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

«ҚИЧИМА» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ
директори в.б.
Сабиров У.Ю.

_____

«____» _____ 2025йил.

«ҚИЧИМА» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

“ҚИЧИМА” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ

Тошкент 2025

Кириш қисми

ХКТ-10 бўйича кодлар: L28

ХКТ-10	
L28.0	Оддий сурункали темиратки - Чегараланган нейродермит - Қўшимча аниқлик киритилмаган темиратки
L28.1	Тугунли қичима
L28.2	Бошқа қичима
	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
ХКТ-11 бўйича кодлар: EC91	
ХКТ-11	
EC91.0	Тугунли қичима
EC91.1	Атопик қичима
EC91.Z	Аниқланмаган қичима
	https://www.findacode.com/icd-11/block-268810206.html

Протокол ишлаб чиқилиши ва қайта кўрилиши санаси: 2025 йил ва протоколни қайта кўриб чиқиш санаси 2028 й. ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Барча тақдим этилган тавсияларга киритилган 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 баённома ва стандартни яратишда ўз хиссаларини қўшди:

Жараённи ташкил этиш бўйича дерматовенерология йўналиши ишчи гуруҳи аъзолари:

1.	Сабиров У.Ю.	Марказ директори, т.ф.д., профессор	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
2.	Икрамова Н.Д.	Мутахассислар ва клиник ординаторлар стажировкаси бўлими методисти, т.ф.н.	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
3.	Рахматов А.Б.	Микозлар муаммоларини ўрганиш бўйича илмий лаборатория мудири, т.ф.д., профессор.	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
4.	Халидова Х.Р.	Катта илмий ходим, т.ф.н.	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
5.	Боходирова А.А.	Илмий котиб	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”

Тақризчилар:

1. Мухамадиева Кибриёхон Мансуровна - тиббиёт фанлари доктори, Абу Али Ибн Сино номидаги Тожикистон давлат тиббиёт университети Дерматовенерология кафедраси мудири, доцент

2. Якубов Абдулазиз Абдужабборович - Мутахассислар стажировкаси ва клиник ординаторларни тайёрлаш бўлими бошлиғи, PhD

Техник эксперт баҳо ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – т.ф.д., директорнинг даволаш ишлари бўйича ўринбосари, клиника бош шифокори.

2. Жалилов Дилшод Сайфуллаевич - т.ф.н., РИДВваКИАТМ директорининг илмий ишлар бўйича 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 протоколидан олинган сана ва рақам: ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ” Илмий Кенгашининг 24.04.2025даги 4-сонли баённомасидан кўчирма

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматовенеролог, дерматокосметолог шифокорлари;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатрлар;
4. Лаборатория шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6. Клиник фармакологлар;
7. Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, аспирантлари, ўқитувчилари;
8. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва уларга ғамхўрлик қилувчилар.

Ушбу нозология бўйича беморлар тоифаси: қичима касаллиги билан касалланган беморлар.

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

УДИД	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

УДИД	**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

УТИД	**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	Кучсиз тавсия (мусоаджали сифатдаги далиллар йўқ; барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас).

Мундарижа

“ҚИЧИМА” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ.....4
“ҚИЧИМА” БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....22
“ҚИЧИМА” КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....29

Қисқартмалар рўйхати:

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифланиши
ОИВ	Одам иммунтанқислиги вируси
ТҚ	Тугунли қичима
ЭЧТ	Эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
ТКС	Тизимли кортикостероид
ТКИ	Топик калциневрин ингибиторлари
ФКТ	Фото кимиовий терапия
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
PUVA-терапия	- фотосенсибилизацияловчи препаратлардан фойдаланган ҳолда 320-400 нм тўлқин узунлигидаги ультрабинафша нурланиш билан нурлантириш, фурокумаринлар гуруҳидаги фотосенсибилизаторларни 320-400 нм узун тўлқинли ультрабинафша нурланиш билан биргаликда қўллаш.
UVA-терапия	- узун тўлқинли ультрабинафша нурланиш 350-400 нм
UVB-терапия	- 280-320 нм ўрта тўлқинли ультрабинафша нурланиш (селектив фототерапия)
UVB-311 терапия	тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли ультрабинафша терапия (ёки тор полосали (311 нм) ўрта тўлқинли терапия)
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
ИФ	Ишқорий фосфатаза
УТТ	Ультратовушли текшириш
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент таҳлил
ИФлА	Иммунофлюоресцент таҳлил
ИФА	Иммунофермент таҳлил
ПЗР	Полимераз занжир реакцияси
нм	Нанометр
ПИЛН	Паст интенсивли лазер нурланиши
ПИФ	Бевосита иммунофлюоресценция
ПИФ	Иммунофлуоресценция реакцияси
РИБТ	Оқиш Трепонеманинг Иммобилизация Реаксияси
РПГА	Пассив Гемагглютинация Реакцияси
ИХА	Иммунохроматографик таҳлил
ИЛ	Интерлейкин
Ig	Иммуноглобулин
HIV	Human immunodeficiency virus
ANA	Antinuclear antibody (антинуклеар антитана)
HCV	Hepatitis C Virus
HBs	Hepatitis B surface antigen (Гепатит Б нинг юзаки антигени)

Асосий қисм

2.1. Кириш

Қичима (lat. prurigo, prurio - қичишиш сўзидан) - тери касаллиги бўлиб, у кучли қичишиш, тугунли тошмалар, қонли қалоқлар ва қичишиш билан тавсифланади, асосан оёқ-қўлларнинг ёзувчи юзаларида, думба, қорин, орқа, белда. Қичима - нейроаллергодерматозлар гуруҳига кирувчи сурункали қайталанувчи касаллик. Қичима кўпинча иммунитетнинг бузилиши, сурункали аллергия ёки ташқи омилларнинг таъсири, масалан, паразитар инфекциялар, стресс билан боғлиқ.

2.2. Касаллик этиологияси ва патогенези

Болаларда қичима одатда организмнинг аллергенларга (озиқ-овқат, маиший, дори-дармонлар) юқори сезувчанлиги, ҳашаротлар чақиши таъсири, овқат ҳазм қилиш тизимининг бузилиши (шу жумладан туғма фермент касалликлари), гижжа инвазиялари ва сурункали инфекциялар туфайли юзага келади. Шунингдек, аутоинтоксикация, эмлашлар ёки инфекция ўчоқларининг мавжудлиги ҳам қўзғатувчи омил бўлиши мумкин.
Катталарда касаллик кўпроқ ички омиллар, масалан, ҳазм аъзоларининг сурункали касалликлари (гастрит, яра, гепатит, цирроз), эндокрин бузилишлар (қандли диабет, гормонал дисбалансlар), вегетатив тизимнинг бузилиши, интоксикациялар, аутоиммун жараёнлар ва паразитар касалликлар билан боғлиқ. Қичима тизимли касалликлар (масалан, ўсмалар ёки қон касалликлари), гормонал ўзгаришлар (масалан, ҳомиладорлик пайтида) ва стресс фонида ҳам намоён бўлиши мумкин.
Касалликнинг асосий механизми "қичишиш-қашлаш-қичишиш" ёпиқ сиклининг шаклланиши ҳисобланади. Сурункали қичишиш терининг нерв охирларини сенсибилизация қилади, бу яллиғланишни кучайтиради ва янги тошмаларни қўзғатади. Бу жараёнда терининг турли ҳужайралари (масалан, эозинофиллар, кератиноцитлар, семиз ҳужайралар, Меркел ҳужайралари ва бошқалар) ва яллиғланиш медиаторлари - цитокинлар (ИЛ-31), нейропептидлар (Р субстансияси), простагландинлар ва протеазалар иштирок этади. Шу билан бирга, стандарт антигистамин дорилар кўпинча самарасиз бўлиб чиқади, чунки гистамин касалликнинг ривожланишида етакчи рол ўйнамайди.

2.3. Қичиманинг клиник шакллари

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

1) Болалар қичимаси (строфулюс, болалар папулёз эшакеми);
2) Катталар қичимаси (Гебранинг оддий қичимаси);
3) Тугунли қичима (Гайд тугунли қичимаси, турғун папулез эшакеми, тугунли нейродермит);
Бундан ташқари, қичишишнинг бошқа клиник шакллари ҳам мавжуд.
4) Қуёш қичимаси
5) Ҳомиладорлар қичимаси
7) Пигментли қичима
8) Сурункали мултиформ қичима

2.4. Шикоятлар ва анамнез - "клиник кўриниш"

Болалар қичимаси (строфулюс, болалар папулёз эшакеми) бола ҳаётининг биринчи йилида ривожлана бошлайди, аммо касалликнинг энг аниқ кўринишлари 2 ёшдан 8 ёшгача кузатилади. Теридаги бирламчи морфологик элементлар 2 дан 10 мм гача бўлган пуфакчалар бўлиб, уларнинг марказий қисмида везикула билан қопланган тугунча (серопапула) жойлашган. Кучли қичишиш

