

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN DERMATOVENEROLOGIYA VA
KOSMETOLOGIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“UYALI ALOPETSIIYA” BO`YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR**

TOSHKENT 2024



«TASDIQLAYMAN»
O'zRISSV RIDV va KIATM direktori
v.b. Sabirov U.Yu.

«21» may 2025yil.

“UYALI ALOPETSIIYA” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

**“UYALI ALOPETSIIYA” NOZOLOGIYASI BO`YICHA
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2024

1. Kirish

KXK-10\11 bo'yicha kodlar

L63/ED70.20	Uyali alopetsiya
L63.0/ED70.21	Total uyali alopetsiya
L63.1	Universal uyali alopetsiya
L63.2	Uyali alopetsiyaning lentasimon shakli
L63.8/ED70.2Y	Uyali alopetsiyaning boshqa turlari
L63.9/ED70.2Z	Uyali alopetsiyaning aniqlanmagan shakli
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11249 / https://mkb-11.com/index.php?id=ED70.2

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2024 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2027 yil yoki yangi dalillar paydo bo'lishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

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

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishga quyidagilar yordam berdi: Jarayonni tashkil etish uchun dermatovenerologiya sohasidagi ishchi guruh a'zolari:

1. Sobirov U.Yu. Markaz direktori, t.f.d., prof. RIDvaKIATM
2. Azimova F.V. Yetakchi ilmiy hodim, dermatovenerolog, trixolog, t.f.d. RIDvaKIATM
3. Qurbanova K.Sh. Dermatovenerolog, dermatokosmetolog shifokor RIDvaKIATM
4. Boxodirova A.A. Dermatovenerolog shifokor, ilmiy kotib RIDvaKIATM
5. Raxmatova M.S. Direktorning ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari yordamchisi, Dermatovenerolog shifokor RIDvaKIATM

Taqrizchilar:

1. Nino Lortkipanidze – professor, Gruziyaning sochlarni tekshiruvchi jamiyati Prezidenti.
2. Ganiyeva Shaxnoza Tursunovna – t.f.n., TXKMPMning dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrası assistenti

Texnik ko'rib chiqish va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – tibbiyot fanlari doktori, davolash ishlari bo'yicha direktor o'rinbosari, markaz bosh vrachi.
2. Jalilov Dilshod Sayfullaevich – t.f.n. Ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Klinik protokol Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston dermatovenerologlari assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, shuningdek, dermatovenerologiya xizmati viloyat shifokorlari ishtirokida 202__ yil _____ kuni bo'lib o'tgan ilmiy kengash (bayonnoma № __) yig'ilishida muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Mundarija:

“UYALI ALOPETSIIYA” NOZOLOGIYASINI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	5
“UYALI ALOPETSIIYA” NOZOLOGIYASI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	40
“UYALI ALOPETSIIYA” NOZOLOGIYASINI PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	51

Qisqartmalar jadvali

KXT	Kasallikning xalqaro tasnifi
TTD	Teri tanosil dispanseri
DID	dalillarning isbotlanganlik darajasi
XNN	Xalqaro nopatentlangan nomlanishi
FSG	Folikulstimullovchi gormon
LG	Lyuteinlovchi gormon
DGEA	degidroepiandosteron
ml	millilitr
mg	milligramm
UQT	Umumiy qon tahlili
UST	Umumiy siydik tahlili
BP	Benzoil peroksid
TVI	Tana vazni indeksi
KOK	Kombinirlangan oral kontraseptivlar
KFK	kreatinfosfakinaza
ALAT	alaninaminotranferaza
ASAT	aspartaminotransferaza
TG	Trigliseridlar
ECHT	Eritrositlar cho'kish tezligi
CRB	C-reaktiv oqsil
UTT	Ultratovush tekshiruvi
IFT	Immunoferment tahlil
IXLT	Immunoxemilyuminesent tahlil
PZR	Polimerzanjir reaksiya
PILN	Past intensiv lazer nurlanish
IQ	Infraqizil
TIT	To'g'riimmunofluoresens tekshiruv
v/i	Vena ichiga
m/i	Mushak ichiga

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatologlar va dermatokosmetologlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pediatrlar;
4. Laboratoriya shifokorlari;
5. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari;
6. Klinik farmakologlar;
7. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, o'qituvchilar;
8. Ushbu patologiya bilan og'rikan bemorlar, ularning oilaviy a'zolari va ularga g'amxo'rlik qiluvchilar.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi: Uyali alopetsiya bilan og'rikan bemorlar

Dalillarga asoslangan tibbiyotda dalillar darajasi shkalasi. Diagnostika usullari uchun dalillar darajasini baholash shkalasi

UDD	Sharhi
1	Referens usulidan foydalangan tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi yoki meta-tahlil qo‘llanilishi bilan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
2	Referens usulidan foydalangan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlil qo‘llanilgan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari, har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
3	Referens usuli bo‘lmagan nazoratsiz tadqiqotlar yoki tadqiq etilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usulidan foydalangan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
5	Faqat ta'sir mexanizmlari asoslantirilgan yoki mutaxassislarning fikri mavjud.

Profilaktik, davolash va rehabilitatsiya uchun dalillar ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

UDD	Sharhi
1	Meta-tahlil qo‘llangan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
2	Alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlil qo‘llanilgan randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari, har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kohort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasining tavsifi, "holat-nazoratchi" tadqiqotlari.
5	Faqat aralashuvning ta'sir mexanizmining asoslantirilishi (doklinik tadqiqotlar) yoki mutaxassislar fikri mavjud.

Profilaktik, diagnostika, davolash va rehabilitatsiyatadbirlari uchun tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

UUD	Sharhi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega, ularning natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq).
B	Shartli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega emas va/yo‘ki ularning natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas).
C	Kuchsiz tavsiya (musoajali sifatdagi dalillar yo‘q; barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas).

2.Asosiy qism.

2.1.Kirish.

Uyali alopetsiya - insonlarda soch to'kilishining keng tarqalgan turi bo'lib, o'zgaruvchan, qaytalanuvchan xususiyatga ega bo'lgan autoimmun kasallikdir. Yevropa, Shimoliy Amerika va Osiyoda bir nechta yirik davlatlarda o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlarda uyali alopetsiyaning aholining taxminan 2% ga ta'sir qilishi isbotlangan. 1970-yillarning boshlarida uyali alopetsiyaning tarqalishi 0,1% dan 0,2% gacha, hayot davomida esa 1,7% ni tashkil etadi (3,8,16). Uyali alopetsiya jinsga bog'liq bo'lmagan kasallik hisoblanadi, ammo ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, 45 yoshdan katta bemorlar orasida ayollarga to'g'ri keladi (11,7). Ko'p tadqiqotlarda etnik kelib chiqishi bo'yicha uyali alopetsiyaning boshlanishi, davomiyligi yoki turi bo'yicha sezilarli farqlar yo'q. Uyali alopetsiya har qanday yoshda boshlanishi mumkin; ammo, bemorlarning ko'pchiligida ushbu holat 40 yoshdan oldin rivojlanadi, o'rtacha yosh 25 yoshdan 36 yoshgacha. Erta boshlangan uyali alopetsiya (o'rtacha 5 yoshdan 10 yoshgacha) asosan universal alopesiya (10,5) kabi og'irroq subtip sifatida namoyon bo'ladi (11,33,5).

Uyali alopetsiya (UA) genetik omillar bilan bog'liq. 10-20% bemorlarda kasallikning oilaviy anamnezi mavjud, va haqiqiy kasallik darajasi ehtimol yana yuqori, chunki yyengil holatlar kuzatilmaligi mumkin. Genetik jihatdan poligenik tabiatga ega. UA ma'lum HLA II sinfli allellar bilan bog'liq, ayniqsa DQB1*03 va DRB1*1104 bilan. HLA allellari DQB1*0301 (HLA-DQ7) va DRB1*1104 (HLA-DR11) total va universal alopesiya bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Kasallikning qo'zg'atuvchi faktorlariga stresslar, vaksinatsiya, virusli kasalliklar, infeksiyon kasalliklar, antibiotik terapiyalari, narkozlar va h.k. kirishi mumkin (14,15,17).

Ma'qul sharoitlarda, soch follikulalari asosan HLA (gistomoslik) kompleksining yo'qligi tufayli autoantigenlar tanib olinmaydigan hududni tashkil etadi. Uyali alopetsiya immunitetning mustahkamligi maxsus triggerlar, masalan, mikrojarohatlar, virusli infeksiyalar yoki endokrin disfunktsiya tufayli buziladi, bu esa immunitet tartibini buzilishiga olib keladi. Bundan tashqari, avtoreaktiv CD8+ T-hujayralari tomonidan tan olinadigan I-sinf MHC ning ektopik ekspressiyasi to'g'ridan-to'g'ri anagen soch follikulariga salbiy ta'sir ko'rsatishi va follikulyar apoptozga olib kelishi mumkin(6).

2.2 Tasnif

Uyali alopetsiya (UA) - bu genetika bilan bog'liq, surunkali organo-spetsifik autoimmun holat bo'lib, soch follikulariga va ba'zan tirnoqlarga (7-66% bemorlarda) ta'sir qiladigan, doimiy yoki vaqtinchalik chandiqlanmagan soch to'kilishiga olib keluvchi kasallikdir.

1.3. Tasnifi:

Uyali alopetsiya hajmi va soch to'kilish turi bo'yicha quyidagi klinik shakllarga bo'linadi:

- lokal (chegaralangan);
- subtotal;
- total;
- universal.

Uyali alopetsiyaning boshqa shakllari quyidagilardir:

- alopetsiyaning ko'p uyali (tarqoq) joylashishi;
- ofiazis;
- invers ofiazis (sisapho);
- diffuz shakl.

Uyali alopesiyaning og'irlik darajasiga ko'ra:

- progressiv;
- stasionar;
- regressiv.

1.4 Klinik ko'rinishi

Mahalliy (chegaralangan) ko'rinishdagi uyali alopesiya (UA) holatida boshning sochli qismlarida aniq chegaralangan bir yoki bir nechta doirasimon alopesiya o'choqlari aniqlanadi. Subtotal ko'rinishdagi uyali alopesiya (UA) holatida boshning sochli terisining 40% dan ortig'ida soch bo'lmaydi. Ofiazis holatida alopesiya o'choqlari lenta shaklida bo'lib, quloq va ensa sohalaridagi sochlarning o'sish chegarasini qamrab oladi. Invers ofiazis (sisapho) holatida alopesiya o'choqlari lenta shaklida bo'lib, peshona, tepa va chakka qismlariga tarqaladi. Diffuz ko'rinishdagi uyali alopesiya (UA) holatida boshning sochli qismlarida sochlar qisman yoki to'liq diffuz ravishda to'kiladi. Total ko'rinishdagi uyali alopesiya (UA) holatida boshning sochli qismida barcha terminal sochlar to'liq yo'qoladi. Universal ko'rinishdagi uyali alopesiya (UA) holatida boshning sochli qismida, qoshlar, kirpiklar va tana terisida sochlar to'kilishi bilan tavsiflanadi.

