

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**

**“QIZIL YASSI TEMRATKI” NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLARI**

TOSHKENT 2025



“TASDIQLAYMAN”
Respublika ixtisoslashtirilgan
dermatovenerologiya va
kosmetologiya ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi direktori
Sabirov U.Yu.

“ 21 ” “ may ” 2025 yil

“QIZIL YASSI TEMRATKI” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

**“QIZIL YASSI TEMRATKI” NOZOLOGIYASINI
DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

Kirish qismi

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifr(lar)i:

L43.0	Gipertrofik qizil yassi temratki	EA91.0 Eruptiv qizil yassi o‘tkir temiratki
L43.1	Bullez qizil yassi temratki	EA91.1 Gipertrofik qizil yassi temiratki
L43.2	Dori maxsulotlariga temratkisimon reaksiya	EA91.2 Follikulyar qizil yassi temiratki
L43.3	Qizil yassi temratki o‘tkir osti (faol)	EA91.3 Teri va jinsiy a‘zolar shilliq qavatining qizil yassi temiratkisi
L43.8	Boshqa qizil yassi temratki	EA91.4 Qizil yassi temiratki va og‘iz shilliq qavatining lixenoid reaksiyalari
L43.9	Noaniq qizil yassi temratki	EA91.5 Qizil yassi temiratki
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11157	EA91.6 Qizil yassi o‘tkir osti temiratki
		EA91.Y Boshqa aniqlangan qizil yassi temiratki
		EA91.Z Qizil yassi temiratki, aniqlanmagan turi
		https://mkb-11.com/?id=EA91

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko‘rib chiqish sanasi 2027 yil yoki yangi asosiy 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

MILLIY KLINIK PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQISHDA XISSA QO‘SHGANLAR:

1.	Sabirov U.Yu.	RIDV va KIATM direktori, t.f.d., professor	O‘z. Res. SSV “RIDV va KIATM”
2.	Yakubov A.A.	Klinikaning dermatovenerolog shifokori, t.f.n.	O‘z. Res. SSV “RIDV va KIATM”
3.	Jabbarov M.M.	1-dermatologiya bo‘limi mudiri	O‘z. Res. SSV “RIDV va KIATM”
4.	Abdullaev D.B.	Klinikaning dermatovenerolog shifokori, k.i.x.	O‘z. Res. SSV “RIDV va KIATM”
5.	Boxodirova A.A.	Ilmiy kotib	O‘z. Res. SSV “RIDV va KIATM”

Taqrizchilar:

1. Oxlopkov Vitaliy Aleksandrovich – Rossiya Federasiyasi Fan va oliy ta‘lim vazirligining Federal reanimasiya va rehabilitasiya ilmiy-klinik markazi Oliy va qo‘shimcha kasbiy ta‘lim

instituti professori, rektori.

2. Ikramova Nargiza Djurabaevna – Ikramova Nargiza Djurabaevna - O‘zR SSV RIDV va KIATM mutaxassislari va klinik ordinatorlarini stajirovka qilish bo‘limi metodisti, tibbiyot fanlari nomzodi.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo‘yicha ekspert xulosasi va taxrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich - t.f.d., davolash ishlari bo‘yicha direktor o‘rinbosari, bosh shifokor.
2. Djalilov 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.E, 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 _____ (№____-bayonoma) oflayn formatda bo‘lib o‘tgan Ilmiy kengash yig‘ilishida muhokama qilingan va tasdiqlash uchun tavsiya etilgan. Yig‘ilishda RIDV va KIATM va oliy o‘quv yurtlarining professor-o‘qituvchilari, O‘zbekiston dermatovenerologlari assotsiatsiyasi a‘zolari, sog‘liqni saqlash tashkilotchilari hamda hududiy dermatovenerologik muassasalar shifokorlari ishtirok etgan.

Mundarija:

“ QIZIL YASSI TEMRATKI ” NOZOLOGIYASINI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	5
“ QIZIL YASSI TEMRATKI” NOZOLOGIYASI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	38
“ QIZIL YASSI TEMRATKI” NOZOLOGIYASINI PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI	42

QYT	Qizil yassi temratki
XKT	Xalqaro kasalliklar tasnifi
PUVA	terapiya - 320-400 nm to‘lqin uzunligida ultrabinafsha nurlanish bilan furokumarin guruhining fotosensibilizasiya qiluvchi dorilarini va 320-400 nm uzunlikdagi ultrabinafsha nurlanishini birgalikda qo‘llash;
UVA	uzoq to‘lqinli ultrabinafsha nurlanish 350-400 nm
UVB	280-320 nm o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha nurlanish (selektivfototerapiya)
UVB-311 terapiyasi	to‘lqin uzunligi 311 nm bo‘lgan tor polosali o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha terapiyasi (yoki tor diapazonli (311 nm) o‘rta to‘lqinli terapiya)
ALT	alaninaminotransferaza
AST	aspartaminotransferaza
UTT	Ultratovush tekshiruvi
IXLA	immunoxemilyuminessent analiz
IfLA	immunofluoressent analiz
IFA	immunoferment analiz
PZR	polimerazli zanjir reaksiyasi
OIV	Odam immunodefisit virusi
m/o	Mushak orasiga
v/i	Vena ichiga
t/o	Teri ostiga
JSST	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti
nm	nanometr
PILN	past intensivli lazer nurlanishi

Protokol foydalanuvchilari:

- 1.Dermatologlar va dermatokosmetologlar;
- 2.Umumiy amaliyot shifokorlari;
- 3.Pediatrlar;
- 4.Laboratoriya shifokorlari;
- 5.Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
- 6.Klinik farmakologlar;
- 7.Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot oliy o‘quv yurtlari o‘qituvchilari;
- 8.Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a'zolari va g‘amxo‘rlik qiluvchilar.

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (tashxislash aralashuvlari uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o‘tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o‘tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi,

	meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usul yordamida o‘tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

**Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi
(profilaktika, davolash va reabilitasion tadbirlar uchun)**

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi
2	Ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari (klinik oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)

Asosiy qism

Kirish qismi

Qizil yassi temiratki (QYT) - teri va shilliq pardalarning surunkali yallig‘lanish kasalligi bo‘lib, tirnoq va sochlarni kamroq zararlaydi, uning tipik elementlari papulalardir.

Dermatologik patologiyaning umumiy strukturasi QYT 0,16 dan 1,2% gachani va og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavati kasalliklari orasida 35 dan 70% gachani tashkil etadi. QYT har qanday yoshda uchraydi, lekin ko‘pincha o‘rta va keksa yoshda tashxislanadi - 30 dan 70 yoshgacha va bemorlarning 35% 50 va undan katta yoshda. QYT asosan ayollarda uchraydi va ularning ulushiga 60- 75% bemorlar to‘g‘ri keladi. QYT bolalarda kamdan-kam uchraydi, kasallikning faqat 5% holatlari bolalar yoshidagi bemorlarga to‘g‘ri keladi.

Ko‘pgina mualliflar kasallikning rivojlanishida immun tizimining etakchi rolini ko‘rsatadi (Tadqiqotchilar qizil yassi temiratki patogenezida ishtirok etuvchi hujayralar: keratinositlar, dendrit hujayralari, makrofaglar va labrositlar, CD8+ T-limfotsitlar (supressorlar), CD4+ T-

limfotsitlar (xelperlar) deb hisoblashadi, ularning darajasi bosqichlarga qarab o'zgarib turadi. QYT da teriga migratsiyalanuvchi T-limfotsitlarning asosiy populyasiyasi asosan dermo-epidermal birikmada joylashgan sitotoksik CD8+ T-limfotsitlar va perivaskulyar joylashgan CD4+ T-limfotsitlardir. Sitotoksik CD8+ T-limfotsitlar bazal membranani emiruvchi va bazal keratinotsitlar apoptozini chaqiruvchi moddalar ishlab chiqaradi. Yallig'lanish yallig'lanish oldi sitokinlarini, shu jumladan o'sma nekrozi omili - α ni ishlab chiqaradigan faollashtirilgan CD4+ T-limfotsitlar tomonidan qo'llab-quvvatlanadi.

Ta'rif

Qizil yassi temiratki (QYT) - teri va shilliq pardalarning keng tarqalgan yallig'lanish kasalligi bo'lib, uning kechishi ham o'tkir, ham surunkali bo'lishi mumkin. [Arifov S.S. 2008 y. Tashkent.]

Tasniflash

Klinik tasnifi:

Silliq teri qizil yassi temiratki

- tipik;
- gipertrofik yoki verrukoz;
- atrofik;
- pigmentli;
- bullyoz;
- eroziv-yarali;
- follikulyar;
- halqasimon.

Og'iz bo'shlig'i shilliq pardasi va lablar qizil yassi temiratki

- tipik;
- giperkeratotik;
- ekssudativ-giperemik;
- eroziv-yarali;
- bullyoz.

Vulvaning qizil yassi temirtkisi

- tipik;
- gipertrofik;
- eroziv-yarali. [2-5]

Kasallikning klinik ko'rinishi

KPL teri va shilliq qavatlar zararlanishining turli xil klinik ko'rinishlari bilan tavsiflanadi, ular orasida og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining zararlanishi klinik jihatdan eng ahamiyatli hisoblanadi.

Silliq teri qizil yassi temiratki

Qizil yassi temiratkining **tipik xilida** terining zararlanishi diametri 2-5 mm li, o'rtasiga botgan, poligonal shaklli, pushti-qizil tusli, o'ziga xos binafsha yoki siyohrang tusli va yon tomondan yoritilganda aniqroq ko'rinib turadigan mumsimon yaltiroq yassi papulalar bilan ta'riflanadi. Teri po'stlog'i odatda uncha ko'p emas, tangachalar qiyin ajralib chiqadi. Yirikroq tugunchalarning yuzasida, ayniqsa yog' surtilgandan keyin, to'rsimon rasmni (Uikxemning to'rli belgisi) ko'rish mumkin.

Qizil yassi temiratkinining xarakterli belgisi toshmalarning guruh bo'lib joylashib, halqalar, gulchambarlar, chiziqlar hosil qilishga moyilligidir. Tugunchalar goho bir-biriga qo'shib, shagren yuzali pilakchalar hosil qiladi. Pilakchalar atrofida bir qadar zich joylashgan yangi papulalar paydo bo'lishi mumkin. Ko'pchilik hollarda toshma oyoq-qo'llar, gavda, jinsiy a'zolarining bukuvchi yuzalarida simmetrik tarzda, ko'pincha og'iz bo'shlig'i shilliq pardasida joylashadi. Kaftlar, tovonlar, yuz kamdan-kam hollarda zararlanadi. QYTning qo'zishi davrida ijobiy ***Kebner fenomeni*** (izomorf reaksiya) - terining shikastlanish joyida yangi tugunlarning paydo bo'lishi kuzatiladi.

