

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
илова

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

**“УЯЛИ АЛОПЕЦИЯ” БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ 2024



«ТАСДИҚЛАЙМАН»
РИДВваКИАТМ
ДМ директори
Сабиров У.Ю.

«21» май 2025 йил

“УЯЛИ АЛОПЕЦИЯ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

**“УЯЛИ АЛОПЕЦИЯ” БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

Кириш

КХК-10\11 бўйича кодлар

L63/ED70.20	Уяли алопеция
L63.0/ED70.21	Тотал уяли алопеция
L63.1	Универсал уяли алопеция
L63.2	Уяли алопеция лентасимон шакли
L63.8/ED70.2Y	Бошқа турдаги уяли алопеция
L63.9/ED70.2Z	Уяли алопециянинг бошқа тури
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11249 / https://mkb-11.com/index.php?id=ED70.2

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2024 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2027 йил ёки янги далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган ҳар қандай тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

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

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишга қуйидагилар ёрдам берди:
Жараёни ташкил этиш учун дерматовенерология соҳасидаги ишчи гуруҳ аъзолари:

- | | | | |
|----|-----------------|--|--------------|
| 1. | Сабилов У.Ю | Марказ директори т.ф.д.проф. | РИДВКИАТМ ДМ |
| 2. | Азимова Ф.В | Катта илмий ходим,
дерматовенеролог, трихолог, т.ф.д | РИДВКИАТМ ДМ |
| 3. | Курбанова К.Ш | Дерматовенеролог,
дерматокосметолог, трихолог | РИДВКИАТМ ДМ |
| 4. | Боходирова А.А. | Дерматовенеролог, илмий котиб | РИДВКИАТМ ДМ |
| 5. | Рахматова М.С. | Директорнинг илмий ишлар бўйича
ўринбосари ёрдамчиси,
Дерматовенеролог | РИДВКИАТМ ДМ |

Такризчилар:

1. Нино Лорткипанидзе – профессор, Грузиянинг сочларни текширувчи жамияти Президенти.
2. Ганиева Шахноза Турсуновна – т.ф.н., ТХКМПМнинг дерматовенерология ва косметология кафедраси ассистенти.

Техник кўриб чиқиш ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – тиббиёт фанлари доктори, даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, марказ бош врач.

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н. Илмий ишлар бўйича директор ўринбосари.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази, олий ўқув юртлиги профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон дерматовенерологлари ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, шунингдек, дерматовенерология хизмати вилоят шифокорлари иштирокида 202__ йил _____ куни бўлиб ўтган илмий кенгаш (баённома № __) йиғилишида муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

МУНДАРИЖА

“УЯЛИ АЛОПЕЦИЯ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТЕКШИРИШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	5
“УЯЛИ АЛОПЕЦИЯ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	41
“УЯЛИ АЛОПЕЦИЯ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	52

Қисқартмалар жадвали

КХТ	касалликларнинг халқаро таснифи
ТТД	тери-таносил диспансери
ДИД	далиллар даражаси
ХНН	халқаро нопатентланган номланиши
ФСГ	фолликулстимулловчи гормон
ЛГ	лютеинловчи гормон
ДГЭА	дегидроэпиандростерон
мл	миллилитр
мг	миллиграмм
УҚТ	умумий қон таҳлили
УСТ	умумий сийдик таҳлили
ВР	бензоил пероксид
ТВИ	тана вазни индекси
КОК	комбинирланган орал контрацептивлар
КФК	креатининфосфокиназа
АЛаТ	аланинаминотрансфераза
АСаТ	аспартатаминотрансфераза
ТГ	триглицеридлар
ЭЧТ	эритроцитлар чўкиш тезлиги
СРБ	С-реактив оксил
УТТ	ультратовуш текшируви
ИФТ	иммунофермент таҳлил
ИХЛТ	иммунохемилюминесцент таҳлил
ПЗР	полимер занжир реакция
ПИЛН	паст интенсив лазер нурланиш
ИҚ	инфрақизил
ТИТ	Тўғрииммуофлюоресценс текширув
в/и	вена ичига
м/о	мушак орасига

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматологлар ва дерматокосметологлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатрлар;
4. Лаборатория шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6. Клиник фармакологлар;
7. Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, аспирантлари, ўқитувчилари;
8. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва уларга ғамхўрлик қилувчилар.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси: Уяли алопеция билан оғриган беморлар

**Далилларга асосланган тиббиётда далиллар даражаси шкаласи.
Диагностика усуллари учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи**

УДД	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 асослантирилган ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш ва реабилитация тадбирлари учун далиллар ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

УДД	Шарҳи
1	Мета-таҳлил қўлланган рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Алоҳида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан 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 (доклиник тадқиқотлар) ёки мутахассислар фикри мавжуд.

Профилактик, диагностика, даволаш ва реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

УУД	Шарҳи
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилаётган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга, уларнинг натижалар бўйича хулосалари мувофиқ).
В	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).
С	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).

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш

Уяли алопеция - инсонларда соч тўкилишининг кенг тарқалган тури бўлиб, ўзгарувчан, қайталаниш хусусиятига эга бўлган аутоиммун касалликдир. Европа, Шимолий Америка ва Осиёда бир қанча йирик давлатларда ўтказилган эпидемиологик тадқиқотларда уяли алопецияҳолининг тахминан 2% га таъсир қилиши исботланган. 1970 йилларнинг бошларида уяли алопециянинг тарқалиши 0,1% дан 0,2% гача, ҳаёт давомида эса 1,7% ни ташкил этади

(3,8,16). Уяли алопецияжинсга боғлиқ бўлмаган касаллик ҳисобланади, аммо баъзи тадқиқотлар шуни кўрсатадики, 45 ёшдан катта беморларда орасида аёлларга тўғри келади (11,7). Кўпгина тадқиқотларда этник келиб чиқиши бўйича уяли алопециябошланиши, давомийлиги ёки тури бўйича сезиларли фарқлар йўқ. Уяли алопецияҳар қандай ёшда бошланиши мумкин; аммо, беморларнинг кўпчилигида ушбу ҳолат 40 ёшдан олдин бу ҳолатни ривожлантиради, ўртача ёш 25 ёшдан 36 ёшгача. Эрта бошланган уяли алопеция(ўртача 5 ёшдан 10 ёшгача) асосан универсал алопеция (10,5) каби оғирроқ субтип сифатида намоён бўлади.

Уяли алопецияга бўлган мойиллик генетик омиллар билан боғлиқ. 10-20% беморларда касалликнинг оилавий анамнези мавжуд, ва ҳақиқий касаллик даражаси эҳтимолан янада юқори, чунки енгил ҳолатлар кузатилмаслиги мумкин. Генетик жихатдан полигенетик табиатга эга. УА (уяли алопеция) муайян HLA II синфли аллеллар билан боғлиқ, айниқса DQB1*03 ва DRB1*1104 билан. HLA аллеллари DQB1*0301 (HLA-DQ7) ва DRB1*1104 (HLA-DR11) тотал ва универсал алопеция билан боғлиқ бўлиши мумкин. Касалликнинг кўзгатувчи факторлари сифатида стресслар, вакцинация, вирусли касалликлар, инфекцияон касалликлар, антибиотик терапиялари, наркозлар ва ҳ.к. бўлиши мумкин (15,16,17)

Мақбул шартларда, соқол фолликулалари асосан HLA (гистомослик) комплексининг йўқлиги туфайли аутоантигенлар таниб олиниши мумкин бўлмаган худудни ташкил этади. Уяли алопецияда иммунитетнинг мустаҳкамлиги махсус триггерлар, масалан, микроөриқлар, вирусли инфекциялар ёки эндокрин дисфункция туфайли бузилади, бу иммунитет тартибини бузилишига олиб келади. Шунингдек, MHC синфли I класидаги экстрапластик экспрессия аутореактив CD8+ Т-хужайраларлар томонидан танилиб, анаген фолликулаларга тўғридан-тўғри ва салбий таъсир кўрсатиши мумкин, натижада фолликулаларнинг апоптозига (6) олиб келади.

2.2 Тасниф

Уяли алопеция (УА) — бу генетик характерга эга бўлган, сурнкали органоспецефик аутоиммун ҳолат бўлиб, соч фолликулаларига ва баъзан тирноқларга (7-66% беморларда) таъсир қиладиган, доимий ёки вақтинча чандиқланмаган соч тўкилишига олиб келувчи касалликдир.

1.3. Классификация:

Уяли алопеция хажми ва соч тўкилиш турига кўра куйидаги клиник шакллари мавжуд:

- локал (чегараланган);
- субтотал;
- тотал;
- универсал.

Уяли алопециянингбошқа шаклларига кўра:

- соч тўкилишининг кўп ўчоқли (тарқоқ) жойлашиши;
- офиазиз;
- инверсли офиазиз (sisapho);
- диффуз шакл.

Уяли алопециянингоғирлик даражасига кўра:

- прогрессив;
- стационар;
- регрессив.

1.4 Клиник кўриниши

Маҳаллий (чегараланган) кўринишдаги уяли алопеция (УА) ҳолатида бошнинг сочли қисмларида аниқ чегараланган бир ёки бир неча доирасимон алопеция ўчоқлари аниқланади. Субтотал кўринишдаги УА ҳолатида бошнинг сочли терисининг 40% дан ортиғида соч

бўлмайди. Офиазис ҳолатида алопеция ўчоқлари лентага ўхшаш шаклга эга бўлиб, кулоқ ва энса соҳаларидаги сочларнинг ўсиш чегарасини қамраб олади. Инверс офиазис (sisapho) ҳолатида алопеция ўчоқлари лентага ўхшаш шаклга эга бўлиб, пешона, тепа ва чакка қисмларига тарқалади. Диффуз кўринишдаги УА ҳолатида бошнинг сочли қисмларида сочлар қисман ёки тўлиқ диффуз равишда тўкилади. Тотал кўринишдаги УА ҳолатида бошнинг сочли қисмида барча терминал сочлар тўлиқ йўқолади. Универсал кўринишдаги УА ҳолатида бошнинг сочли қисмида, қошлар, киприклар ва тана терисида сочлар тўкилиши билан тавсифланади.

Патологик жараён босқичлари:

Фаол (прогрессив, прогрессирловчи) босқич: Субъектив симптомлар, одатда, йўқ, лекин баъзи беморлар таъсирланган жойларда қичишиш, қизиш ёки оғриқдан шикоят қилишлари мумкин. Типик зарарланиш ўчоқлари дўмбоқ ёки овалоид шаклдаги чандиқсиз соч тўкилиш зоналари бўлиб, терининг ранги ўзгармаган бўлади. Кам ҳолларда қизғиш ёки шафтолисимон рангдаги ўчоқлар кузатилади. Проксимал томони тор ва дистал томони кенг бўлган сочлар- ундов белгиси шаклига эга булиб, бу ўчоқда ёки унинг перифериясида кўриниши мумкин бўлган характерли белгидир. Касалликнинг фаол босқичида зарарланишлар чегараларида сочларни тортиш тестлари ижобий бўлиши мумкин – бу зона «қимирлаган сочлар» деб аталади. Бу зонанинг чегараси 0,5-1 см дан ошмайди. ЎА деярли ҳамма жойда бўлиши мумкин, аммо тахминан 90% беморларда бошнинг сочли қисми таъсирланади. Бошланғич босқичда касаллик оқ сочларга таъсир қилмайди (18,19).

Стационар босқич. Алопеция ўчоғи атрофида «қимирлаган сочлар» зонаси аниқланмайди, ўчоқдаги тери ўзгармаган.