Patologik jarayon bosqichlari:

Faol (progressiv, progressirlovchi) bosqich: Sub'yektiv simptomlar odatda yo'q, lekin ba'zi bemorlar ta'sirlangan joylarda qichishish, qizish yoki og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin. Tipik zararlanish o'choqlari do'mboq yoki oval shakldagi chandiqsiz soch to'kilish zonalari bo'lib, terining rangi o'zgarmagan bo'ladi. Kam hollarda qizil yoki shaftoli rangdagi o'choqlar kuzatiladi. Proksimal tomoni tor va distal tomoni keng bo'lgan sochlar - undov belgisi shaklida bo'lib, bu o'choqda yoki uning atrofida ko'rinishi mumkin bo'lgan xarakterli belgidir. Kasallikning faol bosqichida zararlanishlar chegaralarida sochlarni tortish testlari ijobiy bo'lishi mumkin - bu zona "qimirlagan sochlar" deb ataladi. Bu zonaning chegarasi 0,5-1 sm dan oshmaydi. UA deyarli hamma joyda bo'lishi mumkin, ammo taxminan 90% bemorlarda boshning sochli qismi ta'sirlanadi. Boshlang'ich bosqichda kasallik oq sochlarga ta'sir qilmaydi (18,19).

Stasionar bosqich. Alopesiya o'chog'i atrofida «qimirlagan sochlar» zonasini aniqlash mumkin emas, o'choqdagi teri o'zgarmagan bo'ladi.

Regress bosqich. Alopesiya o'chog'ida vellus – rangsiz yumshoq sochlarning o'sishi va qisman pigmentlangan terminal sochlarning o'sishi kuzatiladi. Sochlar o'sishi tiklanganida, odatda, dastlabki sochlar gipopigmentlangan bo'ladi, lekin vaqt o'tishi bilan ularning rangi odatiy rangiga qaytadi. UA bilan og'riqan bemorlarda (7-66% hollarda) tirnoqlarda o'zgarishlar kuzatilishi mumkin: tirnoqlarning nuqtasimon yaralari, traxionixiya, Bo chiziqlari, onixoreksis, tirnoqlarning siyraklashishi yoki qalinlashishi, onixomadezis, koylonixiya, nuqtasimon yoki bo'yama leykonixiya, qizil dog'li lunula. Bemorlarning 50% gacha hatto davolamasdan bir yil ichida so'gayishadi (o'z-o'zidan remissiya). Bundan tashqari, 85% bemorlarda kasallik bir necha marta qaytalanishi mumkin. Agar UA pubertat yoshiga qadar paydo bo'lsa, total alopesiya rivojlanish ehtimoli 50% ni tashkil etadi. Total yoki universal alopesiya holatida to'liq so'gayish ehtimoli 10% dan kam. Prognozga kasallikning erta boshlanishi, uning uzoq davom etishi, oilaviy anamnez, qo'shimcha atopiya va boshqa autoimmun kasalliklarning mavjudligi ta'sir ko'rsatadi (20).

3. Tashxis usullari, muolajalar va usullar

3.1. Tashxislash mezonlari

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

3.1.1. Shikoyatlar va anamnez

Bemorlar, odatda, soch to'kilishi va boshning sochli qismlarida doirasimon yoki oval shakldagi soch

to'kilishining o'choqlari paydo bo'lishiga shikoyat qiladilar. Ba'zi hollarda, bemorlar zararlangan joylarda qichishish, qizish yoki og'riqdan shikoyat qilishlari mumkin.

Total ko'rinishdagi alopesiya holatida bemorlar soch to'kilishi faqat boshning sochli qismida emas, balki qoshlar, kirpiklar va erkaklarda soqolda ham soch to'kilishiga shikoyat qiladilar.

Universal ko'rinishdagi uyali alopesiya holatida bemorlar boshning sochli qismida, qoshlar, kirpiklar va tanada soch to'kilishiga shikoyat qiladilar.

Shuningdek, ba'zi bemorlar, ayniqsa 14 yoshgacha bo'lgan bolalar, tirnoq plastinkalarida o'zgarishlar bo'layotganidan shikoyat qiladilar.

3.1.2 Fizikal tekshiruv

Tashxis quyidagi klinik belgilarga asoslanib qo'yiladi:

A

- Terida aniq chegaralangan alopesiya o'choqlarining mavjudligi. Bu soch to'kilayotgan terida aniq ko'zga ko'rinadigan chegaralangan o'choqlarni ko'rish mumkin.
- Alopesiya o'chog'ida undov belgisi shaklida soch qoldiqlari va o'choq chegarasida «qimirlagan sochlar zonasi» (faol bosqich) mavjudligi. Bu belgi faol bosqichda o'choqda sochlarning turib qolgan yoki mo'rt holati va o'choq atrofida sochlarning qimirlagan hududi mavjudligini bildiradi.
- O'choqda yumshoq siyrak sochlar o'sishining mavjudligi (rivojlanish bosqichi). Ba'zan o'chog'ning bir chetida undov belgisidagi sochlar qolgan bo'lib, qarshi tomonida vellus sochlar o'sishi kuzatiladi.
- Tirnoqlarda onixodistrofiya (tirnoq o'zgarishi) belgilarining aniqlanishi: angishvonaga o'xshash chuqurchalar (tirnoq yuzasida chuqur o'zgarishlar), bo'yama chiziqlar (tirnoq yuzida qator chiziqlar), tirnoqning erkin chetidagi o'zgarishlar, tirnoq yuzasida to'plam tarzidagi yaralar.

3.1.3 Laborator tekshiruv

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

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

C

Mikroskopik tekshiruvda soch o'chog'idan epillangan distrofik proksimal uchlarining "uzilgan arqon" ko'rinishida aniqlanishi;
Teri va sochlarni patogen zamburug'lar mavjudligiga mikroskopik tekshirish;
O'choqning chekka zonasidan epillangan sochlarni mikroskopik tekshirish (sochlarning distrofik uchlarini aniqlash - uyali alopesiya uchun patognomonik bo'lgan belgi);
Qonning klinik tahlili;
Zaxmga skrining (saralash) testlari
Zaxmni tasdiqlovchi testlar
Umumiy siydik tahlili
Najasning umumiy tahlili
Qonning biokimyoviy tahlili: ALT, AST, umumiy oqsil, bilirubin, xolesterin, qondagi qand, ishqoriy fosfataza (toksik alopesiyaga shubha qilinganda, shuningdek fotosensibilizatorlarni ichishga qo'llagan holda fotokimyoterapiya tayinlashdan oldin);
Qalqonsimon bez patologiyasini istisno qilish uchun qonni qalqonsimon bez gormonlariga (T3 erkin, T4 erkin, TTG, TPO ga AT, TG ga AT) va prolaktinemiyaning istisno qilish uchun prolaktiniga tahlil qilish.
Qondagi D vitamini miqdorini IFA, IXLA usuli bilan aniqlash
Boshning sochli qismi terisi parchasining gistologik tekshiruvi (Gistologik jihatdan, uyali alopesiya asosan T hujayralaridan tashkil topgan yallig'lanish infiltrati bilan anogen soch follikulalari

piyozchalari ichida va atrofida tavsiflanadi. Biroq, kasallikning gistopatologik belgilari kasallikning bosqichiga bog'liq bo'lib, surunkali o'choqlarda klassik belgilar bo'lmasligi mumkin)

Qonning immunologik tahlili;
Qonda va biosubstratlarda infeksiyalarni aniqlash
Seliakiyani tekshirish
Gelmintlar invaziyasiga tekshirish
Organizm biosubstratlarini mikologik tekshirish (yorug'lik mikroskopiyasi va PIF)
Molekulyar-genetik tadqiqotlar

3.1.4. Epidemiologik anamnez

<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>

Uyali alopesiyaning bilan og'rigan bemorlar, oilaviy anamnez haqida suralganda taxminan 0% dan 8,6% da xabar berishgan. Bolalarda oilaviy anamnezning qayd etilishi 10% dan 51,6% gacha bo'lgan. Bir tadqiqotda erkaklarda oilaviy anamnezga ega bo'lish ehtimoli ayollarga qaraganda yuqori ekanligi aniqlangan.

Ikkita populyasion tadqiqotda erkaklar va ayollar o'rtasida o'choqli alopesiyaning tarqalishi bo'yicha sezilarli farq topilmagan. Biroq, dunyo bo'ylab kasalxonalarda o'tkazilgan o'nta turli tadqiqotda ayollarda ko'proq, ya'ni 2,6:1 dan 1,2:1 gacha bo'lgan nisbatda bo'lishini ko'rsatdi. Aksincha, to'rtta tadqiqot erkaklarda ko'proq, ya'ni 2:1 dan 1,1:1 gacha bo'lgan nisbatda ko'rsatdi.

Bolalar orasida o'tkazilgan ikki tadqiqotda 1,4:1 nisbat bilan erkaklarda ko'proq uchrashi aniqlandi, shundan biri o'g'il bolalarda kasallik og'irroq shaklda bo'lishi ko'rsatildi; uchinchi tadqiqot qizlarda kasallik og'irroq shaklda bo'lganini xabar berdi.

C

Ensa qismi eng keng tarqalgan zararlanish joyi bo'lib, erkaklarda 38,4% va ayollarda 33,4% ni tashkil qildi. Ilk murojaatda 58% katta yoshli bemorlarda bosh terisining yarmidan kamroq qismini zararlaydigan o'choqli soch to'kilishi kuzatilgan.

Bolalarda 80%–85% holatlarda bosh terisining yarmidan kamroq qismini zararlagan yyengil yoki o'rta darajali soch to'kilishi kuzatilgan. Kasallik boshlanish yoshining kechikishi kamroq ko'lamli alopesiya bilan bog'liq bo'lgan, boshqacha aytganda, birinchi 20 yil ichida boshlangan kasallik og'irroq alopesiya bilan ko'proq bog'liq bo'lgan. Total va universal alopesiya o'choqli alopesiya holatlarining 7,3% da kuzatilgan va har doim 30 yoshgacha paydo bo'lgan.

Prognozga kasallikning erta yoshda boshlanishi, uning davomiyligi, oilaviy anamnez, zararlangan joy maydoni, tirnoqlardagi o'zgarishlar, qo'shimcha atopiya va boshqa autoimmun kasalliklarning mavjudligi ta'sir qiladi.

3.1.5. Instrumental tashxislash usullari

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

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

C 4	<ul style="list-style-type: none"> • Trixoskopiya • Fototrixogramma • Ichki organlarning ultratovush tekshiruvi • Vud lampasi bilan tadqiq qilish
--------	---

Differensial diagnostika trixotillomaniya, diffuz toksik alopesiya, travmatik alopesiya, boshning sochli qismi trixofitiya va jarohatli alopesiyalar bilan olib boriladi.

Trixotillomaniyada alopesiya o`choqlari noto`g`ri shaklga ega bo`lib, «olov tili» ko`rinishida bo`lishi mumkin, odatda o`choqlar chakka, tepa, qoshlarda va kipriklarda joylashgan bo`ladi. O`choqning markaziy qismida ko`pincha terminal sochlar o`sishi kuzatiladi. O`choqdagi sochlar turli balandliklarda singan bo`lishi mumkin. O`choqning chetidan sochlarni tortishda «qimirlagan sochlar zonas»i aniqlanmaydi. Trixotillomaniya ba`zan qichishish bilan xarakterlanadigan OA fonida paydo bo`lishi mumkin va qichishish odatga aylanishi mumkin.

Diffuz toksik alopesiya odatda toksik holatlar, og`ir metall tuzlari bilan zaharlanash, ximiyoterapiya, sitostatiklarni qabul qilish, uzoq muddatli yuqori harorat bilan bog`liq bo`ladi.

