Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "15" сентябрдаги
287-сонли буйруғига
3-илова

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

"ЭКЗЕМА" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАЛАР

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ

директори в.б.

Сабиров У.Ю.

«____» _____ 2025йил.

"ЭКЗЕМА" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАЛАР

ТОШКЕНТ 2025

“ЭКЗЕМА” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ

Тошкент 2025

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 бўйича кодлар

L30.0	Тангасимон экзема	EA80-EA8Z	Дерматитлар ва экзема
L30.1	Дисгидроз (помфоликс)		
L30.2	Тери аутосенсибилизацияси (экзематоз)		
L30.3	Юқумли экзема		
L30.9	Қўшимча аниқланишларсиз (сабаби номаълум) экзема		
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en		https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/

Байённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш 2028 й. ёки ёки янги асосий далиллар пайдо бўлишига қараб. Тақдим этилган тавсиялардаги барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда чоп эттирилади.

Ушбу клиник баённома ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича маъсул муассаса:
Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Клиник баённома ва стандартни ишлаб чиқишга ҳисса қўшганлар:
Дерматовенерология йўналиши бўйича ишчи гуруҳи аъзоларини ташкиллаштириш жараёни бўйича:

1.	Собиров У.Ю.	Марказ директори, т.ф.д., профессор	РИДВваКИАТМ
2.	Мавлянова Ш.З.	Дерматозлар муаммоларини ўрганиш бўйича илмий лаборатория мудири	РИДВваКИАТМ
3.	Исмоғилов А.И.	2- стационар дерматология бўлими мудири, т.ф.н.	РИДВваКИАТМ
4.	Обидов С.З	PhD., клиника дерматовенеролог шифокори, к.и.х.	РИДВваКИАТМ
5.	Садиев Ш.Ф	Клиника дерматовенеролог шифокори, к.и.х.	РИДВваКИАТМ

Тақризчилар:

1. Муллаханов Жавлон Бахтиярович – РИДВваКИАТМ консультатив поликлиника бўлим мудири т.ф.д., к.и.х.
2. Батпенова Гульнар Рыскельдыевна – тиббиёт фанлари доктори, профессор, Астана тиббиёт университети, иммунология курси билан дерматовенерология кафедраси мудири, Қозоғистон Дерматовенерологлар ва Дерматокосметологлар ассоциацияси Президенти.

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – т.ф.д., даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, клиника бош шифокори.
2. Жалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н. илмий ишлар бўйича директор ўринбосари.

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

Баённома муҳокамасидан кўчирма санаси ва рақами: ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ Илмий кенгашининг 27.03.2025 йилдаги 3-сонли баённомасидан кўчирма.

Қисқартмалар рўйхати

Баённомадан фойдаланувчилар:

1. Дерматолог, дерматокосметолог шифокорлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатр шифокорлар;
4. Аллерголог шифокорлар;
5. Лаборант шифокорлар;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Студентлар, клиник ординаторлар, магистрлар, докторантлар, тиббий ОТМ ўқитувчилари;
9. Ушбу патологияга чалинган беморлар, уларнинг оила аъзолар ва уларни парвариш қилувчи шахслар.

Ушбу баённома атопик дерматитни замонавий ташхислаш ва даволаш усулларини соғлиқни сақлаш амалиётига ҳар томонлама жорий этиш учун асос ҳисобланади.

Исботланган тиббиёт асосида исботланганлик даражасини шкаласи. Ташхислаш усуллари учун исботларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш амалиётлари)

УДД	Тафсилотларни очиш
1	Референс усулни назорати билан ёки мета-таҳлилни қўллаб рандомирлашган клиник текширувлар билан тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усули назорати билан алоҳида тадқиқот ёки алоҳида рандомирлашган клиник текширув ва рандомирлашган клиник текширувни истисно қилган ҳолда мета-таҳлилни қўллаб исталган дизайнда тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
3	Референс усули изчил назорат қилинмайдиган тадқиқот ёки тадқиқ қилинаётган усулга боғлиқ бўлмаган ёки рандомирлашмаган солиштирма тадқиқот, жумладан когортли текширувдан иборат референс усулли тадқиқот
4	Клиник ҳолатлар ёритиладиган солиштирилмайдиган тадқиқот
5	Фақатгина таъсир механизми ёки экспертлар фикри асосланиши

Профилактик, даволаш ва реабилитацион амаллар учун далил-исботларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

УДД	Тафсилотларни очиш
1	Мета-таҳлилни қўллаб РКТни (рандомирлашган клиник текширувни) тизимли шарҳи

2	Мета-таҳлилни қўллаб РКТни истисно қилган ҳолда исталган дизайнли тадқиқотнинг алоҳида РКТи ва тизимли шарҳи
3	Рандомирлашмаган солиштирма текширув, жумладан когорт текширув
4	Клиник ҳолатни ёки ҳолатларни ёритувчи солиштирилмайдиган текширув, “ҳолат-назорат” текшируви
5	Амалларнинг фақатгина таъсир механизми асосланган (клиникагача бўлган текширувлар) ёки мутахассислар фикри мавжуд

Профилактик, даволаш ва реабилитацион амаллар учун ишончли тавсияларнинг даражасини баҳолаш шкаласи

УУР	Тафсилотларни очиш
A	Кучли тавсия (кўриб чиқилаётган ҳамма самарадорлик мезонлари (натижлари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, қизиқтирувчи натижалар юзасидан уларнинг хулосалари ўзаро мувофиқдир)
B	Шартли тавсия (кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонларининг (натижаларининг) ҳаммаси ҳам муҳим эмас, тадқиқотларнинг барчаси ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ҳамда/ёки қизиқтирувчи натижалар юзасидан уларнинг хулосалари ўзаро мувофиқ эмас)
C	Кучсиз тавсия (тегишли сифатларга далил-исботларнинг йўқлиги (кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонларининг (натижаларининг) ҳаммаси аҳамиятга эга эмас, тадқиқотларнинг барчаси паст услубий сифатга эга ва қизиқтирувчи натижалар юзасидан уларнинг хулосалари ўзаро мувофиқ эмас))

Мундарижа

“ЭКЗЕМА” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ……5

“ЭКЗЕМА” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ ...……..……..……..42

“ЭКЗЕМА” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ .....……46

Қисқартмалар рўйхати

ИЛ	Интерлейкин
ПУВА	фурокумарин гуруҳига мансуб фотосенсибилизаторларни қўллаш билан бирга 320–400 нм тўлқин узунликдаги ультрабинафша нурлар билан нурлантириш терапияси
УФА	350-400 нм ўлчамли узун тўлқинли ультрабинафша нурлар билан нурлантириш
УФВ	280-320 нм ўлчамли ўрта тўлқинли ультрабинафша нурлар билан нурлантириш (селектив фототерапия)
УФВ-311 терапия	тор диапазонли 311 нм ўлчамли ўрта тўлқинли ультрабинафша нурлар билан даволаш (ёки тор диапазонли (311 нм) ўрта тўлқинли терапия)
ЎНО	- ўсма некроз омили
IgE	Е иммуноглобулини
БА	бронхиал астма
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент таҳлил
ИФЛА	Иммунофлюоресцент таҳлил
ИФА	Иммунофермент таҳлил
ПЗР	Полимераза занжир реакцияси
ОИВ	Одам иммун танқислиги вируси
м/о	Мушак орасига
в/и	Вена ичига
т/о	Тери остига
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
Нм	Нанометр
ПИЛН	Паст интенсивликдаги лазерли нурлантириш

Асосий қисм.

2.1. Кириш

ЖССТ расмий статистик маълумотларига кўра экзема тери касалликлари ичида энг кўп учраб, дерматологга мурожаат қилган беморларнинг тахминан 30-40%да ташхисланади [122].

Экзема – бу сурункали яллиғланишли тери патологияси бўлиб, унда тери қизариши, кучли қичишиш ва хос тошмалар кузатилади. У одамдан одамга юқмайди, балки наслий мойил касаллик ҳисобланади [134].

Экзема – кенг тарқалган полиэтиологик касаллик бўлиб, кучли қичишиш билан кечадиган тери юзасининг яллиғланиши унга хос бўлади.

“Экзема” атамаси аввалларитиббиётда терида ўткир яллиғланишли жараённи билдириш учун қўлланилган бўлиб, фақатгина XIX асрнинг биринчи ярмида у алоҳида нозологик бирлик сифатида белгиланди.

Инглиз тилидаги илмий адабиётларда бу атама остида ўткир ёки сурункали кечувчи яллиғланишли тери касалликлари кўзда тутилган бўлиб, қуйидаги бир ёки ундан ортиқ симптомлар пайдо бўлиши: эритема, тери шиши, қичишиши, тери қуриши, кепакланиши, тери дағаллашиши ва тангчалар, пуфакчалар ҳосил бўлиши, ивиб қолиши билан тавсифланади. “Экзематизация” бир қатор дерматозлар: атопик, аллергик, себореяли дерматит ва бошқаларда кузатилиши мумкин. Бу гуруҳга ХКТ-10 даги L20–L30 кодли касалликлар киради [122].

Жаҳон статистикаси шуни кўрсатадики, экземанинг тарқалиши сайёрамиздаги катта ёшдаги аҳолининг 1-2% ни ташкил қилади, бошқа тери касалликларидаги унинг салмоғи эса 30-40% га тенгдир [122].

2.2 Таъриф

Экзема (юнон. Ekzeo - қайнайман) – сурункали қайталанувчи аллергик тери касаллиги бўлиб, экзоген ва эндоген триггер омиллар таъсирида шаклланади ва полиморф тошмалар, яллиғланиш реакциялари пайдо бўлиши билан тавсифланади.
Экзема эндоген (наслий мойиллик, турли хил аллергенларга сенсибилизациянинг борлиги) ва экзоген (маиший, касбий, экологик ва б.) омилларнинг комплекс таъсири натижасида ривожланади [134].
Наслий мойиллик иммун бошқарув, асаб ва эндокрин тизими функциялари бузилишини белгилаб беради. Экземада генларнинг яққол экспрессивлиги ва пенентрантлиги билан полиген мультифакториал наслга ўтиш кузатилади. Ота-оналардан бири касалланса (кўпроқ онаси) болада экземага чалиниш эҳтимоли қарийиб 40%, агар иккала ота-она касалланса унда касалликка чалиниш эҳтимоли 50-60% бўлади. Стрессли ҳолатлар, периферик асаб толаларининг зарарланиши ва терида озиқланишнинг бузилиши наслий мойил бўлган шахсларда экзема ривожланиши учун муҳим қўзғатувчи омиллар ҳисобланади. Экземага чалинган беморларда кўпинча МАТ (марказий асаб тизими) фаолиятида функционал ўзгаришлар, шартсиз рефлексларнинг шартлиларидан устун келиши, вегетатив асаб тизимида симпатик ва парасимпатик бўлимлар фаолияти орасида мувозанатнинг бузилиши (парасимпатик таъсирнинг кучайиши билан) қайд этилади. Экземада эндокрин тизимида глюкокортикоид ва тиреоид бўғинларнинг ҳолатида яққол бузилишлар: АК II, кортизол ва III трийодтиронинларнинг миқдори ошиши аниқланган. Экзема патогенезида эркин радикалли жараёнлар (“оксидантли стресс”) маълум бир даражада роль ўйнайди. Эркин радикаллар А2 фосфолипазани фаоллаштиради, бу арахидон кислотасини ажралишига олиб келади, ундан циклооксигеназалар ва липооксигеназалар таъсирида яллиғланиш медиаторлари: лейкотриенлар, простагландинлар ва тромбоксанлар пайдо бўлади. Наслий мойил бўлган шахсларда F2э (Пf) простогландин синтези ошади, бу эса ~~ўз~~ навбатида ~~гиста~~мин, серотонин ва аллергик реакцияларнинг бошқа медиаторлар ишлаб чиқарилишини фаоллаштирадиган циклик гуазиномонофосфат (цГМФ) синтези рағбатини кучайтириб беради. Терининг экзематоз ўзгариши секин ривожланувчи юқори сезувчанликнинг натижаси ҳисобланади. Замонавий қарашларга кўра, экзема ривожланишида юзасида антигенга қарши махсус рецепторлар олиб юрувчи Т-лимфоцитлар (асосан Th-1) ва ажралиб чиқувчи бир қатор яллиғланиш олди цитокинлари: интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-2, альфа-ўсма некрози омили (альфа-ЎНО), гамма-интерферонлар асосий роль ўйнайди. Биологик фаол моддалар (простагландинлар, лейкотриенлар, гистаминлар)нинг ажралиб чиқиши тўқималарда яллиғланиш реакциялари ривожланишини чақириб, клиникада гиперемия, шиш ва қичишиш кўринишида намоён бўлади. Экземанинг айниқса болаларда ривожланиши ва кейинги кечишида муҳим

патогенетик омили бўлиб, ферментопатия, дискинезия, ичак дисбиози, озиқни мембранали ҳазм бўлиши ва сўрилишининг бузилиши билан кузатиладиган меъда-ичак йўли ва гепатобилиар доирадаги патологиялар ҳисобланади. Болаларнинг эрта ёшига хос бўлган ичак тўсиғининг етарлича ишламаслиги яхши ҳазм бўлмаган озиқ маҳсулотлари, жумладан тўлиқ парчаланмаган оқсилни қонга сўрилишига олиб келади [134].

2.3 Таснифи

ХКТ-10 га мувофиқ дерматит ва экзема L-20-30 гуруҳига киради:
L30.0 Тангасимон экзема
L30.1 Дисгидроз (помфоликс)
L30.2 Тери аутосенсибилизацияси (экзематоз)
L30.3 Юқумли экзема
L30.9 Қўшимча аниқланишларсиз (аниқланмаган) экзема
Умум қабул қилинган клиник тасниф мавжуд эмас.
Ҳозирги вақтда экземаларнинг ягона таснифи йўқ. Клиник кўринишининг хусусиятларига қараб касалликнинг қуйидаги шакллари ажратилади:
- чин экзема (идиопатик, дисгидротик, пруригиноз, мугузли (тилотик);
- микробли экзема (нуммуляр, паратравматик, микотик, интертригиноз, варикозли, сикозсимон, аёлларда кўкрак бези сўрғичи ва сўрғич атрофи экземаси);
- себореяли экзема;
- болалар экземаси;
- касбий экзема.

