O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirining
2025 yil ___ - martdagi
-son buyrug‘iga
-ilova

O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG‘LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN DERMATOVENEROLOGIYA VA KOSMETOLOGIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

«ATOPIK DERMATIT» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI

TOSHKENT 2025

«TASDIQLAYMAN»
O‘zR SSV RIDV va KIATM
direktori v.b.
Sabirov U.Yu.

2025-yil «21» may

«ATOPIK DERMATIT» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

«ATOPIK DERMATIT» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASHNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent 2025

1. Kirish qismi

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifr(lar)i:

L20	Atopik dermatit	EA80 – Atopik ekzema
L20.8	Atopik dermatitning boshqa turlari	EA80.0 – Go‘daklik atopik ekzema
L20.0	Bene qichimasi	EA80.1 – Bolalikdagi atopik ekzema
L20.9	Aniqlanmagan atopik dermatit	EA80.2 – Kattalardagi atopik ekzema
https://icd.who.int/browse11/l-m/ru		9A06.70 – Qovoqning atopik ekzemasi
		EA85.20 – Qo‘llarning atopik ekzemasi
		EA80.Y – Atopik ekzemaning boshqa aniqlangan shakllari
		https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi 2027 yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e’lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas’ul muassasa:
Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Klinik bayonnoma va standartni ishlab chiqishda quyidagilar o‘z hissasini qo‘shdi:
Jarayonni tashkil etish bo‘yicha dermatovenerologiya yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a’zolari:

1.	Sabirov U.Yu.	Markaz direktori, t.f.d., professor	RIDV va KIATM
2.	Mavlyanova Sh.Z.	Dermatozlar muammolarini o‘rganish ilmiy laboratoriyasi mudiri	RIDV va KIATM
3.	Ismogilov A.I.	2-statsionar dermatologiya bo‘limi mudiri, t.f.n.	RIDV va KIATM
4.	Sadiyev Sh.F	Klinika dermatovenerolog shifokori, kichik ilmiy xodim	RIDV va KIATM
5.	Boxodirova A.A.	Ilmiy kotibi, dermatovenerolog	RIDV va KIATM

Taqrizchilar:

1. Mahmudov Farid Mahmudovich - Ozarbayjon tibbiyot universiteti dermatovenerologiya kafedrasi mudiri, PhD, professor
2. Rahmatov Akram Baratovich - O‘zR SSV RID va KIATM yetakchi ilmiy xodimi, tibbiyot fanlari doktori, professor, mikozlar muammolarini o‘rganish bo‘yicha ilmiy laboratoriya mudiri.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo‘yicha ekspert xulosasi va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich - t.f.d., davolash ishlari bo‘yicha direktor o‘rinbosari, klinika bosh shifokori.

2. Djalilov Dilshod Sayfullayevich - t.f.n., ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Klinik protokol RIDV va KIATM va oliy ta’lim muassasalari professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston dermatovenerologlar assotsiatsiyasi a’zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari, shuningdek, hududiy dermatovenerologiya xizmati muassasalari shifokorlari ishtirokida 29.08.2024 kuni oflayn formatda bo‘lib o‘tgan Ilmiy kengash yig‘ilishida muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi (7 son bayonnoma).

Mundarija

«ATOPIK DERMATIT» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASHNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI
……5

«ATOPIK DERMATIT» NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI
……..38

«ATOPIK DERMATIT» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYANING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....41

Qisqartmalar ro‘yxati

IL	interleykin
PUVA	terapiya - 320-400 nm to‘lqin uzunligida ultrabinafsha nurlanish bilan furokumarin guruhining fotosensibilizatsiya qiluvchi dorilarini va 320-400 nm uzunlikdagi ultrabinafsha nurlanishini birgalikda qo‘llash;
UVA	350-400 nm uzun to‘lqinli ultrabinafsha nurlanish
UVB	280-320 nm o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha nurlanish (selektiv fototerapiya)
UVB-311 terapiyasi	to‘lqin uzunligi 311 nm bo‘lgan tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiyasi (yoki tor diapazonli (311 nm) o‘rta to‘lqinli terapiya)
O‘NO	o‘sma nekrozi omili
SCORAD	atopik dermatitning og‘irlik darajasini baholash indeksi (Scoring of Atopic Dermatitis)
IgE	immunoglobuin Ye
BA	bronxial astma
AT	allergik tumov
IXLT	Immunoxemilyuminessent tahlil
IFlT	Immunoflyuoressent tahlil
IFT	Immunoferment tahlil
PZR	Polimerazli zanjir reaksiyasi
OITV	Odam immuniteti tanqisligi virusi
m/o	Mushak orasiga
v/o	Vena orqali
t/o	Teri ostiga
JSSV	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
nm	nanometr
IPLN	intensivligi past lazer nurlanishi

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatolog shifokorlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pediatr shifokorlar;
4. Allergolog shifokorlar;
5. Laborant shifokorlar;
6. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
7. Klinik farmakologlar;
8. Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot oliy o‘quv yurtlari o‘qituvchilari;
9. Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a’zolari va g‘amxo‘rlik qiluvchilar.

Mazkur protokol atopik dermatitni tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini sog‘liqni saqlash amaliyotiga joriy etish uchun asos bo‘lib xizmat qiladi.

Dalillarga asoslangan tibbiyot bo‘yicha dalillar darajasini baholash shkalasi. Tashxis usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning ishonchlilik darajalarini baholash shkalasi

DID	Izoh
1	Referens usul bilan nazorat qilingan tadqiqotlarning tizimli sharhi yoki meta-tahlilni qo‘llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi
2	Referens usul bilan nazorat qilinadigan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va metatahlilni qo‘llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3	Referens usul bilan ketma-ket nazorat qilinmaydigan tadqiqotlar yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usul bilan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat ta’sir mexanizmining asosi yoki ekspertlarning fikri mavjud

Profilaktik, davolash, reabilitatsion aralashuvlar uchun dalillarning ishonchlilik darajalarini baholash shkalasi

DID	Izoh
1	Meta-tahlilni qo‘llagan holda RNTning tizimli tahlili
2	Meta-tahlilni qo‘llagan holda alohida RNT va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, RNT bundan mustasno
3	Kogort tadqiqotlarini o‘z ichiga olgan randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar
4	Qiyoslab bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, «holat-nazorat» tadqiqotlari
5	Faqat aralashuvning ta’sir mexanizmini asoslash (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki ekspertlarning fikri mavjud

Profilaktik, diagnostik, davolash, reabilitatsion aralashuvlar uchun tavsiyalarning ishonchlilik darajalarini baholash shkalasi

TID	Izoh
A	Kuchli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan samaradorlikning barcha mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar ham yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatga ega bo‘lgan dalillarning yo‘qligi (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari bir-biriga mos kelmaydi)

2. Asosiy qism

2.1.Kirish

So‘nggi o‘n yilliklarda teri allergik kasalliklari bilan kasallanishning ko‘payishi qayd etilgan. Jahon Allergiya Tashkiloti (WAO) ma’lumotlariga ko‘ra, aholining 30-40 foizida bir yoki bir nechta allergik kasalliklar aniqlangan[1]. Teri allergik kasalliklari orasida atopik dermatit (AD)

birinchi o‘rinni egallaydi [2,5]. Dermatoz eng ko‘p uchraydigan teri kasalligi bo‘lib, undan bolalarning 20% va kattalarning 3-10% i aziyat chekadi. XKT-10 bo‘yicha atopik dermatit (AD) diffuz va mahalliylashgan neyrodermit, ekzema, Bene qichimasi va boshqa teri allergik kasalliklarini o‘z ichiga olgan allergodermatozlar guruhini ifodalaydi, uning asosida teri shikastlanishiga olib keladigan immun mexanizmlar yotadi.

Atopik dermatit teri allergik kasalliklarining keng tarqalgan, genetik jihatdan aniqlangan shakllaridan biri bo‘lib, sog‘liqni saqlashning muhim tibbiy-ijtimoiy muammosi bo‘lib qolmoqda, uning ahamiyati 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarning 10-12% da kasallanishning doimiy o‘sishi bilan belgilanadi va umumiy populyatsiyada katta yoshdagi aholining 1,5-2% da qayd etiladi, turli mamlakatlarda urbanizatsiya darajasi va hayotning ekologik tozalik holatiga qarab o‘zgarib turadi.

Irsiy moyillik, oliy va vegetativ asab tizimining buzilishi, ichki organlar faoliyatining buzilishi, almashinuv, neyrogumoral, neyrovaskulyar buzilishlar, organizmning allergik holati, noto‘g‘ri ovqatlanish, turli xil intoksikatsiyalar, atrof-muhitning noqulay omillari ta’siri - bularning barchasi ADning paydo bo‘lishi va surunkali kechishiga sabab bo‘ladi.

2.2 Ta’rif

Atopik dermatit - surunkali qaytalanuvchi kechishi bilan tavsiflangan, ko‘p omilli genetik determinlashgan terining yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, klinik ko‘rinishlarning yoshga xos xususiyatlari, zardobdagi Ig E darajasining oshishi va o‘ziga xos va nospetsifik qo‘zg‘atuvchilarga o‘ta sezuvchanligi bilan bosqichma-bosqich xarakterga ega.

2.3 Tasnif

XKT-10 ga ko‘ra L-20-30 dermatit va ekzema guruhiga quyidagilar kiradi:

> L20 Atopik dermatit L20.0 Bene qichimasi L20.8 Boshqa atopik dermatitlar: ekzema: bukuvchi, bolalar (o‘tkir), (surunkali), endogen (allergik), neyrodermatit: atopik (mahalliylashgan), (diffuz) L20.9 Aniqlanmagan atopik dermatit

Umumqabul qilingan klinik tasnifi mavjud emas.

1. Kasallikning yosh davrlari.
I yosh davri - chaqaloqlik davri (2 yoshgacha);
II yosh davri - bolalik davri (2 yoshdan 12 yoshgacha);
III yosh davri - o‘smirlik va kattalar davri (13 yosh va undan katta).
2. Kasallik bosqichlari:
- Kasallikning avj olish bosqichi (yaqqol namoyon bo‘lgan klinik ko‘rinishlar fazasi, klinik belgilarning o‘rtacha namoyon bo‘lish fazasi);
- Remissiya bosqichi (to‘liq bo‘lmagan va to‘liq remissiya).
3. Jarayonning tarqalishi:
- Cheklangan lokal;
- Keng tarqalgan;
- Diffuz.
4. Jarayonning og‘irlik darajasi:
- Yengil kechishi;
- O‘rtacha og‘irlikdagi;
- Og‘ir kechish.
Chaqaloqlarning 45 foizida AD 6 oylikkacha boshlanadi, hayotining birinchi yili davomida esa 60 foizida va 5 yoshdan keyin 20 foizida paydo bo‘ladi.

2.4 Kasallikning klinik ko‘rinishi

Atopik dermatitning klinik manzarasi kuchli qichishish va klinik polimorfizm bilan tavsiflanadi, bu kasallikning klinik shakllarining xilma-xilligini belgilaydi, shu munosabat bilan kasallikni tashxislashda ma’lum qiyinchiliklar paydo bo‘ladi. Qichishish barcha yosh davrlarida kasallikning doimiy alomati hisoblanadi [20].

Teri-patologik jarayonning tabiatiga qarab:

* eritematoz-skvamoz shakli
* lixenizatsiyali eritematoz-skvamoz
* ekssudativ
* lixenoid
* pruriginoz

jarayonning kechish tipiga ko‘ra (Kungurov N.V.) :

* giperergik;
* yuqumli;
* proliferativ;
* aniqlanmagan.

