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

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

# «QICHIMA» NOZOLOGIYASI BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

**TOSHKENT 2025**




**«TASDIQLAYMAN»**

**O‘zR SSV RIDVvaKIATM direktori**

**v.b. Sabirov U.Yu.**

**_____**

**«____» _____ 2025yil.**

# «QICHIMA» NOZOLOGIYASI BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

**TOSHKENT 2025**

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

**Toshkent 2025**

## Kirish qismi

**XKT-10 bo'yicha kodlar:** L28

| XKT-10 | |
|---|---|
| L28.0 | Oddiy surunkali temiratki<br>- Chegaralangan neyrodermit<br>- Qo'shimcha aniqlik kiritilmagan temiratki |
| L28.1 | Tugunli qichima |
| L28.2 | Boshqa qichima |
| | https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/ |
| **XKT-10 bo'yicha kodlar:** EC91 | |
| XKT-11 | |
| EC91.0 | Tugunli qichima |
| EC91.1 | Atopik qichima |
| EC91.Z | Aniqlanmagan qichima |
| | https://www.findacode.com/icd-11/block-268810206.html |

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

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

**Milliy klinik bayonnoma va standartni yaratishda o'z xissalarini qo'shdi:** Jarayonni tashkil etish bo'yicha dermatovenerologiya yo'nalishi ishchi guruhi a'zolari:

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Sabirov U.Yu. | Markaz direktori,<br>t.f.d., professor | O'zR SSV<br>"RIDVvaKIATM" |
| | Ikramova N.Dj. | Mutaxassislar va klinik ordinatorlar stajirovkasi bo'limi metodisti, t.f.n. | O'zR SSV<br>"RIDVvaKIATM" |
| | Rahmatov A.B. | Mikozlar muammolarini o'rganish bo'yicha ilmiy laboratoriya mudiri, t.f.d., professor. | O'zR SSV<br>"RIDVvaKIATM" |
| | Xalidova X.R. | Katta ilmiy xodim, t.f.n. | O'zR SSV<br>"RIDVvaKIATM" |
| | Boxodirova A.A. | Ilmiy kotib | O'zR SSV<br>"RIDVvaKIATM" |

**Taqrizchilar:**

1. Muxamadiyeva Kibriyoxon Mansurovna - tibbiyot fanlari doktori, Abu Ali Ibn Sino nomidagi Tojikiston davlat tibbiyot universiteti Dermatovenerologiya kafedrasi mudiri, dotsent

2. Yakubov Abdulaziz Abdujabborovich - Mutaxassislar stajirovkasi va klinik ordinatorlarni tayyorlash bo‘limi boshlig‘i, PhD

**Texnik ekspert baho va tahrirlash:**
1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – t.f.d., direktorning davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari, klinika bosh shifokori.
2. Jalilov Dilshod Sayfullayevich - t.f.n., RIDVvaKIATM direktorining ilmiy ishlar bo‘yicha o‘rinbosari.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazir o‘rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug‘urta boshqarmasi boshlig‘i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi boshlig‘i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.
**Muhokama protokolidan olingan sana va raqam:** O‘zR SSV “RIDVvaKIATM” Ilmiy kengashining 24.04.2025dagi 4-sonli bayonnomasidan ko’chirma.

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

**Ushbu nozologiya bo’yicha bemorlar toifasi:** qichima kasalligi bilan kasallangan bemorlar.

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

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

**Profilaktik, davolash, reabilitatsion aralashuvlar uchun dalillar ishonarliligi darajalarini baholash shkalasi**

| DDID | Sharhi |
|---|---|
| **1** | Meta-tahlil qo‘llangan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi. |
| **2** | Alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlil qo‘llanilgan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari, har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi. |
| **3** | Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari. |
| **4** | Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasining tavsifi, "holat-nazoratchi" tadqiqotlari. |
| **5** | Faqat aralashuvning ta'sir mexanizmining asoslantirilishi (doklinik tadqiqotlar) yoki mutaxassislar fikri mavjud. |

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

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

**Mundarija**

“QICHIMA” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI.....4
“QICHIMA” BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....28
“QICHIMA” KASALLIGINI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....39

**Qisqartmalar ro’yhati**:

| | |
|---|---|
| XKT | Xalqaro kasalliklar tasniflanishi |
| OIV | Odam Immuntanqisligi virusi |
| TQ | Tugunli qichima |
| ECHT | Eritrostsitlarning cho’kish tezligi |
| TKS | Tizimli kortikosteroid |
| TKI | Topik kaltsinevrin ingibitorlari |
| FKT | Foto kimioviy terapiya |
| JSST | Jahon sog’liqni saqlash tashkiloti |
| PUVA-terapiya | - fotosensibilizatsiyalovchi preparatlardan foydalangan holda 320-400 nm to‘lqin uzunligidagi ultrabinafsha nurlanish bilan nurlantirish, furokumarinlar guruhidagi fotosensibilizatorlarni 320-400 nm uzun to‘lqinli ultrabinafsha nurlanish bilan birgalikda qo‘llash. |
| UVA-terapiya | - uzun to‘lqinli ultrabinafsha nurlanish 350-400 nm |
| UVB-terapiya | - 280-320 nm o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha nurlanish (selektiv fototerapiya) |
| UVB-311 terapiya | - to‘lqin uzunligi 311 nm bo‘lgan tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiya (yoki tor polosali (311 nm) o‘rta to‘lqinli terapiya) |
| ALT | Alaninaminotransferaza |
| AST | Aspartataminotransferaza |
| IF | Ishqoriy fosfataza |
| UTT | Ultratovushli tekshirish |
| IXLA | Immunoxemilyuminessent tahlil |
| IFlA | Immunoflyuoressent tahlil |
| IFA | Immunoferment tahlil |
| PZR | Polimeraz zanjir reaksiyasi |
| nm | Nanometr |
| PILN | past intensivli lazer nurlanishi |
| PIF | Bevosita immunoflyuoressensiya |
| RIF | Immunofluoressensiya reaksiyasi |
| RIBT | Oqish Treponemaning Immobilizatsiya Reaksiyasi |
| RPGA | Passiv Gemagglyutinatsiya Reaksiyasi |
| IXA | Immuno-Xromatografik tahlil |
| IL | Interleykin |
| Ig | Immunoglobulin |
| HIV | Human immunodeficiency virus |
| ANA | Antinuclear antibody (antinuklear antitana) |
| HCV | Hepatitis C Virus |
| HBs | Hepatitis B surface antigen (Gepatit B ning yuzaki antigeni) |

**Asosiy qism**

### 2.1. Kirish

Qichima (lat. prurigo, prurio - qichishish so‘zidan) - teri kasalligi bo‘lib, u kuchli qichishish, tugunli toshmalar, qonli qaloqlar va qichishish bilan tavsiflanadi, asosan oyoq-qo‘llarning yozuvchi yuzalarida, dumba, qorin, orqa, belda. Qichima - neyroallergodermatozlar guruhiga kiruvchi surunkali qaytalanuvchi kasallik. Qichima ko‘pincha immunitetning buzilishi, surunkali allergiya yoki tashqi omillarning ta’siri, masalan, parazitar infeksiyalar, stress bilan bog‘liq.

### 2.2. Kasallik etiologiyasi va patogenezi

Bolalarda qichima odatda organizmning allergenlarga (oziq-ovqat, maishiy, dori-darmonlar) yuqori sezuvchanligi, hasharotlar chaqishi ta’siri, ovqat hazm qilish tizimining buzilishi (shu jumladan tug‘ma ferment kasalliklari), gijja invaziyalari va surunkali infeksiyalar tufayli yuzaga keladi. Shuningdek, autointoksikatsiya, emlashlar yoki infeksiya o‘choqlarining mavjudligi ham qo‘zg‘atuvchi omil bo‘lishi mumkin.

Kattalarda kasallik ko‘proq ichki omillar, masalan, hazm a’zolarining surunkali kasalliklari (gastrit, yara, gepatit, sirroz), endokrin buzilishlar (qandli diabet, gormonal disbalanslar), vegetativ tizimning buzilishi, intoksikatsiyalar, autoimmun jarayonlar va parazitar kasalliklar bilan bog‘liq. Qichima tizimli kasalliklar (masalan, o‘smalar yoki qon kasalliklari), gormonal o‘zgarishlar (masalan, homiladorlik paytida) va stress fonida ham namoyon bo‘lishi mumkin.

Kasallikning asosiy mexanizmi "qichishish-qashlash-qichishish" yopiq siklining shakllanishi hisoblanadi. Surunkali qichishish terining nerv oxirlarini sensibilizatsiya qiladi, bu yallig‘lanishni kuchaytiradi va yangi toshmalarni qo‘zg‘atadi. Bu jarayonda terining turli hujayralari (masalan, eozinofillar, keratinotsitlar, semiz hujayralar, Merkel hujayralari va boshqalar) va yallig‘lanish mediatorlari - sitokinlar (IL-31), neyropeptidlar (P substansiyasi), prostaglandinlar va proteazalar ishtirok etadi. Shu bilan birga, standart antigistamin dorilar ko‘pincha samarasiz bo‘lib chiqadi, chunki gistamin kasallikning rivojlanishida yetakchi rol o‘ynamaydi.

### 2.3. Qichimaning klinik shakllari

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

1) Bolalar qichimasi (strofulyus, bolalar papulyoz eshakemi);
2) Kattalar qichimasi (Gebraning oddiy qichimasi);
3) tugunli qichima (Gayd tugunli qichimasi, turg‘un papulez eshakemi, tugunli neyrodermit);
Bundan tashqari, qichishishning boshqa klinik shakllari ham mavjud.
4) Quyosh qichimasi
5) Homiladorlar qichimasi
7) Pigmentli qichima
8) Surunkali multiform qichima

### 2.4. Shikoyatlar va anamnez - "klinik ko‘rinish"

***Bolalar qichimasi*** (strofulyus, bolalar papulyoz eshakemi) bola hayotining birinchi yilida rivojlana boshlaydi, ammo kasallikning eng aniq ko‘rinishlari 2 yoshdan 8 yoshgacha kuzatiladi. Teridagi birlamchi morfologik elementlar 2 dan 10 mm gacha bo‘lgan pufakchalar bo‘lib, ularning markaziy qismida vezikula bilan qoplangan tuguncha (seropapula) joylashgan. Kuchli qichishish fonida dastlab urtikar toshmalar paydo

bo‘ladi, ularning markazida shishli eritematoz fonda kattaligi tariq donidek keladigan, uchida mayda pufakchasi bo‘lgan zich seropapulalar shakllanadi. Qavarchiqlar 6-12 soatdan keyin yo‘qoladi. Ekskoriatsiyalar tufayli papulalar infiltratsiyalanadi, vezikulalar o‘rnida seroz yoki seroz-gemorragik qaloqlar hosil bo‘ladi.

