Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

«АТОПИК ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССВ РИД ва КИАТМ
директори в.б.
Сабиров У.Ю.

_____

2025-йил «21» май

«АТОПИК ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

«АТОПИК ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент 2025

1. Кириш қисми

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифр(лар)и:

L20	Атопик дерматит	EA80 – Атопик экзема
L20.8	Атопик дерматитнинг бошқа турлари	EA80.0 – Гўдаклик атопик экзема
L20.0	Бенье қичимаси	EA80.1 – Болаликдаги атопик экзема
L20.9	Аниқланмаган атопик дерматит	EA80.2 – Катталардаги атопик экзема
	https://icd.who.int/browse11/l-m/ru	9A06.70 – Қовоқнинг атопик экземаси
		EA85.20 – Қўлларнинг атопик экземаси
		EA80.Й – Атопик экземанинг бошқа аниқланган шакллари
		https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:
Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда қуйидагилар ўз ҳиссасини қўшди:
Жараённи ташкил этиш бўйича дерматовенерология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1.	Сабиров У.Ю.	Марказ директори, т.ф.д., профессор	РИД ва КИАТМ
2.	Мавлянова Ш.З.	Дерматозлар муаммоларини ўрганиш илмий лабораторияси мудири	РИД ва КИАТМ
3.	Исмогилов А.И.	2-стационар дерматология бўлими мудири, т.ф.н.	РИД ва КИАТМ
4.	Садиев Ш.Ф	Клиника дерматовенеролог шифокори, кичик илмий ходим	РИД ва КИАТМ
5.	Боходирова А.А.	Илмий котиби, дерматовенеролог	РИД ва КИАТМ

Тақризчилар:

1. Маҳмудов Фарид Маҳмудович - Озарбайжон тиббиёт университети дерматовенерология кафедраси мудири, PhD, профессор
2. Раҳматов Акрам Баратович - ЎзР ССВ РИД ва КИАТМ етакчи илмий ходими, тиббиёт фанлари доктори, профессор, микозлар муаммоларини ўрганиш бўйича илмий лаборатория мудири.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович - т.ф.д., даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, клиника бош шифокори.

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич - т.ф.н., илмий ишлар бўйича директор ўринбосари.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник протокол РИД ва КИАТМ ва олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон дерматовенерологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, шунингдек, ҳудудий дерматовенерология хизмати муассасалари шифокорлари иштирокида 29.08.2024 куни офлайн форматда бўлиб ўтган Илмий кенгаш йиғилишида муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди (7-сон баённома).

Мундарижа

«АТОПИК ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ ……5

«АТОПИК ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ ……..40

«АТОПИК ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....44

Қисқартмалар рўйхати

ИЛ	интерлейкин
ПУВА	терапия - 320-400 нм тўлқин узунлигида ультрабинафша нурланиш билан фурокумарин гуруҳининг фотосенсибилизация қилувчи дориларини ва 320-400 нм узунликдаги ультрабинафша нурланишини биргаликда қўллаш;
УВА	350-400 нм узун тўлқинли ультрабинафша нурланиш
УВБ	280-320 нм ўрта тўлқинли ультрабинафша нурланиш (селектив фототерапия)
УВБ-311 терапияси	тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли ультрабинафша терапияси (ёки тор диапазонли (311 нм) ўрта тўлқинли терапия)
ЎНО	ўсма некрози омили
SCORAD	атопик дерматитнинг оғирлик даражасини баҳолаш индекси (Scoring of Atopic Dermatitis)
IgE	иммуноглобуин Е
БА	бронхиал астма
АТ	аллергик тумов
ИХЛТ	Иммунохемилюминесцент таҳлил
ИФлТ	Иммунофлюоресцент таҳлил
ИФТ	Иммунофермент таҳлил
ПЗР	Полимеразли занжир реакцияси
ОИТВ	Одам иммунитети танқислиги вируси
м/о	Мушак орасига
в/о	Вена орқали
т/о	Тери остига
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
нм	нанометр
ИПЛН	интенсивлиги паст лазер нурланиши

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматолог шифокорлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатр шифокорлар;
4. Аллерголог шифокорлар;
5. Лаборант шифокорлар;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
9. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва ғамхўрлик қилувчилар.

Мазкур баённома атопик дерматитни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Далилларга асосланган тиббиёт бўйича далиллар даражасини баҳолаш шкаласи. Ташхис усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

ДИД	Изоҳ
1	Референс усул билан назорат қилинган тадқиқотларнинг тизимли шарҳи ёки мета-таҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2	Референс усул билан назорат қилинадиган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва метатаҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
3	Референс усул билан кетма-кет назорат қилинмайдиган тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул билан тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат таъсир механизмининг асоси ёки экспертларнинг фикри мавжуд

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун далилларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

ДИД	Изоҳ
1	Мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РНТнинг тизимли таҳлили
2	Мета-таҳлилни қўллаган ҳолда алоҳида РНТ ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, РНТ бундан мустасно
3	Когорт тадқиқотларини ўз ичига олган рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар
4	Қиёслаб бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, «ҳолат-назорат» тадқиқотлари
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизмини асослаш (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки экспертларнинг фикри мавжуд

Профилактик, диагностик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун тавсияларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

ТИД	Изоҳ
A	Кучли тавсия (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (кўриб чиқилаётган самарадорликнинг барча мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас)
C	Кучсиз тавсия (сифатга эга бўлган далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари бир-бирига мос келмайди)

2. Асосий қисм

2.1.Кириш

Сўнгги ўн йилликларда тери аллергик касалликлари билан касалланишнинг кўпайиши қайд этилган. Жаҳон Аллергия Ташкилоти (WAO) маълумотларига кўра, аҳолининг 30-40 фоизида бир ёки бир нечта аллергик касалликлар аниқланган[1]. Тери аллергик касалликлари орасида атопик дерматит (АД) биринчи ўринни эгаллайди [2,5]. Дерматоз энг кўп учрайдиган тери касаллиги бўлиб, ундан болаларнинг 20% ва катталарнинг 3-10% и азият чекади. ХКТ-10 бўйича атопик дерматит (АД) диффуз ва маҳаллийлашган нейродермит, экзема, Бенье қичимаси ва бошқа тери аллергик касалликларини ўз ичига олган аллергодерматозлар гуруҳини ифодалайди, унинг асосида тери шикастланишига олиб келадиган иммун механизмлар ётади.

Атопик дерматит тери аллергик касалликларининг кенг тарқалган, генетик жиҳатдан аниқланган шаклларидан бири бўлиб, соғлиқни сақлашнинг муҳим тиббий-ижтимоий муаммоси бўлиб қолмоқда, унинг аҳамияти 14 ёшгача бўлган болаларнинг 10-12% да касалланишнинг доимий ўсиши билан белгиланади ва умумий популяцияда катта ёшдаги аҳолининг 1,5-2% да қайд этилади, турли мамлакатларда урбанизация даражаси ва ҳаётнинг экологик тозалик ҳолатига қараб ўзгариб туради.

Ирсий мойиллик, олий ва вегетатив асаб тизимининг бузилиши, ички органлар фаолиятининг бузилиши, алмашинув, нейрогуморал, нейроваскуляр бузилишлар, организмнинг аллергик ҳолати, нотўғри овқатланиш, турли хил интоксикациялар, атроф-муҳитнинг ноқулай омиллари таъсири - буларнинг барчаси АДнинг пайдо бўлиши ва сурункали кечишига сабаб бўлади.

2.2 Таъриф

Атопик дерматит - сурункали қайталанувчи кечиши билан тавсифланган, кўп омилли генетик детерминлашган терининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, клиник кўринишларнинг ёшга хос хусусиятлари, зардобдаги Ig E даражасининг ошиши ва ўзига хос ва носпецифик қўзғатувчиларга ўта сезувчанлиги билан босқичма-босқич характерга эга.

2.3 Тасниф

ХКТ-10 га кўра L-20-30 дерматит ва экзема гуруҳига қуйидагилар киради:

> L20 Атопик дерматит L20.0 Бенье қичимаси L20.8 Бошқа атопик дерматитлар: экзема: букувчи, болалар (ўткир), (сурункали), эндоген (аллергик), нейродерматит: атопик (маҳаллийлашган), (диффуз) L20.9 Аниқланмаган атопик дерматит

Умумқабул қилинган клиник таснифи мавжуд эмас.

1. Касалликнинг ёш даврлари.
I ёш даври - чақалоқлик даври (2 ёшгача);
II ёш даври - болалик даври (2 ёшдан 12 ёшгача);
III ёш даври - ўсмирлик ва катталар даври (13 ёш ва ундан катта).
2. Касаллик босқичлари:
- Касалликнинг авж олиш босқичи (яққол намоён бўлган клиник кўринишлар фазаси, клиник белгиларнинг ўртача намоён бўлиш фазаси);

- Ремиссия босқичи (тўлиқ бўлмаган ва тўлиқ ремиссия).
3. Жараённинг тарқалиши:
- Чекланган локал;
- Кенг тарқалган;
- Диффуз.
4. Жараённинг оғирлик даражаси:
- Енгил кечиши;
- Ўртача оғирликдаги;
- Оғир кечиш.
Чақалоқларнинг 45 фоизида АД 6 ойликкача бошланади, ҳаётининг биринчи йили давомида эса 60 фоизида ва 5 ёшдан кейин 20 фоизида пайдо бўлади.

2.4 Касалликнинг клиник кўриниши

Атопик дерматитнинг клиник манзараси кучли қичишиш ва клиник полиморфизм билан тавсифланади, бу касалликнинг клиник шаклларининг хилма-хиллигини белгилайди, шу муносабат билан касалликни ташхислашда маълум қийинчиликлар пайдо бўлади. Қичишиш барча ёш даврларида касалликнинг доимий аломати ҳисобланади [20].

Тери-патологик жараённинг табиатига қараб:
* эритематоз-сквамоз шакли
* лихенизацияли эритематоз-сквамоз
* экссудатив
* лихеноид
* пруригиноз
жараённинг кечиш типига кўра (Кунгуров Н.В.) :
* гиперергик;
* юқумли;
* пролифератив;
* аниқланмаган.

Чақалоқлик давридаги АДда зарарланишлар кўпинча юзда жойлашиб, пешона ва лунжлар терисини зарарлайди, бурун-лаб учбурчагини бўш қолдиради. Шу билан бирга тиззалар, елка ва билакларнинг ёзувчи юзасида аста-секин ўзгаришлар пайдо бўлади. Кўпинча думбалар ва гавда териси зарарланади. Терининг зарарланиши табиатан ўткир экзематоз бўлади. Жараён эритематоз, нам ўчоқлар билан ифодаланиб, улар пўстлоқлар билан қопланган бўлади. Шишли пилакчалар билан бир вақтда шишли папулалар, папулоуртикар ва папуловезикулёз элементлар пайдо бўлади. Касаллик гўдаклик даврида йирингли инфекция, замбуруғли касалликлар билан асоратланиши мумкин, кўпинча лимфаденит билан бирга давом этиб боради.

Болалик фазаси ёки иккинчи ёш даври 2 ёшдан бошланади. Тошмалар асосан тирсак ва тизза ости бурмаларида, шунингдек билак-кафт бўғимларининг букувчи юзасида, қўл ва бармоқларнинг орқа юзасида бўлади. Бу даврда ўткир яллиғланиш эпизодлари камроқ учрайди. Яллиғланишнинг характерли белгилари жумласига яллиғланишнинг фолликуляр ва лихеноид папулалари, эритематоз, эритематоз-сквамоз ва лихеноид ўчоқлари киради.

Пубертат ёшдан кейин ривожланган АД ёки касалликнинг катта ёшдаги босқичи юз (айниқса пешона, бурун-лаб учбурчаги), бўйин, тананинг юқори қисми ва қўлларнинг инфилтратив зарарланиши билан тавсифланади. Баъзи беморларда ўчоқлар асосан қўл панжаларида қолади ва табиатан чекланган бўлади. Касалликнинг бу босқичида аллергик таъсиротларга реакция камроқ сезилади ва касалликнинг мавсумий хуружлари камроқ намоён бўлади.

АД фазаларини ажратиб, шуни таъкидлаш керакки, барча беморларда ҳам касаллик клиник кўринишларнинг қонуний алмашинуви билан кечмайди, у иккинчи ёки учинчи фазадан бошланиши мумкин.

Экссудатив-катарал конституция турига эга бўлган чақалоқларда, одатда, ҳаётининг дастлабки ойларида АДнинг бошланғич босқичи ривожланади. Тери зарарланишининг эрта ва тез-тез учрайдиган аломатлари лунжлар ва думбаларнинг гиперемияси ва шишиши бўлиб, улар енгил пўст ташлаш билан бирга кечади. Бу босқичнинг ўзига хос хусусияти шундаки, даволаш ўз вақтида бошланса, унинг қайтарилиши мумкин.

Бунга риоя қилинмаса, терида сезиларли ўзгаришлар босқичи ёки қўзиш даври бошланади. Касаллик бу босқичда кўпинча 3-5 ойлик болаларда ёки ҳар қандай ёшда, шу жумладан катталарда бошланади. Шу билан бирга, деярли ҳар доим АДнинг авж олиш даври ўз ривожланишининг ўткир ва сурункали босқичларидан ўтади. Бундай беморларда ўз вақтида бошланган даволаш натижаси нисбатан ижобий; касалликнинг 40-50 фоиз ҳолатларда ўз-ўзидан тузалиши мумкин, 20 фоиз беморларда эса узоқ (2-5 йил давомидаги) ремиссиядан сўнг яна қайта намоён бўлиши эҳтимоли мавжуд. Кўпинча АД сурункали босқичга ўтади.

Клиник талқин қулай бўлиши учун А.М.Маннанов ва В.Н.Гребенюк томонидан тақдим этилган ишчи таснифдан фойдаланиш тавсия этилади. (1987), унга кўра беморларни тақсимлаш касалликнинг клиник кўриниши бўйича амалга оширилади. Ушбу таснифга кўра АДнинг қуйидаги клиник шакллари ажратилади: эритематоз-сквамоз шакли, лихенификацияли эритематоз-сквамоз шакли, экссудатив, лихеноид, пруригиноз шакли.

Экссудатив шакли кўпинча гўдаклик даврида учрайди. Ёрқин шишли эритема билан ифодаланади, унинг фонида майда ясси папулалар ва микровезикулалар жойлашади. Касаллик ўчоқларида сезиларли экссудация ва тангачасимон-пўстлоқли қаватланишлар кузатилади. Дастлабки даврда жараён юз, лунжлар соҳасида жойлашади, кейин турли хил интенсивликдаги бошқа жойларга тарқалади. Кўпинча иккиламчи инфекция қўшилади.

Эритематоз-сквамоз хили илк болалик даврида кузатилади ва эритема, тангачалар, майда папулалар, экскориациялар, пўстлоқчалар пайдо бўлиши билан бирга давом этиб боради. Турли интенсивликдаги қичишиш субъектив равишда қайд этилади. Ўчоқлар қўл-оёқларнинг букувчи юзасида, бўйиннинг олд ва ён юзаларида, қўлларнинг орқа томонида жойлашади.

Лихенификацияга учраган эритематоз-сквамоз хили одатда болалик даврида учрайди. Бу хилида эритематоз-сквамоз ўчоқ фонида кучли қичишадиган лихеноид папулалар кўзга ташланади. Ўчоқлар лихенизацияланган, тери қуруқ, майда пластинкали тангачалар билан қопланган, геморрагик пўстлоқлар, экскориациялар мавжуд. Тошма элементлари тирсак букувчи қисмида, бўйин, юз, тизза ости чуқурчаларида бўлади. Кўпинча иккиламчи инфекция қўшилади.

Лихеноид шакли ўсмирлик даврида учрайди ва сезиларли лихенификация ва инфильтрация билан аниқ ўчоқлар, юзаси ялтироқ, геморрагик қобиқлар ва экскориацияларга эга бўлган лихеноид папулаларга эга. Кучли қичишиш туфайли уйқунинг бузилиши, асабийлашиш ва бошқа неврологик бузилишлар қайд этилади. Касаллик ўчоқлари юзда (кўз атрофида, қовоқда), бўйнида, тирсак букувчи қисмида бўлади.

Пруригиноз шакли оёқларда, бўйин, думба-думғаза ва бел соҳаларида терининг лихенизацияси фонида нўхат ўлчамидаги алоҳида қичишиш папулалари пайдо бўлиши билан тавсифланади.

Артериал босимнинг кучайиши босқичида балғам чиқариш, гиперемия, пўстлоқлар, кучли қичишиш намоён бўлади.

Тошмалар симметрик тарзда, чекланган шаклларда - юзда жойлашади, кейин қўл-оёқларнинг ёзувчи юзасида пайдо бўлади, кўпинча думбалар ва тананинг териси зарарланади. Қон босими кучайишининг муҳим клиник белгиларидан бири - сероз таркибли тез очиладиган кўплаб майда пуфакчалар мавжудлигидир. Сурункали фазада лихенизация, тери қопламларининг қуруқлиги, ёриқлар, шиш, папулалар ифодаланган бўлади.

АД билан оғриган беморларда ремиссия тўлиқ (касалликнинг барча клиник кўринишларининг йўқлиги) ва тўлиқ бўлмаслиги мумкин (терининг қуруқлиги, унинг қалинлашиши ва лихенизацияси сақланиб қолади).

3. Ташҳис усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

3.1. Ташҳис мезонлари

Атопик дерматитни ташхислаш Ханифин ва Ражка (1980) томонидан таклиф қилинган мажбурий ва қўшимча мезонларнинг мавжудлиги асосида амалга оширилади.

Мажбурий мезонлар:

1. Тери қопламларининг қичишиши
2. Тошмаларнинг типик морфологик жойлашуви (болаларда экзематоз тошмалар юз ва оёқ-қўлларнинг букувчи юзаларида жойлашади; катталарда - оёқ-қўлларнинг букувчи юзаларида лихенизация ва экскориация);
3. Сурункали қайталанувчи кечиш;
4. Анамнезда атопия ёки атопияга ирсий мойиллик.

