Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлигининг
2025 йил 15-сентябрдаги
287-сон буйруғига
3-илова

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

“ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТИТИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ- 2025

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Ўзбекистон
Республикаси ССВ
РИДВвКИАТМ
директори
У.Ю. Сабиров

_____

“____” _____2025 йил_

“ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТИТИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

“ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТИТИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент-2025

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 кодлари:

ХКТ-10	**Л13.0**	Герпетиформ дерматит	https://mkb-10.com/index.php?pid=11060
ХКТ-11	**EB44**	Герпетиформ дерматит	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#286313127

Баённома ишлаб чиқилган ва қайта кўриб чиқилган сана: 2025 йил, қайта кўриб чиқилган сана 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

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

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда қуйидагилар ўз ҳиссаларини қўшдилар:
Жараённи ташкил этиш бўйича дерматовенерология йўналишидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

1.	У.Ю. Сабиров	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги РИДВваКИАТМ директори, т.ф.д., профессор	РИДВваКИАТМ
2.	Ш.З. Мавлянова	Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги РИДВваКИАТМ Дерматозларни ўрганиш илмий лабораторияси мудири, т.ф.д., профессор	РИДВваКИАТМ
3.	А.И. Исмогилов	ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ 2-стационар дерматология бўлими мудири, т.ф.н.	РИДВваКИАТМ
4.	Ш.Н. Мирзакулова	ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ илмий ходими	РИДВваКИАТМ
5.	Ш.Ф. Садиев	Клиника дерматовенеролог-шифокори	РИДВваКИАТМ
6.	Ю.Ш.Абдукадирова	ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ таянс докторант	РИДВваКИАТМ

Тақризчилар:

1. Охлопков Виталий Александрович - Олий ва қўшимча касб-ҳунар таълими институти ректори Россия Федерацияси Фан ва олий таълим вазирлигининг Реаниматология ва реабилитология федерал илмий-клиник маркази, тиббиёт фанлари доктори, профессор, Россия Федерацияси олий мактабининг хизмат кўрсатган ходими.

2. Муллаханов Жавлон Бахтиёрович - ЎзР ССВ РИДВвКИАТМ маслаҳат поликлиникаси мудири, тиббиёт фанлари доктори, катта илмий ходим.

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – тиббиёт фанлари доктори, даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари – ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ клиникаси бош шифокори;

2. Жалилов Дилшод Сайфуллаевич – ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ илмий ишлар бўйича директор ўринбосари, т.ф.н.

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

Муҳокама баённомасидан кўчирма санаси ва рақами: Ўзбекистон Республикаси ССВ РИДВвКИАТМ Илмий кенгашининг 24.04.2025 йилдаги 4-сонли баённомасидан кўчирма

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматолог шифокорлар; дерматокосметологлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатр шифокорлар;
4. Шифокор-лаборантлар;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6. Клиник фармакологлар;
7. Тиббиёт олий таълим муассасаларининг талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, докторантлари, ўқитувчилари;
8. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва парвариш қилувчи шахслар.

Мазкур баённома Дюринг герпетиформ дерматитини ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини ҳамма жойда соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси: Дюринг герпетиформ дерматити билан касалланган беморлар текширувдан ўтказилиши лозим.

Далиллар даражаси шкаласи, далилларга асосланган тиббиёт бўйича. Ташхислаш усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

ДИД	Изоҳ
1.	Референс усули билан назорат қилинадиган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2.	Референс усули билан назорат қилинадиган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
3.	Референс усули билан кетма-кет назорат қилинмаган тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулга боғлиқ бўлмаган референс усул билан тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4.	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5.	Фақат ҳаракат механизмининг асосланиши ёки экспертларнинг фикри мавжуд

Профилактик, даволаш, реабилитация аралашувлари учун далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

ДИД	Изоҳ
1.	Мета-таҳлил ёрдамида РКИни тизимли кўриб чиқиш

2.	Ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг алоҳида РКИ ва тизимли шарҳлари, мета-таҳлилдан фойдаланган ҳолдаги РКИ бундан мустасно
3.	Рандомизация қилинмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари
4.	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар сериясининг тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5.	Фақатгина аралашувнинг таъсир механизмини асослаш (клиникагача бўлган тадқиқотлар) ёки экспертлар фикри мавжуд

Профилактика, Ташхислаш, даволаш, реабилитация аралашувлари учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

ТИД	**Изоҳ**
A.	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B.	Шартли тавсия (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C.	Заиф тавсия (тегишли сифатга оид далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқилаётган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

Мундарижа

“ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТИТИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ....."4

“ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТИТИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ....."32

“ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТИТИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....36

Қисқартмалар рўйхати

ГДД	герпетиформ дерматит
ПИФ	бевосита иммунофлюоресценция
ИФА	иммунофермент таҳлил
ГКС	глюкокортикостероидлар
РКИ	рандомизацияланган назорат қилинадиган тадқиқот
БТЁ	бирламчи тиббий ёрдам
IG	Иммуноглобулин
В/И	вена ичига
М/И	мушак ичига
ГР	грамм
МГ	миллиграмм
МЛ	миллилитр
Р-Р	эритма
ТАБ	таблетка

1.Асосий қисм.

1.1. Кириш

Герпетиформ дерматит (ГД) - кам учрайдиган, кўпроқ Шимолий Европа аҳолисида учрайдиган дерматоз. Шимолий Европада ўтказилган эпидемиологик тадқиқотлар маълумотларига кўра, турли мамлакатларда ГД билан касалланиш йилига 100 000 аҳолига 0,4 дан 3,5 ҳолатгача, тарқалиши эса 100 000 аҳолига 1,2 дан 75,3 ҳолатгача ўзгариб туради.

Одатда касаллик 30-40 ёшда бошланади, аммо болалик ва кексалик даврида ривожланиши мумкин. Эркаклар аёлларга қараганда кўпроқ касалланади; эркаклар ва аёллар касалланишининг нисбати 1,1:1 дан 1,9:1 гача ўзгариб туради.

1.2 Таъриф

Дюринг герпетиформ дерматити (Dermatitis herpetiformis Duhring; Дюринг касаллиги) – глютенли энтеропатия билан боғлиқ бўлган терининг яллиғланиш касаллиги бўлиб, чин полиморф қичишадиган тошмалар, сурункали қайталанувчи кечиш, дерма сўрғичларида IgA’нинг грануляр чўкиши билан тавсифланади.

1.3 Таснифлаш

Тошманинг устунлик қилувчи турига қараб, ДГДнинг бир қатор клиник шакллари ажратилади:

- буллёз;
- герпесга ўхшаш;
- қаварчиқсимон;
- трихофитоид;
- строфулёз;
- экзематоид.

Эслатма: агар герпетиформ дерматит канцероген ўсмалар таъсири остида ривожланса, у кўпинча параонкологик дерматоз деб аталади.

1.4 Касалликнинг клиник кўриниши

Дюрингнинг герпетиформ дерматити ҳар қандай ёшда пайдо бўлиши мумкин. Асосий клиник кўриниши терида везикулёз, папулёз, қаврчиқсимон ва буллёз тошмалар кўринишидаги полиморф тошмалар мавжудлиги ҳисобланади.

Кечиши сурункали, узоқ давом этади, даврий бўлиб, ўз-ўзидан тузалиб кетиши мумкин. Касалликнинг кучайиши одатда психоэмоционал омилларнинг таъсири, парҳезнинг бузилиши, қуёш нурланиши билан боғлиқ. Пуфакчалар ҳар хил катталикда бўлиши мумкин, одатда зич қопламали, дастлаб сероз таркибли бўлади. Улар шишган гиперемияланган асосда пайдо бўлади, учуқсимон жойлашади, гирлянда шаклидаги ўчоқларни ҳосил қилади. Никольский симптоми манфий. Шиллиқ пардалар камдан-кам зарарланади. Тошмалар пайдо бўлишидан олдин беморлар санчиш, ачишиш ва айниқса кўпинча терининг қичиши кўринишидаги турли хил ҳис-туйғуларни бошдан кечирадилар. Ёрилиб кетган пуфаклар ўрнида пайдо бўлган эрозияларнинг тез битиб кетиши характерли белги бўлиб хизмат қилади. Эрозиялар ўрнида қатқалоқлар пайдо бўлиб, улар йўқолиб кетганидан кейин гиперпигментация ўчоқлари қолади. Тери жараёни тарқалувчи табиатли бўлиши мумкин; кекса ёшдаги беморларда интеркуррент касалликлар қўшилиши ва ўлим юз бериши мумкин.

Касаллик бир неча ҳафтадан бир неча йилгача давом этадиган, дори-дармонлар ёки ўз-ўзидан тўлиқ ремиссиялар даврлари ва қайталанишларнинг алмашинуви билан сурункали қайталанувчи кечиши билан тавсифланади.