Chaqaloqlik davridagi ADda zararlanishlar ko‘pincha yuzda joylashib, peshona va lunjlar terisini zararlaydi, burun-lab uchburchagini bo‘sh qoldiradi. Shu bilan birga tizzalar, yelka va bilaklarning yozuvchi yuzasida asta-sekin o‘zgarishlar paydo bo‘ladi. Ko‘pincha dumbalar va gavda terisi zararlanadi. Terining zararlanishi tabiatan o‘tkir ekzematoz bo‘ladi. Jarayon eritematoz, nam o‘choqlar bilan ifodalanib, ular po‘stloqlar bilan qoplangan bo‘ladi. Shishli pilakchalar bilan bir vaqtda shishli papulalar, papulourtikar va papulovezikulyoz elementlar paydo bo‘ladi. Kasallik go‘daklik davrida yiringli infeksiya, zamburug‘li kasalliklar bilan asoratlanishi mumkin, ko‘pincha limfadenit bilan birga davom etib boradi.

Bolalik fazasi yoki ikkinchi yosh davri 2 yoshdan boshlanadi. Toshmalar asosan tirsak va tizza osti burmalarida, shuningdek bilak-kaft bo‘g‘imlarining bukuvchi yuzasida, qo‘l va barmoqlarning orqa yuzasida bo‘ladi. Bu davrda o‘tkir yallig‘lanish epizodlari kamroq uchraydi. Yallig‘lanishning xarakterli belgilari jumlasiga yallig‘lanishning follikulyar va lixenoid papulalari, eritematoz, eritematoz-skvamoz va lixenoid o‘choqlari kiradi.

Pubertat yoshdan keyin rivojlangan AD yoki kasallikning katta yoshdagi bosqichi yuz (ayniqsa peshona, burun-lab uchburchagi), bo‘yin, tananing yuqori qismi va qo‘llarning infiltrativ zararlanishi bilan tavsiflanadi. Ba’zi bemorlarda o‘choqlar asosan qo‘l panjalarida qoladi va tabiatan chegaralangan bo‘ladi. Kasallikning bu bosqichida allergik ta’sirotlarga reaksiya kamroq seziladi va kasallikning mavsumiy xurujlari kamroq namoyon bo‘ladi.

AD fazalarini ajratib, shuni ta’kidlash kerakki, barcha bemorlarda ham kasallik klinik ko‘rinishlarning almashinuvi bilan kechmaydi, u ikkinchi yoki uchinchi fazadan boshlanishi mumkin.

Ekssudativ-kataral konstitutsiya turiga ega bo‘lgan chaqaloqlarda, odatda, hayotining dastlabki oylarida ADning boshlang‘ich bosqichi rivojlanadi. Teri zararlanishining erta va tez-tez uchraydigan alomatlari lunjlar va dumbalarning giperemiyasi va shishishi bo‘lib, ular yengil po‘st tashlash bilan birga kechadi. Bu bosqichning o‘ziga xos xususiyati shundaki, davolash o‘z vaqtida boshlansa, uning qaytarilishi mumkin.

Bunga rioya qilinmasa, terida sezilarli o‘zgarishlar bosqichi yoki qo‘zish davri boshlanadi. Kasallik bu bosqichda ko‘pincha 3-5 oylik bolalarda yoki har qanday yoshda, shu jumladan kattalarda boshlanadi. Shu bilan birga, deyarli har doim ADning avj olish davri o‘z rivojlanishining o‘tkir va surunkali bosqichlaridan o‘tadi. Bunday bemorlarda o‘z vaqtida boshlangan davolash natijasi nisbatan ijobiy; kasallikning 40-50 foiz holatlarda o‘z-o‘zidan tuzalishi mumkin, 20 foiz bemorlarda esa uzoq (2-5 yil davomidagi) remissiyadan so‘ng yana qayta namoyon bo‘lishi ehtimoli mavjud. Ko‘pincha AD surunkali bosqichga o‘tadi.

Klinik talqin qulay bo‘lishi uchun A.M.Mannanov va V.N.Grebenyuk tomonidan taqdim etilgan ishchi tasnifdan foydalanish tavsiya etiladi. (1987), unga ko‘ra bemorlarni taqsimlash kasallikning klinik ko‘rinishi bo‘yicha amalga oshiriladi. Ushbu tasnifga ko‘ra ADning quyidagi klinik shakllari ajratiladi: eritematoz-skvamoz shakli, lixenifikatsiyali eritematoz-skvamoz shakli, ekssudativ, lixenoid, pruriginoz shakli.

Ekssudativ shakli ko‘pincha go‘daklik davrida uchraydi. Yorqin shishli eritema bilan ifodalanadi, uning fonida mayda yassi papulalar va mikrovezikulalar joylashadi. Kasallik o‘choqlarida sezilarli ekssudatsiya va tangachasimon-po‘stloqli qavatlanishlar kuzatiladi. Dastlabki davrda jarayon yuz, lunjlar sohasida joylashadi, keyin turli xil intensivlikdagi boshqa joylarga tarqaladi. Ko‘pincha ikkilamchi infeksiya qo‘shiladi.

Eritematoz-skvamoz xili ilk bolalik davrida kuzatiladi va eritema, tangachalar, mayda papulalar, ekskoriatsiyalar, po‘stloqchalar paydo bo‘lishi bilan birga davom etib boradi. Turli intensivlikdagi qichishish subyektiv ravishda qayd etiladi. O‘choqlar qo‘l-oyoqlarning bukuvchi yuzasida, bo‘yinning old va yon yuzalarida, qo‘llarning orqa tomonida joylashadi.

Lixenifikatsiyaga uchragan eritematoz-skvamoz xili odatda bolalik davrida uchraydi. Bu xilida eritematoz-skvamoz o‘choq fonida kuchli qichishadigan lixenoid papulalar ko‘zga tashlanadi. O‘choqlar lixenizatsiyalangan, teri quruq, mayda plastinkali tangachalar bilan qoplangan, gemorragik po‘stloqlar, ekskoriatsiyalar mavjud. Toshma elementlari tirsak bukiklarida, bo‘yin, yuz, tizza osti chuqurchalarida bo‘ladi. Ko‘pincha ikkilamchi infeksiya qo‘shiladi.

Lixenoid shakli o‘smirlik davrida uchraydi va sezilarli lixenifikatsiya va infiltratsiya bilan aniq o‘choqlar, yuzasi yaltiroq, gemorragik qobiqlar va ekskoriatsiyalarga ega bo‘lgan lixenoid papulalarga ega. Kuchli qichishish tufayli uyquning buzilishi, asabiylashish va boshqa nevrologik buzilishlar qayd etiladi. Kasallik o‘choqlari yuzda (ko‘z atrofida, qovoqda), bo‘ynida, tirsak bukilishlarida bo‘ladi.

Pruriginoz shakli oyoqlarda, bo‘yin, dumba-dumg‘aza va bel sohalarida terining lixenizatsiyasi fonida no‘xat o‘lchamidagi alohida qichishish papulalari paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi.

Arterial bosimning kuchayishi bosqichida balg‘am chiqarish, giperemiya, po‘stloqlar, kuchli qichishish namoyon bo‘ladi.

Toshmalar simmetrik tarzda, cheklangan shakllarda - yuzda joylashadi, keyin qo‘l-oyoqlarning yozuvchi yuzasida paydo bo‘ladi, ko‘pincha dumbalar va tananing terisi zararlanadi. Qon bosimi kuchayishining muhim klinik belgilaridan biri - seroz tarkibli tez ochiladigan ko‘plab mayda pufakchalar mavjudligidir. Surunkali fazada lixenizatsiya, teri qoplamlarining quruqligi, yoriqlar, shish, papulalar ifodalangan bo‘ladi.

AD bilan og‘rigan bemorlarda remissiya to‘liq (kasallikning barcha klinik ko‘rinishlarining yo‘qligi) va to‘liq bo‘lmasligi mumkin (terining quruqligi, uning qalinlashishi va lixenizatsiyasi saqlanib qoladi).

3. Tashxis usullari, yondashuvlari va muolajalari:

3.1. Tashxis mezonlari

Atopik dermatitni tashxislash Xanifin va Rajka (1980) tomonidan taklif qilingan majburiy va qo‘shimcha mezonlarning mavjudligi asosida amalga oshiriladi.

Majburiy mezonlar:

1. Teri qoplamlarining qichishishi
2. Toshmalarning tipik morfologik joylashuvi (bolalarda ekzematoz toshmalar yuz va oyoq-qo‘llarning yozuvchi bukuvchi joylashadi; kattalarda - oyoq-qo‘llarning bukuvchi yuzalarida lixenizatsiya va ekskoriatsiya);
3. Surunkali qaytalanuvchi kechish;
4. Anamnezda atopiya yoki atopiyaga irsiy moyillik.

Qo‘shimcha mezonlar:

1. Teri kserozi;
2. Kaft ixtiozi;
3. Allergenlar bilan teri tekshiruvidagi tezkor turdagi reaksiya;
4. Teri jarayonining qo‘l va oyoq panjalarida joylashuvi;
5. So‘rg‘ichlar ekzemasi;
6. Hujayra immunitetining buzilishi bilan bog‘liq bo‘lgan terining infeksion zararlanishiga moyillik;
7. Kasallikning erta bolalik davrida boshlanishi;
8. Eritrodermiya;
9. Qaytalanuvchi kon’yunktivit;
10. Denni-Morgan burmalari (suborbital burmalar);
11. Keratokonus (shox pardaning konussimon bo‘rtib chiqishi);
12. Oldingi subkapsulyar kataraktalar;
13. Qon zardobida IgE ning yuqori darajasi;
14. Xeylit;
15. Quloq orqasidagi yoriqlar;
16. Yuz ekzemasi;
17. Ekzemasiz terining po‘st tashlashi;
18. Plantar dermatoz.

Agar bemorda uchta va undan ortiq asosiy va qo‘shimcha belgilar aniqlansa, AD tashxisi isbotlangan hisoblanadi.

AD tashxisi klinik belgilar asosida qo‘yilishini inobatga olib, shikoyatlar va anamnez yig‘ishga e’tibor qaratish lozim.
Anamnez to‘plash:
Anamnezni yig‘ishda quyidagilarga e’tibor qaratish talab etiladi:
• ota-ona va 2-3-darajali qarindoshlarda allergik kasalliklarning mavjudligi;
• yosh va birinchi klinik ko‘rinishlarning boshlanishi, teri-patologik jarayonning lokalizatsiyasi;
• kasallikning davomiyligi, qo‘zish chastotasi;
• avj olishning mavsumiyligi;
• boshqa allergik alomatlarning mavjudligi (allergik kon’yunktivit, rinit, yo‘tal, hansirash, bo‘g‘ilish xurujlari);
• bemorning ahvoli yomonlashuvining yangi mahsulotlarni kiritish, dori-darmonlar qabul qilish, vaziyatning o‘zgarishi bilan bog‘liqligi, qo‘zg‘alishning bolalik davrida profilaktik emlashlar o‘tkazish bilan bog‘liqligi;
• ilgari o‘tkazilgan terapiyaning samaradorligi;
• kasbiy omillarni aniqlash (kattalarda);
• bemorning yashash-sharoitlari.

ADda teri jarayonining og‘irlik darajasini baholash uchun kasallikning turli xil klinik ko‘rinishlarini eng aniq va yagona baholashni ta’minlaydigan SCORAD indeksidan foydalaniladi.

