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

«JIBERNING PUSHTI TEMIRATKISI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

TOSHKENT 2026



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

«16» fevral 2026-yil.

«JIBERNING PUSHTI TEMIRATKISI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2026

«JIBERNING PUSHTI TEMIRATKISI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI

1. Kirish qismi

XKT-10/11 bo‘yicha kodlar:

L42	Pushti temiratki [Jiberning Pushti temiratkisi]	EA10	Pushti temiratki [Jiberning Pushti temiratkisi]
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11137		https://skinive.com/ru/dermatlas/papulosquamous/2ps_pink_lichen/

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

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

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

1.	Sabirov U.Y.	Markaz direktori, t.f.d., professor	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
2.	Xakimov D.R.	Fizioterapiya bo‘limi mudiri, t.f.n.	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”
3.	Boxodirova A.A.	Ilmiy kotib	O‘zR SSV “RIDVvaKIATM”

Taqrizchilar:

1. Tashkenbayeva Umida Alisherovna — t.f.d., professor, Toshkent davlat tibbiyot universiteti dermatovenerologiya kafedrasi mudiri.
2. Xodjayeva Nigora Baxramovna – t.f.d., dermatokosmetologiya bo’limi mudiri 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: Jiberning pushti temiratkisi 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

«JIBERNING PUSHTI TEMIRATKISI» NOZOLOGIYASI BO‘YIChA MILLIY KLINIK DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH PROTOKOLI ……4

«JIBERNING PUSHTI TEMIRATKISI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI ……22

«JIBERNING PUSHTI TEMIRATKISI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL ……26

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
LLLT	pastintensiv lazer terapiyasi (Low-Level Laser Therapy)
UTT	Ultratovush tekshiruvi
IXLA	immunoxemilyuminessent analiz
IFlA	immunoflyuoressent analiz
IFA	immunoferment analiz
PZR	Polimeraz zanjirli reaksiya
OIV	odam immunodefitsit 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

Jiberning pushti temiratkisi — terida o‘tkir yallig‘lanishli kasallik bo‘lib, tipik eritematoz-skvamoz toshmalar paydo bo‘lishi va, odatda, o‘z-o‘zidan regressga uchrashi bilan xarakterlanadi. Kasallik ko‘proq yosh va o‘rta yoshdagi shaxslarda uchraydi hamda ko‘pincha avval o‘tkazilgan infeksion kasalliklar bilan bog‘liq holda rivojlanadi.

Nisbatan yaxshi prognozga ega bo‘lishiga qaramasdan, Jiberning pushti temiratkisi kasalligining klinik belgilari tashxis qo‘yishda qiyinchiliklar tug‘dirishi va uni boshqa papulo-skvamoz dermatozlar bilan differensial tashxis qilishni talab etishi mumkin. Tashxis qo‘yish va bemorlarni olib borish bo‘yicha yagona yondashuvlarning mavjud emasligi asossiz davolash tayinlanishiga va tibbiy yordam sifati pasayishiga olib kelishi mumkin.

2.2. Ta'rif

Jiberning pushti temiratkisi (pushti temiratki, Jiber kasalligi, kepaklanuvchi rozeola, pityriasis rosea) – o‘tkir yallig‘lanuvchi va mustaqil regressga uchrovchi dermatoz bo‘lib, unga dastlab badanda, so‘ngra qo‘l-oyoqlarning proksimal yuzalarida joylashuvchi tipik oval yoki tangasimon dog‘li-tugunli va eritematoz-skvamoz o‘choqlarning bo‘lishi xosdir.

2.3. Etiologiyasi va epidemiologiyasi

Kasallikning sababi noma'lum. Eng ko‘p tan olingan gipoteza — infeksion, birinchi navbatda virusli kelib chiqishidir, biroq hozirgi vaqtgacha aniq etiologik agent aniqlanmagan. Kasallikning infeksion tabiatini bilvosita tasdiqlovchi dalillarga uning mavsumiyligi, ayrim bemorlarda prodromal simptomlar mavjudligi, shuningdek kechishining siklikligi va immunitet rivojlanishi kiradi [1,2].
Asosan o‘smirlar va yoshlar kasallanadi; keksa yoshdagilar va kichik yoshdagi bolalarda kamroq uchraydi. Kasallik ko‘proq bahor va kuz fasllarida rivojlanadi. Dermatologga murojaat qilgan bemorlarning 1–2% da ushbu kasallik aniqlanadi. Odatda kasallik bir marta kuzatiladi, ikki va undan ko‘proq kasallanish kam uchraydi.

2.4. Tasnifi

Klinik amaliyotda Jiberning pushti temiratkisi quyidagi belgilar bo‘yicha tasniflanadi:

1. Klinik kechishi bo‘yicha

- **Tipik shakl**
  «Ona pilakcha» paydo bo‘lishi va keyinchalik ikkilamchi o‘choqlarning Langer chiziqlari bo‘ylab tarqalishi bilan xarakterlanadi.
- **Atipik shakllar:**
  - vezikulyoz
  - papulyoz
  - urtikar
  - follikulyar
  - pustulyoz
  - gemorragik
  - Vidalning halqasimon chegaralangan temiratkisi (gigant turi).

