



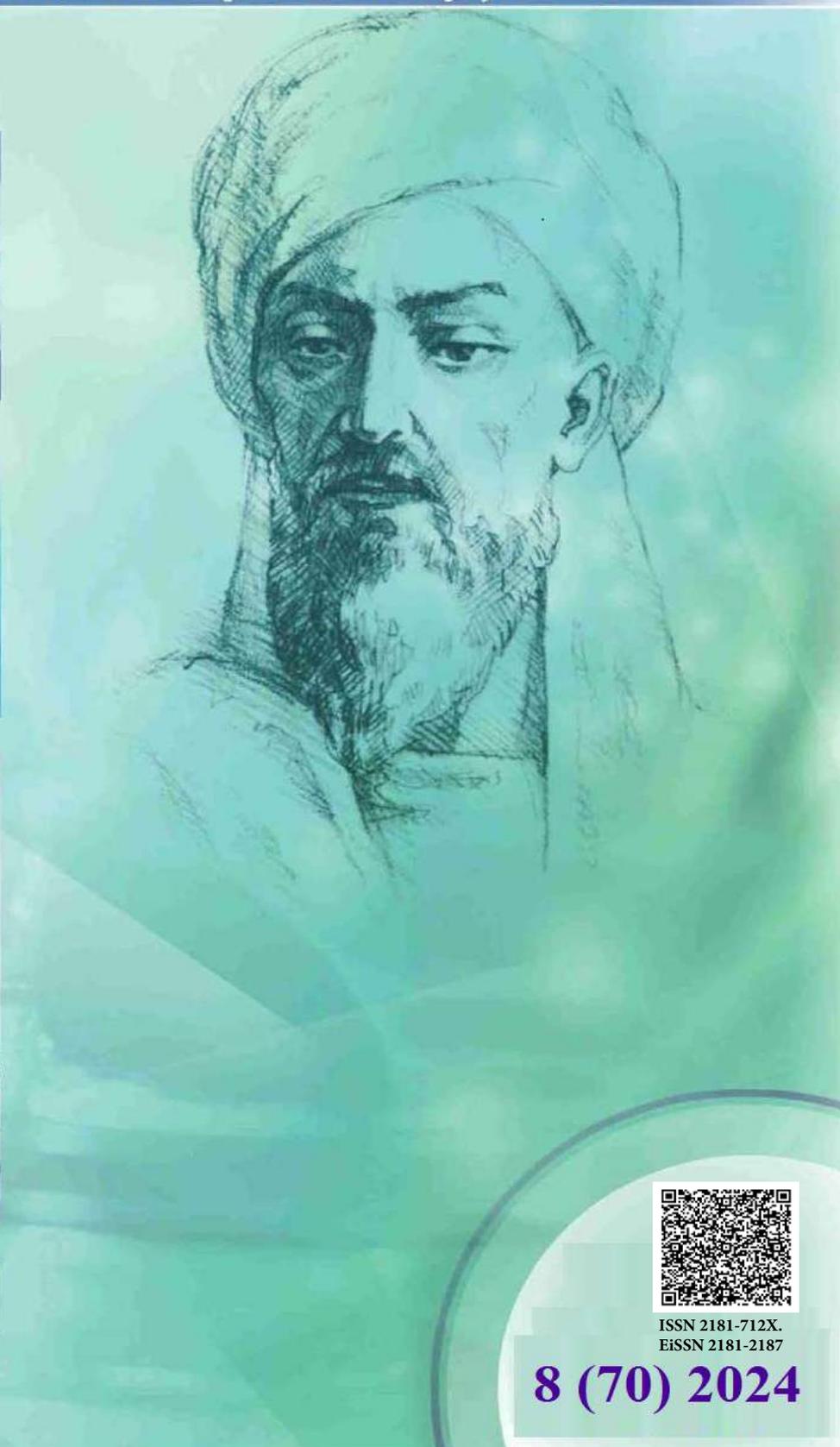
**New Day in Medicine**  
**Новый День в Медицине**