Буларнинг ҳар бири ўткир, ўткир ости ёки сурункали кечади [112, 120,122,132,134].

2.4 Касалликнинг клиник кўриниши

Ўткир босқичи эритематоз ва шишли терида везикулалар, ивиган (“сероз чуқурчалар”), сероз пўстчалар, экскориациялар билан нуқтали эрозиялар, камроқ – папула ва пустулаларнинг пайдо бўлиши. Тошмаларнинг йўқолиши билан бирга янги элементлар пайдо бўлади, шунинг учун чин экземага тошмаларнинг полиморф хусусиятда бўлиши хосдир.
Ўткир ости босқичига эритемалар, инфильтрациялар, лихенификация, тангачалар ва экскорияциялар бўлиши хос бўлади.
Сурункали босқичи яққол ифодаланган инфильтрациялар ва лихенизациялар, яллиғланишдан кейинги гипо- ва гиперпигментациялар хос бўлади.
Экземанинг тез-тез учрайдиган белгисига қичишиш кириб, у касаллик хуружида кучаяди, шунингдек ачишиш ва оғриқ бўлиши ҳам хос бўлади [112, 120,122,132,134].
Чин экзема (идиопатик). Ўткир яллиғланишли эритема, шиш пайдо бўлиб, шу фонда микровезикулалар, экссудатив папулалар шаклланади. Микровезикулалар тез ёрилади, уларнинг ўрнида сероз чуқурчалар деб номланувчи нуқтали эрозиялар пайдо бўлиб, ўзидан экссудат ажратади ва мацерацияланган ҳамда кепакланган эпителийли ивиган ўчоқларни ҳосил қилади. Серозли суюқлик секин-аста қуриб бориб, кулранг-сарғиш пўстлар ҳосил қилади. Чин экземада терининг шикастланиши одатда қўл ва/ёки оёқ панжалари соҳасидан бошланади. Тошмалар кўпинча симметрик, елка, тизза ва тери қопламининг бошқа соҳаларига тарқалишига мойил бўлади. Экзема ўчоқлари ноаниқ чегарали, турли ўлчамларга эга бўлади. Терини зарарланган соҳаларини зарарланмагани билан алмашиши хос бўлади (“ороллар архипелаги”). Беморларни турли жадалликдаги қичишишлар безовта қилиб, бу турли хил невротик бузилишлар, хавотир ва уйқу бузилишларига олиб келади.

Экзематоз жараёни клиник жиҳатдан қуриш, кепакланиш ва ёриқлар пайдо бўлиши билан сурункали кечишга ўтиши мумкин. Экзема кўпинча йириргчалар ва йирингли пўстчалар пайдо бўладиган инфекция қўшилиши билан асорат беради [112, 120,122,132,134].

Дисгидротик экзема (чин экземанинг бир тури) қўл ва оёқ бармоқларининг ён юзаларида, кафт ва товонда қичишувчи пуфакчалар, қалин қопқоқли баъзида тўғноғич бошидек келадиган кўп камерали везикулалар пайдо бўлиши билан ифодаланади. Пуфакчалар эпидермисда чуқур жойлашгани учун ундан ёруғлик нури ўтганида ялтираб қайнатилган гуруч донини эслатади. Пуфакчаларнинг қалин қопқоғини ёрилганидан сўнг ивиган ва серозли пўстчалар, ёриқлар ва кепакланиши билан эрозиялар ҳосил бўлади [112, 120,122,132,134].

Пруригиноз экземага ёрилмайдиган ва пўст ҳосил қилмайдиган қаттиқ ассосли майда, қичишувчи папуловезикулалар хос бўлади. Ёқтирган жойлари – юз, қўл-оёқнинг букилувчи юзалари, тирсак ва тиззанинг букилувчи қисми, жинсий аъзолар. Жараён терида қашинишлар, инфильтрациялар, қуруқшаш ва лихенификациялар ривожланиши фонида сурункали кечади.

Мугузли (тилотик) экзема кафт ва товонда гиперкератоз, баъзида чуқур, оғриқли ёриқлар билан намоён бўлади. Кечиши сурункали, даволанишга резистент бўлади.

Микробли экзема асимметрик зарарланиш ўчоқлари пайдо бўлиб, марказий қисми йирингли ва серозли пўст билан қопланган бўлади. Пўсти шилингандан сўнг ўрнида “чуқурча” кўринишида ивиган эрозив юза ҳосил бўлади. Ўчоқларнинг чегаралари аниқ ва кўчган эпидермисдан тўсиқлар ҳосил қилади. Тошмалар жадал қичишишлар билан келади. Микробли экземанинг ўчоқлари кўпинча тиззадаги трофик яраларда, оқмалар атрофида ва ампутациядан кейинги чўлтоқда варикоз ўзгаришлар замирида жойлашади. Бундай ҳолатларда микробли экзема паратравматик деб номланади [106, 112, 120, 122, 132, 134].

Тангасимон (нуммуляр) экзема микробли экземанинг бир тури ҳисобланади. Ўчоқлар деярли юмалоқ шаклда, чегаралари текис бўлади ва одатда қўл-оёқларда, камроқ тана қисмда жойлашади. Пилакчалар майда папулалар, везикулалар, сероз-йирингли пўст, эритема фонидаги кепакланишли йиғиндилардан иборат бўлади.

Паратравматик (яра атрофидаги) экзема операциядан кейинги чандиқлар соҳасида, суяклар синишида, остеосинтезда, гипс боғламини нотўғри қўйган жойларда ривожланади. Ўткир яллиғланишли эритемалар, экссудатив папулалар ва/ёки пустулаларнинг ҳосил бўлиши ҳамда пўстлар шаклланиши билан характерланади.

Варикозли экзема варикоз касаллиги фонида юзага келади. Касалликнинг ривожланишига жароҳатлар, тери мацерацияси, варикоз яраларни норационал сиртқи даволаш имкон беради. Зарарланиш ўчоқлари оёқларда, асосан тиззанинг пастки 1/3 қисмида кўпинча варикоз яраларга бевосита яқин жойларда, тери склерозлашган соҳаларда жойлашади [106, 112, 120, 122, 132, 134].

Сикоз шаклли экзема вульгар сикоз фонида ривожланади, бунда жараён сочли қисмдан ташқарига чиқади, “сероз чуқурчалар”, ивиш ва қичишиш, вақти билан тери лихенификацияси кузатилади. Жараённинг севимли жойи – юқори лаб, ияк, қўлтиқ ости ва қов соҳаси бўлади [106, 112, 120, 122, 132, 134].

Сўрғичлар экземаси кўпинча гўдакни эмизганда жароҳат оқибатидан ёки қўтир касаллиги асоратидан келиб чиқади, лекин баъзи ҳолларда касаллик сабаби номаълум бўлиб қолади. Сўрғичлар экземаси билинар-билинмас эритема фонида ривожланади, унда кучсиз ифодаланган инфильтрация, сероз-геморрагик пўст билан ивиш, кепакланиш, эҳтимол ёриқлар ва пустулалар пайдо бўлиши билан тавсифланади. Сўрғичлар экземаси одатда икки томонлама бўлади, сўрғични қаттиқлашиши кузатилмайди, кортикостероидлар билан даволаса бўлади.

Себореяли экзема. Жараён кўпинча бошнинг сочли қисмида бошланади. Зарарланиш ўчоқлари одатда қулоқ орти ва бўйин соҳаларида жойлашиб, аниқ чегаралари бўлмайди, экссудация кузатилади ҳамда сарғиш ёки кир кулранг себореяли пўст ҳосил қилиб, яққол қичишиш кузатилади. Жараён ёғли себорея фонида ривожланади. Ўзига хос белгилари – чегаралари аниқ ёки ёйилиб кетган сарғиш-пушти эритематоз инфильтрланган доғлар, таркиби ёғли, сариқ рангли тангачалар кўринишида майда пластинкали кепакланиш пайдо бўлиши. Сероз-йирингли ҳўл, ёғли тангачали пўстчалар ҳосил бўлганида сероз-йирингли экссудация оқиши. Бошнинг сочли қисмида экссудат ёпишиб қолади, тангачалар ва пўстчалар бўлади.

Болалардаги экзема. Чин, себореяли ва микробли экземанинг клиник белгилари юзага келади. Болаларда экземанинг белгилари кўпинча 3-6 ойлик ёшида пайдо бўлади. Клиник кўринишида экссудация жараёнлари устунлик қилади: яққол ифодаланган эритема, шиш, ивиш ва сероз пўстчаларнинг тахланиши. Сутли қасмоқ ёки сутли пўстчалар деб номланувчи элементлар пайдо бўлади. Эритематоз ўчоқлар ялтироқ юзали, текканда иссиқ бўлади. Болалар уйқусизлик ва қичимадан азият чекишади. Экзема сурункали, қайталаниб кечади [84, 90, 106, 112, 120, 122, 132, 134].

Профессионал экзема ишлаб чиқариш (кимёвий, бактериологик ва б.) аллергенлари бўлганида ва организмнинг аллергик реактивлиги ўзгарганда ривожланади. Профессионал аллергенларга аминли қаттиқлаштирувчилар, синтетик елимлар, парафенилендиамин, динитрохлорбензол, эпоксидли қатронлар, фенолформальдегид, пенициллин ва полусинтетик антибиотиклар, оғир металл тузлари (масалан: хром, никел, кобальт тузлари), скипидар ва унинг маҳсулотлари, симоб бирикмалари, қимматбаҳо ва ярим қимматбаҳо металлар қоришмалари ва б. киради. Профессионал экземада ишлаб чиқаришда қўлланиладиган ва профессионал аллерген бўлган моддаларга секин турдаги реакция ривожланади. Профессионал экземанинг клиник кўриниши етарлича турли хил бўлади, лекин унда одатдаги экземанинг ҳамма белгилари бўлади. Профессионал экзема кўпинча терининг очиқ соҳалари, яъни қўзғатувчи контактда бўладиган жойларда ривожланади (юз, бўйин, тўш соҳаси, кафт усти, билак ва тизза). Этиологик омил йўқолганида касаллик нисбатан тез бартараф бўлади. Поливалент сенсибилизация ривожланганида этиологик омилни бартараф қилганда касаллик қайталанишини тўхтата олмайди. Профессионал экзема кўпинча респиратор ўзгаришлар, бронхоспазм, аллергик ринит, аллергик конъюнктивитлар билан бирга келади. Профессионал экзема ташхиси маълум бир текширув усулларида қўйилади. Улардан кенг тарқалганларидан – гумон қилинган профессионал қўзғатувчидан тери синамаси, аллергологик ва иммунологик тестлар, функционал ташхислаш усуллари. Профессионал экземага чалинган беморларда меҳнатга лаёқатлилик экспертизаси ўтказилиб, касбий касаллиги бўйича ногиронлик даражаси аниқланади [106, 112, 120, 122, 132, 134].

3. Ташхислаш усуллари, ёндашувлари ва амалиётлари

3.1. Ташхислаш мезонлари:

Экзема ташхиси қуйидагиларга асосланиб қўйилади:

1. Шикоятлар таҳлили,
2. Анамнез маълумотлари,
3. Физик текширувлар,
4. Зарарланиш ўчоқларидан тери биопсия материалини патолог-анатомик текширув натижалари.

Экзема ташхиси шикоятлар таҳлили, анамнез маълумотлари, касалликнинг клиник кўринишини баҳолаш асосида қўйилади.
Чин экземанинг клиник кўриниши касалликка мос бўлади; камдан-кам ҳолларда чин экземани атопик дерматит, токсидермия, пиодермия ва аллергик контакт дерматитдан фарқлашга тўғри келади.
Дисгиротик экземани кафт-товон псориази, Эндрюснинг пустулёз бактериди, дерматомикозлар, Аллопо сурункали акродерматити, камдан-кам ҳолларда эса буллёз пемфигоиддан фарқлаш зарур.
Пруригиноз экземани қиёсий ташхислашда қўтир, болалар қичимаси, доимий папулёз эшакеми, Дюринг герпетсимон дерматити билан фарқлаш керак бўлади.
Микробли экземани стрептодермия, контакт аллергик дерматит, субкорнеал пустулёз, Дюринг дерматити ва лейшманиоз билан қиёсий ташхисланади.
Тангасимон экземани пилакчали парапсориаз, пушти лишай, себореяли экзема билан қиёсий ташхисланади.
Сикоз шаклли экземани вульгар ва паразитар сикоздан фарқлаш керак.
Паратравматик экземани контакт дерматит, псориаз, қизил ясси лишайнинг гипертрофик шакли ва Шамберг касаллигидан қиёсий ташхисланади.
Сўрғичлар экземасини қўтир ва Пежет касаллигидан қиёсий ташхисланади.
Себореяли экземани псориаз, парапсориаз, қош усти эритемаси, дисксимон қизил югурик, фолликуляр Дарье дискератози, Девержи касаллиги, себореяли Сенир-Ашер пуфакчаси ва яхши сифатли оилавий Хейли-Хейли пуфакчасидан қиёсий ташхислаш керак.
Мугузли (тилотик) экземани кафт ва товон псориази, дерматомикоз ва кератодермиядан қиёсий ташхисланади [112].