Беморларнинг 10-25 фоизида ўз-ўзидан ремиссиялар кузатилиши мумкин. ДГДга тошмаларнинг полиморфизми, гуруҳланиши ва симметриклиги хосдир. Тошмалар асосан қўл-оёқларнинг ёзилувчи юзаларида, бошнинг сочли қисмида, елкаларда, тиззаларда, тирсакларда, думғазада, думбаларда жойлашади ва қичишиш билан кечади. Тошма ҳар хил катталикдаги доғлар, қаварикlар, папулалар ва пуфакчалардан иборат бўлади. Пуфакчалар таранглашган, зич қопламали, ичи тиниқ ёки лойқа, баъзан геморрагик суюқлик билан тўлган бўлиб, гиперемияланган шишган асосда ҳосил бўлади. Пуфаклар ёрилиб, эрозиялар ҳосил бўлади, улар тез эпителийланади ва гиперпигментация қолади. Баъзан терининг зарарланиши локал характерга эга бўлади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг шикастланиши камдан-кам ҳолларда кузатилади. Беморларнинг умумий аҳволи қониқарли.

2. Ташхислаш усуллари, ёндашувлари ва муолажалари.

2.1. Ташхислаш мезонлари

https://search.medscape.com/search/?q=%22dermatitis%20herpetiformis%20Duhring%22&

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493163/#:~:text=The%20differential%20diagnosis%20of%20dermatitis,Eczema

Ташхислаш/ҳолатни аниқлаш мезонлари: ДГДни ташхислаш характерли шикоятлар, клиник кўринишлар ва ташхиснинг лаборатория тасдиғига асосланади.

1) Шикоятлар ва анамнез:

Шикоятлар:

- тери тошмалари;
- турли интенсивликдаги қичишиш (кучли, ўртача);
- ачишиш.

Анамнез:
- оиланинг ўтмишдаги ва ҳозирги даврдаги тери касалликлари;
- касалликнинг бошланиши ва унинг кечиши (давомийлиги, хуружлар сони);
- илгари ўтказилган терапиянинг самарадорлиги;
- бошқа омиллар.

2) Физикал текширув:

ДГД шиш-эливир (кўтарилиб турувчи) фонда жойлашган гуруҳланган пуфакчалар, пуфаклар ва папулалар кўринишидаги кенг тарқалган полиморф тошмалар билан тавсифланади. Пуфакчалар ва пуфаклар қалин қопламали, сероз ёки сероз-геморрагик таркибли, иккиламчи инфекция қўшилганда лойқа ёки йирингли таркибли. Тошмалар ранги пушти-қизил, ўчоқлар чегараси – фестонли, периферик ўсиш йўқ. Пуфакчалар ва пуфакчалар 3-4 кундан кейин очилиб, эрозиялар ҳосил бўлади (периферик ўсишсиз), уларнинг юзасида қонли қобиқлар ҳосил бўлади, улар кўчиб тушгандан сўнг пигментация ёки депигментация, баъзан атрофик чандиқлар ҳосил бўлади.

Жойлашуви – елка камари, қўл ва оёқлар, айниқса тирсак ва тиззалар, думба, бел соҳаси, юз, камроқ – бошнинг сочли қисми. Шиллиқ қаватлар жуда кам ҳолларда зарарланади, кафт ва товонлар зарарланмайди.

Субъектив – кучли қичишиш, ачишиш. Қичима тошмалардан олдин келиши мумкин.

Уйқусизлик, ҳолсизлик, ҳарорат кўтарилиши мумкин. Полифекалия бўлиши мумкин, суюқ ахлат кулранг тусда бўлади.

Пуфакчалар таркибида ва периферик қонда эозинофилия аниқланади. Никольский симптоми манфий. Тцанк ҳужайралари топилмайди.

Умумий ҳолат:
- терининг умумий хусусиятларини кўрикдан ўтказиш ва баҳолаш;
- бодомча безлари, қулоқ супраси, бурун, кўзларни кўрикдан ўтказиш;
- периферик лимфа тугунлари, ўпка, қон айланиш тизими, овқат ҳазм қилиш тизими, буйраклар, жигар ҳолатини баҳолаш (пальпация, перкуссия ва аускультация).

Локал ҳолат:
- тери зарарланишининг табиати (морфологияси – экссудатив, тери жараёнининг кечиши бўйича – сурункали);
- жойлашуви;
- тошма элементлари (эритема, папула, қаварикlаар, пуфакчалар);
- дермографизм.

Асосий субъектив ва объектив симптомлар:
- сурункали, қайталанувчи кечиши;
- тошмалар полиморфизми (доғлар, қаварикlар, папулалар, пуфакчалар);
- гуруҳланишга мойиллик;
- тошмаларнинг симметриклиги;

- асосан қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзалари, бошнинг сочли қисми, тизза ва тирсаклар, думғаза ва думбаларнинг шикастланиши;
- тошманинг ўзига хос бирламчи морфологик элементи – бу турли ўлчамдаги, одатда зич қопламали, сероз ёки хира, баъзан геморрагик таркибли пуфак бўлиб, у шишли гиперемик фонда пайдо бўлади. Ёрилганидан кейин эрозия ҳосил бўлиб, у тез эпителийланади ва гиперпигментация қолади;
- манфий Никольский белгиси.

3. Лаборатория текширувлари

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4435051/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis
https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693042/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis

- Цитологик текширув: эозинофилия пуфакчалари таркибидаги эозинофиллар миқдорини аниқлаш (30-50%);
- Тери биоптатини гистологик текшириш (бўшлиқ – пуфакни ўз ичига олган янги шикастланиш ўчоғидан олинган): бўшлиқнинг субэпидермал жойлашувини аниқлаш ва унда тери биоптатидаги фибрин, нейтрофил ва эозинофил лейкоцитлар миқдорини аниқлаш;
- ПИФ: тери биоптатида дерманинг сўрғичсимон қаватида А синф иммуноглобулиннинг донадор чўкмаларини аниқлаш;

Изоҳ: *бемор терисининг клиник жиҳатдан зарарланмаган (кўринишидан соғлом) қисмидан ёки терининг зарарланган қисмидан тахминан 1 см масофада олинган иммунофлюоресцент усуллардан фойдаланган ҳолда тери биопсия материалини патологоанатомик текшириш [13-18].*

- ИФА: қон зардобида тўқима трансглютаминазасига IgA-антитаначалар ва эндомизияга IgA-антитаначалар миқдорини аниқлаш.
- Баъзи ҳолларда целиакия билан боғлиқ HLA генлари (DQ2 ва ДҚ8) мавжудлиги учун генетик тест ўтказилиши мумкин
- Ядассон синамасини (йодга юқори сезувчанлик) 2 вариантда ўтказиш: 50% ли калий йодид малҳами билан тери синамаси ёки 5% ли калий йодид эритмасини ичиш. Намунани 24 соатдан кейин ҳисобга олиш. Синама эски ўчоқлар зўрайганда ёки янгилари пайдо бўлганда мусбат ҳисобланади.
- Умумий қон таҳлили.
- Захмга скрининг (саралаш) тестлари: РМП (RPR, КСР)
- Умумий сийдик таҳлили.
- Умумий ахлат таҳлили.
- Қоннинг биокимёвий таҳлили
- Захмни тасдиқловчи тестлар
- ОИВга ИФА
- С-реактив оқсил учун ИФА
- Т-цанк ҳужайраларидаги суртма-тамғалар манфий.
- Иммунологик тадқиқотлар
- Микробиологик тадқиқотлар
- Қалқонсимон без гормонларини текшириш

4. Инструментал тадқиқотлар:

- Дерматоскопия
- Дерматознинг паранеопластик генезини истисно қилиш учун текширув (ички аъзоларнинг ультратовуш текшируви, ўпка, ичак рентгенографияси).
- Аутоиммун генезни истисно қилиш (қалқонсимон без УТТ).

5. Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693042/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis

С 5.	• Беморларга гормонал терапияни тайинлашда ва уни ўтказиш жараёнида терапияни тайинлашга қарши кўрсатмаларни истисно қилиш учун терапевт, фтизиатр шифокорларининг маслаҳатлари тавсия этилади. • Психотерапевт ва невролог маслаҳати – тушкун кайфият, дисморфофобия мавжуд бўлганда. • Физиотерапевтик муолажаларни қўллашга қарши кўрсатмаларни истисно қилиш мақсадида гинеколог, офтальмолог, эндокринолог маслаҳати. • Герпетик дерматит билан боғлиқ қалқонсимон безнинг аутоиммун касалликлари белгилари мавжуд бўлганда эндокринолог маслаҳати. • Болалар ва ўсмирлар учун педиатр маслаҳати. • Шифокор-диетолог маслаҳати – глютен таркибли маҳсулотларни истисно қилган ҳолда парҳезни тузатиш зарур бўлганда [18].