Indeks toshmalarning tarqalishini, ularning intensivligini va subyektiv hissiyotlarning ifodalanganligini birlashtiradi. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 3)
Indeks quyidagi formula bo‘yicha hisoblanadi:
$SCORAD = A/5 + 7\times V/2 + S$,
bu yerda A - toshmalarning tarqalishi,
V - patologik jarayonning yallig‘lanish intensivligi,
S - subyektiv belgilarning ifodalanganligi.

Tarqalganlik deganda faqat o‘tkir yoki yarim o‘tkir yallig‘lanish o‘choqlari tushuniladi, chunki bir kaft yuzasi odam tanasi yuzasining 1% ni tashkil qiladi. Yallig‘lanish intensivligi - bu ADning eng xarakterli 6 ta belgisi: eritema, shish, po‘stloqlar, ekskoriatsiyalar, lixenifikatsiyalar, terining quruqligini baholashning yig‘indisidir. Har bir belgining ifodalanishi ballarda baholanadi: 0 - belgining yo‘qligi, 1 - kuchsiz ifodalanganligi, 2 - o‘rtacha, 3-kuchli. Qichishish va uyquning buzilishi ko‘rinishidagi subyektiv belgilar 0 dan 10 ballgacha baholanadi. Har bir belgining ballar va foizlar nisbati quyidagicha:
SCORAD (0-103) = tarqalganlik/5 (0-20; 19,4%) + 7 × intensivlik/2 (0-63; 61,2%) + subyektiv alomatlar (0-20; 19,4%) [16].

Yengil darajadagi ADda SCORAD indeksi 50 balldan kam, o‘rtacha og‘ir darajadagi ADda 50 dan 80 ballgacha, og‘ir darajadagi ADda 80 dan 103 ballgacha bo‘ladi.

Bolalarda teri jarayonining tarqalganligi «to‘qqizlik» qoidasi bo‘yicha baholanadi, bunda kaft yuzasi birlik sifatida qabul qilinadi. 2 yoshdan katta bolaning bir kafti butun teri yuzasining 1% ini tashkil qiladi.
Cheklangan lokalizatsiyalangan zararlanishlarda toshmalar asosan burmalar, yuz, bo‘yin sohalarida joylashadi, zararlanish maydoni esa odatda teri qoplamining 10% dan oshmaydi.

Kasallik tarqalgan mahallarda tananing yuqori qismi, qo‘l-oyoqlarning terisi (tirsak, tizza osti bukilmalari), shuningdek, boshqa joylari (yelka, boldir, son) zararlanadi. Zararlanish maydoni teri qoplamining 10-15% ni tashkil qiladi. Terining diffuz zararlanishi patologik jarayonga teri qoplamining 50% dan ko‘prog‘i qo‘shilishi bilan ta’riflanadi.

Og‘irlik darajasini aniqlash uchun bolalar uchun DGU 20222915 va kattalar uchun DGU 20222975 EHM dasturiy diagnostikasi tavsiya etiladi, unda SCORAD indeksi aniqlanadi (bolalar uchun: yengil daraja - 20 ballgacha, o‘rta daraja - 21-40 ball va og‘ir daraja - 40 balldan ortiq. Kattalar uchun: yengil daraja - 40 ballgacha, o‘rta daraja - 41-70 ball va og‘ir daraja - 70 balldan yuqori), shuningdek, irsiy omilning mavjudligi yoki yo‘qligi, kasallikning davomiyligi va mavsumiyligi hisobga olinadi. [17,18].

Dermatoz klinik ko‘rinishlarining ifodalanganligini baholash uchun DASHI indeksi (dermatologik alomatlar shkalasi indeksi) qo‘llaniladi, uning hisobi 9 ta klinik ko‘rinish : eritema, shish, namlanish, lixenifikatsiya, papulalar, terining quruqligi, po‘st tashlash, yoriqlar, qichishish bo‘yicha amalga oshiriladi. Har bir belgi 0 dan 3 ballgacha baholandi. DASHI klinik namoyon bo‘lishining uchta og‘irlik darajasi bo‘yicha baholandi: DISHSning yengil darajasi - 15 ballgacha, o‘rta darajasi - 16 dan 25 ballgacha, og‘ir darajasi - 25 balldan ortiq (26 dan 36 ballgacha) baholandi.

3. **Laboratoriya tekshiruvlari:**
   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	Tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va siklosporin bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun bemorning umumiy holatini baholash uchun barcha bemorlarga umumiy (klinik) qon tahlili (leykotsitlar, eritrotsitlar, gemoglobin, gematokrit, trombotsitlar, trombokrit, tayoqcha yadroli neytrofillar, segment yadroli neytrofillar, eozinofillar, bazofillar, eritrotsitlar, limfotsitlar, monotsitlar, cho‘kish tezligi) tavsiya etiladi.

C5	Bemorning umumiy holatini baholash, tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiyaning xavfsizligini nazorat qilish uchun: biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili: umumiy oqsil, glyukoza, kreatinin, siydik kislotasi, mochevina, umumiy bilirubin, xolesterin, triglitseridlar, natriy, kaliy, umumiy magniy, alaninaminotransferaza, aspartataminotransferaza, qondagi ishqoriy fosfataza, gamma-glutamiltransferaza.

C5	Bemorning umumiy holatini baholash va tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash uchun: umumiy (klinik) siydik tahlili (rangi, tiniqligi, nisbiy zichligi, pH reaksiyasi, glyukoza, oqsil, bilirubin, urobilinoidlar, qonga reaksiya, keton tanachalari, nitratlar, yassi epiteliy, o‘tuvchi epiteliy, buyrak epiteliysi, leykotsitlar, eritrotsitlar, gialin silindrlar, donador silindrlar, mumsimon silindrlar, epitelial silindrlar, leykotsitar silindrlar, eritrotsitar silindrlar, pigment silindrlar, shilimshiq, tuzlar, bakteriyalar)

C5	Bemorlarga atopik dermatit tashxisini qo‘yish uchun yetarli darajadagi tashxis mezonlari bo‘lmasa, qondagi umumiy immunoglobulin E darajasini o‘rganish tavsiya etiladi [20].

C5	Tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va biologik preparatlar bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun qonda B gepatiti virusi (Hepatitis B virus) yuza antigeniga (HBsAg) qarshi antitanalarni aniqlash

C5	Tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va biologik preparatlar bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun qonda odam immunitet tanqisligi virusi OITVga qarshi M, G sinf (IgM, IgG) antitelalarini aniqlash

C5	Ayol jinsidagi atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va selektiv immunodepressantlar bilan tizimli terapiyaning xavfsizligini nazorat qilish uchun siydikni xorion gonadotropiniga tekshirish

Izoh: Homiladorlik paytida biologik preparatlarni qabul qilmaslik kerak. Shu munosabat bilan, tug‘ish yoshidagi ayollar terapiyani boshlashdan oldin homiladorlikka testning salbiy natijasini olishlari kerak, uni o‘tkazish davomida va u tugagandan keyin kamida 6 oy davomida tug‘ish yoshidagi ayollar ishonchli kontratsepsiya usullaridan foydalanishlari kerak.

C5	Bemorda boshqa teri kasalliklari bilan umumiy bo‘lgan klinik belgilar mavjud bo‘lganda, differensial tashxis uchun teri biopsiya (operatsion) materialini gistologik tekshirish tavsiya etiladi.

C5	• Umumiy najas tahlili • Yashirin qon aniqlash uchun najas tahlili

C5	• Immunologik tadqiqotlar • IFA, IXLA, IFlA va PZR tashxisi yordamida antitanalarni tekshirish • Qondagi D vitamining miqdorini IFA, IXLA usulida aniqlash • Infeksiyalarni qonda va biosubstratlarda aniqlash • Qonda Candida albicans IgG ni tekshirish • Qonda IL-4, 6, FNO-alfa tahlili • Qonda gamma-globulin miqdorini tekshirish

	• Organizm biosubstratlaridan antibiotikka sezgirlik bilan birga mikrobiologik tekshirish • Seliakiyani tekshirish • Gelmint invaziyasiga tekshirish • Organizmning biosubstratlarini mikologik tekshiruv (yorug‘lik mikroskopiyasi va PIF) • Molekulyar-genetik tekshirishlar • Qonda ANA miqdorini tekshirish • VUD lampada tekshirish • Mikroorganizmlarni genotiplash • Qalqonsimon bez gormonlari uchun qon tahlili • Koagulogramma • Qonda Aspergillus fumigatus IgG antigenini tekshirish

C5	Oilaviy va/yoki shaxsiy anamnezida allergik kasalliklar - oziq-ovqat allergiyasi, allergik rinit, bronxial astma bo‘lgan atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarni allergologik tekshiruvdan o‘tkazish, shuningdek, allergenlar bilan kontaktda kasallikning kuchayishini ko‘rsatish tavsiya etiladi. • Allergotest immunobloting Polycheck Allergy • ALEX test (molekulyar allergodiagnostika)

C5	Tashxis qo‘yish uchun maishiy, chang, epidermal, zamburug‘ va oziq-ovqat allergenlari bilan allergenlarga reaksiyani teri tekshiruvlarini o‘tkazish tavsiya etiladi.

1. **Instrumental tekshiruvlar:**
   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	Korneometriya — muguz qatlamimini namlik miqdorini aniqlash.
C5	Tizimli terapiya, fizioterapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun ichki a’zolarning ultratovush tekshiruvi tavsiya etiladi.

C5	Teri ultratovush tekshiruvi- kasallikning og‘ir yoki asoratlangan shakllarida teri osti qavatidagi o‘zgarishlarni tekshirish maqsadida.

Qo‘shimcha tekshiruv
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/atopic-dermatitis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/

C5	Kattalar va bolalarda atopik dermatitning og‘irlik darajasini tashxislash dasturi.

C5	Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda teri mikrobiomasining holatini baholash uchun terining mikrobiologik tekshiruvlarini (kultural) o‘tkazish tavsiya etiladi. Tadqiqotlar bakteriologiya laboratoriyasida shifokor-laborant va maxsus o‘qitilgan hamshira tomonidan olib boriladi. Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda zararlanish o‘choqlari

	teri tangachalarining kultural tadqiqotlari o‘tkazilib, mikroorganizm turi va tarqalganlik xarakteri, antibakterial preparatlarga sezuvchanligi aniqlanadi.

C5	Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda organizm biosubstratlarini mikologik tekshirish tavsiya etiladi. Tadqiqotlarni mikologik laboratoriyada shifokor-laborant va maxsus o‘qitilgan hamshira olib boradi. Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda biosubstratlarning (teri tangachalari, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq pardalari, axlat) mikroskopik va kultural tadqiqotlari mikroorganizmning turi va tarqalganlik xususiyatini, antimikotik preparatlarga sezgirligini aniqlash bilan o‘tkaziladi.

Mutaxassislar maslahati uchun ko‘rsatmalar

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

C6	Allergologik tekshiruvni o‘tkazish, eliminatsiya parhezini tayinlash, sabab-oqibatli allergenlarni aniqlash, terapiyani tanlash va tuzatish, hamroh allergik kasalliklarni tashxislash, bemorga ta’lim berish va respirator allergiya rivojlanishining oldini olish uchun allergolog maslahati tavsiya etiladi.

C6	Individual ovqatlanish ratsionini tuzish va tuzatish uchun diyetolog maslahati tavsiya etiladi.

C6	Surunkali infeksiya o‘choqlarini aniqlash va sanatsiya qilish, allergik rinit belgilarini erta tashxislash va o‘z vaqtida bartaraf etish uchun LOR shifokori maslahati tavsiya etilgan.

