O’zbekiston Respublikasi
Sog’liqni saqlash vazirining
2025 yil "15" sentabrdagi
287-sonli buyrug’iga
3-ilova

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

«IXTIOZ» NOZOLOGIYASI BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

«TASDIQLAYMAN»

O‘zR SSV RIDVvaKIATM

direktori v.b.

Sabirov U.Yu.

«____» _____ 2025yil.

«IXTIOZ» NOZOLOGIYASI BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

“IXTIOZ” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI

Toshkent 2025

1. Kirish qismi

XKT-10/11 bo‘yicha kodlar

XKT-10	XKT-11	
Q80.0	EC20.00	Oddiy ixtioz (vulgar, autosom dominant, oddiy ixtioz)
Q80.1	EC20.01	X xromosomaga bog‘liq ixtioz (X-bog‘langan ixtioz, qorayish ixtiozi)
Q80.2	EC20.02	Plastinkasimon ixtioz (lamelyar ixtioz, kollodiy bola, quruq ixtioform eritrodermiya)
Q80.3	EC20.03	Brok tug‘ma ixtioziform eritrodermiyasi
Q80.4	EC20.02	Homila ixtiozi ("Arlekin" homilasi, bachadon ichi ixtiozi)
Q80.8	EC20.Y	Boshqa tug‘ma ixtioz (tug‘ma bullyoz bo‘lmagan ixtioziform eritrodermiya)
		https://mkb-10.com/index.php?pid=16587 https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#931401247

Protokol ishlab chiqilishi va qayta ko‘rilishi sanasi: 2025 yil va protokolni qayta ko‘rib chiqish sanasi 2028 y. yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lganda. Barcha taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan o‘zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:

Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Milliy klinik bayonnoma va standartni yaratishda o‘z xissalarini qo‘shdi:

Jarayonni tashkil etish bo‘yicha dermatovenerologiya yo‘nalishi ishchi guruhi a'zolari:

1.	Sabirov U.Yu.	Markaz direktori, t.f.d., professor	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
2.	A.B. Raxmatov	Mikozlarni o‘rganish bo‘yicha ilmiy laboratoriya mudiri, t.f.d., professor	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
3.	M.K.Xoldorbekov	Genodermatozlar bo‘limi mudiri	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
4.	D.B. Abdullaev	Teri va venerik kasalliklari epidemiologik holatini o‘rganish bo‘yicha ilmiy laboratoriyasi k.i.x., dermatovenerolog shifokor	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”

Taqrizchilar:

1. **Murashkin N.N.** - Rossiya Sog‘liqni saqlash vazirligining "Bolalar salomatligi milliy tibbiy tadqiqot markazi" FDAM lazer jarrohligi guruhi bilan dermatologiya bo‘limi boshlig‘i, tibbiyot fanlari doktori, professor;
2. **Mavlyanova Shaxnoza Zokirovna** - O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi RIDVvaKIATM ning Dermatozlar muammolarini o‘rganish bo‘yicha ilmiy laboratoriya mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor.

Texnik ekspert baho va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – t.f.d., direktorning davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari, klinika bosh shifokori.
2. Jalilov Dilshod Sayfullaevich - t.f.n., ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari.

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

Muhokama protokolidan olingan sana va raqam: O‘zR SSV “RIDVvaKIATM” Ilmiy Kengashining 24.04.2025 dagi 4-sonli bayonnomasidan ko‘chirma

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatovenerolog shifokorlar; dermatokosmetologlar
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pediatrlar;
4. Laboratoriya shifokorlari;
5. Epidemiolog shifokorlari;
6. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
7. Klinik farmakologlar;
8. Tibbiyot oliy o‘quv yurtlari talabalari, klinik ordinatorlari, magistrantlari, aspirantlari, o‘qituvchilari;
9. Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a'zolari va ularga g‘amxo‘rlik qiluvchilar.

Ushbu protokol ixtiozni tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini hamma joyda sog‘liqni saqlash amaliyotiga joriy etish uchun asosdir.

Ushbu nozologiya bo‘yicha bemorlar toifasi: ixtiozga shubha qilingan bemorlar va tashxisi tasdiqlangan shaxslar tekshiruvdan o‘tkaziladi.

Dalillarga asoslangan tibbiyotda dalillar darajasi shkalasi.
Diagnostika usullari uchun dalillar darajasini baholash shkalasi
(diagnostik aralashuvlar)

UDID	Sharhi
1	Referens usulidan foydalangan tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi yoki meta-tahlil qo‘llanilishi bilan randomizirlangan klinik tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
2	Referens usulidan foydalangan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizirlangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlil qo‘llanilgan randomizirlangan klinik tadqiqotlardan tashqari, har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
3	Referens usuli bo‘lmagan nazoratsiz tadqiqotlar yoki tadqiq etilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usulidan foydalangan tadqiqotlar yoki randomizirlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
5	Faqat ta'sir mexanizmlari asoslantirilgan yoki mutaxassislarning fikri mavjud.

Profilaktik, davolash, reabilitasion aralashuvlar uchun dalillar ishonarliligi darajalarini baholash shkalasi

UDID	Sharhi
1	Meta-tahlil qo‘llangan randomizirlangan klinik tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
2	Aloxida randomizirlangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlil qo‘llanilgan randomizirlangan klinik tadqiqotlardan tashqari, har qanday dizaynga ega tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.

3	Randomizirlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasining tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqotlari.
5	Faqat aralashuvning ta'sir mexanizmining asoslantirilishi (doklinik tadqiqotlar) yoki mutaxassislar fikri mavjud.

Profilaktik, davolash, reabilitasion aralashuvlar uchun tavsiyalar ishonarliligi darajalari (TID)ni baholash shkalasi

UTID	Sharhi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega, ularning natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq).
B	Shartli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega emas va/yoki ularning natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas).
C	Kuchsiz tavsiya (musoadjali sifatdagi dalillar yo‘q; barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas).

Mundarija

“IXTIOZ” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI.....4
“IXTIOZ” BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....38
“IXTIOZ” KASALLIGINI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....…44

Qisqartmalar ro‘yxati:

IL	interleykin
GIBP	Gen-muhandislik biologik preparatlari
UFA	uzun to‘lqinli ultrabinafsha nurlanish 320-400 nm
UFV	280-320 nm o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha nurlanish (selektiv fototerapiya)
UFV-311 terapiyasi	to‘lqin uzunligi 311 nm bo‘lgan tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiya (yoki tor polosali (311 nm) o‘rta to‘lqinli terapiya)
FNO-alfa	alfa o‘sma nekrozi omili
SI	sindromal ixtioz
Ig	immunoglobulin
NSI	sindromsiz ixtioz
IASh	Ichki a'zolarning shikastlanishi
IXLA	Immunoxemilyuminessent
IFlA	Immunoflyuoressent tahlil
IFA	Immunoferment tahlil
PZR	Polimeraza zanjir reaksiyasi
OIV	Odam immunitet tanqisligi virusi
m/o	Mushak ichiga
v/i	Vena ichiga
t/o	Teri ostiga
JSST	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
nm	nanometr
NILI	past intensivlikdagi lazer nurlanishi

Asosiy qism.

Kirish

Ixtiozlar keratozlarning eng keng tarqalgan shakli bo‘lib, turli mualliflarning ma'lumotlariga ko‘ra, barcha genodermatozlar shakllarining 80-95% ni tashkil qiladi. Ixtiozlarning etiologiyasi va patogenezi to‘g‘risida aniq bir fikr yo‘q, xorijiy va mahalliy tadqiqotchilarning adabiyot manbalari ma'lumotlari juda qarama-qarshi. Mualliflarning bir guruhi transkripsiya jarayonining buzilishi mumkinligiga moil bo‘lib, bu o‘z navbatida proflagrin (keratin filamentlarini bog‘laydigan keratogialin granulalarining asosiy oqsili) ekspressiyasiga ta'sir qiladi. Ixtioz patogenezida keratinizatsiyaning bir nechta markerlari ishtirok etishini ko‘rsatadigan boshqa tadqiqotlar ham mavjud:

Ixtiozlar germentativ mutasiyalarga ega bo‘lgan genodermatozlar guruhiga kiradi, ularning asosida profilagrinning patologik ifodasi bilan bog‘liq keratinizatsiya jarayonlarining buzilishi yotadi.

Tasnif

Ixtiozlar - terida baliq tangachalariga o‘xshash tangachalar paydo bo‘lishiga olib keladigan shoxlanish jarayonlarining buzilishi bilan genetik jihatdan aniqlangan teri kasalliklarining katta guruhi (ichthys - yunoncha "baliq").

Ixtioz tasnifi

Ixtiozning XKT-10 tasnifi

Q80.0 - oddiy ixtioz (vulgar, autosom dominant, oddiy ixtioz)

Q80.1 - X xromosomaga bog‘liq ixtioz (X-bog‘langan ixtioz, qorayish ixtiozi)

Q80.2 - plastinkasimon ixtioz (lamelyar ixtioz, kollodiyli chaqaloq, quruq ixtiozsimon eritrodermiya)

Q80.3 - Brok tug‘ma ixtioziform eritrodermiyasi

Q80.4 - Homila ixtiozi ("Arlekin" homilasi, homila ichi ixtiozi)

Q80.8 - Boshqa tug‘ma ixtioz (tug‘ma bullyoz bo‘lmagan ixtioziform eritrodermiya)

https://diseases.medelement.com/disease/ixtioz-rekomendasii-rf/15226

Kasallikning klinik ko‘rinishi. Vulgar ixtiozda klinik belgilar chaqaloqlik davrida namoyon bo‘lib, ko‘pchilik bemorlarda 5 yoshga kelib to‘liq namoyon bo‘ladi. Biroq, klinik belgilarning og‘irligi ba'zi odamlarda engil kserozdan tortib, boshqalarda yirik yopishgan tangachalar ("kaltakesak terisi") gacha o‘zgarib turadi. Ba'zi bemorlarda kasallik belgilari tashxis qo‘yishdan qochish uchun etarlicha engil bo‘lsa, kaft-tovon yuzasida yoriqlar bo‘lgan giperkeratotik pilakchalar jiddiy ko‘rinish bo‘lib, agar tegishli aralashuv o‘tkazilmasa, barmoqlar va/yoki oyoq-qo‘llarning neyrovaskulyar butunligiga tahdid soladi. Gomozigotali ko‘rinishlar og‘ir ifodalangan, oyoqlarda va tanada yirik, markaziy yopishgan tangachalar mavjud. Bundan tashqari, po‘st tashlash qishda kuchayadi, yozda va nam iqlimda yana yaxshilanadi. FLG geni mutasiyasining gomozigotali tashuvchilarida filagrin ekspressiyasining to‘liq yo‘qligi kuzatiladi, bu vulgar ixtioz belgilarining surunkali mavjudligi bilan barqaror teri fenotipidir. 15 kishidan iborat oilani baholovchi tadqiqotda geterozigotalar to‘liq kirib bormagan yumshoq fenotipni namoyish etdilar, gomozigotalar esa keng tarqalgan va yaqqol po‘st tashlash va yaqqol giperlinearlikka ega bo‘ldilar. Gomozigota mutasiyalari bo‘lgan bemorlarda transepidermal suv yo‘qotilishi ham, epidermisda differensial ifodalangan genlar soni ham yuqori bo‘ladi.

Vulgar ixtiozning klinik ko‘rinishi turlicha bo‘lishi mumkin - kam sezilarli shakllardan tortib, kosmetik nuqsonni keltirib chiqaradigan aniq o‘zgarishlargacha. Kasallik erta bolalik davrida, odatda hayotning 3-oyidan keyin, ba'zan kechroq, 2-3 yoshda namoyon bo‘ladi. Kasallikning asosiy belgisi turli o‘lcham va rangdagi (oqish rangdan kulrang-qora ranggacha) tangachalar qatlamlari ko‘rinishidagi diffuz qipiqlanishning turli darajada namoyon bo‘lishidir. Qo‘l-oyoqlarning yozuvchi yuzalari terisi hammadan ko‘ra ko‘proq zararlanadi, orqa va qorin terisi, boshning sochli qismi terisi kamroq zararlanadi. Qo‘l-oyoqlarning bukuvchi yuzalari, yuz, peshona va lunj, tirsak va taqim chuqurchalari terisi zararlanmaydi, ba'zan biroz kepaksimon qipiqlanish kuzatilishi mumkin. Boldir terisidagi tangachalar har doim yirikroq, boshqa joylarga qaraganda to‘qroq, poligonal shaklga ega. Tana terisida, sonlarda o‘rtacha kattalikdagi tangachalar bo‘lishi mumkin. Vulgar ixtioz uchun son, elka, dumba terisidagi soch follikulalari og‘zida joylashgan mayda quruq tugunchalar ko‘rinishidagi follikulyar keratoz xarakterlidir. Bolalarda follikulyar keratoz lunj terisida kuzatilishi mumkin. Zararlangan o‘choqlar paypaslanganda "qirindi" sindromi aniqlanadi. Follikulyar keratoz o‘spirinlik davrida yaqqol namoyon bo‘ladi, 30-40 yoshlarga kelib esa ko‘pchilik bemorlarda muguz tiqinlar tusha boshlaydi va terida nuqtali atrofiya qoladi. Kaftlar va tagcharmlar ta'kidlangan naqshli, terining burmalanganligi va dag‘allashganligi bilan ajralib turadi, bu ularga keksalik ko‘rinishini beradi. Keratodermiya bo‘lishi mumkin, lekin kamdan-kam hollarda. Vulgar ixtiozda zararlanish tirnoq va sochlarga ta'sir qiladi. Tirnoq plastinkalari sinuvchan bo‘lib qoladi, erkin chetidan uvalanib ketadi, ba'zan onixolizis, onixogrifroz boshlanadi. Sochlar ingichkalashadi, siyraklashadi.

Tangachalarning turiga qarab ixtiozning bir necha shakllari farqlanadi: oddiy ixtioz (tangachalar mayda, butun teri zararlanadi); yaltiroq ixtioz (tangachalar mozaika koʻrinishida joylashadi, kulrang-shaffof); oq ixtioz (asbestsimon tangachalar); ilonsimon ixtioz (tangachalar yirik, kulrang-jigarrang).

Ba'zi mualliflar kserodermiyani vulgar ixtiozning abortiv varianti deb ta'kidlaydilar, bu boldir, son va elkaning old yuzasida terining ozgina quruqligi va gʻadir-budurligi bilan kepaklanishning yoʻqligi bilan tavsiflanadi. Klinik manzarani son va boldirning tashqi yuzasida momiq tuklar moʻrtligining oshishi, qazgʻoqning mavjudligi, shuningdek, qoʻllarning orqa tomonida terining "keksalik" burmalari toʻldiradi.

Vulgar ixtioz uchun aniq mavsumiylik xarakterli boʻlib, odatda qish mavsumida quruq va sovuq havo ta'sirida ogʻirlashadi. Yozda issiq va nam ob-havoda, shuningdek, yosh oʻtishi bilan bemorlarning ahvoli yaxshilanadi.

