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

"EShAKEM"
NOZOLOGIYASI BO‘YIChA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOShKENT 2025



"TASDIQLAYMAN"
O'zR RIDV va KIATM DM
direktori
Sobirov U.Yu.

"____" _____ 2025 yil

"ESHAKEM" NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

"EShAKEM" NOZOLOGIYASI BO‘YIChA TAShXISLASh VA DAVOLASh MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent 2025

1. Kirish

ICD-10/11 kodlari:

L50.0	Allergik eshakem
L50.1	Idiopatik eshakem
L50.2	Past yoki yuqori harorat ta'siridan kelib chiqqan eshakem
L50.3	Dermatografik eshakem
L50.4	Vibrasiya ta'sirida kelib chiqqan eshakem
L50.5	Xolinergik eshakem
L50.6	Kontakt eshakem
L50.8	Boshqa turdagi eshakem: • surunkali • davriy takrorlanuvchi
L50.9	Aniqlanmagan eshakem
L50.0	https://mkb-10.com/index.php?pid=11175

EB00	Tasodifan kelib chiqqan eshakem
EB01	Induksiyalangan eshakem va angionevrotik shish
EB02	Xolinergik eshakem va unga tegishli holatlar
EB03	Eshakem yoki angionevrotik shish bilan bog‘liq sindromlar
EB04	Idiopatik angionevrotik shish
EB05	Aniqlanmagan eshakem turi
	МКБ-11 для ведения статистики смертности и заболеваемости

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025, ko‘rib chiqish sanasi 2028 yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

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

Quyidagilar klinik protokol va standartni ishlab chiqishga yordam berdi:
Jarayonni tashkil etish bo‘yicha dermatovenerologiya sohasidagi ishchi guruh a'zolari:

1.	Sobirov U.Yu.	O‘zR SSV RIDV va KIATM direktori, t.f.d.	RIDV va KIATM
2.	Mullaxonov J.B.	O‘zR SSV RIDV va KIATM konsultativ poliklinika mudiri, t.f.d.	RIDV va KIATM
3.	Parpiev B.R.	Ilmiy xodim O‘zR SSV RIDV va KIATM	RIDV va KIATM

Taqrizchilar:

1. Tibbiyot fanlari doktori, professor, “Astana tibbiyot universiteti” AJning immunologiya kursi bilan birga dermatovenerologiya kafedrasi mudiri, “Qozog‘iston dermatovenerologlar va dermatokosmetologlar assosiasiyasi” uyushmasi prezidenti.;
2. Mavlyanova Shaxnoza Zakirovna –tibbiet fandari doktori, professor, dermatologiya o‘rganish ilmiy laboratoriya mudiri.

Texnik ekspert baholash va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – t.f.d., direktorning davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari, RIDVvaKIATM klinikasi bosh shifokori;
2. Djalilov Dilshod Sayfullaevich – t.f.n., O‘zR SSV RIDV va KIATM ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari.

Mazkur klinik protokol va standart 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. Djumaeva va etakchi mutaxassisi N.Raximovalar tomonidan mutaxassislarining tashkiliy va uslubiy ko‘magida ishlab chiqilgan.

Muhokama bayonnomasidan ko‘chirma sanasi va raqami: Ilmiy kengashning 06.02.2025 yildagi 1-son bayonnomasidan ko‘chirma O‘zR SSV RIDV va KIATM

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatovenerologlar; dermatokosmetologlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pediatrlar;
4. Laboratoriya shifokorlari;
5. Allergologlar;
6. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
7. Klinik farmakologlar;
8. Tibbiyot oliy o‘quv yurtlarining talabalari, klinik ordinatorlari, magistrantlari, doktorantlari, o‘qituvchilari;
9. Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a'zolari va g‘amxo‘rlari.

Ushbu protokol sog‘liqni saqlash amaliyotida eshakem diagnostikasi va davolashning zamonaviy usullarini joriy etish uchun asosdir.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi: Eshakem bilan og‘rigan bemorlar tekshiruvdan o‘tkaziladi.

Dalillarga asoslangan tibbiyotga asoslangan dalillar darajasi shkalasi.
Diagnostika usullari (diagnostik aralashuv) uchun dalillar darajasini baholash shkalasi

DID	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 va 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, terapevtik va reabilitasiya tadbirlari uchun dalillar darajasini baholash shkalasi

DID	Sharhi
1	Meta-tahlil yordamida RKSlarni tizimli ko‘rib chiqish
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 (klinika oldi tadqiqotlar) yoki mutaxassislar fikri mavjud.

Profilaktik, diagnostik, terapevtik va reabilitasiya tadbirlari bo‘yicha tavsiyalar uchun dalillar darajasini baholash shkalasi

TID	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 yoki ularning natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas).
C	Kuchsiz tavsiya (zarur 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

"EShAKEM" NOZOLOGIYASI BO‘YIChA TAShXISLASh VA DAVOLASh MILLIY KLINIK PROTOKOLI ……4

"EShAKEM" NOZOLOGIYASI BO‘YIChA TIBBIY ARALAShUVLAR MILLIY KLINIK PROTOKOLI……..36

"EShAKEM" NOZOLOGIYaSI BO‘YIChA PROFILAKTIKA VA REABILITASIYa MILLIY KLINIK PROTOKOLI …….……40

Qisqartmalar ro‘yxati

XNN	xalqaro nodavlat nomi
mg	milligramm
ml	mililitr

ALT	alanin aminotransferaza
AST	aspartat aminotransferaza
RKS	randomlangan klinik sinov
ANI	angionevrotik shish
NYaQD	nosteroid yallig‘lanishga qarshi dorilar
AAF	antigiotenzinga aylantiruvchi ferment
BTY	birlamchi tibbiy yordam
OTB	oilaviy tibbiy poliklinika
TTKD	teri-tanosil kasalliklari dispanseri

Asosiy qism.

Kirish

O‘tkir eshakemning tarqalishi 20% [11], bolalar orasida – 2,1 - 6,7% [12], ammo bolalarda o‘tkir eshakem kattalarga qaraganda tez-tez uchraydi. Surunkali spontan eshakem (CSE) aholining 0,5-5% ida uchrab, ayollar erkaklarga qaraganda ko‘proq kasal bo‘ladi [13]. Tizimli tahlil va meta-tahlillarga ko‘ra, kattalardagi surunkali eshakem umumiy populyasiyada mos ravishda 0,7 va 1,4% ni, 15 yoshgacha bo‘lgan bolalarda esa 1,1% ni tashkil etadi [14-18].

Ta'rif

Eshakem – terida (kamroq hollarda shilliq qavatlarda) turli o‘lchamdagi va shakldagi cheklangan eritematoz yoki qichishish bilan kechuvchi qavarchiqli toshmalar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadigan, ular yo‘qolganidan keyin hech qanday iz qoldirmaydigan, qichishish bilan birga keladigan teri kasalligidir. Eshakem angionevrotik shish bilan birga kechishi mumkin.

Tasniflash

Eshakemning klinik tasnifi:

Kechishi bo‘yicha:

- o‘tkir (6 haftagacha);
- surunkali.

Moyillik bo‘yicha:

- irsiy;
- orttirilgan

Yoshi bo‘yicha:

- bolalardagi;
- kattalardagi eshakem.

Klinik va patogenetik turlari bo‘yicha:

- allergik tur;
- psevdo-allergik tur.

Krapivnisa: Sindrom ili nozologicheskaya edinisa. Krapivnisa: sovremennie dannie o patogeneze, klassifikasii i terapii

Etiologik omil bo‘yicha:

TIPI	KIChIK TIPI	QO‘ZG‘ATUVChI OMIL
SPONTAN	O‘tkir spontan Surunkali spontan	Davomiyligi <6 hafta. Davomiyligi > 6 hafta.
FIZIK	Sovuq bilan kontakt Kechiktirilgan bosim ta'siridagi eshakem Termal kontakt Quyosh eshakemi Dermografik eshakem Vibrasiyali eshakem / angioshish	Sovuq narsalar, shamol, suyuqlik Mahalliy bosim (og‘irlik, zichlik, kiyim), 3-12 soatdan keyin sodir bo‘ladi Chegaralangan issiqlik ta'siri UB va / yoki ko‘rinadigan yorug‘lik Mexanik, tirnalishdan so‘ng, 1-5 daqiqadan so‘ng paydo bo‘ladi Tebranish
MAXSUS TURI	Aqvagen eshakem Xolinergik eshakem Kontakt eshakem Jismoniy faoliyat bilan chaqiriladigan anafilaksiya / eshakem	Suv Tana haroratining oshishi Teriga eshakem chaqiruvchi moddalar bilan ta'sir qilish Jismoniy faollik

Kasallikning klinik ko‘rinishi

Kechish tabiatiga qarab, oddiy eshakem o‘tkir va surunkali turlariga bo‘linadi.

O‘tkir eshakem bir yoki bir nechta qo‘zg‘atuvchi omillar ta'sirida 6 haftadan kam davom etadigan to‘satdan paydo bo‘lgan (har biri 24 soatdan ko‘p bo‘lmagan) shish paydo bo‘lishi deb ta'riflanadi.

Surunkali eshakem - bu ma'lum yoki noma'lum sabablarga ko‘ra yuzaga kelgan, har kuni yoki deyarli har kuni 6 haftadan ko‘proq vaqt davomida paydo bo‘ladigan, har biri 24 soatdan oshmaydigan holat.

O‘tkir eshakem ko‘p hollarda bemorning hayotidagi yagona epizod bo‘lib qoladi.

Surunkali eshakem uchun progressiv yomonlashuvsiz to‘lqinsimon kechish xos. Adabiyotlardagi ma'lumotlarga ko‘ra, kattalar va bolalarda surunkali spontan eshakemning davomiyligi sezilarli darajada farq qilmaydi. Bemorlarning 10-30%ida bir yil ichida, 30-50%ida 3 yil ichida, 40-70%ida 5 yildan keyin remissiya kuzatiladi [20]. Surunkali eshakem bemorlarning 70% dan ko‘prog‘ida bir yil va 14%ida 5 yildan ortiq davom etadi. Yondosh angioshish kuzatilishi kasallikning davomiyligi bilan bog‘liq.

Spontan (idiopatik) eshakem surunkali eshakemning eng keng tarqalgan klinik turi hisoblanadi. Bu klinik jihatdan xarakterli lokalizasiyaga ega bo‘lmagan va qichishish bilan birga bo‘lgan qavarchiqlar bilan namoyon bo‘ladi, kam hollarda – qizish bezovta qiladi. Qavarchiqlar kiyim yoki tana a'zolarining bir-biriga eng ko‘p ishqalanadigan joylarida (dumba, bel, elkalar, sonlar) birlashishi mumkin.

Yuzda elementlar teri sathidan koʻtarilmasligi mumkin.

Ba'zi hollarda toshma deyarli butun terini qoplaydi va tana haroratining oshishi bilan birga kechishi mumkin. Qavarchiqlar dastlab dermadagi qon tomirlarning yuzaki tarmogʻining mahalliy kengayishi tufayli och pushti rangga ega boʻlib, keyin biriktiruvchi toʻqimalarda shish kuchayishi va mayda tomirlar tarmogʻi siqilganligi sababli (koʻpincha bolalarda) oq rangga kirishi mumkin. Shishning kamayishi bilan qavarchiqlar asta-sekin pushti rangga ega boʻlib, keyin izsiz yoʻqoladi.

Shunday qilib, quyidagi belgilar eshakem qavarchiqlariga xosdir: deyarli har doim eritema bilan oʻralgan turli oʻlchamdagi markaziy shish; qichishish, ba'zida qizish hissi; qaytuvchanlik (1-24 soat ichida izsiz yoʻqoladi).

