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

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

«МИКРОСПОРИЯ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР РИДваКИАТМ
в.б. директори
У.Ю. Собиров

«____» _____ 2025 йил

«МИКРОСПОРИЯ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

«МИКРОСПОРИЯ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 бўйича кодлар

B35.0	Соқол ва бош микози	1F28	Дерматофития
B35.4	Бадан микози	1F28.0	Бошнинг сочли қисми дерматофитияси
	https://mkb 10.com/index.php?pid=11157		https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1639304259

Баённома ишлаб чиқилиши ва қайта кўрилиши санаси: 2025 йил, кўриб чиқиш санаси 2028 й. ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

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

Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда хисса қўшганлар:
Жараённи ташкил этиш бўйича дерматовенерология йўналиши ишчи гуруҳи аъзолари:

1. Сабиров Улуғбек Юсупханович – ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ” директори, т.ф.д., профессор
2. Карабаева Индира Ташпулатовна - ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ” мутахассислар ва клиник ординаторлар стажировкаси бўлими бош методисти, т.ф.н.
3. Боходирова Афруза Ахрор қизи – ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ” илмий котиби.

Тақризчилар:

1. Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна – т.ф.д., Абу Али Ибн Сино номидаги Тожикистон давлат тиббиёт университети дерматовенерология кафедраси мудири, доцент.

2. Фаттахов Бобур Шавкатович — т.ф.н., РИДВ ва КИАТМ тери ва жинсий йўл билан юқадиган касалликларнинг эпидемиологик ҳолатини ўрганиш бўйича илмий лаборатория лаборанти.

Техник эксперт баҳо ва таҳрирлаш:
1. Иноятов Аваз Шавкатович - т.ф.д., даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, бош шифокор.

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

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

Муҳокама баённомасидан кўчирма санаси ва рақами: ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ” Илмий Кенгашининг 24.04.2025даги 4-сонли баённомасидан кўчирма

Протоколдан фойдаланувчилар:

1.Дерматовенерологлар; дерматокосметологлар;
2.Умумий амалиёт шифокорлари;
3.Педиатрлар;
4.Лаборатория шифокорлари;
5.Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6.Клиник фармакологлар;
7.Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, докторантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
8.Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва ғамхўрлик қилувчилар.

Ушбу протокол ҳамма жойда соғлиқни сақлаш амалиётига микроспорияни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини жорий этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Беморлар тоифаси:
Микроспорияга шубҳа қилинган беморлар ва ташхиси тасдиқланган шахслар.

Далилларга асосланган тиббиётда далиллар даражаси шкаласи.
Диагностика усуллари учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи
(диагностик аралашувлар)

ДИД	Шарҳи
1	Референс усулидан фойдаланган тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши ёки мета-таҳлил қўлланилиши билан рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Референс усулидан фойдаланган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Референс усули бўлмаган назоратсиз тадқиқотлар ёки тадқиқ этилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усулидан фойдаланган тадқиқотлар ёки рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи.
5	Фақат таъсир механизмлари асослантирилган ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун далиллар ишонарлилиги даражаларини баҳолаш шкаласи

ДИД	Шарҳи
1	Мета-таҳлил қўлланган рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.

2	Алохида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайнга эга тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар сериясининг тавсифи, "ҳолат-назорат" тадқиқотлари.
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизмининг асослантирилиши (доклиник тадқиқотлар) ёки мутахассислар фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун тавсиялар ишонарлилиги даражалари (ТИД)ни баҳолаш шкаласи

ТИД	**Шарҳи**
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга, уларнинг натижалар бўйича хулосалари мувофиқ).
B	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас).
C	Заиф тавсиялар (адекват сифатни тасдиқловчи далилларнинг йўқлиги (барча самарадорлик мезонлари (натижалари) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқиш натижалари бўйича хулосалари мос келмайди).

Мундарижа

“МИКРОСПОРИЯ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ..... 5
“МИКРОСПОРИЯ ” БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....23
“МИКРОСПОРИЯ ” КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....…30

Қисқартмалар рўйхати:

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
РИФ	Реакция иммунофлюоресценция
ОИТ	Ошқозон-ичак тракти
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
УТТ	Ультра товуш текшируви
ИХЛА	Иммунохемилюминессент анализ
ИФлА	Иммунофлюоресcент анализ
ИФА	Иммунофермент анализ
ПЗР	Полимераз занжир реакцияси
Ig	Иммуноглобулин
ОИТВ	Одам иммунитет танқислиги вируси
м/о	мушак орасига
в/и	вена ичига
т/о	тери остига
ПИЛН	Паст интенсивли лазер нурланиши
М	Микроспорум

Асосий қисми.

Кириш

Микроспория - бу микроспорум авлоди замбуруғлари томонидан келтириб чиқарадиган тери ва сочнинг юқори даражадаги юқумли дерматофитияси. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, микроспория барча дерматомикозларнинг 60-99,7% ни ташкил этиши ва ҳар йили касалланишнинг ўсиши 8% га етиши аниқланган. Маълумки, микроспория билан асосан болалар касалланади: микроспория ҳолатларининг 90% 14 ёшгача бўлган болаларда қайд этилади. Микоз юқори даражада юқумли бўлиб, болалар жамоаларида эпидемиологик қўзғалишларга олиб келиши мумкин [2,6,21,26].

Этиология

Ҳозирги вақтда Микроспорум замбуруғининг йигирмадан ортиқ тури маълум. Улардан патогенлар сифатида қуйидагилар ажратилади:

- Антропофил гуруҳ - M. ferrugineum, M. audouinii
- Зоофил гуруҳ - M. canis, M. nanum, M. persicolor.
- Геофил гуруҳ - M. gypseum, M. cookeii.

Клиницистлар учун қуйидаги 4 турдаги замбуруғлар энг катта аҳамиятга эга: M. canis, M. audouinii, M. gypseum, M. ferrugineum. Инсон ва ҳайвонлар патологиясида Микроспорум туркумининг турли хил турларининг этиологик роли бир хил эмас. МДҲ давлатлари ҳудудида

микроспория зоофил M. canis ва кўпроқ контагиоз, камроқ тарқалган бўлсада, антропофил M. ferrugineum билан боғлиқ [8,15,24].

Касалликнинг ташувчилари ва асосий манбаи мушуклар (одатда мушук болалари), итлар, қуёнлар, денгиз чўчқалари ҳисобланади. Касал ҳайвон ёки жун ёки тангачалар билан зарарланган нарсалар билан бевосита алоқа қилинганда юқади (бош кийимлар, тароқлар, қайчилар, кўрпа-тўшаклар, сочиқ, чойшаб, соч олдириш машиналари ва бошқалар). Сартарошхоналар, болалар боғчалари, интернатлар, мактаблар, спорт залларида санитария-гигиена талабларига риоя этилмаганда касаллик қўзғатувчиси юқиши мумкин. Микроспорум туркуми замбуруғлари ташқи муҳитга юқори чидамлилиги билан ажралиб туради ва ҳайвонлар териси тангачаларида, жун ва жун бўлакларида бир неча ой ва ҳатто йиллар давомида (10 йилгача) ўз ҳаётчанлигини сақлаб қолиши мумкин. Касаллик қўзғатувчиси терига кириб, кўпайишни бошлайди. Замбуруғ споралари соч фолликулаларининг оғзига яқин жойлашганда ўсиб чиқади ва сочнинг зарарланишига олиб келади. Мицелий гифлари соч юзаси бўйлаб жуда тез тарқалиб, тангачалари орасида споралар тўпланган кутикулани бузади. Шундай қилиб, замбуруғ сочларни ўраб, ғилофни шакллантиради ва фолликуляр аппаратни зич тўлдиради, бу эса сочларнинг синишига олиб келади [3,16].

