

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОЛОГИЯ ВА
КОСМЕТОЛОГИЯ ИLMИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**«ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025



“ТАСДИҚЛАЙМАН”
ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
ДМ
директори в.б. Сабилов У.Ю.

« 27 » *май* 2025 йил.

«ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

**«ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

Кириш қисми
МКБ-10/11 кодлари:

B55	Лейшманиоз	1F54	Лейшманиоз
B55.0	Висцерал лейшманиоз	1F54.0	Висцерал лейшманиоз
B55.1	Тери лейшманиози	1F54.1	Тери лейшманиози
B55.2	Тери-шиллик қаватлар лейшманиози	1F54.2	Тери-шиллик қаватлар лейшманиози
B55.9	Аниқланмаган лейшманиоз	1F54.Z	Аниқланмаган лейшманиоз
	https://mkb-10.com/index.php?pid=755		https://icd11.ru/

Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлишига қараб. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш бўйича масъул муассаса:

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда қуйидагилар ўз хиссаларини қўшдилар:
Дерматовенерология йуналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Собиров Улугбек Юсупханович - Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази (ЎЗР ССВ РИДваКИАТМ) директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.
2. Ташпулатов Шухрат Шавкатович - PhD., РИДваКИАТМ клиникаси дерматовенерологи шифокори.
3. Боходирова Афруза Ахраровна - РИДваКИАТМ Илмий котиби

Тақризчилар:

1. Якубов Абдулазиз Абдужабборович - Мутахассисларни стажировка қилиш ва клиник ординаторларни тайёрлаш бо 'лими мудири, PhD
2. Сенан Каримов - тиббиёт фанлари доктори, Боку шаҳри врачлар малакасини ошириш институти дерматовенерология кафедраси мудири, Озарбайжон

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

Иноятлов Аваз Шавкатович - тиббиёт фанлари доктори, даволаш бўйича директор уринбосари, клиника бош шифокори.

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич - т.ф.н. директорнинг илмий ишлар бўйича уринбосари.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, 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 мутахассисларнинг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Муҳокама баённомасидан кўчирманинг санаси ва рақами: ЎзР ССВ РИДваКИАТМ Илмий кенгашининг 27.03.2025 йилдаги 3-сонли баённомасидан кўчирма

Мундарижа

«ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ5

«ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ21

«ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....29

Қисқартмалар рўйхати:

МКВ	Касалликларнинг халқаро таснифи
УАШ	умумий амалиёт врачлари
ИТШ	инфекцион-токсик шок
ЭЧТ	эритроцитларнинг чўкиш тезлиги
РИФ	иммунофлюоресценциянинг билвосита реакцияси
ОИТ	ошқозон-ичак йўли
АЛЪТ	Аланинаминотрансфераза
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
УТ	Ультратовуш тадқиқоти
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент
ИФЛА	Иммунофлюоресцент таҳлил
ИФА	Иммунофермент таҳлил
РСР	Полимераза занжир реакцияси
Иг	Иммуноглобулин
ОИВ	Инсоннинг иммунитет танқислиги вируси
м/и	Мушак ичида
в/и	Вена ичига
т/о	Тери остига
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ПИЛН	паст интенсивли лазер нурланиши

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматолог шифокорлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Врач-педиатрлар;
4. Лаборант шифокорлар;
5. Эпидемиолог шифокорлар;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Тиббиёт олий ўқув юр்தларининг талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, аспирантлари, ўқитувчилари;
9. Ушбу патологияли беморлар, уларнинг оила аъзолари ва парвариш қилувчи шахслар.

Беморлар тоифалари:

лейшманиоз билан оғриган беморлар.
Мазкур баённома барча хуудларда лейшманиозни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усуллари соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

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 рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизатсияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизатсияланмаган 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 реабилитатсион тадбирлар учун)**

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши
2	Айрим рандомизатсияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизатсияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизатсияланмаган 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 ишонччилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишонччилик 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 қисми.

Кириш

Лейшманиоз - одам ва баъзи ҳайвонларнинг кенг тарқалган сурункали инфекцияси. Ҳар қандай ёшдаги одамлар касалланиши мумкин, лекин кўпинча болалар ва ёши катталар касалланади. Лейшманиознинг клиник жиҳатдан тери, тери-шиллик, диффуз тери ва висцерал (жигар ва талок зарарланади) хиллари тафовут қилинади. Лейшманиоз (синонимлари: Эски Дунёнинг тери лейшманиози - Боровский касаллиги, Янги Дунёнинг тери лейшманиози - Америка тери лейшманиози, тери-шиллик лейшманиози - эспундия, висцерал лейшманиоз - кала-азар, Алеппо фурункул, шарқ яраси, Эрихон атиргул, ўрмон фрамбезияси, думдум иситмаси ва бошқалар) - одам ва ҳайвонларнинг трансмиссив тропик ва субтропик касаллиги. [1,7,12,13,15]

Этиологияси

Лейшманиознинг сабаби хужайра ичидаги энг оддий паразитлар бўлиб, лейшманийларнинг 20 дан ортиқ тури учрайди. Касаллик кўзгатувчиси организмда паразитлар хивчин шаклида бўладиган (промастиготлар) урғочи чивинлар орқали юқади. Эски Дунё лейшманиози *Phlebotomus* авлоди чивинлари томонидан, Янги Дунё лейшманиози *Lutzomyia* авлоди чивинлари томонидан юқади. Кичик ўлчамдаги чивинлар, бу уларга деразалардаги стандарт химоя тўрлари ва ҳатто ҳарбийларнинг химоя шлемларидаги тўрлар орқали киришга имкон беради. Чивинларнинг яшаш давомийлиги 30 кун, кундузи улар дам олади, кун ботишидан тонггача фаол ва ёмон учади (2 м дан

кўп эмас). Чивинларнинг чақиши оғриқсиз бўлиши мумкин ва шунинг учун беморлар кўпинча ҳашаротлар чақишини сезмайдилар. Вазият яна шу билан ҳам ёмонлашадики, чивинлар ғўнғилламайди ва шунинг учун улар эътиборни тортмайди. Чивин чаққанидан кейин паразит хўжайиннинг моноклеар фагоцитларига киради ва амастиготага айланади. Висцерал лейшманиозда инфекция трансфузия, трансплантация пайтида, тери лейшманиозида, агар бу асбобларда инфекцияланган материал бўлса, игна ёки шприц билан инъекция қилинганда трансплацентар йўл билан юқиши мумкин. Инфекцияга жавоб кўзғатувчилар сонига, лейшмания штаммларига (макрофагларга чидамли штаммлар тасвирланган) ва одамнинг иммун реакциясига боғлиқ. Маълумки, IL-2 ва IFN- ишлаб чиқарилиши билан ифодаланган Th1 жавоб инфекциянинг тезда йўқолишига олиб келади, кучсиз Th1 жавоб ёки ИЛ-4 ва ИЛ-10 ишлаб чиқарилиши билан Th2 реакциясида диффуз тери лейшманиозида кузатиладиган инфекция ривожланишда давом этади. Касалликдан кейин лейшманиянинг айнан шу турига нисбатан тургун иммунитет ривожланади. Висцерал лейшманиоз ўтказилгандан кейин лейшманиянинг барча турларига қарши умрбод иммунитет ҳолатлари тасвирланган [1, 2, 3,13,14,15]. Туберкулоид лейшманиоз тери лейшманиозининг антропоноз турининг алоҳида бир туридир. Организм реактивлиги ўзгарган одамларда сақланиб қолган лейшманийларнинг фаоллашуви натижасида ёки суперинфекция натижасида ривожланади. Силга алоқадор лейшманиоз Эски Дунё мамлакатларида ҳам, Янги Дунё мамлакатларида ҳам ҳамма ерда учрайди. Касаллик кўзғатувчиси - *L. tropica minor*. Силга алоқадор лейшманиознинг асосий морфологик кўриниши тарик донидан ясимқача бўлган катталиқда сарғиш-кўнғир тусли унча катта бўлмаган дўмбоқча бўлиб, ясси, конуссимон ёки ярим шар шаклида бўлади [1, 2, 3, 13, 15]. Шуниси характерлики, дўмбоқчалар витропрессияга учраганида улар худди сил югириги (олма желеси симптоми) га ўхшаб сарғиш тусга киради. Бу дўмбоқчалар якка-якка бўлиши ёки бир-бири билан қўшилиб, дўмбоқча инфилтратларини ҳосил қилиши мумкин. Лейшманиоз туберкулоид дўмбоқчалар ҳеч қачон бирламчи пайдо бўлмайди. Улар ё антропоноз типдаги бирламчи лейшманиоманинг қайта ривожланиши жараёнида, ёки лейшманиоз чандиқ ҳосил бўлгандан кейин, шунингдек бирламчи лейшманиоманинг дастлабки босқичида сунъий олиб ташлангандан кейин пайдо бўлади. Бу дўмбоқчалар ташқи кўриниши жиҳатидан сил югириги маҳалида учрайдиган люпомага ўхшаб кетади, шунинг учун туберкулоид лейшманиозни баъзан люпоид лейшманиоз деб ҳам аташади. У кўпинча болалар ва ёшларда учрайди. Туберкулоид лейшманиознинг аломатлари юз терисида пайдо бўлади. Туберкулоид лейшманиоз сурункали жараён бўлиб, йиллар давомида гоҳ сўниб, гоҳ зўрайиб боради. Бу дўмбоқчалар маълум вақтгача яшаб, ё сўрилиб кетади ва атрофик чандиқ ҳосил қилади, ёки яра бўлиб, кўнғир-йирингли пўстлоқ билан қопланади. Зарарланган жойда яра бўлиб кетган дўмбоқчалар билан бир қаторда янги дўмбоқчаларни ҳам кўриш мумкин. Яра бўлиб кетган дўмбоқчалар ўрнида 3-5 ойдан кейин чандиқ пайдо бўлиб, унда яна лейшманиоз дўмбоқчалар пайдо бўлиши мумкин [1, 2, 14,15].

