemor bolalar hayotining 7-8 haftalaridan boshlanadi, teri soxalari ekssudatsiyaga moyil bo'lib, og'ir yoki o'rtacha og'irlikdagi yallig'lanishlar sodir bo'ladi. Kasallik ko'pincha yuz, lunj va peshona soxalarida mahalliyashadi, burun va lab soxalari toshmalardan holi bo'lib, ba'zan jarayon oyoq, qo'l va dumbaning tashqi tomonini qamrab olishi mumkin. Dastlab toshmalar eritematoz shishli va eritematoskvamo o'choqli, papulovezikulali, fasod bog'lash va po'stloqlar ko'rinishida namoyon bo'ladi. Vaqt o'tishi bilan esa ekssudativ holat kamayadi va kasallikning yag'irlanuvchi va pruriginoz klinik ko'rinishlari kuchayib boradi. Taxminan bir yarim yildan so'ng tirsak va tizza osti bukuv soxalarida, panjalarda kasallikka xos bo'lgan toshmalarini paydo bo'lishi kuzatiladi. Asosan bemor bolalar hayotining ikkinchi yilida infiltrativ, lixenoid, skvamo o'zgarishlar ro'y beradi, ekskoriatsiyalar, yallig'langan follikulyar papulalar paydo bo'ladi. Ikkinchi yilning oxirida esa teridagi kasallik belgilari spontan ravishda yoki davolash natijalarida yo'qoladi yoki kasallik o'zini ikkinchi bosqichiga o'tadi [9].

Bolalik bosqichi yag'irlanish xolatini shakllanishi, toshmalarini burmalarda maxalliyashishi bilan ta'riflanadi. Ekssudativ xodisalar esa kuzatilmaydi, teri soxalari quruqlashadi. Ushbu bosqichning asosiy toshma elementlari bo'lgan papulalar qo'shilishga va yag'irlangan o'choqlarni xosil qilishga moyil bo'ladi. Bemor bolalarni bir qismida «atopik yuz» xolati shakllanadi, ya'ni terini rangi xira, kulrang bo'ladi, periorbital giperpigmentatsiya xolati, pastki qovoq soxalarida qo'shimcha burmalar (Dene-Morgan) chizig'ini rivojlanishi kuzatiladi. Terining eritemato-skvamo ko'rinishdagi kechishi asosida ko'z, lab atroflarida va burun teshiklari soxasida ko'pincha yoriqlarni paydo bo'lishi kuzatiladi. Bu davrda patologik jarayon ko'pincha tirsak va tizza osti burmalarida, bilak va boldir bo'g'imlari soxalarida, panjalarni orqa tomonida, yelka soxasida, bo'yinning orqa tarafida va tananing yon tomonlarida maxalliyashadi[9].

O'smirlik bosqichi toshmalarini maxalliyashish xolatini o'zgarishi bilan ta'riflanadi. O'choqlarda lixenifikatsiyan va infiltratsiya ko'rinarli darajada namoyon bo'ladi, ekskoriatsiyalanish holatlari ko'payadi. Ko'pgina bemorlarda «atopik yuz» belgilari kuzatiladi. O'choqlar asosan tirsak va tizzalarni bukuv soxalarida, bo'yinda maxalliyashadi, quruq, infiltratsiyalangan va lixenifikatsiyalangan teri fonida qichishadigan papulalar joylashadi. Yuzni (peshona, lunj, lab, ko'z atrofi) o'ziga xos ko'rinishda kasallanishi holati kuzatiladi, kasallik belgilari bolalik bosqichidan farqli o'laroq, ancha tarqoq ko'rinishda

