

М.Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік Медицина Университеті

Факультет: ЖТД

Кафедра: Фтизиатрия және дерматовенерология

Интерннің өзіндік жұмысы

Тақырыбы: Атопиялық дерматит. Этиологиясы, патогенезі, клиникасы. Клиникалық хаттамаға сәйкес атопиялық дерматит кезіндегі ересектер мен балаларда амбулаторлы жағдайда жүргізу тактикасы мен динамикалық бақылау рациональды ажырату диагностикасы.

Орындаған: Махан А.Е, 613 топ

Тексерген: Жарасова Ж.Н.

Ақтөбе 2017 жыл

Жоспары:

1. Атопиялық дерматит жалпы туралы түсінік.
2. Этиологиясы және патогенезі.
3. Клиникасы.
4. Балалардағы атопиялық дерматит.
5. Атопиялық дерматиттің емі.

*** АТОПИЯЛЫҚ ДЕРМАТИТ (АД)** — бұл атопияға тұқым қуалаушылық бейімділігі бар адамдарда байқалатын, терінің иммундық (қорғаныш) қызметінің төмендеуімен сипатталатын, клиникалық көрінісі біріншілік пайда болған қышынумен, қабынумен, папуловезикулезді элементтер және лихенификациямен сипатталатын, созылмалы, қайталамалы тері ауруы.

***** Егер отбасында ата-анасының екеуі де аллергиялық аурулармен (кез келген түрімен) ауыратын болса, онда атопиялық дерматиттің пайда болу қатері 60-70%-ды құрайды, егер ата-аналардың бірінде бұл қатер 40-50%-ға тең болса, ал егер отбасында аллергиялық аурулармен ауыратындар жоқ болса, онда мұндай жағдайда балада атопиялық дерматиттің даму қатері айтарлықтай 13-15%-ға төмен болады.

* ЭПИДЕМИОЛОГИЯ:

* Атопия, әртүрлі мәліметтер бойынша тұрғындардың 3-15% тіркелген. АтД таралуы балалар арасында 5-20%, үлкендер арасында — 2-10%, АтД ауруының ең үлкен көрсеткіштері урбанизацияланған (үлкен және өнеркәсіп қалаларында) өңірлерде анықталуда. Асқазан-ішек жолдары органдарының патологиясы, әсіресе атопиялық дерматитке шалдыққан 80-90% балаларда ішек дисбиозы анықталуда.

* АД-пен кімдер жиі ауырады?

- * Аурулардың арасында 35%- ер балалар, 65% - қыз балалар;
- * Жиілігі жасқа байланысты, пайда болу жасы аурудың ауырлық дәрежесін анықтайды. Егер ауру алғашқы 4 аптада дамыса, ауыр түрде өтеді. Көп жағдайда 10 аптада басталады.
- * 85% балаларда АД 1 жасында басталады, 95% жағдайда - 4 жасқа дейін;

* АД дамуының қауіп факторлары

ЭНДОГЕНДІ ФАКТОРЛАР

- * Тұқымқуалаушылық
- * Атопия
- * Тері гиперреактивтілігі

ЭКЗОГЕНДІ ФАКТОРЛАР

1. Қозғаушы факторлар (триггерлер)
 - * Аллергенді
 - * Аллергенді емес
2. Триггерлердің әсерін күшейтуші факторлар

* Қозғаушы факторлар (триггерлер)

1. Аллергенді:

- * Тағамдық, тұрмыстық, шаң-тозаңдық, эпидермальды, саңырауқұлақтық, бактериальды, вакцинальды;

2. Аллергенді емес:

- * Психоэмоциональды жүктемелер, метеоситуацияның өзгерісі, темекі түтіні, тағамдық қоспалар, поллютанттар

Триггерлердің әсерін күшейтуші факторлар

- * Климатогеографиялық;
- * Тамақтанудың бұзылысы;
- * Тері күтімінің бұзылысы;
- * Тұрмыстық жағдайлар;
- * Вакцинация;
- * Психологиялық стресс;
- * Жедел вирустық инфекциялар;

* КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Аурудың даму сатысы, кезеңдері және фазалары

- * Бастапқы сатысы
- * Айқын өзгерістер сатысы (өршу кезеңі)
 - жедел фаза
 - созылмалы фаза
- * Ремиссия сатысы
 - толық емес (жеделдеу кезеңі)
 - толық
- * Клиникалық сауығу

Арудың келесі жастық кезеңдері ажыратылады:

- 1-ші жастық кезең — нәрестелік (2 жасқа дейін)
- 2-ші жастық кезең - балалық (2 жастан 13 жасқа дейін)
- 3-ші жастық кезең – жасөспірімдік және ересектік (13 жастан жоғары).