Gipertrofik shakli asosan 30 yoshdan 60 yoshgacha bo'lgan erkaklarda boshlanadi. QYTning gipertrofik shakli diametri 4-7 sm va undan ortiq bo'lgan dumaloq yoki oval shakldagi pilakchalar hosil bo'lishi bilan tavsiflanadi. Plyashkalarining rangi - binafsha rang bilan livid. Pilakchalarning yuzasi notekis, g'adir-budir, ko'plab chuqurchalarga ega bo'lgan so'galli bo'rtiqlar bilan qoplangan. Asosiy zararlanish o'choqlarining periferiyasida QYTning tipik shakliga xos bo'lgan mayda binafsha-qizg'ish tugunchalar topilishi mumkin. Soqolsimon o'simtalar intensiv xurujsimon qichishish bilan birga keladi. QYT gipertrofik shaklining sevimli lokalizatsiyasi boldirning old yuzasi va tovonning orqa yuzasi hisoblanadi. Ushbu shaklda malignizatsiya ehtimoli 0.3-3.0% ni tashkil qiladi.

QYTning atrofik shakli asosan dermatozning lokalizatsiyasiga bog'liq holda shakllanadi va QYT lixenoid papulalari va pilakchalarining atrofiyaga o'tishi bilan ajralib turadi. Badan terisining zararlanishi ko'pincha boshda, tanada, qo'ltiq osti chuqurchalari va jinsiy organlarda kuzatiladi. Toshmalar kam bo'ladi, tipik tugunchalar va atrofik dog'lardan iborat bo'lib, binafsha va sarg'ish-qo'ng'ir rangda bo'ladi. Ularning qo'shilishi natijasida 1 dan 2-3 sm gacha bo'lgan ko'kimtir-qo'ng'ir atrofik pilakchalar hosil bo'ladi. QYT ning boshning sochli qismida joylashuvi chandiqli alopesiyaning shakllanishiga olib keladi, uning shakllanishi atrofiyaning periferiyadan markazga tarqalishi va binafsha rangdagi valikning mavjudligi bilan tavsiflanadi.

QYTning pigmentli shakli o'tkir paydo bo'ladi, teri qoplaminig (tana, qo'l-oyoq) sezilarli yuzasini zararlaydi va diffuz zararlanish o'choqlariga qo'shib ketadigan ko'plab jigarrang dog'li toshmalar bilan tavsiflanadi. Bunda QYTning tipik shakliga xos tugunchalarni ham, pigmentlangan elementlarni ham topish mumkin.

QYTning bullez shakli klinik jihatdan eritematoz joylarda yoki zararlanmagan terida pilakchalar va papulalarda pufakchalar hosil bo'lishi bilan ta'riflanadi. Toshmalar har xil kattalikda bo'ladi, taranglashgan qalin po'stloq keyinchalik ilvillagan, ajinli bo'lib qoladi. Pufaklarning tarkibi shaffof, sal-pal sarg'ish tusli, ba'zi joylarda qon aralashgan.

QYTning eroziv-yarali shaklida teri va shilliq pardalarda eroziyalar, ko'pincha chetlari festonsimon, o'lchami 1 dan 4-5 sm va undan katta bo'lgan eroziyalar qayd etiladi. Yarali zararlanishlar kamdan-kam uchraydi, oyoqlarda bo'ladi. Yaralarning chetlari zich, pushti-ko'kish rangda bo'lib, atrofdagi sog'lom teri sathidan baland ko'tariladi. Yaralar tubi bo'sh donador granulyasiyalar bilan qoplangan bo'lib, nekrotik karash bilan o'tadi. (olib tashlamoq)

QYTning follikulyar shakli asosan tananing terisida va qo'l-oyoqlarning ichki yuzalarida zich shoxli tikanlar bilan qoplangan follikulyar o'tkir uchli papulalarning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. QYTning follikulyar shakli, boshning sochli qismida chandiqli alopesiya, shuningdek qo'ltiq osti chuqurchalari va qov sohasida chandiqsiz alopesiya kombinatsiyasi ***Grem-Littl-Lassyuer*** sindromi sifatida ma'lum.

Halqasimon shakli ko'pincha erkaklarda genital soha terisida halqasimon yoki girlyandasimon o'choqlar hosil qiladigan lixenoza papulalar paydo bo'lishi bilan ta'riflanadi. Kasallikning ushbu shakli, odatda, dermatozning boshlanishi bo'lib, ko'pincha tipik shaklga aylanadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati (OBShQ) va lablarning qizil yassi temiratkisi

KPLda toshmalar ko'pincha yonoqlar, til, lablar, milklar, kamroq - tovon, og'iz bo'shlig'i tubidagi shilliq qavatda joylashadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining **tipik shakli** diametri 2-3 mm gacha bo'lgan kulrang-oq rangli mayda papulalar bilan tavsiflanadi. Papulalar bir-biri bilan qo'shib, to'r, chiziqlar, yoylar, ajoyib to'r rasmlarini hosil qilishi mumkin. Atrofdagi shilliq parda ustida ko'zga tashlanadigan va

leykoplakiyaga o'xshab ketadigan, chegaralari keskin bo'lgan pilakchalar paydo bo'lishi mumkin. Bu xildagi toshmalar kamdan-kam hollarda sub'ektiv simptomlar bilan birga davom etib boradi.

QYTning giperkeratotik shakli tipik toshmalar fonida keskin chegarali yaxlit muguzlanish o'choqlarining paydo bo'lishi yoki pilakchalar yuzasida verrukoz o'simalarning paydo bo'lishi bilan ajralib turadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining **ekssudativ-giperemik shakli** giperemiyalangan va shishli shilliq qavatda tipik kulrang-oq papulalarning joylashishi bilan ajralib turadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavati QYTning **eroziv-yarali shakli** katta maydonni egallagan mayda yakka yoki ko'p sonli eroziyalar, kamroq yaralar, fibroz karash bilan qoplangan noto'g'ri shakllar mavjudligi bilan tavsiflanadi, uni olib tashlagandan so'ng qon ketish kuzatiladi. QYTning eroziv-yarali shakli uchun yuzaga kelgan eroziyalar va yaralarning uzoq vaqt mavjudligi xarakterlidir, ularning atrofida giperemiyalangan va shishli asosda QYT uchun tipik papulalar joylashishi mumkin. QYTning eroziv-yarali shakli, arterial gipertenziya va qandli diabetning birgalikda uchrashi Grinshpan sindromi deb ataladi. QYTning ushbu shakli o'tkazilayotgan terapiyaga eng ko'p xos bo'lib, og'iz bo'shlig'i va lablarda eroziyalar va yaralarning uzoq muddatli mavjudligi yassi hujayrali karsinomaga aylanishiga olib kelishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining **bullyoz shakli** bir vaqtning o'zida tipik papulyoz toshmalar va diametri 1-2 sm gacha bo'lgan oq- sadaf pufaklarning mavjudligi bilan tavsiflanadi. Pufakchalar zich pokrishkaga ega bo'lib, bir necha soatdan 2 kungacha bo'lishi mumkin. Pufaklar ochilgandan keyin tez epitelizasiyalanadigan eroziyalar paydo bo'ladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYT yassi hujayrali saraton rivojlanishi ehtimoli bo'lgan potensial saraton oldi holati sifatida qaraladi. Yassi hujayrali rakning anogenital soha, qizilo'ngach, gipertrofik QYTning surunkali o'choqlarida rivojlanishi holatlari tasvirlangan.

KPLda vulvaning zararlanishi

Vulva QYTning *tipik shakli* 50% ayollarda teri yoki og'iz bo'shlig'ida dermatoz lokalizasiyasi bilan rivojlanadi. Ko'pchilik hollarda simptomsiz o'tadi va to'rsimon naqsh hosil qiladigan oqish tusli tipik lixenoid papulalar bilan ta'riflanadi.

Vulva QYTning *gipertrofik shakli* juda kam uchraydi va oraliq teri yoki perianal sohada joylashadi va hech qachon qin shilliq qavatida aniqlanmaydi. QYTning bu shakli yara bo'lib ketishi yoki infeksiyaga uchrashi mumkin bo'lgan so'galli o'simalar bilan tavsiflanadi, buning natijasida og'riq paydo bo'lishi mumkin.

Vulva QYTning *eroziv-yarali shakli* ushbu lokalizasiyada eng ko'p uchraydigan zararlanishdir. Simptomlarni qayd etishning o'rtacha yoshi 55-60 yosh. KPLning ushbu shaklining mavjudligi bemorlarning faol shikoyatlari bilan birga keladi: og'riq, kesik, dispareuniya, postkoital qon ketish. Toshmalar uzoq vaqt tuzalmaydigan eroziyalar va yaralar paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi, ularning chetlari shishgan va to'q qizil va binafsha rangga ega va tipik KPL papulalarining qo'shilishi tufayli to'rsimon naqsh bilan o'ralgan. Eroziya va yaralar bitgandan keyin gipertrofik chandiqlar va sinexiyalar paydo bo'ladi.