Kichik giperemiya halqasi bilan o‘ralgan, ammo asosida pufakchalari bo‘lmagan mustaqil seropapulalar, shuningdek papula va vezikulalarsiz urtikar elementlar ham uchraydi. Toshmalar va qichishish xurujsimon paydo bo‘ladi va oyoq-qo‘llarning yozuvchi yuzalari, tana, dumba, kaft va tovon terisida, kamroq - yuz terisi va boshning sochli qismida simmetrik joylashadi. Toshmalar xuruji paytida, ayniqsa kechqurun va tunda kuchli qichishish kuzatiladi, bu uyquning buzilishiga, asabiylashishga olib keladi. Ba’zan qisqa muddatli tana haroratining 37,5-38 C gacha ko‘tarilishi, qonning klinik tahlilida o‘zgarishlar (eozinofiliya, anemiya, limfotsitoz bo‘lishi mumkin, ECHT oshishi), poliadenopatiya kuzatiladi.

***Kattalar qichimasi*** (Gebraning oddiy qichimasi) ikki shaklda namoyon bo‘lishi mumkin: o‘tkir va surunkali.

*Kasallikning o‘tkir shakli* terida qo‘l va oyoqlarning yozuvchi yuzalari, kamroq hollarda - tana, zich konsistensiyali, kattaligi yasmiqdek, bir-biriga qo‘shilishga moyil bo‘lmagan, qizg‘ish-qo‘ng‘ir rangli tarqoq yarim sharsimon papulalar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi, ular shish tufayli kuchli qichishish fonida urtikar xarakterga ega bo‘lishi mumkin (shishli papulalar). Ekskoriatsiya natijasida ularning yuzasi gemorragik qaloqlar bilan qoplanadi, ular ko‘chib tushganda vaqtinchalik yoki oqish chandiqlar qoladi. Toshmalar toshishidan oldin 1-2 kun davomida umumiy holatning biroz buzilishi kuzatiladi. Kasallikning o‘tkir shakli 2 haftadan 4 oygacha davom etishi mumkin. Bemorlarda azob beruvchi qichishish natijasida nevrotik buzilishlar: jahldorlik, uyqusizlik paydo bo‘ladi.

*Kasallikning surunkali shakli* uzoq muddatli retsidivlanuvchi kechishi va lixenifikatsiya o‘choqlarining papulyoz toshmalari bilan birga namoyon bo‘lishi bilan ajralib turadi. Ultrabinafsha nurlarga sezgirligi yuqori bo‘lgan odamlarda qo‘zish ko‘pincha mavsumiy xarakterga ega (bahorgi yoki yozgi qichishish shakllari) va terining ochiq joylarida toshmalar lokalizatsiyasi bilan tavsiflanadi.

*Tugunli qichima* (papulyoz turg‘un eshakemi, tugunli Gayda qichimasi) kam uchraydi, asosan 40 yoshdan oshgan ayollarda uchraydi. Yakkalangan yirik (diametri 0,5 dan 1 sm gacha va undan ortiq) yarim sharsimon yoki yumaloq zich papulalar va teri sathidan keskin chiqib turadigan tugunlar bilan ifodalangan monomorf toshmalar mavjudligi bilan tavsiflanadi. Elementlar dastlab normal teri rangiga ega bo‘lib, keyinchalik qizg‘ish-jigarrang tusga kiradi. Elementlarning yuzasi silliq, keyinchalik yuzada tangachalar yoki giperkeratotik va verrukoz o‘choqlar paydo bo‘lishi mumkin. Kuchli xurujsimon qichishish natijasida ularda gemorragik qaloqlar bilan qoplangan ekskoriatsiyalar paydo bo‘ladi. Patologik elementlarning yo‘qolishi ko‘pincha yaralar va chandiqlar orqali sodir bo‘ladi. Toshmalar qo‘l va oyoqlarning yozuvchi yuzalari terisida simmetrik ravishda joylashadi, kamroq - bukuvchi yuzalarda, orqada.

Kasallik intensiv, xurujsimon qichishish bilan kechadi, toshmalar paydo bo‘lganidan so‘ng kuchayadi, bu terining zararlangan sohalarida nerv tolalarining giperplaziyasi bilan izohlanadi. Kasallik yillab davom etadi va qisqa remissiyalar bilan kechadi.

*Homiladorlar qichimasi* Homiladorlar atopik toshmasi, homiladorlar prurigosi, homiladorlar papulyoz dermatiti deb ham ataladi. Homilador ayollarning tez-tez uchraydigan o‘ziga xos teri kasalligi, qichishadigan ekzema yoki papulyoz toshmalar bilan tavsiflanadi. Homilador ayollarning boshqa dermatozlaridan farqli o‘laroq, odatda 3-trimestrdan oldin paydo bo‘ladi. Kasalliklarning uchdan ikki qismi bo‘yin va bukuvchi yuzalar kabi tipik atopik joylarda terining ekzematoz o‘zgarishlari bilan tavsiflanadi. Toshmalar odatda yaxshi davolanadi va tug‘ruqdan keyin o‘z-o‘zidan yo‘qoladi, lekin ko‘pincha takroriy

homiladorlik paytida yana paydo bo‘ladi. Homila zararlanmaydi, ammo bolalarda atopik dermatit xavfi ortadi.

Atopik toshmalarning patogenezi homiladorlik tufayli immunitet tizimidagi o‘zgarishlar bilan boshlanadi, deb hisoblanadi. Th2 faolligi ortishi bilan gumoral javob tomonga siljish kuzatiladi. Kasallik rivojlangan bemorlarda atopik dermatitga moyillik mavjud bo‘lishi mumkin, ammo bemorlarning 80 foizi faqat homiladorlik davrida terining bunday o‘zgarishini qayd etadi. Ko‘pincha oilaviy anamnezda atopik dermatit kuzatiladi.

***Pigmentli qichima*** prurigo pigmentosa nomi bilan ham ma’lum. Pigmentli qichimaning etiologiyasi va patogenezi yetarlicha o‘rganilmagan. Ehtimol, qichishishning boshqa turlarida bo‘lgani kabi patogenezida allergiya, ekzo- va endogen intoksikatsiyalar, asab, endokrin va ovqat hazm qilish tizimlari funksiyalarining buzilishi, atopiya, surunkali infeksiya o‘choqlari ahamiyatga ega. Antibiotiklar buyurilganda ahvolning yaxshilanishi bakterial infeksiyaning rolini nazarda tutadi.

Asosan 30-50 yashar ayollarda kuzatiladi. Asosiy elementlari qizg‘ish rangli po‘st tashlovchi papulalar bo‘lib, kuchli qichishish bilan kechadi. Dastlabki zararlanish zonasi ko‘pincha bo‘yin va tananing yuqori qismlari bo‘lib, u yerdan toshmalar asta-sekin teri qoplamining pastki qismlariga tarqaladi, bir vaqtning o‘zida elementlar to‘rli o‘choqlarga qo‘shilishi mumkin. Tugunchalar qayta rivojlanganida ularning o‘rnida sezilarli pigmentatsiya, ba’zi joylarda to‘rsimon pigmentatsiya va yengil atrofiya qoladi. Vaqti-vaqti bilan qo‘zishi bilan yillab davom etadi. Qiynovchi qichishish ko‘pincha nevrotik holatga olib keladi.

***Quyosh qichimasi***, shuningdek, aktinik prurigo, Xatchinsonning yozgi qichimasi, hydroa aestivale sifatida ham tanilgan. Ko‘pincha Shimoliy va Janubiy Amerikaning tub aholisida uchraydi (hindular qichimasi). Biroq, Yevropa va Osiyoda aniqlangan holatlar haqida xabar berilgan.Irsiy dermatoz hisoblanadi. Etiologiyasi va patogenezi butunlay noma’lum. 93% bemorlarda HLA-DR4 aniqlanadi.

Ultrabinafsha nurlar ta’sirida yuzaga kelgan antigen ta’sirchan odamlarda yallig‘lanish reaksiyasini keltirib chiqarsa kerak. Bolalikda, odatda, 10-14 yoshli qizlarda namoyon bo‘ladi. Asosan tananing ochiq joylarida ikkilamchi lixenifikatsiya va ekzematizatsiya bilan kuchli qichishadigan papulalar va blyashkalar bilan tavsiflanadi, lekin bel va dumba sohasida kuzatilishi mumkin. Bemorlarning yarmida uchraydigan xeylit va konyunktivit xarakterlidir. Vaqtinchalik remissiya qishda sodir bo‘ladi, toshmalarning bir qismi saqlanib qoladi va bahor-yoz davrida kuchayishi kuzatiladi.

***Ko‘p shaklli surunkali qichima*** prurigo chronica multiformis, prurigo Lutz nomi bilan ham tanilgan. Etiologiyasi va patogenezi aniqlanmagan. Hozirgi vaqtda paraneoplastik jarayon hisoblanadi. 30 yoshdan oshgan kattalarda to‘satdan rivojlanadi.

Qalin oqish-kulrang tugunchalar, ba’zan pufakchalar uchida pufakchalar, ko‘plab ekskoriatsiyalar va taroqlar, ba’zi joylarda mayda yuzaki chandiqlardan iborat polimorf toshma bilan tavsiflanadi. Vaqt o‘tishi bilan teri qalinlashadi, quruqlashadi, diffuz lixenifikatsiya pilakchalari hosil bo‘ladi. Qichishish azobli bo‘lib, ovqat iste’mol qilgandan so‘ng, uyqudan oldin, bezovtalik paytida kuchayadi, ko‘pincha terlashning kuchayishi bilan kechadi.