Vulgar ixtioz atopik dermatit, allergik rinit, astma kabi atopik buzilishlar bilan chambarchas bogʻliq. Atopik kasallik vulgar ixtioz bilan ogʻrigan bemorlarning 33-70 foizida kuzatiladi, ularning 50 foizdan ortigʻida atopik dermatit mavjud. Qichishish, allergik rinokon'yunktivit, gipogidroz, issiqni koʻtara olmaslik, teri toʻsigʻining buzilishi tufayli takroriy infeksiyalar boshqa keng tarqalgan kasalliklardir. Vulgar ixtioz, shuningdek, X-bogʻlangan ixtioz, belbogʻ temiratkisi, kaft-tovon keratodermiyasi kabi yondosh kasalliklar bilan birga kelishi mumkin. Biroq, vulgar ixtioz va yuqorida koʻrsatilgan kasalliklarning birortasi oʻrtasidagi bogʻliqlik isbotlanmagan va bu oddiy tasodif boʻlishi mumkin.

Vulgar ixtioz. Kasallik deyarli hech qachon tugʻilishdan boshlanmaydi va odatda bola hayotining birinchi yilida namoyon boʻladi, ammo genodermatoz kechroq boshlanishi mumkin. Dengizda yoz paytida toshmalar toʻliq yoʻqolguncha yaxshilanish kuzatiladi, sovuq va quruq ob-havoda kuchayadi. Bolalik davrida bemorlarda koʻpincha atopik dermatit va boshqa atopik kasalliklar aniqlanadi. Balogʻatga etish davridan keyin simptomlar susayadi. Koʻpchilik hollarda vulgar ixtioz birinchi darajali qarindoshlarda topiladi.

X xromosomaga bogʻliq ixtioz. Kasallikning klinik belgilari bola tugʻilgan zahoti yoki hayotining birinchi oyidayoq koʻzga tashlanadi. Dastlabki belgilari vulgar ixtiozga oʻxshaydi, ammo yosh oʻtishi bilan tangachalar dastlab och jigarrang, keyin esa toʻq jigarrangdan qora ranggacha boʻladi, bu tana va boʻyin qismida eng koʻp seziladi ("iflos boʻyin"). Yosh oʻtishi bilan simptomatika susaymaydi, mavsumiy oʻzgarishlar kam ifodalangan boʻladi. Faqat erkak jinsidagi shaxslar kasallanadi, ayollar nuqsonli genning geterozigotali tashuvchilari hisoblanadi. Shox parda xiralashishi, gipogenitalizm va kriptorxizmning yuqori chastotasi qayd etilgan.

Lamellyar (plastinkasimon) ixtioz. Kasallikning tugʻilishdan boshlanishi, simptomlar ikki variantda namoyon boʻladi: kolloid homila yoki eritrodermiya va poʻst tashlash. Yosh ulgʻaygan sari eritrodermiya hodisalari asta-sekin yoʻqolib boradi, yirik plastinkasimon poʻst tashlash kasallikning asosiy belgisiga aylanadi. Yozda terlash kamayganligi sababli, bemorlar oʻzlarini yomon his qilishadi. Ektropion va ekslabion hayotining dastlabki yillarida eng koʻp namoyon boʻladi. Kamdan-kam hollarda ikkinchi darajali qarindoshlarda lamellyar ixtiozni aniqlash mumkin.

Bulloz boʻlmagan tugʻma ixtioziform eritrodermiya. Lamellyar ixtiozdagi kabi kasallikning boshlanishi tugʻilishdan boshlanadi, belgilar ikki variantda namoyon boʻladi: kollodiyali homila yoki eritrodermiya. Yosh ulgʻayishi bilan eritrodermiya hodisalari asta-sekin kamayib boradi, kattalarda faqat terining ochiq joylarida qoladi va shamol, sovuq va issiqda kuchayadi. Hayotining birinchi oylaridan boshlab poʻst tashlash mayda plastinkali, eritema fonida, bemorning butun hayoti davomida oʻzgarishsiz qoladi. Yoz mavsumida terlash va eritrodermiya kamayganligi sababli oʻzini yomon his qiladi. Ektropion va ekslabion bemor hayotining birinchi yillarida eng koʻp namoyon boʻladi. Kamdan-kam hollarda tugʻma ixtioziform ixtiozni ikkinchi darajali qarindoshlarda aniqlash mumkin.

Tugʻma bullyoz ixtioziform eritrodermiya.

Terining maserasiyasi ko‘rinishidagi klinik belgilar tug‘ilishdan boshlab aniqlanadi, qurib qolganda eritrodermiya fonida po‘st tashlash paydo bo‘ladi. Kam sonli bo‘shashgan qoplamali pufakchalar o‘z-o‘zidan paydo bo‘lib, tezda tuzaladi va bir muncha vaqt davomida sog‘lom terini eslatuvchi po‘stloqsiz joylarni qoldiradi. Yosh o‘tishi bilan po‘st tashlash dastlab ingichka, keyin qalin po‘stloqlar bilan almashinadi, ular tizza va tirsaklarda konsentrik to‘plamlar va burmalarda dag‘al shoxli qirralarni hosil qiladi. Birinchi darajali qarindoshlarda TEEning aniqlanishi juda kam uchraydi. Kasallik qo‘zishining mavsumiyligi kuchsiz ifodalangan.

Epidermolitik giperkeratoz - patogistologik simptomokompleks bo‘lib, uning asosiy ko‘rinishlari bazal qavatning to‘g‘ri strukturaviy tuzilishi va tikanaksimon qavatdagi hujayralararo birikmalarning uzilishi bilan hujayra qatorlari intensivligining buzilishi, yadrolar piknozi va sitoplazmada bazofil kiritmalarning mavjudligi bilan birga keladi; "granulyoz degenerasiya" - turli o‘lcham va shakldagi keratogialin granulalari sonining ko‘payishi bilan donador qatlamning kengayishi; shoxsimon qatlamning qalinlashishi (parakeratoz elementlari bilan kompakt giperkeratoz. Epidermolitik giperkeratoz ko‘plab kasalliklarning morfologik asosini tashkil qiladi, shu jumladan bullyoz tug‘ma ixtioziform eritrodermiya (BTIE) va ignali ixtioz (II).

Hozirgi vaqtda kaft va tovon terisi shikastlanmagan BIIE va kaft va tovon shikastlanishi bilan birga keladigan BIIE farqlanadi, bu kaft-tovon va kaftsiz-tovon turlari deb ataladi. TEEning turli klinik variantlarida ultrastruktura darajasida guruhga xos belgi bo‘lib epidermisning suprabazal qatlamida tonofilamentlarning gomogenizasiyasi va qumoqlanishi hisoblanadi. Klinik fenotipi jihatidan bir-biriga o‘xshab ketadigan ignasimon ixtiozda epidermisning ichki qavati hujayralarida perinuklear tonoftlamentlar paydo bo‘ladi. Ilgari ignali ixtioz BIEning ultrastrukturali kichik turi deb hisoblangan. Yaqinda tadqiqotlar bu hukmni rad etdi. Ma'lumki, BIIEda suprabazal qatlamning mutant keratinlari - L1 va L10 sintezlanadi, shu bilan birga, ushbu kasallik bilan og‘rigan bemorlarda kaft va tovon terisi shikastlanmagan bo‘lsa, K1 mutasiyasi, yondosh shikastlanish bilan og‘rigan bemorlarda esa K10 mutasiyasi mavjud. Ushbu oqsillar sintezini kodlovchi 12 va 17 xromosomalarning tegishli hududlaridagi mutasiyalar xaritalangan. Ignasimon ixtioz bilan og‘rigan shaxslarning asosiy populyasiyasining Linkage tahlili hozirgi vaqtda ma'lum bo‘lgan BIIE va boshqa kasalliklarning genetik markerlari bilan bog‘liqligi haqida ishonchli dalillarni taqdim etmadi. Ignali ixtiozdagi tonofibrillalarning bunday joylashuvi 12 va 17 tipdagi xromosomalardagi keratin genlari klasterlari bilan bog‘liq emas, balki keratin ekspressiyasining regulyator genlari bilan bog‘liq deb taxmin qilinadi. E.K.Zaxarova va hammual. (2000) ignali ixtiozga o‘xshash noodatiy klinik va morfologik fenotipni kuzatishgan. Tonofilamentlardan perinuklear qobiqlarning suprabazal shakllanishi fenomeni umuman epidermolitik giperkeratoz va xususan ignasimon giperkeratoz guruhida genetik geterogenlik foydasiga guvohlik beradi. Mualliflar tomonidan aniqlangan ultrastrukturaviy og‘ishlar ignali ixtioz bilan tavsiflanganlardan farq qiladi va ehtimol ignali ixtiozning yangi varianti yoki unga o‘xshash kombinasiyadir.

Homila ixtiozi. Chaqaloq tug‘ilganda (odatda, muddatidan oldin) uning terisi kulrang tusli zich qalqon bilan qoplangan bo‘ladi, u quriganda qorayadi va yoriladi, chuqur, yaxshi bitmaydigan yaralar ochiladi. Bolaning og‘zi ochiq, quloqlari, burni, qo‘llari qattiq siqilgan, deformatsiyalangan, yaqqol ektropion, ko‘pincha tashqi eshituv yo‘llari va burunning shoxsimon massalar bilan obturatsiyasi. Ovqatlanish, nafas olish qiyinlashgan, harakat cheklangan. Bolalar pnevmoniya va sepsisdan hayotining birinchi haftalarida vafot etadilar. Omon qolganda klinik manzarasi lamellyar ixtiozga o‘xshab ketadi. Oilada kasallik holatlari odatda aniqlanmaydi.

Diagnostika usullari, yondashuvlari va proseduralari

Tashxis mezonlari: terining tarqalgan quruqligi va po‘st tashlashi, tangachalar shakllanishi va qalinlashgan joylar ixtiozlarning butun guruhining doimiy belgilari hisoblanadi, ammo bunda turli shakllar irsiylanish turi,

klinik o‘zgaruvchanligi va organizmning boshqa a'zolari hamda tizimlarining zararlanishi bilan bog‘liq o‘ziga xos xususiyatlarga ega.

Vulgar ixtioz - kasallik deyarli hech qachon tug‘ilishdan boshlanmaydi, odatda hayotning birinchi yilida, lekin keyinroq boshlanishi ham mumkin. Yaxshilanish yoz mavsumida, ayniqsa dengizda toshmalar to‘liq yo‘qolguncha kuzatiladi, teri jarayonining kuchayishi sovuq va quruq ob-havoda sodir bo‘ladi. Bolalik davrida bemorlarda ko‘pincha atopik dermatit va boshqa atopik kasalliklar aniqlanadi. Balog‘atga etish davridan keyin vulgar ixtioz simptomatikasi susayadi. Ko‘pchilik hollarda vulgar ixtioz I darajali qarindoshlarda topiladi.

X-bog‘langan ixtioz - kasallikning klinik belgilari tug‘ilgandan so‘ng darhol yoki hayotning birinchi oyida sezilarli bo‘ladi. Dastlabki belgilari vulgar ixtiozga o‘xshaydi, ammo yosh o‘tishi bilan tangachalar dastlab och jigarrang, keyin esa to‘q jigarrangdan qora ranggacha bo‘ladi, bu tana va bo‘yin qismida eng ko‘p seziladi ("iflos bo‘yin"). Yosh o‘tishi bilan simptomatika susaymaydi, mavsumiy o‘zgarishlar kam ifodalangan bo‘ladi. Faqat erkak jinsidagi shaxslar kasallanadi, ayollar nuqsonli genning geterozigotali tashuvchilari hisoblanadi. Shox parda yupqalashishi, gipogenitalizm va kriptorxizm chastotasi ortadi.

Lamellyar ixtioz - kasallikning tug‘ilishdan boshlanishi, alomatlar ikki variantda namoyon bo‘ladi: kolloid homila yoki po‘st tashlash bilan eritrodermiya. Yosh ulg‘aygan sari eritrodermiya hodisalari asta-sekin yo‘qolib boradi, yirik plastinkasimon po‘st tashlash kasallikning dominant simptomi bo‘lib qoladi. Yozda terlash kamayganligi sababli, bemorlar o‘zlarini yomon his qilishadi. Ektropion va ekslabion bola hayotining birinchi yillarida eng ko‘p namoyon bo‘ladi. Kamdan-kam hollarda II darajali qarindoshlarda lamellyar ixtiozni aniqlashga muvaffaq bo‘linadi.

Nobullyoz tug‘ma ixtioz shaklidagi eritrodermiya (NTIE) - lamellyar ixtiozdagi kabi, kasallikning boshlanishi tug‘ilishdan boshlanadi, simptomlar ikki variantda namoyon bo‘ladi: kolloid homila yoki eritrodermiya. Yosh ulg‘ayishi bilan eritrodermiya hodisalari asta-sekin kamayib boradi, kattalarda faqat teri qoplamining ochiq joylarida qoladi va shamol, sovuq va issiqda kuchayadi. Hayotining dastlabki oylaridan boshlab po‘st tashlashi mayda plastinkali, eritema fonida butun umri davomida o‘zgarmaydi. Yozda terlashning kamayishi va eritrodermiya tufayli ahvol og‘irlashadi. Ektropion va ekslabyuon bola hayotining dastlabki yillarida yaqqol namoyon bo‘ladi. Nurli rediksda II darajali qarindoshlarda NVE ni aniqlash mumkin.

Tug‘ma bullyoz ixtioziform eritrodermiya (TBIE) - teri maserasiyasi ko‘rinishidagi klinik belgilar tug‘ilishdan boshlab aniqlanadi, quritilganda eritrodermiya fonida qipiqlanish paydo bo‘ladi. Kam sonli bo‘shashgan qopqoqli pufakchalar o‘z-o‘zidan paydo bo‘lib, tezda tuzaladi va bir muncha vaqt davomida sog‘lom terini eslatuvchi po‘stloqsiz joylarni qoldiradi. Yosh ulg‘aygan sari po‘st tashlash avval ingichka, keyin qalin po‘stloqlar bilan almashinadi, ular tizza va tirsaklarda konsentrik to‘plamlar va teri burmalarida dag‘al shoxsimon qirralarni hosil qiladi. I darajali qarindoshlarda TEE mavjudligi kamdan-kam hollarda aniqlanadi. Kasallik qo‘zishining mavsumiyligi kuchsiz ifodalangan.

Homila ixtiozi - tug‘ilganda (odatda muddatidan oldin) bolaning terisi kulrang rangdagi zich qalqon bilan qoplangan bo‘lib, quritilganda qorayadi va yoriladi, chuqur, yaxshi bitmaydigan yaralar ochiladi. Bolaning og‘zi ochiq, quloqlari, burni, qo‘llari qattiq siqilgan, deformatsiyalangan, yaqqol ektropion, ko‘pincha tashqi eshituv yo‘llari va burunning shoxsimon massalar bilan obturatsiyasi. Ovqatlanish, nafas olish qiyinlashgan, harakat cheklangan. Bolalar pnevmoniya va sepsisdan hayotining birinchi haftalarida nobud bo‘ladilar. Omon qolganda klinik manzara lamellyar ixtiozga o‘xshab ketadi. Oilada kasallik holatlari odatda aniqlanmaydi.

