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

«DEVERJI KASALLIGI»
NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT 2026

«TASDIQLAYMAN»
O‘zR SSV RIDVvaKIATM
direktori v.b.
Sabirov U.Y.

«26» февраль 2026yil.

«DEVERJI KASALLIGI»
NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2026

«DEVERJI KASALLIGI»
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI

1. Kirish qismi

XKT-10/11 bo‘yicha kodlar:

L44.0	Deverji kasalligi	EA94	Deverji kasalligi
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11164		https://skinive.com/ru/dermatlas/papulosquamous/2ps_red_hair_lichen/

Protokol ishlab chiqilishi va qayta ko‘rilishi sanasi: 2026-yil, protokolni qayta ko‘rib chiqish sanasi 2029-yil 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.	Ibragimova G.R.	Dermatovenerolog shifokor, t.f.n	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
3.	Kurbanova N.K.	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. Tashpulatov Shuxrat Shavkatovich - 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: Deverji kasalligi 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, reabilitatsion 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

“DEVERJI KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI ……4
“DEVERJI KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALAShUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI ….…..……28

“DEVERJI KASALLIGI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL …… ……35

Qisqartmalar ro‘yxati

XKT	Xalqaro kasalliklar tasniflanishi
DV XPN	Dori vositalarining xalqaro patentlanmagan nomlanishi
GKS	Glyukokortikosteroid vositalar
IgG	G sinf immunoglobulini
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
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

2. Asosiy qism.

2.1. Kirish

Deverji kasalligi — kam uchraydigan surunkali yallig‘lanuvchi teri kasalligi bo‘lib, follikulyar giperkeratoz, eritrodermiya fonida o‘zgarmagan teri “orolchalari” mavjudligi va kaft hamda tovonlarning keratodermiya tipida zararlanishi bilan tavsiflanadi. Kasallik idiopatik bo‘lishi ham, shuningdek infeksion, immun va genetik omillar bilan bog‘liq holda rivojlanishi ham mumkin.

Diagnostika klinik manzara va teri gistopatologik tekshiruvi ma'lumotlariga asoslanadi. Deverji kasalligining kechishi turlicha — o‘z-o‘zidan chegaralanib qoluvchi shakllardan tortib surunkali residivlanuvchi variantlargacha bo‘lishi mumkin, bu esa davolashga individual yondashuv va bemorlarning dinamik kuzatib borilishini talab qiladi.

2.2 Ta'rif

Deverji kasalligi — teri muguzlanish jarayonining buzilishi bilan bog‘liq yallig‘lanuvchi teri kasalligi bo‘lib, follikulyar giperkeratotik papulalar, kaft-tovon giperkeratozi hamda to‘q sariq tusli eritematoz, qipiqlanuvchi pilakchalar bilan namoyon bo‘ladi.

2.3. Etiologiyasi va epidemiologiyasi

Deverji kasalligi — kam uchraydigan patologiya hisoblanadi. Taxminan, teri kasalligi bo‘yicha dermatovenerologga birinchi marotaba murojaat qilgan har 5000 bemordan biri Deverji kasalligi bilan kasallangan deb hisoblanadi [1]. Kasallik barcha irqlarda erkaklar va ayollarda bir xil darajada uchraydi. Deverji kasalligi uchun kasallanishning yoshga bog‘liq ikki avj olish cho‘qqisi mavjud, bu hayotning birinchi va beshinchi o‘n yilliklaridir.

Deverji kasalligining etiologiyasi va patogenezi aniq emas. Mumkin bo‘lgan etiologik omillar qatoriga A vitamini metabolizmining buzilishi hamda autoimmun kasalliklar kiradi. Noma'lum antigenlarga nisbatan patologik immun javob rivojlanib, epidermisda retinoid signal uzatilishini buzishi va natijada keratinositlarning terminal differensiasiyasiga ta'sir qilishi taxmin qilinadi [2]. Shuningdek, kasallik rivojlanishining asosida retinol-bog‘lovchi oqsil — A vitaminini tashuvchi maxsus oqsil sintezi nuqsoni yotishi mumkinligi qayd etiladi [3].

Deverji kasalligining autosom-dominant va autosom-resessiv tipda irsiylanadigan oilaviy holatlari ham tasvirlangan [4–6].

Ayrim holatlarda Deverji kasalligi rivojlanishi infeksiyalar va ichki a'zolarning yomon sifatli o‘smalari bilan assosiatsiyalandi [7]. Ehtimoliy qo‘zg‘atuvchi omillar qatoriga streptokokk infeksiyasi, sitomegalovirus, Varisella zoster virusi, OIV kiradi. Deverji kasalligining buyrak saratoni, Merkel hujayrali saratoni, yassi hujayrali saraton, adenokarsinoma, jigar saratoni va halqum saratoni bilan bog‘liqligi haqida ma'lumotlar mavjud.

2.4. Tasnifi

Bemorning kasallik boshlangan yoshi, klinik kechishi va prognozini hisobga olgan holda Deverji kasalligining quyidagi turlari ajratiladi [8]:

Kasallik tipi	Kasallik boshlangan yoshi (barcha holatlar %)	Klinik ko‘rinishlari	Prognoz
I Klassik, kattalar	Katta yosh (55%)	Ko‘rinishidan sog‘lom teri sohasiga yaqin joyda hosil bo‘lgan qizg‘ish-to‘q sariq pilakchalar avval bosh va bo‘yin sohasida paydo bo‘lib, so‘ng tananning quyi qismlariga o‘tadi. Diffuz mumsimon keratodermiya xos.	3 yil davomida 80% bemorlarda spontan remissiya
II Atipik, kattalar	Katta yosh (5%)	Ixtiozsimon kepaklanish, eritema va alopesiya sohalari. Plastinkali kepaklanish bilan kaft-tovon keratodermiyasi	Surunkali kechishi
III Klassik, yuvenil	5-10 yosh (10%)	I tipga o‘xshash	Aksariyat hollarda kasallik boshlangandan 1 yil o‘tib remissiya
IV Chegaralangan, yuvenil	3-10 yosh (25%)	Aniq chegaralangan follikulyar giperkeratoz, tizza va tirsaklar eritemasi	Aniqlanmagan
V Atipik, yuvenil	0-4 yosh (5%)	Asosan follikulyar giperkeratoz; hayotning	Surunkali kechishi

		birinchi yillarida paydo bo‘ladi. Oilaviy.	
VI OIV assotsirlangan	Istalgan yosh	I tipga o‘xshash.	Turlicha

2.5. Klinik ko‘rinish

Kattalarda Deverji kasalligining klassik tipi (I tip) odatda yuz, boshning sochli qismi va tananing yuqori qismi terisida eritematoz dog‘lar paydo bo‘lishi bilan boshlanadi. Keyinchalik, bir necha hafta yoki oy davomida toshmalar tananing pastki qismlariga tarqaladi. Follikulyar papulalar va sarg‘ish-to‘q sariq tusli eritematoz pilakchalar paydo bo‘lib, ular tananing ko‘p joylarida bir-biri bilan qo‘shilib ketadi. Keng tarqalgan eritema ichida odatda ko‘zga ko‘rinadigan sog‘lom teri “orolchalari” saqlanib qoladi. Og‘ir holatlarda eritrodermiya rivojlanadi. Kaft-tovon keratodermiyasi yorqin sarg‘ish-to‘q sariq tusi bilan ajralib turadi, bir necha hafta ichida shakllanadi va tirnoqlar zararlanishi bilan birga kechadi. Deverji kasalligining I tipi rivojlanishining cho‘qqisida ko‘p hollarda ektropion kuzatiladi. Kasallikning ushbu tipi nisbatan yaxshi prognozga ega. Kasallik og‘ir kechishi mehnat qobiliyatining pasayishiga olib kelishi mumkin bo‘lsa-da, bemorlarning 80% dan ortig‘ida 3 yil ichida to‘liq remissiya kuzatiladi.

Kattalarda atipik tip (II tip) uzoq muddatli (20 yil va undan ortiq) kechishi bilan xarakterlanadi. Klinik ko‘rinishlari vulgar ixtiozni eslatadi. Bemorlarda boshning sochli qismida sochlar siyraklashishi kuzatilishi mumkin. Kaft-tovon giperkeratozi yaqqol namoyon bo‘lib, plastinkali qipiqlanish bilan ifodalanadi.