KPLning boshqa shakllari

- QYTning invers shakli tananing yirik burmalarining zararlanishi bilan tavsiflanadi, boshqa sohalarda toshmalar bo'lmasligi mumkin.
- QYTning tomchisimon shakli: mayda lixenoid papulalar keng tarqalgan va diskretligicha qoladi.
- Ustma-ust tushuvchi sindromlar (Overlap syndromes): boshning sochli qismida, bo'yin terisida, tananing yuqori qismida va qo'l-oyoqlarda DQYu va QYT turidagi shikastlanishlar. TQYuga transformasiya bo'lishi mumkin.
- Xo'jayinga qarshi transplantat kasalligida lixenoid reaksiya: klinik va gistologik jihatdan QYT ing tipik shakli bilan bir xil.
- Lixenoid keratoz: makulopapullar qizildan jigarranggacha, ba'zan o'rta va keksa yoshdagi ayollarda qo'l-oyoqlarda va to'sh sohasida tangachalar bilan qoplangan.
 - Dori preparatlari tufayli yuzaga kelgan qizil yassi temiratki. Quyidagi dori vositalarini qabul qilish natijasida yuzaga keladigan teri zararlanishlari QYTning turli shakllariga aynan

o'xshash: gipotenziv vositalar (APF ingibitorlari, beta-adrenoblokatorlar, nifedipin, metildopa), diuretiklar (45 - gidroxloritiazid, furosemid, spironolakton), nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalar (NYaQP), (fenotiazin hosilalari), tutqanoqqa qarshi preparatlar, zamburuqqa qarshi dori vositalari (ketokonazol), kimyoterapevtik vositalar (gidroksiomochevina, 5-ftoruorurasil, imatinib), bezgakka qarshi vositalar (gidroksixloroxin), sulfogruppani o'z ichiga olgan vositalar (sulfonilmochevina gipoglikemik vositalar, dapson, mesalazin, sulfazol, radiokonstrastli muhit omeprazol), o'sma nekrozi omili ingibitorlari (infliksimumab, etanersept va adalimumab), tirozinkinaza ingibitorlari, mizoprostol (prostaglandin E1)

Diagnostika usullari, yondashuvlari va muolajalari:

Tashxis qo'yish mezonlari: qizil yassi temiratki tashxisi kasallikning klinik ko'rinishlari asosida qo'yiladi.

1) Shikoyatlar va anamnez:

Teri QYTning **tipik shaklida** bemorlarni qichishish bezovta qiladi. QYTning eroziv-yarali shaklida kuzatiladigan terining yarali shikastlanishlari oyoqlarda toshmalar paydo bo'lganda, yurish paytida kuchayadigan og'riq bilan tavsiflanadi.

Teri QYTning kechishi odatda yaxshi. QYTda teri shikastlanishining spontan remissiyasi manifestasiyadan keyin 1 yil davomida 64-68% bemorlarda kuzatiladi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining *tipik shaklida* sub'ektiv sezgilar odatda bo'lmaydi. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining *giperkeratotik* shaklida bemorlar issiq ovqat qabul qilganda og'iz qurishi va biroz og'riqni sezishlari mumkin. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining *ekssudativ-giperemik shakli* bo'lgan bemorlar, ayniqsa, issiq va o'tkir ovqatni qabul qilganda og'riqni qayd etishadi.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining spontan remissiyalari 2,8-6,5% bemorlarda qayd etilgan, bu teri shikastlanishlariga qaraganda ancha kam. QYTda og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida toshmalar paydo bo'lishining o'rtacha davomiyligi taxminan 5 yilni tashkil qiladi, ammo kasallikning eroziv shakli o'z-o'zidan bartaraf etilishga moil emas. Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatida toshmalarning retikulyar joylashuvi bilan kasallikning tipik shakli eng yaxshi prognozga ega, chunki spontan remissiya 40% hollarda sodir bo'ladi.

Anamnezni yig'ishda qarindoshlarda qizil yassi temiratki borligiga e'tibor berish kerak.

Fizikal tekshiruv:

Tashxis qo'yish uchun bemorning teri qoplamlarini vizual ko'rikdan o'tkazish asosiy hisoblanadi.

Toshmalarning joylashuvi, tarqalishi, rangi va xarakteri baholanadi, og'iz bo'shlig'i va vulva shilliq qavatlari va teri qoplamalarini tekshirishda toshma elementlarining konsistensiyasi, toshma elementlarining palpasiyasi aniqlanadi.

Yirikroq tugunchalarning yuzasida, ayniqsa yog' surtilgandan keyin, to'rsimon rasmni (Uikxemning to'rlil belgisi) ko'rish mumkin.

QYTning follikulyar shaklida, boshning sochli qismida chandiqli alopesiya, shuningdek, qo'ltiq osti chuqurchalari va qov sohasida chandiqsiz alopesiya *Grem-Littl-Lassyuere* sindromi sifatida ma'lum.

QYTning qo'zish davrida Kebner fenomenini yoki izomorf reaksiyani - terining shikastlanish joylarida yangi toshmalar paydo bo'lishini, masalan, ishqalanish yoki bosimni kuzatish mumkin.

1) Laborator tekshiruv

S 5	tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun bemorning umumiy holatini baholash uchun: umumiy (klinik) qon tahlili (leykotsitlar, eritrotsitlar, gemoglobin, gematokrit, trombositlar, trombokrit, tayoqcha yadroli neytrofillar, segment yadroli neytrofillar, eozinofillar, bazofillar, limfotsitlar, monotsitlar, eritrotsitlarning cho'kish tezligi) keng tarqalgan.
S 5	tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun bemorning umumiy holatini baholash uchun: biokimyoviy umumiy terapevtik qon tahlili: umumiy oqsil, glyukoza, kreatinin, siydik kislotasi, mochevina, umumiy bilirubin, xolesterin, triglitseridlar, natriy, kaliy, umumiy magniy, alaninaminotransferaza, aspartataminotransferaza, qondagi ishqoriy fosfataza, gamma-glyutaminotransferaza.
S 5	bemorning umumiy holatini baholash va tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash uchun: siydikning umumiy (klinik) tahlili (rangi, shaffofligi, nisbiy zichligi, pH reaksiyasi, glyukoza, oqsil, bilirubin, urobilinooidlar, qon reaksiyasi, keton tanachalari, nitratlar, yassi epiteliy, silindrlar, o'tish epiteliysi, buyrak epiteliysi, leykotsitlar, eritrotsitlar, donador silindrlar, mumsimon silindrlar, epitrotelial silindr
S 5	tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiyaning xavfsizligini nazorat qilish uchun bemorning umumiy holatini baholash uchun: qonda gepatit V (Hepatitis B virus) virusining yuza antigeniga (HBsAg) va gepatit C (Hepatitis C virus) virusiga antitanalarni aniqlash
S 5	tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiyaning xavfsizligini nazorat qilish uchun bemorning umumiy holatini baholash uchun: qondagi OIV odam immuniteti tanqisligi virusiga nisbatan M, G (IgM, IgG) sinfidagi antitanalarni aniqlash

Izohlar: Qonning umumiy (klinik) tahlili, qonning biokimyoviy umumiy terapevtik tahlili, siydik va virusli gepatitlarga antitanalar va antigenlarning umumiy tahlili natijalari tizimli terapiyani tayinlashdan oldin va tizimli terapiya paytida uning nojo'ya ta'sirini aniqlash uchun zarur.

S 5	<ul style="list-style-type: none">• Umumiy qon tahlili• Zaxmga skrining tekshiruvlar (14 yoshdan kattalarga)
S 5	<ul style="list-style-type: none">• Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXLA, Immunoblot IgG va IgM• Umumiy peshob tahlili• Umumiy axlat tahlili• Qon biokimyoviy analizi• Gistologik tekshiruv• Mikologik tekshirish• IFA, IXLA, IFIA va PZR usullarida antitanalarni aniqlash• Qondagi D vitamining miqdorini IFA, IXLA usulida aniqlash• Molekulyar-genetik tekshiruv• Yashirin qonga najas• Qondagi gepatit V (Hepatitis B virus) virusining yuza antigeniga (HBsAg) va gepatit S (Hepatitis C virus) virusiga antitanalarni aniqlash

- Qondagi OIV odam immunitet tanqisligi virusiga nisbatan M, G (IgM, IgG) antitanachalarini aniqlash
- Sitologik tadqiqot o'tkazish
- Qonning immunologik tahlili

Instrumental tekshiruv:

- S** • QYTning bullyoz va eroziv-yarali shakllarini tashhislash uchun teri va shilliq qavatlar bioptatini to'g'ridan-to'g'ri immunoflyuoressensiya reaksiyasi yordamida o'rganish tavsiya etiladi
- 5** • Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining izolyatsiyalangan eroziv-yarali zararlanishida chin akantolitik elbo'g'oz bilan differensial diagnostika qilish maqsadida sitologik tekshiruv o'tkazish tavsiya etiladi

- S** Tizimli terapiya, fizioterapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun ichki a'zolarining ultratovush tekshiruv tavsiiya etiladi
- 5**

- S** Dermatoskopiya: Uikxem to'ri va uning atrofidagi shpilkasimon va nuqtali tomirlar, sariq-jigarrang va sariq-ko'k nuqtalar, shoxli tiqinlar, miliumsimon va komedonsimon tuzilmalar
- 5**

Qo'shimcha tekshiruv

- S** • Boshqa teri kasalliklari bilan differensial diagnostika o'tkazish zarur bo'lganda zararlanish o'chog'idan olingan teri biopsiya materialini patologoanatomik tekshirish tavsiya etiladi
- 5** • Immunogistokimyoviy tekshiruv

Yondosh mutaxassislar maslaxati uchun ko'rsatmalar

- S** • Oftalmolog, endokrinolog, terapevt, ginekolog maslahati - PUVA-terapiya, tor polosali o'rta to'lqinli fototerapiyani tayinlashdan oldin fototerapiyani o'tkazishga qarshi ko'rsatmalarni istisno qilish uchun tavsiya etiladi
- 4** • Antimalyariya preparatlarini tayinlashdan oldin, ular bilan davolashga qarshi ko'rsatmalarni istisno qilish uchun, shuningdek, 6 oyda 1 marta antimalyariya preparatlari bilan davolash jarayonida terapiya xavfsizligini nazorat qilish, shu jumladan ko'z tubini tekshirish uchun oftalmolog maslahati tavsiya etiladi
- Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining izolyatsiyalangan zararlanishida stomatolog maslahati tavsiya etiladi
- Ruhiy tushkunlik, dismorfofobiya mavjud bo'lganda nevrolog psixoterapevt maslahati tavsiya etiladi.