1. **Лаборатор текширувлар:**
   https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
   https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
   https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02952-9/abstract
   https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02953-0/abstract
   https://www.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf

С5	беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш учун, тизимли даволашга қарши кўрсатма бўлганида ва тизимли даволашни хавфсизлигини назорат қилиш учун қонда қуйидаги текширувлар ўтказилади: умумтерапия қоннинг биокимёвий таҳлили: умумий оқсил, глюкоза, креатинин, сийдик кислотаси, мочевина, умумий билирубин, холестерин, триглицеридлар, натрий, калий, умумий магний, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, ишқорий фосфатаза ва гамма-глютамилтрансфераза

С5	захм учун скрининг тестларидан бири: РМП, RPR, КСР Тасдиқланадиган тестлар (6 тасидан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM

С5	беморнинг умумий аҳволини баҳолаш ва тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун: сийдикнинг умумий (клиник) таҳлили (ранги, тиниқлиги, нисбий зичлиги, pH реакцияси, глюкоза, оқсил, билирубин, уробилиноидлар, қонга реакцияси, кетон таначалари, нитратлар, ясси эпителий, ўтувчи эпителий, буйрак эпителийлари, лейкоцитлар, эритроцитлар, гиалинли цилиндрлар, донали

	цилиндрлар, мумсимон цилиндрлар, эпителиал цилиндрлар, лейкоцитар цилиндрлар, эритроцитар цилиндрлар, пигментли цилиндрлар, шиллиқ, тузлар, бактериялар)

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

C5	тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва биологик препаратлар билан тизимли терапиянинг хавфсизлигини назорат қилиш мақсадида қонда одам иммунтанқислиги вирусига (ОИВ) қарши М ва G синфдаги антитаналарни (IgM, IgG) аниқлаш

C5	экземага чалинган аёл беморларда тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва селектив иммунодепрессантлар билан тизимли терапиянинг хавфсизлигини назорат қилиш мақсадида сийдикда хорион гонадотропини (ХГ) ни текшириш

C4	экземага чалинган беморларда иккиламчи инфекция қўшилганига шубҳа туғилганда, теридаги тошма элементларидан ажралмаларни антибактериал ва замбуруғларга қарши дори воситаларга таъсирчанлигини аниқлаш учун микробиологик (культурал) текширувдан ўтказилади

C5	гижжа тухумлари ва личинкаларини аниқлаш мақсадида нажаснинг микроскопик таҳлили экземага чалинган болаларда гижжа тухумларини аниқлаш учун суртма таҳлили
	қонда лямблияга А, М ва G синфидаги (IgA, IgM, IgG) антитаналарни аниқлаш
	аскаридага антитанани аниқлаш *{Ascaris lumbricoides)*
	қонда описторхоз қўзғатувчиси *(Opisthorchis felineus)*га антитаналарни аниқлаш
	нажаснинг умумий таҳлили

C5	• Беморларга қонда умумий иммуноглобулин Е (IgE) миқдорини аниқлаш тавсия этилади[20]. • Коагулограмма • С – реактив оқсил

C5	• Аллерготест иммуноблотинг • Молекулярная аллергодиагностика

C5	Қиёсий ташхислаш учун тери биопсия (операцион) материалини гистологик текшириш тавсия қилинади
C5	Қиёсий ташхислаш учун тери биопсия (операцион) материалини иммуногистокимёвий текшириш тавсия қилинади

C5	Тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва унинг хавфсизлигини назорат қилиш мақсадида — нажасда яширин қон таҳлили ўтказилади.

C5	ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЗР-диагностика усуллари ёрдамида антитаналарни текшириш Молекуляр-генетик текширув Иммунологик текширув

C5	Қалқонсимон без гормонларини текшируви Қонда витамин Д миқдорини текшириш

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

C4	Корнеометрия — мугуз қаватда намлик миқдорини аниқлаш.

C5	Тизимли терапия ва физиотерапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш, ҳамда тизимли терапиянинг хавфсизлигини назорат қилиш мақсадида ички органларни УТТ текширувидан ўтказиш тавсия этилади.
C5	Тери ости тузилмалари ҳолатини баҳолаш учун терининг ультратовуш текшируви ўтказилади.
C5	Тери ҳолатини ташхислаш учун дерматоскопия қилинади.

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

C5	Катталар ва болаларда экземанинг оғирлик даражасини ташхислаш дастури.

Мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун кўрсатмалар

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

C5	Аллергологик текширув ўтказиш, элиминацион парҳез тайинлаш, сезиларли сабабчи аллергенларни топиш, терапияни танлаш ва коррекциялаш, ҳамда ҳамроҳ аллергик касалликларни аниқлаш мақсадида аллерголог билан маслаҳатлашиш тавсия этилади.

C5	Индивидуал овқатланиш рационини тузиш ва коррекциялаш мақсадида диетолог маслаҳати тавсия этилади.

C5	Яққол қичишишда, хулқ-атвор бузилишларида психоневролог маслаҳати тавсия қилинади.

C5	Психотерапевтик даволаш, релаксация техникасини ўргатиш, стрессни бартараф этиш ва хулқ-атворни тўғрилаш мақсадида тиббий психолог/психотерапевт маслаҳати тавсия этилади.

C5	Ҳамроҳ касалликларни аниқлаш ва даволаш учун терапевт маслаҳати тавсия этилади.

C5	Ҳамроҳ касалликларни аниқлаш ва даволаш учун педиатр маслаҳати тавсия этилади.

Солиштирма ташхислаш:

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

Ташхис	**Солиштирма ташхислаш учун асос**
Кератодермия	Дастлаб кафт ёки товонда чегараланган қизил доғлар пайдо бўлиб, улар майда тугунсимон тошмалар ва мугузли тангачалар билан қопланади. Вақт ўтиши билан бу тошма элементлари бир-бирига қўшилиб, номутаносиб шаклдаги ўчоқларни ҳосил қилади. Касалликнинг “қуруқ” турида терида гиперкератоз ва дағаллашиш ортиб бораверади, “нам” турида эса терида чуқур ёриқлар, эрозиялар ва ивиш кузатилади.
Псориаз	Кўпроқ ўсмирлар ёки катта ёшлиларда намоён бўлади, кам ҳолларда болаларда ҳам учраши мумкин. Кўпроқ тананинг ёзувчи қисмлари (тирсак, тизза), бел соҳаси ва бошнинг сочли қисми териси зарарланади. Баъзи ҳолларда тирноқлар ҳам зарарланиши мумкин. Псориазга аниқ чегараланган папулалар ва пилакчалар хос бўлиб, улар кумушсимон оқ тангачалар билан қопланган бўлади. Тошмалар симметрик тарзда жойлашиши мумкин, қичишиш эса ҳамма вақт ҳам асосий симптом бўлавермайди. Агар тангачалар олиб ташланса, кейин нуқтасимон қон кетиши мумкин (Ауспитц симптоми).
Дюринг герпетсимон дерматити	Глютенга сезгирликнинг ошиши ва целиакия. Терида гиперемия фонида гуруҳ бўлиб жамланишга мойил майда, таранг пуфакчаларнинг бўлиши. Жадал қичишиш.
Триптофан алмашинувининг ирсий бузилишлари	Ирсий касаллик. Юз, тана, қўл-оёқларнинг ёзувчи юзаларида ва думба терисида гиперемия, шиш, пуфакчалар, экссудация, пўстчалар, папулалар, тирналишлар ва лихенификация кузатилади.

4. Даволаш, шу жумладан дори-дармон билан ва дори воситаларисиз терапия, парҳез билан даволаш, оғриқсизлантириш, даволаш усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.

https://nationaleczema.org/
https://www.msdmanuals.com/ru/professional/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2019/6/1199728492019061704
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/dyshidrotic-eczema/
https://nationaleczema.org/eczema/treatment/

4.1 Амбулатор ва стационар шароитда даволаш тактикаси:

Дори воситаларисиз даволаш:

- 15-чи парҳез стол (аччиқ таомлар, зираворлар, спиртли ичимликлар, ҳайвон ёғлари чекланади). Овқат таркибига ўсимлик ёғи, шунингдек, витаминларга бой маҳсулотлар (мева ва сабзавотлар)ни киритиш тавсия этилади. [25]
- Экземага чалинган беморларга касалликнинг босқичлари ва клиник шаклларига қараб, сиртга намлантирувчи ва юмшатувчи (эмолентлар) воситалар тавсия қилинади [27-37]. Тавсияларнинг асосланиш даражаси В (исботларнинг ишончлилик даражаси – 2). Изоҳ: Эмолентларни лосьонлар, кремлар, малҳамлар, ювувчи воситалар ва ванна ювувчи воситалар шаклида қўллаш мумкин.
- Экземага чалинган беморлар касалликнинг клиник шаклини ҳисобга олиб намлантирувчи ва юмшатувчи воситаларни ҳам ўзини, ҳам сув муолажаларидан сўнг доимо тез-тез (кунига камида 3-4 маҳал) ва катта миқдорда қўллашлари керак [38-40]. Намлантирувчи ва юмшатувчи воситалар доимий равишда крем, малҳам, ванна ёғи ва совун ўрнидаги воситалар сифатида ишлатилганда энг яхши самара беради. Тавсияларнинг асосланиш даражаси С (исботларнинг ишончлилик даражаси – 5). Изоҳ: Ҳозирги вақтда ҳомиладорлик даврида гипоаллерген ёки элиминацион парҳезларнинг экзема ривожланишининг олдини олишда умумий популяция орасида самарали эканига оид ишончли маълумотлар олинмаган [25]. Ҳомиладор аёлларга, болаларга ва экземаси бор катта ёшдаги инсонларга ташқи муҳит омилларини назорат қилиш мақсадида тамаки тутунидан ҳимояланиш тавсия этилади [23]. Тавсияларнинг асосланиш даражаси В (исботларнинг ишончлилик даражаси – 2). Изоҳ: Ҳомиладорлик ва эмизиш даврида тамаки чекишга йўл қўйилмайди; бола туғилган илк кунларданоқ пассив чекувчиликка йўл қўймаслик керак. Тавсияларнинг асосланиш даражаси С (исботларнинг ишончлилик даражаси – 4). Сабабчи бўлган муҳим аллергенларни элиминация қилиш ёки уларни чиқариб ташлаш тавсия этилади. Маиший, эпидермал ва замбуруғли аллергенларга сезгирлик аниқланган ҳолларда экзема симптомларнинг кучини камайтириш мақсадида элиминацион чора-тадбирлар тавсия этилади. Озиқ-овқат аллергияси симптомлари, шу жумладан анафилаксия ривожланганда (бундай ҳолатлар озиқ-овқат аллергенлари оқсилларига сезувчанлик аниқланган болалар ва катталарда тез-тез учрайди), қон зардобида аллергенга хос IgE антителаларни аниқлаш орқали ташхис қўйилганда, сабабчи аллергенлар истисно қилинган элиминацион парҳезлар тавсия этилади [55, 56]. Тавсияларнинг асосланиш даражаси С (исботларнинг ишончлилик даражаси – 5).

- **Физиотерапевтик муолажалар:**

Экземанинг ўрта ва оғир даражасига чалинган беморларга терини ультрабинафша нурлантириш (фототерапия) тавсия этилади. Экземага чалинга беморларга фототерапия тайинлашдан олдин қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун ўз ичига қон ва сийдикнинг умумий (клиник) таҳлиллари, қоннинг умумий терапевтик биокимёвий таҳлили каби комплекс лаборатор текширувлар ҳамда терапевт ёки педиатр, эндокринолог ва аёллар учун акушер-гинеколог шифокорлари маслаҳати тавсия этилади. Зарур ҳолларда бошқа мутахассислар кўригидан ўтиш тавсия этилади [59–64].

https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/treatments-for-you
https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/eczema-treatment
https://eczema.org.temp.link/information-and-advice/treatments-for-eczema/
https://www.aad.org/public/diseases/eczema/types/atopic-dermatitis/treatment

С4	Экземали беморларга 311 нм тўлқин узунлигидаги ясси тор ўрта тўлқинли ультрабинафша терапияси (УБТ-311 терапияси) тавсия этилади; 311 нм тўлқин узунликдаги УБТ-311 терапия экземага чалинган болаларга қўлланилади. Болаларда фототерапия қўллаш бўйича маълумотлар чекланган, шу сабабли уни қўллаганда эҳтиёткорликка риоя қилиш зарур. Ясси тор ўрта тўлқинли ультрабинафша терапия 5 ёш ва ундан катта болаларга тайинланади. Тор ясси ўрта тўлқинли ультрабинафша терапияни тайинлашда боланинг психоэмоционал хусусиятлари, умумий ҳолати, мустақил равишда кабинада бўлиши ва тиббий ходимларнинг кўрсатмаларини бажара олишини ҳисобга олиш лозим. Ёки катталар учун узун тўлқинли ультрабинафша терапияси (УФА-1 терапия, тўлқин узунлиги 340–400 нм) қўлланиши мумкин 18 ёшгача бўлган болаларга диапазони узун тўлқинли ультрабинафша терапияни қўллаш мумкин эмас.

Изоҳ: Болаларда фототерапия қўллаш бўйича маълумотлар чекланган, шу сабабли уни қўллаганда эҳтиёткорликка риоя қилиш зарур. Ясси тор ўрта тўлқинли ультрабинафша терапия 5 ёш ва ундан катта болаларга тайинланади. Тор ясси ўрта тўлқинли ультрабинафша терапияни тайинлашда боланинг психоэмоционал хусусиятлари, умумий ҳолати, мустақил равишда кабинада бўлиши ва тиббий ходимларнинг кўрсатмаларини бажара олишини ҳисобга олиш лозим. Болаларда фототерапия қўллаш бўйича маълумотлар чекланган. Уни қўллаш ивиш босқидан кейин тавсия қилинади.

https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/treatments-for-you
https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/eczema-treatment
https://eczema.org.temp.link/information-and-advice/treatments-for-eczema/
https://www.aad.org/public/diseases/eczema/types/atopic-dermatitis/treatment

С5	УБН Эксимер нури Маҳаллий қўллаш воситалари ёрдамида амалга ошириладиган ультратовушли терапия. Пелоидотерапия

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

C5	Минерал тузлар, гиёҳли дамламалар билан ваннали муолажалар

C5	Пастдаражали LLLT фототерапияси ИК-лазер Қутбланган полихроматик нур

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

Муҳим дори-дармонлар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли билан):