Қўшимча мезонлар:

1. Тери ксерози;
2. Кафт ихтиози;
3. Аллергенлар билан тери текширувидаги тезкор турдаги реакция;
4. Тери жараёнининг қўл ва оёқ панжаларида жойлашуви;
5. Сўрғичлар экземаси;
6. Ҳужайра иммунитетининг бузилиши билан боғлиқ бўлган терининг инфекцион зарарланишига мойиллик;
7. Касалликнинг эрта болалик даврида бошланиши;
8. Эритродермия;
9. Қайталанувчи конъюнктивит;
10. Денье-Морган бурмалари (суборбитал бурмалар);
11. Кератоконус (шох парданинг конуссимон бўртиб чиқиши);
12. Олдинги субкапсуляр катаракталар;
13. Қон зардобида IgE нинг юқори даражаси;
14. Хейлит;
15. Қулоқ орқасидаги ёриқлар;
16. Юз экземаси;
17. Экземасиз терининг пўст ташлаши;
18. Плантар дерматоз.

Агар беморда учта ва ундан ортиқ асосий ва қўшимча белгилар аниқланса, АД ташхиси исботланган ҳисобланади.

АД ташхиси клиник белгилар асосида қўйилишини инобатга олиб, шикоятлар ва анамнез йиғишга эътибор қаратиш лозим.

Анамнез тўплаш:

Анамнезни йиғишда қуйидагиларга эътибор қаратиш талаб этилади:

• ота-она ва 2-3-даражали қариндошларда аллергик касалликларнинг мавжудлиги;

• ёш ва биринчи клиник кўринишларнинг бошланиши, тери-патологик жараённинг локализацияси;

• касалликнинг давомийлиги, қўзиш частотаси;

• авж олишнинг мавсумийлиги;

• бошқа аллергик аломатларнинг мавжудлиги (аллергик конъюнктивит, ринит, йўтал, ҳансираш, бўғилиш хуружлари);
• беморнинг аҳволи ёмонлашувининг янги маҳсулотларни киритиш, дори-дармонлар қабул қилиш, вазиятнинг ўзгариши билан боғлиқлиги, қўзғалишнинг болалик даврида профилактик эмлашлар ўтказиш билан боғлиқлиги;
• илгари ўтказилган терапиянинг самарадорлиги;
• касбий омилларни аниқлаш (катталарда);
• беморнинг яшаш-шароитлари.

АДда тери жараёнининг оғирлик даражасини баҳолаш учун касалликнинг турли хил клиник кўринишларини энг аниқ ва ягона баҳолашни таъминлайдиган SCORAD индексидан фойдаланилади.

Индекс тошмаларнинг тарқалишини, уларнинг интенсивлигини ва субъектив ҳиссиётларнинг ифодаланганлигини бирлаштиради. Тавсияларнинг ишончлилик даражаси B (далилларнинг ишончлилик даражаси – 3)
Индекс қуйидаги формула бўйича ҳисобланади:
SCORAD = A/5 + 7×B/2 + C,
бу ерда A - тошмаларнинг тарқалиши,
B - патологик жараённинг яллиғланиш интенсивлиги,
C - субъектив белгиларнинг ифодаланганлиги.
Тарқалганлик деганда фақат ўткир ёки ярим ўткир яллиғланиш ўчоқлари тушунилади, чунки бир кафт юзаси одам танаси юзасининг 1% ни ташкил қилади. Яллиғланиш интенсивлиги - бу АДнинг энг характерли 6 та белгиси: эритема, шиш, пўстлоқлар, экскориациялар, лихенификациялар, терининг қуруқлигини баҳолашнинг йиғиндисидир. Ҳар бир белгининг ифодаланиши балларда баҳоланади: 0 - белгининг йўқлиги, 1 - кучсиз ифодаланганлиги, 2 - ўртача, 3-кучли. Қичишиш ва уйқунинг бузилиши кўринишидаги субъектив белгилар 0 дан 10 баллгача баҳоланади. Ҳар бир белгининг баллар ва фоизлар нисбати қуйидагича:
SCORAD (0-103) = тарқалганлик/5 (0-20; 19,4%) + 7 × интенсивлик/2 (0-63; 61,2%) + субъектив аломатлар (0-20; 19,4%) [16].

Енгил даражадаги АДда SCORAD индекси 50 баллдан кам, ўртача оғир даражадаги АДда 50 дан 80 баллгача, оғир даражадаги АДда 80 дан 103 баллгача бўлади.

Болаларда тери жараёнининг тарқалганлиги «тўққизлик» қоидаси бўйича баҳоланади, бунда кафт юзаси бирлик сифатида қабул қилинади. 2 ёшдан катта боланинг бир кафти бутун тери юзасининг 1% ини ташкил қилади.
Чекланган локализацияланган зарарланишларда тошмалар асосан бурмалар, юз, бўйин соҳаларида жойлашади, зарарланиш майдони эса одатда тери қопламининг 10% дан ошмайди.

Касаллик тарқалган маҳалларда тананинг юқори қисми, қўл-оёқларнинг териси (тирсак, тизза ости букилмалари), шунингдек, бошқа жойлари (елка, болдир, сон) зарарланади. Зарарланиш майдони тери қопламининг 10-15% ни ташкил қилади. Терининг диффуз зарарланиши патологик жараёнга тери қопламининг 50% дан кўпроғи қўшилиши билан таърифланади.

Оғирлик даражасини аниқлаш учун болалар учун DGU 20222915 ва катталар учун DGU 20222975 ЭҲМ дастурий диагностикаси тавсия этилади, унда SCORAD индекси аниқланади (болалар учун: енгил даража - 20 баллгача, ўрта даража - 21-40 балл ва оғир даража - 40 баллдан ортиқ. Катталар учун: енгил даража - 40 баллгача, ўрта даража - 41-70 балл ва оғир даража - 70 баллдан юқори), шунингдек, ирсий омилнинг мавжудлиги ёки йўқлиги, касалликнинг давомийлиги ва мавсумийлиги ҳисобга олинади. [17,18].

Дерматоз клиник кўринишларининг ифодаланганлигини баҳолаш учун ДАШИ индекси (дерматологик аломатлар шкаласи индекси) қўлланилади, унинг ҳисоби 9 та клиник кўриниш: эритема, шиш, намланиш, лихенификация, папулалар, терининг қуруқлиги, пўст ташлаш, ёриқлар, қичишиш бўйича амалга оширилади. Ҳар бир белги 0 дан 3 баллгача баҳоланди. ДАШИ клиник намоён бўлишининг учта оғирлик даражаси бўйича баҳоланди: ДИШСнинг енгил даражаси - 15 баллгача, ўрта даражаси - 16 дан 25 баллгача, оғир даражаси - 25 баллдан ортиқ (26 дан 36 баллгача) баҳоланди.

3. **Лаборатория текширувлари:**
   https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
   https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
   https://www.jaad.org/article/S0190-9622(13)01095-5/fulltext
   https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019096220303055X
   https://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2021/09/4_AP-010221-1050-No-Supplement.pdf
   https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf

C5	Тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва циклоспорин билан тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш учун беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш учун барча беморларга умумий (клиник) қон таҳлили (лейкоцитлар, эритроцитлар, гемоглобин, гематокрит, тромбоцитлар, тромбокрит, таёқча ядроли нейтрофиллар, сегмент ядроли нейтрофиллар, эозинофиллар, базофиллар, эритроцитлар, лимфоцитлар, моноцитлар, чўкиш тезлиги) тавсия этилади.

C5	беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапиянинг хавфсизлигини назорат қилиш учун: биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили: умумий оқсил, глюкоза, креатинин, сийдик кислотаси, мочевина, умумий билирубин, холестерин, триглицеридлар, натрий, калий, умумий магний, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, қондаги ишқорий фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза.

C5	беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш ва тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун: умумий (клиник) сийдик таҳлили (ранги, тиниқлиги, нисбий зичлиги, pH реакцияси, глюкоза, оқсил, билирубин, уробилиноидлар, қонга реакция, кетон таначалари, нитратлар, ясси эпителий, ўтувчи эпителий, буйрак эпителийси, лейкоцитлар, эритроцитлар, гиалин цилиндрлар, донадор цилиндрлар, мумсимон цилиндрлар, эпителиал цилиндрлар, лейкоцитар цилиндрлар, эритроцитар цилиндрлар, пигмент цилиндрлар, шилимшиқ, тузлар, бактериялар)

C5	Беморларга атопик дерматит ташхисини қўйиш учун етарли даражадаги ташхис мезонлари бўлмаса, қондаги умумий иммуноглобулин Е даражасини ўрганиш тавсия этилади [20].

C5	тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва биологик препаратлар билан тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш учун қонда В гепатити вируси (Hepatitis B virus) юза антигенига (HBsAg) қарши антитаналарни аниқлаш

С5	тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва биологик препаратлар билан тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш учун қонда одам иммунитет танқислиги вируси ОИТВга қарши M, G синф (IgM, IgG) антителаларини аниқлаш

С5	аёл жинсидаги атопик дерматит билан оғриган беморларда тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва селектив иммунодепрессантлар билан тизимли терапиянинг хавфсизлигини назорат қилиш учун сийдикни хорион гонадотропинига текшириш

Изоҳ: Ҳомиладорлик пайтида биологик препаратларни қабул қилмаслик керак. Шу муносабат билан, туғиш ёшидаги аёллар терапияни бошлашдан олдин ҳомиладорликка тестнинг салбий натижасини олишлари керак, уни ўтказиш давомида ва у тугагандан кейин камида 6 ой давомида туғиш ёшидаги аёллар ишончли контрацепция усулларидан фойдаланишлари керак.

С5	Беморда бошқа тери касалликлари билан умумий бўлган клиник белгилар мавжуд бўлганда, дифференциал ташхис учун тери биопсия (операцион) материалини гистологик текшириш тавсия этилади.

С5	• Умумий нажас таҳлили • Яширин қон аниқлаш учун нажас таҳлили

С5	• Иммунологик тадқиқотлар • ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЦР ташҳиси ёрдамида антитаналарни текшириш • Инфекцияларни қонда ва биосубстратларда аниқлаш • Қонда Candida albicans IgG ни текшириш • Қонда IL-4, 6, ФНО-альфа тахлили • Қонда гамма-глобулин миқдорини текшириш • Целиакияни текшириш • Гистологик текширувлар • Организм биосубстратларидан антибиотикка сезгирлик билан бирга микробиологик текшириш • Гельминт инвазиясига текширув • Организмнинг биосубстратларини микологик текширув (ёруғлик микроскопияси ва ПИФ) • Молекуляр-генетик текширишлар • Қонда ANA миқдорини текшириш • Аллерготестлар • Қалқонсимон без гормонлари учун қон таҳлили • Коагулограмма • Қондаги Д витамининг миқдорини ИФА, ИХЛА усулида аниқлаш • ВУД лампада текшириш • Микроорганизмларни генотиплаш • Қонда Aspergillus fumigatus IgG антигенини текшириш

С5	Оилавий ва/ёки шахсий анамнезида аллергик касалликлар - озиқ-овқат аллергияси, аллергик ринит, бронхиал астма бўлган атопик дерматит билан оғриган беморларни аллергологик текширувдан ўтказиш, шунингдек, аллергенлар билан контактда касалликнинг кучайишини кўрсатиш тавсия этилади.

	• Аллерготест иммуноблотинг Polycheck Allergy • ALEX тест (молекуляр аллергодиагностика)

C5	Ташхис қўйиш учун маиший, чанг, эпидермал, замбуруғ ва озиқ-овқат аллергенлари билан аллергенларга реакцияни тери текширувларини ўтказиш тавсия этилади.

1. **Инструментал текширувлар:**
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16867052/
https://raaci.ru/dat/pdf/project_AtD.pdf?ysclid=lyrjosleje647839847
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf

C4	Корнеометрия — мугуз қатламимини намлик миқдорини аниқлаш.

C4	Тери ҳолатини диагностикаси

C4	Дерматоскопия

C5	Тизимли терапия, физиотерапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш учун ички аъзоларнинг ультратовуш текшируви тавсия этилади.

C5	Тери ультратовуш текшируви- касалликнинг оғир ёки асоратланган шаклларида тери ости каватидаги ўзгаришларни текшириш мақсадида.

2. **Қўшимча текширув**
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/

C5	Катталар ва болаларда атопик дерматитнинг оғирлик даражасини ташҳислаш дастури.

C5	Атопик дерматит билан оғриган беморларда тери микробиомасининг ҳолатини баҳолаш учун терининг микробиологик текширувларини (культурал) ўтказиш тавсия этилади. Тадқиқотлар бактериология лабораториясида шифокор-лаборант ва махсус ўқитилган ҳамшира томонидан олиб борилади. Атопик дерматит билан оғриган беморларда зарарланиш ўчоқлари тери тангачаларининг культурал тадқиқотлари ўтказилиб, микроорганизм тури ва тарқалганлик характери, антибактериал препаратларга сезувчанлиги аниқланади.

C5	Атопик дерматит билан оғриган беморларда организм биосубстратларини микологик текшириш тавсия этилади. Тадқиқотларни микологик лабораторияда шифокор-лаборант ва махсус ўқитилган ҳамшира олиб боради. Атопик дерматит билан оғриган беморларда биосубстратларнинг (тери тангачалари, оғиз бўшлиғи шиллиқ пардалари, ахлат) микроскопик ва культурал тадқиқотлари микроорганизмнинг тури ва тарқалганлик хусусиятини, антимикотик препаратларга сезгирлигини аниқлаш билан ўтказилади.

Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

https://acaai.org/resource/why-should-i-see-an-allergist-for-my-eczema/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis

С6	Аллергологик текширувни ўтказиш, элиминация парҳезини тайинлаш, сабаб-оқибатли аллергенларни аниқлаш, терапияни танлаш ва тузатиш, ҳамроҳ аллергик касалликларни ташхислаш, беморга таълим бериш ва респиратор аллергия ривожланишининг олдини олиш учун аллерголог маслаҳати тавсия этилади.

С6	Индивидуал овқатланиш рационини тузиш ва тузатиш учун диетолог маслаҳати тавсия этилади.

С6	Сурункали инфекция ўчоқларини аниқлаш ва санация қилиш, аллергик ринит белгиларини эрта ташхислаш ва ўз вақтида бартараф этиш учун ЛОР шифокори маслаҳати тавсия этилган.

С6	Кучли қичишиш, хулқ-атвор бузилишларида психоневролог маслаҳати тавсия этилган.

С6	Психотерапевтик даволашни ўтказиш, релаксация техникасини ўргатиш, стрессни бартараф этиш ва хулқ-атворни ўзгартириш учун тиббий психолог/психотерапевт маслаҳати тавсия этилади.

С6	Ёндош касалликларни аниқлаш ва даволаш учун терапевт маслаҳати тавсия этилади.

С6	Ёндош касалликларни аниқлаш ва даволаш учун педиатр маслаҳати тавсия этилган.

Дифференциал ташҳис:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis

Ташҳис	**Дифференциал ташхис учун асос**
Себорея дерматити	Терининг себорея қисмларидаги эритематоз ўчоқлар, юзасида ёғли, кир-сарғиш тангачалар бўлади.
Лейнер эритродермияси	Диффуз эритема, кўп пўст ташлаш, диарея, ёмон вазн ортиши. Кучсиз қичишиш.

Йўргакли дерматит	чот, думба терисида - эритема, шиш, уртикария, везикулалар. Қичишиш кучсиз ёки умуман йўқ.
Жибернинг пушти темираткиси	Бўйин ва тана терисида пушти рангли, четлари кенгайиб борувчи доғлар, йириклари «медалларга» ўхшайди. Энг каттаси «она пилакчаси» деб аталади.
Қўтир	Sarcoptes scabei туфайли юзага келган паразитар тери касаллиги. Терида қичишадиган папулалар, чизиқли, жуфт-жуфт жойлашган везикулалар, ўзига хос қичишиш йўллари, тарашлар кўзга ташланади. Кучли қичишиш, айниқса тунда.
Ихтиоз	Гено-дерматоз, фолликуляр гиперкератоз, тери қуруқлиги, майда пластинкасимон ва йирик пластинкасимон пўст ташлаш, кафт бурмаларининг кучайиши, тирноқ ва сочларнинг мўртлиги.
Микробли экзема	стрептококк ва стафилококка сенсибилизация. Эритематоз ўчоқлар аниқ чегарали, қизил рангга тўйинган бўлади.
Псориаз	кўпинча ўсмирлик ёки катта ёшда намоён бўлади, болалар псориази ҳам бўлиши мумкин, лекин камроқ ҳолларда, асосан ёзувчи юзалар (тирсаклар, тиззалар), бел, бошнинг сочли қисмига таъсир қилади, тирноқларга тегиши мумкин, кумушсимон оқ тангачалар билан қопланган аниқ чизилган папулалар ва пилакчалар билан тавсифланади. Тошмалар симметрик бўлиши мумкин, қичишиш эса ҳар доим ҳам асосий аломат бўлавермайди. Тангачалар олиб ташланганидан кейин нуқтали қон кетиши (Ауспитц аломати) кузатилиши мумкин
Дюрингнинг герпетиформ дерматити	Глютен ва целиакияга юқори сезувчанлик. Терида гиперемия фонида гуруҳларга бўлиниб кетишга моил бўлган майда зўриққан пуфакчалар пайдо бўлади. Кучли қичишиш
Эрта босқичлардаги Т-ҳужайрали лимфома	Лимфоид тўқиманинг хавфли ўсмаси. Дастлабки босқичларда асосан тана ва қўл-оёқлар терисида ёркин - пушти рангдаги доғлар, шишлар, пўст ташлашлар, пилакчалар ва тугунлар шаклланади.
Триптофан алмашинувининг ирсий бузилишлари	Ирсий касаллик. Юз, гавда, қўл-оёқларнинг ёзувчи юзалари, думба терисида гиперемия, шиш, везикулалар, экссудация, пўстлоқ, папулалар, экскориация, лихенификация кузатилади.
Вискотт-Олдрич синдроми	Ирсий Х-туташган касаллик. Терида эритематоз-сквамоз тошмалар, экскориациялар, экссудациялар кузатилади.

