O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni saqlash vazirligining
2025-yil “15” sentabrdagi
287-son buyrug‘iga
3-Ilova

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

“DYURINGNING GERPETIFORM DERMATITI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT-2025.

“TASDIQLAYMAN”
O‘zbekiston
Respublikasi SSV
RIDVvKIATM
direktori
U.Yu. Sabirov

“____” _____2025-yil

“DYURINGNING GERPETIFORM DERMATITI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

“DYURINGNING GERPETIFORM DERMATITI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASHNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent-2025

1. Kirish qismi

XKT-10/11 kodlari:

XKT-10	**L13.0**	Gerpetiform dermatit	https://mkb-10.com/index.php?pid=11060
XKT-11	**EB44**	Gerpetiform dermatit	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#286313127

Bayonnoma ishlab chiqilgan va qayta ko‘rib chiqilgan sana: 2025-yil, qayta ko‘rib chiqilgan sana 2028-yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e’lon qilinadi.

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

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda quyidagilar o‘z hissalarini qo‘shdilar:
Jarayonni tashkil etish bo‘yicha dermatovenerologiya yo‘nalishidagi ishchi guruh a’zolari:

1.	U.Yu. Sabirov	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi RIDVva KIATM direktori, t.f.d., professor	RIDVva KIATM
2.	Sh.Z. Mavlyanova	O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirligi RIDVva KIATM Dermatozlarni o‘rganish ilmiy laboratoriyasi mudiri, t.f.d., professor	RIDVva KIATM
3.	A.I. Ismogilov	O‘zR SSV RIDVva KIATM 2-statsionar dermatologiya bo‘limi mudiri, t.f.n.	RIDVva KIATM
4.	Sh.N. Mirzakulova	O‘zR SSV RIDVva KIATM ilmiy xodimi	RIDVva KIATM
5.	Sh.F. Sadiyev	Klinika dermatovenerolog-shifokori	RIDVva KIATM
6.	Yu.Sh. Abduqodirova	O‘zR SSV RIDVva KIATM Tayanch doktorant	RIDVva KIATM

Taqrizchilar:

1. Oxlopkov Vitaliy Aleksandrovich - Rossiya Federatsiyasi Fan va oliy ta’lim vazirligining Federal reanimatologiya va reabilitologiya ilmiy-klinik markazi oliy va qo‘shimcha kasb-hunar ta’limi instituti rektori, tibbiyot fanlari doktori, professor, Rossiya Federatsiyasi oliy maktabining xizmat ko‘rsatgan xodimi;
2. Mullaxanov Javlon Baxtiyorovich - O‘zR SSV RIDV va KIATM maslahat poliklinikasi mudiri, tibbiyot fanlari doktori, katta ilmiy xodim.

Texnik ekspert baholash va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – tibbiyot fanlari doktori, davolash ishlari bo‘yicha direktor o‘rinbosari – O‘zR SSV RIDVva KIATM klinikasi bosh shifokori;

2. Jalilov Dilshod Sayfullayevich – O‘zR SSV RIDVva KIATM ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari, t.f.n.

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 bayonnomasidan ko‘chirma sanasi va raqami: O‘zbekiston Respublikasi SSV RIDV va KIATM Ilmiy kengashining 24.04.2025-yildagi 4-sonli bayonnomasidan ko‘chirma

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatolog shifokorlar; dermatokosmetologlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pediatr shifokorlar;
4. Shifokor-laborantlar;
5. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
6. Klinik farmakologlar;
7. Tibbiyot oliy ta’lim muassasalarining talabalari, klinik ordinatorlari, magistrantlari, doktorantlari, o‘qituvchilari;
8. Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a’zolari va parvarish qiluvchi shaxslar.

Mazkur bayonnoma Dyuring gerpetiform dermatitini tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini hamma joyda sog‘liqni saqlash amaliyotiga joriy etish uchun asos bo‘lib xizmat qiladi.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi: Dyuring gerpetiform dermatiti bilan kasallangan bemorlar tekshiruvdan o‘tkazilishi lozim.

Dalillar darajasi shkalasi, dalillarga asoslangan tibbiyot bo‘yicha.
Tashxislash usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

DID	Izoh
1.	Referens usuli bilan nazorat qilinadigan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi
2.	Referens usuli bilan nazorat qilinadigan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlildan foydalangan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3.	Referens usuli bilan ketma-ket nazorat qilinmagan tadqiqotlar yoki o‘rganilayotgan usulga bog‘liq bo‘lmagan referens usul bilan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4.	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5.	Faqat harakat mexanizmining asoslanishi yoki ekspertlarning fikri mavjud

Profilaktik, davolash, reabilitatsiya aralashuvlari uchun dalillarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

DID	Izoh
1.	Meta-tahlil yordamida RKIni tizimli ko‘rib chiqish

2.	Har qanday dizayndagi tadqiqotlarning alohida RKI va tizimli sharhlari, meta-tahlildan foydalangan holdagi RKI bundan mustasno
3.	Randomizatsiya qilinmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari
4.	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasining tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5.	Faqatgina aralashuvning ta’sir mexanizmini asoslash (klinikagacha bo‘lgan tadqiqotlar) yoki ekspertlar fikri mavjud

Profilaktika, Tashxislash, davolash, reabilitatsiya aralashuvlari uchun tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

TID	Izoh
A.	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B.	Shartli tavsiya (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
C.	Zaif tavsiya (tegishli sifatga oid dalillarning yo‘qligi (ko‘rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

Mundarija

“DYURINGNING GERPETIFORM DERMATITI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TASHXISLASH VA DAVOLASHNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI....."4

“DYURINGNING GERPETIFORM DERMATITI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI....."32

“DYURINGNING GERPETIFORM DERMATITI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....36

Qisqartmalar ro‘yxati

DGD	gerpetiform dermatit
PIF	bevosita immunoflyuoressensiya
IFA	immunoferment tahlil
GKS	glyukokortikosteroidlar
RKI	randomizatsiyalangan nazorat qilinadigan tadqiqot
BTYo	birlamchi tibbiy yordam
IG	Immunoglobulin
V/I	vena ichiga
M/I	mushak ichiga
GR	gramm
MG	milligramm
ML	millilitr
R-R	eritma
TAB	tabletka

1.Asosiy qism.

1.1. Kirish

Gerpetiform dermatit (GD) - kam uchraydigan, ko‘proq Shimoliy Yevropa aholisida uchraydigan dermatoz. Shimoliy Yevropada o‘tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar ma’lumotlariga ko‘ra, turli mamlakatlarda GD bilan kasallanish yiliga 100 000 aholiga 0,4 dan 3,5 holatgacha, tarqalishi esa 100 000 aholiga 1,2 dan 75,3 holatgacha o‘zgarib turadi.

Odatda kasallik 30-40 yoshda boshlanadi, ammo bolalik va keksalik davrida rivojlanishi mumkin. Erkaklar ayollarga qaraganda ko‘proq kasallanadi; erkaklar va ayollar kasallanishining nisbati 1,1:1 dan 1,9:1 gacha o‘zgarib turadi.

1.2 Ta’rif

Dyuring gerpetiform dermatiti (Dermatitis herpetiformis Duhring; Dyuring kasalligi) – glyutenli enteropatiya bilan bog‘liq bo‘lgan terining yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, chin polimorf qichishadigan toshmalar, surunkali qaytalanuvchi kechish, derma so‘rg‘ichlarida IgA ning granulyar cho‘kishi bilan tavsiflanadi.

1.3 Tasniflash

Toshmaning ustunlik qiluvchi turiga qarab, DGD ning bir qator klinik shakllari ajratiladi:

- bullyoz;
- gerpesga o‘xshash;
- qavarchiqsimon;
- trixofitoid;

- strofulyoz;
- ekzematoid.

Eslatma: agar gerpetiform dermatit kanserogen o‘smalar ta’siri ostida rivojlansa, u ko‘pincha paraonkologik dermatoz deb ataladi.

1.4 Kasallikning klinik ko‘rinishi

Dyuringning gerpetiform dermatiti har qanday yoshda paydo bo‘lishi mumkin. Asosiy klinik ko‘rinishi terida vezikulyoz, papulyoz, qavarchiqsimon va bullyoz toshmalar ko‘rinishidagi polimorf toshmalar mavjudligi hisoblanadi.

Kechishi surunkali, uzoq davom etadi, davriy bo‘lib, o‘z-o‘zidan tuzalib ketishi mumkin. Kasallikning kuchayishi odatda psixoemotsional omillarning ta’siri, parhezning buzilishi, quyosh nurlanishi bilan bog‘liq. Pufakchalar har xil kattalikda bo‘lishi mumkin, odatda zich qoplamali, dastlab seroz tarkibli bo‘ladi. Ular shishgan giperemiyalangan asosda paydo bo‘ladi, uchuqsimon joylashadi, girlyanda shaklidagi o‘choqlarni hosil qiladi. Nikolskiy simptomi manfiy. Shilliq pardalar kamdan kam zararlanadi. Toshmalar paydo bo‘lishidan oldin bemorlar sanchish, achishish va ayniqsa ko‘pincha terining qichishi ko‘rinishidagi turli xil his-tuyg‘ularni boshdan kechiradilar. Yorilib ketgan pufaklar o‘rnida paydo bo‘lgan eroziyalarning tez bitib ketishi xarakterli belgi bo‘lib xizmat qiladi. Eroziyalar o‘rnida qatqaloqlar paydo bo‘lib, ular yo‘qolib ketganidan keyin giperpigmentatsiya o‘choqlari qoladi. Teri jarayoni tarqaluvchi tabiatli bo‘lishi mumkin; keksa yoshdagi bemorlarda interkurrent kasalliklar qo‘shilishi va o‘lim yuz berishi mumkin.

