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

«ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2026



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

«ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2026

«ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 бўйича кодлар:

L71.0	Периорал дерматит	ED90.1 Периорал дерматит
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11294	https://mkb-11.com/index.php?id=ED90.1

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:

	Сабиров У.Ю.	Марказ директори, т.ф.д., профессор	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
	Якубова А.С.	Дерматокосметология муаммоларини ўрганувчи илмий лаборатория мудири, PhD	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”

Тақризчилар:

1. Ходжаева Нигора Бахрамовна — т.ф.д., РИДВваКИАТМ дерматокосметология бўлими мудири.
2. Балтабаев Алижон Мир-Алиевич — т.ф.н., Қирғиз-Россия Славян университети дерматовенерология ва фтизиатрия кафедраси доценти.

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: Периорал дерматит 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

«ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ ……4
«ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ …..…… 18
«ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ …….23

Қисқартмалар рўйхати

ПД	Периорал дерматит
ХКТ	Халқаро касалликлар таснифланиши
PODSI	ПД оғирлик даражасининг дерматологик индексини ҳисоблаш калькулятори
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
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
БЖССТ	Бутунжаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
нм	нанометр
ПИЛН	пастинтенсив лазер нурланиши

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш

Периорал дерматит (ПД, синонимлари: розацеага ўхшаш дерматит, ёруғликка сезгир дерматит, стероид-индуцирланган дерматит, ёруғликка сезгир себороид) — бу юз терисининг сурункали, қайталанувчи касаллиги бўлиб, асосан периорал соҳада эритематоз-папулёз, папуло-везикулёз, кам ҳолларда папуло-пустулёз тошмалар билан намоён бўлади [1,2,14].
Периорал дерматитнинг аҳоли орасида тарқалиши 0,5–1% ни ташкил этади, кўпроқ 15–45 ёшли аёлларда учрайди. Периорал дерматит болаларда ҳам кузатилиши мумкин, касалланиш чўққиси пубертат даврига тўғри келади, бу даврда касаллик кўпроқ ўғил болаларда қайд этилади [3]. Дерматовенеролог шифокорига мурожаат қилган беморларнинг тахминан 2% и периорал дерматитдан азият чекади. Оқ танли одамларда касаллик кўпроқ учрайди.

2.2 Таъриф

Периорал дерматит — бу терининг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, асосан оғиз атрофида жойлашган майда қизил папулалар, йирингчалар ва қипиқланиш пайдо бўлиши билан характерланади.
Периорал дерматит ривожланишига қуйидаги омиллар сабаб бўлади:

- глюкокортикостероидларни (маҳаллий ёки тизимли) ҳамда уларни ўз ичига олган дори воситаларини узоқ муддат қўллаш [4];
- инфекцион агентлар: Candida туркумига мансуб ачитқисимон замбуруғлар, облигат анаэроб бактериялар [6];
- окклюзив таъсирга эга косметик воситалардан (намлантирувчи, тозаловчи, қуёшдан ҳимоя қилувчи воситалар) фойдаланиш [7];
- фтор сақловчи тиш пасталаридан фойдаланиш;
- ультрабинафша нурланиш [8].

Периорал дерматит ривожланишига замин яратувчи омиллар қуйидагилар бўлиши мумкин: контрацептив препаратларни қабул қилиш, ҳомиладорлик, терининг барьер функцияси

бузилиши, шу жумладан маҳаллий глюкокортикостероидлардан фойдаланувчи атопик дерматитли беморларда.

2.3 Таснифи

Умумқабул қилинган тасниф мавжуд эмас.

2.4 Клиник кўриниши

Клиник белгилари намоён бўлиш даражасига қараб периорал дерматитнинг учта оғирлик даражаси ажратилади: енгил, ўртача ва оғир. Касалликнинг гранулематоз варианти оғир шакл сифатида таснифланади [9,14]. ПДнинг оғирлик даражасини аниқлаш учун PODSI индекси ишлаб чиқилган бўлиб, у эритема, папулалар ва қипиқланиш каби клиник белгиларнинг ифодаланиш даражасини баҳолашга асосланган.

Илова 1.