фонида дастлаб уртикар тошмалар пайдо бўлади, уларнинг марказида шишли эритематоз фонда катталиги тариқ донидек келадиган, учида майда пуфакчаси бўлган зич серопапулалар шаклланади. Қаварчиқлар 6-12 соатдан кейин йўқолади. Экскориациялар туфайли папулалар инфилтрацияланади, везикулалар ўрнида сероз ёки сероз-геморрагик қалоқлар ҳосил бўлади.
Кичик гиперемия халқаси билан ўралган, аммо асосида пуфакчалари бўлмаган мустақил серопапулалар, шунингдек папула ва везикулаларсиз уртикар элементлар ҳам учрайди. Тошмалар ва қичишиш хуружсимон пайдо бўлади ва оёқ-қўлларнинг ёзувчи юзалари, тана, думба, кафт ва товон терисида, камроқ - юз териси ва бошнинг сочли қисмида симметрик жойлашади. Тошмалар хуружи пайтида, айниқса кечқурун ва тунда кучли қичишиш кузатилади, бу уйқунинг бузилишига, асабийлашишга олиб келади. Баъзан қисқа муддатли тана ҳароратининг 37,5-38 С гача кўтарилиши, қоннинг клиник таҳлилида ўзгаришлар (эозинофилия, анемия, лимфоцитоз бўлиши мумкин, ЭЧТ ошиши), полиаденопатия кузатилади.
Катталар қичимаси (Гебранинг оддий қичимаси) икки шаклда намоён бўлиши мумкин: ўткир ва сурункали.
Касалликнинг ўткир шакли терида қўл ва оёқларнинг ёзувчи юзалари, камроқ ҳолларда - тана, зич консистенцияли, катталиги ясмиқдек, бир-бирига қўшилишга мойил бўлмаган, қизғиш-қўнғир рангли тарқоқ ярим шарсимон папулалар пайдо бўлиши билан тавсифланади, улар шиш туфайли кучли қичишиш фонида уртикар характерга эга бўлиши мумкин (шишли папулалар). Экскориация натижасида уларнинг юзаси геморрагик қалоқлар билан қопланади, улар кўчиб тушганда вақтинчалик ёки оқиш чандиқлар қолади. Тошмалар тошишидан олдин 1-2 кун давомида умумий ҳолатнинг бироз бузилиши кузатилади. Касалликнинг ўткир шакли 2 ҳафтадан 4 ойгача давом этиши мумкин. Беморларда азоб берувчи қичишиш натижасида невротик бузилишлар: жаҳлдорлик, уйқусизлик пайдо бўлади.
Касалликнинг сурункали шакли узоқ муддатли рецидивланувчи кечиши ва лихенификация ўчоқларининг папулёз тошмалари билан бирга намоён бўлиши билан ажралиб туради. Ултрабинафша нурларга сезгирлиги юқори бўлган одамларда қўзиш кўпинча мавсумий характерга эга (баҳорги ёки ёзги қичишиш шакллари) ва терининг очиқ жойларида тошмалар локализацияси билан тавсифланади.
Тугунли қичима (папулёз турғун эшакеми, тугунли Гайда қичимаси) кам учрайди, асосан 40 ёшдан ошган аёлларда учрайди. Яккаланган йирик (диаметри 0,5 дан 1 см гача ва ундан ортиқ) ярим шарсимон ёки юмалоқ зич папулалар ва тери сатҳидан кэскин чиқиб турадиган тугунлар билан ифодаланган мономорф тошмалар мавжудлиги билан тавсифланади. Элементлар дастлаб нормал тери рангига эга бўлиб, кейинчалик қизғиш-жигарранг тусга киради. Элементларнинг юзаси силлиқ, кейинчалик юзада тангачалар ёки гиперкератотик ва веррукоз ўчоқлар пайдо бўлиши мумкин. Кучли хуружсимон қичишиш натижасида уларда геморрагик қалоқлар билан қопланган экскориациялар пайдо бўлади. Патологик элементларнинг йўқолиши кўпинча яралар ва чандиқлар орқали содир бўлади. Тошмалар қўл ва оёқларнинг ёзувчи юзалари терисида симметрик равишда жойлашади, камроқ - букувчи юзаларда, орқада.
Касаллик интенсив, хуружсимон қичишиш билан кечади, тошмалар пайдо бўлганидан сўнг кучаяди, бу терининг зарарланган соҳаларида нерв толаларининг гиперплазияси билан изоҳланади. Касаллик йиллаб давом этади ва қисқа ремиссиялар билан кечади.
Ҳомиладорлар қичимаси Ҳомиладорлар атопик тошмаси, ҳомиладорлар пруригоси, ҳомиладорлар папулёз дерматити деб ҳам аталади. Ҳомиладор аёлларнинг тез-тез учрайдиган ўзига хос тери касаллиги, қичишадиган экзема ёки папулёз тошмалар билан тавсифланади. Ҳомиладор аёлларнинг бошқа дерматозларидан фарқли ўлароқ, одатда 3-триместрдан олдин пайдо бўлади. Касалликларнинг учдан икки қисми бўйин ва букувчи юзалар каби типик атопик жойларда терининг экзематоз ўзгаришлари билан тавсифланади. Тошмалар одатда яхши даволанади ва туғруқдан кейин ўз-ўзидан йўқолади, лекин кўпинча такрорий ҳомиладорлик пайтида яна пайдо бўлади. Ҳомила зарарланмайди, аммо болаларда атопик дерматит хавфи ортади.

Атопик тошмаларнинг патогенези ҳомиладорлик туфайли иммунитет тизимидаги ўзгаришлар билан бошланади, деб ҳисобланади. Th2 фаоллиги ортиши билан гуморал жавоб томонга силжиш кузатилади. Касаллик ривожланган беморларда атопик дерматитга мойиллик мавжуд бўлиши мумкин, аммо беморларнинг 80 фоизи фақат ҳомиладорлик даврида теринининг бундай ўзгаришини қайд этади. Кўпинча оилавий анамнезда атопик дерматит кузатилади.

Пигментли қичима prurigo pigmentosa номи билан ҳам маълум. Пигментли қичиманинг этиологияси ва патогенези етарлича ўрганилмаган. Эҳтимол, қичишишнинг бошқа турларида бўлгани каби патогенезида аллергия, экзо- ва эндоген интоксикациялар, асаб, эндокрин ва овқат ҳазм қилиш тизимлари функцияларининг бузилиши, атопия, сурункали инфекция ўчоқлари аҳамиятга эга. Антибиотиклар буюрилганда аҳволнинг яхшиланиши бактериал инфекциянинг ролини назарда тутади.

Асосан 30-50 яшар аёлларда кузатилади. Асосий элементлари қизғиш рангли пўст ташловчи папулалар бўлиб, кучли қичишиш билан кечади. Дастлабки зарарланиш зонаси кўпинча бўйин ва тананинг юқори қисмлари бўлиб, у ердан тошмалар аста-секин тери қопламининг пастки қисмларига тарқалади, бир вақтнинг ўзида элементлар тўрли ўчоқларга қўшилиши мумкин. Тугунчалар қайта ривожланганида уларнинг ўрнида сезиларли пигментация, баъзи жойларда тўрсимон пигментация ва енгил атрофия қолади. Вақти-вақти билан қўзиши билан йиллаб давом этади. Қийновчи қичишиш кўпинча невротик ҳолатга олиб келади.

Қуёш қичимаси, шунингдек, актиник пруриго, Хатчинсоннинг ёзги қичимаси, hydroa aestivale сифатида ҳам танилган. Кўпинча Шимолий ва Жанубий Американинг туб аҳолисида учрайди (ҳиндулар қичимаси). Бироқ, Европа ва Осиёда аниқланган ҳолатлар ҳақида хабар берилган.Ирсий дерматоз ҳисобланади. Этиологияси ва патогенези бутунлай номаълум. 93% беморларда HLA-DR4 аниқланади.

Ультрабинафша нурлар таъсирида юзага келган антиген таъсирчан одамларда яллиғланиш реакциясини келтириб чиқарса керак. Болаликда, одатда, 10-14 ёшли қизларда намоён бўлади. Асосан тананинг очиқ жойларида иккиламчи лихенификация ва экзематизация билан кучли қичишадиган папулалар ва бляшкалар билан тавсифланади, лекин бел ва думба соҳасида кузатилиши мумкин. Беморларнинг ярмида учрайдиган хейлит ва конюнктивит характерлидир. Вақтинчалик ремиссия қишда содир бўлади, тошмаларнинг бир қисми сақланиб қолади ва баҳор-ёз даврида кучайиши кузатилади.

Кўп шаклли сурункали қичима prurigo chronica multiformis, prurigo Lutz номи билан ҳам танилган. Этиологияси ва патогенези аниқланмаган. Ҳозирги вақтда паранеопластик жараён ҳисобланади. 30 ёшдан ошган катталарда тўсатдан ривожланади.

Қалин оқиш-кулранг тугунчалар, баъзан пуфакчалар учида пуфакчалар, кўплаб экскориациялар ва тароқлар, баъзи жойларда майда юзаки чандиқлардан иборат полиморф тошма билан тавсифланади. Вақт ўтиши билан тери қалинлашади, қуруқлашади, диффуз лихенификация пилакчалари ҳосил бўлади. Қичишиш азобли бўлиб, овқат истеъмол қилгандан сўнг, уйқудан олдин, безовталик пайтида кучаяди, кўпинча терлашнинг кучайиши билан кечади.

Тошмалар одатда тана бурмалари, қўл ва оёқларнинг думбалари, жинсий аъзолар терисида жойлашади. Пруригиноз элементлар бўйин, юз ва бошнинг сочли қисмида жойлашганда, айниқса аёлларда, терапияга чидамли бўлган қичишадиган ҳуснбузар тошмаси билан бирга келиши мумкин (пруригиноз ҳуснбузарлар). Касалликнинг енгил ва оғир турлари фарқланади.

• Енгил шаклида (prurigo mitis) элементлар фақат оёқ-қўлларнинг ёзувчи томонларида жойлашган, қичишиш кескин ифодаланмаган. Дерматоз тананинг очиқ қисмларида жойлашганда совуқ ҳаво, қуёш нурлари ва бошқа кескин метеорологик омилларнинг таъсирини истисно қилиш керак. Бу турдаги касалликнинг қайталаниши ва кучайиши нисбатан кам учрайди.

• Оғир шаклида (prurigo ferox) тарқалган, кэскин қичишадиган тошма тананинг деярли бутун юзасини қоплайди. Рецидивлар ва зўрайишлар узоқ давом этади, ремиссиялар деярли бўлмайди.