**NDM**



# **TIBBIYOTDA YANGI KUN**

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



**AVICENNA-MED.UZ**



ISSN 2181-712X.  
EiSSN 2181-2187

**8 (70) 2024**

**Сопредседатели редакционной коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,  
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ  
А.А. АБДУМАЖИДОВ  
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ  
Л.М. АБДУЛЛАЕВА  
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ  
М.А. АБДУЛЛАЕВА  
Х.А. АБДУМАЖИДОВ  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
М.М. АКБАРОВ  
Х.А. АКИЛОВ  
М.М. АЛИЕВ  
С.Ж. АМИНОВ  
Ш.Э. АМОНОВ  
Ш.М. АХМЕДОВ  
Ю.М. АХМЕДОВ  
С.М. АХМЕДОВА  
Т.А. АСКАРОВ  
М.А. АРТИКОВА  
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)  
Е.А. БЕРДИЕВ  
Б.Т. БУЗРУКОВ  
Р.К. ДАДАБАЕВА  
М.Н. ДАМИНОВА  
К.А. ДЕХКОНОВ  
Э.С. ДЖУМАБАЕВ  
А.А. ДЖАЛИЛОВ  
Н.Н. ЗОЛотова  
А.Ш. ИНОЯТОВ  
С. ИНДАМИНОВ  
А.И. ИСКАНДАРОВ  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
Ф.Г. НАЗИРОВ  
Н.А. НУРАЛИЕВА  
Ф.С. ОРИПОВ  
Б.Т. РАХИМОВ  
Х.А. РАСУЛОВ  
Ш.И. РУЗИЕВ  
С.А. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (отв. редактор)  
И.А. САТИВАЛДИЕВА  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
А.М. ШАМСИЕВ  
А.К. ШАДМАНОВ  
Н.Ж. ЭРМАТОВ  
Б.Б. ЕРГАШЕВ  
Н.Ш. ЕРГАШЕВ  
И.Р. ЮЛДАШЕВ  
Д.Х. ЮЛДАШЕВА  
А.С. ЮСУПОВ  
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ  
М.Ш. ХАКИМОВ  
Д.О. ИВАНОВ (Россия)  
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)  
DONG JINCHENG (Китай)  
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)  
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)  
В.А. МИТИШ (Россия)  
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)  
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)  
А.А. ПОТАПОВ (Россия)  
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)  
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)  
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)  
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)  
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН  
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ  
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал  
Научно-реферативный,  
духовно-просветительский журнал*

**УЧРЕДИТЕЛИ:**

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский  
исследовательский центр хирургии имени  
А.В. Вишневского является генеральным  
научно-практическим  
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных  
изданий, рецензируемых Высшей  
Аттестационной Комиссией  
Республики Узбекистан  
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:**

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)  
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)  
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)  
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)  
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)  
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)  
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)  
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)  
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)  
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)  
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

**8 (70)**

**2024**

*август*

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.516.5:615.851-083

## ПРОГРАММНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

<sup>1</sup>Мавлянова Ш.З., <https://orcid.org/0000-0003-2256-5283>

<sup>1</sup>Хакимов Д.Р., <https://orcid.org/0009-0003-5855-3580>

<sup>1</sup>Закиров Б.Х. <https://orcid.org/0009-0003-2978-4478>

<sup>2</sup>Яхшиева М.Ф. <https://orcid.org/0009-0005-5476-6305>

<sup>1</sup>Республиканский специализированный научный-практический центр дерматовенерологии и косметологии Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби, 3, тел: 78 1470206, 94 6374043 E-mail: [nidiv@mail.ru](mailto:nidiv@mail.ru)

<sup>2</sup>Бухарский государственный медицинский институт имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара, ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*В статье приводится обзор современных методов физиотерапевтических процедур у больных атопическим дерматитом. Представлены результаты лечения программного назначения физиотерапевтических методов лечения с учетом оценки индекса SCORAD, ДИШС (дерматологического индекса шкалы симптомов) и иммунно-микробиологических показателей у больных атопическим дерматитом.*

*Ключевые слова: атопический дерматит, физиотерапия, индекс SCORAD, программная технология.*

## АТОПИК ДЕРМАТИТ БИЛАН ОФРИГАН БЕМОРЛАРНИ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯ КИЛИШ УЧУН ДАСТУРИЙ ТЕХНОЛОГИЯЛАР

Мавлянова Ш.З.<sup>1</sup>, Хакимов Д. Р.<sup>2</sup>, Закиров Б. Н.<sup>3</sup>, Яхшиева М. Ф.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази Ўзбекистон, 100109, Тошкент, Олмазар тумани, Фароби кўчаси, 3, тел: 78 1470206, 94 6374043 E-mail: [nidiv@mail.ru](mailto:nidiv@mail.ru)