Toshmalar odatda tana burmalari, qo‘l va oyoqlarning dumbalari, jinsiy a’zolar terisida joylashadi. Pruriginoz elementlar bo‘yin, yuz va boshning sochli qismida joylashganda, ayniqsa ayollarda, terapiyaga chidamli bo‘lgan qichishadigan husnbuzar toshmasi bilan birga kelishi mumkin (pruriginoz husnbuzarlar). Kasallikning yengil va og‘ir turlari farqlanadi.

• Yengil shaklida (prurigo mitis) elementlar faqat oyoq-qo‘llarning yozuvchi tomonlarida joylashgan, qichishish keskin ifodalanmagan. Dermatoz tananing ochiq qismlarida joylashganda sovuq havo, quyosh nurlari va boshqa keskin meteorologik omillarning ta’sirini istisno qilish kerak. Bu turdagi kasallikning qaytalanishi va kuchayishi nisbatan kam uchraydi.

• Og‘ir shaklida (prurigo ferox) tarqalgan, keskin qichishadigan toshma tananing deyarli butun yuzasini qoplaydi. Retsidivlar va zo‘rayishlar uzoq davom etadi, remissiyalar deyarli bo‘lmaydi.

## 3. Qichima diagnostikasi

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

**Qichima tashxisi** shikoyatlarni tahlil qilish, anamnez ma’lumotlari, kasallikning klinik ko‘rinishini baholash va surunkali qichishish paydo bo‘lishi va qichima rivojlanishi bilan bog‘liq kasallikni tashxislash zarur bo‘lganda yoki boshqa teri kasalliklari bilan qiyosiy tashxislash - laboratoriya tekshiruvlari natijalariga asoslanadi.

Ko‘rsatmalarga ko‘ra va qiyosiy tashxis o‘tkazish maqsadida quyidagi laboratoriya tekshiruvlari tayinlanadi:

- qon va siydikning klinik tahlillari;

- qonning biokimyoviy tahlili: umumiy oqsil, umumiy bilirubin, ALT, AST, IF, kreatinin, mochevina, glyukoza;

- najasning umumiy tahlili, najasning gijja tuxumlariga tahlili;

- parazitar kasalliklarning serologik diagnostikasi - lyambliyalar, askaridalar, opistorxislar va boshqalarning antigenlariga qarshi antitanalarni aniqlash.

- OIV infeksiyasiga tekshirish (IgM va IgG - OIV1, OIV2 ga antitanachalarni aniqlash) va gepatit B va C (HCV-antitanachalar, HBs-antigenni aniqlash);

- teri bioptatlarini gistologik tekshirish;

- immunogistokimyoviy tekshiruv;

- teri dermatoskopiyasi;

- teridan olingan qirindini qo‘tir kanasiga mikroskopik tekshirish;

- allergotestlar:

• Allergotest immunobloting

• Molekulyar allergodiagnostika

- qondagi umumiy immunoglobulin E darajasini tekshirish

- Immunologik tadqiqotlar

- Gamma-globulin tekshiruvi

- Infeksiyani IFA, PZR, IXLA va boshqa usullar bilan tashxislash

- Biosubstratlarni mikologik tekshirish (yorug‘lik mikroskopiyasi va/yoki PIF)

- ichki a’zolarning ultratovush tekshiruvi

- Zararlanish o‘choqlaridan mikrobiologik tekshiruv va sezuvchanlikni aniqlash

- Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG va IgM

- Teri korneometriyasi

- IL-4, 13, 31 bo‘yicha tekshiruv

Ko‘rsatmalarga ko‘ra boshqa mutaxassislar: gastroenterolog, nevropatolog, endokrinolog, otorinolaringolog, ginekolog, onkolog, terapevt, pediatr, fizioterapevt maslahatlari tayinlanadi.

## Differensial diagnostika

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

Differensial diagnostika hasharotlar chaqishi, qo‘tir, pedikulyoz, toksikodermiya, neyrodermit, allergik dermatit, ekzema, turg‘un papulyoz eshakemi, suvchechak, Dyuringning gerpetiform dermatiti, vaskulit bilan o‘tkaziladi. TQ differensial diagnostikasi, birinchi navbatda, qizil yassi temiratkining gipertrofik shakli, tugunli qo‘tir (skabiotik limfoplaziya), terining lixenoid va tugunli-pilakchali amiloidozi kabi intensiv qichishish bilan kechuvchi tugunli elementlarning shakllanishi bilan tavsiflanadigan kasalliklarni o‘z ichiga oladi. TQ ni papulonekrotik va so‘galsimon sil, tugunchali sarkoidoz, ko‘p sonli dermatofibromalar va keratoakantomalar bilan ham farqlash kerak, ular klinik jihatdan TQ da kuzatiladigan toshmalar bilan o‘xshash bo‘lishi mumkin, ammo qichishish bilan kechmaydi.

**Prurigo kasalligiga o‘xshash teri kasalliklari:**

1. Orttirilgan reaktiv perforatsiyalovchi dermatozlar kam uchraydigan teri kasalliklari guruhi bo‘lib, ko‘pincha surunkali buyrak yetishmovchiligi va qandli diabet bilan bog‘liq. Bunday dermatozlar qichishuvchi gumbazsimon papulalar bilan namoyon bo‘lib, ularning markazida muguzlangan tiqin tana, qo‘l va oyoqlarda joylashadi. Gistologik tekshiruvda keratin, kollagen va yallig‘lanish markerlaridan iborat kosasimon birikma aniqlanadi: epidermisning pastki qatlamida vertikal bazofil kollagen tolalari o‘tadigan ingichka yoriqlar mavjud.

2. Tugunli pemfigoid - bullyoz pemfigoidning kam uchraydigan varianti bo‘lib, klinik va gistologik jihatdan prurigoni eslatuvchi qichishadigan tugunlar, papulalar yoki pilakchalar bilan namoyon bo‘ladi. Tashxis epidermal bazal membranaga antitanachalar va IgG tahlili yordamida tasdiqlanadi.

3. Qo‘tirning tugunli shakli - unga ham taralgan toshmalarda qon qatlamlari xos, ammo boshqa klinik ko‘rinishlar va yod sinamasi  yordamida qo‘shimcha tashxis qo‘yish kasallikni tezda aniqlash imkonini beradi.

4. Gipertrofik qizil yassi temiratki - qizil yassi temiratkining bir turi bo‘lib, bunda zich giperkeratotik pilakchalar, ko‘pincha boldirning oldingi yuzasida paydo bo‘ladi.

5. Ko‘p sonli keratoakantomalar - bir nechta kam uchraydigan irsiy yoki spontan kasalliklar, jumladan, Fergyuson-Smit sindromi va Gjibovskiy sindromi belgisi. Qichishishning yo‘qligi, gistologik xususiyatlari va klinik kechishi ko‘p sonli keratoakantomalarni prurigodan farqlashga yordam beradi.

6. Bullyoz epidermoliz (EB) - distrofik epidermolizning kam uchraydigan mahalliy varianti bo‘lib, terining mo‘rtligi (u hatto minimal ta’sirda ham osongina shikastlanadi), kuchli qichishish va gipertrofik qizil yassi temiratki yoki prurigoni eslatuvchi terining shikastlanishi bilan tavsiflanadi. Nasliy epidermolizga klinik shubha tegishli immunoflyuoressent tekshirishlar bilan tasdiqlanadi.

7. Lixenoidli amiloidoz terida ko‘p sonli yassi yoki yarim sharsimon yaltiroq yarim shaffof tugunchalar paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi, ularning kattaligi to‘g‘nog‘ich boshchasidan no‘xat donasigacha bo‘lib, qo‘ng‘ir-qizil yoki qo‘ng‘ir-ko‘kimtir rangda, yuzasi silliq yoki mayda iflos-kulrang tangachalar bilan qoplanadi. Ko‘pchilik hollarda papulalar boldirning oldingi yuzasida, kamroq sonda va jinsiy olat terisida simmetrik joylashadi. Ular bir-biriga tegib turadi, lekin bir-biri bilan qo‘shilib ketmaydi va sog‘lom terining tor egatlari bilan ajralib turadi. Papulalar joylashgan sohadagi teri zichlashgan, burmaga yaxshi yig‘ilmaydi. Subyektiv ravishda jarayon kuchli qichishish bilan kechadi, bu esa ekskoriatsiyalar, gemorragik po‘stloqlar va lixenifikatsiyaning paydo bo‘lishiga olib keladi.

8. Tugunsimon-pilakchasimon amiloidoz kamdan kam uchraydi; patologik jarayon diametri 1-2 sm keladigan yakka-yakka yoki bir talay zich tugunlardan iborat bo‘ladi, bu tugunlar qo‘shilganida so‘galsimon o‘simtalar va muguz qatlamlar bilan qoplangan g‘adir-budur pilakchalar hosil bo‘ladi. Asosiy lokalizatsiya - boldirning yozuvchi yuzasi. Bemorlarni odatda qiynovchi qichishish bezovta qiladi. Toshmalar regressiyasida teri atrofiyasi rivojlanadi. Lixenoid amiloidozda ham, tugunli pilakchali amiloidozda ham gistologik preparatlarda so‘rg‘ichsimon qavatda amiloid massalar to‘planganligi aniqlanadi, ular Van Gizon bo‘yicha bo‘yalganda sariq rangga, kongo-qizil bilan bo‘yalganda qizil rangga, gematoksilin va eozin bilan bo‘yalganda pushti rangga bo‘yaladi. Amiloidning o‘ziga xos xususiyati dixroizm bilan birgalikda nurni ikki marta sindirish qobiliyatidir.

## Davolash

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

### Davolash maqsadlari

- klinik davolash;

### Kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar

- ambulator davolanishning samarasizligi.

- qichishishning tez-tez takrorlanadigan shakllari

- qichishishning o‘rtacha-og‘ir va og‘ir kechishi

- umumiy holatning buzilishi bilan kechadigan qichishishning kuchayishi;

- fizioterapevtik davolash usullaridan foydalanish zarurati;

- selektiv immunodepressantlar (biologik preparatlar, glyukokortikosteroidlar va boshqalar) bilan qo‘llab-quvvatlovchi terapiya o‘tkazish zarurati;

• 15-stol (cheklash: o‘tkir taomlar, ziravorlar, spirtli ichimliklar, hayvon yog‘larini iste’mol qilish). Ovqatga o‘simlik moylari, shuningdek, vitaminlarga boy mahsulotlar (mevalar, sabzavotlar) kiritish tavsiya etiladi.

