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

«ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ ТЕМИРАТКИСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

ТОШКЕНТ 2026



«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССВ РИДВваКИАТМ
директори в.б.
Сабиров У.Ю.

«11» февраль 2026 йил.

«ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ ТЕМИРАТКИСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2026

«ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ ТЕМИРАТКИСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 бўйича кодлар:

L42	Пушти темиратки [Жибернинг пушти темираткиси]	EA10	Пушти темиратки [Жибернинг пушти темираткиси]
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11137		https://skinive.com/ru/dermatlas/papulosquamous/2ps_pink_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.	Хакимов Д.Р.	Физиотерапия бўлими мудири, т.ф.н.	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
3.	Боходирова А.А.	Илмий котиб	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”

Тақризчилар:

1. Ташкенбаева Умида Алишеровна — т.ф.д., профессор, Тошкент давлат тиббиёт университети дерматовенерология кафедраси мудири.
2. Ходжаева Нигора Бахрамовна – т.ф.д., дерматокосметология бўлими мудири 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: Жибернинг пушти темираткиси 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

«ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ ТЕМИРАТКИСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ ……4

«ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ ТЕМИРАТКИСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ ……23

«ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ ТЕМИРАТКИСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ……27

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
LLLT	пастинтенсив лазер терапияси (Low-Level Laser Therapy)
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

Жибернинг пушти темираткиси — терида ўткир яллиғланишли касаллик бўлиб, типик эритематоз-сквамоз тошмалар пайдо бўлиши ва, одатда, ўз-ўзидан регрессга учраши билан характерланади. Касаллик кўпроқ ёш ва ўрта ёшдаги шахсларда учрайди ҳамда кўпинча аввал ўтказилган инфекцион касалликлар билан боғлиқ ҳолда ривожланади.

Нисбатан яхши прогнозга эга бўлишига қарамасдан, Жибернинг пушти темираткиси касаллигининг клиник белгилари ташхис қўйишда қийинчиликлар туғдириши ва уни бошқа папуло-сквамоз дерматозлар билан дифференциал ташхис қилишни талаб этиши мумкин. Ташхис қўйиш ва беморларни олиб бориш бўйича ягона ёндашувларнинг мавжуд эмаслиги асоссиз даволаш тайинланишига ва тиббий ёрдам сифати пасайишига олиб келиши мумкин.

2.2. Таъриф

Жибернинг пушти темираткиси (пушти темиратки, Жибер касаллиги, кепакланувчи розеола, pityriasis rosea) – ўткир яллиғланувчи ва мустақил регрессга учровчи дерматоз бўлиб, унга дастлаб баданда, сўнгра қўл-оёқларнинг проксимал юзаларида жойлашувчи типик овал ёки тангасимон доғли-тугунли ва эритематоз-сквамоз ўчоқларнинг бўлиши хосдир.

2.3. Этиологияси ва эпидемиологияси

Касалликнинг сабаби номаълум. Энг кўп тан олинган гипотеза — инфекцион, биринчи навбатда вирусли келиб чиқишидир, бироқ ҳозирги вақтгача аниқ этиологик агент аниқланмаган. Касалликнинг инфекцион табиатини билвосита тасдиқловчи далилларга унинг мавсумийлиги, айрим беморларда продромал симптомлар мавжудлиги, шунингдек кечишининг цикликлиги ва иммунитет ривожланиши киради [1,2].
Асосан ўсмирлар ва ёшлар касалланади; кекса ёшдагилар ва кичик ёшдаги болаларда камроқ учрайди. Касаллик кўпроқ баҳор ва куз фаслларида ривожланади. Дерматологга мурожаат қилган беморларнинг 1–2% да ушбу касаллик аниқланади. Одатда касаллик бир марта кузатилади, икки ва ундан кўпроқ касалланиш кам учрайди.

2.4. Таснифи

Клиник амалиётда Жибернинг пушти темираткиси қуйидаги белгилар бўйича таснифланади:

1. Клиник кечиши бўйича

- **Типик шакл**
  «Она пилакча» пайдо бўлиши ва кейинчалик иккиламчи ўчоқларнинг Лангер чизиқлари бўйлаб тарқалиши билан характерланади.
- **Атипик шакллар:**
  - везикулёз
  - папулёз
  - уртикар
  - фолликуляр
  - пустулёз
  - геморрагик
  - Видалнинг ҳалқасимон чегараланган темираткиси (гигант тури).