Klassik yuvenil Deverji kasalligi (III tip) klinik belgilari jihatidan kattalardagi klassik tipga o‘xshash bo‘lib, undan faqat kasallik boshlanish yoshi va kechish xususiyatlari bilan farq qiladi. Ushbu tip odatda 5 yoshdan 10 yoshgacha bo‘lgan davrda boshlanadi. Bolalarda ilk toshmalar ko‘pincha tananing pastki qismida joylashadi va keyin yuqoriga tarqaladi. Bolalarda kasallik kechishi kattalarga nisbatan ancha yengilroq, chunki kasallik boshlanganidan so‘ng 1 yil davomida toshmalarning o‘z-o‘zidan yo‘qolishi kuzatiladi. Deverji kasalligining III tipiga oid oilaviy holatlar ham tasvirlangan.

Cheklangan yuvenil Deverji kasalligi (IV tip) prepubertat yoshdagi bolalar va yoshlar orasida kuzatiladi. Ushbu kasallik turi aniq chegaralangan eritema va follikulyar giperkeratoz o‘choqlari bilan tavsiflanadi, ular asosan tizzalar va tirsaklarda joylashadi. Tananing boshqa qismlarida toshmalar kamroq ifodalangan bo‘ladi. Bu tip uchun qo‘l kaftlari va oyoq tovonining shikastlanishi xos, biroq ayrim hollarda kuzatilmasligi ham mumkin. Toshmalar cheklangan holda saqlanib qoladi, kasallik tarqalgan teri shikastlanishi bilan kechuvchi turiga o‘tmaydi. Kasallik boshlanganidan keyin 3 yil ichida remissiya kuzatilishi ushbu turdagi bemorlarning 30–32%ida qayd etiladi, bu esa kattalardagi klassik tipiga nisbatan ancha kam. Kasallik yengil namoyon bo‘lishi mumkin, ammo ayrim hollarda kuchli avj olishlar va remissiyalar bilan kechishi ham ehtimoldan xoli emas.

Atipik yuvenil Deverji kasalligi (V tip) kasallikning erta yoshda boshlanishi va surunkali kechishi bilan xarakterlanadi. U asosan giperkeratotik follikulyar toshmalar va ixtioziform turdagi teri shikastlanishi bilan namoyon bo‘ladi. Ba'zi bemorlarda kaftlar va oyoq tovonlarida sklerodermiyaga o‘xshash o‘zgarishlar rivojlanadi. Deverji kasalligida oilaviy holatlarning ko‘pchiligi V turga mansub.

OIV bilan bog‘liq Deverji kasalligi (VI tip) klinik namoyon bo‘lishining xilma-xilligi va I tip kasallikka nisbatan ancha noxush prognoz bilan farq qiladi. Deverji kasalligi OIV infeksiyasining ilk belgisi bo‘lishi mumkin. Odatda kasallik qo‘l-oyoqlarning yozuvchi yuzalarida simmetrik joylashgan eritematoz, kepaklanuvchi follikulyar papulalar paydo bo‘lishi bilan boshlanadi.

OIV bilan bog‘liq Deverji kasalligi tipida follikulyar muguzsimon tiqinlarning yaqqol ifodalanishi va tikansimon o‘simtalar hosil bo‘lishi xos bo‘lib, bu holat klassik I tipda kamroq uchraydi. Kaftlar, oyoq tovonlari va tirnoqlarning shikastlanish darajasi turlicha bo‘lishi mumkin, ayrim hollarda esa umuman kuzatilmasligi ham mumkin.

Kasallikning tez-tez uchraydigan ko‘rinishlaridan biri — eritrodermiya, ammo uning fonida sog‘lom teri uchastkalari ham saqlanib qolinishi mumkin. Klassik I tipdan farqli ravishda, muguzsimon tiqinlar va tikansimon o‘simtalar regressiyaga moyil emas.

OIV bilan bog‘liq Deverji kasalligi konglobat husnbuzar, gidradenit va tikanli temiratki fonida kechishi mumkin. Bunday klinik belgilar OIV-assotsirlangan follikulyar sindrom deb ataladi [9–11].

Deverji kasalligining oraliq turlari ham uchrashi mumkin, shu sababli kasallik tipini har doim ham aniq belgilash imkoni bo‘lmaydi.

3. Tashxisiy usullar, yondashuvlar va muolajalar

Deverji kasalligi tashxisi uning klinik belgilari va bemorning zararlangan teri sohasi bioptati gistologik tekshiruvi natijalariga asoslanadi.
Deverji kasalligini xarakterlovchi asosiy klinik belgilar muguzsimon tiqinlarga ega follikulyar papulalar, eritematoz pilakchalarning to‘q sariq yoki lososrang tusi, ular doirasida ko‘rinib turadigan sog‘lom teri “orolchalari”ning mavjudligi, kaft-tovon giperkeratozi, shuningdek tirnoqlarning shikastlanishi kiradi.
Deverji kasalligining gistologik belgilariga donador qavat saqlangan holda ortokeratoz va parakeratoz bilan kechuvchi akantoz kiradi. Soch follikulalari kengaygan bo‘ladi, muguzsimon tiqinlar mavjud. Derma qavatida esa ko‘pincha yuzaki perivaskulyar va perifollikulyar infiltrat aniqlanadi.

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 yadroli 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)

B 3	• Gistologik tahlil • Immunogistokimyoviy tahlil

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 taxlili • Yashirin qon uchun najas tahlili

C 5	• Biokimyoviy tahlillar kompleksi • Lipid spektri tahlili • Koagulogramma • Immunologik tahlillar • IFA, IXLA, IFlA va PZR-diagnostika usullari yordamida antitelolar tahlili • ANA tahlili • IgE tahlili • Gepatit B, C va OIV uchun qon tahlili • Mikologik tahlil • Molekulyar-genetik tahlil • Homiladorlik uchun test, qonda xoreonik gonadotropin darajasini aniqlash

C 5	• Ko‘krak qafasi a'zolarining 2 proeksiyada rentgenografiyasi, tuberkulin sinamalari, biologik terapiya qo‘llanilganda sil infeksiyasini istisno qilish maqsadida ftiziatr maslahati.

4. Instrumental tekshiruvlar:

C 5	• Ko‘rsatmalar bo‘yicha qorin bo‘shlig‘i a'zolari, kichik tos a'zolari, prostata bezi UTTi

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

C5	Psixoemotsional holatni baholash

5. Mutaxassislar bilan maslaxatlashish uchun ko‘rsatmalar

C 4	• Deverji kasalligi bilan og‘rigan bemorlarga, agar terapiya vaqtida nojo‘ya ta'sirlar rivojlanish ehtimoli bo‘lsa, terapevt/pediatr va boshqa ixtisoslashgan mutaxassislar (oftalmolog, endokrinolog, kardiolog, ginekolog, ftiziatr, nevrolog va h.k.) bilan maslahatlashish tavsiya etiladi. Bu qo‘llanilayotgan terapiyaning xavfsizligini nazorat qilish yoki ichki organlar va tizimlarning yondosh patologiyasini istisno qilish maqsadida skrining o‘tkazish uchun zarur.

Differensial tashxis:

Deverji kasalligining oddiy **psoriaz**dan terining zararlangan sohalarida to‘q sariq tus, ko‘rinishidan sog‘lom teri «orolchalari»ning mavjudligi va qo‘l barmoqlari orqa yuzasida follikulyar papulalarning paydo bo‘lishi bilan klinik farqlanadi. Gistologik jihatdan ham Deverji kasalligi va oddiy psoriaz epidermis giperplaziyasi va giperkeratoz bilan tavsiflanadi, ammo Deverji kasalligida epidermisning donador qavati biroz qalinlashgan va deyarli har doim saqlanadi, bu esa psoriazda ko‘pincha kuzatilmaydi. Derma qavati so‘rg‘ichlarining kapillyarlari kengayishi ham Deverji kasalligi, ham psoriazda kuzatiladi, ammo psoriazda qon tomirlarining kengayishi aniqroq va yuqori darajada ifodalanadi. Deverji kasalligida dermadagi yallig‘lanish infiltrati faqat limfositlar va monositlardan iborat bo‘lsa, psoriazda polimorf-yadroli neytrofillar va Munro mikroabssesslari ham uchrashi mumkin.

Deverji kasalligidagi **eritrodermiya** toksidermidagi eritrodermiyani eslatishi mumkin, ammo toksidermiya uchun jarayonning tez rivojlanishi va qisqa muddatda regressiyasi xosdir. Dori vositalariga bog‘liq toksidermiya ko‘pincha aniq qiyinchilik va qichishish bilan ham birga keladi.

Tug‘ma ixtioziform eritrodermiya Deverji kasalligidan teri burmalaridagi (ba'zan papillomatoz belgilari bilan birga uchrovchi) yaqqol giperkeratoz, gipergidrozning mavjudligi, soch va tirnoqlarning tez o‘sishi hamda kasallikning tug‘ma xususiyatga ega bo‘lishi bilan farq qiladi.