kechadi va teri yuzalarini ko‘proq ko‘chishi holati kuzatiladi [9]. U yoki bu belgilar va morfologik toshmalarni ko‘rinishiga qarab kasallikni quyidagi klinik shakllari farqlanadi: ekssudativ, eritemato-skvamoz, eritemato-skvamoz xilining lixenifikatsiya xolatiga moil, yag‘irlanish va pruriginoz shakllari [11]. AD kasalligini ekssudativ turi gudad bolalarda 2 oylikdan 1 yoshgacha bo‘lgan davrda kuzatiladi. Kasallikning bu turi kupincha yuz, yonok, daxon, qulok supراس, qo‘l bilagi, boldir soxalarida joylashgan bo‘lib, qizarish, shish holati asosida tugunchali, pufakchali toshmalar toshishi va keyinchalik esa xo‘llanish kabi belgilar ko‘rinishida kechadi. Bu yoshda kasallikni kechishiga asosan ovqatlanish jarayoni buzilishi salbiy qilishi asosiy o‘rin tutdi. Kasallikni eritemato-skvamoz turi bemor bolalarda 2,5 yoshgacha bulgan davrda kuzatildi va terining yuz, bo‘yin, qo‘l, oyoqlarning bukuv soxalarida, kurak va ko‘krak soxalarida qizarish, qipiklanish, tilinish kabi o‘zgarishlar bilan ifodalandi. Kasallikni bolalikning bu davrida kechishiga profilaktik emlashlar, interkurrent kasalliklari, turli kasalliklar bo‘yicha davolanish chog‘ida berilgan dori moddalari va nixoyat ovqatlanish jarayonining salbiy ta‘sir etishi muxim o‘rin tutadi [13, 14]. Eritemato-skvamoz turining lixenifikatsiyasiga moil hili 2 yoshdan to 7 yoshgacha bo‘lgan davrni tashkil etdi. Kasallikni bu klinik turi, avvalgi klinik turidagi kabilar ko‘rinishda bo‘lsada ammo uchoqlarda tugunchali toshmalarni bo‘lishligi, ularning bir-biri bilan qo‘shilib maddalanishga moyilligi bilan ajralib turishi kuzatildi. Jarayonni kechishida qichishish hilma-sur‘ati o‘rtacha va yuqori faollikda bo‘lib, bezovtalanish, uyqusizlik va xayajonlanish holatlari kuzatildi [13, 14]. Lixenoid klinik turi bemor bolalarda 7 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan davrlarda kuzatilib, o‘choqlarni bo‘yin, qo‘l-oyoq buklamlari yuzasida, ko‘z, og‘iz atroflari soxalarida joylashishi qayd etiladi, o‘choqlarda tugunchali toshmalarni kuzatilishi, tilinish, yorilish, maddalanish holatlarini ko‘rinarli darajada namoyon bo‘ldai va kasallikni kechishida ko‘pincha xeilit belgilari kuzatiladi. Qichishish jarayoni o‘rtacha va kuchli ko‘rinishlarda bo‘lib, pereferik limfa tugunlarini sezilarli darajada kattalashishi, bezovtalanishi hamda uyqusizlik kabi holatlar qayd etildi[13, 14]. Kasallikni pruriginoz klinik turi fakat 1,0% nafar bemor bolalarda kuzatilib, asosan qo‘l va oyoqlarning tashqi yozuv soxalarida, buyin va kurak soxalarida tugunchali toshmalarini toshishi, kattalanishi va ularni kuchli qichishishi hamda bezovtalanish alomatlari bilan kechishi kuzatildi [13, 14]. AtD kasalligini bolalar xayotining turli davrlarida, turlicha og‘irlikda, klinik va morfologik jixatdan