PODSI индексини ҳисоблаш

Теридаги тошмаларни балли баҳолаш (PODSI)			
Белгилари	**I даража (1 балл)**	**II даража (2 балл)**	**III даража (3 балл)**
Эритема	Оч пушти, кучсиз сезиларли	Ўртача, қизғиш, доғли	Яққол, тўқ қизил, диффуз, бир-бирига бирлашиб кетувчи тус
Тугунчалар	Якка, майда, ўзгармаган тери рангидаги	Кўп сонли эмас, ўртача сезиларли, диссеминацияланган	Кўп сонли, яққол, эритематоз, бир-бирига бирлашиб кетишга мойил
Қипиқланиш	Енгил, Кучсиз сезиларли	Ўртача	Яққол

PODSI индекси қиймати — эритема, папулалар ва қипиқланишнинг ифодаланиш даражасини баҳолаш баллари йиғиндисидан иборат. Бу баҳолаш ҳар бир оғирлик даражаси учун тошмаларнинг тавсифланган вариантларига асосланади, бу ерда «0» — белгиланган белгиланинг йўқлигини англатади, 1, 2, 3 балл — белгиланинг ифодаланиш даражаси, шунингдек, оралиқ даражалар 0,5; 1,5 ва 2,5 ҳам қўлланилиши мумкин [10].

Периорал дерматитнинг енгил даражасида PODSI индекси қиймати 0,5–2,5 га тўғри келади, ўртача оғирликда — 3,0–5,5, оғир шаклида эса PODSI 6,0–9,0 ни ташкил этади.

Касаллик турли даражадаги эритема билан намоён бўлиб, аниқ чегараларга эга, шунингдек яримсферик, нофолликуляр, пушти-қизил папулалар, папуло-везикулалар ва кам ҳолларда папуло-пустулалар пайдо бўлади, диаметри 1–2 мм, асосан периорал ва периорбитал соҳаларда, бурун-лаб бурмасида жойлашади, шунингдек, даҳан ва ёноқлар соҳаси терисига ҳам тарқалиши мумкин.

Периорал дерматитнинг характерли белгиси — лабнинг қизил ҳошияси атрофида тошмасиз тор доира шаклидаги рангпар тери ҳисобланади. Гранулематоз шаклида эса қизил-жигарранг,

кам ҳолларда нормал тери рангидаги папулалар кузатилади, улар касаллик учун типик бўлмаган жойларда ҳам — бўйин, бадан ва қўл-оёқ терисида ҳам пайдо бўлиши мумкин [11]. Периорал дерматитли беморларнинг типик шикоятларига зарарланган тери соҳасида ёқимсиз қизиш, оғриқ, тиришиш ва тортишиш ҳисси кабилар киради. Қичишиш бўлиши мумкин, аммо бу характерли белги эмас. [12,14].

3. Ташхисий усуллар, ёндашувлар ва муолажалар

3.1 Ташхис мезонлари

https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview?0=scode=msp&1=st=fpf&2=socialSite=google&3=form=about&4=reg=1

https://doi.org/10.3899/jrheum.090216

Периорал дерматитни ташхислаш дерматовенеролог шифокори томонидан кўрик, анамнез маълумотлари ва клиник манзара таҳлилига асосланади. Ташхисни ўрнатиш мезонлари сифатида анамнез маълумотлари ва характерли клиник манзара қўлланилади [13].
• Ташхисни клиник манзара ва дерматовенеролог шифокори кўриги асосида тасдиқлаш тавсия этилади.

C 5	Касалликнинг гранулематоз шаклини тасдиқлаш учун гистологик текширув ўтказилади. Гистологик манзара перифолликуляр ёки периваскуляр лимфогистиоцитар инфильтрат билан кечувчи носпецифик, ярим ўткир яллиғланишга хосдир.

1) Шикоят ва анамнез:

Периорал дерматитли беморларнинг типик шикоятларига зарарланган тери соҳасида ёқимсиз қизиш, оғриқ, тиришиш ва тортишиш ҳисси кабилар киради. Қичишиш бўлиши мумкин, аммо бу характерли белги эмас. [12].

2) Физикал кўрик.

Периорал дерматитнинг физикал текширувда аниқланадиган объектив клиник белгилари:
клиник намоён бўлиш даражасига қараб периорал дерматитнинг енгил, ўртача ва оғир даражалари кузатилади. Гранулематоз периорал дерматит ПДнинг оғир шаклига киради.
Периорал дерматитнинг оғирлик даражасини аниқлаш учун PODSI индекси ишлаб чиқилган бўлиб, у эритема, папулалар ва қипиқланиш каби клиник белгиларнинг ифодаланиш даражасини баҳолашга асосланган (Илова 1).
Касаллик турли даражадаги эритема билан тавсифланади, аниқ чегараларга эга, шунингдек, яримферик, нофолликуляр, пушти-қизил папулалар, папуло-везикулалар ва кам ҳолларда папуло-пустулалар пайдо бўлади, диаметри 1–2 мм, асосан периорал ва периорбитал соҳаларда, бурун лаб бурмаларида жойлашади, шунингдек, даҳан ва ёноқлар терисига ҳам тарқалиши мумкин.
Периорал дерматитнинг характерли белгиси — лабнинг қизил ҳошияси атрофида тошмасиз тор доира шаклидаги рангпар тери ҳисобланади. Гранулематоз шаклида эса қизил-жигарранг, кам ҳолларда нормал тери рангидаги папулалар кузатилади, улар касаллик учун типик бўлмаган жойларда ҳам — бўйин, бадан ва қўл-оёқ терисида ҳам пайдо бўлиши мумкин.
Витропрессияда «олма желеси» симптоми ижобий бўлади [11].