Kasallik bir necha haftadan bir necha yilgacha davom etadigan, dori-darmonlar yoki o‘z-o‘zidan to‘liq remissiyalar davrlari va qaytalanishlarning almashinuvi bilan surunkali qaytalanuvchi kechishi bilan tavsiflanadi.

Bemorlarning 10-25 foizida o‘z-o‘zidan remissiyalar kuzatilishi mumkin. DGDga toshmalarning polimorfizmi, guruhlanishi va simmetrikligi xosdir. Toshmalar asosan qo‘l-oyoqlarning yoziluvchi yuzalarida, boshning sochli qismida, yelkalarda, tizzalarda, tirsaklarda, dumg‘azada, dumbalarda joylashadi va qichishish bilan kechadi. Toshma har xil kattalikdagi dog‘lar, qavariqlar, papulalar va pufakchalardan iborat bo‘ladi. Pufakchalar taranglashgan, zich qoplamali, ichi tiniq yoki loyqa, ba’zan gemorragik suyuqlik bilan to‘lgan bo‘lib, giperemiyalangan shishgan asosda hosil bo‘ladi. Pufaklar yorilib, eroziyalar hosil bo‘ladi, ular tez epiteliylanadi va giperpigmentatsiya qoladi. Ba’zan terining zararlanishi lokal xarakterga ega bo‘ladi. Og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatining shikastlanishi kamdan kam hollarda kuzatiladi. Bemorlarning umumiy ahvoli qoniqarli.

2. Tashxislash usullari, yondashuvlari va muolajalari.

2.1. Tashxislash mezonlari

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

Tashxislash/holatni aniqlash mezonlari: DGDni tashxislash xarakterli shikoyatlar, klinik ko‘rinishlar va tashxisning laboratoriya tasdig‘iga asoslanadi.

1) Shikoyatlar va anamnez:

Shikoyatlar:

- teri toshmalari;
- turli intensivlikdagi qichishish (kuchli, o‘rtacha);
- achishish.

Anamnez:

- oilaning o‘tmishdagi va hozirgi davrdagi teri kasalliklari;
- kasallikning boshlanishi va uning kechishi (davomiyligi, xurujlar soni);
- ilgari o‘tkazilgan terapiyaning samaradorligi;
- boshqa omillar.

2) Fizikal tekshiruv:

DGD shish fonida joylashgan guruhlangan pufakchalar, pufaklar va papulalar ko‘rinishidagi keng tarqalgan polimorf toshmalar bilan tavsiflanadi. Pufakchalar va pufaklar qalin qoplamali, seroz yoki seroz-gemorragik tarkibli, ikkilamchi infeksiya qo‘shilganda loyqa yoki yiringli tarkibli. Toshmalar rangi pushti-qizil, o‘choqlar chegarasi – festonli, periferik o‘sish yo‘q. Pufakchalar va pufakchalar 3-4 kundan keyin ochilib, eroziyalar hosil bo‘ladi (periferik o‘sishsiz), ularning yuzasida qonli qobiqlar hosil bo‘ladi, ular ko‘chib tushgandan so‘ng pigmentatsiya yoki depigmentatsiya, ba’zan atrofik chandiqlar hosil bo‘ladi.

Joylashuvi – yelka kamari, qo‘l va oyoqlar, ayniqsa tirsak va tizzalar, dumba, bel sohasi, yuz, kamroq – boshning sochli qismi. Shilliq qavatlar juda kam hollarda zararlanadi, kaft va tovonlar zararlanmaydi.

Subyektiv – kuchli qichishish, achishish. Qichima toshmalardan oldin kelishi mumkin.

Uyqusizlik, holsizlik, harorat ko‘tarilishi mumkin. Polifekaliya bo‘lishi mumkin, suyuq axlat kulrang tusda bo‘ladi.

Pufakchalar tarkibida va periferik qonda eozinofiliya aniqlanadi. Nikolskiy simptomi manfiy. T-sank hujayralari topilmaydi.

Umumiy holat:

- terining umumiy xususiyatlarini ko‘rikdan o‘tkazish va baholash;
- bodomcha bezlari, quloq suprasi, burun, ko‘zlarni ko‘rikdan o‘tkazish;
- periferik limfa tugunlari, o‘pka, qon aylanish tizimi, ovqat hazm qilish tizimi, buyraklar, jigar holatini baholash (palpatsiya, perkussiya va auskultatsiya).

Lokal holat:

- teri zararlanishining tabiati (morfologiyasi – ekssudativ, teri jarayonining kechishi bo‘yicha – surunkali);
- joylashuvi;
- toshma elementlari (eritema, papula, qavariqlaar, pufakchalar);
- dermografizm.

Asosiy subyektiv va obyektiv simptomlar:

- surunkali, qaytalanuvchi kechishi;
- toshmalar polimorfizmi (dog‘lar, qavariqlar, papulalar, pufakchalar);
- guruhlanishga moyillik;
- toshmalarning simmetrikligi;
- asosan qo‘l va oyoqlarning yoziluvchi yuzalari, boshning sochli qismi, tizza va tirsaklar, dumg‘aza va dumbalarning shikastlanishi;

- toshmaning o‘ziga xos birlamchi morfologik elementi – bu turli o‘lchamdagi, odatda zich qoplamali, seroz yoki xira, ba’zan gemorragik tarkibli pufak bo‘lib, u shishli giperemik fonda paydo bo‘ladi. Yorilganidan keyin eroziya hosil bo‘lib, u tez epiteliylanadi va giperpigmentatsiya qoladi;
- manfiy Nikolskiy belgisi.

3. Laboratoriya tekshiruvlari

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

- Sitologik tekshiruv: eozinofiliya pufakchalari tarkibidagi eozinofillar miqdorini aniqlash (30-50%);
- Teri bioptatini gistologik tekshirish (bo‘shliq – pufakni o‘z ichiga olgan yangi shikastlanish o‘chog‘idan olingan): bo‘shliqning subepidermal joylashuvini aniqlash va unda teri bioptatidagi fibrin, neytrofil va eozinofil leykotsitlar miqdorini aniqlash;
- PIF: teri bioptatida dermaning so‘rg‘ichsimon qavatida A sinf immunoglobulinning donador cho‘kmalarini aniqlash;

Izoh: *bemor terisining klinik jihatdan zararlanmagan (ko‘rinishidan sog‘lom) qismidan yoki terining zararlangan qismidan taxminan 1 sm masofada olingan immunoflyuoressent usullardan foydalangan holda teri biopsiya materialini patologoanatomik tekshirish [13-18].*

- IFA: qon zardobida to‘qima transglyutaminazasiga IgA-antitanachalar va endomiziyaga IgA-antitanachalar miqdorini aniqlash.
- Ba’zi hollarda seliakiya bilan bog‘liq HLA genlari (DQ2 va DQ8) mavjudligi uchun genetik test o‘tkazilishi mumkin.
- Yadasson sinamasini (yodga yuqori sezuvchanlik) 2 variantda o‘tkazish: 50% li kaliy yodid malhami bilan teri sinamasi yoki 5% li kaliy yodid eritmasini ichish. Natijani 24 soatdan keyin hisobga olinadi. Sinamadan so`ng eski o‘choqlar zo‘rayganligi yoki yangilari paydo bo‘lganda musbat hisoblanadi.
- Umumiy qon tahlili.
- Zaxmga skrining (saralash) testlari: RMP (RPR, KSR)
- Umumiy siydik tahlili.
- Umumiy najas tahlili.
- Qonning biokimyoviy tahlili
- Zaxmni tasdiqlovchi testlar
- OIVga IFA
- C-reaktiv oqsil uchun IFA
- T-sank hujayralaridagi surtma-tamg‘alar manfiy.
- Immunologik tadqiqotlar
- Mikrobiologik tadqiqotlar
- Qalqonsimon bez gormonlarini tekshirish

4. Instrumental tadqiqotlar:

- Dermatoskopiya
- Dermatozning paraneoplastik genezini istisno qilish uchun tekshiruv (ichki a’zolarning ultratovush tekshiruvi, o‘pka, ichak rentgenografiyasi).
- Autoimmun genezni istisno qilish (qalqonsimon bez UTT).