C6	Kuchli qichishish, xulq-atvor buzilishlarida psixonevrolog maslahati tavsiya etilgan.

C6	Psixoterapevtik davolashni o‘tkazish, relaksatsiya texnikasini o‘rgatish, stressni bartaraf etish va xulq-atvorni o‘zgartirish uchun tibbiy psixolog/psixoterapevt maslahati tavsiya etiladi.

C6	Yondosh kasalliklarni aniqlash va davolash uchun terapevt maslahati tavsiya etiladi.

C6	Yo‘ldosh kasalliklarni aniqlash va davolash uchun pediatr maslahati tavsiya etilgan.

Differensial tashxis:

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

Tashxis	**Differensial tashxis uchun asos**

Seboreya dermatiti	Terining seboreya qismlaridagi eritematoz o‘choqlar, yuzasida yog‘li, kir-sarg‘ish tangachalar bo‘ladi.
Leyner eritrodermiyasi	Diffuz eritema, ko‘p po‘st tashlash, diareya, yomon vazn ortishi. Kuchsiz qichishish.
Yo‘rgakli dermatit	chot, dumba terisida - eritema, shish, urtikariya, vezikulalar. Qichishish kuchsiz yoki umuman yo‘q.
Jiberning pushti temiratkisi	Bo‘yin va tana terisida pushti rangli, chetlari kengayib boruvchi dog‘lar, yiriklari «medallarga» o‘xshaydi. Eng kattasi «ona pilakchasi» deb ataladi.
Qo‘tir	Sarcoptes scabei tufayli yuzaga kelgan parazitar teri kasalligi. Terida qichishadigan papulalar, chiziqli, juft-juft joylashgan vezikulalar, o‘ziga xos qichishish yo‘llari, tarashlar ko‘zga tashlanadi. Kuchli qichishish, ayniqsa tunda.
Ixtioz	Geno-dermatoz, follikulyar giperkeratoz, teri quruqligi, mayda plastinkasimon va yirik plastinkasimon po‘st tashlash, kaft burmalarining kuchayishi, tirnoq va sochlarning mo‘rtligi.
Mikrobli ekzema	streptokokk va stafilakokka sensibilizatsiya. Eritematoz o‘choqlar aniq chegarali, qizil rangga to‘yingan bo‘ladi.
Psoriaz	ko‘pincha o‘smirlik yoki katta yoshda namoyon bo‘ladi, bolalar psoriazi ham bo‘lishi mumkin, lekin kamroq hollarda, asosan yozuvchi yuzalar (tirsaklar, tizzalar), bel, boshning sochli qismiga ta’sir qiladi, tirnoqlarga tegishi mumkin, kumushsimon oq tangachalar bilan qoplangan aniq chizilgan papulalar va pilakchalar bilan tavsiflanadi. Toshmalar simmetrik bo‘lishi mumkin, qichishish esa har doim ham asosiy alomat bo‘lavermaydi. Tangachalar olib tashlanganidan keyin nuqtali qon ketishi (Auspits alomati) kuzatilishi mumkin
Dyuringning gerpesform dermatiti	Glyuten va seliakiyaga yuqori sezuvchanlik. Terida giperemiya fonida guruhlarga bo‘linib ketishga moil bo‘lgan mayda zo‘riqqan pufakchalar paydo bo‘ladi. Kuchli qichishish
Erta bosqichlardagi T-hujayrali limfoma	Limfoid to‘qimaning xavfli o‘smasi. Dastlabki bosqichlarda asosan tana va qo‘l-oyoqlar terisida yorqin - pushti rangdagi dog‘lar, shishlar, po‘st tashlashlar, pilakchalar va tugunlar shakllanadi.
Triptofan almashinuvining irsiy buzilishlari	Irsiy kasallik. Yuz, gavda, qo‘l-oyoqlarning yozuvchi yuzalari, dumba terisida giperemiya, shish, vezikulalar, ekssudatsiya, po‘stloq, papulalar, ekskoriatsiya, lixenifikatsiya kuzatiladi.

Viskott-Oldrich sindromi	Irsiy X-tutashgan kasallik. Terida eritematoz-skvamoz toshmalar, ekskoriatsiyalar, ekssudatsiyalar kuzatiladi.

4. Davolash usullari, jumladan dori-darmon bilan va dori-darmonsiz davolash, parhez bilan davolash, og‘riqni qoldirish, shuningdek, ushbu usullarni qo‘llashga bo‘lgan tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar

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 Ambulator va statsionar darajalarda davolash taktikasi:

Dorilarsiz davolash:

- 15-stol (cheklash: o‘tkir taomlar, ziravorlar, alkogolli ichimliklar, hayvon yog‘larini iste’mol qilish) Ovqatga o‘simlik moylari, shuningdek, vitaminlarga boy mahsulotlarni (mevalar, sabzavotlar) kiritish tavsiya etiladi. [25]
- Og‘irlik darajasidan qat’i nazar, atopik dermatit bilan og‘rigan barcha bemorlarga tashqi qo‘llash uchun namlantiruvchi va yumshatuvchi vositalar (emolentlar) tavsiya etiladi [27-37]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2) Sharhlar: Emolentlar losonlar, kremlar, surtmalar, yuvish vositalari, vannalar uchun vositalar shaklida ishlatilishi mumkin.
- AD bilan og‘rigan bemorlar doimiy ravishda, tez-tez va ko‘p miqdorda namlantiruvchi va yumshatuvchi vositalardan (kuniga kamida 3-4 marta) mustaqil ravishda ham, suv muolajalaridan keyin ham foydalanishlari kerak [38-40]. Namlovchi va yumshatuvchi preparatlarning eng yaqqol ta’siri ularni doimiy ravishda krem, surtma, vanna moyi va sovun o‘rnini bosuvchi sifatida qo‘llashda kuzatiladi. Umumiy populyatsiyada cheklovli gipoallergen diyetalar tavsiya etilmaydi [231]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5) Sharhlar: Hozirgi vaqtda umumiy populyatsiyada AD rivojlanishiga nisbatan homiladorlik jarayonida gipoallergen yoki eliminatsiyali parhezlarning samaradorligi haqida ishonchli ma’lumotlar mavjud emas [225]. Homiladorlar, bolalar va ADli kattalarga tashqi muhit omillarini nazorat qilish maqsadida tamaki tutuni ta’sirini istisno qilish tavsiya etiladi [232] Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 2) Sharhlar: Homiladorlik va emizikli davrda chekishga yo‘l qo‘yilmaydi; bola hayotining birinchi kunlaridanoq passiv chekishga yo‘l qo‘yilmaydi. AD bilan kasallangan bemorlarga tashqi muhit omillarini nazorat qilish maqsadida bola turgan xonalarda past namlik darajasi va yetarli shamollatishni ta’minlash tavsiya etiladi (zax muhitdan saqlanish) [233]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 4) Sababli ahamiyatga ega allergenlarni yo‘q qilish yoki olib tashlash tavsiya etiladi. Maishiy, epidermal, zamburug‘li allergenlarga sezuvchanlikni aniqlashda AD belgilarining og‘irligini kamaytirish, farmakologik yuklamani kamaytirish va qo‘zishining oldini olish maqsadida eliminatsiya choralari tavsiya etildi. Oziq-ovqat allergiyasi belgilari, jumladan anafilaksiya rivojlanganda, ayniqsa qon zardobidagi allergen-spetsifik IgE antitanalarini aniqlash orqali oziq-ovqat allergenlarining oqsillariga sezgirligi aniqlangan bolalar va katta yoshli odamlarda, sababchi allergenlarni istisno etuvchi eliminatsion parhez tavsiya etiladi [255, 256]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi – C (dalillarning ishonchlilik darajasi – 5)

- **Fizioterapevtik muolajalar:**

O‘rta va og‘ir darajadagi atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarga teri ultrabinafsha nurlanishi (fototerapiya) tavsiya etiladi. Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarga fototerapiyani tayinlashdan oldin qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash uchun umumiy (klinik) qon tahlili, siydikning umumiy tahlili, biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili, terapevt-shifokor yoki pediatr-shifokor, endokrinolog-shifokor, akusher-ginekolog (ayollar uchun) maslahatini o‘z ichiga olgan laboratoriya tadqiqotlari majmuasi tavsiya etiladi. Ko‘rsatmalarga ko‘ra boshqa mutaxassislarda tekshirish tavsiya etiladi [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

C4	UFO (Ultrabinafsha nurlantirish). Nurlanishning boshlang‘ich dozasi minimal eritema dozaning (MED) 25-50% ni tashkil etadi.

C4	O‘rta va og‘ir darajadagi atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarga quyidagilar tavsiya etiladi: atopik dermatit bilan og‘rigan katta yoshli bemorlarga to‘lqin uzunligi 311 nm bo‘lgan tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha UVB-311 terapiyasi; Atopik dermatit bilan og‘rigan bolalarga to‘lqin uzunligi 311 nm bo‘lgan UVB-311 terapiyasi. Nurlanishning boshlang‘ich dozasi minimal eritema dozasining 50-70% ni tashkil qiladi. Bemor terisining turi qarab nurlanish dozalanayotganda 0,1-0,3 J/sm2 dozadan boshlanadi.

C4	O‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiyasi 308 nm to‘lqin uzunligida (eksimer nuri bilan, dermatozlarning cheklangan shakllarida). Boshlang‘ich lazer nurlanish dozasi — minimal eritemali dozadan 50 mDj/sm² kamroq; keyinchalik nurlanish dozasi har ikki sessiyada 50 mDj/sm² ga oshiriladi

Izoh: Bolalik davrida fototerapiyani qo‘llash haqidagi ma’lumotlar cheklangan, shuning uchun undan foydalanishda ehtiyotkorlikka rioya qilish kerak. Tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiya 5 yosh va undan katta bo‘lgan bolalarga buyuriladi. Tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiyani tayinlashda bolaning psixoemotsional xususiyatlari, umumiy holati, kabinada mustaqil bo‘lish qobiliyati va tibbiyot xodimlari talablarini bajarishi hisobga olinishi kerak. Bolalik davrida fototerapiyani qo‘llash haqidagi ma’lumotlar cheklangan.

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

B2	Fototerapiyaning boshqa usullari bilan davolashning ta’siri bo‘lmasa, shuningdek, kattalar terisida sezilarli infiltratsiya bilan zararlanish o‘choqlari mavjud bo‘lganda tavsiya etiladi: Fotosensibilizatorlarni (PUVA) ichki qo‘llash bilan fotokimyoterapiya. PUVA-terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash uchun umumiy (klinik) qon tahlili, siydikning umumiy (klinik) tahlili, biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili, terapevt-

	shifokor, endokrinolog-shifokor, oftalmolog-shifokor, akusher-ginekolog (ayollar uchun) maslahatini o‘z ichiga olgan laboratoriya tekshiruvlari majmuasini o‘tkazish kerak. PUVA-terapiya usulini ko‘p kursli qo‘llash terining xavfli o‘smalari xavfini oshirishi mumkin. PUVA-terapiya 18 yoshdan kichik bo‘lganlarga man etiladi

C4	Mahalliy qo‘llaniladigan vositalar yordamida o‘tkaziladigan ultratovush davolash usuli Peloidoterapiya

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

C4	Mineral tuzlar, yumshatuvchi-namlantiruvchi dori vositalari va o‘simlik qaynatmalari bilan balneoterapiya

C5	Past darajali yorug‘lik terapiyasi LLLT Infraqizil lazer Qutblangan polixromatik nur

C4	Plazmaferez PKLT Ozonoterapiya

O‘zbekiston Respublikasida kafolatlangan bepul tibbiy yordam hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi xarajatlarni qoplash uchun asos bo‘lib xizmat qilmaydi.