Дифференциал ташхис:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122924/#:~:text=Common%20conditions%20on%20the%20differential,a%20biopsy%20may%20be%20helpful.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693042/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis

Ташхис	*Дифференциал ташхис учун асос*
ДГД	- кучли қичишиш; - полиморф тошма (доғлар; қаварик, папулалар, пуфакчалар); - гуруҳланишга мойиллик; - тошмаларнинг симметриклиги; - асосан қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзалари, бошнинг сочли қисми, тизза ва тирсаклар, думғаза ва думбаларнинг шикастланиши; - ўзига хос морфологик элемент – бу турли ўлчамдаги, одатда зич қопқоқли, сероз ёки хира, баъзан геморрагик таркибли пуфакчалар; - эрозия тез эпителизацияланади, гиперпигментация қолади; Никольский

	симптоми манфий. ПИФ: тери биоптатида дерманинг сўрғичсимон қаватида А синф иммуноглобулиннинг донадор тўпламларини аниқлаш
Оддий пўрсилдоқ яра	- мономорф тошма; - ўзига хос Морфологик элемент – бу юпқа бўшашган қопқоқли интраэпителиал пуфакчалар бўлиб, улар тезда ёрилади, - биринчи тошмалар кўпинча оғиз бўшлиғи, бурун, ҳалқум шиллиқ қаватларида ва/ёки қизил ҳошия гуруҳларида пайдо бўлади; - овқатланганда ва гапирганда, сўлак ютганда оғриқ. Характерли белгилари – гиперсаливация ва оғиздан ўзига хос ҳид келиши; - пуфакчалар ва эрозиялар қўшилишга ва периферик ўсишга мойил; - Никольский белгиси мусбат; - суртмаларда, изларда акантолитик ҳужайралар аниқланади. ПИФ: тиканаксимон қаватнинг ҳужайралараро моддасида IgG нурланиши
Левер пуфакчали пемфигоиди	- интенсив қичишишнинг йўқлиги; - субэпидермал пуфакчалар – зич қопламали қаттиқ; - гуруҳланишга мойиллик йўқ; - кўпинча бурмалар соҳасида жойлашади; - ПИФ усули – базал мембрана соҳасида IgG тўпланиши
Кўп шаклли экссудатив эритема	- шиллиқ пардаларда пуфакчалар ҳосил бўлади, улар оғриқли эрозиялар ҳосил бўлиши билан очилади; - доғлар ва/ёки шишли папулалар перифериясиқ бўйлаб шишли валик ҳосил бўлади, элемент маркази эса аста-секин чўкиб, цианотик тусга киради (“нишон”, ёки “камалак парда”, ёки “буқа кўзи” симптоми); тошмалар бир-бирига қўшилиб, гирляндалар, ёйлар ҳосил қилишга мойил; - тошма пайдо бўлиши умумий аҳволнинг

	ёмонлашиши: ҳолсизлик, бош оғриғи, иситма кўтарилиши билан кечади.
Субкорнеал пустулёз дерматоз	- юзаки пустулалар - бўшашган қопламали фликтенлар; - гистологик жиҳатдан пуфакчалар бевосита шох қават остида аниқланади.

Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва номедикаментоз терапия, парҳез терапияси, оғриқсизлантириш, тиббий кўрсатмалар ва даволаш усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар

https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2023/17540
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693042/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis

4.1 Амбулатор ва стационар даволаш тактикаси:

Номедикаментоз даволаш:

- Аутоиммун реакциялар ривожланишини келтириб чиқарадиган антиген билан алоқани тўхтатиш мақсадида глютенсиз парҳез: буғдой, жавдар, сули, арпа, тариқ ва бошқа бошоқли ўсимликлар, йодга бой денгиз маҳсулотларини чиқариб ташлаш, шунингдек, ош тузи истеъмолини чеклаш;
- йод сақловчи (галоген сақловчи) дори воситаларини қабул қилишдан бош тортиш.

Физиотерапевтик муолажалар:

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22264139/

LLLT паст даражали фототерапия	Тўлқин узунлиги 830, 633, 415 нм'ли лазерлар Бир муолажа учун 10-15 дақиқа
Қутбланган полихроматик нур	Муолажалар интеграл нурланиш фильтридан (480-3400 нм) фойдаланган ҳолда ёки маълум бир рангдаги ёруғлик фильтри (рангли фильтр) ёрдамида амалга оширилди. Битта майдонга таъсир қилиш вақти 2 дақиқадан 6 дақиқагача (ёркин экссудатив жараёнда 2 дақиқа, инфильтрация ва лихенизация жараёнлари устунлигида 6 дақиқа), битта муолажанинг умумий вақти 20 дақиқадан ошмади. Ранг филтрларидан фойдаланилганда, битта майдонга таъсир қилиш вақти 2 дақиқагача қисқартирилди ва битта муолажанинг давомийлиги 10 дақиқадан ошмади. Даволаш

	курси ҳар куни ўтказиладиган 10 та муолажани ташкил этди. Терапия самарадорлиги дерматологик статус индекси ва ҳаёт сифати индекси ёрдамида баҳоланди.

Медикаментоз даволаш.

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

1-жадвал

Асосий дори воситалари рўйхати (ишлатилиш эҳтимоли 100%)

Дори гуруҳи	Дори воситалари	Кўрсатмалар	Далиллилик даражаси
Тизимли ГКСлар	Преднизолон 5 мг (табл.), 30 мг (амп)	Суткалик дозаси 0,5-1,0 мг/кг/сут. Клиник яхшиланиш (регресс) га эришилгандан сўнг, препарат дозаси камайтирилади.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment?form=fpf
	Дексаметазон 5, 4, 1,5 мг (табл.), 4 мг (амп)	Суткалик дозаси 0,02-0,3 мг/кг/сут. Доза клиник яхшиланиш (регресс) га эришилгандан сўнг, препарат вена ичи ёки мушак ичи буюрилади.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment?form=fpf
	Метилпреднизолон 4, 16 мг (табл.), 4 мг (амп)	Суткалик дозаси 16-95 мг/кг/сут. Ижобий клиник натижага эришилгандан сўнг, препаратни аста-секин тўхтатиш бошланади. Болаларга пастроқ дозаларда (лекин кунига 0,5 мг/кг'дан кам бўлмаган) буюриш керак.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-medication
	Бетаметазон	ҳар 2-4 ҳафтада 1,0 мл'дан 2,0 мл'гача миқдорда м/и юборилади.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-medication
	Триамциналон	ҳар 2 ҳафтада 1,0 мл дозада в/и юборилади.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-medication

Таркибида калий ва кальций бўлган препаратлар	Таблеткалар, вена ичига юбориш учун эритма; Инфузия учун эритма: калий аспарагинати ва магний аспарагинати	Ичга ва в/и'га қўлланилади (оқим билан секин ёки в/и'га томчилаб). Дозаси ва қўллаш схемаси кўрсатмаларга, клиник вазиятга ва дори шаклига қараб индивидуал равишда белгиланади.	**C** **https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment?form=fpf**
Сулфонли (лепрага қарши) препарат	Дапсон 50 мг (табл.)	Суткалик доза 50-100 мг/суткасига 2 марта 5-6 кунлик цикллар билан 1 кунлик танаффус билан, курс – 3-5 цикл ва ундан кўп. Максимал суткалик дозаси 300 мг'гача. Касалликнинг клиник кўринишлари йўқолганидан сўнг – ушлаб турувчи дозада – кунора 50 мг ёки ҳафтасига 1-2 марта. Болаларга – бошланғич дозада 2 мг/кг/сут, зарур бўлганда доза оширилади, сўнгра иложи борича тезроқ энг паст самарали қўллаб-қувватловчи дозагача камайтирилади.	B https://www.rlsnet.ru/active-substance/dapson-1306
	Сулфасалазин - 500 мг (табл.)	6 ёшдан катта болаларга кунига 40-150 мг/кг тана вазнига қўллаш тавсия этилган.	B https://www.rlsnet.ru/active-substance/dapson-1306
	Сулфапиридин 250, 500 мг (табл.)	Катталар, 0,25 - 1 г'дан кунига 4 марта ичилади, яхшилангандан сўнг доза аста-секин минимал самарали даражагача камайтирилади. Максимал дозаси 6 г/сут.	B https://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr1323.htm
Ташқи терапия			
Пасталар	Рухли паста (туба)	Сиртга қўллаш учун, кунига 1-3 марта	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
Гормонал мазь ва кремлар (гуруҳдан битта	Клобетазол пропионат 0,05% (туба)	Кунига 1 марта, сиртга қўллаш учун (кучли IV)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=

препарат танланади)			Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Бетаметазон валерианати - 0,1% (туба)	Кунига 1-2 марта, сиртга қўллаш учун (кучли III)	С https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Метилпреднизолон ацепонат - 0,05% (туба)	Кунига 1-2 марта, сиртга қўллаш учун (кучли III)	С https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Мометазон фуроат 0,1% (туба)	Кунига 1-2 марта, сиртга қўллаш учун (кучли III)	С https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Бетаметазон дипропионат - 0,05% (туба)	Кунига 1-2 марта, сиртга қўллаш учун (кучли III)	С https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Триамцинолон атсетонид - 0,1% (туба)	Кунига 1-2 марта, сиртга қўллаш учун (кучли III)	С https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20

			exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Преднизолон - 0,25/0,5% (туба)	Сиртга қўллаш учун, кунига 1-2 марта (кучсиз I)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Гидрокортизон - 17 бутират - 0,1% (туба)	Сиртга қўллаш учун, кунига 1-2 марта (кучсиз I)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Гидрокортизон ацетат - 0,1, 0,25, 1,0, 5,0% (туба)	Сиртга қўллаш учун, кунига 1-2 марта (кучсиз I)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.

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

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

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 имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади.