Majburiy mezonlar:

- autosom-dominant yoki autosom-retsessiv o‘tish yo‘li;

- tug‘ilgandan boshlab yoki yaqin bir necha hafta ichida kasallikning boshlanishi;

- kasallikning dastlabki ko‘rinishlaridan biri eritema (eritrodermiya) hisoblanadi;

- ixtiozning barcha shakllari och yoki to‘q jigarrang tusga ega bo‘lgan mayda va/yoki yirik plastinkasimon qipiqlanish bilan kechadi;

- aksariyat hollarda toshmalarning tabiati bemorning yoshiga qarab o‘zgarmaydi;

- faqat vulgar ixtiozda terining quruqlashishi bilan teri jarayonini yaxshilash mumkin;

- ektropion va ekslabion ko‘rinishidagi belgilar ixtiozning turli shakllarining tashrif qog‘ozi hisoblanadi;

- sindromli ixtiozning mavjudligi, odatda, organizmning turli a'zolari va tizimlarining jiddiy buzilishlariga, hatto o‘limga olib keladi;

- kasallikning faqat o‘g‘il bolalarda bo‘lishi X-bog‘langan ixtioz uchun xosdir, bunda qizlar ko‘rinishdan sog‘lom bo‘lib qoladi, ammo ushbu genodermatozning geterozigot genini tashuvchilar hisoblanadi.

Qo‘shimcha mezonlar:

- bo‘y va vazn, tana vazni indeksini o‘lchash, soch va tirnoqlar, limfa tugunlari holatini baholash, skelet anomaliyalari, quloq suprasi deformatsiyalari, teri infeksiyasi belgilarini aniqlash, yangi tug‘ilgan chaqaloqlarda haroratni nazorat qilish, kundalik tarozida tortish tavsiya etiladi.

Laboratoriya tekshiruvlari:

C5	Umumiy holatni baholash, tizimli terapiya, fototerapiyaga qarshi ko‘rsatma bo‘lgan kasalliklar va holatlarni tashxislash, o‘tkazilayotgan davolash xavfsizligini nazorat qilish uchun kengaytirilgan umumiy klinik qon tahlili tavsiya etiladi.
C5	umumiy holatni baholash, tizimli terapiyaga, fototerapiyaga qarshi ko‘rsatma bo‘lgan kasalliklar va holatlarni tashxislash, o‘tkazilayotgan davolash xavfsizligini nazorat qilish uchun: qon tahlili biokimyoviy umumiy terapevtik: umumiy oqsil, glyukoza, kreatinin, siydik kislotasi, mochevina, umumiy bilirubin, xolesterin, triglitseridlar, natriy, kaliy, umumiy magniy, alaninaminotransferaza, aspartataminotransferaza, ishqoriy fosfataza, qondagi gamma-glutamiltransferaza
C5	tizimli terapiya, fototerapiya, o‘tkazilayotgan davolash xavfsizligini nazorat qilish uchun qarshi ko‘rsatma bo‘lgan kasalliklar va holatlarni tashxislash uchun: siydikning umumiy (klinik) tahlili
C5	tizimli terapiya, fototerapiya, o‘tkazilayotgan davolash xavfsizligini nazorat qilish uchun qarshi ko‘rsatma bo‘lgan kasalliklar va holatlarni tashxislash uchun: najasning umumiy (klinik) tahlili
C5	tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va biologik preparatlar bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun qonda gepatit B virusining (Hepatitis B virus) yuzaki antigeniga (HBsAg) qarshi antitanachalarni aniqlash

C5	tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va biologik preparatlar bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun qonda odam immunitet tanqisligi virusi OIVni aniqlash

C5	ixtioz bilan og‘rigan ayol bemorlarga tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va selektiv immunodepressantlar bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun siydikni xorionik gonadotropinga tekshirish.

Izohlar: Homiladorlik davrida biologik preparatlarni qo‘llash mumkin emas. Shu munosabat bilan davolashni boshlashdan oldin fertil yoshdagi ayollar homiladorlik testining salbiy natijasini olishlari kerak, uni o‘tkazish paytida va u tugaganidan keyin kamida 6 oy davomida fertil yoshdagi ayollar ishonchli kontrasepsiya usullaridan foydalanishlari kerak.

C5	Ixtioz tashxisini qo‘yish uchun yetarli tashxis mezonlari bo‘lmagan taqdirda, bemorlarga qondagi umumiy immunoglobulin E darajasini tekshirish tavsiya etiladi [20]. Izohlar: qon zardobida umumiy IgE miqdorining oshishi ixtioz va Neterton sindromining qo‘shimcha diagnostik mezoni hisoblanadi.

C5	Bemorda boshqa teri kasalliklari bilan umumiy bo‘lgan klinik belgilar mavjud bo‘lsa, qiyosiy tashxis qo‘yish uchun terining biopsiya (jarrohlik) materialini gistologik tekshirish tavsiya etiladi.

C5	bemorning klinik holatini baholash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun: yashirin qon uchun al

C5	Ixtioz bilan og‘rigan bemorning ahvolini har tomonlama baholash, yashirin immunitet buzilishlarini aniqlash va davolash yondashuvini optimallashtirish uchun: • Immunologik tadqiqotlar • IFA, IXLA va IFlA usullari bilan antitanalarni tekshirish -diagnostika

C5	ixtiozga o‘xshash teri belgilari bilan kechishi mumkin bo‘lgan ehtimoliy autoimmun kasalliklarni istisno qilish yoki ixtiozni autoimmun patologiya bilan birgalikda tashxislash uchun: Antitanachalar (ANA, hujayra yadrolariga qarshi antitanachalar) tahlili

C5	yallig‘lanish jarayonini baholash, infeksiyani aniqlash, boshqa kasalliklardan farqlash va bemor holatini kuzatish uchun, ayniqsa ixtiozning murakkab yoki asoratlangan shakllarida: C-reaktiv oqsil, revmosinama

C5	yuzaga kelishi mumkin bo‘lgan tanqislikni aniqlash, teri holatiga ta'sirini baholash va bemorning umumiy ahvolini yaxshilash maqsadida davolashni to‘g‘rilash uchun: D vitamini darajasini tahlil qilish

C5	bemorning ahvolini nazorat qilish, davolashning organizmga ta'sirini baholash, asoratlarning oldini olish va elektrolitlar muvozanatini buzishi mumkin bo‘lgan yondosh kasalliklarni aniqlash uchun: qonning klinik tahlili va elektrolitlarni aniqlash

C5	Ixtioz belgilarini kuchaytiruvchi omil sifatida parazitar invaziyani istisno qilish uchun gelmintoz tahlili kompleks tekshiruvning bir qismi sifatida tayinlanishi mumkin.

C5	gormonal tekshiruvlar ixtiozning klinik kechishining rivojlanishi yoki og‘irlashishida rol o‘ynashi mumkin bo‘lgan endokrin disbalanslarni aniqlash uchun o‘tkaziladi.

C5	Keratinizatsiya jarayonlariga ta'sir qilishi va terining quruqligi hamda po‘st tashlashini kuchaytirishi mumkin bo‘lgan lipid almashinuvi buzilishlarini baholash uchun: lipid spektrini tahlil qilish

C5	Allergik kasalliklar - oziq-ovqat allergiyasi, allergik rinit, bronxial astma, shuningdek, allergenlar bilan aloqada bo‘lganda kasallikning kuchayishini ko‘rsatgan holda oilaviy va/yoki shaxsiy anamnezi bo‘lgan ixtioz va Neterton sindromi bo‘lgan bemorlarga allergologik tekshiruv o‘tkazish tavsiya etiladi.

C5	Ichak mikrobiotasini aniqlash - kasallikning og‘ir yoki murakkab shakllarida teri holatiga, tizimli yallig‘lanish darajasiga va lipidlar almashinuviga ta'sir qiluvchi mumkin bo‘lgan disbiotik o‘zgarishlarni aniqlash maqsadida.

C5	Ixtioz bilan og‘rigan bemorlarda teri mikrobiomasi holatini baholash uchun terining mikrobiologik tekshiruvlari (kultural) tavsiya etiladi. Tekshirishlarni bakteriologik laboratoriyada vrach-laborant va maxsus o‘qitilgan medisina hamshirasi olib boradi. Ixtioz bilan og‘rigan bemorlarda zararlanish o‘choqlari teri tangachalarining kultural tekshiruvlari o‘tkazilib, mikroorganizm turi va mikroblanish xususiyati, antibakterial preparatlarga sezuvchanligi aniqlanadi.

C5	Imxtioz bilan og‘rigan bemorlarda organizm biosubstratlarining mikologik tekshiruvlari tavsiya etiladi. Tadqiqotlarni mikologik laboratoriyada shifokor-laborant va maxsus tayyorgarlikdan o‘tgan hamshira olib boradi. Ixtioz bilan og‘rigan bemorlarda biosubstratlarning (teri tangachalari, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatlari, najas) mikroskopik va kultural tekshiruvlari o‘tkazilib, mikroorganizm turi va urug‘lanish xususiyati, antimikotik preparatlarga sezgirligi aniqlanadi.

https://diseases.medelement.com/disease/ixtioz-rekomendasii-rf/15226
https://www.researchgate.net/publication/320238352_S1_guidelines_for_the_diagnosis_and_treatment_of_ichthyoses_-_update#:~:text=Ichthyoses%20are%20a%20group%20of,The

Instrumental tadqiqotlar:

C4	Korneometriya - muguz qavatdagi namlik miqdorini aniqlash.

C4	Tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash, fizioterapiya va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun ichki a'zolarning ultratovush tekshiruvi tavsiya etiladi.

C5	uzun naysimon suyaklar rentgenografiyasi - retinoidlar bilan uzoq vaqt davolashda diffuz giperostozni istisno qilish uchun.

https://diseases.medelement.com/disease/ixtioz-rekomendasii-rf/15226
https://www.researchgate.net/publication/320238352_S1_guidelines_for_the_diagnosis_and_treatment_of_ichthyoses_-_update#:~:text=Ichthyoses%20are%20a%20group%20of,The

Mutaxassislar maslahati uchun ko‘rsatmalar

C6	Allergologik tekshiruv o‘tkazish, eliminasiya parhezini tayinlash, sababchi allergenlarni aniqlash, terapiyani tanlash va tuzatish, hamroh allergik kasalliklarni tashxislash, bemorni o‘qitish va respirator allergiya rivojlanishining oldini olish uchun allergolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

C6	Individual ovqatlanish rasionini tuzish va tuzatish uchun dietolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

C6	O‘choqlarni aniqlash va tozalash uchun otorinolaringolog maslahati tavsiya etildi surunkali infeksiya, erta tashxis qo‘yish va allergik rinit belgilarini o‘z vaqtida bartaraf etish.

C6	Yondosh kasalliklar mavjud bo‘lsa, oftalmolog maslahati tavsiya etiladi

C6	Yondosh kasalliklar mavjud bo‘lsa, gastroenterolog maslahati tavsiya etiladi

C6	Kuchli qichishish, xulq-atvor buzilishlari, ayniqsa sindromli ixtioz uchun psixonevrolog maslahati tavsiya etiladi.

C6	Tibbiy psixolog/psixoterapevt maslahati psixoterapevtik davolash, relaksasiya texnikasini o‘rgatish, stressni kamaytirish va xatti-harakatlarni o‘zgartirish uchun tavsiya etiladi.

C6	Yondosh kasalliklarni aniqlash va davolash uchun terapevt bilan maslahatlashish tavsiya etiladi

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

C6	Kasallikning irsiy tabiatini aniqlash uchun genetika maslahati tavsiya etildi

https://diseases.medelement.com/disease/ixtioz-rekomendasii-rf/15226
https://www.researchgate.net/publication/320238352_S1_guidelines_for_the_diagnosis_and_treatment_of_ichthyoses_-_update#:~:text=Ichthyoses%20are%20a%20group%20of,The

Differensial tashxis:

Diagnoz	Differensial diagnostika uchun asos
Seboreyali dermatit	Terining seboreyali sohalarida eritematoz o‘choqlar, yuzasida yog‘li iflos sarg‘ish tangachalar.
Leyner eritrodermiyasi	Ko‘p miqdorda po‘st tashlash bilan diffuz eritema, diareya, yomon vazn ortishi. Kuchsiz qichishish.
Yo‘rgak dermatiti	oraliq, dumba terisida - eritema, shish, urtikariyalar, vezikulalar. Kuchsiz qichishish.

Jiber pushti temiratkisi	Bo‘yin terisida, tanada pushti rangli, periferik o‘sgan dog‘lar, kattaroqlari "medalonlar"ni eslatadi. Eng katta "onalik pilakchasi."
Rubromikoz	Kattalarda tarqalgan xarakterga ega bo‘lib, ko‘p miqdorda mayda plastinkasimon po‘st tashlash kuzatiladi, mikologik tekshiruvda Trichophyton rubrum patogen zamburug‘larini aniqlash mumkin.
Tug‘ma bullyoz epidermoliz	Jarohatlangan joyda pufakchalar hosil bo‘ladi. Klinik shakllarning mavjudligi: oddiy, chegara, distrofik, Kindler sindromi genodermatozning klinik kechishining o‘ziga xos xususiyatlarini belgilaydi.
Atopik dermatit	Kasallik bola hayotining birinchi oylaridan boshlanadi. Eritematoz o‘choqlar paydo bo‘ladi, ko‘pincha namlanish hodisalari kuzatiladi. Tashxis qo‘yishda asosiy va yordamchi mezonlarning mavjudligiga muhim ahamiyat beriladi. IgE ni IFA usulida aniqlashning ahamiyati aniqlanmoqda. Atopik dermatitning klinik kechishida yoshga aloqador o‘ziga xos xususiyatlar borki, bular o‘zgarib turadi va pirovard natijada terida lixenizasiya o‘choqlari paydo bo‘lishi bilan ifodalanadi.
Psoriaz	ko‘pincha o‘smirlik yoki balog‘at yoshida namoyon bo‘ladi, bolalar psoriazi ham bo‘lishi mumkin, ammo kamroq hollarda, asosan yozuvchi yuzalar (tirsaklar, tizzalar), bel, boshning sochli qismi, tirnoqlarga ta'sir qilishi mumkin, kumush-oq tangachalar bilan qoplangan aniq chegaralangan papulalar va pilakchalar xosdir. Toshmalar simmetrik bo‘lishi mumkin va qichishish har doim ham asosiy belgi emas. Tangachalar olib tashlangandan so‘ng nuqtali qon ketishi kuzatilishi mumkin (Auspitz simptomi).
Dyuring gerpetiform dermatiti	Glyuten va seliakiyaga yuqori sezuvchanlik. Terida giperemiya fonida guruhlanishga moil bo‘lgan mayda tarang pufakchalar paydo bo‘ladi. Kuchli qichishish
Erta bosqichlarda T-hujayrali limfoma	Limfoid to‘qimaning xavfli o‘smasi. Dastlabki bosqichlarda asosan tana va qo‘l-oyoq terisida yorqin pushti rangdagi dog‘, shish, po‘st tashlash kuzatiladi, pilakchalar va tugunlar hosil bo‘ladi.
Triptofan almashinuvining irsiy buzilishi	Irsiy kasallik. Yuz, tana, oyoq-qo‘llarning yozuvchi yuzalarida, dumba terisida giperemiya, shish, vezikulalar, ekssudasiya, po‘stloqlar, papulalar, ekskoriasiyalar, lixenifikatsiya kuzatiladi.
Viskott-Oldrich sindromi	Irsiy X-bog‘langan kasallik. Badan terisida eritematoz-skvamoz toshmalar, ekskoriasiyalar, ekssudasiyalar ko‘zga tashlanadi.
https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-rekomendatsii-rf/15226	

Differensial diagnostika uchun asos

Kasallik tug‘ilgandan boshlanadi, mayda va yirik plastinkasimon qipiqlanish, tangachalar teri yuzasiga juda zich yopishgan bo‘lib, qo‘ng‘ir tusda bo‘ladi. Aksariyat hollarda (80-85%) bu vulgar ixtioz bo‘lib, u yillar davomida toshmalarning regressiyasiga moil bo‘ladi. Ixtiozning og‘ir shakllari (chiziqli, ignasimon va b.) bola tug‘ilishi bilan kolloid homila yoki Arlekin homilasi ko‘rinishida boshlanadi va bu shakllar bola hayotining yaqin oylarida o‘lim bilan tugaydi.