Travmatik alopesiyada o`choq markazida sochlar bir xil balandlikda singan bo`lib, yallig`lanish belgilarini kuzatilmadi, anamnezda esa qo`pol harakat yoki ukladka qurilmalari bilan mexanik shikastlanish epizodi bo`lishi mumkin.

Boshning sochli qismi trixofitiya tekshiruv vaqtida o`choqning periferiyasida yallig`langan halqa va teri yuzasidan 2-3 mm balandlikda singan sochlar («to`nkacha») aniqlanadi. Kasallik odatda O`A da kuzatilmaydigan yallig`lanish va poyloq bilan birga bo`lishi mumkin. Soch singan joylarning mikroskopik tekshiruvda soch o`zagi ichida va tashqarisida zamburug` druzi aniqlanadi.

Jarohatli alopesiyada zararlangan o`choqdagi teri yaltirab turadi va follikulyar apparat aniqlanmaydi. Klinik ko`rinishlar ba`zan diagnostika muammosini keltirib chiqaradi, bu holatlarda gistologik tekshiruv tavsiya etiladi.

Tepa sohasida tug`ma yakka soch to`kilish o`chog`i bo`lgan bolalarda temporal triangulyar alopesiya bilan differensial diagnostika o`tkazish lozim.

3.1.6. Mutahassislar ko`rigi uchun ko`rsatmalar

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

C	<ul style="list-style-type: none"> • Terapevt/pediatr maslahati - agar qo'shimcha kasallik belgilari bo'lsa; • Immunologning maslahati - agar qoning immunologik tahlilida buzilishlar bo'lsa; • Endokrinologning maslahati - agar qalqonsimon bez faoliyati buzilishi belgilari bo'lsa; • Psixoterapevt va nevrologning maslahati - agar ta'lim muassasalariga, jamoat joylariga bormaslik, depressiya, dismorfofobiya belgilari bo'lsa.
---	---

3.1.7. Uyali alopesiya prognozi ushbu holatlar mavjud bo`lganda nohush bo`ladi:

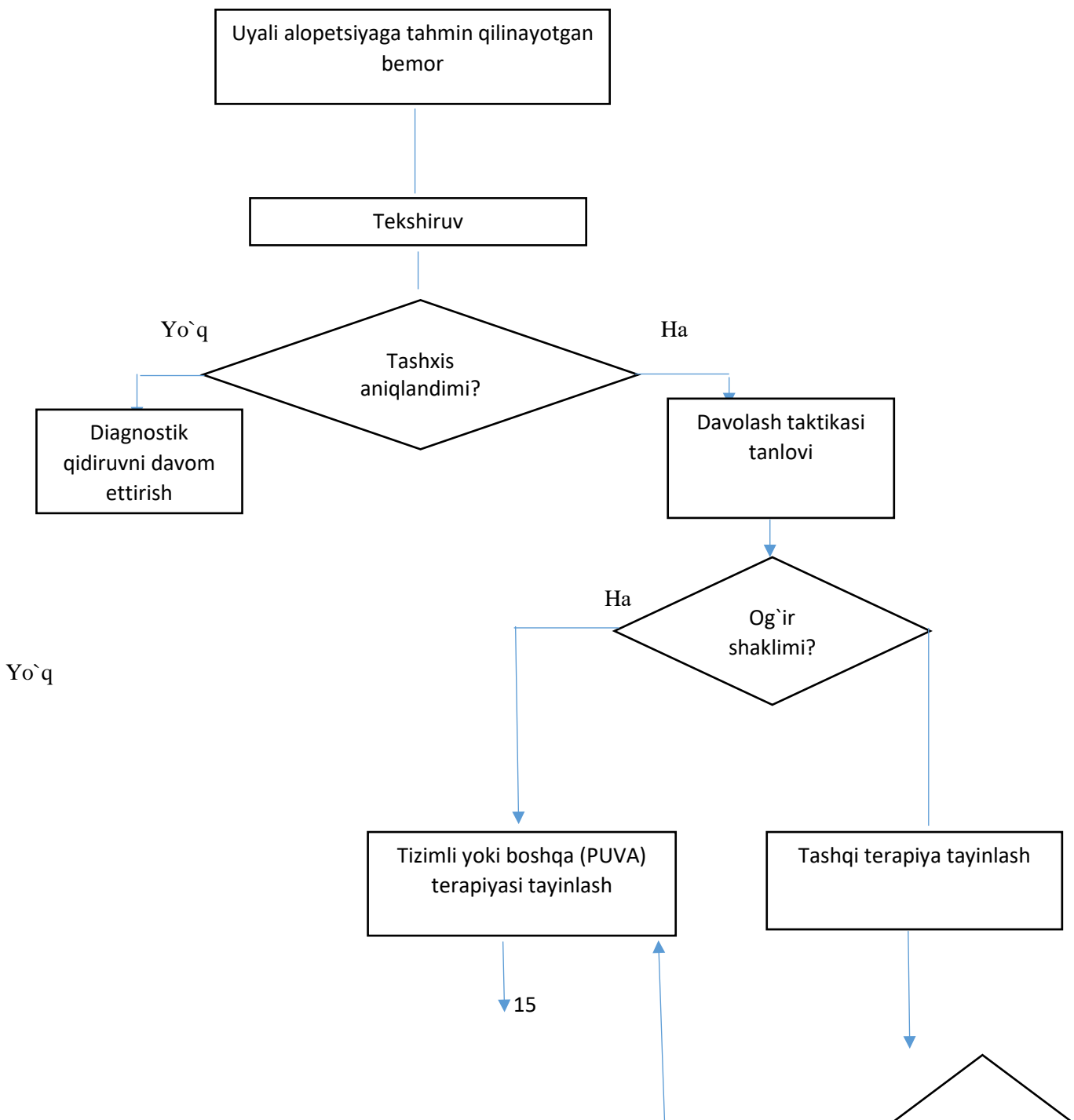
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7772599/>

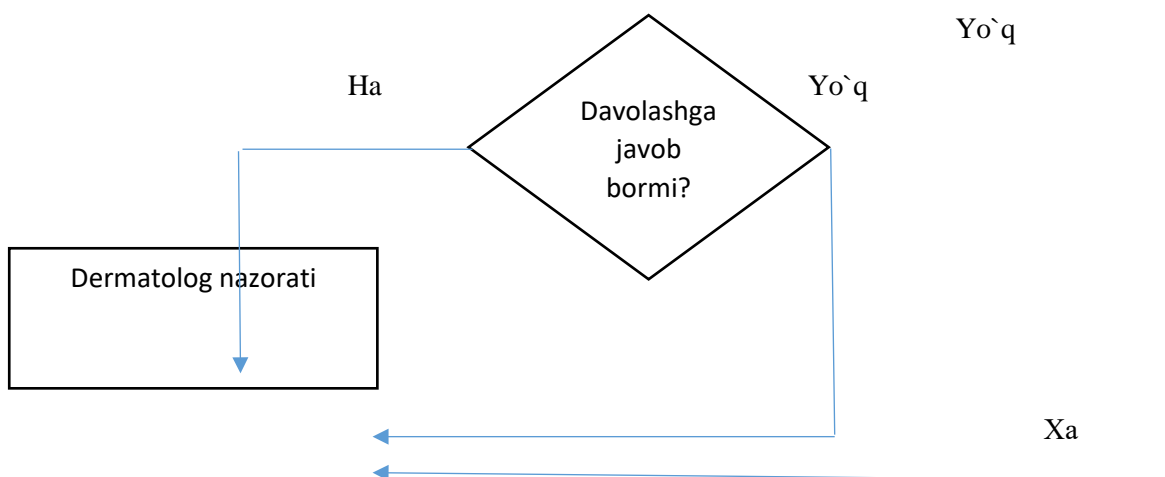
C	- Kasallikning boshlanishi 6 yoshga qadar bo'lgan bola yoshida;
---	---

- Epizodning 1 yildan ortiq davom etishi;
- Keng qamrovli sohalar yoki ofiazis;
- Kasallikning boshlanishdagi og'irligi;
- Qosh, kipriklar va bosh terisidan tashqari boshqa joylarda sochlarning to'kilishi;
- Tirnoqlarning zararlanishi, tirnoqlarda chuqurchalar paydo bo'lishi va trixoonixiya;
- Atopiya bilan bog'liq bo'lishi;
- Autoimmun kasalliklar, asosan endokrin kasalliklar bilan bog'liq bo'lishi;
- Oilaviy anamnezi;
- Genetik kasalliklar bilan bog'liq bo'lishi, masalan, Daun sindromi.

2) Diagnostik algoritm

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





3) Differensial tashxislash va qo‘shimcha tekshirishni asoslash

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

<i>Tashxis</i>	<i>Differensial diagnostika uchun asoslar</i>	<i>Tekshirish usullari</i>	<i>Kasallikni rad etish kriteriyalari</i>
Trixotill omaniya	Uyali alopesiyada o`choqlar shakli noto`g`ri, odatda tepa, chakka, qosh va kipriklar sohasida joylashgan bo`ladi. O`choqning markaziy qismida ko`pincha terminal sochlarning o`sishi kuzatilishi mumkin. O`choqdagi sochlar turli uzunliklarda singan bo`lishi mumkin. Mikroskopik tekshiruvda anagen yoki telogen bosqichidagi soch ildizlari aniqlanadi, distrofik sochlar esa mavjud emas.	Soch o`zagi mikroskopiyasi, videotrixoderma toskopiya.	O`choqlarda patologik sochlarning mavjudligi
Diffuz toksik alopesiya	Diffuz toksik alopesiyada sochlarning to`kilishi og`ir toksik holatlar bilan bog`liq: og`ir metall tuzlari bilan zaharlanish, ximiyoterapiya, sitostatiklarni qabul qilish, 39°C va undan yuqori haroratning uzoq vaqt davom etishi.	Videotrixoderma toskopiya, umumiy qon tahlili va og`ir metallar mavjudligi	O`choqlarda patologik sochlarning mavjudligi
Boshning sochli qismi trixofitiyasi	Boshning sochli qismi trixofitiyasi. Klinik tekshiruvda o`choq atrofida yallig`lanish chegarasi va "penkalar" — 2-3 mm teridan ko`tarilgan singan sochlar topiladi. Kasallik yallig`lanish va terining po`stlash bilan birga bo`lishi mumkin, bu esa odatda o`chqkli alopesiyada kuzatilmaydi. Mikroskopik tekshiruvda soch siniqlarida yoki soch tolasining ichida yoki tashqarisida paydo bo`lgan zamburug` drozlari aniqlanadi.	Zamburug`larga mikroskopik va kultural tashxislash	O`choqlar yallig`lanish xarakteriga ega emas va soch sinishlari ham yo`q

Chandiqli alopesiya	Zararlangan hududda teri yaltiraydi, folikullar apparati esa aniq namoyon qilinmaydi.	Gistologik tekshiruv, videotrixoderma toskopiya	Soch follikulari saqlangan dumaloq va oval o`choqlar mavjudligi
Travmatik alopesiya	Travmatik alopesiya. Sochlar markazda bir xil balandlikda singan, yallig'lanish belgilari kuzatilmaydi. Anamnezda – stilistika qurilmalari bilan mexanik shikastlanish epizodlari mavjud.	Videotrixoderma toskopiya	O`choqlarda patologik sochlarning mavjudligi

4) Ambulator sharoitda davolash usullari

B	<ul style="list-style-type: none"> • Uyali alopesiyaning lokal shaklida ambulator sharoitda davolanishga ko'rsatma beriladi.
----------	---

4.1 Nomedikamentoz davolash

C 4	<ul style="list-style-type: none"> • Parxez qo`llanilmaydi
----------------	---

4.2 Dori darmonlar bilan davolanish

O'zbekiston Respublikasida kafolatlangan to'lovsiz tibbiy yordam hajmi va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimi doirasida ro'yxatga olinmagan dorivor vositalarini klinik protokolga kiritish xarajatlarini qaytarish uchun asos bo'lmaydi.