2. Жараённинг тарқалганлиги бўйича

- Чегараланган шакл
- Тарқалган шакл
- Генераллашган шакл

3. Кечиши бўйича

- Ўткир
- Узоқ давом этувчи кечиши
- Рецидивланувчи (камроқ учрайди)

4. Асоратлар мавжудлиги бўйича

- Асоратланмаган кечиш
- Асоратланган кечиш (иккиламчи бактериал инфекция, кучли қичишиш, экзематизация)

2.5. Клиник кўриниш

80% ҳолатларда дастлаб тери сатҳидан бироз кўтарилган, ёрқин рангли, овал шаклли, эксцентрик ўсишга эга бўлган, диаметри 2–5 см ли эритематоз-сквамоз пилакча пайдо бўлади. У одатда баданда жойлашади ва марказида енгил кепакланиш кузатилади. Бундай элемент «она пилакча» деб аталади. Айрим ҳолатларда «она пилакча» умуман бўлмаслиги ёки бир нечта «она пилакчалар» мавжуд бўлиши мумкин.

1–2 ҳафтадан сўнг диаметри 1–2 см гача бўлган, шишган, пушти рангли, овал шаклли кўп сонли доғлар пайдо бўлади. Улар симметрик равишда ўзининг узун ўқи бўйлаб Лангер чизиқлари

йўналиши бўйича жойлашади. Уларнинг маркази нозик бурмаланган, қўнғир-сариқ тусли бўлиб, енгил кепакланиш билан характерланади. Кепакланиш марказий ва периферик зоналар чегарасида «ёқачасимон» кўринишда айниқса яққол намоён бўлади.

Пушти темираткига хос бўлган ушбу патогномоник элементлар одатда «медальонлар» билан таққосланади. Тошмалар бир вақтда эмас, балки тўлқинсимон тарзда пайдо бўлади, бу эса эволюцион полиморфизмни юзага келтиради.

Элементлар марказий қисмдан бошлаб йўқола бошлайди: маркази оқариб, мугуз тангачалардан тозаланади ва пигментация ҳосил қилади. Кейинчалик эритема ҳалқаси аста-секин йўқолиб, енгил ифодаланган гиперпигментация қолдиради.

Шунингдек, пушти темираткининг атипик шакллари ҳам кузатилиши мумкин: уртикар, папулёз, везикулёз шакллари. Улар кўпинча тери ишқаланиши, ортиқча терлаш, нотўғри маҳаллий даво таъсири натижасида юзага келади. Бироқ бундай ҳолатларда ҳам тошмалар Лангер чизиқлари бўйлаб жойлашади. Касаллик, одатда, рецидив бермайди. Спонтан соғайиш кўп ҳолларда 4–5 ҳафта ичида кузатилади. Айрим ҳолатларда гипо- ёки гиперпигментация учрайди, бу ҳолат кўпроқ қуёш таъсири ёки қисқа тўлқинли ультрабинафша нурланиш таъсири остида пайдо бўлади ёки янада кучайиши мумкин.

3. Ташхисий усуллар, ёндашувлар ва муолажалар

Ташхис мезонлари

Шикоятлар ва анамнез:

Шикоятлар:

- теридаги тошмалар;
- тошмалар соҳасидаги қипиқланиш;
- турли даражада ифодаланган қичишиш.

Касаллик анамнези:

- пушти темиратки кўпроқ ўрта ёш ва ёши катталарда, шунингдек ўсмирларда кузатилади (кам ҳолларда — кекса ёшдаги шахслар ва кичик ёшдаги болаларда);
- касалликка мавсумийлик хос (куз, баҳор);
- кўп ҳолатларда кузатилган иммунтанқислик ҳолати аниқланади (инфекцион касалликлар фонида, глюкокортикостероидлар ёки цитостатиклар қабул қилишда, совуқ қотишда, ҳомиладорлик даврида ва бошқалар);
- тери тошмалари пайдо бўлишидан олдин продромал симптомлар кузатилиши мумкин: умумий ҳолсизлик, иштаҳанинг пасайиши, меҳнат қобилиятининг сусайиши, бош айланиши, бош оғриғи, артралгия, миалгия, тана ҳароратининг кўтарилиши. Касалликда одатда рецидив кузатилмайди.

Физикал кўрик:

Дастлаб бадан ёки қўл-оёқлар терисида ягона ёрқин пушти рангли, овал шаклда бўлган ва тери сатҳидан кўтарилиб турувчи, диаметри 3-5 ли ва юзаси кепакланишга мойил «она пилакча» пайдо бўлади. 1–2 ҳафтадан сўнг Лангер чизиқлари бўйлаб кўп сонли эритематоз-сквамоз доғлар пайдо бўлади. Бу доғлар юмалоқ ёки овал шаклда, бироз шишган, диаметри 2–3 см гача, пушти рангда

бўлади. Бир неча кундан сўнг элемент маркази сариқ тусга кириб, кепакланиш ва мугуз қатламининг бурмаланиши кузатилади; периферияда эса «ёқачасимон» фаол кепакланиш намоён бўлади. Аста-секин эритема ҳалқаси ва кепакланиш йўқолади, бунда иккиламчи ҳира тусли гипо- ёки гиперпигментация қолади.

