Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2026-йил "22 " майдаги
176-сонли буйруғига
илова

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

«ДЕВЕРЖИ КАСАЛЛИГИ»
НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2026

«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ
директори в.б.
Сабиров У.Ю.
«16» февраль 2026йил.

«ДЕВЕРЖИ КАСАЛЛИГИ»
НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2026

«ДЕВЕРЖИ КАСАЛЛИГИ»

НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 бўйича кодлар:

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

Протокол ишлаб чиқилиши ва қайта кўрилиши санаси: 2026 йил, протоколни қайта кўриб чиқиш санаси 2029 й. ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Барча тақдим этилган тавсияларга киритилган ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

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

Миллий клиник баённома ва стандартни яратишда ўз хиссаларини қўшди:
Жараённи ташкил этиш бўйича дерматовенерология йўналиши ишчи гуруҳи аъзолари:

1.	Сабиров У.Ю.	Марказ директори, т.ф.д., профессор	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
2.	Ибрагимова Г.Р.	Дерматовенеролог шифокор, т.ф.н	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
3.	Курбанова Н.К.	Дерматовенеролог шифокор, т.ф.н.	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”

Тақризчилар:

1. Сенан Каримов - Шифокорлар малакасини ошириш институти дерматовенерология кафедраси мудири, т.ф.д., Озарбайжон, Боку шаҳри.
2. Ташпулатов Шухрат Шавкатович - Дерматовенеролог шифокор, т.ф.н. ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”.

Техник эксперт баҳо ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – т.ф.д., директорнинг даволаш ишлари бўйича ўринбосари, клиника бош шифокори.

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н., директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирнинг биринчи ўринбосари О.С.Имамов, Тиббий суғуртани жорий этиш бошқармаси, Стандартлар ва клиник қўлланмаларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бошқармаси бошчилигида, Стандартлар ва клиник қўлланмаларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бошқармаси бош ва етакчи мутахассислари томонидан ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Муҳокама протоколидан олинган сана ва рақам:

ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ Илмий кенгаши 26.02.2026 даги №2 протоколидан кўчирма

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматовенеролог шифокорлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатрлар;
4. Лаборатория шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6. Клиник фармакологлар;
7. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, докторантлар, тиббиёт олийгоҳлари ўқитувчилари;
8. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва уларга ғамхўрлик қилувчилар.

Ушбу протокол мазкур нозологиянинг замонавий диагностика ва даволаш усулларини соғлиқни сақлаш амалиётига кенг жорий этиш учун асосдир.

Ушбу нозология бўйича беморлар тоифаси: Девержи касаллиги билан касалланган беморлар текширувга жалб қилинади.

Далилларга асосланган тиббиёт бўйича далиллик даражаси шкаласи.
Диагностика усуллари учун далиллик даражасини баҳолаш шкаласи
(диагностик аралашувлар)

ДИД	Шарҳи
1	Референс усулидан фойдаланган тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши ёки мета-таҳлил қўлланилиши билан рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Референс усулидан фойдаланган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Референс усули бўлмаган назоратсиз тадқиқотлар ёки тадқиқ этилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усулидан фойдаланган тадқиқотлар ёки рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи.
5	Фақат таъсир механизмлари асосланган ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун далиллар ишонарлилиги даражаларини баҳолаш шкаласи

ДИД	Шарҳи
1	Мета-таҳлил қўлланган РКТларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Алохида РКТ ва мета-таҳлил қўлланилган РКТлардан ташқари, ҳар қандай дизайнга эга тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.

4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар сериясининг тавсифи, "ҳолат-назорат" тадқиқотлари.
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизмининг асослантирилиши (клиника олди тадқиқотлар) ёки мутахассислар фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун тавсиялар ишонарлилиги даражалари (ТИД)ни баҳолаш шкаласи

ТИД	Шарҳи
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга, уларнинг натижалар бўйича хулосалари мувофиқ).
B	Шартли тавсия (барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас).
C	Кучсиз тавсия (мусоаджали сифатдаги далиллар йўқ; барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас).

Мундарижа

“ДЕВЕРЖИ КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ ……4
“ДЕВЕРЖИ КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ …..…..……28

“ДЕВЕРЖИ КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ……
……35

Қисқартмалар рўйхати

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифланиши
ДВ ХПН	Дори воситаларининг халқаро патентланмаган номланиши
ГКС	Глюкокортикостероид воситалар
IgG	G синф иммуноглобулини
МПР	микропреципитация реакцияси
КБР	комплемент боғловчи реакция
ИФР	Иммунофлуоресценция реакцияси
ИХА	иммунохроматографик анализ
ОТИР	оқиш трепонема иммобилизация реакцияси
ПГАР	пассив гемагглютинация реакцияси
ANA	антинуклеар антитаналар
LLLT	пастинтенсив лазер терапияси (Low-Level Laser Therapy)
ЮУТТ	юқоричастотали ультратовуш текшируви
УТТ	Ультратовуш текшируви
ИХЛА	иммунохемилюминесцент анализ
ИФлА	иммунофлюоресцент анализ
ИФА	иммунофермент анализ
ПЗР	Полимераз занжирли реакция
ОИВ	одам иммунодефицит вируси
м/о	мушак орасига
в/и	вена ичига
т/о	тери остига
мг	миллиграмм
кг	килограмм
ПИЛН	пастинтенсив лазер нурланиши

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш

Девержи касаллиги — кам учрайдиган сурункали яллиғланувчи тери касаллиги бўлиб, фолликуляр гиперкератоз, эритродермия фонида ўзгармаган тери “оролчалари” мавжудлиги ва кафт ҳамда товонларнинг кератодермия типида зарарланиши билан тавсифланади. Касаллик идиопатик бўлиши ҳам, шунингдек инфекцион, иммун ва генетик омиллар билан боғлиқ ҳолда ривожланиши ҳам мумкин.

Диагностика клиник манзара ва тери гистопатологик текшируви маълумотларига асосланади. Девержи касаллигининг кечиши турлича — ўз-ўзидан чегараланиб қолувчи шакллардан тортиб сурункали рецидивланувчи вариантларгача бўлиши мумкин, бу эса даволашга индивидуал ёндашув ва беморларнинг динамик кузатиб борилишини талаб қилади.

2.2 Таъриф

Девержи касаллиги — тери мугузланиш жараёнининг бузилиши билан боғлиқ яллиғланувчи тери касаллиги бўлиб, фолликуляр гиперкератотик папулалар, кафт-товон гиперкератози ҳамда тўқ сариқ тусли эритематоз, қипиқланувчи пилакчалар билан намоён бўлади.

2.3. Этиологияси ва эпидемиологияси

Девержи касаллиги — кам учрайдиган патология ҳисобланади. Тахминан, тери касаллиги бўйича дерматовенерологга биринчи маротаба мурожаат қилган ҳар 5000 бемордан бири Девержи касаллиги билан касалланган деб ҳисобланади [1]. Касаллик барча ирқларда эркаклар ва аёлларда бир хил даражада учрайди. Девержи касаллиги учун касалланишнинг ёшга боғлиқ икки авж олиш чўққиси мавжуд, бу ҳаётнинг биринчи ва бешинчи ўн йилликларидир.

Девержи касаллигининг этиологияси ва патогенези аниқ эмас. Мумкин бўлган этиологик омиллар қаторига А витамини метаболизмининг бузилиши ҳамда аутоиммун касалликлар киради. Номаълум антигенларга нисбатан патологик иммун жавоб ривожланиб, эпидермисда ретиноид сигнал узатилишини бузиши ва натижада кератиноцитларнинг терминал дифференциациясига таъсир қилиши тахмин қилинади [2]. Шунингдек, касаллик ривожланишининг асосида ретинол-боғловчи оқсил — А витаминини ташувчи махсус оқсил синтези нуқсони ётиши мумкинлиги қайд этилади [3].

Девержи касаллигининг аутосом-доминант ва аутосом-рецессив типда ирсийланадиган оилавий ҳолатлари ҳам тасвирланган [4–6].

Айрим ҳолатларда Девержи касаллиги ривожланиши инфекциялар ва ички аъзоларнинг ёмон сифатли ўсмалари билан ассоциацияланди [7]. Эҳтимолий қўзғатувчи омиллар қаторига стрептококк инфекцияси, цитомегаловирус, Varicella zoster вируси, ОИВ киради. Девержи касаллигининг буйрак саратони, Меркель ҳужайрали саратони, ясси ҳужайрали саратон, аденокарцинома, жигар саратони ва ҳалқум саратони билан боғлиқлиги ҳақида маълумотлар мавжуд.

