

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**

**“ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМРАТКИ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025



“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Республика ихтисослаштирилган
дерматовенерология ва косметология
илмий-амалий тиббиёт маркази
директори
Сабилов У.Ю.
“ 21 ” “ ” 2025 йил

**“ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМРАТКИ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ 2025

**“ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМРАТКИ” НОЗОЛОГИЯСИНИ
ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

1. Кириш қисми

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифр(лар)и:

L43.0	Гипертрофик қизил ясси темратки	EA91.0 Эруптив қизил ясси ўткир темиратки
L43.1	Буллез қизил ясси темратки	EA91.1 Гипертрофик қизил ясси темиратки
L43.2	Дори махсулотларига темраткисимон реакция	EA91.2 Фолликуляр қизил ясси темиратки
L43.3	Қизил ясси темратки ўткир ости (фаол)	EA91.3 Тери ва жинсий аъзолар шиллик қаватининг қизил ясси темираткиси
L43.8	Бошқа қизил ясси темратки	EA91.4 Қизил ясси темиратки ва оғиз шиллик қаватининг лихеноид реакциялари
L43.9	Ноаниқ қизил ясси темратки	EA91.5 Қизил ясси темиратки
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11157	EA91.6 Қизил ясси ўткир ости темиратки
		EA91.Y Бошқа аниқланган қизил ясси темиратки
		EA91.Z Қизил ясси темиратки, аниқланмаган тури
		https://mkb-11.com/?id=EA91

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2027 йил ёки янги асосий 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

МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:

1.	Сабилов У.Ю.	РИДВ ва КИАТМ директори, т.ф.д., профессор	Ўз. Рес. ССВ “РИДВ ва КИАТМ”
2.	Якубов А.А.	Клиниканинг дерматовенеролог шифокори, т.ф.н.	Ўз. Рес. ССВ “РИДВ ва КИАТМ”
3.	Жаббаров М.М.	1-дерматология бўлими мудири	Ўз. Рес. ССВ “РИДВ ва КИАТМ”
4.	Абдуллаев Д.Б.	Клиниканинг дерматовенеролог шифокори, к.и.х.	Ўз. Рес. ССВ “РИДВ ва КИАТМ”
5.	Боходирова А.А.	Илмий котиб	Ўз. Рес. ССВ “РИДВ ва КИАТМ”

Тақризчилар:

1. Охлопков Виталий Александрович – Россия Федерацияси Фан ва олий таълим вазирлигининг Федерал реанимация ва реабилитация илмий-клиник маркази Олий ва кўшимча касбий таълим институти профессори, ректори.
2. Икрамова Наргиза Джурабаевна – Икрамова Наргиза Джурабаевна - ЎзР ССВ РИДВ ва КИАТМ мутахассислари ва клиник ординаторларини стажировка қилиш бўлими методисти, тиббиёт фанлари номзоди.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович - т.ф.д., даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, бош шифокор.
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 _____ (___-баённома) офлайн форматда бўлиб ўтган Илмий кенгаш йиғилишида муҳокама қилинган ва тасдиқлаш учун тавсия этилган. Йиғилишда РСНПМЦДВиК ва олий ўқув юртларининг профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон дерматовенерологлари ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари ҳамда ҳудудий дерматовенерологик муассасалар шифокорлари иштирок этган.

Мундарижа:

“ ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМРАТКИ ” НОЗОЛОГИЯСИНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	5
“ ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМРАТКИ ” НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	39
“ ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМРАТКИ ” НОЗОЛОГИЯСИНИ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	43

ҚЯТ	Қизил ясси темратки
ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ПУВА	терапия - 320-400 нм тўлқин узунлигида ултрабинафша нурланиш билан фурукумарин гуруҳининг фотосенсибилизация қилувчи дориларини ва 320-400 нм узунликдаги ултрабинафша нурланишини биргаликда қўллаш;
УВА	узоқ тўлқинли ултрабинафша нурланиш 350-400 нм
УВБ	280-320 нм ўрта тўлқинли ултрабинафша нурланиш (селективфототерапия)
УВБ-311 терапияси	тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли ултрабинафша терапияси (ёки тор диапазонли (311 нм) ўрта тўлқинли терапия)
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
УТТ	Ультратовуш текшируви
ИХЛА	иммунохемилюминесцент анализ
ИфЛА	иммунофлуоресцент анализ
ИФА	иммунофермент анализ
ПЗР	полимеразли занжир реакцияси
ОИВ	Одам иммунодефицит вируси
м/о	Мушак орасига
в/и	Вена ичига
т/о	Тери остига
ЖССВ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
нм	нанометр
НИЛИ	паст интенсивли лазер нурланиши

Протокол фойдаланувчилари:

- 1.Дерматологлар ва дерматокосметологлар;
- 2.Умумий амалиёт шифокорлари;
- 3.Педиатрлар;
- 4.Лаборатория шифокорлари;
- 5.Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
- 6.Клиник фармакологлар;
- 7.Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
- 8.Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва ғамхўрлик қилувчилар.

Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи

2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбарлар учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

Асосий қисм

Кириш қисми

Қизил ясси темиртки (ҚЯТ) - тери ва шиллиқ пардаларнинг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, тирноқ ва сочларни камроқ зарарлайди, унинг типик элементлари папулалардир.

Дерматологик патологиянинг умумий структурасида ҚЯТ 0,16 дан 1,2% гачани ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари орасида 35 дан 70% гачани ташкил этади. ҚЯТ ҳар қандай ёшда учрайди, лекин кўпинча ўрта ва кекса ёшда ташхисланади - 30 дан 70 ёшгача ва беморларнинг 35% 50 ва ундан катта ёшда. ҚЯТ асосан аёлларда учрайди ва уларнинг

улушига 60- 75% беморлар тўғри келади. ҚЯТ болаларда камдан-кам учрайди, касалликнинг фақат 5% ҳолатлари болалар ёшидаги беморларга тўғри келади.

Кўпгина муаллифлар касалликнинг ривожланишида иммун тизимининг етакчи ролини кўрсатади (Тадқиқотчилар қизил ясси темиртки патогенезида иштирок этувчи хужайралар: кератиноцитлар, дендрит хужайралари, макрофаглар ва лаброцитлар, CD8+ Т-лимфотситлар (супрессорлар), CD4+ Т-лимфотситлар (хелперлар) деб ҳисоблашади, уларнинг даражаси босқичларга қараб ўзгариб туради. ҚЯТ да терига мигратсияланувчи Т-лимфотситларнинг асосий популяцияси асосан дермо-эпидермал бирикмада жойлашган ситотоксик CD8+ Т-лимфотситлар ва периваскуляр жойлашган CD4+ Т-лимфотситлардир. Ситотоксик CD8+ Т-лимфотситлар базал мембранани емирувчи ва базал кератинотситлар апоптозини чакирувчи моддалар ишлаб чиқаради. Яллиғланиш яллиғланиш олди ситокинларини, шу жумладан ўсма некрози омили - α ни ишлаб чиқарадиган фаоллаштирилган CD4+ Т-лимфотситлар томонидан қўллаб-қувватланади.

Таъриф

Қизил ясси темиртки (ҚЯТ) - тери ва шиллиқ пардаларнинг кенг тарқалган яллиғланиш касаллиги бўлиб, унинг кечиши ҳам ўткир, ҳам сурункали бўлиши мумкин. Арифов С.С. 2008 й. Ташкент.

Таснифлаш

Клиник таснифи:

Силлиқ тери қизил ясси темиртки

- типик;
- гипертрофик ёки веррукоз;
- атрофик;
- пигментли;
- буллёз;
- эрозив-ярали;
- фолликуляр;
- ҳалқасимон.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ пардаси ва лаблар қизил ясси темирткиси

- типик;
- гиперкератотик;
- экссудатив-гиперемик;
- эрозив-ярали;
- буллёз.

Вулванинг қизил ясси темирткиси

- типик;
- гипертрофик;
- эрозив-ярали. [2-5]

Касалликнинг клиник кўриниши

КПЛ тери ва шиллик қаватлар зарарланишининг турли хил клиник кўринишлари билан тавсифланади, улар орасида оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг зарарланиши клиник жиҳатдан энг аҳамиятли ҳисобланади.

Силлик тери қизил ясси темиратки

Қизил ясси темираткининг **типик хилида** терининг зарарланиши диаметри 2-5 мм ли, ўртасига ботган, полигонал шаклли, пушти-қизил тусли, ўзига хос бинафша ёки сиёхранг тусли ва ён томондан ёритилганда аниқроқ кўриниб турадиган мумсимон ялтироқ ясси папулалар билан таърифланади. Тери пўстлоғи одатда унча кўп эмас, тангачалар қийин ажралиб чиқади. Йириқроқ тугунчаларнинг юзасида, айниқса ёғ суртилгандан кейин, тўрсимон расми (Уикхемнинг тўрли белгиси) кўриш мумкин.

Қизил ясси темираткининг характерли белгиси тошмаларнинг гуруҳ бўлиб жойлашиб, ҳалқалар, гулчамбарлар, чизиклар ҳосил қилишга мойиллигидир. Тугунчалар гоҳо бир-бирига қўшилиб, шагренъ юзали пилакчалар ҳосил қилади. Пилакчалар атрофида бир қадар зич жойлашган янги папулалар пайдо бўлиши мумкин. Кўпчилик ҳолларда тошма оёқ-қўллар, гавда, жинсий аъзоларнинг букувчи юзаларида симметрик тарзда, кўпинча оғиз бўшлиғи шиллик пардасида жойлашади. Кафтлар, товонлар, юз камдан-кам ҳолларда зарарланади. ҚЯТнинг қўзиши даврида ижобий **Кебнер феномени** (изоморф реакция) - терининг шикастланиш жойида янги тугунларнинг пайдо бўлиши кузатилади.

Гипертрофик шакли асосан 30 ёшдан 60 ёшгача бўлган эркакларда бошланади. ҚЯТнинг гипертрофик шакли диаметри 4-7 см ва ундан ортиқ бўлган думалоқ ёки овал шаклдаги пилакчалар ҳосил бўлиши билан тавсифланади. Пляшкаларнинг ранги - бинафша ранг билан ливид. Пилакчаларнинг юзаси нотекис, ғадир-будир, кўплаб чуқурчаларга эга бўлган сўгалли бўртиқлар билан қопланган. Асосий зарарланиш ўчоқларининг перифериясида ҚЯТнинг типик шаклига хос бўлган майда бинафша-қизғиш тугунчалар топилиши мумкин. Соқолсимон ўсимталар интенсив хуружсимон қичишиш билан бирга келади. ҚЯТ гипертрофик шаклининг сеvimли локализацияси болдирнинг олд юзаси ва товоннинг орқа юзаси ҳисобланади. Ушбу шаклда малигнизатсия эҳтимоли 0.3-3.0% ни ташкил қилади.