5. Mutaxassislar maslahati uchun ko‘rsatmalar

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

C 5.	• Bemorlarga gormonal terapiyani tayinlashda va uni o‘tkazish jarayonida terapiyani tayinlashga qarshi ko‘rsatmalarni istisno qilish uchun terapevt, ftiziatr shifokorlarining maslahatlari tavsiya etiladi. • Psixoterapevt va nevrolog maslahati – tushkun kayfiyat, dismorfofobiya mavjud bo‘lganda. • Fizioterapevtik muolajalarni qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalarni istisno qilish maqsadida ginekolog, oftalmolog, endokrinolog maslahati. • Gerpetik dermatit bilan bog‘liq qalqonsimon bezning autoimmun kasalliklari belgilari mavjud bo‘lganda endokrinolog maslahati. • Bolalar va o‘smirlar uchun pediatr maslahati. • Shifokor-diyetolog maslahati – glyuten tarkibli mahsulotlarni istisno qilgan holda parhezni tuzatish zarur bo‘lganda.

Differensial tashxis:

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

Tashxis	*Differensial tashxis uchun asos*
DGD	- kuchli qichishish; - polimorf toshma (dog‘lar; qavariq, papulalar, pufakchalar); - guruhlanishga moyillik; - toshmalarning simmetrikligi; - asosan qo‘l va oyoqlarning yoziluvchi yuzalari, boshning sochli qismi, tizza va tirsaklar, dumg‘aza va dumbalarning shikastlanishi; - o‘ziga xos morfologik element – bu turli o‘lchamdagi, odatda zich qopqoqli, seroz yoki xira, ba’zan gemorragik tarkibli pufakchalar; - eroziya tez epitelizatsiyalanadi, giperpigmentatsiya qoladi; Nikolskiy simptomi manfiy. PIF: teri bioptatida dermaning so‘rg‘ichsimon qavatida A sinf immunoglobulinning donador to‘plamlarini aniqlash
Oddiy po‘rsildoq yara	- monomorf toshma; - o‘ziga xos

	Morfologik element – bu yupqa bo‘shashgan qopqoqli intraepitelial pufakchalar bo‘lib, ular tezda yoriladi, - birinchi toshmalar ko‘pincha og‘iz bo‘shlig‘i, burun, halqum shilliq qavatlarida va/yoki qizil hoshiya guruhlarida paydo bo‘ladi; - ovqatlanganda va gapirganda, so‘lak yutganda og‘riq. Xarakterli belgilari – gipersalivatsiya va og‘izdan o‘ziga xos hid kelishi; - pufakchalar va eroziyalar qo‘shilishga va periferik o‘sishga moyil; - Nikolskiy belgisi musbat; - surtmalarda, izlarda akantolitik hujayralar aniqlanadi. PIF: tikanaksimon qavatning hujayralararo moddasida IgG nurlanishi
Lever pufakchali pemfigoidi	- intensiv qichishishning yo‘qligi; - subepidermal pufakchalar – zich qoplamali qattiq; - guruhlanishga moyillik yo‘q; - ko‘pincha burmalar sohasida joylashadi; - PIF usuli – bazal membrana sohasida IgG to‘planish.
Ko‘p shaklli ekssudativ eritema	- shilliq pardalarda pufakchalar hosil bo‘ladi, ular og‘riqli eroziyalar hosil bo‘lishi bilan ochiladi; - dog‘lar va/yoki shishli papulalar periferiyasi bo‘ylab shishli valik hosil bo‘ladi, element markazi esa asta-sekin cho‘kib, sianotik tusga kiradi (“nishon”, yoki “kamalak parda”, yoki “buqa ko‘zi” simptomi); toshmalar bir-biriga qo‘shilib, girlyandalar, yoylar hosil qilishga moyil; - toshma paydo bo‘lishi umumiy ahvolning yomonlashishi: holsizlik, bosh og‘rig‘i, isitma ko‘tarilishi bilan kechadi
Subkorneal pustulyoz dermatoz	- yuzaki pustulalar - bo‘shashgan qoplamali fliktenlar; - gistologik jihatdan pufakchalar bevosita shox qavat ostida aniqlanadi.

Davolash, shu jumladan medikamentoz va nomedikamentoz terapiya, parhez terapiyasi, og‘riqsizlantirish, tibbiy ko‘rsatmalar va davolash usullarini qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar

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 Ambulator va statsionar davolash taktikasi:

Nomedikamentoz davolash:

- Autoimmun reaksiyalar rivojlanishini keltirib chiqaradigan antigen bilan aloqani to‘xtatish maqsadida glyutensiz parhez: bug‘doy, javdar, suli, arpa, tariq va boshqa boshoqli o‘simliklar, yodga boy dengiz mahsulotlarini chiqarib tashlash, shuningdek, osh tuzi iste’molini cheklash;
- yod saqlovchi (galogen saqlovchi) dori vositalarini qabul qilishdan bosh tortish.

Fizioterapevtik muolajalar:

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

LLLT past darajali fototerapiya	To‘lqin uzunligi 830, 633, 415 nm’li lazerlar Bir muolaja uchun 10-15 daqiqa
Qutblangan polixromatik nur	Muolajalar integral nurlanish filtridan (480-3400 nm) foydalangan holda yoki ma’lum bir rangdagi yorug‘lik filtri (rangli filtr) yordamida amalga oshirildi. Bitta maydonga ta’sir qilish vaqti 2 daqiqadan 6 daqiqagacha (yorqin ekssudativ jarayonda 2 daqiqa, infiltratsiya va lixenizatsiya jarayonlari ustunligida 6 daqiqa), bitta muolajaning umumiy vaqti 20 daqiqadan oshmadi. Rang filtrlaridan foydalanilganda, bitta maydonga ta’sir qilish vaqti 2 daqiqagacha qisqartirildi va bitta muolajaning davomiyligi 10 daqiqadan oshmadi. Davolash kursi har kuni o‘tkaziladigan 10 ta muolajani tashkil etdi. Terapiya samaradorligi dermatologik status indeksi va hayot sifati indeksi yordamida baholandi.

Medikamentoz davolash.

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

1-jadval

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (ishlatilish ehtimoli 100%)

Dori guruhi	Dori vositalari	Ko‘rsatmalar	Dalillilik darajasi
Tizimli GKSlar	Prednizolon 5 mg (tabl.), 30 mg (amp)	Sutkalik dozasi 0,5-1,0 mg/kg/sut. Klinik yaxshilanish (regress) ga erishilgandan so‘ng, preparat dozasi kamaytiriladi.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment?form=fpf
	Deksametazon 5, 4, 1,5 mg (tabl.), 4 mg (amp)	Sutkalik dozasi 0,02-0,3 mg/kg/sut. Doza klinik yaxshilanish (regress) ga erishilgandan so‘ng, preparat vena ichi yoki mushak ichi buyuriladi.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment?form=fpf
	Metilprednizolon 4, 16 mg (tabl.), 4 mg (amp)	Sutkalik dozasi 16-95 mg/kg/sut. Ijobiy klinik natijaga erishilgandan so‘ng, preparatni asta-sekin to‘xtatish boshlanadi. Bolalarga pastroq dozalarda (lekin kuniga 0,5 mg/kg’dan kam bo‘lmagan) buyurish kerak.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-medication
	Betametazon	har 2-4 haftada 1,0 ml’dan 2,0 ml’gacha miqdorda m/i yuboriladi.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-medication
	Triamsinalon	har 2 haftada 1,0 ml dozada v/i yuboriladi.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-medication
Tarkibida kaliy va kalsiy bo‘lgan preparatlar	Tabletkalar, vena ichiga yuborish uchun eritma; Infuziya uchun eritma: kaliy asparaginati va magniy asparaginati	Ichga va v/i’ga qo‘llaniladi (oqim bilan sekin yoki v/i’ga tomchilab). Dozasi va qo‘llash sxemasi ko‘rsatmalarga, klinik vaziyatga va dori shakliga qarab individual ravishda belgilanadi.	**C** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment?form=fpf
Sulfonli (moxovga	Dapson 50 mg (tabl.)	Sutkalik doza 50-100 mg/sutkasiga 2 marta 5-6 kunlik sikllar bilan 1 kunlik tanaffus	B https://www.rlsnet.

qarshi) vositalaar		bilan, kurs – 3-5 sikl va undan ko‘p. Maksimal sutkalik dozasi 300 mg’gacha. Kasallikning klinik ko‘rinishlari yo‘qolganidan so‘ng – ushlab turuvchi dozada – kunora 50 mg yoki haftasiga 1-2 marta. Bolalarga – boshlang‘ich dozada 2 mg/kg/sut, zarur bo‘lganda doza oshiriladi, so‘ngra iloji boricha tezroq eng past samarali qo‘llab-quvvatlovchi dozagacha kamaytiriladi.	ru/active-substance/dapson-1306
	Sulfasalazin - 500 mg (tabl.)	6 yoshdan katta bolalarga kuniga 40-150 mg/kg tana vazniga qo‘llash tavsiya etilgan.	B https://www.rlsnet.ru/active-substance/dapson-1306
	Sulfapiridin 250, 500 mg (tabl.)	Kattalar, 0,25 - 1 g’dan kuniga 4 marta ichiladi, yaxshilangandan so‘ng doza asta-sekin minimal samarali darajagacha kamaytiriladi. Maksimal dozasi 6 g/sut.	B https://www.practica.ru/DrugBook/Drugs/dr1323.htm
Tashqi terapiya			
Pastalar	Ruxli pasta (tuba)	Sirtga qo‘llash uchun, kuniga 1-3 marta	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
Gormonal maz va kremlar (guruhdan bitta preparat tanlanadi)	Klobetazol propionat 0,05% (tuba)	Kuniga 1 marta, sirtga qo‘llash uchun (kuchli IV)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Betametazon valerianati - 0,1% (tuba)	Kuniga 1-2 marta, sirtga qo‘llash uchun (kuchli III)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.