Эпидемиология

Касаллик ҳамма жойда учрайди. Ўзбекистонда микроспориянинг энг кенг тарқалган қўзғатувчиси зоофил замбуруғ M. canis бўлса, иккинчи ўринда антропофил замбуруғ M. ferrugineum туради. Касалликни камроқ ҳолларда геофил замбуруғ M. gypseum келтириб чиқаради. M. canis болалик даврида силлиқ тери ва бошнинг сочли қисми микропориясининг доминант қўзғатувчиси ҳисобланади. Ушбу сезувчанлик бола организмининг ўзига хос хусусиятлари (эпидермис ва соч кератинининг етарли даражада зич ва ихчам эмаслиги, эпидермис ҳужайралари ўртасидаги заиф алоқалар, ph нинг нейтрал томонга силжиши туфайли сув-липид мантиясининг ҳимоя функсиясининг номукаммаллиги) билан боғлиқ. Сўнгги йигирма йил ичида чақалоқларда микроспория билан касалланишнинг ўсиши қайд этилди. Антропофил қўзғатувчилар оилада, болалар жамоасида микроспориянинг эпидемик қўзғалишларни келтириб чиқариши мумкин [9,23,28].

Микроспориянинг инкубация даври зоофил қўзғатувчида 5-7 кун, антропофил инфекцияда 4 ҳафтагача давом этади. Зооноз микроспория билан касалланиш йил давомида бир хил эмас. Касалланишнинг ўсиши ёзнинг охирида бошланади, энг юқори чўққи октябр-ноябр ойларига тўғри келади, энг паст даражага тушиш март-апрел ойларида содир бўлади.

Микроспория билан касалланиш кўрсаткичлари қишлоқ аҳолисига қараганда шаҳар аҳолисида анча юқори бўлиб, асосан 3 ёшдан 11 ёшгача бўлган ўғил болалар касалланади [2,6,8].

Таснифлаш

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория

Этиологияси бўйича

- *M. audouinii, M. ferrugineum*. антропофил замбуруғлари келтириб чиқарган микроспория.
- *M. canis, M. distortum* зоофил замбуруғлари келтириб чиқарган микроспория.
- *M. gypseum, M. nanum* геофил замбуруғлари келтириб чиқарган микроспория.

Жойлашувига кўра қуйидагилар ажратилади:

- Силлиқ тери микроспорияси:
- Бошнинг сочли қисми микроспорияси.
- Силлиқ тери ва бошнинг сочли қисми микроспорияси

Клиник кўриниши
https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория
https://minzdrav.gospmr.org/file.xp?file=16535

M.canis сочларни, силлиқ терини, жуда кам ҳолларда тирноқларни зарарлайди, касаллик ўчоқлари тананинг очиқ ва ёпиқ қисмларида жойлашиши мумкин. Силлиқ терида шишган, бўртиб чиққан, чегаралари аниқ кўриниб турадиган, кулранг тангачалар билан қопланган юмалоқ ёки тухумсимон кўринишдаги эритематоз доғлар кўзга ташланади. Аста-секин доғлар диаметри катталашиб боради ва уларнинг четларида пуфакчалар ва сероз қобиқлар билан қопланган кўтарилувчи валик ҳосил бўлади. Беморларнинг 80-85 фоизида инфекцион жараёнга туклар ҳам қўшилиб кетади. Қошлар, қовоқлар ва киприклар зарарланиши мумкин. Силлиқ тери микроспориясида субъектив сезгилар бўлмайди, баъзан беморларни қичишиш безовта қилиши мумкин.

Бошнинг сочли қисми микроспориясида зарарланиш ўчоқлари кўпинча энса, тепа ва чакка соҳаларида жойлашади. Касалликнинг дастлабки даврида патоген замбуруғ кирган жойда асбестсимон пўст ташлаш ўчоғи пайдо бўлади. Кейинчалик диаметри 3 см дан 5 см гача бўлган аниқ чегараларга эга думалоқ ёки овал шаклли битта ёки иккита йирик ўчоқлар ва 0,3-1,5 см ўлчамдаги бир нечта майда ўчоқлар пайдо бўлади.

Зооантропоноз микроспориянинг типик клиник симптоматикаси билан бир қаторда, сўнгги йилларда унинг атипик вариантлари тез-тез кузатилади. Уларга инфилтратив, йирингли (чуқур), экссудатив, псориазиформ, трихофитоид, себореяли шакллари, шунингдек, микроспориянинг "трансформацияланган" варианти (топик кортикостероидларни қўллаш натижасида клиник кўринишнинг ўзгариши) киради.

Микроспориянинг инфильтратив шаклида бошнинг сочли қисмидаги зарарланиш ўчоғи атрофдаги теридан бироз кўтарилган, гиперемияланган, сочлар кўпинча тердан 3-4 мм баландлигида синган бўлади. Синган сочлар илдизи яқинида замбуруғ спораларидан иборат қоплам ифодаланган. Инфильтратив-йирингли шакли бошқа атипик вариантларидан кўра кўпроқ учрайди, баъзан Селс керионi - соч фолликулаларининг яллиғланиши, йиринглаши ва чуқур оғриқли тугунлар ҳосил бўлиши кўринишида ўтади. Микроспориянинг инфильтратив-йирингли шаклида зарарланган ўчоқ, одатда, кескин ифодаланган инфильтрация ва йирингчалар ҳосил бўлиши ҳисобига тери юзасидан анча кўтарилиб туради. Ҳосил бўлган

қатлам ва илдизидан ажралган сочлар осонлик билан олиб ташланади, зарарланган жойга босилганда фолликуляр тешиклар орқали йиринг ажралиб чиқади, бу ҳолат асалари уясига ўхшаб кетади. “Синган” сочлар йирингли ва йирингли-геморрагик пўстлоқлар билан ёпишиб қолади. Замбуруғларнинг парчаланиш маҳсулотлари ва иккиламчи инфекциянинг сўрилиши ҳисобига умумий интоксикация белгилари кузатилади, бу ҳолсизлик, бош оғриғи, ваража ҳолати, регионар лимфа тугунларининг катталашиши ва оғриқлилиги билан намоён бўлади. Микроспориянинг инфильтратив ва йирингли шаклларининг шаклланишига норационал (одатда маҳаллий) терапия, жиддий ёндош касалликлар, шунингдек, тиббий ёрдамга кеч мурожат қилиш туртки бўлади.

Микроспориянинг экссудатив шаклида гиперемия ва шиш пайдо бўлиши ҳамда шу фонда майда пуфакчалар пайдо бўлиши билан таърифланади. Тангачаларнинг доимо сероз экссудат билан шимилиб туриши ва бир-бирига ёпишиб қолиши натижасида зич пўстлоқлар ҳосил бўлади, пўстлоқлар олиб ташланганида ўчоғининг нам эрозияланган юзаси очилиб қолади.

Микроспориянинг трихофитоид шаклида зарарланиш жараёни бошнинг сочли қисмининг бутун юзасини қамраб олиши мумкин. Ўчоқлар жуда кўп, майда, пўстлоқлари калта кепаксимон бўлади. Ўчоқлар чегараси ноаниқ, ўткир яллиғланиш ҳолати бўлмайди. Микознинг бу шакли 4-6 ойдан 2-йилгача давом этиб, сурункали шаклга ўтиб бориши мумкин. Соч сийраклашган ёки соч тўкилиш ўчоқлари мавжуд бўлади.

Бошнинг сочли қисми микроспориясининг себореяли шаклида сочлар асосан сийраклашган бўлади. Сийраклашиш ўчоқлари кўп миқдорда сарғиш тангачалар билан қопланган бўлиб, уларни олиб ташлашда бир оз миқдордаги сочларни топиш мумкин. Ўчоқларидаги яллиғланиш ҳолати жуда кам ифодаланган, зарарланиш чегаралари эса аниқ бўлмайди.

Организмнинг замбуруғларга нисбатан реактивлиги ошганида иккиламчи аллергик тошмалар - микидлар пайдо бўлиши мумкин. Микидлар кўпинча зооантропофил замбуруғлар келтириб чиқарадиган микроспориясида кузатилади. Микидлар юзаки (лихеноид, эритематоз, эритематоз-сквамоз, везикулёз) ва чуқурроқ (тугунли) бўлиши мумкин. Иккиламчи тошмаларда замбуруғ элементларини аниқлаб бўлмайди. Клиник-морфологик жиҳатдан дерматомикидлар скарлатиноз ва қизамиқсимон тошма, парапсориаз, пушти темиратки ва бошқаларга ўхшаб кетиши мумкин. Дерматомикидларнинг пайдо бўлиши бош оғриғи, дармонсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши билан кузатилиши мумкин [3,7,9,14,25,26].