2.4. Таснифи

Беморнинг касаллик бошланган ёши, клиник кечиши ва прогнозини ҳисобга олган ҳолда Девержи касаллигининг қуйидаги турлари ажратилади [8]:

Касаллик типи	Касаллик бошланган ёши (барча ҳолатлар %)	Клиник кўринишлари	Прогноз
I Классик, катталар	Катта ёш (55%)	Кўринишидан соғлом тери соҳасига яқин жойда ҳосил бўлган қизғиш-тўқ сариқ пилакчалар аввал бош ва бўйин соҳасида пайдо бўлиб, сўнг тананнинг қуйи қисмларига ўтади. Диффуз мумсимон кератодермия хос.	3 йил давомида 80% беморларда спонтан ремиссия
II Атипик, катталар	Катта ёш (5%)	Ихтиозсимон кепакланиш, эритема ва алопеция соҳалари. Пластинкали кепакланиш билан кафт-товон кератодермияси	Сурункали кечиши
III Классик, ювенил	5-10 ёш (10%)	I типга ўхшаш	Аксарият ҳолларда касаллик бошлангандан 1 йил ўтиб ремиссия
IV Чегараланган, ювенил	3-10 ёш (25%)	Аниқ чегараланган фолликуляр гиперкератоз, тизза ва тирсаклар эритемаси	Аниқланмаган

V Атипик, ювенил	0-4 ёш (5%)	Асосан фолликуляр гиперкератоз; ҳаётнинг биринчи йилларида пайдо бўлади. Оилавий.	Сурункали кечиши
VI ОИВ ассоцирланган	Исталган ёш	I типга ўхшаш.	Турлича

2.5. Клиник кўриниш

Катталарда Девержи касаллигининг классик типи (I тип) одатда юз, бошнинг сочли қисми ва тананинг юқори қисми терисида эритематоз доғлар пайдо бўлиши билан бошланади. Кейинчалик, бир неча ҳафта ёки ой давомида тошмалар тананинг пастки қисмларига тарқалади. Фолликуляр папулалар ва сарғиш-тўқ сариқ тусли эритематоз пилакчалар пайдо бўлиб, улар тананинг кўп жойларида бир-бири билан қўшилиб кетади. Кенг тарқалган эритема ичида одатда кўзга кўринадиган соғлом тери “оролчалари” сақланиб қолади. Оғир ҳолатларда эритродермия ривожланади. Кафт-товон кератодермияси ёркин сарғиш-тўқ сариқ туси билан ажралиб туради, бир неча ҳафта ичида шаклланади ва тирноқлар зарарланиши билан бирга кечади. Девержи касаллигининг I типи ривожланишининг чўққисида кўп ҳолларда эктропион кузатилади. Касалликнинг ушбу типи нисбатан яхши прогнозга эга. Касаллик оғир кечиши меҳнат қобилиятининг пасайишига олиб келиши мумкин бўлса-да, беморларнинг 80% дан ортиғида 3 йил ичида тўлиқ ремиссия кузатилади.

Катталарда атипик тип (II тип) узоқ муддатли (20 йил ва ундан ортиқ) кечиши билан характерланади. Клиник кўринишлари вулгар ихтиозни эслатади. Беморларда бошнинг сочли қисмида сочлар сийраклашиши кузатилиши мумкин. Кафт-товон гиперкератози яққол намоён бўлиб, пластинкали қипиқланиш билан ифодаланади.

Классик ювенил Девержи касаллиги (III тип) клиник белгилари жиҳатидан катталардаги классик типга ўхшаш бўлиб, ундан фақат касаллик бошланиш ёши ва кечиш хусусиятлари билан фарқ қилади. Ушбу тип одатда 5 ёшдан 10 ёшгача бўлган даврда бошланади. Болаларда илк тошмалар кўпинча тананинг пастки қисмида жойлашади ва кейин юқорига тарқалади. Болаларда касаллик кечиши катталарга нисбатан анча енгилроқ, чунки касаллик бошланганидан сўнг 1 йил давомида тошмаларнинг ўз-ўзидан йўқолиши кузатилади. Девержи касаллигининг III типига оид оилавий ҳолатлар ҳам тасвирланган.

Чекланган ювенил Девержи касаллиги (IV тип) препубертат ёшдаги болалар ва ёшлар орасида кузатилади. Ушбу касаллик тури аниқ чегараланган эритема ва фолликуляр гиперкератоз ўчоқлари билан тавсифланади, улар асосан тиззалар ва тирсакларда жойлашади. Тананинг бошқа қисмларида

тошмалар камроқ ифодаланган бўлади. Бу тип учун қўл кафтлари ва оёқ товонининг шикастланиши хос, бироқ айрим ҳолларда кузатилмаслиги ҳам мумкин. Тошмалар чекланган ҳолда сақланиб қолади, касаллик тарқалган тери шикастланиши билан кечувчи турига ўтмайди. Касаллик бошланганидан кейин 3 йил ичида ремиссия кузатилиши ушбу турдаги беморларнинг 30–32%ида қайд этилади, бу эса катталардаги классик типига нисбатан анча кам. Касаллик енгил намоён бўлиши мумкин, аммо айрим ҳолларда кучли авж олишлар ва ремиссиялар билан кечиши ҳам эҳтимолдан холи эмас.

Атипик ювенил Девержи касаллиги (V тип) касалликнинг эрта ёшда бошланиши ва сурункали кечиши билан характерланади. У асосан гиперкератотик фолликуляр тошмалар ва ихтиозиформ турдаги тери шикастланиши билан намоён бўлади. Баъзи беморларда кафтлар ва оёқ товонларида склеродермияга ўхшаш ўзгаришлар ривожланади. Девержи касаллигида оилавий ҳолатларнинг кўпчилиги V турга мансуб.

ОИВ билан боғлиқ Девержи касаллиги (VI тип) клиник намоён бўлишининг хилма-хиллиги ва I тип касалликка нисбатан анча нохуш прогноз билан фарқ қилади. Девержи касаллиги ОИВ инфекциясининг илк белгиси бўлиши мумкин. Одатда касаллик қўл-оёқларнинг ёзувчи юзаларида симметрик жойлашган эритематоз, кепакланувчи фолликуляр папулалар пайдо бўлиши билан бошланади.

ОИВ билан боғлиқ Девержи касаллиги типида фолликуляр мугузсимон тиқинларнинг яққол ифодаланиши ва тикансимон ўсимталар ҳосил бўлиши хос бўлиб, бу ҳолат классик I типда камроқ учрайди. Кафтлар, оёқ товонлари ва тирноқларнинг шикастланиш даражаси турлича бўлиши мумкин, айрим ҳолларда эса умуман кузатилмаслиги ҳам мумкин.

Касалликнинг тез-тез учрайдиган кўринишларидан бири — эритродермия, аммо унинг фонида соғлом тери участкалари ҳам сақланиб қолиниши мумкин. Классик I типдан фарқли равишда, мугузсимон тиқинлар ва тикансимон ўсимталар регрессияга мойил эмас.

ОИВ билан боғлиқ Девержи касаллиги конглобат ҳуснбузар, гидраденит ва тиканли темиратки фонида кечиши мумкин. Бундай клиник белгилар ОИВ-ассоцирланган фолликуляр синдром деб аталади [9–11].

Девержи касаллигининг оралиқ турлари ҳам учраши мумкин, шу сабабли касаллик типини ҳар доим ҳам аниқ белгилаш имкони бўлмайди.

3. Ташхисий усуллар, ёндашувлар ва муолажалар

Девержи касаллиги ташхиси унинг клиник белгилари ва беморнинг зарарланган тери соҳаси биоптати гистологик текшируви натижаларига асосланади.

Девержи касаллигини характерловчи асосий клиник белгилар мугузсимон тиқинларга эга фолликуляр папулалар, эритематоз пилакчаларнинг тўқ сариқ ёки лососранг туси, улар доирасида кўриниб турадиган соғлом тери “оролчалари”нинг мавжудлиги, кафт-товон гиперкератози, шунингдек тирноқларнинг шикастланиши киради.

Девержи касаллигининг гистологик белгиларига донадор қават сақланган ҳолда ортокератоз ва паракератоз билан кечувчи акантоз киради. Соч фолликулалари кенгайган бўлади, мугузсимон тиқинлар мавжуд. Дерма қаватида эса кўпинча юзаки периваскуляр ва перифолликуляр инфильтрат аниқланади.