	Metilprednizolon atseponat - 0,05% (tuba)	Kuniga 1-2 marta, sirtga qo‘llash uchun (kuchli III)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Mometazon furoat 0,1% (tuba)	Kuniga 1-2 marta, sirtga qo‘llash uchun (kuchli III)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Betametazon dipropionat - 0,05% (tuba)	Kuniga 1-2 marta, sirtga qo‘llash uchun (kuchli III)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Triamsinolon atsetonid - 0,1% (tuba)	Kuniga 1-2 marta, sirtga qo‘llash uchun (kuchli III)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Prednizolon - 0,25/0,5% (tuba)	Sirtga qo‘llash uchun, kuniga 1-2 marta (kuchsiz I)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.

	Gidrokortizon - 17 butirat - 0,1% (tuba)	Sirtga qo‘llash uchun, kuniga 1-2 marta (kuchsiz I)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Gidrokortizon atsetat - 0,1, 0,25, 1,0, 5,0% (tuba)	Sirtga qo‘llash uchun, kuniga 1-2 marta (kuchsiz I)	C https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.

Eslatma: Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi. Terini namlash uchun preparatlar (emulsiyalar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetik vositalar, 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.

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 imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi.

*** - O‘zRda ro‘yxatdan o‘tkazilgan kundan boshlab qo‘llaniladi**

2-jadval

Qo‘shimcha dori vositalari ro‘yxati (ishlatish ehtimoli 100% dan kam):

Dori guruhi	Dori vositalari	Ko‘rsatmalar	Dalillilik darajasi
Tizimli terapiya			
Antigistamin preparatlar (guruhdagi preparatlardan biri tanlanadi)	Setirizin - 10 mg (tab)	Kuniga 1 marta 10-15 kun	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076 /
	Xloropiramin -25 mg (tab)	kuniga 2 marta 10-15 kun	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
	Difengidramin - 1% eritma (amp)	kuniga 2 marta 10-15 kun	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
	Loratadin - 10 mg (tab)	Kuniga 1 marta 10-15 kun	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
	Dezloratadin - 5 mg (tab)	Kuniga 1 marta 10-15 kun	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19470076/
Dezintoksikatsion dori vositasi	natriy laktat, sorbit, natriy xlorid, kaliy xlorid, kalsiy xlorid, magniy xlorid	6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga preparat kasallikning og‘irlik darajasiga qarab tana vazniga 10 ml/kg dozada, 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga kasallikning og‘irlik darajasiga	C **https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment?fo**

	100 ml, 200 ml, 250 ml, 400 ml va 500 ml	qarab buyuriladi. 12 yoshdan kattalarga preparatning bir xil dozasi yuboriladi.	**rm=fpf**
Gepatoprotektorlar	Ademetionin	Tavsiya etiladigan doza 1 kg tana vazniga sutkasiga 10-25 mg ademetioninni tashkil etadi. Odatda sutkalik doza sutkasiga 1-2 tabletka (sutkasiga 400-800 mg ademetionindan) bo‘lib, sutkasiga 4 tabletkagacha (sutkasiga 1600 mg ademetioningacha) oshirilishi mumkin. Ta’siri odatda davolashning 7-14 kunida namoyon bo‘ladi va preparatni keyingi qo‘llashda ham saqlanib qoladi.	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Essensial fosfolipidlar	v/i sekin 1-2 ampula (5-10 ml), eritma bemor qoni bilan 1:1 nisbatda suyultiriladi. Preparatni suyultirish zarur bo‘lganda, infuzion yuborish uchun faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasi ishlatiladi. Ichga qo‘llash uchun. 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://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Oksimatrin	m/i 600 mg’dan, 600 mg’dan kuniga bir marta v/i, 100-250 ml 5% li glyukoza eritmasi yoki 0,9% li natriy xlorid eritmasida suyultiriladi. Vena ichiga tomchilab, daqiqasiga 60 tomchidan, kuniga bir marta yuboriladi. Ichishga 2 kapsuladan (0,2 g oksimatrin) kuniga 3 mahal. Zarur bo‘lganda kunlik dozani 3 kapsuladan kuniga 3 mahalgacha oshirish mumkin (bu 0,3 g oksimatringa teng).	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Antral	kuniga 3 marta ovqatdan keyin ichiladi, kattalar va 10 yoshdan katta bolalarga - har bir qabul uchun 200 mg’dan 4-10 yoshli bolalarga - har bir qabul uchun 100 mg’dan	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx

Vitaminlar	Sianokobalamin (B12 vitamini)	m/i yoki v/i 1 mg'dan har kuni 1-2 hafta davomida, ushlab turuvchi doza 1-2 mg m/i yoki v/i - haftasiga 1 martadan oyiga 1 martagacha.	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Piridoksin gidroxlorid (B6 vitamini)	m/i, preparat dozasini shifokor individual ravishda kuniga tana vazniga 1-2 mg/kg hisobidan tayinlaydi. Davolash kursi – 2 hafta.	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Riboflavin mononukleotidi (B2 vitamini)	Ichga qabul uchun: kattalarga - kuniga 5-10 mg; bolalarga - kuniga 1 marta 2-5 mg. Davolash davomiyligi 1-1,5 oy. M/i: 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://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Tiamin gidroxlorid (B1 vitamini)	m/i (chuqur) Preparatni yuborishni kichik dozalardan boshlash tavsiya etiladi (ko'pi bilan 0,5 ml 5% eritma) va faqat yaxshi ko'tara olganda yuqori dozalarga o'tish mumkin. Kattalarga 25-50 mg tiamin gidroxlorid (0,5-1 ml 5% li eritma) 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://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Alfa-lipoy kislotasi	Kattalar uchun v/i tomchilatib yuborish orqali kuniga 600 mg dozada kamida 30 daqiqa davomida. Kattalar va 14 yoshdan oshgan bolalarga 1 kapsuladan kuniga 1 mahal ovqatdan oldin ichiladi. Qabul davomiyligi - kamida 1 oy	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Alfa tokoferol atsetat	Ovqatdan keyin kuniga 50-100 mg dozada ichiladi (qabul qilish davomiyligi - 20-40 kun)	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a

			9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	A + E vitamini	ovqatdan keyin ichish uchun 100 mg Ye vitamini + kuniga 100 000 ME A vitamini dozasida (qabul qilish davomiyligi - 20-40 kun)	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Askorbin kislotasi (C vitamini)	ichga, mushak ichiga, vena ichiga 250-1000 mg/sut	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
Anabolik steroidlar	Inyeksiya uchun silabolinning moydagi eritmasi Inyeksiya uchun moyli eritma 25 mg/1 ml: amp.	M/i, moyli eritmada. Bir martalik dozasi - 25-50 mg (1 ml 2,5-5% li eritma). Umumiy doza bemorning tana vaznini hisobga olgan holda hisoblanadi: kattalar uchun - 1-1,5 mg/kg/oy, bolalar uchun - 1 mg/kg/oy'dan oshmasligi kerak. Bir oylik dozasi teng qismlarga bo'lib 2-4 marta, 7-14 kundan keyin yuboriladi. Davolash 1-2 oy davomida o'tkaziladi, keyinchalik 1 oy davomida tanaffus qilinadi. Ko'rsatmalar bo'lsa, davolash kurslari takrorlanadi.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4706909/
	Nandrolon Mushak ichiga yuborish uchun mo'ljallangan moyli eritma 50 mg/1 ml: amp.	Preparat m/i chuqur yuboriladi. Preparat dozasi individual ravishda belgilanadi. Kattalar uchun o'rtacha bir martalik doza har 3-4 haftada 25-50 mg'ni tashkil qiladi. Og'ir buyrak yetishmovchiligida, shu jumladan uremiya bilan, doza haftasiga 50 mg'ni tashkil qiladi. Bolalarga Retabolil har 3-4 haftada tana vazniga 400 mkg/kg dozada buyuriladi.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4706909/
	Rituksimab	375mg/m2 1 marta Hafta № Hafta	C https://www.bsmu.by/uploa

Biologik preparatlar			d/iblock/374/ol1te4dk2oo1e3bpyu6lcyoui5ydmu2k/20160523124807 9.pdf
Immunoglobulin	Oktagam 100 mg/ml 10% 100 ml	Oktagam (IVIg 2g/kg) 150 g (4, 8, 12, 16, 20, 24 hafta va keyinchalik 8 oy davomida oyiga 1 marta)	C https://www.dermatology.ru/translation/diagnostika-i-lechenie-gerpetiformnogo-dermatita
Anksiolitik va tinchlantiruvchi vosita	Gidroksizin	25 mg tabletkalar. Boshlang‘ich dozasi 25 mg, zarurat tug‘ilganda doza 4 marta (25 mg’dan sutkasiga 4 marta) oshirilishi mumkin.	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Valeriana ekstrakti	Ichga. Kattalar va 12 yoshdan katta bolalar - 1-2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin ichiladi. Davolash davomiyligi 2-4 hafta. Shifokor ko‘rsatmasi bilan takroriy davolash kurslarini o‘tkazish mumkin.	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx
	Adonis-brom	Ichga, 1 tab. Ovqatdan keyin kuniga 3 marta. Davolash kursi - 25-30 kun. Takroriy kurslarni o‘tkazishning maqsadga muvofiqligi shifokor tomonidan belgilanadi.	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/0a9/0a9f610ed61ff6f6f9f6543cd5827714.docx