Ташхислаш усуллари, ёндашувлари ва тартиб-тамоиллари

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория
https://diseases.medelement.com/disease/микроспория 2021/17548

Микроспория ташхиси шикоятлар, эпидемиологик анамнез, инструментал ва лаборатория тадқиқотлари билан тасдиқланган клиник кўринишлар асосида амалга оширилади

Шикоятлар ва эпидемиологик анамнез

Микроспория касаллиги билан оғриган беморлар терида ва ёки бошнинг сочли қисмида қичишиш, оғриқ ва сочларнинг синиши билан кечадиган чекланган ёки кенг тарқалган эритематоз ўчоқлари борлигидан шикоят қиладилар.

Беморлар кўпинча касал уй ҳайвонлари (мушуклар, итлар) ёки касал одамлар билан алоқа қилишларини таъкидлайдилар.

Лаборатория ва инструментал тадқиқот усуллари
https://diseases.medelement.com/disease/
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

- Объектив текширувда аниқланадиган микроспориянинг объектив клиник кўринишлари "Клиник кўриниш" бўлимида баён этилган.

- Умумий қон таҳлили
- Зарарланган сочларни микроскопик текшириш, силлиқ теридаги ўчоқлардан тангачаларни қирқиш.
- Қўзғатувчининг турини аниқлаш учун культурал тадқиқот тавсия этилади Ўзбекистон Республикасида қўллашга рухсат этилган тест-тизимлардан фойдаланган ҳолда нуклеин кислоталарни амплификациялаш (ПЗР) усуллари.
- Тизимли антимикотик препаратларни тайинлашда қон зардобида билирубин, АСТ, АЛТ, ГГТ, ишқорий фосфатаза, глюкоза биокимёвий текширув, ички аъзоларнинг ултратовуш текшируви, гепатит В (Hepatitis B virus) вирусининг юза антигенига (HBsAg) ва гепатит С (Hepatitis C virus) вирусига антитаначаларни аниқлаш текширувларини ўтказиш тавсия этилади.
- Тербинафин препарати билан узоқ муддатли даволанишда резистент шаклларда ПЗР усули билан тербинафин резистентлигини аниқлаш
- Захмга скрининг тестлари қуйидагилардан бири: РМП, RPR, КСР; Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM
- Бактериал флора билан асоратланган бактериологик текширув антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан тавсия этилади
- Сийдикнинг умумий таҳлили
- Нажаснинг умумий таҳлили
- Асоратлар (аллергик тошмалар) мавжуд бўлганда иммуноглобулин Е нинг ИФА усули билан тахлили.
- Иммунологик тадқиқотлар
- Ички органларнинг ултратовуш текшируви
- Инструментал текшириш усуллари: Дерматоскопия, Вуд лампаси остида текшириш
- Тегишли мутахассисларнинг маслаҳати (терапевт, педиатр ва бошқалар)

Тизимли антимикотик препаратларни тайинлашда қуйидагиларни амалга ошириш зарур:

- қоннинг умумий клиник таҳлили (10 кунда 1 марта);

- сийдикнинг умумий клиник таҳлили (10 кунда 1 марта);
- қон зардобининг биокимёвий текшируви (даволашдан олдин ва 3-4 ҳафтадан кейин) (АЛТ, АСТ, умумий билирубин).

Микроспориянинг дифференциал диагностикаси

https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
https://minzdrav.gospmr.org/file.xp?file=16535

Микроспория дифференциал диагностика трихофития, руброфития, Жибернинг пушти темираткиси, псориаз, себореяли дерматит билан қилинади.

Ташхис	**Дифференциал диагностикани асослаш**	**Диагностика текширувлар**
Трихофития	Юмалоқ ёки тухумсимон шаклдаги эритематоз-сквамоз ўчоқлар, четлари кескин чегараланган, инфильтрацияланган ва кўтарилган, фолликуляр тугунчалар, пўстлоқчалар бор. Ўчоқлар юзаси оқиш тангачалар билан қопланган. Соғлом сочлар ўчоқларда сийраклашган, чунки сочлар теридан 1-2 мм баландликда ёки тери сатҳида "қора нуқталар" кўринишида синган.	зарарланган сочларни Вуд лампаси нурида текширишда ёруғлик йўқ, культурал текширувда патоген замбуруғ элементларини ва қўзғатувчини аниқлаш.
Жибернинг пушти темираткиси	Янада ифодаланган яллиғланиш, ўчоқларнинг пушти тусда бўлиши, кескин чегараларнинг йўқлиги, "ғижимланган папирос қоғози" кўринишидаги пўст ташлаш, "она пилакчаси"нинг мавжудлиги.	Микроскопик текширувда патоген замбуруғ элементларини аниқламаслик ва культурал текширувда қўзғатувчини ажратмаслик.
Псориаз	Чегараларнинг аниқлиги, зарарланган соҳанинг қуруқлиги, тангачаларнинг кумушсимон характери, ўчоқларда синган сочларнинг йўқлиги.	Микроскопик текширувда патоген замбуруғ элементларини аниқламаслик ва культурал текширувда
Себореяли дерматит	Яллиғланиш аломатлари бўлмаган пўст ташлаш (перхот ёки оддий питириаз). яллиғланиш доғлари, гоҳо юзасида сарғиш тангачалар бўлган суст инфилтрацияланган пилакчалар. Яллиғланишнинг сезиларли даражасида тангачалар экссудат билан шимилиб, сероз ёки сероз-йирингли пўстлоқлар ҳосил қилади. Яллиғланиш элементлари бир-бирига қўшилиб, бошнинг бутун сочли қисмини эгаллаши ва пешона терисига, қулоқ бурмалари терисига	Микроскопик текширувда патоген замбуруғ элементларини аниқламаслик ва культурал текширувда қўзғатувчини ажратмаслик

	тарқалиши мумкин. Беморларни сезиларли қичишиш безовта қилиши мумкин.	
Руброфития	Аниқ чегаралар, периферия бўйлаб кўтарилган яллиғланиш валиги билан ҳалқасимон ёки нотўғри чизиқлар, марказда регрессия белгилари ва ўчоғининг ўсиши ва қўшилишига мойиллиги	культурал текширишда патоген замбуруғ элементларини аниқлаш ва қўзғатувчини ажратиш.

Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва медикаментоз бўлмаган терапия

https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

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

Даволаш мақсадлари

- клиник кўринишларни ҳал қилиш;
- сочни люминессент фильтр (Вуд лампаси) остида ёритмаслик;
- замбуруғларни микроскопик текширишнинг учта салбий назорат натижалари

бошнинг сочли қисми микроспориясида - 5-7 кунда 1 марта;
туклар зарарланган микроспориясида - 5-7 кунда 1 марта,
силлиқ тери микроспориясида - 3-5 кунда 1 марта.

Туклар зарарланмаган силлиқ тери микроспориясини даволашда ташқи антимикотик препаратлар қўлланилади. Терида кўп сонли ўчоқлар (3 ва ундан ортиқ), патологик жараёнга тукли сочлар жалб қилинганда, шунингдек, бошнинг сочли қисми зарарланганда тизимли замбуруғга қарши препарат, ташқи антимикотик воситалар, сочларни олиш ёки 7-10 кунда 1 марта эпиляция қилишни ўз ичига олган комплекс даволаш зарур. Яққол ифодаланган яллиғланиш ҳодисаларида антисептик ва яллиғланишга қарши воситалар ташқи томондан қўлланилади. Қайталаниш эҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, даволаниш тугагандан сўнг, бемор диспансер кузатувида бўлиши керак:

- бошнинг сочли қисми микроспорияси ва силлиқ тери микроспориясида туклар зарарланганда - 3 ой
- силлиқ тери микроспориясида - 1 ой.

Диспансер кузатувида назорат-микроскопик текширувлар қуйидаги ҳолларда ўтказилади:

- бошнинг сочли қисми микроспориясида ва туклар зарарланганда – 1 ойида 1 марта.
- силлиқ тери микроспориясида - 10 кунда 1 марта.