C 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 ядроларли нейтрофиллар, эозинофиллар, базофиллар, лимфоцитлар, моноцитлар, эритроцитлар чўкиш тезлиги)

C 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

C 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)

C 1	• Ташхислаш қийин бўлган беморларда зарарланган тери ўчоғидан олинган биопсия материалини патологоанатомик текшируви тавсия қилинади. Пушти темиратки (Жибер)да морфологик ўзгаришлар қуйидагича: диффуз ёки чегараланган паракератоз, донадор қаватнинг йўқлиги, енгил акантоз, чегараланган спонгиоз, везикулалар ва дискероз ҳосил бўлиши. Дермада шиш, гомоген коллаген толалар ва лимфоцитлардан иборат периваскуляр инфильтрат кузатилиши мумкин.

C 1	• Микозни истисно қилиш мақсадида теридан олинган қирма микроскопик текшируви тавсия қилинади.

C 1	• 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

C 5	• Биокимёвий таҳлиллар комплекси • ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЗР-диагностика усуллари ёрдамида антителолар таҳлили • IgE таҳлили, Аллерготестлар (кучли тери қичишиши, аллергик анамнезнинг оғирлиги, атипик кечиши ҳолатларида атопик дерматит, аллергик контакт дерматити, токсико-аллергик реакциялар билан дифференциал диагностика мақсадида) • Гепатит В, С ва ОИВ учун қон таҳлили

	• Антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан микробиологик таҳлил • Умумий нажас таҳлили

4. Инструментал текширувлар:

С 5	• Ички аъзолар УТТи

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

С 5	Психоэмоционал ҳолатни баҳолаш

5. Мутахассислар билан маслахатлашиш учун кўрсатмалар

С 4	• терапевт консультацияси – узоқ давом этувчи иситма, тизимли глюкокортикостероид терапиясини тайинлаш масаласини ҳал қилиш мақсадида; • инфекционист консультацияси – инфекцион касалликлар билан (қизамиқ, қизилча ва б.) дифференциал ташхис қилиш мақсадида; • иммунолог консультацияси – пушти темираткининг қайта-қайта ва узоқ давом этувчи шаклларида.

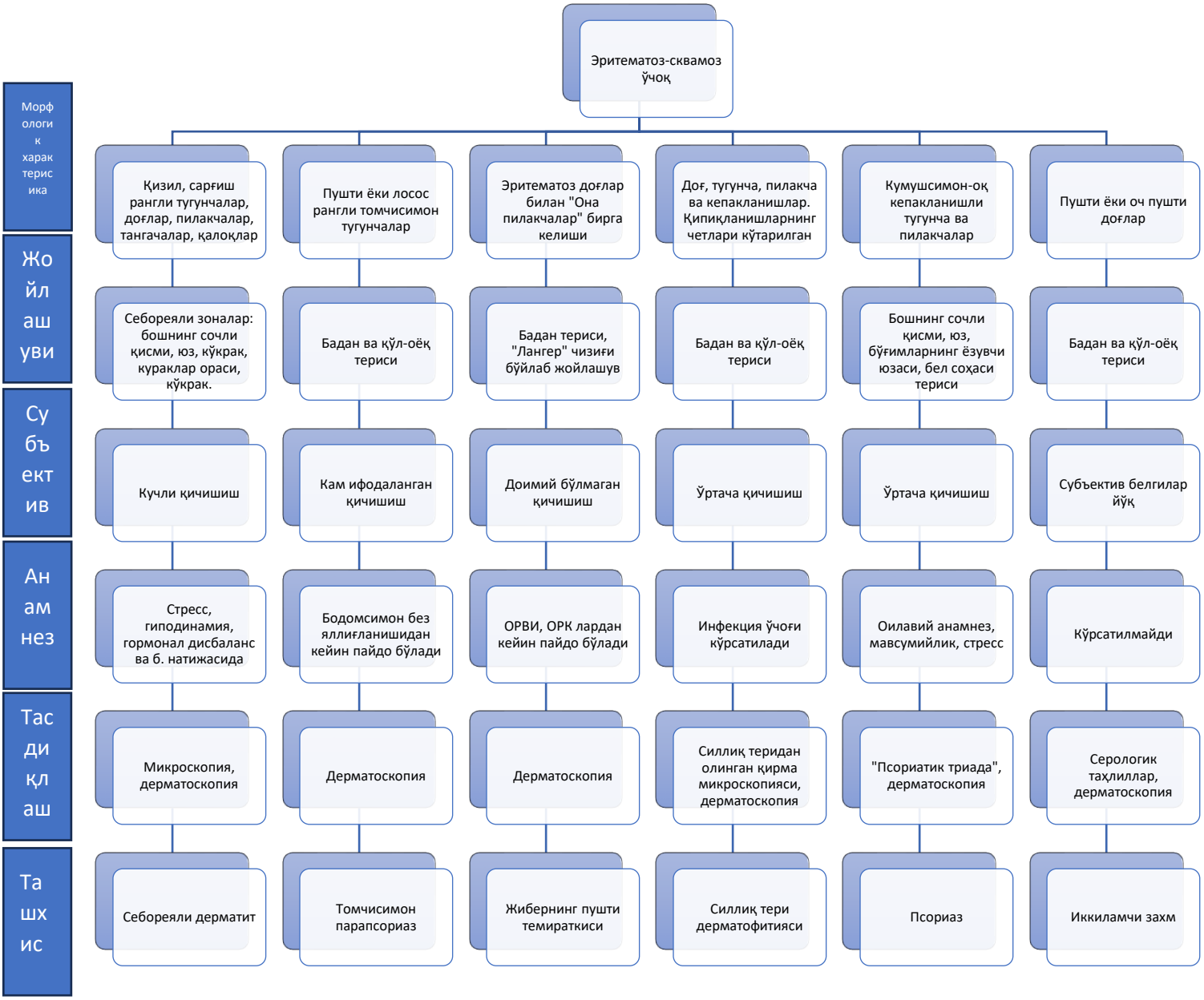
Дифференциал ташхис [1-5]:

https://diseases.medelement.com/disease

Ташхис	***Дифференциал ташхис учун асос***	***Текширув***	***Диагнозни истисно қилиш мезонлари***
Себореяли экзема	Терида кичик ўлчамдаги пушти-сариқ тугунчалар пайдо бўлади, улар аста-секин катталашиб, бир-бирига қўшилади ва зич жойлашувчи ёғли тангачалар билан қопланган инфильтрланган пилакчалар ҳосил қилади; улар аниқ чегара ва нотекис шакл билан ажралиб туради. Тошма регресси ўчоқ марказидан бошланади, шунинг учун бундай тошмалар ҳалқа ёки ёй шаклини олади.	Дерматоскопия	Асосан терининг ёғли соҳалари (бошнинг сочли қисми, юз, кўкрак)да зич жойлашган тўқ сариқ рангли қипиқ-тангачалардан иборат элементлар бўлиб, экссудатив реакция кузатилади.

Псориаз	Касаллик чегараланган тошмалар пайдо бўлиши билан бошланади ва кўпинча тананинг типик соҳаларида якка пилакчалар шаклида намоён бўлади. Пилакчалар оч пушти ёки тўқ қизил рангда бўлиб, чегараси аниқ, юзаси осон ва оғриқсиз ажралувчи кумушсимон-оқ тангачалар билан қопланган бўлади. Бу ҳолат псориазга хос триада феноменини ифодалайди.	«Псориатик учлик» феноменлари аниқланади, дерматоскопия	Морфологик элементлар папулёз характерда бўлиб, кумушсимон-оқ тангачалар бошнинг сочли қисми, юз, тирсак ва тиззаларнинг ёзувчи юзалари, бел ва сакрал соҳаларда жойлашади, типик псориатик феномен (псориатик триада).
Томчисимон парапсориаз	Касаллик 2–5 мм катталикдаги доира ёки овал шаклли типик тугунчали тошмалар пайдо бўлиши билан характерланади. Уларнинг ранги оч пушти ёки тўқроқ, баъзан қўнғир-қизғиш бўлади. Тугунчалар усти кепакланади, эҳтиёткорлик билан тирнаб кўрилганда тангачалар синмасдан ажралиб чиқади. Папулалар билан бир вақтда айрим ҳолларда розеолёз доғлар ҳам пайдо бўлади, улар кўпинча пластинкасимон тангачалар билан қопланган бўлади.	Дерматоскопия	Папулёз элементлар бир хил ўлчамда бўлиб, қипиқланиш «яхлит» типда — зич, қуруқ тангача марказдан маҳкам ёпишган, перифериясидан эса кўтарилиб туради; нуқтасимон геморрагиялар кузатилади. Пилакчалар ранги анча тўқроқ бўлади.
Захм	Иккиламчи давр ОРВИ ва грипп белгиларига ўхшаш умумий симптомлар билан бошланади. Бир ҳафтадан сўнг аста-секин 10–12 тадан тери белгилари пайдо бўлади: оғриқсиз, қичишишсиз, оч пушти рангли розеолёз тошмалар; улар танада жойлашади, периферик ўсишсиз, доира шаклда ва оч пушти тусда бўлади. Захмда папулёз сифилид 3–5 мм атрофидаги мис рангли-қизил лентикуляр папулалар пайдо бўлиши билан характерланади; перифериясида «Биетт ёқачаси» турида пўст ташлаш кузатилади.	Серологик таҳлиллар	Сифилитик розеолаларнинг ранги очроқ, ўлчами бир хил ва кепакланиш кузатилмайди. Папулёз сифилидда элементлар мис ранг-қизил бўлиб, «Биетт ёқачаси» кўринишида кепакланиш билан характерланади, шунингдек кафт ва товон терисининг зарарланиши кузатилади. Иккиламчи сифилисда одатда кепакланиш кузатилмайди ва тери чизиқларига мос келмайди. Анамнезда бемор жинсий аъзолар соҳасида ва оғиз шиллиқ қаватида тошмалар бўлганини кўрсатади.