ҚЯТнинг атрофик шакли асосан дерматознинг локализациясига боғлиқ ҳолда шаклланади ва ҚУТ лихеноид папулалари ва пилакчаларининг атрофияга ўтиши билан ажралиб туради. Бадан терисининг зарарланиши кўпинча бошда, танада, қўлтиқ ости чуқурчалари ва жинсий органларда кузатилади. Тошмалар кам бўлади, типик тугунчалар ва атрофик доғлардан иборат бўлиб, бинафша ва сарғиш-кўнғир рангда бўлади. Уларнинг қўшилиши натижасида 1 дан 2-3 см гача бўлган кўкимтир-кўнғир атрофик пилакчалар ҳосил бўлади. ҚЯТнинг бошнинг сочли қисмида жойлашуви чандиқли алопециянинг шаклланишига олиб келади, унинг шаклланиши атрофиянинг перифериядан марказга тарқалиши ва бинафша рангдаги валикнинг мавжудлиги билан тавсифланади.

ҚЯТнинг пигментли шакли ўткир пайдо бўлади, тери қопламанинг (тана, қўл-оёқ) сезиларли юзасини зарарлайди ва диффуз зарарланиш ўчоқларига қўшилиб кетадиган кўплаб жигарранг доғли тошмалар билан тавсифланади. Бунда ҚЯТнинг типик шаклига хос тугунчаларни ҳам, пигментланган элементларни ҳам топиш мумкин.

ҚЯТнинг буллез шакли клиник жиҳатдан эритематоз жойларда ёки зарарланмаган терида пилакчалар ва папулаларда пуфакчалар ҳосил бўлиши билан таърифланади. Тошмалар ҳар хил катталиқда бўлади, таранглашган қалин пўстлоқ кейинчалик илвиллаган, ажинли бўлиб қолади. Пуфакларнинг таркиби шаффоф, сал-пал сарғиш тусли, баъзи жойларда қон аралашган.

ҚЯТнинг эрозив-яралли шаклида тери ва шиллик пардаларда эрозиялар, кўпинча четлари фестонсимон, ўлчами 1 дан 4-5 см ва ундан катта бўлган эрозиялар қайд этилади. Яралли зарарланишлар камдан-кам учрайди, оёқларда бўлади. Яраларнинг четлари зич, пушти-кўкиш рангда бўлиб, атрофдаги соғлом тери сатҳидан баланд кўтарилади. Яралар туби бўш донадор грануляциялар билан қопланган бўлиб, некротик караш билан ўтади. (олиб ташламоқ)

ҚЯТнинг фолликуляр шакли асосан тананинг терисида ва қўл-оёқларнинг ички юзаларида зич шохли тиканлар билан қопланган фолликуляр ўткир учли папулаларнинг пайдо

бўлиши билан тавсифланади. ҚЯТнинг фолликуляр шакли, бошнинг сочли қисмида чандикли алопеция, шунингдек қўлтиқ ости чуқурчалари ва қов соҳасида чандиксиз алопеция комбинацияси *Грэм-Литтл-Лассюэр* синдроми сифатида маълум.

Ҳалқасимон шакли кўпинча эркакларда генитал соҳа терисида ҳалқасимон ёки гирияндасимон ўчоқлар ҳосил қиладиган лихеноз папулалар пайдо бўлиши билан таърифланади. Касалликнинг ушбу шакли, одатда, дерматознинг бошланиши бўлиб, кўпинча типик шаклга айланади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати (ОБШҚ) ва лабларнинг қизил ясси темирatkиси

КПЛда тошмалар кўпинча ёноқлар, тил, лаблар, милклар, камроқ - товон, оғиз бўшлиғи тубидаги шиллик қаватда жойлашади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг **типик шакли** диаметри 2-3 мм гача бўлган кулранг-оқ рангли майда папулалар билан тавсифланади. Папулалар бир-бири билан қўшилиб, тўр, чизиклар, ёйлар, ажойиб тўр расмларини ҳосил қилиши мумкин. Атрофдаги шиллик парда устида кўзга ташланадиган ва лейкоплакияга ўхшаб кетадиган, чегаралари кескин бўлган пиллакчалар пайдо бўлиши мумкин. Бу хилдаги тошмалар камдан-кам ҳолларда субъектив симптомлар билан бирга давом этиб боради.

ҚЯТнинг гиперкератотик шакли типик тошмалар фонида кескин чегарали яхлит мугузланиш ўчоқларининг пайдо бўлиши ёки пиллакчалар юзасида веррукоз ўсимталарнинг пайдо бўлиши билан ажралиб туради.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг **эксудатив-гиперемик шакли** гиперемияланган ва шишли шиллик қаватда типик кулранг-оқ папулаларнинг жойлашиши билан ажралиб туради.

Оғиз бўшлиғи шиллик қавати ҚЯТнинг **эрозив-яралли шакли** катта майдонни эгаллаган майда якка ёки кўп сонли эрозиялар, камроқ яралар, фиброз караш билан қопланган нотўғри шакллар мавжудлиги билан тавсифланади, уни олиб ташлагандан сўнг қон кетиш кузатилади. ҚЯТнинг эрозив-яралли шакли учун юзага келган эрозиялар ва яраларнинг узоқ вақт мавжудлиги характерлидир, уларнинг атрофида гиперемияланган ва шишли асосда ҚЯТ учун типик папулалар жойлашиши мумкин. ҚЯТнинг эрозив-яралли шакли, артериал гипертензия ва қандли диабетнинг биргаликда учраши Гриншпан синдроми деб аталади. ҚЯТнинг ушбу шакли ўтказилаётган терапияга энг кўп хос бўлиб, оғиз бўшлиғи ва лабларда эрозиялар ва яраларнинг узоқ муддатли мавжудлиги ясси хужайрали карциномага айланишига олиб келиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг **буллёз шакли** бир вақтнинг ўзида типик папулёз тошмалар ва диаметри 1-2 см гача бўлган оқ-садаф пуфакларнинг мавжудлиги билан тавсифланади. Пуфакчалар зич покришкага эга бўлиб, бир неча соатдан 2 кунгача бўлиши мумкин. Пуфаклар очилгандан кейин тез эпителизацияланадиган эрозиялар пайдо бўлади.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ҚЯТ ясси хужайрали саратон ривожланиши эҳтимоли бўлган потенциал саратон олди ҳолати сифатида қаралади. Ясси хужайрали раkning аногенитал соҳа, қизилўнгач, гипертрофик ҚЯТнинг сурункали ўчоқларида ривожланиши ҳолатлари тасвирланган.

КПЛда вулванинг зарарланиши

Вулва ҚЯТнинг *типик шакли* 50% аёлларда тери ёки оғиз бўшлиғида дерматоз локализацияси билан ривожланади. Кўпчилик ҳолларда симптомсиз ўтади ва тўрсимон нақш ҳосил қиладиган оқиш тусли типик лихеноид папулалар билан таърифланади.

Вулва ҚЯТнинг *гипертрофик шакли* жуда кам учрайди ва оралик тери ёки перианал соҳада жойлашади ва ҳеч қачон қин шиллик қаватида аниқланмайди. ҚЯТнинг бу шакли яра бўлиб кетиши ёки инфекцияга учраши мумкин бўлган сўгалли ўсимталар билан тавсифланади, бунинг натижасида оғриқ пайдо бўлиши мумкин.

Вулва ҚЯТнинг *эрозив-яралли шакли* ушбу локализацияда энг кўп учрайдиган зарарланишдир. Симптомларни қайд этишнинг ўртача ёши 55-60 ёш. КПЛнинг ушбу шаклининг мавжудлиги беморларнинг фаол шикоятлари билан бирга келади: оғриқ, кесик, диспареуния, посткоитал қон кетиш. Тошмалар узоқ вақт тузалмайдиган эрозиялар ва яралар пайдо бўлиши билан тавсифланади, уларнинг четлари шишган ва тўқ қизил ва бинафша рангга

эга ва типик КРЛ папулаларининг кўшилиши туфайли тўрсимон нақш билан ўралган. Эрозия ва яралар битгандан кейин гипертрофик чандиқлар ва синехиялар пайдо бўлади.

КПЛнинг бошқа шакллари

- ҚЯТнинг инверс шакли тананинг йирик бурмаларининг зарарланиши билан тавсифланади, бошқа соҳаларда тошмалар бўлмаслиги мумкин.
- ҚЯТнинг томчисимон шакли: майда лихеноид папулалар кенг тарқалган ва дискретлигича қолади.
- Устма-уст тушувчи синдромлар (Overlap syndromes): бошнинг сочли қисмида, бўйин терисида, тананинг юқори қисмида ва қўл-оёқларда ДҚЮ ва ҚЯТ туридаги шикастланишлар. ТҚЮга трансформация бўлиши мумкин.
- Хўжайинга қарши трансплантат касаллигида лихеноид реакция: клиник ва гистологик жиҳатдан ҚЯТ инг типик шакли билан бир хил.
- Лихеноид кератоз: макулопапуллар қизилдан жигарранггача, баъзан ўрта ва кекса ёшдаги аёлларда қўл-оёқларда ва тўш соҳасида тангачалар билан қопланган.
 - Дори препаратлари туфайли юзага келган қизил ясси темирлатки. Қуйидаги дори воситаларини қабул қилиш натижасида юзага келадиган тери зарарланишлари ҚЯТнинг турли шаклларига айнан ўхшаш: гипотензив воситалар (АПФ ингибиторлари, бета-адреноблокаторлар, нифедипин, метилдопа), диуретиклар (45 - гидрохлоритиазид, фуросемид, спиронолактон), ностероид яллиғланишга қарши воситалар (НЯҚП), (фенотиазин ҳосилалари), тутқанокқа қарши препаратлар, замбурукқа қарши дори воситалари (кетоконазол), кимётерапевтик воситалар (гидроксиомочевина, 5-фторуорурацил, иматиниб), безгакка қарши воситалар (гидроксихлорохин), сулфогруппани ўз ичига олган воситалар (сулфонилмочевина гипогликемик воситалар, дапсон, месалазин, сулфазол, радиоконтрастли муҳит омепразол), ўсма некрози омили ингибиторлари (инфликсимаб, этанерсепт ва адалимумаб), тирозинкиназа ингибиторлари, мизопростол (простагландин Е1)

Диагностика усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

Ташхис қўйиш мезонлари: қизил ясси темирлатки ташхиси касалликнинг клиник кўринишлари асосида қўйилади.