Регресс босқичи. Алопеция ўчоғида веллус — рангсиз юмшоқ сочлар ўсиши ва қисман пигментланган терминал сочлар ўсиши кузатилади. Сочлар ўсиши тикланганида, одатда, дастлабки сочлар гипопигментланган бўлади, лекин вақт ўтиши билан уларнинг ранги одатдаги рангига қайтаради. УА билан оғриган беморларда (7-66% ҳолатларда) тирноқларда ўзгаришлар кузатилиши мумкин: тирноқларнинг нуқтасимон яралари, трахионхия, Бо чизиқлари, онихорексис, тирноқларнинг сийраклашиши ёки қалинлашиши, онихомадезис, койлонихия, нуқтасимон ёки бўйлама лейконихия, қизил доғли лунула. Беморларнинг 50% гача ҳатто даволанмасдан бир йил ичида соғайишади (ўз-ўзидан ремиссия). Бундан ташқари, 85% беморларда касаллик бир неча марта қайталаниши мумкин. Агар УА пубертат ёшигача пайдо бўлса, тотал алопеция ривожланиш эҳтимоли 50% ни ташкил этади. Тотал ёки универсал алопеция ҳолатида тўлиқ соғайиш эҳтимоли 10% дан кам. Прогнозга касалликнинг эрта бошланиши, унинг узоқ давом этиши, оилавий анамнез, кўшимча атопия ва бошқа аутоиммун касалликларнинг мавжудлиги таъсир кўрсатади (20).

3. Ташхис усуллари, муолажалар ва усуллар

3.1. Ташхислаш мезонлари

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573125/>

3.1.1. Шикоят ва анамнез

Беморлар, умумий ҳолда, соч тўкилиши ва бошнинг сочли қисмида доирасимон ёки овал шаклдаги соч тўкилиши ўчоқларининг пайдо бўлишига шикоят қиладилар. Баъзи ҳолларда, беморлар зарарланган жойларда қичишиш, қизиш ёки оғриқдан шикоят қилишлари мумкин.

Тотал кўринишда беморлар соч тўкилиши фақат бошнинг сочли қисмида эмас, балки қошларда, киприкларда ва эркакларда соқолда ҳам соч тўкилишига шикоят қиладилар.

Универсал кўринишдаги уяли алопецияда беморлар бошнинг сочли қисмида, қошларда, киприкларда ва танада соч тўкилишига шикоят қиладилар.

Шунингдек, баъзи беморлар, айниқса 14 ёшгача бўлган болалар, тирноқ пластинкаларида ўзгаришлар бўлаётганидан шикоят қилишади.

3.1.2 Физикал текширув

Ташхис қуйидаги клиник белгиларга асосланиб қўйилади:

А

- Териди аниқ чегараланган алопеция ўчоқларининг мавжудлиги. Бу соч тўкилаётган териди аниқ кўзга кўринадиган чегараланган ўчоқларни кўриш мумкин.
- Алопеция ўчоғида ундов белгиси шаклидаги соч колдиклари ва ўчоқ чегарасида «қимирлаган сочлар зонаси» (фаол босқич) мавжудлиги. Бу белги фаол босқичда ўчоқда сочларнинг туриб қолган ёки мўрт ҳолати ва ўчоқ атрофида сочларнинг қимирлаган ҳудуди мавжудлигини билдиради.
- ўчоқда юмшоқ сийрак сочлар ўсишининг мавжудлиги (ривожланиш босқичи); баъзан ўчоқнинг бир четида ундов белгиси шаклидаги сочлар колдиклари ва қарши томонида веллус ўсиши кузатилади;
- тирноқларда ониходистрофия (тирноқ ўзгариши) белгиларининг аниқланиши: ангишвонага ўхшаш чуқурчалар (тирноқ юзасида чуқур ўзгаришлар), бўйлама чизиклар (тирноқ юзида қатор чизиклар), тирноқнинг эркин четидаги ўзгаришлар, тирноқ юзасида тўплам тарзидаги яралар.

3.1.3 Лаборатор текширув

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.1998.tb00727.x>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5862393/>

С

Микроскопик текширувда соч ўчоғидан эпилланган дистрофик проксимал учларнинг "узилган арқон" кўринишида аниқланиши;
Тери ва сочларни патоген замбуруғлар мавжудлигига микроскопик текшириш;
Ўчоқнинг чекка зонасидан эпилланган сочларни микроскопик текшириш (сочларнинг дистрофик учларини аниқлаш - уяли алопеция учун патогномоник бўлган белги);
Қоннинг клиник таҳлили;
Захмга скрининг (саралаш) тестлари
Захми тасдиқловчи тестлар
Умумий сийдик таҳлили
Нажаснинг умумий таҳлили
Қоннинг биокимёвий таҳлили: АЛТ, АСТ, умумий оқсил, билирубин, холестерин, қондаги қанд, ишқорий фосфатаза (токсик алопецияга шубҳа қилинганда, шунингдек фотосенсибилизаторларни ичишга қўллаган ҳолда фотокимётерапия тайинлашдан олдин);
Қалқонсимон без патологиясини истисно қилиш учун қонни қалқонсимон без гормонларига (Т3 эркин, Т4 эркин, ТТГ, ТПО га АТ, ТГ га АТ) ва пролактинемияни истисно қилиш учун пролактинга таҳлил қилиш.
Қондаги Д витамини миқдорини ИФА, ИХЛА усули билан аниқлаш
Бошнинг сочли қисми териси парчасининг гистологик текшируви (Гистологик жиҳатдан, уяли алопеция асосан Т хужайраларидан ташкил топган яллиғланиш инфилтрати билан аноген соч фолликулалари пиёзчалари ичида ва атрофида тавсифланади. Бироқ, касалликнинг гистопатологик белгилари касалликнинг босқичига боғлиқ бўлиб, сурункали ўчоқларда классик белгилар бўлмаслиги мумкин)
Қоннинг иммунологик таҳлили;
Қонда ва биосубстратларда инфекцияларни аниқлаш
Селиакияни текшириш
Гелминтлар инвазиясига текшириш
Организм биосубстратларини микологик текшириш (ёруғлик микроскопияси ва ПИФ)
Молекуляр-генетик тадқиқотлар

3.1.4. Эпидемиологик анамнез

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521674/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22011591/>

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-25153>

Уяли алопециябилан оғриган беморлар, оилавий анамнез ҳақида сўралганда тахминан 0% дан 8,6% да хабар беришган. Болаларда оилавий анамнезнинг қайд этилиши 10% дан 51,6% гача бўлган. Бир тадқиқотда эркакларда оилавий анамнезга эга бўлиш эҳтимоли аёлларга қараганда юқори эканлиги аниқланган.

Иккита популяцион тадқиқотда эркаклар ва аёллар ўртасида уяли алопециянинг тарқалиши бўйича сезиларли фарқ топилмаган. Бирок, дунё бўйлаб касалхоналарда ўтказилган ўн та турли тадқиқотда аёлларда кўпроқ, яъни 2,6:1 дан 1,2:1 гача бўлган нисбатда бўлишини кўрсатди. Аксинча, тўртта тадқиқот эркакларда кўпроқ, яъни 2:1 дан 1,1:1 гача бўлган нисбатда кўрсатди.

Болалар орасида ўтказилган икки тадқиқотда 1,4:1 нисбат билан эркакларда кўпроқ учраши аниқланди, шундан бири ўғил болаларда касаллик оғирроқ шаклда бўлиши кўрсатилди; учинчи тадқиқот қизларда касаллик оғирроқ шаклда бўлганини хабар берди.

Энса қисми энг кенг тарқалган зарарланиш жойи бўлиб, эркакларда 38,4% ва аёлларда 33,4% ни ташкил қилди. Илк мурожаатда 58% катта ёшли беморларда бош терисининг ярмидан камроқ қисмини зарарлайдиган уяли алопециякузатилган.

Болаларда 80%–85% ҳолатларда бош терисининг ярмидан камроқ қисмини зарарлаган энгил ёки ўрта даражали соч тўкилиши кузатилган. Касаллик бошланиш ёшининг кечикиши камроқ кўламли алопеция билан боғлиқ бўлган, бошқача айтганда, биринчи 20 йил ичида бошланган касаллик оғирроқ алопеция билан кўпроқ боғлиқ бўлган. Тотал ва универсал алопеция уяли алопецияҳолатларининг 7,3% да кузатилган ва ҳар доим 30 ёшгача пайдо бўлган.

Прогнозга касалликнинг эрта ёшда бошланиши, унинг давомийлиги, оилавий анамнез, зарарланган жой майдони, тирноқлардаги ўзгаришлар, қўшимча атопия ва бошқа аутоиммун касалликларнинг мавжудлиги таъсир қилади.

3.1.5. Инструментал ташхислаш усуллари

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028992/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18613874/>

С
4

- Трихоскопия
- Фототрихограмма
- Ички органларнинг ултратовуш текшируви
- Вуд лампаси билан тадқиқ қилиш

Дифференциал диагностика трихотилломания, диффуз токсик алопеция, травматик алопеция, бошнинг сочли қисми трихофитияси ва уяли алопециялар билан олиб борилади.

Трихотилломанияда алопеция ўчоқлари ногўғри шаклга эга бўлиб, «олов тили» кўринишида бўлиши мумкин, одатда учоқлар чакка, тепа, қошлар ва киприклар соҳасида жойлашган бўлади. Ўчоқнинг марказий қисмида кўпинча терминал сочлар ўсиши кузатилади. Ўчоқдаги сочлар турли баландликларда синган бўлиши мумкин. Ўчоқнинг четидан сочларни тортишда «қимирлаган сочлар зонаси» аниқланмайди. Трихотилломания баъзан қичишиш билан характерланадиган УА фониди пайдо бўлиши мумкин ва қичишиш одатга айланиши мумкин. Диффуз токсик алопеция одатда токсик ҳолатлар, оғир металл тузлари билан заҳарланиш, химиотерапия, цитостатикларни қабул қилиш, узок муддатли юқори ҳарорат билан боғлиқ бўлади. Травматик алопецияда ўчоқ марказида сочлар бир хил баландликда синган бўлиб, яллиғланиш белгилари кузатилмайди, анамнезда эса кўпол ҳаракат ёки укладка қурилмалари билан механик шикастланиш эпизоди бўлиши мумкин. Бошнинг сочли қисми трихофитиясида текширув вақтида ўчоқнинг перифериясида яллиғланган ҳалқа ва тери юзасидан 2-3 мм баландликда синган сочлар («тўнкача») аниқланади. Касаллик, одатда, УА да кузатилмайдиган яллиғланиш ва пўстлоқ билан бирга бўлиши мумкин. Соч синган жойларнинг микроскопик текширувида соч стержени ичида ва ташқарисида замбуруғ друзлари аниқланади. Чандикли алопецияда зарарланган ўчоқдаги тери ялтироқ бўлади, фолликуляр аппарат аниқ кўринмайди. Клиник кўринишлар баъзан диагностикада қийинчиликлар келтириб чиқаради, бу ҳолларда гистологик текширув тавсия этилади. Тепа соҳасида туғма якка соч тўкилиш ўчоғи булган болаларда темпорал триангуляр алопеция билан дифференциал диагностика ўтказиш лозим.

3.1.6. Мутахассислар кўриги учун кўрсатмалар

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/615/615258d9f33e185fa49b7e12fd3e2ecc.docx>

С

- Терапевт/педиатр маслаҳати - агар қўшимча касаллик белгилар бўлса;
- Иммунологнинг маслаҳати - агар қоннинг иммунологик таҳлилида бузилишлар бўлса;
- Эндокринологнинг маслаҳати - агар қалқонсимон без функцияси бузилиши белгилар бўлса;
- Психотерапевт ва неврологнинг маслаҳати - агар таълим муассасаларига, жамоат жойларига бормаслик, депрессия, дисморфофобия белгилар бўлса.