Eshakem uchun alohida holat angioshishdir (oldingi atamalar: angioedema, Kvinke shishi, cheklangan angionevrotik shish, gigant eshakem). Kasallik tez rivojlanayotgan, odatda cheklangan, terining yoki shilliq qavatning chuqur shishi bilan tavsiflanadi. Angioshish sohasidagi teri rangi oqarib ketgan, teri palpasiyada qattiq, shish sohasida tarang va shish sohasida barmoq bilan bosilganda chuqurchalar hosil boʻlmaydi. Angioshish koʻpincha terining bir sohasida, asosan assimetrik tarzda rivojlanadi. Angioshishni eshakemdan ajratib turadigan muhim klinik alomati bu qichishishning yoʻqligi hisoblanadi. Bemorlarni odatda tortishish hissi, kam xollarda shish bor joyda ogʻriq bezovta qiladi. Jarayon asosan boʻshashgan teri osti yogʻ toʻqimalariga ega boʻlgan yuqori elastik toʻqimalarni oʻz ichiga oladi - koʻz qovoqlari, lablar, yonoqlar, tuxum xaltachasi, sunnat terisi, kam xollarda - oyoq-qoʻllar, qorin, shuningdek ogʻiz boʻshligʻi, til, halqum shilliq pardalari.

Bunday holda, klinik belgilar shishning lokalizasiyasi bilan belgilanadi. Burun shilliq qavatining shishi bilan aksi urish va burun orqali nafas olish qiyinlashishi mumkin. Lablar va til zararlanganda, ularning hajmining keskin assimetrik kattalashishi qayd etiladi va nutq buziladi. Ogʻiz boʻshligʻida shish paydo boʻlganda, ovozning xirillashi, afoniyagacha, ovoz paychalarining shishishi natijasida paydo boʻladi, keyin esa nafas olish qiyinlashadi.

Angioshish bir necha soat, ba'zi hollarda 72 soatgacha davom etishi mumkin. Residivlar koʻpincha bir xil anatomik sohalarda kuzatiladi.

Shunday qilib, angioshish quyidagi belgilar bilan tavsiflanadi: dermaning chuqur qatlamlari, teri osti toʻqimalari va shilliq osti qatlamining tez rivojlanayotgan shishi; qichishishdan koʻra tortishish va ogʻriq hissi; eritemaning kuzatilmasligi; 72 soat ichida zararlanish oʻchogʻining yoʻqolishi.

3. Diagnostika usullari, yondashvlari va tartiblari

Aktualnie voprosi differensialnoy diagnostiki krapivnisi uMEDp

Diagnostika mezonlari

Tashxis / holatni belgilash me'zonlari: eshakem diagnostikasi kasallkka mos shikoyatlarga, klinik koʻrinishlarga va tashxisni laboratoriya yordamida tasdiqlanishiga asoslanadi.

Shikoyat va anamnez:

Shikoyatlar:

- shishgan, yorqin qizil rangdagi qavarchiqli toshmalarning toʻsatdan paydo boʻlishi, teri sathidan koʻtarilib turishi, katta, notoʻgʻri shaklli pilakchalarga birlashishi, elementlarning bir qismi chegaralangan boʻlib qoladi (oʻtkir eshakemda);
- izsiz yoʻqolib ketadigan qavarchiqlar (ba'zan bir necha daqiqadan soʻng);

- papulalar (surunkali eshakemda);
- terining va teri osti yog‘ qavatining cheklangan shishishi to‘satdan paydo bo‘lishi (Kvinke shishi);
- to‘satdan qichishish, qizish, titroq yoki issiqlik hissi, bo‘g‘ilish;
- umumiy holatning buzilishi: isitma (eshakem isitmasi);
- xirillash, nafas qisilishi;
- nevrotik reaksiyalar, dispepsiya.

Anamnezdan:

- teridagi toshmalar toshishidan avval ta'sir ko‘rsatadigan qo‘zg‘atuvchi harakatlar:
  - dori-darmonlarni qabul qilish (NYaQDlar, AAF ingibitorlari, antibakterial preparatlar va boshqalar);
  - oziq-ovqat mahsulotlarini iste'mol qilish (sitrus mevalar, shokolad, yong‘oqlar, tuxumlar va boshqalar), oziq-ovqat qo‘shimchalari (glutamatlar, rang beruvchilar, stabilizatorlar, konservantlar);
  - kimyoviy moddalar, yuqori/past haroratlar, ishqalanish, bosim, UB nurlari, aspirator triggerlar (uy changi, hayvonlarning tuklari, o‘simliklar gulchanglari) va boshqalar ta'siri;
  - surunkali va yuqumli kasalliklar mavjudligi (zo‘rayishi) (oshqozon-ichak trakti kasalliklari (o‘t yo‘llari diskineziyasi, surunkali gastrit va Helicobacter pilori bilan bog‘liq oshqozon yarasi va boshqalar), endokrin patologiya (qandli diabet, autoimmun tiroidit va boshqalar), gelmintlar, fokal infeksiya o‘choqlari, virusli gepatit, onkologik kasalliklar (leykoz, Hojkin va Hojkin bo‘lmagan limfomalar shu jumladan), diffuz biriktiruvchi to‘qima kasalliklari (tizimli qizil yuguruk, dermatomiozit), krioglobulinemiya, patologik homiladorlik, menopauza);
- ilgari kuzatilgan Kvinke shishi, eshakem epizodlari mavjudligi;
- uy kimyoviy moddalariga, dori-darmonlarga, o‘simlik va hayvonlardan olingan oziq-ovqat mahsulotlariga, kosmetika va boshqalarga nisbatan yuqori sezuvchanlik (turli shakllarda allergik reaksiyalar).

Fizikal tekshiruv:

Efemer ekssudativ bo‘shliqsiz elementlar/qavarchiqlar:

- shishgan, zich, yorqin pushti;
- teri yuzasidan ko‘tarilib turadigan;
- har xil o‘lchamli (diametri 0,5 dan 10-15 sm gacha);
- har xil shaklda (yumaloq, noaniq qirrali va boshqalar);
- ko‘pincha markazda rangparlik zonasi bilan.

Terining cheklangan shishishi (gigant eshakem, o‘tkir cheklangan Kvinke shishi):

- shilliq pardalar (til, halqum, ko‘z kon'yunktivasi, burun, tomoq), yuz (lablar, yonoqlar, qovoqlar va boshqalar) va / yoki jinsiy a'zolar;
- teri va shilliq pardalar zich va elastik konsistensiyaga ega bo‘lib, oq, kamroq pushti rangga ega, sub'ektiv hislarsiz.

Laboratoriya tadqiqotlari

- Umumiy qon tekshiruvi: eozinofiliya

- Sifilis uchun skrining testlar: RMP, RPR, KSR
- Qondagi umumiy IgE va qon zardobidagi sababchi allergenlarga xos IgE darajasini o‘rganish
- Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG va IgM
- Umumiy siydik tahlili
- Umumiy axlat tahlili
- Qon biokimyoviy tahlili
- Immunologik tadqiqotlar
- IFA, IXLA, IFlA va PZR diagnostikasi bo‘yicha antitanachalarni tekshirish
- Allergik testlar
  - Immunobloting allergotestlar Polycheck Allergy
  - ALEX testi (molekulyar allergodiagnostika)
- Molekulyar genetik tadqiqotlar
- Teri biopsiyasi: atipik toshmalar uchun, differensial diagnostika maqsadida.
- C-reaktiv oqsil
- D vitamini uchun qon tahlili
- Inkor etuvchi/tasdiqlaovchi testlar:
  - yuqumli kasalliklar (masalan Helicobacter pilori, streptokokklar, stafilokokklar, Giardia lamblia, Mycoplasma pneumoniae, virusli gepatitlar va boshqalar);
  - parazitlar invaziyasi;
  - qalqonsimon bez patologiyalari - qalqonsimon bez gormonlari va qalqonsimon bez tuzilmalariga antitelolar darajasini aniqlash.
- Inkor etuvchi/tasdiqlash testlari:
  - fizikal eshakem,
  - dori vositalari bilan bog‘liqlik.
  - oziq-ovqat allergenlari bilan bog‘liqlik;
- autologik zardob bilan tekshiruv;
- triptazani aniqlash;
- D-dimerni aniqlash;
- antinuklear antitanachalrani aniqlash;
- komplement tizimining C3, C4, C1 ingibitori komponentlarini aniqlash;
- koagulyasion omil XIIni aniqlash;
- oqsil fraksiyalarini tahlil qilish;
- Seliakiya kasalligiga tahlil.

Instrumental tadqiqotlar:

- **Allergenlar bilan skarifikasiya testlari**: ayrim allergenlar uchun ijobiy natijalar.
- **Dermatoskopiya:** vaqtinchalik kengaygan, gorizontal yo‘naltirilgan dermal kapillyarlarga mos keladigan chiziqli tomirlarning tartibsiz tarmog‘i. Nuqtasimon kengaygan tomirlar kuzatilishi mumkin. Tomirlar markaziy tuzilmasiz zonani o‘rab olishi mumkin - shish maydoni. Dermatoskop bilan bosilganda, tomirlar yo‘qoladi.
- Ichki organlarning ultratovush tekshiruvi

Mutaxassis maslahati uchun ko‘rsatmalar

- terapevt, pediatr maslahati - agar yondosh kasalliklar mavjud bo‘lsa.
- allergolog maslahati
- immunolog maslahati

Differensial diagnostika:

Eshakem asosiy klinik va laboratoriya differensial diagnostik belgilari

Me'zonlar	Eshakem	Eshakemli vaskulit	Toksikodermiya	Dyuringnig gerpitiform dermatiti
Toshmalarning o‘ziga xos xususiyatlari	Shishgan, zich, yorqin pushti rangdagi, teri sathidan ko‘tarilgan, har xil o‘lchamdagi qavarchiqlar (diametri 0,5 dan 10-15 sm gacha) va shakli (yumaloq, katta noaniq qirrali va boshqalar), ko‘pincha markazda rangpar zona mavjud	Teri qatlaminig har xil joylarida har xil o‘lchamdagi qavarchiqlar,	Polimor, ko‘pincha simmetrik toshma elementlari eritematoz-skvamoz vezikulyoz va bullyoz teri va shilliq qavat toshmalari	Polimorf qavarchiq elementlari, pufakchalar va pufaklar aniqlanadi
Jarayonning borishi	Pufakchalar (ba'zan bir necha daqiqadan so‘ng) izsiz yo‘qoladi; tugunchalar (surunkali eshakemda) kundan ortiq davom etishi mumkin	Toshma odatda 1-3 kundan ortiq va undan ko‘p saqlanib turadi	Tibbiy muolajasiz toshma saqlanib turadi va generalizasiyalanishga moyil.	Jarayon davolashsiz tananing boshqa sohalarida yangi elementlarning paydo bo‘lishi bilan kechadi
Qichishishning intensivligi	ifodalangan qichishish, qizish	Ko‘pincha bemorlar qichishishdan ko‘ra og‘riqqa ko‘proq shikoyat qiladilar	ifodalangan	ifodalangan
Bemorlarning umumiy holati	Umumiy holatning buzilishi: titroq, artralgiya, bo‘g‘ilish; ovoz xirillashi, nafas qisilishi, isitma (eshakemli isitma).	Umumiy holatning buzilishi: artralgiya, qorin og‘rig‘i, tana harorati ortishi.	Umumiy buzilish: artralgiya, tana haroratining ko‘tarilishi, Dispeptik buzilishlar	Umumiy holatning buzilishi: artralgiya, tana haroratining oshishi.

Laborator ko‘rsatkichlar	eozinofiliya; qon zardobida IgEning oshishi.	EChT ortishi, immunoglobulinlar nisbati o‘zgarishi, komplement gemolitik faolligi	EChT 15 dan 40 mm/soatgacha ko‘tarilishi; Og‘irlik darajasiga qarab, eozinofiliya 10 dan 40% gacha bo‘ladi.	Qonda va pufak suyuqligida 10-30% gacha eozinofiliya, hamda yod preparatlariga yuqori sezuvchanlik.

Davolash, shu jumladan medikamentoz va nomedikamentoz davolash, parhez terapiyasi, og‘riqni yo‘qotish, tibbiy ko‘rsatmalar va davolash usullaridan foydalanishga qarshi ko‘rsatmalar

Sovremennie podxodi k lecheniyu xronicheskoy krapivnisi uMEDp

Ambulator va stasionar darajada davolash taktikasi:

Nomedikamentoz davolash:

- 1 son rejim (umumiy);
- 7 sonli parxez stoli (obligat oziq-ovqat allergenlar, ekstraktiv moddalar, alkogol va boshqalarni istisno etish).