3) Лаборатор текширувлар

- Умумий қон таҳлили
- Заҳм учун скрининг тестлар
- Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): ИФР, ИФА IgG ва IgM, ОТИР, ПГАР, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM
- Умумий пешоб тахлили
- Умумий нажас тахлили
- Биокимёвий таҳлиллар комплекси
- Гистологик таҳлил
- LE-ҳужайралар учун қон таҳлили
- ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЗР-диагностика усуллари ёрдамида антителолар таҳлили
- ИФА, ИХЛА усуллари ёрдамида қонда витамин Д даражасини аниқлаш
- Қалқонсимон без гормонлари таҳлили
- Микологик таҳлил
- Иммунологик таҳлиллар

https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/ rosasea
https://emedicine.medscape.com/article/1943419-guidelines?form=fpf
https://dermnetnz.org/topics/guidelines-for-the-treatment-of- rosasea
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12381213/

С 5	Диагностика мақсадида Demodex spp. каналари ва микроорганизмларни аниқлаш учун теридан қирмани микроскопик текшириш ва пустулалар таркибий қисмини экиш **тавсия этилмайди.**

В 2	Тизимли ретиноидларни тайинлашдан олдин ва терапия давомида қоннинг биохимик кўрсаткичларини ҳар ой назорат қилиш тавсия этилади: умумий билирубин, АЛТ, АСТ, триглицеридлар, умумий холестерин, глюкоза, креатинин, ишқорли фосфатаза.

Изоҳ:
Изотретиноин дори воситаси потенциал тератоген бўлиб, салбий таъсирларга эга. Изотретиноиннинг хавфсизлиги бўйича мавжуд маълумотларга асосан қуйидаги асосий жиҳатлар белгиланган: Изотретиноин билан даволаш курси одатда яхши қабул қилинади ва хавфсиз деб ҳисобланади. Тери ва шиллиқ қаватларидан келиб чиқадиган салбий таъсирлар кўп учрайди, лекин улар ортиқча муаммо келтирмайди, намловчи маҳаллий терапия билан осонликча бартараф этилади ва одатда дори воситасини тўхтатишни талаб қилмайди. Сўяк-мушак тизимидаги салбий таъсирлар кам учрайди. Баъзида лаборатор кўрсаткичларда кичик ўзгаришлар кузатилиши мумкин, улар даволашни тўхтатишни талаб қилмайди. Даволаш бошлангандан сўнг 2–4 ҳафта ичида жигар фаолияти ва липид алмашинуви кўрсаткичларини таҳлил қилиш тавсия этилади. Даволаш тугагандан кейин контрацепция муддати 5 ҳафтани ташкил қилади.

4) Инструментал диагностик текширувлар.

С 5	Ҳолатнинг оғирлигини баҳолаш мақсадида тери ҳолатини диагностика қилиш тавсия этилади, бу қуйидагиларни ўз ичига олади: • дерматоскопия; • тери юзасини уч ўлчамли визуализация қиладиган аппаратдан фойдаланиш; • фотоҳужжатлаш ва ташхислаш учун дастур-аппарат комплекслари қўлланилиши.

