

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**

**«КЎП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА»**  
**НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК**  
**ПРОТОКОЛИ**

Тошкент 2025



**«ТАСДИҚЛАЙМАН»**  
Ўзбекистон Республикаси  
соғлиқни сақлаш вазирлиги  
РИДВ ва КИАТМ директори  
Сабилов У.Ю.

«27» март 2025 йил

**«КЎП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА»  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛИ**

**КҮП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА  
НОЗОЛОГИЯСИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БҮЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## Кириш қисми

### КХТ-10/11 кодлари:

L51	Кўп шаклли экссудатив эритема	ЕВ12	Кўп шаклли эритема
L51.0	Кўп шаклли нобуллёз эритема	ЕВ12.0	Терининг зарарланиши билан кўп шаклли экссудатив эритема
L51.1	Кўп шаклли буллёз эритема (Стивенс-Жонсон синдроми)	ЕВ12.1	Тери ва шиллик қаватларнинг зарарланиши билан кўп шаклли экссудатив эритема
L51.2	Токсик эпидермал некролиз (Лайелла синдроми)	ЕВ12.У	Бошқа аниқланган кўп шаклли эритема
L51.8	Бошқа кўп шаклли эритема	ЕВ13	Стивенс-Жонсон синдроми ёки токсик эпидермал некролиз
L51.9	Аниқланмаган кўп шаклли эритема	ЕВ13.0	Стивенс-Жонсон синдроми
		ЕВ13.1	Токсик эпидермал некролиз ёки Лаел синдроми
		ЕВ13.2	Стивенс-Жонсон синдроми ва токсик эпидермал некролизнинг бирга келиши
		ЕН63	Дорилар таъсирида келиб чиққан Стивенс-Жонсон синдроми ва токсик эпидермал некролиз
	<a href="https://mkb-10.com/index.php?pid=11157">https://mkb-10.com/index.php?pid=11157</a>		<a href="https://icd11.ru/">https://icd11.ru/</a>

**Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

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

**Миллий клиник баённомани яратиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби:**

Дерматовенерология йўналишида ишчи гуруҳни ташкил этиш жараёни бўйича:

**Сабиров Улуғбек Юсуфханович** – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази (УЗРССВ РИДВ ва КИАТМ) директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

**Алимова Севара Мурадovна** – ЎЗРССВ РИДВ ва КИАТМ дерматовенеролог, дерматокосметолог шифокори

**Ақромов Анвархон Равшанхон ўғли** – ЎЗРССВ РИДВ ва КИАТМ микоз муаммоларини ўрганиш илмий лабораторияси ходими.

**Боҳодирова Афруза Ахроровна** – ЎЗРССВ РИДВ ва КИАТМ илмий котиби.

### **Тақризчилар:**

**Батпенова Гулнар Рискелдиевна** – тиббиёт фанлари доктори, профессор, “Остона тиббиёт университети” АЖ иммунология курси билан дерматовенерология кафедраси мудир, “Қозоғистон дерматовенерологлар ва дерматокосметологлар уюшмаси” президенти.

**Иноятов Дилшод Анварович** – PhD, ЎзРССВ РИДВ ва КИАТМ маслаҳат поликлиникаси дерматовенерологи

### **Техник эксперт баҳолаш ва тахрирлаш:**

1. Иноятов Аваз Шавкатович – т.ф.д., даволаш ишлари бўйича директор муовини, клиника бош шифокори.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н., илмий ишлар бўйича директор муовини. 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 мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Муҳокама баённомасидан кўчирманинг санаси ва рақами: Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги РИДВ ва КИАТМ нинг Илмий кенгаши томонидан 27.03.2025 йилда ўтказилган йиғилишнинг 3-сонли баённомасидан кўчирма

## Қўлланилган қисқартмалар рўйхати:

КШЭЭ	Кўп шаклли экссудатив эритема
КХТ	Касалликларнинг халқаро таснифи
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент анализ
ИФЛА	Иммунофлюоресцент анализ
ИФА	Иммунофермент анализ
НЯҚВ	Ностероид яллиғланишга қарши воситалар
ПЗР	Полимераза занжир реакцияси
МПР	Микропреципитация реакцияси
RPR	Rapid Plasma Reagin
КСР	Комплекс серологик реакция
РИФ	Реаксия иммунофлуоресценция
ОТИР	Оқиш трепонемаларнинг иммобилизация реакцияси
ПГАР	Пассив гемагглютинация реакцияси
ИХА	Иммунохроматографик анализ
IgG ва IgM	Иммуноглобулинлар G ва M
ОИТВ	Одам иммунитет танқислиги вируси
ОИТС	Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ДНК	Дезоксирибо нуклеин кислота
ПКЛИ	Паст кўрсаткичли лазер импульслар
КХҚБ	Колония ҳосил қилувчи бирлик