Differensial tashxis:

Tashxis	Differensial diagnostika uchun asos
Psoriaz	Psoriazda papulalar odatda kumushsimon tangachalar bilan qoplangan, tirsaklarda, tizzalarda va boshning sochli

	qismida joylashgan. Uikxem setkasining yoʻqligi (QYT uchun xarakterli). Ijobiy Kebner fenomeni (teri jarohatidan keyin toshmalar paydo boʻlishi).
Parapsoriaz	Papulalari lentikulyar, yumaloq, pushti-qizil rangda, yassi boʻlib, terisining poligonal rasmlari bilan ifodalanadi. Tangachalar dumaloq, yirik, "qobiq" koʻrinishida olib tashlanadi.
Zaxm (papulyoz zaxm)	Zaxmda papulalar mis-qizil rangda boʻlib, koʻpincha simmetrik boʻladi. Qichishish yoʻq (koʻp hollarda). Serologik reaksiyalarning musbat kompleksi.
Koʻp shaklli eksudativ eritema	Elementlar yirikroq, seroz tarkibga ega, markaziy echimga ega. Koʻpincha infeksiyalar (gerpes) yoki dorilarni qabul qilish bilan bogʻliq. Simptomlarning tez rivojlanishi.
Leykoplakiya (shilliq qavat zararlanganda)	Leykoplakiya turgʻun, yaqqol koʻzga tashlanadigan oʻchoqlar bilan taʼriflanadi. Odatda qichishish va ogʻriq boʻlmaydi.
Soʻgalli teri sili	Toshmalarning rangi sargʻish tusli qoʻngʻir-qizil. Yuzi dagʻal, soʻgalli, giperkeratoz bilan. Joylashuvi Koʻpincha jarohatlangan terining ochiq joylarida. Qichishish yoʻq yoki minimal. Sistemaga aloqador alomatlar Boshqa organlar silining alomatlari boʻlishi mumkin. Laboratoriya maʼlumotlari Ijobiy Mantu reaksiyasi, mikobakteriyalarni aniqlash (ekish, PZR).

Davolash, shu jumladan medikamentoz va nomedikamentoz terapiya, dietoterapiya, ogʻriqsizlantirish, tibbiy koʻrsatmalar va davolash usullarini qoʻllashga qarshi koʻrsatmalar

Ambulator va statsionar sharoitda davolash taktikasi:

Nomedikamentoz davo:

- 15-stol (cheklov: achchiq ovqatlar, ziravorlar, alkogolli ichimliklar, hayvon yogʻlarini isteʼmol qilish). Oziq-ovqat tarkibiga oʻsimlik moylarini kiritish tavsiya etiladi, shuningdek, vitaminlarga boy ovqatlar (mevalar, sabzavotlar). [25]

Fizioterapevtik muolajalar:

Dastlabki nurlanish dozasi terining individual sezuvchanligiga qarab, PUVA terapiyasi uchun minimal fototoksik dozani yoki UFB terapiyasi uchun minimal eritema dozani oʻlchash yoʻli bilan yoki terining fototipi boʻyicha minimal fototoksik eritema dozani aniqlamasdan (T. Fispatrik tasnifiga koʻra) aniqlanadi.

Keng tarqalgan toshmalar (oʻrta va ogʻir darajadagi toshmalar) bilan ogʻrigan bemorlarni davolash uchun oʻrta toʻlqinli fototerapiya (UFV/UFV-311) va kasallikning klinik koʻrinishlarini

to'xtatish uchun PUVA-terapiya usullari tavsiya etiladi

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

C 3	Selektiv fototerapiya (keng polosali ultrabinafsha terapiyasi): boshlang'ich nurlanish dozasi minimal eritema dozaning 50-70% ni tashkil qiladi. Bemorning terining turiga va zagari olish darajasiga qarab nurlanishni dozalashtirishda 0,01-0,03 Dj/sm ² dozadan boshlanadi. Jarayonlar haftasiga 3-5 marta amalga oshiriladi. Eritema bo'lmasa, bitta doza har 2-3 prosedurada 5-30% ga yoki 0,01-0,03 Dj/sm ² ga oshiriladi. Bir kurs uchun 15-35 prosedura belgilanadi
----------------	---

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

C 3	tor polosali o'rta to'liqli ultrabinafsha terapiya: nurlanishning boshlang'ich dozasi minimal eritemik dozaning 50-70% ni tashkil qiladi. Terining turiga va bemorning qorayish darajasiga qarab nurlanish dozasi 0,1-0,3 Dj/sm ² dozadan boshlanadi. Muolajalar haftada 3-4 marta o'tkaziladi. Eritema bo'lmaganda bir martalik doza har bir muolaja yoki muolaja orqali 5-30% ga yoki 0,05-0,2 Dj/sm ² ga ko'paytiriladi, kuchsiz ifodalangan eritema paydo bo'lganda doza doimiy qoldiriladi. Kursga 15-35 ta muolaja buyuriladi
----------------	---

C 3	Boshning sochli qismi UVB si. Boshlang'ich nurlanish doza minimal eritemal dozaning (MED) 50-70% ni tashkil qiladi. Teri turi va bemorning zagari darajasiga qarab dozalanishda nurlanish 0,1-0,2 J/sm ² dozadan boshlanadi. Agar bemor muolajani yaxshi ko'tarsa, doza har safar avvalgi miqdordan 10-20% ga oshiriladi. To'liq davolash kursi 15-35 protsedurani o'z ichiga oladi.
----------------	---

Izoh: To'liqli uzunligi 311 nm bo'lgan tor polosali o'rta to'liqli terapiya (UFV-311) selektiv fototerapiyaga nisbatan UFV-terapiyaning samaraliroq usuli hisoblanadi. To'liqli uzunligi 311 nm bo'lgan tor polosali o'rta to'liqli terapiya (UFV-311) terining shikastlanish o'choqlarida sezilarsiz infiltratsiyada afzalroqdir.

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

<https://diseases.medelement.com/disease/krasniy-ploskiy-lishay-rekomendatsii-rf/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

C 3	Terini ultrabinafsha nurlantirish 308 nm (eksimer ultrabinafsha nurlantirish). Yuz, bo'yin, gavda, qo'l va oyoqlar (tirsak va tizza bo'g'imlaridan tashqari) da toshmalar paydo bo'lib, zararlangan o'choqlar biroz infiltratsiyalangan bo'lsa, davolash 1 minimal eritemik dozaga teng bo'lgan nurlanish dozasi bilan, o'choqlar sezilarli darajada infiltratsiyalanganida 2 dozaga teng bo'lgan nurlanish dozasi bilan boshlanadi. Tirsak va tizza bo'g'imlarining terisida toshmalar paydo bo'lganda va sezilarsiz infiltratsiyada nurlanishning boshlang'ich dozasi 2 minimal eritemik dozani, infiltratsiyalangan zich pilakchalar mavjud bo'lganda - 3 ni tashkil qiladi. Nurlanishning bir martalik dozasi oshirish har bir muolaja yoki har 2-muolaja uchun 1 minimal eritem dozaga yoki oldingi dozaning 25% ga amalga oshiriladi. Davolash haftasiga 2-3 marta rejim bilan o'tkaziladi. Kursga 15-35 ta muolaja buyuriladi
----------------	--

Izoh: Terini 308 nm ultrabinafsha nurlanishi bilan davolash (eksimer ultrabinafsha nurlanishi), asosan, tana yuzasining 10% dan ortiq bo'lmagan zararlanish maydoni bo'lgan QYTning cheklangan shakllarida ko'rsatilgan.

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

C 5	Terining ultrabinafsha nurlanishi. Katta yoshdagi bemorlarga fotosensibilizatorlarni (PUVA) ichki qo'llash bilan fotokimyoterapiya. Fotosensibilizatorlar sifatida tizimli qo'llash uchun psoralenlar ishlatiladi, ular 1 kg tana vazniga 0,6-0,8 mg dozada bir qabulda, uzun to'liqli ultrabinafsha nurlari bilan nurlantirishdan 1,5-2 soat oldin qabul qilinadi. UFAning boshlang'ich dozasi minimal fototoksik dozaning 50-70% ni tashkil
----------------	---

	<p>qiladi. Bemor terisining turi va qorayish darajasiga qarab nurlanish dozasi 0,25-1,0 J/sm² ni tashkil qiladi. Muolajalar haftasiga 2-4 marta o'tkaziladi. Eritema bo'lmaganda nurlanishning bir martalik dozasi har 2-muolajada ko'pi bilan 30% ga oshiriladi. yoki 0,25-1,0 Dj/sm². Sust ifodalangan eritema paydo bo'lganda nurlanish dozasi o'zgaras qoldiriladi. UFA bir martalik dozasi maksimal qiymatlari - 15-18 Dj/sm². Kursga 15-35 ta muolaja buyuriladi</p>
--	---

Izohlar: PUVA-terapiya teri zararlanish o'choqlarida sezilarli infiltrasiyada afzalroqdir.

C 3	<p>Terining ultrabinafsha nurlanishi. Katta yoshli bemorlarga fotosensibilizatorlarni tashqi qo'llash bilan fotokimyoterapiya. Fotosensibilizatorlar sifatida mahalliy qo'llash uchun psoralenlar ishlatiladi, ular nurlanishdan 15-60 daqiqa oldin shikastlanish o'choqlariga sepiladi. UFAning boshlang'ich dozasi minimal fototoksik dozaning 20-30% ni tashkil qiladi. Bemor terisining turi va qorayish darajasiga qarab nurlanish dozasi 0,2-0,5 J/sm² ni tashkil qiladi. Muolajalar haftasiga 2-4 marta o'tkaziladi. Eritema bo'lmaganda nurlanishning bir martalik dozasi har 2-3-muolajalarda ko'pi bilan 30% ga yoki 0,1-0,5 Dj/sm² ga oshiriladi. Sust ifodalangan eritema paydo bo'lganda doza o'zgarmay qoldiriladi. UFA bir martalik dozasi maksimal qiymatlari - 5-8 Dj/sm². Kursga 20-50 ta muolaja buyuriladi</p>
----------------	---

C 3	<p>UFO terapiya. Boshlang'ich nurlanish doza minimal eritemal dozaning (MED) 25-50% ni tashkil qiladi. Teri turi va bemorning zagar darajasiga qarab dozalanishda nurlanish 0,05-0,2 J/sm² dozadan boshlanadi. To'liq davolash kursi 20-50 protsedurani o'z ichiga oladi.</p>
----------------	--

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

<https://diseases.medelement.com/disease/krasniy-ploskiy-lishay-rekomendasiif/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