5) ДИФФЕРЕНЦИАЛ ТАШХИСЛАШ

Нозология	Клиник манзара
Розацеа	Зарарланган жойларда телеангиэктазияларнинг мавжудлиги, конъюнктивит, иридоциклит, кератит ва блефарит — офтальморозацеанинг белгилари сифатида; жараённинг босқичма-босқич кечиши (папулалар, пустулалар, тугунлар, ринофима) [1,14].
Атопик дерматит	Яққол ифодаланган қичишиш, шунингдек касалликка хос анамнез (касалликнинг эрта болалик даврида бошланиши, тошмаларнинг ўзига хос соҳаларда учраши: юз териси, бўйин ва қўл-оёқларнинг букилувчи юзаси териси. Атопик дерматит билан оғриган беморларда глюкокортикостероидлар сақловчи маҳаллий дори воситаларини қўллаш фонида периорал дерматит ривожланиши дифференциал диагностикани қийинлаштиради. [14].
Ҳуснбузар	Нисбатан ёшроқ ёшда кузатилиши, комедонлар ва конуссимон папулаларнинг мавжудлиги, шунингдек эритематоз доғларнинг йўқлиги. Тошмалар кўпинча орқа, кўкрак ва елка терисига тарқалади [1,14].
Себореяли дерматит	Кўпроқ эркаклар касалланади. Себореяли дерматитда тошмалар бошнинг сочли қисми, соч ўсиш чегараси, қошлар, киприклар, мўйлаб ва соқол соҳаси, бурун-лаб бурмалари, ташқи эшитиш йўллари териси ҳамда қулоқ орти соҳаларида жойлашади. Ушбу жойларда сарғиш рангли, мойсимон ялтироқ кепакланиш кўринишидаги қипиқланиш кузатилади [1,14].

Ташхисни тасдиқлаш учун гистологик текширув ўтказиш талаб этилади.

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

https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/ **rosasea**

- **Даволаш мақсади**

Касалликнинг клиник ремиссиясига эришиш;
Беморлар ҳаёт сифати яхшиланиши.

6.1 Номедикаментоз даво.

«Нол терапия» (ёки «зеро-терапия») қўлланилади.
Барча маҳаллий, шу жумладан косметик воситаларни, айниқса кортикостероидлар сақловчи препаратларни қўллашни тўхтатиш.

- Чекловлар:
  - Иссиқ ва аччиқ таомлар, шунингдек цитрус мевалар.
  - Спиртли ва газланган ичимликлар.
  - Узоқ вақт иссиқ хонада ёки қуёш нур остида бўлиш.

Медикаментоз даво.

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**
Маҳаллий воситалар	метронидазол	0,75-1% гель, крем, маҳаллий кунига 2 махал 8 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/
	азелаин кислотаси	20% крем, маҳаллий кунига 2 махал 2-6 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/
	пимекролимус	1% крем, маҳаллий кунига 2 махал 4 ҳафта давомида	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
	Такролимус	мазь 0,03% ёки 0,1%, маҳаллий кунига 2 махал 4 ҳафта давомида	(D) https://vestnikdv.ru/jour/article/view/16926/ru_RU
	Рух пиритион	крем, аэрозоль, маҳаллий кунига 2 махал 4 ҳафта давомида	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767125/

Антиоксидантлар	Аскорбин кислотаси	Перорал, м/о, в/и. Етишмовчилик ҳолатларини олидини олиш мақсадида кунига 25-75 мг, даволаш учун бўлинган дозаларда кунига 250 мг ва ундан кўп.	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763052/
Гипосенсибилизацияловчи воситалар	Натрий тиосульфат	в/и — 5–50 мл 30% ли эритма. Перорал бир маротаба қабул қилиш учун — 2–3 г 10%ли эритма	(B) https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6
	Кальций глюконат	Катталар учун: В/и, секин (2–3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, ҳар куни — 5–10 мл 100 мг/мл эритма. Болалар учун: В/и секин (2–3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, ёшига қараб, ҳар 2–3 кунда 1–5 мл 100 мг/мл эритма.	(B) https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a

Жадвал-2

Дори воситалари рўйхати (фойдаланиш эхтимоли 100%дан кам):

Фармакотерапевтик гуруҳи:	**ДВ ХПН**	**Қўллаш усули**	**Далиллар даражаси**
Антибактериал воситалар	Доксициклин моногидрат ва гидрохлорид (танлов	Перорал кунига 100-200 мг 14-21 кун давомида, қўллаб-қувватловчи доза кунига 100 мг 12 ҳафта	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%2

	воситаси)	давомида Паст дозалар кунига 40мг 6 ойгача	0the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
	Эритромицин (ўринбосувчи восита)	Перорал кунига 0.25мг 4 маҳал 14-21 кун давомида (28 кунгача бўлиши мумкин)	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17817761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
	Тетрациклин	Кунига 250–500 мг 2 махал 12 ҳафтагача	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mbl_msp_iphone
Тизимли ретиноидлар	Изотретиноин	Ҳар бир кг тана вазнига перорал 0,1-0,5 мг/сут овқатдан кейин 4-6 ой давомида	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17817761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug

Тизимли ретиноидлар ПДнинг оғир ва қайталанувчи типларида тавсия қилинади.
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.