1) Шикоятлар ва анамнез:

Тери ҚЯТнинг **типик шаклида** беморларни қичишиш безовта қилади. ҚЯТнинг эрозив-яралли шаклида кузатиладиган терининг яралли шикастланишлари оёқларда тошмалар пайдо бўлганда, юриш пайтида кучаядиган оғриқ билан тавсифланади.

Тери ҚЯТнинг кечиши одатда яхши. ҚЯТда тери шикастланишининг спонтан ремиссияси манифестациядан кейин 1 йил давомида 64-68% беморларда кузатилади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг *типик шаклида* субъектив сезгилар одатда бўлмайди. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг *гиперкератотик* шаклида беморлар иссиқ овқат қабул қилганда оғиз қуриши ва бироз оғриқни сезишлари мумкин. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг *эксудатив-гиперемик шакли* бўлган беморлар, айниқса, иссиқ ва ўткир овқатни қабул қилганда оғриқни қайд этишади.

Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг спонтан ремиссиялари 2,8-6,5% беморларда қайд этилган, бу тери шикастланишларига қараганда анча кам. ҚЯТда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида тошмалар пайдо бўлишининг ўртача давомийлиги тахминан 5 йилни ташкил қилади, аммо касалликнинг эрозив шакли ўз-ўзидан баргараф этилишга моил эмас. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида тошмаларнинг ретикуляр жойлашуви билан касалликнинг типик шакли энг яхши прогнозга эга, чунки спонтан ремиссия 40% ҳолларда содир бўлади.

Анамнезни йиғишда қариндошларда қизил ясси темиратки борлигига эътибор бериш керак.

Физикал текширув:

Ташхис қўйиш учун беморнинг тери қопламларини визуал кўриқдан ўтказиш асосий ҳисобланади.

Тошмаларнинг жойлашуви, тарқалиши, ранги ва характери баҳоланади, оғиз бўшлиғи ва вулва шиллиқ қаватлари ва тери қопламаларини текширишда тошма элементларининг консистенсияси, тошма элементларининг пальпацияси аниқланади.

Йирикроқ тугунчаларнинг юзасида, айниқса ёғ суртилгандан кейин, тўрсимон расми (Уикхемнинг тўрли белгиси) кўриш мумкин.

ҚЯТнинг фолликуляр шаклида, бошнинг сочли қисмида чандиқли алопеция, шунингдек, қўлтиқ ости чуқурчалари ва қов соҳасида чандиқсиз алопеция *Грэма-Литтла-Лассюэр* синдроми сифатида маълум.

ҚЯТнинг кўзиш даврида Кебнер феноменини ёки изоморф реакцияни - терининг шикастланиш жойларида янги тошмалар пайдо бўлишини, масалан, ишқаланиш ёки босимни кузатиш мумкин.

1) Лаборатор текширув

С 5	тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш учун беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш учун: умумий (клиник) қон таҳлили (лейкотситлар, эритроцитлар, гемоглобин, гематокрит, тромбоцитлар, тромбокрит, таёкча ядроли нейтрофиллар, сегмент ядроли нейтрофиллар, эозинофиллар, базофиллар, лимфотситлар, монотситлар, эритроцитларнинг чўкиш тезлиги) кенг тарқалган.
С 5	тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш учун беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш учун: биокимёвий умумий терапевтик қон таҳлили: умумий оқсил, глюкоза, креатинин, сийдик кислотаси, мочевина, умумий билирубин, холестерин, триглитсеридлар, натрий, калий, умумий магний, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза, қондаги ишқорий фосфатаза, гамма-глютаминотрансфераза.
С 5	беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш ва тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун: сийдикнинг умумий (клиник) таҳлили (ранги, шаффофлиги, нисбий зичлиги, рН реакцияси, глюкоза, оқсил, билирубин, уробилиноидлар, қон реакцияси, кетон таначалари, нитратлар, ясси эпителий, цилиндрлар, ўтиш эпителийси, буйрак эпителийси, лейкоцитлар, эритроцитлар, донадор цилиндрлар, мумсимон цилиндрлар, эпиротелиал цилиндр
С 5	тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапиянинг хавфсизлигини назорат қилиш учун беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш учун: қонда гепатит В (Hepatitis B virus) вирусининг юза антигенига (HBsAg) ва гепатит С (Hepatitis C вирус) вирусига антитаналарни аниқлаш
С 5	тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапиянинг хавфсизлигини назорат қилиш учун беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш учун: қондаги ОИВ одам иммунитетни танқислиги вирусига нисбатан М, G (IgM, IgG) синфидаги антитаналарни аниқлаш

Изоҳлар: Қоннинг умумий (клиник) таҳлили, қоннинг биокимёвий умумий терапевтик таҳлили, сийдик ва вирусли гепатитларга антитаналар ва антигенларнинг умумий таҳлили натижалари тизимли терапияни тайинлашдан олдин ва тизимли терапия пайтида унинг ножўя таъсирини аниқлаш учун зарур.

С	• Умумий қон таҳлили
5	• Заҳмга скрининг текширувлар (14 ёшдан катталарга)
С	<ul style="list-style-type: none"> • Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM • Умумий пешоб таҳлили • Умумий ахлат таҳлили • Қон биокимёвий анализи • Гистологик текширув • Микологик текшириш
5	<ul style="list-style-type: none"> • ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЦР усулларида антитаналарни аниқлаш • Қондаги Д витамининг миқдорини ИФА, ИХЛА усулида аниқлаш • Молекуляр-генетик текширув • Яширин қонга нажас • Қондаги гепатит В (Hepatitis В вирус) вирусининг юза антигенига (HBsAg) ва гепатит С (Hepatitis С вирус) вирусига антитаналарни аниқлаш • Қондаги ОИВ одам иммунитет танқислиги вирусига нисбатан М, G (IgM, IgG) антитаначаларини аниқлаш • Цитологик тадқиқот ўтказиш • Қоннинг иммунологик таҳлили

Инструментал текширув:

С	• ҚЯТнинг буллёз ва эрозив-яралли шакллари ташхислаш учун тери ва шиллиқ қаватлар биоптатини тўғридан-тўғри иммунофлюоресценсия реакцияси ёрдамида ўрганиш тавсия этилади
5	• Оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг изолятсияланган эрозив-яралли зарарланишида чин акантолитик елбўғоз билан дифференциал диагностика қилиш мақсадида ситологик текширув ўтказиш тавсия этилади
С	Тизимли терапия, физиотерапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш учун ички аъзоларнинг ультратовуш текшируви тавсия этилади
5	
С	Дерматоскопия: Уикхем тўри ва унинг атрофидаги шпилкасимон ва нуқтали томирлар, сариқ-жигарранг ва сариқ-кўк нуқталар, шохли тикинлар, милиумсимон ва комедонсимон тузилмалар
5	

Қўшимча текширув

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Бошқа тери касалликлари билан дифференциал диагностика ўтказиш зарур бўлганда зарарланиш ўчоғидан олинган тери биопсия материални патологоанатомик текшириш тавсия этилади • Иммуногистокимёвий текширув
----------------	---

Ёндош мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

С 4	<ul style="list-style-type: none"> • Офтальмолог, эндокринолог, терапевт, гинеколог маслаҳати - ПУВА-терапия, тор полосали ўрта тўлқинли фототерапияни тайинлашдан олдин фототерапияни ўтказишга қарши кўрсатмаларни истисно қилиш учун тавсия этилади • Антималария препаратларини тайинлашдан олдин, улар билан даволашга қарши кўрсатмаларни истисно қилиш учун, шунингдек, 6 ойда 1 марта антималария препаратлари билан даволаш жараёнида терапия хавфсизлигини назорат қилиш, шу жумладан кўз тубини текшириш учун офтальмолог маслаҳати тавсия этилади • Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг изолятсияланган зарарланишида стоматолог маслаҳати тавсия этилади • Руҳий тушкунлик, дисморфофобия мавжуд бўлганда невролог психотерапевт маслаҳати тавсия этилади.
----------------	--

Дифференциал ташхис:

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос
Псориаз	Псориазда папулалар одатда кумушсимон тангачалар билан қопланган, тирсакларда, тиззаларда ва бошнинг сочли қисмида жойлашган. Уикхем сеткасининг йўқлиги (ҚЯТ учун характерли). Ижобий Кебнер феномени (тери жароҳатидан кейин тошмалар пайдо бўлиши).
Парапсориаз	Папулалари лентикуляр, юмалоқ, пушти-қизил рангда, ясси бўлиб, терисининг полигонал расмлари билан ифодаланади. Тангачалар думалоқ, йирик, "қобик" кўринишида олиб ташланади.
Захм (папулёз захм)	Захмда папулалар мис-қизил рангда бўлиб, кўпинча симметрик бўлади. Қичишиш йўқ (кўп ҳолларда). Серологик реакцияларнинг мусбат комплекси.
Кўп шаклли экссудатив эритема	Элементлар йирикрок, сероз таркибга эга, марказий ечимга эга. Кўпинча инфекциялар (герпес) ёки дориларни қабул қилиш билан боғлиқ.Симптомларнинг тез ривожланиши.
Лейкоплакия (шиллик қават зарарланганда)	Лейкоплакия турғун, яққол кўзга ташланадиган ўчоқлар билан таърифланади. Одатда қичишиш ва

	оғриқ бўлмайди.
Сўгалли тери сили	Тошмаларнинг ранги сарғиш тусли кўнғир-қизил. Юзи дағал, сўгалли, гиперкератоз билан. Жойлашуви Кўпинча жароҳатланган терининг очиқ жойларида. Қичишиш йўқ ёки минимал. Системага алоқадор аломатлар Бошқа органлар силининг аломатлари бўлиши мумкин. Лаборатория маълумотлари Ижобий Манту реакцияси, микобактерияларни аниқлаш (экиш, ПЗР).

Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва номедикаментоз терапия, диетотерапия, оғриқсизлантириш, тиббий кўрсатмалар ва даволаш усуллари қўллашга қарши кўрсатмалар

Амбулатор ва стационар шароитда даволаш тактикаси:

Номедикаментоз даво:

- 15-стол (чеклов: аччиқ овқатлар, зираворлар, алкоғолли ичм/оликлар, ҳайвон ёғларини истеъмол қилиш). Озиқ-овқат таркибига ўсимлик мойларини киритиш тавсия этилади, шунингдек, витаминларга бой овқатлар (мевалар, сабзавотлар). [25]

Физиотерапевтик муолажалар:

Дастлабки нурланиш дозаси терининг индивидуал сезувчанлигига қараб, ПУВА терапияси учун минимал фототоксик дозани ёки УФБ терапияси учун минимал эритема дозани ўлчаш йўли билан ёки терининг фототиби бўйича минимал фототоксик эритема дозани аниқламасдан (Т. Фицпатрик таснифига кўра) аниқланади.