Asosiy dori vositalari ro`yhati (100% qo`llanish ehtimoliga ega)

Farmokologik guruh	Dori vositasining XPN	Dozirovkasi va chiqarilish formasi	Isbotlanganlik darajasi	Manbaalar
Mahalliy glukokortikoid dori vositalari	Fluotsinolon atsetonid	Krem 0,25% kuniga 2 marta qo`llaniladi, davolash muddati 2 oygacha davom etadi.	C	Advances in the management of alopecia areata, 2012 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22211297/
	Betametazon dipropionat	Krem 0,05% kuniga 2 marta, davolash muddati 6 oy. Losyon 0,05% kuniga 2 marta, davolash muddati 12 haftagacha.		Alopecia areata, 2015 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4569105/
	Mometazon furoat	Krem 0,1% kuniga 2 marta, davolash muddati 2 oygacha		Clobetasol propionate, 0.05%, vs hydrocortisone, 1%, for alopecia areata in children: a randomized clinical trial, 2013 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24226568/
	Klobetazol	Malham, krem 0,05% okklyuziyon bog`lam ostida kuniga 6 kun davomida, davolash muddati - 6 oygacha		Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/

Mahalliy kalsinevrin ingibitorlari	<p>Takrolimus</p> <p>Pimekrolimus</p>	<p>Malham 0,1% va 0,03% har kuni 2 marta, davolash muddati 6 oygacha.</p> <p>Malham 1% har kuni 2 marta, davolash muddati 6 oygacha.</p>	<p>C 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>
Mikroelementlar	Rux sulfat	5 mg li tabletkalar	<p>C 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>
Kontaktli sensibilizatorlar	<p>Difenilsiklopropenon</p> <p>Antralin</p>	<p>0,01%, 0,02%, 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,5%, 1% va 2% li eritma</p> <p>5%, 2,0% eritma</p>	<p>C Treatment of pediatric alopecia areata with anthralin: A retrospective study of 37 patients, 2018 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30338548/</p> <p>Diphenylcyclopropenone in patients with alopecia areata. A critically appraised topic, 2015</p>

				https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26511831/
--	--	--	--	---

Izoh: Agar ma'lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo'llash uchun tasdiqlangan ro'yxatda bo'lmasa yoki vaqtincha mavjud bo'lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo'lgan preparatlar). Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo'shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar, agar ular qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lmasa va O'zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo'lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zaruratga ko'ra qo'llanilishi mumkin.

Jadval 2

Qo'shimcha dori vositalari jadvali (100% dan kam bo'lgan qo'llash)

Farmokologik guruh	Dori vositasining xalqaro patentlanmagan nomi	Dozirovkasi va chiqarilish formasi	Isbotlanganlik darajasi Manbaalar
Tizimli kortikosteroidlar	Prednizolon	5 mg li tabletkalar 200mg haftasiga peroral 3 oy mobaynida yoki sutkasiga 40mg dan boshlab (sekinlik bilan dozani kamaytirib) 6 hafta mobaynida yoki 0,4-0,6mg/kg/sut boshlang'ich doza 12 hafta mobaynida	A

	<p>Betametazon</p> <p>Metilprednizolon</p>	<p>kamaytirib boriladi</p> <p>1,0 ml li ampulalar 7-10 kubda bir marotaba (4 dan 6 muolajagacha)</p> <p>250 mg tomir ichiga yuborish va mushak ichiga yuborish uchun eritma, 250mg dan kuniga 2 mahal v/i 3 oy davomida 3 kun ketma-ket yuborish uchun</p>	
<p>Kortikosteroidalar- o`choq ichiga yuborish uchun</p>	<p>Triamtsinolon atsetonid (kenolog)</p> <p>Betameton dipropionat (2 mg) + Betametazon dinatriy fosfat (5mg) (diprospan)</p>	<p>Suspenziya 40 mg/1 ml Har 4-6 haftada teri ichiga in'yeksiya tarzida, 0,5-1 sm masofada 0,1 ml dan yuboriladi. Bir seansda triamsinolon atsetonidining maksimal dozasi 20 mg dan oshmasligi kerak. O`rtacha 2,5-5 mg/ml yoki 10 mg/ml dan oshmaydigan konsentratsiyada kiritiladi. Agar davolash boshlanganidan keyin 6 oy ichida ijobiy ta'sir kuzatilmasa, preparatni o`choqqa yuborish to`xtatilishi kerak.</p> <p>Teri ichiga zararlangan o`choqqa 0,2 ml/sm² hisobida yuboriladi. Preparat har 3-4 haftada kiritiladi, barcha sohalarga kiritilgan umumiy miqdor 2 hafta davomida 2 ml dan</p>	<p>A3</p> <p>B2</p>

		oshmasligi kerak.	
Vitaminlar	Sianokobalamin (B12 vitamini)	m/o yoki v/i 1 mg dan har kuni 1-2 hafta davomida, ushlab turuvchi doza 1-2 mg m/o yoki v/i - haftasiga 1 martadan, oyiga 1 martagacha.	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33445474/
	Piridoksin gidroxlorid (B6 vitamini)	m/o, preparat dozadini shifokor individual ravishda kuniga 1-2 mg/kg tana vazniga hisoblab tayinlaydi.	
	Riboflavin mononukleotidi (B2 vitamini)	Ichish uchun: kattalarga - kuniga 5-10 mg; bolalarga - kuniga 1 marta 2-5 mg. Davolash davomiyligi 1-1,5 oy. M/o: 1 ml 1% eritma (0,1 g) kuniga 1 marta 10-15 kun davomida (bolalarga - 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 marta; davolash kursi - 15-20 inyeksiya.	
	Tiamin gidroxlorid (B1 vitamini)	m/o (chuqur) Preparatni yuborishni kichik dozalardan boshlash tavsiya etiladi (ko'pi bilan 0,5 ml 5% eritma) va faqat yaxshi ko'tara olganda yuqori dozalarga o'tish mumkin. Kattalarga 25-50 mg tiamin gidroxlorid (0,5-1 ml 5% li eritmasi) kuniga 1	

		<p>mahal, har kuni, bolalarga 12,5 mg (0,25 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal buyuriladi.</p>	
	Alfa-lipoy kislotalari	<p>Kattalar uchun 600 mg miqdorida kuniga kamida 30 daqiqa davomida tomchilab yuborish orqali vena ichiga yuboriladi.</p> <p>Kattalar va 14 yoshdan oshgan bolalarga ovqatdan oldin kuniga 1 mahal 1 kapsuladan ichiladi.</p>	<p>B</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29186248/</p>
	Alfa tokoferol atsetat (E vitamini)	Ovqatdan keyin kuniga 50-100 mg dozada ichiladi	
	A + E vitamini	Ovqatdan keyin kuniga ichish uchun 100 mg dan vitamin E + 100 000 XB vitamin A dozasi	
	Retinol atsetat (A vitamini)	Kattalar uchun eng yuqori kunlik doza 100 000 XB dan oshmasligi kerak.	
	Askorbin kislotalari (C vitamini)	<p>Ichga, m/o, v/i</p> <p>Tanqislik holatlarining oldini olish uchun - kuniga 25-75 mg.</p> <p>Davolash uchun kuniga 250 mg va undan ortiq bo'lingan dozalarda</p>	
	Xolekalsiferol (D vitamini)	D vitamini tanqisligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi <20 ng/ml)	<p>A</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15507106/</p>

		<p>- 8 hafta davomida har haftada 50 000 XB ichish uchun</p> <p>- 200 000 XB har oyda 2 oy davomida ichish uchun</p> <p>- 150 000 XB har oyda 3 oy davomida ichish uchun</p> <p>- 6000 - 8000 XB kuniga - 8 hafta ichish uchun</p> <p>D vitamini yetishmovchiligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi ≥ 20 va < 30 ng/ml)</p> <p>- 4 hafta davomida har hafta 50 000 XB ichish uchun</p> <p>- 200 000 XB bir marta ichishga</p> <p>- 150 000 XB bir marta ichishga</p> <p>- 6000 - 8000 XB kuniga - 4 hafta ichish uchun</p> <p>D vitamini darajasini qo'llab-quvvatlab turish ≥ 30 ng/ml</p> <p>- 1000 - 2000 XB har kuni ichish uchun</p> <p>- 6 000 - 14 000 XB haftada bir marta ichish uchun</p>	
--	--	--	--

Gepatoprotektorlar	Essensial fosfolipidlar	<p>v/i sekin 1-2 ampula (5-10 ml), eritmani bemorning qoni bilan 1: 1 nisbatda suyultiriladi.</p> <p>Agar preparatni suyultirish zarur bo'lsa, infuziya uchun faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasi ishlatiladi.</p> <p>Ichishga. 12 yoshdan oshgan va vazni 43 kg dan ortiq bo'lgan o'smirlar uchun, shuningdek, kattalar uchun ovqat paytida kuniga 3 marta 2 kapsuladan ichish tavsiya etiladi.</p>	<p>B</p> <p>Italian Guidelines in diagnosis and treatment of alopecia areata</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31578836/</p>
	Antral	<p>Ichishga kuniga 3 marta ovqatdan keyin</p> <p>kattalar va 10 yoshdan oshgan bolalar uchun 200 mg dan</p> <p>4-10 yoshli bolalar uchun 100 mg dan</p>	
	Oksimatin	<p>m/o 600mg dan, kuniga 1 mahal</p> <p>v/i 600 mg 100-250 ml 5% glyukoza eritmasida yoki 0,9% natriy xlorid eritmasida suyultiriladi Kuniga bir mahal daqiqasiga 60 tomchi tezlikda tomir ichiga yuboriladi</p> <p>ichishga kuniga uch marta 2</p>	

		kapsuladan (0,2 g oksimatin). Agar kerak bo'lsa, sutkalik dozani kuniga uch marta 3 kapsulaga oshirish mumkin (0,3 g oksimatinga teng).	
	Ademetionin	Tavsiya etiladigan doza 1 kg tana vazniga sutkasiga 10-25 mg ademetioninni tashkil etadi. Odatda sutkalik doza sutkasiga 1-2 tabletkani tashkil etadi (sutkasiga 400-800 mg ademetionindan) va sutkasiga 4 tabletkagacha oshirilishi mumkin (sutkasiga 1600 mg ademetioningacha). Ta'siri odatda davolashning 7-14 kunida namoyon bo'ladi va preparatni keyingi qo'llashda ham saqlanib qoladi.	
Immunodepressantlar	Siklosporin	25, 50 va 100 mg li tabletkalar	B Cyclosporine for moderate-to-severe alopecia areata: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial of efficacy and safety, 2019 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31048013/ A Comparative Study of Oral Cyclosporine and Betamethasone Minipulse Therapy in the Treatment of Alopecia Areata, 2016 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27746635/
	Metotreksat	3,5 mg/kg sutkasiga 10 mg/ml 2 ml 15-30 mg xaftada 1 marta peroral shaklda	
	Folat kislota (Metotreksat qo'llanilganda)	Folat kislotasini metotreksat qabul qilgandan keyin 12 - 48 soat o'tgach qabul qilish tavsiya etiladi. Metotreksatning bir haftalik dozasi qabul qilingandan keyin 24 soat	

		o'tgach optimal hisoblanadi.	
	Azatioprin	Boshlangich doza 0,5-1 mg/kg/sut bemor holatiga qarab 2-3 mg/kg/sut gacha ko`paytirish mumkun.	
Angioprotektorlar	Pentoksifillin	Ichga qabul. Tavsiya etilgan doza — 100 mg (1 tabletka) kuniga 3 marta, so'ngra doza asta-sekin 200 mg (2 tabletka) ga oshiriladi, kuniga 2-3 marta. Maksimal bir martalik doza — 400 mg. Maksimal sutkalik doza — 1200 mg.	B Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/
	Nikotin kislota	Ichga qabul, v/i, m/o yoki t/o. Bolalar uchun 50-100 mg, kuniga 2-4 marta. Kattalar uchun maksimal bir martalik doza 100 mg, maksimal sutkalik doza esa 500 mg bo'ladi.	
Selektiv immunodepressantlar (JAK/STAT signal tizimi ingibitorlari)	Tofatsitinib	5 li tabletkalar 5 mg 2 maxal 10 mggacha dozani oshirish bilan	B Alopecia areata is driven by cytotoxic T lymphocytes and is reversed by JAK inhibition, 2014 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25129481/ JAK inhibitors for alopecia areata: a systematic
	Baritsitinib	Ichishga. Tavsiya etilgan doza 4 mg 1 marta/sut.	