<sup>2</sup> Абу али ибн Сино номидаги Бухоро давлат тиббиёт институти Ўзбекистон, Бухоро ш., А.Навоий кўчаси. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### ✓ Резюме

*Мақолада атопик дерматит билан озриган беморларда физиотерапия муолажаларининг замонавий усуллари ҳақида умумий маълумот берилган. Атопик дерматит билан озриган беморларда SCORAD индекси, ДИШС (симптомлар шкаласининг дерматологик индекси) ва иммун ва микробиологик параметрларини баҳолашни ҳисобга олган ҳолда даволашнинг физиотерапевтик усуллари дастурий тайинлаш натижалари келтирилган.*

*Калит сўзлар: атопик дерматит, физиотерапия, SCORAD индекси, программли технология.*

## SOFTWARE TECHNOLOGIES FOR MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH ATOPIC DERMATITIS

Mavlyanova Sh.Z.<sup>1</sup>, Khakimov D.R.<sup>2</sup>, Zakirov B.N.<sup>3</sup>, Yakhshieva M.F.<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Republican Specialized Scientific and Practical Center for Dermatovenereology and Cosmetology Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi, 3, tel: 78 1470206, 94 6374043 E-mail: [nidiv@mail.ru](mailto:nidiv@mail.ru)

<sup>2</sup>Bukhara State Medical Institute named after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara, st. A. Navoi. 1 Tel: +998 (65) 223-00-50 e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

✓ *Resume*

*The article provides an overview of modern methods of physiotherapy procedures in patients with atopic dermatitis. The results of the treatment of programmatic appointment of physiotherapeutic methods of treatment are presented, taking into account the assessment of the SCORAD index, DISH (dermatological index of the symptom scale) and immune and microbiological parameters in patients with atopic dermatitis.*

*Key words: atopic dermatitis, physiotherapy, SCORAD index, software technology.*

**Актуальность**

Атопический дерматит (АД) все ещё остается быть глобальной проблемой XXI – века, ввиду своей продолжающимся ростом среди детского населения и проявлением заболеваемости среди больных взрослого контингента. [1,12]. Такое явление объясняется особенностями клинического течения атопического дерматита и сложностью патогенеза данного заболевания, характеризующиеся IgE-опосредуемыми аллергическими реакциями с преобладанием пищевой сенсибилизацией и гиперчувствительностью замедленного действия. В развитии АД также принимают участие изменения в гуморальном и клеточном иммунитете, нарушение кожного барьера, повышенная чувствительность к аллергенам, отягощенная наследственность. [5,7,8,22,23]. Несмотря на изученность патогенеза развития и разработки патогенетических методов терапии атопического дерматита, проблема профилактики обострения заболеваемости требует пристального внимания [Мавлянова Ш.З., 2020].

В этом аспекте особое место занимает применение немедикаментозных методов лечения – физиотерапевтических процедур, направленные на нормализации состояния центральной и вегетативной нервной системы, достижения гипосенсибилизирующего, противовоспалительного, противозудного и общеукрепляющего эффекта [2,3,16,17,20,21]. Среди физиотерапевтических процедур в лечении атопического дерматита успешно применяется узкие спектры излучения, обладающих избирательным действием на структуры кожи с менее выраженными побочными эффектами (например, УФ В-лучами узкого спектра 311 нм), фотоиммунологический эффект которых обусловлен глубиной проникновения УФ-лучей в основном на эпидермальные кератиноциты и клетки Лангерганса, УФА проникают в более глубокие слои кожи и оказывают действие на дермальные фибробласты, дендритические клетки, эндотелиоциты и клетки воспалительного инфильтрата (Т-лимфоциты, тучные клетки, гранулоциты) [14]. При ограниченных кожно-патологических процессах у больных атопическим дерматитом успешно используется ксенон-хлоридный (XeCl) эксимерный свет с длиной волны UVB 308 нм, который является современным высокоэффективным методом [Meduri N.B., Vandergriff T. et all. 2007].

Для восстановления нарушенных функциональных взаимоотношений вегетативной нервной системы применяется транскеребральная импульсная электротерапии (ЭС), который активизирует силу и подвижность тормозного процесса, обладает иммуномодулирующим действием и благотворно влияет на психоэмоциональное состояние пациентов. Сочетанное физиотерапевтическое действие магнитного поля (МП) и лазерного излучения заключается в физико-химических изменениях, в биологических жидкостях, кровеносных сосудах и самих клетках крови, приводящих к возрастанию скорости биохимических реакций и метаболизма в тканях. Клинически это выражается в улучшении микроциркуляции и трофики тканей [5, 15,17].