## Мундарижа

КЎП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	5
КЎП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	44
КЎП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ .....	50

### Баённомадан фойдаланувчилар:

1. Шифокор дерматовенерологлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Шифокор педиатрлар;
4. Шифокор лаборантлар;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6. Клиник фармакологлар;
7. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрлар, аспирантлар, тиббиёт ОТМ талабалари;
8. Ушбу патологияга эга беморлар, уларнинг оила аъзолари ва парваришида қатнашаётган шахслар.

Ушбу протокол кўп шакли экссудатив эритемани ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини ҳамма жойда соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

**Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси:** кўп шакли экссудатив эритемага шубҳа қилинган беморлар ва тасдиқланган ташхисга эга шахслар текширувдан ўтказилади.

**Далилларга асосланган тиббиётдан фойдаланган ҳолда далиллар даражаси шкаласи. Ташхислаш услублари (диагностик аралашувлар) учун далиллар ишонарлилиги даражалари (ДИД) ни баҳолаш шкаласи**

ДИД	Маъноси
1	Референсли услуб назорати остида тадқиқотларнинг систематик шарҳи ёки мета-таҳлил қўлланилиши билан амалга оширилган рандомизирланган клиник тадқиқотлар шарҳи
2	Референсли услуб назорати остида ўтказилган алоҳида (айрим) тадқиқотлар ёки мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари алоҳида (айрим) рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг систематик шарҳи
3	Референсли услуб билан изчил назорат этилмаган тадқиқотлар ёки текширилаётган услубга нисбатан мустақил бо'лмаган референсли услубли тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортали тадқиқотлар
4	Қиёсланмайдиган (таққосланмайдиган) тадқиқотлар, клиник вазиятни ёзма баён қилиш
5	Фақат таъсир механизмига асосланиши ёки экспертлар фикрлари мавжуд

**Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун далиллар ишонарлилиги даражалари (ДИД) ни баҳолаш шкаласи**

ДИД	Маъноси
1	Мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг систематик шарҳи
2	Мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари алоҳида (айрим) рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг систематик шарҳи
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортали тадқиқотлар
4	Таққосланмайдиган тадқиқотлар, клиник вазиятнинг ёки вазиятлар серияларининг ёзма баёни, “вазият-назорат” тадқиқотлари
5	Фақат таъсир механизми асосланиши (клиниколни тадқиқотлар) ёки экспертлар фикрлари мавжуд

**Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун тавсиялар ишонарлилиги даражалари (ТИД)ни баҳолаш шкаласи**

ДИД	Маъноси
А	Кучли тавсия (самарадорликнинг (оқибатнинг) кўриб чиқиладиган барча мезонлари муҳим ҳисобланади, ҳамма тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқтираётган оқибатлар бўйича хулосалари мувофиқлаштирилган ҳисобланади)
В	Шартли тавсия (самарадорликнинг (оқибатнинг) кўриб чиқиладиган барча мезонлари муҳим ҳисобланмайди, ҳамма тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқтираётган оқибатлар бўйича хулосалари мувофиқлаштирилмаган)
С	Кучсиз тавсия (тегишли сифатга эга далилларнинг йуқлиги (самарадорликнинг (оқибатнинг) кўриб чиқиладиган барча мезонлари аҳамиятсиз ҳисобланади, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқтираётган оқибатлар бўйича хулосалари мувофиқлаштирилмаган)

**Асосий қисм**

**Кириш**

Кўп шаклли эксудатив эритема (КШЭЭ) - тери ва шиллик қаватларнинг ўткир яллиғланиш касаллиги бўлиб, турли хил тошмалар, жумладан доғлар, папулалар, везикулалар ва буллалар пайдо

бўлиши билан тавсифланади. КШЭЭ нинг аниқ сабаби ҳали тўлиқ аниқланмаган, аммо касаллик инфекциялар (масалан, оддий герпес вируси) ёки баъзи дори-дармонларни қабул қилиш натижасида келиб чиқиши мумкинлиги маълум [1, 2, 4].