			review and meta-analysis, 2019 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30762909/
Malyariyaga qarshi dori vositalari	Gidroksixloroxin	200 mg li tabletkalar	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/
Sistemali va mahalliy vazodilyatorlar	Minoksidil	2% va 5% li eritma	Minoksidil for patchy alopecia areata: systematic review and meta-analysis, 2019 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30835901/ Combination tofacitinib and oral minoksidil 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
Oftalmologik dori vositalari Prostoglandinlar	Bimatoprost tashqi qo'llash uchun	0,03% li eritmani har kuni kechasi yuqori ko'z qovoғ'ining kirpik asosiga 1-4 oy davomida surtiladi, klinik samaraga	Lack of efficacy of topical latanoprost and bimatoprost ophthalmic solutions in promoting eyelash growth in patients with alopecia areata, 2009

		<p>dan oshmasligi lozim. Kichik yoshli bemorlarda boshlang'ich doza ikki baravar kamaytirilishi kerak. O'rta va og'ir darajadagi buyrak yetishmovchiligi hamda jigar yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga dozani kamaytirish zarur.</p>	
Sedativ preparatlar	Valerian ekstrakti	<p>Ichishga. Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarga 1-2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin beriladi. Davolash davomiyligi 2-4 hafta. Shifokor ko'rsatmasi bilan takroriy davolash kurslarini o'tkazish mumkin.</p>	<p>B Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/</p>
	Adonis-brom	<p>Ichishga, 1 tab. Ovqatdan keyin kuniga 3 marta. Davolash kursi - 25-30 kun. Takroriy kurslarni o'tkazishning maqsadga</p>	

		muvofigligi shifokor tomonidan belgilanadi.	
Immunomodulyatorlar	Tiloron digidroxlorid	1-2 tabletkadan (250 mg) dastlabki ikki kun davomida kuniga 1 marta, so'ngra 2-4 hafta davomida kun ora 1 tabletkadan (125 mg) ichiladi. Yoki remissiya davrida 0,125 g (1 tabletkada) ovqatdan keyin, har haftaning dastlabki ikki kunida, jami 5 hafta. Kurs dozasi 1,25 g.	B Alopecia Areata: an Update on Etiopathogenesis, Diagnosis, and Management https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34403083/
	Timopentin	<ul style="list-style-type: none"> • mushak orasiga inyeksiya qilish - inyeksiya uchun steril suv bilan suyultirish 1 ml; • vena ichiga tomchilab quyish - 250 ml 0,9% natriy xloridning inyeksion eritmasida eritish. <p>Preparat tavsiyalarga amal qilgan holda qo'llaniladi.</p> <p>Immunitet tanqisligi holatlarining oldini olish va davolash 1-2 flakon kuniga 2 marta.</p>	

Izoh: Agar ma'lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo'llash uchun tasdiqlangan ro'yxatda bo'lmasa yoki vaqtincha mavjud bo'lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo'lgan preparatlar). Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo'shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar, agar ular qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lmasa va O'zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo'lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zaruratga ko'ra qo'llanilishi mumkin.

Uyali alopesiyaning og`irlik darajasiga ko`ra davolash algoritmi

Dori vositasining guruhi	Dori vositasi	Uyali alopesiyaning og`irlik darajasi	Qo`llash usuli dozirovka	Dallililik darjasi
Mahalliy glyukokortikosteroidlar	Fluotsinolon atsetonid	Universal alopesiyadan tashqari uyali alopesiyaning barcha turlari	0,25% li krem kuniga 2 mahal	C
	Betametazon dipropionat		0,05% li krem va 0,05% li losyon kuniga 2 mahal	C
	Mometazon furoat		0,1% li losyon kuniga 1 mahal	C
	Klobetazol		0,05% li krem	B
O`choq ichiga yuboriladigan glyukokortikosteroidlar	Triamtsionolon atsetonid	Universal alopesiyadan tashqari uyali alopesiyaning barcha turlari	<p>Ineksiyalar uchun suspenziya qo`llanilishi:</p> <p>Ineksiya turi: Teri ichi orqali ineksiya.</p> <p>Dozasi: Har 4-6 hafta davomida ko`p miqdorda teri ichi inektsiyalari; 0,5-1 sm interval bilan, 0,1 ml miqdorida.</p> <p>Igna: 30 kalibrli va 0,5 dyuym uzunlikdagi igna.</p> <p>Bir sessiyadagi maksimal doza: 20 mg.</p>	A3

	Diprospan	Universal alopesiyadan tashqari uyali alopesiyaning barcha turlari	kristallangan suspenziya, 1,0 ml ampula 0,1ml har 2sm ² ga t/o ga har 2 haftada bir marotaba	B2
Preferik vazodilyatorlar	Minoksidil	Universal alopesiyadan tashqari uyali alopesiyaning barcha turlari	Losyon (2-5% raminoksidil) kuniga 2 mahal	C4
Kontakt sensobilizatorlar	Difenilsiklopropenon Antralin eritmasi	Universal alopesiyadan tashqari uyali alopesiyaning barcha turlari	0,01%, 0,02%, 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,5%, 1% va 2% 5% dan 2% gacha eritma	C
Mikroelementlar	Rux sulfat	Uyali alopesiyaning barcha turlari	5 mg li tabletkalar kuniga 3 mahal	C
Malyariyaga qarshi dori vositalari	Gidroksixloroxin	Subtotal, total va universal shakllari	200 mg li tabletkalar Dozasi: 5 mg/kg/kun. Davolash: Ijobiy natija erishilgunga qadar davom ettiriladi.	C
Yallig'lanishga qarshi dori vositalari	Sulfasalazin	Uyali alopesiyaning refrakter turi	500 mg li tabletkalar Dozasi: Kuniga 2 marta, yoki 15–30 mg/kg/kun, kuniga 2 marta.	C

Oftalmologik dori vositalari	Bimatoprost tashqi qo`llash uchun	O`choqning kipriklar sohasida joylashuvida	0,03% eritma Qo`llash usuli: Har kuni kechqurun yuqori qovoq kipriklarining asosiga. Davomiyligi: 1-4 oy davomida qo`llaniladi.	C
	Latanoprost tashqi qo`llash uchun		0,05% eritma Qo`llash usuli: Har kuni kechqurun yuqori qovoq kipriklarining asosiga. Davomiyligi: 1-4 oy davomida qo`llaniladi.	
Mahalliy kalsinevrin ingibitorlari	Takrolimus Pimekrolimus	Uyali alopesiyaning barcha turlari	0,1% li maz kuniga 2 mahal 1% li maz kuniga 2 mahal	C
Tizimli glyukokortikosteroidlar	Prednizolon	Subtotal, total va universal shakllari	5 mg li tabletka (kurs dozasi 40-60 mg);	A3

			<p>Har hafta 200mg peroral shaklda 3 oy davomida</p> <p>Har kuni 80-100mg peroral shaklda 3 kun davomida, har 3 oyda bir marta</p>	
	Metilprednizolon	Subtotal, total va universal shakllari	<p>250 mg</p> <p>Qo'llash usuli: Kuniga 2 marta vena orqali yuborish.</p> <p>Davomiyligi: 3 kun davomida.</p> <p>Takrorlash: Har 3 oyda bir marta</p>	C
	Betametazon	Subtotal, total va universal shakllari	<p>1,0 ml li ampulalar</p> <p>Qo'llash usuli: Har 7-10 kunda bir marta.</p> <p>Davomiyligi: 4-6 marta muolaja.</p>	C

Antimetabolitlar	Metotreksat	Subtotal, total va universal shakllari	<p>Tabletkalar va in'eksiyalar uchun eritma</p> <p>Dozasi: 15-30 mg.</p> <p>Qo'llash: Haftaida bir marta, peroral yoki teri ostiga.</p> <p>9 oy davomida; agar ijobiy ta'sirga erishilsa, terapiyani 18 oyga uzaytirish mumkin.</p> <p>Inyeksiyalar uchun eritma:</p> <p>15-30 mg, haftaida bir marta, peroral yoki teri ostiga.</p> <p>Prednizolon bilan birga: 10-20 mg kuniga peroral tarzda.</p> <p>Sog'lomroq o'sish davri davomida davom ettiriladi.</p> <p>Ijobiy ta'sir bo'lmasa:</p> <p>Metotreksatni to'xtatish.</p>	C4
------------------	-------------	--	---	----

	Siklosporin	Subtotal, total va universal shakllari	<p>Kapsulalar va ichish uchun eritma</p> <p>Dozasi: 2,5-6 mg/kg tana og'irligiga qarab.</p> <p>Qo'llash usuli: Peroral tarzda, kuniga.</p> <p>Davomiyligi: 2-12 oy.</p> <p>Ijobiy klinik natija:</p> <p>Agar ijobiy natija erishilsa, dozani kamaytirish va keyin to'liq to'xtatish mumkin.</p>	C4
	Azatioprin	Subtotal, total va universal shakllari	<p>Tabletkalar, 50 mg</p> <p>Boshlang'ich doza: 0,5–1 mg/kg kuniga.</p> <p>Dozani oshirish: Bemorning holatiga qarab 2–3 mg/kg kuniga oshirish mumkin.</p> <p>Yuqori doza: 2,5 mg/kg kuniga, uyali alopetsia davosiga javob bermagan bemorlar uchun ko'rib chiqilishi mumkin.</p>	C4

Izoh: Agar ma'lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo'llash uchun tasdiqlangan ro'yxatda bo'lmasa yoki vaqtincha mavjud bo'lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo'lgan preparatlar). Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo'shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar, agar ular qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lmasa va O'zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo'lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zaruratga ko'ra qo'llanilishi mumkin.

Protokolda keltirilgan diagnostika va davolash metodlarining terapevtik samaradorligi va havfsizligi belgilari:

- to'kilayotgan sochlar miqdorining kamayishi;
- «qimirlagan sochlar» sinamasi aniqlanmaydi;
- o'choqlarda yangi mayin va terminal sochlarning o'sishi;
- yangi to'kilgan soch o'choqlarining yo'qligi.