3. Қичима диагностикаси

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

Қичима ташхиси шикоятларни таҳлил қилиш, анамнез маълумотлари, касалликнинг клиник кўринишини баҳолаш ва сурункали қичишиш пайдо бўлиши ва қичима ривожланиши билан боғлиқ касалликни ташхислаш зарур бўлганда ёки бошқа тери касалликлари билан қиёсий ташхислаш - лаборатория текширувлари натижаларига асосланади.
Кўрсатмаларга кўра ва қиёсий ташхис ўтказиш мақсадида қуйидаги лаборатория текширувлари тайинланади:
- қон ва сийдикнинг клиник таҳлиллари;
- қоннинг биокимёвий таҳлили: умумий оқсил, умумий билирубин, АЛТ, АСТ, ИФ, креатинин, мочевина, глюкоза;
- нажаснинг умумий таҳлили, нажаснинг гижжа тухумларига таҳлили;
- паразитар касалликларнинг серологик диагностикаси - лямблиялар, аскаридалар, описторхислар ва бошқаларнинг антигенларига қарши антитаналарни аниқлаш.
- ОИВ инфекциясига текшириш (IgM ва IgM - ОИВ1, ОИВ2 га антитаначаларни аниқлаш) ва гепатит В ва С (HCV-антитаначалар, HBc-антигенни аниқлаш);
- тери биоптатларини гистологик текшириш;
- иммуногистокимёвий текширув;
- тери дерматоскопияси
- теридан олинган қириндини қўтир канасига микроскопик текшириш;
- аллерготестлар:
    - аллерготест иммуноблотинг
    - молекуляр аллергодиагностика
- қондаги умумий иммуноглобулин Е даражасини текшириш
- Иммунологик тадқиқотлар
- Гамма-глобулин текшируви
- Инфекцияни ИФА, ПЗР, ИХЛА ва бошқа усуллар билан ташхислаш
- Биосубстратларни микологик текшириш (ёруғлик микроскопияси ва/ёки ПИФ)
- Ички аъзоларнинг ултратовуш текшируви
- Зарарланиш ўчоқларидан микробиологик текширув ва сезувчанликни аниқлаш
- Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgM ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgM ва IgM
- Тери корнеометрияси
- ИЛ-4, 13, 31 бўйича текширув

Кўрсатмаларга кўра бошқа мутахассислар: гастроентеролог, невропатолог, эндокринолог, оториноларинголог, гинеколог, онколог, терапевт, педиатр, физиотерапевт маслаҳатлари тайинланади.

3.1. Дифференциал диагностика

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

Дифференциал диагностика ҳашаротлар чақиши, қўтир, педикулёз, токсикодермия, нейродермит, аллергик дерматит, экзема, турғун папулёз эшакеми, сувчечак, Дюрингнинг герпетиформ дерматити, васкулит билан ўтказилади. ТҚ дифференциал диагностикаси, биринчи навбатда, қизил ясси темираткининг гипертрофик шакли, тугунли қўтир (скабиотик лимфоплазия), терининг лихеноид ва

тугунли-пилакчали амилоидози каби интенсив қичишиш билан кечувчи тугунли элементларнинг шаклланиши билан тавсифланадиган касалликларни ўз ичига олади. ТҚ ни папулонекротик ва сўгалсимон сил, тугунчали саркоидоз, кўп сонли дерматофибромалар ва кератоакантомалар билан ҳам фарқлаш керак, улар клиник жиҳатдан ТҚ да кузатиладиган тошмалар билан ўхшаш бўлиши мумкин, аммо қичишиш билан кечмайди.

Пруриго касаллигига ўхшаш тери касалликлари:

1. Орттирилган реактив перфорацияловчи дерматозлар кам учрайдиган тери касалликлари гуруҳи бўлиб, кўпинча сурункали буйрак етишмовчилиги ва қандли диабет билан боғлиқ. Бундай дерматозлар қичишувчи гумбазсимон папулалар билан намоён бўлиб, уларнинг марказида мугузланган тиқин тана, қўл ва оёқларда жойлашади. Гистологик текширувда кератин, коллаген ва яллиғланиш маркерларидан иборат косасимон бирикма аниқланади: эпидермиснинг пастки қатламида вертикал базофил коллаген толалари ўтадиган ингичка ёриқлар мавжуд.
2. Тугунли пемфигоид - буллёз пемфигоиднинг кам учрайдиган варианти бўлиб, клиник ва гистологик жиҳатдан пруригони эслатувчи қичишадиган тугунлар, папулалар ёки пилакчалар билан намоён бўлади. Ташхис эпидермал базал мембранага антитаначалар ва IgG таҳлили ёрдамида тасдиқланади.
3. Қўтирнинг тугунли шакли - унга ҳам таралган тошмаларда қон қатламлари хос, аммо бошқа клиник кўринишлар ва йўд синамаси ёрдамида қўшимча ташхис қўйиш касалликни тезда аниқлаш имконини беради.
4. Гипертрофик қизил ясси темиратки - қизил ясси темираткининг бир тури бўлиб, бунда зич гиперкератотик пилакчалар, кўпинча болдирнинг олдинги юзасида пайдо бўлади.
5. Кўп сонли кератоакантомалар - бир нечта кам учрайдиган ирсий ёки спонтан касалликлар, жумладан, Фергюсон-Смит синдроми ва Гжибовский синдроми белгиси. Қичишишнинг йўқлиги, гистологик хусусиятлари ва клиник кечиши кўп сонли кератоакантомаларни пруригодан фарқлашга ёрдам беради.
6. Буллёз эпидермолиз (БЭ) - дистрофик эпидермолизнинг кам учрайдиган маҳаллий варианти бўлиб, терининг мўртлиги (у ҳатто минимал таъсирда ҳам осонгина шикастланади), кучли қичишиш ва гипертрофик қизил ясси темиратки ёки пруригони эслатувчи терининг шикастланиши билан тавсифланади. Наслий эпидермолизга клиник шубҳа тегишли иммунофлюоресцент текширишлар билан тасдиқланади.
7. Лихеноидли амилоидоз терида кўп сонли ясси ёки ярим шарсимон ялтироқ ярим шаффоф тугунчалар пайдо бўлиши билан характерланади, уларнинг катталиги тўғноғич бошчасидан нўхат донасигача бўлиб, қўнғир-қизил ёки қўнғир-кўкимтир рангда, юзаси силлиқ ёки майда ифлос-кулранг тангачалар билан қопланади. Кўпчилик ҳолларда папулалар болдирнинг олдинги юзасида, камроқ сонда ва жинсий олат терисида симметрик жойлашади. Улар бир-бирига тегиб туради, лекин бир-бири билан қўшилиб кетмайди ва соғлом терининг тор эгатлари билан ажралиб туради. Папулалар жойлашган соҳадаги тери зичлашган, бурмага яхши йиғилмайди. Субектив равишда жараён кучли қичишиш билан кечади, бу эса экскориациялар, геморрагик пўстлоқлар ва лихенификациянинг пайдо бўлишига олиб келади.
8. Тугунсимон-пилакчасимон амилоидоз камдан кам учрайди; патологик жараён диаметри 1-2 см келадиган якка-якка ёки бир талай зич тугунлардан иборат бўлади, бу тугунлар қўшилганида сўгалсимон ўсимталар ва мугуз қатламлар билан қопланган ғадир-будур пилакчалар ҳосил бўлади. Асосий локализация - болдирнинг ёзувчи юзаси. Беморларни одатда қийновчи қичишиш безовта қилади. Тошмалар регрессиясида тери атрофияси ривожланади. Лихеноид амилоидозда ҳам, тугунли пилакчали амилоидозда ҳам гистологик препаратларда сўрғичсимон қаватда амилоид массалар тўпланганлиги аниқланади, улар Ван Гизон бўйича бўялганда сариқ рангга, конго-қизил билан бўялганда қизил рангга, гематоксилин ва эозин билан бўялганда пушти рангга бўялади. Амилоиднинг ўзига хос хусусияти дихроизм билан биргаликда нурни икки марта синдириш қобилиятидир.

4. Даволаш

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

Даволаш мақсадлари

- клиник даволаш.

Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар

- амбулатор даволанишнинг самарасизлиги.
- қичишишнинг тез-тез такрорланадиган шакллари
- қичишишнинг ўртача-оғир ва оғир кечиши
- умумий ҳолатнинг бузилиши билан кечадиган қичишишнинг кучайиши;
- физиотерапевтик даволаш усулларидан фойдаланиш зарурати;
- селектив иммунодепрессантлар (биологик препаратлар, глюкокортикостероидлар ва бошқалар) билан қўллаб-қувватловчи терапия ўтказиш зарурати;
• 15-стол (чеклаш: ўткир таомлар, зираворлар, спиртли ичимликлар, ҳайвон ёғларини истеъмол қилиш). Овқатга ўсимлик мойлари, шунингдек, витаминларга бой маҳсулотлар (мевалар, сабзавотлар) киритиш тавсия этилади.

Ўзбекистон Республикасида кафолатланган тўловсиз тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида рўйхатга олинмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш харажатларни қайтариш учун асос бўлмайди.