2. Jarayonning tarqalganligi bo‘yicha

- Chegaralangan shakl
- Tarqalgan shakl
- Generallashgan shakl

3. Kechishi bo‘yicha

- O‘tkir
- Uzoq davom etuvchi kechishi
- Residivlanuvchi (kamroq uchraydi)

4. Asoratlar mavjudligi bo‘yicha

- Asoratlanmagan kechish
- Asoratlangan kechish (ikkilamchi bakterial infeksiya, kuchli qichishish, ekzematizasiya)

2.5. Klinik ko‘rinish

80% holatlarda dastlab teri sathidan biroz ko‘tarilgan, yorqin rangli, oval shaklli, ekssentrik o‘sishga ega bo‘lgan, diametri 2–5 sm li eritematoz-skvamoz pilakcha paydo bo‘ladi. U odatda badanda joylashadi va markazida yengil kepaklanish kuzatiladi. Bunday element «ona pilakcha» deb ataladi. Ayrim holatlarda «ona pilakcha» umuman bo‘lmasligi yoki bir nechta «ona pilakchalar» mavjud bo‘lishi mumkin.

1–2 haftadan so‘ng diametri 1–2 sm gacha bo‘lgan, shishgan, pushti rangli, oval shaklli ko‘p sonli dog‘lar paydo bo‘ladi. Ular simmetrik ravishda o‘zining uzun o‘qi bo‘ylab Langer chiziqlari yo‘nalishi bo‘yicha joylashadi. Ularning markazi nozik burmalangan, qo‘ng‘ir-sariq tusli bo‘lib, yengil kepaklanish bilan

xarakterlanadi. Kepaklanish markaziy va periferik zonalar chegarasida «yoqachasimon» koʻrinishda ayniqsa yaqqol namoyon boʻladi.

Pushti temiratkiga xos boʻlgan ushbu patognomonik elementlar odatda «medalyonlar» bilan taqqoslanadi. Toshmalar bir vaqtda emas, balki toʻlqinsimon tarzda paydo boʻladi, bu esa evolyutsion polimorfizmni yuzaga keltiradi.

Elementlar markaziy qismdan boshlab yoʻqola boshlaydi: markazi oqarib, muguz tangachalardan tozalanadi va pigmentasiya hosil qiladi. Keyinchalik eritema halqasi asta-sekin yoʻqolib, yengil ifodalangan giperpigmentasiya qoldiradi.

Shuningdek, pushti temiratkining atipik shakllari ham kuzatilishi mumkin: urtikar, papulyoz, vezikulyoz shakllari. Ular koʻpincha teri ishqalanishi, ortiqcha terlash, notoʻgʻri mahalliy davo ta'siri natijasida yuzaga keladi. Biroq bunday holatlarda ham toshmalar Langer chiziqlari boʻylab joylashadi. Kasallik, odatda, residiv bermaydi. Spontan sogʻayish koʻp hollarda 4–5 hafta ichida kuzatiladi. Ayrim holatlarda gipo- yoki giperpigmentasiya uchraydi, bu holat koʻproq quyosh ta'siri yoki qisqa toʻlqinli ultrabinafsha nurlanish ta'siri ostida paydo boʻladi yoki yanada kuchayishi mumkin

3. Tashxisiy usullar, yondashuvlar va muolajalar

Tashxis mezonlari

Shikoyatlar va anamnez:

Shikoyatlar:

- teridagi toshmalar;
- toshmalar sohasidagi qipiqlanish;
- turli darajada ifodalangan qichishish.

Kasallik anamnezi:

- pushti temiratki koʻproq oʻrta yosh va yoshi kattalarda, shuningdek oʻsmirlarda kuzatiladi (kam hollarda — keksa yoshdagi shaxslar va kichik yoshdagi bolalarda);
- kasallikka mavsumiylik xos (kuz, bahor);
- koʻp holatlarda kuzatilgan immuntanqislik holati aniqlanadi (infeksion kasalliklar fonida, glyukokortikosteroidlar yoki sitostatiklar qabul qilishda, sovuq qotishda, homiladorlik davrida va boshqalar);
- teri toshmalari paydo boʻlishidan oldin prodromal simptomlar kuzatilishi mumkin: umumiy holsizlik, ishtahaning pasayishi, mehnat qobiliyatining susayishi, bosh aylanishi, bosh ogʻrigʻi, artralgiya, mialgiya, tana haroratining koʻtarilishi. Kasallikda odatda residiv kuzatilmaydi.

Fizikal koʻrik:

Dastlab badan yoki qoʻl-oyoqlar terisida yagona yorqin pushti rangli, oval shaklda boʻlgan va teri sathidan koʻtarilib turuvchi, diametri 3-5 li va yuzasi kepaklanishga moyil «ona pilakcha» paydo boʻladi. 1–2 haftadan soʻng Langer chiziqlari boʻylab koʻp sonli eritematoz-skvamoz dogʻlar paydo boʻladi. Bu dogʻlar yumaloq yoki oval shaklda, biroz shishgan, diametri 2–3 sm gacha, pushti rangda boʻladi. Bir necha kundan soʻng element markazi sariq tusga kirib, kepaklanish va muguz qatlamining burmalanishi kuzatiladi; periferiyada esa «yoqachasimon» faol kepaklanish namoyon boʻladi. Asta-sekin eritema halqasi va kepaklanish yoʻqoladi, bunda ikkilamchi hira tusli gipo- yoki giperpigmentasiya qoladi.