B 2	<p>PUVA- katta yoshli bemorlarga furokumarin mevalarining ammi suvli eritmasi bilan vanna qilinadi. UFA nurlanishining boshlang'ich dozasi minimal fototoksik dozaning 20-30% ni yoki 0,3-0,6 Dj/sm² ni tashkil qiladi. Umumiy va mahalliy PUVA- vannalarda nurlanish haftasiga 2-4 marta o'tkaziladi. Eritema bo'lmaganda bir martalik doza har ikkinchi muolajada ko'pi bilan 30% ga yoki 0,2-0,5 Dj/sm² ga ko'paytiriladi. Terining I-II tipi bo'lgan bemorlarda dozalanish 0,5-1,0-1,5-2,0-2,5-3,0 Dj/sm² dozalar oralig'ida amalga oshiriladi. Terining III-VI turi bo'lgan bemorlarda nurlanish 0,6-1,2-1,8-2,4-3,0-3,6 Dj/sm² dozalar oralig'ida o'tkaziladi. Sust ifodalangan eritema paydo bo'lganda doza o'zgarmay qoldiriladi.</p> <p>Terining I-II tipi bo'lgan bemorlarda nurlanishning maksimal bir martalik dozasi 4,0 J/sm², terining III-VI tipi bo'lgan bemorlarda - 8,0 Dj/sm² ni tashkil qiladi. Kursga 15-35 ta muolaja buyuriladi</p>
----------------	---

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

<https://diseases.medelement.com/disease/krasniy-ploskiy-lishay-rekomendasiif/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763>

C 5	<ul style="list-style-type: none"> • Topik qo'llash uchun vositalarni qo'llagan holda ultratovush terapiyasi • IQ-lazer (og'iz bo'shlig'i shilliq qavati zararlanganda) • LLLT past darajali nur terapiyasi
----------------	--

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

B 2	<ul style="list-style-type: none"> • Mineral tuzlar, o‘tli qaynatmalar bilan balneoterapiya • Peloidoterapiya
----------------	---

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

C 4	<ul style="list-style-type: none"> • Plazmaferez • PKLT • Ozonoterapiya
----------------	--

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

Medikamentoz davolash:

O‘zbekiston Respublikasida ro‘yxatdan o‘tmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimida xarajatlarni qoplash uchun asos bo‘lmaydi.

Jadval-1

Asosiy dori-vositalarning ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan): dalillar darajasini kiritish kerak:

Farmako-terapevtik guruh	Dori-vositasining xalqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
Antigistamin preparatlar	Dezloratadin	Tabletkalar 5 mg eritma 10 ml og‘iz orqali kuniga 1 marta 7-14 kun	(A) https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954
	Setirizin	tabletkalar 5 mg eritma 10 ml peroral 1 mahal sutkasiga 7-14 kun	(A) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
	Levosetirizin	tabletkalar 5 mg eritma 20 tomchi og‘iz orqali kuniga 1 marta 7-14 kun	(A) https://mediqlab.com/drugs/e9b3dd31-419b-4e9f-b38d-c39950754bad
	Xloropiramin	Tabletkalar 25 mg dan kuniga 3-4 marta, kattalarga v/i yoki v/i yuborilganda bir martalik doza 20-40 mg ni tashkil qiladi	(C) https://diseases.medicines.com/disease/

	Ebastin	Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza 10-20 mg/sut.	(C) https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86
	Loratadin	Tabletkalar 5 mg eritma 10 ml og‘iz orqali kuniga 1 marta 7-14 kun	(B) https://mediqlab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Bilastin	Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza 10-20 mg/sut.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
Giposensibilizatsiya vositalari	Tiosulfat natriy	v/i - 5-50 ml 30% li eritma ichishga - 2-3 g 10% li eritma ko‘rinishida qabul qilinadi.	(B) https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6
	Glyukonat kalsiy	V/i, v/i sekin (2-3 daqiqa davomida) yoki tomchilab, kattalarga - 5-10 ml 100 mg/ml eritma har kuni, bir kundan keyin yoki 2 kundan keyin. Bolalarga vena ichiga sekin (2-3 daqiqa davomida) yoki tomchilab, yoshiga qarab, har 2-3 kunda 1 ml dan 5 ml gacha 100 mg/ml eritmada yuboriladi.	(B) https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a
Mahalliy terapiya			
Teri kasalliklarini davolash uchun tashqi	Klobetazola propionat: 0,05%	kuniga 2 marta; 4-8 hafta davomida	(C2)

qoʻllash uchun kortikosteroidlar			https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15303780/
I (juda yuqori faollik).			(C2)
	Betametazona dipropionat: 0,1%; 0,05%	kuniga 2 marta; 12 haftagacha	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/
II (yuqori faollik).			(C4)
	Mometazona furoat: 0,1%	kuniga 1-2 marta; 4-8 hafta davomida	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20its%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
			(C4)
	Triamsinolona asetonid: 0,5%	Surtishga sutkasiga 2 marta; 4-8 hafta davomida	https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0048KJD/1994.32.6.1054&DT=1
			(C2)
	Metilprednizolona aseponat: 0,1%	kuniga 1-2 marta; 4-8 hafta davomida	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409433/
			(C2)
	Fluosinonid: 0,05%	Surtishga kuniga 2 marta; 4-8 hafta davomida	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14107624/
III–IV (oʻrtacha faollik).			(B)
	Mometazona furoat: 0,1%	kuniga 1-2 marta; 4-8 hafta davomida	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3058398/

	Triamsinolona asetonid: 0,1%	kuniga 2 marta; 4-8 hafta davomida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261015/
	Fluosinolona asetonid 0,025%	kuniga 1-2 marta; 4-8 hafta davomida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/387495/
	Betametazona valerat: 0,1%	kuniga 1-2 marta; 4-8 hafta davomida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/
V (faollik o'rtachadan past). Ro'yxatdan biri.	Gidrokortizona butirat 0,1%	tashqaridan, sutkasiga o'rtacha 2 marta; 4-8 hafta davomida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/
	Gidrokortizona probutat 0,1%	surtishga, kuniga o'rtacha 2 marta; 4-8 hafta davomida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/
VI (sust faollik).	Aklometazona dipropionat 0,05%	tashqaridan, sutkasiga o'rtacha 2 marta; 4-8 hafta davomida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152079/
	Fluosinola asetonid 0,01%	tashqaridan, sutkasiga o'rtacha 2-3 marta; 4 - haftagacha	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/387495/

VII (eng past faollik)	Deksametazon 0,1%	tashqaridan, sutkasiga o‘rtacha 2-3 marta; 4 - x haftagacha	(B) https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0048KJD/1994.32.6.1054&DT=1
Og‘iz bo‘shlig‘i, lablar va vulva shilliq qavatining eroziv-yarali zararlanishida tashqi terapiya:	Aloe daraxtsimon barg	tashqi, sutkasiga 2 marta; 4 - x haftagacha	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	xolina salisilat + setalkoniya xlorid	tashqi tomondan, kattalar uchun 1 sm va bolalar uchun 0,5 sm, sutkasiga 2-3 marta ovqatdan oldin yoki ovqatdan keyin;	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	lidokain + romashki aptechnoy ekstrakt svetov	tashqaridan 0,5 sm surtiladi sutkasiga 3 marta; 4 haftagacha	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
Kaltsinevrin ingibitorlari	Pimekrolimus – maz	sutkasiga 2 marta yupqa qatlam ko‘rinishida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17377388/
	Takrolimus – maz	kattalarga 0,1% surtma sutkasiga 2 marta 3 oy davomida yupqa qatlam bilan, bolalarga 0,03% surtma sutkasiga 2 marta 3 oydan ortiq bo‘lmagan muddatda yupqa qatlam bilan surtiladi	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17659000/
Keratolitiklar	Salitsil kislotasi	mahalli surtishga yupqa qilib kuniga 2 marta surtish, davolash kursi – 3 haftadan oshmasligi kerak. Bolalar uchun 1 % konsentriyasi maz surtmasi kuniga 1-2 marta mahalliy surtish,	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview

		davolash kursi 3 haftadan oshmasligi kerak.	
	Mochevina(10,15,20,30,50%)	mahalliy surtishga 1-2 mahal kuniga, 2-3 hafta	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview
	Salitsil kislotasi + betametazon	mahalliy surtishga 1-2 mahal kuniga, 2-3 hafta	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview
	Salitsil kislotasi + mometazon	mahalliy surtishga 1-2 mahal kuniga, 2-3 hafta	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview
	Skinkea	Faqat mahalliy qollash uchun. Kremni yengil massaj harakatlari bilan shikastlangan teriga surtish, kuniga 2-3 marta qollash.	(C) https://www.aad.org/public/diseases/a-z/lichen-planus-overview

Jadval -2

Qo‘shimcha dori-vositalarning ro‘yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam): dalillar darajasini kiritish kerak:

Farmako-terapevtik guruh	Dori-vositasining xalqaro patentlangan nomi	Qo‘llash tartibi	Dalillar darajasi
Bezgakka qarshi vosita	Gidroksixloroxin	Ichishga. 200 mg kuniga 2 marta 5 kun davomida, keyin 2 kun tanaffus, davolash kurslari 1-2 oy davomida takrorlanadi	(B) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
	Xloroxin	Ichishga. 250 mg kuniga 2 marta 5 kun davomida, keyin 2 kun tanaffus,	(B) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-

		davolash kurslari 1-2 oy davomida takrorlanadi	лишай- рекомендации- рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
Tizimli GKS	Prednizolon	Ichishga. 20-30 mg/sutka 1-2 oy davomida, keyin asta-sekin bekor qilinadi	(B) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
	Betametazon	1 ml 1 marta 2-3 haftada v/i yoki o'choqqa, 3-4 in'eksiya kursida	(B) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
Fotosensibilizatsiya qiluvchi vositalar	Metoksalen	Malham 0,75%. Vitiligoning aniq belgilangan joylariga tegishli manbadan yoki quyosh nurlari bilan uzun to'liqinli ultrabinafsha spektr (to'liqin uzunligi 320-400 nm) bilan nurlantirishdan 30-60 daqiqa oldin surtiladi. Tabletkalar 10 mg. Ichishga. Ultrabinafsha nurlantirish seansidan 1,5-2 soat oldin. Doza bemorning tana vazniga qarab individual ravishda tanlanadi: 0,6mg/kg	(C) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qm93w2fh9405770
Immunodepressantlar	Tsiklosporin	Tsiklosporinning boshlang'ich dozasi kuniga 2,5 dan 3 mg/kg tana vaznini tashkil qiladi. Og'ir holatlarda, zaruriyat bo'lganda, preparat dozasi maksimal - kuniga tana vaznining har kilogrammiga 5 mg gacha oshirilishi mumkin. Ijobiy natijaga erishilganda, dozani to'liq bekor qilingunga qadar asta-sekin kamaytirish kerak.	(C) https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib68453176 3

