O‘zbekiston Respublikasi
Sog’liqni saqlash vazirining
2026- yil "22 " maydagi
176-sonli buyrug‘iga
ilova

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

«BULLYOZ PEMFIGOIDI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT 2026

TASDIQLAYMAN»
O‘zR SSV RIDVvaKIATM
direktori v.b.
Sabirov U.Y.
«16» fevral 2026yil.

«BULLYOZ PEMFIGOIDI»
NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2026

«BULLYOZ PEMFIGOIDI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI

1. Kirish qismi

XKT-10/11 bo‘yicha kodlar:

L12.0	BULLYOZ PEMFIGOIDI	EB41.0	BULLYOZ PEMFIGOIDI
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11053		https://mkb-11.com/index.php?id=EB41

Protokol ishlab chiqilishi va qayta ko‘rilishi sanasi: 2026 yil, protokolni qayta ko‘rib chiqish sanasi 2029 y. yoki yangi asosiy dalillar paydo bo‘lganda. Barcha taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan o‘zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

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

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

1.	Sabirov U.Y.	Markaz direktori, t.f.d., professor	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
2.	Kurbanova N.K.	Dermatovenerolog shifokor, t.f.n.	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
3.	Yuldashev K.A.	Dermatovenerolog shifokor, t.f.d., professor	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
4.	Tashpulatov Sh.Sh.	Dermatovenerolog shifokor, t.f.n.	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
5.	Ibragimova G.R.	Dermatovenerolog shifokor, t.f.n.	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”

Taqrizchilar:

1. Senan Karimov - Shifokorlar malakasini oshirish instituti dermatovenerologiya kafedrasi mudiri, t.f.d., Ozarbayjon, Boku shahri
2. Raxmatov Temur Pulatovich - Dermatovenerolog shifokor, t.f.n. O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”

Texnik ekspert baho va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – t.f.d., direktorning davolash ishlari bo‘yicha o‘rinbosari, klinika bosh shifokori.

2. Djalilov Dilshod Sayfullaevich – t.f.n., direktorning ilmiy ishlar bo‘yicha o‘rinbosari.

Mazkur klinik protokol va standartlar O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni saqlash vazirning birinchi o‘rinbosari O.S.Imamov, Tibbiy sug‘urtani joriy etish boshqarmasi, Standartlar va klinik qo‘llanmalarni ishlab chiqish va joriy qilish boshqarmasi boshchiligida, Standartlar va klinik qo‘llanmalarni ishlab

chiqish va joriy qilish boshqarmasi bosh va yetakchi mutaxassislari tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Muhokama protokolidan olingan sana va raqam:

O‘zR SSV RIDVvaKIATM Ilmiy kengashi 26.02.2026 dagi №2 protokolidan ko‘chirma

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatovenerolog shifokorlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pediatrlar;
4. Laboratoriya shifokorlari;
5. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
6. Klinik farmakologlar;
7. Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, doktorantlar, tibbiyot oliygohlari o‘qituvchilari;
8. Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a'zolari va ularga g‘amxo‘rlik qiluvchilar.

Ushbu protokol mazkur nozologiyaning zamonaviy diagnostika va davolash usullarini sog‘liqni saqlash amaliyotiga keng joriy etish uchun asosdir.

Ushbu nozologiya bo‘yicha bemorlar toifasi: Bullyoz pemfigoidi bilan kasallangan bemorlar tekshiruvga jalb qilinadi.

Dalillarga asoslangan tibbiyot bo‘yicha dalillik darajasi shkalasi.
Diagnostika usullari uchun dalillik darajasini baholash shkalasi
(diagnostik aralashuvlar)

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

Profilaktik, davolash, reabilitasion aralashuvlar uchun dalillar ishonarliligi darajalarini baholash shkalasi

DID	Sharhi
1	Meta-tahlil qo‘llangan RKTlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
2	Aloxida RKT va meta-tahlil qo‘llanilgan RKTlardan tashqari, har qanday dizaynga ega tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.

3	Randomizirlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasining tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqotlari.
5	Faqat aralashuvning ta'sir mexanizmining asoslantirilishi (klinika oldi tadqiqotlar) yoki mutaxassislar fikri mavjud.

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

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

Mundarija

“BULLYOZ PEMFIGOIDI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI ……4

“BULLYOZ PEMFIGOIDI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI …….……..31

“BULLYOZ PEMFIGOIDI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....37

Qisqartmalar ro‘yxati

XKT	Xalqaro kasalliklar tasniflanishi
DV XPN	Dori vositalarining xalqaro patentlanmagan nomlanishi
BP	Bullyoz pemfigoidi
IVIg	vena ichi immunoglobulini
GKS	Glyukokortikosteroid vositalar
IgG	G sinf immunoglobulini
GMBV	Gen-muhandislik biologik vositasi
MPR	mikropresipitasiya reaksiyasi
KBR	komplement bog‘lovchi reaksiya
IFR	immunofluoressensiya reaksiyasi
IXA	immunoxromatografik analiz
OTIR	oqish treponema immobilizasiya reaksiyasi
PGAR	passiv gemagglyutinasiya reaksiyasi
ANA	antinuklear antitanalar
CRO	C-reaktiv oqsil
LLLT	pastintensiv lazer terapiyasi (Low-Level Laser Therapy)
YuUTT	yuqorichastotali ultratovush tekshiruvi
UTT	Ultratovush tekshiruvi
IXLA	immunoxemilyuminessent analiz
IFlA	immunoflyuoressent analiz
IFA	immunoferment analiz
PZR	Polimeraz zanjirli reaksiya
OIV	odam immunodefisit virusi
m/o	mushak orasiga
v/i	vena ichiga
t/o	teri ostiga
mg	milligramm
kg	kilogramm
PILN	pastintensiv lazer nurlanishi
TIF	To’g’ri immunoflyuoressensiya

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish

Bullyoz pemfigoidi — bu terining surunkali autoimmun bullyoz kasalligi bo‘lib, asosan yoshi katta shaxslarda uchraydi va eritema yoki o‘zgarmagan teri fonida tarang pufaklar paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Patogenez asosida epidermis bazal membranasi komponentlariga qarshi autoantitanalar ishlab chiqarilishi yotadi, bu esa epidermis osti sohasida pufaklarning shakllanishi va yallig‘lanishga olib keladi. Kasallik uning klinik kechishi turlicha bo‘lishi, asoratlar xavfi va hayot sifatiga ta'siri bilan ajralib turadi, bu esa uning diagnostikasi va davolashida standartlashtirilgan yondashuvni talab qiladi. Epidemiologik ma'lumotlarga ko‘ra, bullyoz pemfigoidi kam uchrovchi kasalliklar guruhiga kiradi: dunyo bo‘yicha umumiy aholida yiliga million kishiga taxminan 2 dan 23 gacha yangi holatlar qayd etiladi, 80 yoshdan katta shaxslarda esa bu ko‘rsatkich ancha yuqori. Hozirda ushbu nozologiya bo‘yicha diagnostik holatlar sonining ortishi kuzatilib, bu holat aholi orasida yoshi katta shaxslar ulushining ko‘payishi va

tashxislash usullarining yaxshilanishi bilan bog‘liq. Kasallikning uchrash extimoli yosh katta bo‘lishi bilan ortib, 100 000 ta yoshi katta insonlar orasida o‘nlab holatlarga etishi mumkin.
file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/fmed-05-00220.pdf

2.2 Ta’rif

Bullyoz pemfigoidi (bullous pemphigoid) —terining autoimmun kasalligi bo‘lib, u yarimdesmosoma komponentlariga (BP180 va BP230 antigenlariga) qarshi autoantitanalar ishlab chiqilishi natijasida yuzaga keladi va subepidermal pufaklar paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi. [1]

2.3. Etiologiyasi va epidemiologiyasi

Ko‘p holatlarda bullyoz pemfigoidi rivojlanishi hech qanday qo‘zg‘atuvchi omil bilan bog‘liq emas. Bullyoz pemfigoidi bilan kasallangan bemorlarning ayrimlarida teridagi toshmalar paydo bo‘lishi dorilar qabul qilinishi, jismoniy omillar ta'siri yoki virusli infeksiyalar bilan bog‘liq. Bullyoz pemfigoidining rivojlanishi penisillamin, penisillinlar va sefalosporinlar, kaptopril va boshqa angiotenzin-aylantiruvchi ferment ingibitorlari; furosemid, aspirin va boshqa nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar, nifedipin kabi dori vositalari bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Bullyoz pemfigoidining rivojlanishi grippga qarshi vaksina, qoqsholga qarshi anatoksin yuborilishidan keyin ham kuzatilgan holatlar ma'lum. Jismoniy omillar ta'siri — ultrabinafsha nuri, nur terapiyasi, termik va elektr kuyishlar, jarrohlik muolajalardan keyin ham bullyoz pemfigoidi rivojlangan holatlar tasvirlangan. Shuningdek, virusli infeksiyalar (B va C gepatit viruslari, sitomegalovirus, Epshteyn-Barr virusi) bullyoz pemfigoidining rivojlanishiga sabab bo‘lishi mumkinligi taxmin qilinmoqda [1–3]. Bullyoz pemfigoid rivojlanishi BP180 (kollagen XVII turi) va BP230 oqsillariga qarshi IgG autoantitanalar ishlab chiqilishi natijasida yuzaga keladi, bu oqsillar teri bazal membranasi strukturasidagi yarimdesmosomalar tarkibiga kiradi [4].