Жадвал-1

Асосий дори воситаларининг рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга):

Дори воситасининг халқаро номи	Қўллаш тартиби	Далилнинг ишончлилик даражаси
Гидрокортизон ацетат 2,5%	аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Метилпреднизолон ацепонат: 0,1%	аппликациялар кўринишида кунига 1 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Флуметазон пивалат	аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Аклометазон дипропионат 0,05%	аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида	B

		https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Бетаметазон дипропонат 0,05%	аппликациялар кўринишида кунига 1 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Бетаметазон валерат: 0,1%	аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Мометазон фуроат: 0,1%	аппликациялар кўринишида кунига 1 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Гидрокортизон 17-бутират 0,1%	аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Триамцинолон ацетонид: 0,1%	аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Флутиказон пропионат 0,05%	аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Клобетазол пропионат 0,05%	аппликациялар кўринишида кунига 1-2 марта 2-4 ҳафта давомида	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Такролимус 0,03% ва 0,1% малҳам	катталар учун 0,03% сиртга қўлланиладиган малҳам ёки 0,1% сиртга қўлланиладиган малҳам, 2 ёшдан катта болаларга - 0,03% сиртга қўлланиладиган малҳам, 8-12 ҳафта давомида терининг зарарланган жойларига кунига 2 марта юпқа қатламда суртилади	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
Пимекролимус 1%	Катталар ва 3 ойликдан катта болаларга кунига 2 марта, 8-12 ҳафта давомида зарарланган юзага юпқа қатлам билан суртинг.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/
Тетрациклин + триамцинолон аэрозоли	сиртга қўллаш учун - инфекцияланган ўчоқларни аэрозол оқими билан суткасига 1-3 марта суғориш, баллонни вертикал ҳолатда, теридан 15-20 см масофада, 7-10 кун давомида ушлаб туриш.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/

Бетаметазон + гентамицин + клотримазол креми	сиртга қўллаш учун, инфекцияланган шикастланиш ўчоқларига сиртга қўллаш учун суртма суткасига 2 марта катталар ва 2 ёш ва ундан катта болаларга 7-14 кун давомида	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/
Мочевина	5, 10, 15% сиртга қўллаш учун кунига 1-2 марта 1-3 ҳафта давомида	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/
Диметинден малеат	1 ойликдан 1 ёшгача бўлган болаларга - 3-10 томчидан кунига 3 марта ичиш учун; 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларга - 10-15 томчидан кунига 3 марта ичиш учун; 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 15-20 томчидан кунига 3 марта ичиш учун; 12 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 20-40 томчидан кунига 3 марта ичиш	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Лоратадин	2 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 5 мг (5 мл) суткасига 1 марта перорал; 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 10 мг (10 мл) суткасига 1 марта 14-28 кун давомида перорал	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Дезлоратадин	6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 30 мг оғиз орқали кунига 1-2 марта, 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга 120-180 мг оғиз орқали кунига 1 марта 14-28 кун давомида	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Левоцетиризин	6 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 5 мг дан суткасига 1 марта оғиз орқали 14-28 кун давомида	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Цетиризин гидрохлорид	6 ойдан 12 ойгача бўлган болаларга - 2,5 мг (5 томчи) оғиз орқали кунига 1 марта, 1 ёшдан 2 ёшгача бўлган болаларга - 2,5 мг (5 томчи) оғиз орқали кунига 1-2 марта, 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - 2,5 мг (5 томчи) оғиз орқали кунига 2 марта ёки 5 мг (10 томчи) оғиз орқали кунига 1 марта, 6 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 5 мг оғиз орқали кунига 1 марта 14-28 кун давомида.	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Фексофенадин гидрохлорид	6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 30 мг оғиз орқали кунига 1-2 марта, 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

	120-180 мг оғиз орқали кунига 1 марта 14-28 кун давомида	
Хлоропирамин гидрохлорид	1 ойликдан 1 ёшгача бўлган болаларга 5 мг (0,25 мл эритма) мушак орасига кунига 1 марта; 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - 10 мг (0,5 мл эритма) мушак орасига кунига 1 марта; 6 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларга - 10-20 мг (0,5-1 мл эритма) мушак орасига кунига 1 марта; 14 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 20-40 мг (1-2 мл эритма) мушак орасига кунига 1 марта 5-7 кун давомида	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Хлоропирамин гидрохлорид	1 ёшгача бўлган болаларга - 6,25 мг перорал кунига 2-3 марта; 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - 8,3 мг перорал кунига 2-3 марта; 6 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларга - 12,5 мг перорал кунига 2-3 марта; 14 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 25 мг перорал кунига 3-4 марта 5-7 кун давомида	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Дифенгидрамин гидрохлорид	2 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларга - 2-5 мг оғиз орқали кунига 2 марта, 2 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларга - 5-15 мг оғиз орқали кунига 2 марта, 5 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 15-30 мг оғиз орқали кунига 2 марта, 12 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 30-50 мг оғиз орқали кунига 3 марта 5-7 кун давомида	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Дифенгидрамин гидрохлорид	12 ёшдан катта болаларга ва катталарга 10-50 мг (1-5 мл эритма) дан кунига 1-3 марта 5-7 кун давомида мушак орасига юборилади.	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Клемастин фумарат	1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларга - 2-2,5 мл (200-250 мкг) оғиз орқали кунига 2 марта; 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - 5 мл (500 мкг) оғиз орқали кунига 2 марта; 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 0,5-1 мг оғиз орқали кунига 2 марта, 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 1 мг оғиз орқали кунига 2 марта 5-7 кун давомида	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

Клемастин фумарат	болаларга - суткасига 1 кг тана вазнига 25 мг дан мушак орасига; катталарга - суткасига 2 мг дан 2 маҳал 5-7 кун давомида мушак орасига	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Хифенадин гидрохлорид	2 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларга - 5 мг оғиз орқали кунига 2-3 марта, 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларга - 10 мг оғиз орқали кунига 2 марта, 7 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 10-15 мг оғиз орқали кунига 2-3 марта, 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 25-50 мг оғиз орқали кунига 2-4 марта 5-7 кун давомида	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Эбастин	6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 5 мг (5 мл сироп) оғиз орқали кунига 1 марта, 12 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларга - 10 мг (10 мл сироп) оғиз орқали кунига 1 марта, 15 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 10-20 мг (10-20 мл сироп) оғиз орқали кунига 1 марта 10-14 кун давомида.	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Биластин	Ичишга. Катталар учун тавсия этилган доза - кунига 10-20 мг 10-14 кун	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Гидроксизин	6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 5 мг (5 мл сироп) оғиз орқали кунига 1 марта, 12 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларга - 10 мг (10 мл сироп) оғиз орқали кунига 1 марта, 15 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 10-20 мг (10-20 мл сироп) оғиз орқали кунига 1 марта 10-14 кун давомида.	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/
Калций глюконат, 10% ли эритма	5-10 мл дан кунига 1 марта вена ичига ёки мушак орасига 10-15 кун давомида	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Натрий тиосулфат, 30% ли эритма	5-10 мл дан кунига 1 марта вена ичига ёки мушак орасига 10 кун давомида	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Калций хлорид	в/и томчилаб 100 мг/мл - 5 мл кунига 1 марта, 7-10 кун	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Натрий лактат + сорбитол + калий хлорид	в/и томчилаб суткасига 200-400 мл дан 3-5 кун	C

MgCl2, NaCl, CaCl2	6 ёшгача бўлган болаларга препаратни тана вазнига нисбатан 10 мл/кг ҳисобида юбориш тавсия этилади; 6 ёшдан 12 ёшгача - катталар учун дозанинг ярмини ташкил этадиган дозада; 12 ёшдан катта болаларга препаратнинг дозаси катталарники билан бир хил.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Декстран	Дезинтоксикация мақсадида катталарга бир марталик дозаси 500 мл дан 1000 мл гача 60-90 дақиқа давомида вена ичига томчилаб юборилади. Зарур бўлса, биринчи суткада яна 500 мл препарат қуйиш мумкин. Кейинги кунларда препарат 500 мл суткалик дозада томчилаб юборилади.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Гидролизланган лигнин	ичиш учун, яхшиси олдиндан майдалаб, овқатдан ва бошқа дори воситаларини қабул қилишдан бир соат олдин сув ичиш керак. Препарат дозаси ёшга, тана вазнига ва касалликнинг оғирлигига боғлиқ бўлиб, препарат кунига 3-4 марта қабул қилинади, ўртача бир марталик дозаси 1 ёшгача бўлган болалар учун - 1/2 таблетка; 1 - 3 ёш - 1⁄2 -1 таблетка; 4-7 ёшда - 1 таблетка, 7-12 ёшда - 1-2 таблетка; катталар учун - 2-3 таблетка. Зарур бўлса, шифокор тавсиясига кўра суткалик доза 20-30 г гача 3-4 қабулда оширилиши мумкин. Даволаш давомийлиги 5 кундан 14-21 кунгача.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

Эслатма: Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмолентлар), таркибида мочевина (5-15%) бўлган препаратлар, тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметика воситалари, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда зарурат бўлганда қўлланилиши мумкин.

Ташқи ва тизимли антибактериал воситалар, маҳаллий глюкокортикостероидлар ва комбинацияланган препаратларни қўллаш клиник заруратни ҳисобга олган ҳолда қатъий кўрсатмалар бўйича амалга оширилади.

Муайян препаратни танлаш даволовчи шифокор томонидан белгиланади.

Агар шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда маълум бир гуруҳдаги зарур препарат бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган дорилар) буюриши мумкин.

Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд ресурсларга қараб амалга оширилади.