* Терідегі процестің таралуы бойынша

Таралуы:

- * Шектеулі белгілі бір дене бөлігінің зақымдануы. Зақымдану аймағы тері жамылғысының 5%-нан аспайды.
- * Жайылмалы бірнеше дене бөліктерінің зақымдануы. Зақымдану аймағы тері жамылғысының 5-тен 50%-н құрайды.
- * Диффузды зақымдану аймағы тері жамылғысының 50%-нан асады.

Ауырлық дәрежесі

- * **Жеңіл дәрежесі** асқыну жиілігі жылына 1-2 рет, ремиссияның ұзақтығы 8-10 ай
- * **Орташа дәрежесі** асқыну жиілігі жылына 3-4 рет, ремиссия ұзақтығы 4-5 ай
- * **Ауыр дәрежесі** асқыну жиілігі жылына 5 рет және одан да көп, ремиссия ұзақтығы 1-1,5 ай.

5. Клинико-этиологиялық варианттар

- * кенелік
- * саңырауқұлақтық
- * шаң-тозаңдық

*** Клиникалық практикада келесі клинико-морфологиялық формалары ажыратылады:**

- * • экссудативті,
- * • эритематозды-сквамозды,
- * • лихенификациямен эритематозды-сквамозды,
- * • лихеноидты,
- * • пруригинозды.

* Кезеңдері

- * **1-кезеңде** бетте, бөкседе, қол және аяқта бөртпе ошағы анықталады. Терідегі аурудың түрі толығымен күшті және азапты бөртпемен еріп жүреді;
- * **2-кезеңде** терінің зақымданған ошағы бірте-бірте құрғақтанып, түлейді, қышуы азаяды;
- * егер жазылмаса, онда ауру **3-кезеңге**— ұлғаю кезеңіне ауысады. Бұл кезеңде қолдың және аяқтың бүгілетін жерінде, мойын және төс терісінде өзінің симметриялығымен лихенделу (терінің қатқылдануы) ошағы пайда болады.