4. Даволаш усуллари, жумладан дори-дармон билан ва дори-дармонсиз

даволаш, парҳез билан даволаш, оғриқни қолдириш, шунингдек, ушбу усулларни қўллашга бўлган тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

https://nationaleczema.org/
https://www.mdpi.com/2077-0383/13/8/2185
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19137769/
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667026723000176
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785

4.1 Амбулатор ва стационар даражаларда даволаш тактикаси:

Дориларсиз даволаш:

- 15-стол (чеклаш: ўткир таомлар, зираворлар, алкоголли ичимликлар, ҳайвон ёғларини истеъмол қилиш) Овқатга ўсимлик мойлари, шунингдек, витаминларга бой маҳсулотларни (мевалар, сабзавотлар) киритиш тавсия этилади. [25]
- Оғирлик даражасидан қатъи назар, атопик дерматит билан оғриган барча беморларга ташқи қўллаш учун намлантирувчи ва юмшатувчи воситалар (эмолентлар) тавсия этилади [27-37]. Тавсияларнинг ишончлилик даражаси B (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2) Шарҳлар: Эмолентлар лосьонлар, кремлар, суртмалар, ювиш воситалари, ванналар учун воситалар шаклида ишлатилиши мумкин.
- АД билан оғриган беморлар доимий равишда, тез-тез ва кўп миқдорда намлантирувчи ва юмшатувчи воситалардан (кунига камида 3-4 марта) мустақил равишда ҳам, сув муолажаларидан кейин ҳам фойдаланишлари керак [38-40]. Намловчи ва юмшатувчи препаратларнинг энг яққол таъсири уларни доимий равишда крем, суртма, ванна мойи ва совун ўрнини босувчи сифатида қўллашда кузатилади. Умумий популяцияда чекловли гипоаллерген диеталар тавсия этилмайди [231]. Тавсияларнинг ишончлилик даражаси C (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5) Шарҳлар: Ҳозирги вақтда умумий популяцияда АД ривожланишига нисбатан ҳомиладорлик жараёнида гипоаллерген ёки элиминацияли парҳезларнинг самарадорлиги ҳақида ишончли маълумотлар мавжуд эмас [225]. Ҳомиладорлар, болалар ва АДли катталарга ташқи муҳит омилларини назорат қилиш мақсадида тамаки тутуни таъсирини истисно қилиш тавсия этилади [232] Тавсияларнинг ишончлилик даражаси B (далилларнинг ишончлилик даражаси – 2) Шарҳлар: Ҳомиладорлик ва эмизикли даврда чекишга йўл қўйилмайди; бола ҳаётининг биринчи кунлариданоқ пассив чекишга йўл қўйилмайди. АД билан касалланган беморларга ташқи муҳит омилларини назорат қилиш мақсадида бола турган хоналарда паст намлик даражаси ва етарли шамоллатишни таъминлаш тавсия этилади (зах муҳитдан сақланиш) [233]. Тавсияларнинг ишончлилик даражаси C (далилларнинг ишончлилик даражаси - 4) Сабабли аҳамиятга эга аллергенларни йўқ қилиш ёки олиб ташлаш тавсия этилади. Маиший, эпидермал, замбуруғли аллергенларга сезувчанликни аниқлашда АД белгиларининг оғирлигини камайтириш, фармакологик юкламани камайтириш ва қўзишининг олдини олиш мақсадида элиминация чоралари тавсия этилди. Озиқ-овқат аллергияси белгилари, жумладан анафилаксия ривожланганда, айниқса қон зардобидаги аллерген-специфик IgE антитаналарини аниқлаш орқали озиқ-овқат аллергенларининг оқсилларига сезгирлиги аниқланган болалар ва катта ёшли одамларда, сабабчи аллергенларни истисно этувчи элиминацион парҳез тавсия этилади [255, 256]. Тавсияларнинг ишончлилик даражаси – C (далилларнинг ишончлилик даражаси – 5)

- **Физиотерапевтик муолажалар:**

Ўрта ва оғир даражадаги атопик дерматит билан оғриган беморларга тери ультрабинафша нурланиши (фототерапия) тавсия этилади. Атопик дерматит билан оғриган беморларга фототерапияни тайинлашдан олдин қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун умумий (клиник) қон таҳлили, сийдикнинг умумий таҳлили, биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили, терапевт-шифокор ёки педиатр-шифокор, эндокринолог-шифокор, акушер-гинеколог (аёллар учун) маслаҳатини ўз ичига олган лаборатория тадқиқотлари мажмуаси тавсия этилади. Кўрсатмаларга кўра бошқа мутахассисларда текшириш тавсия этилади [159-164].

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785

С4	УФО (Ултрабинафша нурлантириш) нурланишнинг бошланғич дозаси минимал эритема дозанинг (МЭД) 25-50% ни ташкил этади.

С4	Ўрта ва оғир даражадаги атопик дерматит билан оғриган беморларга қуйидагилар тавсия этилади: атопик дерматит билан оғриган катта ёшли беморларга тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли ултрабинафша нур терапияси (UVB-311) Атопик дерматит билан оғриган болаларга тўлқин узунлиги 311 нм бўлган УВБ-311 терапияси. нурланишнинг бошланғич дозаси минимал эритема дозасининг 50-70% ни ташкил қилади. Бемор терисининг тури қараб нурланиш дозаланаётганда 0,1-0,3 Ж/см2 дозадан бошланади.

Изоҳ: Болалик даврида фототерапияни қўллаш ҳақидаги маълумотлар чекланган, шунинг учун ундан фойдаланишда эҳтиёткорликка риоя қилиш керак. Тор полосали ўрта тўлқинли ультрабинафша терапия 5 ёш ва ундан катта бўлган болаларга буюрилади. Тор полосали ўрта тўлқинли ультрабинафша терапияни тайинлашда боланинг психоэмоционал хусусиятлари, умумий ҳолати, кабинада мустақил бўлиш қобилияти ва тиббиёт ходимлари талабларини бажариши ҳисобга олиниши керак. Болалик даврида фототерапияни қўллаш ҳақидаги маълумотлар чекланган.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785

С4	Ўрта тўлқинли ультрабинафша терапияси 308 нм тўлқин узунлигида (эксимер нури билан, дерматозларнинг чекланган шаклларида) Бошланғич лазер нурланиш дозаси — минимал эритемали дозадан 50 мДж/см² камроқ; кейинчалик нурланиш дозаси ҳар икки сессияда 50 мДж/см² га оширилади.

В2	Фототерапиянинг бошқа усуллари билан даволашнинг таъсири бўлмаса, шунингдек, катталар терисида сезиларли инфильтрация билан зарарланиш ўчоқлари мавжуд бўлганда тавсия этилади: Фотосенсибилизаторларни (ПУВА) ички қўллаш

	билан фотокимётерапия. ПУВА-терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун умумий (клиник) қон таҳлили, сийдикнинг умумий (клиник) таҳлили, биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили, терапевт-шифокор, эндокринолог-шифокор, офтальмолог-шифокор, акушер-гинеколог (аёллар учун) маслаҳатини ўз ичига олган лаборатория текширувлари мажмуасини ўтказиш керак. ПУВА-терапия усулини кўп курсли қўллаш терининг хавфли ўсмалари хавфини ошириши мумкин. ПУВА-терапия 18 ёшдан кичик бўлганларга ман этилади

С4	Маҳаллий қўлланиладиган воситалар ёрдамида ўтказиладиган ультратовуш даволаш усули Пелоидотерапия

https://cyberleninka.ru/article/n/peloidoterapiya-zabolevaniy-
www.nmicrk.ru/upload/nauka/pdf/6kr.pdf
ttps://cyberleninka.ru/article/n/rol-topicheskih-steroidov-v-terapii-ostryh-i-hronicheskih-dermatozov-u-detey

С4	Минерал тузлар, юмшатувчи-намлантирувчи дори воситалари ва ўсимлик қайнатмалари билан бальнеотерапия

С5	Паст даражали ёруғлик терапияси LLLT Инфрақизил-лазер Қутбланган полихроматик нур

С4	Плазмаферез НИЛИ Озонотерапия

Ўзбекистон Республикасида кафолатланган бепул тиббий ёрдам ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши харажатларни қоплаш учун асос бўлиб хизмат қилмайди.

Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%):

1-жадвал

Дори-воситанинг (халқаро патентланмаган) номи	**Дори-воситанинг дозировкаси ва қўлланилиши**	**Исботланганлик даражаси**
Клобетазол пропионат: 0,05%	кунига 1-2 марта ташқи қўллаш; 2-4 ҳафта давомида	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

Бетаметазон дипропонат: 0,1%; 0,05%	кунига 1-2 марта ташқи қўллаш; 2-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Мометазон фуроат: 0,1%	кунига 1 марта ташқи қўллаш; 3-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Триамцинолон ацетонид: 0,5%	кунига 1-2 марта ташқи қўллаш; 3-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Метилпреднизолон ацетонат: 0,1%	кунига 1-2 марта ташқи қўллаш; 3-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Флуоцинонид: 0,05%	кунига 1-2 марта ташқи қўллаш; 3-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Триамцинолон ацетонид: 0,1%	кунига 2 марта ташқи қўллаш; 2-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Флуоцинолон ацетонид 0,025%	кунига 1-2 марта ташқи қўллаш; 2-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Бетаметазон валерат: 0,1%	кунига 1-2 марта ташқи қўллаш; 2-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Аклометазон дипропионат 0,05%	кунига ўртача 2 марта ташқи қўллаш; 3-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Флуоцинола ацетонид 0,01%	кунига ўртача 2-3 марта ташқи қўллаш; 4 ҳафтагача	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Гидрокортизон бутират 0,1%	кунига ўртача 2 марта ташқи қўллаш; 3-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

		11/
Гидрокортизон пробутат 0,1%	кунига ўртача 2 марта ташқи қўллаш; 3-4 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Флуоцинола ацетонид 0,01%	кунига ўртача 2-3 марта ташқи қўллаш; 4 ҳафтагача	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Дексаметазон 0,1%	кунига ўртача 2-3 марта ташқи қўллаш; 4 ҳафтагача	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Такролимус 0,03% и 0,1%	катталарга ташқи қўллаш учун 0,03% суртма ёки ташқи қўллаш учун 0,1% суртма, 2 ёшдан катта болаларга - ташқи қўллаш учун 0,03% суртма 8-12 ҳафта давомида теринг зарарланган жойларига суткасига 2 марта юпқа қатламда суртилади	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/0169301/
Пимекролимус 1%	Катталар ва 3 ойликдан ошган болаларга зарарланган юзага кунига 2 марта, 8-12 ҳафта давомида юпқа қатлам билан суртилади	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17935515/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15178928/
Мочевина (5,10,15%)	1-3 ҳафта давомида кунига 1-2 марта ташқи қўллаш учун	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20367668/#:~:text=Conclusions%3A%20Both%20the%20new%205,over%20the%2010%25%20urea%20lotion.
Декспантенол	сиртга қўллаш учун малҳам 5%. Малҳам суткасига 2-4 марта суртилади (зарур бўлганда тез-тез суртилади).	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Лоратадин	Сироп, таблеткалар Сироп, 10 мг ли таблеткалар, тана вазни 30 кг дан кам бўлган	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8198236/

	2 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - кунига 1 марта 5 мг (5 мл) оғиз орқали; тана вазни 30 кг дан ортиқ бўлганларга - кунига 1 марта 10 мг (10 мл) оғиз орқали; 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга - кунига 1 марта 10 мг (10 мл) оғиз орқали 14-28 кун давомида қабул қилинади. 2 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - кунига 1 марта 5 мг (5 мл) оғиз орқали; 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга - кунига 1 марта 10 мг (10 мл) оғиз орқали 14-18 кун давомида қабул қилинади.	
Дезлоратадин	Таблеткалар 5 мг; эритма 10 мл ичишга кунига 1 марта 7-14 кун	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Цетиризин	Томчилар, таблеткалар Ичиш учун томчилар 10 мг/мл, таблеткалар 10 мг - 6 ойликдан 12 ойликкача бўлган болаларга (фақат шифокор кўрсатмаси бўйича ва қатъий тиббий назорат остида) - суткасига 1 марта 2,5 мг (5 томчи) оғиз орқали, 1 ёшдан 2 ёшгача бўлган болаларга - суткасига 1-2 марта 2,5 мг (5 томчи) оғиз орқали, 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - суткасига 2 марта 2,5 мг (5 томчи) оғиз орқали ёки суткасига 1 марта 5 мг (10 томчи) оғиз орқали, 6 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 14-28 кун давомида суткасига 1 марта 5 мг оғиз орқали қабул қилинади.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Левоцетиризин	Таблеткалар 5 мг; эритма 20 томчи ичишга кунига 1 марта 7-14 кун	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Хлоропирамин	Таблеткалар 25 мг дан кунига 3-4 марта, катталарга м/о ёки в/и юборилганда бир марталик доза 20-40 мг ни ташкил қилади	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Мебгидролин	Ичишга (овқатдан кейин). Катталар ва 10 ёшдан катта болаларга - 50-200 мг дан	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

	кунига 1-2 марта; максимал дозалар: бир марталик - 300 мг, кунлик - 600 мг; 5 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларга - 100-200 мг/кун, 2 ёшдан 5 ёшгача - 50-150 мг/кун, 2 ёшгача - 50-100 мг/кун.	
Кетотифен	Катталарга - 1 мг дан кунига 2 марта эрталаб ва кечқурун овқатланиш пайтида ичиш учун. Зарур бўлса, дозаси 2 мг гача кунига 2 марта оширилади. 3 ёш ва ундан катта болаларга - 1 мг дан кунига 2 марта.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Эбастин	Ичишга. Катталар учун тавсия этилган доза - 10-20 мг/сут.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Натрия тиосульфат	в/и 5–50 мл 30% эритмаси томчилаб Ичишга - 2-3 г 10% ли эритма кўринишида қабул қилиш учун.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Кальций глюконат	В/и, в/и секин (2-3 дақиқа давомида) ёки томчилаб юборилади. Катталар учун - 100 мг/мл эритмадан 5-10 мл миқдорда ҳар куни, кунора ёки икки кундан кейин қўлланилади. Болаларга вена ичига секин (2-3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, ёшига қараб, ҳар 2-3 кунда 100 мг/мл эритмадан 1 мл дан 5 мл гача миқдорда юборилади.	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

Изоҳ: Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмолентлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида

сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

Асосий дори воситалари рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100% дан кам):

2-жадвал

Дори-воситанинг (халқаро патентланмаган) номи	**Дори-воситанинг дозировкаси ва қўлланилиши**	**Исботланганлик даражаси**
Эссенциал фосфолипидлар	в/и секинлик билан 1-2 ампула (5-10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суюлтирилади. Препаратни суюлтириш зарур бўлганда инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмасидан фойдаланилади. Ичишга. 12 ёшдан ошган ва тана вазни 43 кг дан юқори бўлган ўсмирлар, шунингдек катталар учун овқат пайтида кунига 3 марта 2 капсуладан қабул қилиш тавсия этилади.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Антраль	суткасига 3 марта овқатдан кейин ичишга катталар ва 10 ёшдан катта болаларга - қабул қилиш учун 200 мг дан 4-10 ёшли болаларга - қабул учун 100 мг дан	
Оксиматрин	в/и 600 мг дан кунига бир марта в/и 600 мг 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида эритилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи тезликда, кунига бир марта юборилади ичишга, 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига уч марта. Зарур бўлса, кунлик дозани кунига уч марта 3 капсулагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматрингa тенг).	