Жадвал 2

Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Дори воситасининг халқаро номи	**Қўллаш тартиби**	**Далилнинг ишончлилик даражаси**
Преднизолон	1-2 ой давомида кунига 20-40 мг оғиз орқали қабул қилиш, кейинчалик бекор қилиш	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Бетаметазон	1 мл дан 2-3 ҳафтада 1 марта мушак орасига, курс давомида 3-4 инъекция	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Дупилумаб 150, 175 мг тери остига юбориш учун еритма	Тана вазни 15 дан 30 кг гача бўлган беморлар учун: бошланғич доза - 600 мг (300 мг дан 2 та инъекция), кейин ҳар 4 ҳафтада 300 мг дан; тана вазни 30 дан 60 кг гача бўлган беморлар учун: бошланғич доза - 400 мг (200 мг дан 2 та инъекция), кейин ҳар 2 ҳафтада 200 мг дан; тана вазни 60 кг ва ундан ортиқ бўлган беморлар учун бошланғич доза - 600 мг (300 мг дан 2 та инъекция), кейин ҳар 2 ҳафтада 300 мг дан	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37811660/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778608/
Немолизумаб	Тери остига Тана вазни <90 кг: 60 мг (30 мг дан 2 та инъекция), кейин; 30 мг ҳар 4 ҳафтада. Тана вазни ≥90 кг: 60 мг (30 мг дан 3 та инъекция), кейин; 60 мг ҳар 4 ҳафтада.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888917/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778608/
Метотрексат	Катталарда метотрексат 10 дан 30 мг/ҳафтагача т/и, м/о ёки ичишга буюрилади; болаларда - 0,2-0,7 мг/кг/ҳафта.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486591/
Фолат кислота (метотрексат қўлланилганда)	овқатдан кейин ичиш учун, катталарга 1-2 мг (1-2 таблетка) кунига 1-3 марта. Суткалик максимал дозаси 5 мг (5 таблетка). 3 ёшдан катта болаларга 1 мг дан (1 таблеткадан) кунига 1-2 марта. Суткалик максимал дозаси - 2 мг (2 таблетка). Даволаш курси 20-30 кун.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

Циклоспорин	Циклоспориннинг бошланғич дозаси кунига 2,5 дан 3 мг/кг тана вазнига 2 марта қабул қилинади. Оғир ҳолатларда, зарурат туғилганда, препарат дозаси максимал даражагача - кунига 1 кг тана вазнига 5 мг гача оширилиши мумкин. Ижобий натижага эришилганда, дозани аста-секин камайтириб, бутунлай бекор қилиш керак.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438756/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745856/
Цианокобаламин	м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан, ойига 1 мартагача.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Тиамин	м/о (чуқур). Препаратни юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (5% эритманинг 0,5 мл дан ошмаслиги керак) ва фақат яхши кўтарилгандагина юқори дозаларга ўтиш мумкин. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади. Даволаш курси 10-30 инексия.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Рибофлавин	Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой. М/о: 1 мл 1% еритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Эссенциал фосфолипидлар	в/и секин 1-2 ампула (5-10 мл), эритма бемор қони билан 1:1 нисбатда суюлтирилади. Препаратни суюлтириш зарур бўлганда, инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмаси ишлатилади. Ичкарига. 12 ёшдан ошган ва тана вазни 43 кг дан ортиқ бўлган ўсмирлар, шунингдек, катталар учун 2 капсуладан кунига 3 марта овқатланиш пайтида қабул қилиш тавсия этилади.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Оксиматрин	в/и 600 мг дан, кунига бир марта в/и 600 мг 100-250 мл 5% ли глюкоза ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида суюлтирилади. Венага томчилаб минутига 60 томчидан кунига 1 марта юборилади. 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига 3 марта ичилади. Зарур бўлганда суткалик дозани 3	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

	капсуладан кунига 3 мартагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматринга тенг).	
Урсодезоксихол кислота	Ичишга. Тана вазни 34 кг дан кам бўлган болалар ва катталарга урсодезоксихол кислотасини суспензия кўринишида қўллаш тавсия этилади. Урсодезоксихол кислотасининг тавсия этилган дозаси кунига 10 мг/кг ни ташкил этади.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Антрал	кунига 3 марта овқатдан кейин ичиш учун катталар ва 10 ёшдан катта болаларга - ҳар қабулга 200 мг дан 4-10 ёшли болаларга - ҳар қабулга 100 мг дан	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Адеметионин	Тавсия этиладиган доза 1 кг тана вазнига суткасига 10-25 мг адеметионинни ташкил этади. Одатда суткалик доза суткасига 1-2 таблеткани ташкил этади (суткасига 400-800 мг адеметиониндан) ва суткасига 4 таблеткагача оширилиши мумкин (суткасига 1600 мг адеметионингача). Таъсири одатда даволашнинг 7-14 кунида намоён бўлади ва препаратни кейинги қўллашда ҳам сақланиб қолади.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Алфа-токоферол ацетат	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади (қабул қилиш давомийлиги - 20-40 кун)	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Ретинол ацетат	Катталар учун энг юқори кунлик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак. 33 000-100 000 ХБ/кун	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Холекалциферол (Д витамини)	Д витамини танқислигини коррексияси (25 (OH) Д даражаси <20 нг/мл) - 8 ҳафта давомида ҳар ҳафтада 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ ҳар ойда 2 ой давомида ичиш учун - 150 000 ХБ ҳар ойда 3 ой давомида ичиш учун - 6000 - 8000 ХБ кунига - 8 ҳафта ичиш учун Д витамини етишмовчилигини коррекцияси (25 (OH) Д даражаси ≥20 ва <30 нг/мл) - 4 ҳафта давомида ҳар ҳафта 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ бир марта ичишга - 150 000 ХБ бир марта ичишга - 6000 - 8000 ХБ кунига - 4 ҳафта ичиш учун Д витамини даражасини қўллаб-қувватлаб туриш ≥30 нг/мл - 1000 - 2000 ХБ ҳар куни ичиш учун	A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28994020/

	- 6 000 - 14 000 ХБ ҳафтада бир марта ичиш учун	
Аскорбин кислотаси	Ичишга, м/о, в/и 250-1000 мг/кун	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Витамин А + Е	овқатдан кейин ичиш учун кунига 100 мг дан витамин Е + витамин А 100 000 ХБ дозасида (қабул қилиш давомийлиги - 20-40 кун)	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Алфа-липой кислотаси	Катталар учун 600 мг миқдорида кунига камида 30 дақиқа давомида томчилаб юбориш орқали вена ичига юборилади. Катталар ва 14 ёшдан ошган болаларга овқатдан олдин кунига 1 маҳал 1 капсуладан ичилади.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Глутатион	м/о, в/и секин (2-3 дақиқа) ёки кунига 600 мг ёки кунора 1200 мг инфузия йўли билан юборилади. Ичкарига. Суткасига 250 мг, тил остида аста-секин сўрилади. Қабул қилиш курси 2-3 ойлик цикллар бўлиб, уларни йилига 2-3 марта такрорлаш мумкин.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Тилорон дигидрохлорид	1-2 таблеткадан (250 мг) дастлабки икки кун давомида кунига 1 марта, сўнгра 2-4 ҳафта давомида кун ора 1 таблеткадан (125 мг) ичилади. Ёки ремиссия даврида 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар ҳафтанинг дастлабки икки кунида, жами 5 ҳафта. Курс дозаси 1,25 г.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Тимопентин	• мушак орасига инъекция қилиш - инъекция учун стерил сув билан суюлтириш 1 мл; • вена ичига томчилаб қуйиш - 250 мл 0,9% натрий хлориднинг инъекцион эритмасида эритиш. Препарат тавсияларга амал қилган ҳолда қўлланилади. Иммунитет танқислиги ҳолатларининг олдини олиш ва даволаш 1-2 флакон кунига 2 марта.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/
Валериан экстракти	Ичишга. Катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга 1-2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин берилади. Даволаш давомийлиги 2-4 ҳафта. Шифокор кўрсатмаси билан такрорий даволаш курсларини ўтказиш мумкин.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

Изоҳ: Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмолентлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалари, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

Даволаш натижаларига қўйиладиган талаблар:

- қичишишни тўхтатиш
- тошмаларни бартараф этиш

Даволаш самарасиз бўлгандаги тактика:

Бошқа мутахассислар маслаҳати, соматик патологияни аниқлаш ва даволаш.

“ҚИЧИМА” БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Қичима (lat. prurigo, prurio - қичишиш сўзидан) - тери касаллиги бўлиб, у кучли қичишиш, тугунли тошмалар, қонли қалоқлар ва қичишиш билан тавсифланади, асосан оёқ-қўлларнинг ёзувчи юзаларида, думба, қорин, орқа, белда. Қичима - нейроаллергодерматозлар гуруҳига кирувчи сурункали қайталанувчи касаллик. Қичима кўпинча иммунитетнинг бузилиши, сурункали аллергия ёки ташқи омилларнинг таъсири, масалан, паразитар инфекциялар, стресс билан боғлиқ.

Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва номедикаментоз терапия

Даволаш мақсадлари
- клиник даволаш;

Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар
- амбулатор даволанишнинг самарасизлиги.
- қичишишнинг тез-тез такрорланадиган шакллари
- қичишишнинг ўртача-оғир ва оғир кечиши

Даволаш схемалари

Ташқи терапия:

Даволашнинг биринчи босқичида ўткир яллиғланиш белгилари мавжуд бўлганда қуйидагилар қўлланилади: [9, 11, 14]

С	Таркибида қорамой, ихтиол, нафталан бўлган пасталар, кремлар, суртмалар (5-10% қорамой суртмаси, 2-5% нафталан, 3-5% борно - 5-10% қорамой суртмаси, 5% ихтиол суртмаси) кечаси 3 ҳафта давомида окклюзион боғлам остида [1,8,11].