*Схема патогенеза АД

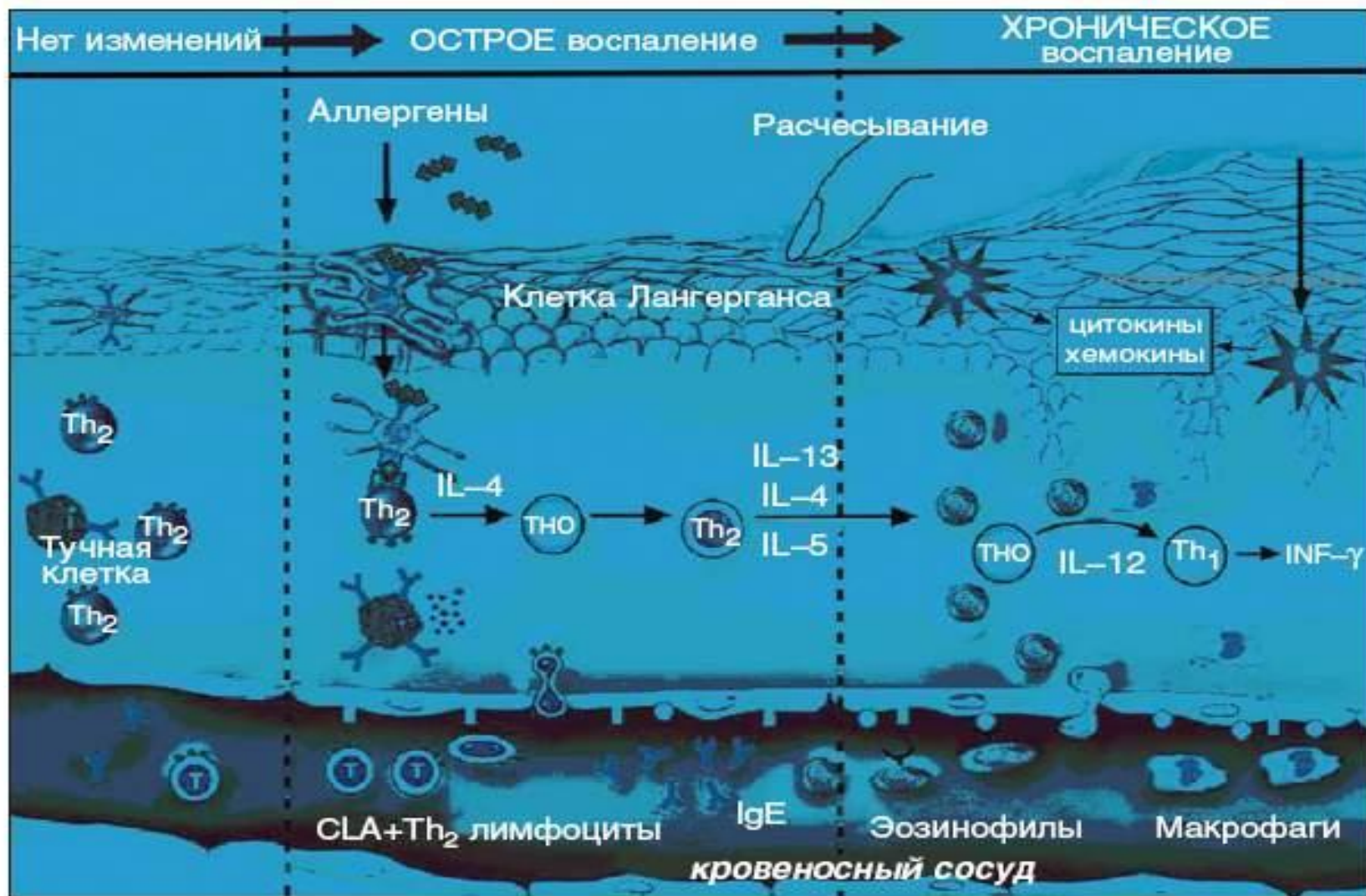


Рис. 1. Схема патогенеза атопического дерматита

* АД-ң негізгі критерийлері

- * Тері жамылғысының қышынуы
- * Терілік бөртпелердің типтік морфологиясы мен локализациясы
- * Созылмалы рецидивті ағым
- * Анамнезде атопия немесе атопияға генетикалық бейімділік

Қосымша критерийлер

- * ксероз (құрғақтық) тері жамылғысының
- * алақандық ихтиоз
- * реакция немедленного типа при кожном тестировании с аллергенами
- * локализация кожного процесса на кистях и стопах
- * хейлит
- * экзема сосков
- * трещины за ушами
- * высокий уровень Ig E в сыворотке крови
- * начало заболевания в детском возрасте
- * складки Денье -Моргана (суборбитальные складки)
- * рецидивирующий конъюнктивит



**Типичные
элементы
сыпи на лице
у ребенка на
первом году
жизни**

**иика атопического
ерматита у детей:**



Рис. 1. Отек,
папулообразование



Рис. 2. Мокнутие, корки:



Рис. 3. Экскориации:



Рис. 1. Лихенификация



Рис 2. Мокнутие, корки:



Рис 1. Эритема:
1 балл



Рис. 2. Эритема:
2 балла



Рис. 3. Эритема:
3 балла



- **Симптом «грязной шеи» у подростка**

ка атопического
оматита у детей:

* Симптом Денни-Моргана:



**Это двойная
складка в области
нижнего века
причиной её
возникновения
является
аллергически
опосредованный
отёк**

* МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

1. Сбор аллергологического анамнеза
2. Общий анализ крови
3. Физикальное обследование
4. Специфическая аллергологическая диагностика
5. Иммуноглобулин Е в сыворотки крови

* ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ ТЕРАПИИ АД

- * Устранение или уменьшение воспалительных изменений на коже и кожного зуда
- * Восстановление структуры и функции кожи (улучшение микроциркуляции и метаболизма в очагах поражения, нормализация влажности кожи)
- * Предотвращение развития тяжелых форм заболевания, приводящих к снижению качества жизни больного и инвалидизации
- * Лечение сопутствующих заболеваний, усугубляющих течение АД