2.4. Tasnifi

- **Generallashgan bullyoz:** Eng ko‘p uchraydigan turi — bo’g‘imlar sohasida va tanada katta pufaklar paydo bo‘lishi bilan kechadi.
- **Vezikulyar (urtikar):** Kamroq uchraydi, shish va qizarish fonida mayda pufakchalar paydo bo‘ladi, ba'zan pufaklarsiz kechishi mumkin.
- **Vegetasiyalanuvchi:** Burmalarda pilakchalar bilan namoyon bo‘ladigan kam uchrovchi shakl.
- **Eritrodermik:** Juda kam uchraydi, psoriaz yoki dermatitni eslatadi.
- **Tugunchali (tugunli):** O‘ta kam uchrovchi turi bo‘lib, tugunli qo‘tir kasalligiga o‘xshaydi, kuchli qichishish bilan kechadi.
- **Og‘irligi bo‘yicha:** Yengil (sutkasiga 10 dona pufakkacha) va og‘ir (sutkasiga pufaklar soni 10 donadan ko‘p va ular 3 kundan ko‘p saqlanib turadi).

2.5. Klinik ko‘rinishi

Bullyoz pemfigoidida teri zararlanishi chegaralangan yoki tarqalgan bo‘lishi mumkin. Toshmalar ko‘pincha qo‘l va oyoqlarda, qorinda, chanoq-son burmalarida va sonning ichki yuzasida joylashadi. Ma'lumki, bullyoz pemfigoidi ikki rivojlanish davriga ega — prodromal (bullyoz bo‘lmagan) va bullyoz davr.
Pemfigoidning bullyoz bo‘lmagan davri odatda ko‘pincha nospesifik tarzda namoyon bo‘ladi va kuchli qichishish bilan kechadi, bu qichishish ekskoriasiya, ekzematizasiya, eritematoz, papulyoz va/yoki qavarchiqli toshmalar bilan namoyon bo‘ladi. Toshmalar haqiqiy va soxta (evolyusion) polimorfizmga ega bo‘lishi mumkin. Qichishish va nospesifik toshmalar kasallikning yagona alomati sifatida uzoq vaqt (5

yilgacha) saqlanishi mumkin. Keyinchalik, bullyoz pemfigoidining spesifik tasviri (bullyoz bosqich) paydo bo‘lganda, uning diagnostikasi qiyinchilik tug‘dirmaydi.
Pufaklar tarang, qattiq qobiqqa ega, doiraviy yoki oval shaklda bo‘ladi, ichida seroz yoki seroz-gemorragik suyuqlik saqlaydi; odatda eritematoz yoki o‘zgarmagan teri fonida joylashadi. Pufak joyidagi eroziyalar, ikkilamchi infeksiya bo‘lmasa, tez epitelizasiyalanadi va periferik o‘sishga moyil bo’lmaydi. Nikolskiy fenomeni manfiy. Pufakka bosilganda uning diametri subepiteliy soxa atrofiga tarqalishi hisobiga ortishi mumkin — Asbo-Xansen fenomeni musbat. Shilliq qavatlar 10–25% bemorlarda zararlanadi.
Biroq 20% holatlarda bullyoz pemfigoid tasviri nospesifik ko‘rinishga ega bo‘lib qoladi, uning diagnostikasida morfologik va immunogistoximik tadqiqot usullariga tayaniladi. Pemfigoid turlarining nomlari turlicha bo‘lib, uning klinik ko‘rinishidan kelib chiqadi. Masalan, bel, oyoq-qo‘llar va dumbalar terisida paydo bo‘lgan va keyinchalik tarang yoysimon holatda guruhlashib joylashishga moyil bo‘lgan tuguncha va pufakchalarning bo‘lishi vezikulo-bullyoz pemfigoid sifatida qaraladi. Bullyoz pemfigoidning eritrodermik shakli, odatda, surunkali dermatozlar (masalan, psoriaz) fonida kechadi va tarang pufaklar butun tanada, xatto boshning sochli qismigacha tarqalib, eritrodermiya fonida joylashadi. Bullyoz pemfigoidning pruriginoz shakli pruriginoz elementlar bilan namoyon bo‘lib, ular oyoqlar va bel sohasi terisida joylashadi. Chegaralangan shakl bullyoz pemfigoidi pufaklarning mahalliy (chegaralangan) joylashishi bilan tavsiflanadi, ular spontan ravishda yo‘qoladi va tarang pufaklarning eski o‘rnida davriy ravishda paydo bo‘lib turadi. Paraneoplaziya holatlarida bullyoz pemfigoidining ko‘rinishi autoimmun po‘rsildoq yaraning vulgar shakli, Stivens–Djonson va Layel sindromlarini eslatishi mumkin [11–13].
Bullyoz pemfigoidining og‘irlik darajasi paydo bo‘layotgan pufakli elementlar soniga qarab belgilanadi. Bullyoz pemfigoidi og‘ir – 3 kun ketma-ket vaqt mobaynida sutkasiga 10 tadan ko‘p pufaklar toshsa va yengil – sutkasiga 10 dona va undan kam pufaklar toshganda bo‘lishi mumkin. [14].

3. 3. Tashxisiy usullar, yondashuvlar va muolajalar

3.1. Tashxis mezonlari

Bullyoz pemfigoidida diagnostik ahamiyatga ega bo‘lgan omillar — bu anamnestik ma'lumotlarni yig‘ish va fizikal tekshiruvda bir necha soat yoki bir necha kun saqlanuvchi zich qobiqli o‘ziga xos pufaklar aniqlanishidir. Shuningdek, shikastlangan o‘choqlardan olingan teri biopsiyasi patologo-anatomik tekshiruvida bazal keratinositlar bilan bazal membrana orasida bo‘shliq mavjudligi va akantolitik hujayralar yo‘qligi kuzatiladi. Zarur hollarda tashxis teri biopsiyasi olingan materialni patologo-anatomik tekshirish va immunoflyuoressent usullarni qo‘llash natijasida teri bazal membranasi bo‘ylab IgG ning chiziqsimon joylashuvi aniqlanishi bilan tasdiqlanadi.
Diagnozni/holatni tasdiqlash mezonlari:
Bullyoz pemfigoidi tashxisi quyidagilar asosida qo‘yiladi:

1. anamnestik ma'lumotlar,
2. fizikal ko‘rik — pufakli toshmalarni, shuningdek oldin mavjud bo‘lgan pufaklar o‘rnidagi eroziyalarni aniqlash,
3. teri biopsiyasi materialini patologo-anatomik tekshirish,
4. teri biopsiyasi materialini immunoflyuoressent usullar yordamida patologo-anatomik tekshirish.

1) Shikoyat va anamnez:

Bemorlar qichishish bilan kechuvchi toshmalarga shikoyat qiladilar. Kasallik surunkali, qaytalanuvchi kechish xususiyati bilan xarakterlanadi.

2) Fizikal ko‘rik:

Toshmalarning joylashuvi va tarqalganligi, pufak qobig’i va qaloqlarning xususiyatlari baholanadi.

- Bullyoz pemfigoidi bo‘lgan bemorlarda, zarurat bo‘lganda, akantolitik po‘rsildoq yara bilan differensial tashxis o‘tkazish maqsadida Nikolskiy fenomenini aniqlash **tavsiya etiladi** [15, 16].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillar ishonchlilik darajasi – 5)

Izoh: *Nikolskiy fenomeni akantolitik po‘rsildoq yara bilan differensial tashxis uchun o‘tkaziladi; bullyoz pemfigoidida u odatda manfiy bo‘ladi.*

https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf

3) Laborator tekshiruvlar

Laborator tekshiruvlar bullyoz pemfigoidini akantolitik po‘rsildoq yaradan differensial tashxis qilish hamda o‘tkazilayotgan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish maqsadida amalga oshiriladi.