3.1.7. Уяли алопецияпрогнози ушбу ҳолатлар мавжуд бўлганда ноҳуш бўлади:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/>

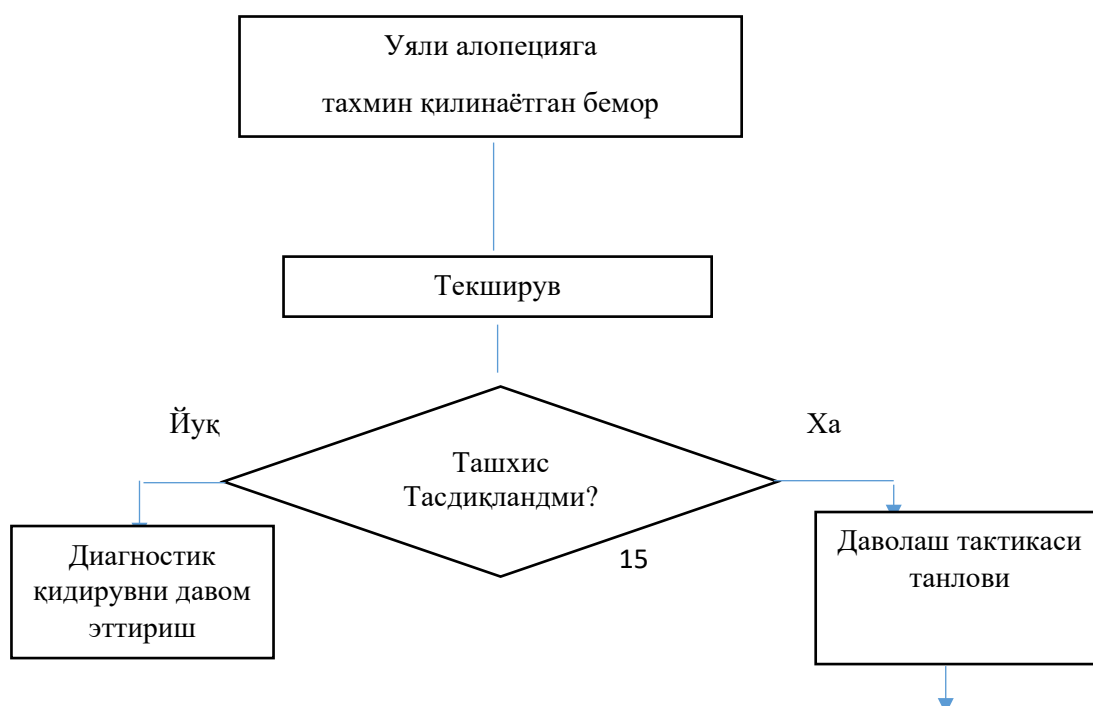
С

- Касалликнинг бошланиши 6 ёшгача бўлган бола ёшида;

- Эпизоднинг давом этиши 1 йилдан ортиқ;
- Кенг қамровли соҳалар ёки офиазис;
- Касалликнинг бошланишдаги оғирлиги;
- Қош, киприклар ва бош терисидан ташқари бошқа жойларда сочларнинг тўкилиши;
- Тирноқларнинг зарарланиши, тирноқлардачукурчалар пайдо бўлиши ва трихоонихия;
- Атопия билан боғлиқ бўлиши;
- Аутоиммун касалликлар, асосан эндокрин касалликлар билан боғлиқ бўлиши;
- Оилавий анамнез;
- Генетик касалликлар билан боғлиқ бўлиши, масалан, Даун синдроми.

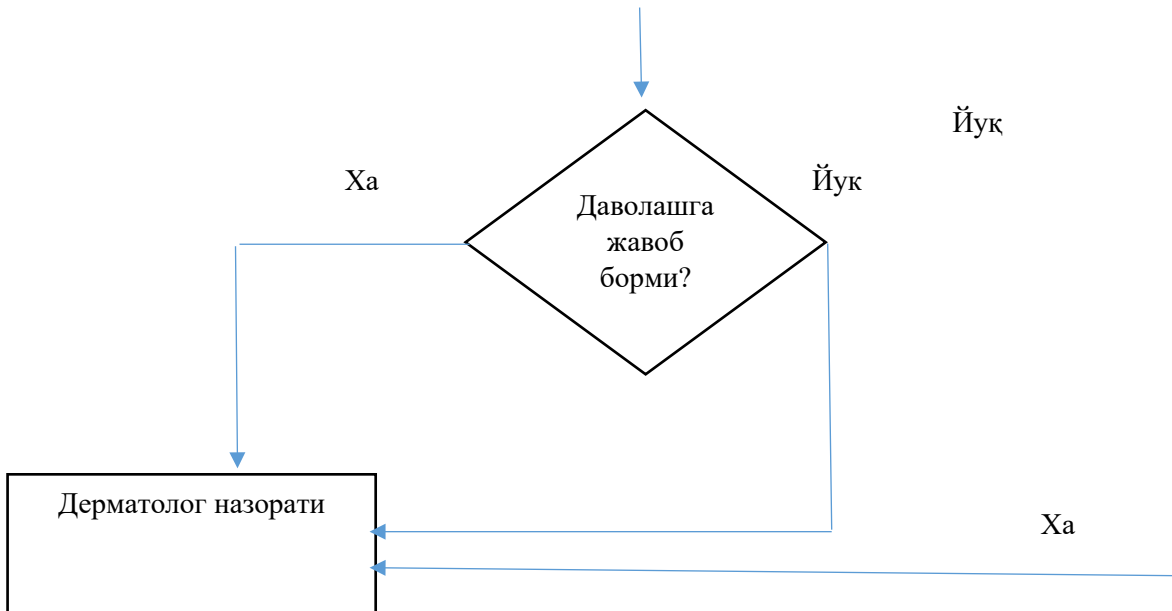
2) Диагностик алгоритм

<https://diseases.medelement.com/disease>



Ха

Йук



3) Дифференциал ташхислаш ва кўшимча текширишни асослаш

<https://static.insales-cdn.com/files/1/1337/7488825/original/dfp.pdf>

<i>Диагноз</i>	<i>Дифференциал диагноз учун асослар</i>	<i>Текшириш усуллари</i>	<i>Касалликни рад этиш критериялари</i>
Трихот иллома ния	Уяли алопециянинг шакли нотўғри, одатда тепа, чакка, қош ва киприклар соҳасида жойлашган бўлади. Ўчоқнинг марказий қисмида кўпинча терминал сочларнинг ўсиши кузатилиши мумкин. Ўчоқдаги сочлар турли узунликларда синган бўлиши	Соч ўзаги микроскопияси видеотриходер матоскопия.	Ўчоқларда патологик сочларнинг мавжудлиги

	мумкин. Микроскопик текширувда анаген ёки телоген боскичидаги соч илдизлари аниқланади, дистрофик сочлар эса мавжуд эмас		
Диффуз Токсик алопеция	Сочларнинг тўкилиши оғир токсик ҳолатлар билан боғлиқ: оғир металллар тузлари билан заҳарланиш, химиотерапия, цитостатикларни қабул қилиш, 39°С ва ундан юқори ҳароратнинг узок вақт давом этиши.	Видеотриходер матоскопия, умумий қон таҳлили ва оғир металллар мавжудлиги	Ўчоқларда патологик сочларнинг мавжудлиги
Бошнинг сочли қисми трихофитияси	Клиник текширувда ўчоқ атрофида яллиғланиш чегараси ва "пенькалар" – 2-3 мм теридан кўтарилган синган сочлар топилади. Ҳасталик яллиғланиш ва терининг пўстлаши билан бирга бўлиши мумкин, бу эса одатда уяли алопецияда кузатилмайди. Микроскопик текширувда соч синиқларида ёки соч толаси ичида ёки ташқарисида пайдо бўлган замбуруғ дрозлари аниқланади.	Замбуруғларга микроскопик ва культурал ташхислаш	Ўчоқларда соч синиқлари ва яллиғланиш йўқлиги
Чандиқли алопеция	Зарарланган ҳудудда тери ялтирайди, фолликуляар аппарати эса аниқ намоён қилинмайди.	Гистологик текширув видеотриходер матоскопия	Соч фолликулалари сақланган думалоқ ва овал ўчоқлар мавжудлиги
Травматик алопеция	Сочлар марказда бир хил баландликда синган, яллиғланиш белгилари кузатилмайди. Анамнезда – стилистика қурилмалари билан механик шикастланиш эпизодлари мавжуд.	Видеотриходер матоскопия	Ўчоқларда патологик сочларнинг мавжудлиги

4) Амбулатор шароитда даволаш усуллари

В	<ul style="list-style-type: none"> Уяли алопециянинг локал шаклида амбулатор шароитда даволанишга кўрсатма берилади
----------	--

4.1 Номедикаментоз даволаш

С
4

- Пархез қўлланилмайди

4.2 Медикаментоз даволаниш

Ўзбекистон Республикасида кафолатланган тўловсиз тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида рўйхатга олинмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш харажатларни қайтариш учун асос бўлмайди.

Асосий дори воситаларининг рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга):

Фармокологик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи	Дозировкаси ва чиқарилиш формаси	Исботлангандик даражаси	Манбаалар
Маҳаллий глюкокортикоид дори воситалари	Флуоцинолона ацетонид	крем 0,25% кунига 2 марта қўлланилади, даволаш муддати 2 ойгача давом этади	С	Advances in the management of alopecia areata, 2012 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211297/
	Бетаметазона дипропионат	крем 0,05% кунига 2 марта, даволаш муддати 6 ой. Лосьон 0,05% кунига 2 марта, даволаш муддати 12 ҳафтагача		Alopecia areata, 2015 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569105/
	Мометазона фураат	Крем 0,1% кунига 2 марта, даволаш муддати 2 ойгача		Clobetasol propionate, 0.05%, vs hydrocortisone, 1%, for alopecia areata in children: a randomized clinical trial, 2013 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24226568/
	Клобетазол	Мазь, крем 0,05% окклюзион боғлам остида кунига 6 кун давомида, даволаш муддати – 6 ойгача		

Махаллий кальциневрин ингибитори	Такролимус Пимекролимус	Мазь 0,1% ва 0,03% ҳар куни 2 марта, даволаш муддати 6 ойгача Мазь 1% ҳар куни 2 марта, даволаш муддати 6 ойгача	С	<p>Italian Guidelines in diagnosis and treatment of alopecia areata, 2019 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/</p> <p>Практика применения такролимуса в лечении распространенных хронических дерматозов, 2014 https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2014/2/031997-2849201422</p> <p>Alopecia Areata: An Update on Treatment Options for Children, 2017 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28551734/</p>
Микроэлементлар	Рух сульфати	Таблеткалар 5 мг 1 кг тана вазнига 5 мг дан кунига 3 маҳал	А	<p>The role of micronutrients in alopecia areata: A Review, 2018 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5685931/</p> <p>Comparison of zn, cu, and fe content in hair and serum in alopecia areata patients with normal group, 2014 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25246935/</p>

Контакт сенсibilizаторлар	Дифенилциклопропенон	0,01%, 0,02%, 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,5%, 1% ва 2% эритма	C	Treatment of pediatric alopecia areata with anthralin: A retrospective study of 37 patients, 2018 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338548/
	Антралин	5%, 2,0% эритма		Diphenylcyclopropenone in patients with alopecia areata. A critically appraised topic, 2015 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26511831/