С	Қичишишга қарши воситалар - ментол, анестезин, димедрол, фенистил қўшилган крем ва малҳамлар

Сиртга қўллаш учун гормонал препаратлар [9, 11, 14, 15]:

В	- гидрокортизон ацетат аппликация кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида ёки - метилпреднизолон ацепонат 0,1% аппликациялар кўринишида кунига 1 марта 2-4 ҳафта давомида

	ёки - флуметазон пивалат аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида ёки - алклометазон дипропионат аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида ёки - бетаметазон дипропионат 0,05% аппликациялар кўринишида кунига 1 марта 2-4 ҳафта давомида ёки - бетаметазон валерат 0,1% аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида ёки - мометазона фуроат 0,1% аппликациялар кўринишида кунига 1 марта 2-4 ҳафта давомида ёки - гидрокортизон 17-бутират 0,1% аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида ёки - триамцинолон ацетонит 0,1% аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида ёки - флутиказон пропионат 0,05% аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида ёки - флуоцинолон ацетонид аппликациялар кўринишида кунига 1-3 марта 2-4 ҳафта давомида ёки

	- клобетазол пропионат 0,05% аппликация кўринишида кунига 1-2 марта. 2-4 ҳафта давомида

Кальциневриннинг топик ингибиторлари

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/

В	- такролимус суртмаси 0,03% ва 0,1% (катталарга 0,03% сиртга қўллаш учун суртма ёки 0,1% сиртга қўллаш учун суртма, 2 ёшдан катта болаларга - 0,03% сиртга қўллаш учун суртма 8-12 ҳафта давомида теринининг зарарланган жойларига кунига 2 марта юпқа қатламда суртилади) - крем пимекролимус 1% кунига 2 марта катталар ва 3 ойликдан катта болаларга 8-12 ҳафта давомида зарарланган юзага юпқа қатлам билан суртилади.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

В	Юмшатувчи воситалар (эмолентлар), таркибида 5-15% мочевина бўлган препаратлар: Намлантирувчи крем ва лосёнлардан мунтазам фойдаланиш теринининг барер функциясини тиклашга ёрдам беради, қуруқлик ва қичишишни камайтиради. Уларни кунига бир неча марта, айниқса, сув муолажаларидан сўнг қўллаш тавсия этилади.

Эслатма: Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Тизимли терапия

А	Антигистамин препаратлар - диметинден малеат: 1 ойликдан 1 ёшгача бўлган болаларга - 3-10 томчидан кунига 3 марта ичиш учун; 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларга - 10-15 томчидан кунига 3 марта ичиш учун; 3 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 15-20 томчидан кунига 3 марта ичиш учун; 12 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 20-40 томчидан кунига 3 марта 14-28 кун давомида ичиш учун [1,4,7,11,16,19] ёки - лоратадин: 2 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 5 мг (5 мл) кунига 1 марта оғиз орқали; 12 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 10 мг (10 мл) кунига 1 марта 14-28 кун давомида оғиз орқали [1,4,7,11,16] ёки - дезлоратадин: 2 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларга - 1,25 мг (2,5 мл сироп) кунига 1 марта ичиш учун, 6 ёшдан 11 ёшгача бўлган болаларга - 2,5 мг (5 мл

	сироп) кунига 1 марта ичиш учун, 12 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 5 мг (10 мл сироп) кунига 1 марта 14-28 кун давомида ичиш учун [1,4,7,11,16] ёки - фексофенадин гидрохлорид: 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 30 мг пер ос кунига 1-2 марта, 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга 120-180 мг пер ос кунига 1 марта 14-28 кун давомида [1,4,7,11,16] ёки - левоцетиризин: 6 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 5 мг пер ос кунига 1 марта 14-28 кун давомида [1,4,7,11,12,16] ёки - цетиризин гидрохлорид: 6 ойдан 12 ойгача бўлган болаларга - 2,5 мг (5 томчи) пер ос кунига 1 марта, 1 ёшдан 2 ёшгача бўлган болаларга - 2,5 мг (5 томчи) пер ос кунига 1-2 марта, 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - 2,5 мг (5 томчи) пер ос кунига 2 марта ёки 5 мг (10 томчи) пер ос кунига 1 марта, 6 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 5 мг пер ос кунига 1 марта 14-28 кун давомида [1,4,7,11,16] ёки
С	- Хлоропирамин гидрохлорид: 1 ойликдан 1 ёшгача бўлган болаларга 5 мг (0,25 мл еритма) мушак орасига кунига 1 марта; 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - 10 мг (0,5 мл еритма) мушак орасига кунига 1 марта; 6 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларга - 10-20 мг (0,5-1 мл еритма) мушак орасига кунига 1 марта; 14 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 20-40 мг (1-2 мл еритма) мушак орасига кунига 1 марта 5-7 кун давомида [1,4,7,11,16] ёки - Хлорпирамин гидрохлорид: 1 ёшгача бўлган болаларга - 6,25 мг пер ос кунига 2-3 марта; 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - 8,3 мг пер ос кунига 2-3 марта; 6 ёшдан 14 ёшгача бўлган болаларга - 12,5 мг пер ос кунига 2-3 марта; 14 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 25 мг пер ос кунига 3-4 марта 5-7 кун давомида [1,4,7,11,16] ёки - Дифенгидрамин гидрохлорид: 2 ойликдан 2 ёшгача бўлган болаларга - 2-5 мг пер ос кунига 2 марта, 2 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларга - 5-15 мг пер ос кунига 2 марта, 5 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 15-30 мг пер ос кунига 2 марта, 12 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 30-50 мг пер ос кунига 3 марта 5-7 кун давомида [1,4,7,11,16]

	ёки - Дифенгидрамин гидрохлорид: 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга 10-50 мг (1-5 мл еритма) мушак орасига кунига 1-3 марта 5-7 кун давомида [1,4,7,11,16] ёки - Клемастин фумарат: 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларга - 2-2,5 мл (200-250 мкг) оғиз орқали кунига 2 марта; 3 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга - 5 мл (500 мкг) оғиз орқали кунига 2 марта; 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 0,5-1 мг оғиз орқали кунига 2 марта, 12 ёшдан катта болаларга ва катталарга - 1 мг оғиз орқали кунига 2 марта 5-7 кун давомида [1,4,7,11,16] ёки - Клемастин фумарат: болаларга - кунига ҳар бир кг тана вазнига 25 мг дан мушак орасига; катталарга - кунига 2 мг дан кунига 2 марта 5-7 кун давомида мушак орасига [1,4,7,11,16] ёки - Хифенадин гидрохлорид: 2 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларга - 5 мг пер ос кунига 2-3 марта, 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларга - 10 мг пер ос кунига 2 марта, 7 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 10-15 мг пер ос кунига 2-3 марта, 12 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 25-50 мг пер ос кунига 2-4 марта 5-7 кун давомида [1,4,7,11,16] ёки - Эбастин: 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга - 5 мг (5 мл сироп) пер ос кунига 1 марта, 12 ёшдан 15 ёшгача бўлган болаларга - 10 мг (10 мл сироп) пер ос кунига 1 марта, 15 ёшдан ошган болаларга ва катталарга - 10-20 мг (10-20 мл сироп) пер ос кунига 1 марта 10-14 кун давомида [1,4,7,11,16]. Транквилизаторлар [2,18]. 3. Глюкокортикостероид препаратлар: - преднизолон кунига 20-40 мг оғиз орқали 1-2 ой давомида кейинчалик бекор қилиш билан [5,6,8,11] ёки - Бетаметазон 1 мл дан 2-3 ҳафтада 1 марта мушак орасига, 3-4 инъекция курсида [5,6,8,11].

Эслатма: Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/

B **C**	Тугунли қичимада ўчоқ ичига глюкокортикостероид препаратлар - триамсинолон (B), гидрокортизон (C), бетаметазон дипропионат (C) инъекциялари мақсадга мувофиқ.

Изоҳлар: ГКСни бевосита терининг шикастланиш ўчоғига инъекция қилиш препаратнинг оптимал деполанишини ва натижада унинг аста-секин ажралиб чиқишини ҳамда таъсирининг узайишини таъминлайди. ТКСни ўчоқ ичига юбориш ҳисобига (теринининг юқори қатламлари ҳимоя тўсиғини четлаб ўтиб) препаратнинг фаоллигини йўқотмаган ҳолда тўлиқ кириб боришига эришилади.

Ихтиёрий доза, қоида тариқасида, зарарланган терига 0,1 - 0,2 мл / см2 ни ташкил қилади, аммо кетма-кет иккита инъекция орасидаги 3 - 6 ҳафталик интервал билан ҳар сеансда 1-2 мл дан ошмаслиги керак. Инъекциялар сони касалликка, ўчоқнинг жойлашишига, беморнинг ёшига ва олдинги инъекцияларга бўлган реаксиясига боғлиқ. Триамцинолон ацетониднинг максимал дозаси 1 муолажа учун 40 мг/мл дан ошмаслиги керак. Кортикостероидларни одатдаги концентрацияда юбориш ёки физиологик эритма ёки анестетик билан суюлтириш мумкин.

Стероидларни ўчоқ ичига юбориш тери атрофияси ёки телеангиоэктазия каби ножўя таъсирларни келтириб чиқариши мумкин.

Қичималарни даволашда ген-муҳандислик биологик препаратлари

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37811660/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778608/

B	Дупилумаб 150, 175 мг тери остига юбориш учун эритма (селектив иммунодепрессант интерлейкин ингибитори (ИЛ-4, ИЛ-13)). Тана вазни 15 дан 30 кг гача бўлган беморлар учун: бошланғич доза - 600 мг (300 мг дан 2 та инексия), кейин ҳар 4 ҳафтада 300 мг дан; тана вазни 30 дан 60 кг гача бўлган беморлар учун: бошланғич доза - 400 мг (200 мг дан 2 та инъекция), кейин ҳар 2 ҳафтада 200 мг дан; тана вазни 60 кг ва ундан ортиқ бўлган беморлар учун бошланғич доза - 600 мг (300 мг дан 2 та инъекция), кейин ҳар 2 ҳафтада 300 мг дан

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888917/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35842249/
https://medum.ru/nemolizumab

B	Немолизумаб. Тери остига Тана вазни <90 кг: 60 мг (30 мг дан 2 та инъекция), кейин; 30 мг ҳар 4 ҳафтада. Тана вазни ≥90 кг: 60 мг (30 мг дан 3 та инъекция), кейин; 60 мг ҳар 4 ҳафтада.