С 5	беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш мақсадида: умумий (клиник) қон таҳлили кенгайтирилган ҳолда (лейкоцитлар, эритроцитлар, гемоглобин, гематокрит, тромбоцитлар, тромбокрит, таёқча ядроли нейтрофиллар, сегмент ядроли нейтрофиллар, эозинофиллар, базофиллар, лимфоцитлар, моноцитлар, эритроцитлар чўкиш тезлиги)

С 5	беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш мақсадида: қоннинг биокимёвий умумтерапевтик таҳлили — умумий оқсил, глюкоза, креатинин, сийдик кислотаси, мочевина, умумий билирубин, холестерин, триглицеридлар, натрий, калий, умумий магний, аланинаминотрансфераза, аспартатаминотрансфераза, ишқорий фосфатаза, гамма-глутамилтрансфераза

С 5	беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш ва тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш мақсадида: умумий (клиник) сийдик таҳлили (ранг, тиниқлик, нисбий зичлик, pH реакцияси, глюкоза, оқсил, билирубин, уробилиноидлар, қонга реакция, кетон таначалари, нитратлар, ясси эпителий, ўтувчи эпителий, буйрак эпителийси, лейкоцитлар, эритроцитлар, гиалинли цилиндрлар, донадор цилиндрлар, мойсимон цилиндрлар, эпителиал цилиндрлар, лейкоцитар цилиндрлар, эритроцитар цилиндрлар, пигментли цилиндрлар, шиллиқ, тузлар, бактериялар)

В 3	• Гистологик таҳлил • Иммуногистокимёвий таҳлил

С 5	• Заҳм учун скрининг тестлардан бири: МПР, RPR, КБР • Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): ИФР, ИФА IgG ва IgM, ОТИР, ПГАР, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM

С 5	• Умумий нажас таҳлили • Яширин қон учун нажас таҳлили

С 5	• Биокимёвий таҳлиллар комплекси • Липид спектри таҳлили • Коагулограмма • Иммунологик таҳлиллар

	• ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЗР-диагностика усуллари ёрдамида антителолар таҳлили • ANA таҳлили • IgE таҳлили • Гепатит В, С ва ОИВ учун қон таҳлили • Микологик таҳлил • Молекуляр-генетик таҳлил • Ҳомиладорлик учун тест, қонда хореоник гонадотропин даражасини аниқлаш

С 5	• Кўкрак қафаси аъзоларининг 2 проекцияда рентгенографияси, туберкулин синамалари, биологик терапия қўлланилганда сил инфекциясини истисно қилиш мақсадида фтизиатр маслаҳати.

4. Инструментал текширувлар:

С 5	• Кўрсатмалар бўйича қорин бўшлиғи аъзолари, кичик тос аъзолари, простата бези УТТи

С 5	Ҳолат оғирлигини баҳолаш мақсадида тери ҳолатини диагностикаси тавсия этилади: - дерматоскопия - тери ЮУТТи

С 5	Психоэмоционал ҳолатни баҳолаш

5. Мутахассислар билан маслахатлашиш учун кўрсатмалар

С 4	• Девержи касаллиги билан оғриган беморларга, агар терапия вақтида ножўя таъсирлар ривожланиш эҳтимоли бўлса, терапевт/педиатр ва бошқа ихтисослашган мутахассислар (офтальмолог, эндокринолог, кардиолог, гинеколог, фтизиатр, невролог ва ҳ.к.) билан маслаҳатлашиш тавсия этилади. Бу қўлланилаётган терапиянинг хавфсизлигини назорат қилиш ёки ички органлар ва тизимларнинг ёндош патологиясини истисно қилиш мақсадида скрининг ўтказиш учун зарур.

Дифференциал ташхис:

Девержи касаллигининг оддий **псориаз**дан терининг зарарланган соҳаларида тўқ сариқ тус, кўринишидан соғлом тери «оролчалари»нинг мавжудлиги ва қўл бармоқлари орқа юзасида фолликуляр папулаларнинг пайдо бўлиши билан клиник фарқланади. Гистологик жиҳатдан ҳам Девержи касаллиги ва оддий псориаз эпидермис гиперплазияси ва гиперкератоз билан тавсифланади, аммо Девержи касаллигида эпидермиснинг донадор қавати бироз қалинлашган ва деярли ҳар доим сақланади, бу эса псориазда кўпинча кузатилмайди. Дерма қавати сўрғичларининг капиллярлари кенгайиши ҳам Девержи касаллиги, ҳам псориазда кузатилади, аммо псориазда қон томирларининг кенгайиши аниқроқ ва юқори даражада ифодаланади. Девержи касаллигида дермадаги яллиғланиш инфильтрати фақат лимфоцитлар ва моноцитлардан иборат бўлса, псориазда полиморф-ядроли нейтрофиллар ва Мунро микроабсцесслари ҳам учраши мумкин.

Девержи касаллигидаги **эритродермия** токсидермидаги эритродермияни эслатиши мумкин, аммо токсидермия учун жараённинг тез ривожланиши ва қисқа муддатда регрессияси хосдир. Дори воситаларига боғлиқ токсидермия кўпинча аниқ қийинчилик ва қичишиш билан ҳам бирга келади.

Туғма ихтиозиформ эритродермия Девержи касаллигидан тери бурмаларидаги (баъзан папилломатоз белгилари билан бирга учровчи) яққол гиперкератоз, гипергидрознинг мавжудлиги, соч ва тирноқларнинг тез ўсиши ҳамда касалликнинг туғма хусусиятга эга бўлиши билан фарқ қилади.

Экзема ва атопик дерматитдаги эритродермия Девержи касаллигидан кўпинча узоқ вақт давомида торпид кечувчи патлогик жараён фонида, айниқса қўзғатувчи терапия таъсири остида ривожланади. Шунингдек, бу ҳолатларда ушбу касалликларга хос клиник белгилар ҳам аниқланиши мумкин.

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

Физиотерапевтик муолажалар:
https://emedicine.medscape.com/article/1107742-treatment?form=fpf

Бошланғич нурланиш дозаси терининг индивидуал сезгирлигига асосланиб белгиланади: ПУВА-терапияда минимал фототоксик доза ёки УБВ-терапияда минимал эритема дозаси ўлчанади; ёки минимал фототоксик/эритема дозасини аниқламасдан, терининг фототипига (Т.Б. Фитцпатрик классификацияси бўйича) асосан белгиланади.

С 2	торполосали ўртатўлқинли ультрабинафша терапияда нурланишнинг бошланғич дозаси эритема дозасинниг 50-70% ини ташкил этади. Нурланиш дозасини аниқлашда тери типи ва бемор терисининг қорайишига қараб 0,1-0,3 Дж/см^2 дозада бошланади. Муолажа ҳафтада 3-4 маротаба ўтказилади. Эритема кузатилмаган ҳолатларда бир мартталик доза ҳар бир муолажада ёки ҳар иккинчи муолажада 5-30%га ёки 0,05-0,2 Дж/см^2 га оширилади. Курс учун 15-35 муолажа буюрилади.

С 2	Тери ультрабинафша нурланиши. Катта ёшли беморларга фотосенсибилизаторларни (ПУВА) ички қўллаб амалга оширилади. Фотосенсибилизатор сифатида тизимли қўлланилувчи псораленлар ишлатилади, псораленларнинг бир мартта қабул қилиниш дозаси 1 кг тана массасига 0,6-0,8 мг бўлиб, узунтўлқинли УБ-ёруғлик билан нурлантиришдан 1,5-2 соат олдин қабул қилинади. УБАнинг бошланғич дозаси минимал фототоксик дозанинг 50–70% ни ташкил этади. Терининг фототипи ва беморнинг тери куйиш даражасига қараб дозалашда бошланғич доза 0,25–1,0 Дж/см² ни ташкил қилади. Муолажалар ҳафтада 2–4 марта ўтказилади. Эритема кузатилмаган ҳолатларда бир мартталик доза ҳар иккинчи муолажада 30%гача ёки 0,25-1,0 Дж/см^2 гача оширилиши мумкин. Енгил ифодаланган эритема пайдо бўлса, нурланиш дозаси ўзгаришсиз қолдирилади. УБАнинг бир марталик максимал дозаси 15–18 Дж/см². Даволаш курсига 15–35 муолажа буюрилади.

С 2	Катта ёшдаги беморларга фурокумаринларнинг сувли эритмаси билан ПУВА-ванналар ўтказилади. УБА нинг бошланғич нурланиш дозаси минимал фототоксик дозанинг 20-30%ини ёки 0,3-0,6 Дж/см^{2}ни ташкил этади. Ҳам умумий, ҳам маҳаллий

	ПУВА-ванналарда нурланиш ҳафтада 2–4 марта ўтказилади. Эритема кузатилмаса, бир марталик доза ҳар иккинчи муолажада энг кўпи билан 30% га ёки 0,2–0,5 Дж/см² га оширилади. I–II фототипли беморларда дозалаш 0,5–1,0–1,5–2,0–2,5–3,0 Дж/см² диапазонида амалга оширилади. III–VI фототипли беморларда эса нурланиш 0,6–1,2–1,8–2,4–3,0–3,6 Дж/см² диапазонида ўтказилади. Енгил ифодаланган эритема пайдо бўлса, доза ўзгаришсиз қолдирилади. I–II фототипли беморларда бир марталик максимал доза 4,0 Дж/см² ни, III–VI фототипли беморларда эса 8,0 Дж/см² ни ташкил этади. Даволаш курсига 15–35 муолажа буюрилади.