hil bo‘lgan ko‘rinishda kechishi, kasallikni bemor bolalar yoshiga bog‘lik holda, o‘ziga xos bo‘lgan dinamika ko‘rinishida kechadi degan fikrni yana bir bor tasdiqlab beradi [2, 3, 4, 16]. AD patogeneزيدagi halqalardan biri bu teri to‘sig‘i funksiyasining buzilishidir. Epidermis o‘tkazuvchanligining ortishi, terining chuqur qatlamlariga aeroallergenlar, infeksiya agentlari, gaptenlarning shiddat bilan tushishiga imkon yaratadi, bu esa kontaktli sensibilizatsiyani keltirib chiqaradi [15]. Shunday qilib, bolalarda atopik dermatitning klinik kechishi quyidagi o‘ziga xos xususiyatlarga ega va ularni tashxis qo‘yish va davolashda hisobga olish kerak: Kasallikning erta boshlanishi: atopik dermatit ko‘pincha erta bolalikdan, odatda hayotning birinchi yillarida boshlanadi. Ba‘zi bolalarda alomatlar hayotning birinchi 6 oylarida paydo bo‘ladi. Quruq va qo‘zg‘alishga moyil bo‘lgan teri: atopik dermatit bilan og‘rigan bolalar odatda quruq va sezgir teriga ega bo‘lib, qo‘zg‘alishga moyillikni keltirib chiqaradi. Bu terining qichishi, qizarishi va qipiqlagishiga olib kelishi mumkin. Toshmalarning joylashuvi: bolalarda atopik dermatitda toshmalar bemorning yoshiga muvofiq tananing turli soxalariga, shu jumladan yuz, bo‘yin, bilak, tirsak, tizza va pastki oyoqlarga tarqaladi. Go‘daklik davrida ular ko‘pincha yuz, yanoq, peshona va bosh terisida uchraydi, bolalik davrida ko‘pincha tirsak va tizza osti burmalarida, bilak va boldir bo‘g‘imlari soxalarida, panjalarni orqa tomonida, yelka soxasida, bo‘yinning orqa tarafida va tananing yon tomonlarida joylashadi, o‘smirlik davrida esa o‘choqlar asosan tirsak va tizzalarni bukuv soxalarida, bo‘yinda namoyon bo‘ladi. Surunkali qaytalanuvchi kechishi: bolalarda atopik dermatit odatda surunkali tavsifga ega bo‘lib, qaytalanish va remissiya davrlari kuzatiladi. Alomatlar allergenlar, ob-havoning o‘zgarishi, stress yoki boshqa qo‘zg‘atuvchi omillar ta‘siri ostida kuchayishi mumkin. Hamroh allergik holatlar: atopik dermatit bilan og‘rigan bolalarda allergik rinit, astma va oziq-ovqat allergiyalari kabi allergik holatlarga moyillik kuchayadi. Bu qo‘shimcha e‘tibor va davolanishni talab qilishi mumkin. Hayot sifatiga ta‘siri: bolalarda atopik dermatit hayot sifatiga sezilarli ta‘sir ko‘rsatishi, uyqusizlik, qichishish, tashvish va ijtimoiy muammolarni keltirib chiqarishi mumkin. Shuning uchun nafaqat simptomlarni davolash, balki bemorlar va ularning oilalariga yordam va yordam ko‘rsatish ham muhimdir. Bolalardagi atopik dermatit klinik kechishining ushbu xususiyatlarini hisobga olgan holda, shifokorlar samarali davolash natijalariga erishish va bolalarning

hayot sifatini yaxshilash uchun har bir bemorga ularning yoshi, kasallik kechishining og'irligi va tegishli omillarni hisobga olgan holda individual yondashishlari kerak. Yuqoridagi ma'lumotlar har bir bemorga uning yoshi, kasallikning og'irligi, unga bog'liq omillar va hususiyatlarni hisobga olgan holda individual yondashish zarurligini ko'rsatadi. Shuningdek, bemorlar va ularning ota-onalariga terini to'g'ri

parvarish qilishni o'rgatish, shuningdek, kasallikning holatini muntazam nazorat qilish muhimligi qayd etilgan.

Umuman olganda, maqola bolalarda atopik dermatitning klinik kursining zamonaviy tamoyillarining ahamiyatini ta'kidlaydi va bemorlarning natijalari va hayot sifatini yaxshilashga yordam beradigan tavsiyalar beradi.