C 5	bemorning umumiy holatini baholash, tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish maqsadida: umumiy (klinik) qon tahlili kengaytirilgan holda (leykositlar, eritrositlar, gemoglobin, gematokrit, trombositlar, trombokrit, tayoqcha yadroli neytrofillar, segment yadrolarli neytrofillar, eozinofillar, bazofillar, limfositlar, monositlar, eritrositlar cho‘kish tezligi)

C 5	bemorning umumiy holatini baholash, tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish maqsadida: qonning biokimyoviy umumterapevtik tahlili — umumiy oqsil, glyukoza, kreatinin, siydik kislotasi, mochevina, umumiy bilirubin, xolesterin, trigliseridlar, natriy, kaliy, umumiy magniy, alaninaminotransferaza, aspartataminotransferaza, ishqoriy fosfataza, gamma-glutamiltransferaza

C 5	bemorning umumiy holatini baholash va tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash maqsadida: umumiy (klinik) siydik tahlili (rang, tiniqlik, nisbiy zichlik, pH reaksiyasi, glyukoza, oqsil, bilirubin, urobilinoidlar, qonga reaksiya, keton tanachalari, nitratlar, yassi epiteliy, o‘tuvchi epiteliy, buyrak epiteliysi, leykositlar, eritrositlar, gialinli silindrlar, donador silindrlar, moysimon silindrlar, epitelial silindrlar, leykositar silindrlar, eritrositar silindrlar, pigmentli silindrlar, shilliq, tuzlar, bakteriyalar)

C 5	Zarurat bo‘lsa, differensial tashxis maqsadida shilliq qavat va/yoki terining eroziyalari tubidan surtma-bosma orqali akantolitik hujayralar uchun sitologik tekshirish va pufak bo‘shlig‘ida eozinofillarni aniqlovchi tekshiruv o‘tkazish tavsiya etiladi. *Izoh: Bullyoz pemfigoidida akantolitik hujayralar odatda uchramaydi, bu uni akantolitik po‘rsildoq yaradan ajratib turadi*

C 5	Terida yangi paydo bo‘lgan pufakli bioptatni gistologik tekshiruvida subepidermal bo‘shliq va dermada limfositlar, gistiositlar va eozinofillardan iborat yuza infiltrat aniqlanadi. Bu har doim ham bullyoz pemfigoidini subepidermal joylashuvga ega boshqa pufakli kasallik

	(masalan, Dyuringning gerpetiform dermatiti, orttirilgan bullyoz epidermoliz) lardan farqlash imkonini bermaydi.

C 5	Teri bazal membranasi komponentlariga qarshi IgG ni aniqlash maqsadida bemorning ko‘rinishdan o‘zgarmagan teri sohasidan olingan bioptat immunogistoximik tekshiruvdan o‘tkaziladi, bu tekshiruvda IgG va/yoki komplementning C3 komponenti bazal membrana sohasida chiziqsimon joylashganligi aniqlanadi.

C 5	Zarurat bo‘lsa, orttirilgan bullyoz epidermoliz bilan differensial tashxis maqsadida teri bioptatini qo‘shimcha immunoflyuoressent tekshiruvdan o‘tkazish tavsiya etiladi. Bioptat oldindan 1M natriy xlorid eritmasida 1 kun davomida saqlanib, so‘ng ajratib olinadi. Bu tekshiruv dermo-epidermal birikish joyida hosil bo‘lgan bo‘shliqning yuqori qismi (qobig‘i)da IgG to‘planishini aniqlash imkonini beradi.

C 5	• Zahm uchun skrining testlardan biri: MPR, RPR, KBR • Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): IFR, IFA IgG va IgM, OTIR, PGAR, IXA, Immunoblot IgG va IgM

C 5	• Umumiy najas tahlili • Yashirin qon uchun najas tahlili

C 5	• Biokimyoviy tahlillar kompleksi • Immunologik tahlillar • IFA, IXLA, IFlA va PZR-diagnostika usullari yordamida antitelolar tahlili • ANA tahlili • IgE tahlili • IgA tahlili • CRO tahlili • Gepatit B, C va OIV uchun qon tahlili • Desmoglein 1 va 3 uchun qon tahlili • Elektrolitlar uchun qon tahlili • Mikologik tahlil • Antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash maqsadida mikrobiologik tahlil

C 5	• BP180 (BPAG2, XVII kollageni) va BP230 (BPAG1-e, epitelial izoforma) ga qarshi IgG-antitanalarni IFA (ELISA) usulida aniqlash • To‘g‘ri immunoflyuoressensiya bilan n-serrated pattern tahlili • Biochip-texnikasi • Immunoblotting (keratinosit ekstraktlari, rekombinant oqsillar) • Antigenlarni fluoressent xaritalash (FOAM) • Bemor teri bioptatining immunoelektron mikroskopiyasi https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf

4) Instrumental tekshiruvlar:

C 5	• Tizimli terapiya, fizioterapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish maqsadida ichki a'zolarning UTT tekshiruvi tavsiya etiladi • Osteodensitometriya — tizimli GKS terapiyasida suyak holatini baholash

C 5	Holat og‘irligini baholash maqsadida teri holatini diagnostikasi tavsiya etiladi: - dermatoskopiya - teri YuUTTi

C 5	Psixoemosional holatni baholash

5) Mutaxassislar bilan maslaxatlashish uchun ko‘rsatmalar

C 4	• Bullyoz pemfigoidi bilan kasallangan bemorlarda, davolanish davomida nojo‘ya ta'sirlar rivojlanishi yoki bullyoz pemfigoidi bilan assosasiyalangan o‘sma holatlari aniqlansa, o‘tkazilayotgan terapiya xavfsizligini nazorat qilish yoki ichki a'zolar va tizimlarda onkologik patologiyani istisno qilish maqsadida skrining o‘tkazish uchun terapevt va boshqa tor yo‘nalish mutaxassislari (oftalmolog, endokrinolog, kardiolog, ginekolog va h.k.) bilan maslahatlashish tavsiya etiladi.

Differensial tashxis:

Kasallikni Dyuringning gerpetiform dermatitining bullyoz shakli, ko‘p shaklli ekssudativ eritema, vulgar po‘rsildoq yara, bullyoz toksidermiya, orttirilgan bullyoz epidermolizlar bilan differensial tashxislash lozim.

Nozologiya **Belgi**	**Bullyoz pemfigoidi**	**Dyuringning gerpetiform dermatiti**	**Ko‘p shaklli ekssudativ eritema**	**Vulgar po‘rsildoq yara**	**Bullyoz toksikodermiya**	**Orttirilgan bullyoz epidermoliz**
Bemorlar yoshi	Keksalarda	Istalgan yoshdagilarda	Yoshlarda	Istalgan yoshdagilarda	Istalgan yoshdagilarda	Istalgan yoshdagilarda
Kechishi	Surunkali	Surunkali	O‘tkir	Surunkali	O‘tkir	Surunkali
Ko‘p uchrovchi tana sohasi	Qorinning quyi qismi, chov burmalari, oyoq-qo‘llar	Badan va oyoq-qo‘llar	Kaft va panjaning tashqi yuzasi, yelka va boldirning yozuvchi qismi, labning qizil hoshiyasi, og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati, kamroq – ko‘z va jinsiy a'zolar	Og‘iz shilliq qavati, jinsiy a'zolar, badan va oyoq-qo‘llar	Terining istalgan sohasi, shilliq qavatlar va konyuktiva ham zararlanishi mumkin	Teri va shilliq qavatning istalgan sohasi
Mexanik taassurotdan keyin toshmalar paydo bo‘lishi	-	-	-	-	-	+
Toshmaning gerpetiform joylashuvi	±	+	-	-	-	-
Nishonsimon	-	-	+	-	-	-

hujayralar						
Nikolskiy simptomi	-	-	-	+	±	-
Pufak ichida eozinofiliya	±	+	-	-	-	-
Eroziya tubidan olingan surtma-bosmada akantolitik hujayralar	-	-	-	+	-	-
Terida pufaklarning joylashuvi	Subepidermal	Subepidermal	Subepidermal	Epidermis ichi	Subepidermal	Subepidermal
IFR natijasi	IgGning dermo-epidermal birikish joyida to‘planishi	IgAning dermal so‘rg‘ichlar cho‘qqisida to‘planishi	Manfiy yoki nospesifik	IgG epidermisning hujayralararo sohada to‘planishi	Manfiy yoki nospesifik	IgG yoki IgAning dermo-epidermal birikish joyida to‘planishi
Ko‘rinishidan sog‘lom, NaCl eritmasida 1M ajratib olingan teri sohasi IFR natijasi	IgGning artifisial qobiq (epidermis tomonidan) sohasida joylashuvi	Qo‘llanilmaydi	Qo‘llanilmaydi	Qo‘llanilmaydi	Qo‘llanilmaydi	IgGning artifisial pufak tubi (derma tomonidan) sohasida joylashuvi
Qichishish	Xos	Xos	Kam uchraydi	Kam uchraydi	Kuzatilishi mumkin	Kuzatilishi mumkin

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

Bullyoz pemfigoidi bilan kasallangan bemorlarga davoni tayinlash va olib borishda quyidagilarni inobatga olish lozim:

1. Katta yoshdagi bemorlarda ba'zi dorilarni qo‘llashga bo‘lgan cheklovlar.
2. Bemorda yondosh kasalliklarning mavjudligi (qandli diabet, arterial gipertenziya, yurak ishemik kasalligi, nevrologik kasalliklar).
3. Tizimli va mahalliy terapiya bilan bog‘liq nojo‘ya holatlar.

Tizimli glyukokortikosteroidlar bilan davolash vaqtida yurak-qon tomir tizimining holatini nazorat qilish maqsadida qon bosimini o‘lchash va qonda qand miqdorini nazorat qilish zarur.
Sitostatiklar bilan davolash davomida periferik qonda gemoglobin va eritrositlar, leykositlar va trombositlar miqdori, shuningdek, jigar va buyrak funksiyasi ko‘rsatkichlari va umumiy siydik tahlili nazorat qilinishi kerak. Tizimli glyukokortikosteroidlar va immunosupressantlar bilan davolash olib borilayotganda infeksion kasalliklar va mavjud asoratlar belgilarini o‘z vaqtida aniqlash ham muhimdir.