Адеметионин	Тавсия этиладиган доза 1 кг тана вазнига суткасига 10-25 мг адеметионинни ташкил этади. Одатда суткалик доза суткасига 1-2 таблеткани ташкил этади (суткасига 400-800 мг адеметиониндан) ва суткасига 4 таблеткагача оширилиши мумкин (суткасига 1600 мг адеметионингача). Таъсири одатда даволашнинг 7-14 кунида намоён бўлади ва препаратни кейинги қўллашда ҳам сақланиб қолади.	
Меглюмин натрий сукцинат	В/и томчилаб, тезлиги 90 томчи/мин (1-1,5 мл/мин) дан 400 мл/сут гача.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Меглюмин акридонацетат	24 соат оралиқ билан 3 та инъекция ва кейинчалик 48 соат оралиқ билан яна 3 та инъекция	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Метоксален	Малҳам 0,75%. Витилигонинг аниқ белгиланган жойларига тегишли манбадан ёки қуёш нурлари билан узун тўлқинли ультрабинафша спектр (тўлқин узунлиги 320-400 нм) билан нурлантиришдан 30-60 дақиқа олдин суртилади. Таблеткалар 10 мг. Ичишга. Ультрабинафша нурлантириш сеансидан 1,5-2 соат олдин. Доза беморнинг тана вазнига қараб индивидуал равишда танланади: 0,6мг/кг	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Преднизолон	Катта ёшли беморлар учун кунига 40-50 мг. Клиник яхшиланишга (регрессга) эришилгандан сўнг, препаратни аста-секин бекор қилиш бошланади. Даволашнинг умумий давомийлиги ўртача 2-3 ҳафтадан ошмайди.	(B)
Метилпреднизолон	Глюкокортикоидларнинг дозаси, аксарият ҳолларда, катталар учун преднизолон ҳисобида кунига 40-	

	50 мг ни ташкил қилади. Ижобий клиник натижага эришилгандан сўнг - препаратни аста-секин бекор қилиш бошланади. Глюкокортикостероидлар билан даволашнинг умумий давомийлиги одатда қисқа (ўртача 2-3 ҳафтадан ошмайди).	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901393/
Бетаметазон	ҳар 2-4 ҳафтада 1,0 мл дан 2,0 мл гача дозада м/о юборилади.	
Эритромицин	0,5-1,0 г дан кунига 3 марта 7-10 кун давомида ичишга	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
Кларитромицин	0,25-0,5 г дан кунига 2 марта 7-10 кун давомида ичилади	
Азитромицин	0,5 г дан кунига 1 маҳал 3 кун давомида ичилади	
Цефтриаксон	Кунига 1-2 г ёки кунига 20-80 мг/кг, мушак ичига ёки вена ичига 10 кун давомида	
Левофлоксацин	Таб 250-500 мг ичичга, ҳар куни 2 ҳафта давомида	
Амоксициллин + Клавулан кислотаси	Катталар ва 12 ёшдан катта болаларга (массаси 40 кг ва ундан ортиқ) плёнка қобиқ билан қопланган таблеткалар, 250 мг + 125 мг 1 таблеткадан кунига 3 марта ёки 875 мг + 125 мг - 1 таблеткадан кунига 2 марта 5-14 кун давомида ёки катталар ва 12 ёшдан катта болаларга (массаси 40 кг ва ундан ортиқ) диспергирланадиган таблеткалар - 500/125 мг дан кунига 3 марта 5-14 кун давомида, 2 ёшдан 12 ёшгача бўлган ёки тана массаси 40 кг дан кам бўлган болаларга - 125/31,25 мг ёки 250/62,5 мг дан кунига 2400/600 мг дан ошмайдиган дозаларда, 3 қабулда 5-14 кун давомида.	
Монтелукаст	6 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар 1 таблеткадан 5 мг дан кунига 1 марта чайналади. Катталар ва 15 ёшдан катта болалар учун дозаси суткасига 10 мг монтелукаст.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Натрий лактат + Сорбитол + Калий хлорид	Катталарда в/и томчилаб минутига 40-60 томчи тезликда.	(B)

MgCl2, NaCl, CaCl2	3-5 кун давомида тана вазнига 6-7 мл/кг	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Циклоспорин	25, 50 ва 100 мг ли таблеткалар 3,5 мг\кг суткасига	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29878606/
Метотрексат	10 мг\мл 2 мл 15-30 мг хафтада 1 марта перорал шаклда	
Фолат кислотаси (Метотрексат қўлланилганда)	Фолат кислотасини метотрексат қабул қилгандан кейин 12 - 48 соат ўтгач қабул қилиш тавсия этилади. Метотрексатнинг бир ҳафталик дозаси қабул қилингандан кейин 24 соат ўтгач оптимал ҳисобланади.	
Цианокобаламин (Витамин B12)	м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан, ойига 1 мартагача.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38019566/
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин B6)	м/о, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига 1-2 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб тайинлайди.	
Рибофлавин мононуклеотид (Витамин B2)	Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой. М/о: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.	
Тиамин гидрохлорид (Витамин B1)	м/о (чуқур) Препаратни юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% эритма) ва фақат яхши кўтара олганда юқори дозаларга ўтиш мумкин. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади.	
Алфа-липой кислотаси	Катталар учун 600 мг миқдорида кунига камида 30 дақиқа давомида томчилаб юбориш	

	орқали вена ичига юборилади. Катталар ва 14 ёшдан ошган болаларга овқатдан олдин кунига 1 маҳал 1 капсуладан ичилади.	
Альфа-токоферол ацетат (Витамин Е)	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади	
Витамин А + Е	Овқатдан кейин кунига ичиш учун 100 мг дан витамин Е + 100 000 ХБ витамин А дозасида	
Ретинол ацетат (Витамин А)	Катталар учун енг юқори кунлик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак.	
Аскорбин кислотаси (Витамин С)	Ичга, м/о, в/и Танқислик ҳолатларининг олдини олиш учун - кунига 25-75 мг. Даволаш учун кунига 250 мг ва ундан ортиқ бўлинган дозаларда	
Холекальциферол (Витамин D)	Д витамини танқислигини коррекцияси (25 (ОҲ) Д даражаси <20 нг/мл) - 8 ҳафта давомида ҳар ҳафтада 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ ҳар ойда 2 ой давомида ичиш учун - 150 000 ХБ ҳар ойда 3 ой давомида ичиш учун - 6000 - 8000 ХБ кунига - 8 ҳафта ичиш учун Д витамини етишмовчилигини коррекцияси (25 (ОҲ) Д даражаси ≥20 ва <30 нг/мл) - 4 ҳафта давомида ҳар ҳафта 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ бир марта ичишга - 150 000 ХБ бир марта ичишга - 6000 - 8000 ХБ кунига - 4 ҳафта ичиш учун Д витамини даражасини қўллаб-қувватлаб туриш ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 ХБ ҳар куни ичиш учун - 6 000 - 14 000 ХБ ҳафтада бир марта ичиш учун	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28994020/
Тилорон дигидрохлорид	1-2 таблеткадан (250 мг) дастлабки икки кун давомида	(В) https://pubmed.ncb

	кунига 1 марта, сўнгра 2-4 ҳафта давомида кун ора 1 таблеткадан (125 мг) ичилади. Ёки ремиссия даврида 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар ҳафтанинг дастлабки икки кунида, жами 5 ҳафта. Курс дозаси 1,25 г.	i.nlm.nih.gov/32412211/
Тимопентин	• мушак орасига инъекция қилиш - инъекция учун стерил сув билан суюлтириш 1 мл; • вена ичига томчилаб қуйиш - 250 мл 0,9% натрий хлориднинг инъекцион эритмасида эритиш. Препарат тавсияларга амал қилган ҳолда қўлланилади. Иммунитет танқислиги ҳолатларининг олдини олиш ва даволаш 1-2 флакон кунига 2 марта.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Гидроксизин	Ичишга. 12.5-50 мг/сут Максимал бир марталик доза 200 мг дан ошмаслиги керак, максимал суткалик доза 300 мг дан ошмаслиги керак. Кекса ёшдаги беморларда бошланғич дозани 2 баравар камайтириш керак. Ўрта ва оғир даражадаги буйрак этишмовчилиги бўлган, шунингдек жигар этишмовчилиги бўлган беморларга дозани камайтириш зарур.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Валериан экстракти	Ичишга. Катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга 1-2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин берилади. Даволаш давомийлиги 2-4 ҳафта. Шифокор кўрсатмаси билан такрорий даволаш курсларини ўтказиш мумкин.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Адонис-бром	Ичишга. 1 таб овқатдан кейин кунига 3 марта. Даволаш курси - 25-30 кун. Такрорий курсларни ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги шифокор томонидан белгиланади.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Дупилумаб	Тана вазни 15 дан 30 кг гача бўлган беморлар учун: бошланғич доза 600 мг (300 мг дан 2 та	(A)

	инъекция) бўлиб, кейин ҳар 4 ҳафтада 300 мг дан қўлланилади; тана вазни 30 дан 60 кг гача бўлган беморлар учун: бошланғич доза 400 мг (200 мг дан 2 та инъекция) бўлиб, кейин ҳар 2 ҳафтада 200 мг дан қўлланилади; тана вазни 60 кг ва ундан юқори бўлган беморлар учун бошланғич доза 600 мг (300 мг дан 2 та инъекция) бўлиб, кейин ҳар 2 ҳафтада 300 мг дан қўлланилади.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6989562/
Тралокинумаб	Бошланғич доза: Дозани бир неча жойга бўлинг. Кунига 1 марта 600 мг Кейинги ишлов бериш Дозани бир неча жойга тақсимлаш имконияти. Олдинги босқичдан икки ҳафталик оралиқни сақланг. Агар 16 ҳафтадан кейин жавоб бўлмаса, даволашни тўхтатиш керак. 300 мг бугун ҳар 2 ҳафтада 1 марта Оғирлиги < 100 кг Ўрта ва оғир даражадаги атопик дерматит, иккинчи босқич даволаш усули Кейинги ишлов бериш мумкин Агар: Беморнинг териси рангсизланган ёки деярли оқ рангда бўлса. Дозани бир неча жойга тақсимлаш имконияти. 300 мг бугун ҳар 4 ҳафтада 1 марта	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37543792/
Устекинумаб	45 мг/0.5мл, 90мг/1.0мл Шприцда Тавсия этилган доза 45 мг ни ташкил этади. Иккинчи инъекция биринчи инъекциядан 4 ҳафта ўтгач, кейин ҳар 12 ҳафтада амалга оширилади. Тана вазни 100 кг дан ортиқ бўлган беморларда препарат 90 мг дозада тавсия этилади.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29164954/

	28 ҳафта давомида терапия самарасиз бўлса, препаратни қўллашнинг мақсадга мувофиқлигини кўриб чиқиш тавсия этилади.	
Лебрикизумаб	250мг Лебрикизумабнинг тавсия этилган дозаси 0-чи ва 2-чи ҳафтада 500 мг (250 мг дан иккита инъекция), кейин 16-чи ҳафтагача ҳар икки ҳафтада тери остига 250 мг юборилади. Клиник натижага эришилгач, лебрикизумабнинг тавсия этилган қўллаб-қувватловчи дозаси ҳар тўрт ҳафтада 250 мг ни ташкил этади.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29353026/
Омализумаб	делтасимон мушак соҳасига ёки соннинг олдинги латерал соҳасига 2-4 ҳафтада 1 марта 150-375 мг дан фақат т/о юборилади (м/о ва в/о юбориш мумкин эмас). Доза IgE нинг дастлабки концентрациясига (ХБ/мл) ва даволанишдан олдин ўлчанган беморнинг тана вазнига (кг), шунингдек беморнинг тана вазнига (кг) боғлиқ. Тана вазни сезиларли даражада ўзгарганда дозага тузатиш киритиш керак.	(A) https://www.medscape.com/viewarticle/921848
Барицитиниб	Ичга. Тавсия этилган доза кунига 1 марта 4 мг ни ташкил қилади.	(A) https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09546634.2023.2216322
Упадацитиниб	Дозаси кунига 1 марта 15-45 мг ни ташкил қилади.	(A) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572088/
Аброцитиниб	Катталар ва ўсмирлар (12 ёш ва ундан катталар) учун тавсия этилган доза шифокор томонидан даволаш мақсадлари ва беморнинг клиник ҳолатига қараб кунига 1 марта 100 мг ёки 200 мг ни ташкил қилади.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37667972/

Изоҳ: Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмолентлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

Фармакотерапевтик гуруҳ	ДВ ХПН	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси
Тери нуқсонлари (ёриқлар, экскориациялар) бўлган беморларга, айниқса болаларда, экскориациялар ва ёриқлар жойларида иккиламчи инфекцияни бартараф этиш мақсадида антисептиклар ва дезинфексияловчи воситалар ёки бошқа даволаш воситалари тавсия этилади	Борат кислотаси + резорцин + фенол + фуксин эритмасини терининг зарарланган қисмларига тампон ёки	ташқи қўллаш учун мўлжалланган шиша таёқча ёрдамида кунига 2-4 марта суртиш лозим. Суюқлик қуригандан кейин ишлов берилган жойга суртма ва пасталар суртиш мумкин	(С) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend
	Метилтионий хлорид 1% ли эритмаси	маҳаллий ва ташқи қўллаш учун, [сувли] эритма катталар ва болаларга туғилган пайтдан бошлаб тампон ёки шиша таёқча ёрдамида суткасига 2-3 марта	(С) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend/atopic_dermatitis
Қайталанувчи ёки тарқалган бактериал инфекцияни даволаш учун тизимли таъсирга эга антибактериал препаратлар тавсия этилади:	Амоксициллин + клавулан кислотаси	Катталар ва 12 ёшдан катта болаларга (оғирлиги 40 кг ва ундан ортиқ) плёнка қопланган таблеткалар: 250 мг + 125 мг дан кунига 3 марта 1 таблеткадан ёки 875 мг + 125 мг дан	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18557929/

		кунига 2 марта 1 таблеткадан 5-14 кун давомида қабул қилинади. Ёки диспергирланган таблеткалар катталар ва 12 ёшдан катта болаларга (оғирлиги 40 кг ва ундан ортиқ) - 500/125 мг дан кунига 3 марта 5-14 кун давомида қабул қилинади. 2 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга ёки тана вазни 40 кг дан кам бўлганларга - 125/31,25 мг дан ёки 250/62,5 мг дан, суткасига 2400/600 мг дан ошмайдиган дозада, 3 маҳал 5-14 кун давомида қабул қилинади.	
	Цефуроксим – 250 мг дан	катталар ҳамда 3 ва ундан катта ёшдаги болаларга 5-10 кун давомида суткасига 2 марта оғиз орқали	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20109729/
	Цефтриаксон – 1-2 г дан	Кунига 12 ёшдан катта болаларга мушак орасига ёки вена ичига (12 соат оралиғида 2 марта юбориш маъқул), 2 ҳафталиккача бўлган чақалоқларга 20-50 мг/кг/кун, 3 ҳафталикдан 12 ёшгача бўлган болаларга 20-80 мг/кг/кун миқдорида 2 марта юборилади.	(С) https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-vybora-antibakterialnyh-preparatov
Атопик дерматит билан оғриган беморларда	Ацикловир таблеткалар 200 мг	катталар ва 3 ёшдан катта болаларга суткасига 5 марта	(С)

герпетик экзема Калоши ривожланганда тўғридан-тўғри таъсир қилувчи вирусга қарши препаратлар тавсия этилади		ичирилади. Даволаш курси 5 кунни ташкил қилади, аммо оғир инфекцияларда узайтирилиши мумкин.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22433376/
Атопик дерматит билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғи ва ичак шиллиқ қаватларининг микотик шикастланишларининг инвазив шакллари ривожланганда тизимли таъсирга эга антимикотик препаратлар тавсия этилади	Беморнинг ёшини ҳисобга олган ҳолда флуконазол кунига 1 марта 50 мг ёки 100 мг миқдорда қабул қилинади	Болаларга овқатдан сўнг кунига 1 марта 50 мг дан ичиш учун 4-7 кун давомида; катталарга овқатдан сўнг кунига 1 марта 100 мг дан 7-14 кун давомида ичиш тавсия этилади.	(С) https://journaldoctor.ru/catalog/dermatologiya/puti-usovershenstvovaniya-terapii
Атопик дерматит билан оғриган беморларда эндоген интоксикация ривожланганида энтеросорбентлар, иммуносорбентлар тавсия этилади	Гидролиз лигнини + лактулоза таблеткалари	Ичишга: 3 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларга кунига 3 маҳал 1 таблеткадан; 2 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларга эса кунига 3 маҳал 1/2 таблеткадан берилади. Қабул қилиш курси 2 ҳафта давом этади. Қабул курси давомийлиги - 2 ҳафта.	(С) https://umedp.ru/articles/enterosorbenty_v_kompleksnoy_terapii_atopicheskogo_dermatita_u_detey.html
	Фаоллаштирилган глауконит 300 мг ичишга	Катталарга 1 капсуладан кунига 3 марта овқат пайтида (суткалик дозаси 1,8 г). Капсулани хона ҳароратидаги сув билан ичиш керак. Қабул қилиш давомийлиги 30 кун.	(С) www.museonaturalistico.it/index.php/journal/article

		Препарат 8 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга 1 капсуладан кунига 1 марта, 13 ёшдан 18 ёшгача бўлган болаларга 1 капсуладан кунига 2 марта 7-10 кун давомида овқатдан 30 дақиқа олдин ёки овқатдан 1 соат кейин буюрилади. Ўткир касалликларда даволаш курси 5 кун давом этади, аллергия ва сурункали касалликларда эса 10 кунгача чўзилиши мумкин. Шифокор тавсиясига кўра, такрорий курс 2 ҳафтадан сўнг ўтказилади.	

Изоҳ: Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмолентлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

1. Бошқа даволаш

   Уй чанги каналари аллергенлари ва чанг аллергенларига сезгир бўлган беморларга, улар билан алоқа атопик дерматит қўзишига ва/ёки респиратор белгилар - аллергик ринит, бронхиал астмага олиб келадиган ҳолларда уй чанги каналари аллергенлари билан аллерген-махсус иммунотерапия [6, 213-223]: маиший аллергенлар тери скарификацияси, прик-тест ва тери остига юбориш учун эритма [215-220] ёки тери

остига юбориш учун маиший аллергенлар суспензияси [216], ёки тил остига томизиш учун маиший аллергенлар тавсия этилади[221-223]. Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1) Шарҳлар: Аллерген-махсус иммунотерапия учун кўрсатма ва қарши кўрсатмаларни танлаш аллерголог-иммунолог томонидан белгиланади. Аллерген-махсус иммунотерапия адекват ташқи терапия ёрдамида атопик дерматитнинг қўзғалишини тўхтатгандан сўнг, шунингдек, сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш ва ёндош касалликларни даволашдан кейин буюрилади. Аллерголог-иммунолог шифокор томонидан аллергология кабинети ёки стационар шароитида ўтказилади. Аллерген-махсус иммунотерапиянинг давомийлиги ва схемаси индивидуал равишда белгиланади.

«АТОПИК ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент 2025

Кириш

Сўнгги ўн йилликларда тери аллергик касалликлари билан касалланишнинг кўпайиши қайд этилган. Жаҳон Аллергия Ташкилоти (WAO) маълумотларига кўра, аҳолининг 30-40 фоизида бир ёки бир нечта аллергик касалликлар аниқланган[1]. Тери аллергик касалликлари орасида атопик дерматит (АД) биринчи ўринни эгаллайди [2,5]. Дерматоз энг кўп учрайдиган тери касаллиги бўлиб, ундан болаларнинг 20% ва катталарнинг 3-10% и азият чекади. ХКТ-10 бўйича атопик дерматит (АД) диффуз ва маҳаллийлашган нейродермит, экзема, Бенье қичимаси ва бошқа тери аллергик касалликларини ўз ичига олган аллергодерматозлар гуруҳини ифодалайди, унинг асосида тери шикастланишига олиб келадиган иммун механизмлар ётади.