1-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	**ДВХН**	**Қўллаш усули**	**Исботланиш даражаси**
Тери касалликларини даволаш учун сиртқи қўлланиладиган кортикостероидлар I (ўта юқори фаоллик).	Клобетазол пропионат: 0,05%	2-4 ҳафта давомида кунига 1-2 маҳал сиртқи қўлланилади	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Бетаметазон дипропионат: 0,1%; 0,05%	2-4 ҳафта давомида кунига 1-2 маҳал сиртқи	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
II (юқори фаоллик).	Мометазон фуроат: 0,1%	3-4 ҳафта давомида кунига 1 маҳал сиртқи	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Триамцинолон ацетонид: 0,5%	3-4 ҳафта давомида кунига 1-2 маҳал сиртқи	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Метилпреднизолон ацепонат: 0,1%	3-4 ҳафта давомида кунига 1-2 маҳал сиртқи	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Флуоцинонид: 0,05%	3-4 ҳафта давомида кунига 1-2 маҳал сиртқи	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
III–IV (ўртача фаоллик).	Триамцинолон ацетонид: 0,1%	2-4 ҳафта давомида кунига 2 маҳал сиртқи	(A) https://pubme

			d.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Флуоцинолон ацетонид 0,025%	2-4 ҳафта давомида кунига 1-2 маҳал сиртқи	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Бетаметазон валерат: 0,1%	2-4 ҳафта давомида кунига 1-2 маҳал сиртқи	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Гидрокортизон бутират 0,1%	3-4 ҳафта давомида кунига ўртача 2 маҳал сиртқи	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
V (ўртачадан паст фаоллик).	Аклометазон дипропионат 0,05%	3-4 ҳафта давомида кунига ўртача 2 маҳал сиртқи	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Флуоцинол ацетонид 0,01%	4 ҳафтагача кунига ўртача 2-3 маҳал сиртқи	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Гидрокортизон бутират 0,1%	3-4 ҳафта давомида кунига ўртача 2 маҳал сиртқи	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Гидрокортизон пробутат 0,1%	3-4 ҳафта давомида кунига ўртача 2 маҳал сиртқи	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
VI (паст фаоллик).	Флуоцинол ацетонид 0,01%	4 ҳафтагача ўртача 2-3 маҳал сиртқи	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	Дексаметазон 0,1%	4 ҳафтагача ўртача 2-3 маҳал сиртқи	(А) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25869743/
	такролимус 0,03% и 0,1%	катталар учун сиртқи қўллашга 0,03% ли ёки 0,1%	(А)

Кальциневрин ингибиторлари (ИК)		ли малҳам, 2 ёшдан ошган болаларга 0,03% ли малҳам 8-12 ҳафта давомида терининг зарарланган жойларига кунига 2 маҳал юпқа қатлам қилиб суртилади	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	пимекролимус 1%	катталар ва 3 ойдан ошган болаларга 8-12 ҳафта давомида кунига 2 маҳал терининг зарарланган юзасига юпқа қатлам қилиб суртилади	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
Кератолитик восита	Мочевина (5,10,15%)	1-3 ҳафта давомида кунига 1-2 маҳалдан сиртқи қўлланилади	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35167133/
Антисептик воситалар	Метилен кўки 1 %	терининг зарарланган соҳаларига кунига 2-3 суртилади	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Фукорцин 2 %	Сиртқи. Эритмани пахтали тампон ёки чўп билан терининг зарарланган жойларига кунига 2-4 марта суртилади. Ишлов берилган жойдаги суюқлик қуриганидан сўнг, у ерга малҳам ва пасталар суртиш мумкин	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Каламин 15%	зарарланган жойларга кунига 2-3 маҳал суртилади	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
	Циндол 12,5%	Сиртқи. Қўллашдан олдин чайқатилсин. Препаратга намланган тампон билан суспензияни терининг зарарланган жойларига кунига 2-3 маҳал суртилади.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18163227/
Тизимли даволаш			
Гипосенсибилизацияловчи препаратлар	Натрий тиосульфат	Венага 5-50 мл 30%ли эритма; 10%ли эритма 2-3 г дан ичилади.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37392479/
Детоксикацион препаратлар	натрий лактат, сорбит, натрий хлорид, калий хлорид, калций	6 ёшгача бўлган болаларга препаратни 10 мл/кг дозада, 6–12 ёшлиларга катталар оладиган дозанинг ярмини	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/

	хлорид, магний хлорид 100 мл, 200 мл, 250 мл, 400 мл ва 500 мл.	бериш тавсия этилади. 12 ёшдан ошган болаларга препарат катталар билан бир хил дозада буюрилади.	10.1155/2013/561290
Аллергияга қарши воситалар – H1-гистамин рецепторлари блокаторлари	Лоратадин сироп, таблеткалар	сироп, таблеткалар 10 мг дан, тана вазни 30 кг дан кам бўлган 2 дан 12 ёшгача бўлган болаларга – 5 мг дан (5 мл) кунига 1 маҳал ичишга, тана вазни 30 кг дан ортиқ бўлганларга – 10 мг дан (10 мл) кунига 1 маҳал; 12 ёшдан ошган болалар ва катталарга – 10 мг дан (10 мл) кунига 1 маҳал 14-28 кун давомида, 2 дан 12 ёшгача – кунига 1 маҳал 5 мг дан (5 мл); 12 ёшдан ошган болалар ва катталарга – 10 мг дан (10 мл) кунига 1 маҳал ичишга 14-18 кун давомида берилади	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	Дезлоратадин	Таблеткалар 5 мг ли, эритма 10 мл ли кунига 1 маҳал 7-14 кун давомида ичилади.	(C) https://www.jaad.org/article/S0190-9622(03)03574-6/fulltext#:~:text=The%20rationale%20for%20the%20use,adhesion%20molecules%20and%20eosinophil%20number.
	Дефенгидромин	Ичишга, парентерал ва сиртқи қўлланилади. Катталар ва 14 ёшдан катта болаларга 50 мг дозада бир марта ичишга тайинланади. Қўллаш тартиби ва давомийлиги йўриқномага мувофиқ индивидуал белгиланади. Катталар ва 14 ёшдан катта болаларга 10-50 мг венага ёки мушак орасига бир марталик тайинланади, суткалик максимал дозаси – 200 мг. 7 ойликдан 14 ёшгача болаларда ёшига қараб доза белгиланади.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29317281/

		Сиртқи қўллаш. Терининг зарарланган соҳасига кунига 3-4 маҳал суртилади.	
	Левоцетиризин	Таблетка 5 мг ли, эритма 20 томчидан кунига 1 маҳал, 7-14 кун давомида ичилади.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17561929/
	Хлоропирамин	Таблеткалар 25 мг дан кунига 3-4 маҳал, эритмаси мушак орасига ёки венага қилинади, катталар учун бир марталик доза 20-40 мг ни ташкил қилади.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12145433/
	Эбастин	Ичишга. Катталарга 10-20 мг/сут дозада тавсия қилинади.	(B) https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Биластин	Ичишга. Катталарга тавсия этилган доза 10-20 мг/сутка.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Гидроксизин	Ичишга. 12,5-50 мг/сутка Максимал бир марталик доза 200 мг дан ошмаслиги керак, максимал суткалик доза 300 мг дан ошмаслиги керак. Кекса беморларда бошланғич дозани 2 баравар камайтириш керак. Ўртача ва оғир буйрак етишмовчилиги, шунингдек, жигар етишмовчилиги бўлган беморларда дозани камайтириш талаб қилинади.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14445517/
	Цетиризин томчи, таблеткалар	ичиш учун томчи 10 мг/мл, таблетка 10 мг – 6 дан 12 ойликкача бўлган болалар учун (фақат шифокор	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/

		кўрсатмаси бўйича ва қатъий тиббий назорат остида) – 2,5 мг дан (5 томчи) ичишга кунига 1 маҳал, 1 дан 2 ёшгача бўлган болаларга – 2,5 мг дан (5 томчи) кунига 1-2 маҳал, 2 дан 6 ёшгача бўлган болалар учун – 2,5 мг дан (5 томчи) ичишга кунига 2 маҳал ёки 5 мг дан (10 томчи) ичишга кунига 2 маҳал, 6 ёшдан ошган болалар ва катталар учун – 14-28 кун давомида кунига 1 маҳал 5 мг дан ичишга тайинланади	
	Цетиризин томчи, таблеткалар	10 мг/мл дозада томчилар, 10 мг ли таблеткаларда – 6 дан 12 ойликкача бўлган болаларга (фақат шифокор томонидан тайинланган ва қатъий тиббий назорат остида) - кунига 1 маҳал 2,5 мг дан (5 томчи), 1 дан 2 ёшгача бўлган болаларга – 2,5 мг дан (5 томчи) кунига 1-2 маҳал, 2 дан 6 ёшгача бўлган болаларга – 2,5 мг дан (5 томчи) кунига 2 маҳалдан ёки 5 мг дан (10 томчи) кунига 1 маҳалдан, 6 ёшдан ошган болалар ва катталарга 5 мг дан кунига 1 маҳал 14-28 кун давомида ичириш тайинланади	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8198236/
Антилейкотриенлар	Монтелукаст таблеткалар, порошок ва сироп.	4-10 мг дан ичиш тавсия қилинади.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9681340/
	Зафирлукаст	Катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга бошланғич доза кунига 2 маҳалдан 20 мг ни ташкил қилади. Агар керак бўлса дозани аста-секин ошириш мумкин. Таянч доза кунига 2 маҳал 20 мг ни ташкил қилади. Максимал суткалик доза 80 мг ни ташкил қилиб, кунига 2 маҳал ичилади. Кекса беморларга, шунингдек алкоголли жигар циррози борларга бошланғич доза кунига 2 маҳал 20 мг ни ташкил қилади, доза	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9681340/

		беморнинг даволанишдаги реакциясига қараб коррекция қилинади.	

Эслатма: Дори воситаларининг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намловчи препаратлар (эмолентлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметика воситаларидан заруратга қараб дерматологик беморларни даволашда фойдаланишга қарши кўрсатмалар бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса улардан фойдаланиш мумкин.

Агар маълум бир гуруҳдан керакли дори воситаси шифохонада фойдаланиш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил дори воситасини (таъсир қилиш механизмлари турлича, аммо бир хил терапевтик мақсадларга эга бўлган препаратларни) буюриши мумкин. Препаратни танлаш клиник ҳолатга, беморнинг аҳволига ва мавжуд ресурсларга асосланади.

Муҳим дори воситалар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

2-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	ДВ ХН	Қўллаш усули	Исботланиш даражаси
Иккиламчи инфекция билан асоратланган экземани даволаш учун дерматологияда қўлланиладиган антибиотиклар ва микробларга қарши дори воситалар тавсия этилади:	фузид кислотаси, сиртқи қўллаш учун 2% ли крем ёки ёки 2%ли малҳам	7-14 кун давомида кунига 3 маҳал инфекцияланган зарарланиш ўчоқларига суртилади	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	бацитрацин + неомицин 250 ХБ/г + 5000 ХБ/мг	7-14 кун давомида кунига 2-3 маҳал инфекцияланган зарарланиш ўчоқларига сиртга суртилади	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	сиртқи қўллаш учун мупироцин 2% ли малҳами	инфекцияланган зарарланиш ўчоқларига 10 кундан ортиқ бўлмаган муддатга кунига 2-3 маҳалдан суртилади	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	сиртқи қўллаш учун эритромицин малҳами (10000 ТБ/г)	инфекцияланган зарарланиш ўчоқларига 7-14 кун давомида кунига 2-3 маҳалдан суртилади	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	Кумуш сульфатиазол 2% ли креми	инфекцияланган зарарланиш ўчоқларига 7-14 кун давомида кунига 2-3 маҳал суртилади	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/

	гидрокортизон + окситетрациклин малҳами, аэрозоли	инфекцияланган шикастланиш ўчоқларига 7 кун давомида кунига 1-3 маҳал суртилади ёки сепилади	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	тетрациклин + триамцинолон аэрозоли	қўллаш усули – баллонни вертикал ҳолатда ушлаб, тери юзасидан 15–20 см масофада, инфекцияланган зарарланиш ўчоқларига 7–10 кун давомида кунига 1–3 маҳал аэрозоль оқими сепилади	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
	бетаметазон + гентамицин + клотримазол креми	сиртқи қўллаш учун малҳам — катталарга ва 2 ёшдан ошган болаларга инфекцияланган зарарланиш ўчоқларига 7–14 кун давомида кунига 2 маҳал суртилади	**(C)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26273155/
Тизимли ГКС	Преднизолон	Вояга етган беморлар учун кунига 20-60 мг. Клиник яхшиланишга (регрессияга) эришилгандан сўнг, препарат босқичма-босқич тўхтатилади. Даволашнинг умумий давомийлиги ўртача 2-3 ҳафтадан ошмайди.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	Дексаметазон	Катта ёшли беморлар учун кунига 4-8 мг. Клиник яхшиланишга (регрессия) эришилгандан сўнг, препарат аста-секин тўхтатилади. Даволашнинг умумий давомийлиги ўртача 2-3 ҳафтадан ошмайди.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1678223/
	Метилпреднизолон	Глюкокортикоидларнинг дозалари, кўпинча, катталар учун преднизолон нуқтаи назаридан кунига 16-48 мг ни ташкил қилади.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/

		Ижобий клиник натижага эришилгандан сўнг, препаратни босқичма-босқич тўхтатилади. Глюкокортикостероидлар билан даволашнинг умумий давомийлиги одатда қисқа (ўртача 2-3 ҳафта) бўлади.	
	Бетаметазон	ҳар 4 ҳафтада мушак орасига 1,0 мл дан.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205485/
	Триамциналон	ҳар 2 ҳафтада мушак орасига 1,0 мл дозада юборилади.	(B) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544309/#:~:text=Triamcinolone%20is%20a%20glucocorticoid%20used,dermatomyositis%2C%20and%20seasonal%20or%20allergic
Иммунодепрессив препаратлар	Циклоспорин 2,5; 5 мг/кг/сутка 10, 25, 50, 100 мг капсула, 100/1 мл флакон	Циклоспориннинг бошланғич дозаси кунига 2 маҳалдан 2,5-3 мг/кг тана вазнига тенг. Оғир ҳолатларда, агар зарур бўлса, препаратнинг дозасини максимал даражага кўтариш мумкин – кунига 5 мг/кг тана вазнига. Агар ижобий натижага эришилса, дозани аста-секин тушириб, кейин тўлиқ тўхтатиш керак.	(A) **https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37722926/**
Антиметаболитлар (фоли кислотаси аналоглари)	Метотрексат	Метотрексат катталарга ҳафтасига 10 дан 30 мг гача бўлган дозада тери	(A) https://www.jaad.o