Fizioterapevtik muolajalar:

C 4	Pastintensiv yorug‘lik terapiyasi LLLT Polixromatik nur Qizil va infraqizil lazer Galvanizasiya va elektroforez Magnit maydon bilan miyaning noinvaziv stimulyatsiyasi

Medikamentoz davolash.

O‘zbekiston Respublikasida kafolatlangan bepul tibbiy yordam hajmi va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimi doirasida ro‘yxatdan o‘tkazilmagan dori vositalarini klinik protokolga kiritish xarajatlarni qoplash uchun asos bo‘la olmaydi.

Jadval-1

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (100% qo‘llanilish ehtimoliga ega):

Farmakoterapevtik guruhi:	DV XPN	Qo‘llash usuli	Dalillar darajasi
Tizimli GKS	Prednizolon	0,5-0,75 mg/kg tana vazniga, peroral prednizolonni kuniga 0,5 mg/kg dan kam dozada tayinlash davolash samaradorligini ko‘pincha ta'minlamaydi. Prednizolonni 0,75 mg/kg vazndan yuqori qo‘llash esa terapiya samaradorligini oshirmaydi. Tizimli kortikosteroidlarning dozasini asta sekinlik bilan pasaytirish klinik samaraga erishilgach 15–21 kundan boshlab boshlanadi — ya'ni bunda yangi toshmalar va qichishishning paydo bo‘lishi to‘xtagan, eroziyalarning epitelizasiyasi boshlangan bo‘ladi. Doza 4–6 oy davomida tushurib boriladi, so‘ngra qo‘llab-quvvatlovchi dozada — 0,1 mg/kg/sutka (kuniga kamida 2 tabletka) qoldiriladi. Kasallik residivi kuzatilsa, tizimli kortikosteroidlarning dozasi boshlang‘ich darajasigacha ko‘tarilishi lozim.	B https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
	Deksametazon	0,1 mg/kg/sut Peroral, v/i, m/o	B https://www.ismos.ru/guidelines/doc/bulleznyj_pemfigoid.pdf
	Metilprednizolon	0,4–0,6 mg/kg/sut Peroral, v/i, m/o	B https://www.ismos.ru/guidelines/doc/bulleznyj_pemfigoid.p

			df
Antiseptik vositalar	Xlorgeksidin	zararlanish sohalariga sutkasiga 2-3 maxal	B https://www.ismos.ru/guidelines/doc/bulleznyj_pemfigoid.pdf
	Kalamin 15%	zararlanish sohalariga sutkasiga 2-3 maxal	B https://www.ismos.ru/guidelines/doc/bulleznyj_pemfigoid.pdf
	Sindol 12.5%	Mahalliy. Qo‘llashdan oldin chayqatilishi lozim. Suspenziya zararlanish sohalariga sutkasiga 2-3 maxal tampon yordamida surtiladi	B https://www.ismos.ru/guidelines/doc/bulleznyj_pemfigoid.pdf
	Metilen ko‘ki	zararlanish sohalariga sutkasiga 2-3 maxal	B https://www.ismos.ru/guidelines/doc/bulleznyj_pemfigoid.pdf
Mahalliy GKS	klobetazol 0,05%	kattalarga mahalliy qo‘llash uchun krem, butun tana yuzasiga sutkasiga 2 maxal surish uchun	B https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
	Mometazon 0,1%	krem yoki maz, klinik samara kuzatilgunga qadar zararlanish sohalariga 1 maxal surish	B https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf

	Betametazon 0,1%	krem yoki maz, klinik samara kuzatilgunga qadar zararlanish sohalariga 2 maxal surish	B https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
	Metilprednizolon aseponat 0,1%	krem yoki maz, zararlanish sohalariga 1 maxal surish, qo‘llash davomiyligi 12 haftadan oshmasligi kerak	B https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
Kaliy va kalsiy saqlovchi vositalar	Kaliy xlorid	40 mg/ml. Vena ichiga oqim bilan yoki vena ichiga tomchilab yuboriladi. 40mg/ml li 50ml kaliy xlorid eritmasini in'eksiya uchun suv bilan 1:10 nisbatda (500ml gacha) aralashtirib, izotonik eritma tayyorlanadi va 20-30 daqiqa davomida vena ichiga tomchilab yuboriladi.	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
	Kaliy asparaginat + Magniy asparaginat	Tabletkalar. Peroral, dori vositasini ovqatdan keyin qabul qilgan ma'qul, chunki me'da shirasi uning samarasini kamaytiradi. Eritma 5 ml. Dori vositasi vena ichiga (oqim bilan yoki tomchilab) yuboriladi. Dori vositasining dozasi qo‘llash uchun ko‘rsatmadan kelib chiqib individual tarzda tanlanadi.	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
Dezintoksikasion dori vositalari	Natriy laktat, sorbit, natriy xlorid, kaliy xlorid, kalsiy xlorid, magniy xlorid 100 ml, 200 ml, 250 ml, 400 ml va 500 ml	6 yoshgacha bo‘lgan bolalarga preparat kasallik og‘irligiga qarab 10 ml/kg tana vazniga mos dozada tayinlanadi. 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga — kasallik og‘irlik darajasiga qarab tayinlanadi. 12 yoshdan katta bolalarga preparat bir xil dozada yuboriladi.	C
	Meglyumin natriy	V/i tomchilab, yuborish tezligi 90 tomchi/daqiqasiga (1-1.5 ml/daq) 400	C

	suksinat	ml/sut gacha. Davolash kursi 7-11 kun.	
	Dekstran	Infuziya uchun eritma 200-400 ml v/i tomchilab sutkasiga 1 maxal №7-10	C
	Natriy laktat+ sorbitol+ kaliy xlorid+ $MgCl_2$, NaCl, $CaCl_2$	Kattalarga v/i tomchilab, daqiqasiga 40-60 tomchi. 6-7 ml/kg tana vazniga 3-5 kun davomida	C

Izoh: Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa va vaqtincha yetishmasa, shifokor o‘xshash terapevtik maqsadga ega, lekin turlicha ta'sir mexanizmli preparatni tanlashi mumkin. Dori vositasi klinik vaziyat, bemorning holati va mavjud resurslarga asoslanib amalga oshiriladi
Dori-darmonlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual belgilanadi.
Terini namlovchi vositalar (emolentlar), tibbiy vositalar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar dermatologik bemorlarni davolashda zarur holatlarda qarshi ko‘rsatmalari bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatga ega bo‘lsa qo‘llanilishi mumkin.

Jadval-2

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (foydalanish extimoli 100%dan kam):

Farmakoterapevtik guruhi:	**DV XPN**	**Qo‘llash usuli**	**Dalillar darajasi**
Ikkilamchi infeksiya bilan asoratlangan bullyoz pemfigoidini davolash uchun dermatologiyada qo‘llaniladigan antibiotiklar va antimikrob vositalar tavsiya etiladi:	tashqi qo‘llash uchun fuzid kislotasi, 2%li krem yoki 2%li maz	Infisirlangan zararlanish o‘chog‘iga mahalliy kuniga 3 maxal 7-14 kun davomida qo‘llaniladi	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	Betametazon dipropionat (1 mg) + gentamisin sulfat (1 mg) + klotrimazol (10 mg)	Kuniga 1-2 maxal mahalliy qo‘llash uchun	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	Gidrokortizon (1 mg) + natamisin 10 (mg) + neomisin (3500 YeD)	Kuniga 1-2 maxal mahalliy qo‘llash uchun	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	Betametazon (1 mg) + gentamisin (1 mg)	Kuniga 1-2 maxal mahalliy qo‘llash uchun	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12

			686190/?utm_source=chatgpt.com
	basitrasin + neomisin 250 XB/g + 5000 XB/mg	Infisirlangan zararlanish o‘chog‘iga mahalliy kuniga 2-3 maxal 7-14 kun davomida qo‘llaniladi	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	mupirosin 2% mahalliy qo‘llash uchun maz	Infisirlangan zararlanish o‘chog‘iga mahalliy kuniga 2-3 maxal 10 kundan ortiq bo‘lmagan vaqt davomida qo‘llaniladi	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	eritromisin maz mahalliy qo‘llash uchun (10000 XB/g)	Infisirlangan zararlanish o‘chog‘iga mahalliy kuniga 2-3 maxal 7-14 kun davomida qo‘llaniladi	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	Kumush sulfatiazol, krem	Mahalliy qo‘llash uchun 2% li, infisirlangan zararlanish o‘chog‘iga mahalliy kuniga 2-3 maxal 7-14 kun davomida qo‘llaniladi	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	gidrokortizon + oksitetrasiklin maz, aerozol	Mahalliy infisirlangan zararlanish o‘chog‘iga mahalliy kuniga 1-3 maxal 7 kun davomida qo‘llaniladi	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	tetrasiklin + triamsinolon aerozol	Mahalliy qo‘llash uchun – Infeksiyalangan zararlanish o‘choqlarini aerozol oqimi bilan kuniga 1–3 maxal, ballonni tik holatda ushlab, teri yuzasidan 15–20 sm masofada, 7–10 kun davomida ishlov berish	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	betametazon + gentamisin + klotrimazol krem	Mahalliy qo‘llash uchun. Infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga mahalliy qo‘llash uchun maz kattalar va 2 yoshdan katta bolalarga kuniga 2 maxal, 7–	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com