Эпидемиологияси

ЖССТ маълумотларига кўра, ҳар йили 1,2 млн. га яқин тери лейшманиози ва 400 000 га яқин висцерал лейшманиоз ҳолатлари қайд этилади. Висцерал лейшманиоз тропик касалликлардан ўлим сабаби сифатида безгакдан кейин иккинчи ўринда туради. Тери лейшманиози билан касалланиш ҳолларининг кўпчилиги Яқин Шарқ мамлакатларида, Бразилия, Перуда, Ўрта ер денгизи мамлакатлари, Ҳиндистон, Марказий Осиёда, Африканинг Сахрои Кабирдан жанубда жойлашган мамлакатларида, марказий худудларда учрайди. Техас штатининг жанубий районларида (АҚШ). Тери-шиллик лейшманиоз Марказий Америка ва Жанубий Африканинг шимолий районларида эндемик бўлиб, висцерал лейшманиоз ҳамма жойда, лекин кўпинча Африка ва Осиё мамлакатларида учрайди. Постсовет худудида лейшманиоз Узбекистон ва Туркменистонда учрайди [1]. Бироқ шуни ёдда тутиш керакки, касаллик эндемик хавфсиз мамлакатларга сайёҳлар томонидан олиб келиниши мумкин, муҳожирлар, қочоқлар ва ҳарбий хизматчилар. Турли мамлакатлар ўртасидаги туризм ва иқтисодий муносабатларнинг динамик ривожланишини ҳисобга олган ҳолда. [1,3,14,17]

Таснифи

Клиник шакллари [1,2,12,13,14]

- Эски Дунё висцерал лейшманиози;
- Эски дунё тери лейшманиози;
- Эски дунё мукоз лейшманиози;
- Эски Дунёнинг диффуз тери лейшманиози;
- Янги Дунё висцерал лейшманиози;
- Янги Дунё тери лейшманиози;
- Янги Дунё тери-шиллик лейшманиози;
- Янги Дунёнинг диффуз тери лейшманиози;
- тарқалган тери лейшманиози;
- каалазардан кейинги тери лейшманиози.

Клиника, этиология ва эпидемиология хусусиятларига кўра [1,14]:

I. Висцерал лейшманиоз (қалъа-азар).

Зооноз:

- ўрта ер денгизи-ўрта осиё (болалар қалъа-азари);
- шарқий африка (дум-дум иситмаси);
- Тери-шиллик лейшманиоз (Янги Дунё лейшманиози, бурун-ҳалқум лейшманиози).
- Антропоноз (ҳиндча кала-азар).

II. Тери лейшманиози:

- Зооноз (Боровский касаллигининг қишлоқ типи, пенда яраси).
- Антропоноз (Боровский касаллигининг шаҳар типи, Ашхобод яраси, Бағдод фурункули).
- Янги Дунёнинг тери ва тери-шиллик лейшманиози (эспундия, Бред касаллиги).
- Эфиопия тери лейшманиози.

Оқим бўйича:

- ўткир шакл;
- ўткир ости шакли;
- сурункали шакли.

ЖССТ жарроҳлик таърифига кўра касалликлар таснифи [14]:

Висцерал лейшманиоз ҳолати - бу серологик ва/ёки паразитологик тестлар маълумотлари билан тасдиқланган клиник белгиларни намоён қиладиган одам (асосан узоқ вақт давом этган номунтазам иситма, спленомегалия ва тана вазнини йўқотиш).

Тери лейшманиози - клиник белгилари (тери зарарланиши) аниқланадиган одам ёки фақат тери-шиллик қават лейшманиозида ташхиснинг серологик тасдиғи билан).

Шикоятлар ва анамнез - "клиник манзара"

Клиник жиҳатдан олганда тери лейшманиози маҳаллий, сурункали қайталанувчи, диффуз ва ўткир хиллари билан намоён бўлиши мумкин. Тери лейшманиозининг маҳаллий шакли папулалар ёки тугунлар билан намоён бўлади, улар тишланган жойда пайдо бўлади, кўпинча бу юз ва тананинг очик жойлари. Вақт утиши билан папулалар/тугунлар бинафша ранг гулчамбарли яхши ифодаланган огриксиз яраларга айланади. Гулчамбарнинг ранги эпидермиснинг емирилиши ва дерма томирларининг ёришиб чиқиши билан тушунтирилади. Лимфаденопатия ва сателлитлар булиши мумкин. Эски дунё лейшманиозининг ўткир хили клиник жиҳатдан фурункулга ухшаб кетади. Яралар битиб, ичига ботган чандиқлар пайдо булади. Юзда локализацияда косметик нуқсон ривожланади, бу беморнинг жиддий психологик муаммоларига олиб келади ва ижтимоий ноқулайликнинг маълум стигмаси ҳисобланади. Сурункали қайталанувчи лейшманиоз тери лейшманиозидан кейин ҳосил булган чандиқлар перифериясида янги папулаларнинг пайдо булиши билан тавсифланади. Бу инфекция юққан жойларда ёки, эҳтимол, яқин атрофдаги лимфа тугунларида якка-якка паразитлар сақланиб қолиши натижасида содир булади. Инфликсимаб (усма некрози омили блокатори) билан иммуносупрессив терапия олган беморларда сурункали

қайталанувчи лейшманиоз ҳолатлари тасвирланган. Сурункали қайталанувчи лейшманиознинг сабаби *L. tropica* ва *L. infantum* ҳисобланади. Иммуни жавобда Th2 типининг устунлиги туфайли касаллик сурункали характерга эга булади. Эски дунёда диффуз (диссеминацияланган) тери лейшманиозининг сабаби *L. aethiopica*, Янги дунёда эса *L. mexicana* ҳисобланади. Диффуз тери лейшманиози огриксиз тугунчалар пайдо булиши билан таърифланади, улар аста-секин зурайиб боради ва бутун тери қопламига тарқалиши мумкин, гарчи локализациянинг афзал жойлари юз, қулоқлар, тиззалар ва тирсақлар булса ҳам. Баъзи тугунчалар сугалли юзага эга булиши ёки ксантом, келоидга ухшаб кетиши мумкин. Баъзи беморларда бурун-ҳалқум ёки огиз бушлиги ёки бурун тусиги бузилмасдан бурун шиллик қавати зарарланади. Тарқоқ тери лейшманиози туберкулоид моховга ухшаб кетадиган катта-катта гиперпигментланган доғлар қуринишида намоён булиши мумкин. Тери лейшманиозининг кам учрайдиган шакллари (5% гача) қуйидагилардан иборат: липоидли, шакли, зостерсимон, веррукоз, кафт-товон, шанкримон, паронихияни эслатувчи псориаз, эризипелоид, митетомма [4, 5, 14].
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44412/3/WHO_TRS_949_rus.pdf

1-жадвал

Leishmania резервуарлари ва тарқалиши [14]:

Гуруҳ	Шакли	Резервуарлар	Тарқалиши
<i>Leishmania donovani</i>	<i>L. donovani</i>	Одам	Судан, Кения, Танзания, Ҳиндистон, Бангладеш
	<i>L. infantum</i>	Итлар, тулкилар	Ўрта ер денгизи минтақаси
	<i>L. chagasi</i>	Итлар, тулкилар - опоссумлар	Марказий ва Жанубий Африка
<i>Leishmania tropica</i>	<i>L. major</i>	Кемирувчилар	Африканинг қурғоқчил ҳудудлари
	<i>L. tropica</i>	Одам, ит	Шарқий Ўртаер денгизи,
	<i>L. aethiopica</i>	Даманлар	Эфиопия, Кения, Яман
<i>Leishmania mexicana</i>	<i>L. mexicana</i>	Ўрмон кемирувчилари	Мексика, Марказий Америка
	<i>L. amazonensis</i>	Ўрмон кемирувчилари	Жанубий Америка
	<i>L. venezuelensis, pifanoi, garnhami</i>	Номаълум	Венесуэла
<i>Leishmania (Viannia) braziliensis</i>	<i>L. braziliensis</i>	Ўрмон кемирувчилари	Марказий ва Жанубий Америка
	<i>L. guyanensis</i>	Дангаса, чумолихўр	Гаяна, Бразилия
	<i>L. panamensis</i>	Дангасалар	Панама, Коста-Рика, Колумбия
	<i>L. peruviana</i>	Итлар	Перу, Аргентина

Физик текширув:

физикал текширувда аниқланадиган тери лейшманиозларининг объектив клиник кўринишлари "Клиник манзара" бўлимида баён этилган.