		остига, мушак орасига ёки ичишга тайинланади; болаларга эса 0,2-07 мг/кг/ҳафтасига тайинланади.	rg/article/S0190-9622(10)02161-4/fulltext https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26614486/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27168193/
В гуруҳ витаминлари	Фоли кислотаси	Метотрексат қабул қилгандан сўнг 12-48 соат ўтиб фоли кислотасини қабул қилиш тавсия этилади. Оптимал – метотрексатнинг ҳафталик дозасидан сўнг 24 соат ўтиб қабул қилинади. Фоли кислотанинг дозаси ҳафтасига камида 5 мг дан кам бўлмаслиги керак.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972718/
Интерлейкинни ингибирловчи селектив иммунодепрессантлар (IL-4, IL-13)	Дупилумаб 150, 175 мг, тери остига юбориш учун эритма	Оғирлиги 15 дан < 30 кг гача бўлган беморлар учун: бошланғич доза – 600 мг (300 мг дан 2 та инъекция), кейин ҳар 4 ҳафтада 300 мг дан; вазни 30 дан < 60 кг гача бўлган беморларга: бошланғич доза – 400 мг (200 мг дан 2 та инъекция), кейин ҳар 2 ҳафтада 200 мг дан; вазни 60 кг ва ундан кўп бўлган беморларга бошланғич доза - 600 мг (300 мг дан 2 та инъекция), кейин ҳар 2 ҳафтада 300 мг дан қилинади	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Интерлейкинни ингибирловчи селектив иммунодепрессантлар (IL-13)	Тралокинумаб 150 мг тери остига юбориш учун эритма	Бошланғич доза: доза бир нечта жойларга тақсимланади. Кунига 600 мг дан Кейинги ишлов бериш Дозани бир неча жойларга тақсимлаш мумкин. Олдинги босқич билан икки ҳафталик оралиқни сақлаш.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/

		16 ҳафтадан кейин ҳеч қандай жавоб бўлмаса, даволанишни тўхтатиш керак. Ҳар 2 ҳафтада бир марта 300 мг дан Вазн < 100 кг бўлса Ўртача ва оғир даражадаги атопик дерматит, иккинчи қатор препаратлари билан даволаш Қуйидаги ҳолларда кейинчалик ишлов бериш мумкин: бемор терисининг ранги қочган ёки деярли оқариб кетса. Дозани бир нечта жойларга эҳтимоли. Ҳар 4 ҳафтада 300 мг дан бир марта	
Интерлейкинни ингибирловчи селектив иммунодепрессантлар (IL-12, IL-23)	Устекинумаб 45 мг/0.5мл, 90мг/1.0мл Шприцда	Тавсия этилган доза 45 мг. Иккинчи инъекция биринчиси қўлланилганидан сўнг 4 ҳафта ўтиб қилинади, кейин ҳар 12 ҳафтада бажарилади. Оғирлиги 100 кг дан ортиқ беморларга препаратни 90 мг дозада қўллаш тавсия қилинади. Агар даволаш 28 ҳафта ичида самарасиз бўлса, препаратни қўллаш мақсадга мувофиқлигини кўриб чиқиш тавсия қилинади.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Интерлейкинни ингибирловчи селектив иммунодепрессантлар (IL-13)	Лебрикизумаб 250мг	Лебрикизумабнинг тавсия этилган дозаси 0 ва 2-ҳафталарда 500 мг (250 мг дан 2 та инъекция), сўнгра 16-ҳафтага қадар ҳар икки ҳафтада тери остига 250 мг дан юборилади. Клиник жавобга эришилгандан сўнг, лебрикизумабнинг тавсия этилган таянч дозаси ҳар	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/

		тўрт ҳафтада 250 мг ни ташкил қилади.	
Селектив иммунодепрессант.	Омализумаб	Фақат тери остига (мушак орасига ва томирга юбориш тақиқланади) делтасимон мушак ёки соннинг антеролатерал қисмига ҳар 2-4 ҳафтада бир марта 150-375 мг дозада юборилади. Доза даволаш бошланишидан олдин ўлчанган IgE нинг дастлабки концентрациясига (МЕ/мл) ва беморнинг тана вазнига (кг), шунингдек беморнинг даволашдан кейинги тана вазнига (кг) боғлиқ. Тана вазнида сезиларли ўзгаришлар бўлса, дозани коррекциялаш керак.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
Янус-киназа ингибиторлари	Барицитиниб	Ичишга. Тавсия этилган доза- кунига бир маҳал 4 мг дан.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
	Упадацитиниб	Кунлик доза бир маҳал 15-45 мг ни ташкил қилади.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/
	Аброцитиниб	Катталар ва ўсмирлар (12 ёш ва ундан катта) учун тавсия этилган доза шифокорнинг даволаш мақсадлари ва беморнинг клиник ҳолатини баҳолашга асосланиб, кунига бир маҳал 100 мг ёки 200 мг ни ташкил қилади.	**(A)** https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35980214/

Витаминлар	Альфа-токоферол ацетат	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг ичишга (қўллаш муддати – 20-40 кун)	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4976416/
	Ретинол ацетат	Катталар учун максимал суткалик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак. 33 000–100 000 ХБ/сутка	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5996635/
	Витамин А+Е	Овқатдан кейин қуйидагича ичилади: кунига Е витамини 100 мг + А витамини 100 000 ХБ миқдорида (ичиш давомийлиги – 20-40 кун).	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38019566/
	Холекальциферол (Витамин D)	D витамини нуқсонини коррекцияси (миқдори 25(OH)D<20 нг/мл) - 8 ҳафта давомида ҳафтасига 50 000 ХБдан ичиш - 2 ой давомида ойига 200 000 ХБдан ичиш - 3 ой давомида ойига 150 000 ХБдан ичиш - 8 ҳафта давомида кунига 6 000 - 8 000 ХБдан ичиш; D витамини етишмовчилигини коррекцияси (миқдори 25(OH)D≥20 ва <30 нг/мл) - 4 ҳафта давомида ҳафтасига 50 000 ХБда ичиш - 200 000 ХБда бир марта ичиш - 150 000 ХБда бир марта ичиш - 4 ҳафта давомида кунига 6 000 - 8 000 ХБда ичиш D витамини миқдорини ≥30 нг/мл да ушлаб туриш	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28994020/

		- кунига 1000 - 2000 ХБда ичиш - ҳафтада 6000 - 14000 ХБда бир марта ичиш	
	Аскорбино кислотаси	кунига 250-1000 мг дан мушак орасига, венага юбориш	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6040229/#:~:text=However%2C%20vitamin%20C%20deficiency%20can,to%20the%20pathogenesis%20of%20PCT.
Витамины	Цианокобаламин	мушак орасига ёки венага 1-2 ҳафта давомида кунига 1 мг дан, таянч дозаси 1-2 мг дан мушак орасига ёки венага – ҳафтада 1 мартадан ойига 1 мартагача.	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099312/
	Тиамин	мушак орасига (чуқур) Препаратни кичик дозалардан (5%ли 0,5 мл дан кўп бўлмаган эритма) бошлаб қўллаш тавсия этилади. Катталарга 25-50 мг дан кунига бир маҳал (5%ли 0,5-1 мл эритма); болаларга эса 12,5 мг дан кунига бир маҳал (5%ли 0,25 мл эритма) тайинланади. Даволаш курси – 10-30 та инъекция.	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10099312/
	Рибофлавин	Перорал: катталарга – кунига 5-10 мг дан; болаларга - кунига 2-5 мг дан бир маҳал. Даволаш давомийлиги – 1-1,5 ой. мушак орасига: 1%ли 1 мл	(C) https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articl

		эритма (0,1 г) кунига бир маҳал 10-15 кун (болаларга – 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 маҳал; Даволаш курси - 15-20 та инъекция.	es/PMC10099312/
Пробиотиклар	L. acidophilus, L. rhamnosus, L. casei, L. plantarum; Bifidobacterium longum Bifidobacterium breve; Saccharomyces boulardii.	Беморнинг ёши ва ичак фаолиятидаги ўзгаришларни ҳисобга олган ҳолда суюқ эритма билан капсула ёки гранулаларни тайинлаш мумкин.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35628229/
Иммуномодуляторлар	рекомбинант ИФН альфа-2b ректал шамчалари	Катталарга: кунига 2 маҳал 500 000 ХБдан 10 кун Болаларга: 3 000 000 ХБдан кунига 2 маҳал 10 кун кунлар Ҳомиладор аёлларга: 1 000 000 ХБдан кунига 2 маҳал 10 кун	B https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2013/2/downloads/ru/031997-28492013216
	Инозин пранобекс	ичишга, 10 кун давомида 500 мг дан кунига 3-4 маҳал овқатдан сўнг,	C https://mediqlab.com/drugs/3fe64714-1f39-4851-9ce1-de65fae52c85
	Меглюмин акридонацетат	24 соатлик интервал билан 3 та инъекция ва кейин 48 соатлик интервал билан яна 3 та инъекция	B https://medi.ru/info/4153/
	Тилорон дигидрохлорид	Биринчи икки кун давомида кунига бир маҳал 1–2 таблеткадан (250 мг), кейин 2–4 ҳафта давомида ҳар куни 1 таблеткадан (125 мг) ичилади. Ёки ремиссия даврида, овқатдан сўнг,	C https://medi.ru/instrukciya/tiloron-sz_14938/

		ҳар ҳафтанинг биринчи икки кунида 0,125 г дан (1 таблетка), 5 ҳафта давомида ичилади. Курс дозаси — 1,25 г.	
	Тимопентин	• инъекция учун стерил сув билан суюлтирилган мушак орасига инъекция 1 мл; • 250 мл 0,9%ли натрий хлоридда эритилган инъекцион эритма венага томчилаб юборилади. Препарат тавсияларга мувофиқ қўлланилади. Иммунтанқислиги ҳолатлари профилактикаси ва даволашда 1-2 флакондан кунига 2 маҳал қўлланилади. Даволаш курси 15-30 кун; Сурункали В гепатитда ҳафтасига 3 марта 1-2 флакондан қўлланилади. Даволаш курси 24 ҳафта.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6085327/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2863860/
Диуретик воситалар	Маннитол (15% ли эритма)	Фуросемид билан (5-10 мл).	А https://mediqlab.com/drugs/26cecf63-a454-42ab-b00e-5c4b41998787
	Фуросемид	20-80 мг/сутка. Керакли доза диуретик жавобга қараб танланади.	А https://mediqlab.com/drugs/12f478d5-a3ec-4d27-acf7-20469d3031fb
	Спиронолактон	Улар сув-электролитлар алмашинуви ва гормонал ҳолатнинг бузилишининг оғирлигига қараб индивидуал равишда	С https://www.vidal.ru/drugs/spironolactone

		ўрнатилади. Шиш синдроми билан - кунига 100-200 мг (кам холатда - кунига 300 мг) 2-3 махал (одатда "пастадир" ёки / ва тиазид диуретик билан биргаликда) ҳар куни 14-21 кун давомида. Дозани созлаш плазмадаги калий концентрациясининг қийматларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак. Агар керак бўлса, курслар ҳар 10-14 кунда такрорланади. Кучли гиперальдостеронизм ва плазмадаги калий миқдори камайган ҳолда-кунига 300 мг 2-3 дозада.	
Гепатопротектор таъсир қилувчи дори воситалар *	Эссенциал фосфолипидлар	1-2 та ампула (5-10 мл), эритмани беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суюлтириб венага секин юборилади. Агар препаратни суюлтириш керак бўлса, инфузия учун фақат 5% ёки 10%ли декстроз эритмаси ишлатилади. Ичишга. 12 ёшдан катта ва вазни 43 кг дан ортиқ бўлган ўсмирларга, шунингдек, катталарга кунига 3 маҳал 2 та капсуладан овқат вақтида ичиш тавсия этилади.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/
	Оксиматрин	600 мг дан м/о кунига бир маҳал венага 600 мг ни 100–250 мл 5% глюкоза эритмаси ёки 0,9% натрий хлорид эритмасига эритиб юбориш лозим. Кунига бир маҳал, дақиқасига 60 томчи тезликда венага томчилатиб юборилади. 2 та капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига 3	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/

		маҳал ичишга. Агар керак бўлса, суткалик дозани кунига 3 маҳал 3 та капсулага ошириш мумкин (0,3 г оксиматринга эквивалент).	
	Урсодезоксихол и кислотаси	Ичишга. Оғирлиги 34 кг дан кам бўлган болалар ва катталарга урсодезоксихоли кислотасини суспензия шаклида қўллаш тавсия этилади. Урсодезоксихоли кислотасининг тавсия этилган дозаси кунига 10 мг/кг ни ташкил қилади	(С) https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084
	Антраль	кунига 3 маҳал овқатдан кейин ичишга катталар ва 10 ёшдан ошган болалар – 200 мг дан ичади 4-10 ёшли болалар – 100 мг дан ичади	(С) https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1

Эслатма: Дори воситаларининг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.
Терини намловчи препаратлар (эмолентлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметика воситаларидан заруратга қараб дерматологик беморларни даволашда фойдаланишга қарши кўрсатмалар бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса улардан фойдаланиш мумкин.
Агар маълум бир гуруҳдан керакли дори воситаси шифохонада фойдаланиш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил дори воситасини (таъсир қилиш механизмлари турлича, аммо бир хил терапевтик мақсадларга эга бўлган препаратларни) буюриши мумкин. Препаратни танлаш клиник ҳолатга, беморнинг аҳволига ва мавжуд ресурсларга асосланади.

Болаларни сиртқи даволашда крем шаклидаги дори воситалари ва монокомпонент сиртқи воситалари - дерматитни даволаш учун мўлжалланган дерматологияда қўлланиладиган глюкокортикоид препаратлардан фойдаланиш афзал ҳисобланади. Кўп компонентли сиртқи дори воситалари — антибиотиклар билан комбинациядаги глюкокортикоидлар ёки бошқа дори воситалари билан қўшилган глюкокортикоидларни қўллаш фақат бактериал ва/ёки замбуруғли инфекция клиник ва/ёки лаборатория йўли билан тасдиқланган ҳолдагина тавсия этилади. Асосланмаган ҳолда кўп компонентли

сиртқи препаратлардан фойдаланиш болаларда дори воситаси таркибидаги айрим моддаларга нисбатан қўшимча сенсибилизация ривожланишига сабаб бўлиши мумкин.