Изоҳлар: Ҳомиладорлик даврида биологик препаратларни қўллаш мумкин эмас. Шу муносабат билан даволашни бошлашдан олдин фертил ёшдаги аёллар ҳомиладорлик тестининг салбий натижасини олишлари керак, уни ўтказиш пайтида ва у тугаганидан кейин камида 6 ой давомида фертил ёшдаги аёллар ишончли контрацепция усулларидан фойдаланишлари керак.

Антиметаболитлар (фолат кислота аналоглари)

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486591/

В	Метотрексат. Катталарда метотрексат 10 дан 30 мг/ҳафтагача буюрилади. т/и, м/о ёки ичиш учун; болаларда - 0,2-0,7 мг/кг/ҳафта.

Изоҳлар: Нохуш ҳодисалар ривожланиш эҳтимолини камайтириш учун метотрексат билан даволаш метотрексат қабул қилингандан кейин 24 соатдан кейин ҳафтасига 1 марта 5 мг дан фолий кислотаси препарати билан даволаш билан бирга олиб борилиши керак. Терапевтик самарага эришилгандан сўнг, метотрексат билан минимал самарали дозада (ҳафтасига 22,5 мг дан кўп бўлмаган) қўллаб-қувватловчи терапия ўтказиш мумкин.

Метотрексат 3 ёшгача бўлган болаларда қўлланилмайди.

Иммунодепрессантлар

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438756/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745856/

В	Циклоспорин. Циклоспориннинг бошланғич дозаси кунига 2,5 дан 3 мг/кг тана вазнига 2 марта қабул қилинади. Оғир ҳолатларда, зарурат туғилганда, препарат дозаси максимал даражагача - кунига 1 кг тана вазнига 5 мг гача оширилиши мумкин. Ижобий натижага эришилганда, дозани аста-секин камайтириб, бутунлай бекор қилиш керак.

Изоҳлар: Циклоспоринни тайинлашдан олдин ва циклоспорин билан даволаш пайтида ножўя таъсирлар ривожланишининг олдини олиш учун беморнинг аҳволини кузатиб бориш лозим. Плазмада креатинин концентрациясини мунтазам назорат қилиш зарур - унинг ошиши нефротоксик таъсирни кўрсатиши ва дозани камайтиришни талаб қилиши мумкин: креатинин даражаси дастлабки даражадан 30% дан ортиқ ошганда 25% га, агар унинг даражаси икки баравар ошса, 50% га. Агар 4 ҳафта давомида дозани камайтириш креатинин даражасининг пасайишига олиб келмаса, циклоспорин бекор қилинади. Қон босими, қондаги калий, сийдик кислотаси, билирубин миқдорини мониторинг қилиш, қонда аспартатаминотрансфераза ва аланинаминтрансфераза фаоллигини аниқлаш, липид алмашинуви бузилишини баҳолаш учун биокимёвий қон таҳлили кўрсатилган. Касаллик оғир кечганда таъсирга тез эришиш учун бошланғич доза 5 мг/кг бўлиши мумкин. Қониқарли клиник натижага эришилганда циклоспорин бекор қилинади, кейинги авж олишда эса олдинги самарали дозада буюрилади. Препаратни аста-секин тўхтатиш керак, унинг дозасини 4 ҳафта давомида ҳафтасига 1 мг/кг га ёки ҳар 2 ҳафтада 0,5-1 мг/кг га камайтириш керак. Агар кунига

5 мг/кг дозада 6 ҳафталик даволашдан сўнг қониқарли натижага эришилмаса, препаратни қўллаш тўхтатилиши керак. Циклоспорин билан даволашда лимфопролифератив касалликлар ва бошқа хавфли ўсмалар, айниқса терининг ривожланиш хавфи ортади. Циклоспорин билан даволашда тирик кучсизлантирилган вакциналарни қўллаш кўрсатилмаган. Циклоспоринни қўллайдиган беморлар бир вақтнинг ўзида ПУВА-терапия ёки ўрта тўлқинли УБ-терапияни қабул қилмасликлари керак. Бир вақтнинг ўзида циклоспорин ва фототерапия усулларини қўллаш (ПУВА-терапия; УВБ-311 терапияси) меланомасиз тери саратони хавфи ортиши сабабли қарши кўрсатма ҳисобланади. Қичима билан оғриган беморларга циклоспоринни тайинлашга қарши кўрсатма 18 ёшгача бўлган болалардир.

Физиотерапевтик муолажалар:

Фототерапияни бошлашдан олдин беморлар ички аъзолар патологиясини истисно қилиш учун текширилиши керак, чунки ультрабинафша нурлар билан даволаш бир қатор қарши кўрсатмаларга эга. Кўз касалликлари (глаукома, катаракта), гипертония касаллиги (II, III босқич), эндокринопатиялар, хавфсиз ва хавфли ўсмалар мавжуд бўлганда фототерапияни қўллаш мумкин эмас. Шу мақсадда бемор даволанишни бошлашдан олдин терапевт, жарроҳ, офталмолог, гинеколог, эндокринолог томонидан текширилиши керак.

Бошланғич нурланиш дозаси ПУВА-терапияда минимал фототоксик дозани ёки УВБ-терапияда минимал эритемик дозани ўлчаш орқали терининг индивидуал сезгирлиги асосида ёки терининг фототипи асосида минимал фототоксик/эритемик дозаларни аниқламасдан (Т.Б. Фицпатрик таснифи бўйича) аниқланади.

Қичима билан оғриган беморларни даволашда (ўрта ва оғир даражадаги) касалликнинг клиник кўринишларини бартараф этиш учун ўрта тўлқинли фототерапия (УВБ/УВБ-311) ва ПУВА терапияси усуллари тавсия этилади.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19886961/

C	Селектив фототерапия (кенг полосали ультрабинафша терапия): нурланишнинг бошланғич дозаси минимал эритем дозанинг 50-70% ни ташкил қилади. Бемор терисининг тури ва қорайиш даражасига қараб нурлантиришни дозалашда нурлантириш 0,01-0,03 Ж/см2 дозадан бошланади. Муолажалар ҳафтасига 3-5 марта режим билан ўтказилади. Эритема бўлмаганда бир марталик доза ҳар 2-3 муолажада 5-30% га ёки 0,01-0,03 Ж/см2 га оширилади. Бир курсга 20-30 та муолажа буюрилади

B	тор полосали ўрта тўлқинли ультрабинафша нур терапияси: нурланишнинг бошланғич дозаси минимал эритемик дозанинг 50-70% ни ташкил қилади. Бемор терисининг турига ва қорайиш даражасига қараб нурлантиришни дозалашда нурлантириш 0,1-0,3 Ж/см2 дозадан бошланади. Муолажалар ҳафтасига 3-4 марта ўтказилади. Эритема бўлмаганда бир марталик доза ҳар бир муолажада ёки муолажа орқали 5-30% га ёки 0,05-0,2 Ж/см2 га оширилади, кучсиз ифодаланган эритема пайдо бўлганда доза ўзгаришсиз қолдирилади. Бир курсга 15-35 та муолажа буюрилади

Изоҳлар: Тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли терапия (УВБ-311) селектив фототерапияга нисбатан УВБ терапиянинг самаралироқ усули ҳисобланади. Тўлқин

узунлиги 311 нм бўлган тор полосали фототерапия (УВБ-311) ТҚ нинг турғун ҳолатларини даволашда танлов усули бўлиб хизмат қилиши мумкин; бунда турғун ижобий самарани фақат камида 20 та муолажани ташкил етувчи даволаш курси ўтказилганда олиш мумкин;

B	Терини ультрабинафша нурлар билан нурлантириш. Катта ёшдаги беморларга фотосенсибилизаторларни (ПУВА) ички қўллаш билан фотокимётерапия. Фотосенсибилизаторлар сифатида тизимли қўллаш учун псораленлар ишлатилади, улар узун тўлқинли УБ-нурланишдан 1,5-2 соат олдин бир қабулда 1 кг тана вазнига 0,6-0,8 мг дозада қабул қилинади. УВАнинг бошланғич дозаси минимал фототоксик дозанинг 50-70% ни ташкил қилади. Бемор терисининг тури ва қорайиш даражасига қараб нурланиш дозаланаётганда бошланғич доза 0,25-1,0 Ж/см2 ни ташкил этади. Муолажалар ҳафтасига 2-4 марта ўтказилади. Эритема бўлмаса, нурланишнинг бир марталик дозаси ҳар 2-муолажада кўпи билан 30% га ёки 0,25-1,0 Ж/см2 га оширилади. Кучсиз ифодаланган эритема пайдо бўлганда нурланиш дозаси ўзгаришсиз қолдирилади. УВА бир марталик дозасининг максимал қийматлари - 15-18 Ж/см2. Бир курсга 15-35 та муолажа буюрилади

Изоҳлар: ПУВА-терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун умумий (клиник) қон таҳлили, умумий (клиник) сийдик таҳлили, биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили, терапевт-шифокор, эндокринолог-шифокор, офталмолог-шифокор, акушер-гинеколог (аёллар учун) маслаҳатини ўз ичига олган лаборатория текширувлари мажмуасини ўтказиш лозим. ПУВА-терапия усулини кўп курсли қўллаш терининг хавфли ўсмалари хавфини ошириши мумкин. ПУВА терапияси 18 ёшгача бўлган шахсларга қарши кўрсатма ҳисобланади.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12399761/

B 3	терининг ультрабинафша нурланиши 308 нм (эксимерли УБ-нурланиш). Нурланишнинг бир марталик дозасини ошириш ҳар бир муолажа ёки ҳар 2-муолажа учун 1 минимал эритемик дозага ёки олдинги дозанинг 25% ига амалга оширилади. Даволаш ҳафтасига 2-3 марта режим билан олиб борилади. Бир курсга 15-35 та муолажа буюрилади

Изоҳлар: Терини 308 нм ултрабинафша нурлантириш (ексимер УБ-нурлантириш) билан даволаш, асосан, тана юзасининг 10% дан кўп бўлмаган шикастланиш майдонига эга бўлган қичишишнинг чекланган шаклларида кўрсатилади.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35925236/

C	Маҳаллий қўллаш учун воситалар билан ултратовуш терапияси Пелоидотерапия Электр уйқу Магнит майдон билан миянинг ноинвазив стимуляцияси

C	Паст даражали ёруғлик терапияси ИҚ-лазер Қутбланган полихроматик нур

C	Криомассаж (суюқ азот билан массаж)

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986298/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16518189/

C	Минерал тузлар, ўтли қайнатмалар билан балнеотерапия

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35925236/

C	ПИЛН Озонотерапия

C	Қон оқимидан токсинлар, аутоантитаначалар, айланиб юрувчи иммун комплекслар (АИК), яллиғланиш олди цитокинларини бартараф этиш, метаболизмни ва аъзоларнинг бузилган функцияларини нормаллаштириш мақсадида плазмаферез муолажаси тавсия этилди.