* ЛЕЧЕНИЕ

1. Диетотерапия
2. Контроль за окружающей среды
3. Фармакотерапия
 - * Антигистаминные препараты
 - * Мембраностабилизаторы
 - * Препараты улучшающие функции органов пищеварения
 - * Витаминотерапия
4. Наружная терапия
 - * Противовоспалительные препараты
 - * Устранение сухости кожи

* ДИЕТОТЕРАПИЯ

Исключить из рациона питания высоко

аллергизирующие продукты- коровье молоко, рыба, яйцо, куриное мясо, клубника, малина, ананасы, виноград, дыня, хурма, гранаты, цитрусовые, шоколад, кофе, какао, орехи, мед, грибы, горчица, томаты, свекла

Включить в рацион питания слабо

аллергизирующие - конина, баранина (нежирные сорта), кабачки, патиссоны, яблоки зеленой и желтой окраски, белая черешня, зеленый огурец, капуста, картофель (моченный), гречка, кефир

* Контроль за окружающей среды

- * подушки и одеяло должно быть синтетическими или ватными
- * в комнате не должно быть мягкой мебели, мягких игрушек, ковров
- * телевизор и компьютер в комнате ребенка должны быть убраны
- * частые влажные уборки
- * в квартире не должно быть животных (кошки, собаки, попугаи, рыбки)
- * не должно быть цветущих растений

* Фармакотерапия

1. Антигистаминные препараты

- * препараты 1-го поколения (супрастин, кестин, тавегил, фенкарол, фенистил)
- * препараты 2-го поколения (эролин, цетиризин, зиртек, гисталонг, эбастин, носмин)
- * препараты 3-го поколения (телфаст, алтива)

2. Мембраностабилизаторы

- * кетотифен, налкрот

* Антигистаминные препараты

Таблица 13. Антигистаминные препараты 1-го («старого») поколения (формы для приема внутрь)

Название препарата торговое	генерическое (химическое)	Форма выпуска	Дозы и кратность приема
Диазолин	мебгидролин	драже* 0,05 и 0,1 г	от 2 до 5 лет – 50–100 мг/сут от 5 до 10 лет по 100 мг/сут кратность приема – 2 раза/сут
Перитол	ципрогептадин	табл. 0,004 г сироп (1 мл = 0,4 мг)	от 6 мес до 2 лет (по особым показаниям!) – 0,4 мг/кг/сут от 2 до 6 лет – 6 мг/сут от 6 до 14 лет – до 12 мг/сут кратность приема – 3 раза/сут
Супрастин	хлоропирамин	табл. 0,025 г	от 1 мес. до 1 года – по $\frac{1}{4}$ табл., от 1 до 6 лет – по $\frac{1}{3}$ табл. от 6 до 14 лет – по $\frac{1}{2}$ табл. кратность приема – 2–3 раза/сут
Тавегил	клемастин	табл. 0,001 г, сироп (5 мл = 0,0005 г)	от 1 до 3 лет – по 2–2,5 мл сиропа от 3 до 6 лет – по 5 мл сиропа или $\frac{1}{2}$ табл. от 6 до 12 лет – по 0,5–1 табл. старше 12 лет – по 1 табл. (10 мл сиропа) кратность приема – 2 раза/сут
Фенистил	диметинден малеат	капли для приема внутрь (1 мл = 20 капель = 1 мг) капсулы 0,004 г	от 1 мес до 1 года – по 3–10 капель от 1 года до 3 лет – по 10–15 капель от 3 до 12 лет – по 15–20 капель кратность приема капель – 3 раза/сут старше 12 лет – 1 капсула 1 раз/сут
Фенкарол	хифенадин	табл. 0,01, 0,025 и 0,5 г	от 1 года до 3 лет – по 5 мг от 3 до 7 лет – по 10 мг от 7 до 12 лет – по 10–15 мг от 12 лет и старше – по 25 мг кратность приема – 2–3 раза/сут
Задиген, Кетоф, Астафен и др.	кетотифен	табл. 0,001 г сироп (1 мл = 0,0002 г)	от 1 года до 3 лет – по 0,0005 г старше 3 лет – по 0,001 г кратность приема – 2 раза/сут

Антигистаминные препараты

Таблица 15. Антигистаминные препараты 2-го и 3-го поколений («нового» поколения)