**O‘zbekiston Respublikasida kafolatlangan to‘lovsiz tibbiy yordam hajmi va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimi doirasida ro‘yxatga olinmagan dori vositalarini klinik protokolga kiritish xarajatlarni qaytarish uchun asos bo‘lmaydi.**

**Jadval-1**

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

| **Dori vositasining xalqaro nomi** | **Qo’llash tartibi** | **Dalil darajasi** |
|---|---|---|
| Gidrokortizon atsetat 2,5% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Metilprednizolon aseponat: 0,1% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1 marta; 2-4 hafta ichida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Flumetazon pivalat | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Aklometazon dipropionat 0,05% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Betametazon diproponat 0,05% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1 marta; 2-4 hafta ichida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Betametazon valerat: 0,1% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Mometazon furoat: 0,1% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1 marta; 2-4 hafta ichida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |

| | | |
|---|---|---|
| Gidrokortizon 17-butirat 0,1% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Triamsinolon asetonid: 0,1% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Flutikazon propionat 0,05% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Klobetazol propionat 0,05% | applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-2 marta 2-4 hafta davomida | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Takrolimus 0,03% va 0,1% malham | kattalar uchun 0,03% sirtga qo‘llaniladigan malham yoki 0,1% sirtga qo‘llaniladigan malham, 2 yoshdan katta bolalarga - 0,03% sirtga qo‘llaniladigan malham, 8-12 hafta davomida terining zararlangan joylariga kuniga 2 marta yupqa qatlamda surtiladi | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/ |
| Pimekrolimus 1% | Kattalar va 3 oylikdan katta bolalarga kuniga 2 marta, 8-12 hafta davomida zararlangan yuzaga yupqa qatlam bilan surting. | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38493053/ |
| Tetratsiklin + triamsinolon aerozoli | sirtga qo‘llash uchun - infeksiyalangan o‘choqlarni aerozol oqimi bilan sutkasiga 1-3 marta sug‘orish, ballonni vertikal holatda, teridan 15-20 sm masofada, 7-10 kun davomida ushlab turish. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/ |
| Betametazon + gentamitsin + klotrimazol kremi | sirtga qo‘llash uchun, infeksiyalangan shikastlanish o‘choqlariga sirtga qo‘llash uchun surtma sutkasiga 2 marta kattalar va 2 yosh va undan katta bolalarga 7-14 kun davomida | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/ |
| Mochevina | 5, 10, 15% sirtga qo‘llash uchun kuniga 1-2 marta 1-3 hafta davomida | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7016942/ |
| Dimetinden maleat | 1 oylikdan 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 3-10 tomchidan kuniga 3 marta ichish uchun; 1 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10-15 tomchidan kuniga 3 marta ichish uchun; 3 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 15-20 tomchidan kuniga 3 marta ichish uchun; 12 | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |

| | | |
|---|---|---|
| | yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 20-40 tomchidan kuniga 3 marta ichish | |
| Loratadin | 2 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5 mg (5 ml) sutkasiga 1 marta peroral; 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 10 mg (10 ml) sutkasiga 1 marta 14-28 kun davomida peroral | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Dezloratadin | 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 30 mg og‘iz orqali kuniga 1-2 marta, 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga 120-180 mg og‘iz orqali kuniga 1 marta 14-28 kun davomida | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Levosetirizin | 6 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 5 mg dan sutkasiga 1 marta og‘iz orqali 14-28 kun davomida | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Setirizin gidroxlorid | 6 oydan 12 oygacha bo‘lgan bolalarga - 2,5 mg (5 tomchi) og‘iz orqali kuniga 1 marta, 1 yoshdan 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 2,5 mg (5 tomchi) og‘iz orqali kuniga 1-2 marta, 2 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 2,5 mg (5 tomchi) og‘iz orqali kuniga 2 marta yoki 5 mg (10 tomchi) og‘iz orqali kuniga 1 marta, 6 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 5 mg og‘iz orqali kuniga 1 marta 14-28 kun davomida. | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Feksofenadin gidroxlorid | 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 30 mg og‘iz orqali kuniga 1-2 marta, 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga 120-180 mg og‘iz orqali kuniga 1 marta 14-28 kun davomida | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Xloropiramin gidroxlorid | 1 oylikdan 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga 5 mg (0,25 ml eritma) mushak orasiga kuniga 1 marta; 1 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10 mg (0,5 ml eritma) mushak orasiga kuniga 1 marta; 6 yoshdan 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10-20 mg (0,5-1 ml eritma) mushak orasiga kuniga 1 marta; 14 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 20-40 mg (1-2 ml eritma) mushak orasiga kuniga 1 marta 5-7 kun davomida | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |

| | | |
|---|---|---|
| Xloropiramin gidroxlorid | 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 6,25 mg peroral kuniga 2-3 marta; 1 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 8,3 mg peroral kuniga 2-3 marta; 6 yoshdan 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 12,5 mg peroral kuniga 2-3 marta; 14 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 25 mg peroral kuniga 3-4 marta 5-7 kun davomida | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Difengidramin gidroxlorid | 2 oylikdan 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 2-5 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta, 2 yoshdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5-15 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta, 5 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 15-30 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta, 12 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 30-50 mg og‘iz orqali kuniga 3 marta 5-7 kun davomida | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Difengidramin gidroxlorid | 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga 10-50 mg (1-5 ml eritma) dan kuniga 1-3 marta 5-7 kun davomida mushak orasiga yuboriladi. | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Klemastin fumarat | 1 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 2-2,5 ml (200-250 mkg) og‘iz orqali kuniga 2 marta; 3 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5 ml (500 mkg) og‘iz orqali kuniga 2 marta; 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 0,5-1 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta, 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 1 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 5-7 kun davomida | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Klemastin fumarat | bolalarga - sutkasiga 1 kg tana vazniga 25 mg dan mushak orasiga; kattalarga - sutkasiga 2 mg dan 2 mahal 5-7 kun davomida mushak orasiga | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Xifenadin gidroxlorid | 2 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5 mg og‘iz orqali kuniga 2-3 marta, 3 yoshdan 7 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta, 7 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10-15 mg og‘iz orqali kuniga 2-3 marta, 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 25-50 mg og‘iz orqali kuniga 2-4 marta 5-7 kun davomida | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |

| | | |
|---|---|---|
| Ebastin | 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5 mg (5 ml sirop) og‘iz orqali kuniga 1 marta, 12 yoshdan 15 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10 mg (10 ml sirop) og‘iz orqali kuniga 1 marta, 15 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 10-20 mg (10-20 ml sirop) og‘iz orqali kuniga 1 marta 10-14 kun davomida. | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Bilastin | Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza - kuniga 10-20 mg 10-14 kun | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Gidroksizin | 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5 mg (5 ml sirop) og‘iz orqali kuniga 1 marta, 12 yoshdan 15 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10 mg (10 ml sirop) og‘iz orqali kuniga 1 marta, 15 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 10-20 mg (10-20 ml sirop) og‘iz orqali kuniga 1 marta 10-14 kun davomida. | A https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28857299/ |
| Kalsiy glyukonat, 10% li eritma | 5-10 ml dan kuniga 1 marta vena ichiga yoki mushak orasiga 10-15 kun davomida | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Natriy tiosulfat, 30% li eritma | 5-10 ml dan kuniga 1 marta vena ichiga 10 kun davomida | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Kalsiy xlorid | v/i tomchilab 100 mg/ml - 5 ml kuniga 1 marta, 7-10 kun | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Natriy laktat + sorbitol + kaliy xlorid<br><br>MgCl2, NaCl, CaCl2 | v/i tomchilab sutkasiga 200-400 ml dan 3-5 kun<br><br>6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga preparatni tana vazniga nisbatan 10 ml/kg hisobida yuborish tavsiya etiladi; 6 yoshdan 12 yoshgacha - kattalar uchun dozaning yarmini tashkil etadigan dozada; 12 yoshdan katta bolalarga preparatning dozasi kattalarniki bilan bir xil. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |

| | | |
|---|---|---|
| Dekstran | Dezintoksikatsiya maqsadida kattalarga bir martalik dozasi 500 ml dan 1000 ml gacha 60-90 daqiqa davomida vena ichiga tomchilab yuboriladi. Zarur bo‘lsa, birinchi sutkada yana 500 ml preparat quyish mumkin. Keyingi kunlarda preparat 500 ml sutkalik dozada tomchilab yuboriladi. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Gidrolizlangan lignin | ichish uchun, yaxshisi oldindan maydalab, ovqatdan va boshqa dori vositalarini qabul qilishdan bir soat oldin suv ichish kerak.<br><br>Preparat dozasi yoshga, tana vazniga va kasallikning og‘irligiga bog‘liq bo‘lib, preparat kuniga 3-4 marta qabul qilinadi, o‘rtacha bir martalik dozasi 1 yoshgacha bo‘lgan bolalar uchun - 1/2 tabletka; 1 - 3 yosh - 1⁄2 -1 tabletka; 4-7 yoshda - 1 tabletka, 7-12 yoshda - 1-2 tabletka; kattalar uchun - 2-3 tabletka.<br><br>Zarur bo‘lsa, shifokor tavsiyasiga ko‘ra sutkalik doza 20-30 g gacha 3-4 qabulda oshirilishi mumkin. Davolash davomiyligi 5 kundan 14-21 kungacha. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |

**Eslatma:** Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.
Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tarkibida mochevina (5-15%) bo‘lgan preparatlar, tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetika vositalari, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zarurat bo‘lganda qo‘llanilishi mumkin.
Tashqi va tizimli antibakterial vositalar, mahalliy glyukokortikosteroidlar va kombinatsiyalangan preparatlarni qo‘llash klinik zaruratni hisobga olgan holda qat’iy ko‘rsatmalar bo‘yicha amalga oshiriladi.
Muayyan preparatni tanlash davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi.
Agar shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda ma’lum bir guruhdagi zarur preparat bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni (har xil ta’sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan dorilar) buyurishi mumkin.
Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud resurslarga qarab amalga oshiriladi.