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

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

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

C 1	• Tashxislash qiyin bo‘lgan bemorlarda zararlangan teri o‘chog‘idan olingan biopsiya materialini patologoanatomik tekshiruvi tavsiya qilinadi. Pushti temiratki (Jiber)da morfologik o‘zgarishlar quyidagicha: diffuz yoki chegaralangan parakeratoz, donador qavatning yo‘qligi, yengil akantoz, chegaralangan spongioz, vezikulalar va diskeroz hosil bo‘lishi. Dermada shish, gomogen kollagen tolalar va limfositlardan iborat perivaskulyar infiltrat kuzatilishi mumkin.

C 1	• Mikozni istisno qilish maqsadida teridan olingan qirma mikroskopik tekshiruvi tavsiya qilinadi.

C 1	• 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	• Biokimyoviy tahlillar kompleksi • IFA, IXLA, IFlA va PZR-diagnostika usullari yordamida antitelolar tahlili • IgE tahlili, Allergotestlar (kuchli teri qichishishi, allergik anamnezning og‘irligi, atipik kechishi holatlarida atopik dermatit, allergik kontakt dermatiti, toksiko-allergik reaksiyalar bilan differensial diagnostika maqsadida) • Gepatit B, C va OIV uchun qon tahlili • Antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash bilan mikrobiologik tahlil • Umumiy najas tahlili

4. Instrumental tekshiruvlar:

C 5	• Ichki a'zolar UTTi

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

C 5	Psixoemosional holatni baholash

5. Mutaxassislar bilan maslaxatlashish uchun ko‘rsatmalar

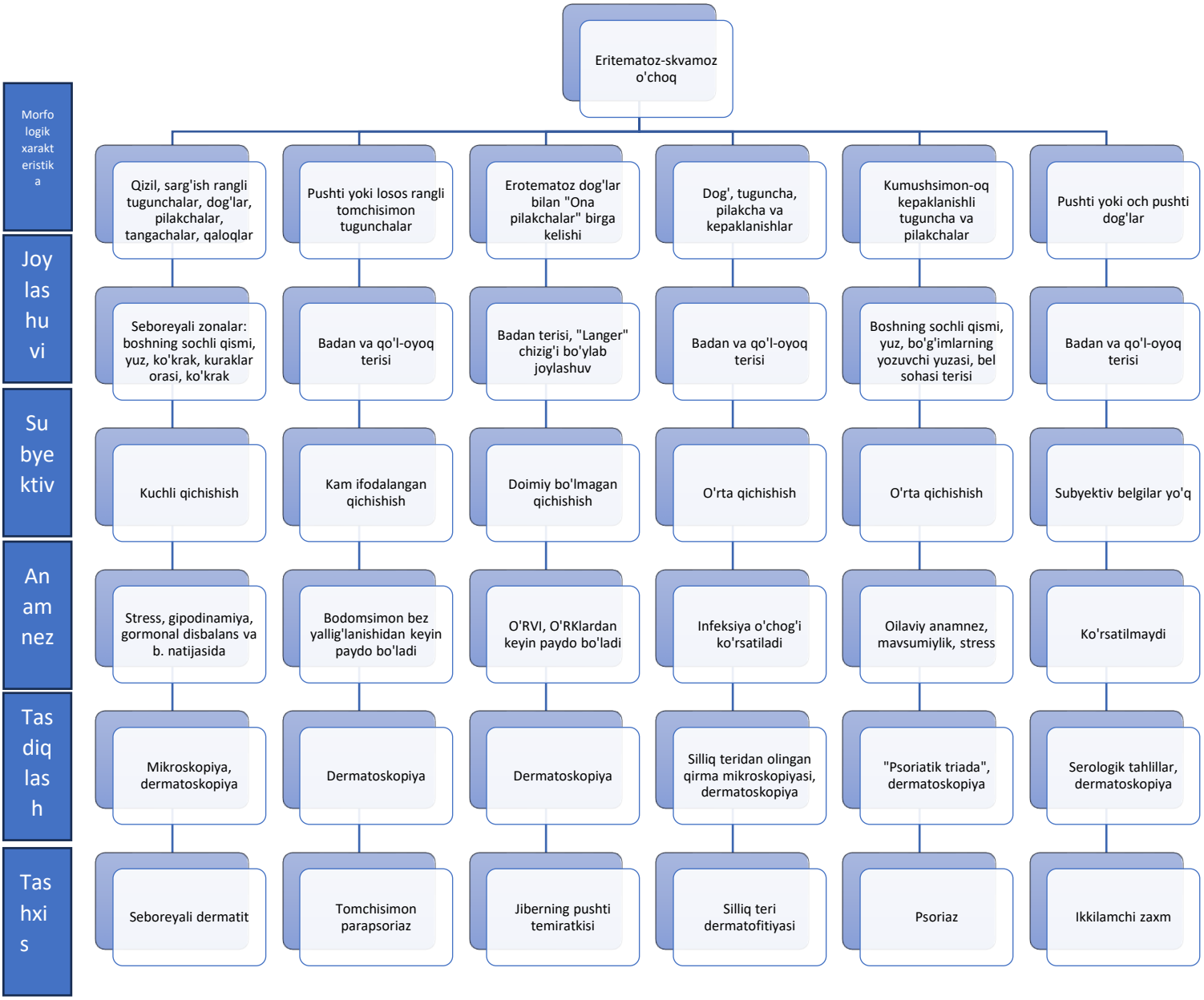
C 4	• terapevt konsultasiyasi – uzoq davom etuvchi isitma, tizimli glyukokortikosteroid terapiyasini tayinlash masalasini hal qilish maqsadida; • infeksionist konsultasiyasi – infeksion kasalliklar bilan (qizamiq, qizilcha va b.) differensial tashxis qilish maqsadida; • immunolog konsultasiyasi – pushti temiratkining qayta-qayta va uzoq davom etuvchi shakllarida.