Жадвал 2

Қўшимча дори воситалари жадвали (100% дан кам бўлган қўллаш)

Фармокологик гуруҳ	Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи	Дозировкаси ва чиқарилиш формаси	Исботланган даражаси	Манбаалар
Тизимли кортикостероидлар	Преднизолон	5мг ли таблеткалар 200мг ҳафтасига перорал 3 ой мобайнида ёки суткасига 40мг дан бошлаб (секинлик билан дозани камайтириб) 6 ҳафта мобайнида ёки 0,4-0,6мг/кг/сут бошланғич доза 12 ҳафта мобайнида камайтириб борилади	A	Consensus on the treatment of alopecia areata – Brazilian Society of Dermatology, 2020 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/ Prevention and management of glucocorticoid-induced side effects: A comprehensive review: Gastrointestinal and endocrinologic side effects, 2017 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986133/

	<p>Бетаметазон</p> <p>Метилпреднизолон</p>	<p>1,0 мл ли ампулалар 7-10 кубда бир мартаба (4 дан 6 муолажагача)</p> <p>250 мг томир ичига ва мушак ичига юбориш учун эритма, 250мг дан кунига 2 маҳал в/и 3 ой давомида 3 кун кетма-кет юбориш учун</p>		<p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/</p>
<p>Кортикостероидлар - ўчоқ ичига юбориш учун</p>	<p>Триамцинолон ацетонид (кеналог)</p> <p>Бетаметазон дипропионат (2 мг) + бетаметозон динатрия фосфат (5мг) (дипросан)</p>	<p>Суспензия 40мг/1 мл</p> <p>Ҳар 4-6 ҳафтада тери ичига инъекция тарзида, 0,5-1 см масофада 0,1 мл дан юборилади.</p> <p>Бир сеансда триациналон ацетониднинг максимал дозаси 20 мг дан ошмаслиги керак.</p> <p>Ўртача 2,5-5 мг/мл ёки 10мг/мл дан ошмайдиган концентрацияда киритилади. Агар даволаш бошланганидан кейин 6 ой ичида ижобий таъсир кузатилмаса, перпаратни ўчоққа юбориш тўхтатилиши керак.</p> <p>Тери ичига зарарланган ўчоққа 0,2 мл/см² ҳисобида юборилади. Препарат ҳар 3-4 ҳафтада киритилади, барча соҳаларга киритилган умумий миқдор 2 ҳафта давомида 2 мл дан ошмаслиги керак.</p>	<p>A3</p> <p>B2</p>	<p>A Study to Evaluate the Efficacy of Various Topical Treatment Modalities for Alopecia Areata, 2012</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681108/</p> <p>Intralesional betamethasone as a therapeutic option for alopecia areata, 2018</p> <p>https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5916422/</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/</p>
<p>Витаминлар</p>	<p>Цианокобаламин</p>	<p>м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида,</p>	<p>B</p>	<p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33445474/</p>

	(Витамин В12)	ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан, ойига 1 мартагача.		
	Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	м/о, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига 1-2 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб тайинлайди.		
	Рибофлавин мононуклеотид (Витамин В2)	Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой. М/о: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.		
	Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	м/о (чукур) Препаратни юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% эритма) ва фақат яхши кўтара олганда юқори дозаларга ўтиш мумкин. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади.		

	Алфа-липой кислотаси	Катталар учун 600 мг микдоридан кунига камида 30 дақиқа давомида томчилаб юбориш орқали вена ичига юборилади. Катталар ва 14 ёшдан ошган болаларга овқатдан олдин кунига 1 маҳал 1 капсуладан ичилади.	В	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29186248/
	Альфа-токоферол ацетат (Витамин Е)	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади		
	Витамин А + Е	Овқатдан кейин кунига ичиш учун 100 мг дан витамин Е + 100 000 ХБ витамин А дозасида		
	Ретинол ацетат (Витамин А)	Катталар учун энг юкори кунлик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак.		
	Аскорбин кислотаси (Витамин С)	Ичга, м/о, в/и Танқислик ҳолатларининг олдини олиш учун - кунига 25-75 мг. Даволаш учун кунига 250 мг ва ундан ортик бўлинган дозаларда		
	Холекальциферол (Витамин D)	Д витамини танқислигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси <20 нг/мл) - 8 ҳафта давомида ҳар ҳафтада 50 000 ХБ ичиш учун	А	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15507106/

		<p>- 200 000 ХБ ҳар ойда 2 ой давомида ичиш учун</p> <p>- 150 000 ХБ ҳар ойда 3 ой давомида ичиш учун</p> <p>- 6000 - 8000 ХБ кунига - 8 ҳафта ичиш учун</p> <p>Д витамини етишмовчилигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси ≥ 20 ва < 30 нг/мл)</p> <p>- 4 ҳафта давомида ҳар ҳафта 50 000 ХБ ичиш учун</p> <p>- 200 000 ХБ бир марта ичишга</p> <p>- 150 000 ХБ бир марта ичишга</p> <p>- 6000 - 8000 ХБ кунига - 4 ҳафта ичиш учун</p> <p>Д витамини даражасини қўллаб-қувватлаб туриш ≥ 30 нг/мл</p> <p>- 1000 - 2000 ХБ ҳар куни ичиш учун</p> <p>- 6 000 - 14 000 ХБ ҳафтада бир марта ичиш учун</p>		
Гепатопротекторлар	Эссенциал фосфолипидлар	в/и секинлик билан 1-2 ампула (5-10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда	В	Italian Guidelines in diagnosis and treatment of alopecia areata

		<p>суюлтирилади.</p> <p>Препаратни суюлтириш зарур бўлганда инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмасидан фойдаланилади.</p> <p>Ичишга. 12 ёшдан ошган ва тана вазни 43 кг дан юқори бўлган ўсмирлар, шунингдек катталар учун овқат пайтида кунига 3 марта 2 капсуладан қабул қилиш тавсия этилади.</p>		https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/
	Антраль	<p>суткасига 3 марта овқатдан кейин ичишга</p> <p>катталар ва 10 ёшдан катта болаларга - қабул қилиш учун 200 мг дан</p> <p>4-10 ёшли болаларга - қабул учун 100 мг дан</p>		
	Оксиматрин	<p>в/и 600 мг дан кунига бир марта</p> <p>в/и 600 мг 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида эритилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи тезликда, кунига бир марта юборилади</p> <p>ичишга, 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига уч марта.</p>		

		Зарур бўлса, кунлик дозани кунига уч марта 3 капсулагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматринга тенг).		
	Адеметионин	Тавсия этиладиган доза 1 кг тана вазнига суткасига 10-25 мг адеметионинни ташкил этади. Одатда суткалик доза суткасига 1-2 таблеткани ташкил этади (суткасига 400-800 мг адеметиониндан) ва суткасига 4 таблеткагача оширилиши мумкин (суткасига 1600 мг адеметионингача). Таъсири одатда даволашнинг 7-14 кунида намоён бўлади ва препаратни кейинги қўллашда ҳам сақланиб қолади.		
Малярияга қарши дори воситалари	Гидроксихлорохин	200 мг ли таблетklar	C	Successful treatment of alopecia totalis with hydroxychloroquine: report of 2 cases, 2013 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23680203/ Alopecia areata update: part II. Treatment, 2010 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20115946/
Системали ва маҳаллий вазодиллятор	Миноксидил	2% ва 5% эритма	C4	Minoxidil for patchy alopecia areata: systematic review and meta-analysis, 2019

лар				https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835901/ Combination tofacitinib and oral minoxidil treatment for severe alopecia areata, 2021 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31499158/ Миноксидил в практике врача трихолога, 2018 https://cyberleninka.ru/article/n/minoksidil-v-praktike-vracha-trihologa/viewer
Офтальмологик дори воситалари, простагландинлар	Биматопрост ташқи қўллаш учун Латанопрост ташқи куллаш учун	0,03% ли эритмани ҳар куни кечаси юқори кўз қовоғининг киприк асосига 1-4 ой давомида суртилади, клиник самарага эришилганда даволашни давом эттириш мумкин. Эритма 0,005% ли	С	Lack of efficacy of topical latanoprost and bimatoprost ophthalmic solutions in promoting eyelash growth in patients with alopecia areata, 2009 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/ Bimatoprost in the Treatment of Eyelash Universalis Alopecia Areata, 2010 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107964/
Яллиғланишга қарши дори воситалари	Сульфасалазин	Таблеткалар 500мг, кунига 2 марта ёки 15-30мг/кг/кун икки кунлик дозада	С	Is there a role for sulfasalazine in the treatment of alopecia areata?, 2006 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17610992/
Иммунодепрессантлар	Циклоспорин	3-5 мг/кг тана оғирлигига кунига перорал равишда 6-12 ой давомида. Ижобий клиник натидага эришилганда, дозани аста-секин камайтириб,	С	Cyclosporine for moderate-to-severe alopecia areata: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial of efficacy and safety, 2019

		мг/кг/кун гача оширилиши мумкин. 2,5 мг/кг/кун дозаси уяли алопеция(уяли алопеция) бўлган резистент беморлар учун кўриб чиқилиши мумкин		
Ангиопротекторлар	Пентоксифиллин	Ичга қабул. Тавсия этилган доза 100мг (1 таблетка) кунига 3 марта, сўнгра доза аста-секин 200 мг (2 таблетка) га оширилади, кунига 2-3 марта. Максимал бир марталик доза – 400 мг. Максимал суткалик доза – 1200 мг.	A	Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/
	Никотин кислотаси	Ичга қабул. В/и, м/о ёки т/о. Болалар учун 50-100 мг, кунига 2-4 марта. Катталар учун максимал бир марталик доза 100 мг, максимал суткалик доза эса 500 мг бўлади.		
Селектив иммунодепрессантлар (JAK/STAT сигнал тизими ингибиторлари)	Тофацитиниб	5 мг ли таблеткалар перорал 3-17 ой давомида	C	Alopecia areata is driven by cytotoxic T lymphocytes and is reversed by JAK inhibition, 2014
	Барицитиниб	Ичга. Тавсия этилган доза 4мг 1 маҳал/кунига	A1	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129481/ JAK inhibitors for alopecia areata: a systematic review and meta-analysis, 2019 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30762909/

		беморларга дозани камайтириш зарур.		
Седатив препаратлар	Валериан экстракти	Ичишга. Катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга 1-2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин бериледи. Даволаш давомийлиги 2-4 ҳафта. Шифокор кўрсатмаси билан такрорий даволаш курсларини ўтказиш мумкин.	B	Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/
	Адонис-бром	Ичишга. 1 таб овқатдан кейин кунига 3 марта. Даволаш курси - 25-30 кун. Такрорий курсларни ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги шифокор томонидан белгиланади.		
Иммуномодуляторлар	Тилорон дигидрохлорид	1-2 таблеткадан (250 мг) дастлабки икки кун давомида кунига 1 марта, сўнгра 2-4 ҳафта давомида кун ора 1 таблеткадан (125 мг) ичилади. Ёки ремиссия даврида 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар ҳафтанинг дастлабки икки кунда, жами 5 ҳафта. Курс дозаси 1,25 г.	B	Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/
	Тимопентин	<ul style="list-style-type: none"> • мушак орасига инъекция қилиш - инъекция учун стерил сув билан суўлтириш 1 мл; • вена ичига томчилаб қуйиш - 250 мл 0,9% натрий хлориднинг инъекцион эритмасида эритиш. <p>Препарат тавсияларга амал қилган ҳолда қўлланилади.</p>		