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (qo‘llanilish ehtimoli 100%):

1-jadval

Dori-vositaning (xalqaro patentlanmagan) nomi	**Dori-vositaning dozirovkasi va qo‘llanilishi**	**Isbotlanganlik darajasi**
Klobetazol propionat: 0,05%	kuniga 1-2 marta tashqi qo‘llash; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

Betametazon diproponat: 0,1%; 0,05%	kuniga 1-2 marta tashqi qo‘llash; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Mometazon furoat: 0,1%	kuniga 1 marta tashqi qo‘llash; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Triamsinolon atsetonid: 0,5%	kuniga 1-2 marta tashqi qo‘llash; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Metilprednizolon atsetonat: 0,1%	kuniga 1-2 marta tashqi qo‘llash; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Fluotsinonid: 0,05%	kuniga 1-2 marta tashqi qo‘llash; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Triamsinolon atsetonid: 0,1%	kuniga 2 marta tashqi qo‘llash; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Fluotsinolon atsetonid 0,025%	kuniga 1-2 marta tashqi qo‘llash; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Betametazon valerat: 0,1%	kuniga 1-2 marta tashqi qo‘llash; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Aklometazon dipropionat 0,05%	kuniga o‘rtacha 2 marta tashqi qo‘llash; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Fluotsinol atsetonid 0,01%	kuniga o‘rtacha 2-3 marta tashqi qo‘llash; 4 haftagacha	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Gidrokortizon butirat 0,1%	kuniga o‘rtacha 2 marta tashqi qo‘llash; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.n

		cbi.nlm.nih.gov/32412211/
Gidrokortizon probutat 0,1%	kuniga o‘rtacha 2 marta tashqi qo‘llash; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Fluotsinol atsetonid 0,01%	kuniga o‘rtacha 2-3 marta tashqi qo‘llash; 4 haftagacha	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Deksametazon 0,1%	kuniga o‘rtacha 2-3 marta tashqi qo‘llash; 4 haftagacha	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Takrolimus 0,03% i 0,1%	kattalarga tashqi qo‘llash uchun 0,03% surtma yoki tashqi qo‘llash uchun 0,1% surtma, 2 yoshdan katta bolalarga - tashqi qo‘llash uchun 0,03% surtma 8-12 hafta davomida terining zararlangan joylariga sutkasiga 2 marta yupqa qatlamda surtiladi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/0169301/
Pimekrolimus 1%	Kattalar va 3 oylikdan oshgan bolalarga zararlangan yuzaga kuniga 2 marta, 8-12 hafta davomida yupqa qatlam bilan surtiladi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17935515/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15178928/
Mochevina (5,10,15%)	1-3 hafta davomida kuniga 1-2 marta tashqi qo‘llash uchun	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20367668/#:~:text=Conclusions%3A%20Both%20the%20new%205,over%20the%2010%25%20urea%20lotion.
Dekspantenol	sirtga qo‘llash uchun malham 5%. Malham sutkasiga 2-4 marta surtiladi (zarur bo‘lganda tez-tez surtiladi).	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

Loratadin	Sirop, tabletkalar Sirop, 10 mg li tabletkalar, tana vazni 30 kg dan kam bo‘lgan 2 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - kuniga 1 marta 5 mg (5 ml) og‘iz orqali; tana vazni 30 kg dan ortiq bo‘lganlarga - kuniga 1 marta 10 mg (10 ml) og‘iz orqali; 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - kuniga 1 marta 10 mg (10 ml) og‘iz orqali 14-28 kun davomida qabul qilinadi. 2 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - kuniga 1 marta 5 mg (5 ml) og‘iz orqali; 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - kuniga 1 marta 10 mg (10 ml) og‘iz orqali 14-18 kun davomida qabul qilinadi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8198236/
Dezloratadin	Tabletkalar 5 mg; eritma 10 ml ichishga kuniga 1 marta 7-14 kun	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Setirizin	Tomchilar, tabletkalar Ichish uchun tomchilar 10 mg/ml, tabletkalar 10 mg - 6 oylikdan 12 oylikkacha bo‘lgan bolalarga (faqat shifokor ko‘rsatmasi bo‘yicha va qat’iy tibbiy nazorat ostida) - sutkasiga 1 marta 2,5 mg (5 tomchi) og‘iz orqali, 1 yoshdan 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - sutkasiga 1-2 marta 2,5 mg (5 tomchi) og‘iz orqali, 2 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - sutkasiga 2 marta 2,5 mg (5 tomchi) og‘iz orqali yoki sutkasiga 1 marta 5 mg (10 tomchi) og‘iz orqali, 6 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 14-28 kun davomida sutkasiga 1 marta 5 mg og‘iz orqali qabul qilinadi.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Levosetirizin	Tabletkalar 5 mg; eritma 20 tomchi ichishga kuniga 1 marta 7-14 kun	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Xloropiramin	Tabletkalar 25 mg dan kuniga 3-4 marta, kattalarga m/o yoki v/i yuborilganda bir martalik doza 20-40 mg ni tashkil qiladi	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Mebgidrolin	Ichishga (ovqatdan keyin). Kattalar va 10 yoshdan katta bolalarga - 50-200 mg dan kuniga 1-2 marta;	(A)

	maksimal dozalar: bir martalik - 300 mg, kunlik - 600 mg; 5 yoshdan 10 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 100-200 mg/kun, 2 yoshdan 5 yoshgacha - 50-150 mg/kun, 2 yoshgacha - 50-100 mg/kun.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Ketotifen	Kattalarga - 1 mg dan kuniga 2 marta ertalab va kechqurun ovqatlanish paytida ichish uchun. Zarur bo‘lsa, dozasi 2 mg gacha kuniga 2 marta oshiriladi. 3 yosh va undan katta bolalarga - 1 mg dan kuniga 2 marta.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Ebastin	Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza - 10-20 mg/sut..	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Natriy tiosulfat	v/i 5–50 ml 30% eritmasi tomchilab Ichishga - 2-3 g 10% li eritma ko‘rinishida qabul qilish uchun.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Kaltsiy glyukonat	V/i, v/i sekin (2-3 daqiqa davomida) yoki tomchilab yuboriladi. Kattalar uchun - 100 mg/ml eritmadan 5-10 ml miqdorda har kuni, kunora yoki ikki kundan keyin qo‘llaniladi. Bolalarga vena ichiga sekin (2-3 daqiqa davomida) yoki tomchilab, yoshiga qarab, har 2-3 kunda 100 mg/ml eritmadan 1 ml dan 5 ml gacha miqdorda yuboriladi.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

Izoh: Agar ma’lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta’sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan preparatlar). Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalari, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zaruratga ko‘ra qo‘llanilishi mumkin.

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (qo‘llash ehtimoli 100% dan kam):

2-jadval

Dori-vositaning (xalqaro patentlanmagan) nomi	**Dori-vositaning dozirovkasi va qo‘llanilishi**	**Isbotlanganlik darajasi**

Essensial fosfolipidlar	v/i sekin 1-2 ampula (5-10 ml), eritmani bemorning qoni bilan 1: 1 nisbatda suyultiriladi. Agar preparatni suyultirish zarur bo‘lsa, infuziya uchun faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasi ishlatiladi. Ichishga. 12 yoshdan oshgan va vazni 43 kg dan ortiq bo‘lgan o‘smirlar uchun, shuningdek, kattalar uchun ovqat paytida kuniga 3 marta 2 kapsuladan ichish tavsiya etiladi.	
Antral	Ichishga kuniga 3 marta ovqatdan keyin kattalar va 10 yoshdan oshgan bolalar uchun 200 mg dan 4-10 yoshli bolalar uchun 100 mg dan	
Oksimatrin	m/o 600mg dan, kuniga 1 mahal v/i 600 mg 100-250 ml 5% glyukoza eritmasida yoki 0,9% natriy xlorid eritmasida suyultiriladi Kuniga bir mahal daqiqasiga 60 tomchi tezlikda tomir ichiga yuboriladi ichishga kuniga uch marta 2 kapsuladan (0,2 g oksimatrin). Agar kerak bo‘lsa, sutkalik dozani kuniga uch marta 3 kapsulaga oshirish mumkin (0,3 g oksimatringa teng).	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Ademetionin	Tavsiya etiladigan doza 1 kg tana vazniga sutkasiga 10-25 mg ademetioninni tashkil etadi. Odatda sutkalik doza sutkasiga 1-2 tabletkani tashkil etadi (sutkasiga 400-800 mg ademetionindan) va sutkasiga 4 tabletkagacha oshirilishi mumkin (sutkasiga 1600 mg ademetioningacha). Ta’siri odatda davolashning 7-14 kunida namoyon bo‘ladi va preparatni keyingi qo‘llashda ham saqlanib qoladi.	
Meglyumin natriy suksinat	V/i tomchilab, tezligi 90 kap/min (1-1,5 ml/min) dan 400 ml/sut gacha.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/

Meglyumin akridonatsetat	24 soat oraliq bilan 3 ta inyeksiya va keyinchalik 48 soat oraliq bilan yana 3 ta inyeksiya	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Metoksalen	Malham 0,75%. Vitiligoning aniq belgilangan joylariga tegishli manbadan yoki quyosh nurlari bilan uzun to‘lqinli ultrabinafsha spektr (to‘lqin uzunligi 320-400 nm) bilan nurlantirishdan 30-60 daqiqa oldin surtiladi. Tabletkalar 10 mg. Ichishga. Ultrabinafsha nurlantirish seansidan 1,5-2 soat oldin. Doza bemorning tana vazniga qarab individual ravishda tanlanadi: 0,6mg/kg	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Prednizolon	Katta yoshli bemorlar uchun kuniga 40-50 mg. Klinik yaxshilanishga (regressga) erishilgandan so‘ng, preparatni asta-sekin bekor qilish boshlanadi. Davolashning umumiy davomiyligi o‘rtacha 2-3 haftadan oshmaydi.	(B) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5901393/
Metilprednizolon	Glyukokortikoidlarning dozasi, aksariyat hollarda, kattalar uchun prednizolon hisobida kuniga 40-50 mg ni tashkil qiladi. Ijobiy klinik natijaga erishilgandan so‘ng - preparatni asta-sekin bekor qilish boshlanadi. Glyukokortikosteroidlar bilan davolashning umumiy davomiyligi odatda qisqa (o‘rtacha 2-3 haftadan oshmaydi).	
Betametazon	har 2-4 haftada 1,0 ml dan 2,0 ml gacha dozada m/o yuboriladi.	
Eritromitsin	0,5-1,0 g dan kuniga 3 marta 7-10 kun davomida ichishga	**(C)**
Klaritromitsin	0,25-0,5 g dan kuniga 2 marta 7-10 kun davomida ichiladi	
Azitromitsin	0,5 g dan kuniga 1 mahal 3 kun davomida ichiladi	
Seftriakson	Kuniga 1-2 g yoki kuniga 20-80 mg/kg, mushak ichiga yoki vena ichiga 10 kun davomida	