Asoratlangan DGD ni davolash

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (ishlatilish ehtimoli 100% dan kam):

3-jadval

Farmakoterapevtik guruh	**DV XPN**	**Qo‘llash usuli**	**Dalillanganlik darajasi**
Ikkilamchi infeksiya bilan asoratlangan GD ni davolash uchun	fuzid kislotasi, 2% sirtga qo‘llash uchun	infeksiyalangan o‘choqlarga 7-14 kun davomida	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/10626

dermatologiyada qo‘llaniladigan antibiotiklar va mikroblarga qarshi vositalar tavsiya etiladi:	krem yoki 2% sirtga qo‘llash uchun maz	kuniga 3 marta surtish	40-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Betametazon dipropionat (1 mg) + gentamitsin sulfat (1 mg) + klotrimazol (10 mg) (tuba)	kuniga 1-2 marta tashqi	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Gidrokortizon (1 mg) + atamitsin 10 (mg) + neomitsin (3500 YED) (tuba)	kuniga 1-2 marta tashqi	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Betametazon (1 mg) + gentamitsin (1 mg) (tuba)	kuniga 1-2 marta tashqi	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	batsitratsin + neomitsin 250 ME/g + 5000 ME/mg	infeksiyalangan o‘choqlarga 7-14 kun davomida sutkasiga 2-3 marta surtish.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	Mupirotsin 2% sirtga qo‘llash uchun malham	zararlangan o‘choqlarga kuniga 2-3 marta, ko‘pi	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/10626

		bilan 10 kun davomida surtilishi kerak.	40-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	eritromitsin sirtga qo‘llash uchun malham (10000 ME/g)	infeksiyalangan o‘choqlarga sutkasiga 2-3 marta 7-14 kun davomida surtish	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	kumush sulfatiazol kremi	sirtga qo‘llash uchun 2% infeksiyalangan o‘choqlarga kuniga 2-3 marta 7-14 kun davomida surtish kerak.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	gidrokortizon + oksitetratsiklin maz, aerozol	infeksiyalangan o‘choqlarga kuniga 1-3 marta 7 kun davomida tashqi	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	tetratsiklin + triamsinolon aerozoli	sirtga qo‘llash uchun - infeksiyalangan o‘choqlarni aerozol oqimi bilan kuniga 1-3 marta, ballonni vertikal holatda, teridan 15-20 sm masofada ushlab, 7-10 kun davomida sepish kerak.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.

	betametazon + gentamitsin + klotrimazol kremi	sirtga qo‘llash uchun, sirtga qo‘llash uchun maz infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga sutkasiga 2 marta, kattalar va 2 yosh va undan katta bolalarga 7-14 kun davomida.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
	batsitratsin + neomitsin 250 ME/g + 5000 ME/mg	infeksiyalangan o‘choqlarga 7-14 kun davomida sutkasiga 2-3 marta surtish.	**(C)** https://emedicine.medscape.com/article/1062640-treatment#:~:text=Iodides%20may%20elicit%20or%20exacerbate,with%20a%20gluten%2Dfree%20diet%20.
Teri nuqsonlari (yoriqlar, ekskoriatsiyalar) bo‘lgan bemorlarga ekskoriatsiyalar va yoriqlar joylarida ikkilamchi infeksiyani bartaraf etish maqsadida, ayniqsa bolalarda, antiseptiklar va dezinfeksiyalovchi vositalar yoki boshqa davolash vositalari tavsiya etiladi.	borat kislota + rezorsin + fenol + fuksin eritmasi yoki tampon	shisha tayoqcha yordamida terining zararlangan joylariga sirtga surtish uchun kuniga 2-4 marta. Suyuqlik qurigach, ishlov berilgan joyga maz va pastalar surtish mumkin.	(C) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend
	metiltioniniy xlorid 1% li eritma.	mahalliy va sirtga qo‘llash uchun, [suvli], kattalar va bolalarga tug‘ilgan paytdan boshlab eritma tampon yoki shisha tayoqcha yordamida kuniga 2-3 marta yordamida zararlangan joylarga surtiladi.	(C) www.nrcii.ru/specialistam/klinrecommend/atopic_dermatitis
Qaytalanuvchi yoki tarqalgan bakterial infeksiyani davolash uchun tizimli ta’sirga ega antibakterial	amoksitsillin + klavulan kislotasi	kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga (massasi 40 kg va undan ortiq) plyonka qobiq bilan qoplangan	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/

preparatlar tavsiya etiladi:		tabletkalar, 250 mg + 125 mg 1 tabletkadan kuniga 3 marta yoki 875 mg + 125 mg - 1 tabletkadan kuniga 2 marta 5-14 kun davomida yoki kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga (massasi 40 kg va undan ortiq) bijillovchi tabletkalar - 500/125 mg'dan kuniga 3 marta 5-14 kun davomida, 2 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan yoki tana massasi 40 kg'dan kam bo'lgan bolalarga - 125/31,25 mg yoki 250/62,5 mg'dan kuniga 2400/600 mg dan oshmaydigan dozalarda, 3 qabulda 5-14 kun davomida.	
	Sefuroksim - 250 mg'dan	kattalar va 3 yosh va undan katta bolalarga 5-10 kun davomida kuniga 2 marta og'iz orqali	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/
	seftriakson – 1-2 g'dan	Sutkasiga, mushak ichiga yoki vena ichiga 12 yoshdan katta bolalarga (iloji boricha 2 marta har 12 soatda yuborish bilan), 2 haftagacha bo'lgan yangi tug'ilgan chaqaloqlarga - 20-50 mg/kg/sutka, 3 haftadan 12 yoshgacha bo'lgan bolalarga - 20-80 mg/kg/sutka 2 ta inyeksiyada	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/

	Atsiklovir, 200 mg tabletkalar	kattalar va 3 yoshdan katta bolalarga sutkasiga 5 marta ichiriladi. Davolash kursi 5 kun, ammo og‘ir infeksiyalarda uzaytirilishi mumkin.	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/
	Flukonazol 50 mg/100 mg kuniga 1 marta bemorning yoshini hisobga olgan holda	bolalarga 50 mg’dan kuniga 1 mahal ovqatdan keyin 4-7 kun davomida; kattalarga 100 mg’dan kuniga 1 mahal ovqatdan keyin 7-14 kun davomida	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/
Antiseptik vosita	Borat kislotasi 1-3%	Kasallik belgilari yo‘qolguncha kuniga 2-3 marta.	(C) https://www.rmj.ru/articles/khirurgiya/Mestnye_antiseptiki_v_xirurgicheskoy_praktike/#
	Metilen ko‘kning suvli eritmasi 1% 25ml	Kasallik belgilari yo‘qolguncha kuniga 2-3 marta.	(C) https://www.rmj.ru/articles/khirurgiya/Mestnye_antiseptiki_v_xirurgicheskoy_praktike/#
GD bilan og‘rigan bemorlarda endogen intoksikatsiya rivojlanganda enterosorbentlar, immunosorbentlar tavsiya etiladi	gidrolizli lignin + laktuloza tabletkalar	ichga kuniga 3 marta 3 yoshdan 5 yoshgacha bo‘lgan bolalarga 1 tabl. kuniga 3 mahal; 2 yoshdan 3 yoshgacha bo‘lgan bolalarga esa 1\2 tabl. kuniga 3 mahal. Qabul qilish kursi davomiyligi - 2 hafta.	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/
	faollashgan glaukonit 300 mg ichish uchun	Kattalarga 1 kapsuladan kuniga 3 marta ovqat paytida (kuniga 1,8 g). Kapsula xona haroratidagi suv bilan ichiladi. Qabul davomiyligi 30 kun.	(B). https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30390734/

		8 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga preparat 1 kapsuladan kuniga 1 mahal, 13 yoshdan 18 yoshgacha bo‘lgan bolalarga 1 kapsuladan kuniga 2 mahal 7-10 kun davomida ovqatdan 30 daqiqa oldin yoki ovqatdan 1 soat keyin buyuriladi. O‘tkir kasalliklarda davolash kursi 5 kun, allergiya va surunkali kasalliklarda 10 kungacha davom etadi. Takroriy kurs – shifokor tavsiyasiga ko‘ra 2 haftadan so‘ng.	