		Иммунитет танқислиги ҳолатларининг олдини олиш ва даволаш 1-2 флакон кунига 2 марта.		
--	--	--	--	--

Изоҳ: Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмоментлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

Уяли алопециянинг оғирлик даражасига кўра даволаш алгоритми

Дори воситаларининг гуруҳи	Дори воситаси	Уяли алопециянинг оғирлик даражаси	Қўллаш усули, дозировка	Далиллик даражаси	Изоҳ
Топик глюкокортикостероидлар	Флуоцинолон ацетонид	Универсал алопециядан ташқари уяли алопециянинг барча турлари	0,25% ли крем кунига 2 маҳал	C	Иммун тизимини нормаллаштириш, яллиғланишни олдини олиш учун
	Бетаметазон дипропионат	Универсал алопециядан ташқари уяли алопециянинг барча турлари	0,05% ли крем ва 0,05% ли лосьон кунига 2 маҳал	C	

	Мометазон фуроат	Универсал алопециядан ташқари уяли алопециянинг барча турлари	0,1% ли лосьон кунига 1 махал	C	
	Клобетазол	Универсал алопециядан ташқари уяли алопециянинг барча турлари	0,05% ли крем	B	
Ўчоқ ичига юбориладиган глюкокортикостероидлар	Триамцинолон ацетонид	Универсал алопециядан ташқари уяли алопециянинг барча турлари	Инъекциялар учун суспензия ҳар 4-6 ҳафтада кўплаб тери ичига инъекциялар шаклида 0,5-1 см интервал билан 0,1 мл миқдорида киритилади, 30 калибрли ва 0,5 дюйм узунликдаги игна билан. Бир сессиядаги максимал доза 20 мг бўлиши керак.	A3	Иммун тизимини нормаллаштириш, яллиғланишни олдини олиш учун
	Дипроспан (преднизолоннинг сунъий аналоги)	Универсал алопециядан ташқари уяли алопециянинг барча турлари	кристалланган суспензия, 1,0 мл ли Ампула т\о 0,1 мл дан ҳар 2 см ² га 2 ҳафтада бир маротаба	B2	

Периферик вазодилататор	Миноксидил	Универсал алопециядан ташқари уяли алопециянинг барча турлари	Лосьон (2–5% миноксидил) суткасига 2 махал	C4	Соч фолликулалари стимулятори
Контакт сенсibilизаторлар	Дифенилциклопропенон Антралин суюқлиги	Универсал алопециядан ташқари уяли алопециянинг барча турлари	0,01%, 0,02%, 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,5%, 1% ва 2% 5% дан 2,0% эритма	C	Ножўя таъсирлар: атрофдаги соғлом териға доғтушиши ва яллиғланиш
Микроэлементлар	Рух сульфат	Уяли алопециянинг барча турлари	5 мг ли таблеткалар кунига 3 махал	C	
Малярияға қарши дори воситалари	Гидроксихлорохин	Субтотал, тотал ва универсал шакллари	200 мг ли таблеткалар, 5 мг/кг/кунига ижобий натижаға эришгунча	C	
Яллиғланишға қарши дори воситалари	Сульфасалазин	Уяли алопециянинг рефрактер тури	500 мг ли, кунига 2махал ёки 15–30 мг/кг/кунига кунига 2 марта	C	минимизирует рецидивы при прекращении приема пероральных стероидов. Перорал стероид дори воситаларини тўхтатгандан кейин касаллик қайталанишини камайтириш учун
Офтальмологик дори воситалари, простагландинлар	Биматопрост ташқи	Учоқнинг киприклар	0,03% эритмани ҳар куни кечкурун юқори ковоқ киприкларининг	C	Болаларгша 12 ёшдан тавсия этилади

	Латанопрост ташқи	соҳасида жойлашувида	асосига 1-4 ой давомида қўлланилиши керак 0,05% эритмани ҳар куни кечкурун юқори ковоқ киприкларининг асосига 1-4 ой давомида қўлланилиши керак		
Маҳаллий кальциневрин ингибиторлари	Такролимус Пимекролимус	Уяли алопециянинг барча турлари	мазь 0,1% ли кунига 2 маҳал 1% ли кунига 2 маҳал	С	Маҳаллий иммун тизимини нормаллаштиради ва яллиғланишга қарши хусусиятга эга
Тизимли глюкокортикостероидлар *	Преднизолон	Субтотал, тотал ва универсал шакллари	5 мг ли таблетка (курс дозаси 40-60 мг); Ҳар ҳафта 200 мг перорал шаклда 3 ой давомида; Ҳар куни 80-100 мг перорал шаклда 3 кун давомида, ҳар ойда ҳар 3 ойда бир марта	А3	Тавсия бўйича

	Метилпреднизолон	Субтотал, тотал ва универсал шакллари	250 мг, кунига 2 марта, венага юбориш орқали, 3 кун давомида, ҳар 3 ойда бир марта.	С	
	Бетаметазон	Субтотал, тотал ва универсал шакллари	1,0 мл ли ампулалар 7-10 кунда 1 марта (4-бгача муолажа)	С	
Иммунодепрессантлар	Метотрексат	Субтотал, тотал ва универсал шакллари	-Таблеткалар, инъекциялар учун эритма: 15-30 мг, ҳафтада бир марта, перорал ёки тери остига, 9 ой давомида; ижобий таъсирга эришилса – терапияни 18 ойга узайтириш. -Инъекциялар учун эритма: 15-30 мг, ҳафтада бир марта, перорал ёки тери остига, преднизолон билан 10-20 мг кунига перораль тарзда бирга, сочларнинг ўсишини қайта тиклашга қадар. - Ижобий таъсир бўлмаса –	С4	

			метотрексатни тўхтатиш		
	Циклоспорин	Субтотал, тотал ва универсал шакллари	-Капсулалар, ичиш учун эритма: 2,5-6 мг\кг оғирлигига қараб кунга, перорал тарзда 2- 12 ой давомида. Ижобий клиник натижага эришилса, дозани тушириш орқали тўлиқ тўхтатишга қараб ўзгартириш керак.	С4	

	Азатиоприн	Субтотал, тотал ва универсал шакллари	-Таблеткалар 50 мг, бошланғич доза 0,5–1 мг/кг/кун, беморнинг ҳолатига қараб 2–3 мг/кг/кунга ошириш мумкин. 2,5 мг/кг/кун дозаси уяли алопецияда даво муолажасига жавоб бермаган беморлар учун кўриб чиқилиши мумкин.	С4	
--	------------	---------------------------------------	---	----	--

Изоҳ: Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмоментлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

Протоколда келтирилган диагностика ва даволаш методларининг терапевтик самарадорлиги ва ҳавфсизлиги белгилари:

- тўкилаётган сочлар миқдорининг камайиши;
- «қимирлаган сочлар» синамаси аниқланмайди;
- ўчоқларда янги майин ва терминал сочларнинг ўсиши;
- янги тўкилган соч ўчоқларининг йўқлиги.

5. Стационарга ётқизиш учун кўрсатмалар ва госпитализация турлари:

5.1. Режали госпитализация учун кўрсатмалар:

- Уяли алопециянинг субтотал шакли
- Уяли алопециянинг тотал шакли
- Уяли алопециянинг универсал шакли
- Касалликнинг прогресс босқичлари

5.2. Шошинч госпитализация учун кўрсатмалар: йўқ.

**“УЯЛИ АЛОПЕЦИЯ”
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

2.1. Кириш

Уяли алопеция- инсонларда соч тўкилишининг кенг тарқалган тури бўлиб, ўзгарувчан, қайталаниш хусусиятига эга бўлган аутоиммун касалликдир. Европа, Шимолий Америка ва Осиёда бир қанча йирик давлатларда ўтказилган эпидемиологик тадқиқотларда уяли алопецияҳолининг тахминан 2% га таъсир қилиши исботланган. 1970 йилларнинг бошларида уяли алопециянинг тарқалиши 0,1% дан 0,2% гача, ҳаёт давомида эса 1,7% ни ташкил этади (3,8,16). Уяли алопецияжинсга боғлиқ бўлмаган касаллик ҳисобланади, аммо баъзи тадқиқотлар шуни кўрсатадики, 45 ёшдан катта беморларда орасида аёлларга тўғри келади (11,7). Кўпгина тадқиқотларда этник келиб чиқиши бўйича уяли алопециябошланиши, давомийлиги ёки тури бўйича сезиларли фарқлар йўқ. Уяли алопецияҳар қандай ёшда бошланиши мумкин; аммо, беморларнинг кўпчилигида ушбу ҳолат 40 ёшдан олдин бу ҳолатни ривожлантиради, ўртача ёш 25 ёшдан 36 ёшгача. Эрта бошланган уяли алопеция(ўртача 5 ёшдан 10 ёшгача) асосан универсал алопеция (10,5) каби оғирроқ субтип сифатида намоён бўлади.

Уяли алопецияга бўлган мойиллик генетик омиллар билан боғлиқ. 10-20% беморларда касалликнинг оилавий анамнези мавжуд, ва ҳақиқий касаллик даражаси эҳтимолан янада юқори, чунки енгил ҳолатлар кузатилмаслиги мумкин. Генетик жихатдан полигенетик табиатга эга. ЎА (уяли алопеция) муайян HLA II синфли аллеллар билан боғлиқ, айниқса DQB1*03 ва DRB1*1104 билан. HLA аллеллари DQB1*0301 (HLA-DQ7) ва DRB1*1104 (HLA-DR11) тотал ва универсал алопеция билан боғлиқ бўлиши мумкин. Касалликнинг қўзғатувчи факторлари сифатида стресслар, вакцинация, вирусли касалликлар, инфекцияон касалликлар, антибиотик терапиялари, наркозлар ва ҳ.к. бўлиши мумкин (15,16,17)

Мақбул шартларда, соқол фолликулалари асосан HLA (гистомослик) комплексининг йўқлиги туфайли аутоантигенлар таниб олиниши мумкин бўлмаган ҳудудни ташкил этади. Уяли алопецияда иммунитетнинг мустаҳкамлиги махсус триггерлар, масалан, микроёриқлар, вирусли инфекциялар ёки эндокрин дисфункция туфайли бузилади, бу иммунитет тартибини бузилишига олиб келади. Шунингдек, MHC синфли I класидаги экстрапластик экспрессия аутореактив CD8+ Т-хужайраларлар томонидан танилиб, анаген фолликулаларга тўғридан-тўғри ва салбий таъсир кўрсатиши мумкин, натижада фолликулаларнинг апоптозига (6) олиб келади.

2.2 Тасниф

Уяли алопеция(УА) — бу генетик характерга эга бўлган, сурнкали органоспецефик аутоиммун ҳолат бўлиб, соч фолликулаларига ва баъзан тирноқларга (7-66% беморларда) таъсир қиладиган, доимий ёки вақтинча чандиқланмаган соч тўкилишига олиб келувчи касалликдир.