5. Госпитализация учун кўрсатмалар

Амбулатор даводан самара бўлмаган ҳолатларда.

Даво самарадорлиги мезонлари:

- терида янги тошмалар бўлмаслиги ва мавжуд тошмалар регресси;
- ремиссиянинг узайиши;
- ҳаёт сифатининг яхшиланиши.

«ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Кириш

Периорал дерматит (ПД, синонимлари: розацеага ўхшаш дерматит, ёруғликка сезгир дерматит, стероид-индуцирланган дерматит, ёруғликка сезгир себороид) — бу юз терисининг сурункали, қайталанувчи касаллиги бўлиб, асосан периорал соҳада эритематоз-папулёз, папуло-везикулёз, кам ҳолларда папуло-пустулёз тошмалар билан намоён бўлади [1,2,14].
Периорал дерматитнинг аҳоли орасида тарқалиши 0,5–1% ни ташкил этади, кўпроқ 15–45 ёшли аёлларда учрайди. Периорал дерматит болаларда ҳам кузатилиши мумкин, касалланиш чўққиси пубертат даврига тўғри келади, бу даврда касаллик кўпроқ ўғил болаларда қайд этилади [3]. Дерматовенеролог шифокорига мурожаат қилган беморларнинг тахминан 2% и периорал дерматитдан азият чекади. Оқ танли одамларда касаллик кўпроқ учрайди.
Периорал дерматит ривожланишига қуйидаги омиллар сабаб бўлади:

- глюкокортикостероидларни (маҳаллий ёки тизимли) ҳамда уларни ўз ичига олган дори воситаларини узоқ муддат қўллаш [4];
- инфекцион агентлар: *Candida* туркумига мансуб ачитқисимон замбуруғлар, облигат анаэроб бактериялар;
- окклюзив таъсирга эга косметик воситалардан (намлантирувчи, тозаловчи, қуёшдан ҳимоя қилувчи воситалар) фойдаланиш;
- фтор сақловчи тиш пасталаридан фойдаланиш;
- ультрабинафша нурланиш.

Периорал дерматит ривожланишига замин яратувчи омиллар қуйидагилар бўлиши мумкин: контрацептив препаратларни қабул қилиш, ҳомиладорлик, терининг барьер функцияси бузилиши, шу жумладан маҳаллий глюкокортикостероидлардан фойдаланувчи атопик дерматитли беморларда.

Периорал дерматитни даволаш:

https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813
https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines

B	Енгил даражадаги периорал дерматитда кўпинча «ноль» терапия етарли ҳисобланади, у барча маҳаллий воситаларни, шу жумладан косметик воситалар, айниқса кортикостероид сақловчи воситаларни бекор қилишдан иборат. Яхшиланиш одатда ўртача 2 ҳафта давомида кузатилади.

«Ноль» терапия самара бермаган ҳолларда медикаментоз даво тайинланади.

Маҳаллий даволаш касалликнинг енгил ва ўртача оғирлик даражасида тайинланади ва монотерапия сифатида қўлланилади, оғир кечувчи периорал дерматитда эса тизимли терапия билан комбинацияда буюрилиши мумкин.

https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/

C	ПДни даволаш учун 2%ли метронидазол гель/крем/лосьон 1 кунда 2 махал, камида 8 ҳафта давомида қўлланилиши тавсия этилади, аммо тўлиқ даволаш учун узоқроқ давом этувчи курслар (3–6 ой) талаб қилиниш мумкин.

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/dermatit-perioralnyj_13920/
https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813

C	Азелаин кислотаси 20% крем, кунига 2 маҳаллий 2–6 ҳафта давомида

https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/rosacea

C	Эритромицин 2% гель, кунига 2 махал маҳаллий 4-8 ҳафта давомида. Яхшиланиш одатда биринчи 4–8 ҳафта ичида сезилади.

https://medi.ru/klinicheskie-rekomendatsii/dermatit-perioralnyj_13920/
https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813

A	Пимекролимус* 1% крем, кунига 2 махал маҳаллий 4 ҳафта давомида. *Эслатма: Пимекролимуснинг тиббий қўллаш бўйича йўриқномасида периорал дерматит касаллиги препаратни қўллаш учун кўрсатмалар қаторига киритилмаган

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152079/

A	Тетрациклин мазь кунига 2 махал маҳаллий 4–8 ҳафта давомида. Терапевтик таъсир даволашнинг 4 ҳафтасида ривожланади, барқарор яхшиланиш эса 3 ойлик курсдан сўнг кузатилади.