Taxmin qilingan yoki aniqlangan ovqat allergeni iste'moldan chiqarilganda, bemor holatida klinik yaxshilanish va simptomlarning sekin asta yo‘qolishi 1–2 kun ichida kuzatiladi.
Eliminasion parhezning 1 oy davomida samara bermasligi, toshmalarning ovqat mahsulotlari bilan bog‘liq emasligidan dalolat beradi.
Toshmalar yo‘qolgandan so‘ng, avval chiqarilgan yoki yangi mahsulotlarni kun oralik bilan, har kuni bittadan qayta parhezga kiritish boshlanadi — to yangi toshmalar paydo bo‘lguncha.

Eliminasion tadbirlarni ta'minlash: turli allergenlar bilan kontaktni istisno qilish maqsadida xonada nam tozalash o‘tkazish lozim.

Fizioterapevtik muolajalar:

S	- Past darajadagi yorug‘lik terapiyasi LLLT - Mahalliy vositalar bilan ultratovush terapiyasi - UVB terapiyasi - mineral tuzlar va dorivor o‘tlar bilan balneoterapiya - remissiya bosqichida - Elektro uyqu - Peloidoterapiya - remissiya bosqichida - Magnit maydoni ta'sirida bosh miya noinvaziv stimulyasiyasi

Medikamentoz davolash:

Davolash maqsadlari:

- klinik simptomlarni to‘liq bartaraf etish;

- kasallikning sub'ektiv ko‘rinishlarini bartaraf etish;
- qaytalanishlarning oldini olish;
- asoratlar rivojlanishining oldini olish.

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

1-jadval

Asosiy dori vositalarining ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100%).

Dori vositalar	**Ko‘rsatmalar**	**Isbotlanganlik darajasi**
Loratadin	tabletkalar 10 mg, flakonli sirop *Qo‘llash tartibi:* peroral kuniga bir mahal, toshma yo‘qolguncha va toshma yo‘qolganidan 4 hafta o‘tgach: • kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarga 1 tabletka - (10 mg) yoki 2 choy qoshiq sirop; • 2 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalar: 1/2 tabletka yoki 1 choy qoshiq sirop.	A **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Setirizin	tabletkalar 10 mg; sirop 5 mg/5 ml; peroral qabul uchun tomchilar 10 mg/1 ml: 20 ml flakon. *Qo‘llash tartibi:* peroral kuniga bir marta, toshma yo‘qolguncha va toshma yo‘qolganidan 4 hafta o‘tgach: • kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalar, 1 tabletka. (10 mg) yoki 20 tomchi; • 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalar: 1 tabletka (10 mg) yoki 20 tomchi (0,25 mg / kg tana vazniga); • 2 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalar: 5 mg (1/2 tabletka yoki 10	A **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**

	tomchi); • 6 oylikdan 2 yoshgacha bo‘lgan bolalar: 2,5 mg (5 tomchi).	
Levosetirizin	tabletkalar 5 mg; tomchilar 5 mg/1 ml; sirop 2,5 mg/5 ml *Qo‘llash tartibi:* peroral kuniga bir mahal, toshma yo‘qolguncha va toshma yo‘qolganidan keyin yana 4 hafta: • kattalar va 6 yoshdan oshgan bolalar: 5 mg tabletkalar. • 6 oydan 12 oygacha bo‘lgan bolalar uchun tomchilar – kuniga 1,25 mg (5 tomchi) x 1 mahal; • 1 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun tomchilar - 1,25 mg (10 tomchi) x kuniga 2 mahal.	A **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Dezloratadin	flakonli sirop 2,5 mg/5 ml, tabletkalar 5 mg *Qo‘llash tartibi:* peroral kuniga bir mahal, toshma yo‘qolguncha va toshma yo‘qolganidan keyin yana 4 hafta: • kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalar: 5 mg yoki 10 ml sirop; • 6 yoshdan 11 yoshgacha bo‘lgan bolalar 5 ml (1 o‘lchash qoshig‘i - 2,5 mg); • 6 oylikdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar: 2,5 ml (1/2 o‘lchash qoshig‘i - 1,25 mg).	A **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**

Feksofenadin	tabletkalar 30, 120, 180 mg, suspenziya 6 mg/ml (30 ml, 300 ml) *Qo'llash tartibi:* toshma yo'qolguncha va yo'qolganidan keyin 4 hafta davomida kuniga bir mahal peroral • kattalar va 12 yoshdan katta bolalar 180 mg; • 6 yoshgacha bo'lgan bolalar 30 mg.	A **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Ebastin	tabletkalar 10-20 mg *Qo'llash tartibi:* peroral kuniga bir mahal toshma yo'qolguncha va toshma yo'qolganidan keyin yana 4 hafta: • Kattalar va 15 yoshdan oshgan bolalar: kuniga bir mahal 10-20 mg (1/2-1 tabletka). • 12-15 yoshli bolalar uchun: 10 mg (1/2 tabletka) kuniga 1 mahal.	A **Антигистаминные препараты в лечении хронической крапивницы: обзор литературы | #04/14 | «Лечащий врач» – профессиональное медицинское издание для врачей. Научные статьи.**
Klemastin	tabletkalar 1 mg, sirop, 2,0 ml ampulalar *Qo'llash tartibi:* peroral kuniga 1-2 mahal yoki 2 mg mushak ichiga kuniga 2 mahal, № 7-10 kun: • 1 yoshdan 3 yoshgacha bo'lgan bolalar, kuniga 2 mahal 2,0-2,5 ml sirop; • 3-6 yoshdan boshlab - kuniga 2 mahal 5,0 ml (0,5 mg); • 7 yoshdan katta 5,0-10,0 ml (0,5-1,0 mg) kuniga 2 mahal	C **Место антигистаминных препаратов в алгоритме лечения хронической крапивницы uMEDp**
Difengidramin	ampulalarda inyeksiya eritmasi 1% - 1 ml, 20 mg tabletkalar; 30 mg va 50 mg,	C **Место антигистаминных**

	rektal foydalanish uchun shamlar 5 mg, 1 mg, 15 mg va 20 mg *Qo'llash tartibi:* peroral yoki mushak orasiga 1 ml 1% dan kuniga 1-2 marta: • kattalar uchun 25-50 mg; • bolalar: 1 yoshgacha - 0,002-0,005 g; • 2 yoshdan 5 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - 0,005-0,015 g; • 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bolalar - 0,015-0,2 g. Rektal shamchalar kuniga 1-2 marta tozalovchi huqnadan keyin yoki huqnasiz tozalangan to'g'ri ichakka 7-10 kun davomida kiritiladi. • 3 yoshgacha bo'lgan bolalar 0,005 g dan; • 3 yoshdan 4 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - 0,01 g dan; • 5 yoshdan 7 yoshgacha bo'lgan bolalar uchun - 0,015 g dan; 8-14 yoshdagi bolalar - 0,02 g dan.	**препаратов в алгоритме лечения хронической крапивницы uMEDp**
Xloropiramin	Tabletkalar 25 mg Vena ichiga va mushak orasiga yuborish uchun eritma 20 mg/1 ml: ampula 1 ml Peroral qabul qilinganda kattalar uchun - kuniga 3-4 mahal 25 mg, yoshga qarab bolalar uchun - kuniga 2-3 mahal 6,25-12,5 mg. Kattalar uchun maksimal doza 150 mg / kun. Kattalar uchun mushak orasiga yoki vena ichiga yuborish uchun bir martalik doza 20-40 mg ni tashkil qiladi.	C **Место антигистаминных препаратов в алгоритме лечения хронической крапивницы uMEDp**

Natriy tiosulfat	Vena ichiga yuborish uchun eritma 1,5 g/5 ml Vena ichiga 5-50 ml 30% eritma (intoksikasiya turi va og‘irligiga qarab).	A К вопросу о лечении крапивницы - Бурняшева - Казанский медицинский журнал
Kalsiy glyukonat	Vena ichiga va mushak ichiga yuborish uchun eritma 1 g/10 ml Ko‘rsatkichlarga, ishlatiladigan davolash sxemasiga va bemorning yoshiga qarab, kunlik peroral dozasi 1-3 g ni tashkil qiladi.	A К вопросу о лечении крапивницы - Бурняшева - Казанский медицинский журнал
Klobetazol propionat: 0,05%	kuniga bir mahal mahalliy; 2-4 hafta davomida	(A) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Betametazon dipropionat: 0,1%; 0,05%	kuniga 1-2 mahal mahalliy; 2-4 hafta davomida	(A) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Mometazon furoat: 0,1%	kuniga 1-2 mahal mahalliy; 3-4 hafta davomida	(A) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Triamsinolon asetonid: 0,5%	kuniga 1-2 mahal mahalliy; 3-4 hafta davomida	(A)

		Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Metilprednizolon aseponat: 0,1%	kuniga 1-2 mahal mahalliy; 3-4 hafta davomida	(A) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Fluosinonid: 0,05%	kuniga 1-2 mahal mahalliy; 3-4 hafta davomida	(A) Topical corticosteroids for hives and itch (urticaria): Systematic review and Bayesian meta-analysis of randomized trials - PubMed
Takrolimus	Tashqi foydalanish uchun malham 0,1% Tashqi foydalanish uchun malham 0,03% **Kattalar va 2 yoshdan oshgan bolalar uchun** Takropik terining zararlangan joylariga nozik qatlam qilib surtiladi. Preparat tananing har qanday qismida, shu jumladan yuz va bo‘yinda, teri burmalari sohasida qo‘llanilishi mumkin. Preparatni shilliq qavatlarga yoki okklyuzion bog‘lam ostida qo‘llash mumkin emas.	(A) Крапивница: патогенез, клиника, терапия
Pimekrolimus	Tashqi foydalanish uchun krem 1%. Kuniga 2 mahal zararlangan joyga nozik qatlam qilib surtiladi. Tananing har qanday qismining terisiga, shu jumladan bosh, yuz, bo‘yin, shuningdek, teri burmalari va oyoq-	(A) Крапивница: патогенез, клиника, терапия

	qo‘llarining bukuvchi sohalariga qo‘llaniladi. Shilliq pardalarga qo‘llanmaydi. Okklyuzion bog‘lam ostida qo‘llash o‘rganilmagan va shuning uchun tavsiya etilmaydi.	
Prednizolon	tabletkalar 5 mg, ampulalar 30mg/ml *Qo‘llash tartibi:* peroral, ovqatdan so‘ng, sutkalik dozani 2-3 dozaga bo‘lib, № 5 kun: • kattalar kuniga 40-60 mg; bolalar kuniga 1 mg / kg.	C Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы
Metilprednizolon	tabletkalar 4 mg; 16 mg, ampulalar 20, 40, 125, 250, 500, 1000 mg. *Qo‘llash tartibi:* peroral, ovqatdan so‘ng, sutkalik dozani 2-4 dozaga bo‘lib, № 5 kun: • kattalar - 4 dan 48 mg gacha; • bolalar - 0,42-1,67 mg / kg yoki 12,5-50 mg/m2/kun.	C Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы
Betametazon	ampulalar 1,0 ml mushak ichiga inyeksiya uchun suspenziya *Qo‘llash tartibi:* yonbosh mushakka chuqur inyeksiya ko‘rinishidi, har 7-10 kunda bir mahal: • kattalar (4-8 mg) 1-2 ml; • bolalar: 1 yoshdan 5 yoshgacha - boshlang‘ich doza 2 mg; • 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun 4 mg.	D Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы
Gidrokortizon	m/o 50-300 mgdan 1000-1500 mg/sut gacha dozada, kasallikning og‘irligi va bemor yoshiga qarab doza tanlanadi. Hayot uchun xavfli bo‘lgan o‘tkir holatlarda 100-150 mg har 4 soatda 48	D Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы

	soat mobaynida, so‘ng har 8-12 soatda yuboriladi.	
Deksametazon	tabletkalar 0,5 mg; 1,5 mg, ampulalar 0,4% 1,0 ml *Qo‘llash tartibi:* kuniga 3-4 mahal tomir ichiga yoki ovqatdan keyin peroral; sutkalik dozani 2-3 dozaga bo‘lish bilan, № 5 kun: • kattalar: 4 dan 20 mg gacha yoki kuniga 10-15 mg tabletkalarda; • bolalar: 0,02776 dan 0,16665 mg/kg/kun (yoshiga bog‘liq ravishda) 2,5 – 10 mg/m2 tana maydoniga buyuriladi	D Современные принципы лечения острой и хронической крапивницы
Montelukast	Tabletka, kukun va sirop peroral 4-10 mg	(C) Leukotriene receptor antagonists as add-on therapy to antihistamines for urticaria: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials - ScienceDirect
Zafirlukast	Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalar uchun boshlang‘ich dozasi kuniga 2 mahal 20 mg ni tashkil qiladi. Agar kerak bo‘lsa, dozani ehtiyotkorlik bilan oshirish mumkin. Ushlab turuvchi dozasi kuniga 2 mahal 20 mg ni tashkil qiladi. Maksimal sutkalik doza ikki martalik qabul bilan 80 mg ni tashkil qiladi. Keksa bemorlar va jigar sirrozi bilan kasallangan bemorlar uchun boshlang‘ich doza kuniga ikki mahal 20 mg ni tashkil qiladi; doza bemor umumiy ahvoliga qarab qarab o‘zgartirilishi mumkin.	(C) Leukotriene receptor antagonists as add-on therapy to antihistamines for urticaria: Systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials - ScienceDirect

Eslatma: Dori-darmonlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual belgilanadi. Terini namlovchi vositalar (emolentlar), tibbiy vositalar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar dermatologik bemorlarni davolashda zarur holatlarda qarshi ko‘rsatmalari bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatga ega bo‘lsa qo‘llanilishi mumkin.

Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa va vaqtincha etishmasa, shifokor o‘xshash terapevtik maqsadga ega, lekin turlicha ta'sir mexanizmli preparatni tanlashi mumkin. Dori vositasi klinik vaziyat, bemorning holati va mavjud resurslarga asoslanib amalga oshiriladi

2-jadval

Dori vositalarining ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam).

Dori vositalar	**Ko‘rsatmalar**	**Isbotlanganlik darajasi**
Siklosporin 2,5; 5 mg/kg/kun 10, 25, 50, 100 mg kapsula, 100/1 ml flakon	Siklosporinning boshlang‘ich dozasi 2,5 dan 3 mg/kg 2 mahal qabul qilishga. Og‘ir holatlarda zarurat tug‘ilganida doza maksimal 5mg/kg gacha oshishi mumkin. Ijobiy natijaga erishilganda doza to‘liq to‘xtatish uchun asta-sekinlik bilan kamaytiriladi.	(A) Comparing four immunosuppressive agents for chronic spontaneous urticaria-A network meta-analysis - PubMed
Metotreksat	Infuzion eritma uchun konsentrat 100 mg/ml: 5 ml, 10 ml yoki 50 ml Plyonka bilan qoplangan tabletkalar, 2,5 mg Peroral, m/o, t/o. Dozalash ko‘rsatmalar, kasallik bosqichiga, bemorning yoshiga, gematopoetik tizimning holatiga, o‘smaga qarshi terapiya rejimiga va ishlatiladigan dozalash shakliga qarab individual ravishda belgilanadi. Metotreksat preparatini qo‘llash bo‘yicha ko‘rsatmalarda ko‘rsatmalarga qarab, tegishli dozalash shakllari va metotreksatni yuborish yo‘llarini qo‘llash bo‘yicha ko‘rsatmalarga qat'iy rioya qilish kerak.	(A) 333. [2457. JAMP_Mohamed Ali] 1684-1688.pdf

lignin gidrolizi + laktuloza tabletkalari	Peroral, kuniga 3 mahal 3 yoshdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalar kuniga 3 mahal 1 tabletkadan ichishadi; va 2 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalar kuniga 3 mahal 1/2 tabletkadan ichishadi. Davolash kursi 2 hafta davom etadi.	(C) [The use of the enterosorbent polifepan in the combined treatment of patients with dermatoses] - PubMed
faollashtirilgan glaukonit 300 mg peroral	Kattalar uchun 1 kapsula Kuniga 3 mahal ovqat paytida (kunlik dozasi 1,8 g). Kapsula xona haroratidagi suv bilan ichiladi. Qabul qilish muddati 30 kun. 8 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga kuniga bir mahal 1 kapsuladan, 13 yoshdan 18 yoshgacha - kuniga 2 mahal 1 kapsuladan 7-10 kun davomida ovqatdan 30 daqiqa oldin yoki ovqatdan 1 soat keyin buyuriladi. O‘tkir kasalliklarni davolash kursi 5 kun, allergiya va surunkali kasalliklar uchun - 10 kungacha. Takroriy kurs - shifokor tavsiyasiga binoan 2 haftadan so‘ng.	(C) [The use of the enterosorbent polifepan in the combined treatment of patients with dermatoses] - PubMed
Natriy laktat, sorbitol, natriy xlorid, kalsiy xlorid, magniy xlorid 100-200-250-400-500 ml	6 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun 10 ml / kg dozada, 6 yoshdan 12 yoshgacha, kattalar uchun ruxsat etilgan dozaning yarmi, 12 yoshdan oshgan bolalar uchun doza kattalar dozasiga to‘g‘ri keladi.	(C) Management and treatment of chronic urticaria (CU) - PubMed
Omalizumab	Flakonli eritma *Qo‘llash tartibi:* Har 4 haftada teri ostiga 300 mg	A https://rusalljournal.ru/raj/article/view/1359/ru_RU
Ligelizumab	Shishalardagi eritma	A

	Qo'llash tartibi: teri ostiga har to'rt haftada 20 hafta davomida	Исследователи - лигелизумаб безопасно и эффективно лечит крапивницу **Chronic urticaria: new management options - PMC**
Foliy kislotasi	Metotreksat qabul qilinganidan keyin 12-48 soatdan so'ng foliy kislotasini qabul qilish tavsiya etiladi. Optimal - metotreksatning haftalik dozasidan 24 soat o'tgach. Foliy kislotaning dozasi haftasiga kamida 5 mg bo'lishi kerak.	(B) Low B12 levels in chronic idiopathic urticaria - PubMed
Alfa lipoy kislota	v/i tomchilab kattalarga 600mg/sutka kamida 30 daqiqa davomida. Peroral kattalar va 14 yoshdan katta bolalar uchun 1 kapsuladan 1 mahal ovqatdan oldin. Qabul qilish davomiyligi kamida 1 oy.	(C) Липоевая кислота: физиологическая роль и перспективы клинического применения
Glutation	m/o, v/i sekinlik bilan (2-3 daqiqa) yoki infuziya ko'rinishida 600mg/sutka yoki 1200mg/ kunora. Peroral 250mg/sutka, til ostida sekin shimish uchun. Qabul qilish davomiyligi 2-3 oy, bir yil davomida 2-3 marotaba takrorlash mumkin.	(C) Chronic urticaria exacerbated by the antioxidant food preservatives, butylated hydroxyanisole (BHA) and butylated hydroxytoluene (BHT) - PubMed
Askorbin kislotasi	Peroral, m/o, v/i 250-1000 mg / kun	(C) ADDITION OF VITAMIN C YIELDING IMPROVEMENT IN REFRACTORY CHRONIC SPONTANEOUS URTICARIA - ScienceDirect
Sianokobalamin (vitamin V12)	m/o yoki v/i 1mg dan har kuni 1-2 hafta mobaynida, ushlab turuvchi doza 1-2mg m/o yoki v/i haftasiga 1 marotabadan bir	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/

	oyda 1 marotabagacha	
Piridoksin gidroxloridi (vitamin V6)	m/o, preparat dozasi individual tarzda 1-2 mg/kg/ sutka hisobida tayinlanadi. Davolash davomiyligi 2 hafta	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
Riboflavin mononukleotid (vitamin V2)	Peroral: kattalar - kuniga 5-10 mg; bolalar - kuniga bir mahal 2-5 mg. Davolashning davomiyligi - 1-1,5 oy. m/o: 1 ml 1% eritma (0,1 g) kuniga bir mahal 10-15 kun (bolalar uchun - 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 marta; davolash kursi - 15-20 inyeksiya.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
Tiamin gidroxloridi (vitamin V1)	m/o (chuqur mushak ichiga yuboriladi) Preparatni yuborishda kichik dozalar bilan (5% eritmadan 0,5 ml dan ko‘p bo‘lmagan miqdorda) boshlash tavsiya etiladi. Faqat yaxshi o‘zlashtirilgandan so‘ng dozani oshirishga o‘tish mumkin. Kattalarga: tiamin gidroxlorid 25–50 mg (5% eritmadan 0,5–1 ml) kuniga 1 marta, har kuni yuboriladi. Bolalarga: 12,5 mg (5% eritmadan 0,25 ml) kuniga 1 marta yuboriladi. Davolash kursi 10-30 ineksiyani tashkil etadi.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
Xolekalsiferol	D vitamini etishmovchiligi korreksiyasi (25(OH)D darajasi < 20 ng/ml): -Haftasiga 1 marta 50 000 XB — 8 hafta	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/

	davomida, peroral -Har oyda 1 marta 200 000 XB — 2 oy davomida, peroral -Har oyda 1 marta 150 000 XB — 3 oy davomida, peroral -Har kuni 6000–8000 XB — 8 hafta davomida, peroral. D vitamini defisiti korreksiyasi (25(OH)D darajasi ≥ 20 va < 30 ng/ml): -Haftasiga 1 marta 50 000 XB — 4 hafta davomida, peroral -1 marotaba 200 000 XB — og‘iz orqali -1 marta 150 000 XB — peroral -Har kuni 6000–8000 XBT— 4 hafta davomida, peroral D vitamini darajasini ≥ 30 ng/ml darajada ushlab turish: Har kuni 1000–2000 XB — peroral -Haftasiga 1 marta 6000–14 000 XB — peroral	
Essensial fosfolipidlar	v/i, sekinlik bilan 1-2 ampula (5-10 ml), preparat qon bilan 1:1 nisbati bilan suyultiriladi. Agar suyultirish qo‘shimcha kerak bo‘lsa, faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasi infuzion qo‘llash mumkin. Peroral: 12 yoshdan katta va tana og‘irligi 43 kg dan ortiq bo‘lgan	C Integrative lipidomic features identify plasma lipid signatures in chronic urticaria - PMC

	o‘spirinlar hamda kattalar uchun ovqat paytida kuniga 3 marta 2 kapsula qabul qilish tavsiya etiladi.	
Oksimatrin	M/o kuniga 1 mahal 600 mg v/i 600 mg ni 100–250 ml 5% glyukoza eritmasi yoki 0,9% natriy xlorid eritmasida eritib, tomchilatib yuborish kerak, soatiga 60 tomchi tezlikda, kuniga 1 mahal. Peroral — kuniga 3 marta, har biri 2 kapsula (0,2 g oksimatrin). Zarurat bo‘lsa, kunlik dozani 3 kapsulaga uch marta oshirish mumkin (ya'ni 0,3 g oksimatrin).	C The exploration of the potential mechanism of oxymatrine-mediated antipruritic effect based on network pharmacology and weighted gene co-expression network analysis - PMC
Antral	Peroral, ovqatdan keyin kuniga 3 mahal Kattalar va 10 yoshdan katta bolalar uchun – har bir qabulda 200 mg 4–10 yoshdagi bolalar uchun – har bir qabulda 100 mg	C Urticaria and hepatitis - PubMed
Doksepin	Peroral. O‘rtacha darajadagi depressiya va / yoki xavotir depressiyasi uchun boshlang‘ich doza kuniga 75 mg ni tashkil qiladi. Keyinchalik, samarali doza individual ravishda tanlanadi, odatda kuniga 75-150 mg. Doza asta-sekinlik bilan oshirib boriladi. Og‘ir ruhiy tushkunlik va / yoki tashvish uchun samarali doza kuniga 300 mg ga etishi	C Chronic urticaria: new management options | World Allergy Organization Journal | Full Text