		14 kun davomida surtiladi.	
	basitrasin + neomisin 250 XB/g + 5000 XB/mg	Mahalliy infeksiyalangan zararlanish o‘choqlariga kuniga 2–3 maxal, 7–14 kun davomida surtiladi.	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
Antimetabolitlar (foliy kislotasi analoglari)	metotreksat 2,5-17,5 mg 1 haftasiga 1 marotaba	Peroral, teri ostiga yoki mushak orasiga. Peroral yoki mushak orasiga haftasiga 2,5–17,5 mg, davolash samaradorligi va organizm ko‘tara olishidan kelib chiqib dozani oshirish yoki kamaytirish orqali, klobetazol dipropionati bilan birga: klobetazol dipropionati kuniga 2 maxal mahalliy qo‘llash uchun butun tana yuzasiga (yuzdan tashqari) 3 hafta davomida surtiladi, keyin esa klobetazol dipropionatining sutkalik dozasi 12 hafta davomida bosqichma-bosqich kamaytiriladi; shundan so‘ng metotreksat haftasiga 10 mg dozada monoterapiya ko‘rinishida 4–12 oy davomida qo‘llaniladi.	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
Alkillovchi vositalar	Siklofosfamid	Peroral sutkasiga 50 mg, samaradorlik bo‘lmagan holatlarda sutkasiga 100 mg	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
	Xlorambusil	peroral, 2–4 mg/sut	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf

Sulfon vositalar	Dapson	peroral, 1,5 mg/kg/sut gacha bo‘lgan dozada yoki 50–100 mg/sut	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
Immunodepressantlar	Mikofenolat mofetil	1000 mg kuniga 2 maxal (sutkasiga 2000 mg) Peroral 6 hafta mobaynida prednizalonning 0,5mg/kg/sut dozasi bilan birga	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf

Immunodepressantlar	Azatioprin	2 mg/kg/sut 3-4 hafta mobaynida prednizalonning 0,5mg/kg/sut dozasi bilan birga	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
Selektiv immunodepressantlar, kalsinevrin ingibitorlari	Siklosporin	Ma'lum bir bemorlarda 3–5 mg/kg/sut	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf

GMBV	Rituksimab	«Limfomali» protokol: Tana yuzasi maydonining 375 mg/m² hisobida vena ichiga, haftasiga 1 marta, jami 4 marta yuboriladi. Revmatoidli protokol: 1000 mg vena ichiga, 2 hafta oraliq bilan (jami 2 infuziya).	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35769474/
	Omalizumab	Standart sxema: 300 mg teri ostiga 4 haftada 1 marotaba. Alternativ sxema: yetarlicha samaradorlik bo‘lmaganda yoki kasallikning yuqori faolligida doza har 2 haftada 300mg gacha oshirilishi mumkin.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35769474/
	Dupilumab	Boshlang‘ich (yuklama) doza: 600 mg teri ostiga (tananing turli sohalariga 300 mg dan ikkita inyeksiya). Qo‘llab quvvatlovchi doza: 300 mg teri ostiga 2 haftada 1 marotaba.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35769474/

Anabolik steroidlar	Nandrolon dekanoat	50 mg/ml. Dori vositasi m/o chuqur kiritiladi. Kattalar uchun bir marttalik o‘rtacha doza 25-50 mg	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
	Alfa-tokoferol asetat (Vitamin E)	Peroral ovqatdan keyin kuniga 50-100mg dan (qabul qilish davomiyligi 20-40 kun)	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11597059/?utm_source=chatgpt.com
	Vitamin A + E	Peroral ovqatdan keyin kuniga 100 000 XB vitamin E + 100 000 XB vitamin A (qabul qilish davomiyligi 20-40 kun)	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11597059/?utm_source=chatgpt.com

	Retinol asetat (Vitamin A)	Eng yuqori sutkalik doza kattalar uchun 100 000 XB dan oshmasligi kerak 33 000–100 000 XB/sut	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11597059/?utm_source=chatgpt.com
	Askorbin kislotasi (Vitamin C)	Peroral, m/o, v/i Defisit holatlarning oldini olish uchun — kuniga 25–75 mg, davolash uchun — kuniga 250 mg va undan ortiq, bo‘lingan dozalarda.	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11597059/?utm_source=chatgpt.com
	Xolekalsiferol (Vitamin D)	Bitamina D defisiti korreksiyasi (25(OH)D darajasi <20 ng/ml) - 50 000 XB haftasiga 1 marotaba 8 hafta davomida peroral - 200 000 XB bir oyda 1 marotaba 2 oy davomida peroral - 150 000 XB bir oyda 1 marotaba 3 oy davomida peroral - 6000 – 8000 XB kuniga 1 maxal 8 hafta davomida peroral Vitamina D yetishmovchiligi korreksiyasi (25(OH)D darajasi ≥20 i <30 ng/ml) - 50 000 XB haftasiga 1 marotaba 4 hafta davomida peroral - 200 000 XB bir marotaba peroral - 150 000 XB bir marotaba peroral - 6000 – 8000 XB kuniga 1 maxal 4 hafta davomida peroral Vitamin D davrajasini ushlab turish ≥30 ng/ml	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22963014/

		- 1000 - 2000 XB kuniga 1 maxal peroral - 6 000 – 14 000 XB haftasiga 1 marotaba peroral	
	Doksisiklin	100 mg peroral 2 maxal sutkasiga 10-14 kun davomida	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf
	Seftriakson	Kuniga 1-2 g yoki 20 - 80 mg/kg, mushak orasiga yoki vena ichiga 10 kun davomida	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com

	Amoksisillin + klavulan kislotasi	Kattalar va 12 yoshdan katta bolalar (vazni 40 kg va undan ortiq): qobiq bilan o‘ralgan tabletkalar 250 mg + 125 mg — kuniga 1 tabletkadan 3 maxal yoki 875 mg + 125 mg — kuniga 1 tabletkadan 2 maxal 5–14 kun davomida yoki dispergirlanuvchi tabletkalar — kattalar va 12 yoshdan katta bolalar (vazni 40 kg va undan ortiq) uchun: 500/125 mg — kuniga 3 marta, 5–14 kun davomida yoki 2–12 yosh bolalar yoki vazni 40 kg dan kam bo‘lgan bolalar: 125/31,25 mg yoki 250/62,5 mg — kunlik doza 2400/600 mg ni oshirmasdan, 3 martta bo’lib qabul qilishga, 5–14 kun davomida.	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
	Foliy kislotasi (metotreksat qabul qilinganda)	Peroral ovqatdan keyin Kattalar uchun 1–2 mg (1–2 tabletka) kuniga 1–3 maxal. Kunlik maksimal doza — 5 mg (5 tabletka). 3 yoshdan katta bolalar uchun 1 mg (1 tabletka) dan kuniga 1–2 maxal. Kunlik maksimal doza — 2 mg (2 tabletka). Davolash kursi 20–30 kun.	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11597059/?utm_source=chatgpt.com

JAK ingibitorlari	Upadasitinib	15 mg/sut, prednizonning 50 mg/sut dozasi samarasiz bo‘lgandan keyin	C https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com
O‘rin bosuvchi immunoterapiya	Immunoglobulinlar (tozalangan IgG vositasi)	v/i 2 g/kg tana vazniga, 3-5 kun davomida yuboriladi	C https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf

Izoh: Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa va vaqtincha yetishmasa, shifokor o‘xshash terapevtik maqsadga ega, lekin turlicha ta'sir mexanizmli preparatni tanlashi mumkin. Dori vositasi klinik vaziyat, bemorning holati va mavjud resurslarga asoslanib amalga oshiriladi
Dori-darmonlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual belgilanadi..
Terini namlovchi vositalar (emolentlar), tibbiy vositalar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar dermatologik bemorlarni davolashda zarur holatlarda qarshi ko‘rsatmalari bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatga ega bo‘lsa qo‘llanilishi mumkin.
Gepatoprotektor ta'sirga ega dori vositalari.
Agar o‘ziga xos simptomlar orqali yoki laborator-instrumental tekshiruvlarda patologik o‘zgarishlar mavjud bo‘lsa, gepatoprotektor xususiyatiga ega bo‘lgan dori vositalari buyuriladi. Ushbu xususiyatlarga ega preparatni tanlash shifokor tomonidan belgilanadi.