Теридаги зарарланган ўчоқларда сезиларли қипиқланиш бўлган ҳолларда, периорал дерматит билан касалланган беморларга қипиқланиш интенсивлигини камайтириш учун енгил намлантирувчи маҳаллий воситалар тавсия этилади:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/

C	Барча ПД билан касалланган беморларга яллиғланишга қарши ва қон томирларини торайтириш таъсири мақсадида криотерапия тавсия этилади. Муолажа ҳафтасига 2–3 марта, бир курс учун 10 маротаба ўтказилади.

Теридаги зарарланган ўчоқларда сезиларли қипиқланиш бўлган ҳолларда, периорал дерматит билан касалланган беморларга қипиқланиш интенсивлигини камайтириш учун енгил намлантирувчи маҳаллий воситалар тавсия этилади:
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/

Тизимли даволаш касалликнинг оғир шаклларида, шунингдек, маҳаллий даво воситалари самарасиз бўлган ҳолатларда тавсия этилади.

https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813

C	Касалликнинг оғир шаклларида, шунингдек, маҳаллий даво воситалари самарасиз бўлган ҳолатларда қуйидаги тизимли даво воситалари тавсия этилади. Тетрациклин 250–500 мг кунига 2 махал перорал 4–8 ҳафта давомида.

https://medpoint.pro/article/perioralnii-dermatit-1813

C	Тетрациклинларни кўтара олмаслик ҳолатларида, ҳомиладорларда, 8 ёшдан кичик болаларда ҳамда болалардаги гранулематоз шаклидаги периорал дерматитда тавсия этилади: • Доксициклин 100–200 мг/сут перорал 4–8 ҳафта давомида ёки • Эритромицин 250 мг кунига 2 махал, перорал 1 ойдан 3-4 ойгача.

C	Антибактериал терапия самара бермаган ҳолларда катталарга изотретиноин тавсия этилади: 0,1–0,5 мг/кг вазнга кунига бир махал перорал 6–20 ҳафта давомида.

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/

C 5	Барча ПД билан касалланган беморларга яллиғланишга қарши ва қон томирларини торайтириш таъсири мақсадида криотерапия тавсия этилади. Муолажа ҳафтасига 2–3 марта, бир курс учун 10 маротаба ўтказилади.

https://m.dermatology.ru/novostiottuda?page=177

B 2	Нокогерент интенсив ёруғлик нурланишли (IPL) ёки диодли, калий-титанил-фосфатли (KTP), александритли ва замонавийроқ бўлган аллюмо-итрийли гранатдаги узунимпульсли неодимли лазерлар (Nd:YAG-лазерлар) тавсия этилади [1, 5,18,22]. • Медикаментоз даво самарадорлигини ошириш учун микротокли терапия усули тавсия этилади. Муолажа лимфодренаж режимида ҳафтасига 2–3 марта, бир курс учун 10 муолажа ўтказилади [8, 10, 25].

https://m.dermatology.ru/novostiottuda?page=177

B 3	Бўёқли импульс лазери (PDL)

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464

C 3	Озон терапияси кенг қўлланиладиган усул бўлиб, шу жумладан дерматологияда ҳам қўлланилади. Озоннинг антибактериал, антивирус, яллиғланишга қарши ва иммун модуляция қилувчи таъсири уни турли тери касалликларини даволашда патогенетик жиҳатдан асосланганлигини кўрсатади.

C 3	Пастинтенсив ёруғликтерапия ИҚ-лазер

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

C 3	Қонни вена ичи лазер нурлантирилиши – бу қонни тозалаш усулларидан бири ҳисобланади. У қонни қон томирларидан ташқари чиқармасдан ёруғлик тўлқинлари орқали ишлов беришни ўз ичига олади.

	Ёруғлик тўлқинлари организмдаги турли тизимлар ва модда алмашинув жараёнларини комплекс равишда нормаллаштириш қобилиятига эга.

https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer

С 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.

Жарроҳлик аралашуви: ўтказилмайди.