Levofloksatsin	Tab 250-500 mg ichichga, har kuni 2 hafta davomida	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
Amoksitsillin + Klavulan kislotasi	Kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga (massasi 40 kg va undan ortiq) plyonka qobiq bilan qoplangan tabletkalar, 250 mg + 125 mg 1 tabletkadan kuniga 3 marta yoki 875 mg + 125 mg - 1 tabletkadan kuniga 2 marta 5-14 kun davomida yoki kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga (massasi 40 kg va undan ortiq) dispergirlanadigan tabletkalar - 500/125 mg dan kuniga 3 marta 5-14 kun davomida, 2 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan yoki tana massasi 40 kg dan kam bo‘lgan bolalarga - 125/31,25 mg yoki 250/62,5 mg dan kuniga 2400/600 mg dan oshmaydigan dozalarda, 3 qabulda 5-14 kun davomida.	
Montelukast	6 yoshdan 14 yoshgacha bo‘lgan bolalar 1 tabletkadan 5 mg dan kuniga 1 marta chaynaladi. Kattalar va 15 yoshdan katta bolalar uchun dozasi sutkasiga 10 mg montelukast.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Natriy laktat + Sorbitol + Kaliy xlorid MgCl2, NaCl, CaCl2	Kattalarda v/i tomchilab minutiga 40-60 tomchi tezlikda. 3-5 kun davomida tana vazniga 6-7 ml/kg	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Siklosporin	25, 50 va 100 mg li tabletkalar 3,5 mg\kg sutkasiga	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29878606/
Metotreksat	10 mg\ml 2 ml 15-30 mg xaftada 1 marta peroral shaklda	
Folat kislota	Folat kislotasini metotreksat qabul qilgandan keyin 12 - 48 soat o‘tgach qabul qilish tavsiya etiladi. Metotreksatning bir haftalik dozasi	

(Metotreksat qo‘llanilganda)	qabul qilingandan keyin 24 soat o‘tgach optimal hisoblanadi.	
Sianokobalamin (B12 vitamini)	m/o yoki v/i 1 mg dan har kuni 1-2 hafta davomida, ushlab turuvchi doza 1-2 mg m/o yoki v/i - haftasiga 1 martadan, oyiga 1 martagacha.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38019566/
Piridoksin gidroxlorid (B6 vitamini)	m/o, preparat dozasini shifokor individual ravishda kuniga 1-2 mg/kg tana vazniga hisoblab tayinlaydi.	
Riboflavin mononukleotidi (B2 vitamini)	Ichish uchun: kattalarga - kuniga 5-10 mg; bolalarga - kuniga 1 marta 2-5 mg. Davolash davomiyligi 1-1,5 oy. M/o: 1 ml 1% eritma (0,1 g) kuniga 1 marta 10-15 kun davomida (bolalarga - 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 marta; davolash kursi - 15-20 inyeksiya.	
Tiamin gidroxlorid (B1 vitamini)	m/o (chuqur) Preparatni yuborishni kichik dozalardan boshlash tavsiya etiladi (ko‘pi bilan 0,5 ml 5% eritma) va faqat yaxshi ko‘tara olganda yuqori dozalarga o‘tish mumkin. Kattalarga 25-50 mg tiamin gidroxlorid (0,5-1 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal, har kuni, bolalarga 12,5 mg (0,25 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal buyuriladi.	
Alfa-lipoy kislotasi	Kattalar uchun 600 mg miqdorida kuniga kamida 30 daqiqa davomida tomchilab yuborish orqali vena ichiga yuboriladi. Kattalar va 14 yoshdan oshgan bolalarga ovqatdan oldin kuniga 1 mahal 1 kapsuladan ichiladi.	
Alfa tokoferol atsetat (E vitamini)	Ovqatdan keyin kuniga 50-100 mg dozada ichiladi	

A + E vitamini	Ovqatdan keyin kuniga ichish uchun 100 mg dan vitamin E + 100 000 XB vitamin A dozasida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28994020/
Retinol atsetat (A vitamini)	Kattalar uchun eng yuqori kunlik doza 100 000 XB dan oshmasligi kerak.	
Askorbin kislotasi (C vitamini)	Ichga, m/o, v/i Tanqislik holatlarining oldini olish uchun - kuniga 25-75 mg. Davolash uchun kuniga 250 mg va undan ortiq bo‘lingan dozalarda	
Xolekalsiferol (D vitamini)	D vitamini tanqisligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi <20 ng/ml) - 8 hafta davomida har haftada 50 000 XB ichish uchun - 200 000 XB har oyda 2 oy davomida ichish uchun - 150 000 XB har oyda 3 oy davomida ichish uchun - 6000 - 8000 XB kuniga - 8 hafta ichish uchun D vitamini yetishmovchiligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi ≥20 va <30 ng/ml) - 4 hafta davomida har hafta 50 000 XB ichish uchun - 200 000 XB bir marta ichishga - 150 000 XB bir marta ichishga - 6000 - 8000 XB kuniga - 4 hafta ichish uchun D vitamini darajasini qo’llab-quvvatlab turish ≥30 ng/ml - 1000 - 2000 XB har kuni ichish uchun - 6 000 - 14 000 XB haftada bir marta ichish uchun	

Tiloron digidroxlorid	1-2 tabletkadan (250 mg) dastlabki ikki kun davomida kuniga 1 marta, so‘ngra 2-4 hafta davomida kun ora 1 tabletkadan (125 mg) ichiladi. Yoki remissiya davrida 0,125 g (1 tabletka) ovqatdan keyin, har haftaning dastlabki ikki kunida, jami 5 hafta. Kurs dozasi 1,25 g.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Timopentin	• mushak orasiga inyeksiya qilish - inyeksiya uchun steril suv bilan suyultirish 1 ml; • vena ichiga tomchilab quyish - 250 ml 0,9% natriy xloridning inyeksion eritmasida eritish. Preparat tavsiyalarga amal qilgan holda qo‘llaniladi. Immunitet tanqisligi holatlarining oldini olish va davolash 1-2 flakon kuniga 2 marta.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Gidroksizin	Ichishga. 12,5-50 mg / kun Maksimal yagona doz 200 mg dan oshmasligi kerak, maksimal sutkalik doza 300 mg dan oshmasligi kerak. Keksa bemorlarda boshlang‘ich dozani 2 baravar kamaytirish kerak. O‘rtacha va og‘ir buyrak etishmovchiligi, shuningdek, jigar etishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda dozani kamaytirish talab qilinadi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Valerian ekstrakti	Ichishga. Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarga 1-2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin beriladi. Davolash davomiyligi 2-4 hafta. Shifokor ko‘rsatmasi bilan takroriy davolash kurslarini o‘tkazish mumkin.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Adonis-brom	Ichishga, 1 tab. Ovqatdan keyin kuniga 3 marta. Davolash kursi - 25-30 kun. Takroriy kurslarni o‘tkazishning maqsadga muvofiqligi shifokor tomonidan belgilanadi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32412211/
Dupilumab	Tana vazni 15 dan 30 kg gacha bo‘lgan bemorlar uchun: boshlang‘ich doza 600 mg (300 mg dan 2 ta inyeksiya) bo‘lib, keyin har	(A)

	4 haftada 300 mg dan qo‘llaniladi; tana vazni 30 dan 60 kg gacha bo‘lgan bemorlar uchun: boshlang‘ich doza 400 mg (200 mg dan 2 ta inyeksiya) bo‘lib, keyin har 2 haftada 200 mg dan qo‘llaniladi; tana vazni 60 kg va undan yuqori bo‘lgan bemorlar uchun boshlang‘ich doza 600 mg (300 mg dan 2 ta inyeksiya) bo‘lib, keyin har 2 haftada 300 mg dan qo‘llaniladi.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6989562/
Tralokinumab	Boshlang‘ich doza: Dozani bir necha joyga bo‘ling. Kuniga 1 marta 600 mg Keyingi ishlov berish Dozani bir necha joyga taqsimlash imkoniyati. Oldingi bosqichdan ikki haftalik oraliqni saqlang. Agar 16 haftadan keyin javob bo‘lmasa, davolashni to‘xtatish kerak. 300 mg bugun har 2 haftada 1 marta Og‘irligi < 100 kg O‘rta va og‘ir darajadagi atopik dermatit, ikkinchi bosqich davolash usuli Keyingi ishlov berish mumkin Agar: Bemorning terisi rangsizlangan yoki deyarli oq rangda bo‘lsa. Dozani bir necha joyga taqsimlash imkoniyati. 300 mg bugun har 4 haftada 1 marta	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37543792/
Ustekinumab	45 mg/0.5мл, 90мг/1.0мл Shprisda Tavsiya etilgan doza 45 mg ni tashkil etadi. Ikkinchi inyeksiya birinchi inyeksiyadan 4 hafta o‘tgach, keyin har 12 haftada amalga oshiriladi. Tana vazni 100 kg dan ortiq bo‘lgan bemorlarda preparat 90 mg dozada tavsiya etiladi. 28 hafta davomida terapiya samarasiz bo‘lsa, preparatni qo‘llashning maqsadga	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29164954/

	muvofiqligini ko‘rib chiqish tavsiya etiladi.	
Lebrikizumab	250мг Lebrikizumabning tavsiya etilgan dozasi 0-chi va 2-chi haftada 500 mg (250 mg dan ikkita inyeksiya), keyin 16-chi haftagacha har ikki haftada teri ostiga 250 mg yuboriladi. Klinik natijaga erishilgach, lebrikizumabning tavsiya etilgan qo‘llab-quvvatlovchi dozasi har to‘rt haftada 250 mg ni tashkil etadi.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29353026/
Omalizumab	deltasimon mushak sohasiga yoki sonning oldingi lateral sohasiga 2-4 haftada 1 marta 150-375 mg dan faqat t/o yuboriladi (m/o va v/o yuborish mumkin emas). Doza IgE ning dastlabki konsentratsiyasiga (XB/ml) va davolanishdan oldin o‘lchangan bemorning tana vazniga (kg), shuningdek bemorning tana vazniga (kg) bog‘liq. Tana vazni sezilarli darajada o‘zgarganda dozaga tuzatish kiritish kerak.	(A) https://www.medscape.com/viewarticle/921848
Baritsitinib	Ichga. Tavsiya etilgan doza kuniga 1 marta 4 mg ni tashkil qiladi.	(A) https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09546634.2023.2216322
Upadatsitinib	Dozasi kuniga 1 marta 15-45 mg ni tashkil qiladi.	(A) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK572088/
Abrotsitinib	Kattalar va o‘smirlar (12 yosh va undan kattalar) uchun tavsiya etilgan doza shifokor tomonidan davolash maqsadlari va bemorning klinik holatiga qarab kuniga 1 marta 100 mg yoki 200 mg ni tashkil qiladi.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37667972/

Izoh: Agar ma’lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta’sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan preparatlar). Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalari, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zaruratga ko‘ra qo‘llanilishi mumkin.