### **Тавсифи**

Кўп шаклли экссудатив эритема (КШЭЭ) - тери ва баъзи ҳолларда шиллиқ қаватларнинг турли хил стимулларга ўткир иммунитет билан боғлиқ яллиғланиш реакцияси бўлиб, периферик локализацияли нишонсимон зарарланиш ўчоқлари билан тавсифланади, такрорланиш ва ўз-ўзидан ҳал бўлишга мойил [5].

### **Касаллик этиологияси ва патогенези**

Бугунги кунга қадар кўп шаклли эритеманинг ривожланиш сабаблари ва механизмлари тўлиқ ўрганилмаган. Кўпчилик ҳолларда кўп шаклли эритеманинг пайдо бўлиши герпетик инфекцияга боғлиқ бўлади, шунингдек В ва С гепатитлари, Эпштейн-Барр вируслари, аденовируслар, *Mycoplasma pneumoniae*, бактериял ва замбуруғли инфекция агентлар таъсири остида ҳам касаллик намоён бўлиши мумкин. Оддий герпес вирусининг ДНК си 60-90% беморларда тошма тошган жой терисида аниқланади. Касалликнинг сабаблари қуйидагилар бўлиши мумкин: дори-дармонларни қабул қилиш (сулфаниламидлар, пенициллинлар, барбитуратлар, аллопуринол, фенилбутазон), тизимли касалликлар (саркоидоз, тугунли периартериит, Вегенер грануломатози, лимфома, лейкомия). Кўп шаклли эритемада яллиғланиш жараёни сенсibilланган Т-хелперлар (CD4+ Т-лимфоцитлар) га боғлиқ [3, 6].

### **Эпидемиология**

Кўп шаклли эритема барча ёшдаги беморларда кузатилади, лекин кўпинча ўсмирлар ва ёшларда учрайди. Беморлар орасида эркаклар устунлик қилади (эркаклар ва аёллар нисбати 3:2). Тахминан 30% ҳолларда касаллик қайталанаяди. Болалик даврида кам учрайди (20% ҳолларда) [7].

### **Таснифи**

[https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja\\_jekssudativnaja\\_jeritema\\_Klinicheskie\\_rekomendacii.pdf](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja_jekssudativnaja_jeritema_Klinicheskie_rekomendacii.pdf)

### **Пайдо бўлиш сабабига кўра:**

Инфекцион шакли - инфекция агентларга, кўпинча герпес вирусига жавобан пайдо бўлади. Микоплазма инфекцияси, стрептококк ва бошқа бактериял инфекциялар фонида ривожланиши мумкин.

Токсик-аллергик шакли - дори воситаларини (антибиотиклар, ностероид яллиғланишга қарши воситалар, сулфаниламидлар ва бошқалар) қабул қилишга реакция сифатида юзага келади. Кимёвий моддалар ёки озик-овқат маҳсулотларининг таъсири билан боғлиқ бўлиши мумкин.

### **Кечишига кўра:**

Ўткир шакли - тўсатдан ривожланади ва 2-4 ҳафта давом этади. Соғайгандан кейин терида излар одатда қолмайди.

Қайталанувчи шакли - кўпинча герпес инфекцияси билан боғлиқ бўлган даврий қўзғалишлар билан тавсифланади. Тошмалар худди шу жойларда пайдо бўлади.

### **Клиник кўриниши бўйича:**

Енгил (кичик) шакли, бунда шиллик қаватлар зарарланмаган, беморнинг умумий аҳволи бузилмаган;

Оғир (катта) шакли - тошмаларнинг тарқалиши, шиллик қаватларнинг шикастланиши, умумий заифлик билан тавсифланади.

### **Терида бирламчи морфологик элементларнинг устунлигига қараб:**

Доғли;

Папулэз;

Доғли-папулэз;

Везикулэз;

Буллэз;

Везикуло-буллэз [8, 10].