Ekzema va atopik dermatitdagi eritrodermiya Deverji kasalligidan ko‘pincha uzoq vaqt davomida torpid kechuvchi patlogik jarayon fonida, ayniqsa qo‘zg‘atuvchi terapiya ta'siri ostida rivojlanadi. Shuningdek, bu holatlarda ushbu kasalliklarga xos klinik belgilar ham aniqlanishi mumkin.

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

Fizioterapevtik muolajalar:
https://emedicine.medscape.com/article/1107742-treatment?form=fpf

Boshlang‘ich nurlanish dozasi terining individual sezgirligiga asoslanib belgilanadi: PUVA-terapiyada minimal fototoksik doza yoki UBB-terapiyada minimal eritema dozasi o‘lchanadi; yoki minimal fototoksik/eritema dozasini aniqlamasdan, terining fototipiga (T.B. Fitspatrik klassifikasiyasi bo‘yicha) asosan belgilanadi.

C 2	torpolosali o‘rtato‘lqinli ultrabinafsha terapiyada nurlanishning boshlang‘ich dozasi eritema dozasinnig 50-70% ini tashkil etadi. Nurlanish dozasini aniqlashda teri tipi va bemor terisining qorayishiga qarab 0,1-0,3 Dj/sm^2 dozada boshlanadi. Muolaja haftada 3-4 marotaba o‘tkaziladi. Eritema kuzatilmagan holatlarda bir marttalik doza har bir muolajada yoki har ikkinchi muolajada 5-30%ga yoki 0,05-0,2 Dj/sm^2 ga oshiriladi. Kurs

	uchun 15-35 muolaja buyuriladi.

C 2	Teri ultrabinafsha nurlanishi. Katta yoshli bemorlarga fotosensibilizatorlarni (PUVA) ichki qo‘llab amalga oshiriladi. Fotosensibilizator sifatida tizimli qo‘llaniluvchi psoralenlar ishlatiladi, psoralenlarning bir martta qabul qilinish dozasi 1 kg tana massasiga 0,6-0,8 mg bo‘lib, uzunto‘lqinli UB-yorug‘lik bilan nurlantirishdan 1,5-2 soat oldin qabul qilinadi. UBAning boshlang‘ich dozasi minimal fototoksik dozaning 50–70% ni tashkil etadi. Terining fototipi va bemorning teri kuyish darajasiga qarab dozalashda boshlang‘ich doza 0,25–1,0 Dj/sm² ni tashkil qiladi. Muolajalar haftada 2–4 marta o‘tkaziladi. Eritema kuzatilmagan holatlarda bir marttalik doza har ikkinchi muolajada 30%gacha yoki 0,25-1,0 Dj/sm^2 gacha oshirilishi mumkin. Yengil ifodalangan eritema paydo bo‘lsa, nurlanish dozasi o‘zgarishsiz qoldiriladi. UBAning bir martalik maksimal dozasi 15–18 Dj/sm². Davolash kursiga 15–35 muolaja buyuriladi.

C 2	Katta yoshdagi bemorlarga furokumarinlarning suvli eritmasi bilan PUVA-vannalar o‘tkaziladi. UBA ning boshlang‘ich nurlanish dozasi minimal fototoksik dozaning 20-30%ini yoki 0,3-0,6 Dj/sm^{2}ni tashkil etadi. Ham umumiy, ham mahalliy PUVA-vannalarda nurlanish haftada 2–4 marta o‘tkaziladi. Eritema kuzatilmasa, bir martalik doza har ikkinchi muolajada eng ko‘pi bilan 30% ga yoki 0,2–0,5 Dj/sm² ga oshiriladi. I–II fototipli bemorlarda dozalash 0,5–1,0–1,5–2,0–2,5–3,0 Dj/sm² diapazonida amalga oshiriladi. III–VI fototipli bemorlarda esa nurlanish 0,6–1,2–1,8–2,4–3,0–3,6 Dj/sm² diapazonida o‘tkaziladi. Yengil ifodalangan eritema paydo bo‘lsa, doza o‘zgarishsiz qoldiriladi. I–II fototipli bemorlarda bir martalik maksimal doza 4,0 Dj/sm² ni, III–VI fototipli bemorlarda esa 8,0 Dj/sm² ni tashkil etadi. Davolash kursiga 15–35 muolaja buyuriladi.

C 2	Fototerapiya + retinoidlar. Nurlanish bemorning individual sezgirligiga qarab, MED yoki MFDning 30–50% ni tashkil etuvchi doza bilan boshlanadi. Keyinchalik bir martalik doza MED yoki MFDdan 10–30% ga oshirib boriladi. Yengil eritema paydo bo‘lsa, nurlanish dozasi oshirilmaydi; agar yaqqol ifodalangan eritema va terida og‘riq kuzatilsa, davolashda tanaffus qilish talab etiladi.

C 5	• Balneoterapiya • Pastintensiv yorug‘lik terapiyasi LLLT • Polixromatik nur • Mahalliy vositalar bilan ultratovush terapiya • Qizil va infraqizil lazer • Galvanizatsiya 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**
Antigistamin vositalar	Dezloratadin	Tabletkalar 5 mg, eritma 10 ml peroral sutkasiga 1 maxal 7-14 kun	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Setirizin	Tabletkalar 5 mg, eritma 10 ml peroral sutkasiga 1 maxal 7-14 kun	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Levosetirizin	Tabletkalar 5 mg, eritma 20 tomchi peroral sutkasiga 1 maxal 7-14 kun	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Xloropiramin	Tabletkalar 25 mg 3-4 maxal/sut, kattalar uchun m/o yoki v/i yuboriladigan bir martalik doza 20-40 mg	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Ebastin	Peroral. Kattalar uchun tavsiya etiladigan doza 10-20 mg/sut.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Loratadin	Tabletkalar 5 mg, eritma 10 ml peroral sutkasiga 1 maxal 7-14 kun	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj

			_volosjanoj.pdf
	Bilastin	Peroral. Kattalar uchun tavsiya etiladigan doza 10-20 mg/sut.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
Giposensibilizasiyalovchi vositalar	Natriy tiosulfat	v/i — 5–50 ml 30% eritma peroral — 10%li eritma ko‘rinishida bir marotaba qo‘llash uchun 2–3 g	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Kalsiy glyukonat	V/i, v/i sekin (2–3 daqiqa davomida) yoki tomchilab yuboriladi. Kattalarga — 100 mg/ml li eritmadan 5–10 ml har kuni, kun ora yoki 2 kunda bir marta. Bolalarga — v/i sekin (2–3 daqiqa davomida) yoki tomchilatib, yoshiga qarab 100 mg/ml li eritmadan 1 dan 5 ml gacha har 2–3 kunda bir marta yuboriladi.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
Keratolitik vositalar	Salisil kislotasi (2-5%)	mahalliy kuniga 1–2 maxal 2–3 hafta davomida	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Mochevina (10,15,20,30,50%)	mahalliy kuniga 1–2 maxal 2–3 hafta davomida	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
Reparativ va regenerasiyalovchi vositalar	Dekspantenol	mahalliy kuniga 1–2 maxal 2–3 hafta davomida	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

Vitamin D analoglari	Kalsipotriol	kuniga 50 mkg/g 2 maxal 2-10 oy davomida	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Kalsinevrin ingibitorlari	Pimekrolimus	1% krem kuniga 1 maxal kuniga 20 g (tana vazni 45 kg dan kam bo‘lgan hollarda kuniga 10 g)	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Takrolimus	0.03%, 0.1% maz 12 haftagacha	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Mahalliy qo‘llash uchun sintetik retinoidlar	Tazaroten	Mahalliy kuniga 1 maxal, o‘rtacha 8–12 hafta davomida.	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Tretinoin Gel, krem 0.025%, 0.05%, 0.1%	Mahalliy kuniga 1 maxal, o‘rtacha 8–12 hafta davomida.	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Mahalliy GKS	klobetazol 0,05%	Kattalarda mahalliy qo‘llash uchun krem kuniga 2 maxal tananing butun yuzasiga surish uchun	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Mometazon 0,1%	krem yoki maz, kuniga zararlanish o‘chog‘iga klinik yaxshilanish kuzatilgunga qadar 1 maxal surtiladi	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Betametazon 0,1%	krem yoki maz, kuniga zararlanish o‘chog‘iga klinik yaxshilanish kuzatilgunga qadar 2 maxal surtiladi	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

	Metilprednizolon aseponat 0,1%	krem yoki maz, kuniga zararlanish o‘chog‘iga 1-2 maxal surtiladi, qo‘llanilish davomiyligi 12 haftadan oshmasligi kerak	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.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.