Атопик дерматит тери аллергик касалликларининг кенг тарқалган, генетик жиҳатдан аниқланган шаклларидан бири бўлиб, соғлиқни сақлашнинг муҳим тиббий-ижтимоий муаммоси бўлиб қолмоқда, унинг аҳамияти 14 ёшгача бўлган болаларнинг 10-12% да касалланишнинг доимий ўсиши билан белгиланади ва умумий популяцияда катта ёшдаги аҳолининг 1,5-2% да қайд этилади, турли мамлакатларда урбанизация даражаси ва ҳаётнинг экологик тозалик ҳолатига қараб ўзгариб туради.

Ирсий мойиллик, олий ва вегетатив асаб тизимининг бузилиши, ички органлар фаолиятининг бузилиши, алмашинув, нейрогуморал, нейроваскуляр бузилишлар, организмнинг аллергик ҳолати, нотўғри овқатланиш, турли хил интоксикациялар, атроф-муҳитнинг ноқулай омиллари таъсири - буларнинг барчаси АДнинг пайдо бўлиши ва сурункали кечишига сабаб бўлади.

Таъриф

Атопик дерматит - сурункали қайталанувчи кечиши билан тавсифланган, кўп омилли генетик детерминлашган терининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, клиник кўринишларнинг ёшга хос хусусиятлари, зардобдаги Ig E даражасининг ошиши ва ўзига хос ва носпецифик қўзғатувчиларга ўта сезувчанлиги билан босқичма-босқич характерга эга.

С4	Енгил, ўрта ва оғир даражадаги атопик дерматит билан оғриган беморларга ташқи терапия тавсия этилади: дерматологияда қўлланиладиган глюкокортикоидлар, дерматитни даволаш учун препаратлар, глюкокортикоидлардан ташқари Атопик дерматитнинг енгил кечишида дерматологияда қўлланиладиган паст ва ўртача фаолликка эга бўлган глюкокортикоидларни қўллаш, Атопик дерматитнинг ўрта ва оғир кечишида эса дерматологияда қўлланиладиган фаол ва юқори фаолликка эга бўлган глюкокортикоидларни минимал самарали дозаларда қўллаш мақсадга мувофиқдир Атопик дерматитнинг қўзғалишини тезда даволаш учун ташқи терапия воситалари ва нам боғламлар ёрдамида эмолентлардан фойдаланиш мумкин. Дастлаб терининг зарарланган соҳаларига ташқи воситалар (дерматологияда қўлланиладиган глюкокортикоидлар ва/ёки эмолентлар) суртилади, сўнгра нам пахта ёки дока салфетка, кейин эса қуруқ ташқи боғлам қўйилади. Дерматологияда қўлланиладиган, ўртача ва юқори таъсирга эга глюкокортикоидларни қўллашда буйрак усти безлари функциясини пасайтириш хавфи туфайли нам боғламларни қўллаш билан эҳтиёт бўлиш керак.

A1	6 ёш ва ундан катта бўлган болалар ёшидаги беморларга ўртача ва оғир даражадаги АДда ва қарши кўрсатмалар мавжуд бўлмаганда тавсия этилади 6 ёшгача бўлган болаларга дупилумабни буюриш мумкин эмас. Ўртача ва оғир даражадаги атопик дерматитга чалинган ҳамда қарши кўрсатмалари бўлмаган катта ёшли беморларга қуйидагилар тавсия этилади: дупилумаб 300 мг тери остига юбориш учун эритма, бошланғич дозаси - 600 мг (300 мг дан 2 та инъекция турли инъекция жойларига), сўнгра ҳар 2 ҳафтада 300 мг дан юборилади. Индивидуал терапевтик жавобга қараб, доза ҳафтасига 300 мг гача оширилиши мумкин Дупилумаб монотерапия ёки топик дори воситалари билан бир вақтда қўлланилиши мумкин. Препарат инъекциясини беморнинг ўзи ёки унга қарайдиган шахс қилиши мумкин. Дупилумабни қўллашдан олдин беморларни ва/ёки уларга қарайдиган шахсларни тиббий қўлланишга оид кўрсатмаларга мувофиқ препаратни инъекция қилишга тайёрлаш ва ўтказишга ўргатиш зарур. Дупилумаб, шунингдек, оғир бронхиал астма билан ўрта оғир ва оғир атопик дерматит билан оғриган беморларда қўлланилиши мумкин. Атопик дерматит билан оғриган беморларни даволашда дупилумабнинг самарадорлиги SOLO 1, SOLO 2, CHRONOS uCAFE клиник тадқиқотлари натижалари билан тасдиқланган. Дуплумаб билан даволаш фонида ҳар 2 ҳафтада 1 та инъекция режимида олиб борилган 16 ҳафталик терапия натижасида, ташқи даво олмаган беморларнинг 44-51 фоизида атопик дерматитнинг оғирлиги EASI (Eczema Area and Severity Index) кўрсаткичи бўйича 75 фоиз ва ундан кўпроқ (EASI75) камайди. Агар дупилумаб билан даволаш ҳар 2 ҳафтада 1 та инъекция режимида дерматологияда қўлланиладиган глюкокортикоидлар билан ташқи терапия билан биргаликда олиб борилган бўлса, даволаш самарадорлиги фақат дупилумаб билан даволашга нисбатан яна 10-20% га юқори бўлди. Даволашнинг 16-ҳафтасига келиб, дерматологияда қўлланиладиган дупилумаб ва глюкокортикоидлар билан даволанган атопик дерматит билан оғриган беморларнинг 69 фоизида EASI бўйича атопик дерматитнинг оғирлиги 75% ва ундан кўпроққа (EASI75) камайди. Беморларда қичишишнинг камайиши терапиянинг 2-ҳафтасида қайд этилди ва терапиянинг 16-ҳафтасида қичишишнинг ўртача 53,9% га камайиши қайд этилди. Терапиянинг 52-ҳафтасига келиб, таъсир сақланиб қолди ва атопик дерматитнинг оғирлик даражаси бошланғич даражага (EASI75) нисбатан 75% ва ундан ортиқ пасайиши 65% атопик дерматит билан оғриган беморларда қайд этилди, улар ҳар 2 ҳафтада бир марта дупилумаб** инъекциясини ва дерматологияда қўлланиладиган глюкокортикоидлар билан ташқи терапияни қабул қилдилар

A1	Атопик дерматитнинг оғирлик даражаси циклоспорин билан узлуксиз даволанишнинг 6-8 ҳафтасидан кейин 50% га камаяди. Препаратнинг юқори бошланғич дозасини қабул қилган беморларда (4-5 мг/кг/сут) бироз паст бошланғич дозани қабул қилган беморларга (2,5-3 мг/кг/сут; оғирликни 22% га камайиши) қараганда 2 ҳафтадан кейин тезроқ яхшиланиш (оғирликни 40% га камайиши) кузатилади. Бироқ, циклоспорин билан 6-8 ҳафталик терапиядан сўнг юқорироқ ва пастроқ дозаларда препаратни олган беморлар ўртасида жавобда фарқ бўлмаган, аммо препаратнинг юқорироқ дозасини олган беморлар циклоспорин билан боғлиқ кўпроқ миқдордаги ножўя таъсирлар ҳақида хабар берганлар. Циклоспорин билан узлуксиз терапия давомийлигини 2 йил билан чеклаш таклиф этилади.

A1	Атопик дерматитнинг оғир кечиши билан оғриган беморларга тизимли таъсирга эга кортикостероидлар перорал схема бўйича - дастлабки 2-3 кун давомида тавсия этилади Зарур бўлса, тизимли таъсирга эга кортикостероидларни қабул қилишни яна 2-3 кун

	давомида кунига 1 маҳал нонуштадан кейин давом эттириш мумкин: метилпреднизолон 2 мг ёки преднизолон 2,5 мг.

В 3	Қон оқимидан токсинлар, аутоантитаначалар, циркуляцияланувчи иммун комплекслар (ЦИК), яллиғланиш олди цитокинларини элиминация қилиш, метаболизм ва аъзоларнинг бузилган функцияларини нормаллаштириш мақсадида плазмаферез муолажаси тавсия этилди

С 5	ИПЛН Озонотерапия

Жарроҳлик амалиёти: Керак эмас

«АТОПИК ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент 2025

Кириш

Сўнгги ўн йилликларда тери аллергик касалликлари билан касалланишнинг кўпайиши қайд этилган. Жаҳон Аллергия Ташкилоти (WAO) маълумотларига кўра, аҳолининг 30-40 фоизида бир ёки бир нечта аллергик касалликлар аниқланган [1]. Тери аллергик касалликлари орасида атопик дерматит (АД) биринчи ўринни эгаллайди [2,5]. Дерматоз энг кўп учрайдиган тери касаллиги бўлиб, ундан болаларнинг 20% ва катталарнинг 3-10% и азият чекади. ХКТ-10 бўйича атопик дерматит (АД) диффуз ва маҳаллийлашган нейродермит, экзема, Бенье қичимаси ва бошқа тери аллергик касалликларини ўз ичига олган аллергодерматозлар гуруҳини ифодалайди, унинг асосида тери шикастланишига олиб келадиган иммун механизмлар ётади.

Атопик дерматит тери аллергик касалликларининг кенг тарқалган, генетик жиҳатдан аниқланган шаклларидан бири бўлиб, соғлиқни сақлашнинг муҳим тиббий-ижтимоий муаммоси бўлиб қолмоқда, унинг аҳамияти 14 ёшгача бўлган болаларнинг 10-12% да касалланишнинг доимий ўсиши билан белгиланади ва умумий популяцияда катта ёшдаги аҳолининг 1,5-2% да қайд этилади, турли мамлакатларда урбанизация даражаси ва ҳаётнинг экологик тозалик ҳолатига қараб ўзгариб туради.

Ирсий мойиллик, олий ва вегетатив асаб тизимининг бузилиши, ички органлар фаолиятининг бузилиши, алмашинув, нейрогуморал, нейроваскуляр бузилишлар, организмнинг аллергик ҳолати, нотўғри овқатланиш, турли хил интоксикациялар, атроф-муҳитнинг ноқулай омиллари таъсири - буларнинг барчаси АДнинг пайдо бўлиши ва сурункали кечишига сабаб бўлади.

Таъриф

Атопик дерматит - сурункали қайталанувчи кечиши билан тавсифланган, кўп омилли генетик детерминлашган терининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, клиник кўринишларнинг ёшга хос хусусиятлари, зардобдаги Ig E даражасининг ошиши ва ўзига хос ва носпецифик қўзғатувчиларга ўта сезувчанлиги билан босқичма-босқич характерга эга.

Асоратлар

о Тери қопламининг иккиламчи зарарланиши
о Асоратлар - дори препаратларининг ножўя таъсирининг намоён бўлиши (одатда, узоқ вақт назоратсиз қўлланилганда юзага келади)

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- умумий аҳволнинг бузилиши билан кечадиган АтД кучайиши;
- иккиламчи инфекцияланиш билан кечадиган тарқалган тери жараёни;

- қайталанувчи тери инфекциялари;
- физиотерапевтик даволаш усулларидан фойдаланиш зарурияти;
- селектив иммунодепрессантлар (биологик препаратлар, глюкокортикостеродлар ва бошқалар) билан қўллаб-қувватловчи терапияни ўтказиш зарурати

Натижалар ва прогноз

АтДнинг дастлабки аломатлари одатда эрта ёшда намоён бўлади ва 50% ҳолатларда ташхис ҳаётнинг биринчи йилига қадар аниқланади.
Атопик дерматит тўлқинсимон тарзда қайта-қайта қўзиб турадиган кечишга эга:

болаларнинг 60 фоизида вақт ўтиши билан аломатлар бутунлай йўқолади, қолганларида эса бутун умри давомида сақланиб қолади ёки қайталанади.
Тахминларга кўра, ҳаётининг биринчи йилида атопик дерматит билан касалланган болаларда касалликнинг кечиши яхшироқ бўлиши мумкин.
Шунга қарамай, умуман олганда, касалликнинг бошланиши қанчалик эрта ва қанчалик оғир кечса, айниқса АД бошқа аллергик патология билан бирга келганда унинг давом этиш эҳтимоли шунчалик юқори бўлади. Оғир атопик дерматит, БА ва аллергик ринит ўртасида патофизиологик боғлиқлик мавжудлиги исботланган, АД болаларда астма шаклланишининг асосий предиктори сифатида қаралади.
АтДнинг болалар ҳаёт сифатига кўрсатадиган салбий таъсири псориаз, қандли диабет ва бошқа шунга ўхшаш оғир сурункали касалликлар билан таққосланарли даражададир.

Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш

Бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатиш доирасида участка шифокор-терапевтлари, участка шифокор-педиатрлари, умумий амалиёт шифокорлари беморларда терида тошмалар, атопик дерматит белгилари ёки аломатлари аниқланганда беморни дерматовенерологик профилдаги тиббиёт ташкилотига унга бирламчи ихтисослаштирилган тиббий-санитария ёрдами кўрсатиш учун юборади.
Бирламчи ихтисослаштирилган тиббий-санитария ёрдами доирасида тиббий ёрдам кўрсатиш имкони бўлмаганда ва тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда бемор ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатувчи тиббиёт ташкилотига юборилади.
Ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологик тиббий ёрдам стационар шароитларда дерматовенеролог шифокорлар томонидан кўрсатилади.
Беморни тиббий ташкилотдан чиқариш учун кўрсатмалар:
- тошмалар регрессияси ва/ёки клиник кўринишларнинг пасайиши[1].

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- терида янги элементларнинг йўқлиги ва терида тошмаларнинг регрессияси (SCORAD индексининг пасайиши);
- ремиссиянинг давомийлиги;
- ҳаёт сифатининг яхшиланиши

Профилактика ва диспансер кузатуви, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар

АтД билан касалланган болалар тоифасидаги беморлар педиатрнинг доимий диспансер назорати остида бўлишлари лозим. Касаллик ҳолати ва оғирлик даражасига қараб, мутахассислар (аллерголог-иммунолог, дерматолог) маслаҳати ҳар 2-6 ойда бир марта ўтказилади.

Болаларга комплекс текширув ҳолатнинг динамик назорати, шунингдек сенсибилизация спектри ва даражасидаги ўзгаришларни аниқлаш билан, касаллик жараёнининг оғирлик даражаси ва кечиш хусусиятига қараб, кўрсатмаларга мувофиқ амбулатор ёки кундузги стационар шароитида ўтказилади.

Фармакотерапевтик гуруҳ	Дори воситасининг ХПН	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси

Эпидермиснинг липид таркибини тикловчи воситалардан фойдаланиш учун тавсия этилади	Эмоленталар кремний-ланолинли крем	катталар ва болаларга ташқи қўллаш учун кунига 2 марта 2-6 ой давомида	(С) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
	Кремний-дексапантенолли крем	болаларга ташқи қўллаш учун кунига 2 марта, 2-4 ой давомида	(С) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis

Кейинги бошқарув:

Яшаш жойида дерматолог томонидан динамик кузатув ўтказилади. Бу жараёнда қўллаб-қувватловчи даволаш масалалари ҳал этилади, даволашнинг салбий таъсири камайтирилади, терининг доимий асосий парвариши амалга оширилади ва касалликни қўзғатувчи омиллар бартараф қилинади[3].

Адабиётлар рўйхати:

1. Palmer C.N., Irvine A.D., Terron-KwiatkowskiA. etal. Common loss-of-function variants of the epidermal barrier protein filaggrin are a major predisposing factor for atopic dermatitis. Nat. Genet. 2006; 38: 441-446.
2. McGirt L.Y., Beck L.A. Innate immune defects in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2006; 118: 202-208.
3. Bao L., Zhang H., Chan L.S. The involvement of the JAK-STAT signaling pathway in chronic inflammatory skin disease atopic dermatitis. JAKSTAT. 2013; 2(3) e24137.
Клинические рекомендации – Атопический дерматит – 2021-2022-2023 (26.08.2021) – Утверждены Минздравом РФ Улучшенную вёрстку от http://disuria.ru/ представляет аптека "Семейная" https://аптека-омск.рф/ 26 из 49
4. Gandhi N.A., Pirozzi G., Graham N.M. Commonality of the IL-4/IL-13 pathway in atopic diseases. Expert Rev Clin Immunol. 2017; 13(5): 425-437.
5. Werfel T., Allam J.P., Biedermann T. et al. Cellular and molecular immunologic mechanisms in patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2016; 138: 336-349.
6. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part I.J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32(5): 657-682.
7. Кубанов А.А., Богданова Е.В. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю дерматовенерология в Российской Федерации. Итоги 2018 года. Вестник дерматологии и венерологии. 2019; 95 (4): 8-23.
8. Schneider L., Hanifin J., Boguniewicz M. et al. Study of the atopic march: development of atopic comorbidities. Pediatr Dermatol. 2016; 33(4): 388-398.
9. Bieber T. Atopic dermatitis 2.0: from the clinical phenotype to the molecular taxonomy and stratified medicine. Allergy. 2012; 67 (12); 1475-1482.
10. van der Hulst A.E., Klip H., Brand P.L. Risk of developing asthma in young children with atopic eczema: a systematic review. J Allergy Clin Immunol 2007; 120: 565-569.