**Jadval 2**

**Qo‘shimcha dori-vositalarning ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):**

| Dori vositasining xalqaro nomi | Qo’llash tartibi | Dalil darajasi |
|---|---|---|
| Prednizolon | 1-2 oy davomida kuniga 20-40 mg og‘iz orqali qabul qilish, keyinchalik bekor qilish | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Betametazon | 1 ml dan 2-3 haftada 1 marta mushak orasiga, kurs davomida 3-4 inyeksiya | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Dupilumab 150, 175 mg teri ostiga yuborish uchun eritma | Tana vazni 15 dan 30 kg gacha bo‘lgan bemorlar uchun: boshlang‘ich doza - 600 mg (300 mg dan 2 ta inyeksiya), keyin har 4 haftada 300 mg dan; tana vazni 30 dan 60 kg gacha bo‘lgan bemorlar uchun: boshlang‘ich doza - 400 mg (200 mg dan 2 ta inyeksiya), keyin har 2 haftada 200 mg dan; tana vazni 60 kg va undan ortiq bo‘lgan bemorlar uchun boshlang‘ich doza - 600 mg (300 mg dan 2 ta inyeksiya), keyin har 2 haftada 300 mg dan | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37811660/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778608/ |
| Nemolizumab | Teri ostiga<br><br>Tana vazni <90 kg: 60 mg (30 mg dan 2 ta inyeksiya), keyin; 30 mg har 4 haftada.<br><br>Tana vazni ≥90 kg: 60 mg (30 mg dan 3 ta inyeksiya), keyin; 60 mg har 4 haftada. | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37888917/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778608/ |
| Metotreksat | Kattalarda metotreksat 10 dan 30 mg/haftagacha t/i, m/o yoki ichishga buyuriladi;<br><br>bolalarda - 0,2-0,7 mg/kg/hafta. | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27486591/ |
| Folat kislota<br><br>(metotreksat qo‘llanilganda) | ovqatdan keyin ichish uchun, kattalarga 1-2 mg (1-2 tabletka) kuniga 1-3 marta. Sutkalik maksimal dozasi 5 mg (5 tabletka).<br><br>3 yoshdan katta bolalarga 1 mg dan (1 tabletkadan) kuniga 1-2 marta. Sutkalik maksimal dozasi - 2 mg (2 tabletka). | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |

| | | |
|---|---|---|
| | Davolash kursi 20-30 kun. | |
| Siklosporin | Siklosporinning boshlang‘ich dozasi kuniga 2,5 dan 3 mg/kg tana vazniga 2 marta qabul qilinadi. Og‘ir holatlarda, zarurat tug‘ilganda, preparat dozasi maksimal darajagacha - kuniga 1 kg tana vazniga 5 mg gacha oshirilishi mumkin. Ijobiy natijaga erishilganda, dozani asta-sekin kamaytirib, butunlay bekor qilish kerak. | B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29438756/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12745856/ |
| Sianokobalamin | m/o yoki v/i 1 mg dan har kuni 1-2 hafta davomida, ushlab turuvchi doza 1-2 mg m/o yoki v/i - haftasiga 1 martadan, oyiga 1 martagacha. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Tiamin | m/o (chuqur). Preparatni yuborishni kichik dozalardan boshlash tavsiya etiladi (5% eritmaning 0,5 ml dan oshmasligi kerak) va faqat yaxshi ko‘tarilgandagina yuqori dozalarga o‘tish mumkin. Kattalarga 25-50 mg tiamin gidroxlorid (0,5-1 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal, har kuni, bolalarga 12,5 mg (0,25 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal buyuriladi. Davolash kursi 10-30 inyeksiya. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Riboflavin | Ichish uchun: kattalarga - kuniga 5-10 mg; bolalarga - kuniga 1 marta 2-5 mg. Davolash davomiyligi 1-1,5 oy.<br><br>M/o: 1 ml 1% eritma (0,1 g) kuniga 1 marta 10-15 kun davomida (bolalarga - 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 marta; davolash kursi - 15-20 inyeksiya. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Essensial fosfolipidlar | v/i sekin 1-2 ampula (5-10 ml), eritma bemor qoni bilan 1:1 nisbatda suyultiriladi.<br><br>Preparatni suyultirish zarur bo‘lganda, infuzion yuborish uchun faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasi ishlatiladi.<br><br>Ichkariga. 12 yoshdan oshgan va tana vazni 43 kg dan ortiq bo‘lgan o‘smirlar, shuningdek, kattalar uchun 2 kapsuladan kuniga 3 marta ovqatlanish paytida qabul qilish tavsiya etiladi. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Oksimatrin | v/i 600 mg dan, kuniga bir marta | C https://pubmed.ncbi. |

| | | |
|---|---|---|
| | v/i 600 mg 100-250 ml 5% li glyukoza yoki 0,9% li natriy xlorid eritmasida suyultiriladi. Venaga tomchilab minutiga 60 tomchidan kuniga 1 marta yuboriladi.<br><br>2 kapsuladan (0,2 g oksimatrin) kuniga 3 marta ichiladi. Zarur bo‘lganda sutkalik dozani 3 kapsuladan kuniga 3 martagacha oshirish mumkin (bu 0,3 g oksimatringa teng). | nlm.nih.gov/34314056/ |
| Ursodezoksixol kislota | Ichishga. Tana vazni 34 kg dan kam bo‘lgan bolalar va kattalarga ursodezoksixol kislotasini suspenziya ko‘rinishida qo‘llash tavsiya etiladi.<br><br>Ursodezoksixol kislotasining tavsiya etilgan dozasi kuniga 10 mg/kg ni tashkil etadi. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Antral | kuniga 3 marta ovqatdan keyin ichish uchun<br><br>kattalar va 10 yoshdan katta bolalarga - har qabulga 200 mg dan<br><br>4-10 yoshli bolalarga - har qabulga 100 mg dan | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Ademetionin | Tavsiya etiladigan doza 1 kg tana vazniga sutkasiga 10-25 mg ademetioninni tashkil etadi. Odatda sutkalik doza sutkasiga 1-2 tabletkani tashkil etadi (sutkasiga 400-800 mg ademetionindan) va sutkasiga 4 tabletkagacha oshirilishi mumkin (sutkasiga 1600 mg ademetioningacha). Ta’siri odatda davolashning 7-14 kunida namoyon bo‘ladi va preparatni keyingi qo‘llashda ham saqlanib qoladi. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Alfa-tokoferol atsetat | Ovqatdan keyin kuniga 50-100 mg dozada ichiladi (qabul qilish davomiyligi - 20-40 kun) | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |

| | | |
|---|---|---|
| Retinol atsetat | Kattalar uchun eng yuqori kunlik doza 100 000 XB dan oshmasligi kerak.<br><br>33 000-100 000 ME/kun | C<br>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Xolekalsiferol<br><br>(D vitamini) | D vitamini tanqisligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi <20 ng/ml)<br><br>- 8 hafta davomida har haftada 50 000 XB ichish uchun<br><br>- 200 000 XB har oyda 2 oy davomida ichish uchun<br><br>- 150 000 XB har oyda 3 oy davomida ichish uchun<br><br>- 6000 - 8000 XB kuniga - 8 hafta ichish uchun<br><br>D vitamini yetishmovchiligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi ≥20 va <30 ng/ml)<br><br>- 4 hafta davomida har hafta 50 000 XB ichish uchun<br><br>- 200 000 XB bir marta ichishga<br><br>- 150 000 XB bir marta ichishga<br><br>- 6000 - 8000 XB kuniga - 4 hafta ichish uchun<br><br>D vitamini darajasini qo'llab-quvvatlab turish ≥30 ng/ml<br><br>- 1000 - 2000 XB har kuni ichish uchun<br><br>- 6 000 - 14 000 XB haftada bir marta ichish uchun | A<br>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28994020/ |
| Askorbin kislotasi | Ichishga, m/o, v/i<br><br>250-1000 mg/kun | C<br>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |

| | | |
|---|---|---|
| Vitamin A + E | ovqatdan keyin ichish uchun kuniga 100 mg dan vitamin E + vitamin A 100 000 XB dozasida (qabul qilish davomiyligi - 20-40 kun) | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Alfa-lipoy kislotasi | Kattalar uchun 600 mg miqdorida kuniga kamida 30 daqiqa davomida tomchilab yuborish orqali vena ichiga yuboriladi.<br><br>Kattalar va 14 yoshdan oshgan bolalarga ovqatdan oldin kuniga 1 mahal 1 kapsuladan ichiladi. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Glutation | m/o, v/i sekin (2-3 daqiqa) yoki kuniga 600 mg yoki kunora 1200 mg infuziya yo‘li bilan yuboriladi.<br><br>Ichkariga. Sutkasiga 250 mg, til ostida asta-sekin so‘riladi.<br><br>Qabul qilish kursi 2-3 oylik sikllar bo‘lib, ularni yiliga 2-3 marta takrorlash mumkin. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Tiloron digidroxlorid | 1-2 tabletkadan (250 mg) dastlabki ikki kun davomida kuniga 1 marta, so‘ngra 2-4 hafta davomida kun ora 1 tabletkadan (125 mg) ichiladi. Yoki remissiya davrida 0,125 g (1 tabletka) ovqatdan keyin, har haftaning dastlabki ikki kunida, jami 5 hafta. Kurs dozasi 1,25 g. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Timopentin | • mushak orasiga inyeksiya qilish - inyeksiya uchun steril suv bilan suyultirish 1 ml;<br><br>• vena ichiga tomchilab quyish - 250 ml 0,9% natriy xloridning inyeksion eritmasida eritish.<br><br>Preparat tavsiyalarga amal qilgan holda qo‘llaniladi.<br><br>Immunitet tanqisligi holatlarining oldini olish va davolash 1-2 flakon kuniga 2 marta. | C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34314056/ |
| Valerian ekstrakti | Ichishga. Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarga 1-2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin beriladi. Davolash davomiyligi 2-4 hafta. | C https://pubmed.ncbi. |

| | | |
|---|---|---|
| | Shifokor ko‘rsatmasi bilan takroriy davolash kurslarini o‘tkazish mumkin. | nlm.nih.gov/34314056/ |

**Izoh:** Agar ma’lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta’sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan preparatlar). Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalari, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zaruratga ko‘ra qo‘llanilishi mumkin.

### Davolash natijalariga qo‘yiladigan talablar:

- qichishishni to‘xtatish

- toshmalarni bartaraf etish

### Davolash samarasiz bo‘lgandagi taktika:

Boshqa mutaxassislar maslahati, somatik patologiyani aniqlash va davolash.