Adabiyotlar

1. Абидов Х.А., Хаитов К.Н. Современная диагностика и комплексная терапия atopического дерматита у детей с применением холекальцеферола (витамин Д). Методические рекомендации. Ташкент. 2022:32.
2. Мавлянова Ш.З. и др. Клинико-иммунологические и микробиологические аспекты atopического дерматита. Проблемы медицинской микологии. 2015;(17)3:32-34.
3. Мавлянова Ш.З. и др. Клиническая характеристика atopического дерматита у детей в условиях жаркого климата Узбекистана. Juvenis scientia. 2022;(8)3:22-30.
4. Мавлянова Ш.З. и др. Клинические особенности atopического дерматита с учетом обсемененности кала Candida spp. и общего IgE. Проблемы медицинской микологии. 2017;(19)4:15-17.
5. Маннанов А.М. Болаларда терининг алергик касалликлари. Ўқув қўлланма. Ташкент. 2018:104.
6. Маннанов А.М., Хаитов К.Н. Детские кожные и венерические болезни: Учебник.Т.: «Iqtisod-Moliya». 2022:637.
7. Мун А.В., Маннанов А.М., Адильгереева М.И. Влияние обсемененности кожи грибами malassezia на течение atopического дерматита у детей. Санкт-Петербургские дерматологические чтения. 2016:81-82.
8. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных atopическим дерматитом Электронный ресурс. Д.В.Прошутинская, В.В.Чикин, Л.Ф. Знаменская, и др. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. Москва, 2015. 40. - Режим доступа:
9. Хаитов К.Н., Абидова З.М., Абидов А.М., Абидов Х.А. Клиническая характеристика atopического дерматита у детей. Сборник тезисов Международного форума дерматовенерологов и косметологов. 2021:89.
10. Шамов Б.А., Маланичева Т.Г., Денисова С.Н. Современные особенности atopического дерматита и бронхиальной астмы у детей. Казань: Медицина. 2010:327.
11. Abidov, Kh, et al. "Diagnostic value of dermatoscopy in atopic dermatitis in children." Science and innovation. 2023;(2)7:48-54.
12. Ando T. Matsumoto K. Namiranian S. Yamashita H. Glatthom H. Kimura M et al. Mast Cells Are Required for full expression of Allergen SEB-Induced Skin Inflammation. J. Invest Dermatol. 2013:250.
13. Baranov A.A., Namazova-Baranova L.S. Atopic dermatitis in children. Clinical guidelines for pediatricians. Moscow: Pediatr = Pediatrician. 2017:74.
14. Galli E., Neri I., Ricci G. et al. Consensus Conference on Clinical Management of pediatric Atopic Dermatitis Electronic resource. Pediatr. 2016
15. Guglielmo A, Sechi A, Patrizi A, Gurioli C, Neri I. Head and neck dermatitis, a subtype of atopic dermatitis induced by Malassezia spp: clinical aspects and treatment outcomes in adolescent and adult patients. Pediatr Dermatol. 2021;(38)1:109-114.
16. 77 Irvine A.D., McI. can W.H., Leung D.Y. Filaggrin mutations associated with skin and allergic diseases. N. Engl. J. Med. 2011;(365)14:1315-27.; J Dermatol. 2018;(45)10:1172-1180.
17. Reinehr C.P.H., Bakos R.M. Actinic keratoses: review of clinical, dermoscopic, and therapeutic aspects. AnBrasDermatol. 2019;(94)6:637-657.
18. Seegraber M, Worm M, Werfel T, Svensson A, Novak N, Simon D, et al. Recurrent eczema herpeticum - a retrospective European multicenter study evaluating the clinical characteristics of eczema herpeticum cases in atopic dermatitis patients. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34:1074-1079.
19. Thammahong A, Kiatsurayanon C, Edwards SW, Rerknimitr P, Chiewchengchol D. The clinical significance of fungi in atopic dermatitis. Int J Dermatol. 2020;59:926-935.
20. Wang X., Li L.F., Zhao D.Y., Shen Y.W. Prevalence and Clinical Features of Atopic Dermatitis in China. BioMed. Res. Int. 2016.
21. Ahmedova, D. I., and Sh A. Rahimjanov. "Growth and development of children. Methodical recommendation." (2006).

22. Ахмедова, Д. И. "Физическое развитие и состояния здоровья детей, занимающихся спортом." Сб. тезисов VI съезда педиатров Республики Узбекистан (2009): 109-110.