11. Eckert L., Gupta S., Amand C. et al. The burden of atopic dermatitis in US adults: Health care resource utilization data from the 2013 National Health and Wellness Survey. J AmAcadDermatol 2018; 78: 54-61.
12. Illi S., von Mutius E., Lau S. et al. The pattern of atopic sensitization is associated with the development of asthma in childhood. J Allergy Clin Immunol. 2001; 108: 709-714.
13. Aw M., Penn J., Gauvreau G.M. et al. Atopic March: Collegium Internationale Allergologicum Update 2020. 1nt Arch Allergy Immunol. 2020; 181(1): 1-10.
14. Spergel J.M. Epidemiology of atopic dermatitis and atopic march in children. Immunol Allergy Clin N Am. 2010; 30: 269-280.
15. Hill D.A., Spergel J.M. The atopic march: Critical evidence and clinical relevance. Ann Allergy Asthma Immunol. 2018; 120(2): 131-137.
16. Williams H., Flohr C. How epidemiology has challenged 3 prevailing concepts about atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2006; 118: 209-213.
17. Мавлянова Ш.З., Шакаров А., Есионова Е.В. ЭВМ DGU 20222915 « Болаларда атопик дерматитнинг огилик даражасини ташхислаш дастури» - Ташкент. 2022.
18. Мавлянова Ш.З., Шакаров А., Мирзакулова Ш.Н. DGU 20222975 « Катта ешдаги беморларда атопик дерматитнинг огирлик даражасини ташхислаш усули». – Ташкент-2022 .
19. Hanifin JM, Rajka G. Diagnostic features of atopic dermatitis. Acta Derm Venereol. 1980; 92(Suppl): 44-47.
20. Eichenfield L.F., Tom W.L., Chamlin S.L. et al. Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 1. Diagnosis and assessment of atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014; 70(2): 338-351.
21. Ryan C., Amor K.T., Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: part II.J Am Acad Dermatol. 2010; 63(6): 949-972.
22. Arbes S.J. Jr. Gergen P.J., Elliott L., Zeldin D.C. Prevalences of positive skin test responses to 10 common allergens in the US population: results from the third National Health and Nutrition Examination Survey. J Allergy Clin Immunol. 2005; 116: 377-383.
23. Клиническая дерматовенерология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – т. II. – 928 с.
24. Futamura M., Leshem Y.A., Thomas K.S. et al. A systematic review of Investigator Global Assessment (IGA) in atopic dermatitis (AD) trials: Many options, no standards. J Am Acad Dermatol. 2016; 74(2): 288-294.
25. Schram M.E., Spuls P.I., Leeflang M.M. et al. EASI, (objective) SCORAD and POEM for atopic eczema: responsiveness and minimal clinically important difference. Allergy. 2012; 67: 99- 106.
26. Giam Y.C., Hebert A.A., Dizon M.V. A review on the role of moisturizers for atopic dermatitis. Asia Pac Allergy. 2016; 6(2): 120-128.
27. Breternitz M., Kowatzki D., Langenauer M. et al. Placebo-controlled, double-blind, randomized, prospective study of a glycerol-based emollient on eczematous skin in atopic dermatitis: biophysical and clinical evaluation. Skin Pharmacol Physiol. 2008; 21: 39-45.
28. Verallo-Rowell V.M., Dillague K.M., Syah-Tjundawan B.S. Novel antibacterial and emollient effects of coconut and virgin olive oils in adult atopic dermatitis. Dermatitis. 2008; 19(6):308-315.
29. Simpson E., Dutronc Y. A new body moisturizer increases skin hydration and improves atopic dermatitis symptoms among children and adults. J Drugs Dermatol. 2011; 10: 744-749.
30. Lindh J.D., Bradley M. Clinical effectiveness of moisturizers in atopic dermatitis and related disorders: a systematic review. Am J Clin Dermatol. 2015; 16: 341-359.
31. Miller D.W., Koch S.B., Yentzer B.A. et al. An over-the-counter moisturizer is as clinically effective as, and more cost-effective than, prescription barrier creams in the treatment of children with mild-to-moderate atopic dermatitis: a randomized, controlled trial. J Drugs Dermatol. 2011; 10: 531-537.

32. Grimalt R., Mengeaud V., Cambazard F. The steroid-sparing effect of an emollient therapy in infants with atopic dermatitis: a randomized controlled study. Dermatology. 2007; 214 (1): 61-67.
33. Msika P., De Belilovsky C., Piccardi N. et al. New emollient with topical corticosteroidsparing effect in treatment of childhood atopic dermatitis: SCORAD and quality of life improvement. Pediatr Dermatol. 2008; 25 (6): 606-612.
34. Lucky A.W., Leach A.D., Laskarzewski P., Wenck H. Use of an emollient as a steroidsparing agent in the treatment of mild to moderate atopic dermatitis in children. Pediatr Dermatol.1997; 14 (4): 321-324.
35. Eberlein B., Eicke C., Reinhardt H.W., Ring J. Adjuvant treatment of atopic eczema: assessment of an emollient containing N-palmitoylethanolamine (ATOPA study). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2008; 22 (1): 73-82.
36. Sugarman J.L., Parish L.C. Efficacy of a lipid-based barrier repair formulation in moderate-to-severe pediatric atopic dermatitis. J Drugs Dermatol. 2009; 8 (12): 1106-1111.
37. Mavlynova Sh Z, Ismagilov A I, Mavlyanov PN, Mavlyanova NN**. Activated silica solutions in external therapy in patients with allergic dermatosis.//** International Aesthetic Dermatology Symposium of Korean Dermatologists -2019 – Seoul, Korea. - Abstracts –p.173. www.koreaderma.org

38. Darsow U., Wollenberg A., Simon D. et al. ETFAD/EADV Eczema Task Force 2009 position paper on diagnosis and treatment of atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010; 24 (3): 317-328.

39. Chiang C., Eichenfield L.F. Quantitative assessment of combination bathing and moisturizing regimens on skin hydration in atopic dermatitis. PediatrDermatol. 2009; 26 (3): 273-278.
40. Мавлянова Ш.З., Ибрагимова Г.Р., Джафаров Х.М. Инновационный способ базисной наружной терапии у детей с атопическим дерматитом. // Методические рекомендации . – Ташкент. 2023.-22с.
41. Dabade T.S., Davis D.M., Wetter D.A. et al. Wet dressing therapy in conjunction with topical corticosteroids is effective for rapid control of severe pediatric atopic dermatitis: experience with 218 patients over 30 years at Mayo Clinic. J Am Acad Dermatol. 2012; 67 (1): 100-106.
42. Devillers A.C., Oranje A.P. Efficacy and safety of "wet-wrap" dressings as an intervention treatment in children with severe and/or refractory atopic dermatitis: a critical review of the literature. Br J Dermatol. 2006; 154 (4): 579-585.
43. Devillers A.C., de Waard-van der Spek F.B., Mulder P.G., Oranje A.P. Treatment of refractory atopic dermatitis using "wet-wrap" dressings and diluted corticosteroids: results of standardized treatment in both children and adults. Dermatology. 2002; 204: 50-55.
44. Goodyear H.M., Spowart K., Harper J.I. "Wet-wrap" dressings for the treatment of atopic eczema in children. Br J Dermatol. 1991; 125 (6): 604.
45. Brenninkmeijer E.E., Spuls P.I., Lindeboom R. et al. Excimer laser vs. clobetasol propionate 0.05% ointment in prurigo form of atopic dermatitis: a randomized controlled trial, a pilot. Br J Dermatol. 2010; 163 (4): 823-831.
46. Pels R., Sterry W., Lademann J. Clobetasol propionate – where, when, why? Drugs Today (Bare). 2008; 44 (7): 547-557.
47. Breneman D., Fleischer A.B. Jr, Kaplan D. et al. Clobetasol propionate 0.05% lotion in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis: a randomized evaluation versus clobetasol propionate emollient cream. J Drugs Dermatol. 2005; 4 (3): 330-336.
48. Thomsen S.F. Atopic Dermatitis: Natural History, Diagnosis, and Treatment. ISRN Allergy. 2014. DOI: 10.1155/2014/354250
49. Feldman S.R. Relative efficacy and interchangeability of various clobetasol propionate vehicles in the management of steroid-responsive dermatoses. CurrTher Res ClinExp. 2005; 66 (3):154-171.

50. Datz B., Yawalkar S. A double-blind, multicenter trial of 0.05% halobetasol propionate ointment and 0.05% clobetasol 17-propionate ointment in the treatment of patients with chronic, localized atopic dermatitis or lichen simplex chronicus. J Am Acad Dermatol. 1991; 25 (6Pt 2):1157-1160.
51. Viglioglia P., Jones M.L., Peets E.A. Once-daily 0.1% mometasone furoate cream versus twice-daily 0.1% betamethasone valerate cream in the treatment of a variety of dermatoses. J Int Med Res. 1990; 18 (6): 460-467.
52. Vanderploeg D.E. Betamethasone dipropionate ointment in the treatment of psoriasis and atopic dermatitis: a double-blind study. South Med J. 1976; 69 (7): 862-863.
53. Oueille C., Pommarede R., Saurat J.H. Efficacy versus systemic effects of six topical steroids in the treatment of atopic dermatitis of childhood. Pediatr Dermatol. 1984; 1 (3): 246-253.
54. Cabrera M.E. Treatment of severe or resistant corticosteroid-responsive dermatoses with Diprolene cream. J Int Med Res. 1984; 12 (3): 163-169.
55. Lodolo J.C. Diprolene cream in the treatment of severe or resistant corticosteroidresponsive dermatoses. J Int Med Res. 1984; 12 (2): 114-120.
56. Peterkin G.A., Morley W.N., Chalmers D. Triamcinolone and fluocinolone acetonide ointments in atopic eczema. BrMed J. 1962; 1 (5289): 1392.
57. Hanifin J.M. Atopic dermatitis. Special clinical complications. Postgrad Med. 1983; 74(3):188-193, 196-199.
58. Cadmus S.D., Sebastian K.R., Warren D. et al. Efficacy and patient opinion of wet-wrap dressings using 0.1% triamcinolone acetonide ointment vs cream in the treatment of pediatric atopic dermatitis: A randomized split-body control study. PediatrDermatol. 2019; 36 (4): 437-441.
59. Wolkerstorfer A., Strobos M.A., Glazenburg E.J. et al. Fluticasone propionate 0.05% cream once daily versus clobetasone butyrate 0.05% cream twice daily in children with atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 1998; 39 (2 Pt 1): 226-231.
60. Bleehen S.S., Chu A.C., Hamann I. et al. Fluticasone propionate 0.05% cream in the treatment of atopic eczema: a multicentre study comparing once-daily treatment and once-daily vehicle cream application versus twice-daily treatment. Br J Dermatol. 1995; 133 (4): 592-597.
61. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Опыт применения флутиказона пропионата (Кутивейт) в терапии псориаза, экземы и атопического дерматита. Эффективная фармакотерапия. 2010; 9: 24-29.
62. Prakash A., Benfield P. Topical mometasone. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in the treatment of dermatological disorders. Drugs. 1998; 55(1): 145-163.
63. Vernon H.J., Lane A.T., Weston W. Comparison of mometasone furoate 0.1% cream and hydrocortisone 1.0% cream in the treatment of childhood atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 1991; 24 (4): 603-607.
64. Lebwohl M. A comparison of once-daily application of mometasone furoate 0.1% cream compared with twice-daily hydrocortisone valerate 0.2% cream in pediatric atopic dermatitis patients who failed to respond to hydrocortisone: mometasone furoate study group. Int J Dermatol. 1999; 38 (8): 604-606.
65. Томилова А.Ю., Торшхоева Р.М., Геворкян А.К., Вознесенская Н.И. Эффективность и безопасность применения мометазонафуроата при атопическом дерматите у детей. Педиатрическая фармакология 2009; 6 (4): 123-127.
66. Шаипов Т.С., Мазитова Л.П. Применение мометазонафуроата при лечении атопического дерматита у детей. Педиатрическая фармакология. 2007; 4 (5): 41-44.
67. Ненашева Н.М. Особенности атопического дерматита у взрослых пациентов Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология. 2012; (3): 6-15.
68. Lane A.T. Efficacy and safety of topical steroids in paediatric atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 1997; 8: S24-S27.

69. Faergemann J., Christensen O., Sjovall P. et al. An open study of efficacy and safety of long-term treatment with mometasone furoate fatty cream in the treatment of adult patients with atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2000; 14 (5): 393-396.
70. Haneke E. The treatment of atopic dermatitis with methylprednisolone aceponate (MPA), a new topical corticosteroid. J DermatolTreatm. 1992; 3 (Suppl.2): 13-15.
71. Luger T.A. Balancing efficacy and safety in the management of atopic dermatitis: the role of methylprednisolone aceponate. J EurAcadDermatolVenereol. 2011; 25 (3): 251-258.
72. Bieber T., Vick K., Folster-Holst R. et al. Efficacy and safety of methylprednisolone aceponate ointment 0.1% compared to tacrolimus 0.03% in children and adolescents with an acute flare of severe atopic dermatitis. Allergy. 2007; 62 (2): 184-189.
73. Кондратьева Ю.С., Кархова В.В. Опыт применения 0,1% метилпреднизолонаацепоната в комплексной терапии стероидчувствительных дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии 2016; 1: 93-98.
74. Чикин В.В. Метилпреднизолонаацепонат и декспантенол в топической терапии больных атопическим дерматитом. Вестник дерматологии и венерологии 2014; 5: 112-116.
75. Lassus A. Alclometasone dipropionate cream 0.05% versus clobetasone butyrate cream 0.5%. A controlled clinical comparison in the treatment of atopic dermatitis in children. Int J Dermatol. 1984; 23 (8): 565-566.
76. Panja S.K., Gangopadhaya A.K., Sharma S.D. A randomised, double-blind comparison of alclometasone dipropionate 0.05% cream in atopic dermatitis and other dermatoses. Indian J Dermatol. 1988; 33 (1): 1-4.
77. Макарова И.В., Гайдук И.М., Жиглинская О.В. и др. Применение 0,05% крема алклометазонадипропионата в терапии атопического дерматита у детей раннего возраста. Вопросы современной педиатрии. 2004; 3 (4): 84-87.
78. Короткий Н.Г., Тихомиров А.А., Гамаюнов Б.Н. Оценка клинической эффективности современного стероида алклометазонадипропионата (Афлодерма) в наружной терапии атопического дерматита у детей. Клиническая дерматология и венерология. 2007; 6: 24-31.
79. Торопова Н.П., Черкасова Л.А., Платонова И.Н. и др. Опыт применения препарата "Афлодерм" (алклометазонадипропионат) в детской дерматологической практике. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2003; 3: 39-40.
80. Veien N.K., Hattel T., Justesen O. et al. Hydrocortisone 17-butyrate (Locoid) 0.1% cream versus hydrocortisone (Uniderm) 1% cream in the treatment of children suffering from atopic dermatitis. J Int Med Res. 1984; 12 (5): 310-313.
81. T. Rajka G., Verjans H.L. Hydrocortisone 17-butyrate (Locoid) 0.1% fatty cream versus desonide (Apolar) 0.1% ointment in the treatment of patients suffering from atopic dermatitis. J Int Med Res. 1986; 14 (2): 85-90.
82. Abramovits A, Oquendo M. Hydrocortisone butyrate 0.1% lipocream in pediatric patients with atopic dermatitis. SKINmed. 2010; 8: 72-79.
83. Koopmans B., Lasthein Andersen B., Mork N.J. et al. Multicentre randomized doubleblind study of locoidlipocream fatty cream twice daily versus locoidlipocream once daily and locobase once daily. J Dermatol Treat. 1995; 6 (2): 103-106.
84. Saki N, Jowkar F, Alyaseen S. et al. Comparison of sertaconazole 2% cream versus hydrocortisone 1% ointment in the treatment of atopic dermatitis. J Dermatolog Treat. 2013; 24 (6):447-449.
85. Reitamo S., Rustin M., Ruzicka T. et al. Efficacy and safety of tacrolimus ointment compared with that of hydrocortisone butyrate ointment in adult patients with atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol. 2002; 109 (3): 547-555.
86. Matheson R., Kempers S., Breneman D. et al. Hydrocortisone butyrate 0.1% lotion in the treatment of atopic dermatitis in pediatric subjects. J Drugs Dermatol. 2008; 7 (3): 266-271.
87. Sears H.W., Bailer J.W., Yeadon A. Efficacy and safety of hydrocortisone buteprate 0.1% cream in patients with atopic dermatitis. Clin Ther. 1997; 19 (4): 710-719.