# “QICHIMA” BO’YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

**TOSHKENT – 2025**

## Kirish

Qichima (lat. prurigo, prurio - qichishish so‘zidan) - teri kasalligi bo‘lib, u kuchli qichishish, tugunli toshmalar, qonli qaloqlar va qichishish bilan tavsiflanadi, asosan oyoq-qo‘llarning yozuvchi yuzalarida, dumba, qorin, orqa, belda. Qichima - neyroallergodermatozlar guruhiga kiruvchi surunkali qaytalanuvchi kasallik. Qichima ko‘pincha immunitetning buzilishi, surunkali allergiya yoki tashqi omillarning ta’siri, masalan, parazitar infeksiyalar, stress bilan bog‘liq.

## Davolash, shu jumladan medikamentoz va nomedikamentoz terapiya

**Davolash maqsadlari**

- klinik davolash;

**Kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar**

- ambulator davolanishning samarasizligi.

- qichishishning tez-tez takrorlanadigan shakllari

- qichishishning o‘rtacha-og‘ir va og‘ir kechishi

## Davolash sxemalari

**Tashqi terapiya:**

Davolashning birinchi bosqichida o‘tkir yallig‘lanish belgilari mavjud bo‘lganda quyidagilar qo‘llaniladi: [9, 11, 14]

| | |
|---|---|
| **C** | Tarkibida qoramoy, ixtiol, naftalan bo‘lgan pastalar, kremlar, surtmalar (5-10% qoramoy surtmasi, 2-5% naftalan, 3-5% borno - 5-10% qoramoy surtmasi, 5% ixtiol surtmasi) kechasi 3 hafta davomida okklyuzion bog‘lam ostida (C) [1,8,11]. |

| | |
|---|---|
| **C** | Havoga qarshi vositalar - mentol, anestezin, dimedrol, fenistil qo‘shilgan krem va malhamlar |

Sirtga qo‘llash uchun gormonal preparatlar [9, 11, 14, 15]:

| | |
|---|---|
| **B** | - gidrokortizon atsetat applikatsiya ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki |

| | |
|---|---|
| | - metilprednizolon atseponat 0,1% applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki<br><br>- flumetazon pivalat applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki<br><br>- alklometazon dipropionat applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki<br><br>- betametazon dipropionat 0,05% applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki<br><br>- betametazon valerat 0,1% applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki<br><br>- mometazona furoat 0,1% applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki<br><br>- gidrokortizon 17-butirat 0,1% applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki<br><br>- triamsinolon atsetonit 0,1% applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki<br><br>- flutikazon propionat 0,05% applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki<br><br>- fluotsinolon atsetonid applikatsiyalar ko‘rinishida kuniga 1-3 marta 2-4 hafta davomida<br><br>yoki |

| | |
|---|---|
| | - klobetazol propionat 0,05% applikatsiya ko‘rinishida kuniga 1-2 marta. 2-4 hafta davomida |

**Kalsinevrinning topik ingibitorlari**

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

| | |
|---|---|
| **B** | - takrolimus surtmasi 0,03% va 0,1% (kattalarga 0,03% sirtga qo‘llash uchun surtma yoki 0,1% sirtga qo‘llash uchun surtma, 2 yoshdan katta bolalarga - 0,03% sirtga qo‘llash uchun surtma 8-12 hafta davomida terining zararlangan joylariga kuniga 2 marta yupqa qatlamda surtiladi)<br><br>- krem pimekrolimus 1% kuniga 2 marta kattalar va 3 oylikdan katta bolalarga 8-12 hafta davomida zararlangan yuzaga yupqa qatlam bilan surtiladi. |

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

| | |
|---|---|
| **B** | Yumshatuvchi vositalar (emolentlar), tarkibida 5-15% mochevina bo‘lgan preparatlar: Namlantiruvchi krem va losyonlardan muntazam foydalanish terining baryer funksiyasini tiklashga yordam beradi, quruqlik va qichishishni kamaytiradi. Ularni kuniga bir necha marta, ayniqsa, suv muolajalaridan so‘ng qo‘llash tavsiya etiladi. |

**Eslatma:** Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

**Tizimli terapiya**

| | |
|---|---|
| **A** | Antigistamin preparatlar<br><br>- dimetinden maleat: 1 oylikdan 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 3-10 tomchidan kuniga 3 marta ichish uchun; 1 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10-15 tomchidan kuniga 3 marta ichish uchun; 3 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 15-20 tomchidan kuniga 3 marta ichish uchun; 12 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 20-40 tomchidan kuniga 3 marta 14-28 kun davomida ichish uchun [1,4,7,11,16,19]<br><br>yoki<br><br>- loratadin: 2 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5 mg (5 ml) kuniga 1 marta og‘iz orqali; 12 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 10 mg (10 ml) kuniga 1 marta 14-28 kun davomida og‘iz orqali [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- dezloratadin: 2 yoshdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 1,25 mg (2,5 ml sirop) kuniga 1 marta ichish uchun, 6 yoshdan 11 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 2,5 mg (5 |

| | |
|---|---|
| | ml sirop) kuniga 1 marta ichish uchun, 12 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 5 mg (10 ml sirop) kuniga 1 marta 14-28 kun davomida ichish uchun [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- feksofenadin gidroxlorid: 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 30 mg per os kuniga 1-2 marta, 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga 120-180 mg per os kuniga 1 marta 14-28 kun davomida [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- levotsetirizin: 6 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 5 mg per os kuniga 1 marta 14-28 kun davomida [1,4,7,11,12,16]<br><br>yoki<br><br>- setirizin gidroxlorid: 6 oydan 12 oygacha bo‘lgan bolalarga - 2,5 mg (5 tomchi) per os kuniga 1 marta, 1 yoshdan 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 2,5 mg (5 tomchi) per os kuniga 1-2 marta, 2 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 2,5 mg (5 tomchi) per os kuniga 2 marta yoki 5 mg (10 tomchi) per os kuniga 1 marta, 6 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 5 mg per os kuniga 1 marta 14-28 kun davomida [1,4,7,11,16]<br><br>yoki |

**Eslatma:** Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

| | |
|---|---|
| **C** | - Xloropiramin gidroxlorid: 1 oylikdan 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga 5 mg (0,25 ml eritma) mushak orasiga kuniga 1 marta; 1 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10 mg (0,5 ml eritma) mushak orasiga kuniga 1 marta; 6 yoshdan 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10-20 mg (0,5-1 ml eritma) mushak orasiga kuniga 1 marta; 14 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 20-40 mg (1-2 ml eritma) mushak orasiga kuniga 1 marta 5-7 kun davomida [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- Xlorpiramin gidroxlorid: 1 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 6,25 mg per os kuniga 2-3 marta; 1 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 8,3 mg per os kuniga 2-3 marta; 6 yoshdan 14 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 12,5 mg per os kuniga 2-3 marta; 14 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 25 mg per os kuniga 3-4 marta 5-7 kun davomida [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- Difengidramin gidroxlorid: 2 oylikdan 2 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 2-5 mg per os kuniga 2 marta, 2 yoshdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5-15 mg per os kuniga 2 marta, 5 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 15-30 mg per os kuniga 2 marta, |

| | |
|---|---|
| | 12 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 30-50 mg per os kuniga 3 marta 5-7 kun davomida [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- Difengidramin gidroxlorid: 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga 10-50 mg (1-5 ml eritma) mushak orasiga kuniga 1-3 marta 5-7 kun davomida [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- Klemastin fumarat: 1 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 2-2,5 ml (200-250 mkg) og‘iz orqali kuniga 2 marta; 3 yoshdan 6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5 ml (500 mkg) og‘iz orqali kuniga 2 marta; 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 0,5-1 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta, 12 yoshdan katta bolalarga va kattalarga - 1 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 5-7 kun davomida [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- Klemastin fumarat: bolalarga - kuniga har bir kg tana vazniga 25 mg dan mushak orasiga; kattalarga - kuniga 2 mg dan kuniga 2 marta 5-7 kun davomida mushak orasiga [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- Xifenadin gidroxlorid: 2 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5 mg per os kuniga 2-3 marta, 3 yoshdan 7 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10 mg per os kuniga 2 marta, 7 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10-15 mg per os kuniga 2-3 marta, 12 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 25-50 mg per os kuniga 2-4 marta 5-7 kun davomida [1,4,7,11,16]<br><br>yoki<br><br>- Ebastin: 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 5 mg (5 ml sirop) per os kuniga 1 marta, 12 yoshdan 15 yoshgacha bo‘lgan bolalarga - 10 mg (10 ml sirop) per os kuniga 1 marta, 15 yoshdan oshgan bolalarga va kattalarga - 10-20 mg (10-20 ml sirop) per os kuniga 1 marta 10-14 kun davomida [1,4,7,11,16].<br><br>Trankvilizatorlar [2,18].<br><br>3. Glyukokortikosteroid preparatlar:<br><br>- prednizolon kuniga 20-40 mg og‘iz orqali 1-2 oy davomida keyinchalik bekor qilish bilan [5,6,8,11]<br><br>yoki<br><br>- Betametazon 1 ml dan 2-3 haftada 1 marta mushak orasiga, 3-4 inyeksiya kursida [5,6,8,11]. |

**Eslatma:** Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

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

| | |
|---|---|
| **B**<br><br>**C** | Tugunli qichimada o‘choq ichiga glyukokortikosteroid preparatlar - triamsinolon (B), gidrokortizon (C), betametazon dipropionat (C) inyeksiyalari maqsadga muvofiq. |

**Izohlar:** GKSni bevosita terining shikastlanish o‘chog‘iga inyeksiya qilish preparatning optimal depolanishini va natijada uning asta-sekin ajralib chiqishini hamda ta’sirining uzayishini ta’minlaydi. TKSni o‘choq ichiga yuborish hisobiga (terining yuqori qatlamlari himoya to‘sig‘ini chetlab o‘tib) preparatning faolligini yo‘qotmagan holda to‘liq kirib borishiga erishiladi.