С 2	Фототерапия + ретиноидлар. Нурланиш беморнинг индивидуал сезгирлигига қараб, МЭД ёки МФДнинг 30–50% ни ташкил этувчи доза билан бошланади. Кейинчалик бир марталик доза МЭД ёки МФДдан 10–30% га ошириб борилади. Енгил эритема пайдо бўлса, нурланиш дозаси оширилмайди; агар яққол ифодаланган эритема ва терида оғриқ кузатилса, даволашда танаффус қилиш талаб этилади.

С 5	• Бальнеотерапия • Пастинтенсив ёруғлик терапияси LLLT • Полихроматик нур • Маҳаллий воситалар билан ультратовуш терапия • Қизил ва инфрақизил лазер • Гальванизация ва электрофорез • Магнит майдон билан миянинг ноинвазив стимуляцияси

Медикаментоз даволаш.

Ўзбекистон Республикасида кафолатланган бепул тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш харажатларни қоплаш учун асос бўла олмайди.

Жадвал-1

Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланилиш эҳтимолига эга):

Фармакотерапевтик гуруҳи:	**ДВ ХПН**	**Қўллаш усули**	**Далиллар даражаси**
Антигистамин воситалар	Дезлоратадин	Таблеткалар 5 мг, эритма 10 мл перорал суткасига 1 махал 7-14 кун	C https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

	Цетиризин	Таблеткалар 5 мг, эритма 10 мл перорал суткасига 1 махал 7-14 кун	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Левоцетиризин	Таблеткалар 5 мг, эритма 20 томчи перорал суткасига 1 махал 7-14 кун	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Хлоропирамин	Таблеткалар 25 мг 3-4 махал/сут, катталар учун м/о ёки в/и юбориладиган бир марталик доза 20-40 мг	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Эбастин	Перорал. Катталар учун тавсия этиладиган доза 10-20 мг/сут.	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Лоратадин	Таблеткалар 5 мг, эритма 10 мл перорал суткасига 1 махал 7-14 кун	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Биластин	Перорал. Катталар учун тавсия этиладиган доза 10-20 мг/сут.	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
Гипосенсибилизациялочи воситалар	Натрий тиосульфат	в/и — 5–50 мл 30% эритма перорал — 10%ли эритма кўринишида бир маротаба қўллаш учун 2–3 г	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj

			_volosjanoj.pdf
	Кальций глюконат	В/и, в/и секин (2–3 дақиқа давомида) ёки томчилаб юборилади. Катталарга — 100 мг/мл ли эритмадан 5–10 мл ҳар куни, кун ора ёки 2 кунда бир марта. Болаларга — в/и секин (2–3 дақиқа давомида) ёки томчилатиб, ёшига қараб 100 мг/мл ли эритмадан 1 дан 5 мл гача ҳар 2–3 кунда бир марта юборилади.	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
Кератолитик воситалар	Салицил кислотаси (2-5%)	маҳаллий кунига 1–2 махал 2–3 ҳафта давомида	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Мочевина (10,15,20,30,50%)	маҳаллий кунига 1–2 махал 2–3 ҳафта давомида	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
Репаратив ва регенерацияловчи воситалар	Декспантенол	маҳаллий кунига 1–2 махал 2–3 ҳафта давомида	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
Витамин Д аналоглари	Кальципотриол	кунига 50 мкг/г 2 махал 2-10 ой давомида	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Кальциневрин ингибиторлари	Пимекролимус	1% крем кунига 1 махал кунига 20 г (тана вазни 45 кг дан кам бўлган ҳолларда кунига 10 г)	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Такролимус	0.03%, 0.1% мазь 12 ҳафтагача	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/boo

			ks/NBK482436/
Маҳаллий қўллаш учун синтетик ретиноидлар	Тазаротен	Маҳаллий кунига 1 махал, ўртача 8–12 ҳафта давомида.	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Третиноин Гель, крем 0.025%, 0.05%, 0.1%	Маҳаллий кунига 1 махал, ўртача 8–12 ҳафта давомида.	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Маҳаллий ГКС	клобетазол 0,05%	Катталарда маҳаллий қўллаш учун крем кунига 2 махал тананинг бутун юзасига суриш учун	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Мометазон 0,1%	крем ёки мазь, кунига зарарланиш ўчоғига клиник яхшиланиш кузатилгунга қадар 1 махал суртилади	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Бетаметазон 0,1%	крем ёки мазь, кунига зарарланиш ўчоғига клиник яхшиланиш кузатилгунга қадар 2 махал суртилади	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Метилпреднизолон ацепонат 0,1%	крем ёки мазь, кунига зарарланиш ўчоғига 1-2 махал суртилади, қўлланилиш давомийлиги 12 ҳафтадан ошмаслиги керак	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

Изоҳ: Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ва вақтинча етишмаса, шифокор ўхшаш терапевтик мақсадга эга, лекин турлича таъсир механизмли препаратни танлаши мумкин. Дори воситаси клиник вазият, беморнинг ҳолати ва мавжуд ресурсларга асосланиб амалга оширилади

Дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади..

Терини намловчи воситалар (эмолентлар), тиббий воситалар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар дерматологик

беморларни даволашда зарур ҳолатларда қарши кўрсатмалари бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатга эга бўлса қўлланилиши мумкин.

Жадвал -2

Асосий дори воситалари рўйхати (фойдаланиш эхтимоли 100%дан кам):

Фармакотерапевтик гуруҳи:	**ДВ ХПН**	**Қўллаш усули**	**Далиллар даражаси**
Кальциневрин ингибиторлари	Циклоспорин	дастлаб тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 5 мг дозада перорал 2–4 ҳафта давомида буюрилади, сўнгра доза аста-секин кунига 2–3 мг/кг гача камайтирилади ва даволаш 12–20 ҳафта давом эттирилади. **Даволашга резистент бўлган болаларга оғир ҳолатларда:** циклоспорин тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 3,0 мг дозада перорал 5 ҳафта давомида қўлланилади, сўнгра препарат дозаси 18 ҳафта мобайнида аста-секин камайтирилиб, тўлиқ бекор қилинади.	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Антиметаболитлар (фолий кислотаси аналоглари)	Метотрексат	Катталарга метотрексат ҳафтасига 10 дан 30 мг гача дозада т/о, м/о ёки перорал қабул қилиш учун буюрилади. Болаларга эса — 0,2–0,7 мг/кг/ҳафта дозада қўлланилади.	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
В гуруҳ витаминлари	Фолий кислотаси	Метотрексат қабул қилинганидан 12–48 соат ўтгач фолий кислотасини қабул қилиш тавсия этилади. Энг оптимал вақт — метотрексатнинг ҳафталик дозасидан 24 соат ўтгач қабул қилиш. Фолий кислотасининг дозаси ҳафтасига камида 5 мг бўлиши керак.	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/

Тизимли ретиноидлар	Ацитретин	кунига 25–50 мг перорал қабул қилинади, даволаш давомийлиги патологик жараённинг хусусиятига қараб белгиланади; кунига 25 мг перорал равишда қабул қилиш + УБА1 фототерапия. Бошланғич доза 30 Дж/см², 2-кунга 60 Дж/см² га, 3–7-кунларда 90 Дж/см² га ва 8–15-кунларда 100–30 Дж/см² га оширилади. Даволаш курсига ҳафтада 5 мартадан 15 муолажа буюрилади; кунига 50 мг перорал қабул қилинади ва аста-секин кунига 25 мг камайтирилади + ПУВА-терапия. Бошланғич УБА дозаси 0,5 Дж/см², кейинчалик ҳар 3-кунда 0,3 Дж/см² га оширилади ва максимал доза 1,8 Дж/см² га етади. Фотосенсибилизатор сифатида метоксален перорал 0,5 мг/кг тана вазнига мос дозада қўлланилади (Ре-ПУВА); **Болаларга:** тана вазнининг 1 кг-ига суткасига 0,5 мг перорал тарзда, жами 25 муолажа	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Алитретиноин	перорал 30 мг/сут, узоқ вақт мобайнида (3–6 ой ва ундан кўп) ацитретин/изотретиноинга резистент ҳолатларда қўлланилади	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Изотретиноин	Тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 1 мг дозада перорал равишда 12–26 ҳафта давомида қабул қилинади. **Болаларга:** изотретиноин тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 0,5–1 мг дозада перорал равишда қўлланилади (фақат 12 ёшдан катта бўлган болалар	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/