88. Игнатьев Д.В., Кочергин Н.Г. Местные кортикостероиды в практике врачадерматолога. Особенности гидрокортизона бутирата (локоида). Дерматология. Приложение к журналу ConsiliumMedicum. 2007; 1: 50-54.
89. Udompataikul M., Limpa-o-Vart D. Comparative trial of 5% dexpanthenol in water-in-oil formulation with 1% hydrocortisone ointment in the treatment of childhood atopic dermatitis: a pilot study. J Drugs Dermatol. 2012; 11 (3): 366-374.
90. Udompataikul M., Srisatwaja W. Comparative trial of moisturizer containing licochalcone A vs. hydrocortisone lotion in the treatment of childhood atopic dermatitis: a pilot study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2011; 25 (6): 660-665.
91. Сергеев Ю.В., Иванов О.Л., Новиков Д.К. и др. Атопический дерматит: современная диагностика и лечение. Иммунопатология, аллергология, инфектология. 2001; 4: 39-63.
92. Ashcroft D.M., Dimmock R, Garside R. et al. Efficacy and tolerability of topical pimecrolimus and tacrolimus in the treatment of atopic dermatitis: meta-analysis of randomized controlled trials. BMJ. 2005; 330 (7490): 516.
93. Ruzicka T., Bieber T., Schopf E. et al. A short-term trial of tacrolimus ointment for atopic dermatitis. N Engl J Med. 1997; 337 (12): 816-821.
94. Reitamo S., Wollenberg A., Schopf E. et al. Safety and efficacy of 1 year of tacrolimus ointment monotherapy in adults with atopic dermatitis. Arch Dermatol. 2000; 136 (8): 999-1006.
95. Chen S.L., Yan J., Wang F.S. Two topical calcineurin inhibitors for the treatment of atopic dermatitis in pediatric patients: a meta-analysis of randomized clinical trials. J DermatologTreat. 2010; 21 (3): 144-156.
96. Bornhovd E.C., Burgdorf W.H., Wollenberg A. Immunomodulatory macrolactams for topical treatment of inflammatory skin diseases. Curr Opin Investig Drugs. 2002; 3 (5): 708-712.
97. Lubbe J. Klinische Erfahrungen mit topischen Calcineurininhibitoren in der Praxis. Hautarzt. 2003; 54 (5): 432-439.
98. Reitamo S., Ortonne J.P., Sand C. et al. A multicentre, randomized, double-blind, controlled study of long-term treatment with 0.1% tacrolimus ointment in adults with moderate to severe atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2005; 152 (6): 1282-1289.
99. Patel R.R., Vander Straten M.R., Korman N.J. The safety and efficacy of tacrolimus therapy in patients younger than 2 years with atopic dermatitis. Arch Dermatol. 2003; 139 (9): 1184-1186.
100. Wollenberg A., Sidhu M.K., Odeyemi I. et al. Economic evaluation of maintenance treatment with tacrolimus 0.1% ointment in adults with moderate to severe atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2008; 159 (6): 1322-1330.
101. Healy E., Bentley A., Fidler C., Chambers C. Cost-effectiveness of tacrolimus ointment in adults and children with moderate and severe atopic dermatitis: twice-weekly maintenance treatment vs. standard twice-daily reactive treatment of exacerbations from a third party payer (U.K. National Health Service) perspective. Br J Dermatol 2011; 164 (2): 387-395.
102. Reitamo S., Mandelin J., Rubins A. et al. The pharmacokinetics of tacrolimus after first and repeated dosing with 0.03% ointment in infants with atopic dermatitis. Int J Dermatol. 2009; 48 (4): 348-355.
103. Reitamo S., Rustin M., Harper J. et al. A 4-year follow-up study of atopic dermatitis therapy with 0.1% tacrolimus ointment in children and adult patients. Br J Dermatol. 2008; 159 (4):942-951.
104. Mandelin J.M., Remitz A., Virtanen H.M. et al. A 10-year open follow-up of eczema and respiratory symptoms in patients with atopic dermatitis treated with topical tacrolimus for the first 4 years. J Dermatolog Treat. 2010; 21 (3): 167-170.
105. Mandelin J., Remitz A., Virtanen H.M. et al. One-year treatment with 0.1% tacrolimus ointment versus a corticosteroid regimen in adults with moderate to severe atopic dermatitis: a randomized, double-blind, comparative trial. Acta Derm Venereol. 2010; 90 (2): 170-174.

106. Boguniewicz M., Fiedler V.C., Raimer S. et al. A randomized, vehicle-controlled trial of tacrolimus ointment for treatment of atopic dermatitis in children. Pediatric Tacrolimus Study Group. J Allergy Clin Immunol 1998; 102: 637-644.
107. Елисютина О.Г., Феденко Е.С., Штырбул О.В., Ниязов Д.Д. Применение такролимуса у больных атопическим дерматитом среднетяжелого и тяжелого течения. Первый клинический опыт в России. Российский аллергологический журнал 2011; 6: 68-76.
108. Прошутинская Д.В., Бутарева М.М., Иноятова Л.А. Новые возможности терапии атопического дерматита у детей и взрослых. Вестник дерматологии и венерологии 2013; 3: 78-82.
109. Самцов А.В., Сухарев А.В., Патрушев А.В., Бондарь О.И. Клиническая эффективность, безопасность и переносимость 0,1% мази такролимус при лечении атопического дерматита средней и тяжелой степени тяжести. Вестник дерматологии и венерологии 2012; 2: 71-77.
110. Самцов А.В., Сухарев А.В., Патрушев А.В. Лечение атопического дерматита: преимущества такролимуса перед топическими кортикостероидами. Эффективная фармакотерапия 2014; 19: 4-10.
111. Van Leent E.J., Graber M., Thurston M. et al. Effectiveness of the ascomycin macrolactam SDZ ASM 981 in the topical treatment of atopic dermatitis. Arch Dermatol 1998; 134 (7): 805-809.
112. Meurer M., Folster-Holst R., Wozel G. et al. Pimecrolimus cream in the long-term management of atopic dermatitis in adults: a six-month study. Dermatology 2002; 205 (3): 271-277.
113. Wahn U., Bos J., Goodfield M. et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream in the longterm management of atopic dermatitis in children. Pediatrics. 2002; 110 (1 Pt 1): 1-8.
114. Ho V.C., Gupta A., Kaufmann R. et al. Safety and efficacy of nonsteroid pimecrolimus cream 1% in the treatment of atopic dermatitis in infants. J Pediatr 2003; 142 (2): 155-162.
115. Eichenfield L.F., Lucky A.W., Boguniewicz M. et al. Safety and efficacy of pimecrolimus (ASM 981) cream 1% in the treatment of mild and moderate atopic dermatitis in children and adolescents. J Am Acad Dermatol. 2002; 46 (4): 495-504.
116. Langley R.G., Eichenfield L.F., Lucky A.W. et al. Sustained efficacy and safety of pimecrolimus cream 1% when used long-term (up to 26 weeks) to treat children withatopic dermatitis. Pediatr Dermatol. 2008; 25 (3): 301-307.
117. Luger T., van Leent E.J., Graeber M. et al. SDZ ASM 981: an emerging safe and effective treatment for atopic dermatitis. Br J Dermatol. 2001; 144 (4): 788-794.
118. Eichenfield L.F., Thaci D., de Prost Y. et al. Clinical management of atopic eczema with pimecrolimus cream 1% (Elidel) in paediatric patients. Dermatology 2007; 11: 3-17.
119. Reda A.M., Elgendi A., Ebraheem A.I, et al. A practical algorithm for topical treatment of atopic dermatitis in the Middle East emphasizing the importance of sensitive skin areas. J Dermatolog Treat. 2019; 30 (4): 366-373.
120. Кубанов А.А., Петровский Ф.И. Активированный пиритион цинка (Скин-кап). Механизмы действия. Клиническое применение. Вестник дерматологии и венерологии, 2009; 5: 35-42.
121. Фассахов Р.С., Пампура А.Н., Коростовцев Д.С. и др. Скин-Кап в терапии атопического дерматита у детей (по результатам Российского многоцентрового исследования КАДЕТ). Российский Аллергологический Журнал 2007; 2: 75-81.
122. Фассахов Р.С., Пампура А.Н., Коростовцев Д.С. и др. Эффективность и безопасность активированного цинк пиритиона (скин-кап) в лечении атопического дерматита у детей (результаты Российского многоцентрового исследования). Вестник педиатрической фармакологии и нутрициологии 2006; 3 (6): 28-31.

123. Нейродерматозы. В кн.: Кожные и венерические болезни: Руководство для врачей. В двух томах. – 2-е изд., перераб. и доп. – Т. 2 / Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева, – М.: Медицина, 1999. – С. 9-49.
124. Yoshida H., Niimura M., Ueda H. et al. Clinical evaluation of ketotifen syrup on atopic dermatitis: a comparative multicenter double-blind study of ketotifen and clemastine. Ann Allergy. 1989; 62 (6): 507-512.
125. Григорьева И., Сергеев А., Манина И., Кудрявцева Е. Иммунопатология и биохимические основы атопических состояний. Врач. 2012; 4: 86-91.
126. Морозова С.В., Лусс Л.В. Хлоропирамин: современные аспекты применения. Вопросы современной педиатрии. 2007; 6 (1): 137-140.
127. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Хлоропирамин: клинические аспекты применения. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 24: 1785-1789.
128. Петрова К.С., Петрова Г.А. Хлоропирамин (Супрастин) – современные аспекты применения в терапии аллергодерматозов. Русский медицинский журнал. Фармакотерапия. 2014; 8: 617-620.
129. Ревякина В.А. Антигистаминные препараты в клинической практике. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 11: 854-856.
130. Behrendt H., Ring J. Histamine, antihistamines and atopic eczema. Clin Exp Allergy. 1990; 20 (Suppl 4): 25-30.
131. Langeland T., Fagertun H.E., Larsen S. Therapeutic effect of loratadine on pruritus in patients with atopic dermatitis. A multi-crossover-designed study. Allergy. 1994; 49 (1): 22-26.
132. Monroe E.W. Relative efficacy and safety of loratadine, hydroxyzine, and placebo in chronic idiopathic urticaria and atopic dermatitis. Clin Ther. 1992; 14 (1): 17-21.
133. Попова И.С., Матушевская Е.В., Свирщевская Е.В. Двойное слепое плацебоконтролируемое исследование эффективности и переносимости кларотадина при атопическом дерматите. Русс. Мед. Журн. Дерматология, Венерология. 2001; 9 (4): 477-483.
134. Hannuksela M., Kalimo K., Lammintausta K. et al. Dose ranging study: cetirizine in the treatment of atopic dermatitis in adults. Ann Allergy. 1993; 70 (2): 127-133.
135. La Rosa M., Ranno C., Musarra I. et al. Double-blind study of cetirizine in atopic eczema in children. Ann Allergy 1994; 73 (2): 117-122.
136. Павлова О.В. Опыт применения цетиризина (аллертека) в терапии больных атопическим дерматитом и экземой. Вестник дерматологии и венерологии 2005; (4): 41-43.
137. Макарова И.В., Жиглинская О.В., Михайлова Е.А., Сухорукова В.Г. Сравнительная эффективность препаратов цетиризина дженерика (производство Эгис, Венгрия) и оригинального в форме капель в комплексной терапии атопического дерматита у детей раннего возраста. Вопросы современной педиатрии. 2007; 6 (3): 8-88.
138. Самсыгина Г.А. Аллергические болезни у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
139. Делягин В.М., Уразбагамбетов А. Применение Супрастинекса (левоцетиризина) при атопии у детей и подростков. Русский медицинский журнал. Педиатрия 2012; (16): 828-830.
140. Елисютина О.Г., Феденко Е.С., Федоскова Т.Г., Лусс Л.В. Эффективность терапии левоцетиризином больных с аллергодерматозами. Росс. Аллергол. Журнал, 2012, 5: 69-75.
141. Тамразова О.Б. Патогенетическая терапия детей, страдающих тяжелыми формами атопического дерматита. Русский медицинский журнал. Педиатрия. 2013; (2): 108-114.
142. Нажмутдинова Д.К., Швец О.И. Левоцетиризин: перезагрузка. Русский медицинский журнал. Дерматология. 2011; 21: 1324-1326.
143. Камаев А.В., Трусова О.В., Камаева И.А. Зуд при атопическом дерматите у детей: известные механизмы и возможности его долгосрочного контроля. Русский медицинский журнал. 2015; 3: 142-146.

144. Монахов С.А., Коржачкина Н.Б., Олисова О.Ю. Узковолновая фототерапия 311 нм в лечении больных атопическим дерматитом. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2012; 3: 25-27.
145. Majoie I.M., Oldhoff J.M., van Weelden H. et al. Narrowband ultraviolet B and mediumdose ultraviolet A1 are equally effective in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol 2009; 60: 77-84.
146. Reynolds N.J., Franklin V., Gray J.C. et al. Narrow-band ultraviolet B and broad-band ultraviolet A phototherapy in adult atopic eczema: a randomised controlled trial. Lancet. 2001; 357 (9273): 2012-2016.
147. Clayton T.H., Clark S.M., Turner D., Goulden V. The treatment of severe atopic dermatitis in childhood with narrowband ultraviolet B phototherapy. Clin Exp Dermatol. 2007; 32(1): 28-33.
148. Seccombe L., Wynne M.D., Clancy C. et al. A retrospective review of phototherapy in children, at a tertiary paediatric dermatology unit. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2021;
37 (1): 34-38.
149. Gambichler T., Othlinghaus N., Tomi N.S. et al. Medium-dose ultraviolet (UV) A1 vs. narrowband UVB phototherapy in atopic eczema: a randomized crossover study. Br J Dermatol 2009; 160 (3): 652-658.
150. Bogaczewicz J., Malinowska K., Sysa-Jedrzejowska A., Wozniacka A. Medium-dose ultraviolet A1 phototherapy improves SCORAD index and increases mRNA expression of interleukin-4 without direct effect on human β defensin-1, interleukin-10, and interleukin-31. Int J Dermatol. 2016; 55 (7): e380-e385.
151. Tzaneva S., Seeber A., Schwaiger M. et al. High-dose versus medium-dose UVA1phototherapy for patients with severe generalized atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2001; 45: 503-507.
152. Malinowska K., Wozniacka A., Bogaczewicz J. The impact of medium dose UVA1 phototherapy on pruritus, DLQI and SCORAD index in patients with atopic dermatitis. Postepy Dermatol Alergol. 2020; 37 (6): 962-967.
153. Abeck D., Schmidt T., Fesq H. et al. Long-term efficacy of medium-dose UVA1 phototherapy in atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2000; 42 (2 Pt 1): 254-257.
154. Pugashetti R., Lim H.W., Koo J. Broadband UVB revisited: is the narrowband UVB fad limiting our therapeutic options? J DermatologTreat. 2010; 21 (6): 326-330.
155. Tzaneva S., Kittler H., Holzer G. et al. 5-Methoxypsoralen plus ultraviolet (UV) A is superior to medium-dose UVA1 in the treatment of severe atopic dermatitis: a randomized crossover trial. Br J Dermatol. 2010; 162 (3): 655-660.
156. Garritsen F.M., Brouwer M.W., Limpens J., Spuls P.I. Photo(chemo)therapy in the management of atopic dermatitis: an updated systematic review with implications for practice and research. Br J Dermatol. 2014; 170 (3): 501-513.
157. Perez-Ferriols A., Aranegui B., Pujol-Montcusi J.A. et al. Phototherapy in atopic dermatitis: a systematic review of the literature. Actas Dermosifiliogr. 2015; 106 (5): 387-401.
158. Uetsu N., Horio T. Treatment of persistent severe atopic dermatitis in 113 Japanese patients with oral psoralen photo-chemotherapy. J Dermatol. 2003; 30 (6): 450-457.
159. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство. / Под ред. Г.Н. Пономаренко., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. 688 с.
160. Частная физиотерапия: Учебное пособие / Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2005, 744 с.
161. Patrizi A., Raone B., Ravaioli G.M. Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of phototherapy. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015; 8: 511-520.
162. Dogra S., Mahajan R.; Indian Association of Dermatologists, Venereologists and Leprologists. Phototherapy for atopic dermatitis. Indian J Dermatol VenereolLeprol. 2015; 81 (1): 10-15.

163. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Волнухин В.А. и др. Терапия больных псориазом, атопическим дерматитом и витилиго узкополосным средневолновым ультрафиолетовым излучением с длиной волны 311 нм. Медицинская технология N ФС-2006/250 от 15 августа 2006 года. Вестник дерматологии и венерологии 2008: 3: 17-20.
164. Thompson K.G., Kim N. Distinguishing myth from fact: photocarcinogenesis and phototherapy. DermatolClin. 2020; 38 (1): 25-35.
165. Paller A.S., Siegfried E.C., Thagi D. et al. Efficacy and safety of dupilumab with concomitant topical corticosteroids in children 6 to 11 years old with severe atopic dermatitis: A randomized, double-blinded, placebo-controlled phase 3 trial. J Am Acad Dermatol. 2020; 83 (5): 1282-1293.
166. Paller A.S., Bansal A., Simpson E.L. et al. Clinically meaningful responses to dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis: Post-hoc analyses from a randomized clinical trial. Am J Clin Dermatol. 2020; 21 (1): 119-131.
167. Simpson E.L., Paller A.S., Siegfried E.C. et al. Efficacy and safety of dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate to severe atopic dermatitis: A phase 3 randomized clinical trial. JAMA Dermatol. 2020; 156 (1): 44-56.
168. Cork M.J., Thaci D., Eichenfield L.F. et al. Dupilumab in adolescents with uncontrolled moderate-to-severe atopic dermatitis: results from a phase IIa open-label trial and subsequent phase III open-label extension. Br J Dermatol. 2020; 182 (1): 85-96.
169. Simpson E.L., Bieber T., Guttman-Yassky E. et al. Two phase 3 trials of dupilumab versus placebo in atopic dermatitis. N Engl J Med. 2016; 375 (24): 2335-2348.
170. Blauvelt A., de Bruin-Weller M., Gooderham M. et al. Long-term management of moderate-to-severe atopic dermatitis with dupilumab and concomitant topical corticosteroids (LIBERTY AD CHRONOS): a 1-year, randomised, double-blinded, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet 2017; 389 (10086): 2287-2303.
171. de Bruin-Weller M., Thagi D., Smith C.H. et al. Dupilumab with concomitant topical corticosteroid treatment in adults with atopic dermatitis with an inadequate response or intolerance to ciclosporin A or when this treatment is medically inadvisable: a placebo-controlled, randomized phase III clinical trial (LIBERTY AD CAFE). Br J Dermatol. 2018; 178(5): 1083-1101.
172. Thaci D., L Simpson E., Deleuran M. et al. Efficacy and safety of dupilumab monotherapy in adults with moderate-to-severe atopic dermatitis: a pooled analysis of two phase 3 randomized trials (LIBERTY AD SOLO 1 and LIBERTY AD SOLO 2). J Dermatol Sci. 2019; 94 (2): 266-275.
173. Cork M.J., Eckert L., Simpson E.L. et al. Dupilumab improves patient-reported symptoms of atopic dermatitis, symptoms of anxiety and depression, and health-related quality of life in moderate-to-severe atopic dermatitis: analysis of pooled data from the randomized trials SOLO 1 and SOLO 2. J Dermatolog Treat. 2019 Jun 9: 1-9.
174. Snast I., Reiter O., Hodak E. et al. Are biologies efficacious in atopic dermatitis? asystematic review and meta-analysis. Am J Clin Dermatol. 2018; 19 (2): 145-165.
175. Wang F.R, Tang X.J., Wei C.O. et al. Dupilumab treatment in moderate-to-severe atopic dermatitis: A systematic review and meta-analysis. J Dermatol Sci. 2018; 90 (2): 190-198.
176. Czech W., Brautigam M., Weidinger G., Schopf E. Body weight independent dosing regimen of cyclosporine microemulsion is effective in severe atopic dermatitis and improves the quality of life. J Am Acad Dermatol 2000; 42: 653-659.
177. Harper J.I., Ahmed I., Barclay G. et al. Cyclosporin for severe childhood atopic dermatitis: short course versus continuous therapy. Br J Dermatol 2000; 142: 52-58.
178. Granlund H., Erkko R, Remitz A. et al. Comparison of cyclosporin and UVAB phototherapy for intermittent one-year treatment of atopic dermatitis. Acta DermVenereol 2001; 81: 22-27.