Tizimli ta’sir ko‘rsatuvchi antibakterial preparatlarni tayinlashdan oldin yiringli ajralmani aerob va fakultativ-anaerob mikroorganizmlarga mikrobiologik (kultural) tekshirish va qo‘zg‘atuvchini identifikatsiya qilish hamda terining toshma elementlari ajralmasini antibakterial va zamburug‘larga qarshi preparatlarga sezuvchanlikka mikrobiologik (kultural) tekshirish lozim. Mikrobiologik tekshiruv natijalari olingunga qadar ko‘p hollarda eng ko‘p uchraydigan qo‘zg‘atuvchilarga, birinchi navbatda, S. Aureus’ga nisbatan faol bo‘lgan keng ta’sir doirasiga ega antibakterial preparatlar bilan davolash boshlanadi. Penitsillinlarning kombinatsiyalari, shu jumladan beta-laktamaza ingibitorlari bilan kombinatsiyalar, birinchi yoki ikkinchi avlod wefalosporinlari, makrolidlar, kattalarda ftorxinolonlar yuqori samaradorlik bilan qo‘llaniladi.

Eslatma: Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.
Terini namlash uchun preparatlar (emulsiyalar), 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 zaruratga ko‘ra qo‘llanilishi mumkin.
Agar ma’lum bir guruhdagi zarur dori statsionarda qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda 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 imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi.
Bolalarni sirtqi davolash uchun krem ko‘rinishidagi dori shakllari va monokomponentli tashqi vositalar afzalroqdir: dermatologiyada qo‘llaniladigan glyukokortikoidlar, dermatitni davolash uchun preparatlar, ko‘p komponentli tashqi dori vositalari – antibiotiklar bilan birgalikda glyukokortikoidlar yoki boshqa dorilar bilan birgalikda glyukokortikoidlar faqat bakterial va/yoki zamburug‘li infeksiya klinik va/yoki laborator tasdiqlanganda buyuriladi. Ko‘p komponentli tashqi preparatlarni asossiz qo‘llash bolalarda topik dori vositasi komponentlariga qo‘shimcha sensibilizatsiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin.

Tibbiy muassasaga yotqizish uchun ko‘rsatmalar: kunduzgi va kechayu kunduz ishlaydigan statsionar:

Ambulatoriya sharoitida davolanishning samarasizligi: Agar uyda davolanish kutilgan yaxshilanishga olib kelmasa, terapiyani to‘g‘rilash yoki yanada batafsil tekshiruv o‘tkazish uchun kasalxonaga yotqizish zarur bo‘lishi mumkin.
Yangi toshmalarning paydo bo‘lishi: To‘satdan yangi zararlanish o‘choqlarining paydo bo‘lishi kasallikning zo‘rayishini yoki asoratlar rivojlanishini ko‘rsatishi mumkin, bu esa statsionar kuzatuvni talab qiladi.
Ikkilamchi infeksiya: Agar shikastlanish sohasida infeksiya rivojlansa (yiringli ajralmalar, qizarish, harorat ko‘tarilishi), bu antibakterial terapiya o‘tkazish uchun kasalxonaga yotqizish uchun ko‘rsatma hisoblanadi.
Kasallikning og‘ir kechishi: Kamdan kam hollarda, gerpetik dermatitning juda og‘ir kechishida, teri va shilliq pardalarning shikastlanishlari juda keng va og‘riqli bo‘lganda, intensiv terapiya o‘tkazish va simptomlarni yengillashtirish uchun kasalxonaga yotqizish talab qilinishi mumkin.

Chiqarish uchun ko‘rsatmalar:

Yangi toshmalar bo‘lmasligi: Muayyan vaqt davomida (masalan, bir necha kun yoki hafta) yangi qavariqlar, pufakchalar yoki qichishadigan dog‘lar paydo bo‘lmasligi kerak.
Qichishish va yallig‘lanish kamaytishi: Qichishish sezilarli darajada kamayishi va teri yallig‘lanishi pasayishi kerak.
Barqaror umumiy holat: Bemor o‘zini yaxshi his qilishi, holsizlik yoki boshqa yondosh alomatlar kuzatilmasligi kerak.
Davolash samaradorligi: O‘tkazilayotgan terapiya (dori-darmon va/yoki parhez terapiyasi) yetarlicha samara berishi kerak va keyingi davolash ambulator sharoitda o‘tkazilishi mumkin.
Shifokor tavsiyalarini bajarish: Bemor keyinchalik terini parvarish qilish va parhezga (masalan, glyutensiz) rioya qilish bo‘yicha shifokor tavsiyalarini bajarishga tayyor bo‘lishi kerak.
Chiqarish to‘g‘risidagi qarorga ta’sir qiluvchi qo‘shimcha omillar:
Asoratlar yo‘q: Toshmalar, yiringli asoratlar va teri bilan bog‘liq boshqa muammolarning ikkilamchi infeksiyalanishi yo‘q.
Bemorning ruhiy tayyorgarligi: Bemor o‘zini o‘zi parvarish qilishga va shifoxonadan tashqarida tavsiyalarga rioya qilishga tayyor bo‘lishi kerak.

Jarrohlik aralashuvi: yo‘q.

“DYURINGNING GERPETIFORM DERMATITI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOSHKENT - 2025

2.1. Kirish

Gerpetiform dermatit (GD) – kam uchraydigan, ko‘proq Shimoliy Yevropa aholisida uchraydigan dermatoz. Shimoliy Yevropada o‘tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar ma’lumotlariga ko‘ra, turli mamlakatlarda GD bilan kasallanish yiliga 100 000 aholiga 0,4 dan 3,5 holatgacha, tarqalishi esa 100 000 aholiga 1,2 dan 75,3 holatgacha o‘zgarib turadi.

Odatda kasallik 30-40 yoshda boshlanadi, ammo bolalik va keksalik davrida rivojlanishi mumkin. Erkaklar ayollarga qaraganda ko‘proq kasallanadi; erkaklar va ayollar kasallanishining nisbati 1,1:1 dan 1,9:1 gacha o‘zgarib turadi.

Medikamentoz davolash.

B	Sulfonli (lepraga qarshi) preparatlar **Dapson - 50 mg (tabl.)** 50-100 mg’dan kuniga 2 marta 5-6 kunlik sikllar bilan 1 kunlik tanaffus bilan, kurs – 3-5 sikl va undan ko‘p. Maksimal sutkalik dozasi 300 mg’gacha. Kasallikning klinik ko‘rinishlari yo‘qolganidan so‘ng - ushlab turuvchi dozada - kunora 50 mg yoki haftasiga 1-2 marta. Bolalarga - boshlang‘ich dozada 2 mg/kg/sut, zarur bo‘lganda doza oshiriladi, so‘ngra iloji boricha tezroq eng past samarali qo‘llab-quvvatlovchi dozagacha kamaytiriladi. Dapson bilan davolash, ayniqsa jigar va buyrak funksiyasini sinchkovlik bilan laborator nazoratni talab qiladi. Nojo‘ya ta’sirlar, ayniqsa gemoliz rivojlanishi mumkin. **Ehtiyot choralari:** Davolash bemorni doimiy kuzatuv ostida amalga oshiriladi, bu quyidagilarni o‘z ichiga oladi: qondagi ALT va AST faolligini aniqlash (davolashdan oldin va davriy ravishda, progressiv jigar shikastlanishi belgilari paydo bo‘lganda davolash to‘xtatiladi), qondagi azot, mochevina va kreatinin miqdorini aniqlash (vaqti-vaqti bilan buyrak faoliyati buzilgan bemorlarni davolash paytida dozani kamaytirish yoki anuriya rivojlanganda preparatni bekor qilish mumkin); trombotsitlar va retikulotsitlar sonini aniqlashni o‘z ichiga olgan klinik qon tahlilini o‘tkazish (davolashdan oldin, har oy 1-3 oy davomida va keyinchalik har yarim yilda bir marta; leykotsitlar, trombotsitlar, gematokritlar soni sezilarli darajada kamayganda yoki retikulotsitlar soni ko‘payganda preparatni bekor qilish va bemorni sinchkovlik bilan kuzatish zarur); qondagi glyukoza-6-fosfatdegidrogenaza (yuqori xavfli bemorlarda davolashdan oldin) va qondagi metgemoglobin (sianoz, bosh aylanishi, charchoq, bosh og‘rig‘i yoki nafas qisishi bo‘lgan bemorlarda zarur) faolligini aniqlash. OIV infeksiyasi bilan og‘rigan bemorlarda terapiyaning dastlabki 2-3 haftasi davomida klinik qon tahlillari har 2-3 kunda o‘tkazilishi kerak. Glyukoza-6-fosfatdegidrogenaza yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlarda gemolitik ta’sirlarning kuchayishi ehtimoli tufayli (dozalarni o‘zgartirish kerak bo‘lishi mumkin) alohida ehtiyotkorlik talab etiladi. Metgemoglobin darajasi 20% ga oshganda preparat bekor qilinadi, 30% ga oshganda (klinik simptomlar mavjudligi bilan birgalikda) - metilen ko‘kini qo‘llash maqsadga muvofiqligi ko‘rib chiqiladi.
C	Sulfanilamid preparatlar Sulfasalazin - 500 mg (tabl.) Peroral kuniga 1-2 g dozada Sulfasalazin bilan davolashning eng ko‘p uchraydigan nojo‘ya ta’sirlari - ko‘ngil aynishi, qusish va ishtahaning yo‘qolishi - preparatning ichakda eriydigan shakllarini buyurish orqali oldi olinadi. Sulfasalazinni dori-darmonlar bilan qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomada gerpetiform dermatit preparatni qo‘llash ko‘rsatmalariga kiritilmagan.
C	Sulfapiridin (yoki variant sifatida sulfasalazin) dapsonni ko‘tara olmaydigan bemorlar uchun muqobil hisoblanadi.