Konservativ davolash

Ixtiozlar - umr bo‘yi davom etadigan kasalliklar bo‘lib, davolash usullari hozirgacha ishlab chiqilmagan, ammo simptomlarni engillashtirish usullari mavjud. Kundalik tashqi muolaja terining maqbul holatiga erishish va uni saqlab qolishning asosi bo‘lib, u teri po‘st tashlashini, qichishishini kamaytirishga, terining tashqi ko‘rinishini yaxshilashga yordam beradi va vaqti-vaqti bilan tizimli terapiyani tayinlash vaqtinchalik yomonlashuvni engishga yordam beradi (bu vaqtda tashqi muolaja to‘xtatilmaydi). Davolashni tayinlashda bolaning yoshi (yosh bolalarda teri ancha yupqa va o‘tkazuvchan), tashxis va shikastlanishning og‘irligi (sezilarli giperkeratozda keratolitik vositalarga ustunlik beriladi, kserozda emolentlar etarli, eroziya va yoriqlarning mavjudligi ko‘pincha mikroblarga qarshi terapiya tayinlashni talab qiladi), shuningdek, butun teri qoplamiga yoki alohida joylarga tashqi preparatlarni qo‘llash zarurati hisobga olinishi kerak (faol moddalarning so‘rilish imkoniyatini hisobga olish kerak). Ixtiozning ba'zi shakllarida yaqqol yallig‘lanishga qaramay, tashqi va tizimli vositalar (aromatik retinoidlar) qo‘llanilmaydi, chunki uzoq muddatli terapiyada nojo‘ya ta'sirlar xavfi juda yuqori.

Jadval-1

Asosiy dori vositalarining ro‘yxati (100% qo‘llanish ehtimoliga ega):

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasining MHH	Qo‘llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
Vitaminlar	Retinol	Oddiy ixtioz Sutkasiga har kg tana vazniga 3500-6000 TB dan 7-8 hafta davomida ichiladi, keyinchalik doza 2 marta kamaytiriladi. 1-4 oydan keyin takroriy terapiya kurslarini o‘tkazish mumkin. X xromosomaga bog‘liq ixtioz. 8 hafta davomida kuniga har kg tana vazniga 6000-8000 XB og‘iz orqali Sirtga (malham). Zararlangan teri sohalariga kuniga 2 mahal, erta tongda va kechqurun yupqa qilib surtiladi.	D https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-рекомендации-рф/15226

Vitaminlar	Retinol palmitat	ovqatdan keyin erta tongda va kechqurun kuniga 50000-100000 ME dan ichish uchun	D https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-рекомендации-рф/15226
Vitaminlar	Retinol asetat	erta tongda va kechqurun ovqatdan keyin ichish kattalar uchun kuniga 50000-100000 ME retinol asetat va bolalar uchun 5000-10000-20000 ME	D https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-рекомендации-рф/15226
Vitaminlar	Tokoferol	kapsula ichiga 200 mg: kattalarga kuniga 1-2 kapsuladan, 1-2 hafta davomida. Sirtga (malham). Zararlangan teri sohalariga kuniga 2 mahal, erta tongda va kechqurun yupqa qilib surtiladi.	D https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-рекомендации-рф/15226
Antioksidantlar	Alfa-lipoy kislotasi	kattalarga kuniga 600 mg dozada kamida 30 daqiqa davomida tomchilatib quyish. kattalar va 14 yoshdan katta bolalarga ovqatdan oldin kuniga 1 marta 1 kapsuladan ichish uchun buyuriladi. Qabul davomiyligi - kamida 1 oy	B https://mediqlab.com/drugs/9572129b-5f56-4179-a69b-57ffa37dfe3a
Antioksidantlar	Alfa-tokoferol asetat	kuniga 50-100 mg dozada ovqatdan keyin ichish uchun (qabul qilish davomiyligi - 20-40 kun)	B https://www.lekhim.ua/ru/alfa-tokoferola-acetat-vitamin-e_dose-50-mgml-po-20-ml-no-1
Antioksidantlar	gliadin bilan himoyalangan superoksiddismutaza	ovqatdan 30 daqiqa oldin ichiladi dastlabki 3 oyda 2 x 2 marta, keyingi 3 oy davomida 1 x 1 marta	B https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.17331
Antioksidantlar	Etilmetilgidroksipiridin suksinat	ichishga - 0,25-0,5 g/sut 2-3 qabulda; maksimal sutkalik doza - 0,6-0,8 g.	B https://mediqlab.com/drugs/1c923058-3229-49d9-87c7-4c944cdb719d

		M/o yoki v/i (oqim bilan yoki tomchilab) yuborilganda bir martalik doza 50-400 mg, maksimal sutkalik doza - 1200 mg.	
Keratolitik vositalar	Mochevina (10-15-20-30-40-50%)(karbamid, urea)	Sirtqi vositalardagi mochevina konsentrasiyasi qo‘llanish sohasi va klinik ko‘rinishiga qarab o‘zgaradi. Preparatlar samaradorligini oshirish uchun oldindan tozalangan va iloji boricha namlangan teriga surtiladi.	A https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dth.12690
Keratolitik vositalar	Alfa-gidroksikislota	Sirtqi vositalarda glikol kislotasining konsentrasiyasi qo‘llanish sohasi va klinik ko‘rinishiga qarab o‘zgaradi. Preparatlar kechqurun surtiladi.	B https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/2701621
Keratolitik vositalar	Glikol kislotasi	Sirtqi vositalarda glikol kislotasining konsentrasiyasi qo‘llanish sohasi va klinik ko‘rinishiga qarab o‘zgaradi. Preparatlar kechqurun surtiladi.	B https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/article-abstract/2701621
Keratolitik vositalar	Salitsil kislotasi	Tashqi preparatlar tarkibidagi salitsil kislotasining konsentrasiyasi va shakli qo‘llanish sohasi va kasallik xususiyatlarini hisobga olgan holda tanlanadi. Vosita toza teriga surtiladi.	D https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-рекомендации-рф/15226
Dermatotrop vositalar	Glitserin	Teri va shilliq qavatlarning zararlangan joylari zaruratga qarab surtiladi	B https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2011.04304.x
Dermatotrop vositalar	Parafinli emolentlar	Terining zararlangan joylariga kuniga 1-2 marta yoki zarur bo‘lsa, tez-tez yupqa krem qatlami surtiladi.	B https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2011.04304.x
Dermatotrop vositalar	Tarkibida glitserol bo‘lgan emolentlar	Terining zararlangan joylariga kuniga 1-2 marta yoki zarur bo‘lsa, tez-tez yupqa krem qatlami surtiladi.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22118417/
Dermatotrop vositalar	Tarkibida lanolin bo‘lgan emolentlar	Terining zararlangan joylariga kuniga 1-2 marta yoki zarur bo‘lsa, tez-tez yupqa krem qatlami surtiladi.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22118417/

Dermatotrop vositalar	Allantoin saqlovchi emolentlar	Terining zararlangan joylariga kuniga 1-2 marta yoki zarur bo‘lsa, tez-tez yupqa krem qatlami surtiladi.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22118417/
Dermatotrop vositalar	Dekspantenol	Terining zararlangan joylariga kuniga 1-2 marta yoki zarur bo‘lsa, tez-tez yupqa krem qatlami surtiladi. Konyunktival: zararlangan ko‘zning pastki kon'yunktival xaltasiga 1 tomchidan kuniga 4 marta, shuningdek, uxlashdan oldin 1 tomchidan tomiziladi.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113650/
Dermatotrop vositalar	Rux surtmasi	Malhamni terining zararlangan joylariga kuniga 2-3 marta yupqa qilib surtish kerak.	B https://omnidoctor.ru/upload/iblock/3fc/3fcd37cb7a5c19dd494cab9de59b2633.pdf#:~:text=treatment,ichthyosis%2C%20inpatient%20treatment%20of%20ichthyosis
Dermatotrop vositalar	Vazelin	Oldindan tozalangan teriga oz miqdorda surtiladi.	B https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-rekomendatsii-rf/15226			

Eslatma: Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.
Terini namlash uchun preparatlar (emulsiyalar), keratolitiklar, tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va pardoz-andoz vositalari dermatologik bemorlarni davolashda, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, zaruratga ko‘ra qo‘llanilishi mumkin.
Agar shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda ma'lum bir guruhdagi zarur preparat bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan dorilar) buyurishi mumkin. Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud resurslarga qarab amalga oshiriladi.
Antibakterial vositalarni qo‘llash ikkilamchi bakterial mikroflora qo‘shilganda amalga oshiriladi. Qo‘zg‘atuvchining antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash natijalari asosida boshqa guruh antibiotiklarini tayinlashga ruxsat etiladi. Muayyan dori vositasini tanlash davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi.
***Tizimli antibakterial, antiparazitar va zamburug‘larga qarshi preparatlarni buyurish kasallik**

kechishining individual xususiyatlarini hisobga olgan holda, laboratoriya yoki instrumental usullar bilan tasdiqlangan klinik asoslangan ko‘rsatmalar bo‘yicha qat'iy amalga oshirilishi kerak.

2-jadval

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

Farmakoterapevtik guruh	**Dori vositasining MHH**	**Qo‘llash usuli**	**Isbotlanganlik darajasi**
Tizimli retinoidlar	Atsitretin	kuniga 1 kg tana vazniga 0,3-1 mg og‘iz orqali, terapiyaning umumiy davomiyligi kamida 6-8 hafta, dozani minimal samarali darajagacha bosqichma-bosqich kamaytirish orqali.	D https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-рекомендации-рф/15226 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7984068/#:~:text=Work%20Group%20,14408 https://academic.oup.com/bjd/article/180/2/272/6601663
Tizimli retinoidlar	Izotretinoin	0,5 - 1 mg/kg/sutka og‘iz orqali	B https://academic.oup.com/bjd/article/180/2/272/6601663 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7984068/#:~:text=Work%20Group%20,14408
D vitamini analoglari	Kalcipatriol	Sirtga surtiladi. Terining zararlangan joylariga sutkasiga 2 marta surtiladi.	D https://academic.oup.com/bjd/article-abstract/131/4/546/6680896?redirectedFrom=fulltext&login=false
Vitaminlar	Cianokobalamin	m/o yoki v/i 1 mg dan har kuni 1-2 hafta davomida, ushlab turuvchi doza 1-2 mg m/o yoki v/i - haftasiga 1 martadan, oyiga 1 martagacha.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9394983/

Vitaminlar	Riboflavin	Ichish uchun: kattalarga - kuniga 5-10 mg; bolalarga - kuniga 1 marta 2-5 mg. Davolash davomiyligi 1-1,5 oy. M/o: 1 ml 1% eritma (0,1 g) kuniga 1 marta 10-15 kun davomida (bolalarga - 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 marta; davolash kursi - 15-20 in'eksiya.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37063401/
Vitaminlar	Folat kislota	ovqatdan keyin ichish kattalarga 1-2 mg (1-2 tabletka) kuniga 1-3 marta. Maksimal sutkalik dozasi - 5 mg (5 tabletka) 3 yoshdan katta bolalarga 1 mg dan (1 tabletka) kuniga 1-2 marta. Maksimal sutkalik doza - 2 mg (2 tabletka). Davolash kursi 20-30 kun.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9394983/
Vitaminlar	Tiamin	m/o (chuqur) Preparatni yuborishni kichik dozalardan boshlash tavsiya etiladi (ko‘pi bilan 0,5 ml 5% eritma) va faqat yaxshi ko‘tara olganda yuqori dozalarga o‘tish mumkin. Kattalarga 25-50 mg tiamin gidroxlorid (0,5-1 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal, har kuni, bolalarga 12,5 mg (0,25 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal buyuriladi. Davolash kursi 10-30 in'eksiya.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14849254/
Vitaminlar	Askorbin kislotasi	ichga, m/o, v/i Tanqislik holatlarining oldini olish uchun - kuniga 25-75 mg, davolash uchun kuniga 250 mg va undan ortiq bo‘lingan dozalarda	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148154/
Vitaminlar	Xolekalsiferol	ichga, m/o 500-200 000ME Etishmovchilik darajasini hisobga olgan holda	B https://ijdvl.com/vitamin-d-bone-health-and-

			congenital-ichthyosis/
Mikroelementlar	Mis preparatlari	m/o 1-2 ml dan kuniga 1 marta 3 hafta davomida kuniga 1 tabletkadan ovqat vaqtida ichiladi. Qabul davomiyligi - kamida 1 oy	B https://www.mdpi.com/1422-0067/25/7/3823
Mikroelementlar	Rux preparatlari	m/o 1 ml dan kuniga 1 marta 10 kun davomida 2 oydan 6 oygacha bo‘lgan yangi tug‘ilgan chaqaloqlar uchun - 10-14 kun davomida kuniga bir marta 10 mg dozada og‘iz orqali qo‘llaniladi. 6 oylikdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun - 10-14 kun davomida kuniga bir marta 20 mg dozada og‘iz orqali qo‘llaniladi. Kattalar uchun kuniga 20 mg dan yoki shifokor tavsiyasiga ko‘ra qo‘llaniladi.	B https://www.mdpi.com/1422-0067/25/7/3823
Anemiyaga qarshi dori	Fumarat temiri	Ichishga 1 kapsula/sut.	B https://www.mdpi.com/1422-0067/25/7/3823
Anemiyaga qarshi dori	Temir sulfat	Ichish uchun 0,3-0,4 g dan kuniga 3-4 marta	B https://www.mdpi.com/1422-0067/25/7/3823
Sintetik retinoidlar	Tozaroten 0,1%, 0,05% gel; 0,1% krem	yuvilgan va quritilgan teri yuzasiga bir kecha-kunduzda 1 marta bir tekisda surting.	B https://diseases.medelement.com/disease/врожденный-ихтиоз/14276 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7984068/#:~:text=Work%20Group%20,14408
Sintetik retinoidlar	Tretinoin 0,1%, 0,05%, 0,025% krem/gel; 0,05% li loson; 0,1% li eritma	Mahalliy: terining yuvilgan va quritilgan yuzasiga kuniga 1-2 marta 6 soat davomida bir tekis yupqa qatlam bilan surtiladi (gel va krem barmoq bilan, losyon va eritma paxta	B https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7984068/#:~:text=Work%20Group%20,14408

		tampon bilan surtiladi), keyin suv bilan yuviladi.	
Sintetik retinoidlar	Adapalen	Surtishga: gel yoki krem oldindan tozalangan va quritilgan terining zararlangan yuzasiga bir tekisda yupqa qatlamda, ishqalanmasdan, kuniga 1 marta, uyqudan kamida 1 soat oldin surtiladi.	B https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7984068/#:~:text=Work%20Group%20,14408
Kalsinevrin ingibitorlari	Pimekrolimus - malham	tashqi tomondan kuniga 2 marta yupqa qatlam ko‘rinishida	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17343588/
Kalsinevrin ingibitorlari	Takrolimus - malham	kattalarga 0,1% malham 3 oy davomida kuniga 2 marta yupqa qatlamda, bolalarga 0,03% malham 3 oydan ko‘p bo‘lmagan muddatda kuniga 2 marta yupqa qatlamda surtiladi.	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17343588/
*Antibakterial preparatlar	Amoksitsillin	Ichkariga. Kattalar va >12 yoshli bolalar (yoki >40 kg): 500 mg kuniga 3 marta 12 yoshdan kichik bolalar: kuniga 20-50 mg/kg, 2-3 qabulga bo‘lingan	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
*Antibakterial preparatlar	Amoksitsillin + Klavulan kislotasi	Ichkariga. Kattalar va >12 yoshli bolalar (yoki >40 kg): 500 mg/125 mg kuniga 3 marta <12 yoshli bolalar (yoki <40 kg): 20-40 mg/kg/sutka (engil infeksiyalar uchun) yoki 40-90 mg/kg/sutka (og‘ir infeksiyalar uchun)	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
*Antibakterial preparatlar	Siprofloksatsin	Ichishga 50-500 mg dan kuniga 2 marta	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to