Jadval -2

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

Farmakoterapevtik guruhi:	**DV XPN**	**Qo‘llash usuli**	**Dalillar darajasi**
Kalsinevrin ingibitorlari	Siklosporin	dastlab tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 5 mg dozada peroral 2–4 hafta davomida buyuriladi, so‘ngra doza asta-sekin kuniga 2–3 mg/kg gacha kamaytiriladi va davolash 12–20 hafta davom ettiriladi. **Davolashga rezistent bo‘lgan bolalarga og‘ir holatlarda:** siklosporin tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 3,0 mg dozada peroral 5 hafta davomida qo‘llaniladi, so‘ngra preparat dozasi 18 hafta mobaynida asta-sekin kamaytirilib, to‘liq bekor qilinadi.	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Antimetabolitlar (foliy kislotasi analoglari)	Metotreksat	Kattalarga metotreksat haftasiga 10 dan 30 mg gacha dozada t/o, m/o yoki peroral qabul qilish uchun buyuriladi. Bolalarga esa — 0,2–0,7	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/

		mg/kg/hafta dozada qo‘llaniladi.	
B guruh vitaminlari	Foliy kislotasi	Metotreksat qabul qilinganidan 12–48 soat o‘tgach foliy kislotasini qabul qilish tavsiya etiladi. Eng optimal vaqt — metotreksatning haftalik dozasidan 24 soat o‘tgach qabul qilish. Foliy kislotasining dozasi haftasiga kamida 5 mg bo‘lishi kerak.	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Tizimli retinoidlar	Asitretin	kuniga 25–50 mg peroral qabul qilinadi, davolash davomiyligi patologik jarayonning xususiyatiga qarab belgilanadi; kuniga 25 mg peroral ravishda qabul qilish + UBA1 fototerapiya. Boshlang‘ich doza 30 Dj/sm², 2-kunga 60 Dj/sm² ga, 3–7-kunlarda 90 Dj/sm² ga va 8–15-kunlarda 100–30 Dj/sm² ga oshiriladi. Davolash kursiga haftada 5 martadan 15 muolaja buyuriladi; kuniga 50 mg peroral qabul qilinadi va asta-sekin kuniga 25 mg kamaytiriladi + PUVA-terapiya. Boshlang‘ich UBA dozasi 0,5 Dj/sm², keyinchalik har 3-kunda 0,3 Dj/sm² ga oshiriladi va maksimal doza 1,8 Dj/sm² ga yetadi. Fotosensibilizator sifatida metoksalen peroral 0,5 mg/kg tana vazniga mos dozada qo‘llaniladi (Re-PUVA); **Bolalarga:** tana vaznining 1 kg-iga sutkasiga 0,5 mg peroral tarzda torpolosali o‘rtato‘lqinli 311 nm to‘lqin uzunligiga ega ultrabinafsha terapiya bilan birga, jami 25 muolaja	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Alitretinoin	peroral 30 mg/sut, uzoq vaqt mobaynida (3–6 oy va undan ko‘p)	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NB

		asitretin/izotretinoinga rezistent holatlarda qo‘llaniladi	K482436/
	Izotretinoin	Tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 1 mg dozada peroral ravishda 12–26 hafta davomida qabul qilinadi. **Bolalarga:** izotretinoin tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 0,5–1 mg dozada peroral ravishda qo‘llaniladi (faqat 12 yoshdan katta bo‘lgan bolalar uchun).	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Selektiv immunodepressant (fosfodiesteraza–4 ingibitorlari)	Apremilast	Kuniga 2 marta 30 mg dan qabul qilinadi. Davolash boshida dozani titrlash talab etiladi, birlamchi titrlashdan so‘ng qayta titrlash talab qilinmaydi.	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Selektiv immunodepressant (alfa-FNO ingibitorlari)	Infliksimab	tana vaznining har 1 kg uchun 5 mg dozada vena ichiga yuboriladi. Infuziyalar 0 hafta va 2 haftada o‘tkaziladi. Shundan so‘ng, agar bemor holati yaxshilanib, toshmalar 75% yoki undan ko‘proq regress qilsa, infliksimab infuziyasi birinchi infuziyadan 6 hafta o‘tgach amalga oshiriladi va keyinchalik har 8 haftada 1 marta davom ettiriladi yoki tana vaznining har 1 kg uchun 5 mg dozada vena ichiga quyidagi sxema bo‘yicha yuboriladi: 0, 2 va 6 haftalarda, keyinchalik har 8 haftada 1 marta. Metotreksat bilan kombinasiyada haftasiga 10–30 mg yoki tana vaznining har 1 kg uchun 5 mg dozada vena ichiga quyidagi sxema bo‘yicha yuboriladi: 0, 2 va 6 haftalarda, keyinchalik Asitretin (50mg/sut) bilan kombinasiyada	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/

		har 8 haftada 1 marta	
	Adalimumab	boshlang‘ich doza 80 mg teri ostiga. 1 haftadan so‘ng 40 mg, keyinchalik 32 hafta davomida har 2 haftada 1 marta 40 mg dan yuboriladi. Samara davolashning 3–6 haftalarida kuzatiladi, yaqqol samara esa 4–8-haftalardan keyin namoyon bo‘ladi	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Etanersept	25–50 mg teri ostiga haftasiga 2 marta, davomiyligi 9 oygacha yoki 50 mg teri ostiga haftasiga 2 marta asitretin bilan kombinasiyada tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 0,2 mg dozada, 12–48 hafta davomida	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Selektiv immunodepressant (IL – 12,23 ingibitori)	Ustekinumab	Katta yoshli bemorlarga teri ostiga 45 mg yuboriladi. Ikkinchi inyeksiya birinchi qo‘llashdan 4 hafta o‘tgach amalga oshiriladi, keyinchalik har 12 haftada bir marta qilinadi. Tana vazni 100 kg dan ortiq bo‘lgan bemorlarda preparatni 90 mg dozada qo‘llash tavsiya etiladi. Agar har 12 haftada qo‘llanilganda klinik samara etarli bo‘lmasa, dozani har 12 hafta 90 mg gacha oshirish lozim. Agar bu dozalash rejimi ham samara bermasa, 90 mg doza har 8 haftada yuboriladi. 6 yoshdan katta bolalarda dozani tanlash tana vazniga qarab individual tarzda amalga oshiriladi	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
IL17A ingibitorlari	Iksekizumab	Boshlang‘ich doza — 60 mg, keyinchalik har 2 haftada 80 mg, so‘ngra 80 mg dan har 4 haftada 1	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NB

		marta qo‘llaniladi	K482436/
IL17A ingibitorlari	Sekukinumab	300 mg teri ostida 0, 1, 2, 3, 4 hafta → so‘ng 4 haftada 1 marotaba	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
IL17 ingibitorlari	Brodalumab	210 mg teri ostiga 0, 1, 2 hafta → so‘ng har 2 haftada	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Bimekizumab	320 mg teri ostiga har 4 haftada (psoriazga o‘xshash)	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
IL23 ingibitorlari	Guselkumab,	100 mg teri ostiga 0, 4 hafta → so‘ng har 8 haftada	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Rizankizumab	150 mg teri ostiga 0, 4 hafta → so‘ng har 12 haftada	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Tildrakizumab	100 mg teri ostiga 0, 4 hafta → so‘ng har 12 haftada	C https://emedicine.medscape.com/article/1107742-treatment?form=fpf
ingibitori JAK	Tofasitinib	peroral 5 mg kuniga 2 maxal	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Upadasitinib	peroral 15 mg/sut	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/

Immunodepressantlar	Azatioprin	kuniga 150–200 mg 2 oydan kam bo‘lmagan vaqt mobaynida	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Tizimli GKS	Prednizolon	tana vaznining 0,5-1 mg/kg peroral qisqa kurs bilan eritrodermik holatda va undan oldin	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Vitaminlar	Retinol asetat (Vitamin A)	100 000-200 000 XB/sut	C https://www.semanticscholar.org/paper/Toxic-doses-of-vitamin-A-for-pityriasis-rubra-Randle-D%C3%ADaz-P%C3%A9rez/cb27900fcd363331d8e1690bbf338d737bd6503a
	Xolekalsiferol	Peroral, m/o. 500-200000XB yetishmovchilik darajasiga mos ravishda	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Askorbin kislotasi	Peroral, m/o, v/i 250-1000mg/sut	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
* Gepatoprotektor ta'sirga ega vositalar	Essensial fosfolipidlar	v/i sekinlik bilan 1-2 ampula (5-10 ml), eritmani bemor qoni bilan 1:1 nisbatda eritib. Dori vositasini eritish zarurati bo‘lganda dekstrozaning 5% yoki 10% eritmasi bilan aralashtirib infuziya tayyorlanadi. Peroral. 12 yoshdan katta o‘smirlar va tana vazni 43 kg dan ortiq bo‘lgan bemorlarga kuniga 2 kapsuladan 3 maxal ovqat paytida buyuriladi.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