5. Stasionarga yotqizish uchun ko'rsatmalar va gospitalizasiya turlari:

5.1. Rejali gospitalizasiya uchun ko'rsatmalar:

- O'choqli alopesiyaning subtotal shakli
- O'choqli alopesiyaning total shakli
- O'choqli alopesiyaning universal shakli
- Kasallikning progress bosqichlari

5.2. Shoshilinch gospitalizasiya uchun ko'rsatmalar: yo'q.

**“UYALI ALOPETSIIYA”
BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Toshkent-2024

2.1.Kirish.

Uyali alopesiya - insonlarda soch to'kilishining keng tarqalgan turi bo'lib, o'zgaruvchan, qaytalanuvchan xususiyatga ega bo'lgan autoimmun kasallikdir. Yevropa, Shimoliy Amerika va Osiyoda bir nechta yirik davlatlarda o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlarda uyali alopesiyaning aholining taxminan 2% ga ta'sir qilishi isbotlangan. 1970-yillarning boshlarida uyali alopesiyaning tarqalishi 0,1% dan 0,2% gacha, hayot davomida esa 1,7% ni tashkil etadi (3,8,16). Uyali alopesiya jinsga bog'liq bo'lmagan kasallik hisoblanadi, ammo ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, 45 yoshdan katta bemorlar orasida ayollarga to'g'ri keladi (11,7). Ko'p tadqiqotlarda etnik kelib chiqishi bo'yicha uyali alopesiyaning boshlanishi, davomiyligi yoki turi bo'yicha sezilarli farqlar yo'q. Uyali alopesiya har qanday yoshda boshlanishi mumkin; ammo, bemorlarning ko'pchiligida ushbu holat 40 yoshdan oldin rivojlanadi, o'rtacha yosh 25 yoshdan 36 yoshgacha. Erta boshlangan uyali alopesiya (o'rtacha 5 yoshdan 10 yoshgacha) asosan universal alopesiya (10,5) kabi og'irroq subtip sifatida namoyon bo'ladi (11,33,5).

Uyali alopesiya (UA) genetik omillar bilan bog'liq. 10-20% bemorlarda kasallikning oilaviy anamnezi mavjud, va haqiqiy kasallik darajasi ehtimol yana yuqori, chunki yyengil holatlar kuzatilmaligi mumkin. Genetik jihatdan poligenik tabiatga ega. UA ma'lum HLA II sinfli allellar bilan bog'liq, ayniqsa DQB1*03 va DRB1*1104 bilan. HLA allellari DQB1*0301 (HLA-DQ7) va DRB1*1104 (HLA-DR11) total va universal alopesiya bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Kasallikning qo'zg'atuvchi faktorlariga stresslar, vaksinatсия, virusli kasalliklar, infeksiyon kasalliklar, antibiotik terapiyalari, narkozlar va h.k. kirishi mumkin (14,15,17).

Ma'qul sharoitlarda, soch follikulalari asosan HLA (gistomoslik) kompleksining yo'qligi tufayli autoantigenlar tanib olinmaydigan hududni tashkil etadi. Uyali alopesiya immunitetning mustahkamligi maxsus triggerlar, masalan, mikrojarohatlar, virusli infeksiyalar yoki endokrin disfunktsiya tufayli buziladi, bu esa immunitet tartibini buzilishiga olib keladi. Bundan tashqari, avtoreaktiv CD8+ T-hujayralari tomonidan tan olinadigan I-sinf MHC ning ektopik ekspressiyasi to'g'ridan-to'g'ri anagen soch follikulalariga salbiy ta'sir ko'rsatishi va follikulyar apoptozga olib kelishi mumkin(6).

2.2 Tasnif

Uyali alopesiya (UA) - bu genetika bilan bog'liq, surunkali organo-spetsifik autoimmun holat bo'lib, soch follikulalariga va ba'zan tirnoqlarga (7-66% bemorlarda) ta'sir qiladigan, doimiy yoki vaqtinchalik chandiqlanmagan soch to'kilishiga olib keluvchi kasallikdir.

A	Hozirgi kunda bu kasallikni to'liq davolash usullari mavjud emas. Terapiya sochlarning o'sishini qayta tiklash maqsadida o'tkaziladi, lekin uning uzoq muddatli samaradorligini isbotlash qiyin. O'choqli alopesiyaning o'ziga xos remissiya ehtimoli quyidagicha: 6 oy ichida – 1/3, 1 yil ichida – 1/2, 5 yil ichida – 2/3; bu muddatdan so'ng to'liq remissiya holatlari kam uchraydi. 5 yil ichida qaytish ehtimoli – 80%, 20 yil ichida – 100%. Total va universal alopesiyada 5 yil davom etgan kasallik holatlarida to'liq remissiya ehtimoli bolalarda 1% va kattalarda 10% dan kam.
---	--

Asosiy terapevtik yondashuvlar:

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

A	<p>Mahalliy davo: o‘choqli alopesiyaning barcha turlarida qo‘llaniladi. Monoterapiya imkoniyati mavjud.</p> <p>Tizimli terapiya: keng tarqalgan kasallik (SALT bahosi ≥ 50). Kasallik boshlanganidan keyin 4 oy ichida sochning $\geq 50\%$ yo‘qolishi. 6 oy davomida mahalliy yoki ichki kortikosteroidlar bilan davolanishda terapiya samarasiz bo‘lgan o‘choqlar. Ko‘p yoki katta zararlangan hududlar, ichki terapiya orqali davolash qiyin bo‘lgan bemorlar, qo‘shimcha in'eksiyalar bilan bog‘liq diskomfort xis qilgan bemorlar, yoki kortikosteroidlardan keyin terining atrofiyasi yoki mahalliy steroidlardan keyin salbiy ta'sirlar kuzatilgan bemorlar. Qoshlarning, kipriklar, tanadagi sochlarning to‘kilishi.</p> <p>Davolash samarasi bo‘lmasa: tibbiy tatuirovka (trixopigmentasiya, tatuaj, mikrobleyding va h.k.), pariklar, shinonlar, yordamchi vositalar, sochlar uchun maskirovka vositalari (soch qo‘shuvchilar, poroshoklar, soch tolalari).</p>
---	--

Tizimli davolash

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

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

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

A 3	<ul style="list-style-type: none"> • Total va universal o‘choqli alopesiyaning davolash uchun tizimli kortikosteroidlar tavsiya etiladi: • Prednizolon tabletka, haftada 200 mg peroral qabul qilish, 3 oy davomida; • Prednizolon tabletka, kunlik 40 mg dozadan boshlab (dozani asta-sekin pasaytirish bilan) 6 hafta davomida peroral qabul qilish; • Prednizolon tabletka, kunlik 80-100 mg dozada 3 kunlik davolash, har oyda 3 oy davomida; • Betametazon ampula 1,0 ml, 7-10 kunda 1 marta (4-6 marta davolash); • Metilprednizolon tomir ichiga va mushak ichiga yuborish uchun eritma, 250 mg, sutkada 2 marta 3 kun davomida har 3 oyda tomir ichiga yuborish.
--------	---

Izohlar: O‘choqli alopesiyaning davolash uchun kortikosteroidlarni tizimli ravishda yuborishning bir nechta usullari tasvirlangan. Mavjud adabiyotlarda peroral kortikoterapiyani kundalik qo‘llashning dozasi va davomiyligi bo‘yicha yagona fikr mavjud emas. Tizimli kortikosteroid terapiyasining samaradorlik darajasi yuqori, ammo ko‘pgina bemorlarda dozani kamaytirish yoki dori-darmonlarni to‘xtatishdan keyin tez orada residivlar kuzatiladi. Kortikosteroidlarga ijobiy javob beradigan, lekin steroidlarga bog‘liq bo‘lib qolgan bemorlar uchun boshqa tizimli preparat bilan kombinatsiya qilish kortikosteroidlarning nojo‘ya ta'sirlarini kuchaytirmaslik uchun samaraliroq bo‘lishi mumkin.

<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/>

C 4	Total va universal uyali alopesiyani davolash uchun antimetabolitlar tavsiya etiladi: Metotreksat — haftada 1 marta 15-30 mg peroral yoki teri ostiga 9 oy davomida; ijobiy ta'sir olingan taqdirda, terapiyani 18 oygacha uzaytirish mumkin, ijobiy ta'sir kuzatilmasa, metotreksat bekor qilinadi;
	Siklosporin – sutkada 2,5-6 mg tana vazniga nisbatan peroral 2-12 oy davomida. Klinik natijalar ijobiy bo'lganda, dozani asta-sekin kamaytirib, to'liq to'xtatiladi;
	Azatioprin — boshlang'ich dozalar sutkada 0,5–1 mg/kgni tashkil etadi va bemorning tolerantligiga qarab 2–3 mg/kg/kungacha oshirilishi mumkin. O'choqli alopesiyaga chidamli bemorlar uchun 2,5 mg/kg/kun dozasini ko'rib chiqish mumkin.

Izoxlar: Metotreksat bilan davolashning o'rtacha davomiyligi 6 oydan 12 oygacha. Tabletkalar shakllari 12 soat oraliqda 2 marotaba qabul qilinadi, in'eksiyalar esa haftasiga 1 marotaba qilinadi. Metotreksat 15 yoshdan katta bolalarga tavsiya qilinishi mumkin. Metotreksat terapiyasi samaradorligini va ehtimoliy noxush ta'sirlarni hisobga olish kerak. Metotreksat bilan davolash bolalarda kattalarga nisbatan kam samarador. Agar 6 oy ichida samara ko'rinmasa, davolash to'xtatiladi. Metotreksat qabul qilinganidan 24 soat o'tgach, kunlik 5-10 mg dozada foliy kislotasi tavsiya qilinadi. Metotreksatni kam miqdordagi prednizolon bilan birga qo'llash 96% o'choqli alopesiya bilan kasallangan bemorlarda terminal sochlarning o'sishini tiklashga yordam bergan. Sochlarning to'liq tiklanishi 15% dan 64% gacha bo'lgan bemorlarda qayd etilgan. Metotreksatning kam dozalarini ishlatishda eng ko'p uchraydigan toksiklik holati pansitopeniyadir. Buyrak yetishmovchiligi, gipoalbuminemiya bo'lgan bemorlar, noto'g'ri yuqori dozalarni ishlatganlar va boshqa dori vositalari bilan metotreksat o'zaro ta'sirini hisobga olmaydigan bemorlar yuqori xavf ostida. Interstisial pnevmonit va jigar funksiyasining buzilishi holatlari haqida xabar berilgan. Foliy kislotasini qo'shish metotreksatning noxush ta'sirlarini, ayniqsa, me'da-ichak yo'lga ta'sirini kamaytiradi. Metotreksatning turli dozalari va qabul qilish tezligi tasvirlangan bo'lib, haftasiga 5 mg dan kuniga 1-5 mg gacha o'zgarishi mumkin. Siklosporin — digidrofolatreduktaza fermenti ingibitori sifatidagi kimyoviy davo vositasi bo'lib, yordamchi T-hujayralarning faoliyatiga to'sqinlik qiladi va hamda gamma-interferon ishlab chiqarilishini kamaytiradi, bu esa follikul atrofidagi yallig'lanishni kamaytiradi. Ammo, uning yuqori residivli faolligi va uzoq muddatli nojo'ya ta'sirlari, ayniqsa, nefrotoksiklik, immunodepressiya va arterial gipertenziya uning qo'llanilishini cheklaydi. Ko'rsatilgan nefrotoksiklik odatda vazokonstriksiya orqali paydo bo'ladi, ammo u qaytishi mumkin. Shuningdek, siklosporin — bu o'choqli alopesiyani davolashda samaraliligi tasdiqlangan yagona immunodepressantdir. Azatioprin — antimetabolit bo'lib, uning qo'llanilishida eng ko'p uchraydigan nojo'ya ta'sirlaridan biri oshqozon-ichak simptomlari, jigar fermentlari darajasining oshishi, pankreatit va suyak ko'migi faoliyatini susayishi hisoblanadi. Azatioprinning eng yuqori samarasi tizimli yoki in'eksiya yo'li orqali qo'llaniladigan kortikosteroidlar bilan birgalikda qo'llanilganda kuzatiladi.