Differensial tashxis [1-5]:

https://diseases.medelement.com/disease

Tashxis	***Differensial tashxis uchun asos***	***Tekshiruv***	***Diagnozni istisno qilish mezonlari***
Seboreyali ekzema	Terida kichik o‘lchamdagi pushti-sariq tugunchalar paydo bo‘ladi, ular asta-sekin kattalashib, bir-biriga qo‘shiladi va zich joylashuvchi yog‘li tangachalar bilan qoplangan infiltrlangan pilakchalar hosil qiladi; ular aniq chegara va notekis shakl bilan ajralib turadi. Toshma regressi o‘choq markazidan boshlanadi, shuning uchun bunday toshmalar halqa yoki yoy shaklini oladi.	Dermatoskopiya	Asosan terining yog‘li sohalari (boshning sochli qismi, yuz, ko‘krak)da zich joylashgan to‘q sariq rangli qipiq-tangachalardan iborat elementlar bo‘lib, ekssudativ reaksiya kuzatiladi.
Psoriaz	Kasallik chegaralangan toshmalar paydo bo‘lishi bilan boshlanadi va ko‘pincha tananing tipik sohalarida yakka pilakchalar shaklida namoyon bo‘ladi. Pilakchalar och pushti yoki to‘q qizil rangda bo‘lib, chegarasi aniq, yuzasi oson va og‘riqsiz ajraluvchi kumushsimon-oq tangachalar bilan qoplangan bo‘ladi. Bu holat psoriazga xos triada fenomenini ifodalaydi.	«Psoriatik uchlik» fenomenlari aniqlanadi, dermatoskopiya	Morfologik elementlar papulyoz xarakterda bo‘lib, kumushsimon-oq tangachalar boshning sochli qismi, yuz, tirsak va tizzalarning yozuvchi yuzalari, bel va sakral sohalarda joylashadi, tipik psoriatik fenomen (psoriatik triada).

Tomchisimon parapsoriaz	Kasallik 2–5 mm kattalikdagi doira yoki oval shaklli tipik tugunchali toshmalar paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi. Ularning rangi och pushti yoki to‘qroq, ba'zan qo‘ng‘ir-qizg‘ish bo‘ladi. Tugunchalar usti kepaklanadi, ehtiyotkorlik bilan tirnab ko‘rilganda tangachalar sinmasdan ajralib chiqadi. Papulalar bilan bir vaqtda ayrim hollarda rozeolyoz dog‘lar ham paydo bo‘ladi, ular ko‘pincha plastinkasimon tangachalar bilan qoplangan bo‘ladi.	Dermatoskopiya	Papulyoz elementlar bir xil o‘lchamda bo‘lib, qipiqlanish «yaxlit» tipda — zich, quruq tangacha markazdan mahkam yopishgan, periferiyasidan esa ko‘tarilib turadi; nuqtasimon gemorragiyalar kuzatiladi. Pilakchalar rangi ancha to‘qroq bo‘ladi.
Zaxm	Ikkilamchi davr ORVI va gripp belgilariga o‘xshash umumiy simptomlar bilan boshlanadi. Bir haftadan so‘ng asta-sekin 10–12 tadan teri belgilari paydo bo‘ladi: og‘riqsiz, qichishishsiz, och pushti rangli rozeolyoz toshmalar; ular tanada joylashadi, periferik o‘sishsiz, doira shaklda va och pushti tusda bo‘ladi. Zaxmda papulyoz sifilid 3–5 mm atrofidagi mis rangli-qizil lentikulyar papulalar paydo bo‘lishi bilan xarakterlanadi; periferiyasida «Biett yoqachasi» turida po‘st tashlash kuzatiladi.	Serologik tahlillar	Sifilitik rozeolalarning rangi ochroq, o‘lchami bir xil va kepaklanish kuzatilmaydi. Papulyoz sifilidda elementlar mis rang-qizil bo‘lib, «Biett yoqachasi» ko‘rinishida kepaklanish bilan xarakterlanadi, shuningdek kaft va tovon terisining zararlanishi kuzatiladi. Ikkilamchi sifilisda odatda kepaklanish kuzatilmaydi va teri chiziqlariga mos kelmaydi. Anamnezda bemor jinsiy a'zolar sohasida va og‘iz shilliq qavatida toshmalar bo‘lganini ko‘rsatadi.
Silliq teri mikozi	Zamburug‘li teri zararlanishi doira yoki oval shaklli qizil, kepaklanuvchi dog‘lar paydo bo‘lishi bilan namoyon bo‘ladi. Ular periferik o‘sishga moyil bo‘lib, bir-biriga qo‘shilib, polisiklik konturli o‘choqlar hosil qiladi. O‘choq chetida shishgan, olcha-qizil rangli, uzilishli periferik valik kuzatiladi; u follikulyar papulalar va pustulalardan tashkil topgan. O‘choq doirasidagi teri biroz infiltrasiyalangan bo‘lib, qo‘ng‘irsimon tus olishi mumkin va mayda tangachalar bilan qoplangan bo‘ladi.	Teridan olingan qirma mikroskopik tekshiriladi	O‘tkir yallig‘lanish belgilarisiz pushti rangli patologik toshma elementlari kuzatiladi; chegaralari aniq bo‘lib, periferik valik ko‘rinishida namoyon bo‘ladi, ularning ustida esa ikkilamchi elementlar (vezikulalar, tugunchalar, qaloqlar va b.) qoplab turadi. Zararlanish ko‘proq mahalliy xarakterga ega.