Жадвал 1

Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%)

Фармакологик группа	**Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи**	**Қўллаш усули**	**Исботланганлик даражаси**
Замбуруғга қарши восита	Гризеофулвин 125 мг (таб)	Таб. 125 мг кунига тана вазни 1 кг га 21-22 мг дозада овқатдан кейин 3 марта 4-6 ҳафта давомида	A https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf https://www.vidal.ru/drugs/griseofulvin__3692
Замбуруғга қарши восита	Тербинафин 250 мг (таб)	Таб. 250 мг > 40 кг тана вазнига нисбатан - 250 мг кунига 1 марта, 20 дан 40 кг гача тана вазнига эга бўлган болаларга - 125 мг кунига 1 марта, <20 кг тана вазнига эга бўлган болаларга - 62,5 мг кунига 1 марта 4-6 ҳафта давомида	B https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine__30960
Замбуруғга қарши восита	Итраконазол 100 мг (таб, капс)	Капс, таб 100 мг 12 ешдан ошган болалар учун- 1кг тана вазнига 5 мг, катталар учун 200 мг кунига 1 марта овқатдан кейин 4-6 ҳафта давомида	B https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.
Замбуруғга қарши восита	Кетоконазол 200 мг (таб)	таб 200 мг катталар ва вазни 30 кг дан ортик боллалар учун 1 таб кунига 1 мартда, 15 дан 30 кг гача кунига 100 мг - кунига 1 марта овқат пайитида 4-6 ҳафта давомида	B https://www.rlsnet.ru/active-substance/ketokonazol-816

Замбуруғга қарши восита	Кетоконазол креми	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	B https://www.rlsnet.ru/active-substance/ketokonazol-841
Замбуруғга қарши восита	Циклопирокс креми	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	B https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopiroks-47
Замбуруғга қарши восита	Нафтифин креми	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	B https://www.rlsnet.ru/drugs/naftifin-79375
Замбуруғга қарши восита	Тербинафин креми, малхами	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	B https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine
Замбуруғга қарши восита	Изоконазол креми	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	B https://www.vidal.ru/drugs/molecule/563
Замбуруғга қарши восита	Миконазол креми	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	B https://www.vidal.ru/drugs/molecule/563
Замбуруғга қарши восита	Бифоназол креми	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	B https://www.vidal.ru/drugs/molecule/123
Замбуруғга қарши восита	Эконазол креми	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	B https://www.rlsnet.ru/active-substance/ekonazol

Замбуруғга қарши восита	олтингугуртли (10%) - салицил (3%) малҳами	Клиник белгилар бартараф бўлгунча кунига 2 марта ташқи қўллашга	B https://www.rlsnet.ru/drugs/serno-salicilovaya-maz-

Эслатма: Дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади. Терини намловчи воситалар (эмолентлар), тиббий воситалар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар дерматологик беморларни даволашда зарур ҳолатларда қарши кўрсатмалари бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатга эга бўлса қўлланилиши мумкин.

Ташқи ва тизимли антибактериал воситалар, топик глюкокортикостероидлар ҳамда комбинацияланган препаратларни қўллаш клиник заруратдан келиб чиқиб, фақат кўрсатмалар асосида амалга оширилади. Айнан бир дори воситасини танлаш даволовчи шифокор томонидан белгиланади.

Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ёки вақтинча етишмаса, шифокор ўхшаш терапевтик мақсадга эга, лекин турлича таъсир механизмли препаратни танлаши мумкин. Дори воситаси клиник вазият, беморнинг ҳолати ва мавжуд ресурсларга асосланиб амалга оширилади.

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

Жадвал 2

Фармакологик группа	**Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи**	**Қўллаш усули**	**Исботланганлик даражаси**
Иммуномодуляторлар	Иммуномодулин 0,1%-1,0 (амп)	Мушак орасига -катталарга 1,0мл миқдорда, болаларга препарат тана вазни 10 кг гача бўлган - 0,1 мл миқдорида юборилади; 10-30 кг - 0,3 мл; 30-50 кг - 0,5 мл - 10 кун давомида	C https://pharmaclick.uz/ru/catalog/immunostimulyatory/

Гепатопротекторлар	Эссенциал фосфолипидлар-(капс, амп)	Вена ичига секинлик билан 1-2 ампула (5-10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суюлтирилади. Перорал 12 ёшдан ошган ва тана вазни 43 кг дан ортиқ бўлган ўсмирлар учун, катталар учун 2 капсуладан 3 марта овқат пайтида 2-4 хафта давомида	С https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides__30447
Гепатопротекторлар	Антрал –(таб)	Перорал - катталар ва 10 ёшдан катта болаларга антрал - қабул қилиш учун 200 мг, 4-10 ёшли болаларга - қабул учун 100 мг суткасига 3 марта овқатдан кейин 2-4 хафта давомида	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Гепатопротекторлар	Силимарин 35 мг (таб)	ичишга катталар ва 12 ёшдан катта болаларга 1-2 (35-70 мг) таблеткадан кунига 3 марта 2-4 хафта давомида	С https://www.vidal.ru/drugs/carsil_forte
Десенсибилизацияловчи	Калций глюконат-(амп)	Вена ичига. Катталар ва 14 ёшдан бошлаб болаларга 5-10 мл дан 10% ли эритмани вена ичига юборинг 1-3 ёшгача бўлган болаларга - 1,5-2 мл; 4-6 ёш - 2-2,5 мл; 7-14 ёш - 3-5 мл 10 кун давомида	С https://farmak.uz/drugs/calcium-gluconate
Десенсибилизацияловчи	Натрий тиосулфат-(амп)	Вена ичига. Катталар ва 14 ёшдан бошлаб болаларга 5-10 мл дан 10% ли эритма юборилади 1-3 ёшгача - 1,5-2 мл; 4-6 ёш - 2-2,5 мл; 7-14 ёшда - 3-5 мл. вена ичига 10 кун давомида	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Антигистаминлар	Цетиризин-10 мг (таб)	Ичишга 10 мг суткасига 1 маҳал 10-15 кун давомида	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Антигистамин	Левоцетиризин 5мг (таб)	Ичишга-таблеткалар 5 мг ,эритма 20 томчи кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида	С https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c

Антигистаминлар	Лоратадин 10 мг(таб)	Ичишга 10 мг кунига 1 марта 10-15 кун давомида	C https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Антигистаминлар	Дезлоратадин 5 мг (таб)	Ичишга 5мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида	C https://farmak.uz/drugs/diazolin-tabletky
Антигистаминлар	Мебгидролин 0,1(таб, драже)	Ичишга. Катталарга ва 12 ёшдан катта болаларга перорал равишда 100-200 мг,3 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - 25 мг кунига 1-3 марта, 7 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 50 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида	C https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Биоген стимуляторлар	Алое экстракти (амп)	Тери остига. Ҳар куни 1 мл дан, 5 ёшгача бўлган болаларга - 0,2-0,3 мл, 5 ёшдан катталарга - 0,5 мл 10-15 кун давомида	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9394983/
Витаминлар.	Цианокобаламин (амп)	Вена ичига ёки мушак орасига 1-2 ҳафта давомида ҳар куни 1 мг дан, қўллаб турувчи доза 1-2 мг в/и ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан 10-15 кун давомида	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37063401/
Витаминлар.	Рибофлавин (амп)	Ичишга: катталарга - суткасига 5-10 мг; болаларга - суткасига 1 марта 2-5 мг. Вена ичига: 1 мл 1% ли эритма (0,1 г) суткасига 1 маҳал 10 кун давомида	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9394983/
Витаминлар.	Фолат кислота (таб)	Ичишга овқатдан кейин катталарга 1-2 мг дан кунига 1-3 марта. 3 ёшдан катта болаларга 1 мг дан кунига 1-2 маҳал 20-30 кун давомида	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14849254/