		учун).	
Селектив иммунодепрессант (фосфодиэстераза–4 ингибиторлари)	Апремиласт	Кунига 2 марта 30 мг дан қабул қилинади. Даволаш бошида дозани титрлаш талаб этилади, бирламчи титрлашдан сўнг қайта титрлаш талаб қилинмайди.	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Селектив иммунодепрессант (альфа- ФНО ингибиторлари)	Инфликсимаб	тана вазнининг ҳар 1 кг учун 5 мг дозада вена ичига юборилади. Инфузиялар 0 ҳафта ва 2 ҳафтада ўтказилади. Шундан сўнг, агар бемор ҳолати яхшиланиб, тошмалар 75% ёки ундан кўпроқ регресс қилса, инфликсимаб инфузияси биринчи инфузиядан 6 ҳафта ўтгач амалга оширилади ва кейинчалик ҳар 8 ҳафтада 1 марта давом эттирилади ёки тана вазнининг ҳар 1 кг учун 5 мг дозада вена ичига қуйидаги схема бўйича юборилади: 0, 2 ва 6 ҳафталарда, кейинчалик ҳар 8 ҳафтада 1 марта. Метотрексат билан комбинацияда ҳафтасига 10–30 мг ёки тана вазнининг ҳар 1 кг учун 5 мг дозада вена ичига қуйидаги схема бўйича юборилади: 0, 2 ва 6 ҳафталарда, кейинчалик Ацитретин (50мг/сут) билан комбинацияда ҳар 8 ҳафтада 1 марта	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Адалимумаб	бошланғич доза 80 мг тери остига. 1 ҳафтадан сўнг 40 мг, кейинчалик 32 ҳафта давомида ҳар 2 ҳафтада 1 марта 40 мг дан юборилади. Самара даволашнинг 3–6	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/

		ҳафталарида кузатилади, яққол самара эса 4–8-ҳафталардан кейин намоён бўлади	
	Этанерцепт	25–50 мг тери остига ҳафтасига 2 марта, давомийлиги 9 ойгача ёки 50 мг тери остига ҳафтасига 2 марта ацитретин билан комбинацияда тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 0,2 мг дозада, 12–48 ҳафта давомида	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Селектив иммунодепрессант (ИЛ – 12,23 ингибитори)	Устекинумаб	Катта ёшли беморларга тери остига 45 мг юборилади. Иккинчи инъекция биринчи қўллашдан 4 ҳафта ўтгач амалга оширилади, кейинчалик ҳар 12 ҳафтада бир марта қилинади. Тана вазни 100 кг дан ортиқ бўлган беморларда препаратни 90 мг дозада қўллаш тавсия этилади. Агар ҳар 12 ҳафтада қўлланилганда клиник самара етарли бўлмаса, дозани ҳар 12 ҳафта 90 мг гача ошириш лозим. Агар бу дозалаш режими ҳам самара бермаса, 90 мг доза ҳар 8 ҳафтада юборилади. 6 ёшдан катта болаларда дозани танлаш тана вазнига қараб индивидуал тарзда амалга оширилади	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
IL17A ингибиторлари	Иксекизумаб	Бошланғич доза — 60 мг, кейинчалик ҳар 2 ҳафтада 80 мг, сўнгра 80 мг дан ҳар 4 ҳафтада 1 марта қўлланилади	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
IL17A ингибиторлари	Секукинумаб	300 мг тери остида 0, 1, 2, 3, 4 ҳафта → сўнг 4 ҳафтада 1 маротаба	С https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/

IL17 ингибиторлари	Бродалумаб	210 мг тери остига 0, 1, 2 ҳафта → сўнг ҳар 2 ҳафтада	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Бимекизумаб	320 мг тери остига ҳар 4 ҳафтада (псориазга ўхшаш)	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
IL23 ингибиторлари	Гуселькумаб,	100 мг тери остига 0, 4 ҳафта → сўнг ҳар 8 ҳафтада	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Ризанкизумаб	150 мг тери остига 0, 4 ҳафта → сўнг ҳар 12 ҳафтада	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Тилдракизумаб	100 мг тери остига 0, 4 ҳафта → сўнг ҳар 12 ҳафтада	C https://emedicine.medscape.com/article/1107742-treatment?form=fpf
ингибиторы JAK	Тофацитиниб	перорал 5 мг кунига 2 махал	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
	Упадацитиниб	перорал 15 мг/сут	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Иммунодепрессантлар	Азатиоприн	кунига 150–200 мг 2 ойдан кам бўлмаган вақт мобайнида	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/
Тизимли ГКС	Преднизолон	тана вазнининг 0,5-1 мг/кг перорал қисқа курс билан эритродермик ҳолатда ва ундан	C https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482436/

		олдин	
Витаминлар	Ретинол ацетат (Витамин А)	100 000-200 000 ХБ/сут	С https://www.semanticscholar.org/paper/Toxic-doses-of-vitamin-A-for-pityriasis-rubra-Randle-D%C3%ADaz-P%C3%A9rez/cb27900fcd363331d8e1690bbf338d737bd6503a
	Холекальциферол	Перорал, м/о. 500-200000ХБ етишмовчилик даражасига мос равишда	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Аскорбин кислотаси	Перорал, м/о, в/и 250-1000мг/сут	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
* Гепатопротектор таъсирга эга воситалар	Эссенциал фосфолипидлар	в/и секинлик билан 1-2 ампула (5-10 мл), эритмани бемор қони билан 1:1 нисбатда эритиб. Дори воситасини эритиш зарурати бўлганда декстрозанинг 5% ёки 10% эритмаси билан аралаштириб инфузия тайёрланади. Перорал. 12 ёшдан катта ўсмирлар ва тана вазни 43 кг дан ортиқ бўлган беморларга кунига 2 капсуладан 3 махал овқат пайтида буюрилади.	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Оксиматрин	м/о — 600 мг, кунига бир махал; в/и — 600 мг 100–250 мл 5% глюкоза эритмаси ёки 0,9% натрий хлориди эритмасида	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevi

		эритилиб, томчилатиб, 1 дақиқага 60 томчи тезликда юборилади, кунига бир махал; перорал — 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига уч махал. Агар зарур бўлса, кунлик доза 3 капсуладан кунига уч махалгача оширилиши мумкин (0,3 г оксиматринга тенг).	dnyj_volosjanoj.pdf
	Урсодезоксихол кислотаси	Перорал. Болалар ва тана вазни 34 кг дан кам катталарга урсодезоксихол кислотаси суспензия шаклида қўлланилиши тавсия этилади. Тавсия этиладиган доза — тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 10 мг.	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Антраль	Перорал овқатдан сўнг кунига 3 махал қўлланилади: Катталар ва 10 ёшдан катта болалар — 1 мартада 200 мг. • 4–10 ёшдаги болалар — 1 мартада 100 мг.	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
Дезинтоксикацион дори воситалари	натрий лактат, сорбит, натрий хлорид, калий хлорид, кальций хлорид, магний хлорид 100 мл, 200 мл, 250 мл, 400 мл ва 500 мл	6 ёшгача бўлган болаларга дори воситаси касаллик оғирлигига қараб тана вазнининг ҳар 1 кг учун 10 мл дозада буюрилади. 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга — касаллик оғирлик даражасига қараб белгиланади. 12 ёшдан катта болаларга эса дори воситаси бир хил дозада юборилади.	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Меглюмин натрий сукцинат	В/и томчилаб, 1 дақиқада 90 томчи (1–1,5 мл/дақ) тезликда, кунига 400 мл гача. Даволаш курси — 7–11 кун.	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf
	Декстран	инфузия учун эритма — 200–400 мл в/и га томчилатиб, кунига 1 махал, №7–10	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

	Натрий лактат + сорбитол+ калий хлорид + $MgCl_2$, NaCl, $CaCl_2$	катталарга в/и томчилаб, 1 дақиқага 40–60 томчи тезликда юборилади. Тана вазнининг ҳар 1 кг учун 6–7 мл дозада, 3–5 кун давомида.	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/pitiriaz_krasnyj_otrubevidnyj_volosjanoj.pdf

Изоҳ: Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ва вақтинча етишмаса, шифокор ўхшаш терапевтик мақсадга эга, лекин турлича таъсир механизмли препаратни танлаши мумкин. Дори воситаси клиник вазият, беморнинг ҳолати ва мавжуд ресурсларга асосланиб амалга оширилади

Дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади.

Терини намловчи воситалар (эмолентлар), тиббий воситалар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар дерматологик беморларни даволашда зарур ҳолатларда қарши кўрсатмалари бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатга эга бўлса қўлланилиши мумкин.

***Гепатопротектор таъсирга эга дори воситалари.**

Агар ўзига хос симптомлар орқали ёки лаборатор-инструментал текширувларда патологик ўзгаришлар мавжуд бўлса, гепатопротектор хусусиятига эга бўлган дори воситалари буюрилади. Ушбу хусусиятларга эга препаратни танлаш шифокор томонидан белгиланади.