Даволаш натижаларига қўйиладиган талаблар

- қичишишни тўхтатиш;

- тошмаларни бартараф етиш.

Даволаш самарасиз бўлгандаги тактика

Бошқа мутахассислар маслаҳати, соматик патологияни аниқлаш ва даволаш.

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

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Қичима (lat. prurigo, prurio - қичишиш сўзидан) - тери касаллиги бўлиб, у кучли қичишиш, тугунли тошмалар, қонли қалоқлар ва қичишиш билан тавсифланади, асосан оёқ-қўлларнинг ёзувчи юзаларида, думба, қорин, орқа, белда. Қичима - нейроаллергодерматозлар гуруҳига кирувчи сурункали қайталанувчи касаллик. Қичима кўпинча иммунитетнинг бузилиши, сурункали аллергия ёки ташқи омилларнинг таъсири, масалан, паразитар инфекциялар, стресс билан боғлиқ.

Профилактика усуллари ва процедуралари:

Махсус профилактика усуллари мавжуд эмас.

Тугунли қичима пайдо бўлишининг олдини олиш чораларидан бири ҳашаротлар (чивинлар, чивинлар ва бошқалар) чақишидан ўз вақтида ҳимоя қилиш, флеботодермия билан касалланган тақдирда эса терида ҳосил бўлган ўзгаришларни эрта даволаш ва қичишишни тўлиқ йўқ қилишга эришиш учун уни охиригача етказишдир.

Қичиманинг олдини олиш чора-тадбирлари ошқозон-ичак, эндокрин касалликлари ва инфекцияларни ўз вақтида даволашдан иборат. Қичима сурункали кечганда, албатта, шифокорнинг барча тавсияларига риоя қилиш керак.

Шунингдек, тўғри ва тўлақонли овқатланиш, меҳнат ва дам олиш тартибига риоя қилиш, стрессли вазиятлардан қочиш жуда муҳимдир.

Адабиётлар:

1. Viraben R. Prurigo strophulus: cutaneous manifestation of hypersensitivity to environmental arthropods // Ann Dermatol Venereol. 1996;123(11):751-6.
2. Lader Scotto J. A multicenter double–blind comparison of hydroxizine in patient with generalized anxiety disorder. Psychopharmacology 1998; 139: 402–6.
3. Clark AR, Jorizzo JL, Fleischer AB. Papular dermatitis (subacute prurigo, "itchy red bump" disease): pilot study of phototherapy // Am Acad Dermatol. 1998 Jun;38(6 Pt 1):929-33.
4. DuBuske L.M. Pharmacokinetics/pharmacodynamics and psychomotor performance aspects of antihistamine therapies // Clin Appl Immunol Rev. 2001, v. 1, p. 277–289.
5. Barnes P.J. Molecular mechanisms of corticosteroids in allergic diseases // Allergy.– 2001.– Vol. 56.– Supp. 10.– P. 928–936.
6. Barnes P.J. Optimizing the anti–inflammatory effects of corticosteroids // Eur Resp Rev 2001;11:78:15–22.
7. Bender BG, Berning S, Dudden R, Milgrom H, Tran ZV. Sedation and performance impairment of diphenhydramine and second-generation antihistamines: a meta-analysis // J Allergy Clin Immunol. 2003 Apr;111(4):770-6.
8. Lee MR, Shumack S. Prurigo nodularis: a review // Australas J Dermatol. 2005 Nov;46(4):211-18.
9. Gambichler T, Hyun J, Sommer A, Stücker M, Altmeyer P, Kreuter A. A randomised controlled trial on photo(chemo)therapy of subacute prurigo // Clin Exp Dermatol. 2006 May;31(3):348-53.
10. Rombold S, Lobisch K, Katzer K, Grazziotin TC, Ring J, Eberlein B. Efficacy of UVA1 phototherapy in 230 patients with various skin diseases // Photodermatol Photoimmunol Photomed. 2008 Feb;24(1):19-23.

11. Maruani A, Samimi M, Lorette G. Prurigo // Presse Med. 2009 Jul-Aug;38(7-8):1099-105.
12. Астафьева Н.Г., Гамова И.В., Удовиченко Е.Н., Перфилова И.А. / Левоцетиризин: современные аспекты применения при аллергических заболеваниях с точки зрения доказательной медицины // Н. Г. Астафьева И. В. Гамова Е. Н. Удовиченко И. А. Перфилова. Клиническая фармакология. - №5, 2010. – С. 56-61.
13. Richards RN. Update on intralesional steroid: focus on dermatoses // J Cutan Med Surg. 2010 Jan-Feb;14(1):19-23.
14. Bruni E, Caccialanza M, Piccinno R. Phototherapy of generalized prurigo nodularis // Clin Exp Dermatol. 2010 Jul;35(5):549-50.
15. Saraceno R, Chiricozzi A, Nisticò SP, Tiberti S, Chimenti S. An occlusive dressing containing betamethasone valerate 0.1% for the treatment of prurigo nodularis // Dermatolog Treat. 2010 Nov;21(6):363-6.
16. Murota H, Kitaba S, Tani M, Wataya-Kaneda M, Azukizawa H, Tanemura A, Umegaki N, Terao M, Kotobuki Y, Katayama I. Impact of sedative and non-sedative antihistamines on the impaired productivity and quality of life in patients with pruritic skin diseases // Allergol Int. 2010 Dec;59(4):345-54.
17. Bruni E, Caccialanza M, Piccinno R. Phototherapy of generalized prurigo nodularis // Clin Exp Dermatol. 2010 Jul;35(5):549-50.
18. Dazzi C, Erma D, Piccinno R, Veraldi S, Caccialanza M. Psychological factors involved in prurigo nodularis: A pilot study // J Dermatolog Treat. 2011 Aug;22(4):211-4. 19. Тёрёк Е., Катона М. Применение диметиндена малеата при различных зудящих заболеваниях кожи в детском возрасте / Е. Тёрёк, М. Катона. Клинические исследования. - №4, 2011. – С. 45-48.

https://diseases.medelement.com/disease/пруриго-рекомендации-рф/15250
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37811660/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36757348/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888917/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35842249/ https://medum.ru/nemolizumab
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486591/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438756/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745856/
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Prurigo_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888917/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35842249/
https://medum.ru/nemolizumab
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486591/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438756/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745856/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19886961/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12399761/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986298/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16518189/

Қичима касаллигининг менежменти бўйича амалий кўникмаларининг компетенциялари (таск шифтинг)

	Амалиёт ҳамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Тор мутаҳассис
Шикоятлар ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+*	+	+
Бемордан касаллик анамнезини олишда қичима симптомлари ҳақида билимларни қўллаш.			+
Тери-таносил касалликлари билан беморларнинг тўлиқ тиббий анамнезини таърифлаш.			+

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 + ЭЧТ)			+
Захмга скрининг текширувлар (14 ёшдан катталарга)			+
Умумий IgE учун ИФА			+
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			+
Қонда гамма-глобулинни текшириш			+

Қонда С реактив оқсилни текшириш			+
Қонда антинуклеар антитаналарни текшириш			+
Гистолгик текширув			+
Иммунологик текширишлар			+
Иммуногистокимёвий текширув			+
ИЛ-4, 13, 31 текширувлари			+
Тери қириндисини қўтир канасига микроскопик текшириш			+
Қондаги Д витамини миқдорини ИФА, ИХЛА усулида аниқлаш			+
ОИВ инфекцияси (IgG ва IgM - ОИВ1, ОИВ2 га қарши антитаначаларни аниқлаш) ва гепатит В ва С (HCV-антитаначалар, HBc-антигенни аниқлаш) учун текширув			+
ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЗР усулларида антитаналарни аниқлаш			+
Антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан микробиологик текширув			+
Микологик текширув			+
Қон ва биосубстратларни инфекцияларга текшириш (ИФА, ПЗР)			+
Молекуляр-генетик тадқиқотлар			+
Аллерготестлар			+
Паразитар касалликларнинг серологик диагностикаси - лямблиялар, аскаридалар, описторхислар ва бошқаларнинг антигенларига қарши антитаналарни аниқлаш.			+
Қонда Aspergillus fumigatus антигенларига IgG ни аниқлаш			+
Микроорганизмларни генотиплаш			+
Қўшимча инструментал диагностика			
Тери ҳолатини ташхислаш-дерматоскопия			+
Ички аъзолар УТТ текшируви			+
Вуд лампаси билан текшириш			+
Тери корнеометрияси			+
Терининг ультратовуш текшируви			+
Қичимани даволаш			
Номедикаментоз даволаш **(15 бет)**			+
Қичимани медикаментоз даволашни буюриш компетенцияси **(16-21-бетлар)**			+

Қичимани 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.

Қичиманинг менежменти бўйича билим компетенциялари

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

Асосий тор мутахассис – дерматовенеролог шифокори ҳисобланади.