### **Касалликнинг клиник кўриниши**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

Кўп шаклли эритема ўткир бошланиши билан тавсифланади. Касаллик кўпинча продромал ҳодисалар (тана ҳароратининг кўтарилиши, ҳолсизлик, мушаклар ва бўғимларда оғрик, томоқ оғриғи) билан бошланади. Продромал даврдан кейин терида полиморф тошмалар - эритемалар, папулалар, везикулалар пайдо бўлади. Кўп шаклли эритема учун диаметри 3 см дан кам бўлган нишонсимон ўчоқларнинг мавжудлиги хос бўлиб, уларнинг тузилишида учта турли зоналар ажратилади: марказий диск қора эритема ёки пурпурадан иборат бўлиб, некротик бўлиши ёки зич везикулага айланиши мумкин; пальпацияланадиган оқиш шиш ҳалқаси; ташқи эритема ҳалқаси. Атипик зарарланиш ўчоқлари ҳам учрайди [12, 13]. Кўп шаклли эритемада бирламчи морфологик элементлар гиперемик доғлар (эритемалар), папулалар ва пуфакчалардир. Папулалар думалоқ шаклда, аниқ чегаралари билан, катталиги 0,3 дан 1,5 см гача, қизил-кўкимтир рангда, текис, пайпаслаганда зич, марказий қисми чўкиши билан марказдан қочма ўсишга мойил. Папулаларнинг периферияси бўйлаб шишган ҳалқа ҳосил бўлади, элементнинг маркази эса аста-секин чўкиб, цианотик тусга киради ("нишон" ёки "камалак парда" ёки "буқа кўзи" симптоми) [3]. Субъектив равишда тошмалар қичишиш билан бирга келади. Пуфакчалар юмалоқ шаклда, кичик, ясси, қалин қопқоққа эга, опалессияланувчи суюқлик билан тўлдирилган, одатда папулаларнинг марказида жойлашган. Патологик элементлар бир-бири билан қўшилиб, гирлянда ва ёйлар ҳосил қилишга мойил бўлади.

Кўп шаклли эритемада иккиламчи морфологик элементлар эрозиялар, қатқалоқлар, тангачалар, гиперпигмент доғлар бўлиб, клиник белгилари бўлмайди. Шиллик қаватларда пуфакчалар пайдо

бўлиши мумкин, улар ёрилиб, оғриқли эрозияларни ҳосил қилади. Тошмалар одатда тўсатдан пайдо бўлади, кўпинча периферия бўйлаб жойлашади, оёқ панжалари ва қўлларнинг орқа юзаси терисида, билаклар ва болдирларнинг ёзувчи юзаларида, лабларнинг қизил ҳошиясида, оғиз бўшлиғи шиллик қаватида симметрик жойлашади. Кўз ва жинсий аъзоларнинг зарарланиши камроқ кузатилади. Тошмаларнинг битиши 2-3 ҳафта давомида чандиқ қолдирмасдан давом этади. Собиқ папулалар ўрнида пайдо бўлган пигментли доғлар сарғиш-қўнғир ранг билан ажралиб туради [9].

### **Шикоятлар:**

Умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, ҳарорат кўтарилиши, мушак ва бўғимларда оғриқ. Томоқ ва оғиз бўшлиғидаги оғриқлар.

### **Анамнез:**

- Инфекцион-аллергик шаклида организмда сурункали инфекция ўчоқлари, рецидивларнинг мавсумийлигига кўрсатмалар мавжуд.
- Токсик-аллергик шаклида дори воситаларини (сулфаниламидлар, антибиотиклар) қабул қилиш учун мажбурий кўрсатмалар мавжуд. Касалликнинг кечиши қайталанувчи, қўзғатувчи омиллар - совуқ қотиш, ўткир респиратор касалликлар, сурункали касалликларнинг зўрайиши, дори-дармонларни қабул қилиш, овқатланишдаги хатоликлар.

### **Физикал текширув:**

Кўздан кечирилганда кафтлар, билаклар, болдирлар, товонлар терисида "кокардлар" - мураккаб элемент бўлиб, кўкимтир-қизғиш доғ, пуфакча ёки папула, марказида пўстлоқдан иборат. Лабларнинг қизил ҳошиясида геморрагик пўстлоқлар аниқланади. Эритема фонидида оғиз бўшлиғи шиллик қаватида кескин оғриқли эрозиялар, яралар, афтлар, субэпителиал пуфакчалар ва пуфакчалар аниқланади. Ҳақиқий полиморфизмда сохта мономорфизм (зарарланишнинг барча элементлари эрозияси) кузатилади. Никольский симптоми манфий. Регионар лимфа тугунлари катталашган, оғриқли, ўзаро ва атрофдаги тўқималар билан бирикмаган.