«BULLYOZ PEMFIGOIDI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Kirish

Bullyoz pemfigoidi — bu terining surunkali autoimmun bullyoz kasalligi bo‘lib, asosan yoshi katta shaxslarda uchraydi va eritema yoki o‘zgarmagan teri fonida tarang pufaklar paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Patogenez asosida epidermis bazal membranasi komponentlariga qarshi autoantitanalar ishlab chiqarilishi yotadi, bu esa epidermis osti sohasida pufaklarning shakllanishi va yallig‘lanishga olib keladi. Kasallik uning klinik kechishi turlicha bo‘lishi, asoratlar xavfi va hayot sifatiga ta'siri bilan ajralib turadi, bu esa uning diagnostikasi va davolashida standartlashtirilgan yondashuvni talab qiladi.
Epidemiologik ma'lumotlarga ko‘ra, bullyoz pemfigoidi kam uchrovchi kasalliklar guruhiga kiradi: dunyo bo‘yicha umumiy aholida yiliga million kishiga taxminan 2 dan 23 gacha yangi holatlar qayd etiladi, 80 yoshdan katta shaxslarda esa bu ko‘rsatkich ancha yuqori. Hozirda ushbu nozologiya bo‘yicha diagnostik holatlar sonining ortishi kuzatilib, bu holat aholi orasida yoshi katta shaxslar ulushining ko‘payishi va tashxislash usullarining yaxshilanishi bilan bog‘liq. Kasallikning uchrash extimoli yosh katta bo‘lishi bilan ortib, 100 000 ta yoshi katta insonlar orasida o‘nlab holatlarga etishi mumkin
file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/fmed-05-00220.pdf

Davolash sxemasi

Mahalliy davolash

Klobetazol propionat: 30–40 g/sut, dastlab ikki maxal mahalliy qo‘llaniladi, bunda malham yuz sohasidan boshqa tananing butun yuzasiga, pufaklar va eroziyalarni ham qo‘shib surtiladi (vazni 45 kg dan kam bo‘lganda — 20 g/sut).
Mavjud ma'lumotlarga ko‘ra, davolash dozasini dastlabki kamaytirish kasallik to‘liq nazoratga olinganidan so‘ng 15 kundan keyin tavsiya etiladi (bullyoz pemfigoidida natijalarni baholash uchun xalqaro ekspert guruhining tavsiyalariga qarang).
Kortikosteroidlarni dozasini ertaroq kamaytirish mumkin, ammo nazoratli tadqiqotlarda validasiya qilinmagan.

Kasallikning nazoratga olinganligini aniqlash

Kasallik nazorati — bu yangi toshmalar toshishining va qichishishning yo‘qolishi, eski toshmalarning esa tuzalishi orqali aniqlanadi.

Dozani kamaytirish sxemasi va davolashni moslashtirish

1-oy: har kuni davolash;
2-oy: har ikkinchi kuni davolash;
3-oy: haftasiga 2 marta davolash;
4-oydan boshlab: haftasiga 1 marta davolash.

Kasallikning nazorati 1–3 hafta davomida erishilmagan bemorlarda mahalliy kortikosteroidlar dozasini 40 g/sutga oshirish tavsiya etiladi.

Qo‘llab-quvvatlovchi davolash

4 oylik davolashdan so‘ng ikki xil holat bo‘lishi mumkin:

- Qo‘llab-quvvatlovchi terapiyani davom ettirish: haftasiga 1 marta, 9 oy davomida, keyin esa to‘xtatish;

Kamchiligi: bemorni uzoq muddatli kuzatish va/yoki yuqori faollikka ega mahalliy kortikosteroidlar qiymati bilan bog‘liq amaliy va iqtisodiy qiyinchiliklar.

- Terapiyani to‘xtatish:

(qaytalanish xavfi biroz yuqori, lekin 4 oy davomida davolashni to‘xtatishda xavfsizlik profili yetarlicha; dalillik darajasi — 1, validasiyalangan).

Residiv doza korreksiyasi

• Kasallik residivi holatida

doza kamaytirilayotgan davrda, oldingi doza darajasigacha qaytish tavsiya etiladi.

• Terapiya to‘liq to‘xtatilgandan so‘ng residiv yuzaga kelgan bemorlar klobetazol propionati kremining quyidagi dozalari bilan davolanadi (dalillik darajasi — 1, validasiyalangan):

- chegaralangan residivda 10 g/sut;
- kasallik yengil shaklda kechganda 20 g/sut;
- tarqalgan residivda 30 g/sut.

https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf

Mahalliy glyukokortikosteroid bilan davolashdan 1–3 hafta ichida klinik samara kuzatilmasa:

- prednizolon peroral tarzda, tana vaznining har kg hisobida kuniga 0,5 mg (C). Klinik samaraga erishilgandan so‘ng, prednizolon dozasi bosqichma-bosqich 0,1 mg/kg/sut gacha kamaytiriladi. Davolash davomiyligi — 4–12 oy [6].

Og‘ir darajadagi bullyoz pemfigoidda:

- prednizolon peroral tarzda, holatning og‘irlik darajasiga qarab tana vaznining har kg hisobida 0,5–0,75 mg. Kunlik doza 0,5 mg/kg dan kam bo‘lsa, prednizolon samarasi yetarli bo‘lmaydi [9].

Prednizolon dozasini 0,75 mg/kg dan oshirish davolash samaradorligini oshirmaydi [10].

Tizimli kortikosteroid dozasini bosqichma-bosqich kamaytirish klinik samaraga erishilgandan 15 kundan so‘ng boshlanadi — yangi toshmalar toshishi va qichishishlar to‘xtaydi, eroziyalarning epitelizasiyasi boshlanadi va 4–6 oy davomida qo‘llab-quvvatlovchi doza 0,1 mg/kg/sutgacha kamaytiriladi.

Agar bemor 3–6 oy davomida klinik remissiya holatida bo‘lsa, davolashni to‘xtatish mumkin (D) [6].

Residiv yuzaga kelganda, kortikosteroid vosita dozasi dastlabki darajagacha oshiriladi [8].

Tizimli kortikosteroidlar dozasini kamaytirish uchun:

- **plazmaferez** — 4 hafta davomida 8 muolaja tayinlanadi, bunda peroral prednizolon kunlik 0,5 mg/kg dozada qo‘shib buyuriladi (C) [9].

Yoki

- azatioprin — tana vaznining har kg hisobida kuniga 2 mg, 3–4 hafta davomida, bunda peroral prednizolon kuniga 0,5 mg/kg qo‘shib buyuriladi (C) [11].

Azatioprinni 100–150 mg/sut peroral tarzda, prednizolon 1 mg/kg/sut bilan birga tayinlash bullyoz pemfigoidida prednizolon monoterapiyasiga nisbatan samaradorlikni oshirmaydi, shu bilan birga davolash bilan bog‘liq nojo’ya oqibatlar sonini ham ko‘payatiradi (C) [12].

Izoh. Azatioprinning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida bullyoz pemfigoidi preparatni qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan.

Yoki

- mikofenolat mofetil — peroral tarzda kuniga 2 maxal 1000 mg (jami 2000 mg/sut), 6 hafta davomida, bunda peroral prednizolon tana vaznining har kg hisobiga kuniga 0,5 mg/kg qo‘shib buyuriladi (C) [11].

Izoh. Mikofenolat mofetilning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida bullyoz pemfigoidi preparatni qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan.

Yoki

- metotreksat — haftasiga 5–15 mg peroral yoki mushak orasiga, davolash samaradorligi va organizm qabul qila olishiga qarab dozani oshirish yoki kamaytirish mumkin; klobetazol dipropionati bilan birga qo‘llanganda kuniga 2 maxal yuz sohasidan tashqari boshqa tana yuzasiga 3 davomida surtiladi. Shundan so‘ng klobetazol dipropionatining sutkalik dozasi 12 hafta davomida bosqichma-bosqich kamaytiriladi, keyin esa metotreksat haftasiga 10 mg dozada monoterapiya ko‘rinishida 4–12 oy davomida qo‘llaniladi (C) [13–15].

Izoh. Metotreksatning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida bullyoz pemfigoidi preparatni qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan.

Yoki

- siklofosfamid – sutkasiga peroral 50 mg, davo samaradorligi yetarlicha bo‘lmagan holatlarda sutkasiga – 100 mg (D) [16].

Izoh. Siklofosfamidning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida bullyoz pemfigoidi preparatni qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan..

Mahalliy kortikosteroid preparatlarini tayinlashdan tashqari, yirik pufaklar va eroziyalarga ishlov beriladi:

- pufaklar teshib ochiladi va drenaj qilinadi, pufak qobig‘i saqlab qolinadi (D) [17, 18];
- eroziv shikastlanish o‘choqlariga antiseptik eritmalar bilan ishlov beriladi: xlorgeksidin 0,05–0,2% eritmasi, miramistin 0,01% eritmasi, brilliant yashilining 1%li spirtli eritmasi (D) [19, 20].

Keksa bemorlar

Keksa yoshdagi bemorlar, ayniqsa ko‘plab hamroh kasalliklarga ega bo‘lganlar, alohida yondashuvni talab qiladi. Bunday kategoriyadagi bemorlar uchun tizimli kortikosteroidlarni qo‘llash bilan bog‘liq immunosupressiya ko‘pincha to‘g‘ri kelmaydi, shuning uchun dupilumab qo‘llash uchun imkon mavjud bo‘lgan taqdirda, dori vositalarining o‘zaro ta'siri yo‘qligi va noxush reaksiyalar kam uchrashi sababli tanlov preparati hisoblanadi. Dupilumab samarasiz yoki mavjud bo‘lmagan hollarda omalizumabni ham qo‘llash mumkin. Ekspertlar paneli, agar metotreksatga qarshi ko‘rsatmalar mavjud bo‘lmasa, uni qo‘llashni ko‘rib chiqishni tavsiya etadi. Azatioprin potensial gepatotoksik ta'siri sababli ushbu bemorlarda qo‘llanilmagani ma'qul, biroq ayrim klinik holatlarda mikofenolatni ko‘rib chiqish mumkin. Rituksimab yoki tomir ichiga yuboriladigan immunoglobulin (IVIg) keyingi qator terapiya variantlari sifatida qoladi, ammo hajm bilan ortiqcha yuklanish ehtimoli va boshqa nojo‘ya holatlar xavfi tufayli ehtiyotkorlikni talab qiladi.