Магнит лазерная терапия (МЛТ) обладает выраженным противовоспалительным и нейротрофическим действием, антиаллергическим и противозудным эффектами. Особенно чувствительны к воздействию магнитного поля в сочетании с лазерным излучением центральная и вегетативная нервная системы. Все это послужило основанием для оптимизации физиотерапевтических методик при проведении профилактических мероприятий у больных атопическим дерматитом [4].

Для восстановления функциональных связей ствола, таламуса, лимбической системы и коры головного мозга, с седативной целью, особенно при наличии невротических расстройств, воздействуют импульсными токами низкой частоты (электросон) [16].

Мягкое седативное действие, вазоактивный эффект и способность улучшать обменно-трофические процессы, свойственные импульсному низкочастотному электромагнитному полю

малой напряженности, позволяют использовать инфрита-терапию при всех формах АД у детей с 3-летнего возраста.

Иммуностимулирующим действием, выраженным положительным влиянием на трофику тканей обосновывается применение низкоинтенсивного лазерного излучения инфракрасного и красного диапазонов при лечении АД у детей. Воздействие на область проекции сосудов (в локтевом сгибе, подколенных ямках), печени, надпочечников и на точки акупунктуры способствует улучшению состояния кожи, у больных с дерматореспираторным синдромом одновременно уменьшаются клинические симптомы бронхиальной астмы [А. В. Картелишева, А. Г. Румянцева, А. Р. Евстигнеева, 2012; Огородова Л. М., Пашков В. К., Гонтарская В. М., Пашкова Е. Н. 2000].

На основании положительного влияния ультразвука на функциональное состояние различных регулирующих систем организма и ферментативную активность, его рассасывающего и противовоспалительного действия показано включение этого метода в комплексную терапию АД, особенно при пролиферативной и смешанной формах заболевания [Обросов А. Н., Карачевцева Т. В., Ясногородский В. Г., Таланова И. К. 1987].

К числу немедикаментозных методов лечения различных дерматозов, в том числе АД, относится светотерапия: общее или локальное ультрафиолетовое облучение кожи с помощью ртутно-кварцевых ламп, селективная фототерапия (СФТ), фотохимиотерапия. В детской практике наиболее распространена СФТ, терапевтический эффект которой связан с УФА- и УФВ-лучами (280–320 нм). Метод СФТ применяется у детей с пятилетнего возраста, он повышает эффективность лечения и увеличивает продолжительность ремиссии, что существенно отражается на качестве жизни больных АД [20]. Использование светотерапии может уменьшить потребность в топических стероидах и местном применении иммуномодуляторов.

В настоящее время широко применяется более щадящий, мягкий вид светотерапии — фотодинамический аппарат для светодиодной светотерапии, который способствует регрессу кожного воспалительного процесса, уменьшению отека, зуда, экскориаций; снижает уровень общего IgE и степень выраженности аллергического воспаления кожи; оказывает мембраностабилизирующее действие на клетки организма; повышает адаптационно-компенсаторные возможности за счет сбалансированности процессов перекисного окисления липидов в мембранах эритроцитов [Власенко А. В., Лузгина Н. В., Мандзяк Т. В., 2013].

Данные исследований показали возможность применения селективной хромотерапии синего и зеленого спектров у детей с АД. При направлении селективной хромотерапии синего спектра на проекцию очагов поражения кожи и зеленого — на рефлекторно-сегментарные зоны у детей с АД среднетяжелого и легкого течения в период хронической или подострой фазы уменьшались выраженность объективных симптомов (отека, гиперемии, папулезных высыпаний, корок), площадь поражения кожи, а также интенсивность зуда и нарушения сна [Хан М. А., Вахова Е. Л., Лян Н. А., Микитченко Н. А. 2015].

Быстрому регрессу клинических проявлений АД у детей, особенно со среднетяжелым течением заболевания и с младенческой формой, способствует применение динамической электронейростимуляции, который способствует активации клеточного дыхания, повышает защитные свойства тканей. Усиление локального кровотока обеспечивает приток крови к ишемизированным тканям. Уменьшение перинеурального отека улучшает возбудимость и проводимость кожных афферентов [9]. На основании проведенных исследований доказана высокая эффективность массажа эластичным псевдокипящим слоем: при АД он оказывает благоприятное влияние на психоэмоциональное состояние детей, способствует уменьшению кожного воспалительного процесса и сопровождающего его зуда [22].