Фармакотерапевтик гуруҳ	ДВ ХН	Қўллаш усули	Исботланиш даражаси
Терисида нуқсонлар (ёриқлар, тирналишлар) бўлган беморларга, айниқса болаларда, айнан шу жойларда иккинчи даражали инфекциянинг олдини олиш мақсадида антисептик ва дезинфекцияловчи воситалар ёки бошқа даволовчи воситалар тавсия этилади.	борат кислотаси + резорцин + фенол + фуксин эритмаси тапмон ёрдамида суртилади	Сиртқи суртиш учун — шиша таёқча ёрдамида шикастланган терига кунига 2–4 маҳал суртилади. Суюқлик қуриганидан сўнг, ишлов берилган жойга малҳамлар ва пасталар суртиш мумкин.	(С) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend
	метилтионин хлориднинг 1%ли эритмаси	Маҳаллий ва сиртқи қўллаш учун (сувли эритма) — катталар ва болалар туғилган заҳоти эритма тампон билан ёки шишадан тайёрланган таяқча ёрдамида шикастланган тери соҳаларига кунига 2–3 маҳал суртилади.	(С) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend/atopic_dermatitis
Қайталанувчи ёки кенг тарқалган бактериал инфекцияни даволаш учун тизимли таъсирга эга антибактериал препаратлар тавсия этилади:	амоксициллин + клавулан кислотаси	Катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга (тана вазни 40 кг ва ундан ортиқ) плёнка қопламали таблеткалар: 250 мг + 125 мг дозада кунига 3 маҳал 1 таблеткадан ёки 875 мг + 125 мг дозада кунига 2 маҳал 1 таблеткадан 5–14 кун давомида ичирилади. Ёки оғизда эрувчи таблеткалар: катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга (танаси вазни 40 кг ва ундан ортиқ) — 500/125 мг дозада кунига 3 маҳал, 5–14 кун давомида ичирилади. 2 дан 12 ёшгача бўлган болаларга ёки тана вазни 40 кг дан кам бўлганларга— 125/31,25 мг ёки 250/62,5 мг дозада, суткасига 2400/600 мг дан	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18557929/

		ошмайдиган дозада кунига 3 маҳал, 5–14 кун давомида ичирилади.	
	цефуроксим – по 250 мг	катталар ва 3 ёшдан ошган болаларга 5-10 кун давомида кунига 2 маҳал ичишга	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20109729/
	цефтриаксон – 1-2 г дан	Суткада бир марта, мушак орасига ёки венага юбориш йўли билан: 12 ёшдан катта болаларга — 2 маҳал, яъни ҳар 12 соатда бир марта юбориш тавсия этилади. Янги туғилган (2 ҳафталиккача бўлган) чақалоқларга — 20–50 мг/кг/сутка, 3 ҳафталикдан 12 ёшгача бўлган болаларга — 20–80 мг/кг/сутка, 2 маҳал юборилади.	(С) https://cyberleninka.ru/article/n/strategiya-vybora-antibakterialnyh-preparatov
Экземали беморларда герпетик экзема (Калоши экземаси) ривожланганда бевосита таъсир қилувчи вирусга қарши дори воситалари тайинланади.	Ацикловир таблеткалар 200 мг	Катталар ва 3 ёшдан ошган болаларга 5 маҳалдан ичиш тавсия этилади. Даволаш курси 5 кун, лекин оғир инфекцияларда муддати узайтирилиши мумкин.	(С) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22433376/
	Валацикловир	Болалар учун кунига 20 мг / кг ва катталар учун кунига 500 мг 3 махал Йенгил ҳолатларни 7-21 кун ичида ёки барча жароҳатлар қобиқ билан қопланмагунча даволаш мумкин.	(С) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560781/
Экземага чалинган беморларда оғиз бўшлиғи ва ичак шиллиқ қаватларида микотик инфекциялар ривожланган ҳолларда тизимли таъсирга эга бўлган антимикотик дори воситалар тавсия этилади.	Беморнинг ёшини ҳисобга олган ҳолда флуконазол 50 мг/100 мг кунига 1 маҳалдан	Болаларга овқатдан сўнг оғиз орқали кунига 1 маҳал 50 мг дан 4–7 кун давомида; катталарга эса овқатдан сўнг кунига 1 маҳал 100 мг дан 7–14 кун давомида берилади	(С) https://journaldoctor.ru/catalog/dermatologiya/puti-usovershenstvovaniya-terapii

Экземали беморларда эндоген интоксикация ривожланган ҳолларда энтеросорбентлар ва иммуносорбентлар қўллаш тавсия этилади.	гидролизли лигнин + лактулоза таблеткалари	Кунига 3 маҳал ичилади: 3 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларга – 1 та таблеткадан кунига 3 маҳал; 2 дан 3 ёшгача бўлган болаларга – ½ таблеткадан кунига 3 маҳал. Қабул қилиш курси – 2 ҳафта.	(С) https://umedp.ru/articles/enterosorbenty_v_kompleksnoy_terapii_atopicheskogo_dermatita_u_detey.html
	фаоллаштирилган глауконит 300 мг ичишга	Катталарга — кунига 3 маҳал овқат вақтида 1 капсуладан (суткалик доза — 1,8 г). Капсулани хона ҳароратидаги сув билан ичиш тавсия этилади. Қабул қилиш давомийлиги — 30 кун. 8 дан 12 ёшгача бўлган болаларга — кунига 1 маҳал 1 та капсуладан, 13 дан 18 ёшгача бўлганларга — кунига 2 маҳал 1 та капсуладан, овқатдан 30 дақиқа олдин ёки 1 соат ўтгандан сўнг ичиш тайинланади. Ўткир касалликларда даволаш курси — 5 кун, аллергик ва сурункали касалликларда — 10 кунни ташкил қилади. Такрорий курс шифокор тавсиясига кўра 2 ҳафтадан сўнг ўтказилади.	(С) www.museonaturalistico.it/index.php/journal/article

Эслатма: Дори воситаларининг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.
Терини намловчи препаратлар (эмолентлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметика воситаларидан заруратга қараб дерматологик беморларни даволашда фойдаланишга қарши кўрсатмалар бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса улардан фойдаланиш мумкин.
Агар маълум бир гуруҳдан керакли дори воситаси шифохонада фойдаланиш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил дори воситасини (таъсир қилиш механизмлари турлича, аммо бир хил терапевтик мақсадларга эга бўлган препаратларни) буюриши мумкин. Препаратни танлаш клиник ҳолатга, беморнинг аҳволига ва мавжуд ресурсларга асосланади.

Тизимли таъсир этувчи антибактериал препаратларни тайинлашдан олдин, қўзғатувчини аниқлашда йирингли ажралмадан аэроб ва факультатив-анаэроб микроорганизмларни ҳамда антибактериал ва замбуруғларга қарши препаратларга таъсирчанликни аниқлаш учун теридаги тошмали элементлардан ажрамаларни микробиологик (культурал) текширувини ўтказиш зарур. Микробиологик текширув натижалари олингунга қадар, кўп ҳолларда энг кўп учрайдиган қўзғатувчилар, биринчи навбатда S. aureusга нисбатан фаол бўлган кенг таъсир доирага эга антибиотиклар билан даволаниш бошланади. Юқори самара билан пенициллинли комбинациялар, шу жумладан бета-лактамаза ингибиторлари, биринчи ёки иккинчи авлод цефалоспоринлари, макролидлар, катталарда эса фторхинолонлар билан комбинациялари қўлланилади.

Стационар шароитда тиббий ёрдам бериш учун кўрсатмалар:

- терида чекланган тошмалар бўлган беморларда амбулатор шароитда ўтказилаётган даволашнинг етарлича самара бермаганлиги;
- терисида чекланган зарарланиши бўлган беморларда касалликнинг янги тошмалар пайдо бўлиши билан авж олиши;
- терида кенг тарқалган зарарланиш бўлиши.

Беморни тиббиёт муассасасидан чиқариш учун кўрсатма:
- тошмаларнинг қисман ёки тўлиқ йўқолиши.

"ЭКЗЕМА" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ МУОЛАЖАЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ

Тошкент-2025 й.

Кириш

Экзема эндоген омиллар (генетик мойиллик, турли хил аллергенларга сенсибилизациянинг борлиги) ва экзоген омилларнинг (маиший, касбий, экологик ва б.) комплекс таъсири натижасида ривожланади [134].

Генетик мойиллик иммун бошқарув, асаб ва эндокрин тизими функцияларининг бузилишини белгилаб беради. Экземада генларинг яққол экспрессивлиги ва пенетрантлиги билан полиген кўп омилли ирсийлик кузатилади. Агар ота-онанинг бири (кўпроқ онаси) экземага чалинган бўлса, боланинг экзема билан касалланиш эҳтимоли тахминан 40% ни ташкил қилади, агар иккала ота-онада ҳам экзема кузатилса — бу эҳтимоллик 50-60% гача етади. Стресс ҳолатлари, периферик нервларнинг зарарланиши ва тери озиқланишининг бузилиши экзема ривожланишида генетик мойил инсонларда муҳим қўзғатувчи омиллардан ҳисобланади. Экзема бўлган беморларда кўпинча МНС фаолиятида функционал ўзгаришлар кузатилади: шартсиз рефлекслар фаоллиги шартли рефлекслар фаоллигидан устун келади, вегетатив нерв тизимининг симпатик ва парасимпатик бўлимлари фаолияти ўртасида мувозанат бузилади (парасимпатик таъсирлар устунлиги билан). Экземада эндокрин тизимининг глюкокортикоид ва тиреоид бўғинлар ҳолатида яққол бузилишлар аниқланади: АК II, кортизол III, трийодтиронин миқдори ортади. Экзема патогенезида эркин радикал жараёнлар (“оксидантли стресс”) маълум даражада роль ўйнайди. Эркин радикаллар фосфолипаза А2 ферментини фаоллаштириб, арахидон кислотасининг ажралишига олиб келади. Кейин у циклооксигеназа ва липооксигеназа таъсирида яллиғланиш медиаторлари: лейкотриенлар, простагландинлар ва тромбоксанлар ҳосил бўлишига сабаб бўлади. Насли мойил бўлган шахсларда простагландин (Пf) F2α синтези ошиши кузатилади, бу эса циклик гуанозинмонофосфат (цГМФ) синтезининг рағбати кучайишига олиб келади, цГМФ эса гистамин, серотонин ва бошқа аллергик реакциялар медиаторларининг ишлаб чиқарилишини фаоллаштиради. Терининг экзематоз ўзгариши секин ривожланувчи гиперсезувчанликнинг натижаси ҳисобланади. Ҳозирги замонавий тасаввурларга кўра, экзема ривожланишида асосий ролни Т-лимфоцитлар (асосан Th-1) ўйнайди. Улар ўз юзасида антигенга хос махсус рецепторларни олиб юради ва бир қатор яллиғланиш олди цитокинларни ажратади: интерлейкин-1 (ИЛ-1), ИЛ-2, α-ўсма некрози омили (α-ЎНО), γ-интерферон. Биологик фаол моддалар (простагландинлар, лейкотриенлар, гистамин)нинг чиқарилиши тўқима яллиғланиш реакцияларига олиб келиб, клиникада гиперемия, шиш ва қичишиш кўринишида намоён бўлади. Экземанинг ривожланиши ва кейинги кечиши, айниқса болаларда меъда-ичак тизими ва жигар-ўт йўллари соҳасидаги касалликларда муҳим патогенетик аҳамиятга эга бўлиб, ферментопатия, дискинезиялар, ичак дисбиози, мембранали ҳазм қилиш ва сўрилиш жараёнларининг бузилиши билан кузатилади. Ичак барьерининг етарлича ишламаслиги айниқса кичик ёшдаги болалар учун хос ҳолат бўлиб, қонга етарлича ҳазм бўлмаган моддалар, жумладан парчаланмаган оқсилларнинг сўрилишига олиб келади [134].

Таъриф

Экзема (юнон. Ekzeo — қайнайман) — экзоген ва эндоген триггер омиллар таъсирида шаклланадиган, полиморф тошмалар ва яллиғланиш реакцияси билан намоён бўладиган сурункали қайталанувчи терининг аллергик касаллигидир.

Экзема эндоген омиллар (генетик мойиллик, турли аллергенларга нисбатан сенсибилизация) ва экзоген омиллар (маиший, касбий, экологик ва б.)нинг комплекс таъсири натижасида ривожланади [134].

Касаллик аломатлари сувланиш билан кечаётган беморларга примочка (намлаш) тавсия этилади.

Дерматологик амалиётда примочкалар учун, яллиғланишга қарши, антисептик ва қуритувчи эритмалар қўлланилади. Муайян воситани танлаш терининг шикастланишининг холатига боғлиқ — ўткир яллиғланиш, сувланиш, инфекция билан асоратланган, қичишиш ва ҳоказо.

- Антисептик воситалар:

Фурацилин (0,02%)
- антимикробиял таъсирга эга, айниқса намланган, инфекцияланган жойларда.

- Хлорҳексидин (0,05-0,1%)

- иккиламчи инфекция ёки унинг ривожланиш хавфи кузатилганда ишлатилади.

- Бирлаштирувчи ва қуритувчи эритмалар:

Танин эритмаси (1-2%)
- аниқ бириктирувчи ва қуритувчи таъсир, айниқса нам, сувланиш билан кечадиган дерматозларда қўлланилади.

Кумуш нитрат еритмаси (0,25%)
- яллиғланишга қарши, антисептик восита бўлиб, шифокор назорати остида ишлатилади.

Қўрғошин суви (0,25-0,5%)
- анъанавий равишда экссудация билан ўткир яллиғланиш учун ишлатилади (ҳозирда у токсиклик туфайли кам учрайди).

- Яллиғланишга қарши ва тинчлантирувчи эритмалар:

Борот кислотаси (2-3%)
- юмшоқ яллиғланишга қарши ва антисептик восита бўлиб, нозик терига мос келади.

Мойчечак, шолғом, эман пўстлоғининг қайнатмаси (ўсимлик препаратлари)
- яллиғланиш ва қичишишни йенгиллаштиради, инфецияланмаган холатларда ва болаларда қўлланилиши мумкин.

- Туз ва кислотали эритмалари (шифокор кўрсатмаси бўйича):

Сирка кислотасининг кучсиз эритмаси (1 :20-1:40)
- Терининг замбруғли инфекциялари учун ишлатилади (масалан, кандидоз касаллигида), фунгистатик таъсирга эга.

Тузли эритма (0,9% NaCl)
- ювиш учун ва бошқа моддаларни ташувчиси сифатида универсал асосий йечимдир.

Жараённи бажариш:

- Қўлингизни яхшилаб ювинг ва қўлқоп кийинг.

- Стерил матони (6-8 қатламга ўралган) доривор эритмада намланг, озгина сиқиб олинг. (Эритма ҳарорати: хона ҳарорати ёки озгина совиган (18–22°C), агар бошқача кўрсатилмаган бўлса)

- Терининг шикастланган жойига мулойимлик билан матони қўйиш.