*** - ЎзРда рўйхатдан ўтказилган кундан бошлаб қўлланилади**

2-жадвал

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

Дори гуруҳи	Дори воситалари	Кўрсатмалар	Далиллилик даражаси
Тизимли терапия			
Антигистамин препаратлар (гуруҳдаги препаратлардан бири танланади)	Цетиризин - 10 мг (таб)	Кунига 1 марта 10-15 кун	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
	Хлоропирамин - 25 мг (таб)	кунига 2 марта 10-15 кун	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
	Дифенгидрамин - 1% эритма (амп)	кунига 2 марта 10-15 кун	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
	Лоратадин - 10 мг (таб)	Кунига 1 марта 10-15 кун	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
	Дезлоратадин - 5 мг (таб)	Кунига 1 марта 10-15 кун	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
Дезинтоксикацион дори воситаси	натрий лактат, сорбит, натрий хлорид, калий хлорид, кальций хлорид, магний хлорид 100 мл, 200 мл, 250 мл, 400 мл ва 500 мл	6 ёшгача бўлган болаларга препарат касалликнинг оғирлик даражасига қараб тана вазнига 10 мл/кг дозада, 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга касалликнинг оғирлик даражасига қараб буюрилади. 12 ёшдан катталарга препаратнинг бир хил дозаси юборилади.	**C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment?form=fpf**
Гепатопротекторлар	Адеметионин	Тавсия этиладиган доза 1 кг тана вазнига суткасига 10-25 мг адеметионинни ташкил этади.	C https://www.rodv.ru/upload

		Одатда суткалик доза суткасига 1-2 таблетка (суткасига 400-800 мг адеметиониндан) бўлиб, суткасига 4 таблеткагача (суткасига 1600 мг адеметионингача) оширилиши мумкин. Таъсири одатда даволашнинг 7-14 кунида намоён бўлади ва препаратни кейинги қўллашда ҳам сақланиб қолади.	/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	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. Ичга қўллаш учун. 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.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Оксиматрин	м/и 600 мг'дан, 600 мг'дан кунига бир марта в/и, 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмаси ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида суюлтирилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчидан, кунига бир марта юборилади. Ичишга 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига 3 маҳал. Зарур бўлганда кунлик дозани 3 капсуладан кунига 3 маҳалгача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматрингa тенг).	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Антраль	кунига 3 марта овқатдан кейин ичилади, катталар ва 10 ёшдан катта болаларга - ҳар бир қабул учун 200 мг'дан 4-10 ёшли болаларга - ҳар бир қабул учун 100 мг'дан	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
Витаминлар	Цианокобаламин (В12 витамини)	м/и ёки в/и 1 мг'дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/и ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан ойига 1 мартагача.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a

			9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Пиридоксин гидрохлорид (Б6 витамини)	м/и, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига тана вазнига 1-2 мг/кг ҳисобидан тайинлайди. Даволаш курси – 2 ҳафта.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Рибофлавин мононуклеотиди (В2 витамини)	Ичга қабул учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой. М/и: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Тиамин гидрохлорид (В1 витамини)	м/и (чуқур) Препаратни юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% эритма) ва фақат яхши кўтара олганда юқори дозаларга ўтиш мумкин. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритма) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади. Даволаш курси 10-30 инъекция.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Альфа-липой кислотаси	Катталар учун в/и томчилатиб юбориш орқали кунига 600 мг дозада камида 30 дақиқа давомида. Катталар ва 14 ёшдан ошган болаларга 1 капсуладан кунига 1 маҳал овқатдан олдин ичилади. Қабул давомийлиги - камида 1 ой	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Альфа токоферол ацетат	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади (қабул қилиш давомийлиги - 20-40 кун)	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f

			6f9f6543cd5827714.docx
	А+ Е витамини	овқатдан кейин ичиш учун 100 мг Е витамини + кунига 100 000 МЕ А витамини дозасида (қабул қилиш давомийлиги - 20-40 кун)	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Аскорбин кислотаси (С витамини)	ичга, мушак ичига, вена ичига 250-1000 мг/сут	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
Анаболик стероидлар	Инъекция учун силаболиннинг мойдаги эритмаси Инъекция учун мойли эритма 25 мг/1 мл: амп.	М/и, мойли эритмада. Бир марталик дозаси - 25-50 мг (1 мл 2,5-5% ли эритма). Умумий доза беморнинг тана вазнини ҳисобга олган ҳолда ҳисобланади: катталар учун - 1-1,5 мг/кг/ой, болалар учун - 1 мг/кг/ой'дан ошмаслиги керак. Бир ойлик дозаси тенг қисмларга бўлиб 2-4 марта, 7-14 кундан кейин юборилади. Даволаш 1-2 ой давомида ўтказилади, кейинчалик 1 ой давомида танаффус қилинади. Кўрсатмалар бўлса, даволаш курслари такрорланади.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4706909/
	Нандролон Мушак ичига юбориш учун мўлжалланган мойли эритма 50 мг/1 мл: амп.	Препарат м/и чуқур юборилади. Препарат дозаси индивидуал равишда белгиланади. Катталар учун ўртача бир марталик доза ҳар 3-4 ҳафтада 25-50 мг'ни ташкил қилади. Оғир буйрак етишмовчилигида, шу жумладан уремия билан, доза ҳафтасига 50 мг'ни ташкил қилади. Болаларга Ретаболил ҳар 3-4 ҳафтада тана вазнига 400 мкг/кг дозада буюрилади.	С https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4706909/
Биологик препаратлар	Ритуксимаб	375мг/м2 1 марта	С

		Ҳафта № 4 хафта	https://www.bsmu.by/upload/iblock/374/ol1te4dk2oo1e3bpyu6lcyoui5ydmu2k/2016052312480 79.pdf
Иммуноглобулин	Октагам 100mg/мл 10% 100 мл	Октагам (ИВИг 2г/кг) 150 г (4, 8, 12, 16, 20, 24 ҳафта ва кейинчалик 8 ой давомида ойига 1 марта)	С https://www.dermatology.ru/translation/diagnostika-i-lechenie-gerpetiformnogo-dermatita
Анксиолитик ва тинчлантирувчи восита	Гидроксизин	25 мг таблеткалар. Бошланғич дозаси 25 мг, зарурат туғилганда доза 4 марта (25 мг'дан суткасига 4 марта) оширилиши мумкин.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Валериана экстракти	Ичга. Катталар ва 12 ёшдан катта болалар - 1-2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин ичилади. Даволаш давомийлиги 2-4 ҳафта. Шифокор кўрсатмаси билан такрорий даволаш курсларини ўтказиш мумкин.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Адонис-бром	Ичга, 1 таб. Овқатдан кейин кунига 3 марта. Даволаш курси - 25-30 кун. Такрорий курсларни ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги шифокор томонидан белгиланади.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx

Асоратланган ДГДни даволаш

Асосий дори воситалари рўйхати (ишлатилиш эҳтимоли 100% дан кам):

3-жадвал

Фармакотерапевтик гуруҳ	**ДВ ХПН**	**Қўллаш усули**	**Далилланганлик даражаси**

Иккиламчи инфекция билан асоратланган ДГДни даволаш учун дерматологияда қўлланиладиган антибиотиклар ва микробларга қарши воситалар тавсия этилади:	фузид кислотаси, 2% сиртга қўллаш учун крем ёки 2% сиртга қўллаш учун мазь	инфекцияланган ўчоқларга 7-14 кун давомида кунига 3 марта суртиш	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Бетаметазон дипропионат (1 мг) + гентамицин сульфат (1 мг) + клотримазол (10 мг) (туба)	кунига 1-2 марта ташқи	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Гидрокортизон (1 мг) + атамицин 10 (мг) + неомицин (3500 ЕД) (туба)	кунига 1-2 марта ташқи	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Бетаметазон (1 мг) + гентамицин (1 мг) (туба)	кунига 1-2 марта ташқи	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	бацитрацин + неомицин 250 МЕ/г + 5000 МЕ/мг	инфекцияланган ўчоқларга 7-14 кун давомида суткасига 2-3 марта суртиш.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.

	Мупироцин 2% сиртга қўллаш учун малҳам	зарарланган ўчоқларга кунига 2-3 марта, кўпи билан 10 кун давомида суртилиши керак.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	эритромицин сиртга қўллаш учун малҳам (10000 МЕ/г)	инфекцияланган ўчоқларга суткасига 2-3 марта 7-14 кун давомида суртиш	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	кумуш сулфатиазол креми	сиртга қўллаш учун 2% инфекцияланган ўчоқларга кунига 2-3 марта 7-14 кун давомида суртиш керак.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	гидрокортизон + окситетрациклин мазь, аэрозоль	инфекцияланган ўчоқларга кунига 1-3 марта 7 кун давомида ташқи	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	тетрациклин + триамцинолон аэрозоли	сиртга қўллаш учун - инфекцияланган ўчоқларни аэрозоль оқими билан кунига 1-3 марта, баллонни вертикал ҳолатда, теридан 15-20 см	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.