«ДЕВЕРЖИ КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Кириш

Девержи касаллиги — кам учрайдиган сурункали яллиғланувчи тери касаллиги бўлиб, фолликуляр гиперкератоз, эритродермия фонида ўзгармаган тери “оролчалари” мавжудлиги ва кафт ҳамда товонларнинг кератодермия типида зарарланиши билан тавсифланади. Касаллик идиопатик бўлиши ҳам, шунингдек инфекцион, иммун ва генетик омиллар билан боғлиқ ҳолда ривожланиши ҳам мумкин.

Диагностика клиник манзара ва тери гистопатологик текшируви маълумотларига асосланади. Девержи касаллигининг кечиши турлича — ўз-ўзидан чегараланиб қолувчи шакллардан тортиб сурункали рецидивланувчи вариантларгача бўлиши мумкин, бу эса даволашга индивидуал ёндашув ва беморларнинг динамик кузатиб борилишини талаб қилади.

Даволаш схемаси

Катталар учун тизимли терапия

– изотретиноин тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 1 мг дозада перорал 12–26 ҳафта давомида (D) [12–16].

Изоҳ. Изотретионинниng тиббий қўллаш бўйича йўриқномасида Девержи касаллиги препаратни қўллаш учун кўрсатмалар қаторига киритилмаган.

ёки

– метотрексат ҳафтасига 5–30 мг (D) [13,16]

Изоҳ. Метотрексатнинг тиббий қўллаш бўйича йўриқномасида Девержи касаллиги препаратни қўллаш учун кўрсатмалар қаторига киритилмаган.

Изотретиноин ва метотрексатни кўтара олмаслик ҳолатида:

- ацитретин кунига 25–50 мг перорал (D) [17], даволаш давомийлиги патологик жараённинг характеридан келиб чиқиб белгиланади

ёки

– ацитретин кунига 25 мг перорал + UVA1 фототерапия, бунда UVA1 фототерапиянинг дастлабки дозаси 30 Дж/см^2 бўлиб, иккинчи кунидан 60 Дж/см^2 гача, 3-7 кунларида 90 Дж/см^2 гача ва 8-15 кундарида 100 30 Дж/см^2 гача оширилади. Жами 15 та муолажа, ҳафтасига 5 маротаба (D) [18]

ёки

– ацитретин кунига 50 мг перорал доза аста-секин кунига 25 мг гача камайтирилади + ПУВА-терапия. Бошланғич УБА дозаси 0,5 Дж/см², кейинчалик ҳар 3-кунда 0,3 Дж/см² га оширилади ва максимал доза 1,8 Дж/см² га етади. Фотосенсибилизатор сифатида метоксален перорал 0,5 мг/кг тана вазнига мос дозада қўлланилади (Ре-ПУВА) (D) [19].

ёки

– циклоспорин дастлаб кунига тана вазнининг ҳар 1 кг учун 5 мг дозада перорал 2–4 ҳафта давомида, сўнгра дозани аста-секин кунига 2–3 мг/кг гача камайтириш ва терапияни 12–20 ҳафта давом эттириш тавсия этилади (D) [20, 21].

Изоҳ. Циклоспориннинг тиббий қўллаш бўйича йўриқномасида Девержи касаллиги препаратни қўллаш учун кўрсатмалар қаторига киритилмаган.

ёки

азатиоприн кунига 150–200 мг перорал 2 ойдан кам бўлмаган вақт давомида (D) [22].

Примечание. Азатиоприннинг тиббий қўллаш бўйича йўриқномасида Девержи касаллиги препаратни қўллаш учун кўрсатмалар қаторига киритилмаган.

Болалар учун тизимли терапия

– ацитретин тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 0,5 мг тўлқин узунлиги 311 ни бўлган торполосали ўртатўлқинли ультрабинафша терапия билан – 25 муолажа (D) [23]

ёки

– изотретиноин тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 0,5–1 мг перорал (фақат 12 ёшдан катта болаларга) (D) [24, 25]

Даволашга резистент бўлган оғир ҳолатларда

– циклоспорин тана вазнининг ҳар 1 кг учун кунига 3,0 мг перорал 5 ҳафта давомида, сўнгра дозани аста-секин камайтириб, 18 ҳафта мобайнида тўлиқ бекор қилиш тавсия этилади.

Маҳаллий даволаш

Девержи касаллигида маҳаллий терапия тизимли терапия билан бирга қўлланилади, бу эса тизимли даволашнинг ножўя оқибатлари ривожланиш эҳтимолини камайтиради.

Зарарланиш ўчоқларига қуйидагилар суртилади:

– эмолентлар кунига 2 махал (D) [7, 17, 27, 28];
– 2% ли салицил мази кунига 2 махал (D) [7].

Чегараланган тошмаларда

– пимекролимус 1% ли крем кунига 1 махал 20 г (тана массаси 45 кг дан паст бўлса кунига 10 г) (D) [28]

ёки

– кальципотриол кунига 50 мкг/г 2 махал 2–10 ой давомида (D) [29]

тарқалган тошмаларда:

– маҳаллий глюкокортикостероид воситалар (D) [14, 24].

Алоҳида ҳолатлар

ОИВ билан ассоциацияланган Девержи касаллиги (VI тип) билан касалланган беморлар антиретровирус терапиясини ўтказиш учун инфекционист шифокорига йўналтирилади.

Даво самараси учун талаблар

– касаллик авж олишининг тўхташи;
– тошмалар регресси;

Даволаш самараси бўлмаган ҳолатдаги ёндашув

Даволашга резистент, оғир ҳолатларда катта ёлши беморларни даволаш учун *биологик воситалар* қўлланилади:

– инфликсимаб 5 мг/кг ҳисобида в/и. Инфузиялар 0 ва 2 ҳафталарда ўтказилади, бемор ҳолати яхшиланиши кузатилганда, яъни тошмаларнинг камида 75% ва ундан кўпроқ регресси кузатилса, инфликсимаб инфузияси биринчи инфузиядан 6 ҳафта ўтгач ва кейинчалик ҳар 8 ҳафтада 1 марта ўтказилади (D) [30–33].

ёки

– инфликсимаб 5 мг/кг в/и схема билан: 0, 2, 6 ҳафталар, сўнг 8 ҳафтада 1 маротаба 10–30 мг/ҳафта дозасидаги метотрексат билан комбинацияда (D) [30, 37].

ёки

– инфликсимаб 5 мг/кг в/и схема билан: 0, 2, 6 ҳафталар, сўнг 8 ҳафтада 1 маротаба 50мг/сут дозадаги ацитретином билан комбинацияда (D) [38, 39].

Изоҳ. Инфликсимабнинг тиббий қўллаш бўйича йўриқномасида Девержи касаллиги препаратни қўллаш учун кўрсатмалар қаторига киритилмаган.

ёки

– этанерсепт 25–50 мг т/о ҳафтада икки марта, 9 ойгача қўлланилади (D) [34, 35]

ёки

– этанерсепт 50 мг т/о ҳафтада икки марта, кунига 0,2 мг/кг дозадаги ацитретин билан комбинацияда 12–48 ҳафта давомида (D) [36]

Изоҳ. Этанерцептнинг тиббий қўллаш бўйича йўриқномасида Девержи касаллиги препаратни қўллаш учун кўрсатмалар қаторига киритилмаган.

ёки

– адалимумаб бошланғич доза 80 мг т/о, 1 ҳафтадан сўнг – 40 мг, сўнгра 40 мг ҳар 2 ҳафтада 32 ҳафта давомида қўлланилади. Даволашнинг таъсири 3–6-ҳафтада сезилади, аниқ таъсир – 4–8-ҳафтадан кейин кузатилади (D) [40, 41].

Изоҳ. Адалимумабнинг тиббий қўллаш бўйича йўриқномасида Девержи касаллиги препаратни қўллаш учун кўрсатмалар қаторига киритилмаган.

Даволаш ҳавфсизлиги назорати

Девержи касаллигини тизимли даволаш учун қарши кўрсатма бўла оладиган касаллик ва ҳолатларни аниқлаш мақсадида даволашдан олдин, шунингдек терапия давомида унинг салбий таъсирларини кузатиш учун беморлар текширувдан ўтказилиши керак.

Изотретиноин

Перорал қабул қилинганда жигар фаолияти ва қон плазмасидаги липидлар даражасини даволашдан олдин, даволаш бошлангандан сўнг 1 ойдан кейин ва кейинчалик ҳар 3 ойда мунтазам назорат қилиш талаб этилади.