А	Ҳозирги кунда бу касалликни тўлиқ даволаш усуллари мавжуд эмас. Терапия сочларнинг ўсишини қайта тиклаш мақсадида ўтказилади, лекин унинг узок муддатли самарадорлигини исботлаш қийин. Уяли алопециянинг ўзига хос ремиссия эҳтимоли куйидагича: 6 ой ичида – 1/3, 1 йил ичида – 1/2, 5 йил ичида – 2/3; бу муддатдан сўнг тўлиқ ремиссия ҳолатлари кам учрайди. 5 йил ичида қайтиш эҳтимоли – 80%, 20 йил ичида – 100%. Тотал ва универсал алопецияда 5 йил давом этган касаллик ҳолатларида тўлиқ ремиссия эҳтимоли болаларда 1% ва катталарда 10% дан кам.
----------	--

Асосий терапевтик ёндашувлар:

А	<p>Маҳаллий даво: уяли алопециянинг барча турларида қўлланилади. Монотерапия имконияти мавжуд.</p> <p>Тизимли терапия: кенг тарқалган касаллик (SALT баҳоси ≥ 50). Касаллик бошланганидан кейин 4 ой ичида сочнинг $\geq 50\%$ йўқолиши. 6 ой давомида маҳаллий ёки ички кортикостероидлар билан даволанишда терапия самарасиз булган ўчоқлар. Кўп ёки катта зарарланган ҳудудлар, ички терапия орқали даволаш қийин бўлган беморлар, қўшимча инъекциялар билан боғлиқ дискомфорт хис қилган беморлар, ёки кортикостероидлардан кейин терининг атрофияси ёки маҳаллий стероидлардан кейин салбий таъсирлар кузатилган беморлар. Қошларнинг, киприклар, танадаги сочларнинг тўкилиши.</p> <p>Даволаш самараси бўлмаса: тиббий татуировка (трихопигментация, татуаж, микроблейдинг ва ҳ.к.), париклар, шиньонлар, ёрдамчи воситалар, сочлар учун маскировка воситалари (соч қўшувчилар, порошоклар, соч толалари).</p>
----------	---

Тизимли даволаш

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986133/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28088990/>

3	<ul style="list-style-type: none">• Тотал ва универсал уяли алопецияни даволаш учун тизимли кортикостероидлар тавсия этилади:• Преднизолон таблетка, ҳафтада 200 мг перорал қабул қилиш, 3 ой давомида;• Преднизолон таблетка, кунлик 40 мг дозадан бошлаб (дозани аста-секин пасайтириш билан) 6 ҳафта давомида перорал қабул қилиш;• Преднизолон таблетка, кунлик 80-100 мг дозада 3 кунлик даволаш, ҳар ойда 3 ой давомида;• Бетаметазон ампула 1,0 мл, 7-10 кунда 1 марта (4-6 марта даволаш);• Метилпреднизолон томир ичига ва мушак ичига юбориш учун эритма, 250 мг, суткада 2 марта 3 кун давомида ҳар 3 ойда томир ичига юбориш.
----------	---

Изоҳлар: Уяли алопецияни даволаш учун кортикостероидларни тизимли равишда юборишнинг бир нечта усуллари тасвирланган. Мавжуд адабиётларда перорал кортикотерапияни кундалик қўллашнинг дозаси ва давомийлиги бўйича ягона фикр мавжуд эмас. Тизимли кортикостероид терапиясининг самарадорлик даражаси юқори, аммо кўпгина беморларда дозани камайтириш ёки дори-дармонларни тўхтатишдан кейин тез орада рецидивлар кузатилади. Кортикостероидларга ижобий жавоб берадиган, лекин стероидларга боғлиқ бўлиб қолган беморлар учун бошқа тизимли препарат билан комбинация қилиш кортикостероидларнинг ножўя таъсирларини кучайтирмаслик учун самаралироқ бўлиши мумкин.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26735937/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25184911/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31048013/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27746635/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31374131/>

С
4

Тотал ва универсал учоқли алопецияни даволаш учун антиметаболитлар тавсия этилади:

- Метотрексат — ҳафтада 1 марта 15-30 мг перорал ёки тери остига 9 ой давомида; ижобий таъсир олинган тақдирда, терапияни 18 ойгача узайтириш мумкин, ижобий таъсир кузатилмаса, метотрексат бекор қилинади;
- Циклоспорин – суткада 2,5-6 мг тана вазнига нисбатан перорал 2-12 ой давомида. Клиник натижалар ижобий бўлганда, дозани аста-секин камайтириб, тўлиқ тўхтатишгача борилади;
- Азатиоприн — бошланғич дозалар суткада 0,5–1 мг/кгни ташкил этади ва беморнинг толерантлилигига қараб 2–3 мг/кг/кунгача оширилиши мумкин. Уяли алопецияга чидамли беморлар учун 2,5 мг/кг/кун дозасини кўриб чиқиш мумкин.

Изохлар: Метотрексат билан даволашнинг ўртача давомийлиги 6 ойдан 12 ойгача. Таблетка шакллари 12 соат оралиқда 2 мартаба қабул қилинади, инъекциялар эса ҳафтасига 1 мартаба қилинади. Метотрексат 15 ёшдан катта болаларга тавсия қилиниши мумкин. Метотрексат терапияси самарадорлигини ва эҳтимолий нохуш таъсирларни ҳисобга олиш керак. Метотрексат билан даволаш болаларда катталарга нисбатан кам самарадор. Агар 6 ой ичида самара кўринмаса, даволаш тўхтатилади. Метотрексат қабул қилинганидан 24 соат ўтгач, кунлик 5-10 мг дозада фолий кислотаси тавсия қилинади. Метотрексатни кам миқдордаги преднизолон билан бирга қўллаш 96% уяли алопециябилан касалланган беморларда терминал сочларнинг ўсишини тиклашга ёрдам берган. Сочларнинг тўлиқ тикланиши 15% дан 64% гача бўлган беморларда қайд этилган. Метотрексатнинг кам дозаларини ишлатишда энг кўп учрайдиган токсиклик ҳолати панцитопениядир. Буйрак етишмовчилиги, гипоальбуминемияси бўлган беморлар, нотўғри юқори дозаларни ишлатганлар ва бошқа дори воситалари билан метотрексат ўзаро таъсирини ҳисобга олмайдиган беморлар юқори хавф остида. Интерстициал пневмонит ва жигар функциясининг бузилиши ҳолатлари ҳақида хабар берилган. Фолий кислотасини қўшиш метотрексатнинг нохуш таъсирларини, айниқса, меъда-ичак йўлига таъсирини камайтиради. Метотрексатнинг турли дозалари ва қабул қилиш тезлиги тасвирланган бўлиб, ҳафтасига 5 мг дан кунига 1-5 мг гача ўзгариши мумкин.

Циклоспорин — дигидрофолатредуктаза ферменти ингибитори сифатидаги кимёвий даво воситаси бўлиб, ёрдамчи Т-хужайраларнинг фаолиятига тўсқинлик қилади ва ҳамда гамма-интерферон ишлаб чиқарилишини камайтиради, бу эса фолликул атрофидаги яллиғланишни камайтиради. Аммо, унинг юқори рецидивли фаоллиги ва узок муддатли ножўя таъсирлари, айниқса, нефротоксиклик, иммунодепрессия ва артериал гипертензия унинг қўлланилишини чеклайди. Кўрсатилган нефротоксиклик одатда вазоконстрикция орқали пайдо бўлади, аммо у қайтиши мумкин. Шунингдек, циклоспорин — бу уяли алопецияни даволашда самаралилиги тасдиқланган ягона иммунодепрессантдир.

Азатиоприн — антиметаболит бўлиб, унинг қўлланилишида энг кўп учрайдиган ножўя таъсирларидан бири ошқозон-ичак симптомлари, жигар ферментлари даражасининг ошиши, панкреатит ва суяк кўмиги фаолиятини сусайиши ҳисобланади. Азатиоприннинг энг юқори самараси системавий ёки инъекция йўли орқали қўлланиладиган кортикостероидлар билан биргаликда қўлланилганда кузатилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129481/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27699253/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30762909/>

С	<p>Оғир шаклдаги уяли алопецияни даволаш учун тавсия этилган иммуносупрессантлар (Янус-киназа ингибиторлари):</p> <p>Уяли алопециянинг оғир шаклларида тавсия этилувчи иммуносупрессантлар (янус киназа ингибиторлари)</p> <ul style="list-style-type: none">• Руксолитиниб — 20 мг дозада кунига икки марта, даволаш муддати учдан олти ойгача.• Тофацитиниб — 5 мг дозада кунига икки марта қабул қилиш, доза кунига 10 мг гача оширилиши мумкин.
----------	---

Изохлар: Тофацитинибни 15 ёшдан катта болаларга системавий терапия сифатида тайинлаш мумкин. Системавий терапиянинг самарадорлигини ва потенциал ножўя таъсирлар хавфини солиштириш керак. Энг кўп учрайдиган асоратлар енгил инфекциялар бўлиб, асосан юқори нафас йўллари ва сийдик чиқариш йўллари инфекциялари. Шунингдек, дислипидемия, лейкопения, жигар ферментлари даражасининг ошиши, бош оғриғи, ошқозон-ичак шикоятлари, чарчоқ, акне ва вазнининг ошиши каби ҳолатлар ҳам қайд этилган. Бугунги кунга қадар ножўя таъсирлар туфайли янги ўсмалар, туберкулёзнинг қайта фаоллашиши ёки госпитализация ҳоллари ҳақида хабар берилмаган. Узок муддатли хавфсизликка оид маълумотлар ҳозирча чекланган.

Даволашнинг бошқа усуллари

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23680203/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20115946/>

С
3

Оғир шаклдаги уяли алопецияси бўлган беморлар учун тавсия этилган малярияга қарши препаратлар, яллиғланишга қарши ва иммуномодулятор таъсирга эга:
Гидроксихлорохин — 5 мг/кг кунлик дозада, самарага эришгунча.

Изохлар: Узоқ муддатли қўлланишда препаратнинг кўзларга токсик таъсирини алоҳида эътиборга олиш керак. Энг кўп учрайдиган ножўя таъсирлар ошқозон-ичак ва бош оғриғи ҳисобланади.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5685931/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25246935/>

С
2

Ҳар қандай шаклдаги уяли алопецияучун тавсия этилган микроэлементлар.

- Цинк сульфати — 5 мг/кг тананинг оғирлигига кўра, кунга 3 марта овқатдан кейин перорал қабул қилиш, 3 ой давомида.

Изохлар: Цинк — метаболизмда ва ҳужайра мембраналарини барқарорлаштиришда муҳим бўлган микроэлемент. У асосий ферментлар таркибига киради ва турли биохимик реакцияларда иштирок этади. Тери ва сочларнинг тикланиши, нерв импульслари узатиш жараёнларига таъсир қилади. Овқат орқали қабул қилиш терини тикланишини ва сочларнинг ўсишини рағбатлантиради, иммуномодулятор таъсирига эга ва юқори дозаларда кўнгил айланишига сабаб бўлиши мумкин.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17610992/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6029002/>

С

Рефрактер уяли алопецияшаклларида иммуномодулятор ва иммунодепрессантлар қўлланиши тавсия этилади

- Сульфасалазин— иммуно-модулятор ва иммунодепрессант, тавсия этилган дозаси: 1,5 г кунга икки марта, ёки 15–30 мг/кг/кун, кунга икки марта бўлиб.

Изохлар: Сульфасалазин иммуномодулятор ва иммунодепрессант сифатида ишлатилади ва ярали коллит, Крон касаллиги ва псориаз каби бир нечта аутоиммун касалликларда қўлланилади. Назорат қилинмаган очиқ тадқиқотда сульфасалазин (1,5 г кунга 2 марта) рефрактер уяли алопециябилан касалланган беморларда 25% дан 68% гача сочларнинг ўсишини қайта тиклашга ёрдам берганлиги кўрсатилди, у алоҳида ёки КТ терапияси билан бирга қўлланилганда КТнинг таъсирини камайтиради. Аммо, унинг ёқимсиз таъсирлари уни чекловчи омил бўлиб қолмоқда.