Tizimli retinoidlar	Atsitretin	Dastlabki sutkalik dozada 25 mg yoki sutkasiga 30 mg buyuriladi; preparatni sutkasiga bir marta ovqat paytida yoki sut bilan qabul qilinadi; qabul qilish davomiyligi 3-8 hafta. Bolalarda sutkalik doza tana vazniga bog'liq bo'lib, taxminan 0,5 mg/kg ni tashkil qiladi. Ba'zi hollarda cheklangan vaqt uchun sutkasiga 1 mg/kg gacha (sutkasiga 35 mg dan ko'p bo'lmagan) yuqori dozalar talab qilinishi mumkin.	(C) https://diseases.medicines.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-пф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763
Antimetabolitlar	Metotreksat	4-15 hafta davomida haftasiga 15-20 mg	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	Folat kislotasi (Metotreksat qabul qilinganda)	ovqatdan keyin ichga kattalarga 1-2 mg (1-2 tabletkalar) kuniga 1-3 marta. Maksimal sutkalik doza - 5 mg (5 tabletkalar) 3 yoshdan katta bolalarga 1 mg (1 tabletkadan) kuniga 1-2 mahal Maksimal sutkalik doza - 2 mg (2 tabletkadan) Davolash kursi 20-30 kun davom etadi	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
Sulfanilamidlar	Dapson	Preparatning o'rtacha dozasi 50-100 mg dapson, ya'ni kuniga 1-2 tabletkadan, haftasiga 6 kun.	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	Sulfasalazin	Ichishga, ovqatdan keyin. 1,5-3 g/sut. Dozalash tartibi ko'rsatmalarga va yoshga	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464

		qarab individual ravishda belgilanadi.	
Immunodepressantlar	Mikofenolata mofetil	0,5 g kuniga ikki marta to'rt hafta davomida, so'ngra kamida 20 hafta davomida kuniga ikki marta 1 g	(C) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	Apremilast	Ichishga. katta yoshli bemorlarga 30 mg dan kuniga 2 marta, ertalab va kechqurun, taxminan 12 soatlik interval bilan, ovqatlanish vaqtiga qarab. Dastlabki dozani titrlash talab etiladi, birlamchi titrlashdan keyin takroriy titrlash talab etilmaydi	(C) https://ichgcp.net/ru/clinical-trials-registry/NCT03656666?ysclid=m4wlgfchvm683835691
	Ustekinumab	Katta yoshli bemorlarga teri ostiga 45 mg. Ikkinchi in'eksiya birinchi in'eksiyadan 4 hafta o'tgach, keyin har 12 haftada amalga oshiriladi. Tana vazni 100 kg dan ortiq bo'lgan bemorlarda preparat 90 mg dozada tavsiya etiladi. Har 12 haftada qo'llanilganda klinik samaradorlik etarli bo'lmasa, preparat dozasini har 12 haftada 90 mg gacha oshirish kerak. Agar bunday dozalash tartibi samarali bo'lmasa, preparatning 90 mg dozasi har 8 haftada kiritilishi kerak	(C) https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426
	Guselkumab	Tavsiya etilgan doza teri osti in'eksiyasi shaklida 100 mg ni tashkil qiladi. Ikkinchi in'eksiya birinchi in'eksiyadan keyin 4 hafta o'tgach, keyin har 8 haftada amalga oshiriladi.	(C) https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426
	Adalimumab	Kattalar va 4 yoshdan boshlab bolalarga son yoki qorin sohasiga teri ostiga 80	(C)

		mg boshlang'ich dozada, ushlab turuvchi doza - 40 mg dan 2 haftada 1 marta, boshlang'ich dozadan bir hafta o'tgach boshlanadi	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24124928/
	Rituksimab	vena ichiga 375 mg/m ² haftasiga bir marta 4 yoki 8 doza davomida	(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.phtml
Selektiv immunodepressant (FNO–alfa ingibitorlari)	Etanertsept	<p>Kattalar uchun 25 mg dan haftasiga ikki marta 3-4 kun oraliq'ida. Preparatni haftada bir marta 50 mg bir martalik t/i in'eksiyasi orqali yuborish mumkin. Shu bilan bir qatorda, etanerseptni 50 mg dan haftasiga ikki marta 12 haftadan ko'p bo'lmagan vaqt davomida qo'llash mumkin. Davolashni davom ettirish zarur bo'lsa, etanerseptni haftasiga ikki marta 25 mg yoki haftasiga bir marta 50 mg dozada yuborish kerak. Terapiya remissiyaga erishgunga qadar va odatda 24 haftadan ko'p bo'lmagan muddatda o'tkazilishi kerak. Ba'zi hollarda davolash davomiyligi 24 haftadan ortiq bo'lishi mumkin.</p> <p>6 yosh va undan katta bolalarda doza tana vazniga 0,8 mg/kg hisobidan aniqlanadi (maksimal bir martalik doza 50 mg). Preparat haftada 1 marta terostiga, remissiyaga erishilgunga qadar, odatda, ko'pi bilan 24 hafta davomida yuboriladi. Agar 12 haftalik terapiyadan</p>	(C) https://ksma.elpub.ru/jour/article/view/2426

		keyin simptomlarning ijobiy dinamikasi kuzatilmasa, preparat bilan davolashni to'xtatish kerak. Agar etanerseptni takroran buyurish zarur bo'lsa, yuqorida ko'rsatilgan davolash davomiyligiga rioya qilish kerak. Preparat dozasi - 0,8 mg/kg tana vazni (maksimal bir martalik dozasi 50 mg) haftasiga 1 marta. Ba'zi hollarda davolash davomiyligi 24 haftadan ortiq bo'lishi mumkin.	
Antibakterial vositalar	Tseftriakson	v/i va m/i yuborish uchun eritmani tayyorlash uchun kukun	(A) https://diseases.medicines.gov.au/medicines/monographs/antibiotics/ceftriaxone
	Tsefuroksim	in'eksiya uchun eritma tayyorlash uchun kukun 250 mg, 750 mg, 1500 mg erituvchi bilan komplektda	(A) https://diseases.medicines.gov.au/medicines/monographs/antibiotics/cefuroxime
	Tetratsiklin	Ichishga qabul qilinganda kattalar uchun bir martalik doza ko'rsatmalar, buyraklar funksiyasi va qo'llaniladigan davolash sxemasiga qarab 300 mg dan 1,5 g gacha bo'lishi mumkin. 8 yoshdan katta bolalarga - har 6 soatda 20-25 mg/kg.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/
	Doksitsiklin	Ichishga, tana vazni 45 kg dan yuqori bo'lgan kattalar va 12 yoshdan katta bolalarda birinchi kuni o'rtacha sutkalik doza - 200 mg (ikki qabulga bo'linadi - sutkasiga 2 marta 100 mg), keyin 100 mg/sut.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17263804/

Mikroblarga va proteozlarga qarshi vosita	Metronidazol	250 mg har 8 soatda 12 hafta davomida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20941941/
Antidepressantlar	Doksepin	<p>Ichishga. Depressiya va/yoki xavotirning o'rtacha ifodalangan darajasida boshlang'ich doza sutkasiga 75 mg ni tashkil qiladi. Keyinchalik individual ravishda samarali doza tanlanadi, u odatda kuniga 75-150 mg ni tashkil qiladi. Dozani oshirish asta-sekin amalga oshiriladi. Sezilarli darajada ifodalangan depressiya va/yoki xavotirda samarali doza kuniga 300 mg ga etishi mumkin. Kam ifodalangan buzilishlar bo'lgan bemorlarda kamroq dozalar - 25-50 mg/sut samarali bo'lishi mumkin. Qabul qilish vaqti - kuniga 1-2 marta (kun davomida bir marta qabul qilinganda, doksepin dozasi 150 mg dan oshmasligi kerak).</p> <p>Uyqu buzilganda sutkalik dozaning katta qismi kechqurun qabul qilinadi.</p>	(B) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464
	Mirtazapin	<p>Ichishga 15-45 mg/sut, asosan 1 mahal/sut uyqu oldidan. Doza asta-sekin kuniga 30-45 mg gacha oshiriladi. Depressiyaga qarshi ta'sir asta-sekin rivojlanadi, odatda davolanish boshlanganidan 2-3 hafta o'tgach, ammo davolanishni yana 4-6 oy davom ettirish kerak. Davolashning 6-8 haftasi davomida terapevtik samara kuzatilmasa, davolashni to'xtatish kerak.</p> <p>Mirtazapinni bekor qilish asta-sekin amalga oshiriladi.</p>	(B) https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464

	Paroksetin	<p>Sutkasiga bir marta - ertalab ovqat paytida qabul qilish tavsiya etiladi. Tabletkani chaynamay yutish kerak</p> <p>Tavsiya etilgan sutkalik doza - 20 mg., dozani davolashning dastlabki 3-4 haftasi davomida individual ravishda sinchkovlik bilan tanlash, so'ngra klinik ko'rinishlarga qarab uni tuzatish kerak. 20 mg dozasi etarli javob bo'lmagan ba'zi bemorlarni davolash uchun dozani oshirish kerak bo'lishi mumkin. Buni davolashning klinik samaradorligiga qarab dozani 10 mg ga (maksimal 50 mg/sut) oshirib, asta-sekin amalga oshirish kerak.</p>	<p>(B)</p> <p>https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jdv.16464</p>
Anksiolitiklar	Gidroksizin	<p>Ichishga. 12.5-50 mg/sut</p> <p>Maksimal bir martalik doza 200 mg dan oshmasligi kerak, maksimal sutkalik doza 300 mg dan oshmasligi kerak.</p> <p>Kexsa yoshdagi bemorlarda boshlang'ich dozani 2 baravar kamaytirish kerak.</p> <p>O'rta va og'ir darajadagi buyrak etishmovchiligi bo'lgan, shuningdek jigar etishmovchiligi bo'lgan bemorlarga dozani kamaytirish zarur.</p>	<p>(C)</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай-рекомендации-рф/15232?ysclid=m4qnht64ib684531763</p>
Sedativ vositalar	Valeriana ekstrakti	<p>Ichishga. Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarga 1-2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin beriladi.</p> <p>Davolash davomiyligi 2-4 hafta. Shifokor ko'rsatmasi bilan takroriy davolash kurslarini o'tkazish mumkin.</p>	<p>(B)</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/красный-плоский-лишай/14954?ysclid=m4pc3s1kvt358547943</p>
	Adonis-brom	<p>Ichishga, 1 tab. Ovqatdan keyin kuniga 3 marta.</p> <p>Davolash kursi - 25-30 kun.</p>	<p>(B)</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease</p>