Силлиқ тери микози	Замбуруғли тери зарарланиши доира ёки овал шаклли қизил, кепакланувчи доғлар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Улар периферик ўсишга мойил бўлиб, бир-бирига қўшилиб, полициклик контурли ўчоқлар ҳосил қилади. Ўчоқ четида шишган, олча-қизил рангли, узилишли периферик валик кузатилади; у фолликуляр папулалар ва пустулалардан ташкил топган. Ўчоқ доирасидаги тери бироз инфильтрацияланган бўлиб, қўнғирсимон тус олиши мумкин ва майда тангачалар билан қопланган бўлади.	Теридан олинган қирма микроскопик текширилади	Ўткир яллиғланиш белгиларисиз пушти рангли патологик тошма элементлари кузатилади; чегаралари аниқ бўлиб, периферик валик кўринишида намоён бўлади, уларнинг устида эса иккиламчи элементлар (везикулалар, тугунчалар, қалоқлар ва б.) қоплаб туради. Зарарланиш кўпроқ маҳаллий характерга эга.



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

Асоратланмаган пушти темиратки медикаментоз давони талаб қилмайди, касаллик бошланганидан 4–5 ҳафта ўтиб элементларнинг спонтан регрессияси кузатилади. Бироқ, яққол клиник симптомлар мавжуд бўлганда, медикаментоз терапия тайинлаш тавсия этилади (антигистамин препаратлар, маҳаллий глюкокортикостероид воситалар ва б.).

Номедикаментоз даволаш:

Режим №2 (умумий).

Сув муолажаларини чеклаш (ҳафтасига 1–2 марта), терини шикастлантиришдан сақланиш (масалан, мочалка, сочиқ билан ишқалаш). Қўзғатувчи воситалар ва омиллар таъсиридан сақланиш тавсия этилади (қаттиқ турдаги совунлар, иссиқ сув, атирланган ва бўялган гигиеник воситалар). Табиий толали матолардан тикилган кийим кийиш (синтетик матолар ва юнгли кийимларни истисно қилиш), шунингдек тер ажралиши кучайиши ва бактериал инфекция қўшилишининг олдини олиш мақсадида жисмоний юкламаларни чеклаш тавсия этилади.

Стол №15 (умумий) – Жибернинг пушти темираткиси билан касалланган беморларга организмни сенсибилизациясини оширувчи маҳсулотларни овқат рационидан чиқариш тавсия этилади (цитрус мевалар, шоколад, кофе, сут, дудланган маҳсулотлар, маринадлар, ярим тайёр маҳсулотлар), шунингдек алкоголь истеъмолини чеклаш лозим.

Физиотерапевтик муолажалар: (Ушбу турдаги терапияда яллиғланишдан кейинги гиперпигментация пайдо бўлиши мумкин.)

Бошланғич нурланиш дозаси терининг индивидуал сезгирлигига асосланиб белгиланади: минимал эритема дозасини ўлчаб чиқиш йўли билан ёки минимал фототоксик/эритема дозасини аниқламасдан терининг фототипи бўйича (Т.Б. Фитцпатрик классификациясига кўра) белгиланади.

С 2	тор полосали ўрта тўлқинли ультрабинафша терапияси: бошланғич нурланиш дозаси минимал эритема дозасининг 50–70% ни ташкил қилади. Терининг тури ва қорайишига қараб нурланиш 0,1–0,3 Дж/см² дозадан бошланади. Муолажалар ҳафтада 3–4 марта ўтказилади. Эритема бўлмаса, ҳар бир сеансда ёки ҳар бир иккинчи сеансда дозани 5–30% ёки 0,05–0,2 Дж/см²га ошириш мумкин; енгил эритема пайдо бўлса, доза доимий сақланади. Курс учун 15–35 муолажа тавсия қилинади.