- 15-20 дақиқага қолдиринг, шу билан бирга:

- салфетка нам бўлиб турганига ишонч ҳосил қилинг (агар керак бўлса, уни яна намланг), - учоқнинг қуриши ва қизиб кетишига йўл қўйманг.

- Вақт охирида матони олиб ташланг, терини артманг — уни табиий равишда қуритинг.
- Агар керак бўлса, буюрилган дори-дармонларни қўлланг (малҳам, крем ва бошқалар.).

С4	Экземанинг енгил кечишида дерматологияда қўлланиладиган кам ва ўртача фаолликка эга глюкокортикоидлардан фойдаланиш афзал ҳисобланади, ўрта оғир ва оғир кечиши ҳолатларида эса дерматологияда қўлланиладиган фаол ва юқори фаол глюкокортикоидларни минимал самарали дозаларда қўллаш мақсадга мувофиқдир. Экзема хуружини тезда бартараф этиш учун сиртқи даволаш воситалари ва эмолентлардан намли боғламлар қўллаган ҳолда фойдаланиш мумкин. Аввал зарарланган тери соҳаларига сиртқи воситалар (дерматологияда қўлланиладиган глюкокортикоидлар ва/ёки эмолентлар) суртилади, сўнгра улар устидан намли пахта матосидан ёки докадан тайёрланган салфетка қўйилади, унинг устига эса қуруқ сиртқи боғлам ўралади. Дерматологияда сиртқи терапияда қўлланиладиган ўртача ва юқори таъсир кучига эга глюкокортикоидлардан намли боғламлар билан бирга фойдаланилганда буйрак усти безлари фаолиятининг сусайиш хавфи туфайли эҳтиётқорликка риоя қилиш лозим.

В 3	Қон оқимидан токсинлар, аутоантитаначалар, айланувчи иммун комплекслари (АИК) ва яллиғланиш олди цитокинларини элиминация қилиш, метаболизм ва аъзоларнинг бузилган функциясини меъёрига келтириш мақсадида плазмаферез муолажаси тавсия этилган.

С 5	ПИЛН (паст интенсивликдаги лазер нурланиши) Озонотерапия

С 5	Экземали беморларда иккинчиламчи инфекцияларнинг олдини олиш ва/ёки у ривожланган ҳолларда эрозияларга антисептик ва дезинфекцияловчи воситалар билан қайта ишлов бериш **тавсия этилади.** **Изоҳ:** Антисептиклар ва дезинфекцияловчи воситалар сифатида қуйидагилар ишлатилади: Борат кислотаси+Резорцин+Фенол+Фуксин кунига 2-3 маҳал сиртга қўлланилади (аёлларда ҳомиладорлик ва кўкрак сути билан эмизаётганда қўлланилмайди), сиртқи қўллаш учун бриллиант яшилининг 1-2% ли спиртдаги эритмаси бевосита зарарланган юзага атрофдаги соғлом тўқималар билан бирга 5-14 кун давомида суртилади, хлоргексидин 0,05%ли сувдаги эритмаси кунига 2-3 маҳал, ‘калий перманганат** маҳаллий ва сиртқи қўллаш учун кукунни сувда 0,01-01% ли қилиб эритилади ва 4-7 кун давомида кунига 2 маҳал ванна қилинади, метилтионин хлорид (метилен кўки) 1%ли сувдаги эритмаси кунига 2-3 маҳал суртилади, метилтионин хлоридни (метилен кўки) ҳомиладорлик ва кўкрак сути билан боқилаётганда қўллаш мумкин. Экссудация ёки ивиш билан намоён бўладиган экземали беморларга сиртқи терапия учун экссудация ва ивишни камайтириш мақсадида рух препаратлари тавсия этилади: рух оксиди 12,5%ли суспензияси — сиртқи қўллаш учун, теридаги шикастланган ўчоқларга кунига 1-2 маҳалдан, 4-7 кун давомида суртилади.

Жарроҳлик муолажалари: талаб этилмайди

"ЭКЗЕМА" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК БАЁННОМАСИ

Тошкент 2025й.

Кириш

ЖССТнинг расмий статистикасига кўра, экзема теринг энг кўп учрайдиган касалликларидан бири бўлиб, дерматологларга мурожаат қиладиган беморларнинг тахминан 30–40% да аниқланади.

Экзема – бу сурункали яллиғланишли тери патологияси бўлиб, унда тери қизариши, кучли қичишиш ва хос тошмалар кузатилади. У одамдан одамга юқмайди, балки генетик мойил касаллик ҳисобланади

Экзема – кенг тарқалган полиэтиологик касаллик ҳисобланиб, кучли қичишиш билан кечадиган тери юзасининг яллиғланиши унга хос бўлади.

“Экзема” атамаси аввалларитиббиётда терида ўткир яллиғланишли жараённи билдириш учун қўлланилган бўлиб, фақатгина XIX асрнинг биринчи ярмида у алоҳида нозологик бирлик сифатида белгиланган.

Инглиз тилидаги илмий адабиётларда бу атама остида ўткир ёки сурункали кечувчи яллиғланишли тери касалликлари кўзда тутилган бўлиб, қуйидаги бир ёки ундан ортиқ симптомлар пайдо бўлиши: эритема, тери шиши, қичишиши, тери қуриши, кепакланиши, тери дағаллашиши ва тангчалар, пуфакчалар ҳосил бўлиши, ивиб қолиши билан тавсифланади. “Экзематизация” бир қатор дерматозлар: атопик, аллергик, себореяли дерматит ва бошқаларда кузатилиши мумкин. Бу гуруҳга ХКТ-10 даги L20–L30 кодли касалликлар киради.

Жаҳон статистикаси шуни кўрсатадики, экземанинг тарқалиши сайёрамиздаги катта ёшдаги аҳолининг 1-2% ни ташкил қилади, бошқа тери касалликларидаги унинг салмоғи эса 30-40% га тенгдир.

Таъриф

Экзема (юнон. Ekzeo - қайнайман) – сурункали қайталанувчи аллергик тери касаллиги бўлиб, экзоген ва эндоген триггер омиллар таъсирида шаклланади ва полиморф тошмалар, яллиғланиш реакциялари пайдо бўлиши билан тавсифланади.

Экзема эндоген (наслий мойиллик, турли хил аллергенларга сенсибилизациянинг борлиги) ва экзоген (маиший, касбий, экологик ва б.) омилларнинг комплекс таъсири натижасида ривожланади.

Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Экземанинг қайталанишини олдини олишга қаратилган иккилламчи профилактика усуллари қўлланилади.

Экзема ремиссия ҳолатида бўлган беморларга касалликнинг қайталанишини олдини олиш мақсадида қуйидагилар тавсия этилади [68]:

эҳтимолий аллергенлар билан контактни истисно қилиш; стресс ҳолатларини ва сувли муолажаларни чеклаш; парҳезга риоя қилиш;

эмолентлар, корнеопротекторлар ва нейтрал ювиш воситаларидан фойдаланиш;

кийимлар танани қизитиб юбормаслиги, улар жунли ёки синтетик моддаларни ўз ичига олмаслиги керак;

хонадаги ҳаво намлантирилган бўлиши лозим [68].

Тавсияларнинг асосланиш даражаси С (исботларнинг ишончлилик даражаси – 5)

Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкиллаштириш

Экземага чалинган беморларга тиббий ёрдам дерматовенеролог шифокорлар томонидан кўрсатилади. Бирламчи тиббий-санитар ёрдам доирасида участка терапевтлари, участка педиатрлари ва умумий амалиёт (оилавий) шифокорлари беморларда терида

тошма, экзема аломатлари ёки белгилари аниқланганда беморни бирламчи ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш учун дерматовенерологик йўналишдаги тиббиёт муассасасига юборишади. Агар бундай юбориш учун тиббий кўрсатмалар бўлмаса, улар дерматовенерологик тиббиёт муассасаси тавсияларига мувофиқ мустақил равишда тиббий ёрдам кўрсатадилар.

Бирламчи ихтисослаштирилган тиббий-санитар ёрдамни кўрсатиш имкони бўлмаган ҳолларда ва тиббий кўрсатмалари мавжуд бўлса, бемор ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатувчи тиббиёт муассасасига юборилади.

Экземага чалинган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдамни дерматовенеролог шифокорлар стационар шароитда кўрсатадилар.

Физиотерапевтик усуллардан фойдаланиш зарурати туғилганда, экземага чалинган беморлар дерматовенеролог шифокор томонидан маслаҳат-ташхис ва стационар бўлимларидан, жумладан кундузги ёки доимий стационарлардан физиотерапевт шифокорнинг маслаҳатига йўналтирилади.

Фармакотерапевтик гуруҳ	ДВ ХН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Эпидермиснинг липид таркибини тикловчи воситаларни қўллаш тавсия этилади	Эмолентлар, кремний-ланолинли крем	Катталар ва болаларга 2-6 ой давомида кунига 2 маҳалдан сиртқи тайинланади	(C) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
	Кремний-дексапантенолли крем	Болаларга 2-4 ой давомида кунига 2 маҳалдан сиртқи тайинланади	(C) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
	Мочевина (5,10,15%)	Сиртқидан кунига 1-2 мартта 1-3 ҳафта давомида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35167133/

Кейинги даволаш чоралари:

Доимий яшаш жойида дерматолог назоратида динамик кузатув олиб борилади. Бу жараёнда таянч даволаш масалалари ҳал этилади, қўлланилаётган даволаш усулларининг ножўя таъсирларини минимал камайтириш чоралари кўрилади, терига доимий асосий парвариш амалга оширилади ҳамда касалликни қўзғатувчи омиллари бартараф этилади. [3]

Адабиётлар рўйхати:

1. 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.
2. 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.
3. 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.
4. Allergologicum Update 2020. 1nt Arch Allergy Immunol. 2020; 181(1): 1-10.
5. Hill D.A., Spergel J.M. The atopic march: Critical evidence and clinical relevance. Ann Allergy Asthma Immunol. 2018; 120(2): 131-137.
6. Ryan C., Amor K.T., Menter A. The use of cyclosporine in dermatology: part II.J Am Acad Dermatol. 2010; 63(6): 949-972.
7. 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.
8. Клиническая дерматовенерология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – т. II. – 928 с.
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. 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.
17. 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
18. Мавлянова Ш.З., Ибрагимова Г.Р., Джафаров Х.М. Инновационный способ базисной наружной терапии у детей с экземой. // Методические рекомендации . – Ташкент. 2023.-22с.

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Pels R., Sterry W., Lademann J. Clobetasol propionate – where, when, why? Drugs Today (Bare). 2008; 44 (7): 547-557.
23. Thomsen S.F. Atopic Dermatitis: Natural History, Diagnosis, and Treatment. ISRN Allergy. 2014. DOI: 10.1155/2014/354250
24. 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.
25. 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.
26. 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.
27. Cabrera M.E. Treatment of severe or resistant corticosteroid-responsive dermatoses with Diprolene cream. J Int Med Res. 1984; 12 (3): 163-169.
28. Lodolo J.C. Diprolene cream in the treatment of severe or resistant corticosteroidresponsive dermatoses. J Int Med Res. 1984; 12 (2): 114-120.
29. Peterkin G.A., Morley W.N., Chalmers D. Triamcinolone and fluocinolone acetonide ointments in atopic eczema. BrMed J. 1962; 1 (5289): 1392.
30. 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.
31. Белоусова Т.А., Горячкина М.В. Опыт применения флутиказона пропионата (Кутивейт) в терапии псориаза, экземы и атопического дерматита. Эффективная фармакотерапия. 2010; 9: 24-29.
32. 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.
33. 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.
34. Ненашева Н.М. Особенности атопического дерматита у взрослых пациентов Эффективная фармакотерапия. Дерматовенерология и дерматокосметология. 2012; (3): 6-15.
35. 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.
36. Кондратьева Ю.С., Кархова В.В. Опыт применения 0,1% метилпреднизолонаацепоната в комплексной терапии стероидчувствительных дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии 2016; 1: 93-98.

37. 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.
38. 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.
39. 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.
40. Игнатьев Д.В., Кочергин Н.Г. Местные кортикостероиды в практике врачадерматолога. Особенности гидрокортизона бутирата (локоида). Дерматология. Приложение к журналу ConsiliumMedicum. 2007; 1: 50-54.
41. 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.
42. 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.
43. Lubbe J. Klinische Erfahrungen mit topischen Calcineurininhibitoren in der Praxis. Hautarzt. 2003; 54 (5): 432-439.
44. 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.
45. 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.
46. 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.
47. 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.
48. 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.
49. 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.
50. Кубанов А.А., Петровский Ф.И. Активированный пиритион цинка (Скин-кап). Механизмы действия. Клиническое применение. Вестник дерматологии и венерологии, 2009; 5: 35-42.
51. 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.
52. 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.
53. Григорьева И., Сергеев А., Манина И., Кудрявцева Е. Иммунопатология и биохимические основы атопических состояний. Врач. 2012; 4: 86-91.
54. Морозова С.В., Лусс Л.В. Хлоропирамин: современные аспекты применения. Вопросы современной педиатрии. 2007; 6 (1): 137-140.
55. Горячкина М.В., Белоусова Т.А. Хлоропирамин: клинические аспекты применения. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 24: 1785-1789.

56. Петрова К.С., Петрова Г.А. Хлоропирамин (Супрастин) – современные аспекты применения в терапии аллергодерматозов. Русский медицинский журнал. Фармакотерапия. 2014; 8: 617-620.
57. Ревякина В.А. Антигистаминные препараты в клинической практике. Русский медицинский журнал. Аллергология. 2014; 11: 854-856.
58. Behrendt H., Ring J. Histamine, antihistamines and atopic eczema. Clin Exp Allergy. 1990; 20 (Suppl 4): 25-30.
59. 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.
60. Павлова О.В. Опыт применения цетиризина (аллертека) в терапии больных экземойи экземой. Вестник дерматологии и венерологии 2005; (4): 41-43.
61. Самсыгина Г.А. Аллергические болезни у детей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 272 с.
62. Делягин В.М., Уразбагамбетов А. Применение Супрастинекса (левоцетиризина) при атопии у детей и подростков. Русский медицинский журнал. Педиатрия 2012; (16): 828-830.
63. 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.
64. Нажмутдинова Д.К., Швец О.И. Левоцетиризин: перезагрузка. Русский медицинский журнал. Дерматология. 2011; 21: 1324-1326.
65. 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.
66. 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.
67. 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.
68. 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.
69. 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.
70. 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.
71. 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.
72. 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.
73. Физическая и реабилитационная медицина. Национальное руководство. / Под ред. Г.Н. Пономаренко., М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. 688 с.
74. Частная физиотерапия: Учебное пособие / Под ред. Г.Н. Пономаренко. – М.: ОАО "Издательство "Медицина", 2005, 744 с.
75. Кубанова А.А., Самсонов В.А., Волнухин В.А. и др. Терапия больных псориазом, экземойи 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.