Ixtiyoriy doza, qoida tariqasida, zararlangan teriga 0,1 - 0,2 ml / sm2 ni tashkil qiladi, ammo ketma-ket ikkita inyeksiya orasidagi 3 - 6 haftalik interval bilan har seansda 1-2 ml dan oshmasligi kerak. Inyeksiyalar soni kasallikka, o‘choqning joylashishiga, bemorning yoshiga va oldingi inyeksiyalarga bo‘lgan reaksiyasiga bog‘liq. Triamsinolon atsetonidning maksimal dozasi 1 muolaja uchun 40 mg/ml dan oshmasligi kerak. Kortikosteroidlarni odatdagi konsentratsiyada yuborish yoki fiziologik eritma yoki anestetik bilan suyultirish mumkin.

Steroidlarni o‘choq ichiga yuborish teri atrofiyasi yoki teleangioektaziya kabi nojo‘ya ta’sirlarni keltirib chiqarishi mumkin.

**Qichimalarni davolashda gen-muhandislik biologik preparatlari**

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37811660/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38778608/

| | |
|---|---|
| **B** | Dupilumab 150, 175 mg teri ostiga yuborish uchun eritma (selektiv immunodepressant interleykin ingibitori (IL-4, IL-13)). Tana vazni 15 dan 30 kg gacha bo‘lgan bemorlar uchun: boshlang‘ich doza - 600 mg (300 mg dan 2 ta inyeksiya), keyin har 4 haftada 300 mg dan; tana vazni 30 dan 60 kg gacha bo‘lgan bemorlar uchun: boshlang‘ich doza - 400 mg (200 mg dan 2 ta inyeksiya), keyin har 2 haftada 200 mg dan; tana vazni 60 kg va undan ortiq bo‘lgan bemorlar uchun boshlang‘ich doza - 600 mg (300 mg dan 2 ta inyeksiya), keyin har 2 haftada 300 mg dan |

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

| | |
|---|---|
| **B** | Nemolizumab.<br>Teri ostiga<br>Tana vazni <90 kg: 60 mg (30 mg dan 2 ta inyeksiya), keyin; 30 mg har 4 haftada.<br>Tana vazni ≥90 kg: 60 mg (30 mg dan 3 ta inyeksiya), keyin; 60 mg har 4 haftada. |

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

**Antimetabolitlar (folat kislota analoglari)**

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

| | |
|---|---|
| **B** | Metotreksat. Kattalarda metotreksat 10 dan 30 mg/haftagacha buyuriladi. t/i, m/o yoki ichish uchun; bolalarda - 0,2-0,7 mg/kg/hafta. |

**Izohlar:** Noxush hodisalar rivojlanish ehtimolini kamaytirish uchun metotreksat bilan davolash metotreksat qabul qilingandan keyin 24 soatdan keyin haftasiga 1 marta 5 mg dan foliy kislotasi preparati bilan davolash bilan birga olib borilishi kerak. Terapevtik samaraga erishilgandan so‘ng, metotreksat bilan minimal samarali dozada (haftasiga 22,5 mg dan ko‘p bo‘lmagan) qo‘llab-quvvatlovchi terapiya o‘tkazish mumkin.

Metotreksat 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarda qo‘llanilmaydi.

**Immunodepressantlar**

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

| | |
|---|---|
| **B** | Siklosporin. Siklosporinning boshlang‘ich dozasi kuniga 2,5 dan 3 mg/kg tana vazniga 2 marta qabul qilinadi. Og‘ir holatlarda, zarurat tug‘ilganda, preparat dozasi maksimal darajagacha - kuniga 1 kg tana vazniga 5 mg gacha oshirilishi mumkin. Ijobiy natijaga erishilganda, dozani asta-sekin kamaytirib, butunlay bekor qilish kerak. |

**Izohlar:** Siklosporinni tayinlashdan oldin va siklosporin bilan davolash paytida nojo‘ya ta’sirlar rivojlanishining oldini olish uchun bemorning ahvolini kuzatib borish lozim. Plazmada kreatinin konsentratsiyasini muntazam nazorat qilish zarur - uning oshishi nefrotoksik ta’sirni ko‘rsatishi va dozani kamaytirishni talab qilishi mumkin: kreatinin darajasi dastlabki darajadan 30% dan ortiq oshganda 25% ga, agar uning darajasi ikki baravar oshsa, 50% ga. Agar 4 hafta davomida dozani kamaytirish kreatinin darajasining pasayishiga olib kelmasa, siklosporin bekor qilinadi. Qon bosimi, qondagi kaliy, siydik kislotasi, bilirubin miqdorini monitoring qilish, qonda aspartataminotransferaza va alaninamintransferaza faolligini aniqlash, lipid almashinuvi buzilishini baholash uchun biokimyoviy qon tahlili ko‘rsatilgan. Kasallik og‘ir kechganda ta’sirga tez erishish uchun boshlang‘ich doza 5 mg/kg bo‘lishi mumkin. Qoniqarli

klinik natijaga erishilganda siklosporin bekor qilinadi, keyingi avj olishda esa oldingi samarali dozada buyuriladi. Preparatni asta-sekin to‘xtatish kerak, uning dozasini 4 hafta davomida haftasiga 1 mg/kg ga yoki har 2 haftada 0,5-1 mg/kg ga kamaytirish kerak. Agar kuniga 5 mg/kg dozada 6 haftalik davolashdan so‘ng qoniqarli natijaga erishilmasa, preparatni qo‘llash to‘xtatilishi kerak. Siklosporin bilan davolashda limfoproliferativ kasalliklar va boshqa xavfli o‘smalar, ayniqsa terining rivojlanish xavfi ortadi. Siklosporin bilan davolashda tirik kuchsizlantirilgan vaksinalarni qo‘llash ko‘rsatilmagan. Siklosporinni qo‘llaydigan bemorlar bir vaqtning o‘zida PUVA-terapiya yoki o‘rta to‘lqinli UB-terapiyani qabul qilmasliklari kerak. Bir vaqtning o‘zida siklosporin va fototerapiya usullarini qo‘llash (PUVA-terapiya; UVB-311 terapiyasi) melanomasiz teri saratoni xavfi ortishi sababli qarshi ko‘rsatma hisoblanadi. Qichima bilan og‘rigan bemorlarga siklosporinni tayinlashga qarshi ko‘rsatma 18 yoshgacha bo‘lgan bolalardir.

**Fizioterapevtik muolajalar:**

**Fototerapiyani boshlashdan oldin bemorlar ichki a’zolar patologiyasini istisno qilish uchun tekshirilishi kerak, chunki ultrabinafsha nurlar bilan davolash bir qator qarshi ko‘rsatmalarga ega. Ko‘z kasalliklari (glaukoma, katarakta), gipertoniya kasalligi (II, III bosqich), endokrinopatiyalar, xavfsiz va xavfli o‘smalar mavjud bo‘lganda fototerapiyani qo‘llash mumkin emas. Shu maqsadda bemor davolanishni boshlashdan oldin terapevt, jarroh, oftalmolog, ginekolog, endokrinolog tomonidan tekshirilishi kerak.**

Boshlang‘ich nurlanish dozasi PUVA-terapiyada minimal fototoksik dozani yoki UVB-terapiyada minimal eritemik dozani o‘lchash orqali terining individual sezgirligi asosida yoki terining fototipi asosida minimal fototoksik/eritemik dozalarni aniqlamasdan (T.B. Fitspatrik tasnifi bo‘yicha) aniqlanadi.

Qichima bilan og‘rigan bemorlarni davolashda (o‘rta va og‘ir darajadagi) kasallikning klinik ko‘rinishlarini bartaraf etish uchun o‘rta to‘lqinli fototerapiya (UVB/UVB-311) va PUVA terapiyasi usullari tavsiya etiladi.

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

| | |
|---|---|
| **C** | Selektiv fototerapiya (keng polosali ultrabinafsha terapiya): nurlanishning boshlang‘ich dozasi minimal eritem dozaning 50-70% ni tashkil qiladi. Bemor terisining turi va qorayish darajasiga qarab nurlantirishni dozalashda nurlantirish 0,01-0,03 J/sm2 dozadan boshlanadi. Muolajalar haftasiga 3-5 marta rejim bilan o‘tkaziladi. Eritema bo‘lmaganda bir martalik doza har 2-3 muolajada 5-30% ga yoki 0,01-0,03 J/sm2 ga oshiriladi. Bir kursga 20-30 ta muolaja buyuriladi |

https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2022/5/1199728492022051656

| | |
|---|---|
| **B** | tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha nur terapiyasi: nurlanishning boshlang‘ich dozasi minimal eritemik dozaning 50-70% ni tashkil qiladi. Bemor terisining turiga va qorayish darajasiga qarab nurlantirishni dozalashda nurlantirish 0,1-0,3 J/sm2 dozadan boshlanadi. Muolajalar haftasiga 3-4 marta o‘tkaziladi. Eritema bo‘lmaganda bir martalik doza har bir muolajada yoki muolaja orqali 5-30% ga yoki 0,05-0,2 J/sm2 ga oshiriladi, kuchsiz ifodalangan eritema paydo bo‘lganda doza o‘zgarishsiz qoldiriladi. Bir kursga 15-35 ta muolaja buyuriladi |

**Izohlar:** To‘lqin uzunligi 311 nm bo‘lgan tor polosali o‘rta to‘lqinli terapiya (UVB-311) selektiv fototerapiyaga nisbatan UVB terapiyaning samaraliroq usuli hisoblanadi. To‘lqin uzunligi 311 nm bo‘lgan tor polosali fototerapiya (UVB-311) TQ ning turg‘un holatlarini davolashda tanlov usuli bo‘lib xizmat

qilishi mumkin; bunda turg‘un ijobiy samarani faqat kamida 20 ta muolajani tashkil etuvchi davolash kursi o‘tkazilganda olish mumkin;

| | |
|---|---|
| **B** | Terini ultrabinafsha nurlar bilan nurlantirish. Katta yoshdagi bemorlarga fotosensibilizatorlarni (PUVA) ichki qo‘llash bilan fotokimyoterapiya. Fotosensibilizatorlar sifatida tizimli qo‘llash uchun psoralenlar ishlatiladi, ular uzun to‘lqinli UB-nurlanishdan 1,5-2 soat oldin bir qabulda 1 kg tana vazniga 0,6-0,8 mg dozada qabul qilinadi. UVAning boshlang‘ich dozasi minimal fototoksik dozaning 50-70% ni tashkil qiladi. Bemor terisining turi va qorayish darajasiga qarab nurlanish dozalanayotganda boshlang‘ich doza 0,25-1,0 J/sm2 ni tashkil etadi. Muolajalar haftasiga 2-4 marta o‘tkaziladi. Eritema bo‘lmasa, nurlanishning bir martalik dozasi har 2-muolajada ko‘pi bilan 30% ga yoki 0,25-1,0 J/sm2 ga oshiriladi. Kuchsiz ifodalangan eritema paydo bo‘lganda nurlanish dozasi o‘zgarishsiz qoldiriladi. UVA bir martalik dozasining maksimal qiymatlari - 15-18 J/sm2. Bir kursga 15-35 ta muolaja buyuriladi |

**Izohlar:** PUVA-terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash uchun umumiy (klinik) qon tahlili, umumiy (klinik) siydik tahlili, biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili, terapevt-shifokor, endokrinolog-shifokor, oftalmolog-shifokor, akusher-ginekolog (ayollar uchun) maslahatini o‘z ichiga olgan laboratoriya tekshiruvlari majmuasini o‘tkazish lozim. PUVA-terapiya usulini ko‘p kursli qo‘llash terining xavfli o‘smalari xavfini oshirishi mumkin. PUVA terapiyasi 18 yoshgacha bo‘lgan shaxslarga qarshi ko‘rsatma hisoblanadi.