С противоотечной и противовоспалительной целью успешно применяется пелоидотерапия, основанная на использовании высоко минерализованной натуральной грязи из природных ресурсов месторождений Узбекистана. Она содержит полезные микроэлементы - цинк, медь, кобальт, минералы соли магния, кальция, калия, брома, активизированные кремнистые воды (SiO<sub>2</sub> - 44,8 – 52 мг/л) и другие полезные минеральные и органические вещества. Обладает противовоспалительным, противомикробным, рассасывающим, смягчающим действием. Она обладает высокой теплопроводностью, что позволяет в течение длительного времени сохранять

определенную температуру. В виду повышенной минерализации грязь обладает лечебным действием [UZ.SMT.01.0007.81108197]. [12]

Использование для электрофореза антигистаминных препаратов или сернокислой магнезии оказывает гипосенсибилизирующее и противочное действие. При этом лечебный эффект возникает за счет сочетанного влияния электрического тока и лекарственного препарата, который вводится либо через слизистую носовых ходов, либо по общей методике.

В дерматологической практике в комплексном лечении АД широкое применение находят методы бальнеотерапии (сероводородные, кремнистые, йодобромные, хлоридные натриевые ванны и др.), имеющие свои особенности, обусловленные своеобразием возрастной реактивности детского организма [20]. Совокупность таких процессов обеспечивает улучшение иммунологических защитных реакций кожи и трофики, ускорение процессов репарации, что способствует регрессу патологических изменений кожи, снижению аллергических реакций на экзогенные и эндокринные аллергены.

С этой целью нами разработана № DGU 35352 программная технология физиотерапевтических процедур с учетом степени тяжести атопического дерматита, которая назначается в комплексной терапии и в качестве профилактики обострения после стационарного лечения.

**Целью исследования** явилось оценка профилактической эффективности внедрения программной технологии физиотерапевтических процедур у больных атопическим дерматитом с учетом степени тяжести заболевания.

#### **Материал и методы**

Под наблюдением находились 127 больных с атопическим дерматитом в возрасте от 14 до 58 лет. Среди них лица женского пола составили 74 и мужского – 53. У всех больных проводили клинические (определение индекса SCORAD), дерматоскопию, иммунологические и микробиологические исследования. Все больные получали комплексную терапию согласно протоколу. Для назначения физиотерапевтических процедур использовали программную технологию DGU 35352 «Тери аллергик касалликларини оғирлик даражасига нисбатан физиотерапевтик даволаш дастури», учитывающую степень тяжести заболевания. Больные с легкой степени тяжести получали эксимерный свет с длиной волны UVB 308 нм №5, ультразвуковой массаж с ГКС кремами и чередуя с эмолентами №10 и при кожно-патологическом процессе на коже в/ч головы УФ В-лучи узкого спектра 311 нм №5, фототерапию через день №5, бальнеотерапию №2 и пелоидотерапию №2. При средней и тяжелой степени тяжести данные процедуры были увеличены с последующим применением после стационарного лечения с учетом назначения лечащего врача.

Для статистической обработки результатов использовали прикладную программу Microsoft Excel: определяли среднее значение, стандартное отклонение и доверительный интервал. Достоверность различий контрольных и опытных значений сравниваемых показателей рассчитывали по t-критерию Стьюдента при 5 % уровне значимости.

#### **Результат и обсуждения**

По клинической формы АД среди 127 больных эритематозно-сквамозная форма диагностирована – у 28 (22,04%), эритематозно-сквамозная форма с лихенизацией – у 36 (28,3%), экссудативная форма – у 16 (12,6%), лихеноидная форма – у 23 (18,1%) и пруригинозная – у 24, что составило 18,9% случаев. Физиотерапевтические процедуры назначались во время стационарного лечения с учетом степени тяжести заболевания и были рекомендованы профилактические процедуры после выписки.

Для сравнительной характеристики программного назначения физиотерапевтических процедур больные были разделены на 2 группы: I - контрольная группа – 66 больных, получавшие комплексную терапии с физиотерапевтическими процедурами без программной технологии; II – группа – 61 больных АД, получавшие комплексную терапию с использованием программной технологии назначения физиотерапевтических процедур.