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

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

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

C	Og‘ir shakldagi o‘choqli alopesiyani davolash uchun tavsiya etilgan immunosupressantlar (Yanus-kinaza ingibitorlari):
	Ruksolitinib — 20 mg dozada kuniga ikki marta, davolash muddati uchdan olti oygacha. Tofasitinib — 5 mg dozada kuniga ikki marta qabul qilish, doza kuniga 10 mg gacha oshirilishi mumkin.

Izoxlar: Tofasitinibni 15 yoshdan katta bolalarga tizimli terapiya sifatida tayinlash mumkin. Tizimli terapiyaning samaradorligini va potensial nojo‘ya ta’sirlar xavfini solishtirish kerak. Eng ko‘p uchraydigan asoratlar yengil infeksiyalar bo‘lib, asosan yuqori nafas yo‘llari va siydik chiqarish yo‘llari infeksiyalari. Shuningdek, dislipidemiya, leykopeniya, jigar fermentlari darajasining oshishi, bosh og‘rig‘i, oshqozon-ichak shikoyatlari, charchoq, akne va vaznning oshishi kabi holatlar ham qayd etilgan. Bugungi kunga qadar nojo‘ya ta’sirlar tufayli yangi o‘smalar, tuberkulyozning qayta faollashishi yoki gospitalizasiya hollari haqida xabar berilmagan. Uzoq muddatli xavfsizlikka oid ma'lumotlar hozircha cheklangan.

Davolashning boshqa usullari

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

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

C 3	Og‘ir shakldagi o‘choqli alopesiyasi bo‘lgan bemorlar uchun tavsiya etilgan malyariyaga qarshi preparatlar, yallig‘lanishga qarshi va immunomodulyator ta’siriga ega: Gidroksixloroxin — 5 mg/kg kunlik dozada, samaraga erishguncha.
--------	---

Izoxlar: Uzoq muddatli qo‘llanishda preparatning ko‘zlarga toksik ta’sirini alohida e’tiborga olish kerak. Eng ko‘p uchraydigan nojo‘ya ta’sirlar oshqozon-ichak va bosh og‘rig‘i hisoblanadi.

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

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

C 2	Har qanday shakldagi o‘choqli alopesiya uchun tavsiya etilgan mikroelementlar. Sink sulfati — 5 mg/kg tananing og‘irligiga ko‘ra, kunga 3 marta ovqatdan keyin peroral qabul qilish, 3 oy davomida.
--------	--

Izoxlar: Sink — metabolizm va hujayra membranalarini barqarorlashtirishda muhim bo‘lgan mikroelement. U asosiy fermentlar tarkibiga kiradi va turli bioximik reaksiyalarda ishtirok etadi. Teri va sochlarning tiklanishi, nerv impulslari uzatish jarayonlariga ta’sir qiladi. Ovqat orqali qabul qilish terini tiklanishini va sochlarning o‘shishini rag‘batlantiradi, immunomodulyator ta’siriga ega va yuqori dozalarda ko‘ngil aynishiga sabab bo‘lishi mumkin.

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

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

	Refrakter o‘choqli alopesiya shakllarida immunomodulyator va immunodepressantlar qo‘llanishi tavsiya etiladi
C	Sulfasalazin— immuno-modulator va immunodepressant, tavsiya etilgan dozasi: 1,5 g kunga ikki marta, yoki 15–30 mg/kg/kun, kunga ikki marta bo‘lib.

Izoxlar: Sulfasalazin immunomodulyator va immunodepressant sifatida ishlatiladi va yarali kolit, Kron kasalligi va psoriasis kabi bir nechta autoimmun kasalliklarda qo‘llaniladi. Nazorat qilinmagan ochiq tadqiqotda sulfasalazin (1,5 g kunga 2 marta) refrakter o‘choqli alopesiya bilan kasallangan bemorlarda 25% dan 68% gacha sochlarning o‘shini qayta tiklashga yordam berganligi ko‘rsatildi, u alohida yoki KT terapiyasi bilan birga qo‘llanilganda KTning ta'sirini kamaytiradi. Ammo, uning nojo‘ya ta'sirlari uni cheklovchi omil bo‘lib qolmoqda. Yaqinda mesalazin (15–30 mg/kg kunga ikki marta) refrakter va og‘ir o‘choqli alopesiya bilan kasallangan beshta bola va yoshlarda (2–17 yosh) sochlarning o‘shini tiklashda, mahalliy peroral KT yoki minoksidil/betametazon bilan bog‘liq bo‘lgan yoki bog‘lanmagan holda samarali bo‘lgani xabar berildi. Shuningdek, preparat peroral steroidlarni qabul qilish to‘xtatilganida residiv xolatlarni kamaytiradi.

Kortikosteroidlar yordamida o‘choq ichini davolash

<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>

	O‘choqli alopesiya bilan kasallangan bemorlarga, agar o‘choqlari kichik bo‘lsa (<3 sm), qisqa davom etish muddatiga ega bo‘lsa yoki bosh terisining 25% dan kamroqini qamrab olsa, tavsiya qilingan:
A	Triamtsinolona atsetonid: bosh terisi uchun 2,5–10 mg/ml va yuz hamda boshqa joylar uchun 2,5–5 mg/ml, 14 kunda bir marta.
3,	
B	Betametazona dipropionat (2 mg) + betametazona dinatriya fosfat (5 mg): zararlangan o‘choqda 0,2 ml/sm ² miqdorida teri ichiga kiritish, 28 kunda bir marta.
2	Gidrokortizona asetat: 25 mg/ml, 14 kunda bir marta.

Izoxlar: Triamtsionoloni o‘choq ichiga 12 yoshdan katta bolalarga kiritilishi mumkin. Buni amalga oshirishda nojo‘ya tasirlar va mumkin bo‘lgan samaralarini hisobga olish zarur. Nojo‘ya ta'sirlar atrofiya va teleangiektaziyalar bo‘lishi mumkin. Kortikosteroidlarni ko‘zga yaqin joylarga, masalan, qosh atrofiga kiritganda katarakta yoki ichki ko‘z bosimining oshish xavfi ortishi mumkin. Ko‘pchilik ta'sirlarini kamaytirish uchun preparatning hajmini va in'eksiyalar sonini qisqartirish, shuningdek, ichki epidermal in'eksiyalarni oldindan olish tavsiya qilinadi. In'eksiyalardan og‘riqni kamaytirish uchun proseduraga kirishishdan oldin mahalliy anesteziya vositasini qo‘llash tavsiya etiladi.

Betametazonning ko‘proq eritiladigan dipropionat shakli tez so‘riladi. Kamroq eritiladigan dinatriy fosfat esa sekin so‘riladi va preparatning samarali konsentrasiyasini uzoqroq saqlaydi. In'eksiya metodikasi derma yoki terining yuqori qismiga 0,05–0,1 ml miqdorida kiritishdan iborat bo‘lib, in'eksiyalar o‘rtasida 0,5–1 sm va seanslar o‘rtasida 4–6 hafta interval saqlanadi.

Mahalliy kortikosteroidlar bilan davolash

<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	Barcha shakldagi o‘choqli alopesiya kasalligini davolash uchun tavsiya etilgan topik glyukokortikosteroid preparatlar:
	Fluotsinolon atsetonid: krem 0,25% kuniga 2 marta mahalliy qo‘llaniladi, terapiya davomiyligi 2 oygacha.
	Betametazona valerat: pena 0,1% yoki krem, kuniga 2 marta mahalliy qo‘llaniladi, terapiya davomiyligi 2 oygacha.
	Betametazona dipropionat: loson 0,05% yoki krem 0,05% kuniga 2 marta mahalliy qo‘llaniladi, terapiya davomiyligi 2 oygacha.
	Klobetazol: krem 0,05% ertalab va kechqurun ikki marta, 6 hafta davomida ikki kurs, har bir kursdan keyin 6 hafta tanaffus bilan, umumiy davomiyligi 24 hafta.
	Mometazona furoat: loson 0,1% kuniga 2 marta mahalliy qo‘llaniladi, terapiya davomiyligi 2 oygacha.

Izoxlar: Sochlar o‘shining dastlabki belgilari 6 haftadan keyin ko‘rinadi. Ushbu terapevtik usulning afzalliklari sistematik usullarga qaraganda kamroq yoqimsiz ta'sirlar, bemorlar tomonidan ko‘proq yaxshi qabul qilinishi va turli usullar bilan qo‘llanish imkoniyatidan iborat. Topik kortikosteroidlarning samaradorligi okklyuziya bilan qo‘llanganda oshishi mumkin. Bu preparatlarning eng keng tarqalgan yoqimsiz ta'sirlari follikulit, mahalliy terining atrofiyasi, striyalar, akne, teleangiektaziyalar, disxromiya va kam hollarda buyrak usti bezi faoliyatining pasayishini o‘z ichiga oladi.

<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	Barcha shakldagi o‘choqli alopesiya kasalligini davolash uchun tavsia etilgan topik kalsinevrin ingibitorlari:
	Takrolimus 0,1% kuniga 2 marta, 6 oy davomida qo‘llaniladi. Pimekrolimus 1% kuniga 2 marta, 6 oy davomida qo‘llaniladi.

Izoxlar: Topik kalsinevrin ingibitorlari 5 yoshdan katta bolalarga tavsia etilgan.

<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	Barcha shakldagi o‘choqli alopesiya kasalligini davolash uchun tavsiya etilgan sistemali va topik vazodilyatatorlar: Minoksidil 2% va 5%: kuniga 2 marta 1 ml dan qo‘llaniladi.
----------------	--

Izoxlar: Minoksidilning tashqi terapiyasi 8 yoshdan katta bolalarga ruxsat etilgan. Preparatning terapevtik ta'siri 3-4 haftadan keyin kuzatiladi. Minoksidilning sochlarning o‘shishini rag‘batlantiruvchi ta'siri vazodilatasiya, angiogenez, minoksidil sulfati bilan kaliy kanallarini ochish, hujayralar ko‘payishini rag‘batlantirish, kollagen sintezini ingibirlash, tomir endoteliy o‘shish faktori va prostaglandinlar sintezini rag‘batlantirish bilan bog‘liq. Kutilgan nojo‘ya ta'sirlar orasida gipertrixoz, kontakt dermatiti va qichishish mavjud.