Қандли диабет, семириш, алкоголизм ёки липид алмашинуви бузилиши мавжуд бўлса, лаборатория кўрсаткичларини кўпроқ текшириш тавсия этилади. Қандли диабет ёки шубҳа унга қилинаётган бўлса, қон плазмасидаги глюкоза даражаси қатъий назорат қилиниши керак.

Жигар фаолияти ва қондаги жигар ферментлари даражасини даволашдан олдин, даволаш бошлангандан сўнг 1 ойдан кейин ва кейинчалик ҳар 3 ойда ёки кўрсаткичларга кўра назорат қилиш тавсия этилади. Агар жигар трансаминазлари даражаси нормадан юқори бўлса, препарат дозасини камайтириш ёки бутунлай тўхтатиш керак.

Даволашдан олдин, даволаш бошлангандан сўнг 1 ойдан кейин ва кейинчалик ҳар 3 ойда ёки кўрсаткичларга кўра оч қарында қон зардобидаги липидлар даражаси аниқланиши керак. Қон зардобида триглицеридлар даражаси қатъий назорат қилиниш лозим, чунки уларнинг клиник жиҳатдан муҳим даражада ошиши (>800 мг/дл ёки 9 ммоль/л) ўткир панкреатит ривожланишига олиб келиши мумкин, ҳатто ўлим билан тугаш эҳтимоли ҳам бор. Доимий гиперлипидемия ёки панкреатит белгиларининг пайдо бўлишида изотретиноин қабул қилиниши тўхтатилиши керак.

Изотретиноин қабул қилинишидан сўнг кўриш ўткирлиги пасайиши, кератит ривожланиши

ва конъюнктива қуруқлиги эҳтимоли борлиги туфайли, кўриш билан боғлиқ шикоятлари мавжуд беморлар офтальмологга йўналтирилиши ва препарат қабул қилиниш масаласи кўриб чиқилиши керак.

Аёлларда препаратни қабул қилишдан 11 кун аввал ҳомиладорлик тест натижаси салбий бўлиши шарт. Даволаш давомида ва терапия тугашидан сўнг 5 ҳафтадан кейин ҳомиладорлик тестини ойлик равишда ўтказиш тавсия этилади. Шунингдек, контрацептив воситалардан фойдаланиш тавсия этилади.

Ацитретин

Ацитретин билан даволашдан олдин жигар фаолиятини назорат қилиш керак, даволаш бошлангандан сўнг биринчи ойда ҳар 1–2 ҳафтада, кейинчалик ҳар 3 ойда назорат қилинади. Агар таҳлил натижалари патологик ҳолатни кўрсатса, назорат ҳар ҳафта амалга оширилиши керак. Агар жигар фаолияти меъерга келмаса ёки ёмонлашса, препарат тўхтатилиши керак. Бу ҳолда жигар фаолиятини камида 3 ой давомида кузатиш тавсия этилади.

Оч қарында қон зардобида холестерин ва триглицеридлар даражасини назорат қилиш керак.

Қандли диабет билан оғриган беморларда ацитретин қон глюкозасига бўлган толерантликни пасайтириши мумкин, шунинг учун даволашнинг илк босқичларида қон глюкозаси даражасини одатдагидан кўпроқ текшириш тавсия этилади.

Болаларда ўсиш ва суяк ривожланиш параметрларига диққат билан эътибор қаратиш керак.

Кечаси кўриш қобилиятининг бузилиш эҳтимоли туфайли кўриш қобилиятини диққат билан кузатиш зарур.

Ацитретиннинг юқори тератогенлиги сабабли даволаш бошланишидан 2 ҳафта олдин ҳомиладорлик бўйича текширув натижаси салбий бўлиши керак. Даволаш давомида ҳомиладорлик учун қўшимча текширишлар ҳар ойда камида бир марта ўтказилиши тавсия этилади.

Ҳар бир ҳомиладор бўла оладиган аёл даволаш бошланишидан олдин 4 ҳафта давомида, даволаш давомида ва ацитретин терапияси тугашидан кейинги икки йил мобайнида танаффуссиз самарали контрацептив воситалардан фойдаланиши шарт.

Циклоспорин

Қон плазмасида креатинин концентрациясини мунтазам назорат қилиш керак – унинг ошиши нефротоксик таъсирни кўрсатиши мумкин ва дозани камайтиришни талаб қилиши мумкин: агар креатинин даражаси бошланғич кўрсаткичдан 30% дан ортиқ ошса, доза 25% камайтирилади; агар креатинин даражаси икки бараварга кўтарилса, доза 50% камайтирилади. Агар 4 ҳафта ичида дозани камайтириш креатинин даражасини туширишга олиб келмаса, циклоспорин тўхтатилиши керак. Артериал босим, қонда калий, мочевая кислота, билирубин, трансаминазлар ва липид профилини мониторинг қилиш тавсия этилади.

Азатиоприн

Даволаш даврида репродуктив ёшдаги аёллар ишончли контрацептив усуллардан фойдаланишлари керак.

Даволашнинг илк 8 ҳафтасида ҳар ҳафта клиник қон таҳлили ўтказилиши лозим, шу жумладан тромбоцитлар даражаси аниқланиши керак (кейинчалик ойига 1–2 марта), шунингдек қон зардобидаги жигар трансаминазлари, ишқорий фосфатаза фаолияти ва билирубин даражасини даврий назорат қилиш тавсия этилади.

Кейинчалик қон таҳлиллари текшириш орасидаги вақт узайиши мумкин, аммо клиник қон таҳлили ва тромбоцитларни аниқлаш ҳар ойда ёки камида ҳар 3 ойда бир марта ўтказилиши керак.

Азатиоприн олаётган беморлар инфекция ҳолатлари, кутилмаган қон йўқотиш, қон кетиш ёки суяк кўмиги емирилиш ҳолатлари кузатилиши биланоқ дарҳол хабар бериш зарурлиги тўғрисида кўрсатма олишлари керак.

Метотрексат

Ножўя таъсирлар ривожланиш эҳтимолини камайтириш мақсадида метотрексат билан

даволаш фолий кислотаси препарати билан биргаликда олиб борилиши керак: фолий кислотаси 5 мг перорал ҳафтада 1 марта, метотрексат қабул қилинганидан 1–3 кун ўтгач буюрилади.

Ножўя таъсирларни ўз вақтида аниқлаш мақсадида периферик қон ҳолатини назорат қилиш зарур, шунинг учун ҳафтада 1 марта лейкоцитлар ва тромбоцитлар сонини аниқлаш билан умумий қон таҳлили ўтказилади.

Шунингдек, жигар трансаминазлари фаолиятини, буйрак функциясини назорат қилиш, зарурат бўлганда кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенологик текширувини ўтказиш керак. Қонда лейкоцитлар сони $1,5\times10^9$/л дан кам бўлса, нейтрофиллар сони $0,2\times10^9$/л дан кам бўлса, тромбоцитлар сони 75×10^9/л дан кам бўлса, метотрексат билан даволаш тўхтатилади. Креатинин даражасининг бошланғич кўрсаткичга нисбатан 50% ёки ундан кўпроқ ошиши креатинин даражасини қайта ўлчашни талаб қилади. Билирубин даражасининг ошиши интенсив дезинтоксикацион терапия ўтказишни талаб қилади.

Диарея ва ярали стоматит ривожланиш ҳолатларида метотрексат билан даволашни тўхтатиш керак. Пульмонал токсиклик белгилари (айниқса балғамсиз қуруқ йўтал) пайдо бўлганда метотрексат билан даволашни тўхтатиш тавсия этилади. Суяк кўмиги функциясининг сусайиши белгилари, ғайриоддий қон кетишлар ёки қон қуйилишлар, қора қатронсимон ахлат, сийдикда ёки ахлатда қон пайдо бўлиши ёки терида нуқтасимон қизил доғлар пайдо бўлиши зудлик билан шифокор консультациясини талаб қилади.

Репродуктив ёшдаги эркаклар ва аёллар метотрексат билан даволаш вақтида ва даволаш тугаганидан кейин камида 3 ой давомида ишончли контрацепция усулларини қўллашлари керак.. *Инфликсимаб, этанерцепт, адалимумаб дори воситалари билан биологик даволаш.*

Инфликсимаб, этанерсепт, адалимумаб препаратлари билан биологик терапияни бошлашдан олдин қуйидаги текширувларни ўтказиш зарур:

- клиник қон таҳлили, шу жумладан лейкоцитар формуласи ва тромбоцитлар сонини аниқлаш;
- қоннинг биокимёвий таҳлили, шу жумладан креатинин, мочевина, билирубин даражасини аниқлаш, аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, гамма-глутамилтрансфераза ва ишқорий фосфатаза фаолиятини текшириш;
- сийдикнинг умумий таҳлили;
- кўкрак қафаси аъзоларининг 2 проекцияда рентгенографияси, туберкулин синамалари, туберкулёз инфекциясини истисно қилиш мақсадида фтизиатр консультацияси;
- ОИВ-инфекцияси, вирусли гепатит В ва С га учун қон таҳлиллари;
- ҳомиладорликни аниқловчи тест.