		масофада ушлаб, 7-10 кун давомида сепиш керак.	
	бетаметазон + гентамицин + клотримазол креми	сиртга қўллаш учун, сиртга қўллаш учун мазь инфекцияланган зарарланиш ўчоқларига суткасига 2 марта, катталар ва 2 ёш ва ундан катта болаларга 7-14 кун давомида.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	бацитрацин + неомицин 250 МЕ/г + 5000 МЕ/мг	инфекцияланган ўчоқларга 7-14 кун давомида суткасига 2-3 марта суртиш.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
Тери нуқсонлари (ёриқлар, экскориациялар) бўлган беморларга экскориациялар ва ёриқлар жойларида иккиламчи инфекцияни бартараф этиш мақсадида, айниқса болаларда, антисептиклар ва дезинфекцияловчи воситалар ёки бошқа даволаш воситалари тавсия этилади.	борат кислота + резорсин + фенол + фуксин эритмаси ёки тампон	шиша таёқча ёрдамида терининг зарарланган жойларига сиртга суртиш учун кунига 2-4 марта. Суюқлик қуригач, ишлов берилган жойга мазь ва пасталар суртиш мумкин.	(C) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend
	метилтиониний хлорид 1% ли эритма.	маҳаллий ва сиртга қўллаш учун, [сувли], катталар ва болаларга туғилган пайтдан бошлаб эритма тампон ёки шиша таёқча ёрдамида кунига 2-3 марта ёрдамида зарарланган жойларга суртилади.	(C) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend/atopic_dermatitis

Қайталанувчи ёки тарқалган бактериал инфекцияни даволаш учун тизимли таъсирга эга антибактериал препаратлар тавсия этилади:	амоксициллин + клавулан кислотаси	катталар ва 12 ёшдан катта болаларга (массаси 40 кг ва ундан ортиқ) плёнка қобиқ билан қопланган таблеткалар, 250 мг + 125 мг 1 таблеткадан кунига 3 марта ёки 875 мг + 125 мг - 1 таблеткадан кунига 2 марта 5-14 кун давомида ёки катталар ва 12 ёшдан катта болаларга (массаси 40 кг ва ундан ортиқ) бижилловчи таблеткалар - 500/125 мг'дан кунига 3 марта 5-14 кун давомида, 2 ёшдан 12 ёшгача бўлган ёки тана массаси 40 кг'дан кам бўлган болаларга - 125/31,25 мг ёки 250/62,5 мг'дан кунига 2400/600 мг дан ошмайдиган дозаларда, 3 қабулда 5-14 кун давомида.	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/
	Цефуроксим - 250 мг'дан	катталар ва 3 ёш ва ундан катта болаларга 5-10 кун давомида кунига 2 марта оғиз орқали	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/
	цефтриаксон – 1-2 г'дан	Суткасига, мушак ичига ёки вена ичига 12 ёшдан катта болаларга (иложи борича 2 марта ҳар 12 соатда юбориш билан), 2 ҳафтагача бўлган	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/

		янги туғилган чақалоқларга - 20-50 мг/кг/сутка, 3 ҳафтадан 12 ёшгача бўлган болаларга - 20-80 мг/кг/сутка 2 та инъекцияда	
	Ацикловир, 200 мг таблеткалар	катталар ва 3 ёшдан катта болаларга суткасига 5 марта ичирилади. Даволаш курси 5 кун, аммо оғир инфекцияларда узайтирилиши мумкин.	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/
	флуконазол 50 мг/100 мг кунига 1 марта беморнинг ёшини ҳисобга олган ҳолда	болаларга 50 мг’дан кунига 1 маҳал овқатдан кейин 4-7 кун давомида; катталарга 100 мг’дан кунига 1 маҳал овқатдан кейин 7-14 кун давомида	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/
Антисептик восита	Борат кислотаси 1-3%	Касаллик белгилари йўқолгунча кунига 2-3 марта.	(C) https://www.rmj.ru/articles/khirurgiya/Mestnye_antiseptiki_v_xirurgicheskoy_praktike/#
	Метилен кўкнинг сувли эритмаси 1% 25мл	Касаллик белгилари йўқолгунча кунига 2-3 марта.	(C) https://www.rmj.ru/articles/khirurgiya/Mestnye_antiseptiki_v_xirurgicheskoy_praktike/#
ДГД билан оғриган беморларда эндоген интоксикация ривожланганда энтеросорбентлар, иммуносорбентлар тавсия этилади	гидролизли лигнин + лактулоза таблеткалар	ичга кунига 3 марта 3 ёшдан 5 ёшгача бўлган болаларга 1 табл. кунига 3 маҳал; 2 ёшдан 3 ёшгача бўлган болаларга эса 1\2 табл. кунига 3 маҳал. Қабул	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/

		қилиш курси давомийлиги - 2 ҳафта.	
	фаоллашган глауконит 300 мг ичиш учун	Катталарга 1 капсуладан кунига 3 марта овқат пайтида (кунига 1,8 г). Капсула хона ҳароратидаги сув билан ичилади. Қабул давомийлиги 30 кун. 8 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга препарат 1 капсуладан кунига 1 маҳал, 13 ёшдан 18 ёшгача бўлган болаларга 1 капсуладан кунига 2 маҳал 7-10 кун давомида овқатдан 30 дақиқа олдин ёки овқатдан 1 соат кейин буюрилади. Ўткир касалликларда даволаш курси 5 кун, аллергия ва сурункали касалликларда 10 кунгача давом этади. Такрорий курс – шифокор тавсиясига кўра 2 ҳафтадан сўнг.	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/

Тизимли таъсир кўрсатувчи антибактериал препаратларни тайинлашдан олдин йирингли ажралмани аэроб ва факультатив-анаэроб микроорганизмларга микробиологик (культурал) текшириш ва қўзғатувчини идентификация қилиш ҳамда терининг тошма элементлари ажралмасини антибактериал ва замбуруғларга қарши препаратларга сезувчанликка микробиологик (культурал) текшириш лозим. Микробиологик текширув натижалари олингунга қадар кўп ҳолларда энг кўп учрайдиган қўзғатувчиларга, биринчи навбатда, S. Aureus’га нисбатан фаол бўлган кенг таъсир доирасига эга антибактериал препаратлар билан даволаш бошланади. Пенициллинларнинг комбинациялари, шу жумладан бета-лактамаза ингибиторлари билан комбинациялар, биринчи ёки иккинчи авлод wефалоспоринлари, макролидлар, катталарда фторхинолонлар юқори самарадорлик билан қўлланилади.

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

Терини намлаш учун препаратлар (эмульсиялар), 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 заруратга кўра қўлланилиши мумкин.
Агар маълум бир гуруҳдаги зарур дори стационарда қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда 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 имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади.
Болаларни сиртқи даволаш учун крем кўринишидаги дори шакллари ва монокомпонентли ташқи воситалар афзалроқдир: дерматологияда қўлланиладиган глюкокортикоидлар, дерматитни даволаш учун препаратлар, кўп компонентли ташқи дори воситалари – антибиотиклар билан биргаликда глюкокортикоидлар ёки бошқа дорилар билан биргаликда глюкокортикоидлар фақат бактериал ва/ёки замбуруғли инфекция клиник ва/ёки лаборатор тасдиқланганда буюрилади. Кўп компонентли ташқи препаратларни асоссиз қўллаш болаларда топик дори воситаси компонентларига қўшимча сенсибилизация ривожланишига олиб келиши мумкин.

Тиббий муассасага ётқизиш учун кўрсатмалар: кундузги ва кечаю кундуз ишлайдиган стационар:
Амбулатория шароитида даволанишнинг самарасизлиги: Агар уйда даволаниш кутилган яхшиланишга олиб келмаса, терапияни тўғрилаш ёки янада батафсил текширув ўтказиш учун касалхонага ётқизиш зарур бўлиши мумкин.
Янги тошмаларнинг пайдо бўлиши: Тўсатдан янги зарарланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши касалликнинг зўрайишини ёки асоратлар ривожланишини кўрсатиши мумкин, бу эса стационар кузатувни талаб қилади.
Иккиламчи инфекция:Агар шикастланиш соҳасида инфекция ривожланса (йирингли ажралмалар, қизариш, ҳарорат кўтарилиши), бу антибактериал терапия ўтказиш учун касалхонага ётқизиш учун кўрсатма ҳисобланади.
Касалликнинг оғир кечиши: Камдан-кам ҳолларда, герпетик дерматитнинг жуда оғир кечишида, тери ва шиллиқ пардаларнинг шикастланишлари жуда кенг ва оғриқли бўлганда, интенсив терапия ўтказиш ва симптомларни енгиллаштириш учун касалхонага ётқизиш талаб қилиниши мумкин.

Чиқариш учун кўрсатмалар:
Янги тошмалар бўлмаслиги: Муайян вақт давомида (масалан, бир неча кун ёки ҳафта) янги қаварикlар, пуфакчалар ёки қичишадиган доғлар пайдо бўлмаслиги керак.
Қичишиш ва яллиғланиш камайтиши: Қичишиш сезиларли даражада камайиши ва тери яллиғланиши пасайиши керак.
Барқарор умумий ҳолат: Бемор ўзини яхши ҳис қилиши, ҳолсизлик ёки бошқа ёндош аломатлар кузатилмаслиги керак.
Даволаш самарадорлиги: Ўтказилаётган терапия (дори-дармон ва/ёки парҳез терапияси) етарлича самара бериши керак ва кейинги даволаш амбулатор шароитда ўтказилиши мумкин.
Шифокор тавсияларини бажариш: Бемор кейинчалик терини парвариш қилиш ва парҳезга (масалан, глютенсиз) риоя қилиш бўйича шифокор тавсияларини бажаришга тайёр бўлиши керак.
Чиқариш тўғрисидаги қарорга таъсир қилувчи қўшимча омиллар:
Асоратлар йўқ: Тошмалар, йирингли асоратлар ва тери билан боғлиқ бошқа муаммоларнинг иккиламчи инфекцияланиши йўқ.
Беморнинг руҳий тайёргарлиги:Бемор ўзини ўзи парвариш қилишга ва шифохонадан ташқарида тавсияларга риоя қилишга тайёр бўлиши керак.