76. Thompson K.G., Kim N. Distinguishing myth from fact: photocarcinogenesis and phototherapy. DermatolClin. 2020; 38 (1): 25-35.
77. 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.
78. 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.
79. 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.
80. 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.
81. 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.
82. 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.
83. 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.
84. 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.
85. 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.
86. 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.
87. Васенова В.Ю., Бутов Ю.С. Применение Полькортолона ТС для лечения зудящих дерматозов, осложненных вторичной инфекцией. Русский медицинский журнал 2013; 21 (22): 1096-1098.
88. 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.
89. Hjorth N., Schmidt H., Thomsen K. Fusidic acid plus betamethasone in infected or potentially infected eczema. Pharmatherapeutica 1985; 4: 126-131.
90. Кунгуров Н.В., Кениксфест Ю.В., Кохан М.М. и др. Комбинированная наружная терапия осложненных дерматозов. Клиническая дерматология и венерология. 2005; 2: 33-37.
91. 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.
92. Wollenberg A. Eczema herpeticum. Chem Immunol Allergy. 2012; 96: 89-95.
93. Niimura M., Nishikawa T. Treatment of eczema herpeticum with oral acyclovir. Am J Med. 1988; 85 (2A): 49-52.

94. Darsow U., Forer I., Ring J. Allergen-specific immunotherapy in atopic eczema. Curr Allergy Asthma Rep 2011; 11: 277-283.
95. Ring J. Successful hyposensitization treatment in atopic eczema: results of a trial in monozygotic twins. Br J Dermatol 1982; 107: 597-602.
96. 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.
97. Prell C., Koletzko B. Breastfeeding and Complementary Feeding. DtschArztebl Int. 2016; 113(25): 435-444.
98. 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).
99. 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.
100. 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.
101. Kathuria P., Silverberg J.I. Association of pollution and climate with atopic eczema in US children. Pediatr Allergy Immunol 2016; 27: 478-485.
102. 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.
103. 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.
104. 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.
105. Аллергология и иммунология: национальное руководство / Под ред. Хаитова Р.М., Ильиной Н.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
106. 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.
107. Caut C., Leach M., Steel A. Dietary guideline adherence during preconception and pregnancy: A systematic review. Matern Child Nutr. 2020; 16(2): el2916.
108. 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.
109. Мавлянова Ш.З., Есионова Е.В. Критерии диагностики и лечения микогенной сенсибилизации у больных экземой. // Методические рекомендации. – ташкент-2023 – 29с.
110. Wuthrich B, Schmid-Grendelmeier P. The atopic eczema/dermatitis syndrome. Epidemiology, natural course, and immunology of the IgE-associated ("extrinsic") and the nonallergic ("intrinsic") AEDS. J Investig Allergol Clin Immunol. 2003;13 (1): 1—5.
111. 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 (12): 1318-1325.
112. Diepgen TL, Andersen KE, Brandao FM. et al. Hand eczema classification: a cross-sectional, multicentre study of the aetiology and morphology of hand eczema. Br J Dermatol. 2009; 160 (2): 353-358.
113. Haslund P, Bangsgaard N, Jarlov JO. et al. Staphylococcus aureus and hand eczema severity. Br J Dermatol. 2009; 161 (4): 772-777.
114. Mernelius S., Carlsson E., Henricson J. et al. Staphylococcus aureus colonization related to severity of hand eczema. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2016; 35 (8): 1355-1361.

115. Schlievert PM, Case LC, Strandberg KL. et al. Super-antigen profile of Staphylococcus aureus isolates from patients with steroid-resistant atopic dermatitis. Clin Infect Dis. 2008; 46 (10): 1562-1567.
116. Bath-Hextall FJ, Birnie AJ, Ravenscroft JC, Williams HC. Interventions to reduce Staphylococcus aureus in the management of atopic eczema: an updated Cochrane review. Br J Dermatol. 2010; 163 (1): 12-26.
117. Gueniche A, Knaudt B, Schuck E. et al. Effects of nonpathogenic gram-negative bacterium Vitreoscilla filiformis lysate on atopic dermatitis: a prospective, randomized, double- blind, placebo-controlled clinical study. Br J Dermatol. 2008; 159 (6): 1357-1363.
118. Kaffenberger BH, Mathis J, Zirwas MJ. A retrospective descriptive study of oral azole antifungal agents in patients with patch test-negative head and neck predominant atopic dermatitis. J Am Acad Dermatol. 2014; 71 (3): 480-483.
119. Schurmeyer F., Luger T., Bohm M. Long-term efficacy of occlusive therapy with topical pimecrolimus in severe dyshidrosiform hand and foot eczema. Dermatology. 2007; 214 (1): 99— 100.
120. Перламутров Ю.Н., Ольховская К.Б. Оценка эффективности препарата скин-кап При лечении детей, больных себорейной и микробной экземой. Российский Аллергологический журнал. 2005; 2: 59-63.
121. Hordinsky M., Fleischer A., Rivers J. et al. Efficacy and safety of pimecrolimus cream 1% in mild-to-moderate chronic hand dermatitis: a randomized double-blind trial. Dermatology. 2010; 221 (1): 71-77.
122. Круглова Л.С., Жукова О.В., Стрелкович Т.И. Практика применения такролимуса в лечении распространенных хронических дерматозов. Клиническая дерматология и венерология. 2014; 12 (2): 10-14.
123. Katsarou A.., Papagiannaki K. Topical treatment of hand eczema: calcineurin inhibitors.
124. In: Alikhan A., Lachapelle J.M., Maibach H. (eds) Textbook of Hand Eczema. 2014.
125. Luger T., Paul C. Potential new indications of topical calcineurin inhibitors. Dermatology. 2007; 215 Suppl 1: 45-54.
126. Данилова А.А. Общие подходы к терапии экземы в практике Врача-интерниста. Лечащий врач. 2011; 8: 94.
127. Самцов А.В., Хайрутдинов В.Р., Белоусова И.Э. Этиопатогенетическая терапия воспалительныгх дерматозов. Вестник дерматологии и венерологии. 2018; 94 (2): 78-83.
128. Ковалёва Ю. С., К омкина Н.Г. Мкробная экзема — триггерные точки воздействия.
Медицинский совет. 2023; 17 (2): 37-44.
129. Strategos J. Fusidic acid-betamethasone combination in infected eczema: an open, randomized comparison with gentamicin-betamethasone combination. Pharmatherapeutica. 1986; 4 (9): 601-606.
130. 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. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2018; 32 (6), 850-878.
131. Matterne U, BÖhmer MM, Weisshaar E. et al. Oral H1 antihistamines as ‘add-on’ therapy to topical treatment for eczema. Cochrane Database Syst Rev. 2019; 1 (1): CD012167.
132. Thestrup-Pedersen K., Andersen K.E., Menne T., Veien N. Treatment of hyperkeratotic dermatitis of the palms (eczema keratoticum) with oral acitretin. A single-blind placebo controlled study. Acta Derm Venereol. 2001; 81 (5): 353-355.
133. Song M., Lee H.J., Lee W.K. et al. Acitretin as a therapeutic option for chronic hand eczema. Ann Dermatol. 2017; 29 (3), 385-387.
134. Christoffers WA, Coenraads PJ, Svensson &, Diepgen TL, Dickinson-Blok JL, Xia J, Williams HC. Interventions for hand eczema. Cochrane Database Syst Rev. 2019 Apr 26; 4 (4): CD004055.
135. Sezer E, Etikan I. Local narrowband UVB phototherapy vs local PUVA in the treatment

of chronic hand eczema. Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2007; 23 (1): 10-14.
136. Patrizi A, Raone B, Ravaioli GM. Management of atopic dermatitis: safety and efficacy of phototherapy. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015; 8: 511—520.
137. Svejgaard El, Larsen PØ, Deleuran M. et al. Treatment of head and neck dermatitis comparing itraconazole 200 mg and 400 mg daily for 1 week with placebo. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2004; 18 (4): 445-449.
138. Glatz M, Buchner M, von Bartenwerffer W. et al. Malassezia spp. -specific immunoglobulin E level is a marker for severity of atopic dermatitis in adults. Acta Derm Venereol. 2015; 95 (2): 191-196.
139. Diepgen TL, Andersen KE, Chosidow O. et. al. Guidelines for diagnosis, prevention and treatment of hand eczema. J Dtsch Dermatol Ges. 2015; 13 (1): e1-22.
140. Суборова К. Н. И, др. Развитие учения о себорейной экземе и современные Практические вопросы // вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — №. 4. — С. 49-56.

https://icd.who.int/browse11/l-m/ru
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
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.eczemacouncil.org/assets/docs/global-report-on-atopic-dermatitis-2022.pdf
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27427820/
https://acaai.org/resource/why-should-i-see-an-allergist-for-my-eczema/
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://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://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
https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html
https://www.jaad.org/article/S0190-9622(24)02953-0/abstract
https://nationaleczema.org/
https://www.msdmanuals.com/ru/professional/
https://www.annallergy.org/article/S1081-1206(23)01455-2/fulltext
https://umedp.ru/articles/ekzema_kistey_faktory_riska_i_terapevticheskaya_strategiya.html

https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2019/6/1199728492019061704
https://nationaleczema.org/eczema/types-of-eczema/dyshidrotic-eczema/
https://nationaleczema.org/eczema/treatment/
https://www.webmd.com/skin-problems-and-treatments/eczema/treatments-for-you
https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/eczema-treatment
https://eczema.org.temp.link/information-and-advice/treatments-for-eczema/
https://www.aad.org/public/diseases/eczema/types/atopic-dermatitis/treatment

Экземани менежменти бўйича амалий кўникмалар ваколатлари

(task shifting)

	Амалиёт ҳамшираси	**ТТЁШ Оила шифокори (бакалавр)**	**Тор доирадаги мутахассис**
Шикоятлар ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини намоён этиш.	+*	+	+
Бемордан касаллик анамнезини йиғаётганда экзема симптомлари бўйича билимларни қўллаш.			+
Тери-таносил касалликлари бўлган беморлардан тўлиқ тиббий анамнез йиғиш			+
Ташхис қўйиш			
Специфик симптомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида ташхислаш			+
Асосий лаборатор диагностика			
Асосий лаборатор таҳлилларни тайинлаш:			+
Қоннинг умумий таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитар формула + ЭЧТ)			+
Захмни аниқлаш скрининг тестлари (МПР, RPR, КСР)			+
Умумий IgEга ИФА			+
Қўшимча лаборатор диагностика			
Тасдиқловчи тестлар: ИФР, ОТИР, ИФА, ПГАР, ИХА			
Сийдикнинг умумий таҳлили			+
Нажаснинг умумий таҳлили			+
Комплекс биокимёвий текширувлар			+
Қонда гамма глобулинни текшириш			+
Қонда С реактив оқсилни текшириш			+
Қонда антинуклеар антитаналарни текшириш			+
Гистологик текширувлар			+
Иммунологик текширувлар			+
Иммуногистокимёвий текширувлар			+

Қалқонсимон бези гормонларини текшириш			+
ИФА, ИХЛА усулида қонда витамин D миқдорини аниқлаш			+
ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЗР-диагностика усулларида антитаналарни текшириш			+
Зарарланиш ўчоқларидан олинган намунада микробиологик текширув ўтказиш ва антибиотикларга сезгирликни аниқлаш			+
Микологик текширувлар			+
Қондаги лямблияларга қарши A, M, G (IgA, IgM, IgG) синфдаги антитаначаларни аниқлаш, аскаридаларга қарши антитаначаларни аниқлаш, қонда описторхоз қўзғатувчисига қарши антитаначаларни аниқлаш			+
Қон ва биологик субстратларни инфекциялар бўйича таҳлил қилиш (ИФА, ПЗР)			+
ОИВга ИФА текшируви			+
Молекуляр-генетик текширув			+
Аллерготестлар			+
Қўшимча инструментал текширувлар			
Тери ҳолатини ташхислаш – дерматоскопия			+
Терини УТТ			+
Ички аъзолар УТТ			+
Кўп шаклли экссудатив эритемаларни даволаш			
Экземани дори воситаларисиз даволашни тайинлаш бўйича ваколат (17-19 б.)			+
Экземани дори воситалар билан даволашни тайинлаш бўйича ваколат (стр. 19-40)			+
Кўп шаклли экссудатив эритемаларни профилактикаси			
Хулқ-атворни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича ваколат			+
Дори-дармонлар билан даволашга риоя этилишини яхшилаш бўйича ваколатлар			+

Асосий тор доирадаги мутахассис – дерматовенеролог ҳисобланади.

* Ушбу ваколатларга тиббий ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

Экземани бошқариш бўйича ваколатлар

	Амалиёт ҳамшираси	**ТТЁШ Оила шифокори (бакалавр)**	**Тор доирадаги мутахассис**
Экземани тавсифи.			+
Экзема билан боғлиқ шикоятларнинг симптоматик тавсифи.			+
Экземанинг патофизиологик механизмларини тавсифи.			+
Экземани ташхислашда этиологияси, симптомлари ва текширувлар (муҳим лаборатор-инструментал текширувлар) асосида ёндашувни шакллантириш.			+
Асосий таҳлилларни шарҳлаш.			+
Экземани даволашга ёндашувни шакллантириш.			+
Экземани номедикаментоз даволашни ёритиш.			+
Экземани медикаментоз даволашни ёритиш.			+
Экзема даволашда қўлланиладиган турли дори воситаларининг таъсир механизми, қўллаш кўрсатмалари ва ножўя таъсирларини муҳокама қилиш.			+
Экземани даволаш доирасида унинг ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилиш.			+

Асосий тор доирадаги мутахассис – дерматовенеролог ҳисобланади.