Витаминлар.	Тиамин (амп)	Мушак орасига(чуқур). Катталарга суткасига 1 маҳал 25-50 мг (0,5-1 мл 5% ли эритма) буюрилади, ҳар куни; болаларга суткасига 1 маҳал 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритма) 10-15 кун давомида	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148154/
Витаминлар.	Аскорбин кислотаси (амп,таб)	Катталар учун 0,05-0,1 г(1-2 таб) кунига 3 марта, 5 ешдан ошган болаларга- 0,05-0,1 g (1 таб)3 марта; Мушак орасига 1-2 мл (5% эритма) 10-15 кун давомида	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31148154/
Антисептик ва яллиғланишга қарши препаратлар	Йод 2-5% ли спиртли эритмаси	Кунига 2 марта ташқи қўллашга 4-6 ҳафта мобайнида.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx
Антисептик ва яллиғланишга қарши препаратлар	Фурацилин, эритмаси 1:5000	Кунига 2 марта ташқи қўллашга 1-2 кун мобайнида	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b4
Антисептик ва яллиғланишга қарши препаратлар	Фукорцин спиртли эритмаси.	Кунига 2 марта ташқи қўллашга. Қуригандан кейин ишлов берилган жойга малхам суртиш мумкин.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx
Антисептик ва яллиғланишга қарши препаратлар	ихтиол малҳами 10%-20%	Кунига 2 марта ташқи қўллашга 2-3 кун мобайнида	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx

Эслатма: Дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади. Терини намловчи воситалар (эмолентлар), тиббий воситалар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар дерматологик беморларни даволашда зарур ҳолатларда қарши кўрсатмалари бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатга эга бўлса қўлланилиши мумкин.

Ташқи ва тизимли антибактериал воситалар, топик глюкокортикостероидлар ҳамда комбинацияланган препаратларни қўллаш клиник заруратдан келиб чиқиб, фақат кўрсатмалар асосида амалга оширилади.
Айнан бир дори воситасини танлаш даволовчи шифокор томонидан белгиланади.

Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ёки вақтинча етишмаса, шифокор ўхшаш терапевтик мақсадга эга, лекин турлича таъсир механизмли препаратни танлаши мумкин. Дори воситаси клиник вазият, беморнинг ҳолати ва мавжуд ресурсларга асосланиб амалга оширилади.

“МИКРОСПОРИЯ ” БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

Кириш

Микроспория - бу микроспорум авлоди замбуруғлари томонидан келтириб чиқарадиган тери ва сочнинг юқори даражадаги юқумли дерматофитияси. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, микроспория барча дерматомикозларнинг 60-99,7% ни ташкил этиши ва ҳар йили касалланишнинг ўсиши 8% га етиши аниқланган. Маълумки, микроспория билан асосан болалар касалланади: микроспория ҳолатларининг 90% 14 ёшгача бўлган болаларда қайд этилади. Микоз юқори даражада юқумли бўлиб, болалар жамоаларида эпидемиологик қўзғалишларга олиб келиши мумкин [2,6,21,26].

Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва медикаментоз бўлмаган терапия:

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория

https://www.rodv.ru/upload/iblock/dc2/dc269a7b6588cbb751c5b11b466b78ca.docx

https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

Амбулатор ва стационар даражаларда микроспорияни даволаш тактикаси:

қўзғатувчини антимикотик препаратлар ёрдамида йўқ қилишга қаратилган. Носпецифик терапия усуллари микоз асоратларини даволаш ва тизимли антимикотик препаратларнинг ножўя таъсирларини олдини олиш учун қўлланилади.

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- амбулатор даволанишдан самара йўқлиги;
- микроспориянинг инфилтратив-йирингли шаклида умумий ҳолатнинг бузилиши (тана ҳароратининг кўтарилиши, интоксикация ҳодисалари ва бошқалар).
- бошнинг сочли қисми зарарланиш
- силлиқ терининг кўп ўчоқли микроспорияси (3 ва ундан ортиқ ўчоқлар)
- силлик терининг тукларини зарарланиши.
- оғир йўлдош касаллик мавжудлиги
- эпидемиологик ва ижтимоий кўрсаткичлар бўйича: интернатлар, болалар уйлари, ижтимоий-реабилитация марказлари, ёпиқ турдаги ўқув-тарбия муассасалари, ётоқхоналарда яшовчи беморлар. Кўрсатилган гуруҳлардаги шахсларга стационардан ташқарида тегишли диагностика, даволаш ва профилактика тадбирларини ўтказиш қийин ҳисобланади.

Яққол ифодаланган яллиғланиш ҳодисаларида антисептик ва яллиғланишга қарши воситалар ташқи томондан қўлланилади.

Силлиқ тери микроспориясида (3 тадан кам зарарланиш ўчоғи), туклар зарарланмаганда, фақат ташқи антимикотик воситалар қўлланилади;

Тизимли антимикотик препаратларни буюришга кўрсатмалар қуйидагилардир:

- бошнинг сочли қисми микроспорияси;
- кўп ўчоқли микроспорияси (зарарланишнинг 3 ва ундан ортиқ ўчоғи);
- туклар зарарланиши.

Ушбу шаклларни даволаш тизимли ва маҳаллий антимикотик препаратларнинг комбинациясига асосланган.

Даволаш схемалари

Катталар учун тавсия этилган даволаш схемалари:

А	Гризеофулвин ҳар 1 кг тана вазнига 22 мг дан 1 чой қошиқда ўсимлик ёғи билан перорал қабул қилиш тавсия этилади, кунига 3 марта (кунига 1,0 г дан кўп эмас) замбуруғлар мавжудлиги учун иккинчи салбий микроскопик текширувдан олдин (одатда 3-4 ҳафта), кейин кунига 2 ҳафта давомида, кейин 2 ҳафта 3 кунда 1 марта

В	Тербинафин 250 мг дозаси тана вазнига қараб белгиланади. Тана вазни 40 кг дан ортиқ бўлганда - 250 мг. овқатдан кейин кунига 1 марта ҳар куни 5-6 ҳафта давомида (14,22,24). ёки Итраконазол капс, таб 100 мг 12 ешдан ошган болалар учун- 1кг тана вазнига 5 мг, катталар учун 200 мг кунига 1 марта овқатдан кейин 4-6 ҳафта давомида [11,15,27].

Изоҳ: 5-7 кун оралиғида ўтказилган замбуруғларга микроскопик текширишнинг учта салбий натижалари билан даволаш якунланган ҳисобланади.

Аллергик тошмалар (микидлар) ва қичишишда антигистамин препаратлар қўлланилади:

С	- Цетиризин 10 мг суткасига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал - Лоратадин 10 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал - Левоцитеризин 5 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал - Дезлоратадин 5 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал - Мебгидролин 0,1 суткасига 1 марта 10 кун давомида перорал - Калций глюконат, 10% эритмаси 5-10 мл суткасига 1 марта вена ичига ёки мушак орасига 10 кун давомида -Натрий тиосулфат, 30% эритмаси 5 -10 мл суткасига 1 марта вена ичига 10 кун давомида

Қўшимча равишда ташқи таъсир қилувчи воситалар билан ҳам даволаш олиб борилади:

В	-Йоднинг 2-5% ли спиртли эритмасини кунига 2-3 маҳал клиник белгилар бартараф бўлгунча маҳаллий қўллаш тавсия этилади -изоконазол крем суткасига 2 марта клиник белгилар бартараф бўлгунча ташқи қўллашга ёки -кетоконазол крем суткасига 2 марта клиник белгилар бартараф бўлгунча ташқи қўллашга ёки -тербинафин крем клиник белгилар бартараф бўлгунча суткасига 2 марта ташқи қўллашга ёки -миконазол, клиник белгилар бартараф бўлгунча суткасига 2 марта ташқи қўллашга ёки -нафтифин крем клиник белгилар бартараф бўлгунча суткасига 2 марта ташқи қўллашга ёки -сертаконазол крем клиник белгилар бартараф бўлгунча суткасига 2 марта ташқи қўллашга ёки -циклопирокс крем клиник белгилар бартараф бўлгунча суткасига 2 марта ташқи қўллашга ёки -эконазол крем клиник белгилар бартараф бўлгунча суткасига 2 марта ташқи қўллашга ёки -бифоназол крем клиник белгилар бартараф бўлгунча суткасига 2 марта ташқи қўллашга ёки

	-олтингугурт (10%) -салицил (3%) малҳами клиник белгилар бартараф бўлгунча суткасига 2 марта ташқи қўллашга

Бошнинг сочли қисми кўп ўчоқли микроспориясида антимикотик препаратлар тайинланишидан олдин эпидермиснинг мугуз қавати кўчириб олинади

С	салицил кислотаси 12,0 г, сут ёки бензой кислотаси 6,0 г, 100,0 г гача вазелин 2 кун давомида компресс остида зарарланган жойга қўйилади, кейин 2% салицил малҳамини 24 соат давомида компресс остида қолдирилади, боғлам олиб ташлангандан сўнг, сочларни тозалаш ва эпиляция қилиш амалга оширилади. Мугуз қаватни ажратиб олгандан сўнг юқорида тавсифланган схемалар бўйича антимикотик дори воситалари буюрилади. [11,13].