Результаты программной диагностики степени тяжести способствовало определению степени тяжести дерматоза. Так, среди 127 больных с АтД легкая степень тяжести установлено у 23 (18,1%), средняя – у 61 (48,03%) и тяжелая – у 43, что составило 33,8% случаев.

**Таблица 1. Сравнительная характеристика индекса SCORAD у больных атопическим дерматитом, получавшие физиотерапевтических процедур с учетом программного назначения (M±m)**

Группы		легкая степень	средняя степень	тяжелая степень
I-группа n=66	до лечения	34,7±0,7	63,9±1,2	77,6±0,4
	после лечения	32,4±1,2*	41,5±0,7*	43,3±2,1*
II-группа n=61	до лечения	33,1±1,1	63,3±0,9	78,2±0,7
	после лечения	14,07±0,8* **	22,3±1,7* **	21,8±0,8* **

*Примечание:* \* - показатель достоверности по отношению до лечения; \*\* - показатель достоверности по отношению к I – группы. (P < 0,05)

Как следует из таблицы, у больных АтД получавшие физиотерапевтические процедуры отмечали положительную динамику рассасывания кожно-патологического, которая выражалась снижением индекса SCORAD в обеих группах. (P < 0,05). Однако, по сравнению с контрольной группой, у больных АтД получавшие физиотерапевтические процедуры с программной диагностики степени тяжести и лечебных рекомендации индекс SCORAD снижался в 2,4, 2,8 и 3,6 раз по сравнению до лечения и в 2,3, 1,8 и 1,9 раз по сравнению с показателями контрольной группы. Полученные результаты имели статистически достоверный характер (P < 0,05).

Результаты иммуно-микробиологических исследований кожи очагов поражения показали уменьшения уровня общего IgE, прокальцитонина и степени колонизации условно-патогенной микрофлоры рода staphylococcus в обеих группах больных АтД. (таблица 2)

**Таблица 2. Сравнительный анализ влияния физиотерапевтических процедур на показатели IgE, прокальцитонина и степени колонизации у больных атопическим дерматитом (M±m)**

Метод лечения	Исследования	IgE	прокальцитонин (нг/мл)	Staphylococcus spp.
I-группа n=66	до лечения	187,4±11,3	0,29±0,005	67,3±1,2
	после лечения	136,3 ± 7,8*	0,19 ± 0,006*	29,1±1,4
II-группа n=61	до лечения	181,3±12,3	0,28 ± 0,005	69,2±1,2
	после лечения	98,2± 10,8*	0,11 ± 0,003*	23,4±1,09
контрольная группа n=36		63,2 ± 1,4	0,1009±0,0003	1,5±0,3

*Примечание:* p – достоверность данных после лечения по отношению к показателям до лечения \* – p < 0,01;

Как видно из таблицы, программный подход к комплексной терапии с использованием программной технологии способствовало значительному снижению инфекционно-аллергического состояния у больных АтД, характеризующиеся уменьшением общего IgE в 1,8 раз и прокальцитонина – в 2,5 раза соответственно ( $P < 0,05$ ).

Согласно программной технологии назначения лечебных процедур больные получали поддерживающую физиотерапевтическую терапию после стационарного лечения с учетом степени тяжести. ( таблица 3)

**Таблица 3. Отдаленные результаты терапевтической эффективности программной технологии физиотерапевтического назначения у больных АтД**

	клиническое выздоровление	значительное улучшение	рецидивы	побочные действия
I-Контрольная группа n=66	56,06% (37)	33,3 % (22)	16,6% (11)	-
II-группа n=61	77,04% (47)	21,9% (14)	8,2% (5)	-

Программная технология назначения физиотерапевтических процедур способствовало клиническому выздоровлению в 77,04%.