Тери лейшманиози ташхиси

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>

Касалликнинг клиник кўринишлари ва лаборатория текширувлари асосида ташхислаш

<https://gb-1.ru/epidimiologi/lejshmanioz>

Лаборатория тадқиқот усуллари:

Умумий қон таҳлили
 Захмга скрининг тестлари қуйидагилардан бири: РМП, РПР, КСР
 Боровский таначасида зарарланиш ўчоғидан цитологик текширув
 Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG и IgM, РИБТ, РПГА, ИХА,
 Иммуноблот IgG и IgM
 Умумий сийдик таҳлили
 Умумий нажас таҳлили
 Биокимёвий тадқиқотлар
 Иммунологик текшириш
 Гистологик текшириш
 Микологик текшириш
 Молекуляр-генетик тадқиқотлар
 Зарарланиш ўчоқларидан антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан микробиологик текширув
 M. Tuberculosis бўйича текширув
 Инфекцияларни ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЗР усулида текшириш
 C - реактив оксилни ўрганиш Prokalsitonin

Тадқиқотнинг инструментал усуллари:

Тери ҳолатини диагностика қилиш
 Ички органларнинг ультратовуш текшируви
 ЭКГ (қўрсатмалар бўйича);

Кукрак қафаси аъзоларининг рентгенографияси (курсатмалар бўйича);

<https://agapovmd.ru/dis/skin/leishmaniasis.htm>

Мутахассислар маслаҳати учун қўрсатмалар

- жарроҳ маслаҳати: жарроҳлик асоратлари (йирингли-некротик жараёнлар) да;
- юрак-қон томир касалликлари (миокард инфаркти) да кардиолог маслаҳати;
- нафас олиш аъзолари (пневмония) да пульмонолог маслаҳати;
- реаниматолог маслаҳати: РИТБга о ‘тказиш учун қўрсатмаларни аниқлаш;
- эндокринолог маслаҳати: ёндош касалликлар - қандли диабет, семиришда.

Тери лейшманиозининг дифференциал диагностикаси:

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

2-жадвал

Тери лейшманиозининг дифференциал ташхиси [16]

Инфекция тавсифи	Инфекция тури	
	Шаҳар тери лейшманиози	Қишлоқ тери лейшманиози
	Синонимлар	
	Антропоноз Ашхобод яраси, бир йиллик, кеч ярали шакли ("курук")	Зооноз пендин яраси, мурғоб яраси, ўткир некротизланувчи шакли, чўл тури ("хўл")
Инкубация даври	Узоқ муддатли: 2-3-6 ой, кўпинча 1-2 йил ва ундан ортик	Қисқа муддатли: одатда 1-2-4 ҳафта, баъзан 3 ойгача

	Тана ёки жигарранг рангдаги кичик папула дўмбоқчаси	Кучли ўткир яллиғланиш, кўпинча фурункулсимон инфильтрат
	Секин	Тезкор
Дастлабки ҳодисалар	3-6 ойдан кейин ва ундан ортиқ	1-2-3 ҳафтадан кейин
	Камёб	Тез-тез
Жараённинг ривожланиши	Нисбатан кам	
Маҳаллийлаштириш	Оёқларга қараганда юзда кўпроқ учрайди	Оёқларда юздагига қараганда кўпроқ
Эпителизациягача бўлган жараённинг давомийлиги	Бир йил ва ундан ортиқ	2-3 ой
Мавсумийлик	2-6 ой	Бирламчи касалликлар ёз-куз ойларига тўғри келади (июнь-октябрь)
Эпидемиологик хуружлар Камдан-кам кузатилади Тез-тез ривожланади	Эпидемиологик хуружлар Камдан-кам кузатилади Тез-тез ривожланади	Эпидемиологик хуружлар Камдан-кам кузатилади Тез-тез ривожланади

Даволаш

<https://iris.who.int/handle/10665/89213>

https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44412/3/WHO_TRS_949_rus.pdf

<https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/infekzionnye-bolezni-i-borba-s-nimi/parazitarnye-bolezni/2216.html>

Номедикаментоз даволаш

Тўшак режими - ҳарорат нормаллашгунча, интоксикация белгилари йўқолгунча.

Парҳез: умумий стол (№ 15), кўп суюқлик ичиш. Ёндош патология (қандли диабет, буйрак ва жигар касалликлари ва бошқалар) мавжуд бўлса, тегишли парҳез буюрилади.

Физиотерапевтик даволаш

УБ-терапия

LLLТ паст даражали фототерапия (830, 633, 415 нм тўлқин узунликли лазерлар)

IQ лазер

Медикаментоз даволаш

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

3-жадвал

Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%)

Препаратнинг халқаро номи	Чиқариш шакллари, дозалаш, давомийлиги	Препаратнинг халқаро номи
Тери лейшманиозини маҳаллий даволаш		
Паромомитсин/метилбензетиу м-хлорид	15% паромомицин/ 12% метилбензэтониум-хлорид суртмаси, суртишга, 20 кун давомида кунига 2 марта	А https://diseases.medelemnt.com/disease
Натрий стибоглюконат	Зарарланган зонага 1-5 мл сеанс + криотерапия (суюқ азот: -195 °С) ҳар 3-7 кунда (1-5 сеанс) буюрилади	А https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44412/3/WHO_TRS_949_rus.pdf
Меглумин антимоанат	Зарарланган зонага 1-5 мл сеанс + криотерапия (суюқ азот: -195 °С) ҳар 3-7 кунда (1-5 сеанс) юборилади	А https://diseases.medelemnt.com/disease
Триамсинолон, нистатин, неомитсин, грамитсидин суртма ёки крем	Суртма ёки крем суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи кўринишга	Б https://cyberleninka.ru/article/n/leyshmanioz-u-bolnyh-vich-infektsiyetrudnosti-diagnostiki-i-lecheniya/pdf
Бетаметазон валерат (1 мг бетаметазонга эквивалент) 1.22 мг гентамитсин (сульфат шаклида) 1 мг (1000 МЕ)	Суртма ёки крем суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи кўринишга	Б https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1587126869-vestnik-2020-1-3584.pdf
Мупироцин	Суртма ёки крем суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи кўринишга	Б https://www.dermatology.ru/translation/lechenie-kozhnogo-leishmanioza-klinicheskie-rekomendatsii-izrailskoi-assotsiatsii-dermat
Бетаметазон дипропионат + гентамсимин сульфат + клотримазол, суртишга, крем	Суртма ёки крем суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи кўринишга	Б https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1587126869-vestnik-2020-1-3584.pdf https://www.vidal.ru/drug

		s/triderm_2909
Гидрокортизон + окситетратсиклин	Аэрозоль 1-3 кун давомида кунига 2-3 марта ташқи	Б https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1587126869-vestnik-2020-1-3584.pdf https://www.vidal.ru/drugs/oxykort_2591
Куриозин	Гель терининг зарарланган жойига олдиндан тозалангандан кейин кунига 2 марта юпка қатлам билан суртилади.	Б https://www.vidal.ru/drugs/curiosin_1099
Левомекол	Маҳаллий қўллаш. Препарат билан стерил дока салфеткалар шимдирилади, улар билан яра бўшгина тўлдирилади. Йирингли бўшлиқларга катетер (дренаж найчаси) орқали шприц ёрдамида юбориш мумкин. Бундай ҳолда малҳам олдиндан 35-36°С гача иситилади. Яра йирингли-некротик тўқималардан тўлик тозалангунча, ҳар куни бир маротаба боғлам алмаштирилади. Катта яра юзаларида малҳамнинг суткалик дозаси хлорамфениколга нисбатан ҳисоблаганда 3 граммдан ошмаслиги керак.	Б https://www.vidal.ru/drugs/levomecol_1655
Тери лейшманиозини тизимли даволаш учун воситалар		
Натрий стибоглюконат	20 мг/кг кунига, 28 кун давомида мушак ичига ёки вена ичига	Д https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3734476/
Меглумин антимоанат	20 мг/кг кунига, 10-20 кун давомида мушак ичига ёки вена ичига	Д https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3734476/
Флуконазол	200 мг ичига, ҳар куни 6 ҳафта давомида	А https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11907288/