С 5	• Пастинтенсив ёруғлик терапияси LLLT • Полихроматик нур • Маҳаллий воситаларни қўллаб ультратовуш терапия • Қизил ва инфрақизил лазер • 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**
Индифферент маҳаллий	Эмолентлар (дори воситаларсиз)	Маҳаллий, кунига 2–3 махал	С https://diseases.medelement.com

воситалар			/disease
	Рух оксиди	Маҳаллий, кунига 2 махал	С https://diseases.medelement.com/disease
	Рух оксиди асосидаги пасталар	Маҳаллий, кунига 1–2 махал	С https://diseases.medelement.com/disease
	Вазелин, парафин (асослар)	Маҳаллий, эҳтиёжга қараб	С https://diseases.medelement.com/disease
	Ланолин	Маҳаллий, кунига 1–2 махал	С https://diseases.medelement.com/disease
	Пантенол	Маҳаллий, кунига 2 махал	С https://diseases.medelement.com/disease
	Дексапантенол	Маҳаллий кунига 1–2 махал 2–3 ҳафта мобайнида	С https://diseases.medelement.com/disease

Изоҳ: Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ёки 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
Маҳаллий ГКС	клобетазол 0,05%	катталар учун маҳаллий қўлланилувчи крем – кунига 2 махал бутун тана юзасига суртиш учун	C https://diseases.medelement.com/disease
	Гидрокортизон бутират крем, мазь 0,1%	кунига 1-2 махал аппликация кўринишида 5-7 кун давомида	C https://diseases.medelement.com/disease
	Алклометазон дипропионат крем, мазь 0,05%	кунига 1-2 махал аппликация кўринишида 5-7 кун давомида	C https://diseases.medelement.com/disease
	метилпреднизолон ацепонат крем, мазь 0,1%	кунига 1-2 махал аппликация кўринишида 5-7 кун давомида	C https://diseases.medelement.com/disease
	Мометазон 0,1%	кунига 1-2 махал аппликация кўринишида 5-7 кун давомида	C https://diseases.medelement.com/disease
	Бетаметазон 0,1%	крем ёки мазь, клиник яхшиланишга эришилгунга қадар кунига 2 махал зарарланиш ўчоқларига суртилади	C https://diseases.medelement.com/disease
Антигистамин воситалар	Дезлоратадин	таблеткалар 5 мг, эритма 10 мл перорал кунига 1 махал 7-14 кун	C https://diseases.medelement.com/disease
	Цетиризин	таблеткалар 5 мг, эритма 10 мл перорал кунига 1 махал 7-14 кун	C https://diseases.medelement.com/disease
	Левоцетиризин	таблеткалар 5 мг, эритма 20 томчи кунига 1 махал 7-14 кун	C https://diseases.medelement.com/disease

	Хлоропирамин	Таблеткалар кунига 25 мг 3-4 махал. м/о ёки в/и юборилганда катталарга бир мартталик доза 20-40 мг	С https://diseases.medelement.com/disease
	Эбастин	Перорал. Катталар учун тавсия берилган доза 10-20 мг/сут.	С https://diseases.medelement.com/disease
	Лоратадин	Таблеткалар 5 мг, эритма 10 мл перорал кунига 1 махал 7-14 кун	С https://diseases.medelement.com/disease
	Биластин	Перорал. Катталар учун тавсия берилган доза 10-20 мг/сут	С https://diseases.medelement.com/disease
Гипосенсибилизаци яловчи воситалар	Тиосульфат натрия	в/и — 5–50 мл 30% эритма перорал — 10%ли эритма кўринишида 2–3 г бир қабул қилиш учун	С https://diseases.medelement.com/disease
	Кальций глюконат	В/и, в/и секин (2–3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, катталар учун — 5–10 мл 100 мг/мл эритмадан ҳар куни, икки кунда бир маротаба ёки ҳар 3 кунда. Болаларга — в/и секин (2–3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, ёшига қараб, 1-5мл 100 мг/мл эритма ҳар 2-3 кунда	С https://diseases.medelement.com/disease
Тизимли ГКС	Преднизолон	асосий клиник симптоматика йўқолгунга қадар кунига 15-20 мг	С https://diseases.medelement.com/disease
	Дексаметазон	асосий клиник симптоматика йўқолгунга қадар кунига 2–4 мг	С https://diseases.medelement.com/disease
Вирусга қарши воситалар	Ацикловир	Таблеткалар, 200 мг; кунига 1 г, 7 кун давомида.	С https://diseases.medelement.com/disease

Антибактериал воситалар	Эритромицин	Кунига 4 махал 1 г ёки 25–40 мг/кг/сутка, дозани 4 қабулга бўлиб, 2 ҳафта давомида.	С https://diseases.medelement.com/disease
	Левомицетин	Таблеткалар 250,500 мг. Суткалик доза кунига 2 г, 3-4 махал қабул қилишга, 8-10 кун давомида	С https://diseases.medelement.com/disease
	Тетрациклин	Таблеткалар 100 мг, катталар учун 0,3-0,5 г ҳар 6 соатда (кунига 4 махал) ёки 0,5-1 г дан ҳар 12 соатда (кунига 2 махал) 5-10 кун.	С https://diseases.medelement.com/disease
Витаминлар	Ретинол ацетат (Витамин А)	100 000-200 000 ХБ/сут	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Холекальциферол	Перорал, м/о. 500-200000ХБ Танқислик даражасини инобатга олган ҳолда	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Аскорбин кислотаси	Перорал, м/о, в/и 250-1000мг/сут	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Асоратланган ҳолатларда қўлланилувчи комбинирланган маҳаллий воситалар	Бетаметазон дипропионат (1 мг) + гентамицин сульфат (1 мг) + клотримазол (10 мг)	кунига 1-2 махал маҳаллий	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Гидрокортизон (1 мг) + натамицин 10 (мг) + неомицин (3500 ХБ)	кунига 1-2 махал маҳаллий	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_0505201