«ПЕРИОРАЛ ДЕРМАТИТ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Кириш

Периорал дерматит (ПД, синонимлари: розацеага ўхшаш дерматит, ёруғликка сезгир дерматит, стероид-индуцирланган дерматит, ёруғликка сезгир себороид) — бу юз терисининг сурункали, қайталанувчи касаллиги бўлиб, асосан периорал соҳада эритематоз-папулёз, папуло-везикулёз, кам ҳолларда папуло-пустулёз тошмалар билан намоён бўлади [1,2,14].
Периорал дерматитнинг аҳоли орасида тарқалиши 0,5–1% ни ташкил этади, кўпроқ 15–45 ёшли аёлларда учрайди. Периорал дерматит болаларда ҳам кузатилиши мумкин, касалланиш чўққиси пубертат даврига тўғри келади, бу даврда касаллик кўпроқ ўғил болаларда қайд этилади [3]. Дерматовенеролог шифокорига мурожаат қилган беморларнинг тахминан 2% и периорал дерматитдан азият чекади. Оқ танли одамларда касаллик кўпроқ учрайди.
Периорал дерматит ривожланишига қуйидаги омиллар сабаб бўлади:

- глюкокортикостероидларни (маҳаллий ёки тизимли) ҳамда уларни ўз ичига олган дори воситаларини узоқ муддат қўллаш [4];
- инфекцион агентлар: *Candida* туркумига мансуб ачитқисимон замбуруғлар, облигат анаэроб бактериялар;
- окклюзив таъсирга эга косметик воситалардан (намлантирувчи, тозаловчи, қуёшдан ҳимоя қилувчи воситалар) фойдаланиш;
- фтор сақловчи тиш пасталаридан фойдаланиш;
- ультрабинафша нурланиш.

Периорал дерматит ривожланишига замин яратувчи омиллар қуйидагилар бўлиши мумкин: контрацептив препаратларни қабул қилиш, ҳомиладорлик, терининг барьер функцияси бузилиши, шу жумладан маҳаллий глюкокортикостероидлардан фойдаланувчи атопик дерматитли беморларда.

Умумий чоралар

Тадқиқотлар натижалари ва мутахассислар фикрига асосланиб, даволашни бошлашдан олдин ва даволаш давомида умумий парвариш чораларини муҳокама қилиш мумкин. Беморларга оғиз бўшлиғи ва оғиз атрофи терисини гигиена қоидаларига риоя қилиш зарурлиги ҳақида маълумот бериш керак.

Агар ПД сабаби тизимли дори воситаси деб тахмин қилинса, шифокор уни бошқа доривор восита билан алмаштириши керак.

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464

Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

ПД билан касалланган беморларнинг диспансер кузатуви олиб борилмайди.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ

1. Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2003.