Yomon sifatli o‘smalar

Faol yomon sifatli o‘sma jarayoni mavjud bemorlarda bullyoz pemfigoidini olib borish davolovchi onkolog bilan birgalikda amalga oshirilishi lozim. Shu bilan birga, dermatologlar, odatda, bullyoz pemfigoidini olib borish va biologik terapiyani qo‘llash bo‘yicha katta tajribaga ega bo‘lib, bunday hamkor terapiyani boshqarishi lozim.

Faol onkologik kasallikka ega, ayniqsa immunoterapiya qabul qilayotgan bemorlarda tizimli kortikosteroidlarni qo‘llash to‘g‘ri emasligi sababli, dupilumab birinchi qator terapiya sifatida ko‘rib chiqilishi lozim.

Faol yomon sifatli o‘sma jarayoni mavjud bemorlarda biologik preparatlarga ustuvorlik berilishiga qaramasdan, rituksimab alohida ehtiyotkorlik bilan qo‘llanilishi kerak, garchi hozirgi paytda u ikkillamchi yomon sifatli o‘smalar rivojlanish xavfini oshirishi isbotlanmagan bo‘lsa ham.

Immunoterapiya (masalan, PD-1, PD-L1 yoki CTLA-4 ingibitorlari) qabul qilayotgan faol onkologik kasallikka ega bemorlarda dori vositalari bilan chaqirilgan bullyoz pemfigoidi rivojlanish ehtimolini inobatga olish zarur.

Bullyoz pemfigoidi rivojlanishi sababli immunoterapiya vaqtincha to‘xtatilgan hollarda, agar dupilumab kabi steroidni tejovchi preparatlar yordamida kasallik nazoratiga erishish mumkin bo‘lsa, immunoterapiyani qayta boshlash masalasi ko‘rib chiqilishi mumkin.

Homiladorlik

Homilador bemor ayollar homiladorlik bilan bog‘liq bo‘lgan boshqa pufakli dermatozlarni, jumladan homiladorlik pemfigoidi (pemphigoid gestationis) ni istisno qilish uchun sinchiklab tekshiruvdan o‘tkazilishi lozim.
BP da qo‘llaniladigan ko‘plab preparatlar homiladorlik davrida qo‘llanilishi mumkin, biroq homila uchun isbotlangan xavfga ega bo‘lgan dori vositalari istisno qilinishi kerak (masalan, metotreksat, mikofenolat). Har bir davolash varianti bo‘yicha «foyda–xavf» nisbati bemor ayol bilan va zarurat bo‘lganda akusher-ginekolog bilan muhokama qilinishi lozim.

Bolalar va o‘smirlar

Bolalar yoshida bullyoz pemfigoidi nisbatan kam uchraydi. Ko‘pincha kasallik hayotning birinchi yilida rivojlanadi, ikkinchi kasallanish cho‘qqisi esa o‘rtacha 8 yosh atrofida kuzatiladi. Infantil bullyoz pemfigoid odatda akral sohalarni shikastlaydi. Katta yoshdagi bolalarda kasallik qo‘l va oyoq panjalarini kamroq qamrab oladi, biroq tashqi jinsiy a'zolarni ko‘proq shikastlaydi.
Shilliq qavatlar shikastlanishi erta o‘smirlik davrida (10–13 yosh) tez-tez kuzatilishi mumkin, ammo umuman olganda o‘smirlarda bullyoz pemfigoidi juda kam uchraydi.
Bolalardagi bullyoz pemfigoidining gistopatologik manzarasi katta yoshdagi bemorlarda kuzatiladigan manzaraga o‘xshash.
Bolalar va o‘smirlarda bullyoz pemfigoidini davolash bo‘yicha dalillar bazasi cheklangan bo‘lib, klinik kuzatuvlar tizimli kortikosteroidlar ko‘pchilik hollarda samarali ekanini va ular metotreksat, dapson, doksisiklin yoki mikofenolat bilan to‘ldirilishi mumkinligini ko‘rsatadi; dozalar bemorning tana vazni va/yoki yoshiga qarab moslashtiriladi.
O‘smirlarda dupilumabning, chaqaloqlarda esa siklosporinning samaradorligini tasdiqlovchi alohida klinik holatlar mavjud.
Azatioprin, tomir ichiga yuboriladigan immunoglobulin (IVIg) va rituksimab qo‘llanilganda ham muvaffaqiyatli davolash holatlari tasvirlangan, biroq ushbu usullar kasallikning rezistent shakllari uchun zaxira sifatida saqlab qolinishi tavsiya etiladi.
Bolalarda mahalliy kortikosteroidlarning qo‘llanilishi pediatriya amaliyotida qabul qilingan standart ehtiyot choralariga rioya qilingan holda amalga oshirilishi lozim.

C 5	PILN Ozonoterapiya

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

Boshqa davolash usullari

Bullyoz pemfigoidi bilan kasallangan bemorlarda pufaklar o‘rnida eroziyalar hosil bo‘ladi, ular infeksiyalanib ikkillamchi piodermiya rivojlanishiga olib kelishi mumkin. Shuning uchun infeksiyalanish va piodermiya rivojlanishini oldini olish maqsadida eroziya yuzalarini antiseptiklar va dezinfeksiyalovchi vositalar bilan ishlov berish zarur.
Eroziyalar mavjud bo‘lgan bullyoz pemfigoidili katta yoshdagi bemorlar uchun eroziv yuzalarga ishlov berish va piodermiya rivojlanishining oldini olish maqsadida quyidagi antiseptik va dezinfeksiyalovchi vositalar tavsiya etiladi: metilen ko‘kining suvli eritmasi, bor kislotasi + rezorsin + fenol + fuksin kombinasiyasidagi eritma mahalliy surtiladi [45, 46].

Tavsiyalar ishonchlilik darajasi — C (dalillar ishonchlilik darajasi — 4).
Izoh: eritma mahalliy tarzda paxta tamponi yordamida teri shikastlangan o‘choqlariga kuniga 2–4 maxal surtiladi.

Jarrohlik aralashuvi: o‘tkazilmaydi [3]

Gospitalizasiya uchun ko‘rsatmalar

tizimli terapiyani talab qiluvchi bullyoz pemfigoidining og‘ir shakli;
ambulator sharoitda mahalliy kortikosteroidlar bilan davolash samara bermagan holat;
shikastlangan o‘choqlarda ikkillamchi infeksiya paydo bo‘lishi.

Davo samarasi uchun talablar

kasallik avj olishining to‘xtashi;
qichishishning kamayishi;
eroziyalar epitelizasiyasi.

«BULLYOZ PEMFIGOIDI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

Kirish

Bullyoz pemfigoidi — bu terining surunkali autoimmun bullyoz kasalligi bo‘lib, asosan yoshi katta shaxslarda uchraydi va eritema yoki o‘zgarmagan teri fonida tarang pufaklar paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Patogenez asosida epidermis bazal membranasi komponentlariga qarshi autoantitanalar ishlab chiqarilishi yotadi, bu esa epidermis osti sohasida pufaklarning shakllanishi va yallig‘lanishga olib keladi. Kasallik uning klinik kechishi turlicha bo‘lishi, asoratlar xavfi va hayot sifatiga ta'siri bilan ajralib turadi, bu esa uning diagnostikasi va davolashida standartlashtirilgan yondashuvni talab qiladi.
Epidemiologik ma'lumotlarga ko‘ra, bullyoz pemfigoidi kam uchrovchi kasalliklar guruhiga kiradi: dunyo bo‘yicha umumiy aholida yiliga million kishiga taxminan 2 dan 23 gacha yangi holatlar qayd etiladi, 80 yoshdan katta shaxslarda esa bu ko‘rsatkich ancha yuqori. Hozirda ushbu nozologiya bo‘yicha diagnostik holatlar sonining ortishi kuzatilib, bu holat aholi orasida yoshi katta shaxslar ulushining ko‘payishi va tashxislash usullarining yaxshilanishi bilan bog‘liq. Kasallikning uchrash extimoli yosh katta bo‘lishi bilan ortib, 100 000 ta yoshi katta insonlar orasida o‘nlab holatlarga yetishi mumkin.
file:///C:/Users/Lenovo/Downloads/fmed-05-00220.pdf

Tibbiy reabilitasiya, reabilitasiya usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar

Tibbiy reabilitasiya va sanator-kurort davolash, reabilitasiya usullarini qo‘llash uchun tibbiy ko‘rsatmalar va qarshi ko‘rsatmalar, shu jumladan tabiiy shifobaxsh omillardan foydalanishga asoslangan usullar.
Bullyoz pemfigoidili bemorlarda reabilitasiya chora-tadbirlarini o‘tkazish yondosh kasalliklar bilan belgilanadi.

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

- Bullyoz pemfigoidi bilan kasallangan bemorlarda kasallikning avj olishini oldini oluvchi chora-tadbirlar o‘tkazish tavsiya etiladi (stress, tumovdan saqlanish, organizmdagi surunkali infeksiya o‘choqlarini sanatsiya qilish) [3,5,7].