			4_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Бетаметазон (1 мг) + гентамицин (1 мг)	кунига 1-2 махал маҳаллий	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
	Неомицин+ Кетоконазол+ Клобетазол	кунига 1-2 махал маҳаллий	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Rozovyj_lishaj_Zhibera_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

Изоҳ: Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ёки 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.

Кейинги олиб бориш:

- тери парвариши (эмолентлар ва бошқа юмшатувчи воситалардан фойдаланиш).

Даво самараси учун талаблар:

- субъектив белгиларнинг йўқолиши;
- мавжуд тошмалар регресси;
- янги элементларнинг пайдо бўлмаслиги.

«ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ ТЕМИРАТКИСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Кириш

Жибернинг пушти темираткиси — терида ўткир яллиғланишли касаллик бўлиб, типик эритематоз-сквамоз тошмалар пайдо бўлиши ва, одатда, ўз-ўзидан регрессга учраши билан характерланади. Касаллик кўпроқ ёш ва ўрта ёшдаги шахсларда учрайди ҳамда кўпинча аввал ўтказилган инфекцион касалликлар билан боғлиқ ҳолда ривожланади.

Нисбатан яхши прогнозга эга бўлишига қарамасдан, Жибернинг пушти темираткиси касаллигининг клиник белгилари ташхис қўйишда қийинчиликлар туғдириши ва уни бошқа папуло-сквамоз дерматозлар билан дифференциал ташхис қилишни талаб этиши мумкин. Ташхис қўйиш ва беморларни олиб бориш бўйича ягона ёндашувларнинг мавжуд эмаслиги асоссиз даволаш тайинланишига ва тиббий ёрдам сифати пасайишига олиб келиши мумкин.

Консерватив даво

1. Терини жисмоний омиллар (механик, термик, нурли таъсирлар) билан ортиқча қўзғатиш, шунингдек антисептиклар ёки замбуруғга қарши воситалар билан даволаш тавсия этилмайди, чунки бу касаллик кечишининг ёмонлашуви ва қичишиш кучайишига олиб келиши мумкин.

2. Касаллик, одатда, қайталанмайди (рецидив бермайди). Спонтан соғайиш кўп ҳолларда 4–5 ҳафтада кузатилади.

3. Ушбу дерматоз билан касалланган беморда вирусли ва бактериал инфекцияларнинг олдини олиш мақсадга мувофиқ ҳисобланади.

Терининг кенг тарқалган зарарланиши ва яққол қичишиш билан кечадиган ҳолатларда ташқи даволаш учун маҳаллий глюкокортикостероид препаратлар тавсия этилади [3,6-9]: гидрокортизон бутират 0,1% крем ёки малҳам кўринишида кунига 1–2 махал 5–7 кун давомида аппликация кўринишида қўлланади. [10].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

ёки

алклометазон дипропионат крем, мазь 0,05% кунига 1-2 махал аппликация кўринишида 5-7 кун давомида [11].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

ёки

метилпреднизолон ацепонат крем, мазь 0,1% кунига 1-2 махал аппликация кўринишида 5-7 кун [11].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

ёки

мометазона фуроат крем, мазь 0,1% кунига 1-2 махал аппликация кўринишида 5-7 кун [11].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

- Қичишишни бартараф қилиш учун антигистамин воситалар **тавсия қилинади** [3,5-7]:

цетиризин гидрохлорид катталарга – суткалик доза 10 мг перорал 1 маротаба қабул қилиш учун 7-10 кун давомида [11].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

ёки

лоратадин катталарга - 10 мг перорал кунига 1 махал 7-10 кун давомида [10].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

ёки

хлоропирамин катталарга – 25 мг п перорал кунига 3-4 махал 7-10 кун давомида [11].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

ёки

клемастин - катталарга – 1 мг перорал кунига 2 махал 7-10 кун давомида [11].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

Касалликнинг асоратланган шаклларида тизимли глюкокортикостероид препаратлар тавсия этилади: преднизолон 15–20 мг суткасига перорал равишда, асосий клиник симптоматика бартараф этилгунига қадар [11].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

Изоҳ: *Одатда касаллик бошланганидан 4–5 ҳафта ўтиб ўз-ўзидан соғайиш кузатилади. Асоратланмаган пушти темиратки даволашни талаб қилмайди.*

Беморларга сув муолажаларини чеклаш, мочалкадан фойдаланмаслик, қаттиқ сочиқ билан ишқаламаслик тавсия этилади. Терининг ортиқча терлаш орқали таъсирланишига йўл қўймаслик, ҳаво ўтказмайдиган юнгли ёки синтетик кийимлар киймаслик муҳим.