Яқинда месалазин (15–30 мг/кг кунга икки марта) рефрактер ва оғир уяли алопециябилан касалланган бешта бола ва ёшларда (2–17 ёш) сочларнинг ўсишини тиклашда, маҳаллий перорал КТ ёки миноксидил/бетаметазон билан боғлиқ бўлган ёки боғланмаган ҳолда самарали бўлгани хабар берилди. Шунингдек, препарат перорал стероидларни қабул қилиш тўхтатилганида рецидив ҳолатларни камайтиради.

Кортикостероидлар ёрдамида ўчоқ ичини даволаш

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14616359/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681108/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5916422/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/#bib0090>

A 3, B 2	<p>Уяли алопециябилан касалланган беморларга, агар ўчоқлари кичик бўлса (<3 см), қисқа давом этиш муддатига эга бўлса ёки бош терисининг 25% дан камроғини қамраб олса, тавсия қилинган:</p> <ul style="list-style-type: none">• Триамцинолон ацетонид: бош териси учун 2,5–10 мг/мл ва юз ҳамда бошқа жойлар учун 2,5–5 мг/мл, 14 кунда бир марта.• Бетаметазона дипропионат (2 мг) + бетаметазона динатрия фосфат (5 мг): зарарланган ўчоқда 0,2 мл/см² миқдорида тери ичига киритиш, 28 кунда бир марта.• Гидрокортизона ацетат: 25 мг/мл, 14 кунда бир марта.
-----------------------------	--

Изохлар: Триамцинолонни ўчоқ ичига 12 ёшдан катта болаларга киритилиши мумкин. Буни амалга оширишда ножўя таъсирлар ва мумкин бўлган самараларини ҳисобга олиш зарур. Ножўя таъсирлар атрофия ва телеангиэктазиялар бўлиши мумкун. Кортикостероидларни кўзга яқин жойларга, масалан, қош атрофига киритганда катаракта ёки ички кўз босимининг ошиш ҳавфи ортиши мумкин. Кўпчилик таъсирларини камайтириш учун препаратнинг ҳажмини ва инъекциялар сонини қисқартириш, шунингдек, ички эпидермал инъекцияларни олдиндан олиш тавсия қилинади. Инъекциялардан оғрикни камайтириш учун процедурага киришишдан олдин маҳаллий анестезия воситасини қўллаш тавсия этилади.

Бетаметазоннинг кўпроқ эритиладиган дипропионат шакли тез сўрилади. Камроқ эритиладиган динатрий фосфат эса секин сўрилади ва препаратнинг самарали концентрациясини узокроқ сақлайди. Инъекция методикаси дерма ёки терининг юқори қисмига 0,05–0,1 мл миқдорида киритишдан иборат бўлиб, инъекциялар ўртасида 0,5–1 см ва сеанслар ўртасида 4–6 ҳафта интервал сақланади.

Маҳаллий кортикостероидлар билан даволаш

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569105/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211297/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24226568/>

C 4	<p>Барча шаклдаги уяли алопециякасаллигини даволаш учун тавсия этилган топик глюкокортикостероид препаратлар:</p> <ul style="list-style-type: none">• Флуоцинолон ацетонид: крем 0,25% кунига 2 марта маҳаллий қўлланилади, терапия давомийлиги 2 ойгача.• Бетаметазона валерат: пена 0,1% ёки крем, кунига 2 марта маҳаллий қўлланилади, терапия давомийлиги 2 ойгача.• Бетаметазона дипропионат: лосьон 0,05% ёки крем 0,05% кунига 2 марта маҳаллий қўлланилади, терапия давомийлиги 2 ойгача.• Клобетазол: крем 0,05% эрталаб ва кечкурун икки марта, 6 ҳафта давомида икки курс, ҳар бир курсдан кейин 6 ҳафта танаффус билан, умумий давомийлиги 24 ҳафта.• Мометазона фураат: лосьон 0,1% кунига 2 марта маҳаллий қўлланилади, терапия давомийлиги 2 ойгача.
----------------	---

Изоҳлар: Сочлар ўсишининг дастлабки белгилари 6 ҳафтадан кейин кўринади. Ушбу терапевтик усулнинг афзалликлари систематик усулларга қараганда камроқ ёқимсиз таъсирлар, беморлар томонидан кўпроқ севилиши ва турли усуллар билан қўлланиш имкониятидан иборат. Топик кортикостероидларнинг самарадорлиги окклюзия билан қўлланганда ошиши мумкин. Бу препаратларнинг энг кенг тарқалган ёқимсиз таъсирлари фолликулит, маҳаллий терининг атрофияси, стриялар, акне, телеангиэктазиялар, дисхромия ва кам ҳолларда буйрак усти беши фаолиятининг пасайишини ўз ичига олади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28551734/>

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2014/2/031997-2849201422>

C 4	<p>Барча шаклдаги уяли алопециякасаллигини даволаш учун тавсия этилган топик кальциневрин ингибиторлари:</p> <ul style="list-style-type: none">• Такролимус 0,1% кунига 2 марта, 6 ой давомида қўлланилади.• Пимекролимус 1% кунига 2 марта, 6 ой давомида қўлланилади.
----------------	--

Изоҳлар: Топик кальциневрин ингибиторлари 5 ёшдан катта болаларга тавсия этилган.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14996087/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835901/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524397/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31499158/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/minoksidil-v-praktike-vracha-trihologa>

C 4	<p>Барча шаклдаги уяли алопециякасаллигини даволаш учун тавсия этилган системали ва топик вазодилататорлар:</p> <ul style="list-style-type: none">• Миноксидил 2% ва 5%: кунига 2 марта 1 мл дан қўлланилади.
----------------	---

Изохлар: Миноксидилнинг ташқи терапияси 8 ёшдан катта болаларга рухсат этилган. Препаратнинг терапевтик таъсири 3-4 ҳафтадан кейин кузатилади. Миноксидилнинг сочларнинг ўсишини рағбатлантирувчи таъсири вазодиятация, ангиогенез, миноксидил сульфати билан калий каналларини очиш, хужайралар кўпайишини рағбатлантириш, коллаген синтезини ингибирлаш, томир эндотелий ўсиш фактори ва простагландинлар синтезини рағбатлантириш билан боғлиқ. Кутилган нојўя таъсирлар орасида гипертрихоз, контакт дерматити ва қичишиш мавжуд.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26511831/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338548/>

В 1	<p>Барча шаклдаги уяли алопециякасаллигини даволаш учун ва болаларда ҳам қўлланиладиган топик иммунотерапия тавсия этилган:</p> <ul style="list-style-type: none">• Дифенилциклопропенон: маҳаллий, концентрацияларни ошириб 0,01%, 0,02%, 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,5%, 1% ва 2% га қадар қўлланилади, енгил эритемагача.• Антралин: 0,5% дан 2,0% гача ташқи кўринишда.
----------------	--

Изохлар: Бу терапия хавфсиз, аммо муаммоларни олдини олиш учун эҳтиёткорлик билан амалга оширилиши керак. Мақсад маҳаллий таъсирланишни чақириш бўлгани учун, препаратнинг тери билан алоқада бўлиш вақти тизимли равишда узайтирилиши керак, ёритишни кучайтиришдан сақланиш лозим. Антралин қўлланилганда ишланган жойда гиперпигментация ҳосил бўлади, аммо даволаш тўхтатилгандан кейин ранг нормал ҳолга келади. Бу усул болаларда қўлланилиши учун мўлжалланган.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107964/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/>

С 4	<p>Киприклар соҳасида алопеция локализацияси учун тавсия этилган офтальмологик воситалар, простагландинлар:</p> <ul style="list-style-type: none">- Биматопрост 0,03%: ҳар кеча юқори қовоқ киприклар асосига 1-4 ой давомида қўлланилади, клиник самарага эришилса, терапия давом эттирилиши мумкин.- Латанопрост 0,005%: ҳар кеча юқори қовоқнинг киприклар асосига 1-4 ой давомида қўлланилади, клиник самарага эришилса, терапия давом эттирилиши мумкин.
----------------	--

Изохлар: болаларга 12 ёшдан тавсия этилади

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25991888/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23607773/>

С 4	<p>Локал ва субтотал турида, стационар ва регрессия босқичларида тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Бошнинг сочли қисми терисига PRP муолажаси 3 ҳафтада 1 марта, 3 сессия.
----------------	--

Изохлар: 15 ёшдан болаларга тавсия этилади.

Физиотерапевтик даволаш усуллари

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27802065/>

С 4	<p>УФО (Ультрабинафша нурлантириш) Тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли ультрабинафша нур терапияси (UVB-311) Ўрта тўлқинли ультрабинафша терапияси 308 нм тўлқин узунлигида (эксимер нури билан, дерматозларнинг чекланган шаклларида) Бошнинг сочли қисми UVB си Фотохимиотерапия ички қўлланилиши билан фотосенсибилизаторлар (ПУВА) Абляциясиз фракционал фототермолиз (тўлқин узунлиги 1550 нм) Паст даражали фототерапия LLLT Тулиев лазери (Тўлқин узунлиги 1927 нм)</p>
----------------	--

Изох: болаларга 4 ёшдан бошлаб тавсия этилади

Изох: Физиотерапевтик муолажалар касалликнинг шакли, оғирлик даражаси ва шикастланиш майдонини, шунингдек, мавжуд қарши кўрсатмаларни ҳисобга олган ҳолда тайинланади.

Фототерапияда фотосенсибилизаторни танлаш ташхисни, препаратнинг таъсир механизмини ва унинг мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда даволовчи шифокор томонидан белгиланади.

Фототерапиядан олдин минимал эритемик доза (МЭД) ёки фототоксик доза (ФТД) аниқланади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25991888/>

<https://www.hilarispublisher.com/open-access/alopecia-areata-good-response-to-treatment-with-fractional-laser-in-5-cases-jcct-1000108.pdf>

С 4	<p>Локал шаклида:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ноабляцион фракцион фототермолиз (тўлқин узунлиги 1550 нм): лазер нурланиш дозаси 30-45 мДж/см², 6-8 зарарланган ўчоқ, 8-10 ўтиш, 3-6 ҳафта интервал билан 2-3 сеанс. • Неабляцион фракцион фототермолиз (тўлқин узунлиги 1550 нм): лазер нурланиш тавсия этилади дозаси 10-15 мДж, МЛЗ 300/см²/ўтиш, ҳар сеансда 2 марта ўтиш, 1 ҳафта интервал билан 24 сеанслик курс. <p>Субтотал, тотал ва универсал шаклда тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ноабляцион фракцион фототермолиз: лазер нурланиш дозаси 10-15 мДж, МЛЗ 300/см²/ўтиш, 2 ҳафта интервал билан 10 сеанс. Бу терапия 5% миноксидил билан биргаликда қўлланилади, ҳар куни 2 марта фототермолиз сеансидан кейин дарҳол
----------------	---

	<p>қўлланилади.</p> <ul style="list-style-type: none"> • соч фолликуласига таъсир қилувчи турли восита ва зардобларни қўллаб тулиев лазер (тўлқин узунлиги 1927 нм) • пастдаражали фототерапия
--	--

Изолар: болаларга 8 ёшдан бошлаб тавсия этилади

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524397/>

В 4	<p>Локал турида тавсия этилмайди:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Уяли алопецияда терига ультрафиолет нурланишни тавсия этиш. Фотосенсибилизаторларни ички қабул қилиш билан фотохимиотерапия (ПУВА). • Прогрессия босқичида системали ва ташқи вазодилататор воситаларни, шу жумладан миноксидил, аминексил, миваллар тавсия этилмайди.
----------------	--

Изохлар: Иккита ретроспектив таҳлиллар ушбу усулнинг паст самарадорлигини хабар қилган. Даволашдан кейин рецидивлар кўп учрайди ва соч ўсишини сақлаб қолиш учун қўллаб-қувватловчи процедуралар талаб этилади, бу эса ультрабинафша нурланишнинг қабул қилиб бўлмайдиган даражада юқори кумулятив дозасига олиб келиши мумкин.

http://urniidvi.ru/files/kvb_3_12.pdf

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venereologiya/2016/4/1199728492016041102>

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

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

В 3	<p>Қондаги токсинлар, аутоантителолар, циркуляцияланаётган иммун комплекслар (ЦИК), яллиғланишолди цитокинлари кабиларни чиқариб юбориш ҳамда метаболизм ва ички аъзолар функционал ҳолатини нормаллаштириш мақсадида плазмаферез муолажаси тавсия этилади.</p>
----------------	---

<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>

С 5	<p>НИЛИ Озонотерапия PRP-терапия</p>
----------------	--

В 3	<p>Тирноқ пластинкаларида ўзгариш аниқланса подологик муолажалар тавсия этилади.</p>
----------------	--

Жаррохлик амалиёти:

Қўлланилмайди.