Доксициклин	200 мг ичига, ҳар куни 2 ҳафта давомида	Б http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirm/protololy_lechenia/protokoly_2 https://www.vidal.ru/drugs/doxycycline_13306
Цефтриаксон	1-2 г кунига ёки 20 - 80 мг/кг кунига, мушак ичига ёки вена ичига 10 кун давомида	С https://www.vidal.ru/drugs/ceftriaxone_14795
Левифлоксацин	Таб 250-500 мг перорал, ҳар куни 2 ҳафта давомида	С https://www.vidal.ru/drugs/levofloxacin_30291

Висцерал лейшманиозни даволаш учун воситалар

амфотерицин Б	3-5 мг/кг - кунлик доза, инфузия йўли билан, 3-6 кун давомида, 18-21 мг/кг умумий дозагача 3-6 кун	Б https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21255828/
Натрий стибоглюконат	20 мг/кг кунига, мушак ичига ёки вена ичига 28 кун давомида	Б https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20606971/
Меглумин антимоноат	20 мг/кг кунига, мушак ичига ёки вена ичига 28 кун давомида	Б https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20606971/

Изоҳ: Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмульсиялар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроЭлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва пардоз-андоз воситалари, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда зарурат бўлганда қўлланилиши мумкин.

Агар шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда маълум бир гуруҳдаги зарур препарат бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган дорилар) буюриши мумкин. Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади.

4-жадвал

Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўллаш эҳтимоли 100% дан кам):

Препаратнинг халқаро номи	Чиқариш шакллари, дозалаш, давомийлиги	Препаратнинг халқаро номи
Тербинафин	250 мг кунига 3-4 ҳафта давомида овқатдан кейин ичига	Б https://iris.who.int/bitstream/ha

		ndle/10665/44412/WHO_TRS_949_rus.pdf;jsessionid=B00C8758114B232A4E89E7FD7BBAF916?sequence=3 https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016
Плаквенил	400 мг ичига, ҳар куни 6-8 ҳафта давомида	D https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44412/WHO_TRS_949_rus.pdf;jsessionid=B00C8758114B232A4E89E7FD7BBAF916?sequence=3 https://www.vidal.ru/drugs/plaquenil_4399
Итраконазол	200 мг ичига, ҳар куни 6-8 ҳафта давомида	B https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44412/WHO_TRS_949_rus.pdf;jsessionid=B00C8758114B232A4E89E7FD7BBAF916?sequence=3 https://www.vidal.ru/drugs/itraconzol_29615
Пентоксифиллин	Катталарга препарат 200 мг дан бошлаб кунига 3 марта буюрилади. Узоқ муддатли дори шакллари кунига 2 марта буюрилади. Даволаш курси 2-3 ҳафта ва ундан ортиқ давом этади.	B https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44412/WHO_TRS_949_rus.pdf;jsessionid=B00C8758114B232A4E89E7FD7BBAF916?sequence=3 https://www.vidal.ru/drugs/pentoxifylline_3500
кальций глюконат, 10% эритма	5-10 мл суткасига 1 марта вена ичига ёки мушак орасига 10-15 кун давомида	D https://www.vidal.ru/drugs/calcium_gluconate_4914
натрий тиосульфат, 30% эритма	5 -10 мл суткасига 1 маҳал вена ичига 10 кун давомида	D https://www.vidal.ru/drugs/sodium_thiosulphate_13447
Эссенсиал фосфолипидлар	в/и аста-секин 1-2 ампула (5-10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суюлтирилади.	C https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides_30447

	<p>Препаратни суюлтириш зарур бўлганда инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстрога эритмасидан фойдаланилади</p> <p>Ичкарига. 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>	
Оксиматрин	<p>в/и 600 мг дан кунига бир марта</p> <p>в/и 600 мг 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида эритилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи тезликда, кунига бир марта юборилади</p> <p>ичишга, 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).</p>	<p>С</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c</p>
Антрал	<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>С</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c</p>
Аскорбин кислотаси	<p>Ичига, в/м, в/в</p> <p>250-1000 мг/сут</p>	<p>С</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/pha/rm-group/922</p>
Сианокобала мин	<p>в/и ёки в/и 1-2 ҳафта давомида ҳар куни 1 мг дан, ушлаб турувчи доза 1-2 мг</p> <p>в/и ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан 1 ойгача.</p>	<p>С</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/pha/rm-group/922</p>
Тиамин	<p>в/м (чукур)</p> <p>Препаратни киритишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% ли эритма) ва фақат яхши қабул қилинганда юқори дозаларга ўтиш тавсия этилади</p> <p>Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритма) суткасига бир марта, ҳар куни буюрилади; болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритма) суткасига бир марта буюрилади.</p> <p>Даволаш курси 10-30 инъекцияни ташкил қилади.</p>	<p>С</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/pha/rm-group/922</p>
Рибофлавин	<p>Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг.</p> <p>Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой.</p> <p>М/о: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун),</p>	<p>С</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/molecule/923</p> <p>https://www.who.int/ru/news-room/fact-</p>

	кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.	sheets/detail/leishmaniasis
Пиридоксин	50-100 мг (1-2 мл 5% ли эритма), кунига 1-2 марта. Даволаш курси 1-2 ойни ташкил этади. Болаларга - 20 мг дан, даволаш курси - 2 ҳафта.	С https://www.vidal.ru/drugs/pyridoxine_17213
аргинил-альфа-альфа-аспартил - лизил - валил - тирозил - аргинин (тимопентин)	в/и ёки 10 кун давомида ҳар куни 1 мл дан Даволаш курси 10 инъекцияни ташкил қилади	https://pharmaclick.uz/ru/catalog/immunostimulatory/t_layf_liof_dlya_prig_r_ra_d_in_1mg_5/?srsltid=AfmBOoqSAS_s5I22Qbe4g9eSWu-G1mHGDR0ko_aHTm6adZtrbxisztxb https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/leishmaniasis
Протефлазид	Катталар учун препарат қуйидаги схема бўйича қўлланилади: 1 ҳафта - 5 томчидан кунига 3 марта; 2-3 ҳафта - кунига 3 марта 10 томчидан; 4 ҳафта - кунига 3 марта 8 томчидан. Охири муолажадан 1 ой ўтгач, керак бўлса, даволаш курсини такрорлаш мумкин. Ичишга қабул қилинганда максимал суткалик доза - 30 томчи (1.25 мл ёки 1015 мг)	https://pharmaclick.uz/ru/catalog/immunostimulatory/t_layf_liof_dlya_prig_r_ra_d_in_1mg_5/?srsltid=AfmBOoqSAS_s5I22Qbe4g9eSWu-G1mHGDR0ko_aHTm6adZtrbxisztxb https://www.vidal.ru/drugs/prot-e-flazidum_21356
Тилорона дигидрохлорид	1-2 таблеткадан (250 мг) дастлабки икки кун давомида кунига 1 марта, сўнгра 2-4 ҳафта давомида кун ора 1 таблеткадан (125 мг) ичилади. Ёки ремиссия даврида 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар ҳафтанинг дастлабки икки кунига, жами 5 ҳафта. Курс дозаси 1,25 г.	С https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/leishmaniasis https://www.vidal.ru/drugs/tiloron-sz
Тимопентин	<ul style="list-style-type: none"> • мушак орасига инъекция қилиш - инъекция учун стерил сув билан суюлтириш 1 мл; • вена ичига томчилаб қуйиш - 250 мл 0,9% натрий хлориднинг инексион эритмасида эритиш. Препарат тавсияларга амал қилган ҳолда қўлланилади. Иммунитет танқислиги ҳолатларининг олдини олиш ва даволаш 1-2 флакон кунига 2 марта. Даволаш курси 15-30 кун;	С https://www.who.int/ru/news-room/factsheets/detail/leishmaniasis https://pharmaclick.uz/ru/catalog/immunostimulatory/t_layf_liof_dlya_prig_r_ra_d_in_10mg_5/

Изоҳ: Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмульсиялар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроЭлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва пардоз-андоз воситалари, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда зарурат бўлганда қўлланилиши мумкин.

Агар шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда маълум бир гуруҳдаги зарур препарат бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган дорилар) буюриши мумкин. Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади.

Жарроҳлик аралашуви: йўқ.