Микроспориянинг инфильтратив-йирингли шаклида антимикотик препаратлар тайинланишидан олдин антисептик ва яллиғланишга қарши препаратлар қўлланилади:

С	- Фурацилин 1:5000 эритмаси кунига 2-3 марта маҳаллий 1-2 кун давомида - спиртли фукорцин кунига 2-3 маҳал маҳаллий 1-2 кун давомида, эритмалар қуригач сўнг - 10-20% ихтиол малҳами 2-3 кун давомида суткасига 2 марта ташқи [12,19] қўлланилади.

Изоҳ: кейин юқорида тавсифланган схемалар бўйича антимикотик дори воситалари буюрилади.

https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer
https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike

С	ПИЛН Озонотерапия

Изоҳлар: Сўнгра сочларни қўлда эпиляция қилинади ва юқорида тавсифланган схемалар бўйича антимикотик дори воситалари билан даволаш давом эттирилади.

Махсус ҳолатлар: Ҳомиладорлик ва эмизикли давр.

B	Ҳомиладорлик ва эмизикли даврда тизимли антимикотик препаратларни қўллаш мумкин эмас. Ҳомиладорлик даврида микроспориянинг барча шаклларини даволаш фақат маҳаллий таъсир қилувчи препаратлар билан амалга оширилади. Зарарланган жойлардаги сочлар 5-7 кунда 1 марта қирилади ёки эпиляция қилинади. [17,20]

Болаларни даволаш

Тавсия этилган даволаш схемалари

A	Гризеофулвин ҳар 1 кг тана вазнига 21-22 мг дан кунига тана вазнига 1 чой қошиқда ўсимлик ёғи билан перорал ҳар куни 3 марта қабул қилинади, замбуруғларни аниқлаш учун текширувнинг иккинчи манфий микроскопик натижасигача (3-4 ҳафта), кейин ҳар куни 2 ҳафта давомида, кейин 3-14 кунда 1 марта [11,13,19,20].

B	- Тербинафин 250 мг дозаси тана вазнига қараб белгиланади. Боланинг тана вазни 20 кг дан кам бўлганда суткасига 62,5 мг дозада; тана вазни 20 дан 40 кг гача бўлган болаларда - 125 мг; 40 кг дан ортиқ бўлганда - 250 мг. ҳар куни 5-6 ҳафта давомида овқатдан кейин суткасига 1 марта перорал [14,22,24]. ёки -Итраконазол 100 мг 12 ёшдан катта болаларга - 1 кг тана вазнига 5 мг кунига 1 маҳал ҳар куни 4-6 ҳафта давомида овқатдан кейин перорал. [11,15,27].

Патогенетик терапия самарадорлигини ошириш мақсадида: [15,17,27,29].

C	-Биоген стимуляторлар -Витаминотерапия ва микроэлементлар: А, С, Д, Е, В гуруҳ витаминлари -Гипосенсибилизацияловчи терапия -Антигистамин препаратлар -Гепатопротекторлар

Даволаш натижаларига қўйиладиган талаблар:

- клиник кўринишларни бартараф қилиш;
- микроскопик текширувнинг учта салбий назорат натижалари
  бошнинг сочли қисми микроспорияси - 5-7 кунда 1 марта
  силлиқ тери микроспорияси - 3 кунда 1 марта
- Вуд лампаси остида кўздан кечиришда ёруғликнинг йўқлиги

Симптомлар, лаборатор-инструментал текширувлардаги ўзгаришлар мавжуд бўлганда, гепатопротектор хусусиятга эга бўлган дори воситалари ва витаминотерапия билан даволаш буюрилади, ушбу хусусиятларга эга бўлган препаратларни танлаш шифокор томонидан белгиланади [15,17,27,29].

С		– Эссенциал фосфолипидлар — томир ичига секин 1–2 ампула (5–10 мл) қилиб юборилади, препарат беморнинг қони билан 1:1 нисбатда аралаштирилади. Агар препаратни эритиш зарур бўлса, фақат 5% ёки 10% декстроза эритмаси инфузион юбориш учун ишлатилади. Перорал: 12 ёшдан катта ўсмирлар ва тана вазни 43 кгдан ортиқ бўлганлар ҳамда катталар учун — овқат пайтида 2 капсуладан кунига 3 марта, 2–4 ҳафта давомида қабул қилиш тавсия этилади. – Антраль — овқатдан кейин перорал кунига 3 марта: катталар ва 10 ёшдан катта болаларга — 200 мгдан бир марта қабул қилиш тавсия этилади; 4–10 ёшли болаларга — 100 мгдан. Даволаш давомийлиги: 2–4 ҳафта. – Силимарин 35 мг — перорал катталар ва 12 ёшдан катта болаларга кунига 3 марта 1–2 таблеткадан қабул қилинади. Даволаш давомийлиги: 2–4 ҳафта. – Суюқ алоэ экстракти — т/о 1 млдан ҳар куни юборилади; 5 ёшгача бўлган болаларга — 0,2–0,3 мл; 5 ёшдан катта болаларга — 0,5 мл. Даволаш курси: 10–15 кун. – Аскорбин кислотаси — перорал катталар учун 0,05–0,1 г (1–2 драже) кунига 3–5 марта, 5 ёшдан катта болалар учун 0,05–0,1 г (1–2 драже) кунига 3 марта овқатдан кейин қабул қилинади. Томир ичига мушак ичига (в/м): катталар учун 5% эритмадан 1–2 мл кунига 1 марта, 10–15 кун давомида. – Рибофлавин — перорал: катталарга кунига 5–10 мг; болаларга — 2–5 мгдан кунига 1 марта. Даволаш давомийлиги: 1–1,5 ой. М/о: 1% эритмадан 1 мл (0,1 г) кунига 1 марта, 10–15 кун давомида. – Фолий кислотаси 1 мг — овқатдан кейин перорал катталар учун 1–2 мг (1–2 таблетка) кунига 1–3 марта, 3 ёшдан катта болалар учун 1 мгдан кунига 1–2 марта, 20 кун давомида. – Цианокобаламин — томир ичига ёки мушак ичига 1 мгдан ҳар куни 10–15 кун давомида юборилади. – Тиамин гидрохлориди (0,5–1 мл 5% эритма) — катталарга 0,5–1 мл 5% эритмадан кунига 1 марта мушак ичига юборилади; болаларга — 12,5 мг (яъни 0,25 мл 5% эритма) кунига 1 марта, 10–15 кун давомида.

“МИКРОСПОРИЯ ” КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2025

Кириш

Микроспория - бу микроспорум авлоди замбуруғлари томонидан келтириб чиқарадиган тери ва сочнинг юқори даражадаги юқумли дерматофитияси. Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти маълумотларига кўра, микроспория барча дерматомикозларнинг 60-99,7% ни ташкил этиши ва ҳар йили касалланишнинг ўсиши 8% га етиши аниқланган. Маълумки, микроспория билан асосан болалар касалланади: микроспория ҳолатларининг 90% 14 ёшгача бўлган болаларда қайд этилади. Микоз юқори даражада юқумли бўлиб, болалар жамоаларида эпидемиологик қўзғалишларга олиб келиши мумкин [2,6,21,26].

Профилактика усуллари ва тартиблари:

Микроспорияда профилактик чора-тадбирларга санитария-гигиена, шу жумладан шахсий гигиена тадбирларига риоя қилиш ва дезинфекция (профилактик ва ўчоқли дезинфекция) киради.

Ўчоқли (жорий ва якуний) дезинфекция бемор аниқланган ва даволанган жойларда: уйда, болалар муассасалари ва соғлиқни сақлаш муассасаларида ва бошқа жойларда ўтказилади.