		Takroriy kurslarni o‘tkazishning maqsadga muvofiqligi shifokor tomonidan belgilanadi.	/красный-плоский-лишай/14954?ysclid=m4pc3s1kvt358547943
Gepatoprotektori	Ursodezoksixol kislotasi	Ichishga. Tana vazni 34 kg dan kam bo‘lgan bolalar va kattalarga ursodezoksixol kislotani suspenziya shaklida qo‘llash tavsiya etiladi. Ursodezoksixol kislotasining tavsiya etilgan dozasi kuniga 10 mg/kg ni tashkil etadi	(C) https://mediqalab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084
	Essensial fosfolipidlar	v/i asta-sekin 1-2 ampula (5-10 ml), eritma bemorning qoni bilan 1:1 nisbatda suyultiriladi. Preparatni suyultirish zarur bo‘lganda infuzion yuborish uchun faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasidan foydalaniladi Ichishga. 12 yoshdan oshgan va tana vazni 43 kg dan yuqori bo‘lgan o‘smirlar, shuningdek kattalar uchun ovqat paytida kuniga 3 marta 2 kapsuladan qabul qilish tavsiya etiladi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/
	Antral	sutkasiga 3 marta ovqatdan keyin ichishga kattalar va 10 yoshdan katta bolalarga - qabul qilish uchun 200 mg dan 4-10 yoshli bolalarga - qabul uchun 100 mg dan	(C) https://mediqalab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1
	Oksimatin	v/i 600 mg dan kuniga bir marta	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/

		<p>v/i 600 mg 100-250 ml 5% li glyukoza eritmasida yoki 0,9% li natriy xlorid eritmasida eritiladi. Vena ichiga tomchilab, daqiqasiga 60 tomchi tezlikda, kuniga bir marta yuboriladi</p> <p>ichishga, kuniga uch marta 2 kapsuladan (0,2 g oksimatin). Zarur bo'lsa, kunlik dozani kuniga uch marta 3 kapsulagacha oshirish mumkin (bu 0,3 g oksimatinga teng).</p>	
	Glutation	<p>Glutation v/i, v/i sekin (2-3 daqiqa) yoki kuniga 600 mg yoki kuniga 1200 mg dan infuziya yo'li bilan.</p> <p>Ichishga. 250 mg/sut, til ostida asta-sekin so'riladi.</p> <p>Qabul qilish kursi yiliga 2-3 marta takrorlanishi mumkin bo'lgan 2-3 oylik sikllardan iborat.</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/5dc77e7c-6dfb-4eab-9570-92bd53793d47</p>
Vitaminlar	Sianokobalamin (B12 vitamini)	<p>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.</p>	<p>(C)</p> <p>https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</p>
	Piridoksin gidroxlorid (B6 vitamini)	<p>m/o, preparat dozasini shifokor individual ravishda kuniga 1-2 mg/kg tana vazniga hisoblab tayinlaydi.</p>	<p>(C)</p> <p>https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</p>
	Riboflavin mononukleotidi (B2 vitamini)	<p>Ichish uchun: kattalarga - kuniga 5-10 mg; bolalarga - kuniga 1 marta 2-5 mg. Davolash davomiyligi 1-1,5 oy.</p>	<p>(C)</p> <p>https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</p>

		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 mahal, har kuni, bolalarga 12,5 mg (0,25 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal buyuriladi.	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	Alfa-lipoy kislotasi	Kattalar uchun 600 mg miqdorida kuniga kamida 30 daqiqa davomida tomchilab yuborish orqali vena ichiga yuboriladi. Kattalar va 14 yoshdan oshgan bolalarga ovqatdan oldin kuniga 1 mahal 1 kapsuladan ichiladi.	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	Alfa tokoferol atsetat (E vitamini)	Ovqatdan keyin kuniga 50-100 mg dozada ichiladi	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	A + E vitamini	Ovqatdan keyin kuniga ichish uchun 100 mg dan vitamin E + 100 000 XB vitamin A dozasida	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w
	Retinol atsetat (A vitamini)	Kattalar uchun eng yuqori kunlik doza 100 000 XB dan oshmasligi kerak.	(C) https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w

	<p>Askorbin kislotasi (C vitamini)</p>	<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>	<p>(C)</p> <p>https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</p>
	<p>Xolekalsiferol (D vitamini)</p>	<p>D vitamini tanqisligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi <20 ng/ml)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 hafta davomida har haftada 50 000 XB ichish uchun - 200 000 XB har oyda 2 oy davomida ichish uchun - 150 000 XB har oyda 3 oy davomida ichish uchun - 6000 - 8000 XB kuniga - 8 hafta ichish uchun <p>D vitamini yetishmovchiligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi ≥ 20 va <30 ng/ml)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 hafta davomida har hafta 50 000 XB ichish uchun - 200 000 XB bir marta ichishga - 150 000 XB bir marta ichishga - 6000 - 8000 XB kuniga - 4 hafta ichish uchun <p>D vitamini darajasini qo‘llab-quvvatlab turish ≥ 30 ng/ml</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1000 - 2000 XB har kuni ichish uchun 	<p>(C)</p> <p>https://bmcoralhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12903-020-01229-w</p>

		- 6 000 - 14 000 XB haftada bir marta ichish uchun	
Immunomodulyatorlar	rekombinant IFN alfa-2b rektal shamchalar	Kattalarda: kuniga 2 marta 500 000 IU dan 10 kun Bolalarda: 3 000 000 IU dan kuniga 2 marta 10 marta kunlar Homilador ayollarda: tomonidan 10 kun davomida kuniga 2 marta 1 000 000 IU	B https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176
	Inozin pranobeks	ichishga, ovqatdan keyin, 10 kun davomida kuniga 3-4 marta 500 mg	B https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176
	Meglumina akridonatsetat	24 soatlik interval bilan 3 ta in'eksiya, keyin esa yana 3 ta in'eksiya 48 soatlik interval bilan	B https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176
	Tiloron digidroxlorid	1-2 tabletka (250 mg) birinchi ikki kun ichida kuniga bir marta, keyin 2-4 hafta davomida har kuni 1 tabletka (125 mg). Yoki ovqatdan keyin 0,125 g (1 tabletka) remissiya davrida, har haftaning dastlabki ikki kunida, faqat 5 hafta. Kurs dozasi 1,25 g.	B https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176
	Azoksimer bromid	Ichish uchun, ovqatdan keyin, 6 mg kuniga 2 marta	B https://www.rodv.ru/upload/iblock/b8e/b8e8ec7a2134b12de42179ac6b96b1c3.docx?ysclid=m6p4pd6wg4907168176

		yoki 12 mg kuniga 1 marta, 10 kun davomida.	8e8ec7a2134b12de4 2179ac6b96b1c3.do cx?ysclid=m6p4pd6 wg4907168176
--	--	--	--

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

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 (emulsiyalar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo'shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va pardozi-andoz vositalari, 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.

Tibbiy yordamni tashkillashtirish

Birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish doirasida terapevtlar, pediatrlar, umumiy amaliyot shifokorlari bemorlarda teri toshmasi, QYT kasalligi belgilari yoki belgilarini aniqlashda bemorni birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish uchun dermatovenerologik tibbiy tashkilotga yuboradilar.

Agar birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish doirasida tibbiy yordam ko'rsatishning iloji bo'lmasa va tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, bemor ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiy tashkilotga yuboriladi.

Ixtisoslashgan, jumladan, yuqori texnologiyali tibbiy yordam stasionar sharoitda dermatovenerologlar tomonidan ko'rsatiladi.

Tibbiyot muassasasiga yotqizish uchun ko'rsatmalar: kunduzgi va 24 soatlik stasionar:

- ilgari o'tkazilgan davolashning samarasizligi;
- davolanishning fizioterapevtik usullaridan foydalanish zarurati;
- immunodepressantlar bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya o'tkazish zaruriyati;
- teri va shilliq pardalarning keng tarqalgan va og'ir shikastlanishlari, shu jumladan giperkeratotik, bullyoz, eroziv-yarali shikastlanishlar;

Bemorni tibbiy tashkilotdan chiqarish uchun ko'rsatmalar:

- toshmalar regressiyasi va/yoki klinik ko'rinishlarning kamayishi.

Muolaja yoki aralashuv samaradorligini ko'rsatkichlari:

- terida yangi elementlarning yo'qligi va terida toshmalarning regressi;
- remissiya davomiyligi;
- hayot sifatini yaxshilash

**“QIZIL YASSI TEMRATKI” NOZOLOGIYASINING
TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT 2024

Kirish qismi

Qizil yassi temiratki (QYT) - teri va shilliq pardalarning surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, tirnoq va sochlarni kamroq zararlaydi, uning tipik elementlari papulalardir.

Dermatologik patologiyaning umumiy strukturasi QYT 0,16 dan 1,2% gachani va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari orasida 35 dan 70% gachani tashkil etadi. QYT har qanday yoshda uchraydi, lekin ko'pincha o'rta va keksa yoshda tashxislanadi - 30 dan 70 yoshgacha va bemorlarning 35% 50 va undan katta yoshda. QYT asosan ayollarda uchraydi va ularning ulushiga 60- 75% bemorlar to'g'ri keladi. QYT bolalarda kamdan-kam uchraydi, kasallikning faqat 5% holatlari bolalar yoshidagi bemorlarga to'g'ri keladi.

Ko'pgina mualliflar kasallikning rivojlanishida immun tizimining etakchi rolini ko'rsatadi (Tadqiqotchilar qizil yassi temiratki patogenezida ishtirok etuvchi hujayralar: keratinositlar, dendrit hujayralari, makrofaglar va labrositlar, CD8+ T-limfotsitlar (supressorlar), CD4+ T-limfotsitlar (xelperlar) deb hisoblashadi, ularning darajasi bosqichlarga qarab o'zgarib turadi. QYT da teriga migratsiyalanuvchi T-limfotsitlarning asosiy populyasiyasi asosan dermo-epidermal birikmada joylashgan sitotoksik CD8+ T-limfotsitlar va perivaskulyar joylashgan CD4+ T-limfotsitlardir. Sitotoksik CD8+ T-limfotsitlar bazal membranani emiruvchi va bazal keratinotsitlar apoptozini chaqiruvchi moddalar ishlab chiqaradi. Yallig'lanish yallig'lanish oldi sitokinlarini, shu jumladan o'sma nekrozi omili - α ni ishlab chiqaradigan faollashtirilgan CD4+ T-limfotsitlar tomonidan qo'llab-quvvatlanadi.