Даволашнинг бошқа турлари: криотерапия, кюретаж, радиочастота терапияси, CO₂ лазери.

Интенсив терапия ва реанимация бўлимига ўтказиш учун кўрсатмалар

- Асоратлар ривожланганида;
- иккиламчи пневмониялар;
- йирингли-некротик жараёнлар;
- ОИТ қон кетиши;
- нефрит;
- агранулоцитоз;
- геморрагик диатез.

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- тана ҳароратини меъёрлаштириш;
- интоксикация белгиларининг йўқолиши;
- гематологик кўрсаткичлар, сув-электролит мувозанатини тиклаш;
- организмнинг турли органлари ва тизимлари функцияларининг бузилишларини тиклаш.

Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- лейшманиоз билан оғриган барча беморлар стационар шароитда даволаниши керак;
- даволаш беморларни тери лейшманиозлари билан оғриган беморларни даволаш дерматовенерологик йўналишдаги шифохоналарда ўтказилиши керак;
- висцерал шакли - инфекция профилига эга.

**«ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025

МКБ-10 кодлари: B55

МКБ-10	
B55	Лейшманиоз
B55.0	Висцерал лейшманиоз
B55.1	Тери лейшманиози
B55.2	Тери-шиллик лейшманиоз
B55.9	Аниқланмаган лейшманиоз
	https://mkb-10.com/index.php?pid=755

Кириш қисми

Лейшманиоз - одам ва баъзи ҳайвонларнинг кенг тарқалган сурункали инфекцияси. Ҳар қандай ёшдаги одамлар касалланиши мумкин, лекин кўпинча болалар ва ёш катталар касалланади. Клиник жиҳатдан лейшманиознинг тери, тери-шиллик, диффуз тери ва висцерал (жигар ва талок зарарланади) хиллари фарқланади. Лейшманиоз (синонимлари: Эски Дунёнинг тери лейшманиози - Боровский касаллиги, Янги Дунёнинг тери лейшманиози - Америка тери лейшманиози, тери-шиллик лейшманиози - эспундия, висцерал лейшманиоз - кала-азар, Алеппо фурункул, шарқ яраси, ИЭрихон атиргул, ўрмон фрамбезияси, думдум иситмаси ва бошқалар) - одам ва ҳайвонларнинг трансмиссив тропик ва субтропик касаллиги. [1,7,12,13,15]

Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва медикаментоз бўлмаган терапия

Лейшманиозни даволаш анча мураккаб масала. Ҳеч бир усул 100% натижа бермайди, у ёки бу препаратларнинг самарадорлиги ҳақидаги маълумотлар қарама-қарши. Даволаш усулини танлашда кўзгатувчи касаллик тури ва инфекция жойининг географик ўрни аниқланиши керак. Даволашсиз, агар *L. мажор* чақирган бўлса, Эски дунё лейшманиози 2-4 ойдан кейин ёки *L. tropica* чақирган бўлса, 6-15 ойдан кейин камаяди. *L. mexicana* томонидан чақирилган Янги Дунё тери лейшманиози 3 ойдан кейин >75% ҳолларда, *L. бразили* Энсис ва *L. панаменсис* томонидан чақирилган - мос равишда 10% ва 35% дан кам ҳолларда камаяди. Препаратларнинг сезиларли ножўя таъсири туфайли тери лейшманиозини тизимли даволаш кўп сонли тошмаларда (5-10 дан ортиқ), диаметри 4 см дан ортиқ пиллакчаларда, қўллар терисида, оёқларда, юзда, бўғимлар соҳасида ёки 6 ойдан ортиқ тошмаларда кўрсатилган. Тери лейшманиозини даволашнинг биринчи йўналишидаги дори воситалари беш валентли сурма препаратлари: натрий стибоглюконат 20 мг/кг/сут вена ичига ёки мушак ичига, меглюмин антимоноат 20 мг/кг/сут 20 кун ва милтефозин 2,5 мг/кг/сут оғиз орқали (кўпи билан 150 мг) 28 кун давомида. Терапиянинг иккинчи линияси топиқ паромомитсин кунига икки марта 10-20 кун, пентамидин 2-3 мг вена ичига ёки мушак орасига ҳар куни ёки кун ора 4-7 доза, флуконазол 200 мг/кун ёки 6-8 мг/кг кунига 6 ҳафта давомида ичишга ёки бошқа азоллар кетоконазол 600 мг/кун ёки 10 мг/кг кунига тўрт ҳафта (баъзи мамлакатларда кетоконазол тиббиётда ножўя таъсирлар туфайли қўлланилмайди), панаменсис 300 мг/кун ёки 300 мг/кг кунига 3 марта 6 кун, 14 ва 21 кун оралиғида. Маҳаллий даволаш куйидагиларни ўз ичига олади:

таркибида 15% паромоцин ва 12% метилбензетоний хлорид бўлган комбинацияланган суртма (Янги Дунёнинг тери лейшманиози), паромоцин/гентамицин (Эски Дунёнинг тери лейшманиози), имихимод. Эски дунё лейшманиозини даволашда натрий стибоглюконатни 0,2-0,4 мл дан 2 ой давомида ҳафтасига 3 марта тери орасига юбориш самарали ҳисобланади.

Физиотерапия криотерапия, кюретаж, радиочастотали терапия, CO₂ лазеридан фойдаланишни ўз ичига олади [13,14,18,22, 23,24,25,]. Бироқ, фойдаланиш имконияти ва расмий тавсиялар

ушбу даволаш усуллари кўллаш ҳар бир мамлакатда турлича. Тери лейшманиозини даволаш стандартларига доксициклин 100 мг кунига 2 маҳал, хлорохин 200 мг кунига 2 маҳал 10 кунлик курсларда 5 кунлик танафус билан буюриш киради; ташқи терапия - антибиотикли суртмалар (0,1% гентамитсин, 3% тетрациклин), эпителизатсияловчи воситалар (метилуратсил суртмаси, хлорамфеникол ва метилуратсилни ўз ичига олган суртма, бузоқ кон зардобининг депротеинизатсияланган гемодеривати креми) [11,12,24].

Даволаш схемалари

1. Лейшманиозни даволаш.

Ташқи терапия:

Ташқарида кўллаш учун препаратлар [9, 11, 14, 15,22,23,25]:

	Тавсия этилади
В	Паромомицин суртмаси 15% ташқи, 20 кун давомида кунига 2 марта
	ёки
	-12% метилбензетониум-хлорид, ташқи, 20 кун давомида кунига 2 марта
	ёки
	- Натрий стибоглюконат - зарарланган ҳудудга, 1-5 мл сеанс + криотерапия (суяқ азот: -195 °С) ҳар 3-7 кунда (1-5 сеанс) юборилади
	ёки
	- Меглумин антимонат - зарарланган ҳудудга, 1-5 мл сеанс + криотерапия (суяқ азот: -195 °С) ҳар 3-7 кунда (1-5 сеанс) юборилади
	ёки
	- бетаметазон дипропионат 0.64 мг (бетаметазонга 0.50 мг эквивалент), клотримазол 10.00 мг, гентамицин сульфат 2.25 мг (гентамицинга 1.00 мг эквивалент) (Б) суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи
	ёки
- триамцинолон, нистатин, неомицин, грамицидин суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи	
ёки	
- мупирицин суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи ёки	
- бетаметазон валерат (1 мг бетаметазонга эквивалент) 1.22 мг	
гентамицин (сульфат шаклида) 1 мг (1000 МЕ)	

Терапиянинг биринчи босқичида ўткир яллиғланиш ҳодисалари мавжуд бўлганда қуйидагилар қўлланилади: [9, 11, 14]

D	<p>бриллиант яшил, сувли 1% (D) эритмаси 1-2 кун давомида суткасига 1-2 марта ёки</p> <p>фукурсин, эритма (Д) суткасига 1-2 марта 2-3 кун давомида ташқи кўринишида, кейинчалик таркибида бактерияларга, замбуруғларга ва глюкокортикостероидларга қарши дори воситалари бўлган кремлар ва суртмалар:</p> <p>триамцинолон, нистатин, неомицин, грамицидин (Б) суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи</p>
----------	---