2. Потекаев Н.Н., Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. и др. Акне и розацеа. М.-СПб.: БИНОМ, 2007.
3. Zeba H.H. Perioral dermatitis: an update. Int J Dermatol 2003; 42: 515-517.
4. Dirschka T. Periorale Dermatitis. Ruhr- Universitat. Bochum, 2004.
5. Hafeez Z.H. Perioral dermatitis: an update. Int J Dermatol 2003; 42: 514-517
6. Berardi P., Benvenuti S., Genga A., Cecchini F. Demonstration of fusobacteria in eruptions of perioral dermatitis using the tape stripping toluidine blue (TSTB) method. J Eur Acad Dermatol Venereol 1994; 3: 495-499.
7. Clementson B., Smidt A.C. Periorificial dermatitis due to systemic corticosteroids in children: report of two cases. Pediatr Dermatol. 2012; 29 (3): 331-332.
8. Fritsch P., Pichler E., Linser I. Periorale Dermatitis Hauterzt 1989;40: 475-479
9. Lebmann P. Periorale Dermatitis. In: Plewig G, Kaudewitz P, Sander CA (Hrsg) Fortscbritte der praktiscben Dermatologie und Venerologie. Bd 19. Berlin: Springer, 2005; s.515-517.
10. Schwarz T., Kreiselmaier I., Bieber T. et al. A randomized, double-blind, vehicle-controlled study of 1 % pimecrolimus cream in adult patients with perioral dermatitis. J Am Acad Dermatol 2008; 59: 34^-0.
11. Tarm K., Creel N.B., Krivda S.J., Turiansky G.W. Granulomatous periorificial dermatitis. Cutis 2004; 73 (6): 399-402.
12. Tempark T., Shwayder T. A. Perioral dermatitis: a review of the condition with special attention to treatment options //American journal of clinical dermatology. - 2014. - T. 15. - C .101-113.
13. Адаскевич В.П., Меделенц Н.О. Диагностика периорального дерматита. Вестник ВГМУ. - 2019. - Том 18, №6. - С. 59-67.
14. Арифов С.С «Клиническая дерматоогия и венерология» Ташкент -2008
15. Schubert E., Beetz H.M., Rockl H. Uber den Wert der Tetrazyklin-Therapie bei der perioralen Dermatitis. Hautarzt 1973; 24: 253.
16. Veien N.K., Munkvad J.M., Nielsen A.O. et al. Topical metronidazole in the treatment of perioral dermatitis. J Am Acad Dermatol 1991; 24: 258-260.
17. Jansen T, Grabbe S. Perioral dermatitis in childhood - Clinical features, etiopathogenesis and treatment with special reference to own experiences with the use of 20 % azelaic acid cream. Aktuelle Dermatologie 2007; 33: 180-183.
18. Rodriguez-Martin M., Saez-Rodriguez M., Carnerero-Rodriguez A. et al. Treatment of perioral dermatitis with topical pimecrolimus. J Am Acad Dermatol 2007; 56: 529-530.
19. Macdonald A., Feiwel M. Perioral dermatitis: aetiology and treatment with tetracycline. Br J Dermatol 1972; 87: 315-319.
20. Choi Y.L., Lee K.J., Cho H.J. et al. Case of childhood granulomatous periorificial dermatitis in a Korean boy treated by oral erythromycin. J Dermatol 2006; 33: 806-808.
21. Brunner M., Megahed M., Holzle E., Ruzicka T. Granulomatous perioral dermatitis in childhood. Treatment with isotretinoin. Akt. Dermatol 1995; 21: 60-62
22. Nikkels A.F., Pierard G.E. Control of perimenstrual flares of perioral dermatitis by isotretinoin. J Dermatol Treat 2000; 11: 97-99.
23. Smith K.W. Perioral dermatitis with histopathologic features of granulomatous rosacea: successful treatment with isotretinoin. Cutis 1990; 46: 413-415.
24. Searle T, Ali FR, Al-Niaimi F. Perioral dermatitis: Diagnosis, proposed etiologies, and management. J Cosmet Dermatol. 2021 Dec;20(12):3839-3848. doi: 10.1111/jocd.14060. Epub 2021 Mar 16. PMID: 33751778.
25. Plewig G. Periorale Dermatitis. In: Braun-Falco O., Wolff H.H., Burgdorf W.H., Landthaler M. eds. Dermatologie und Venerologie. Heidelberg: Springer, 2005: 907-909.

https://mkb-10.com/index.php?pid=11157

https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464

https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763

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

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

https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-i-lazernaya-terapiya/viewer

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1808421/

https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426

https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/

https://vestnikdv.ru/jour/article/view/16926/ru_RU

https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767125/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29763052/

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767160/

https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a

	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			
• Терини визуал текшириш. Изоҳ: Тери визуал текширувида тошмаларнинг жойлашиши ва хусусияти баҳоланади. • Зарарланган ўчоқларда терини пальпация қилиш. Изоҳ: Терини пальпация қилганда тошма элементларининг консистенцияси ва оғриқ бор-йўқлиги баҳоланади.		+	+
Ташхис қўйиш			
Специфик симтомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида ташхис қўйилади.		+	+
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			
дерматоскопия			+
тери юзасини уч ўлчамли визуализацияси		+	+
Қўшимча инструментал текширувлар			
Дерматоскопия			+

Ички аъзолар УТТи			+
Томирлар допплерографияси			+
Даволаш			
Номедикаментоз даволашни тайинлаш компетенцияси			+
Медикаментоз даволашни тайинлаш компетенцияси			+

Профилактика			
Яхши одатларни шакллантириш ва соғлом турмуш тарзи тарғиботи бўйича компетенция	+	+	+
Медикаментоз давога риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенция	+	+	+

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

Периорал дерматитни бошқариш компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ оила шифокори (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
ПД таърифи		+	+
Шикоятларнинг симптоматик таърифи		+	+
Патофизиологик механизмлар таърифи			+
Этиология, симптомлар ва текширувлар (асосий лаборатор-инструментал тадқиқотлар) асосида ПДнинг ташхисий ёндашувини яратиш		+	+
Асосий таҳлиллар интерпретацияси		+	+
ПДни даволаш усулларини шакллантирилиши		+	+
ПДнинг номедикаментоз терапиясини тасвирлаб беринг			+
ПДнинг медикаментоз терапиясини тасвирлаб беринг			+
ПДда қўлланиладиган турли дори воситаларининг таъсир механизми ва ножўя таъсирларини муҳокама қилинг			+
ПДнинг патофизиологик ривожланиш механизмини муҳокама қилинг			+

Асосий тор мутахассис бўлиб дерматовенеролог шифокор хизмат қилади.