Жарроҳлик аралашуви: йўқ.

“ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТИТИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ - 2025

2.1. Кириш

Герпетиформ дерматит (ГД) – кам учрайдиган, кўпроқ Шимолий Европа аҳолисида учрайдиган дерматоз. Шимолий Европада ўтказилган эпидемиологик тадқиқотлар маълумотларига кўра, турли мамлакатларда ДГД билан касалланиш йилига 100 000 аҳолига 0,4 дан 3,5 ҳолатгача, тарқалиши эса 100 000 аҳолига 1,2 дан 75,3 ҳолатгача ўзгариб туради.

Одатда касаллик 30-40 ёшда бошланади, аммо болалик ва кексалик даврида ривожланиши мумкин. Эркаклар аёлларга қараганда кўпроқ касалланади; эркаклар ва аёллар касалланишининг нисбати 1,1:1 дан 1,9:1 гача ўзгариб туради.

Медикаментоз даволаш.

B	Сулфонли (лепрага қарши) препаратлар **Дапсон - 50 мг (табл.)** 50-100 мг'дан кунига 2 марта 5-6 кунлик цикллар билан 1 кунлик танаффус билан, курс – 3-5 цикл ва ундан кўп. Максимал суткалик дозаси 300 мг'гача. Касалликнинг клиник кўринишлари йўқолганидан сўнг - ушлаб турувчи дозада - кунора 50 мг ёки ҳафтасига 1-2 марта. Болаларга - бошланғич дозада 2 мг/кг/сут, зарур бўлганда доза оширилади, сўнгра иложи борича тезроқ энг паст самарали қўллаб-қувватловчи дозагача камайтирилади. Дапсон билан даволаш, айниқса жигар ва буйрак функциясини синчковлик билан лаборатор назоратни талаб қилади. Ножўя таъсирлар, айниқса гемолиз ривожланиши мумкин. **Эҳтиёт чоралари:** Даволаш беморни доимий кузатув остида амалга оширилади, бу қуйидагиларни ўз ичига олади: қондаги АЛТ ва АСТ фаоллигини аниқлаш (даволашдан олдин ва даврий равишда, прогрессив жигар шикастланиши белгилари пайдо бўлганда даволаш тўхтатилади), қондаги азот, мочевина ва креатинин миқдорини аниқлаш (вақти-вақти билан буйрак фаолияти бузилган беморларни даволаш пайтида дозани камайтириш ёки анурия ривожланганда препаратни бекор қилиш мумкин); тромбоцитлар ва ретикулоцитлар сонини аниқлашни ўз ичига олган клиник қон таҳлилини ўтказиш (даволашдан олдин, ҳар ой 1-3 ой давомида ва кейинчалик ҳар ярим йилда бир марта; лейкоцитлар, тромбоцитлар, гематокритлар сони сезиларли даражада камайганда ёки ретикулоцитлар сони кўпайганда препаратни бекор қилиш ва беморни синчковлик билан кузатиш зарур); қондаги глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа (юқори хавфли беморларда даволашдан олдин) ва қондаги метгемоглобин (цианоз, бош айланиши, чарчоқ, бош оғриғи ёки нафас қисиши бўлган беморларда зарур) фаоллигини аниқлаш. ОИВ инфекцияси билан оғриган беморларда терапиянинг дастлабки 2-3 ҳафтаси давомида клиник қон таҳлиллари ҳар 2-3 кунда ўтказилиши керак. Глюкоза-6-фосфатдегидрогеназа етишмовчилиги бўлган беморларда гемолитик таъсирларнинг кучайиши эҳтимоли туфайли (дозаларни ўзгартириш керак бўлиши мумкин) алоҳида эҳтиёткорлик талаб этилади. Метгемоглобин даражаси 20% га ошганда препарат бекор қилинади, 30% га ошганда (клиник симптомлар мавжудлиги билан биргаликда) - метилен кўкини қўллаш мақсадга мувофиқлиги кўриб чиқилади.
C	Сульфаниламид препаратлар Сульфасалазин - 500 мг (табл.) Перорал кунига 1-2 г дозада Сульфасалазин билан даволашнинг энг кўп учрайдиган ножўя таъсирлари - кўнгил айниши, қусиш ва иштаҳанинг йўқолиши - препаратнинг ичакда эрийдиган шаклларини буюриш орқали олди олинади. Сульфасалазинни дори-дармонлар билан қўллаш бўйича йўриқномада герпетиформ дерматит препаратни қўллаш кўрсатмаларига киритилмаган.
C	Сульфапиридин (ёки вариант сифатида сульфасалазин) дапсонни кўтара олмайдиган

	беморлар учун муқобил ҳисобланади. Катталарга, 0,25 - 1 г'дан кунига 4 марта ичилади, яхшиланган сўнг доза аста-секин минимал самарали даражагача камайтирилади. Максимал дозаси 6 г/сут. Сульфапиридин агранулоцитозга олиб келиши мумкин.

Дапсон ёки сульфапиридин қабул қилаётган беморларда терапия бошида умумий қон таҳлили (ОАК) ўтказилиши керак. Кейинчалик умумий қон таҳлили 4 ҳафта давомида ҳар ҳафта, сўнгра 8 ҳафта давомида ҳар 2-3 ҳафтада, кейин ҳар 12-16 ҳафтада ўтказилади.

Беморларга қатъий глютенсиз парҳез ҳам буюрилади. Дастлабки терапиядан сўнг ва касаллик барқарорлашгандан сўнг, беморларнинг аксарияти дори-дармон терапиясини тўхтатиши ва глютенсиз парҳезга риоя қилиши мумкин, аммо бу бир неча ой ёки йиллар давом этиши мумкин. Глютенсиз парҳез, шунингдек, энтеропатияда яхшиланишни максимал даражага оширади ва унга 5-10 йил давомида қатъий риоя қилинса, лимфома хавфини камайтиради.

ДГДни даволашнинг асосий усули қатъий умрбод парҳез терапияси бўлиб, у ташхис тасдиқлангандан сўнг барча беморлар томонидан бошланиши керак. Диетотерапия буғдой, арпа, жавдар ва ушбу бошоқли ўсимликлар мавжуд бўлган барча маҳсулотлардан доимий воз кечишни англатади. ДДГДа сулининг хавфсизлиги иккита қисқа муддатли тадқиқот ва битта узоқ муддатли кузатув давомида исботланган. Ҳозирги вақтда кўплаб мамлакатларда GFD доирасида сули истеъмолига рухсат берилган. Бироқ сули бошқа бошоқли ўсимликлар таркибидаги глютен излари билан осонгина ифлосланиши мумкин, шунинг учун фақат тоза, ифлосланмаган сулини ишлатишга эътибор бериш керак. Финляндияда 20 йилдан бери ифлосланмаган сули маҳсулотлари мавжуд ва ДГД билан оғриган беморларнинг 82 фоизи мунтазам равишда сули ёрмасини истеъмол қилади. Овқат рационига сулини киритиш кунлик клетчатка истеъмолини оширишга ёрдам беради. Қатъий овқатланиш режимига риоя қилиш рациондаги барча рухсат этилган маҳсулотлар ҳақида кенг билимларни талаб қилади, шунинг учун биринчи марта ДГД ташхиси қўйилган барча беморларга диетолог томонидан овқатланиш бўйича тавсиялар берилиши керак. Бундан ташқари, целиакия билан касалланган беморларни ўқитиш ва ташкилот томонидан қўллаб-қувватлаш беморларга GFD га риоя қилиш ва унга сарфланадиган харажатларни бошқаришга ёрдам берадиган муҳим омиллардир. Агар қатъий парҳезга риоя қилинса, ДГДда тошма ва қичишиш аста-секин йўқолади. Симптомлар сусайишни бошлагунга қадар бир неча ҳафтадан бир неча ойгача вақт ўтиши мумкин ва улардан тўлиқ халос бўлишга ўртача 2 йилда эришилади. Папилляр дермадан тўпланган IgA ва TG3 нинг йўқолиши янада узоқроқ давом этади ва беморлар бир неча йил давомида қатъий GFD доирасида симптомсиз даволанганидан кейин ҳам тери иммун тўпламлари сақланиб қолади [78]. ДГ да мавжуд бўлган яққол ошқозон-ичак симптомлари одатда бир неча ҳафта ичида ўтиб кетади ва қон зардобидаги IgA синфига мансуб TG2 га қарши аутоантитаналар 1-3 йил ичида йўқолади, бу ингичка ичак ворсинкалари атрофияси ўтиб кетганлигини кўрсатади. GFD ни даволаш пайтида антитаначаларнинг доимий юқори ёки навбатма-навбат даражаси глютен истеъмолининг давом этаётганини кўрсатади, бу парҳездаги номаълум бузилишлар ёки режимга етарлича риоя қилмаслик натижаси бўлиши мумкин.