Название препарата		Форма выпуска	Дозы и кратность приема
торговое	генерическое (химическое)		
Кларитин	лоратадин	табл. 0,01 г; сироп (5 мл = 0,005 г)	от 2 лет и при массе тела до 30 кг – по 5 мг, при массе тела больше 30 кг – по 10 мг 1 раз/сут
Зиртек	цетиризин	табл. 0,01 г; капли (1 мл = 20 капель = 0,01 г)	от 1 до 2 лет – по 5 капель 2 раза/сут от 2 до 6 лет – по 5 капель 2 раза/сут или по 10 капель 1 раз/сут старше 6 лет – по 10 мг (1 табл. или 20 капель) 1 раз/сут
Телфаст	фексофенадин	табл. 0,030 г; 0,120 г; 0,180 г	от 6 до 12 лет – по 30 мг 2 раза/сут старше 12 лет – по 120 или 180 мг 1 раз/сут
Эриус	дезлоратадин	табл. 0,005 г сироп (1 мл = 0,005 г)	от 2 до 5 лет – по 2,5 мл сиропа в сут от 6 до 11 лет – по 5 мл сиропа в сут старше 12 лет – по 5 мг в сут (1 табл. или 10 мл сиропа)

Таблица 14. Возраст детей, с которого разрешены к использованию различные антигистаминные препараты 1-го поколения

Торговое название	Наличие седативного эффекта	Возраст
Супрастин	+	с 1 мес
Фенистил	+	с 1 мес
Кетотифен	+	с 1 мес
Диазолин	±/-	с 2 лет
Фенкарол	±/-	с 6 мес
Тавегил	+	с 1 года

Таблица 16. Возраст детей, с которого разрешены к использованию различные антигистаминные препараты «нового» поколения

Химическое соединение	Торговое название	Возраст
Лоратадин*	Кларитин, эролин и др.	с 2 лет
Цетиризин**	Зиртек, Цетрин и др.	с 1 года
Эбастин*	Кестин	с 12 лет
Фексофенадин**	Телфаст, Фексадин	с 6 лет
Дезлоратадин**	Эриус	с 2 лет

Примечания: * пролекарство, ** активный метаболит

* Мембраностабилизаторы

* **Кетотифен** 0,001. От года до 3 лет по 1\2 таб, после 3 лет по 1 таб 2 раза в день, 2-3 мес.

* **Налкром** -капсулы по 100 мг кромогликата натрия.
Назначается с 2-х месячного возраста.

Дозировка: от 2 до 14 лет -по 1 капсуле 4 раза в сутки, от 2 мес до 2 лет 20-40 мг/кг (за исключением недоношенных).

Длительность не менее 3 мес.

* ЦЕЛИ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ

- * подавление признаков воспаления кожи
- * устранение сухости кожи
- * профилактика и устранение вторичного инфицирования
- * восстановление поврежденного эпителия
- * улучшение барьерных функций кожи

* Наружная терапия

1. противовоспалительные препараты:

- * Наиболее выраженным противовоспалительным эффектом обладают топические ГКС, и являются современным стандартом противовоспалительной терапии.
- * ГКС назначаются в острый период АД при выраженных проявлениях и при его тяжелом течении, короткими курсами 5–7 дней по интермиттирующей методике через день или 2 раза в неделю.
- * Для повышения эффективности топических ГКС при лечении АД целесообразно применять их на фоне смягчающих и питательных средств

Таблица 18. Европейская классификация потенциальной активности местных глюкокортикостероидов (по Miller, Munro)