4. Davolash, shu jumladan medikamentoz va nomedikamentoz terapiya, diyetoterapiya, ogʻriqsizlantirish, davolash usullarini qoʻllashga tibbiy koʻrsatmalar va qarshi koʻrsatmalar

Asoratlanmagan pushti temiratki medikamentoz davoni talab qilmaydi, kasallik boshlanganidan 4–5 hafta oʻtib elementlarning spontan regressiyasi kuzatiladi. Biroq, yaqqol klinik simptomlar mavjud boʻlganda, medikamentoz terapiya tayinlash tavsiya etiladi (antigistamin preparatlar, mahalliy glyukokortikosteroid vositalar va b.).

Nomedikamentoz davolash:

Rejim №2 (umumiy).

Suv muolajalarini cheklash (haftasiga 1–2 marta), terini shikastlantirishdan saqlanish (masalan, mochalka, sochiq bilan ishqalash). Qo‘zg‘atuvchi vositalar va omillar ta'siridan saqlanish tavsiya etiladi (qattiq turdagi sovunlar, issiq suv, atirlangan va bo‘yalgan gigienik vositalar). Tabiiy tolali matolardan tikilgan kiyim kiyish (sintetik matolar va yungli kiyimlarni istisno qilish), shuningdek ter ajralishi kuchayishi va bakterial infeksiya qo‘shilishining oldini olish maqsadida jismoniy yuklamalarni cheklash tavsiya etiladi.

Stol №15 (umumiy) – Jiberning pushti temiratkisi bilan kasallangan bemorlarga organizmni sensibilizasiyasini oshiruvchi mahsulotlarni ovqat ratsionidan chiqarish tavsiya etiladi (sitrus mevalar, shokolad, kofe, sut, dudlangan mahsulotlar, marinadlar, yarim tayyor mahsulotlar), shuningdek alkogol iste'molini cheklash lozim.

Fizioterapevtik muolajalar: (Ushbu turdagi terapiyada yallig‘lanishdan keyingi giperpigmentasiya paydo bo‘lishi mumkin.)

Boshlang‘ich nurlanish dozasi terining individual sezgirligiga asoslanib belgilanadi: minimal eritema dozasini o‘lchab chiqish yo‘li bilan yoki minimal fototoksik/eritema dozasini aniqlamasdan terining fototipi bo‘yicha (T.B. Fitspatrik klassifikasiyasiga ko‘ra) belgilanadi.

C 2	tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiyasi: boshlang‘ich nurlanish dozasi minimal eritema dozasining 50–70% ni tashkil qiladi. Terining turi va qorayishiga qarab nurlanish 0,1–0,3 Dj/sm² dozadan boshlanadi. Muolajalar haftada 3–4 marta o‘tkaziladi. Eritema bo‘lmasa, har bir seansda yoki har bir ikkinchi seansda dozani 5–30% yoki 0,05–0,2 Dj/sm²ga oshirish mumkin; yengil eritema paydo bo‘lsa, doza doimiy saqlanadi. Kurs uchun 15–35 muolaja tavsiya qilinadi.

C 5	• Pastintensiv yorug‘lik terapiyasi LLLT • Polixromatik nur • Mahalliy vositalarni qo‘llab ultratovush terapiya • Qizil va infraqizil lazer • Magnit maydon bilan miyaning noinvaziv stimulyasiyasi

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
Indifferent mahalliy vositalar	Emolentlar (dori vositalarsiz)	Mahalliy, kuniga 2–3 maxal	C https://diseases.medelement.com/disease

	Rux oksidi	Mahalliy, kuniga 2 maxal	C https://diseases.medelement.com/disease
	Rux oksidi asosidagi pastalar	Mahalliy, kuniga 1–2 maxal	C https://diseases.medelement.com/disease
	Vazelin, parafin (asoslar)	Mahalliy, ehtiyojga qarab	C https://diseases.medelement.com/disease
	Lanolin	Mahalliy, kuniga 1–2 maxal	C https://diseases.medelement.com/disease
	Pantenol	Mahalliy, kuniga 2 maxal	C https://diseases.medelement.com/disease
	Deksapantenol	Mahalliy kuniga 1–2 maxal 2–3 hafta mobaynida	C https://diseases.medelement.com/disease

Izoh: Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa yoki 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**