*Antibakterial preparatlar	Doksitsiklin	Ichkariga. Kattalar va >12 yoshli bolalar (yoki >45 kg): Boshlang‘ich doza: birinchi kuni 200 mg (2 ta qabulga bo‘lish mumkin). Ushlab turuvchi doza: sutkasiga 100 mg (bir marta yoki 2 qabulda). Og‘ir infeksiyalarda: butun kurs davomida kuniga 200 mg. 8-12 yoshli bolalar (yoki <45 kg): Doza tana vazniga qarab hisoblanadi: birinchi kuni 4 mg/kg, keyin 2-4 mg/kg/sutka.	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
*Antibakterial preparatlar	Azitromitsin	Ichkariga. Kattalar va >12 yoshli bolalar (yoki >45 kg): 500 mg kuniga 1 marta 3 kun davomida <12 yoshli bolalar (yoki <45 kg): 3 kun davomida kuniga 1 marta tana vazniga 10 mg/kg	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
*Antibakterial preparatlar	Ceftriakson	m/o, v/i. Kattalar va >12 yoshli bolalar (yoki tana vazni >50 kg bo‘lgan bolalar): 1-2 g kuniga 1 marta <12 yoshli bolalar (yoki tana vazni <50 kg): Neonatal davr (0-14 kun): 20-50 mg/kg/sut 1 marta. 15 kunlik - 12 yoshli bolalar: 20-80 mg/kg/sutkasiga 1 marta	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
*Antibakterial preparatlar	Cefuroksim	in'eksiya uchun eritma tayyorlash uchun kukun erituvchi bilan to‘plamda 250 mg, 750 mg, 1500 mg	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to

*Antibakterial preparatlar	Levofloksatsin	Ichishga, v/i, 500 mg kuniga 1-2 marta 7-14 kun davomida	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
Antibakterial vositalar	Mupirotsin 2% malhami	zararlangan o‘choqlarga kuniga 2-3 marta, ko‘pi bilan 10 kun davomida surtish	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
Antibakterial vositalar	Sirtga qo‘llash uchun eritromitsin malhami (10000 TB/g)	infeksiyalangan o‘choqlarga sutkasiga 2-3 marta 7-14 kun davomida sirtga surtish	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
Antibakterial vositalar	Kumush sulfatiazol kremi	sirtga qo‘llash uchun 2% ni infeksiyalangan o‘choqlarga kuniga 2-3 marta 7-14 kun davomida surtish	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to
Antibakterial vositalar	Xloramfenikol	7-14 kun davomida infeksiyalangan o‘choqlarga kuniga 2-3 marta surtish.	C https://www.aad.org/public/diseases/a-z/ichthyosis-vulgaris-treatment#:~:text=There%20is%20no%20cure%20for,plan%20may%20require%20you%20to

Regenerantlar va reperantlar	Aloe suyuq ekstrakti	Teri ostiga Har kuni 1-4 ml dan	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38179774/
Gepatoprotektorlar	Ursodezoksixol kislotasi	Ichkariga. Tana vazni 34 kg dan kam bo‘lgan bolalar va kattalarga ursodezoksixol kislotasini suspenziya ko‘rinishida qo‘llash tavsiya etiladi. Ursodezoksixol kislotasining tavsiya etilgan dozasi kuniga 10 mg/kg ni tashkil etadi.	C https://omnidoctor.ru/upload/iblock/3fc/3fcd37cb7a5c19dd494cab9de59b2633.pdf#:~:text=treatment,ichthyosis%2C%20inpatient%20treatment%20of%20ichthyosis
Gepatoprotektorlar	Essensial fosfolipidlar	v/i sekin 1-2 ampula (5-10 ml), eritma bemor qoni bilan 1:1 nisbatda suyultiriladi. Preparatni suyultirish zarur bo‘lganda infuzion yuborish uchun faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasi ishlatiladi. Ichkariga. 12 yoshdan oshgan va tana vazni 43 kg dan ortiq bo‘lgan o‘smirlar, shuningdek, kattalar uchun 2 kapsuladan kuniga 3 marta ovqatlanish paytida qabul qilish tavsiya etiladi.	C https://omnidoctor.ru/upload/iblock/3fc/3fcd37cb7a5c19dd494cab9de59b2633.pdf#:~:text=treatment,ichthyosis%2C%20inpatient%20treatment%20of%20ichthyosis
Gepatoprotektorlar	Antral	kuniga 3 marta ovqatdan keyin ichish kattalar va 10 yoshdan oshgan bolalarga - har bir qabul uchun 200 mg dan 4-10 yoshli bolalar uchun - har bir qabul uchun 100 mg dan	C https://omnidoctor.ru/upload/iblock/3fc/3fcd37cb7a5c19dd494cab9de59b2633.pdf#:~:text=treatment,ichthyosis%2C%20inpatient%20treatment%20of%20ichthyosis
Gepatoprotektorlar	Oksimatrin	m/o 600 mg dan, kuniga bir marta v/i 600 mg aralashtirib 100 - 250 ml 5% glyukoza eritmasida yoki 0,9% natriy xlorid eritmasida. Vena ichiga tomchilab, daqiqasiga 60 tomchidan, kuniga bir marta yuboriladi.	C https://omnidoctor.ru/upload/iblock/3fc/3fcd37cb7a5c19dd494cab9de59b2633.pdf#:~:text=treatment,ichthyosis%2C%20inpatient

		ichishga, 2 kapsuladan (0,2 g oksimatrin) kuniga 3 mahal. Zarur bo‘lganda kunlik dozani 3 kapsuladan kuniga 3 mahalgacha oshirish mumkin (bu 0,3 g oksimatringa teng).	%20treatment%20of%20ichthyosis
Gepatoprotektorlar	Glutation	m/o, v/i sekin (2-3 daqiqa) yoki kuniga 600 mg yoki kunora 1200 mg infuziya yo‘li bilan. Ichkariga. Sutkasiga 250 mg, til ostida asta-sekin so‘riladi. Qabul qilish kursi 2-3 oylik sikllar bo‘lib, ularni yiliga 2-3 marta takrorlash mumkin.	C https://omnidoctor.ru/upload/iblock/3fc/3fcd37cb7a5c19dd494cab9de59b2633.pdf#:~:text=treatment,ichthyosis%2C%20inpatient%20treatment%20of%20ichthyosis
Antigistamin preparatlar	Dezloratadin	Tabletkalar 5 mg eritma 10 ml ichish uchun kuniga 1 marta 7-14 kun	A https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954
Antigistamin preparatlar	Setirizin	tabletkalar 5 mg eritma 10 ml ichishga kuniga 1 marta 7-14 kun.	A https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
Antigistamin preparatlar	Levosetirizin	tabletkalar 5 mg eritma 20 tomchidan kuniga 1 marta ichish uchun 7-14 kun.	A https://mediqlab.com/drugs/e9b3dd31-419b-4e9f-b38d-c39950754bad
Antigistamin preparatlar	Xloropiramin	tabletkalar 25 mg dan kuniga 3-4 marta, kattalarga m/o yoki v/i yuborilganda bir martalik dozasi 20-40 mg ni tashkil etadi.	C https://diseases.medelement.com/disease/
Antigistamin preparatlar	Mebgidrolin	Ichga (ovqatdan keyin). Kattalar va 10 yoshdan katta bolalarga - 50-200 mg dan kuniga 1-2 marta; maksimal dozalar: bir martalik - 300 mg, kunlik - 600 mg; 5 yoshdan 10 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 100-200 mg/kun, 2 yoshdan 5 yoshgacha - 50-150 mg/kun, 2 yoshgacha - 50-100 mg/kun.	C https://www.rlsnet.ru/active-substance/mebgidrolin-562#sposob-primenenia-i-dozi

Antigistamin preparatlar	Ketotifen	Kattalar uchun ovqat paytida 1 mg dan kuniga 2 marta ertalab va kechqurun ichiladi. Zarur bo‘lsa, dozasi 2 mg gacha kuniga 2 marta oshiriladi. 3 yosh va undan katta bolalarga - 1 mg dan kuniga 2 marta.	C https://crb.velizh.ru/cr
Antigistamin preparatlar	Ebastin	Ichkariga. Kattalar uchun tavsiya etiladigan doza 10-20 mg/sut.	C https://crb.velizh.ru/cr
Antigistamin preparatlar	Loratadin	Tabletkalar 5 mg eritma 10 ml ichish uchun kuniga 1 marta 7-14 kun	C https://crb.velizh.ru/cr
Antigistamin preparatlar	Bilastin	Ichkariga. Kattalar uchun tavsiya etiladigan doza 10-20 mg/sut.	C https://crb.velizh.ru/cr
Tuzli eritmalar (dezintoksikatsion vosita)	Natriy xlorid	infuziya uchun eritma 0,9% 100 ml, 250 ml, 400 ml v/i	A https://diseases.medelement.com/disease/
Plazma o‘rnini bosuvchi vosita (dezintoksikatsion vosita)	Natriy laktat, sorbit, natriy xlorid, kaliy xlorid, kalsiy xlorid, magniy xlorid 100 ml, 200 ml, 250 ml, 400 ml va 500 ml.	200 ml yoki 400 ml v/i	C https://mediqlab.com/drugs/9024c4cb-21d7-40c3-9f9b-1232b68f78ea
*Qurtlarga qarshi vositalar	Albendazol	Ichga, ovqat paytida	C https://mediqlab.com/mnn/3269654c-3237-4892-b1c9-d8cb2e81856f
Ichak mikroflorasini normallashtiruvchi vositalar	Atsidofil laktobakteriyalar	ichishga, ovqatdan 30-40 daqiqa oldin kuniga 2-3 marta	C https://pmarchive.ru/sovremennye-aspekty-kompleksnoj-terapii-bolnyx-vulgarnym-ixtiozom/?ysclid=m8worhrlo6756814879

Ichak mikroflorasini normallashtiruvchi vositalar	Laktobatsillus plantarum	ichishga, ovqatdan 30-40 daqiqa oldin kuniga 2-3 marta	C https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2021.634897/full
Ichak mikroflorasini normallashtiruvchi vositalar	Bifidobakteriyalar infantis	ichishga, ovqatdan 30-40 daqiqa oldin kuniga 2-3 marta	C https://pmarchive.ru/sovremennye-aspekty-kompleksnoj-terapii-bolnyx-vulgarnym-ixtiozom/?ysclid=m8worhrlo6756814879
Ichak mikroflorasini normallashtiruvchi vositalar	Bifidobakteriyalar bifidum	ichishga, ovqatdan 30-40 daqiqa oldin kuniga 2-3 marta	C https://www.frontiersin.org/journals/nutrition/articles/10.3389/fnut.2021.634897/full
Kompleks hosil qiluvchi vosita	Kalsiy glyukonat	V/i, v/i sekin (2-3 min davomida) yoki tomchilab, kattalarga - 5-10 ml 100 mg/ml eritma har kuni, kunora yoki 2 kundan keyin. Bolalarga - vena ichiga sekin (2-3 daqiqa davomida) yoki tomchilab, yoshiga qarab, har 2-3 kunda 1 dan 5 ml gacha 100 mg/ml eritma yuboriladi.	C https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a
Kompleks hosil qiluvchi vosita	Natriy tiosulfat	v/v. Doza ko‘rsatmalar va klinik vaziyatga qarab individual ravishda belgilanadi.	B https://mediqlab.com/drugs/c8532959-60f0-4c81-ba3d-91f7c3e59aed
Furokumarinlar	Izopimpinellin	uzun to‘lqinli ultrabinafsha spektr (to‘lqin uzunligi 320-400 nm) bilan nurlantirishdan 15-30 daqiqa oldin zararlanish o‘choqlariga applikasiyalar ko‘rinishida bir marta tashqi	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26515832/
Furokumarinlar	Bergapten	uzun to‘lqinli ultrabinafsha spektr (to‘lqin uzunligi 320-400 nm) bilan nurlantirishdan 15-30 daqiqa oldin zararlangan o‘choqlarga applikasiya ko‘rinishida bir marta tashqi	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26515832/

Furokumarinlar	Ksantotoksin	uzun to‘lqinli ultrabinafsha spektr (to‘lqin uzunligi 320-400 nm) bilan nurlantirishdan 15-30 daqiqa oldin shikastlanish o‘choqlariga applikasiyalar ko‘rinishida tashqi tomondan bir marta	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26515832/
Furokumarinlar	Metoksalen 7,5 mg malham	tegishli manbadan yoki quyosh nurlari bilan uzun to‘lqinli ultrabinafsha spektr (to‘lqin uzunligi 320-400 nm) bilan nurlantirishdan 30-60 daqiqa oldin vitiligoning aniq belgilangan joylariga qo‘llaniladi	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26515832/
Sirtga qo‘llash uchun teri kasalliklarini davolash uchun kortikosteroidlar I (juda yuqori faollik).	Klobetazol propionat: 0,05%	kuniga 1 marta tashqi tomondan; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Betametazon dipropionat: 0,1%; 0,05%	tashqi tomondan kuniga 1-2 marta; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
II (yuqori faollik).	Mometazona furoat: 0,1%	tashqi tomondan kuniga 1-2 marta; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Triamsinolon atsetonid: 0,5%	tashqi tomondan kuniga 1-2 marta; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Metilprednizolon atseponat: 0,1%	tashqi tomondan kuniga 1-2 marta; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Fluotsinonid: 0,05%	tashqi tomondan kuniga 1-2 marta; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
III-IV (o‘rtacha faollik).	Triamsinolon atsetonid: 0,1%	tashqi tomondan kuniga 2 marta; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Fluotsinolon atsetonid 0,025%	tashqi tomondan kuniga 1-2 marta; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/