Бошқа даволаш усуллари

Плазмаферез	Касалликнинг клиник шакли, оғирлик даражаси ва динамикасига қараб индивидуал равишда
НИЛИ	Йўриқномага мувофиқ 10-15 кун
Озонотерапия	Йўриқномага мувофиқ 10-15 кун

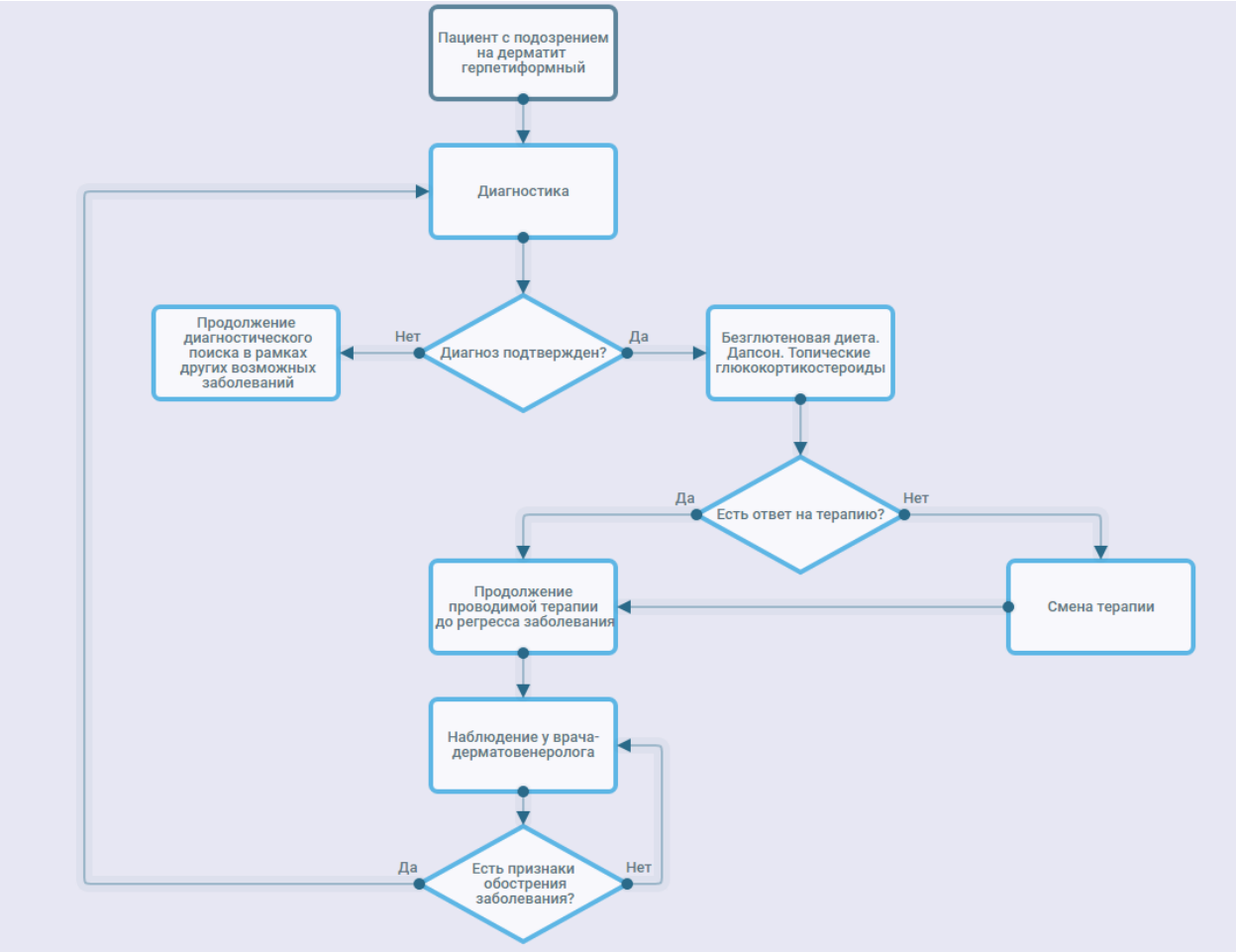
Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш

Бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатиш доирасида участка терапевт-шифокорлари, участка педиатр-шифокорлари, умумий амалиёт шифокорлари беморларда терида тошмалар, ДГД аломатлари ёки белгилари аниқланганда, беморни бирламчи ихтисослаштирилган тиббий-санитария ёрдами кўрсатиш учун дерматовенерология йўналишидаги тиббиёт ташкилотига юборади.

Бирламчи ихтисослаштирилган тиббий-санитария ёрдами доирасида тиббий ёрдам кўрсатиш имконияти бўлмаганда ва тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда бемор ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатувчи тиббиёт ташкилотига юборилади.

Ихтисослаштирилган, шу жумладан юқори технологик тиббий ёрдам шифокор-дерматовенерологлар томонидан стационар шароитларда кўрсатилади.

Шифокорнинг ҳаракат алгоритмлари



ДГДга гумон қилинган пациент

Ташхислаш

Бошқа эҳтимолий касалликлар доирасида ташхис қидирувини давом эттириш	Йўқ	Ташхис тасдиқландими?	Ҳа	Глютенсиз парҳез. Дапсон. Махаллий глюкокортикостероидлар

Касаллик регресс қилгунгача даволашни давом эттириш	Ҳа	Даволашга жавоб борми?	Йўқ	Даволашни алмаштириш

Шифокор-дерматовенеролог назоратида бўлиш

Ҳа Касалликнинг ўткирлашиш белгилари борми? Йўқ

“ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕТИФОРМ ДЕРМАТИТИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ - 2025

3.1.Кириш

Герпетиформ дерматит (ГД) – кам учрайдиган, кўпроқ Шимолий Европа аҳолисида учрайдиган дерматоз. Шимолий Европада ўтказилган эпидемиологик тадқиқотлар маълумотларига кўра, турли мамлакатларда ДГД билан касалланиш йилига 100 000 аҳолига 0,4 дан 3,5 ҳолатгача, тарқалиши эса 100 000 аҳолига 1,2 дан 75,3 ҳолатгача ўзгариб туради.

Одатда касаллик 30-40 ёшда бошланади, аммо болалик ва кексалик даврида ривожланиши мумкин. Эркаклар аёлларга қараганда кўпроқ касалланади; эркаклар ва аёллар касалланишининг нисбати 1,1:1 дан 1,9:1 гача ўзгариб туради.

Қўшимча маълумотлар (жумладан, касаллик ёки ҳолатнинг натижасига таъсир қилувчи омиллар)

Беморларнинг терапияга ва парҳезга амал қилаётганини назорат қилиш мақсадида ва беморларда целиакиянинг кучайиши ва герпетиформ дерматит билан боғлиқ аутоиммун касалликлар, шу жумладан қалқонсимон безнинг шикастланиши ривожланиши эҳтимоли туфайли беморларнинг аҳволини кузатиш зарур, бу ташхис қўйилгандан сўнг 6 ойдан кейин терапевт ва диетолог шифокорлар томонидан беморлар билан маслаҳатлашувлар ўтказишдан иборат бўлиб, кейинчалик йилига 1 марта амалга оширилади [16].

Беморларни даволаш жараёнида ўтказилаётган тизимли терапиянинг самарадорлиги ва хавфсизлигини мунтазам равишда баҳолаш зарур.

Профилактика ва диспансер кузатуви

Герпетиформ дерматитнинг бирламчи профилактикаси ишлаб чиқилмаган. Иккиламчи профилактика чораси герпетиформ дерматит ва глютенли энтеропатия (целиакия) билан оғриган беморларда глютенсиз парҳезга риоя қилишдир.

Профилактика ва диспансер кузатуви, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар

- ДГД билан оғриган беморларга ДГД кучайишининг олдини олиш бўйича чора-тадбирлар (стресслар, шамоллаш касалликларининг олдини олиш, танадаги сурункали инфекция ўчоқларини тозалаш, глютенсиз парҳезга риоя қилиш) тавсия этилади [3,5,7].
- Яшаш жойида дерматолог томонидан диспансер кузатуви (бу жараёнда қўллаб-қувватловчи терапия, ўтказилаётган даволашнинг ножўя таъсирларини камайтириш, парҳез мониторинги, психологик ёрдам масалалари ҳал этилади).[3]

Кейинчалик назорат:

Яшаш жойида дерматолог томонидан динамик кузатув олиб бориш, бу жараёнда қўллаб-қувватловчи терапия масалалари ҳал қилинади, даволанишдан келиб чиқадиган ножўя таъсирларни камайтириш, доимий асосий тери парваришини амалга ошириш, қўзғатувчи омилларни бартараф этиш. [3]