<i>Слабые (класс 1)</i>	
Fluocinolone acetonide 0,0025%	Гидрокортизон
Hydrocortisone 0,1–1,0%	
<i>Средние (класс 2)</i>	
Alldometasone dipropionate 0,05%	Бетновейт Дерматол
Betamethasone valerate 0,025%	
Prednicarbate	
Clobetasone butirate 0,05%	
Desoxymethasone 0,05%	
Fluocinolone acetonide 0,00625%	
Flucortolone (hexanoat 0,1–0,25% + pivalate 0,1–0,25%)	
Flurandrenolone 0,0125%	
Triamcinolone acetonide 0,02; 0,05	
<i>Сильные (класс 3)</i>	
Betamethasone dipropionate 0,025%; 0,05%	Белодерм Целестодерм Апулеин Травокорт Синалар, Синафлар Флуцинар Локоид Адвантан Элоком Фторокорт Триакорт
Betamethasone valerate 0,1%	
Budesonide 0,025%	
Desoxymethasone 0,25%	
Diflucortolone valerate 0,1%	
Fludrolone acetonide 0,025%	
Flucinonide 0,05%	
Hydrocortisone butirate 0,1%	
Metilprednisolone aceponate 0,1%	
Mometasone furoate 0,1%	
Triamcinolone acetonide 0,1%	
<i>Очень сильные (класс 4)</i>	
Clobetasol propionate 0,05%	Дермовейт
Diflucortolone valerate 0,3%	
Halcinonide 0,1%	

* Побочные эффекты при ГКС (особенно фторсодержащих)

- * местных – атрофия кожи, увеличение апоптоза клеток Лангерганса, формирование стрий, телеангиэктазий, нарушений пигментации; снижение местного иммунитета с развитием инфекционных осложнений, тахифилаксия, синдром отмены, эритема.
- * системных – угнетение гипоталамо–гипофизарно–надпочечниковой системы, нарушения роста, развитие синдрома Кушинга, особенно при раннем и длительном применении у детей с 2–х лет.

* Принципы назначения местных ГКС

- * Не использовать фторсодержащие топические ГКС
- * Назначать топические ГКС при выраженном обострении и тяжелом течении АД, не использовать для профилактики АД
- * Использовать эффективные и безопасные ГКС с пролонгированным действием, применять только короткими курсами (не более 2 недель!)
- * Использовать интермиттирующую методику – через день или 2 раза в неделю, на поверхности не более 20% площади кожи
- * Не использовать под окклюзионную повязку и на чувствительные участки кожи (лицо, шея, складки)
- * Выбирать лекарственные формы ГКС в зависимости от активности воспаления и локализации процесса
- * По возможности применять ГКС с минимальным фторсодержанием

* Противовоспалительные

Таблица 1. Противовоспалительные средства для наружной терапии атопического дерматита

Топические ГКС	Средства, не содержащие ГКС
Элоком Адвантан Локоид	Традиционные: Нафталан Деготь Ихтиол АСД фракция III Современные: Элидел Средства дерматологической косметики

*Элидел

***Элидел® (Пимекролимус) 1% крем** – новый нестероидный противовоспалительный препарат специально создан для лечения АД может наноситься на любые участки кожи, в том числе на особо чувствительные (лицо, шея), используется длительно, а также в более раннем возрасте – у детей с 3-х месяцев

* Наружная терапия

2. Устранение сухости кожи

1. ежедневное купание

2. смягчающие и питательные средства

- * **Питательные крема** (Гидрабис насыщенный крем или Топикрем).
- * **Увлажняющие, питательные крема** (Атодерм, Эмольтант экстрем)

3. Наружные средства при вторичном инфицировании:

- * антисептические средства, наружные антибактериальные препараты (эритромициновые пасты, мазь бактробан и др.)

* Местная терапия

1. При наличии мокнутия - примочки с раствором риванола 1:1000, р-ром резорцина 1%, 1% раствором танина. Примочки делают несколько раз в день.
2. После купирования мокнутия применяют мазевую терапию (кремы, мази).
3. После купирования острого воспалительного процесса используются индифферентные мази и кремы на основе нафтала, дегтя, ихтиола

* Местная терапия (2)

4. В подострой фазе целесообразно применение препаратов улучшающих микроциркуляцию и метаболизм в очагах поражения (актовегин, гепариновая мазь). При глубоких трещинах и язвенных поражениях показаны эпителизирующие и кератопластические средства (бепантен, солкосерил, мази с витамином А)
5. Устранение сухости кожи -увлажняющие детские крема (ежедневно!)

* Наружная терапия

- * При поражении волосистой части ГОЛОВЫ особенно удобны лосьоны, эмульсии, при их отсутствии – кремы или мази (пасты не применяются).
- * На кожу лица лучше использовать кремы или лосьоны (эмульсии).
- * На область складок, в особенности подмышечных и пахово-бедренных, применение мазей не рекомендовано. Предпочтение следует отдавать другим лекарственным формам.