C	<p>бетаметазон дипропионат 0.64 мг (бетаметазонга 0.50 мг эквивалент), клотримазол 10.00 мг, гентамицин сульфат 2.25 мг (гентамицинга 1.00 мг эквивалент) (Б) суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи</p> <p>ёки</p> <p>фукурсин, эритма (Д) суткасига 1-2 марта 2-3 кун давомида маҳаллий, кейинчалик таркибида антибактериал дори воситалари бўлган паста ва мазлар: 7-10 кун давомида суткасига 2 марта сиртга</p> <p>ёки</p> <p>- Метилен кўки 1-2% ли 25 мл сувли эритма, кейинчалик таркибида антибактериал дори воситалари бўлган паста ва суртмаларни тайинлаш: 7-10 кун давомида суткасига 2 марта ташқаридан мупироцин</p> <p>ёки</p> <p>- Метилен кўки 1-2% 25 мл сувли эритма, кейин паста ва суртмалар, триамцинолон, нистатин, неомицин, грамицидин (Б) суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи</p> <p>ёки</p> <p>- Метилен кўки 1-2% 25 мл сувли эритма, сўнгра бетаметазон пасталари ва малҳамлари дипропионат 0.64 мг (бетаметазонга 0.50 мг эквивалент), клотримазол 10.00 мг, гентамицин сульфат 2.25 мг (гентамицинга 1.00 мг</p>
----------	---

	эквивалент) (Б) суткасига 2 марта 7-10 кун давомида ташқи ёки - бетаметазон валерат (1 мг бетаметазонга эквивалент) 1.22 мг гентамицин (сульфат шаклида) 1 мг (1000 МЕ)
--	--

Кучли намланишда (ўткир фазада) ва иккиламчи инфекция қўшилганда, яллиғланишга қарши эритмалар ва комбинацияланган антибактериал препаратлар сифатида буюрилади [12, 14, 22,24]:

D	ихтиол, 5-10% ли эритма 2-3 кун давомида суткасига 2-3 марта ташқи ёки натамицин + неомицин + гидрокортизон ёки бетаметазон дипропионат + гентамицин сульфат + клотримазол, суртма, крем кунига 2 маҳал 3-5 кун давомида ташқи.
B	

Тизимли терапия

1. Ташқи терапия самарасиз бўлганда тери лейшманиозини тизимли даволаш учун қуйидагилар буюрилади [12, 14, 15,17,18,21,22,24,25]:

A	Натрий стибоглюконат 20 мг Сб5+/кг кунига, 28 кун давомида мушак орасига ёки вена ичига ёки Меглумин антимонат кунига 20 мг Сб5+/кг, 10-20 кун давомида мушак орасига ёки вена ичига юборилади ёки Флуконазол 200 мг перорал, ҳар куни 6 ҳафта давомида ёки
----------	--

B	- амфотерицин Б 3-5 мг/кг - кунлик дозаси, инфузия йўли билан, 3-6 кун давомида, 18-21 мг/кг йиғинди дозасигача 3-6 кун - Доксициклин 200 мг перорал, ҳар куни 2 ҳафта давомида - Тербинафин 250 мг кунига 3-4 ҳафта давомида овқатдан кейин оғиз орқали - Плаквенил 400 мг оғиз орқали, ҳар куни 6-8 ҳафта давомида - Интраканазол 200 мг оғиз орқали, ҳар куни 6-8 ҳафта давомида
----------	--

2. Ўткир яллиғланиш ҳодисалари (ҳалқум, пуфакчалар мавжудлиги) ва сезиларли қичишишда антигистамин препаратлар қўлланади: [12, 14, 15,17,18,21,22,24,25]

D	<p>Цетиризин 10 мг суткасига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал</p> <p>- Лоратадин 10 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал</p> <p>Левочитеризин 5 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал</p> <p>Дезлоратадин 5 мг кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида перорал</p> <p>Бластин 10 ва 20 мг суткасига бир марта 10-15 кун давомида перорал</p> <p>- Эбастин 10 ва 20 мг суткасига 1 марта 10-15 кун давомида перорал</p> <p>- кальций глюконат, 10% эритмаси суткасига 5-10 мл 1 марта вена ичига ёки мушак орасига 10-15 кун давомида</p> <p>- натрий тиосульфат, 30% эритмаси 5 -10 мл суткасига 1 марта вена ичига 10 кун давомида</p>
----------	--

C	<p>Бактериал флора билан асоратланган ҳолларда културал таҳлил натижаларига қараб маҳаллий ёки тизимли антибактериал препаратларни буюриш керак</p> <p>-Доксициклин 200 мг перорал, ҳар куни 2 ҳафта давомида</p> <p>Цефтриаксон кунига 1-2 г ёки кунига 20 - 80 мг/кг, 10 кун давомида мушак орасига ёки вена ичига юборилади</p> <p>-Левифлоксацин Таб 250-500 мг перорал, ҳар куни 2 ҳафта давомида</p>
----------	--

<https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-lazerov-q-switched-1064-532-nm-i-nd-yag-1064-nm-v-lechenii-onihomikozov-stop>

C	<p>Лейшманиоз билан касалланган беморларда тизимли дориларни буюришга қарши кўрсатмалар мавжуд бўлса, маҳаллий терапия тавсия этилади.</p>
----------	--

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

C	<p>НИЛИ</p> <p>Озонотерапия</p> <p>Плазмаферез</p>
----------	--

Симптомлар, лаборатор-инструментал текширувлардаги ўзгаришлар мавжуд бўлганда, гепатопротектор хусусиятга эга бўлган витаминотерапия буюрилади, ушбу хусусиятларга эга бўлган препаратни танлаш шифокор томонидан белгиланади.

C	<p>Эссенциал фосфолипидлар вена ичига секинлик билан 1-2 ампула (5-10 мл), эритмани беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суялтиринг. Препаратни суялтириш зарур бўлганда инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмасидан фойдаланилади</p> <p>Ичкарига. 12 ёшдан катта ва тана вазни 43 кг дан юқори бўлган ўсмирлар, шунингдек катталар учун овқат вақтида кунига 3 марта 2 капсуладан қабул қилиш тавсия этилади;</p>
----------	--

С

Оксиматринни 600 мг дан, кунига бир марта 600 мг дан 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида эритилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи тезликда, кунига бир марта, кунига уч марта 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) юборилади. Зарур бўлса, кунлик дозани кунига уч марта 3 капсулагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматринга тенг). Катталар ва 10 ёшдан катта болаларга овқатдан кейин суткасига 3 маҳал – бир қабул учун 200 мг, 4-10 ёшли болаларга - 100 мг дан ичишга.

- Аскорбин кислотаси ичишга, в/и, в/и 250-1000 мг/сут

Цианокобаламин 1-2 ҳафта давомида ҳар куни 1 мг дан вена ичига ёки вена ичига юборилади, ушлаб турувчи доза 1-2 мг вена ичига ёки вена ичига - ҳафтасига 1 мартадан 1 ойгача.

Препаратни кичик дозаларда (5% ли эритманинг кўпи билан 0,5 мл) юбориш тавсия этилади ва фақат яхши қабул қилинганда юқори дозаларга ўтиш тавсия этилади. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритма) суткасига бир марта, ҳар куни буюрилади; болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритма) суткасига бир марта буюрилади. Даволаш курси 10-30 инъекцияни ташкил этади.

Препаратни м/о (чуқур) юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (5% эритмасидан 0,5 мл дан кўп эмас) 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. Даволаш курси 10-30 инъекция.

Рибофлавин Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой.

М/о: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.

Пиридоксин 50-100 мг (1-2 мл 5% ли эритмаси), кунига 1-2 марта. Даволаш курси 1-2 ойни ташкил этади. Болаларга - 20 мг дан, даволаш курси - 2 ҳафта.

Альфа-токоферол ацетат Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади (қабул қилиш давомийлиги - 20-40 кун)

аргинил-альфа-альфа-аспартил - лизил - валил - тирозил - аргинин (тимопентин) м/о ёки 10 кун давомида ҳар куни 1 мл дан

Даволаш курси 10 та инъекцияни ташкил қилади.

Протефлазид Катталар учун препарат схема бўйича қўлланилади: 1 ҳафта - 5 томчидан кунига 3 марта; 2-3 ҳафта - 10 томчидан кунига 3 марта; 4 ҳафта - 8 томчидан кунига 3 марта. Охириги қабулдан 1 ой ўтгач, зарур бўлса, даволаш курсини такрорлаш мумкин. Ичиш учун қабул қилинадиган максимал суткалик доза - 30 томчи (1.25 мл ёки 1015 мг)

Тилорон дигидрохлорид 1-2 таблеткадан (250 мг) дастлабки икки кун давомида кунига 1 марта, сўнгра 2-4 ҳафта давомида кун ора 1 таблеткадан (125 мг) қабул қилинади. Ёки ремиссия даврида 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар ҳафтанинг дастлабки икки кунда, жами 5 ҳафта. Курс дозаси 1,25 г.

- мушак орасига инъекция қилиш - инъекция учун стерил сув билан суюлтириш 1 мл;

- вена ичига томчилаб қуйиш - 250 мл 0,9% натрий хлориднинг инексион эритмасида эритиш.

Препарат тавсияларга амал қилган ҳолда қўлланилади.
Иммунитет танқислиги ҳолатларининг олдини олиш ва даволаш 1-2 флакон кунига 2 марта. Даволаш курси 15-30 кун;

Изоҳ: Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади.