Адабиётлар рўйхати

1. Мордовцев В.Н., Бутов Ю.С., Мордовцева В.В. Псориаз. В кн.: Клиническая дерматовенерология: в 2 т./под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - т. 2., С. 212-233.
2. Кожные и венерические болезни: Справочник./Под ред. О.Л. Иванова. - М.: Медицина, 1997 - 352 С.
3. Клинические рекомендации Российского общества дерматовенерологов и косметологов
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни
5. Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни
6. Арифов С.С. - Клиническая дерматология и венерология.
7. Рекен М., Шаллер М., Заттлер Э., Бургдорф В. Атлас по дерматологии
8. McClure S.L., Valentine J., Gordon K.B. Comparative tolerability of systemic treatments for plaque-type psoriasis. Drug Saf. 2002; 25(13): 913-927.
9. Wolverton S.E. Monitoring for adverse effects from systemic drugs used in dermatology. J Am Acad Dermatol. 1992; 26 (5Pt1): 661-679.
10. Hanley T, Handford M, Lavery D, Yiu ZZ. Assessment and monitoring of biologic drug adverse events in patients with psoriasis. Psoriasis (Auckl). 2016; 6: 41-54.
11. Menter A., Korman N.J., Elmets C.A.et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. J Am Acad Dermatol. 2009; 61(3): 45 1 -485.
12. Menter A., Gelfand J.M., Connor C.et al. Joint American Academy of DermatologyNational Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. J Am Acad Dermatol. 2020; 82(6): 1 445 - 1 486.
13. Баткаева Н.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А. Распространенность псориатического артрита и коморбидных заболеваний у больных тяжелым псориазом: данные ретроспективного анализа госпитальной когорты. Современная ревматология. 2017; 11 (1): 19-22.
14. Carrascosa J.M., van Doorn M.B., Lahfa M. et al. Clinical relevance of immunogenicity of biologics in psoriasis: implications for treatment strategies. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2014; 28 (11): 1424-1430.
15. Habet K.A., Kolli S.S., Pona A., Feldman S.R. A review of topical corticosteroid sprays for the treatment of inflammatory dermatoses. Dermatol Online J. 2019 Aug 15; 25 (8).
16. Задорожный Б.А. Псориаз. К.: Здоров'я, 1983. - 160 с.
17. Фармакотерапия в дерматовенерологии/Под редакцией профессора В.Н. Мордовцева и доктора медицинских наук З.Б. Кешилевой. - Алматы: Казахстан, 1994. - 352 с.
18. Молочков В., Ермилова А., Шувалов Г. Клиника и лечение псориаза. Врач. 2006; (8): 11-14.
19. Знаменская Л.Ф., Яковлева С.В., Волнухин В.А., Пирогова Е.В. Современные методы терапии больных псориазом. Вестникдерматологиии венерологии. 2011: (1): 11-14.
20. Pinson R, Sotoodian B, Fiorillo L. Psoriasis in children. Psoriasis (Auckl). 2016 Oct 20; 6: 121-129.
21. Марьясис Е.Д. Курортное лечение кожных болезней. - М.: Медицина, 1981, 200 с.
22. Милявский А.Н. Санаторно-курортное лечение заболеваний кожи. - Киев: Здоров'я, 1981. - С. 128.
23. Маньшина Н.В., Севрюкова В.С., Соловьев А.М., Кулешова Л.М. Санаторнокурортное лечение болезней кожи. Медицинский совет 2008; 1-2: 67-75.
24. Kazandjieva J., Grozdev I., Darlenski R., Tsankov N. Climatotherapy of psoriasis. Clin Dermatol. 2008; 26 (5): 477-485.
25. Matz H., Orion E., Wolf R. Balneotherapy in dermatology. Dermatol Ther. 2003; 16 (2): 132-140.
26. Snellman E., Aromaa A., Jans n C.T. et al. Supervised four-week heliotherapy alleviates the long-term course of psoriasis. Acta Derm Venereol. 1993; 73 (5): 388-392.
27. Snellman E., Maljanen T., Aromaa A.et al.Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. Br J Dermatol. 1998; 138 (2): 288-292.
28. Snellman E., Lauharanta J., Reunanen A. et al. Effect of heliotherapy on skin and joint symptoms in psoriasis: a 6-month follow-up study. Br J Dermatol. 1993; 128 (2): 172-177.

29. Krzy cin J.W., Jaros awski J., Rajewska-Wi ch B. et al. Effectiveness of heliotherapy for psoriasis clearance in low and mid-latitudinal regions: a theoretical approach. J Photochem Photobiol B. 2012; 115: 35-41.
30. Karppinen T., Laine J.P., Kautiainen H.et al. Empowering heliotherapy in psoriasis and atopic dermatitis: An observational study of 186 subjects. Acta Derm Venereol. 2017; 97 (2): 255257.
31. Ben-Amitai D, David M. Climatotherapy at the dead sea for pediatric-onset psoriasis vulgaris. Pediatr Dermatol. 2009; 26 (1): 103-104.
32. Tr strup H., Riis P.T., Heidenheim M. et al. Long-term evaluation of climatotherapy for psoriasis. Dermatol Ther. 2020; 33 (3): e13432.

https://icd.who.int/browse11/l-m/ru
https://search.medscape.com/search/?q=%22dermatitis%20herpetiformis%20Duhring%22&
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493163/#:~:text=The%20differential%20diagnosis%20of%20dermatitis,Eczema
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4435051/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34004067/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis
https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693042/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693042/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122924/#:~:text=Common%20conditions%20on%20the%20differential,a%20biopsy%20may%20be%20helpful.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693042/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis
https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2023/17540
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis
https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6693042/
https://dermnetnz.org/topics/dermatitis-herpetiformis
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22264139/
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/

Герпетиформ дерматитни бошқаришда амалий кўникма ва малакалар.

(task shifting)

	Амалиётчи ҳамшира	БТЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Тор мутахассис
Шикоят ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини намойиш этиш		+	+
Бемордан касаллик анамнезини йиғишда симптомлар ҳақидаги билимларни қўллаш.		+	+
Тери-таносил касалликлари билан оғриган беморларнинг тўлиқ тиббий анамнези		+	+
Физикал кўрик			
- Ядассон йод синови: Терига калий йодид мазли боғлам қўйилади. 24-48 соатдан кейин характерли тошмалар ва қизаришнинг пайдо бўлиши реакциянинг мусбатлигини кўрсатади ва ташхисни тасдиқлайди. **- Пуфакчалар таркибини таҳлил қилиш:** Терида пуфакчалар мавжуд бўлганда, таркибида эозинофиллар мавжудлигини текшириш мумкин, аммо бу усул ҳар доим ҳам маълумотли эмас, чунки пуфакчалар ҳар доим ҳам Дюринг дерматитига хос эмас.			+
Ташхис қўйиш			
Цитологик текширув: эозинофилия пуфакчалари таркибидаги эозинофиллар миқдорини аниқлаш (30-50%); **Тери биоптатини гистологик текшириш** (бўшлиқ-пуфакни ўз ичига олган янги шикастланиш ўчоғидан олинган): бўшлиқнинг субэпидермал жойлашувини аниқлаш ва унда тери биоптатидаги фибрин, нейтрофил ва эозинофил лейкоцитлар миқдорини аниқлаш; **ПИФ:** тери биоптатида дерманинг сўрғичсимон қаватида А синф иммуноглобулиннинг донадор			+

тўпламларини аниқлаш;			
Асосий лаборатория ташхиси			
Асосий лаборатория таҳлилларининг мақсади:		+	+
Умумий қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитар формула + ЭЧТ)		+	+
Захм скрининг текширувлари (14 ёшдан катта)		+	+
Цитологик текширув: эозинофилия пуфакчалар таркибидаги эозинофиллар миқдорини аниқлаш;			+
Қўшимча лаборатория ташхиси			
Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Имуноблот IgG ва IgM			+
Умумий сийдик таҳлили			+
Умумий ахлат таҳлили			+
Биокимёвий тадқиқотлар мажмуаси			+
Инфекцияларни ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЦР усулида текшириш			+
Гистологик текширув			+
Иммуногистокимёвий тадқиқотлар			+
Қўшимча инструментал тадқиқотлар			
Тери ҳолатини ташхислаш-дерматоскопия			+
Герпетиформ дерматитни даволаш			
Қўтирни дори-дармонсиз даволашни тайинлаш компетенцияси (15-бет)	+	+	+
Қўтирни медикаментоз даволашни тайинлаш компетенцияси (16-29-бетлар)		+	+

Герпетиформ дерматитнинг олдини олиш			
Беморларга қатъий глютенсиз парҳез ҳам буюрилади	+	+	+
Дори-дармонлар билан даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар		+	+

Асосий тор мутахассис - дерматовенеролог.

* Бу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

Герпетиформ дерматитни бошқариш бўйича компетенциялар

	Амалиётчи ҳамшира	**БТЁ Оилавий шифокор (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Герпетиформ дерматит тавсифи		+	+
Шикоятларнинг симптоматик тавсифи		+	+
Патофизиологик механизмлар тавсифи			+
Герпетиформ дерматитнинг этиологияси, белгилари ва текширувлари (асосий лаборатор-инструментал текширувлар) асосида ташхис қўйишга ёндашувни яратиш.		+	+
Асосий таҳлилларни талқин қилиш		+	+
Учуқсимон дерматитни даволашга ёндашувни шакллантириш		+	+
Герпетиформ дерматитнинг дори-дармонсиз терапиясини тавсифланг.	+	+	+
Герпетиформ дерматитнинг медикаментоз терапиясини айтиб беринг.			+
Герпетиформ дерматитда қўлланиладиган турли препаратларнинг таъсир механизми, кўрсатмалари ва ножўя таъсирларини муҳокама қилинг.			+
Герпетиформ дерматит ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг.			+

Асосий тор мутахассис - дерматовенеролог шифокор.