	mumkin. Og‘ir buzilishi bo‘lgan bemorlarda eng kam samarali doza kuniga 25-50 mg. Qo‘llash chastotasi kuniga 1-2 mahal (kun davomida bir martalik qabulda doksepinning dozasi 150 mg dan oshmasligi kerak). Uyqu buzilishi uchun kunlik dozaning katta qismi kechqurun olinadi.	
Mirtazapin	Peroral kuniga 15-45 mg, ko‘proq yotishdan oldin kuniga bir mahal. Doza asta-sekin kuniga 30-45 mg gacha oshiriladi. Antidepressant ta'siri asta-sekin, odatda davolanish boshlanganidan 2-3 hafta o‘tgach rivojlanadi, ammo qabul qilish yana 4-6 oy davom etishi kerak. Agar davolanishdan keyin 6-8 hafta ichida terapevtik ta'sir kuzatilmasa, davolanishni to‘xtatish kerak. Mirtazapin asta-sekinlik bilan to‘xtatiladi.	C CHRONIC URTICARIA/ANGIOEDEMA IN A 16-YEAR-OLD FEMALE WITH RESISTANT PRURITUS CONTROLLED BY MIRTAZAPINE - ScienceDirect
Paroksetin	Peroral kuniga 1 mahal - ertalab ovqat paytida. Tabletkani chaynamasdan yutish kerak. Tavsiya etilgan sutkalik doza 20 mg ni tashkil qiladi, dozani davolashning dastlabki 3-4 xaftasi davomida ehtiyotkorlik bilan individual tanlash	C Urticarial vasculitis secondary to paroxetine - PubMed

	kerak, keyin esa klinik holatga qarab tuzatish kiritiladi. 20 mg miqdordagi doza etarli samara bermagan ba'zi bemorlarga davolash dozasi oshiriladi. Bu davolanishning klinik samaradorligiga qarab, dozani 10 mg ga (maksimal 50 mg / kungacha) oshirib, bosqichma-bosqich amalga oshirilishi kerak.	
Gidroksizin	Peroral. 12,5-50 mg / kun Maksimal yagona doza 200 mg dan oshmasligi kerak, maksimal sutkalik doza 300 mg dan oshmasligi kerak. Keksa bemorlarda boshlang‘ich dozani 2 baravar kamaytirish kerak. O‘rtacha yoki og‘ir buyrak etishmovchiligi va jigar etishmovchiligi mavjud bo‘lgan bemorlarda dozani kamaytirish talab qilinadi.	C Hydroxyzine (oral route) - Mayo Clinic
Valerian ekstrakti	Peroral. Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalar - ovqatdan keyin kuniga 3 mahal 1-2 tabletkadan. Davolash davomiyligi 2-4 hafta. Davolanishning takroriy kurslari shifokor tomonidan belgilanishi mumkin.	C (PDF) Urticaria Successfully Treated with Mindfulness and Nutraceutical Supplementsi
Adonis-brom	Peroral, ovqatdan keyin kuniga 3 mahal 1 tabletka. Davolash kursi 25-30 kun. Davolash	C Potential Therapeutic Approaches for Chronic Urticaria: Beyond H1-Antihistamines and

	kursini davom ettirish masalasi shifokor tomonidan hal qilinadi.	Biologics - ScienceDirect
Furosemid	Tabletkalar 40 mg v/i, m/o yuborish uchun eritma 10 mg/ml: 1 ml ampula Peroral qabul qilinganda, kattalar uchun boshlang‘ich doza kuniga 20-80 mg ni tashkil qiladi, keyin, agar kerak bo‘lsa, dozani asta-sekin 600 mg / kungacha oshiriladi. Bolalar uchun bir martalik doza 1-2 mg / kg ni tashkil qiladi. *Maksimal doza* bolalar uchun peroral qabul qilinganda 6 mg / kg ni tashkil qiladi. v/i yoki m/o da kattalar uchun doza kuniga bir mahal 20-40 mg, ba'zi hollarda - kuniga 2 mahal. Bolalar uchun parenteral foydalanish uchun boshlang‘ich sutkalik doza 1 mg / kg ni tashkil qiladi.	C Anaphylaxis to intravenous furosemide - PubMed
Spironolakton	Shish sindromi bo‘lsa - kuniga 100-200 mg (kamroq - 300 mg / kun) 2-3 dozada (odatda "qovuzloq" yoki / yoki tiazid diuretik bilan birgalikda) 14-21 kun davomida har kuni. Dozani plazmadagi kaliy konsentrasiyasini hisobga olgan holda korreksiyalash kerak. Agar kerak bo‘lsa, davolash kursi har 10-	(C) Therapeutic Uses of Diuretic Agents - StatPearls - NCBI Bookshelf

	14 kunda takrorlanadi. Jiddiy giperaldosteronizm va plazmadagi kaliy miqdori kamaygan taqdirda - kuniga 2-3 dozada 300 mg.	

Eslatma: Dori-darmonlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual belgilanadi. Terini namlovchi vositalar (emolentlar), tibbiy vositalar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar dermatologik bemorlarni davolashda zarur holatlarda qarshi ko‘rsatmalari bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatga ega bo‘lsa qo‘llanilishi mumkin.
Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa va vaqtincha etishmasa, shifokor o‘xshash terapevtik maqsadga ega, lekin turlicha ta'sir mexanizmli preparatni tanlashi mumkin. Dori vositasi klinik vaziyat, bemorning holati va mavjud resurslarga asoslanib amalga oshiriladi

Jarrohlik aralashuvi: qo‘llanilmaydi

O‘tkir eshakemda shoshilinch tibbiy yordam quyidagi holatlarda zarur:

1. Keng tarqalgan, tez yoyilayotgan toshma, kuchli qichishish va shish bilan namoyon bo‘lsa.
2. Kvinke shishi (angionevrotik shish) — ayniqsa yuz, ko‘z qovoqlari, lablar, til va halqumda kuzatilsa.
3. Qichishish va toshma quyidagi tizimli reaksiyalar bilan birga kelsa:
    - holsizlik, bosh aylanishi, ko‘ngil aynishi;
    - yurak urishining tezlashishi, nafas etishmasligi hissi;
    - xavotir, bezovtalik, «xuruj» hissi.
4. Nafas olishda qiyinchilik, ovozning xiralashishi, stridor, halqum shishiga gumon bo‘lsa.
5. Qon bosimining pasayishi, hushdan ketish, anafilaktoid reaksiya belgilari.
6. Teri alomatlari ong buzilishi yoki tutqanoq bilan birga kuzatilsa.
7. 1 yoshdan kichik bolalarda shish yoki toshma, ayniqsa yuz va bo‘yin sohasida.
8. Ilgarigi anafilaksiya epizodidan so‘ng toshma yoki shish takroran paydo bo‘lgan bo‘lsa.
9. Dori vositalari qabul qilinganidan, hasharot chaqishi yoki vaksina qo‘llanilganidan so‘ng toshma rivojlansa.
10. Homiladorlik vaqtida yuzaga kelgan o‘tkir toshma, ayniqsa umumiy holat yomonlashganida.

ABCD holatini baholash

Hayotiy muhim funksiyalarni barqarorlashtirish:
Darhol medikamentoz terapiyaga kirishish kerak:

1. Adrenalin (epinefrin): agar tizimli reaksiya alomatlari (nafas olishda qiyinchilik, gipotenziya, taxikardiya, umumiy toshma) mavjud bo‘lsa, kattalarga 0,5 ml 0,1% li eritma (0,5 mg) ni sonning old yuzasiga yuborish tavsiya etiladi.
2. Bolalarga dozalash — 0,01 mg/kg (yoki 0,01 ml/kg 0,1% li eritma): 6–12 yoshda – odatda 0,3 ml; 6 yoshdan kichiklarda – 0,15 ml. M/o ga yuborish afzal ko‘riladi, chunki teri ostiga yuborilganda ta'sir sekinroq boshlanadi. Agar 5–10 daqiqa ichida holat yaxshilanmasa yoki kasalning ahvoli yomonlashsa — adrenalinni xuddi shu dozada qayta yuborish mumkin (har 5 daqiqada, agar gipotenziya va bronxospazm saqlansa). Maksimal 3 marta m/o inyeksiya amalga oshiriladi. Agar qon aylanishi to‘xtasa — darhol reanimasiyaga (YuO‘R) kirishish: yurakka yordamchi massaj va sun'iy nafas berish bilan bir

vaqtda adrenalinni vena ichiga bolyus tarzda yuborish boshlanadi.

3. Antigistamin vositalar: adrenalin inyeksiyasidan so‘ng yoki adrenalin bilan bir vaqtda (agar yordamchi tibbiy hodim bor bo‘lsa) N1-reseptor blokatori – xloropiramin 20 mg m/o yoki sekinlik bilan v/i (0,9% NaCl bilan eritilgan holda) yuboriladi. Yoxud Klemastin – 2 mg m/o yoki v/i yuborish ham mumkin. Ushbu preparatlar teridagi alomatlar va qichishishni kamaytiradi, lekin anafilaksiyada adrenalinning o‘rnini bosmaydi. Diqqat! 2 avlod antigistaminlari (peroral) ta'sirning sekinligi tufayli dogospital bosqichda qo‘llanilmaydi.
4. Glyukokortikoidlar: 2 liniya vositalar sifatida prednizolon – 60–120 mg v/i bolyus tarzida yoki deksametazon – 8–16 mg v/i yuborilishi mumkin. Bu preparatlar ta'siri sekin boshlanadi, ammo kechiktirilgan allergik reaksiyalar va residivlarni oldini olishda samarali hisoblanadi. Bolalar uchun: prednizolon 2 mg/kg v/i sekin (bir martalik doza 50 mg dan oshmasligi kerak) yoki boshqa glyukokortikoidning mos ekvivalenti ishlatiladi.
5. Bronxolitik terapiya: agar bronxospazm, xirillash, nafasda qiyinchilik kuzatilsa: salbutamol – 2,5 mg nebulayzer orqali ingalyasiya (tez-tez takrorlash mumkin), yoki dozalangan ingalyator – 2–4 nafas (100 mkg/nafas, speyser bilan). Agar bronxospazm saqlansa — eufillin (aminofillin) 2,4% – 5–10 ml v/i sekinlik bilan, YuUS (yurak urish soni) nazorati ostida yuboriladi.
6. Kislorod terapiyasi: nafasdagi buzilishlarda barcha bemorlarga 8–10 l/min rezervuarli niqobda 100% kislorod berish. Gemodinamika pasayishi va shok holatida ham kislorod terapiyasi ko‘rsatilgan.
7. Aspirasiyani oldini olish: agar ong buzilishi yoki ko‘ngil aynishi/qayt qilish bo‘lsa — bemor yonbosh holatga yotqiziladi, og‘iz va tomoq yot moddadan tozalanadi (qo‘lda yoki elektrootsos bilan). Qayt qilishda – ondansetron 4–8 mg v/i qo‘llanilishi mumkin. TTYo bosqichida, chuqur ong buzilishida nafas yo‘llarini himoya qilish uchun traxeya intubasiyasini o‘tkazish maqsadga muvofiq.
8. Monitoring va transportirovka: qon bosimi, puls, nafas, ong darajasi va O_2 saturasiyasini doimiy nazorat qilish. Birlamchi yordamdan so‘ng — bemorni iloji boricha erta reanimasiya bo‘limiga etkazish. Transportirovka – yotgan holda, gipotenziyada – oyoqlar ko‘tarilgan holda.
   Infuzion terapiyani yo‘lda ham davom ettirish kerak.

Shoshilinch terapiyani davom ettirish: asosiy chora-tadbirlar dogospital bosqichidagi choralar bilan bir xil bo‘lib, bemor shifoxonaga kelgan paytda allergik reaksiya to‘liq to‘xtamagan bo‘lsa, adrenalin, antigistamin vositalar va glyukokortikoidlar ehtiyojga qarab davom ettiriladi.