	Oksimatrin	m/o — 600 mg, kuniga bir maxal; v/i — 600 mg 100–250 ml 5% glyukoza eritmasi yoki 0,9% natriy xloridi eritmasida eritilib, tomchilatib, 1 daqiqaga 60 tomchi tezlikda yuboriladi, kuniga bir maxal; peroral — 2 kapsuladan (0,2 g oksimatrin) kuniga uch maxal. Agar zarur bo‘lsa, kunlik doza 3 kapsuladan kuniga uch maxalgacha oshirilishi mumkin (0,3 g oksimatringa teng).	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Ursodezoksixol kislotasi	Peroral. Bolalar va tana vazni 34 kg dan kam kattalarga ursodezoksixol kislotasi suspenziya shaklida qo‘llanilishi tavsiya etiladi. Tavsiya etiladigan doza — tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 10 mg.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Antral	Peroral ovqatdan so‘ng kuniga 3 maxal qo‘llaniladi: Kattalar va 10 yoshdan katta bolalar — 1 martada 200 mg. • 4–10 yoshdagi bolalar — 1 martada 100 mg.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.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 dori vositasi kasallik og‘irligiga qarab tana vaznining har 1 kg uchun 10 ml dozada buyuriladi. 6 yoshdan 12 yoshgacha bo‘lgan bolalarga — kasallik og‘irlik darajasiga qarab belgilanadi. 12 yoshdan katta bolalarga esa dori vositasi bir xil dozada yuboriladi.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Meglyumin natriy suksinat	V/i tomchilab, 1 daqiqada 90 tomchi (1–1,5 ml/daq) tezlikda, kuniga 400 ml gacha. Davolash kursi — 7–11 kun.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

	Dekstran	infuziya uchun eritma — 200–400 ml v/i ga tomchilatib, kuniga 1 maxal, №7–10	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Natriy laktat + sorbitol+ kaliy xlorid + $MgCl_2$, NaCl, $CaCl_2$	kattalarga v/i tomchilab, 1 daqiqaga 40–60 tomchi tezlikda yuboriladi. Tana vaznining har 1 kg uchun 6–7 ml dozada, 3–5 kun davomida.	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

Izoh: Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa va vaqtincha нetishmasa, 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.

«DEVERJI KASALLIGI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Kirish

Deverji kasalligi — kam uchraydigan surunkali yallig‘lanuvchi teri kasalligi bo‘lib, follikulyar giperkeratoz, eritrodermiya fonida o‘zgarmagan teri “orolchalari” mavjudligi va kaft hamda tovonlarning keratodermiya tipida zararlanishi bilan tavsiflanadi. Kasallik idiopatik bo‘lishi ham, shuningdek infeksion, immun va genetik omillar bilan bog‘liq holda rivojlanishi ham mumkin.

Diagnostika klinik manzara va teri gistopatologik tekshiruvi ma'lumotlariga asoslanadi. Deverji kasalligining kechishi turlicha — o‘z-o‘zidan chegaralanib qoluvchi shakllardan tortib surunkali residivlanuvchi variantlargacha bo‘lishi mumkin, bu esa davolashga individual yondashuv va bemorlarning dinamik kuzatib borilishini talab qiladi.

Davolash sxemasi

Kattalar uchun tizimli terapiya

– izotretinoin tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 1 mg dozada peroral 12–26 hafta davomida (D) [12–16].

Izoh. Izotretioninning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida Deverji kasalligi preparatni qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan.

yoki

– metotreksat haftasiga 5–30 mg (D) [13,16]

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

Izotretinoin va metotreksatni ko‘tara olmaslik holatida:

- asitretin kuniga 25–50 mg peroral (D) [17], davolash davomiyligi patologik jarayonning xarakteridan kelib chiqib belgilanadi

yoki

– asitretin kuniga 25 mg peroral + UBA1 fototerapiya, bunda UBA1 fototerapiyaning dastlabki dozasi 30 Dj/sm^2 bo‘lib, ikkinchi kunidan 60 Dj/sm^2 gacha, 3-7 kunlarida 90 Dj/sm^2 gacha va 8-15 kundarida 100 30 Dj/sm^2 gacha oshiriladi. Jami 15 ta muolaja, haftasiga 5 marotaba (D) [18]

yoki

– asitretin kuniga 50 mg peroral doza asta-sekin kuniga 25 mg gacha kamaytiriladi + PUVA-terapiya. Boshlang‘ich UBA dozasi 0,5 Dj/sm², keyinchalik har 3-kunda 0,3 Dj/sm² ga oshiriladi va maksimal doza 1,8 Dj/sm² ga yetadi. Fotosensibilizator sifatida metoksalen peroral 0,5 mg/kg tana vazniga mos dozada qo‘llaniladi (Re-PUVA) (D) [19].

yoki

– siklosporin dastlab kuniga tana vaznining har 1 kg uchun 5 mg dozada peroral 2–4 hafta davomida, so‘ngra dozani asta-sekin kuniga 2–3 mg/kg gacha kamaytirish va terapiyani 12–20 hafta davom ettirish tavsiya etiladi (D) [20, 21].

Izoh. Siklosporinning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida Deverji kasalligi preparatni qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan.

yoki

azatioprin kuniga 150–200 mg peroral 2 oydan kam bo‘lmagan vaqt davomida (D) [22].

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

Bolalar uchun tizimli terapiya

- asitretin tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 0,5 mg to‘lqin uzunligi 311 ni bo‘lgan torpolosali o‘rtato‘lqinli ultrabinafsha terapiya bilan – 25 muolaja (D) [23]

yoki

- izotretinoin tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 0,5–1 mg peroral (faqat 12 yoshdan katta bolalarga) (D) [24, 25]

Davolashga rezistent bo‘lgan og‘ir holatlarda

- siklosporin tana vaznining har 1 kg uchun kuniga 3,0 mg peroral 5 hafta davomida, so‘ngra dozani asta-sekin kamaytirib, 18 hafta mobaynida to‘liq bekor qilish tavsiya etiladi.

Mahalliy davolash

Deverji kasalligida mahalliy terapiya tizimli terapiya bilan birga qo‘llaniladi, bu esa tizimli davolashning nojo‘ya oqibatlari rivojlanish ehtimolini kamaytiradi.

Zararlanish o‘choqlariga quyidagilar surtiladi:

- emolentlar kuniga 2 maxal (D) [7, 17, 27, 28];
- 2% li salisil mazi kuniga 2 maxal (D) [7].

Chegaralangan toshmalarda

- pimekrolimus 1% li krem kuniga 1 maxal 20 g (tana massasi 45 kg dan past bo‘lsa kuniga 10 g) (D) [28]

yoki

- kalsipotriol kuniga 50 mkg/g 2 maxal 2–10 oy davomida (D) [29]

tarqalgan toshmalarda:

- mahalliy glyukokortikosteroid vositalar (D) [14, 24].

Alohida holatlar

OIV bilan assosiasiyalangan Deverji kasalligi (VI tip) bilan kasallangan bemorlar antiretrovirus terapiyasini o‘tkazish uchun infeksionist shifokoriga yo‘naltiriladi.

Davo samarasi uchun talablar

- kasallik avj olishining to‘xtashi;
- toshmalar regressi;

Davolash samarasi bo’lmagan holatdagi yondashuv

Davolashga rezistent, og‘ir holatlarda katta yolshi bemorlarni davolash uchun *biologik vositalar* qo‘llaniladi:

- infliksimab 5 mg/kg hisobida v/i. Infuziyalar 0 va 2 haftalarda o‘tkaziladi, bemor holati yaxshilanishi kuzatilganda, ya'ni toshmalarning kamida 75% va undan ko‘proq regressi kuzatilsa, infliksimab infuziyasi

birinchi infuziyadan 6 hafta o‘tgach va keyinchalik har 8 haftada 1 marta o‘tkaziladi (D) [30–33].

yoki

– infliksimab 5 mg/kg v/i sxema bilan: 0, 2, 6 haftalar, so‘ng 8 haftada 1 marotaba 10–30 mg/hafta dozasidagi metotreksat bilan kombinasiyada (D) [30, 37].

yoki

– infliksimab 5 mg/kg v/i sxema bilan: 0, 2, 6 haftalar, so‘ng 8 haftada 1 marotaba 50mg/sut dozadagi asitretinom bilan kombinasiyada (D) [38, 39].