Профилактик санитария-гигиена ва дезинфекция тадбирлари сартарошхоналарда, ҳаммомларда, сауналарда, санитария йўлакларида, спорт мажмуаларида, меҳмонхоналарда, ётоқхоналарда ва бошқа жойларда ўтказилади.

Эпидемияга қарши тадбирлар

1. Микроспория билан биринчи марта аниқланган беморга 3 кун муддатда ССВнинг 31.12.2020 йилдаги 363-сонли буйруғига мувофиқ СЕСга ва яшаш жойидаги тери-таносил диспансерларига 058-шакл билдиришномаси берилади.

Ҳар бир янги касалликка биринчи марта ташхис қўйилган касаллик сифатида қараш керак.

2. Тиббиёт ташкилотларида, уюшган жамоаларда ва бошқа муассасаларда касаллик қайд этилганда касалланган шахс тўғрисидаги маълумотлар юқумли касалликларни ҳисобга олиш журналига киритилади.

Журнал барча тиббиёт ташкилотларида, мактабларнинг тиббиёт кабинетларида, болалар мактабгача тарбия муассасаларида ва бошқа уюшган жамоаларда юритилади. Юқумли касалликларга чалинган беморларни шахсий ҳисобга олиш ва соғлиқни сақлаш муассасалари ва давлат санитария-эпидемиология назорати органлари ўртасидаги ахборот алмашинувини рўйхатга олиш учун хизмат қилади.

3. Беморни изоляция қилиш амалга оширилади.

Болалар муассасаларида микроспория билан касалланган бемор аниқланганда дарҳол изоляция қилинади ва касалхонага ёки уйга ўтказилгунга қадар жорий дезинфекция ўтказилади.

Микроспорияли бемор тузалгунга қадар болалар боғчаси, мактабга қўйилмайди; катта ёшли бемор болалар ва коммунал муассасаларга ишга қўйилмайди. Беморнинг ҳаммомга, бассейнга бориши тақиқланади.

Беморни максимал даражада изоляция қилиш мақсадида беморга алоҳида хона ёки унинг бир қисми, шахсий фойдаланиш буюмлари (ички кийим, сочиқ, мочалка, тароқ ва бошқалар) ажратилади.

Бемор аниқланганидан кейинги дастлабки 3 кун ичида болалар боғчаси, мактаблар, олий ва ўрта махсус таълим муассасалари ва бошқа уюшган жамоаларда ушбу муассасаларнинг тиббиёт ходимлари томонидан мулоқотда бўлган шахслар кўрикдан ўтказилади. Оиладаги мулоқотда бўлган шахслар дерматовенеролог томонидан кўрикдан ўтказилади. Кўрик якуний дезинфекция ўтказилгунга қадар ўтказилади.

Кейинги тиббий кузатувлар тери қопламлари ва бошнинг сочли қисмини мажбурий текшириш билан ҳафтасига 1-2 марта 21 кун давомида ҳужжатларда қайд этилган ҳолда амалга оширилади (кузатув варақаси юритилади).

4. Ташкил этилган жамоалар ва тиббиёт ташкилотларида жорий дезинфекция ишларини бажариш учун жавобгарлик унинг тиббиёт ходимлари зиммасига юкланади. Касалхонага ётқизилгунга, соғайганга қадар жорий дезинфекцияни беморнинг ўзи ёки уни парвариш қилаётган шахс ўтказади.

Жорий дезинфекция, агар аҳоли уни бемор аниқланган пайтдан бошлаб 3 соатдан кечикмай бажаришни бошласа, ўз вақтида ташкил этилган ҳисобланади.

5. Якуний дезинфекция микроспория ўчоқларида бемор шифохонага ётқизиш учун ўчоқдан чиққанидан кейин ёки шифохонага ётқизиш ёки соғайиш муддатларидан қатъи назар, уйда даволанган бемор соғайганидан кейин ўтказилади.

Баъзи ҳолларда якуний дезинфекция икки марта ўтказилади (масалан, бемор интернат мактабининг изоляторида изоляция қилинган ва даволанган тақдирда: изоляциядан кейин - ва тузалгандан кейин - изоляторда). Агар болалар боғчаси ёки мактабга қатнайдиган бола касал бўлиб қолса, якуний дезинфекция болалар боғчасда ёки мактабда ва уйда ўтказилади. Умумий ўрта таълим мактабида эпидемиологик кўрсаткичлар бўйича якуний дезинфекция ўтказилади.

Ўчоқларда якуний дезинфекция дезинфекция станцияси томонидан амалга оширилади. Ётоқ жиҳозлари, устки кийимлар, поябзал, бош кийимлари, гиламлар, юмшоқ ўйинчоқлар, китоблар ва бошқалар камера дезинфекциясидан ўтказилиши керак.

6. Уй ўчоқларида ва айрим ҳолларда уюшган жамоаларда якуний дезинфекция қилиш учун ариза дерматовенерология йўналишидаги тиббиёт ташкилотининг тиббиёт ходими томонидан берилади.

7. Ташкил этилган жамоаларда 3 ва ундан ортиқ ҳолат қайд этилганда, шунингдек эпидемиологик кўрсаткичлар бўйича дерматовенерологик йўналишдаги тиббиёт ташкилотининг тиббиёт ходими ва давлат санитария-эпидемиология назорати органларининг эпидемиологи чиқиши ташкил этилади. Эпидемиологнинг кўрсатмаси билан якуний дезинфекция тайинланади, дезинфекция ҳажми аниқланади.

8. Зооантропоноз микроспорияда касалликни аниқлаган тиббиёт ходими томонидан зарарланиш манбаини аниқлаш (касалланган ҳайвонлар билан алоқа мавжудлиги) бўйича иш олиб борилади. Ҳайвонлар (мушуклар, итлар) текшириш ва даволаш учун ветеринария шифохонасига юборилади, кейинчалик микроспорияли беморни даволаш ва кузатиш жойи бўйича маълумотнома тақдим этилади. Уйсиз жониворга шубҳа туғилганда, маълумот ҳайвонларни тутиш бўйича тегишли хизматларга берилади.

Диспансер кузатуви

Қайталаниш эҳтимоли туфайли, даволаниш тугагандан сўнг, бемор диспансер кузатувида бўлиши керак: бошнинг сочли қисми микроспориясида ва силлиқ тери микроспориясида тукли сочлар зарарланганда - 3 ой, силлиқ тери микроспориясида - 1 ой.

Диспансер кузатувда назорат-микроскопик тадқиқотлар:

бошнинг сочли қисми микроспорияси ва туклар зарарланганда - ойига 1 марта,

силлиқ тери микроспориясида - 10 кунда 1 марта ўтказилиши керак.

Соғайиш ва уюшган жамоага қўйилиш тўғрисида хулоса дерматовенеролог шифокор томонидан берилади.

Реабилитация усуллари ва тартиб-таомиллари:

Ўтказилмайди**.**

Адабиётлар рўйхати:

1.Абилкасимова Г.Е., Неумывакина Е.А. Применение итраконазола в случае распространенной микроспории // Успехи медицинской микологии. 2020. Т.21. С.81.

2. Антонова С.Б., Уфимцева М.А. Заболеваемость микроспорией: эпидемиологические аспекты, современные особенности течения // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2016. Т. 95. N.2. - С. 142–146.

3.Базаев В.Т., Дашевская О.В., Фидаров А.А. Трихомикозы (микроспория, трихофития, фавус), методическое пособие. Владикавказ; 2007 г.

4.Бухарева В.Ю., Беляев В.С. Резистентность возбудителей дерматомикозов к антимикотикам // Молодежь. Наука. Медицина. -2022. -№1. -С.201-204.

5.Дерматовенерология: национальное руководство / Под ред. Ю.К. Скрипкина.- Москва. 2011.

6.Исаева Т. И. Клинико-эпидемиологические и медико-социальные аспекты микроспории в различных климатогеографических условиях: диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.11 - Москва, 2009.- 132 с.

7.Ерзина Е.И., Позднякова О.Н. Микроспория: клинические особенности у детей и подростков // Медицина и образование в Сибири.- 2012.- N2.-6 с.