#### Заключение

Таким образом, с учетом высокой клинической эффективности и профилактики можно констатировать о широком внедрении дерматологическую практику программную технологию назначения физиотерапевтических методов лечения у больных атопическим дерматитом.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Аллергология и иммунология: Национальное руководство / Под ред. Р. М. Хаитова, Н. И. Ильиной. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012; 640 с.
2. Бакер Сами, Н.Г. Кочергин, С.Б. Ткаченко. Современные подходы к терапии ограниченных форм атопического дерматита. //Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014;1:14-17.
3. Барнацкий В.В. Влияние радоно- и пелоидотерапии на функциональное состояние и качество жизни больных спортивными спондилоартритами //Вопр. курортолог. 2005;(3):26-30.
4. Владимиров В. В. // Les Nouvelles Esthetiques (русское изд.). 2003;2:90-96.
5. Власенко А. В., Лузгина Н. В., Мандзяк Т. В., Долгих В. В. и др. Опыт применения хромотерапии у детей с атопическим дерматитом // Психосоматические и соматоформные расстройства в клинической практике / Под ред. Ф. И. Белялова, В. С. Собенникова, В. В. Долгих. Иркутск, 2013; С. 4-6.
6. Груздев К.Д. Электрофизиологическая характеристика действия углекислых и сероводородных вод на рецепторы сосудов кожи //Вопросы курортологии и физиотерапии. М.: Медицина, 1959; С. 103-108.
7. Ерохина Е. В. Использование магнитного поля и йодобромных ванн в комплексной терапии больных с атопическим дерматитом //Вестн. дерматовенерологии. 1996;2:38-40.
8. Исмагилов А.И., Мавлянова Ш.З., Хонходжаев Ш.Ш., Бурхонов А.У. Опыт наружного применения активизированного кремнистого раствора при лечении аллергодерматозов. //Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2019;2(42):34-38.
9. Казначеев К. С., Казначеева Л. Ф., Дубровина Л. Н., Глухман П. А. и др. Динамическая электронейростимуляция в терапии атопического дерматита у детей //Рефлексотерапия. 2006;2:57-59.



10. Лазерная терапия и профилактика / Под. ред. А. В. Картелишева, А. Г. Румянцева, А. Р. Евстигнеева, А. В. Гейница, С. В. Усова. М.: Практическая медицина, 2012; 337 с.
11. Мавлянова Ш.З., Инояттов А.Ш., Исмогилов А.Ш. «Способ бальнеотерапии с применением кремнистых вод при кожных и урогенитальных заболеваниях» //Информационное письмо. 2020.
12. Мавлянова Ш.З., Мавлянов П.Н. Кремнистые воды – в дерматологии. /Монография – 2020; 168с.
13. Массерова В. В., Казначеева Л. Ф. Особенности показателей вегетативной регуляции у больных атопическим дерматитом на фоне восстановительного лечения //Сиб. мед. обозрение. 2010;5:26-28.
14. Монахов С.А., Корчажкина Н.Б., Олисова О.Ю. Узковолновая фототерапия 311 нм в лечении больных атопическим дерматитом. //Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012;3:25-27.
15. Москвин С. В., Наседкин А. Н., Осин А. Я., Хан М. А. Лазерная терапия в педиатрии. /М. — Тверь: Триада, 2009; стр. 88-99.
16. Обросов А. Н., Карачевцева Т. В., Ясногородский В. Г., Таланова И. К. и др. Руководство по физиотерапии и физиопрофилактике детских заболеваний / Под ред. А. Н. Обросова, Т. В. Карачевцевой. М.: Медицина, 1987; 384 с.
17. Перминова Е. В., Гриднева Т. Д. КВЧ-терапия и инфракрасное излучение в комплексном лечении детей, страдающих атопическим дерматитом //Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. 2005;2:24-26.
18. Проценко Т. В., Милус И. Е. Селективная фототерапия в этапном лечении больных с атопическим дерматитом //Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2006;2:18-20.
19. Прошутинская Д. В., Харитоновна Н. И., Волнухин В. А. Применение селективной фототерапии в лечении детей, больных витилиго //Вестн. дерматологии и венерологии. 2004;3:47-49.
20. Физиотерапия и курортология / Под ред. В. М. Боголюбова. Кн. III. /М.: БИНОМ, 2009; 233 с.
21. Хан М. А., Вахова Е. Л., Лян Н. А., Микитченко Н. А. и др. Применение селективной хромотерапии в медицинской реабилитации часто болеющих детей //Доктор.Ру. 2015;13(114):68-73.
22. Gulyamova G., Mavlyanova S.Z., Boboev K. T. (2015). The role of a polymorphic variant of the tumor- $\alpha$  necrosis factor gene in the development of atopic dermatitis in the population of uzbekistan. //Klinicheskaya Dermatologiya i Venerologiya, 2015;14(4):79-83. doi: 10.17116/klinderma201514479-83
23. NB Meduri, T Vandergriff, H Rasmussen, and H Jacobe. Phototherapy in the management of atopic dermatitis: a systematic review// <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

**Поступила 20.07.2024**