179. Zurbriggen B., Wuthrich B., Cachelin A.B. et al. Comparison of two formulations of cyclosporin A in the treatment of severe atopic dermatitis. A double-blind, single-centre, cross-over pilot study. Dermatology 1999; 198: 56-60.
180. Hijnen D.J., ten Berge O., Timmer-de Mik L.et al. Efficacy and safety of long-term treatment with cyclosporin A for atopic dermatitis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21: 85-89.
181. Schmitt J., Schmitt N., Meurer M. Cyclosporin in the treatment of patients with atopic eczema a systematic review and meta-analysis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2007; 21 (5): 606- 619.
182. Amor K.T., Ryan K., Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: Part I. J Am Acad Dermatol 2010; 63 (6): 925-946.
183. Wollenberg A., Barbarot S., Bieber T. et al. Consensus-based European guidelines for treatment of atopic eczema (atopic dermatitis) in adults and children: part II. JEur AcadDermatol Venereol 2018; 32 (6): 850-878.
184. Шамов Б.А. Атопический дерматит: клинические проявления и лечение. Дневник Казанской медицинской школы. 2014; 1 (4): 63-65.
185. Jung M.Y., Chung J.Y., Lee H.Y. et al. Antibiotic susceptibility of Staphylococcus aureus in atopic dermatitis: current prevalence of methicillin-resistant Staphylococcus aureus in Korea and treatment strategies. Ann Dermatol. 2015; 27 (4): 398-403.
186. Lubbe J. Secondary infections in patients with atopic dermatitis. Am J ClinDermatol 2003; 4 (9): 641-654.
187. Масюкова С.А., Гладько Е.В., Тарасенко Г.Н. и др. Фузидиевая кислота в лечении пиодермитов и аллергодерматозов, осложненных бактериальной инфекцией. Вестник дерматологии и венерологии. 2007; 6: 54-57.
188. Дворянкова Е.В., Корсунская И.М., Захарова А.Б., Жуковский Р.О. Атопический дерматит, осложненный вторичной инфекцией: подходы к терапии. Эффективная фармакотерапия. 2011; 26: 74-76.
189. Ларькова И.А. Эффективная терапия атопического дерматита у детей, осложненного вторичной инфекцией. Медицинский совет. 2016; 1: 162-167.
190. Матушевская Е.В., Свирщевская Е.В. Атопический дерматит в практике врачадерматовенеролога: рациональный выбор терапии. Русский медицинский журнал. 2013; 21(8): 410-412.
191. Gong J.O., Lin L., Lin T. et al. Skin colonization by Staphylococcus aureus in patients with eczema and atopic dermatitis and relevant combined topical therapy: a double-blind multicentre randomized controlled trial. Br J Dermatol 2006; 155: 680-687.
192. Lever R, Hadley K, Downey D, Mackie R. Staphylococcal colonization in atopic dermatitis and the effect of topical mupirocin therapy. Br J Dermatol 1988; 119: 189-198.
193. Альбанова В. Наружное лечение атопического дерматита. Врач. 2006; 2: 76-78.
194. Батыршина С.В., Хаертдинова Л.А. Концепция местной терапии больных атопическим дерматитом. Практическая медицина. 2009; 35 (3): 41-45.
195. Wachs G.N., Maibach H.I. Co-operative double-blind trial of an antibiotic/corticoid combination in impetiginized atopic dermatitis. Br J Dermatol 1976; 95: 323-328.
196. Schuttelaar M.L., Coenraads P.J. A randomized, double-blind study to assess the efficacy of addition of tetracycline to triamcinolone acetonide in the treatment of moderate to severe atopic dermatitis. J EurAcadDermatolVenereol 2008; 22: 1076-1082.
197. Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. Применение Полькортолона ТС для лечения зудящих дерматозов, осложненных вторичной инфекцией. Русский медицинский журнал 2013; 21 (22): 1096-1098.
198. Скрипкин Ю.К., Хамаганова И.В. Опыт применения аэрозолей оксикорт и полькортолон ТС в лечении аллергических дерматозов, осложненных пиодермией. Вестник дерматологии и венерологии. 2004; 1: 42-43.

199. Ramsay C., Savoie J., Gilbert M. et al. The treatment of atopic dermatitis with topical fusidic acid and hydrocortisone acetate. J Eur Acad Dermatol Venereol 1996; 7 (Suppl. 1): S 15-22.
200. Hjorth N., Schmidt H., Thomsen K. Fusidic acid plus betamethasone in infected or potentially infected eczema. Pharmatherapeutica 1985; 4: 126-131.
201. Тарасова М.В., Марина Т.В., Сорокина Е.А. и др. Целесообразность применения комбинированных топических глюкокортикостероидов в комплексной терапии атопического дерматита. Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. 2008; 10(3): 383.
202. Кубанова А.А. Прошутинская Д.В., Текучева Л.В., Авдиенко И.Н. Интегральный подход к наружной терапии больных атопическим дерматитом. Вестник дерматологии и венерологии. 2010; 1: 20-26.
203. Ненашева Н.М. Особенности местной (наружной) терапии осложненного инфекцией атопического дерматита. РМЖ. 2015; 23(19): 1159-1165.
204. Кунгуров Н.В., Кениксфест Ю.В., Кохан М.М. и др. Комбинированная наружная терапия осложненных дерматозов. Клиническая дерматология и венерология. 2005; 2: 33-37.
205. Niebuhr M., Mai U., Kapp A., Werfel T. Antibiotic treatment of cutaneous infections with Staphylococcus aureus in patients with atopic dermatitis: current antimicrobial resistances and susceptibilities. ExpDermatol. 2008; 17 (11): 953-957.
206. Boguniewicz M., Sampson H., Leung S. et al. Effects of cefuroxime axetil on Staphylococcus aureus colonizing and superantigen production in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2001; 108: 651-652.
207. Тренева М.С., Пампура А.Н. Стратегия выбора антибактериальных препаратов у детей с микробным инфицированием атопического дерматита. Практическая медицина. 2011; 3 (51): 136-139.
208. Boguniewicz M., Leung D.Y. Recent insights into atopic dermatitis and implications for management of infectious complications. J AllergyClinImmunol. 2010; 125 (1): 4-13.
209. Tognetti L., Martinelli C., Berti S. et al. Bacterial skin and soft tissue infections: review of the epidemiology, microbiology, aetiopathogenesis and treatment: a collaboration between dermatologists and infectivologists. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012; 26 (8): 931-941.
210. Petry V., Bessa G.R., Poziomczyck C.S. et al. Bacterial skin colonization and infections in patients with atopic dermatitis. An Bras Dermatol. 2012; 87 (5): 729-734.
211. Wollenberg A. Eczema herpeticum. Chem Immunol Allergy. 2012; 96: 89-95.
212. Niimura M., Nishikawa T. Treatment of eczema herpeticum with oral acyclovir. Am J Med. 1988; 85 (2A): 49-52.
213. Bussmann C., Bockenhoff A., Henke H. et al. Does allergen-specific immunotherapy represent a therapeutic option for patients with atopic dermatitis? J Allergy Clin Immunol 2006; 118: 1292-1298.
214. Darsow U., Forer I., Ring J. Allergen-specific immunotherapy in atopic eczema. Curr Allergy Asthma Rep 2011; 11: 277-283.
215. Bae J.M., Choi Y.Y., Park C.O. et al. Efficacy of allergen-specific immunotherapy for atopic dermatitis: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Allergy Clin Immunol 2013; 132: 110-117.
216. Ring J. Successful hyposensitization treatment in atopic eczema: results of a trial in monozygotic twins. Br J Dermatol 1982; 107: 597-602.
217. Winfred Frazier, Namita Bhardwaj. Atopic Dermatitis: Diagnosis and Treatment. 2020 May 15;101(10):590-598.
218. Zachariae H., Cramers M., Herlin T.etal. Non-specific immunotherapy and specific hyposensitization in severe atopic dermatitis. Acta Derm Venereol Suppl (Stockh) 1985; 114: 48-54.

219. Елисютина О.Г., Феденко Е.С. Место специфической иммунотерапии в лечении больных атопическим дерматитом, осложненным рецидивирующей пиодермией. Физиология и патология иммунной системы. Физиология и патология иммунной системы. 2006; (8): С. 15.
220. Novak N., Bieber T., Hoffmann M. et al. Efficacy and safety of subcutaneous allergenspecific immunotherapy with depigmented polymerized mite extract in atopic dermatitis. J Allergy Clin Immunol 2012; 130: 925-931 e4.
221. Pajno G.B., Caminiti L., Vita D. et al. Sublingual immunotherapy in mite-sensitized children with atopic dermatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study. J Allergy Clin Immunol 2007; 120: 164-170.
222. Oin Y.E., Mao J.R., Sang Y.C., Li W.X. Clinical efficacy and compliance of sublingual immunotherapy with Dermatophagoidesfarinae drops in patients with atopic dermatitis. Int J Dermatol 2014; 53: 650-655.
223. Liu L., Guo D., Liang O. et al. The efficacy of sublingual immunotherapy with Dermatophagoidesfarinae vaccine in a murine atopic dermatitis model. Clin Exp Allergy 2015; 45: 815-822.
224. Roduit C., Frei R., Loss G. et al. Development of atopic dermatitis according to age of onset and association with early-life exposures. J Allergy Clin Immunol 2012; 130: 130-136 e5.
225. Perkin M.R., Logan K., Tseng A. et al. Randomized trial of introduction of allergenic foods in breast-fed infants. N Engl J Med 2016; 374: 1733-1743.
226. Prell C., Koletzko B. Breastfeeding and Complementary Feeding. DtschArztebl Int. 2016; 113(25): 435-444.
227. Vandenplas Y., Al-Hussaini B., Al-Mannaei K. et al. Prevention of Allergic Sensitization and Treatment of Cow's Milk Protein Allergy in Early Life: The Middle-East Step-Down Consensus. Nutrients. 2019 Jun 26; 11(7).
228. Gruber C. Probiotics and prebiotics in allergy prevention and treatment: future prospects. Exp Rev Clin Immunol 2012; 8: 17-19.
229. Cuello-Garcia C.A., Brozek J.L., Fiocchi A. et al. Probiotics for the prevention of allergy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. J Allergy Clin Immunol 2015; 136: 952-961.
230. Panduru M., Panduru N.M., Salavastru C.M., Tiplica G.S. Probiotics and primary prevention of atopic dermatitis: a meta-analysis of randomized controlled studies. J Eur Acad Dermatol Venereol 2015; 29 (2): 232-242.
231. Muraro A., Halken S., Arshad S.H. et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines. Primary prevention of food allergy. Allergy 2014; 69: 590-601.
232. Kantor R., Kim A., Thyssen J.P., Silverberg J.I. Association of atopic dermatitis with smoking: a systematic review and meta-analysis. J Am Acad Dermatol 2016; 75: 1119-1125 el.
233. Kathuria P., Silverberg J.I. Association of pollution and climate with atopic eczema in US children. Pediatr Allergy Immunol 2016; 27: 478-485.
234. Morgenstern V., Zutavern A., Cyrys J. et al. Atopic diseases, allergic sensitization, and exposure to traffic-related air pollution in children. Am J Respir Crit Care Med 2008; 177: 1331-1337.
235. Hidaka T., Ogawa E., Kobayashi E.H. et al. The aryl hydrocarbon receptor AhR links atopic dermatitis and air pollution via induction of the neurotrophic factor artemin. Nat Immunol 2017; 18: 64-73.
236. Ricci G., Bendandi B., Aiazzi R.et al. Three years of Italian experience of an educational program for parents of young children affected by atopic dermatitis: improving knowledge produces lower anxiety levels in parents of children with atopic dermatitis. Pediatr Dermatol. 2009; 26: 1-5.
237. Staab D., Diepgen T.L., Fartasch M. et al. Age related, structured educational programmes for the management of atopic dermatitis in children and adolescents: multicentre, randomised controlled trial. BMJ. 2006; 332: 933-938.

238. Lambert J., Bostoen J., Geusens B. et al. A novel multidisciplinary educational programme for patients with chronic skin diseases: Ghent pilot project and first results. Arch Dermatol Res. 2011; 303: 57-63.
239. Kupfer J., Gieler U., Diepgen T.L. et al. Structured education program improves the coping with atopic dermatitis in children and their parents-a multicenter, randomized controlled trial. J PsychosomRes. 2010; 68 (4): 353-358.
240. Staab D., von Rueden U., Kehrt R. et al. Evaluation of a parental training program for the management of childhood atopic dermatitis. Pediatr Allergy Immunol. 2002; 13: 84-90.
241. Kiriyama T., Sugiura H., Uehara M. Residual washing detergent in cotton clothes: a factor of winter deterioration of dry skin in atopic dermatitis. J Dermatol. 2003; 30: 708-712.
242. Schmid-Wendtner M.H., Korting H.C. The pH of the skin surface and its impact on the barrier function. Skin Pharmacol Physiol. 2006; 19: 296-302.
243. Simpson E., Trookman N.S., Rizer R.L. et al. Safety and tolerability of a body wash and moisturizer when applied to infants and toddlers with a history of atopic dermatitis: results from an open-label study. Pediatr Dermatol. 2012; 29: 590-597.
244. Bath-Hextall F., Delamere F., Williams H. Dietary exclusions for improving established atopic eczema in adults and children systematic review. Allergy 2009; 64: 258-264.
245. [Аллергология и иммунология: национальное руководство / Под ред. Хаитова Р.М., Ильиной Н.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
246. Campana R., Dzoro S., Mittermann I. et al. Molecular aspects of allergens in atopic dermatitis. CurrOpin Allergy Clin Immunol. 2017; 17(4): 269-277.
247. Cartledge N, Chan S. Atopic Dermatitis and Food Allergy: A Paediatric Approach. CurrPediatr Rev. 2018; 14(3): 171-179. doi:10.2174/1573396314666180613083616. PMID:29895253.
248. Darsow U., Laifaoui J., Kerschenlohr K. et al. The prevalence of positive reactions in the atopy patch test with aeroallergens and food allergens in subjects with atopic eczema: A European multicenter study. Allergy. 2004; 59: 1318-1325.
249. Tamagawa-Mineoka R., Katoh N. Atopic Dermatitis: Identification and Management of Complicating Factors. Int J Mol Sci. 2020; 21 (8): 2671.
250. Werfel T., Heratizadeh A., Niebuhr M. et al. Exacerbation of atopic dermatitis on grass pollen exposure in an environmental challenge chamber. J Allergy Clin Immunol. 2015; 136(1): 96-103. e9.
251. A. Caut C., Leach M., Steel A. Dietary guideline adherence during preconception and pregnancy: A systematic review. Matern Child Nutr. 2020; 16(2): el2916.
252. Sugita K., Akdis C.A. Recent developments and advances in atopic dermatitis and food allergy. Allergol Int. 2020; 69 (2): 204-214.
253. Fedenko E., Elisyutina O., Shtyrbul O. et al. Microarray-based IgE serology improves management of severe atopic dermatitis in two children. Pediatr Allergy Immunol. 2016; 27(6): 645-649.
254. Niggemann B., Reibel S., Wahn U. The atopy patch test (APT)-a useful tool for the diagnosis of food allergy in children with atopic dermatitis // Allergy. – 2000. – T. 55. – N. 3. – C. 281-285.
255. Roehr C.C. et al. Atopy patch tests, together with determination of specific IgE levels, reduce the need for oral food challenges in children with atopic dermatitis // Journal of allergy and clinical immunology. – 2001. – T. 107. – N. 3. – C. 548-553.
256. Mavlyanova S, Ismagilov I, Burkhonov A. To the results of the study of endogenous intoxication in patients with anantolytic pemphigus. EADV Symposium Sevillia, 2023, 18-20 May.
257.Мавлянова Ш.З., Муминова С.Р., Махсудов М.Р., Мирзакулова Ш.Н. Диагностические критерии оценки состояние микробиоты кожи у больных кожными заболеваниями. // Методические рекомендации. – ташкент – 26с.

258. Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В. Критерии диагностики и лечения микогенной сенсибилизации у больных атопическим дерматитом. // Методические рекомендации. – ташкент- 2023 – 29с.

https://icd.who.int/browse11/l-m/ru
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://www.jaad.org/article/S0190-9622(13)01095-5/fulltext
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S019096220303055X
https://apjai-journal.org/wp-content/uploads/2021/09/4_AP-010221-1050-No-Supplement.pdf
https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16867052/
https://raaci.ru/dat/pdf/project_AtD.pdf?ysclid=lyrjosleje647839847
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/
https://acaai.org/resource/why-should-i-see-an-allergist-for-my-eczema/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448071/
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis
https://nationaleczema.org/
https://www.mdpi.com/2077-0383/13/8/2185
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19137769/
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16892
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2667026723000176
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34709669/
https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S014067360005114X
https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962223028785
https://cyberleninka.ru/article/n/peloidoterapiya-zabolevaniy-
www.nmicrk.ru/upload/nauka/pdf/6kr.pdf
https://cyberleninka.ru/article/n/rol-topicheskih-steroidov-v-terapii-ostryh-i-hronicheskih-dermatozov-u-detey