Mahalliy GKS	klobetazol 0,05%	kattalar uchun mahalliy qo‘llaniluvchi krem – kuniga 2 maxal butun tana yuzasiga surtish uchun	C https://diseases.medelement.com/disease
	Gidrokortizon butirat krem, maz 0,1%	kuniga 1-2 maxal applikasiya ko‘rinishida 5-7 kun davomida	C https://diseases.medelement.com/disease
	Alklometazon dipropionat krem, maz 0,05%	kuniga 1-2 maxal applikasiya ko‘rinishida 5-7 kun davomida	C https://diseases.medelement.com/disease
	metilprednizolon aseponat krem, maz 0,1%	kuniga 1-2 maxal applikasiya ko‘rinishida 5-7 kun davomida	C https://diseases.medelement.com/disease
	Mometazon 0,1%	kuniga 1-2 maxal applikasiya ko‘rinishida 5-7 kun davomida	C https://diseases.medelement.com/disease
	Betametazon 0,1%	krem yoki maz, klinik yaxshilanishga erishilgunga qadar kuniga 2 maxal zararlanish o‘choqlariga surtiladi	C https://diseases.medelement.com/disease
Antigistamin vositalar	Dezloratadin	tabletkalar 5 mg, eritma 10 ml peroral kuniga 1 maxal 7-14 kun	C https://diseases.medelement.com/disease
	Setirizin	tabletkalar 5 mg, eritma 10 ml peroral kuniga 1 maxal 7-14 kun	C https://diseases.medelement.com/disease
	Levosetirizin	tabletkalar 5 mg, eritma 20 tomchi kuniga 1 maxal 7-14 kun	C https://diseases.medelement.com/disease
	Xloropiramin	Tabletkalar kuniga 25 mg 3-4 maxal. m/o yoki v/i yuborilganda kattalarga bir marttalik doza 20-40 mg	C https://diseases.medelement.com/disease

	Ebastin	Peroral. Kattalar uchun tavsiya berilgan doza 10-20 mg/sut.	C https://diseases.medelement.com/disease
	Loratadin	Tabletkalar 5 mg, eritma 10 ml peroral kuniga 1 maxal 7-14 kun	C https://diseases.medelement.com/disease
	Bilastin	Peroral. Kattalar uchun tavsiya berilgan doza 10-20 mg/sut	C https://diseases.medelement.com/disease
Giposensibilizatsiyalovchi vositalar	Tiosulfat natriya	v/i — 5–50 ml 30% eritma peroral — 10%li eritma ko‘rinishida 2–3 g bir qabul qilish uchun	C https://diseases.medelement.com/disease
	Kalsiy glyukonat	V/i, v/i sekin (2–3 daqiqa davomida) yoki tomchilab, kattalar uchun — 5–10 ml 100 mg/ml eritmadan har kuni, ikki kunda bir marotaba yoki har 3 kunda. Bolalarga — v/i sekin (2–3 daqiqa davomida) yoki tomchilab, yoshiga qarab, 1-5ml 100 mg/ml eritma har 2-3 kunda	C https://diseases.medelement.com/disease
Tizimli GKS	Prednizolon	asosiy klinik simptomatika yo‘qolgunga qadar kuniga 15-20 mg	C https://diseases.medelement.com/disease
	Deksametazon	asosiy klinik simptomatika yo‘qolgunga qadar kuniga 2–4 mg	C https://diseases.medelement.com/disease
Virusga qarshi vositalar	Asiklovir	Tabletkalar, 200 mg; kuniga 1 g, 7 kun davomida.	C https://diseases.medelement.com/disease
Antibakterial vositalar	Eritromisin	Kuniga 4 maxal 1 g yoki 25–40 mg/kg/sutka, dozani 4 qabulga bo’lib, 2 hafta davomida	C https://diseases.medelement.com/disease
	Levomisetin	Tabletkalar 250,500 mg. Sutkalik doza kuniga 2 g, 3-4	C https://diseases.med

		maxal qabul qilishga, 8-10 kun davomida	element.com/disease
	Tetrasiklin	Tabletkalar 100 mg, kattalar uchun 0,3-0,5 g har 6 soatda (kuniga 4 maxal) yoki 0,5-1 g dan har 12 soatda (kuniga 2 maxal) 5-10 kun.	C https://diseases.medelement.com/disease
Vitaminlar	Retinol asetat (Vitamin A)	100 000-200 000 XB/sut	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Xolekalsiferol	Peroral, m/o. 500-200000XB Tanqislik darajasini inobatga olgan holda	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Askorbin kislotasi	Peroral, m/o, v/i 250-1000mg/sut	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Asoratlangan holatlarda qo‘llaniluvchi kombinirlangan mahalliy vositalar	Betametazon dipropionat (1 mg) + gentamisin sulfat (1 mg) + klotrimazol (10 mg)	kuniga 1-2 maxal mahalliy	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Gidrokortizon (1 mg) + natamisin 10 (mg) + neomisin (3500 XB)	kuniga 1-2 maxal mahalliy	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

	Betametazon (1 mg) + gentamisin (1 mg)	kuniga 1-2 maxal mahalliy	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Neomisin+ Ketokonazol+ Klobetazol	kuniga 1-2 maxal mahalliy	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

Izoh: Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa yoki 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.

Keyingi olib borish:

· teri parvarishi (emolentlar va boshqa yumshatuvchi vositalardan foydalanish).

Davo samarasi uchun talablar:

· sub'ektiv belgilarning yo‘qolishi;
· mavjud toshmalar regressi;
· yangi elementlarning paydo bo‘lmasligi.

«JIBERNING PUSHTI TEMIRATKISI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Kirish

Jiberning pushti temiratkisi — terida o‘tkir yallig‘lanishli kasallik bo‘lib, tipik eritematoz-skvamoz toshmalar paydo bo‘lishi va, odatda, o‘z-o‘zidan regressga uchrashi bilan xarakterlanadi. Kasallik ko‘proq yosh va o‘rta yoshdagi shaxslarda uchraydi hamda ko‘pincha avval o‘tkazilgan infeksion kasalliklar bilan bog‘liq holda rivojlanadi.