	Betametazon valerat: 0,1%	tashqi tomondan kuniga 1-2 marta; 2-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Gidrokortizon butirat 0,1%	tashqi tomondan, kuniga o‘rtacha 2 marta; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
V (o‘rtachadan past faollik).	Aklometazon dipropionat 0,05%	tashqi tomondan, kuniga o‘rtacha 2 marta; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Fluotsinol atsetonid 0,01%	tashqi tomondan, kuniga o‘rtacha 2-3 marta; 4 - x haftagacha	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Gidrokortizon butirat 0,1%	tashqi tomondan, kuniga o‘rtacha 2 marta; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Gidrokortizon probutat 0,1%	tashqi tomondan, kuniga o‘rtacha 2 marta; 3-4 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
VI (past faollik).	Fluotsinol atsetonid 0,01%	tashqi ko‘rinishga, kuniga o‘rtacha 2-3 marta; 4 - x haftagacha	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
	Deksametazon 0,1%	tashqi tomondan, kuniga o‘rtacha 2-3 marta; 4 - x haftagacha	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27279294/
https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-rekomendatsii-rf/15226			

Eslatma: Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.
Terini namlash uchun preparatlar (emulsiyalar), keratolitiklar, tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va pardoz-andoz vositalari, agar ularga qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmasa va ular O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zarurat bo‘lganda qo‘llanilishi mumkin.
Agar shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda ma'lum bir guruhdagi zarur preparat bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan dorilar) buyurishi mumkin. Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud resurslarga qarab amalga oshiriladi.
Antibakterial vositalarni qo‘llash ikkilamchi bakterial mikroflora qo‘shilganda amalga oshiriladi. Qo‘zg‘atuvchining antibiotiklarga sezuvchanligini aniqlash natijalari asosida boshqa guruh antibiotiklarini tayinlashga ruxsat etiladi. Muayyan dori vositasini tanlash davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi.
***Tizimli antibakterial, antiparazitar va zamburug‘larga qarshi preparatlarni buyurish kasallik kechishining individual xususiyatlarini hisobga olgan holda, laboratoriya yoki instrumental usullar bilan tasdiqlangan klinik asoslangan ko‘rsatmalar bo‘yicha qat'iy amalga oshirilishi kerak.**

Ixtioz bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun namlantiruvchi va keratolitik vositalar qo‘llaniladi, ularda 3% salitsil kislotasi yoki turli konsentrasiyali (10%, 15%, 30%, 50%) mochevina ishlatiladi. Bolalarni tashqi davolash uchun krem ko‘rinishidagi dori shakllari va monokomponentli tashqi vositalar afzalroqdir: dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar, dermatitni davolash uchun preparatlar, Ko‘p komponentli tashqi dori vositalari - antibiotiklar bilan birgalikda glyukokortikoidlar yoki boshqa dorilar bilan birgalikda glyukokortikoidlar faqat bakterial va/yoki zamburug‘li infeksiyaning klinik va/yoki laboratoriya tasdiqlanganda ko‘rsatiladi. Ko‘p komponentli tashqi preparatlarni asossiz qo‘llash bolalarda topik dori vositasi komponentlariga qo‘shimcha sensibilizasiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Dori-darmonsiz davolash

Tashqi yog‘ terapiyasi

Ixtioz terining kuchli qurishi, to‘siq funksiyasining buzilishi va trans epidermal namlikning yo‘qolishi bilan birga keladi, bu esa lipid qatlamini muntazam yumshatish va tiklashni talab qiladi. Moy terapiyasi namlanishga, giperkeratozni kamaytirishga, yallig‘lanishni kamaytirishga va epidermis regenerasiyasini yaxshilashga yordam beradi. O‘simlik moylari tarkibida to‘yinmagan yog‘ kislotalari, antioksidantlar va vitaminlar mavjud, tibbiy moylar esa terining haddan tashqari qurib ketishiga to‘sqinlik qiluvchi himoya to‘sig‘ini yaratadi.

Tashqi terapiyada ishlatiladigan moy turlari

O‘simlik moylari

- **Zaytun moyi skvalenga boy bo‘lib, terini chuqur namlaydi va himoya qiladi.**
- **Kokos moyi antibakterial xususiyatga ega bo‘lib, terining shox qatlamini yumshatadi.**
- **Bodom, jojoba, argan moyi - oson so‘riladi, terini E vitamini bilan to‘yintiradi.**
- **Chakanda moyi - epidermisni tiklaydi, yallig‘lanishni kamaytiradi.**

Tibbiy yog‘lar

- **Vazelin moyi - himoya plyonkasini hosil qiladi, namlikning bug‘lanishiga to‘sqinlik qiladi.**
- **Shaftoli moyi - gipoallergen, chuqur oziqlantiradi va namlantiradi.**
- **A, D, E vitaminlarining moyli eritmalari - teri regenerasiyasini tezlashtiradi.**

Qo‘llash usullari

Applikasiya va kompresslar

Giperkeratozni yumshatish va yoriqlarni davolash uchun terining zararlangan joylariga **30-60 daqiqa** davomida moy shimdirilgan steril salfetkalar qo‘yiladi.

To‘g‘ridan-to‘g‘ri teriga surtish

Yog‘ namlikni saqlash va lipid qatlamini tiklash uchun **quruq yoki biroz nam teriga yupqa qatlamda** surtiladi suv muolajalaridan so‘ng.

Ixtiozda moy terapiyasi **emolentlar va keratolitiklar bilan birgalikda** qo‘llanilishi kerak, bu esa terining uzoq muddat namlanishi va himoyasini ta'minlaydi. **Suv muolajalaridan so‘ng darhol moylarni surtib,** keyin mochevina yoki sut kislotasi bilan kremlardan foydalanganda **eng yaxshi samaraga erishiladi.** Giperkeratoz va yoriqlarda **moyli kompresslar,** infeksiyalarga moyillikda esa **komedogen moylardan**

saqlanish tavsiya etiladi. Yog‘lar yagona davolash usuli emas, lekin terining holatini sezilarli darajada yaxshilaydi, quruqlik va ta'sirlanishni kamaytiradi.

Eslatma: Yog‘larning turi, ularni qo‘llash usuli va sxemasi klinik ko‘rinish, terining shikastlanish darajasi va bemorning xususiyatlarini hisobga olgan holda shifokor tomonidan **yakka tartibda** belgilanadi.

https://academic.oup.com/bjd/article/180/2/272/6601663

https://www.researchgate.net/publication/320238352_S1_guidelines_for_the_diagnosis_and_treatment_of_ichthyoses_-_update#:~:text=Ichthyoses%20are%20a%20group%20of,The

Bemor uchun axborot

Ixtiozlar - bolalar tug‘ilganidan yoki hayotining dastlabki oylaridan boshlab aziyat chekadigan irsiy teri kasalliklari (ba'zi kamdan-kam hollarda irsiy bo‘lmagan tabiatli). Bu guruhdagi kasalliklarning asosida terining yuza qatlamidagi shoxlanish jarayonining genetik nuqsoni yotadi, bu quruqlik, po‘st tashlash, ba'zan pufakchalar hosil bo‘lishi bilan ifodalanadi. Bemorlarning terisi himoya xususiyatlariga ega emas, shuning uchun ularni tiklash va qo‘llab-quvvatlashga qaratilgan kundalik parvarish hayotning har qanday davrida zarur.

Bola uchun eng og‘ir davr - hayotining birinchi oyi. Bu vaqtda suv teri orqali faol yo‘qotiladi, haddan tashqari qizib ketish ham, haddan tashqari sovib ketish ham oson kechadi, organizm suvsizlanadi, bu esa hayot uchun xavflidir. Shifokorlarning doimiy nazorati talab etiladi, shuning uchun davolanish shifoxonada amalga oshiriladi. Bola atrof-muhitga moslashsa, yaxshi semirsa, ota-onasi terini parvarish qilishni o‘rgansa, bemorning uyda qolishi mumkin bo‘ladi.

Hozirgi kungacha ixtiozni davolash usullari ishlab chiqilmagan. Bemorning ahvoli yomonlashganda tashqi vositalar va ichki davolashni tayinlash bemorga yordam berish, uning hayot sifatini yaxshilash, asoratlarning oldini olishning asosiy usulidir. Bemorlar dermatolog va terapevt yoki pediatr tomonidan, boshqa a'zolar zararlanganda esa tegishli mutaxassislar tomonidan muntazam ravishda kuzatib borilishi kerak.

Tashxis qo‘yish juda muhim, kasallikning kechishi va prognozi shunga bog‘liq. Ixtiozlarda ko‘pincha faqat teri zararlanadi, lekin teridagi o‘zgarishlar o‘sish va rivojlanish, immunitet, miya faoliyati, eshitish, ko‘rishning buzilishi bilan birga kelishi hollari ham uchraydi. Bunday holatlar sindromlar deb ataladi. Buzilishlarni aniqlash va tashxis qo‘yish uchun tekshiruv, mutaxassislar maslahati, tibbiy-genetik maslahat tayinlanadi. Oilada ixtiozning takrorlanishining oldini olish uchun prenatal tashxis qo‘yish mumkin, ya'ni homiladorlik paytida homilada kasallik va undan kelib chiqadigan oqibatlarni aniqlash mumkin.

Kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- umumiy holatning buzilishi bilan kechadigan ixtiozning kuchayishi;

- ikkilamchi infeksiya bilan birga kechuvchi tarqalgan teri jarayoni;

- qaytalanuvchi teri infeksiyalari;

- fizioterapevtik davolash usullaridan foydalanish zarurati;

- selektiv immunodepressantlar (biologik preparatlar, aromatik retinoidlar va boshqalar) bilan qo‘llab-quvvatlovchi terapiya o‘tkazish zarurati.

Davolash samaradorligi ko‘rsatkichlari:

- terida yangi elementlarning yo‘qligi va teridagi toshmalarning regressiyasi;
- remissiya davomiyligi;
- hayot sifatini yaxshilash

“IXTIOZ” BO’YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOSHKENT – 202

Kirish

Ixtiozlar keratozlarning eng keng tarqalgan shakli bo‘lib, turli mualliflarning ma'lumotlariga ko‘ra, barcha genodermatozlar shakllarining 80-95% ni tashkil qiladi. Ixtiozlarning etiologiyasi va patogenezi to‘g‘risida aniq bir fikr yo‘q, xorijiy va mahalliy tadqiqotchilarning adabiyot manbalari ma'lumotlari juda qarama-qarshi. Mualliflarning bir guruhi transkripsiya jarayonining buzilishi mumkinligiga moil bo‘lib, bu o‘z navbatida proflagrin (keratin filamentlarini bog‘laydigan keratogialin granulalarining asosiy oqsili) ekspressiyasiga ta'sir qiladi. Ixtioz patogenezida keratinizatsiyaning bir nechta markerlari ishtirok etishini ko‘rsatadigan boshqa ishlar ham mavjud:

Ixtiozlar germentativ mutasiyalarga ega bo‘lgan genodermatozlar guruhiga kiradi, ularning asosida proflagrinning patologik ifodasi bilan bog‘liq keratinizatsiya jarayonlarining buzilishi yotadi.

Ta'rif.

Ixtiozlar - terida baliq tangachalariga o‘xshash tangachalar paydo bo‘lishiga olib keladigan shoxlanish jarayonlarining buzilishi bilan genetik jihatdan aniqlangan teri kasalliklarining katta guruhi (ichthys - yunoncha "baliq").

Engil, o‘rta va og‘ir darajadagi ixtioz bilan og‘rigan bemorlarga tashqi terapiya tavsiya etiladi: dermatologiya amaliyotida qo‘llaniladigan glyukokortikosteroidlar, dermatitni davolash uchun dorilar. Tarkibida 3% salitsil kislotasi yoki 10%, 30%, 50% mochevina bo‘lgan keratolitik vositalar, shuningdek, uzoq muddat davomida qo‘llanilishi kerak bo‘lgan deksapantenol (V5 vitamini) dan foydalanish ko‘rinishidagi namlantiruvchi terapiya qo‘llaniladi. Ixtiozning zo‘rayishini tezda davolash uchun tashqi terapiya vositalari va nam bog‘lamlardan foydalangan holda emolyatsiya vositalaridan foydalanish mumkin. Dastlab terining zararlangan joylariga dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikosteroidlarning tashqi vositalari va/yoki emolyatsiyalar qo‘llaniladi, so‘ngra nam paxta yoki doka salfetka, keyin esa quruq tashqi bog‘lam qo‘yiladi. Dermatologiyada qo‘llaniladigan o‘rtacha va yuqori ta'sirli glyukokortikosteroid vositalarni qo‘llashda ehtiyot bo‘lish kerak, buyrak usti bezlari funksiyasining Rimcha bostirilishi tufayli nam bog‘lamlar qo‘llaniladi.

O‘rta va og‘ir darajadagi ixtiozda va qarshi ko‘rsatmalar bo‘lmaganda 8 yosh va undan katta yoshdagi bolalar bemorlariga tavsiya etiladi. Bemorning vazniga qarab (tana vazni 25 kg dan ortiq) sekukinumabdan foydalanish mumkin. Bolalarga sekukinumab in'eksiyasi 75 mg preparat dozasida ikki haftada bir marta teri ostiga qilinadi. Individual terapevtik javobga qarab, sekukinumabning dozasi 300 mg gacha oshirilishi mumkin. Sekukinumab monoterapiya ko‘rinishida yoki mahalliy dori vositalarini buyurish bilan bir vaqtda qo‘llanilishi mumkin. Preparat in'eksiyalarini bemorning o‘zi yoki uni parvarish qilayotgan shaxs qilishi mumkin. Sekukinumabni qo‘llashdan oldin bemorlarni va/yoki ularga g‘amxo‘rlik qiluvchi shaxslarni tibbiy qo‘llash bo‘yicha ko‘rsatmalarga muvofiq preparatni in'eksiya qilishga tayyorlash va o‘tkazishga o‘rgatish zarur.

Ixtiozning og‘ir kechishi bilan og‘rigan bemorlarga aromatik retinoidlarni (izotretinoin) bemorlarning yoshiga qarab qo‘llash tavsiya etiladi.