Ta'rif

Qizil yassi temiratki (QYT) - teri va shilliq pardalarning keng tarqalgan yallig'lanish kasalligi bo'lib, uning kechishi ham o'tkir, ham surunkali bo'lishi mumkin. [Arifov S.S. 2008 y. Tashkent.]

Gen-injener biologik preparatlar nisbatan yaqinda dermatologiya amaliyotida QYTni davolashda qo'llaniladi. Ularning ta'sir mexanizmi shundaki, ular faollashtirilgan T-limfotsitlarda ifodalanadigan oqsil tuzilmalari bilan o'ziga xos bog'lanadi. IL-17 QYT patogenezida ishtirok etishi mumkinligini hisobga olgan holda, F. Solimani et al. (2019) birinchi marta QYT bilan og'rigan 3 nafar bemorda monoklonal antitana yordamida sekukinumab yordamida IL-17A ni blokirovka qilish orqali Th17/Tc17 hujayralariga ta'sir ko'rsatdi, Th17/Tc17 o'qini ustekinumab bilan - 1 bemorda (anti-IL -12/ IL -23) va yana 1 nafar tekshiriluvchida guselkumab bilan ingibirlash orqali. Bunday davolash QYT bilan og'rigan bemorlarda og'iz bo'shlig'i shilliq qavati va terining sezilarli va uzoq muddatli klinik yaxshilanishiga olib keldi. Olingan natijalarga qaramay, ushbu preparatlarning xavfsizlik profilining samaradorligini baholash uchun keyingi tadqiqotlar zarur [38]. O'sma nekrozi omilining (TNF- α) QYT patogenezidagi muhim rolini hisobga olgan holda, uning faolligini bloklovchi preparatlarni (adalimumab, etanersept) buyurish maqsadga muvofiqdir. Biroq, adabiyotlarda ushbu patologiyada uni qo'llash bo'yicha qarama-qarshi ma'lumotlar mavjud. Xususan, TNF- α ingibitorlarini qabul qilish natijasida yuzaga kelgan QYTning ko'plab holatlari tasvirlangan. Shu bilan birga, bir nechta ma'lumotlar ularning ushbu dermatozga nisbatan samaradorligini ko'rsatadi.

Teri ichiga in'eksiya qilish uchun topik steroidlar (triamsinolon atsetonid, fluotsinolon atsetonid, betametazon diproponat va klobetazol propionat kabi kuchli ta'sir qiluvchi va yuqori faol) yoki triamsinolon, ayniqsa gipertrofik yoki davolanishga moil bo'lmagan shikastlanishlarda (2-4 haftada 5-20 mg/ml)

Tizimli kortikosteroidlar (og'iz orqali yoki mushak ichiga yuborish) Agar shikastlanishlarni mahalliy davolash mumkin bo'lmasa, 4-6 hafta davomida kuniga 30-80 mg dozada prednizolonning og'iz orqali yoki har 6-8 haftada 40-80 mg dozada triamsinolonning mushak ichiga yuborish buyuriladi.

Atsitretin 20-35 mg/sut yoki izotretinoin

Siklosporinni peroral qabul qilish (3-5 mg/kg/kun)

Simptomatik davolash

Og'iz orqali qabul qilinadigan antigistamin preparatlar

Sedativ antigistamin preparatlar kuchli qichishishda samaraliroq bo'lishi mumkin, ammo nojo'ya ta'sirlar (xavfsizlik muammolari/uyquning buzilishi/baxtsiz hodisalar) ularni qo'llashni minimallashtiradi.

Qichimaga qarshi mahalliy vositalar

Mentol, kamfora, doksepin, polidokanol va boshqalar asosiy davoga qo'shimcha sifatida buyurilishi mumkin.

Og'iz bo'shlig'i shilliq qavatining QYT ni davolash

QYTning shilliq shaklini ko'pincha davolash qiyin, ayniqsa yaralar va eroziyalar mavjud bo'lganda. Ko'p yillar davomida QYT shilliq shaklini davolash usullari og'iz bo'shlig'idagi

alomatlarini bartaraf etishga emas, balki engillashtirishga qaratilgan. Biroq, zamonaviy davolash usullari simptomlarni bartaraf etishga va xavfli transformasiya xavfini kamaytirishga qaratilgan bo'lishi kerak.

Umumiy chora-tadbirlar

Tadqiqot natijalari va ekspertlarning fikrlariga asoslanib, davolanishdan oldin va davolanish paytida umumiy parvarish choralari muhokama qilish mumkin. Bemorlarga og'iz bo'shlig'i gigienasiga rioya qilish va shilliq qavatning shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik haqida ma'lumot berish kerak. Kasallikning og'irligiga qarab, og'iz bo'shlig'ining qizil yassi temiratki bo'lgan ba'zi bemorlarga muntazam ravishda shaxsiy va professional stomatologik gigiena, amalgam yoki oltin tish plombalarini almashtirish, chekish, o'tkir ovqat va alkogoldan voz kechish tavsiya etilishi mumkin.

Agar og'iz bo'shlig'ining lixenoidli zararlanishiga tizimli preparat sabab bo'lsa, shifokor uni boshqa dori vositasi bilan almashtirishi kerak.

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

Ozonoterapiya

Ozonoterapiya keng qo'llaniladigan usul bo'lib, dermatologiyada ham keng qo'llaniladi. Ozonning antibakterial, antivirus, yallig'lanishga qarshi, immunomodullovchi ta'siri uni turli teri kasalliklarini davolashda patogenetik jihatdan asoslangan.

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

Qonni vena ichiga lazerli nurlantirish (NILI)

Qonni vena ichiga lazer bilan nurlantirish uni tozalash usullaridan biri bo'lib, u bemorni tanasidan chiqarilgan to'g'ridan-to'g'ri qon aylanish tizimi ichida yorug'lik to'lqini bilan qon bilan ishlov berishdan iborat.

Yorug'lik to'lqinlari organizmning turli sistemalari va almashinuv jarayonlari ishini me'yorlashtirib, kompleks ta'sir ko'rsata oladi.

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

Plazmaferez

Qon oqimidan toksinlar, autoantitanachalar, sirkulyasiyalanuvchi immun komplekslar (SIK), yallig'lanish oldi sitokinlarini eliminasiya qilish, metabolizm va a'zolarining buzilgan funksiyalarini normallashtirish maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etildi

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

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

Jarrohlik aralashuvi: o'tkazilmaydi

**“QIZIL YASSI TEMRATKI” NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2024

Kirish qismi

Qizil yassi temiratki (QYT) - teri va shilliq pardalarning surunkali yallig'lanish kasalligi bo'lib, tirnoq va sochlarni kamroq zararlaydi, uning tipik elementlari papulalardir.

Dermatologik patologiyaning umumiy strukturasi QYT 0,16 dan 1,2% gachani va og'iz bo'shlig'i shilliq qavati kasalliklari orasida 35 dan 70% gachani tashkil etadi. QYT har qanday yoshda uchraydi, lekin ko'pincha o'rta va keksa yoshda tashxislanadi - 30 dan 70 yoshgacha va bemorlarning 35% 50 va undan katta yoshda. QYT asosan ayollarda uchraydi va ularning ulushiga 60- 75% bemorlar to'g'ri keladi. QYT bolalarda kamdan-kam uchraydi, kasallikning faqat 5% holatlari bolalar yoshidagi bemorlarga to'g'ri keladi.

Ko'pgina mualliflar kasallikning rivojlanishida immun tizimining etakchi rolini ko'rsatadi (Tadqiqotchilar qizil yassi temiratki patogenezida ishtirok etuvchi hujayralar: keratinositlar, dendrit hujayralari, makrofaglar va labrositlar, CD8+ T-limfotsitlar (supressorlar), CD4+ T-limfotsitlar (xelperlar) deb hisoblashadi, ularning darajasi bosqichlarga qarab o'zgarib turadi. QYT da teriga migratsiyalanuvchi T-limfotsitlarning asosiy populyatsiyasi asosan dermo-epidermal birikmada joylashgan sitotoksik CD8+ T-limfotsitlar va perivaskulyar joylashgan CD4+ T-limfotsitlardir. Sitotoksik CD8+ T-limfotsitlar bazal membranani emiruvchi va bazal keratinotsitlar apoptozini chaqiruvchi moddalar ishlab chiqaradi. Yallig'lanish yallig'lanish oldi sitokinlarini, shu jumladan o'sma nekrozi omili - α ni ishlab chiqaradigan faollashtirilgan CD4+ T-limfotsitlar tomonidan qo'llab-quvvatlanadi.

Umumiy chora-tadbirlar

Tadqiqot natijalari va ekspertlarning fikrlariga asoslanib, davolanishdan oldin va davolanish paytida umumiy parvarish choralari muhokama qilish mumkin. Bemorlarga og'iz bo'shlig'i gigienasiga rioya qilish va shilliq qavatning shikastlanishiga yo'l qo'ymaslik haqida ma'lumot berish kerak. Kasallikning og'irligiga qarab, og'iz bo'shlig'ining qizil yassi temiratki bo'lgan ba'zi bemorlarga muntazam ravishda shaxsiy va professional stomatologik gigiena,

amalgam yoki oltin tish plombalarini almashtirish, chekish, o'tkir ovqat va alkogoldan voz kechish tavsiya etilishi mumkin.

Agar og'iz bo'shlig'ining lixenoidli zararlanishiga tizimli preparat sabab bo'lsa, shifokor uni boshqa dori vositasi bilan almashtirishi kerak.

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

Profilaktika va dispanser kuzatuv, profilaktika usullarini qo'llashga doir tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar

QYT bilan og'rikan bemorlarni dispanser nazorati teri-tanosil dispanserlari sharoitida dermatovenerolog mutaxassislar tomonidan amalga oshiriladi [3]

Keyinchalik yuritish:

Yashash joyidagi dermatologning dinamik kuzatuv, uning jarayonida qo'llab-quvvatlovchi terapiya masalalari hal qilinadi, davolanishning nojo'ya ta'sirini minimallashtirish, doimiy asosiy teri parvarishini amalga oshirish, qo'zg'atuvchi omillarni bartaraf etish[3].

Adabiyotlar ro'yxati

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., Momtaz-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 fluocinonide 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/plazmaferез-i-lazernaya-terapiya/viewer>

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

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