Кенг тарқалган тошмалар (ўрта ва оғир даражадаги тошмалар) билан оғриган беморларни даволаш учун ўрта тўлқинли фототерапия (УФВ/УФВ-311) ва касалликнинг клиник кўринишларини тўхтатиш учун ПУВА-терапия усуллари тавсия этилади
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

С 3	Селектив фототерапия (кенг полосали ультрабинафша терапияси): бошланғич нурланиш дозаси минимал эритема дозанинг 50-70% ни ташкил қилади. Беморнинг терининг турига ва загар олиш даражасига қараб нурланишни дозалашда 0,01-0,03 Дж/см ² дозадан бошланади. Жараёнлар ҳафтасига 3-5 марта амалга оширилади. Эритема бўлмаса, битта доза ҳар 2-3 процедурада 5-30% га ёки 0,01-0,03 Дж/см ² га оширилади. Бир курс учун 15-35 процедура белгиланади
----------------	---

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

С 3	тор полосали ўрта тўлқинли ультрабинафша терапия: нурланишнинг бошланғич дозаси минимал эритемик дозанинг 50-70% ни ташкил қилади. Терининг турига ва беморнинг қорайиш даражасига қараб нурланиш дозаси 0,1-0,3 Дж/см ² дозадан бошланади. Муолажалар ҳафтада 3-4 марта ўтказилади. Эритема бўлмаганда бир марталик доза ҳар бир муолажа ёки муолажа орқали 5-30% га ёки 0,05-0,2 Дж/см ² га кўпайтирилади, кучсиз ифодаланган эритема пайдо бўлганда доза доимий қолдирилади. Курсга 15-35 та муолажа буюрилади
----------------	---

С 3	Бошнинг сочли қисми UVB си. Бошланғич нурланиш дозаси минимал эритемал дозанинг (МЭД) 50-70% ни ташкил қилади. Тери тури ва беморнинг загар даражасига қараб дозалашда нурланиш 0,1–0,2 Дж/см ² дозадан бошланади. Агар бемор муолажани яхши кўтарса, доза ҳар сафар аввалги миқдордан 10-20% га оширилади. Тўлиқ даволаш курси 15-35 процедурани ўз ичига олади.
----------------	---

Изоҳ: Тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли терапия (УФВ-311) селектив фототерапияга нисбатан УФВ-терапиянинг самаралироқ усули ҳисобланади. Тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли терапия (УФВ-311) терининг шикастланиш ўчоқларида сезиларсиз инфилтрацияда афзалроқдир.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

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

С 3	терини ультрабинафша нурлантириш 308 нм (эксимер ультрабинафша нурлантириш). Юз, бўйин, гавда, қўл ва оёқлар (тирсак ва тизза бўғимларидан ташқари) да тошмалар пайдо бўлиб, зарарланган ўчоқлар бироз инфилтрацияланган бўлса, даволаш 1 минимал эритемик дозага тенг бўлган нурланиш дозаси билан, ўчоқлар сезиларли даражада инфилтрацияланганда 2 дозага тенг бўлган нурланиш дозаси билан бошланади. Тирсак ва тизза бўғимларининг терисида тошмалар пайдо бўлганда ва сезиларсиз инфилтрацияда нурланишнинг бошланғич дозаси 2 минимал эритемик дозани, инфилтрацияланган зич пиллакчалар мавжуд бўлганда - 3 ни ташкил қилади. Нурланишнинг бир марталик дозасини ошириш ҳар бир муолажа ёки ҳар 2-муолажа учун 1 минимал эритем дозага ёки олдинги дозанинг 25% га амалга оширилади. Даволаш ҳафтасига 2-3 марта режим билан ўтказилади. Курсга 15-35 та муолажа буюрилади
----------------	--

Изоҳ: Тери 308 нм ультрабинафша нурланиши билан даволаш (эксимер ультрабинафша нурланиши), асосан, тана юзасининг 10% дан ортиқ бўлмаган зарарланиш майдони бўлган ҚЯТнинг чекланган шаклларида кўрсатилган.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464>

С 5	Терининг ультрабинафша нурланиши. Катта ёшдаги беморларга фотосенсибилизаторларни (ПУВА) ички қўллаш билан фотокимётерапия. Фотосенсибилизаторлар сифатида тизимли қўллаш учун псораленлар ишлатилади, улар 1 кг тана вазнига 0,6-0,8 мг дозада бир қабулда, узун тўлқинли ультрабинафша нурлари билан нурлантиришдан 1,5-2 соат олдин қабул қилинади. УФАнинг бошланғич дозаси минимал фототоксик дозанинг 50-70% ни ташкил қилади. Бемор терисининг тури ва қорайиш даражасига қараб нурланиш дозаси 0,25-1,0 Ж/см ² ни ташкил қилади. Муолажалар ҳафтасига 2-4 марта ўтказилади. Эритема бўлмаганда нурланишнинг бир марталик дозаси ҳар 2-муолажада кўпи билан 30% га оширилади. ёки 0,25-1,0 Дж/см ² . Сушт ифодаланган эритема пайдо бўлганда нурланиш дозаси ўзгармас қолдирилади. УФА бир марталик дозасининг максимал қийматлари - 15-18 Дж/см ² . Курсга 15-35 та муолажа буюрилади
----------------	--

Изоҳлар: ПУВА-терапия тери зарарланиш ўчоқларида сезиларли инфилтрацияда афзалроқдир.

С 3	Терининг ультрабинафша нурланиши. Катта ёшли беморларга фотосенсибилизаторларни ташқи қўллаш билан фотокимётерапия. Фотосенсибилизаторлар сифатида маҳаллий қўллаш учун псораленлар ишлатилади, улар нурланишдан 15-60 дақиқа олдин шикастланиш ўчоқларига сепилади.
----------------	--

	УФАнинг бошланғич дозаси минимал фототоксик дозанинг 20-30% ни ташкил қилади. Бемор терисининг тури ва қорайиш даражасига қараб нурланиш дозаси 0,2-0,5 Ж/см ² ни ташкил қилади. Муолажалар ҳафтасига 2-4 марта ўтказилади. Эритема бўлмаганда нурланишнинг бир марталик дозаси ҳар 2-3-муолажаларда кўпи билан 30% га ёки 0,1-0,5 Дж/см ² га оширилади. Суст ифодаланган эритема пайдо бўлганда доза ўзгармай қолдирилади. УФА бир марталик дозасининг максимал қийматлари - 5-8 Дж/см ² . Курсга 20-50 та муолажа буюрилади
--	--

С 3	УФО терапия. Бошланғич нурланиш дозаси минимал эритемал дозанинг (МЭД) 25-50% ни ташкил қилади. Тери тури ва беморнинг загар даражасига қараб дозалашда нурланиш 0,05–0,2 Дж/см ² дозадан бошланади. Тўлиқ даволаш курси 20-50 процедурани ўз ичига олади.
----------------	---

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

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

В 2	<p>ПУВА- катта ёшли беморларга фурукумарин меваларининг амми сувли эритмаси билан ванна қилинади. УФА нурланишининг бошланғич дозаси минимал фототоксик дозанинг 20-30% ни ёки 0,3-0,6 Дж/см² ни ташкил қилади. Умумий ва маҳаллий ПУВА- ванналарда нурланиш ҳафтасига 2-4 марта ўтказилади. Эритема бўлмаганда бир марталик доза ҳар иккинчи муолажада кўпи билан 30% га ёки 0,2-0,5 Дж/см² га кўпайтирилади. Терининг I-II типи бўлган беморларда дозалаш 0,5-1,0-1,5-2,0-2,5-3,0 Дж/см² дозалар оралиғида амалга оширилади. Терининг III-VI тури бўлган беморларда нурланиш 0,6-1,2-1,8-2,4-3,0-3,6 Дж/см² дозалар оралиғида ўтказилади. Суст ифодаланган эритема пайдо бўлганда доза ўзгармай қолдирилади.</p> <p>Терининг I-II типи бўлган беморларда нурланишнинг максимал бир марталик дозаси 4,0 Ж/см², терининг III-VI типи бўлган беморларда - 8,0 Дж/см² ни ташкил қилади. Курсга 15-35 та муолажа буюрилади</p>
----------------	---

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

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

С 4	<ul style="list-style-type: none"> • Топик қўллаш учун воситаларни қўллаган ҳолда ультратовуш терапияси • ИҚ-лазер (оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати зарарланганда) • LLLT паст даражали нур терапияси
----------------	---

<https://www.tmj-vgmu.ru/jour/article/view/720/676>

С 4	<ul style="list-style-type: none"> • Минерал тузлар, ўтли қайнатмалар билан бальнеотерапия • Пелоидотерапия
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29036248/>

С 4	<ul style="list-style-type: none"> • Плазмаферез • НИЛИ • Озонотерапия
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29036248/>

Медикаментоз даволаш:

Ўзбекистон Республикасида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларининг клиник баённомага киритилиши бепул тиббий ёрдамнинг қафолатланган хажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди

Жадвал-1

Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш еҳтимоли билан): далиллар даражасини киритиш керак:

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Антигистамин препаратлар	Дезлоратадин	Таблеткалар 5 мг эритма 10 мл оғиз орқали кунига 1 марта 7-14 кун	(А) https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572e6b314954
	Цетиризин	таблеткалар 5 мг эритма 10 мл перорал 1 маҳал суткасига 7-14 кун	(А) https://mediqlab.com/drugs/520495c-c-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
	Левоцетиризин	таблеткалар 5 мг эритма 20 томчи оғиз орқали кунига 1 марта 7-14 кун	(А) https://mediqlab.com/drugs/e9b3dd31-419b-4e9f-b38d-c39950754bad
	Хлоропирамин	Таблеткалар 25 мг дан кунига 3-4 марта, катталарга в/и ёки в/и юборилганда бир марталик доза 20-40 мг ни ташкил қилади	(С) https://diseases.medelement.com/disease/
	Эбастин	Ичишга. Катталар учун тавсия этилган доза 10-20 мг/сут.	(С) https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86
	Лоратадин	Таблеткалар 5 мг эритма 10 мл оғиз орқали кунига 1 марта 7-14 кун	(В) https://mediqlab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-

			bce2-e2ca1dab9119 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Биластин	Ичишга. Катталар учун тавсия этилган доза 10-20 мг/сут.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
Гипосенсибилизатсия воситалари	Тиосульфат натрий	в/и - 5-50 мл 30% ли эритма ичишга - 2-3 г 10% ли эритма кўринишида қабул қилинади.	(B) https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6
	Глюконат кальций	В/и, в/и секин (2-3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, катталарга - 5-10 мл 100 мг/мл эритма ҳар куни, бир кундан кейин ёки 2 кундан кейин. Болаларга вена ичига секин (2-3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, ёшига қараб, ҳар 2-3 кунда 1 мл дан 5 мл гача 100 мг/мл эритмадан юборилади.	(B) https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a
Маҳаллий терапия			
Тери касалликларини даволаш учун ташқи қўллаш учун кортикостероидлар I (жуда юқори фаоллик).	Клобетазола пропионат: 0,05%	кунига 2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(C2) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15303780/
	Бетаметазона дипропионат: 0,1%; 0,05%	кунига 2 марта; 12 ҳафтагача	(C2) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/

II (юқори фаоллик).	Мометазона фураат: 0,1%	кунига 1-2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(C4) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
	Триамцинолона ацетонид: 0,5%	Суртишга суткасига 2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(C4) https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0048KJD/1994.32.6.1054&DT=1
	Метилпреднизолон ацетонат: 0,1%	кунига 1-2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(C2) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409433/
	Флуоцинонид: 0,05%	Суртишга кунига 2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(C2) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14107624/
III–IV (ўртача фаоллик).	Мометазона фураат: 0,1%	кунига 1-2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3058398/
	Триамцинолона ацетонид: 0,1%	кунига 2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261015/
	Флуоцинолона ацетонид 0,025%	кунига 1-2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/387495/
	Бетаметазона валерат: 0,1%	кунига 1-2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(B)

			https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/
V (фаоллик ўртачадан паст). Рўйхатдан бири.	Гидрокортизона бутират 0,1%	ташқаридан, суткасига ўртача 2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/
	Гидрокортизона пробутат 0,1%	суртишга, кунига ўртача 2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/
VI (суст фаоллик).	Аклометазона дипропионат 0,05%	ташқаридан, суткасига ўртача 2 марта; 4-8 ҳафта давомида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152079/
	Флуоцинола ацетонид 0,01%	ташқаридан, суткасига ўртача 2-3 марта; 4 - ҳафтагача	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/387495/
VII (энг паст фаоллик)	Дексаметазон 0,1%	ташқаридан, суткасига ўртача 2-3 марта; 4 - х ҳафтагача	(B) https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0048KJD/1994.32.6.1054&DT=1
Оғиз бўшлиғи, лаблар ва вулва шиллиқ қаватининг эрозив-яралли зарарланишида ташқи терапия:	Алоэ дарахтсимон барг	ташқи, суткасига 2 марта; 4 - х ҳафтагача	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	холина салицилат + цеталкония хлорид	ташқи томондан, катталар учун 1 см ва болалар учун 0,5 см, суткасига 2-3 марта овқатдан олдин ёки овқатдан кейин;	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464 4
	лидокаин + ромашки	ташқаридан 0,5 см суртилади	(C)

	аптечной экстракт цветов	суткасига 3 марта; 4 хафтагача	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
Кальциневрин ингибиторлари	Пимекролимус – мазь	суткасига 2 марта юпка қатлам кўринишида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17377388/
	Такролимус – мазь	катталарга 0,1% суртма суткасига 2 марта 3 ой давомида юпка қатлам билан, болаларга 0,03% суртма суткасига 2 марта 3 ойдан ортиқ бўлмаган муддатда юпка қатлам билан суртилади	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17659000/
Кератолитиклар	Салитцил кислотаси	махаллий суртишга юпка қатлам қилиб кунига 2 марта суртиш, даволаш курси – 3 хафтадан ошмаслиги керак. Болалар учун: 1% концентрацияли маз суртмаси, кунига 1–2 марта махаллий суртиш, даволаш курси 3 хафтадан ошмаслиги керак.	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview
	Мочевина (10,15,20,30,50%)	махаллий суртишга 1-2 махал кунига, 2-3 хафта	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview
	Салитцил кислотаси + бетаметазон	махаллий суртишга 1-2 махал кунига, 2-3 хафта	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview
	Салитцил кислотаси + мометазон	махаллий суртишга 1-2 махал кунига, 2-3 хафта	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview

	Скинкеа	фақат маҳаллий қўллаш учун. Кремни энгил массаж ҳаракатлари билан шикастланган терига суртиш, кунига 2-3 марта қўллаш.	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview
--	---------	--	--

Жадвал -2

Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш еҳтимоли 100% дан кам): далиллар даражасини киритиш керак:

Фармако-терапевтик гуруҳ	Дори-воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Безгакка қарши восита	Гидроксихловохин	Ичишга. 200 мг кунига 2 марта 5 кун давомида, кейин 2 кун танаффус, даволаш курслари 1-2 ой давомида такрорланади	(B) https://diseases.medelem.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
	Хлорохин	Ичишга. 250 мг кунига 2 марта 5 кун давомида, кейин 2 кун танаффус, даволаш курслари 1-2 ой давомида такрорланади	(B) https://diseases.medelem.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
Тизимли ГКС	Преднизолон	Ичишга. 20-30 мг/сутка 1-2 ой давомида, кейин аста-секин бекор қилинади	(B) https://diseases.medelem.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
	Бетаметазон	1 мл 1 марта 2-3 ҳафтада в/и ёки ўчоққа, 3-4 инъекция курсида	(B) https://diseases.medelem.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770

			плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
Фотосенсибилизация қилувчи воситалар	Метоксален	Малхам 0,75%. Витилигонинг аниқ белгиланган жойларига тегишли манбадан ёки куёш нурлари билан узун тўлқинли ультрабинафша спектр (тўлқин узунлиги 320-400 нм) билан нурлантиришдан 30-60 дақиқа олдин суртилади. Таблеткалар 10 мг. Ичишга. Ультрабинафша нурлантириш сеансидан 1,5-2 соат олдин. Доза беморнинг тана вазнига қараб индивидуал равишда танланади: 0,6мг/кг	(С) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
Иммунодепрессантлар	Циклоспорин	Сиклоспориннинг бошланғич дозаси кунига 2,5 дан 3 мг/кг тана вазини ташкил қилади. Оғир ҳолатларда, зарурият бўлганда, препарат дозаси максимал - кунига тана вазининг ҳар килограммига 5 мг гача оширилиши мумкин. Ижобий натижага эришилганда, дозани тўлиқ бекор қилингунга қадар аста-секин камайтириш керак.	(С) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763
Тизимли ретиноидлар	Ацитретин	Дастлабки суткалик дозада 25 мг ёки суткасига 30 мг буюрилади; препаратни суткасига бир марта овқат пайтида ёки сут билан қабул қилинади; қабул қилиш давомийлиги 3-8 ҳафта. Болаларда суткалик доза тана вазнига боғлиқ бўлиб, тахминан 0,5 мг/кг ни ташкил қилади. Баъзи ҳолларда чекланган вақт учун суткасига 1 мг/кг	(С) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763

		гача (суткасига 35 мг дан кўп бўлмаган) юқори дозалар талаб қилиниши мумкин.	
Антиметаболитлар	Метотрексат	4-15 ҳафта давомида ҳафтасига 15-20 мг	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	Фолат кислотаси (Метотрексат қабул қилинганда)	Оғиз орқали, овқатдан кейин қабул қилиш. Катталарга: 1–2 мг (1–2 таблетка) кунига 1–3 марта. Максимал кунлик доза – 5 мг (5 таблетка). 3 ёшдан катта болаларга: 1 мг (1 таблетка) кунига 1–2 марта. Максимал кунлик доза – 2 мг (2 таблетка). Даволаш курси 20–30 кун.	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
Сульфаниламидлар	Дапсон	Препаратнинг ўртача дозаси 50-100 мг дапсон, яъни кунига 1-2 таблеткадан, ҳафтасига 6 кун.	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	Сульфасалазин	Ичишга, овқатдан кейин. 1,5-3 г/сут. Дозалаш тартиби кўрсатмаларга ва ёшга қараб индивидуал равишда белгиланади.	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
Иммунодепрессантлар	Микофенолата мофетил	0,5 г кунига икки марта тўрт ҳафта давомида, сўнгра камида 20 ҳафта давомида кунига икки марта 1 г	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	Апремиласт	Ичишга. катта ёшли беморларга 30 мг дан кунига 2 марта, эрталаб ва кечқурун, тахминан 12 соатлик интервал билан, овқатланиш вақтига қараб. Дастлабки дозани титрлаш талаб этилади,	(C) https://ichgcp.net/registry/NCT03656666?ysclid=m4wlgfchvm683835691

		бирламчи титрлашдан кейин такрорий титрлаш талаб этилмайди	
	Устекинумаб	Катта ёшли беморларга тери остига 45 мг. Иккинчи инъекция биринчи инъекциядан 4 ҳафта ўтгач, кейин ҳар 12 ҳафтада амалга оширилади. Тана вазни 100 кг дан ортиқ бўлган беморларда препарат 90 мг дозада тавсия этилади. Ҳар 12 ҳафтада қўлланилганда клиник самарадорлик етарли бўлмаса, препарат дозасини ҳар 12 ҳафтада 90 мг гача ошириш керак. Агар бундай дозалаш тартиби самарали бўлмаса, препаратнинг 90 мг дозаси ҳар 8 ҳафтада киритилиши керак	(C) https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426
	Гуселькумаб	Тавсия этилган доза тери ости инъекцияси шаклида 100 мг ни ташкил қилади. Иккинчи инъекция биринчи инъекциядан кейин 4 ҳафта ўтгач, кейин ҳар 8 ҳафтада амалга оширилади.	(C) https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426
	Адалимумаб	Катталар ва 4 ёшдан бошлаб болаларга сон ёки корин соҳасига тери остига 80 мг бошланғич дозада, ушлаб турувчи доза - 40 мг дан 2 ҳафтада 1 марта, бошланғич дозадан бир ҳафта ўтгач бошланади	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24124928/
	Ритуксимаб	вена ичига 375 мг/м ² ҳафтасига бир марта 4 ёки 8 доза давомида	(C) https://www.jle.com/fr/revues/ejd/e-docs/rapid_and_complete_resolution_of_lichen_planopilaris_in_juvenile_chronic_arthritis_treated_with_rituximab_287742/article.php.html