Bullyoz pemfigoidili bemorlarning dispanser kuzatuvi teri-tanosil dispanseri sharoitida dermatovenerolog shifokorlari tomonidan amalga oshiriladi [3].

Keyingi olib borish:
Dermatolog shifokor tomonidan yashash joyidagi dinamik kuzatuv va shu davrda qo‘llab-quvvatlovchi terapiya masalalari hal qilinadi, shuningdek, davolashning yomon ta'sirlarini minimallashtirish, terini doimiy asosiy parvarish qilish va kasallikni qo‘zg‘atuvchi omillarni yo‘qotish amalga oshiriladi [3].

Adabiyotlar ro‘yxati

1. Kirtschig G., Middleton P., Bennett C. et al. Interventions for bullous pemphigoid. Cochrane Database Syst Rev 2010; 10: CD002292.
2. Parker S.R., Dyson S., Brisman S. et al. Mortality of bullous pemphigoid: an evaluation of 223 patients and comparison with the mortality in the general population in the United States. J Am Acad Dermatol 2008; 59 (4): 582–588.
3. Schmidt E., Zillikens D. Pemphigoid diseases. Lancet 2013; 381: 320–332.
4. Lo Schiavo A., Ruocco E., Brancaccio G. et al. Bullous pemphigoid: Etiology, pathogenesis, and inducing factors: Facts and controversies. Clin Dermatol 2013; 31: 391–399.
5. Joly P., Roujeau J.C., Benichou J. et al. A comparison of two regimens of topical corticosteroids in the treatment of patients with bullous pemphigoid: a multicenter randomized study. J Invest Dermatol 2009; 129 (7): 1681–1687.

6. Feliciani C., Joly P., Jonkman M.F. et al. Management of bullous pemphigoid: the European Dermatology Forum consensus in collaboration with the European Academy of Dermatology and Venereology. Br J Dermatol 2015; 172: 867–877.
7. Murrell D.F., Daniel B.S., Joly P. et al. Definitions and outcome measures for bullous pemphigoid: recommendations by an international panel of experts. J Am Acad Dermatol 2012; 66: 479–485.
8. Joly P., Roujeau J.C., Benichou J. et al. A comparison of oral and topical corticosteroids in patients with bullous pemphigoid. N Engl J Med 2002; 346 (5): 321–327.
9. Roujeau J.C., Guillaume J.C., Morel P. et al. Plasma exchange in bullous pemphigoid. Lancet 1984; 2 (8401): 486–488.
10. Morel P., Guillaume J.C. Treatment of bullous pemphigoid with prednisolone only: 0.75 mg/kg/day versus 1.25 mg/kg/day. A multicenter randomized study. Ann Dermatol Venereol 1984; 111 (10): 925–928.
11. Beissert S., Werfel T., Frieling U. et al. A comparison of oral methylprednisolone plus azathioprine or mycophenolate mofetil for the treatment of bullous pemphigoid. Arch Dermatol 2007; 143 (12): 1536–1542.
12. Guillaume J.C., Vaillant L., Bernard P. et al. Controlled trial of azathioprine and plasma exchange in addition to prednisolone in the treatment of bullous pemphigoid. Arch Dermatol 1993; 129 (1): 49–53.
13. Du-Thanh A., Merlet S., Maillard H. et al. Combined treatment with low-dose methotrexate and initial short-term superpotent topical steroids in bullous pemphigoid: an open, multicentre, retrospective study. Br J Dermatol 2011; 165 (6): 1337–1343.
14. Heilborn J.D., Ståhle-Bäckdahl M., Albertioni F. et al. Low-dose oral pulse methotrexate as monotherapy in elderly patients with bullous pemphigoid. J Am Acad Dermatol 1999; 40: 741–749.
15. Dereure O., Bessis D., Guillot B., Guilhou J.J. Treatment of bullous pemphigoid by low-dose methotrexate associated with short-term potent topical steroids: an open prospective study of 18 cases. Arch Dermatol 2002; 138: 1255–1256.
16. Gual A., Iranzo P., Mascaro J.M. Treatment of bullous pemphigoid with low-dose oral cyclophosphamide: a case series of 20 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014; 28: 814–818.
17. Le Roux-Villet C., Prost-Squarcioni C., Oro S. et al. Role of the nurse in care of bullous pemphigoid. Rev Infirm 2010; 160: 38–40.
18. Venning V.A., Taghipour K., Mohd Mustapa M.F. et al. British Association of Dermatologists' guidelines for the management of bullous pemphigoid 2012. Br J Dermatol 2012; 167:1200–1214.
19. Милявский А.И., Кривошеин Ю.С., Логадырь Т.А., Винцерская Г.А. Эффективность мирамистина в дерматовенерологии. Вестн. Дерматол. Венерол. 1996; (2). 67–69.
20. Привольнев В.В., Каракулина Е.В. Основные принципы местного лечения ран и раневой инфекции. Клин микробиол антимикроб химиотер 2011, 13, (3): 214–222.
https://www.ismos.ru/guidelines/doc/bulleznyj_pemfigoid.pdf

https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl263h50200gslajnntp8b7tt-pemphigoid-2012-gl.pdf

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12686190/?utm_source=chatgpt.com

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11597059/?utm_source=chatgpt.com

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35769474/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22963014/

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

https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike

Bullyoz pemfigoidni boshqarishda amaliy ko‘nikmalar va kompetensiyalar (task shifting)

	Amaliyot hamshirasi	**BTSY oila shifokori (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Shikoyatlar va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish qobiliyatini namoyish etish		+	+
Bemordan kasallik anamnezini yig‘ishda simptomlar haqidagi bilimlardan foydalanish		+	+
Teri-tanosil kasalliklari bo‘lgan bemorlarning to‘liq tibbiy anamnezi		+	+
Fizikal ko‘rik			
Nikolskiy simptomlari		+	+
Tashxis qo‘yish			
• **Sitologik tekshiruv:** pufaklar tarkibida Tsank hujayralarini topish va eozinofillar sonini aniqlash • **Teri bioptatining gistologik tekshiruvi** • **TIF**			+
Asosiy laborator tashxislash			
Asosiy laborator tahlillarni buyurish:		+	+
Qon umumiy tahlili (gemoglobin, gematokrit + leykositar formula + EChT)		+	+
Zahmni aniqlash uchun skrining testlar (14 yoshdan kattalar uchun)		+	+
Sitologik tekshiruv: pufaklar tarkibida Tsank hujayralarini topish va eozinofillar sonini aniqlash			+
Qo‘shimcha laborator tashxislash			
Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): IFR, IFA IgG va IgM, OTIR, PGAR, IXA, Immunoblot IgG va IgM			+
Umumiy siydik tahlili			+
Umumiy najas tahlili			+
Biokimyoviy tahlillar kompleksi			+
Antitelolarni IFA, IXLA, IFlA va PZR-diagnostika			+

usullari yordamida aniqlash			
Gistologik tahlil			+
Immunogistokimyoviy tahlil			+
Teri bioptatining immunoflyuoressent tahlili			+
Immunologik tahlillar			+
ANA tahlili			+
IgE tahlili			+
IgA tahlili			+
SRO tahlili			+
gepatit B, C va OIV uchun qon tahlili			+
Desmoglein 1 va 3 uchun qon tahlili			+
Elektrolitlar uchun qon tahlili			+
Mikologik tahlil			+
Antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash maqsadida mikrobiologik tahlil			+
Yashirin qon uchun najas tahlili			+
Qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar			
Teri holati diagnostikasi - dermatoskopiya			+
Teri YuTTi			+
Ichki a'zolar UTTi		+	+
Psixoemosional holatni baholash			+
Osteodensitometriya			+
Davolash			
Nomedikamentoz davolashni tayinlash kompetensiyasi			+
Medikamentoz davolashni tayinlash kompetensiyasi			+

Profilaktika			
Medikamentoz davoga rioya qilishni yaxshilash bo‘yicha kompetensiya		+	+

Asosiy tor mutaxassis bo‘lib dermatovenerolog shifokor xizamt qiladi.

*Ushbu kompetensiyalarga tibbiy hamshiralarni tayyorlash orqali erishish mumkin.

Bullyoz pemfigoidini boshqarish kompetensiyalari

	Amaliyot hamshirasi	**BTSY oila shifokori (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Bullyoz pemfigoidining ta'rifi		+	+
Shikoyatlarning simptomatik ta'rifi		+	+
Patofiziologik mexanizmlar ta'rifi			+
Etiologiya, simptomlar va tekshiruvlar (asosiy laborator-instrumental tadqiqotlar) asosida tashxisiy yondashuvni yaratish		+	+
Asosiy tahlillar interpretatsiyasi		+	+
Davolash usulining shakllantirilishi			+
Nomedikamentoz terapiyani tasvirlab bering			+
Medikamentoz terapiyani tasvirlab bering			+
Bullyoz pemfigoidida qo‘llaniladigan turli dori vositalarining ta'sir mexanizmi va nojo‘ya ta'sirlarini muhokama qiling			+
Bullyoz pemfigoidining patofiziologik rivojlanish mexanizmini muhokama qiling			+

Asosiy tor mutaxassis bo‘lib dermatovenerolog shifokor xizmat qiladi.