8. Касаткин Е.В., Лысогорская И.В., Козырева Т.Н. Этиологическая структура дерматофитий в Красногвардейском районе Санкт-Петербурга в 2016-2018 годах. Успехи медицинской микологии. 2019; 20: 76-77.

9.Кутасевич Я.Ф., Олейник И.А., Белозоров А.П., и др. К вопросу об атипичных формах микозов гладкой кожи // Дерматологія та венерологія. -2015. - N 4. -С. 96–101.

10. Медведева Т.В., Леина Л.М., Чилина Г.А., Богомолова Т.С., Микроспория: редкие клинические случаи // Клиническая дерматология и венерология. - 2012. - 4.- С. 94-101.

11. Мишина Ю.В., Шебашова Н.В. Сравнительная эффективность системных антимикотиков в

терапии микроспории волосистой части головы. В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. 10. Под редакцией Сергеева Ю.В.: Национальная академия микологии М.-2007. С. 130-131.
12. Национальный клинический протокол по ведению больных с микроспорией.- Ташкент. - 2021.
13.Руководство по детской дерматовенерологии /Под ред. Скрипкина Ю.К.-М.: «Медицина»- 1983. С. 135-143.
14.Справочник миколога / Под ред. Баткаева Э.А. – М.: РМАПО, 2008.
15.Рыжко П.П. Пятилетний опыт лечения итраконазолом (орунгалом) грибковых заболеваний кожи и ее придатков в Харьковском регионе В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии.- 2003. С. 142-145.
16.Уфимцева, М. А. Дерматомикозы у детей, занимающихся в секциях контактных видов спорта // X Международный форум дерматовенерологов и косметологов IFDC (Москва, 15-17 марта 2017 г). -Москва. 2017. - С. 132-133.
17. Федеральные клинические рекомендациями по ведению больных микроспорией. - Москва, 2013. - 17 с.
18.Харисова, А. Р. Роль ПЦР при диагностике микроспории / А.Р. Харисова, З.Р. Хисматуллина, А. Р. Мавзютов // Успехи медицинской микологии. - 2017. - Т. 17. - С. 56.
19.Шмелькова, Е. С. Современное комплексное лечение при атипичных формах микроспории // Украинский журнал дерматологии, венерологии, косметологии. - 2010. - № 3. - С. 99-102.
20.Яковлев А.Б., Полонская А.С., Круглова Л.С. Микроспория у детей раннего возраста: клинические случаи. Вопросы современной педиатрии. 2022; 21(5).
21. Alteras I, Feuerman EJ, David M, Segal R. The increasing role of Microsporum canis in the variety of dermatophytic manifestations reported from Israel. Mycopathologia. 1986; 95(2):105.
22. Ang, C. C. Inflammatory tinea capitis: non-healing plaque on the occiput of a 4-year-old child // Ann. Acad. Med. Singapore. - 2010. -Vol. 39, № 5. - P. 412-414.
23.Brasch, J. Unusual strains of Microsporum audouinii causing tinea in Europe / J. Brasch, S. Müller, Y. Gräser // Mycoses. - 2015 -№ 10. - P. 573-577.
24. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) / C. Williams [et al.] // Notes from the field: outbreak of skin lesions among high school wrestlers. – Arizona. 2014.
25. Clinical features of 80 cases of tinea faciei treated at a rural clinic in Japan / H. Noguchi [et al.] // Drug Discov Ther. - 2014. - Vol. 6. - P. 245-248.
26. Decreasing prevalence of Microsporum canis infection in Korea: through analysis of 944 cases (1993-2009) and review of our previous data (1975-1992) / W. J. Lee [et al.] // Mycopathologia. - 2012. - № 4. - P. 235-239.
27. Chia, C. Kerion mimicking erosive pustular dermatosis in elderly patients / C. Chia, M. V. Dahl // Cutis. - 2013. - Vol. 9, № 2. - P. 73-77.
28. Mahmoudabadi, A. Z. First case of Microsporum ferrugineum from Iran / A. Z. Mahmoudabadi // Mycopathologia. - 2006. - № 5 - P. 337-339.
29.Single-Dose Food In Vivo Bioequivalence Study of Terbinafine Hydrochloride Tablets (250 mg; Mylan) and Lamisil® (250 mg; Novartis) in Healthy Volunteers NCT00648713

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_862/#микроспория
https://diseases.medelement.com/disease/микроспория 2021/17548
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mikrosporija_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
https://minzdrav.gospmr.org/file.xp?file=16535
https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikrospia,_kistej_i_tulovishcha.

https://www.vidal.ru/drugs/molecule/123
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37063401/file:///C:/Users/
https://www.medicina.ru/patsientam/zabolevanija/mikoz/https://diseases.medelement.com/disease/
https://omnidoctor.ru/upload/iblock/459/4595f5d9f02d5d35d983c805bcd5cfff.pdf
https://elib.gsmu.by/xmlui/bitstream/handle/GomSMU/2723/Микроспория

Микроспория касаллигининг менежменти бўйича амалий кўникмаларининг компетенциялари (task shifting)

	Амалиёт ҳамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Тор мутаҳассис
Шикоятлар ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+*	+	+
Бемордан касаллик анамнезини олишда микроспория симптомлари ҳақида билимларни қўллаш.		+	+
Тери-таносил касалликлари билан беморларнинг тўлиқ тиббий анамнезини таърифлаш.		+	+
Физикал кўрик			
Силлиқ терида шишган, бўртиб чиққан, чегаралари аниқ кулранг тангачалар билан қопланган юмалоқ ёки тухумсимон эритематоз доғлар. Бошнинг сочли қисми микроспориясида зарарланиш ўчоқлари кўпинча энса, тепа ва чакка соҳаларида жойлашади- диаметри 3 см дан 5 см гача бўлган аниқ чегараларга ега думалоқ ёки овал шаклли битта ёки иккита йирик ўчоқлар ва 0,3-1,5 см ўлчамдаги бир нечта майда ўчоқлар пайдо бўлади		+	+

Ташхис қўйиш			
Касалликка хос симтомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида ташхис қўйиш		+	+
Асосий лаборатор диагностикаси			
Асосий лаборатор таҳлилларини буюриш:		+	+
Умумий қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитар формула + ЭСР)		+	+
Захмга скрининг текширувлар (14 ёшдан катталарга)		+	+
Микроспорияни микроскопик аниқлаш		+	+
Қўшимча лаборатор диагностикаси			

Захмга тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM			+
Умумий пешоб таҳлили			+
Умумий ахлат таҳлили			+
Қоннинг биокимёвий тахлили			+
Гистолгик текширув			+
ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЦР усулларида антитаналарни аниқлаш			+
Антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан микробиологик текширув			+
Қўшимча инструментал диагностика			
Тери ҳолатини ташхислаш-дерматоскопия			+
Микроспорияни даволаш			
Номедикаментоз даволаш (15 бет)			+
Микроспорияни медикаментоз даволашни буюриш компетенцияси (16-21-бетлар)			+

Микроспорияни олдини олиш			
Хулқ-атворни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар	+	+	+
Медикаментоз даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар	+	+	+

Асосий тор мутахассис — дерматовенеролог ҳисобланади.

*Ушбу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

Микроспориянинг менежменти бўйича билим компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)**	**Тор мутаҳассис#**
Микроспория таърифи		+	+
Микроспорияни шикоятлари, аломатларини тавсифлаш		+	+
Микроспорияни патофизиологик механизмларини тавсифланг			+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар (асосий лаборатор-инструментал текширувлар) асосида Микроспорияни ташхислаш учун ёндашувни яратиш.		+	+
Асосий таҳлиллар талқини		+	+
Микроспорияни даволашга ёндашувни шакллантириш		+	+
Микроспорияни номедикаментоз терапиясини тавсифланг	+	+	+
Микроспорияни медикаментоз терапиясини тавсифланг			+
Микроспорияда фойдаланиладиган турли препаратларнинг таъсир механизмини, кўрсатмаларини ва ножўя таъсирини муҳокама қилинг			+
Даволаш доирасида микроспорияни ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг			+

Асосий тор мутахассис – дерматовенеролог шифокори ҳисобланади.