* Осложненные формы атопического дерматита

- * Присоединение вторичной бактериальной инфекции – наиболее частое осложнение АД. Пиококковые осложнения проявляются в виде различных форм пиодермии: остиофолликулитов, фолликулитов, стрептококковой фликтены, реже фурункулов или эктимы
- * Разнообразная грибковая инфекция (дерматофиты, дрожжеподобные, плесневые и другие виды грибов) также часто осложняет течение АД, приводит к более продолжительному течению обострений, отсутствию улучшения или даже ухудшению в теплое время года
- * Присоединение герпетической вирусной инфекции может привести к редкому, но тяжелому осложнению – генерализованной герпетической экземе Капоши с возможным (при отсутствии адекватной терапии) летальным исходом. Заболевание характеризуется распространенными высыпаниями, сильным зудом, повышением температуры тела до высоких цифр, присоединением пиококковой инфекции, поражением ЦНС, глаз, развитием сепсиса.

* Топические комбинированные КС

1. Препараты, содержащие КС и антибиотики

Бетаметазон + гентамицин (Целестодерм-В с гармицином, Белогент, Кутерид Г)

Флуоцинолон + неомицин (Синалар Н, Флуцинар Н, Флукорт-Н)

Гидрокортизон + окситетрациклин (Геокортон, Гиоксизон, Оксикорт)

Гидрокортизон + хлорамфеникол (Кортомицетин)

Преднизолон + окситетрациклин (Оксициклозоль)

Триамцинолон + тетрациклин (Полькортолон)

Гидрокортизона ацетат + фузидиевая кислота (Фуцидин Г)

Бетаметазон + фузидиевая кислота (Фуцикорт)

2. Препараты, содержащие КС и антисептики

Гидрокортизон + хлоргексидин (Сибкорт)

Галометазон + триклозан (Сикортен Плюс)

Флуметазон + клиохинол (Лоринден С)

Флуоцинолон + клиохинол (Синалар К, Флукорт Ц)

Преднизолон + клиохинол (Лермозолон)

* **Топические комбинированные КС**

3. Препараты, содержащие КС и противогрибковые средства

Бетаметазон + клотримазол (Лотридерм)

Беклометазон + клотримазол (Кандид Б)

Мазипредон + миконазол (Микозолон)

Дифлукортолон + изоконазол (Травокорт)

4. Препараты, содержащие КС, противомикробные и противогрибковые средства

Бетаметазон + гентамицин + клотримазол (Тридерм)

Гидрокортизон + неомицин + натамицин (Пимафукорт)

Гидрокортизон + клиохинол + нистатин (Нистаформ)

5. Препараты, содержащие КС и салициловую кислоту

Бетаметазон + салициловая кислота (Дипросалик, Белосалик)

* **Больным АтД необходимо:**

- * максимально избегать контактов с сильными моющими (очищающими) средствами (стиральными порошками, средствами для мытья посуды и т.д.),
- * максимально исключать попадание на кожу растворителей (бензина, скипидара, ацетона, диметилсульфоксида и др.), клеев, красок, лаков,
- * избегать контакта с кремом для обуви, воском для натирания полов, средствами для чистки мебели, окон, машин и др.,
- * избегать контакта кожи рук с соками фруктов и овощей (апельсина, лимона, свежего картофеля, лука, томата),
- * при стирке, полоскании белья пользоваться перчатками из пластика (не резиновыми, которые могут вызывать экзематозные высыпания), под которые надевать тонкие перчатки из хлопка или льна; продолжительность нахождения в перчатках - не более 20 мин

* Профилактика АД

- * оздоровление окружающей больного обстановки
- * санация очагов инфекции
- * назначение сбалансированной терапии
- * регулирование эмоционально-психических и физических нагрузок
- * рекомендации на улучшение качества жизни

* РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С АД

- * Физические методы терапии - переменное магнитное поле, лазеротерапия, ультрафонофорез
- * Санаторно-курортное лечение

* Пайдаланылган әдебиеттер:

- * 1. «Клиническая дерматовенерология»
Скрипкина Ю.К, Бутова Ю.С 2009 г
- * 2. «Дерматовенерология» Түсіпқалиев
Б.Т, Жарасова Ж.Н
- * 3. «Дерматологические заболевания»
Касамбас, Лотти Т.М