<p>Селектив иммунодепрессант (ФНО–альфа ингибиторлари)</p>	<p>Этанерцепт</p>	<p>Катталар учун 25 мг дан хафтасига икки марта 3-4 кун оралиғида. Препаратни ҳафтада бир марта 50 мг бир марталик т/и инъекцияси орқали юбориш мумкин. Шу билан бир қаторда, этанерсептни 50 мг дан хафтасига икки марта 12 ҳафтадан кўп бўлмаган вақт давомида қўлаш мумкин. Даволашни давом эттириш зарур бўлса, этанерсептни ҳафтасига икки марта 25 мг ёки ҳафтасига бир марта 50 мг дозада юбориш керак. Терапия ремиссияга эришгунга қадар ва одатда 24 ҳафтадан кўп бўлмаган муддатда ўтказилиши керак. Баъзи ҳолларда даволаш давомийлиги 24 ҳафтадан ортиқ бўлиши мумкин. 6 ёш ва ундан катта болаларда доза тана вазнига 0,8 мг/кг ҳисобидан аниқланади (максимал бир марталик доза 50 мг). Препарат ҳафтада 1 марта тери остиға, ремиссияга эришилгунга қадар, одатда, кўпи билан 24 ҳафта давомида юборилади. Агар 12 ҳафталик терапиядан кейин симптомларнинг ижобий динамикаси кузатилмаса, препарат билан даволашни тўхтатиш керак. Агар этанерсептни такроран буюриш зарур бўлса, юқорида кўрсатилган даволаш давомийлигига риоя қилиш керак. Препарат дозаси - 0,8 мг/кг тана вазни</p>	<p>(C) https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426</p>
--	-------------------	---	--

		(максимал бир марталик дозаси 50 мг) ҳафтасига 1 марта.Баъзи ҳолларда даволаш давомийлиги 24 ҳафтадан ортиқ бўлиши мумкин.	
Антибактериал воситалар	Цефтриаксон	в/и ва м/и юбориш учун эритмани тайёрлаш учун кукун	(A) https://diseases.medelement.com/disease/
	Цефуросим	инъекция учун эритма тайёрлаш учун кукун 250 мг, 750 мг, 1500 мг эритувчи билан комплектда	(A) https://diseases.medelement.com/disease/
	Тетрациклин	Ичишга қабул қилинганда катталар учун бир марталик доза кўрсатмалар, буйраклар функцияси ва кўлланиладиган даволаш схемасига қараб 300 мг дан 1,5 г гача бўлиши мумкин. 8 ёшдан катта болаларга - ҳар 6 соатда 20-25 мг/кг.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/
	Доксициклин	Ичишга, тана вазни 45 кг дан юқори бўлган катталар ва 12 ёшдан катта болаларда биринчи куни ўртача суткалик доза - 200 мг (икки қабулга бўлинади - суткасига 2 марта 100 мг), кейин 100 мг/сут.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/
Микробларга ва протеозларга қарши восита	Метронидазол	250 мг ҳар 8 соатда 12 ҳафта давомида	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20941941/
Антидепрессантлар	Доксепин	Ичишга. Депрессия ва/ёки хавотирнинг ўртача ифодаланган даражасида бошланғич доза суткасига 75 мг ни ташкил қилади. Кейинчалик индивидуал равишда самарали доза танланади, у одатда кунига 75-150 мг ни ташкил қилади. Дозани ошириш аста-секин амалга оширилади. Сезиларли	(B) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464

		<p>даражада ифодаланган депрессия ва ёки хавотирда самарали доза кунига 300 мг га етиши мумкин. Кам ифодаланган бузилишлар бўлган беморларда камроқ дозалар - 25-50 мг/сут самарали бўлиши мумкин. Қабул қилиш вақти - кунига 1-2 марта (кун давомида бир марта қабул қилинганда, доксепин дозаси 150 мг дан ошмаслиги керак). Уйқу бузилганда суткалик дозанинг катта қисми кечкурун қабул қилинади.</p>	
	Миртазапин	<p>Ичишга 15-45 мг/сут, асосан 1 маҳал/сут уйқу олдидан. Доза аста-секин кунига 30-45 мг гача оширилади. Депрессияга қарши таъсир аста-секин ривожланади, одатда даволаниш бошланганидан 2-3 ҳафта ўтгач, аммо даволанишни яна 4-6 ой давом эттириш керак. Даволашнинг 6-8 ҳафтаси давомида терапевтик самара кузатилмаса, даволашни тўхтатиш керак.</p> <p>Миртазапинни бекор қилиш аста-секин амалга оширилади.</p>	<p>(B) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</p>
	Пароксетин	<p>Суткасига бир марта - эрталаб овқат пайтида қабул қилиш тавсия этилади. Таблеткани чайнамай ютиш керак. Тавсия этилган суткалик доза - 20 мг., дозани даволашнинг дастлабки 3-4 ҳафтаси давомида индивидуал равишда синчковлик билан танлаш, сўнгра клиник кўринишларга қараб уни</p>	<p>(B) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</p>

		тузатиш керак. 20 мг дозасига етарли жавоб бўлмаган баъзи беморларни даволаш учун дозани ошириш керак бўлиши мумкин. Буни даволашнинг клиник самарадорлигига қараб дозани 10 мг га (максимал 50 мг/сут) ошириб, аста-секин амалга ошириш керак.	
Антиксиолитиклар	Гидроксизин	Ичишга. 12.5-50 мг/сут Максимал бир марталик доза 200 мг дан ошмаслиги керак, максимал суткалик доза 300 мг дан ошмаслиги керак. Кекса ёшдаги беморларда бошланғич дозани 2 баравар камайтириш керак. Ўрта ва оғир даражадаги буйрак этишмовчилиги бўлган, шунингдек жигар этишмовчилиги бўлган беморларга дозани камайтириш зарур.	(C) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763
Седатив воситалар	Валериана экстракти	Ичишга. Катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга 1-2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин берилади. Даволаш давомийлиги 2-4 ҳафта. Шифокор кўрсатмаси билан такрорий даволаш курсларини ўтказиш мумкин.	(B) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай/14954?ysclid=m4pc3s1kvt358547943
	Адонис-бром	Ичишга. 1 таб овқатдан кейин кунига 3 марта. Даволаш курси - 25-30 кун. Такрорий курсларни ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги шифокор томонидан белгиланади.	(B) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай/14954?ysclid=m4pc3s1kvt358547943
Гепатопротекторы	Урсодезоксикол кислотаси	Ичишга. Тана вазни 34 кг дан кам бўлган болалар ва катталарга урсодезоксикол кислотани суспензия	(C) https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084

	<p>шаклида қўллаш тавсия этилади.</p> <p>Урсодезоксихол кислотасининг тавсия этилган дозаси кунига 10 мг/кг ни ташкил этади</p>	
Эссенсиал фосфолипидлар	<p>в/и аста-секин 1-2 ампула (5-10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда 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>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/</p>
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>	<p>(C)</p> <p>https://mediclab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1</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.</p> <p>Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/</p>

		тезликда, кунига бир марта юборилади	
		ичишга, кунига уч марта 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин). Зарур бўлса, кунлик дозани кунига уч марта 3 капсулагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматринга тенг).	
	Глутатион	Glutation в/и, в/и секин (2-3 дақиқа) ёки кунига 600 мг ёки кунига 1200 мг дан инфузия йўли билан. Ичишга. 250 мг/сут, тил остида аста-секин сўрилади. Қабул қилиш курси йилига 2-3 марта такрорланиши мумкин бўлган 2-3 ойлик цикллардан иборат.	(C) https://mediqlab.com/drugs/5dc77e7c-6dfb-4eab-9570-92bd53793d47
Витаминлар	Цианокобаламин (Витамин В12)	м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан, ойига 1 мартагача.	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	м/о, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига 1-2 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб тайинлайди.	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	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	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w

		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.	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	Алфа-липой кислотаси	Катталар учун 600 мг микдорида 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.	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	Альфа-токоферол ацетат (Витамин Е)	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	Витамин А + Е	Овқатдан кейин кунига ичиш учун 100 мг дан витамин Е + 100 000 ХБ витамин А дозасида	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	Ретинол ацетат (Витамин А)	Катталар учун энг юқори кунлик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак.	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w

			6/s12903-020-01229-w
	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 ортиқ бўлинган дозаларда	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	Холекальциферол (Витамин D)	Д витамини танқислигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси <20 нг/мл) - 8 ҳафта давомида ҳар ҳафтада 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ ҳар ойда 2 ой давомида ичиш учун - 150 000 ХБ ҳар ойда 3 ой давомида ичиш учун - 6000 - 8000 ХБ кунига - 8 ҳафта ичиш учун Д витамини етишмовчилигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси ≥ 20 ва <30 нг/мл) - 4 ҳафта давомида ҳар ҳафта 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ бир марта ичишга - 150 000 ХБ бир марта ичишга - 6000 - 8000 ХБ кунига - 4 ҳафта ичиш учун Д витамини даражасини қўллаб-қувватлаб туриш ≥ 30 нг/мл - 1000 - 2000 ХБ ҳар куни ичиш учун - 6 000 - 14 000 ХБ ҳафтада бир марта ичиш учун	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w

Иммуномодуляторлар	рекомбинант ИФН альфа-2б ректал шамчалар	Катталарда: кунига 2 марта 500 000 ИУ дан 10 кун Болаларда: 3 000 000 ИУ дан кунига 2 марта 10 марта кунлар Ҳомиладор аёлларда: томонидан 10 кун давомида кунига 2 марта 1 000 000 ИУ	В https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176
	Инозин пранобекс	ичишга, овқатдан кейин, 10 кун давомида кунига 3- 4 марта 500 мг	В https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176
	Меглумина акридоняцетат	24 соатлик интервал билан 3 та инъекция, кейин эса яна 3 та инъекция 48 соатлик интервал билан	В https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176
	Тилорон дигидрохлорид	1-2 таблетка (250 мг) биринчи икки кун ичида кунига бир марта, кейин 2- 4 ҳафта давомида ҳар куни 1 таблетка (125 мг). Ёки овқатдан кейин 0,125 г (1 таблетка) ремиссия даврида, ҳар ҳафтанинг дастлабки икки кунда, фақат 5 ҳафта. Курс дозаси 1,25 г.	В https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176
	Азоксимер бромид	Ичиш учун, овқатдан кейин, 6 мг кунига 2 марта ёки 12 мг кунига 1 марта, 10 кун давомида.	В https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176

			2de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176
--	--	--	--

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

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.