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

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

B 1	Barcha shakldagi o‘choqli alopesiya kasalligini davolash uchun va bolalarda ham qo‘llaniladigan topik immunoterapiya tavsiya etilgan: Difenilsiklopropenon: mahalliy, konsentrasionalarni oshirib 0,01%, 0,02%, 0,05%, 0,1%, 0,2%, 0,5%, 1% va 2% ga qadar qo‘llaniladi, yengil eritemagacha. Antralin: 0,5% dan 2,0% gacha tashqi ko‘rinishda.
----------------	--

Izoxlar: Bu terapiya xavfsiz, ammo muammolarni oldini olish uchun ehtiyotkorlik bilan amalga oshirilishi kerak. Maqsad mahalliy tasirlanishni chaqirish bo‘lgani uchun, preparatning teri bilan aloqada bo‘lish vaqti tizimli ravishda uzaytirilishi kerak, yoritishni kuchaytirishdan saqlanish lozim. Antralin qo‘llanilganda ishlangan joyda giperpigmentasiya hosil bo‘ladi, ammo davolash to‘xtatilgandan keyin rang normal holga keladi. Bu usul bolalarda qo‘llanilishi uchun mo‘ljallangan.

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

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

C 4	Kipriklar sohasi alopesiya lokalizatsiyasi uchun tavsiya etilgan oftalmologik vositalar, prostaglandinlar: Bimatoprost 0,03%: har kecha yuqori qovoq kipriklar asosiga 1-4 oy davomida qo‘llaniladi. Klinik samaraga erishilgan taqdirda, terapiya davom ettirilishi mumkin.
----------------	--

Latanoprost 0,005%: har kecha yuqori qovoqning kipriklar asosiga 1-4 oy davomida qoʻllaniladi. Klinik samaraga erishilgan taqdirda, terapiya davom ettirilishi mumkin.

Izohlar: bolalarda 12 yoshdan tavsiya etiladi.

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

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

**C
4**

Lokal va subotal turida, stasionar va regressiya bosqichlarida tavsiya etiladi:

Boshning sochli qismi terisiga PRP (Platelet-Rich Plasma) muolajasi: 3 haftada 1 marta, 3 sessiya davomida qoʻllaniladi.

Izohlar: bolalarda 15 yoshdan tavsiya etiladi.

Fizioterapevtik davolash usullari

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

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

**C
4**

UFO (Ultrabinafsha nurlantirish)

Toʻlqin uzunligi 311 nm boʻlgan tor polosali oʻrta toʻlqinli ultrabinafsha nur terapiyasi (UVB-311)

Oʻrta toʻlqinli ultrabinafsha terapiyasi 308 nm toʻlqin uzunligida (eksimer nuri bilan, dermatozlarning cheklangan shakllarida)

Boshning sochli qismi UVBsi

Fotoximioterapiya ichki qoʻllanilishi bilan fotosensibilizatorlar (PUVA)

Ablyatsiyasiz fraksional fototermoliz (toʻlqin uzunligi 1550 nm)

Past darajali fototerapiya LLLT

Tuliyev lazeri (Toʻlqin uzunligi 1927 nm)

Izoh: bolalarga 2 yoshdan tavsiya etiladi.

Izoh: Fizioterapevtik muolajalar kasallikning shakli, og'irlik darajasi va shikastlanish maydonini, shuningdek, mavjud qarshi ko'rsatmalarni hisobga olgan holda tayinlanadi. Fototerapiyada fotosensibilizatorni tanlash tashxisni, preparatning ta'sir mexanizmini va uning mavjudligini hisobga olgan holda davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi. Fototerapiyadan oldin minimal eritemik doza (MED) yoki fototoksik doza (FTD) aniqlanadi.

<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>

C 4	<p>Lokal shaklida:</p> <p>Noablyasion fraksion fototermoliz (to'lqin uzunligi 1550 nm): lazer nurlanish dozasi 30-45 mDj/sm², 6-8 zararlangan o'choq, 8-10 o'tish, 3-6 hafta interval bilan 2-3 seans.</p> <p>Noablyasion fraksion fototermoliz (to'lqin uzunligi 1550 nm): lazer nurlanish tavsiya etiladi dozasi 10-15 mDj, MLZ 300/sm²/o'tish, har seansda 2 marta o'tish, 1 hafta interval bilan 24 seanslik kurs.</p> <p>Soch follikulasiga ta'sir qiluvchi turli vosita va zardoblarni qo'llab tuliev lazer (to'lqin uzunligi 1927 nm)</p> <p>Pastdarajali fototerapiya</p> <p>Subtotal, total va universal shaklda tavsiya etiladi:</p> <p>Noablyasion fraksion fototermoliz: lazer nurlanish dozasi 10-15 mDj, MLZ 300/sm²/o'tish, 2 hafta interval bilan 10 seans. Bu terapiya 5% minoksidil bilan birgalikda qo'llaniladi, har kuni 2 marta fototermoliz seansidan keyin darhol qo'llaniladi.</p> <p>Soch follikulasiga ta'sir qiluvchi turli vosita va zardoblarni qo'llab tuliev lazer (to'lqin uzunligi 1927 nm)</p> <p>Pastdarajali fototerapiya</p>
----------------	---

Izohlar: bolalarda 8 yoshdan tavsiya etiladi.

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

B 4	<p>Lokal turida tavsiya etilmaydi:</p> <p>Uyali alopesiyada teriga ultrabinafsha nurlanishni tavsiya etish.</p> <p>Fotosensibilizatorlarni ichki qabul qilish bilan fotoximioterapiya (PUVA).</p>
----------------	--

	Progressiya bosqichida sistemali va tashqi vazodilatator vositalarni, shu jumladan minoksidil, amineksil, mivalni yozish tavsiya etilmaydi.
--	---

Izohlar: Ikki retrospektiv tahlil ushbu usulning past samaradorligini xabar qilgan. Davolashdan keyin retsidiylar ko'p uchraydi va soch o'sishini saqlab qolish uchun qo'llab-quvvatlovchi protseduralar talab etiladi, bu esa ultrabinafsha nurlanishning qabul qilib bo'lmaydigan darajada yuqori kumulyativ dozasiga olib kelishi mumkin.

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

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

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

B 3	Qondagi toksinlar, autoantitelolar, sirkulyasiyalanayotgan immun komplekslar, yallig'lanisholdi sitokinlari kabilarni chiqarib yuborish hamda metabolizm va ichki a'zolar funksional holatini normallashtirish maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etiladi.
----------------------	---

<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>

C 5	PKLT Ozonoterapiya PRP-terapiya
----------------------	---------------------------------------

B 3	Tirnoq plastinkalarida o'zgarish aniqlansa podologik muolajalar tavsiya etiladi.
----------------------	--

4.3. Jarohlik amaliyoti

Qo'llanilmaydi

“UYALI ALOPETSIIYA”
NOZOLOGIYASI BO’YICHA PROFILAKTIKA VA
REABILITATSIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOSHKENT – 2024

2.1.Kirish.

Uyali alopetsiya - insonlarda soch to'kilishining keng tarqalgan turi bo'lib, o'zgaruvchan, qaytalanuvchan xususiyatga ega bo'lgan autoimmun kasallikdir. Yevropa, Shimoliy Amerika va Osiyoda bir nechta yirik davlatlarda o'tkazilgan epidemiologik tadqiqotlarda uyali alopetsiyaning aholining taxminan 2% ga ta'sir qilishi isbotlangan. 1970-yillarning boshlarida uyali alopetsiyaning tarqalishi 0,1% dan 0,2% gacha, hayot davomida esa 1,7% ni tashkil etadi (3,8,16). Uyali alopetsiya jinsga bog'liq bo'lmagan kasallik hisoblanadi, ammo ba'zi tadqiqotlar shuni ko'rsatadiki, 45 yoshdan katta bemorlar orasida ayollarga to'g'ri keladi (11,7). Ko'p tadqiqotlarda etnik kelib chiqishi bo'yicha uyali alopetsiyaning boshlanishi, davomiyligi yoki turi bo'yicha sezilarli farqlar yo'q. Uyali alopetsiya har qanday yoshda boshlanishi mumkin; ammo, bemorlarning ko'pchiligida ushbu holat 40 yoshdan oldin rivojlanadi, o'rtacha yosh 25 yoshdan 36 yoshgacha. Erta boshlangan uyali alopetsiya (o'rtacha 5 yoshdan 10 yoshgacha) asosan universal alopesiya (10,5) kabi og'irroq subtip sifatida namoyon bo'ladi (11,33,5).

Uyali alopetsiya (UA) genetik omillar bilan bog'liq. 10-20% bemorlarda kasallikning oilaviy anamnezi mavjud, va haqiqiy kasallik darajasi ehtimol yana yuqori, chunki yyengil holatlar kuzatilmaligi mumkin. Genetik jihatdan poligenik tabiatga ega. UA ma'lum HLA II sinfli allellar bilan bog'liq, ayniqsa DQB1*03 va DRB1*1104 bilan. HLA allellari DQB1*0301 (HLA-DQ7) va DRB1*1104 (HLA-DR11) total va universal alopesiya bilan bog'liq bo'lishi mumkin. Kasallikning qo'zg'atuvchi faktorlariga stresslar, vaksinatсия, virusli kasalliklar, infeksiyon kasalliklar, antibiotik terapiyalari, narkozlar va h.k. kirishi mumkin (14,15,17).

Ma'qul sharoitlarda, soch follikulalari asosan HLA (gistomoslik) kompleksining yo'qligi tufayli autoantigenlar tanib olinmaydigan hududni tashkil etadi. Uyali alopetsiya immunitetning mustahkamligi maxsus triggerlar, masalan, mikrojarohatlar, virusli infeksiyalar yoki endokrin disfunktsiya tufayli buziladi, bu esa immunitet tartibini buzilishiga olib keladi. Bundan tashqari, avtoreaktiv CD8+ T-hujayralari tomonidan tan olinadigan I-sinf MHC ning ektopik ekspressiyasi to'g'ridan-to'g'ri anagen soch follikulalariga salbiy ta'sir ko'rsatishi va follikulyar apoptozga olib kelishi mumkin(6).

2.2 Tasnif

Uyali alopetsiya (UA) - bu genetika bilan bog'liq, surunkali organo-spetsifik autoimmun holat bo'lib, soch follikulalariga va ba'zan tirnoqlarga (7-66% bemorlarda) ta'sir qiladigan, doimiy yoki vaqtinchalik chandiqlanmagan soch to'kilishiga olib keluvchi kasallikdir.

Reabilitasiya usullarini qo'llash uchun tibbiy reabilitasiya, tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

Tibbiy reabilitasiya talab etilmaydi

Profilaktik usullarni qo'llash uchun tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar, profilaktika va dispanser kuzatuv.

Kasallik progressiyasini profilaktika qilish uchun bemorlarga profilaktik tadbirlar o'tkazish tavsiya etiladi (stress, shamollashlarni oldini olish, organizmda surunkali infeksiya o'choqlarini sanasiya qilish) [3,5,7].

Bemorlar dispanserizatsiyasi teri-tanosil dispanserlarida dermatolog - shifokorlar tomonidan amalga oshiriladi. [1]

Keyingi olib borish:

Turar joy dermatologida dinamik kuzatuv olib borilib, uning davomida qo‘llab turuvchi terapiya, o‘tkazilayotgan davolashning nojo‘ya ta‘sirini kamaytirish, teri parvarishi bo‘yicha bazaviy parvarish, qo‘zg‘atuvchi omillarni bartaraf etish usullari hal qilinadi.

Adabiyot:

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., Сабилов У.Ю., Исмагилов А.И., Иноятлов 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 гнездовой 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/>

<httphttps://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>