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

| | |
|---|---|
| **B 3** | terining ultrabinafsha nurlanishi 308 nm (eksimerli UB-nurlanish). Nurlanishning bir martalik dozasini oshirish har bir muolaja yoki har 2-muolaja uchun 1 minimal eritemik dozaga yoki oldingi dozaning 25% iga amalga oshiriladi. Davolash haftasiga 2-3 marta rejim bilan olib boriladi. Bir kursga 15-35 ta muolaja buyuriladi |

**Izohlar:** Terini 308 nm ultrabinafsha nurlantirish (eksimer UB-nurlantirish) bilan davolash, asosan, tana yuzasining 10% dan ko‘p bo‘lmagan shikastlanish maydoniga ega bo‘lgan qichishishning cheklangan shakllarida ko‘rsatiladi.

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

| | |
|---|---|
| **C** | Mahalliy qo‘llash uchun vositalar bilan ultratovush terapiyasi<br>Peloidoterapiya<br>Elektr uyqu<br>Magnit maydon bilan miyaning noinvaziv stimulyatsiyasi |

| | |
|---|---|
| **C** | Past darajali yorug‘lik terapiyasi<br>IQ-lazer<br>Qutblangan polixromatik nur |

| | |
|---|---|
| **C** | Kriomassaj (suyuq azot bilan massaj) |

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31986298/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16518189/

| | |
|---|---|
| **C** | Mineral tuzlar, o‘tli qaynatmalar bilan balneoterapiya |

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

| | |
|---|---|
| **C** | PILN<br>Ozonoterapiya |

| | |
|---|---|
| **C** | Qon oqimidan toksinlar, autoantitanachalar, aylanib yuruvchi immun komplekslar (AIK), yallig‘lanish oldi sitokinlarini bartaraf etish, metabolizmni va a’zolarning buzilgan funksiyalarini normallashtirish maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etildi. |

### Davolash natijalariga qo‘yiladigan talablar

- qichishishni to‘xtatish;

- toshmalarni bartaraf etish.

### Davolash samarasiz bo‘lgandagi taktika

Boshqa mutaxassislar maslahati, somatik patologiyani aniqlash va davolash.

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

**TOSHKENT – 2025**

## Kirish

Qichima (lat. prurigo, prurio - qichishish so‘zidan) - teri kasalligi bo‘lib, u kuchli qichishish, tugunli toshmalar, qonli qaloqlar va qichishish bilan tavsiflanadi, asosan oyoq-qo‘llarning yozuvchi yuzalarida, dumba, qorin, orqa, belda. Qichima - neyroallergodermatozlar guruhiga kiruvchi surunkali qaytalanuvchi kasallik. Qichima ko‘pincha immunitetning buzilishi, surunkali allergiya yoki tashqi omillarning ta’siri, masalan, parazitar infeksiyalar, stress bilan bog‘liq.

## Profilaktika usullari va protseduralari:

Maxsus profilaktika usullari mavjud emas.

Tugunli qichima paydo bo‘lishining oldini olish choralaridan biri hasharotlar (chivinlar, chivinlar va boshqalar) chaqishidan o‘z vaqtida himoya qilish, flebotodermiya bilan kasallangan taqdirda esa terida hosil bo‘lgan o‘zgarishlarni erta davolash va qichishishni to‘liq yo‘q qilishga erishish uchun uni oxirigacha yetkazishdir.

Qichimaning oldini olish chora-tadbirlari oshqozon-ichak, endokrin kasalliklari va infeksiyalarni o‘z vaqtida davolashdan iborat. Qichima surunkali kechganda, albatta, shifokorning barcha tavsiyalariga rioya qilish kerak.

Shuningdek, to‘g‘ri va to‘laqonli ovqatlanish, mehnat va dam olish tartibiga rioya qilish, stressli vaziyatlardan qochish juda muhimdir.

**Adabiyotlar:**


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/

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

| | Amaliyot hamshirasi | BTSYo Oilaviy shifokor (bakalavr) | Tor mutahassis |
|---|---|---|---|
| **Shikoyatlar va anamnez** | | | |
| Bemordan shikoyatlarni yig‘ish qobiliyatini ko‘rsatish | +* | + | + |
| Bemordan kasallik anamnezini olishda qichima simptomlari haqida bilimlarni qo‘llash. | | | + |
| Teri-tanosil kasalliklari bilan bemorlarning to‘liq tibbiy anamnezini ta'riflash. | | | + |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Tashxis qo‘yish** | | | |
| Kasallikka xos simtomlar va laborator-instrumental tekshiruvlar asosida tashxis qo‘yish | | | + |
| **Asosiy laborator diagnostikasi** | | | |
| Asosiy laborator tahlillarini buyurish: | | | + |
| Umumiy qon tahlili (gemoglobin, gematokrit + leykositar formula + ECHT) | | | + |
| Zaxmga skrining tekshiruvlar (14 yoshdan kattalarga) | | | + |
| Umumiy IgE uchun IFA | | | + |
| **Qo‘shimcha laborator diagnostikasi** | | | |
| Zaxmga tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG va IgM | | | + |
| Umumiy peshob tahlili | | | + |
| Umumiy axlat tahlili | | | + |
| Qonning biokimyoviy taxlili | | | + |
| Qonda gamma-globulinni tekshirish | | | + |
| Qonda C reaktiv oqsilni tekshirish | | | + |
| Qonda antinuklear antitanalarni tekshirish | | | + |
| Gistolgik tekshiruv | | | + |
| Immunologik tekshirishlar | | | + |
| Immunogistokimyoviy tekshiruv | | | + |
| IL-4, 13, 31 tekshiruvlari | | | + |
| Teri qirindisini qo’tir kanasiga mikroskopik tekshirish | | | + |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Qondagi D vitamini miqdorini IFA, IXLA usulida aniqlash | | | + |
| OIV infeksiyasi (IgM va IgG - OIV1, OIV2 ga qarshi antitanachalarni aniqlash) va gepatit B va C (HCV-antitanachalar, HBs-antigenni aniqlash) uchun tekshiruv | | | + |
| IFA, IXLA, IFlA va PSR usullarida antitanalarni aniqlash | | | + |
| Antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash bilan mikrobiologik tekshiruv | | | + |
| Mikologik tekshiruv | | | + |
| Qon va biosubstratlarni infeksiyalarga tekshirish (IFA, PZR) | | | + |
| Molekulyar-genetik tadqiqotlar | | | + |
| Allergotestlar | | | + |
| Parazitar kasalliklarning serologik diagnostikasi - lyambliyalar, askaridalar, opistorxislar va boshqalarning antigenlariga qarshi antitanalarni aniqlash. | | | + |
| Qonda Aspergillus fumigatus antigenlariga IgG ni aniqlash | | | + |
| Mikroorganizmlarni genotiplash | | | + |
| **Qo‘shimcha instrumental diagnostika** | | | |
| Teri holatini tashxislash-dermatoskopiya | | | + |
| Ichki a’zolar UTT tekshiruvi | | | + |
| Vud lampasi bilan tekshirish | | | + |
| Teri korneometriyasi | | | + |
| Terining ultratovush tekshiruvi | | | + |
| **Qichimani davolash** | | | |
| Nomedikamentoz davolashni buyurish kompetensiyasi **(15 bet)** | | | + |
| Qichimani medikamentoz davolashni buyurish kompetensiyasi **(16-29-betlar)** | | | + |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Qichimani oldini olish** | | | |
| Xulq-atvorni yaxshilash va sog‘lom turmush tarzini targ‘ib qilish bo‘yicha kompetensiyalar | | | + |
| Medikamentoz davolashga rioya qilishni yaxshilash bo‘yicha kompetensiyalar | | | + |

# Asosiy tor mutaxassis — dermatovenerolog hisoblanadi.

*Ushbu kompetensiyalarga hamshiralarni tayyorlash orqali erishish mumkin.

## Qichimaning menejmenti bo‘yicha bilim kompetensiyalari

| | Amaliyot hamshirasi | BTSYo Oilaviy shifokor (bakalavr) | Tor mutahassis# |
|---|---|---|---|
| Qichimani ta'riflab berish | | | + |
| Qichimani shikoyatlari, alomatlarini tavsiflash | | | + |
| Qichimani patofiziologik mexanizmlarini tavsiflang | | | + |
| Etiologiya, simptomlar va tadqiqotlar (asosiy laborator-instrumental tekshiruvlar) asosida qichimani tashxislash uchun yondashuvni yaratish. | | | + |
| Asosiy tahlillar talqini | | | + |
| Qichimani davolashga yondashuvni shakllantirish | | | + |
| Qichimaning nomedikamentoz terapiyasini tavsiflang | | | + |
| Qichimaning medikamentoz terapiyasini tavsiflang | | | + |
| Qichimada foydalaniladigan turli preparatlarning ta'sir mexanizmini, ko‘rsatmalarini va nojo‘ya ta'sirini muhokama qiling | | | + |
| Davolash doirasida qichimani rivojlanishining patofiziologik mexanizmlarini muhokama qiling | | | + |

# Asosiy tor mutaxassis – dermatovenerolog shifokori hisoblanadi.