Биологик терапия ҳомиладорлик даврида тавсия этилмайди. Шу сабабли биологик терапияни бошлашдан олдин репродуктив ёшдаги аёлларда ҳомиладорлик тестининг салбий натижаси олиниши зарур.

Биологик терапия ўтказилаётган даврда ва у тугаганидан кейин камида 6 ой давомида репродуктив ёшдаги аёллар ишончли контрацепция усулларидан фойдаланишлари керак:

- бемор ҳолатини клиник баҳолаш – ҳар 3–6 ойда;
- невролог кўриги – нейрологик, шу жумладан демиелинизацияли касалликларни аниқлаш мақсадида ҳар 3–6 ойда;
- кардиолог консультацияси – юрак-қон томир етишмовчилиги белгиларини аниқлаш мақсадида ҳар 3–6 ойда
- фтизиатр консультацияси – туберкулёз ривожланишини истисно қилиш мақсадида йилда 2 марта;
- клиник қон таҳлили – ҳар 3–6 ойда 1 марта (инфликсимаб учун – ҳар бир в/и муолажадан олдин);
- қоннинг биокимёвий таҳлили (креатинин, мочевина, билирубин даражасини аниқлаш, қонда аспартатаминотрансфераза, аланинаминотрансфераза, гамма-глутамилтрансфераза ва

ишқорий фосфатаза фаолиятини текшириш) – ҳар 3–6 ойда 1 марта (инфликсимаб учун – ҳар бир в/и муолажадан олдин);
- сийдикнинг умумий таҳлили – ҳар 3–6 ойда 1 марта (инфликсимаб учун – ҳар бир в/и муолажадан олдин);
- қонда гепатит В, С ва ОИВ-инфекциясига текширув – ҳар 6 ойда;
- ҳомиладорликни аниқлаштирувчи тест (инфликсимаб учун – ҳар бир в/и муолажадан олдин), шунингдек ҳомиладорлик эҳтимоли пайдо бўлса ҳам ўтказилиши керак;
- кўкрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси – йилда 2 марта;
- қорин бўшлиғи аъзолари, кичик тос аъзолари ва простата безининг ультратовуш текшируви – кўрсатмаларга кўра.

С 5	ПИЛН Озонотерапия

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

В 3	Токсинлар, аутоантитаначалар, қонда айланиб юрувчи иммун комплекс (АИК), яллиғланиш олди цитокинларини қон оқимидан чиқариш, метаболизмни нормаллаштириш ва аъзоларнинг бузилган функцияларини тиклаш мақсадида плазмаферез муолажаси тавсия этилади.

Госпитализация учун кўрсатмалар

- оғир кечувчи Девержи касаллиги;
- амбулатор шароитда олиб борилаётган даволашдан ижобий самара кузатилмаслиги.

Жарроҳлик аралашуви: ўтказилмайди.

«ДЕВЕРЖИ КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Кириш

Девержи касаллиги — кам учрайдиган сурункали яллиғланувчи тери касаллиги бўлиб, фолликуляр гиперкератоз, эритродермия фонида ўзгармаган тери “оролчалари” мавжудлиги ва кафт ҳамда товонларнинг кератодермия типида зарарланиши билан тавсифланади. Касаллик идиопатик бўлиши ҳам, шунингдек инфекцион, иммун ва генетик омиллар билан боғлиқ ҳолда ривожланиши ҳам мумкин.

Диагностика клиник манзара ва тери гистопатологик текшируви маълумотларига асосланади. Девержи касаллигининг кечиши турлича — ўз-ўзидан чегараланиб қолувчи шакллардан тортиб сурункали рецидивланувчи вариантларгача бўлиши мумкин, бу эса даволашга индивидуал ёндашув ва беморларнинг динамик кузатиб борилишини талаб қилади.

Тиббий реабилитация

ўтказилмайди

Тиббий реабилитация, реабилитация усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Девержи касаллигининг этиологияси аниқланмаганлиги сабабли унинг махсус профилактикаси ишлаб чиқилмаган. Профилактик чора-тадбирлар **касалликнинг авж олиш хавфини камайтириш**, асоратларнинг олдини олиш ва ремиссияни сақлаб туришга қаратилган.

Тавсия этилади:

- ёндош инфекцион ва соматик касалликларни ўз вақтида аниқлаш ва даволаш;
- касаллик авж олишини келтириб чиқарувчи омиллардан сақланиш, жумладан стресс таъсирлари, теринининг шикастланиши ва ноқулай иқлим шароитлари;
- теринининг барьер функциясини сақлаб туриш учун юмшатувчи ва намлантирувчи воситаларни мунтазам қўллаш;
- витаминлар ва микроэлементларнинг организмга етарли тушишини таъминлайдиган рационал овқатланиш;
- шифокор тавсияларига риоя қилиш ва дерматолог диспансер назоратида бўлиш.

Сурункали шаклдаги касалликка эга беморларда рецидивларни эрта аниқлаш ва даволашни ўз вақтида тузатиш мақсадида мунтазам динамик кузатув тавсия этилади.

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/

Буллёз пемфигоидни бошқаришда амалий кўникмалар ва компетенциялар (task shifting)

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ оила шифокори (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Шикоятлар ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини намойиш этиш		+	+

Бемордан касаллик анамнезини йиғишда симптомлар ҳақидаги билимлардан фойдаланиш		+	+
Тери-таносил касалликлари бўлган беморларнинг тўлиқ тиббий анамнези		+	+
Физикал кўрик			
Фолликуляр гиперкератоз Қипиқланиш билан қизил-тўқ сариқ ранг Шикастланмаган тери “оролчалари”			+
Ташхис қўйиш			
Шикоятлар, кўрик ва лаборатор ҳамда инструментал текширув усуллари натижалари асосида			+
Асосий лаборатор ташхислаш			
Асосий лаборатор таҳлилларни буюриш:		+	+
Қон умумий таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитар формула + ЭЧТ)		+	+
Заҳмни аниқлаш учун скрининг тестлар (14 ёшдан катталар учун)		+	+
Қўшимча лаборатор ташхислаш			
Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): ИФР, ИФА IgG ва IgM, ОТИР, ПГАР, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM			+
Умумий сийдик таҳлили			+
Умумий нажас таҳлили			+
Биокимёвий таҳлиллар комплекси			+
Липид спектри таҳлили			+
Коагулограмма			+
Иммунологик таҳлиллар			+
Антителоларни ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЗР-диагностика усуллари ёрдамида аниқлаш			+
ANA таҳлили			+
IgE таҳлили			+
Гепатит В, С ва ОИВ учун қон таҳлили			+
Микологик таҳлил			+
Молекуляр-генетик таҳлиллар			+
Ҳомиладорликни аниқлаш учун тест, қонда хореоник гонадотропинни аниқлаш			+
Яширин қон учун нажас таҳлили			+
Қўшимча инструментал текширувлар			
Тери ҳолати диагностикаси - дерматоскопия			+
Тери ЮТТи			+

Ички аъзолар УТТи		+	+
Психоэмоционал ҳолатни баҳолаш			+
Кўкрак қафаси аъзоларининг 2 проекцияда рентгенографияси, туберкулин синамалари, туберкулёз инфекциясини истисно қилиш мақсадида фтизиатр консультацияси (биологик терапия қўлланилганда)			+
Даволаш			
Номедикаментоз даволашни тайинлаш компетенцияси			+
Медикаментоз даволашни тайинлаш компетенцияси			+

Профилактика			
Медикаментоз давога риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенция		+	+

Асосий тор мутахассис бўлиб дерматовенеролог шифокор хизамт қилади.
*Ушбу компетенцияларга тиббий ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

Девержи касаллигини бошқариш компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ оила шифокори (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Девержи касаллигининг таърифи		+	+
Шикоятларнинг симптоматик таърифи		+	+
Патофизиологик механизмлар таърифи			+
Этиология, симптомлар ва текширувлар (асосий лаборатор-инструментал тадқиқотлар) асосида ташхисий ёндашувни яратиш			+
Асосий таҳлиллар интерпретацияси		+	+
Даволаш усулининг шакллантирилиши			+
Номедикаментоз терапияни тасвирлаб беринг			+
Медикаментоз терапияни тасвирлаб беринг			+
Девержи касаллигида қўлланиладиган турли дори воситаларининг таъсир механизми ва ножўя таъсирларини муҳокама қилинг			+
Девержи касаллигининг патофизиологик ривожланиш механизмини муҳокама қилинг			+

Асосий тор мутахассис бўлиб дерматовенеролог шифокор хизмат қилади.