Gipotenziya saqlangan holatlarda adrenalinning bir necha marta m/o yuborilishiga qaramay arterial bosim tiklanmasa, quyidagicha adrenalin vena ichiga infuziya ko‘rinishida yuboriladi (qatiy monitoring ostida). Infuziya uchun tayyorlash: 1 ml 0,1% li adrenalin (10 mg/ml) ni 100 ml 0,9% NaCl da eritish va 0,01% (100 mkg/ml) li eritma hosil qilish. So‘ng yuborish pompa yordamida infuziyani taxminan 0,1 mkg/kg/min tezlikda yuboriladi va sistolik AB ≥90 mm sim. ust. ga etgunicha doza titrlanadi.

Reanimasiya sharoitida hayotga havf soluvchi gipotenziya holatida ehtiyotkorlik bilan 0,5–1 ml (ya'ni 50–100 mkg) xuddi o‘sha eritma bolyus tarzda yuborilishi mumkin. Turg‘un, adrenalinga chidamli gipotenziya holatida shok holatini davolashning standart protokoli bo‘yicha ikkinchi liniya vazopressorlari – norepinefrin (noradrenalin) yoki vazopressin v/i infuzion, yuqori dozalardagi dopamin yuborilishi mumkin (gemodinamik ko‘rsatkichlarini inobatga olgan holda).

β-blokator qabul qilayotgan bemorlarda anafilaktik reaksiya refrakter tus olsa, 1–5 mg vena ichiga bolyus tarzida glyukagon samarali bo‘lishi mumkin, chunki u adrenoreseptorlarini boshqa yo‘llar orqali stimulyasiya qiladi (β-reseptorlardan mustaqil).

Infuzion terapiya: sirkulyasiyadagi qon hajmi o‘rnini kristalloid eritmalar bilan qoplashda davom etish: o‘tkaziladigan infuziyaning umumiy hajmi va tezligi gipotoniya darajasiga bog‘liq. Odatda boshlang‘ich soatlarda qo‘shimcha ravishda 1-2 l natriy xloridning izotonik eritmasi yuboriladi (bolalarga 30 ml/kg gacha), bunda diurez va arterial bosim nazorat qilinishi kerak. Zarurat bo‘lganda kolloid eritmalar (jelatinol, gidroksietilkraxmal) ehtiyotkorlik bilan, ularga nisbatan bo‘lishi mumkin bo‘lgan allergik holatni inobatga olgan holda yuboriladi.

Kislorod va sun'iy ventilyasiya: agar nafas etishmovchiligi alomatlari saqlansa, quyidagi choralar ko‘riladi – niqob orqali namlangan kislorod berish — 5–10 l/min tezlikda yoki bemor intubasiya qilingan bo‘lsa — O‘SV (o‘pka sun'iy ventilyasiyasi) qo‘llaniladi. Bronxospazmda – zaruratga qarab takroran salbutamol

ingalyasiyasi beriladi, halqum shishida – adrenalin nebulayzer orqali ingalyasiya (0,1% li eritmadan 5 ml, har 10–15 daqiqada takrorlash mumkin) amalga oshiriladi.
Intubasiya qilingan bemorlarda agar kerak bo‘lsa, uzoq muddatli O‘SV qayta chiqarish bosimi (PEEP) bilan amalga oshiriladi — bu nafas yo‘llaridagi shishga qarshi kurashishda yordam beradi.
Antigistamin va glyukokortikoidlar: stasionarga kelib tushganda ularni qayta yuborish ehtiyoji qayta ko‘rib chiqilishi kerak. Agar holat butunlay bartaraf etilmagan bo‘lsa, xloropiramin 20 mg v/i ga yoki klemastin 2 mg v/i *(avvalgi dozalar hisobga olgan holda) yuboriladi. GKS*: prednizolon — bolyus ravishda v/i umumiy doza — 120–150 mg (ilk soatlarda, dogospital bosqichdagi doza hisobga olinadi) yoki deksametazon — umumiy doza 16–20 mg buyuriladi. Keyinchalik: o‘tkir holat to‘liq bartaraf etilganda, tizimli steroidlar qisqa kurslar bilan (masalan, per os 30–40 mg/kun, 3–5 kun davomida, keyin asta-sekin bekor qilish bilan) qo‘llanilishi mumkin.
Qo‘shimcha choralar: yuz, lablar va bo‘yinda Kvinke shishi (angioshish) rivojlansa, huddi o‘shi tadbirlar amalga oshiriladi; i*zolirlangan angioshishda (eshakemisiz)* — agar nasliy angioshishga gumon qilinsa, standart terapiya samarasiz bo‘lishi mumkin. Bu hollarda *C1-esteraza ingibitori* yoki *ikatibant (bradykinin B_2 reseptor antagonisti)* kiritilishi lozim (agar stasionarda mavjud bo‘lsa). Agar bronxospazm bilan kechishi kuzatilayotgan bo‘lsa: ipratropiya bromidni nebulayzer orqali 0,5 mg dozada tayinlash mumkin. Turg‘un bronxospazm kuzatilsa, adrenalin t/o 0,3–0,5 mg (takrorlash mumkin) yoki xuddi yuqorida ta'riflangan protokol bo‘yicha
adrenalin infuziyasi joriy etiladi. Yurak to‘xtash alomatlari kuzatilsa, reanimasion chora-tadbirlar kengaytirilgan reanimasiya protokoli bo‘yicha *(CPR)* amalga oshiriladi.
Kuzatuv va keyingi taktika: o‘tkir klinik holat alomatlari to‘liq bartaraf etilgandan keyin, bemor 24 soatdan kam bo‘lmagan vaqt davomida nazorat ostida bo‘lishi lozim (reanimasion bo‘lim yoki intensiv terapiya palatasida), chunki bisfazik anafilaksiya xavfi mavjud bo‘lib, bu holat klinik yaxshilanishdan so‘ng yuzaga keladigan bemor holatining keskin og‘irlashishi bilan tavsiflanadi. Kuzatuv mobaynida: vital funksiyalar monitoringi hamda infuzion va kislorod terapiyasi davom ettiriladi. Agar 24 soatlik kuzatuvdan keyin bemor holati stabil bo‘lsa, stasionar davo tugatilishi yoki umumiy holat og‘ir bo‘lsa 2–3 kungacha yana davoni davom ettirish mumkin. Toshmalar qayta toshishini oldini olish maqsadida stasionar davodan so‘ng bemorga nosedativ H1-antigistamin preparatlar (standart yoki yuqori dozada) qabul qilish – tavsiya etiladi.
Shuningdek, ambulator kuzatuv talab etiladi: 1–2 hafta ichida allergologga murojaat — allergiya sababini aniqlash va profilaktika choralarini o‘rgatish maqsadida amalga oshiriladi (masalan, insekt allergiyasida — avtoinyektor adrenalindan foydalanish; oziq-ovqat allergiyasida — eliminasion dieta va h.k.). Anafilaksiya o‘tkazgan bemorlarga tashxis va allergen ko‘rsatilgan “allergolog pasporti”, shuningdek, kasallikning qayta takrorlanish holatida tavsiyalar taqdim etiladi.

Gospitalizasiya turini ko‘rsatgan holda kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

Rejali gospitalizasiya uchun ko‘rsatmalar:

- jarayonning tarqalishi, tizimli davolashni talab etuvchi og‘ir kechish;
- doimiy yoki tez-tez takrorlanadigan kurs;
- ambulatoriya bosqichida o‘tkazilgan terapiyadan samara bshlmagan holatlarda.

Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar:

- teri va shilliq pardalarning, teri osti to‘qimasidagi yaqqol shishning mavjudligi.

Davolash samaradorligining ko‘rsatkichlari:

- eshakemning o‘tkir va surunkali shakllarining klinik ko‘rinishini bartaraf etish;
- barqaror remissiyaga erishish;
- asoratlarning yo‘qligi.

«EShAKEM»
NOZOLOGIYASI BO‘YIChA TIBBIY ARALAShUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOShKENT – 2025

Kirish

O‘tkir eshakemning tarqalishi 20% [11], bolalar orasida – 2,1 - 6,7% [12], ammo bolalarda o‘tkir eshakem kattalarga qaraganda tez-tez uchraydi. Surunkali spontan eshakem (CSE) aholining 0,5-5% ida uchrab, ayollar erkaklarga qaraganda ko‘proq kasal bo‘ladi [13]. Tizimli tahlil va meta-tahlillarga ko‘ra, kattalardagi surunkali eshakem umumiy populyasiyada mos ravishda 0,7 va 1,4% ni, 15 yoshgacha bo‘lgan bolalarda esa 1,1% ni tashkil etadi [14-18].

Ta'rif

Eshakem – terida (kamroq hollarda shilliq qavatlarda) turli o‘lchamdagi va shakldagi cheklangan eritematoz yoki qichishish bilan kechuvchi qavarchiqli toshmalar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi, ular yo‘qolganidan keyin hech qanday iz qoldirmaydigan, qichishish bilan birga keladigan teri kasalligi. Eshakem angionevrotik shish bilan birga kechishi mumkin.

Eshakem terapiyasi:

https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjWvYXxwoOLAxVnGRAIHe4LMJAQFnoECCwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.rmj.ru%2Farticles%2Fdermatologiya%2FHronicheskaya_krapivnica_preparat_vybora%2F&usg=AOvVaw1UBMZwP3Z5aMAajB9yrkj8&opi=89978449

A	Eshakem bilan og‘rigan bemorlarga antiallergik, qichishishga qarshi, yallig‘lanishga qarshi va ekssudativ ta'sirni ta'minlash uchun antigistaminlar, 2 avlod H1 blokatorlari va giposensibilizasiyalovchi vositalar buyuriladi.

Sovremennie predstavleniya o krapivnise - Fedenko - Consilium Medicum

A	Jarayonning og‘ir holatlarida, H1-blokatorlari bilan davolash samara bermaganda, bosim ta'siridagi kechiktirilgan eshakem paydo bo‘lgandi, angioshish kuzatilganda glyukokortikoid preparatlari buyuriladi.

Omalizumab v lechenii pasientov s xronicheskoy krapivnisey uMEDp

A	Immunosupressantlar H1-gistamin reseptorlari blokatorlari bilan davolashda ijobiy natija kuzatilmagan surunkali idiopatik eshakemni davolash uchun ko‘rsatilgan, bo‘lib, 12 va undan katta yoshdagi bemorlarda qo‘llaniladi.

Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarda omalizumabdan foydalanish:

A	Flakonli eritma. Dozalash tartibi: har 4 haftada teri ostiga 300 mg

Plazmaferezning qo‘llanilishi:
Plazmaferez va lazer terapiyasi

C	Qon tarkibidan toksinlarni, autoantitelolarni, sirkulyasiyalovchi immun komplekslarini (SIK), yallig‘lanisholdi sitokinlarni eliminasiya qilish hamda metabolizmni va buzilgan organlarning funksiyalarini normallashtirish maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etiladi.