Жараён генерализацияси, тошмаларнинг яққол экссудатив характери, аллергик ҳолатлар, экзематизация ёки қичишиш мавжуд бўлганда даволаш тайинланади.

Бошқа даволаш усуллари

- Фототерапия қўллаш **тавсия этилади**:

Тўлқин узунлиги 280–320 нм бўлган ўрта тўлқинли ультрабинафша терапия ҳафтасига 5 марта, 1–2 ҳафта давомида ўтказилади. [11].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далиллар ишончлилик даражаси – 1)

Изоҳ: *ушбу турдаги даволашда яллиғланишдан кейинги гиперпигментация ривожланиши мумкин.*

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 З	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.

Госпитализация учун кўрсатмалар:

· жараённинг тарқалганлиги, тизимли даволашни талаб этувчи оғир кечиши;
· ўчоқларнинг экссудатив характери, намланиш, экзематизация, аллергизация, импетигинизацияси.

Шошилинч госпитализация учун кўрсатмалар: йўқ

«ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ ТЕМИРАТКИСИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА КАСАЛЛИКНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Кириш

Жибернинг пушти темираткиси — терида ўткир яллиғланишли касаллик бўлиб, типик эритематоз-сквамоз тошмалар пайдо бўлиши ва, одатда, ўз-ўзидан регрессга учраши билан характерланади. Касаллик кўпроқ ёш ва ўрта ёшдаги шахсларда учрайди ҳамда кўпинча аввал ўтказилган инфекцион касалликлар билан боғлиқ ҳолда ривожланади.

Нисбатан яхши прогнозга эга бўлишига қарамасдан, Жибернинг пушти темираткиси касаллигининг клиник белгилари ташхис қўйишда қийинчиликлар туғдириши ва уни бошқа папуло-сквамоз дерматозлар билан дифференциал ташхис қилишни талаб этиши мумкин. Ташхис қўйиш ва беморларни олиб бориш бўйича ягона ёндашувларнинг мавжуд эмаслиги асоссиз даволаш тайинланишига ва тиббий ёрдам сифати пасайишига олиб келиши мумкин.

Тиббий реабилитация

Ўтказилмайди

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

Беморда вирусли ва бактериал инфекцияларнинг олдини олиш [11].

Адабиётлар рўйхати

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

Жибернинг пушти темираткисини 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			
Дастлаб танада ёки қўл-оёқ терисида ягона «она пилакча» («она доғ») пайдо бўлади. У ёрқин қизғиш-рангли, овал шаклда, тери юзасидан бир оз кўтарилган, диаметри 3–5 см гача бўлиб, юзасида енгил қипиқланиш кузатилади. 1–2 ҳафтадан сўнг теридаги Лангер чизиқлари бўйлаб кўп сонли эритематоз-сквамоз доғлар пайдо бўлади. Улар думалоқ ёки овал шаклда, бир оз шишган, ўлчами 2–3 см гача, пушти рангли бўлади. Бир неча кундан кейин элемент маркази сарғиш тус олади, қипиқланиш ва мугуз қатламининг бир оз буришиши кузатилади; периферияси эса «ёқача» кўринишида фаол қипиқланиш аниқланади. Аста-секин эритема ҳалқаси ва қипиқланиш йўқолиб, ўрнида иккиламчи хира гипо- ёки гиперпигментация қолади.			+
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)		+	+

Захмни 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			+
Антителоларни ИФА, ИХЛА, ИФлА ва ПЗР-диагностика усуллари ёрдамида аниқлаш			+
IgE таҳлили			+
Гепатит В, С ва ОИВ учун қон таҳлили			+
Антибиотикка сезувчанликни аниқлаш билан микробиологик таҳлил			+
Микологик таҳлил			+
Қўшимча инструментал текширувлар			
Тери ҳолати диагностикаси - дерматоскопия			+
Ички аъзолар УТТи		+	+
Психоэмоционал ҳолатни баҳолаш			+
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.

Жибернинг пушти темираткисини бошқариш компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ оила шифокори (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Жибер темираткисининг 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			+
Жибернинг пушти темираткисида қўлланиладиган турли дори воситаларининг таъсир механизми ва ножўя таъсирларини муҳокама қилинг			+
Жибер темираткисининг патофизиологик ривожланиш механизмини муҳокама қилинг			+

Асосий тор мутахассис бўлиб дерматовенеролог шифокор хизмат қилади.