Dori-vositaning (xalqaro patentlanmagan) nomi	**Dori-vositaning dozirovkasi va qo‘llanilishi**	**Isbotlanganlik darajasi**	**Dori-vositaning (xalqaro patentlanmagan) nomi**
Teri nuqsonlari (yoriqlar, ekskoriatsiyalar) bo‘lgan bemorlarga, ayniqsa bolalarda, ekskoriatsiyalar va yoriqlar joylarida ikkilamchi infeksiyani bartaraf etish maqsadida antiseptiklar va dezinfeksiyalovchi vositalar yoki boshqa davolash vositalari tavsiya etiladi	Borat kislotasi + rezorsin + fenol + fuksin eritmasini terining zararlangan qismlariga tampon yoki	tashqi qo‘llash uchun mo‘ljallangan shisha tayoqcha yordamida kuniga 2-4 marta surtish lozim. Suyuqlik qurigandan keyin ishlov berilgan joyga surtma va pastalar surtish mumkin	(C) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend
	metiltioniniy xlorid 1% li eritmasi	mahalliy va tashqi qo‘llash uchun, [suvli] eritma kattalar va bolalarga tug‘ilgan paytdan boshlab tampon yoki shisha tayoqcha yordamida sutkasiga 2-3 marta	(C) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend/atopic_dermatitis
Qaytalanuvchi yoki tarqalgan bakterial infeksiyani davolash uchun tizimli ta’sirga ega antibakterial preparatlar tavsiya etiladi:	amoksitsillin + klavulan kislotasi	Kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga (og‘irligi 40 kg va undan ortiq) plyonka qoplangan tabletkalar: 250 mg + 125 mg dan kuniga 3 marta 1 tabletkadan yoki 875 mg + 125 mg dan kuniga 2 marta 1 tabletkadan 5-14 kun davomida qabul qilinadi. Yoki dispergirlangan tabletkalar kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga (og‘irligi 40 kg va undan ortiq) - 500/125 mg dan kuniga 3 marta 5-14 kun davomida qabul qilinadi. 2 yoshdan 12	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18557929/

		yoshgacha bo‘lgan bolalarga yoki tana vazni 40 kg dan kam bo‘lganlarga - 125/31,25 mg dan yoki 250/62,5 mg dan, sutkasiga 2400/600 mg dan oshmaydigan dozada, 3 mahal 5-14 kun davomida qabul qilinadi.	
	sefuroksim – 250 mg dan	kattalar hamda 3 va undan katta yoshdagi bolalarga 5-10 kun davomida sutkasiga 2 marta og‘iz orqali	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20109729/
	seftriakson – 1-2 g dan	Kuniga 12 yoshdan katta bolalarga mushak orasiga yoki vena ichiga (12 soat oralig‘ida 2 marta yuborish ma’qul), 2 haftalikkacha bo‘lgan chaqaloqlarga 20-50 mg/kg/kun, 3 haftalikdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga 20-80 mg/kg/kun miqdorida 2 marta yuboriladi.	(C) https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-vybora-antibakterialnyh-preparatov
Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda gerpetik ekzema Kaloshi rivojlanganda to‘g‘ridan to‘g‘ri ta’sir qiluvchi virusga qarshi preparatlar tavsiya etiladi	Asiklovir tabletkalar 200 mg	kattalar va 3 yoshdan katta bolalarga sutkasiga 5 marta ichiriladi. Davolash kursi 5 kunni tashkil qiladi, ammo og‘ir infeksiyalarda uzaytirilishi mumkin.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22433376/
Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda og‘iz bo‘shlig‘i va ichak shilliq qavatlarining mikotik shikastlanishlarining invaziv shakllari rivojlanganda tizimli	Bemorning yoshini hisobga olgan holda flukonazol kuniga 1 marta 50 mg yoki 100 mg miqdorda qabul qilinadi	Bolalarga ovqatdan so‘ng kuniga 1 marta 50 mg dan ichish uchun 4-7 kun davomida; kattalarga ovqatdan so‘ng kuniga 1 marta 100 mg dan 7-14 kun	(C) https://journaldoctor.ru/catalog/dermatologiya/puti-usovershenstvovaniya-terapii

ta’sirga ega antimikotik preparatlar tavsiya etiladi		davomida ichish tavsiya etiladi.	
Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda endogen intoksikatsiya rivojlanganida enterosorbentlar, immunosorbentlar tavsiya etiladi	gidroliz lignini + laktuloza tabletkalari	Ichishga: 3 yoshdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarga kuniga 3 mahal 1 tabletkadan; 2 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga esa kuniga 3 mahal 1/2 tabletkadan beriladi. Qabul qilish kursi 2 hafta davom etadi. Qabul kursi davomiyligi - 2 hafta.	(C) https://umedp.ru/articles/enterosorbenty_v_kompleksnoy_terapii_atopicheskogo_dermatita_u_detey.html
	faollashtirilgan glaukonit 300 mg ichishga	Kattalarga 1 kapsuladan kuniga 3 marta ovqat paytida (sutkalik dozasi 1,8 g). Kapsulani xona haroratidagi suv bilan ichish kerak. Qabul qilish davomiyligi 30 kun. Preparat 8 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga 1 kapsuladan kuniga 1 marta, 13 yoshdan 18 yoshgacha bo‘lgan bolalarga 1 kapsuladan kuniga 2 marta 7-10 kun davomida ovqatdan 30 daqiqa oldin yoki ovqatdan 1 soat keyin buyuriladi. O‘tkir kasalliklarda davolash kursi 5 kun davom etadi, allergiya va surunkali kasalliklarda esa 10 kungacha cho‘zilishi mumkin. Shifokor tavsiyasiga ko‘ra, takroriy kurs 2	(C) www.museonaturalistico.it/index.php/journal/article

		haftadan so‘ng o‘tkaziladi.	

Izoh: Agar ma’lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta’sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan preparatlar). Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalari, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zaruratga ko‘ra qo‘llanilishi mumkin.

1. Boshqa davolash

   Uy changi kanalari allergenlari va chang allergenlariga sezgir bo‘lgan bemorlarga, ular bilan aloqa atopik dermatit qo‘zishiga va/yoki respirator belgilar - allergik rinit, bronxial astmaga olib keladigan hollarda uy changi kanalari allergenlari bilan allergen-maxsus immunoterapiya [6, 213-223]: maishiy allergenlar teri skarifikatsiyasi, prik-test va teri ostiga yuborish uchun eritma [215-220] yoki teri ostiga yuborish uchun maishiy allergenlar suspenziyasi [216], yoki til ostiga tomizish uchun maishiy allergenlar tavsiya etiladi[221-223]. Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi – 1) Sharhlar: Allergen-maxsus immunoterapiya uchun ko‘rsatma va qarshi ko‘rsatmalarni tanlash allergolog-immunolog tomonidan belgilanadi. Allergen-maxsus immunoterapiya adekvat tashqi terapiya yordamida atopik dermatitning qo‘zg‘alishini to‘xtatgandan so‘ng, shuningdek, surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish va yondosh kasalliklarni davolashdan keyin buyuriladi. Allergolog-immunolog shifokor tomonidan allergologiya kabineti yoki statsionar sharoitida o‘tkaziladi. Allergen-maxsus immunoterapiyaning davomiyligi va sxemasi individual ravishda belgilanadi.

«ATOPIK DERMATIT» NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent 2025

Kirish

So‘nggi o‘n yilliklarda teri allergik kasalliklari bilan kasallanishning ko‘payishi qayd etilgan. Jahon Allergiya Tashkiloti (WAO) ma’lumotlariga ko‘ra, aholining 30-40 foizida bir yoki bir nechta allergik kasalliklar aniqlangan[1]. Teri allergik kasalliklari orasida atopik dermatit (AD) birinchi o‘rinni egallaydi [2,5]. Dermatoz eng ko‘p uchraydigan teri kasalligi bo‘lib, undan bolalarning 20% va kattalarning 3-10% aziyat chekadi. XKT-10 bo‘yicha atopik dermatit (AD) diffuz va mahalliylashgan neyrodermit, ekzema, Benye qichimasi va boshqa teri allergik kasalliklarini o‘z ichiga olgan allergodermatozlar guruhini ifodalaydi, uning asosida teri shikastlanishiga olib keladigan immun mexanizmlar yotadi.

Atopik dermatit teri allergik kasalliklarining keng tarqalgan, genetik jihatdan aniqlangan shakllaridan biri bo‘lib, sog‘liqni saqlashning muhim tibbiy-ijtimoiy muammosi bo‘lib qolmoqda, uning ahamiyati 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarning 10-12% da kasallanishning doimiy o‘sishi bilan belgilanadi va umumiy populyatsiyada katta yoshdagi aholining 1,5-2% da qayd etiladi, turli mamlakatlarda urbanizatsiya darajasi va hayotning ekologik tozalik holatiga qarab o‘zgarib turadi.

Irsiy moyillik, oliy va vegetativ asab tizimining buzilishi, ichki organlar faoliyatining buzilishi, almashinuv, neyrogumoral, neyrovaskulyar buzilishlar, organizmning allergik holati, noto‘g‘ri ovqatlanish, turli xil intoksikatsiyalar, atrof-muhitning noqulay omillari ta’siri - bularning barchasi ADning paydo bo‘lishi va surunkali kechishiga sabab bo‘ladi.

Ta’rif

Atopik dermatit - surunkali qaytalanuvchi kechishi bilan tavsiflangan, ko‘p omilli genetik determinlashgan terining yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, klinik ko‘rinishlarning yoshga xos xususiyatlari, zardobdagi Ig E darajasining oshishi va o‘ziga xos va nospetsifik qo‘zg‘atuvchilarga o‘ta sezuvchanligi bilan bosqichma-bosqich xarakterga ega.

C4	Yengil, o‘rta va og‘ir darajadagi atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarga tashqi terapiya tavsiya etiladi: dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar, dermatitni davolash uchun preparatlar, glyukokortikoidlardan tashqari Atopik dermatitning yengil kechishida dermatologiyada qo‘llaniladigan past va o‘rtacha faollikka ega bo‘lgan glyukokortikoidlarni qo‘llash, Atopik dermatitning o‘rta va og‘ir kechishida esa dermatologiyada qo‘llaniladigan faol va yuqori faollikka ega bo‘lgan glyukokortikoidlarni minimal samarali dozalarda qo‘llash maqsadga muvofiqdir Atopik dermatitning qo‘zg‘alishini tezda davolash uchun tashqi terapiya vositalari va nam bog‘lamlar yordamida emolentlardan foydalanish mumkin. Dastlab terining zararlangan sohalariga tashqi vositalar (dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar va/yoki emolentlar) surtiladi, so‘ngra nam paxta yoki doka salfetka, keyin esa quruq tashqi bog‘lam qo‘yiladi Dermatologiyada qo‘llaniladigan, o‘rtacha va yuqori ta’sirga ega glyukokortikoidlarni qo‘llashda buyrak usti bezlari funksiyasini pasaytirish xavfi tufayli nam bog‘lamlarni qo‘llash bilan ehtiyot bo‘lish kerak

A1	6 yosh va undan katta bo‘lgan bolalar yoshidagi bemorlarga o‘rtacha va og‘ir darajadagi ADda va qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmaganda tavsiya etiladi 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga dupilumabni buyurish mumkin emas. O‘rtacha va og‘ir darajadagi atopik dermatitga chalingan hamda qarshi ko‘rsatmalari bo‘lmagan katta yoshli bemorlarga quyidagilar tavsiya etiladi: dupilumab 300 mg teri ostiga yuborish uchun eritma, boshlang‘ich dozasi - 600 mg (300 mg dan 2 ta inyeksiya turli inyeksiya joylariga), so‘ng har 2 haftada 300 mg dan yuboriladi. Individual terapevtik javobga qarab, doza haftasiga 300 mg gacha oshirilishi mumkin