Izoh. Infliksimabning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida Deverji kasalligi preparatni qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan.

yoki

– etanersept 25–50 mg t/o haftada ikki marta, 9 oygacha qo‘llaniladi (D) [34, 35]

yoki

– etanersept 50 mg t/o haftada ikki marta, kuniga 0,2 mg/kg dozadagi asitretin bilan kombinasiyada 12–48 hafta davomida (D) [36]

Izoh. Etanerseptning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida Deverji kasalligi preparatni qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan.

yoki

– adalimumab boshlang‘ich doza 80 mg t/o, 1 haftadan so‘ng – 40 mg, so‘ngra 40 mg har 2 haftada 32 hafta davomida qo‘llaniladi. Davolashning ta'siri 3–6-haftada seziladi, aniq ta'sir – 4–8-haftadan keyin kuzatiladi (D) [40, 41].

Изох. Adalimumabning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida Deverji kasalligi preparatni qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan.

Davolash havfsizligi nazorati

Deverji kasalligini tizimli davolash uchun qarshi ko‘rsatma bo‘la oladigan kasallik va holatlarni aniqlash maqsadida davolashdan oldin, shuningdek terapiya davomida uning salbiy ta'sirlarini kuzatish uchun bemorlar tekshiruvdan o‘tkazilishi kerak.

Izotretinoin

Peroral qabul qilinganda jigar faoliyati va qon plazmasidagi lipidlar darajasini davolashdan oldin, davolash boshlangandan so‘ng 1 oydan keyin va keyinchalik har 3 oyda muntazam nazorat qilish talab etiladi.

Qandli diabet, semirish, alkogolizm yoki lipid almashinuvi buzilishi mavjud bo‘lsa, laboratoriya ko‘rsatkichlarini ko‘proq tekshirish tavsiya etiladi. Qandli diabet yoki shubha unga qilinayotgan bo‘lsa, qon plazmasidagi glyukoza darajasi qat'iy nazorat qilinishi kerak.

Jigar faoliyati va qondagi jigar fermentlari darajasini davolashdan oldin, davolash boshlangandan so‘ng 1 oydan keyin va keyinchalik har 3 oyda yoki ko‘rsatkichlarga ko‘ra nazorat qilish tavsiya etiladi. Agar jigar transaminazlari darajasi normadan yuqori bo‘lsa, preparat dozasini kamaytirish yoki butunlay to‘xtatish kerak.

Davolashdan oldin, davolash boshlangandan so‘ng 1 oydan keyin va keyinchalik har 3 oyda yoki ko‘rsatkichlarga ko‘ra och qarinda qon zardobidagi lipidlar darajasi aniqlanishi kerak. Qon zardobida trigliseridlar darajasi qat'iy nazorat qilinish lozim, chunki ularning klinik jihatdan muhim darajada oshishi (>800 mg/dl yoki 9 mmol/l) o‘tkir pankreatit rivojlanishiga olib kelishi mumkin, hatto o‘lim bilan tugash ehtimoli ham bor. Doimiy giperlipidemiya yoki pankreatit belgilarining paydo bo‘lishida izotretinoin qabul qilinishi to‘xtatilishi kerak.

Izotretinoin qabul qilinishidan so‘ng ko‘rish o‘tkirligi pasayishi, keratit rivojlanishi va konyunktiva quruqligi ehtimoli borligi tufayli, ko‘rish bilan bog‘liq shikoyatlari mavjud bemorlar oftalmologga yo‘naltirilishi va preparat qabul qilinish masalasi ko‘rib chiqilishi kerak.

Ayollarda preparatni qabul qilishdan 11 kun avval homiladorlik test natijasi salbiy bo‘lishi shart. Davolash davomida va terapiya tugashidan so‘ng 5 haftadan keyin homiladorlik testini oylik ravishda o‘tkazish tavsiya etiladi. Shuningdek, kontraseptiv vositalardan foydalanish tavsiya etiladi.

Asitretin

Asitretin bilan davolashdan oldin jigar faoliyatini nazorat qilish kerak, davolash boshlangandan so‘ng birinchi oyda har 1–2 haftada, keyinchalik har 3 oyda nazorat qilinadi. Agar tahlil natijalari patologik holatni ko‘rsatsa, nazorat har hafta amalga oshirilishi kerak. Agar jigar faoliyati me'erga kelmasa yoki yomonlashsa, preparat to‘xtatilishi kerak. Bu holda jigar faoliyatini kamida 3 oy davomida kuzatish tavsiya etiladi.

Och qarinda qon zardobida xolesterin va trigliseridlar darajasini nazorat qilish kerak.

Qandli diabet bilan og‘rigan bemorlarda asitretin qon glyukozasiga bo‘lgan tolerantlikni pasaytirishi mumkin, shuning uchun davolashning ilk bosqichlarida qon glyukozasi darajasini odatdagidan ko‘proq tekshirish tavsiya etiladi.

Bolalarda o‘sish va suyak rivojlanish parametrlariga diqqat bilan e'tibor qaratish kerak.

Kechasi ko‘rish qobiliyatining buzilish ehtimoli tufayli ko‘rish qobiliyatini diqqat bilan kuzatish zarur.

Asitretinning yuqori teratogenligi sababli davolash boshlanishidan 2 hafta oldin homiladorlik bo‘yicha tekshiruv natijasi salbiy bo‘lishi kerak. Davolash davomida homiladorlik uchun qo‘shimcha tekshirishlar har oyda kamida bir marta o‘tkazilishi tavsiya etiladi.

Har bir homilador bo‘la oladigan ayol davolash boshlanishidan oldin 4 hafta davomida, davolash davomida va asitretin terapiyasi tugashidan keyingi ikki yil mobaynida tanaffussiz samarali kontraseptiv vositalardan foydalanishi shart.

Siklosporin

Qon plazmasida kreatinin konsentrasiyasini muntazam nazorat qilish kerak – uning oshishi nefrotoksik ta'sirni ko‘rsatishi mumkin va dozani kamaytirishni talab qilishi mumkin: agar kreatinin darajasi boshlang‘ich ko‘rsatkichdan 30% dan ortiq oshsa, doza 25% kamaytiriladi; agar kreatinin darajasi ikki baravarga ko‘tarilsa, doza 50% kamaytiriladi. Agar 4 hafta ichida dozani kamaytirish kreatinin darajasini tushirishga olib kelmasa, siklosporin to‘xtatilishi kerak. Arterial bosim, qonda kaliy, mochevaya kislota, bilirubin, transaminazlar va lipid profilini monitoring qilish tavsiya etiladi.

Azatioprin

Davolash davrida reproduktiv yoshdagi ayollar ishonchli kontraseptiv usullardan foydalanishlari kerak.

Davolashning ilk 8 haftasida har hafta klinik qon tahlili o‘tkazilishi lozim, shu jumladan trombositlar darajasi aniqlanishi kerak (keyinchalik oyiga 1–2 marta), shuningdek qon zardobidagi jigar transaminazlari, ishqoriy fosfataza faoliyati va bilirubin darajasini davriy nazorat qilish tavsiya etiladi.

Keyinchalik qon tahlillari tekshirish orasidagi vaqt uzayishi mumkin, ammo klinik qon tahlili va trombositlarni aniqlash har oyda yoki kamida har 3 oyda bir marta o‘tkazilishi kerak.

Azatioprin olayotgan bemorlar infeksiya holatlari, kutilmagan qon yo‘qotish, qon ketish yoki suyak ko‘migi yemirilish holatlari kuzatilishi bilanoq darhol xabar berish zarurligi to‘g‘risida ko‘rsatma olishlari kerak.

Metotreksat

Nojo‘ya ta'sirlar rivojlanish ehtimolini kamaytirish maqsadida metotreksat bilan davolash foliy kislotasi preparati bilan birgalikda olib borilishi kerak: foliy kislotasi 5 mg peroral haftada 1 marta, metotreksat qabul qilinganidan 1–3 kun o‘tgach buyuriladi.

Nojo‘ya ta'sirlarni o‘z vaqtida aniqlash maqsadida periferik qon holatini nazorat qilish zarur, shuning uchun haftada 1 marta leykositlar va trombositlar sonini aniqlash bilan umumiy qon tahlili

o‘tkaziladi.