Nisbatan yaxshi prognozga ega bo‘lishiga qaramasdan, Jiberning pushti temiratkisi kasalligining klinik belgilari tashxis qo‘yishda qiyinchiliklar tug‘dirishi va uni boshqa papulo-skvamoz dermatozlar bilan differensial tashxis qilishni talab etishi mumkin. Tashxis qo‘yish va bemorlarni olib borish bo‘yicha yagona yondashuvlarning mavjud emasligi asossiz davolash tayinlanishiga va tibbiy yordam sifati pasayishiga olib kelishi mumkin.

Konservativ davo

1. Terini jismoniy omillar (mexanik, termik, nurli ta'sirlar) bilan ortiqcha qo‘zg‘atish, shuningdek antiseptiklar yoki zamburug‘ga qarshi vositalar bilan davolash tavsiya etilmaydi, chunki bu kasallik kechishining yomonlashuvi va qichishish kuchayishiga olib kelishi mumkin.

2. Kasallik, odatda, qaytalanmaydi (residiv bermaydi). Spontan sog‘ayish ko‘p hollarda 4–5 haftada kuzatiladi.

3. Ushbu dermatoz bilan kasallangan bemorda virusli va bakterial infeksiyalarning oldini olish maqsadga muvofiq hisoblanadi.

Terining keng tarqalgan zararlanishi va yaqqol qichishish bilan kechadigan holatlarda tashqi davolash uchun mahalliy glyukokortikosteroid preparatlar tavsiya etiladi [3,6-9]: gidrokortizon butirat 0,1% krem yoki malham ko‘rinishida kuniga 1–2 maxal 5–7 kun davomida applikasiya ko‘rinishida qo‘llanadi. [10].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

yoki

alklometazon dipropionat krem, maz 0,05% kuniga 1-2 maxal applikasiya ko‘rinishida 5-7 kun davomida [11].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

yoki

metilprednizolon aseponat krem, maz 0,1% kuniga 1-2 maxal applikasiya ko‘rinishida 5-7 kun [11].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

yoki

mometazona furoat krem, maz 0,1% kuniga 1-2 maxal applikasiya ko‘rinishida 5-7 kun [11].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

- Qichishishni bartaraf qilish uchun antigistamin vositalar **tavsiya qilinadi** [3,5-7]:

setirizin gidroxlorid kattalarga – sutkalik doza 10 mg peroral 1 marotaba qabul qilish uchun 7-10 kun davomida [11].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

yoki

loratadin kattalarga - 10 mg peroral kuniga 1 maxal 7-10 kun davomida [10].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

yoki

xloropiramin kattalarga – 25 mg p peroral kuniga 3-4 maxal 7-10 kun davomida [11].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

yoki

klemastin - kattalarga – 1 mg peroral kuniga 2 maxal 7-10 kun davomida [11].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

Kasallikning asoratlangan shakllarida tizimli glyukokortikosteroid preparatlar tavsiya etiladi: prednizolon 15–20 mg sutkasiga peroral ravishda, asosiy klinik simptomatika bartaraf etilguniga qadar [11].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

Izoh: *Odatda kasallik boshlanganidan 4–5 hafta o‘tib o‘z-o‘zidan sog‘ayish kuzatiladi. Asoratlanmagan pushti temiratki davolashni talab qilmaydi.*

Bemorlarga suv muolajalarini cheklash, mochalkadan foydalanmaslik, qattiq sochiq bilan ishqalamaslik tavsiya etiladi. Terining ortiqcha terlash orqali ta'sirlanishiga yo‘l qo‘ymaslik, havo o‘tkazmaydigan yungli yoki sintetik kiyimlar kiymaslik muhim.

Jarayon generalizasiyasi, toshmalarning yaqqol ekssudativ xarakteri, allergik holatlar, ekzematizasiya yoki qichishish mavjud bo‘lganda davolash tayinlanadi.

Boshqa davolash usullari

- Fototerapiya qo‘llash **tavsiya etiladi**:

To‘lqin uzunligi 280–320 nm bo‘lgan o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiya haftasiga 5 marta, 1–2 hafta davomida o‘tkaziladi. [11].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillar ishonchlilik darajasi – 1)

Izoh: *ushbu turdagi davolashda yallig‘lanishdan keyingi giperpigmentasiya rivojlanishi mumkin.*

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.

Jarrohlik aralashuvi: o’tkazilmaydi.

Gospitalizasiya uchun ko‘rsatmalar:

- jarayonning tarqalganligi, tizimli davolashni talab etuvchi og‘ir kechishi;
- o‘choqlarning ekssudativ xarakteri, namlanish, ekzematizasiya, allergizasiya, impetiginizasiyasi.

Shoshilinch gospitalizasiya uchun ko‘rsatmalar: yo‘q

«JIBERNING PUSHTI TEMIRATKISI» NOZOLOGIYASI BO‘YICHA KASALLIKNI OLDINI OLISH VA REABILITASIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

Kirish

Jiberning pushti temiratkisi — terida o‘tkir yallig‘lanishli kasallik bo‘lib, tipik eritematoz-skvamoz toshmalar paydo bo‘lishi va, odatda, o‘z-o‘zidan regressga uchrashi bilan xarakterlanadi. Kasallik ko‘proq yosh va o‘rta yoshdagi shaxslarda uchraydi hamda ko‘pincha avval o‘tkazilgan infeksion kasalliklar bilan bog‘liq holda rivojlanadi.