C4	Ixtiozning engil, o‘rta va og‘ir darajasi bilan og‘rigan bemorlarga tashqi terapiya tavsiya etiladi: dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar, dermatitni davolash uchun preparatlar, shuningdek, tarkibida salitsil kislotasi va mochevina bo‘lgan namlantiruvchi va keratolitik vositalar. Ixtiozning engil kechishida dermatologiyada qo‘llaniladigan past va o‘rtacha faollikdagi glyukokortikoidlarni, ixtiozning o‘rtacha og‘ir va og‘ir kechishida esa dermatologiyada

	qo‘llaniladigan faol va yuqori faollikdagi glyukokortikoidlarni minimal samarali dozalarda qo‘llash maqsadga muvofiqdir. Ixtiozning kuchayishini tezda davolash uchun tashqi terapiya vositalari va nam bog‘lamlardan foydalangan holda emolentlardan foydalanish mumkin. Dastlab terining zararlangan joylariga tashqi vositalar (dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar va/yoki emolentlar) qo‘llaniladi, so‘ngra nam paxta yoki doka salfetka, keyin esa quruq tashqi bog‘lam qo‘yiladi. Dermatologiyada qo‘llaniladigan o‘rta va yuqori ta'sirli glyukokortikoidlarni qo‘llashda ehtiyot bo‘lish kerak, chunki buyrak usti bezlari funksiyasining pasayishi xavfi tufayli nam bog‘lamlar qo‘llaniladi.
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276

A1	Ixtiozning og‘ir kechishi bilan og‘rigan bemorlarga aromatik retinoidlar (izotretinoin) og‘iz orqali sxema bo‘yicha - dastlabki 2-3 kun davomida tavsiya etiladi. Agar kerak bo‘lsa, tizimli kortikosteroidlarni qabul qilishni yana 2-3 kun davomida kuniga 1 marta nonushtadan keyin davom ettirish mumkin: metilprednizolon 2 mg yoki prednizolon 2,5 mg.
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276

3 da	Selektiv fototerapiya (keng polosali ultrabinafsha terapiya): nurlanishning boshlang‘ich dozasi minimal eritemik dozaning 50-70% ni tashkil etadi. Bemor terisining turi va qorayish darajasiga qarab nurlanish dozalanayotganda nurlanish 0,01-0,03 J/sm^2 dozadan boshlanadi. Muolajalar haftasiga 3-5 marta rejim bilan o‘tkaziladi. Eritema bo‘lmasa, bir martalik doza har 2-3 muolajada 5-30% ga yoki 0,01-0,03 J/sm^2 ga oshiriladi. Kursga 15-35 ta muolaja buyuriladi
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276

3 da	Tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha nur terapiyasi: boshlang‘ich nurlanish dozasi minimal eritema dozasining 50-70% ini tashkil etadi. Bemor terisining turi va quyoshda qorayish darajasiga qarab nurlantirish dozalashda nurlantirish 0,1-0,3 J/sm^2 dozadan boshlanadi. Muolajalar haftasiga 3-4 marta o‘tkaziladi. Eritema bo‘lmasa, bir martalik doza har bir muolaja yoki muolaja orqali 5-30% ga yoki 0,05-0,2 J/sm^2 ga oshiriladi, kuchsiz ifodalangan eritema paydo bo‘lganda doza doimiy saqlanadi. Kursga 15-35 ta muolaja tayinlanadi
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276

3 da	Terining ultrabinafsha nurlanishi. Katta yoshdagi bemorlarga fotosensibilizatorlarni (PSUVA) ichki qo‘llash bilan fotokimyoterapiya. Fotosensibilizatorlar sifatida tizimli qo‘llash uchun psoralenlar ishlatiladi, ular uzun to‘lqinli UB-nurlanishdan 1,5-2 soat oldin bir qabulda 1 kg tana vazniga 0,6-0,8 mg dozada qabul qilinadi. UFAning boshlang‘ich dozasi minimal fototoksik dozaning 50-70% ni tashkil qiladi. Bemor terisining turi va qorayish darajasiga qarab nurlanish dozasi 0,25-1,0 J/sm^2 ni tashkil etadi. Muolajalar haftasiga 2-4 marta o‘tkaziladi. Eritema bo‘lmasa, nurlanishning bir martalik dozasi har 2-muolajadan keyin ko‘pi bilan 30% ga oshiriladi, yoki 0,25-1,0 J/sm^2. Kuchsiz ifodalangan eritema paydo bo‘lganda nurlanish dozasi o‘zgarishsiz qoldiriladi. UFA bir martalik dozasining maksimal qiymatlari - 15-18 J/sm^2.

	Kursga 15-35 ta muolaja tayinlanadi
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276

3 da	Terining ultrabinafsha nurlanishi. Katta yoshdagi bemorlarga fotosensibilizatorlarni tashqi qo‘llash bilan fotokimyoterapiya. Fotosensibilizatorlar sifatida mahalliy qo‘llash uchun psoralenlar ishlatiladi, ular nurlanishdan 15-60 daqiqa oldin shikastlanish o‘choqlariga qo‘llaniladi. UFAning boshlang‘ich dozasi minimal fototoksik dozaning 20-30% ni tashkil qiladi. Bemor terisining turi va quyoshda qorayish darajasiga qarab nurlanish dozasi 0,2-0,5 J/sm^2 ni tashkil etadi. Muolajalar haftasiga 2-4 marta o‘tkaziladi. Eritema bo‘lmasa, nurlanishning bir martalik dozasi har 2-3-muolajalarda ko‘pi bilan 30% ga yoki 0,1-0,5 J/sm^2 ga oshiriladi. Kuchsiz ifodalangan eritema paydo bo‘lganda doza o‘zgarishsiz qoldiriladi. UFA bir martalik dozasining maksimal qiymatlari - 5-8 J/sm^2. Kursga 20-50 ta muolaja buyuriladi
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276

3 da	Katta yoshli bemorlarga furokumarin katta mevalarining ammi suvli eritmasi bilan PUVA-vannalar qo‘llaniladi. Ultrabinafsha nurlanishning boshlang‘ich dozasi minimal fototoksik dozaning 20-30% ni tashkil qiladi yoki 0,3-0,6 J/sm^2. Umumiy va mahalliy PUVA vannalarida nurlanish haftasiga 2-4 marta o‘tkaziladi. Eritema bo‘lmaganda, bir martalik doza har 2-muolajada ko‘pi bilan 30% ga yoki 0,2-0,5 J/sm^2 ga oshiriladi. Terining I-II turi bilan og‘rigan bemorlarda dozalash 0,5-1,0-1,5-2,0-2,5-3,0 J/sm^2 doza oralig‘ida amalga oshiriladi. Terining III-VI turi bilan og‘rigan bemorlarda nurlanish 0,6-1,2-1,8-2,4-3,0-3,6 J/sm^2 doza oralig‘ida amalga oshiriladi. Kam ifodalangan eritema paydo bo‘lganda doza o‘zgarishsiz qoldiriladi. Terining I-II turi bo‘lgan bemorlarda nurlanishning maksimal bir martalik dozasi 4,0 J/sm^2, terining III-VI turi bo‘lgan bemorlarda esa 8,0 J/sm^2 ni tashkil etadi. Kursga 15-35 ta muolaja buyuriladi
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276

3 da	Mahalliy qo‘llash uchun vositalar bilan ultratovush terapiyasi
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276

C5	LLLT past darajali fototerapiya IQ-lazer Qutblangan polixromatik nur
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276 https://cyberleninka.ru/article/n/polihromaticheskiy-polyarizovannyy-svet-opyt-primeneniya-pri-hronicheskih-dermatozah

3 da	**Balneoterapiya** Tuzli vannalar: 10 g/l natriy xlorid, t° 35-38 °C, 10-15 min. Kraxmalli vannachalar: 1-2 stakan kraxmal, t° 35-38°C, 15-20 min. Sulfidli vannalar: 0,1-0,4 g/l vodorod sulfid, t° 36-37°C, 8-12 min. Kislorod vannalari: bosim 2,6 kPa, t° 36°C, 10-20 min. Karbonat angidridli vannalar: CO2 1000 mg/l, t° 35°C, chuqurligi 40 sm, 30 daqiqagacha. Ishqorli, kepakli, yodbromli vannalar, dengiz tuzi bilan. Fitovannasi: moychechak, yalpiz, tog‘rayhon, mavrak, ignabarg, valeriana, eman po‘stlog‘i, igir ildizi, lavanda, shirinmiya ildizi. Kurs: har kuni yoki kunora 10-15 muolaja. Vannadan keyin - namlantiruvchi va keratolitik vositalar.
	https://diseases.medelement.com/disease/tug‘ma-ixtioz/14276 https://omnidoctor.ru/upload/iblock/2b7/2b7857cefd199c8f48bd61f6eb28f9fb.pdf#:~:text=1%2C5%20marta%20intensivroq%2C%20nima%20bilan,qabul qiladilar%203-4%20marta%20haftada

3 da	**Plazmaferez** Qon oqimidan toksinlar, autoantitanachalar, aylanib yuruvchi immun komplekslar (AIK), yallig‘lanish oldi sitokinlarini eliminasiya qilish, metabolizmni va a'zolarning buzilgan funksiyalarini normallashtirish maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etildi.
	https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1808421/

C. 5.	**Ozonoterapiya** Ozonoterapiya keng qo‘llaniladigan usul hisoblanadi, shu jumladan dermatologiyada ham. Ozonning antibakterial, antivirus, yallig‘lanishga qarshi, immunomodulyator ta'siri uni turli teri kasalliklarini davolashda patogenetik jihatdan asosli qiladi.
	https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike

C. 5.	**NILI** Qonni tomir ichi lazer nuri bilan nurlantirish - uni tozalash usullaridan biri bo‘lib, bemor organizmidan chiqarmasdan, to‘g‘ridan-to‘g‘ri qon aylanish tizimi ichida qonga yorug‘lik to‘lqini bilan ishlov berishdan iborat. Yorug‘lik to‘lqinlari organizmning turli tizimlari va almashinuv jarayonlari ishini normallashtirib, kompleks ta'sir ko‘rsatish qobiliyatiga ega.
	https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer

Jarrohlik amaliyoti: talab qilinmaydi.

“IXTIOZ” KASALLIGINI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT – 2025

Kirish.

Ixtiozlar keratozlarning eng keng tarqalgan shakli bo‘lib, turli mualliflarning ma'lumotlariga ko‘ra, barcha genodermatozlar shakllarining 80-95% ni tashkil qiladi. Ixtiozlarning etiologiyasi va patogenezi to‘g‘risida aniq bir fikr yo‘q, xorijiy va mahalliy tadqiqotchilarning adabiyot manbalari ma'lumotlari juda qarama-qarshi. Mualliflarning bir guruhi transkripsiya jarayonining buzilishi mumkinligiga moil bo‘lib, bu o‘z navbatida proflagrin (keratin filamentlarini bog‘laydigan keratogialin granulalarining asosiy oqsili) ekspressiyasiga ta'sir qiladi. Ixtioz patogenezida keratinizatsiyaning bir nechta markerlari ishtirok etishini ko‘rsatadigan boshqa tadqiqotlar ham mavjud:

Ixtiozlar germentativ mutasiyalarga ega bo‘lgan genodermatozlar guruhiga kiradi, ularning asosida proflagrinning patologik ifodasi bilan bog‘liq keratinizatsiya jarayonlarining buzilishi yotadi.

Ta'rif.

Ixtiozlar - terida baliq tangachalariga o‘xshash tangachalarning paydo bo‘lishiga olib keladigan shoxlanish jarayonlarining buzilishi bilan genetik jihatdan aniqlangan teri kasalliklarining katta guruhi (ichthys - yunoncha "baliq").

Asoratlar

- teri qatlamlarining ikkilamchi infeksiyalanishi;

- ishlatilayotgan dori vositalarining nojo‘ya ta'sirlari natijasida yuzaga keladigan asoratlar (odatda, uzoq vaqt nazoratsiz qo‘llanilganda yuzaga keladi);

- sindromli ixtioz mavjudligi, ichki a'zolar asoratlari (ovqat hazm qilish trakti, eshitish qobiliyati, demensiya va boshqalar) tufayli yuzaga kelgan.

Kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- umumiy holatning buzilishi bilan kechadigan ixtiozning kuchayishi;

- ikkilamchi infeksiya bilan birga kechuvchi tarqalgan teri jarayoni;

- qaytalanuvchi teri infeksiyalari;

- fizioterapevtik davolash usullaridan foydalanish zarurati;

- selektiv immunodepressantlar (biologik preparatlar, aromatik retinoidlar va boshqalar) bilan qo‘llab-quvvatlovchi terapiya o‘tkazish zarurati.

Natijalar va prognoz.

Ixtiozning dastlabki belgilari, odatda, bola tug‘ilgan paytdan boshlab namoyon bo‘ladi va aksariyat hollarda tashxis hayotning 1 yiliga kelib qo‘yiladi. Ixtioz to‘lqinsimon kechadi, bu ko‘p hollarda dermatozning turiga bog‘liq, shuning uchun uning ba'zi shakllari, xususan, ignali ixtioz qat'iy progressiv xususiyatga ega. Shunga qaramay, umuman olganda, kasallik qanchalik erta boshlansa va qanchalik og‘ir kechsa, ayniqsa ixtioz va boshqa allergik patologiya, xususan, Neterton sindromi holatlarida uning doimiy kechish ehtimoli shunchalik yuqori bo‘ladi. Sindromli ixtiozning turlari ayniqsa og‘ir o‘tadi, bunda ichki organlarning zararlanishi birinchi o‘ringa chiqadi.

Tibbiy yordam ko‘rsatishni tashkil etish.

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko‘rsatish doirasida terapevt-shifokorlar, pediatr-shifokorlar, uchastka shifokorlari, umumiy amaliyot shifokorlari bemorlarda terida toshmalar, ixtioz alomatlari yoki belgilari aniqlanganda bemorga birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy-sanitariya yordami ko‘rsatish uchun uni dermatovenerologiya yo‘nalishidagi tibbiyot tashkilotiga yuboradi.

Birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy-sanitariya yordami doirasida tibbiy yordam ko‘rsatish imkoniyati bo‘lmaganda va tibbiy ko‘rsatmalar mavjud bo‘lganda bemor ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko‘rsatuvchi tibbiyot tashkilotiga yuboriladi.

Ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologik tibbiy yordam shifokor dermatovenerologlar tomonidan stasionar sharoitlarda ko‘rsatiladi. Bemorni tibbiy muassasadan chiqarishga ko‘rsatmalar toshmalarning regressi va/yoki genodermatozning klinik ko‘rinishlarining kamayishi hisoblanadi.

Davolash samaradorligi ko‘rsatkichlari:

- terida yangi elementlarning yo‘qligi va teridagi toshmalarning regressiyasi;

- remissiya davomiyligi;

- hayot sifatining yaxshilanishi

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

Ixtioz bilan og‘rigan bolalar yosh toifasidagi bemorlar pediatr, dermatovenerologning doimiy dispanser kuzatuvi ostida bo‘lishi kerak, jarayonning holati va og‘irligiga qarab yiliga ikki marta o‘tkaziladi. Bolalarda patologik jarayonning og‘irlik darajasi va kechish xususiyatiga qarab, ambulator va/yoki kunduzgi shifoxona sharoitida holatni dinamik nazorat qilish, sensibilizasiya spektridagi o‘zgarishlarni aniqlash bilan kompleks tekshiruv o‘tkaziladi.