Shuningdek, jigar transaminazlari faoliyatini, buyrak funksiyasini nazorat qilish, zarurat bo‘lganda ko‘krak qafasi a'zolarining rentgenologik tekshiruvini o‘tkazish kerak. Qonda leykositlar soni $1,5\times10^9$/l dan kam bo‘lsa, neytrofillar soni $0,2\times10^9$/l dan kam bo‘lsa, trombositlar soni 75×10^9/l dan kam bo‘lsa, metotreksat bilan davolash to‘xtatiladi. Kreatinin darajasining boshlang‘ich ko‘rsatkichga nisbatan 50% yoki undan ko‘proq oshishi kreatinin darajasini qayta o‘lchashni talab qiladi. Bilirubin darajasining oshishi intensiv dezintoksikasion terapiya o‘tkazishni talab qiladi.

Diareya va yarali stomatit rivojlanish holatlarida metotreksat bilan davolashni to‘xtatish kerak. Pulmonal toksiklik belgilari (ayniqsa balg‘amsiz quruq yo‘tal) paydo bo‘lganda metotreksat bilan davolashni to‘xtatish tavsiya etiladi. Suyak ko‘migi funksiyasining susayishi belgilari, g‘ayrioddiy qon ketishlar yoki qon quyilishlar, qora qatronsimon axlat, siydikda yoki axlatda qon paydo bo‘lishi yoki terida nuqtasimon qizil dog‘lar paydo bo‘lishi zudlik bilan shifokor konsultasiyasini talab qiladi.

Reproduktiv yoshdagi erkaklar va ayollar metotreksat bilan davolash vaqtida va davolash tugaganidan keyin kamida 3 oy davomida ishonchli kontrasepsiya usullarini qo‘llashlari kerak..

Infliksimab, etanersept, adalimumab dori vositalari bilan biologik davolash.

Infliksimab, etanersept, adalimumab preparatlari bilan biologik terapiyani boshlashdan oldin quyidagi tekshiruvlarni o‘tkazish zarur:

- klinik qon tahlili, shu jumladan leykositar formulasi va trombositlar sonini aniqlash;
- qonning biokimyoviy tahlili, shu jumladan kreatinin, mochevina, bilirubin darajasini aniqlash, aspartataminotransferaza, alaninaminotransferaza, gamma-glutamiltransferaza va ishqoriy fosfataza faoliyatini tekshirish;
- siydikning umumiy tahlili;
- ko‘krak qafasi a'zolarining 2 proeksiyada rentgenografiyasi, tuberkulin sinamalari, tuberkulyoz infeksiyasini istisno qilish maqsadida ftiziatr konsultasiyasi;
- OIV-infeksiyasi, virusli gepatit B va C ga uchun qon tahlillari;
- homiladorlikni aniqlovchi test.

Biologik terapiya homiladorlik davrida tavsiya etilmaydi. Shu sababli biologik terapiyani boshlashdan oldin reproduktiv yoshdagi ayollarda homiladorlik testining salbiy natijasi olinishi zarur.

Biologik terapiya o‘tkazilayotgan davrda va u tugaganidan keyin kamida 6 oy davomida reproduktiv yoshdagi ayollar ishonchli kontrasepsiya usullaridan foydalanishlari kerak:

- bemor holatini klinik baholash – har 3–6 oyda;
- nevrolog ko‘rigi – neyrologik, shu jumladan demielinizasiyali kasalliklarni aniqlash maqsadida har 3–6 oyda;
- kardiolog konsultasiyasi – yurak-qon tomir yetishmovchiligi belgilarini aniqlash maqsadida har 3–6 oyda
- ftiziatr konsultasiyasi – tuberkulyoz rivojlanishini istisno qilish maqsadida yilda 2 marta;
- klinik qon tahlili – har 3–6 oyda 1 marta (infliksimab uchun – har bir v/i muolajadan oldin);
- qonning biokimyoviy tahlili (kreatinin, mochevina, bilirubin darajasini aniqlash, qonda aspartataminotransferaza, alaninaminotransferaza, gamma-glutamiltransferaza va ishqoriy fosfataza faoliyatini tekshirish) – har 3–6 oyda 1 marta (infliksimab uchun – har bir v/i muolajadan oldin);
- siydikning umumiy tahlili – har 3–6 oyda 1 marta (infliksimab uchun – har bir v/i muolajadan oldin);
- qonda gepatit B, C va OIV-infeksiyasiga tekshiruv – har 6 oyda;
- homiladorlikni aniqlashtiruvchi test (infliksimab uchun – har bir v/i muolajadan oldin), shuningdek homiladorlik ehtimoli paydo bo‘lsa ham o‘tkazilishi kerak;
- qo‘krak qafasi a'zolarining rentgenografiyasi – yilda 2 marta;
- qorin bo‘shlig‘i a'zolari, kichik tos a'zolari va prostata bezining ultratovush tekshiruvi – ko‘rsatmalarga ko‘ra.

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

B 3	Toksinlar, autoantitanachalar, qonda aylanib yuruvchi immun kompleks (AIK), yallig‘lanish oldi sitokinlarini qon oqimidan chiqarish, metabolizmni normallashtirish va a'zolarning buzilgan funksiyalarini tiklash maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etiladi.

Gospitalizasiya uchun ko‘rsatmalar

- og‘ir kechuvchi Deverji kasalligi;
- ambulator sharoitda olib borilayotgan davolashdan ijobiy samara kuzatilmasligi.

Jarrohlik aralashuvi: o‘tkazilmaydi.

«DEVERJI KASALLIGI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

Kirish

Deverji kasalligi — kam uchraydigan surunkali yallig‘lanuvchi teri kasalligi bo‘lib, follikulyar giperkeratoz, eritrodermiya fonida o‘zgarmagan teri “orolchalari” mavjudligi va kaft hamda tovonlarning keratodermiya tipida zararlanishi bilan tavsiflanadi. Kasallik idiopatik bo‘lishi ham, shuningdek infeksion, immun va genetik omillar bilan bog‘liq holda rivojlanishi ham mumkin.
Diagnostika klinik manzara va teri gistopatologik tekshiruvi ma'lumotlariga asoslanadi. Deverji kasalligining kechishi turlicha — o‘z-o‘zidan chegaralanib qoluvchi shakllardan tortib surunkali residivlanuvchi variantlargacha bo‘lishi mumkin, bu esa davolashga individual yondashuv va bemorlarning dinamik kuzatib borilishini talab qiladi.

Tibbiy reabilitasiya

o‘tkazilmaydi

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

Deverji kasalligining etiologiyasi aniqlanmaganligi sababli uning maxsus profilaktikasi ishlab chiqilmagan. Profilaktik chora-tadbirlar **kasallikning avj olish xavfini kamaytirish**, asoratlarning oldini olish va remissiyani saqlab turishga qaratilgan.

Tavsiya etiladi:

- yondosh infeksion va somatik kasalliklarni o‘z vaqtida aniqlash va davolash;
- kasallik avj olishini keltirib chiqaruvchi omillardan saqlanish, jumladan stress ta'sirlari, terining shikastlanishi va noqulay iqlim sharoitlari;
- terining barer funksiyasini saqlab turish uchun yumshatuvchi va namlantiruvchi vositalarni muntazam qo‘llash;
- vitaminlar va mikroelementlarning organizmga yetarli tushishini ta'minlaydigan ratsional ovqatlanish;
- shifokor tavsiyalariga rioya qilish va dermatolog dispanser nazoratida bo‘lish.

Surunkali shakldagi kasallikka ega bemorlarda residivlarni erta aniqlash va davolashni o‘z vaqtida tuzatish maqsadida muntazam dinamik kuzatuv tavsiya etiladi.

Адабиётлар рўйхати

1. Griffiths W.A. Pityriasis rubra pilaris. Clin Exp Dermatol 1980; 5: 105–112.
2. Magro C.M., Crowson A.N. The clinical and histomorphological features of pityriasis rubra pilaris. J Cutan Pathol 1997; 24: 416–424.
3. Finzi A.F., Altomare G., Bergamaschini L. et al. Pityriasis rubra pilaris and retinol-binding protein. Br J Dermatol 1981; 104: 253–256.
4. Vanderhooft S.L., Francis J. Familial pityriasis rubra pilaris. Arch Dermatol 1995; 131: 448– 453.
5. Thomson M.A., Moss C. Pityriasis rubra pilaris in a mother and two daughters. Br J Dermatol 2007; 157: 202–204.