Тиббий ёрдамни ташкиллаштириш

Бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш доирасида терапевтлар, педиатрлар, умумий амалиёт шифокорлари беморларда тери тошмаси, ҚЯТ касаллиги белгилари ёки белгиларини аниқлашда беморни бирламчи ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш учун дерматовенерологик тиббий ташкилотга юборадилар.

Агар бирламчи ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш доирасида тиббий ёрдам кўрсатишнинг иложи бўлмаса ва тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлса, бемор ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббий ташкилотга юборилади.

Ихтисослашган, жумладан, юқори технологияли тиббий ёрдам стационар шароитда дерматовенерологлар томонидан кўрсатилади.

Тиббиёт муассасасига ётқизиш учун кўрсатмалар: кундузги ва 24 соатлик стационар:

- илгари ўтказилган даволашнинг самарасизлиги;
- даволанишнинг физиотерапевтик усулларида фойдаланиш зарурати;
- иммунодепрессантлар билан қўллаб-қувватловчи терапия ўтказиш зарурати;
- тери ва шиллиқ пардаларнинг кенг тарқалган ва оғир шикастланишлари, шу жумладан гиперкератотик, буллёз, эрозив-ярали шикастланишлар;

Беморни тиббий ташкилотдан чиқариш учун кўрсатмалар:

- тошмалар регрессияси ва/ёки клиник кўринишларнинг камайиши.

Муолажа ёки аралашув самарадорлигини кўрсаткичлари:

- терида янги элементларнинг йўқлиги ва терида тошмаларнинг регресси;
- ремиссия давомийлиги;
- ҳаёт сифатини яхшилаш

**“ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМРАТКИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

Кириш қисми

Қизил ясси темиртки (ҚЯТ) - тери ва шиллиқ пардаларнинг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, тирноқ ва сочларни камроқ зарарлайди, унинг типик элементлари папулалардир.

Дерматологик патологиянинг умумий структурасида ҚЯТ 0,16 дан 1,2% гачани ва оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати касалликлари орасида 35 дан 70% гачани ташкил этади. ҚЯТ ҳар қандай ёшда учрайди, лекин кўпинча ўрта ва кекса ёшда ташхисланади - 30 дан 70 ёшгача ва беморларнинг 35% 50 ва ундан катта ёшда. ҚЯТ асосан аёлларда учрайди ва уларнинг улушига 60- 75% беморлар тўғри келади. ҚЯТ болаларда камдан-кам учрайди, касалликнинг фақат 5% ҳолатлари болалар ёшидаги беморларга тўғри келади.

Кўпгина муаллифлар касалликнинг ривожланишида иммун тизимининг етакчи ролини кўрсатади (Тадқиқотчилар қизил ясси темиртки патогенезида иштирок этувчи хужайралар: кератиноцитлар, дендрит хужайралари, макрофаглар ва лаброцитлар, CD8+ Т-лимфотситлар (супрессорлар), CD4+ Т-лимфотситлар (хелперлар) деб ҳисоблашади, уларнинг даражаси босқичларга қараб ўзгариб туради. ҚЯТ да терига мигратсияланувчи Т-лимфотситларнинг асосий популяцияси асосан дермо-эпидермал бирикмада жойлашган ситотоксик CD8+ Т-лимфотситлар ва периваскуляр жойлашган CD4+ Т-лимфотситлардир. Ситотоксик CD8+ Т-лимфотситлар базал мембранани емирувчи ва базал кератинотситлар апоптозини чақирувчи моддалар ишлаб чиқаради. Яллиғланиш яллиғланиш олди ситокинларини, шу жумладан ўсма некрози омили - α ни ишлаб чиқарадиган фаоллаштирилган CD4+ Т-лимфотситлар томонидан қўллаб-қувватланади.

Таъриф

Қизил ясси темиртки (ҚЯТ) - тери ва шиллиқ пардаларнинг кенг тарқалган яллиғланиш касаллиги бўлиб, унинг кечиши ҳам ўткир, ҳам сурункали бўлиши мумкин. Арифов С.С. 2008 й. Ташкент.

Ген-инженер биологик препаратлар нисбатан яқинда дерматология амалиётида ҚЯТни даволашда қўлланилади. Уларнинг таъсир механизми шундаки, улар фаоллаштирилган Т-лимфотситларда ифодаланадиган оксил тузилмалари билан ўзига хос боғланади. IL-17 QYAT патогенезида иштирок этиши мумкинлигини ҳисобга олган ҳолда, Ф. Солимани et al. (2019) биринчи марта ҚЯТ билан оғриган 3 нафар беморда моноклонал антитана ёрдамида секукинумаб ёрдамида IL-17A ни блокировка қилиш орқали Th17/Tc17 хужайраларига таъсир кўрсатди, Th17/Tc17 ўқини устекинумаб билан - 1 беморда (анти-IL -12/ IL -23) ва яна 1 нафар текширилувчида гуселкумаб билан ингибирлаш орқали. Бундай даволаш ҚЯТ билан оғриган беморларда оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва терининг сезиларли ва узоқ муддатли клиник яхшиланишига олиб келди. Олинган натижаларга қарамай, ушбу препаратларнинг хавфсизлик профилининг самарадорлигини баҳолаш учун кейинги тадқиқотлар зарур [38]. Ўсма некрози омилининг (TNF- α) ҚЯТ патогенезидаги муҳим ролини ҳисобга олган ҳолда, унинг фаоллигини блокловчи препаратларни (адалимумаб, этанерсепт) буюриш мақсадга мувофиқдир. Бироқ, адабиётларда ушбу патологияда уни қўллаш бўйича қарама-қарши маълумотлар мавжуд. Хусусан, TNF- α ингибиторларини қабул қилиш натижасида юзага келган ҚЯТнинг кўплаб ҳолатлари тасвирланган. Шу билан бирга, бир нечта маълумотлар уларнинг ушбу дерматозга нисбатан самарадорлигини кўрсатади.

Тери ичига инъекция қилиш учун топик стероидлар (триамсинолон атсетонид, флуотсинолон атсетонид, бетаметазон дипропонат ва клобетазол пропионат каби кучли таъсир қилувчи ва юқори фаол) ёки триамсинолон, айниқса гипертрофик ёки даволанишга моил бўлмаган шикастланишларда (2-4 ҳафтада 5-20 мг/мл)

Тизимли кортикостероидлар (оғиз орқали ёки мушак ичига юбориш) Агар шикастланишларни маҳаллий даволаш мумкин бўлмаса, 4-6 ҳафта давомида кунига 30-80 мг дозада преднизолоннинг оғиз орқали ёки ҳар 6-8 ҳафтада 40-80 мг дозада триамсинолоннинг мушак ичига юбориш буюрилади.

Атситретин 20-35 мг/сут ёки изотретиноин

Сиклоспоринни перорал қабул қилиш (3-5 мг/кг/кун)

Симптоматик даволаш

Оғиз орқали қабул қилинадиган антигистамин препаратлар

Седатив антигистамин препаратлар кучли қичишишда самаралироқ бўлиши мумкин, аммо ножўя таъсирлар (хавфсизлик муаммолари/уйқунинг бузилиши/бахтсиз ҳодисалар) уларни қўллашни минималлаштиради.

Қичимага қарши маҳаллий воситалар

Ментол, камфора, доксепин, полидоканол ва бошқалар асосий давога қўшимча сифатида буюрилиши мумкин.

Оғиз бўшлиғи шиллик қаватининг ҚЯТ ни даволаш

ҚЯТнинг шиллик шаклини кўпинча даволаш қийин, айниқса яралар ва эрозиялар мавжуд бўлганда. Кўп йиллар давомида ҚЯТ шиллик шаклини даволаш усуллари оғиз бўшлиғидаги аломатларни бартараф этишга эмас, балки енгиллаштиришга қаратилган.

Бироқ, замонавий даволаш усуллари симптомларни бартараф этишга ва хавфли трансформация хавфини камайтиришга қаратилган бўлиши керак.

Умумий чора-тадбирлар

Тадқиқот натижалари ва экспертларнинг фикрларига асосланиб, даволанишдан олдин ва даволаниш пайтида умумий парвариш чораларини муҳокама қилиш мумкин. Беморларга оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш ва шиллиқ қаватнинг шикастланишига йўл қўймаслик ҳақида маълумот бериш керак. Касалликнинг оғирлигига қараб, оғиз бўшлиғининг қизил ясси темиртки бўлган баъзи беморларга мунтазам равишда шахсий ва профессионал стоматологик гигиена, амалгам ёки олтин тиш пломбаларини алмаштириш, чекиш, ўткир овқат ва алкогольдан воз кечиш тавсия этилиши мумкин.

Агар оғиз бўшлиғининг лихеноидли зарарланишига тизимли препарат сабаб бўлса, шифокор уни бошқа дори воситаси билан алмаштириши керак.

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

Озонотерапия

Озонотерапия кенг қўлланиладиган усул бўлиб, дерматологияда ҳам кенг қўлланилади. Озоннинг антибактериал, антивирус, яллиғланишга қарши, иммуномодуловчи таъсири уни турли тери касалликларини даволашда патогенетик жиҳатдан асосланган.

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

Қонни вена ичига лазерли нурлантириш (НИЛИ)

Қонни вена ичига лазер билан нурлантириш уни тозалаш усулларида бири бўлиб, у беморни танасидан чиқармасдан тўғридан-тўғри қон айланиш тизими ичида ёруғлик тўлқини билан қон билан ишлов беришдан иборат.

Ёруғлик тўлқинлари организмнинг турли системалари ва алмашинув жараёнлари ишини меъёрлаштириб, комплекс таъсир кўрсата олади.

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

Плазмаферез

Қон оқимидан токсинлар, аутоантитаначалар, циркуляцияланувчи иммун комплекслар (СИК), яллиғланиш олди ситокинларини элиминация қилиш, метаболизм ва аъзоларнинг бузилган функцияларини нормаллаштириш мақсадида плазмаферез муолажаси тавсия этилди

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

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

Жарроҳлик аралашуви: ўтказилмайди

**“ҚИЗИЛ ЯССИ ТЕМРАТКИ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

Кириш қисми

Қизил ясси темиртки (ҚЯТ) - тери ва шиллик пардаларнинг сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, тирноқ ва сочларни камроқ зарарлайди, унинг типик элементлари папулалардир.