Болаларни даволаш <https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2891>

С

Болаларда қўллаш Меглумин антимоноат
Препаратни 18 ёшгача бўлган болалар ва ўсмирларда қўллашга рухсат берилган
Меглумин антимоноат - зарарланган ҳудудга 1-5 мл сеанс + криотерапия (суюк азот: -195 °С) ҳар 7 кунда (1-5 сеанс) юборилади

Даволаш натижаларига талаблар:

- терида патологик ўзгаришлар йўқлиги;
- микроскопик текширувнинг салбий натижалари.
- тана ҳароратини меъёрлаштириш;
- интоксикация белгиларининг йўқолиши;
- гематологик кўрсаткичлар, сув-электролит мувозанатини тиклаш;
- организмнинг турли органлари ва тизимлари функцияларининг бузилишларини тиклаш.

**"ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

МКБ-10 кодлари: B55	
МКБ-10	
B55	Лейшманиоз
B55.0	Висцерал лейшманиоз
B55.1	Тери лейшманиози
B55.2	Тери-шиллик кавати лейшманиоз
B55.9	Аниқланмаган лейшманиоз

Кириш

Лейшманиоз - одам ва баъзи ҳайвонларнинг кенг тарқалган сурункали инфексияси. Ҳар қандай ёшдаги одамлар касалланиши мумкин, лекин кўпинча болалар ва ёш қатталар касалланади. Лейшманиознинг клиник жиҳатдан тери, тери-шиллик, диффуз тери ва висцерал (жигар ва талоқ зарарланади) хиллари тафовут қилинади. Лейшманиоз (синонимлари: Эски Дунёнинг тери лейшманиози - Боровский касаллиги, Янги Дунёнинг тери лейшманиози - Америка тери лейшманиози, тери-шиллик лейшманиози - эспундия, висцерал лейшманиоз - кала-азар, Алеппо фурункул, шарқ яраси, ИЭрихон атиргул, ўрмон фрамбезияси, думдум иситмаси ва бошқалар) - одам ва ҳайвонларнинг трансмиссив тропик ва субтропик касаллиги. [1,7,12,13,15]

Профилактик тадбирлар [2, 5, 6]:

Лейшманиознинг олдини олиш учун эпидемик занжирни ҳисобга олиш муҳимдир. У учта бўғиндан иборат: инфекция манбаи (резервуари), ташувчи ва одам. Ушбу занжирдан исталган бўғиннинг чиқиб кетиши эпидемик жараённинг тўхташига олиб келиши мумкин. Профилактика чоралари эпидемик занжирнинг бирор бир бўғинига ёки бир вақтнинг ўзида барча бўғинларга йўналтирилиши мумкин.

Инфекция манбаига нисбатан чора-тадбирлар

- Лейшманиознинг антропоноз турида беморларни эрта аниқлаш ва уларни ташувчининг ҳужумидан сақлайдиган шароитларда даволаш (деазаларни тўр билан қоплаш, репеллентлардан фойдаланиш), тери шикастланишларида - боғловлар, елимлар қўйиш керак.
- Инфекциянинг зооноз турида кемирувчилар йўқ қилинади (уяларга заҳарли газлар, тузоқлар ва бошқалар билан ишлов берилади). Шунингдек, дайди итларни йўқ қилиш, хизмат ва уй итларини ветеринария назоратидан ўтказиш зарур.

Инфекция ташувчисига таъсири

- Чивинларни йўқ қилиш ва уларнинг чақишидан сақлаш.
- Лейшманиозда ўтказиладиган чора-тадбирлар (дератизация, кемирувчилар инини йўқ қилиш) бир вақтнинг ўзида инфекция ташувчиси - кемирувчилар инида кўпаядиган ва яшайдиган чивинларга қарши ҳам қаратилган.

• Умумий санитария чоралари (биноларни тозалаш, ахлатларни йўқотиш), аҳоли пункти атрофидаги буталарни йўқ қилиш чивинлар кўпайиши мумкин бўлган жойларни йўқ қилади. Механик тозалашдан сўнг барча шубҳали жойлар инсектицидлар билан кимёвий ишлов берилади.

Зарарланиш объектига (одамга) нисбатан чора-тадбирлар

• Чивинлардан якка тартибда ва гуруҳ бўлиб ҳимояланиш учун турли хил кўрқитиш воситалари репеллентлардан фойдаланилади. Тропик иқлим шароитларида дераза ва эшиклар, тўшама устидаги репеллент шимдирилган поллар тўр билан тўсилиши, уларнинг четлари тўшак тагига солиниши керак. Кондиционерлар, инсектицид таблеткали электр фумигаторлар ҳам ҳимояни таъминлайди. Кечқурун ҳашаротлар чақишидан ҳимояланиш учун узун шим ва пайпоқ, узун энгли кийим кийиш керак.

• Шахсий профилактика чораларига лейшманий эмлашлари ҳам киради. Бундай эмлашларнинг назарий асоси - касалликни бошдан кечиргандан сўнг барқарор иммунитетнинг пайдо бўлишидир. Шунинг учун эмлаш тирик лептомонад экинлари билан амалга оширилади. Тирик култура тери орасига юборилган жойда пайдо бўлган эмланган лейшманиома клиник жиҳатдан табиий лейшманиомага қараганда анча енгил ва тез ўтади. Терининг ёпиқ қисмларига (елка, сон) пайванд қилинганда, у косметик нуқсон қолдирмайди. Эмланган лейшманиомадан кейин одамда табиий касалликка нисбатан турғун иммунитет пайдо бўлади. Оммавий профилактик эмлашлар учун энг яхши иммуноген таъсирга эга бўлган зооноз турдаги ампулаланган тирик лептомонад културасидан фойдаланилади.

• Лейшманиоз юқишидан индивидуал ҳимоя қилиш чораларига пириметамин билан химиопрофилактика ҳам киради. Препарат 20 мг дозада эндемик зонада бўлишнинг бутун даври давомида ҳафтасига 1 марта қабул қилинади. [12,15,23,25]

АДАБИЁТЛАР:

1. Зоонозный кожный лейшманиоз: исторический экскурс и клиническое наблюдение / Н. С. Потеекаев [и др.] // Клин. дерматология и венерология. – 2015. – № 5. – С. 41–50.
2. Cytokine patterns in the pathogenesis of human leishmaniasis / C. Pirmez [et al.] // J. Clin. Invest. – 1993 Apr. – Vol. 91, N 4. – P. 1390–1395.
3. Advances in leishmaniasis / H. W. Murray [et al.] // Lancet. – 2005 Oct-Nov. – Vol. 366, N 9496. – P. 1561–1577.
4. Many faces of cutaneous leishmaniasis / A. Bari, S. B. Rahman // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2008 Jan-Feb. – Vol. 74, N 1. – P. 23–27.
5. Relapsing Cutaneous leishmaniasis in a patient with ankylosing spondylitis treated with infliximab / M. C. Mueller [et al.] // Am. J. Trop. Med. Hyg. – 2009 Jul. – Vol. 81, N 1. – P. 52–54.
6. Cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis: Differential diagnosis, diagnosis, histopathology, and management / M. Z. Handler [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 2015 Dec. – Vol. 73, N 6. – P. 911–926.
7. Соколова, Т. В. Практические навыки в дерматологии: справ. для врачей / Т. В. Соколова, В. В. Гладько, Л. А. Сафонов; под ред. Т. В. Соколовой. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 132 с.
8. Cutaneous leishmaniasis: recent developments in

diagnosis and management / H. J. de Vries [et al.] // *Am. J. Clin. Dermatol.* – 2015 Apr. – Vol. 16, N 2. – P. 99–109.

9. InBiOS: innovative diagnostics for infectious diseases [Electronic resours] – Mode of access: <http://www.inbios.com/rapid-tests/cl-detect-rapid-test>. – Date of access: 07.02.2016.

10. Comparative efficacy of intralesional sodium stibogluconate (SSG) alone and its combination with intramuscular SSG to treat localized cutaneous leishmaniasis: Results of a pilot study / A. K. Negi [et al.] // *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.* – 2007 Jul- Aug. – Vol. 73, N 4. – P. 280.

11. Therapeutic options for old world cutaneous leishmaniasis and new world cutaneous and mucocutaneous leishmaniasis / B. Monge-Maillo, R. López-Vélez // *Drugs.* – 2013 Nov. – Vol. 73, N 17. – P. 1889–1920.

12. Клинические протоколы диагностики и лечения больных с болезнями кожи и подкожной клетчатки [Электронный ресурс] // Сайт о медицине, здравоохранении Беларуси и здоровом образе жизни. – Режим доступа: http://minzdrav.gov.by/ru/static/spravочно-infirm/protololy_lechenia/protokoly_2008. – Дата доступа: 15.06.2016.