6. Sehgal V.N., Srivastava G., Dogra S. Adult onset pityriasis rubra pilaris. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008; 74: 311–321.
7. Klein A., Landthaler M., Karrer S. Pytiriasis rubra pilaris. A review of diagnosis and treat- ment. Am J Clin Dermatol 2010; 11 (3): 157–170.
8. Griffiths W.A., Ozluer S. Pityriasis rubra pilaire. Ann Dermatol Venereol 2001; 128: 931– 934.
9. González-López A., Velasco E., Pozo T. et al. HIV-associated pityriasis rubra pilaris respon- sive to triple antiretroviral therapy. Br J Dermatol 1999; 140: 931–934.
10. Auffret N., Quint L., Domart P. et al. Pityriasis rubra pilaris in a patient with human immu- nodeficiency virus infection. J Am Acad Dermatol 1992; 27: 260–261.
11. Resnick S.D., Murrell D.F., Woosley J.T. Pityriasis rubra pilaris, acne conglobata, and elon- gated follicular spines: an HIV-associated syndrome? J Am Acad Dermatol 1993; 29: 283.
12. Goldsmith L.A., Weinrich A.E., Shupack J. Pityriasis rubra pilaris response to 13-cis-retinoic acid (isotretinoin). J Am Acad Dermatol 1982; 6: 710–715.
13. Dicken C.H. Treatment of classic pityriasis rubra pilaris. J Am Acad Dermatol 1994; 31: 997–999.
14. Selvaag E., Haedersdal M., Thomsen K. Pityriasis rubra pilaris: a retrospective study of 12 patients. J Eur Acad Dermatol Venereol 2000; 14: 514–515.
15. Borok M., Lowe N.J. Pityriasis rubra pilaris: further observations of systemic retinoid therapy. J Am Acad Dermatol 1990; 22: 792–795.
16. Clayton B.D., Jorizzo J.L., Hichcock M.G. et al. Adult pityriasis rubra pilaris: a 10-year case series. J Am Acad Dermatol 1997; 36: 959–964.
17. Бутарева М.М., Знаменская Л.Ф., Безяева Ю.С., Каппушева И.А. Питириаз красный волосяной отрубевидный, сочетанный с синдромом Лезера-Трела. Вестник дерматологии и венерологии. 2013; (5): 64–71.
18. Herbst R.A., Vogelbruch A.E., Kiehl P. et al. Combined ultraviolet A1 radiation and acitretin therapy as a treatment option for pityriasis rubra pilaris. Br J Dermatol 2000; 142: 574–575.
19. Neess C.M., Hinrichs R., Dissemond J. et al. Treatment of pruritus by capsaicin in a patient with pityriasis rubra pilaris receiving RE-PUVA therapy. Clin Exp Dermatol 2000; 25: 209–211.
20. Rosenbach A., Lowe N.J. Pityriasis rubra pilaris and cyclosporine. Arch Dermatol 1993; 129: 1346–1348.
21. Usuki K., Sekiyama M., Shimada T. et al. Three cases of pityriasis rubra pilaris successfully treated with cyclosporin A. Dermatology 2000; 200: 324–327.
22. Hunter G.A., Forbes I.J. Treatment of pityriasis rubra pilaris with azathioprine. Br J Dermatol 1972; 87: 42–45.
23. Kirby B, Watson R. Pityriasis rubra pilaris treated with acitretin and narrowband ultraviolet B (Re-TL-01). Br J Dermatol 2000; 142: 376.
24. Allison D.S., el-Azhary R., Calobrisi S.D. et al. Pityriasis rubra pilaris in children. J Am Acad Dermatol 2002; 47: 386–389.
25. van Dooren-Greebe R.J, van de Kerkhof P.C. Extensive extraspinal hyperostosis after long-term oral retinoid treatment in a patient with pityriasis rubra pilaris. J Am Acad Dermatol 1995; 32: 322–325.
26. Wetzig T, Sticherling M. Juvenile pityriasis rubra pilaris: successful treatment with ciclosporin. Br J Dermatol 2003; 149: 202–203.
27. Олисова О.Ю., Теплюк Н.П., Плиева Р.Л., Ломоносов К.М. Эритродермическая форма болезни Девержи. Российский журнал кожных и венерических болезней. 2014; (1): 18–20.
28. Gregoriou S., Argyriou G., Christofidou E. et al. Treatment of pityriasis rubra pilaris with pimecrolimus cream 1%. J Drugs Dermatol 2007; 6: 340–342.
29. van de Kerkhof P.C., Steijlen P.M. Topical treatment of pityriasis rubra pilaris with calcipotriol. Br J Dermatol 1994; 130: 675–678.
30. Manoharan S., White S., Gumparthy K. Successful treatment of type I adult onset pityriasis rubra pilaris with infliximab. Australas J Dermatol 2006; 47: 124–129.
31. Drosou A., Kirsner R.S., Welsh E. et al. Use of infliximab, an anti-tumor necrosis alpha antibody, for inflammatory dermatoses. J Cutan Med Surg 2003; 7: 382–386.
32. Ruiz-Genao D.P., Lopez-Estebaranz J.L., Naz-Villalba E. et al. Pityriasis rubra pilaris successfully

treated with infliximab. Acta Derm Venereol 2007; 87: 552–553.
33. Ruzzetti M., Saraceno R., Carboni I. et al. Type III juvenile pityriasis rubra pilaris: a successful treatment with infliximab. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008; 22: 117–118.
34. Seckin D., Tula E., Ergun T. Successful use of etanercept in type I pityriasis rubra pilaris. Br J Dermatol 2007; 158: 642–643.
35. Guedes R., Leite L. Therapeutic hotline. Treatment of pityriasis rubra pilaris with etanercept. Dermatol Ther 2011; 24: 285–286.
36. Garcovich S., Di Giampetruzzi A.R., Antonelli G. et al. Treatment of refractory adult-onset pityriasis rubra pilaris with TNF-alpha antagonists: a case series. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2010;24 (8): 881–884.
37. Barth D, Harth W, Treudler R et al. Successful treatment of pityriasis rubra pilaris (type 1) under combination of infliximab and methotrexate. J Dtsch Dermatol Ges 2009; 7: 1071–1073.
38. Liao W.C., Mutasim D.F. Infliximab for the treatment of adult-onset pityriasis rubra pilaris. Arch Dermatol 2005; 141: 423–425.
39. Ruiz-Genao D.P., Lopez-Estebaranz J.L., Naz-Villalba E. et al. Pityriasis rubra pilaris successfully treated with infliximab. Acta Derm Venereol 2007; 87: 552–553.
40. Walling H.W., Swick B.L. Pityriasis rubra pilaris responding rapidly to adalimumab. Arch Dermatol 2009; 145: 99–101.
41. Schreml S., Zeller V., Babilas P. et al. Pityriasis rubra pilaris successfully treated with adalimumab. Clin Exp Dermatol 2010; 7: 792–793.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30725099/

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38159213/

https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5797957/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25734815/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36167251/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34246621/

https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8564909/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35701384/

	Amaliyot hamshirasi	BTSYo 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			
Follikulyar giperkeratoz Qipiqlanish bilan qizil-to‘q sariq rang Shikastlanmagan teri “orolchalari”			+
Tashxis qo‘yish			
Shikoyatlar, ko‘rik va laborator hamda instrumental tekshiruv usullari natijalari asosida			+
Asosiy laborator tashxislash			
Asosiy laborator tahlillarni buyurish:		+	+
Qon umumiy tahlili (gemoglobin, gematokrit + leykositar formula + EChT)		+	+
Zahmni aniqlash uchun skrining testlar (14 yoshdan kattalar uchun)		+	+
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			+
Lipid spektri tahlili			+
Koagulogramma			+
Immunologik tahlillar			+
Antitelolarni IFA, IXLA, IFlA va PZR-diagnostika usullari yordamida aniqlash			+
ANA tahlili			+
IgE tahlili			+
Gepatit B, C va OIV uchun qon tahlili			+

Mikologik tahlil			+
Molekulyar-genetik tahlillar			+
Homiladorlikni aniqlash uchun test, qonda xoreonik gonadotropinni aniqlash			+
Yashirin qon uchun najas tahlili			+
Qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar			
Teri holati diagnostikasi - dermatoskopiya			+
Teri YuTTi			+
Ichki a'zolar UTTi		+	+
Psixoemosional holatni baholash			+
Ko‘krak qafasi a'zolarining 2 proeksiyada rentgenografiyasi, tuberkulin sinamalari, tuberkulyoz infeksiyasini istisno qilish maqsadida ftiziatr konsultasiyasi (biologik terapiya qo‘llanilganda)			+
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.

Deverji kasalligini boshqarish kompetensiyalari

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

Asosiy tor mutaxassis bo‘lib dermatovenerolog shifokor xizmat qiladi.