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasining MHH	Qo‘llash usuli	Isbotlanganlik darajasi
Epidermisning lipid tarkibini tiklovchi vositalardan foydalanish tavsiya etiladi.	hissiyotlar kremniy-lanolinli krem	kattalar va bolalarga 2-6 oy davomida kuniga 2 marta tashqi qo‘llash uchun	(S) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis
	kremniyli-deksapantenolli krem	bolalarga 2 - 4 oy davomida kuniga 2 marta sirtga qo‘llash uchun	(S) https://congress-ph.ru/istorija_1_1/2022/botkin22/tezis

Kelgusida yuritish:

Yashash joyida dermatologlarda dinamik kuzatuv, bu jarayonda qo‘llab-quvvatlovchi terapiya masalalari hal qilinadi, o‘tkazilayotgan davolashning nojo‘ya ta'sirlarini minimallashtirish, terini doimiy asosiy parvarish qilish, qo‘zg‘atuvchi omillarni bartaraf etish.

Adabiyotlar ro‘yxati

1.
2. Адаскевич В.П. Системные ретиноиды в дерматологии. Справочное пособие.-Минск.-Светоч.-2005.-188с.

3. Айвазян А.А. Иглистый ихтиоз (тип Курта-Маклина). Вестн.дерматол.1990;9:64-65.
4. Александрова А.К., Смольянникова В.А., Суколин Г.И. Вульгарный ихтиоз: современный взгляд на проблему. Вестн.дерматол. 2007;2:13-17.
5. Альбанова В.И., Кешилева З.Б., Мордовцев В.Н. Наследственные заболевания кожи. Алматы.-1995.-544с.
6. Альбанова В.И. Ретинол и ретиноиды в дерматологии. Росс журн кож вен бол. 2000;3:72-77.
7. Альбанова В.И., Иванов О.Л., Кубанова А.А., Никулин Н.К. Результаты применения нового отечественного препарата мази 0,5% ретинола пальмитата (Видестим) в дерматологической практике. Вестн дерматол. 2001;3:62-65.
8. Антонов А.Г., Арестова Н.Н., Байбарина Е.Н. Неонатология. Национальное руководство. Москва. ГЭОТАР-Медиа. 2009. С.145. ISBN: 978-5-9704-1177-3
9. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Барьерные свойства кожи и базовый уход: инновации в теории и практике. Вестн дерматол. 2010;6:135-139.
10. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Соколов Г.Н. Эритема лица, особенности диагностики и ухода за кожей. Клин дерматол венерол. 2003;3:69-73.
11. Базаев В.Т. Клинический случай поздно диагностированного ламеллярного ихтиоза. Клин.дерматол.венерол. 2016;1:12-14.
12. Базаев В.Т., Цебоева М.Б., Царуева М.С. Клинический случай поздно диагностированного ламелярного ихтиоза. Клин.дерматол.венерол. 2016;1:12-14.
13. Бакулев А.Л., Платонова А.И. Болезни ороговения. В кн.: Дерматология и венерология. Саратов. Изд-во СГМУ. 2015. С.138-151.
14. Бассе Ф.Б., Гребенюк В.Н., Заторская Н.Ф., Пилявская С.О. Рецессивный Х-сцепленный ихтиоз. Клин. Дерматол.венерол. 2019;1:27-30.
15. Беликов А.Н., Альбанова В.И., Комлева Л.Ф., Гольченко В.А. Ихтиоз Арлекина (плод Арлекина): описание случая. Вестн дерматол. 2012;1:80-83.
16. Бобрышев В.А. Взаимосвязь дерматографизма и дисфункции мейбомиевых желез у детей с врожденным и вульгарным ихтиозом. Abstracts Nationwide scientific forum of students with International participation. 2019;2:398-401.
17. Бочков Н.П. Клиническая генетика. Москва: Медицина. 1997. 672с.
18. Васильченко Т.С., Габдракипова А.А. Врожденный ихтиоз. Вестн.науки и образования. 2020;24:50-52.
19. Волкова Л.В., Бондарев В.П. Врожденная ихтиозиформная эритродермия. Архив патологии. 2009;3:35-37.
20. Гараева З.Ш. Основные концепции патогенеза и современного течения ихтиоза. Практическая медицина. 2013;1-4:17-19.
21. Гафарова Ф.М., Абдухаликова З.У., Кахарова К.А. Клиническое наблюдение новорожденных, рожденных в состоянии «collodion baby». Педиатрия. 2016;8:120-122.
22. Гафарова Ф.М., Алимова Х.А. Клинический случай врожденного ихтиоза. Дерматовенерология и эстетическая медицина. 2016;2:108-110.
23. Дворянкова Е.В., Мельниченко О.О., Красникова В.Н., Корсунская И.М. Ихтиоз. Что важно знать специалисту. РМЖ. 2019;12:25-30.
24. Дегтярев О.В., Меснянкина О.А., Янчевская Е.Ю., Шашкова А.А. Клиническое наблюдение эритродермии ихтиозиформной Брока. //Росс.журн.кож.вен.бол.2015. №2. С.42-44.
25. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3т. /Л.А.Голдсмит, С.И.Кац, Б.А.Джилкрайст. Под ред Н.Н.Потекаева, А .Н.Львова. Москва: Издательство Панфилова. 2015. 1168с.

26. Дифференциальная диагностика кожных болезней. /Б.А.Беренбейн, А.А.Студницин. Москва: Медицина.1989. 672с.
27. Елькин В.Д., Седова Т.Г., Плотникова Е.В., Кузнецов И.Д. Иглистый ихтиоз или веррукозный эпидермальный невус (ретроспективный анализ 20-летнего наблюдения). Альманах клинической медицины. 2017;1:62-67.
28. Ефанова Е.Н., Улитина И.В., Иванникова Е.Н., Русак Ю.Э. Врожденный ихтиоз у новорожденного по типу «коллоидный плод». Росс.журн.кож.вен.бол.2015;6:26-28.
29. Жерносек В.Ф., Ламеко Е.В., Почкайло А.С. Наследственный ихтиоз: классификация, клинические проявления, диагностика, лечение. //Учебно-методическое пособие. Минск. 2014.
30. Захарова Е.К., Гетлинг З.М., Вавилов А.М., Мордовцев В.Н. Симптомокомплекс эпидермолитического гиперкератоза при буллезной врожденной ихтиозиформной эритродермии и иглистом ихтиозе. //Вестн.дерматол.2000. №5. С.11-17.
31. Исаева М.С., Абдухамидова З.А., Хусайнов А.А., Дадабаев Р.Д. Врожденный ламеллярный ихтиоз. Паеми Академияи илмхои тибби Тожикистон. 2019;1:102-106.
32. Каплунов К.О. Случай врожденного вульгарного ихтиоза у ребенка на фоне первичного иммунодефицита. Волгоградский научно-медицинский журнал. 2017;2:45-48.
33. Кеннет Л.Джонс. Наследственные синдромы по Дэвиду Смиту: Пер. с англ. Атлас-справочник. Москва: Практика.2011.
34. Ким И.К. Эпидемиология и особенности клинического течения ихтиозиформных генодерматозов в Южном Казахстане. //Автореф.дисс…канд.мед.наук. Алматы. 1995. 20с.
35. Козлова С.И., Демикова Н.С. Наследственные синдромы и медико-генетическое консультирование. Москва. Авторская академия. 2007. 654с.
36. Коколина В.Ф., Картелищев А.В., Альбанова В.И., Родионова Г.М. Технология системной ретинолотерапии в педиатрической практике. Методические рекомендации. Москва. 2007. 44с.
37. Корсунская И.М., Тамразова О.Б. Топикрекм в уходе за детьми с нарушением кератинизации кожи. Росс.Вестн.перинат. и педиатрии. 2006;2:55-57.
38. Кряжева С.С., Галустян А.А. Х-сцепленный рецессивный ихтиоз. Журн.кож.вен.бол. 2010;3:28-31.
39. Кубанова А.А., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. Москва.2009. С.213-217; 248-249.
40. Куклин И.А., Бочкарев Ю.М., Кениксфест Ю.В. Редкий случай ламиллярного ихтиоза. Вестн.дерматол. 2011;2:49-53.
41. Максимов В.Н., Куликов И.В., Семаев С.Е., Максимова Ю.В. Мутации в гене филаггрина у больных вульгарным ихтиозом в популяции Новосибирска. Бюлл сибирской медицины. 2008;1:173-176.
42. Максимов В.Н., Куликов И.В., Семаев С.Е., Максимова Ю.В. Делеция 2282de14 в гене филаггрина в популяции жителей Новосибирска и у больных вульгарным ихтиозом. Медицинская генетика. 2007;6(8):21-23.
43. Максимов В.Н., Куликов И.В., Семаев С.Е., Максимова Ю.В. Мутации в гене филлагрина у больных с вульгарным ихтиозом в популяции Новосибирска. Бюлл сиб медицина. 2008;1:173-176.
44. Маннанов А.М., Клочкова Т.А. Клиническая и иммуногенетическая характеристика детей, больных буллезным эпидермолизом, энтеропатическим акродерматитом и ихтиозом. Педиатрия. 2005;3-4:55-60.
45. Wang WH, Li LF, Zhang Q, Yang SM. Ultrastructural features of ichthyosis histrix strongly resembling Lambert type. Brit.J.Dermatol. 2007;156:1027-1031.
46. Wells R.S., Kerr C.B. Genetic classification of ichthyosis. Arch.Dermatol. 1965;92:1-6.

47. Williams M.L., Elais P.M. Heterogenecity in autosomal recessive ichthyosis. Clinical and biochemical differrentationin in lamellar ichthyosis and nonbullous congenital ichthyosiform erythroderma. Arch Dermatol.1985;121:477-488.
48. Wu J, Hong L, Chen TX. Clinical manifestation of hyper IgE syndrome including otitis media. Curr Allergy Asthma Rep. 2018;18(10):51.
49. Wu PC, Dal YX, Li CL, Chen CC. Dupilumab in the treatment of genodermatosis: a systematic review. J Dtsch Dermatol Ges. 2023;21(1):7-17.
50. Yusuf SM, Mijinyawa MS, Maiyaki MB, Mohammed AZ. Ichthyosis histrix Curth-Macklin type in an African girl. Int.J.Dermatol. 2009;48:1343-1345.
51. Zaki T, Choate K. Recent advances in understanding inherited disorders of keratinization. Version 1. F1000Res. 2018;7:F1000 Faculty Rev-919.

https://academic.oup.com/bjd/article/180/2/272/6601663

https://www.researchgate.net/publication/320238352_S1_guidelines_for_the_diagnosis_and_treatment_of_ichthyoses_-_update#:~:text=Ichthyoses%20are%20a%20group%20of,The

https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/orphan-designations/eu-3-03-144

https://diseases.medelement.com/disease/ихтиоз-рекомендации-рф/15226

https://ojrd.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13023-022-02430-6

Ixtioz kasalligining menejmenti bo‘yicha amaliy ko‘nikmalarining kompetensiyalari (task shifting)

	Amaliyotchi hamshira	**BTSYo Oilaviy shifokor (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Shikoyat va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish qobiliyatini namoyish etish	+*	+	+
Bemordan kasallik anamnezini yig‘ishda ixtioz belgilari haqidagi bilimlarni qo‘llash.		+	+
Teri-tanosil kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarning to‘liq tibbiy tarixi		+	+

Ko‘zdan kechirish			
• Teri tekshiruvi: Terining diffuz quruqligi va po‘st tashlashi. Turli shakldagi, zichlikdagi va rangdagi tangachalarning mavjudligi (ixtioz turiga qarab). Kuchli giperkeratoz (mahalliy yoki tarqalgan). Yoriqlar, ayniqsa burmalarda (kaft, oyoq kafti, bo‘g‘imlarda). • Soch va tirnoqlar tekshiruvi: Sochlar: mo‘rt, yupqalashgan, quruq bo‘lishi mumkin. Tirnoqlar: qalinlashishi, sinuvchanligi, distrofik o‘zgarishlar.		+	+
Tashxis qo‘yish			
O‘ziga xos simptomlar va laboratoriya-instrumental tekshiruvlar asosida tashxis qo‘yish		+	+
Asosiy laboratoriya diagnostikasi			
Asosiy laboratoriya tahlillarining maqsadi:		+	+
Umumiy qon tahlili (gemoglobin, gematokrit + leykotsitar formula + EChT)		+	+
Zaxm skrining tekshiruvlari (14 yoshdan katta)			+
Qo‘shimcha laboratoriya diagnostikasi			
Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IHA, Immunoblot IgG va IgM			+
Umumiy siydik tahlili			+
Najasning umumiy tahlili			+
Yashirin qonli axlat			
Biokimyoviy tadqiqotlar majmuasi			+
Umumiy IgE uchun IFA			+
Immunologik tadqiqotlar			
Gistologik tekshiruv			+
C-reaktiv oqsil			+
Revmoproba			+
D vitamini tahlili			+
Elektrolitlarni aniqlash bilan qonning klinik tahlili			+
Gelmintoz tahlili			+
Gormonal tekshiruvlar			+
Xorion gonadotropini			+

Lipid spektri tahlili			+
Allergologik tekshiruvlar			+
IFA, IXLA va IFlA usullari bilan antitanalarni tekshirish -diagnostika			+
Infeksiyalarni IFA, IXLA, IFlA va PZR usulida tekshirish			+
Ichak mikrobiotasini aniqlash			+
Teri mikrobiomasi holatini baholash			+
Organizm biosubstratlarining mikologik tadqiqotlari			+
Qo‘shimcha instrumental tadqiqotlar			
Korneometriya			+
Ichki organlarning ultratovush tekshiruvi			+
Uzun naysimon suyaklar rentgenografiyasi			+
Davolash			
Dori-darmonsiz davolashni tayinlash vakolati (35-bet)		+	+
Dori-darmonlarni tayinlash kompetensiyasi (19-35-betlar)			+

Profilaktika			
Xulq-atvorni yaxshilash va sog‘lom turmush tarzini targ‘ib qilish bo‘yicha kompetensiyalar	+	+	+
Dori-darmonlar bilan davolashga rioya qilishni yaxshilash bo‘yicha kompetensiyalar			+

Asosiy tor mutaxassis - dermatovenerolog.
*Bu kompetensiyalarga hamshiralarni tayyorlash orqali erishish mumkin.

Ixtiozning menejmenti bo‘yicha bilim kompetensiyalari

	Amaliyotchi hamshira	**BTSYo Oilaviy shifokor (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Ixtioz tavsifi		+	+
Shikoyatlarning simptomatik tavsifi		+	+
Patofiziologik mexanizmlar tavsifi		+	+
Ixtiozning etiologiyasi, belgilari va tekshiruvlari (asosiy laborator-instrumental tekshiruvlar) asosida tashxis qo‘yishga yondashuvni yaratish.		+	+
Asosiy tahlillarni talqin qilish		+	+
Ixtiozni davolashga yondashuvni shakllantirish		+	+
Ixtiozning dori-darmonsiz terapiyasini tavsiflang		+	+
Ixtiozning medikamentoz terapiyasini aytib bering.		+	+
Ixtiozda qo‘llaniladigan turli preparatlarning ta'sir mexanizmi, ko‘rsatmalari va nojo‘ya ta'sirlarini muhokama qiling.		+	+
Davolash doirasida ixtioz rivojlanishining patofiziologik mexanizmlarini muhokama qiling.		+	+

Asosiy tor mutaxassis – dermatovenerolog shifokori hisoblanadi.