	Kattalarga, 0,25 - 1 g’dan kuniga 4 marta ichiladi, yaxshilangandan so‘ng doza asta-sekin minimal samarali darajagacha kamaytiriladi. Maksimal dozasi 6 g/sut. Sulfapiridin agranulotsitozga olib kelishi mumkin.

Dapson yoki sulfapiridin qabul qilayotgan bemorlarda terapiya boshida umumiy qon tahlili (OAK) o‘tkazilishi kerak. Keyinchalik umumiy qon tahlili 4 hafta davomida har hafta, so‘ngra 8 hafta davomida har 2-3 haftada, keyin har 12-16 haftada o‘tkaziladi.

Bemorlarga qat’iy glyutensiz parhez ham buyuriladi. Dastlabki terapiyadan so‘ng va kasallik barqarorlashgandan so‘ng, bemorlarning aksariyati dori-darmon terapiyasini to‘xtatishi va glyutensiz parhezga rioya qilishi mumkin, ammo bu bir necha oy yoki yillar davom etishi mumkin. Glyutensiz parhez, shuningdek, enteropatiyada yaxshilanishni maksimal darajaga oshiradi va unga 5-10-yil davomida qat’iy rioya qilinsa, limfoma xavfini kamaytiradi.

DGDni davolashning asosiy usuli qat’iy umrbod parhez terapiyasi bo‘lib, u tashxis tasdiqlangandan so‘ng barcha bemorlar tomonidan boshlanishi kerak. Diyetoterapiya bug‘doy, arpa, javdar va ushbu boshoqli o‘simliklar mavjud bo‘lgan barcha mahsulotlardan doimiy voz kechishni anglatadi. DGD da sulining xavfsizligi ikkita qisqa muddatli tadqiqot va bitta uzoq muddatli kuzatuv davomida isbotlangan. Hozirgi vaqtda ko‘plab mamlakatlarda GFD doirasida suli iste’moliga ruxsat berilgan. Biroq suli boshqa boshoqli o‘simliklar tarkibidagi glyuten izlari bilan osongina ifloslanishi mumkin, shuning uchun faqat toza, ifloslanmagan sulini ishlatishga e’tibor berish kerak. Finlyandiyada 20-yildan beri ifloslanmagan suli mahsulotlari mavjud va GD bilan og‘rigan bemorlarning 82 foizi muntazam ravishda suli yormasini iste’mol qiladi. Ovqat ratsioniga sulini kiritish kunlik kletchatka iste’molini oshirishga yordam beradi. Qat’iy ovqatlanish rejimiga rioya qilish ratsiondagi barcha ruxsat etilgan mahsulotlar haqida keng bilimlarni talab qiladi, shuning uchun birinchi marta GD tashxisi qo‘yilgan barcha bemorlarga diyetolog tomonidan ovqatlanish bo‘yicha tavsiyalar berilishi kerak. Bundan tashqari, seliakiya bilan kasallangan bemorlarni o‘qitish va tashkilot tomonidan qo‘llab-quvvatlash bemorlarga GFD ga rioya qilish va unga sarflanadigan xarajatlarni boshqarishga yordam beradigan muhim omillardir. Agar qat’iy parhezga rioya qilinsa, GDda toshma va qichishish asta-sekin yo‘qoladi. Simptomlar susayishni boshlagunga qadar bir necha haftadan bir necha oygacha vaqt o‘tishi mumkin va ulardan to‘liq xalos bo‘lishga o‘rtacha 2-yilda erishiladi. Papillyar dermadan to‘plangan IgA va TG3 ning yo‘qolishi yanada uzoqroq davom etadi va bemorlar bir necha yil davomida qat’iy GFD doirasida simptomsiz davolanganidan keyin ham teri immun to‘plamlari saqlanib qoladi [78]. DG da mavjud bo‘lgan yaqqol oshqozon-ichak simptomlari odatda bir necha hafta ichida o‘tib ketadi va qon zardobidagi IgA sinfiga mansub TG2 ga qarshi autoantitanalar 1-3-yil ichida yo‘qoladi, bu ingichka ichak vorsinkalari atrofiyasi o‘tib ketganligini ko‘rsatadi. GFD ni davolash paytida antitanachalarning doimiy yuqori yoki navbatma-navbat darajasi glyuten iste’molining davom etayotganini ko‘rsatadi, bu parhezdagi noma’lum buzilishlar yoki rejimga yetarlicha rioya qilmaslik natijasi bo‘lishi mumkin.

Boshqa davolash usullari

Plazmaferez	Kasallikning klinik shakli, og‘irlik darajasi va dinamikasiga qarab individual ravishda
NILI	Yo‘riqnomaga muvofiq 10-15 kun
Ozonoterapiya	Yo‘riqnomaga muvofiq 10-15 kun

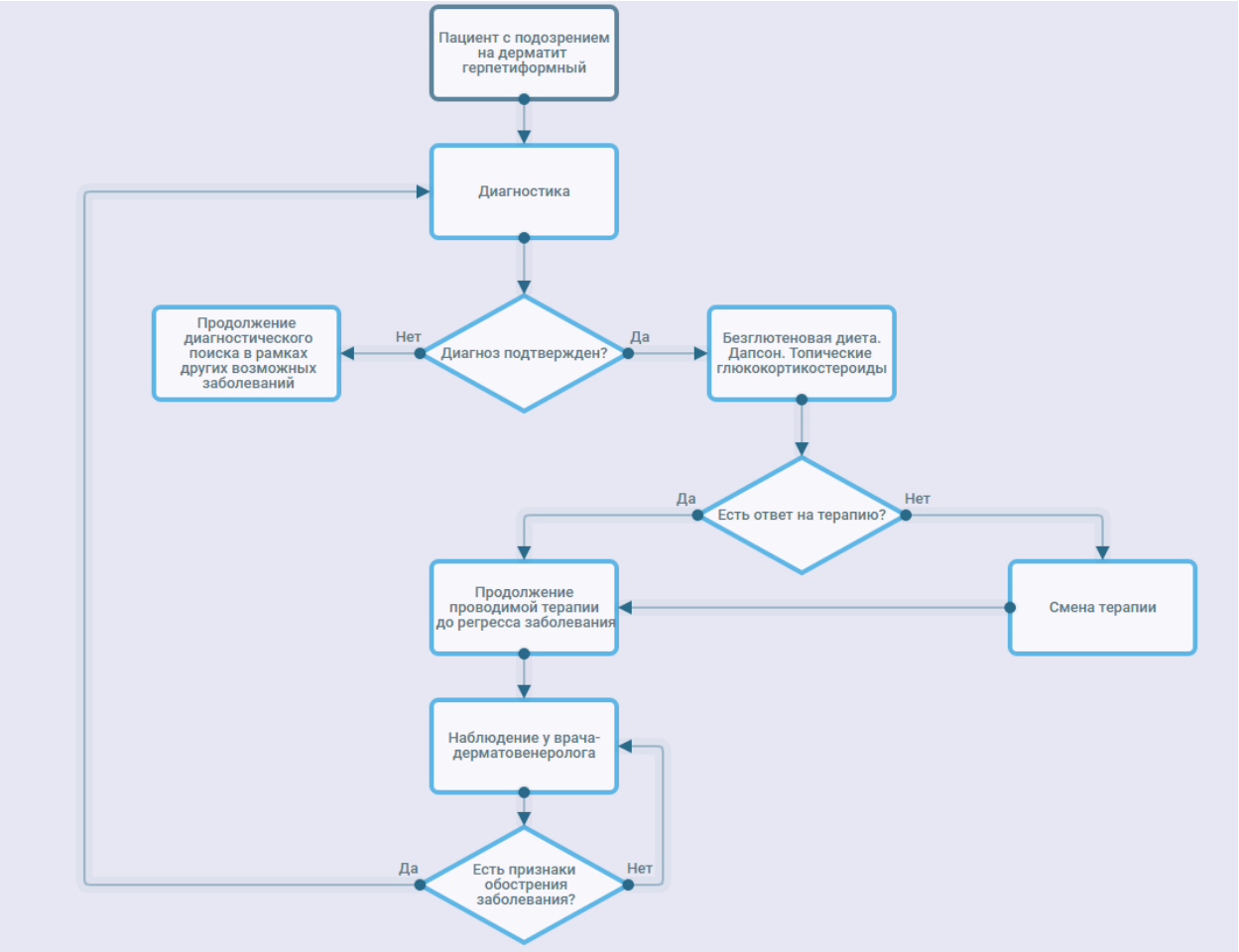
Tibbiy yordam ko‘rsatishni tashkil etish

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko‘rsatish doirasida uchastka terapevt-shifokorlari, uchastka pediatr-shifokorlari, umumiy amaliyot shifokorlari bemorlarda terida toshmalar, GD alomatlari yoki belgilari aniqlanganda, bemorni birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy-sanitariya yordami ko‘rsatish uchun dermatovenerologiya yo‘nalishidagi tibbiyot tashkilotiga yuboradi.

Birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy-sanitariya yordami doirasida tibbiy yordam ko‘rsatish imkoniyati bo‘lmaganda va tibbiy ko‘rsatmalar mavjud bo‘lganda bemor ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko‘rsatuvchi tibbiyot tashkilotiga yuboriladi.

Ixtisoslashtirilgan, shu jumladan yuqori texnologik tibbiy yordam shifokor-dermatovenerologlar tomonidan statsionar sharoitlarda ko‘rsatiladi.

Shifokorning harakat algoritmlari



DGDga gumon qilingan patsiyent

Tashxislash

Boshqa ehtimoliy kasalliklar doirasida tashxis qidiruvini davom ettirish	Yo‘q	Tashxis tasdiqlandimi?	Ha	Glyutensiz parhez. Dapson. Mahalliy glyukokortikosteroidlar

Kasallik regress qilgungacha davolashni davom ettirish	Ha	Davolashga javob bormi?	Yo‘q	Davolashni almashtirish

Shifokor-dermatovenerolog nazoratida bo‘lish

Ha Kasallikning o‘tkirlashish belgilari bormi? Yo‘q

“DYURINGNING GERPETIFORM DERMATITI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOSHKENT - 2025

3.1.Kirish

Gerpetiform dermatit (GD) – kam uchraydigan, ko‘proq Shimoliy Yevropa aholisida uchraydigan dermatoz. Shimoliy Yevropada o‘tkazilgan epidemiologik tadqiqotlar ma’lumotlariga ko‘ra, turli mamlakatlarda GD bilan kasallanish yiliga 100 000 aholiga 0,4 dan 3,5 holatgacha, tarqalishi esa 100 000 aholiga 1,2 dan 75,3 holatgacha o‘zgarib turadi.

Odatda kasallik 30-40 yoshda boshlanadi, ammo bolalik va keksalik davrida rivojlanishi mumkin. Erkaklar ayollarga qaraganda ko‘proq kasallanadi; erkaklar va ayollar kasallanishining nisbati 1,1:1 dan 1,9:1 gacha o‘zgarib turadi.

Qo‘shimcha ma’lumotlar (jumladan, kasallik yoki holatning natijasiga ta’sir qiluvchi omillar)

Bemorlarning terapiyaga va parhezga amal qilayotganini nazorat qilish maqsadida va bemorlarda seliakiyaning kuchayishi va gerpetiform dermatit bilan bog‘liq autoimmun kasalliklar, shu jumladan qalqonsimon bezning shikastlanishi rivojlanishi ehtimoli tufayli bemorlarning ahvolini kuzatish zarur, bu tashxis qo‘yilgandan so‘ng 6 oydan keyin terapevt va diyetolog shifokorlar tomonidan bemorlar bilan maslahatlashuvlar o‘tkazishdan iborat bo‘lib, keyinchalik yiliga 1 marta amalga oshiriladi [16].

Bemorlarni davolash jarayonida o‘tkazilayotgan tizimli terapiyaning samaradorligi va xavfsizligini muntazam ravishda baholash zarur.

Profilaktika va dispanser kuzatuvi

Gerpetiform dermatitning birlamchi profilaktikasi ishlab chiqilmagan. Ikkilamchi profilaktika chorasi gerpetiform dermatit va glyutenli enteropatiya (seliakiya) bilan og‘rigan bemorlarda glyutensiz parhezga rioya qilishdir.

Profilaktika va dispanser kuzatuvi, tibbiy ko‘rsatmalar va profilaktika usullarini qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar

- DGD bilan og‘rigan bemorlarga DGD kuchayishining oldini olish bo‘yicha chora-tadbirlar (stresslar, shamollash kasalliklarining oldini olish, tanadagi surunkali infeksiya o‘choqlarini tozalash, glyutensiz parhezga rioya qilish) tavsiya etiladi [3,5,7].
- Yashash joyida dermatolog tomonidan dispanser kuzatuvi (bu jarayonda qo‘llab-quvvatlovchi terapiya, o‘tkazilayotgan davolashning nojo‘ya ta’sirlarini kamaytirish, parhez monitoringi, psixologik yordam masalalari hal etiladi).[3]

Keyinchalik nazorat:

Yashash joyida dermatolog tomonidan dinamik kuzatuv olib borish, bu jarayonda qo‘llab-quvvatlovchi terapiya masalalari hal qilinadi, davolanishdan kelib chiqadigan nojo‘ya ta’sirlarni kamaytirish, doimiy asosiy teri parvarishini amalga oshirish, qo‘zg‘atuvchi omillarni bartaraf etish. [3]

Adabiyotlar ro‘yxati

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/

Gerpetiform dermatitni boshqarishda amaliy ko‘nikma va malakalar.

(task shifting)

	Amaliyotchi hamshira	BTYo Oilaviy shifokor (bakalavr)	Tor mutaxassis
Shikoyat va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish qobiliyatini namoyish etish		+	+
Bemordan kasallik anamnezini yig‘ishda simptomlar haqidagi bilimlarni qo‘llash.		+	+
Teri-tanosil kasalliklari bilan og‘rigan bemorlarning to‘liq tibbiy anamnezi		+	+
Fizikal ko‘rik			
- Yadasson yod sinovi: Teriga kaliy yodid mazli bog‘lam qo‘yiladi. 24-48 soatdan keyin xarakterli toshmalar va qizarishning paydo bo‘lishi reaksiyaning musbatligini ko‘rsatadi va tashxisni tasdiqlaydi. **- Pufakchalar tarkibini tahlil qilish:** Terida pufakchalar mavjud bo‘lganda, tarkibida eozinofillar mavjudligini tekshirish mumkin, ammo bu usul har doim ham ma’lumotli emas, chunki pufakchalar har doim ham Dyuring dermatitiga xos emas.			+
Tashxis qo‘yish			
Sitologik tekshiruv: eozinofiliya pufakchalari tarkibidagi eozinofillar miqdorini aniqlash (30-50%); **Teri bioptatini gistologik tekshirish** (bo‘shliq-pufakni o‘z ichiga olgan yangi shikastlanish o‘chog‘idan olingan): bo‘shliqning subepidermal joylashuvini aniqlash va unda teri bioptatidagi fibrin, neytrofil va eozinofil leykotsitlar miqdorini aniqlash; **PIF:** teri bioptatida dermaning so‘rg‘ichsimon qavatida A sinf immunoglobulinning donador to‘plamlarini aniqlash;			+
Asosiy laboratoriya tashxisi			

Asosiy laboratoriya tahlillarining maqsadi:		+	+
Umumiy qon tahlili (gemoglobin, gematokrit + leykotsitar formula + ECHT)		+	+
Zaxm skrining tekshiruvlari (14 yoshdan katta)		+	+
Sitologik tekshiruv: eozinofiliya pufakchalar tarkibidagi eozinofillar miqdorini aniqlash;			+
Qo‘shimcha laboratoriya tashxisi			
Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Imunoblot IgG va IgM			+
Umumiy siydik tahlili			+
Umumiy axlat tahlili			+
Biokimyoviy tadqiqotlar majmuasi			+
Infeksiyalarni IFA, IXLA, IFlA va PSR usulida tekshirish			+
Gistologik tekshiruv			+
Immunogistokimyoviy tadqiqotlar			+
Qo‘shimcha instrumental tadqiqotlar			
Teri holatini tashxislash-dermatoskopiya			+
Gerpetiform dermatitni davolash			
Qo‘tirni dori-darmonsiz davolashni tayinlash kompetensiyasi (15-bet)	+	+	+
Qo‘tirni medikamentoz davolashni tayinlash kompetensiyasi (16-29-betlar)		+	+

Gerpetiform dermatitning oldini olish			
Bemorlarga qat’iy glyutensiz parhez ham buyuriladi	+	+	+
Dori-darmonlar bilan davolashga rioya qilishni yaxshilash bo‘yicha kompetensiyalar		+	+

Asosiy tor mutaxassis - dermatovenerolog.

* Bu kompetensiyalarga hamshiralarni tayyorlash orqali erishish mumkin.

Gerpetiform dermatitni boshqarish bo‘yicha kompetensiyalar

	Amaliyotchi hamshira	**BTYo Oilaviy shifokor (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Gerpetiform dermatit tavsifi		+	+
Shikoyatlarning simptomatik tavsifi		+	+
Patofiziologik mexanizmlar tavsifi			+
Gerpetiform dermatitning etiologiyasi, belgilari va tekshiruvlari (asosiy laborator-instrumental tekshiruvlar) asosida tashxis qo‘yishga yondashuvni yaratish.		+	+
Asosiy tahlillarni talqin qilish		+	+
Uchuqsimon dermatitni davolashga yondashuvni shakllantirish		+	+
Gerpetiform dermatitning dori-darmonsiz terapiyasini tavsiflang.	+	+	+
Gerpetiform dermatitning medikamentoz terapiyasini aytib bering.			+
Gerpetiform dermatitda qo‘llaniladigan turli preparatlarning ta’sir mexanizmi, ko‘rsatmalari va nojo‘ya ta’sirlarini muhokama qiling.			+
Gerpetiform dermatit rivojlanishining patofiziologik mexanizmlarini muhokama qiling.			+

Asosiy tor mutaxassis - dermatovenerolog shifokor.