“УЯЛИ АЛОПЕЦИЯ”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ – 2024

2.1. Кириш

Уяли алопеция- инсонларда соч тўкилишининг кенг тарқалган тури бўлиб, ўзгарувчан, қайталаниш хусусиятига эга бўлган аутоиммун касалликдир. Европа, Шимолий Америка ва Осиёда бир қанча йирик давлатларда ўтказилган эпидемиологик тадқиқотларда уяли алопецияҳолининг тахминан 2% га таъсир қилиши исботланган. 1970 йилларнинг бошларида уяли алопециянинг тарқалиши 0,1% дан 0,2% гача, ҳаёт давомида эса 1,7% ни ташкил этади (3,8,16). Уяли алопецияжинсга боғлиқ бўлмаган касаллик ҳисобланади, аммо баъзи тадқиқотлар шуни кўрсатадики, 45 ёшдан катта беморларда орасида аёлларга тўғри келади (11,7). Кўпгина тадқиқотларда этник келиб чиқиши бўйича уяли алопециябошланиши, давомийлиги ёки тури бўйича сезиларли фарқлар йўқ. Уяли алопецияҳар қандай ёшда бошланиши мумкин; аммо, беморларнинг кўпчилигида ушбу ҳолат 40 ёшдан олдин бу ҳолатни ривожлантиради, ўртача ёш 25 ёшдан 36 ёшгача. Эрта бошланган уяли алопеция(ўртача 5 ёшдан 10 ёшгача) асосан универсал алопеция (10,5) каби оғирроқ субтип сифатида намоён бўлади.

Уяли алопецияга бўлган мойиллик генетик омиллар билан боғлиқ. 10-20% беморларда касалликнинг оилавий анамнези мавжуд, ва ҳақиқий касаллик даражаси эҳтимолан янада юқори, чунки енгил ҳолатлар кузатилмаслиги мумкин. Генетик жихатдан полигенетик табиатга эга. ЎА (уяли алопеция) муайян HLA II синфли аллеллар билан боғлиқ, айниқса DQB1*03 ва DRB1*1104 билан. HLA аллеллари DQB1*0301 (HLA-DQ7) ва DRB1*1104 (HLA-DR11) тотал ва универсал алопеция билан боғлиқ бўлиши мумкин. Касалликнинг қўзғатувчи факторлари сифатида стресслар, вакцинация, вирусли касалликлар, инфекцияон касалликлар, антибиотик терапиялари, наркозлар ва ҳ.к. бўлиши мумкин (15,16,17)

Мақбул шартларда, соқол фолликулалари асосан HLA (гистомослик) комплексининг йўқлиги туфайли аутоантигенлар таниб олинishi мумкин бўлмаган ҳудудни ташкил этади. Уяли алопецияда иммунитетнинг мустаҳкамлиги махсус триггерлар, масалан, микроөриклар, вирусли инфекциялар ёки эндокрин дисфункция туфайли бузилади, бу иммунитет тартибини бузилишига олиб келади. Шунингдек, MHC синфли I класидаги экстрапластик экспрессия аутореактив CD8+ Т-хужайраларлар томонидан танилиб, анаген фолликулаларга тўғридан-тўғри ва салбий таъсир кўрсатиши мумкин, натижада фолликулаларнинг апоптозига (6) олиб келади.

2.2 Тасниф

Уяли алопеция (УА) — бу генетик характерга эга бўлган, сурнкали органоспецефик аутоиммун ҳолат бўлиб, соч фолликулаларига ва баъзан тирноқларга (7-66% беморларда) таъсир қиладиган, доимий ёки вақтинча чандиқланмаган соч тўкилишига олиб келувчи касалликдир.

Реабилитация усуллари кўллаш учун тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Тиббий реабилитация талаб этилмайди

Профилактик усуллари кўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар, профилактика ва диспансер кузатув.

- Касаллик прогрессиясини профилактика қилиш учун беморларга профилактик тадбирлар ўтказиш тавсия этилади (стресс, шамоллашларни олдини олиш, организмда сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш) [3,5,7].

Беморлар диспансеризацияси тери-таносил диспансерларида дерматолог - шифокорлар томонидан амалга оширилади. [1]

Кейинги олиб бориш:

Турар жой дерматологида динамик кузатув олиб борилиб, унинг давомида кўллаб турувчи терапия, ўтказилаётган даволашнинг ноҳўя таъсирини камайтириш, тери парвариши бўйича базавий парвариш, қўзғатувчи омилларни бартараф этиш усуллари ҳал қилинади.

Адабиёт:

1. Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 2021(<https://diseases.medelement.com/disease>)
2. Gip L, Lodin A, Molin L. Alopecia areata. A follow-up investigation of outpatient material. Acta Derm Venereol. 1969;49:180–188.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4184566/>
3. Walker SA, Rothman S. A statistical study and consideration of endocrine influences. J Invest Dermatol. 1950;14:403–413.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15428703/>
4. Ro BI. Alopecia areata in Korea (1982–1994) J Dermatol. 1995;22:858–864.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8557859/>
5. Whiting DA. Histopathologic features of alopecia areata. Arch Dermatol. 2003;139:1555–1559.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14676070/>
6. Fricke ACV, Miteva M. Epidemiology and burden of alopecia areata: a systematic review. Clin Cosmet Investig Dermatol. 2015;8:397–403.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26244028/>
7. Pratt CH, King LE Jr, Messenger AG, Christiano AM, Sundberg JP. Alopecia areata. Nat Rev Dis Primers. 2017;3(1):17011. doi: 10.1038/nrdp.2017.11
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28300084/>
8. Kurosawa M., Nakagawa S., Mizuashi M., Sasaki Y., Kawamura M., Saito M. A comparison of the efficacy, relapse rate and side effects among three modalities of systemic corticosteroid therapy for alopecia areata. Dermatology. 2006;212:361–365.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16707886/>
9. Bin Saif G.A., Al-Khawajah M.M., Al-Otaibi H.M., Al-Roujayee A.S., Alzolibani A.A., Kalantan H.A. Efficacy and safety of oral mega pulse methylprednisolone for severe therapy resistant Alopecia areata. Saudi Med J. 2012;33:284–291.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22426909/>
10. Parente L. Deflazacort: therapeutic index, relative potency and equivalent doses versus other corticosteroids. BMC Pharmacol Toxicol. 2017;18:1.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28057083/>
11. Адаскевич В.П., Мяделец О.Д., Тихоновская И. В. Алопеция. - М.: Медицинская книга. - Н.Новгород: Изд-во НГМА, 2015.- 192 с
<https://www.vsmu.by/58-persons/1490-adaskevichup.html>
12. Азимова Ф.В., Сабиров У.Ю., Исмагилов А.И., Иноятов А.Ш. Перспективные направления в лечении алопеции // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2012. - №3-4.- С.59-62.
https://dermatology.uz/old/pdf/medic_jurnal/DERMATOLOGIYA_N-3-4_2012.pdf

13.Арифов С. С. К вопросу о лечении алопеции // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2012. - №1-2. - С. 44-48.
https://dermatology.uz/old/pdf/medic_jurnal/Jurnal_Dermatologiya_N-3_2021.pdf

14.Арифов С.С., Азимова Ф.В. К вопросу о лечении алопеции// Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2012. - №1-2.- С.44-48.

https://dermatology.uz/old/pdf_fail/DERMATOLOGIYA_Jurnal_N-4_2022_NEW.pdf

15.Балтабаев А.М., Ниязов Б.С., Балтабаев М.К., Токталиев Дж.Дж. Современные клинические аспекты течения гнездной алопеции. Consilium Medicum. Дерматология (Прил.). 2016; 4: 10–14

<https://omnidocor.ru/upload/iblock/8f5/8f500932f1b01b089394697f91554c2e.pdf>

16.Златогорский А., Шапиро Д. Трихология / под ред. А. Литуса. Пер. с англ. Ю. Овчаренко. 2-е изд., доп. и перераб. Киев: Родовид, 2016. 276 с

https://www.researchgate.net/publication/360570085_Peculiarities_of_clinical_course_and_diagnostic_of_alopecia_areata_with_comorbidity_Clinical_observations

17. Потекаев Н.Н., Терещенко Г.П., Гаджигороева А.Г. Современные представления об этиологии и патогенезе очаговой алопеции. Клиническая дерматология и венерология. 2009; 4: 4-8.

<http://elib.fesmu.ru/Article.aspx?id=208481>

18. Рахматов А. Б. Системное лечение диффузной алопеции // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2014. - N2Д4014(22). - С. 13-16.

https://dermatology.uz/old/pdf/medic_jurnal/Jurnal_Dermatologiya_N-3_2021.pdf

19. Рахматов А. Б., Курбанова Ш.М. Применений "Централ-Б" в дерматологии // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2014. - Том 24 N3-4. - С. 61-66.

https://dermatology.uz/old/pdf/medic_jurnal/Jurnal_Dermatologiya_N-3_2021.pdf

20. Рахматов А. Б., Рахматов Т.П., Рахматова Д.В. Новые возможности лечения болезней волос // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Т., 2013. - Том 17 N1. - С. 48-55.

https://dermatology.uz/old/pdf/medic_jurnal/Jurnal_Dermatologiya_N-3_2021.pdf

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5573125/>

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.1998.tb00727.x>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5862393/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521674/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22011591/>

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/wpr-25153>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6028992/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18613874/>

<https://diseases.medelement.com/disease>

<s://www.rodv.ru/upload/iblock/615/615258d9f33e185fa49b7e12fd3e2ecc.docx>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/>

<https://static.insales-cdn.com/files/1/1337/7488825/original/dfp.pdf>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10539276/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27986133/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28088990/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26735937/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25184911/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31048013/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27746635/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31374131/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129481/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27699253/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30762909/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23680203/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20115946/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17610992/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6029002/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14616359/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3681108/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5916422/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/#bib0090>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569105/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211297/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24226568/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28551734/>
<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2014/2/031997-2849201422>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14996087/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835901/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524397/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31499158/>
<https://cyberleninka.ru/article/n/minoksidil-v-praktike-vracha-trihologa>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26511831/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338548/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3107964/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25991888/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23607773/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19293023/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27802065/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25991888/>
<https://www.hilarispublisher.com/open-access/alopecia-areata-good-response-to-treatment-with-fractional-laser-in-5-cases-jctt-1000108.pdf>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22524397/>
<https://www.medscape.com/viewarticle/470170>