Plazmaferez va lazer terapiyasi

C	VQLN terapiyasi Ozon terapiyasi

Shifokor harakatlarining algoritmlari

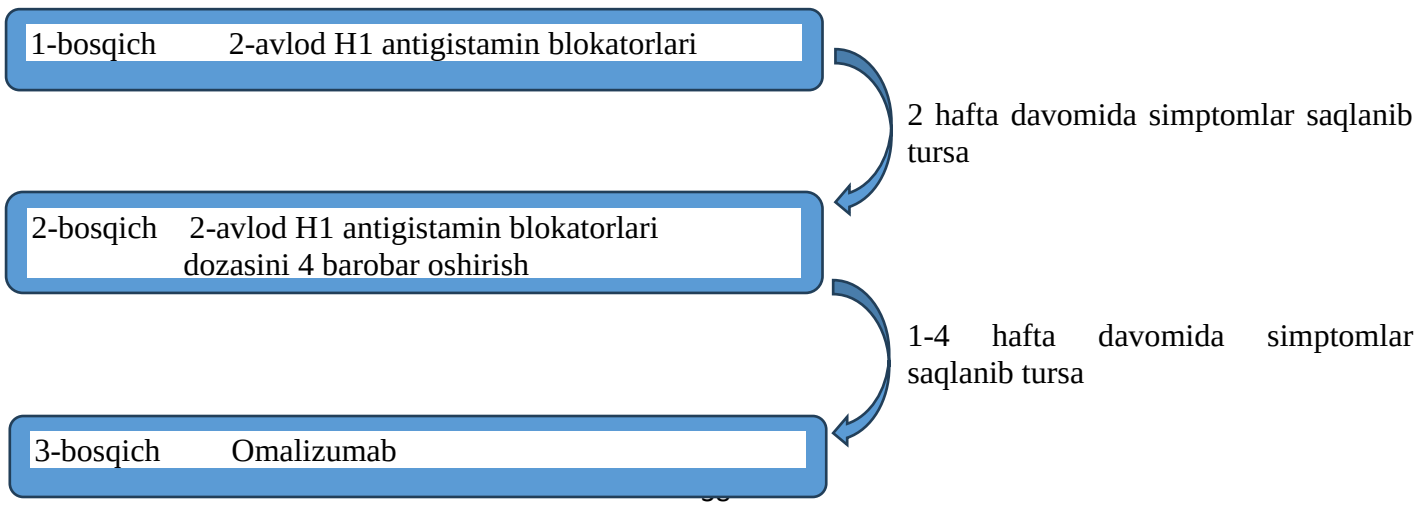
STASIONAR DARAJADA DAVOLASh TAKTIKALARI:

Bemorni kuzatish kartasi, bemorni yo‘naltirish:

Faoliyat darajasini, kurs dinamikasini baholash va eshakem terapiyasi monitoringi

Ballar	**Qavarchiqlar soni**	**Qichishish**
0	Yo‘q	Yo‘q
1	yengil (<20 qavarchiq/24 soat)	yengil (bor, lekin u qichishmaydi va bezovta qilmaydi)
2	o‘rtacha (20-50 qavarchiq/24 soat)	o‘rtacha(bezovta qiladi, lekin normal holat va uyquga xalaqit bermaydi)
3	kuchli (> 50 qavarchiq/24 soat va keng tarqalish maydoni)	kuchli (qattiq qichishish, sezilarli bezovtalik va odatdagi kundalik faoliyat yoki uyquga halaqit berishi)
Natijalarni hisoblash: 0 - qichishish yoki toshmalar yo‘q 0-6 ball – nazoratga olingan eshakem 7-15 ball - yengil eshakem 16-27 ball - eshakemning o‘rtacha og‘irligi 28-42 ball - eshakemning og‘ir kechishi Baholash va hisoblash ketma-ket 7 kun davomida har 24 soatda amalga oshiriladi.		

Surunkali eshakem tashxislangan bemorlarni dori vositalari bilan davolash algoritmi



Eslatma Glyukokortikosteroidlarning qisqa kursi (maksimal 10-14 kun) istalgan vaqtda qo‘llanilishi mumkin. Ko‘rsatma – jarayon kuchayish.*

*** antigistamin vositalar dozasini dori vositasi yo‘riqnomasida belgilangan miqdordan oshirish asoslanishi kerak, shuningdek, bunday yondashuv uchun bemor yoki uning qonuniy vakiliga rozilik xatini imzolatish hamda shifokorlar komissiyasida tasdilatish zarur.*

«EShAKEM»
NOZOLOGIYaSI BO‘YIChA PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA QILISh MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOShKENT – 2025

Kirish

O‘tkir eshakemning tarqalishi 20% [11], bolalar orasida – 2,1 - 6,7% [12], ammo bolalarda o‘tkir eshakem kattalarga qaraganda tez-tez uchraydi. Surunkali spontan eshakem (CSE) aholining 0,5-5% ida uchrab, ayollar erkaklarga qaraganda ko‘proq kasal bo‘ladi [13]. Tizimli tahlil va meta-tahlillarga ko‘ra, kattalardagi surunkali eshakem umumiy populyasiyada mos ravishda 0,7 va 1,4% ni, 15 yoshgacha bo‘lgan bolalarda esa 1,1% ni tashkil etadi [14-18].

Ta'rif

Eshakem – terida (kamroq hollarda shilliq qavatlarda) turli o‘lchamdagi va shakldagi cheklangan eritematoz yoki qichishish bilan kechuvchi qavarchiqli toshmalar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi, ular yo‘qolganidan keyin hech qanday iz qoldirmaydigan, qichishish bilan birga keladigan teri kasalligi. Eshakem angionevrotik shish bilan birga kechishi mumkin.

Profilaktika va dispenser kuzatuv, profilaktika usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar.

Oldini olish uzoq muddatli remissiyani saqlashga va kasallik zo‘rayishini oldini olishga qaratilgan bo‘lib, eliminasion chora-tadbirlarini o‘z ichiga oladi: eshakemning fizikal yoki boshqa qo‘zg‘atuvchilar (sovuqlik, issiqlik, jismoniy faollik, AAF ingibitorlari, NYaQDlar va boshqalar) ta'sirini cheklash yoki olib tashlash, anketalar (UAS7, UCT, AAS) yordamida kasallikning faolligini kuzatish va asosiy terapiyani o‘tkazish.
Kasallikni kuzatish davrida individual rejaga muvofiq emlashni amalga oshirish tavsiya etiladi.
Tavsiyaning kuchlilik darajasi C (isbotlanganlik darajasi 5).
Izoh: emlash uchun individual yondashuvni ta'minlanishi kerak.
Kasallikning avj olish davrida emlash amalga oshirilmaydi. Emlashning foydasi mumkin bo‘lgan xavflardan ustun ekanligini hisobga olib, kasallikning stabil holatida zarur profilaktik emlashlarni o‘tkazish imkoniyatini ta'minlash kerak.

Dispanser kuzatuv:

O‘tkir eshakem bilan og‘rigan bemorlarni va surunkali eshakemning standart holatlaridagi bemorlarni nazorat qilish pediatr/terapevt (ular yo‘q bo‘lganda, umumiy amaliyot shifokori (oilaviy shifokor) tomonidan amalga oshirilishi mumkin.
Diagnostika, terapiyani tayinlash va nazorat qilish bosqichlari quyidagi shifokorlar tomonidan olib boriladi: allergolog-immunolog, dermatovenerolog, pediatr/terapevt. Agar ko‘rsatmalar mavjud bo‘lsa, gastroenterolog, endokrinolog, pediatr-endokrinolog, revmatolog, onkolog, bolalar onkologi gematologi, yuqumli kasalliklar bo‘yicha mutaxassis, nevrolog, psixiatr, gematolog, otorinolaringolog, pulmonolog va/yoki boshqa mutaxassislar bilan maslahatlashish buyuriladi.
Surunkali eshakemli bemorni dinamik (dispanser) kuzatish 3-6 oyda bir marta allergolog-immunolog yoki dermatovenerolog tomonidan amalga oshiriladi. Agar bemor immunosupressiv dorilarni qabul qilsa, nazorat bemorning ahvolini kuzatish maqsadida diagnostika tadbirlarini o‘z ichiga olishi kerak (tegishli bo‘limlarda ko‘rsatilgan).

Keyingi olib borish:

- allergik genezdagi holatlar uchun turar joy allergologi toionidan dispanser ro‘yxatidan o‘tkazish;
- surunkali eshakemda antigistamin vositalarni uzoq muddat qo‘llash (ikkinchi avlod) kasallikning remissiyasiga qadar, o‘rtacha 3-6 oylik doimiy terapiya;
- tekshiruv vaqtida ichki organlarning mavjud yoki aniqlangan kasalliklarini davolash;
- 1 oydan ortiq vaqt davomida qatiy eliminasion parxez tayinlash;

- to‘liq remissiya boshlanganda allergolog nazorati ostida ixtisoslashtirilgan xonada diagnostik tadbirlarini o‘tkazish (terining skarifikasiya testlari).

Adabiyotlar

1. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. 2022; 77(3):734-766. doi:10.1111/all.15090
2. Bracken SJ, Abraham S, MacLeod AS. Autoimmune Theories of Chronic Spontaneous Urticaria. Front Immunol. 2019; 10:627. Published 2019 Mar 29. doi:10.3389/fimmu.2019.00627
3. Maurer M, Altrichter S, Schmetzer O, Scheffel J, Church MK, Metz M. Immunoglobulin E Mediated Autoimmunity. Front Immunol. 2018;9:689. Published 2018 Apr 9. doi:10.3389/fimmu.2018.00689
4. Kolkhir P, Church MK, Weller K, Metz M, Schmetzer O, Maurer M. Autoimmune chronic spontaneous urticaria: What we know and what we do not know. J Allergy Clin Immunol. 2017;139 (6):1772-1781.e1. doi:10.1016/j.jaci.2016.08.050
5. Vonakis BM, Vasagar K, Gibbons SP Jr, et al. Basophil FcepsilonRI histamine release parallels expression of Src-homology 2-containing inositol phosphatases in chronic idiopathic urticaria. J Allergy Clin Immunol. 2007;119 (2):441-448. doi:10.1016/j.jaci.2006.09.035
6. Luquin E, Kaplan AP, Ferrer M. Increased responsiveness of basophils of patients with chronic urticaria to sera but hypo-responsiveness to other stimuli. Clin Exp Allergy. 2005;35 (4):456-460. doi:10.1111/j.1365-2222.2005.02212.x
7. Gibbs BF, Räthling A, Zillikens D, Huber M, Haas H. Initial Fc epsilon RI-mediated signal strength plays a key role in regulating basophil signaling and deactivation. J Allergy Clin Immunol. 2006;118(5):1060-1067. doi:10.1016/j.jaci.2006.07.022 chronic
8. Maurer M, Church MK, Gonçalo M, Sussman G, Sánchez-Borges M. Management and treatment of urticaria doi:10.1111/jdv.13198 (CU). J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015;29(3):16-32.
9. Greenberger PA. Chronic urticaria: new management options. World Allergy Organ J. 2014;7 (1):31. doi:10.1186/1939-4551-7-31. 2014
10. Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: update. doi:10.1016/j.jaci.2014.02.036 J Allergy Clin Immunol. 2014; 133 (5):1270-1277.
11. Pite H, Wedi B, Borrego LM, Kapp A, Raap U. Management of childhood urticaria: current knowledge and practical recommendations. Acta Derm Venereol. 2013; 93 (5):500-508. doi:10.2340/00015555-1573
12. Maurer M, Weller K, Bindslev-Jensen C, et al. Unmet clinical needs in chronic spontaneous urticaria. A GA²LEN task force report. Allergy. 2011; 66 (3):317-330. doi:10.1111/j.1398 9995.2010.02496.x
13. Fricke J, Ávila G, Keller T, et al. Prevalence of chronic urticaria in children and adults across the globe: Systematic review with meta-analysis. Allergy. 2020; 75 (2):423-432. doi:10.1111/all.14037
14. Saini S, Shams M, Bernstein JA, Maurer M. Urticaria and angioedema across the ages. J Allergy Clin Immunol Pract. 2020;8 (6):1866–1874. doi:10.1016/j.jaip.2020.03.0302–6.
15. Goldstein S, Gabriel S, Kianifard F, Ortiz B, Skoner DP. Clinical features of adolescents with chronic idiopathic or spontaneous urticaria: review of omalizumab clinical trials. Ann Allergy Asthma Immunol. 2017; 118 (4):500–504. doi:10.1016/j.anai.2017.02.0035.
16. Curto-Barredo L, Pujol RM, Roura-Vives G, Gimenez-Arnau AM. Chronic urticaria phenotypes: clinical differences regarding triggers, activity, prognosis and therapeutic response. Eur J Dermatol. 2019;29(6):627–635. doi:10.1684/ejd.2019.3674 6.
17. Netchiporouk E, Sasseville D, Moreau L, et al. Evaluating comorbidities, natural history, and

predictors of early resolution in a cohort of children with chronic urticaria. JAMA Dermatol. 2017;153(12):1236–1242. doi:10.10 01/jamadermatol.2017.3182

18. Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. N Engl J Med. 2002;346(3):175 179. doi:10.1056/NEJMcp011186

19. Caffarelli C, Paravati F, El Hachem M, et al. Management of chronic urticaria in children: a clinical guideline. Ital J Pediatr. 2019;45(1):101. doi: 10.1186/s13052-019-0695-x.