Дерматологик патологиянинг умумий структурасида ҚЯТ 0,16 дан 1,2% гачани ва оғиз бўшлиғи шиллик қавати касалликлари орасида 35 дан 70% гачани ташкил этади. ҚЯТ ҳар қандай ёшда учрайди, лекин кўпинча ўрта ва кекса ёшда ташхисланади - 30 дан 70 ёшгача ва беморларнинг 35% 50 ва ундан катта ёшда. ҚЯТ асосан аёлларда учрайди ва уларнинг улушига 60- 75% беморлар тўғри келади. ҚЯТ болаларда камдан-кам учрайди, касалликнинг фақат 5% ҳолатлари болалар ёшидаги беморларга тўғри келади.

Кўпгина муаллифлар касалликнинг ривожланишида иммун тизимининг етакчи ролини кўрсатади (Тадқиқотчилар қизил ясси темиртки патогенезида иштирок этувчи хужайралар: кератиноцитлар, дендрит хужайралари, макрофаглар ва лаброцитлар, CD8+ Т-лимфотситлар (супрессорлар), CD4+ Т-лимфотситлар (хелперлар) деб ҳисоблашади, уларнинг даражаси босқичларга қараб ўзгариб туради. ҚЯТ да терига мигратсияланувчи Т-лимфотситларнинг асосий популяцияси асосан дермо-эпидермал бирикмада жойлашган ситотоксик CD8+ Т-лимфотситлар ва периваскуляр жойлашган CD4+ Т-лимфотситлардир. Ситотоксик CD8+ Т-лимфотситлар базал мембранани емирувчи ва базал кератинотситлар апоптозини чақирувчи моддалар ишлаб чиқаради. Яллиғланиш яллиғланиш олди ситокинларини, шу жумладан ўсма некрози омили - α ни ишлаб чиқарадиган фаоллаштирилган CD4+ Т-лимфотситлар томонидан қўллаб-қувватланади.

Умумий чора-тадбирлар

Тадқиқот натижалари ва экспертларнинг фикрларига асосланиб, даволанишдан олдин ва даволаниш пайтида умумий парвариш чораларини муҳокама қилиш мумкин. Беморларга оғиз бўшлиғи гигиенасига риоя қилиш ва шиллик қаватнинг шикастланишига

йўл кўймаслик ҳақида маълумот бериш керак. Касалликнинг оғирлигига қараб, оғиз бўшлиғининг қизил ясси темиртки бўлган баъзи беморларга мунтазам равишда шахсий ва профессионал стоматологик гигиена, амалгам ёки олтин тиш пломбаларини алмаштириш, чекиш, ўткир овқат ва алкогольдан воз кечиш тавсия этилиши мумкин.

Агар оғиз бўшлиғининг лихеноидли зарарланишига тизимли препарат сабаб бўлса, шифокор уни бошқа дори воситаси билан алмаштириши керак.

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

Профилактика ва диспансер кузатуви, профилактика усуллари қўллашга доир тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

ҚЯТ билан оғриган беморларни диспансер назорати тери-таносил диспансерлари шароитида дерматовенеролог мутахассислар томонидан амалга оширилади [3]

Кейинчалик юритиш:

Яшаш жойидаги дерматологнинг динамик кузатуви, унинг жараёнида қўллаб-қувватловчи терапия масалалари ҳал қилинади, даволанишнинг ноҳўя таъсирини минималлаштириш, доимий асосий тери парваришини амалга ошириш, кўзғатувчи омилларни бартараф этиш[3].

Адабиётлар рўйхати

1. Teng C.T., Tan C.H., Goh S.L. et al. A randomized controlled trial to compare calcipotriol with betamethasone valerate for the treatment of cutaneous lichen planus. *J Dermatol Treat* 2004; 15 (3): 141–145.
2. Oliver G.F., Winkelmann R.K. Treatment of lichen planus. *Drugs* 1993; 45: 56–65.
3. Cribier B., Frances C., Chosidow O. Treatment of lichen planus. An evidence-based medicine analysis of efficacy. *Arch Dermatol* 1998; 134: 1521–1530.
4. Marsden C.W. Fluocinonide acetone 0,2% cream: a cooperative clinical trial. *Br J Dermatol* 1968; 80: 614–617.
5. Kellett J.K., Ead R.D. Treatment of lichen planus with a short course of oral prednisolone. *Br J Dermatol* 1990; 123: 550–551.
6. Бутов Ю.С., Васенова В.Ю., Анисимова Т.В. Лихены. В: Клиническая дерматовенерология. / под ред. Ю.К Скрипкина, Ю.С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т.И. - С.184—211.
7. Pitche P, Saka B, Kombate K, Tchangai-Walla K. Treatment of generalized cutaneous lichen planus with dipropionate and betamethasone disodium phosphate: an open study of 73 cases. *Ann Dermatol Venereol* 2007; 134 (3 Pt 1): 237–240.

8. Usatine R.P., Tinitigan M. Diagnosis and treatment of lichen planus. 2011; 84 (1): 53–60.
9. Saricaoglu H., Karadogan S.K., Baskan E.B., Tunali S. Narrowband UVB therapy in the treatment of lichen planus. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2003;19 (5): 265–267.
10. Habib F., Stoebner P.E., Picot E. et al. Narrow band UVB phototherapy in the treatment of widespread lichen planus. *Ann Dermatol Venereol.* 2005; 132 (1): 17–20.
11. Pavlotsky F., Nathansohn N., Kriger G. et al. Ultraviolet-B treatment for cutaneous lichen planus: our experience with 50 patients. *Photodermatol Photoimmunol Photomed* 2008; 24: 83–86.
12. Iraj F., Faghihi G., Asilian A. et al. Comparison of the narrow band UVB versus systemic corticosteroids in the treatment of lichen planus: A randomized clinical trial. *J Res Med Sci* 2011; 16 (12): 1578–1582.
13. Gonzalez E., Momtaze-T K., Freedman S. Bilateral comparison of generalized lichen planus treated with psoralens and ultraviolet A. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10: 958–961.
14. Ortonne J.P., Thivolet J., Sannwald C. Oral photochemotherapy in the treatment of lichen planus. *Br J Dermatol* 1978; 99: 315–318.
15. Narwutsch M., Sladeczek M. PUVA-Therapie des Lichen ruber planus: eine histologische Studie. *Dermatol Monatschr* 1986; 172: 133–144.
16. Helander I., Jansen C.T., Meurman L. Long-term efficacy of PUVA treatment in lichen planus: comparison of oral and external methoxsalen regimens. *Photodermatology* 1987; 4: 265–268.
17. Von Kobyletzki G., Gruss C., Altmeyer P., Kerscher M. Balneophotochemotherapie des Lichen ruber: Einige Ergebnisse und Vergleich mit bisher angewandten Photochemotherapiemodalitäten. *Hautarzt* 1997; 48: 323–327.
18. Kerscher M., Volkenandt M., Lehman P. et al. PUVA-bath photochemotherapy of lichen planus. *Arch Dermatol* 1995; 131: 1210–1211.
19. Tyldesley W.R., Harding S.M. Betamethasone valerate aerosol in the treatment of oral lichen planus. *Br J Dermatol* 1977; 96: 659–662.
20. Malhotra A.K., Khaitan B.K., Sethuraman G., Sharma V.K. Betamethasone oral minipulse therapy compared with topical triamcinolone acetonide (0.1%) paste in oral lichen planus: a randomized comparative study. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58: 596–602.
21. Buajeeb W, Kraivaphan P, Poburksa C. Efficacy of topical retinoic acid compared with topical fluocinolone acetonide in the treatment of oral lichen planus. *Oral Surg Oral Med*

- Oral Pathol Oral Radiol Endod 1997; 83: 21–25.
22. Voûte A.B., Schulten E.A., Langendijk P.N. et al. Fluocinonide in an adhesive base for treatment of oral lichen planus. A double-blind, placebo-controlled clinical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993;75 (2): 181–185.
23. Corrocher G., Di Lorenzo G., Martinelli N. et al. Comparative effect of tacrolimus 0.1% ointment and clobetasol 0.05% ointment in patients with oral lichen planus. *J Clin Periodontol* 2008;35 (3): 244–249.
24. Carbone M., Arduino P.G., Carrozzo M. et al. Topical clobetasol in the treatment of atrophicerosive oral lichen planus: a randomized controlled trial to compare two preparations with different concentrations. *J Oral Pathol Med* 2009;38 (2): 227–233.
25. Giustina T.A., Stewart J.C., Ellis C.N. et al. Topical application of isotretinoin gel improves oral lichen planus: a doubleblind study. *Arch Dermatol* 1986; 122: 534–536.
26. Choonhakarn C., Busaracome P., Sripanidkulchai B., Sarakarn P. The efficacy of aloe vera gel in the treatment of oral lichen planus: a randomized controlled trial. *Br J Dermatol* 2008; 158 (3): 573–577.
27. Salazar-Sanchez N., Lopez-Jornet P., Camacho-Alonso F. et al. Efficacy of topical aloe vera in patients with oral lichen planus: a randomized double-blind study. *J Oral Pathol Med* 2010; 39: 735–740.
28. Lodi G., Scully C., Carrozzo M. et al. Current controversies in oral lichen planus: report of an international consensus meeting. Part 2. Clinical management and malignant transformation. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2005; 100: 164–178.
29. Brice S.L., Barr R.J., Rattet J.P. Childhood lichen planus: a question of therapy. *J Am Acad Dermatol* 1980; 3: 370–376.
30. Laurberg G., Geiger J.M., Hjorth N. et al. Treatment of lichen planus with acitretin: a double blind, placebo-controlled study in 65 patients. *J Am Acad Dermatol* 1991; 24: 434–437.
31. Viglioglia P.A., Villanueva C.R., Martorano A.D. et al. Efficacy of acitretin in severe cutaneous lichen planus. *J Am Acad Dermatol* 1990; 22: 852–853.
32. Brockow K., Abek D., Haupt G., Ring J. Exanthemous lichen planus in a child: response to acitretin. *Br J Dermatol* 1997; 136: 287–289.
33. Higgins E.M., Munro C.S., Friedmann P.S., Marks J.M. Cyclosporin A in the treatment of lichen planus. *Arch Dermatol* 1989; 125: 1436.
34. Ho V.C., Gupta A.K., Ellis C.N. et al. Treatment of severe lichen planus with cyclosporine. *J*

Am Acad Dermatol 1990; 22: 64–68.

35. Pigatto P.D., Chiapino G., Bigardi A. et al. Cyclosporin A for treatment of severe lichen planus. Br J Dermatol 1990; 122 (1): 121–123.

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

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

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

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

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

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

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

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