13. В.И. Покровский, Г.С. Пак, В.И. Брико. Инфекционные болезни и эпидемиология. Учебник для студентов лечебных факультетов медицинских вузов. «ГЭОТАР-Медиа» 2007.

14. Борьба с лейшманиозом. Доклад на заседании Комитета экспертов ВОЗ по борьбе с лейшманиозом, Женева, 22–26 марта 2010 года.

15. Методические рекомендации по клинике, диагностике и лечению висцерального лейшманиоза (утверждены Приказом Председателя – Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан от 12 ноября 2010 года № 313).

16. А.П.Казанцев, Т.М.Зубик, К.С.Иванов, В.А. Казанцев. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. Москва, 2015 г.

17. Об утверждении Санитарно-эпидемиологических правил и норм "Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению лейшманиозов". Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 ноября 2007 года № 671.

18. Сергиев В.П., Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я.,Завойкин В.Д. Тропические болезни. Руководство для врачей.- М.: Изд.БИНОМ, 2015.- 640 стр.

19. El-On J, Livshin R, Even-Paz Z, Hamburger D, Weinrauch L. Topical treatment of cutaneous leishmaniasis. *J Invest Dermatol.* 1986 Aug. 87(2):284-8.

20. Ben Salah A, Ben Massaoud N, Guedri E, et al. Topical paromomycin with or without gentamicin for cutaneous leishmaniasis. *N Engl J Med.* 2013. 368:524-32.

21. Alrajhi AA, Ibrahim EA, De Vol EB, Khairat M, Faris RM, Maguire JH. Fluconazole for the treatment of cutaneous leishmaniasis caused by *Leishmania major*. *N Engl J Med.* 2002 Mar 21. 346(12):891-5.

22. Sundar S, Agrawal G, Rai M, Makharia MK, Murray HW. Treatment of Indian visceral leishmaniasis with single or daily infusions of low dose liposomal amphotericin B: randomised trial. *BMJ.* 2001 Aug 25. 323(7310):419-22.

23. Sundar S, Sinha PK, Rai M, et al. Comparison of short-course multidrug treatment with standard therapy for visceral leishmaniasis in India: an open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet.* 2011 Feb 5. 377(9764):477-86.

24. Wortmann G, Miller RS, Oster C, Jackson J, Aronson N. A randomized, double-blind study of the efficacy of a 10- or 20-day course of sodium stibogluconate for treatment of cutaneous leishmaniasis in United States military personnel. *Clin Infect Dis.* 2002 Aug 1. 35(3):261-7.

25. Moore E M, Lockwood D N. Treatment of visceral leishmaniasis. *J Global Infect Dis* 2010; 2:151-8

<https://mkb-10.com/index.php?pid=755>
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44412/3/WHO_TRS_949_rus.pdf
<https://agapovmd.ru/dis/skin/leishmaniasis.htm>
<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BB%D0%B5%D0%B9%D1%88%D0%BC%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%BE%D0%B7/14809>
<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>
<https://gb-1.ru/epidimiologi/lejshmanioz>
<https://iris.who.int/handle/10665/89213>
https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44412/3/WHO_TRS_949_rus.pdf
<https://whodc.mednet.ru/ru/osnovnye-publikaczii/infekzionnye-bolezni-i-borba-s-nimi/parazitarnye-bolezni/2216.html>
<https://diseases.medelement.com/disease>
<https://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44412>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3734476/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11907288/>
https://www.vidal.ru/drugs/doxycycline_13306
<https://www.vidal.ru/drugs/molecule/1016>
https://www.vidal.ru/drugs/plaquenil_4399
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21255828/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20606971/>
https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD
https://www.vidal.ru/drugs/loratadine_6547
<https://www.vidal.ru/drugs/levocetirizine-3>
<https://www.vidal.ru/drugs/desloratadine>
<https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2473>
<https://www.vidal.ru/drugs/molecule/352>
https://www.vidal.ru/drugs/calcium_gluconate_4914
https://www.vidal.ru/drugs/sodium_thiosulphate_13447
https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides_30447
<https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c>
<https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c>
<https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922>
<https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922>
<https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922>
<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>
<https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>
<https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2891>
http://minzdrav.gov.by/ru/static/spavochno-infirm/protololy_lechenia/protokoly_2
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44412/WHO_TRS_949_rus.pdf;jsessionid=B00C8758114B232A4E89E7FD7BBAF916?sequence=3

7.1.1 Тери лейшманиоз касаллигининг менежменти бўйича амалий кўникмаларининг компетенциялари (таск шифтинг)

	Амалиёт ҳамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Топ мутахассис
Шикоятлар ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+*	+	+
Бемордан касаллик анамнезини олишда тери лейшманиози симптомлари ҳақида билимларни кўллаш.		+	+
Тери-таносил касалликлари билан беморларнинг тўлиқ тиббий анамнезини таърифлаш.		+	+
Физикал кўрик			
Клиник жиҳатдан олганда тери лейшманиози маҳаллий, сурункали қайталанувчи, диффуз ва ўткир хиллари билан намоён бўлиши мумкин. Тери лейшманиозининг маҳаллий шакли папулалар ёки тугунлар билан намоён бўлади, улар тишланган жойда пайдо бўлади, кўпинча бу юз ва тананинг очиқ жойлари. Вақт утиши билан папулалар/тугунлар бинафша ранг гулчамбарли яхши ифодаланган огриксиз яраларга айланади. Гулчамбарнинг ранги эпидермиснинг емирилиши ва дерма томирларининг ёришиб чиқиши билан тушунтирилади. Лимфаденопатия ва сателлитлар булиши мумкин. Эски дунё лейшманиозининг ўткир хили клиник жиҳатдан фурункулга ухшаб кетади. Яралар битиб, ичига ботган чандиқлар пайдо булади. Юзда локализацияда косметик нуқсон ривожланади, бу беморнинг жиддий психологик муаммоларига олиб келади ва ижтимоий ноқулайликнинг маълум стигмаси ҳисобланади. Сурункали қайталанувчи лейшманиоз тери лейшманиозидан кейин ҳосил булган чандиқлар перифериясида янги папулаларнинг пайдо булиши билан тавсифланади. Бу инфекция юққан жойларда ёки, эҳтимол, яқин атрофдаги лимфа тугунларида якка-якка паразитлар сақланиб қолиши натижасида содир			+

булади.			
Ташхис қўйиш			
Касалликка хос симптомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида ташхис қўйиш		+	+
Асосий лаборатор диагностикаси			
Асосий лаборатор таҳлилларини буюриш:		+	+
Умумий қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитар формула + ЭСР)		+	+
Захмга скрининг текширувлар (14 ёшдан катталарга)		+	+
Боровский таначасида зарарланиш ўчоғидан цитологик текширув		+	+
Қўшимча лаборатор диагностикаси			
Захмга 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			+
Қоннинг биокимёвий таҳлили			+
Гистолгик текширув			+
ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЦР усулларида антитаналарни аниқлаш			+
Антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан микробиологик текширув			+
M. Tuberculosis бўйича текширув			+
Қўшимча инструментал диагностика			
Тери ҳолатини ташхислаш-дерматоскопия			+
Тери лейшманиозини даволаш			

Номедикаментоз даволаш (14 бет)			+
Қўтирни медикаментоз даволашни буюриш компетенцияси (15-22-бетлар)			+
Тери лейшманиозини олдини олиш			
Хулқ-атворни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар	+	+	+
Медикаментоз даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар	+	+	+

Асосий тор мутахассис — дерматовенеролог ҳисобланади.

*Ушбу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

7.1.2 Тери лейшманиозини менежменти бўйича билим компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Топ мутахассис#
Тери лейшманиозини таърифлаб бериш		+	+
Тери лейшманиозини шикоятлари, аломатларини тавсифлаш		+	+
Тери лейшманиозини патофизиологик механизмларини тавсифланг			+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар (асосий лаборатор- инструментал текширувлар) асосида тери лейшманиозини ташхислаш учун ёндашувни яратиш.		+	+
Асосий таҳлиллар талқини		+	+
Тери лейшманиозини даволашга ёндашувни шакллантириш		+	+
Тери лейшманиозини номедикаментоз терапиясини тавсифланг	+	+	+
Тери лейшманиозини медикаментоз терапиясини тавсифланг			+
Тери лейшманиозини а фойдаланиладиган турли препаратларнинг таъсир механизмини, кўрсатмаларини ва ножўя таъсирини муҳокама қилинг			+
Даволаш доирасида кўтирни ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг			+

Асосий топ мутахассис –
дерматовенеролог шифокори
ҳисобланади.