Nisbatan yaxshi prognozga ega bo‘lishiga qaramasdan, Jiberning pushti temiratkisi kasalligining klinik belgilari tashxis qo‘yishda qiyinchiliklar tug‘dirishi va uni boshqa papulo-skvamoz dermatozlar bilan differensial tashxis qilishni talab etishi mumkin. Tashxis qo‘yish va bemorlarni olib borish bo‘yicha yagona yondashuvlarning mavjud emasligi asossiz davolash tayinlanishiga va tibbiy yordam sifati pasayishiga olib kelishi mumkin.

Tibbiy reabilitasiya

O‘tkazilmaydi

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

Bemorda virusli va bakterial infeksiyalarning oldini olish [11].

Adabiyotlar ro‘yxati

1. Singh M., Pawar M., Chuh A., Zawar V. Pityriasis rosea: elucidation of environmental factors in modulated autoagressive etiology and dengue virus infection. Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat 2019; 28 (1):15-20.

2. Stulberg D.L.Wolfrey J. Pityriasis rosea. Am Fam Physician 2004; 69(1):87-91.

3. В.П.Адаскевич. Розовый лишай. Consilium Medicum. Дерматология. (Прил.) 2013; 1: 13-17.

4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни: учебник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – с. 321.

5. К. Вулф, Р. Джонсон, Д. Сюрмонд. Дерматология по Томасу Фицпатрику. Атлас-справочник. Второе русское издание. Пер. с англ. – М., «Практика», 2007. – с. 170.

6. Альтмайер П. Терапевтический справочник по дерматологии и аллергологии. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. - С. 1244

7. Drago F., Rebora A. Treatments for pityriasis rosea. Skin Therapy Lett2009;14(3):6-7.

8. Кацамбас А.Д., Лотти Т.М. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней. Москва, «Медпресс-информ», 2008, С.727.

9. Фицпатрик Т. Дерматология атлас-справочник. - М.: ПРАКТИКА, 1999. – С. 1044 Европейское руководство по лечению дерматологических болезней.

10. ZuurenE.J., FedorowiczZ., ChristensenR., LavrijsenA., ArentsB.W.M. Emollients and moisturisers for eczema. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 2.

11. Chuh A.A., Dofitas B.L., Comisel G.G. et al. Interventions for pityriasis rosea. Cochrane Database Syst Rev 2007;(2):CD005068.

https://diseases.medelement.com/disease
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0101/p38.html
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448091/
https://dermnetnz.org/topics/pityriasis-rosea
https://www.aad.org/public/diseases/a-z/pityriasis-rosea-treatment
https://www.bad.org.uk/pils/pityriasis-rosea
https://www.msdmanuals.com/professional/dermatologic-disorders/psoriasis-and-other-papulosquamous-disorders/pityriasis-rosea

Jiberning pushti temiratkisini boshqarishda amaliy ko‘nikmalar va kompetensiyalar

(task shifting)

	Amaliyot hamshirasi	BTSY oila shifokori (bakalavr)	Tor mutaxassis
Shikoyatlar va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish qobiliyatini namoyish etish		+	+
Bemordan kasallik anamnezini yig‘ishda simptomlar haqidagi bilimlardan foydalanish		+	+
Teri-tanosil kasalliklari bo‘lgan bemorlarning to‘liq tibbiy anamnezi		+	+
Fizikal ko‘rik			
Dastlab tanada yoki qo‘l-oyoq terisida yagona «ona pilakcha» («ona dog‘») paydo bo‘ladi. U yorqin qizg‘ish-rangli, oval shaklda, teri yuzasidan bir oz ko‘tarilgan, diametri 3–5 sm gacha bo‘lib, yuzasida yengil qipiqlanish kuzatiladi. 1–2 haftadan so‘ng teridagi Langer chiziqlari bo‘ylab ko‘p sonli eritematoz-skvamoz dog‘lar paydo bo‘ladi. Ular dumaloq yoki oval shaklda, bir oz shishgan, o‘lchami 2–3 sm gacha, pushti rangli bo‘ladi. Bir necha kundan keyin element markazi sarg‘ish tus oladi, qipiqlanish va muguz qatlamining bir oz burishishi kuzatiladi; periferiyasida esa «yoqacha» ko‘rinishida faol qipiqlanish aniqlanadi. Asta-sekin eritema halqasi va qipiqlanish yo‘qolib, o‘rnida ikkilamchi xira gipo- yoki giperpigmentasiya qoladi.			+
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)		+	+
Zaxmni 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			+
Antitelolarni IFA, IXLA, IFlA va PZR-diagnostika usullari yordamida aniqlash			+
IgE tahlili			+
Gepatit B, C va OIV uchun qon tahlili			+
Antibiotikka sezuvchanlikni aniqlash bilan mikrobiologik tahlil			+
Mikologik tahlil			+
Qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar			
Teri holati diagnostikasi - dermatoskopiya			+
Ichki a'zolar UTTi		+	+
Psixoemosional holatni baholash			+
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.

Jiberning pushti temiratkisini boshqarish kompetensiyalari

	Amaliyot hamshirasi	BTSY oila shifokori (bakalavr)	Tor mutaxassis
Jiber temiratkisining 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			+
Jiberning pushti temiratkisida qo‘llaniladigan turli dori vositalarining ta'sir mexanizmi va nojo‘ya ta'sirlarini muhokama qiling			+
Jiber temiratkisining patofiziologik rivojlanish mexanizmini muhokama qiling			+

Asosiy tor mutaxassis bo‘lib dermatovenerolog shifokor xizmat qiladi.