20. Toubi E, Kessel A, Avshovich N, et al. Clinical and laboratory parameters in predicting chronic urticaria duration: a prospective study of 139 patients. Allergy. 2004;59(8):869-873. doi: 10.1111/j.1398-9995.2004.00473.x.

21. Schoepke N, Doumoulakis G, Maurer M. Diagnosis of urticaria. Indian J Dermatol. 2013;58(3):211-218. doi:10.4103/0019-5154.110831

22. Namazova-Baranova L.S. Allergiya u detey: ot teorii k praktike. M.: Soyuz pediatrov. Rossii.2010–2011. 668 s.

23. Nettis E, Foti C, Ambrifi M, et al. Urticaria: recommendations from the Italian Society of Allergology, Asthma and Clinical Immunology and the Italian Society of Allergological, Occupational and Environmental Dermatology. Clin Mol Allergy. 2020;18:8. doi:10.1186/s12948 020-00123-8

24. Metz M, Altrichter S, Buttgereit T, et al. The Diagnostic Workup in Chronic Spontaneous Urticaria-What to Test and Why. J Allergy Clin Immunol Pract. 2021;9(6):2274-2283. doi:10.1016/j.jaip.2021.03.049

25. Kolkhir P, André F, Church MK, Maurer M, Metz M. Potential blood biomarkers in chronic spontaneous urticaria. Clin Exp Allergy. 2017;47(1):19-36. doi: 10.1111/cea.12870.

26. Altrichter S, Fok JS, Jiao Q, et al. Total IgE as a Marker for Chronic Spontaneous Urticaria. Allergy Asthma Immunol Res. 2021;13(2):206-218. doi:10.4168/aair.2021.13.2.206,

27. Fok JS, Kolkhir P, Church MK, Maurer M. Predictors of treatment response in chronic spontaneous urticaria. Allergy. 2021;76(10):2965-2981. doi:10.1111/all.14757

28. Kolkhir P, Altrichter S, Asero R, et al. Autoimmune Diseases Are Linked to Type IIb Autoimmune Chronic Spontaneous Urticaria. Allergy Asthma Immunol Res. 2021;13(4):545-559. doi:10.4168/aair.2021.13.4.545,

29. Cornillier H, Giraudeau B, Munck S, et al. Chronic spontaneous urticaria in children - a systematic review on interventions and comorbidities. Pediatr Allergy Immunol. 2018;29(3):303-310. doi:10.1111/pai.12870

30. Spickett G. Urticaria and angioedema. J R Coll Physicians Edinb. 2014;44(1):50-54. doi:10.4997/JRCPE.2014.112

31. Kolkhir P, Balakirski G, Merk HF, Olisova O, Maurer M. Chronic spontaneous urticaria and internal parasites--a systematic review. Allergy. 2016;71(3):308-322. doi:10.1111/all.12818

32. Minciullo PL, Cascio A, Gangemi S. Association between urticaria and nematode infections. Allergy Asthma Proc. 2018;39(2):86-95. doi:10.2500/aap.2018.38.4104

33. Fedorova OS, Fedotova MM, Zvonareva OI, et al. Opisthorchis felineus infection, risks, and morbidity in rural Western Siberia, Russian Federation. PLoS Negl Trop Dis. 2020;14(6):e0008421. doi:10.1371/journal.pntd.0008421

34. Sayasone S, Odermatt P, Phoumindr N, et al. Epidemiology of Opisthorchis viverrini in a rural district southern Lao PDR. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2007;101(1):40-47. doi:10.1016/j.trstmh.2006.02.018

35. Antiparasitic treatment recommendations. A practical guide to clinical parasitology. Editor: Andreas Neumayr. Publisher: Tredition, ISBN: 3734508223. 2016. p. 173

36. Ataseven A, Durmaz K, Ozer I, Dursun R. Gallstones at chronic spontaneous urticaria patients: A retrospective clinical study. Dermatol Ther. 2020;33(2):e13212. doi:10.1111/dth.13212

37. Minciullo PL, Cascio A, Barberi G, Gangemi S. Urticaria and bacterial infections. Allergy Asthma Proc. 2014;35(4):295-302. doi:10.2500/aap.2014.35.3764

38. Imbalzano E, Casciaro M, Quartuccio S, et al. Association between urticaria and virus infections: A systematic review. Allergy Asthma Proc. 2016;37(1):18-22. doi:10.2500/aap.2016.37.3915

39. Sugrañes-Montalván A, Barreto-Suárez E, Nicolau-Pestana E, Quesada-Leyva L. Relación entre infección por Helicobacter pylori y urticaria crónica [Relation between Helicobacter pylori infection and chronic urticaria]. Rev Alerg Mex. 2017;64(4):396-402. doi:10.29262/ram.v64i4.283

40. Kim HJ, Kim YJ, Lee HJ, et al. Systematic review and meta-analysis: Effect of Helicobacter pylori eradication on chronic spontaneous urticaria. Helicobacter. 2019;24(6):e12661. doi:10.1111/hel.12661

41. Maurer M, Magerl M, Ansotegui I, et al. The international WAO/EAACI guideline for the management of hereditary angioedema-The 2017 revision and update. Allergy. 2018;73(8):1575 1596. doi:10.1111/all.13384

42. aballero T, Baeza ML, Cabañas R, et al. Consensus statement on the diagnosis, management, and treatment of angioedema mediated by bradykinin. Part II. Treatment, follow-up, and special situations [published correction appears in J Investig Allergol Clin Immunol. 2012;22(2):3 p following 153]. J Investig Allergol Clin Immunol. 2011;21(6):422-443.

43. Cicardi M, Aberer W, Banerji A, et al. Classification, diagnosis, and approach to treatment for angioedema: consensus report from the Hereditary Angioedema International Working Group. Allergy. 2014;69(5):602-616. doi:10.1111/all.12380

44. Bowen T, Cicardi M, Farkas H, et al. 2010 International consensus algorithm for the diagnosis, therapy and management of hereditary angioedema. Allergy Asthma Clin Immunol. 2010;6(1):24. doi:10.1186/1710-1492-6-24

45. Agostoni A, Aygören-Pürsün E, Binkley KE, et al. Hereditary and acquired angioedema: problems and progress: proceedings of the third C1 esterase inhibitor deficiency workshop and beyond. J Allergy Clin Immunol. 2004;114(3 Suppl):S51-S131. doi:10.1016/j.jaci.2004.06.047

46. Peroni A, Colato C, Schena D, Girolomoni G. Urticarial lesions: if not urticaria, what else? The differential diagnosis of urticaria: part 1. Cutaneous diseases. J Am Acad Dermatol. 2010;62:541 555. doi: 10.1016/j.jaad.2009.11.686

47. Niu XL, Zhu LL, Shi MH, et al. Association of positive and negative autologous serum skin test responses with clinical features of chronic spontaneous urticaria in Asian patients: A systematic review and meta-analysis. Exp Ther Med. 2019;17(4):2603-2613. doi: 10.3892/etm.2019.7266.

48. Kulthanan K, Subchookul C, Hunnangkul S, Chularojanamontri L, Tuchinda P. Factors Predicting the Response to Cyclosporin Treatment in Patients With Chronic Spontaneous Urticaria: A Systematic Review. Allergy doi:10.4168/aair.2019.11.5.736 Asthma Immunol Res. 2019;11(5):736-755.

49. George M, Balachandran C, Prabhu S. Chronic idiopathic urticaria: comparison of clinical features with positive autologous serum skin test. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2008;74(2):105-108. doi:10.4103/0378-6323.39690

50. Chronic spontaneous urticaria: Standard management and patient education David A Khan (last updated: Dec 21, 2022). URL: https://www.uptodate.com/contents/chronic-spontaneous-urticaria standard-management-and-patient-education?
search=urticaria&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=

	Amaliy hamshira	Oilaviy shifokor (bakalavr)	Tor mutaxassis
Shikoyat va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish maxoratini namoyishi	+*	+	+
Bemorning kasallik tarixini yig‘ishda eshakem belgilari haqidagi bilimlarni qo‘llash.		+	+
Teri va tanosil kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarning to‘liq tibbiy tarixi			+
Tashxis qo‘yish			
Maxsus simptomlar va laborator-instrumental tadqiqotlar asosida tashxis qo‘yish		+	+
Asosiy laboratoriya diagnostikasi			
Asosiy laboratoriya sinovlarining maqsadi:		+	+
To‘liq qon ro‘yxati (gemoglobin, gematokrit + leykositlar formulasi + EChT)		+	+
Zahm uchun skrining testlar			+
Umumiy IgE uchun IFA		+	+
Qo‘shimcha laboratoriya diagnostikasi			
Umumiy siydik tahlili			+
Umumiy axlat tahlili			+
Tasdiqlovchi testlar (6 tadan kamida 2 tasi): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG va IgM			+
Biokimyoviy tadqiqotlar majmuasi			+
C-reaktiv oqsil uchun qon tahlili			+
Antinuklear antitanalar uchun qon tahlili			+
Gistologik tahlil			+
Immunologik tadqiqotlar			+
IFA, IXLA yordamida qonda D vitamini darajasini aniqlash			+
IFA, IXLA, IFlA va PZR diagnostikasi bo‘yicha antitanalar tahlili			+
Antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash bilan o‘choqning mikrobiologik tahlili			+

Mikologik tekshiruv			+
Infeksiyalar uchun qon va biosubstrat tahlillar (IFA, PZR)			+
Molekulyar genetik tadqiqotlar			+
Allergotestlar			+
Qonda qalqonsimon bez gormonlarini aniqlash			+
Autologik zardob tahlili			+
Rad etish/tasdiqlash uchun tahlillar: mexanik eshakem, dori vositalari bilan bog‘liqligi, oziq-ovqat allergenlari bilan bog‘liqligi			+
Triptazani aniqlash			+
D-dimerni aniqlash			+
Gelmint invazichsini tekshirish			+
Komplement tizimining komponentlarini aniqlash C3, C4, C1 ingibitori			+
Koagulyasion omil XIIni aniqlash			+
Protein fraksiyalarini tahlil qilish			+
Seliakiya kasalligini aniqlash uchun tekshiruv			+
Qo‘shimcha instrumental tadqiqotlar			
Teri holati diagnostikasi - dermatoskopiya			+
Ichki organlarning ultratovush tekshiruvi			+
Allergenlar bilan skarifikasiya testlari			+
Eshakem davolash			
Eshakem uchun nomedikamentoz davolashni buyurish bo‘yicha ko‘rsatmalar (17-24-betlar)			+
Eshakem uchun medikamentoz davolashni buyurish bo‘yicha ko‘rsatmalar (24-33-betlar)			+

Eshakem oldini olish			
Aholi orasida to‘g‘ri hayot tarzi va tarbiya haqida tushuntirish ishlari olib borish			+
Medikamentoz davoga rioya qilish haqida ko‘rsatmalar			+

Asosiy tor mutaxassislar dermatovenerolog.

* Bu ko‘rsatmalarga tibbiy xamshiralarni tayyorlash yo‘li bilan amalga oshiriladi.

Eshakem boshqaruvi bo‘yicha ko‘nikmalar

	Amaliy hamshira	**TTYK Oilaviy shifokori (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Eshakem tavsifi			+
Eshakem shikoyatlarining simptomatik tavsifi			+
Eshakem patofiziologik mexanizmlarining tavsifi			+
Etiologiya, simptomlar va tadqiqotlar (asosiy laboratoriya va instrumental tadqiqotlar) asosida eshakem tashxisiga yondashuvni ishlab chiqish.			+
Asosiy testlarni talqin qilish			+
Eshakem davolashga yondashuvni shakllantirish			+
Eshakem uchun dori bo‘lmagan terapiyani tavsiflang.			+
Eshakem uchun dori terapiyasini tavsiflang.			+
Eshakem uchun ishlatiladigan turli dorilarning ta'sir qilish mexanizmini, ko‘rsatmalarini va nojo‘ya ta'sirini muhokama qiling.			+
Davolash kontekstida eshakem rivojlanishining patofiziologik mexanizmlarini muhokama qiling.			+

Bosh mutaxassis - dermatovenerolog.