	Dupilumab monoterapiya yoki topik dori vositalari bilan bir vaqtda qo‘llanilishi mumkin. Preparat inyeksiyasini bemorning o‘zi yoki unga qaraydigan shaxs qilishi mumkin. Dupilumabni qo‘llashdan oldin bemorlarni va/yoki ularga qaraydigan shaxslarni tibbiy qo‘llanishga oid ko‘rsatmalarga muvofiq preparatni inyeksiya qilishga tayyorlash va o‘tkazishga o‘rgatish zarur. Dupilumab, shuningdek, og‘ir bronxial astma bilan o‘rta og‘ir va og‘ir atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda qo‘llanilishi mumkin. Atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarni davolashda dupilumabning samaradorligi SOLO 1, SOLO 2, CHRONOS uCAFE klinik tadqiqotlari natijalari bilan tasdiqlangan. Dupilumab bilan davolash fonida har 2 haftada 1 ta inyeksiya rejimida olib borilgan 16 haftalik terapiya natijasida, tashqi davo olmagan bemorlarning 44-51 % atopik dermatitning og‘irligi EASI (Eczema Area and Severity Index) ko‘rsatkichi bo‘yicha 75 foiz va undan ko‘proq (EASI75) kamaydi. Agar dupilumab bilan davolash har 2 haftada 1 ta inyeksiya rejimida dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar bilan tashqi terapiya bilan birgalikda olib borilgan bo‘lsa, davolash samaradorligi faqat dupilumab bilan davolashga nisbatan yana 10-20% ga yuqori bo‘ldi. Davolashning 16-haftasiga kelib, dermatologiyada qo‘llaniladigan dupilumab va glyukokortikoidlar bilan davolangan atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarning 69 % EASI bo‘yicha atopik dermatitning og‘irligi 75% va undan ko‘proqqa (EASI75) kamaydi. Bemorlarda qichishishning kamayishi terapiyaning 2-haftasida qayd etildi va terapiyaning 16-haftasida qichishishning o‘rtacha 53,9% ga kamayishi qayd etildi. Terapiyaning 52-haftasiga kelib, ta’sir saqlanib qoldi va atopik dermatitning og‘irlik darajasi boshlang‘ich darajaga (EASI75) nisbatan 75% va undan ortiq pasayishi 65% atopik dermatit bilan og‘rigan bemorlarda qayd etildi, ular har 2 haftada bir marta dupilumab inyeksiyasini va dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar bilan tashqi terapiyani qabul qildilar

A1	Atopik dermatitning og‘irlik darajasi siklosporin bilan uzluksiz davolanishning 6-8 haftasidan keyin 50% ga kamayadi. Preparatning yuqori boshlang‘ich dozasini qabul qilgan bemorlarda (4-5 mg/kg/sut) biroz past boshlang‘ich dozani qabul qilgan bemorlarga (2,5-3 mg/kg/sut; og‘irlikni 22% ga kamayishi) qaraganda 2 haftadan keyin tezroq yaxshilanish (og‘irlikni 40% ga kamayishi) kuzatiladi. Biroq, siklosporin bilan 6-8 haftalik terapiyadan so‘ng yuqoriroq va pastroq dozalarda preparatni olgan bemorlar o‘rtasida javobda farq bo‘lmagan, ammo preparatning yuqoriroq dozasini olgan bemorlar siklosporin bilan bog‘liq ko‘proq miqdordagi nojo‘ya ta’sirlar haqida xabar berganlar. Siklosporin bilan uzluksiz terapiya davomiyligini 2 yil bilan cheklash taklif etiladi.

A1	Atopik dermatitning og‘ir kechishi bilan og‘rigan bemorlarga tizimli ta’sirga ega kortikosteroidlar peroral sxema bo‘yicha - dastlabki 2-3 kun davomida tavsiya etiladi Zarur bo‘lsa, tizimli ta’sirga ega kortikosteroidlarni qabul qilishni yana 2-3 kun davomida kuniga 1 mahal nonushtadan keyin davom ettirish mumkin: metilprednizolon 2 mg yoki prednizolon 2,5 mg.

V 3	Qon oqimidan toksinlar, autoantitanachalar, sirkulyatsiyalanuvchi immun komplekslar (SIK), yallig‘lanish oldi sitokinlarini eliminatsiya qilish, metabolizm va a’zolarning buzilgan funksiyalarini normallashtirish maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etiladi

S 5	VQLN Ozonoterapiya

Jarrohlik amaliyoti: Qo’llanmaydi

«ATOPIK DERMATIT» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent 2025

Kirish

So‘nggi o‘n yilliklarda teri allergik kasalliklari bilan kasallanishning ko‘payishi qayd etilgan. Jahon Allergiya Tashkiloti (WAO) ma’lumotlariga ko‘ra, aholining 30-40 foizida bir yoki bir nechta allergik kasalliklar aniqlangan[1]. Teri allergik kasalliklari orasida atopik dermatit (AD) birinchi o‘rinni egallaydi [2,5]. Dermatoz eng ko‘p uchraydigan teri kasalligi bo‘lib, undan bolalarning 20% va kattalarning 3-10% i aziyat chekadi. XKT-10 bo‘yicha atopik dermatit (AD) diffuz va mahalliylashgan neyrodermit, ekzema, Bene qichimasi va boshqa teri allergik kasalliklarini o‘z ichiga olgan allergodermatozlar guruhini ifodalaydi, uning asosida teri shikastlanishiga olib keladigan immun mexanizmlar yotadi.

Atopik dermatit teri allergik kasalliklarining keng tarqalgan, genetik jihatdan aniqlangan shakllaridan biri bo‘lib, sog‘liqni saqlashning muhim tibbiy-ijtimoiy muammosi bo‘lib qolmoqda, uning ahamiyati 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarning 10-12% da kasallanishning doimiy o‘sishi bilan belgilanadi va umumiy populyatsiyada katta yoshdagi aholining 1,5-2% da qayd etiladi, turli mamlakatlarda urbanizatsiya darajasi va hayotning ekologik tozalik holatiga qarab o‘zgarib turadi.

Irsiy moyillik, oliy va vegetativ asab tizimining buzilishi, ichki organlar faoliyatining buzilishi, almashinuv, neyrogumoral, neyrovaskulyar buzilishlar, organizmning allergik holati, noto‘g‘ri ovqatlanish, turli xil intoksikatsiyalar, atrof-muhitning noqulay omillari ta’siri - bularning barchasi ADning paydo bo‘lishi va surunkali kechishiga sabab bo‘ladi.

Ta’rif

Atopik dermatit - surunkali qaytalanuvchi kechishi bilan tavsiflangan, ko‘p omilli genetik determinlashgan terining yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, klinik ko‘rinishlarning yoshga xos xususiyatlari, zardobdagi Ig E darajasining oshishi va o‘ziga xos va nospetsifik qo‘zg‘atuvchilarga o‘ta sezuvchanligi bilan bosqichma-bosqich xarakterga ega.

Asoratlar

o Teri qoplamining ikkilamchi zararlanishi
o Asoratlar - dori preparatlarining nojo‘ya ta’sirining namoyon bo‘lishi (odatda, uzoq vaqt nazoratsiz qo‘llanilganda yuzaga keladi)

Shifoxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- umumiy ahvolning buzilishi bilan kechadigan AtD kuchayishi;
- ikkilamchi infeksiyalanish bilan kechadigan tarqalgan teri jarayoni;
- qaytalanuvchi teri infeksiyalari;
- fizioterapevtik davolash usullaridan foydalanish zaruriyati;
- selektiv immunodepressantlar (biologik preparatlar, glyukokortikosterodlar va boshqalar) bilan qo‘llab-quvvatlovchi terapiyani o‘tkazish zarurati

Natijalar va prognoz

AtDning dastlabki alomatlari odatda erta yoshda namoyon bo‘ladi va 50% holatlarda tashxis hayotning birinchi yiliga qadar aniqlanadi.

Atopik dermatit to‘lqinsimon tarzda qayta-qayta qo‘zib turadigan kechishga ega:

bolalarning 60 foizida vaqt o‘tishi bilan alomatlar butunlay yo‘qoladi, qolganlarida esa butun umri davomida saqlanib qoladi yoki qaytalanadi.

Taxminlarga ko‘ra, hayotining birinchi yilida atopik dermatit bilan kasallangan bolalarda kasallikning kechishi yaxshiroq bo‘lishi mumkin.

Shunga qaramay, umuman olganda, kasallikning boshlanishi qanchalik erta va qanchalik og‘ir kechsa, ayniqsa AD boshqa allergik patologiya bilan birga kelganda uning davom etish ehtimoli shunchalik yuqori bo‘ladi. Og‘ir atopik dermatit, BA va allergik rinit o‘rtasida patofiziologik bog‘liqlik mavjudligi isbotlangan, AD bolalarda astma shakllanishining asosiy prediktori sifatida qaraladi.
AtDning bolalar hayot sifatiga ko‘rsatadigan salbiy ta’siri psoriaz, qandli diabet va boshqa shunga o‘xshash og‘ir surunkali kasalliklar bilan taqqoslanarli darajadadir.

Tibbiy yordam ko‘rsatishni tashkil etish

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko‘rsatish doirasida uchastka shifokor-terapevtlari, uchastka shifokor-pediatrlari, umumiy amaliyot shifokorlari bemorlarda terida toshmalar, atopik dermatit belgilari yoki alomatlari aniqlanganda bemorni dermatovenerologik profildagi tibbiyot tashkilotiga unga birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy-sanitariya yordami ko‘rsatish uchun yuboradi.
Birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy-sanitariya yordami doirasida tibbiy yordam ko‘rsatish imkoni bo‘lmaganda va tibbiy ko‘rsatmalar mavjud bo‘lganda bemor ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko‘rsatuvchi tibbiyot tashkilotiga yuboriladi.
Ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologik tibbiy yordam statsionar sharoitlarda dermatovenerolog shifokorlar tomonidan ko‘rsatiladi.
Bemorni tibbiy tashkilotdan chiqarish uchun ko‘rsatmalar:
- toshmalar regressiyasi va/yoki klinik ko‘rinishlarning pasayishi[1].

Davolash samaradorligi ko‘rsatkichlari:

- terida yangi elementlarning yo‘qligi va terida toshmalarning regressiyasi (SCORAD indeksining pasayishi);
- remissiyaning davomiyligi;
- hayot sifatining yaxshilanishi

Profilaktika va dispanser kuzatuvi, tibbiy ko‘rsatmalar va profilaktika usullarini qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar

AtD bilan kasallangan bolalar toifasidagi bemorlar pediatrning doimiy dispanser nazorati ostida bo‘lishlari lozim. Kasallik holati va og‘irlik darajasiga qarab, mutaxassislar (allergolog-immunolog, dermatolog) maslahati har 2-6 oyda bir marta o‘tkaziladi.

Bolalarga kompleks tekshiruv holatning dinamik nazorati, shuningdek sensibilizatsiya spektri va darajasidagi o‘zgarishlarni aniqlash bilan, kasallik jarayonining og‘irlik darajasi va kechish xususiyatiga qarab, ko‘rsatmalarga muvofiq ambulator yoki kunduzgi statsionar sharoitida o‘tkaziladi.

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasining XPN	Qo‘llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
Epidermisning lipid tarkibini tiklovchi vositalardan foydalanish uchun tavsiya etiladi	Emolentalar kremniy-lanolinli krem	kattalar va bolalarga tashqi qo‘llash uchun kuniga 2 marta 2-6 oy davomida	(C) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis

	Kremniy-deksapantenolli krem	bolalarga tashqi qo‘llash uchun kuniga 2 marta, 2-4 oy davomida	(C) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis

Keyingi boshqaruv:

Yashash joyida dermatolog tomonidan dinamik kuzatuv o‘tkaziladi. Bu jarayonda qo‘llab-quvvatlovchi davolash masalalari hal etiladi, davolashning salbiy ta’siri kamaytiriladi, terining doimiy asosiy parvarishi amalga oshiriladi va kasallikni qo‘zg‘atuvchi omillar bartaraf qilinadi[3].

Adabiyotlar ro‘yxati:

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