### **Кўп шаклли экссудатив эритемада диагностик симптомлар:**

Папулаларнинг периферияси бўйлаб шишган халқа ҳосил бўлади, элементнинг маркази эса аста-секин чўкиб, цианотик тусга киради ("нишон" ёки "камалак парда" ёки "буқа кўзи" симптоми) [3].

### **Диагностика усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:**

Кўп шаклли экссудатив эритема ташхиси инструментал ва лаборатор текширувлари билан тасдиқланган клиник ва эпидемик маълумотлар мажмуаси асосида қўйилади.

### **Лаборатор текширувлар:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

<https://diseases.medelement.com/disease/многочформная-экссудативная-эритема/14952>

<b>C5</b>	Умумий қон таҳлили Захм скрининг тестлари: РМП, RPR, КСР (14 ёшдан катталарда) Умумий иммуноглобулин Е ни ИФА таҳлили
-----------	---

<b>C5</b>	Аутоиммун дерматозлар (вулгар пўрсилдоқ, паранеопластик пўрсилдоқ, ИГА-пўрсилдоқ, буллёз пемфигоид) билан қиёсий ташхислаш учун тўғридан-тўғри РИФ таҳлили
-----------	--

<b>C5</b>	Рецидивланувчи кечишида Цитомегаловирус (Cytomegalovirus), Эпштейн-Барр (Epstein-Barr virus), оддий герпес 1 ва 2 типлари (Herpes simplex virus types 1, 2), герпес 6 вируси (HHV6) ДНКсини ПЗР усулида этиологик омилни аниқлаш. Материал - пуфак таркиби, сўлак, оғиз бўшлиғи шиллик қаватидан олинган қиринди. Касаллик кўпинча Эпштейн-Барр вируслари, цитомегаловирус, герпес 1, 2, 6 турлари билан боғлиқ.
-----------	--

<b>C5</b>	Захмга тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM Умумий пешоб таҳлили Умумий нажас таҳлили Қоннинг биокимёвий таҳлили Қонда гамма глобулин таҳлили Қонда С реактив оқсил таҳлили Қонда антинуклеар антитаналар таҳлили Иммунологик текширувлар Иммуногистокимёвий текширув Гистологик текширув Тцанк хужайралари ва эозинофилларга цитологик текширув ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЗР усулларида антитаналарни аниқлаш Қондаги Д витамининг миқдорини ИФА, ИХЛА усулида аниқлаш Антибиотикларга сезгирликни аниқлаш билан бирга микробиологик текширув Инфекциялар учун қон ва биосубстратларни текшириш (ИФА, ПЗР) Молекулар генетик текширув Микологик текширув Аллерготестлар
-----------	--

### **Инструментал текширувлар:**

<b>C5</b>	Тери ҳолатини ташхислаш-дерматоскопия Ички аъзолар УТТ
-----------	---

### **Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар:**

<b>C5</b>	Офтальмолог маслаҳати (кўз шиллик қаватлари зарарланганда) Оториноларинголог маслаҳати (оғиз ва бурун шиллик қаватлари зарарланганда)
-----------	--

Даволашни тўғрилаш мақсадида стоматолог маслаҳати (оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати зарарланганда)  
Терапевт/Педиатр маслаҳати (ёндош касалликлар мавжуд бўлганда)  
Аллерголог маслаҳати

### Дифференциал ташхислаш:

[https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja\\_jekssudativnaja\\_jeritema\\_Klinicheskie\\_rekomendacii.pdf](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja_jekssudativnaja_jeritema_Klinicheskie_rekomendacii.pdf)

КШЭЭ нинг қиёсий ташхисини тугунли эритема, Даре ҳалқасимон эритемаси, токсидермия, иккиламчи захм, Свит синдроми, пуфакли дерматозлар, тизимли қизил югурик, герпетик стоматит, Кавасаки касаллиги, уртикар васкулит, қизил ясси темирткининг эрозив шакли билан ўтказиш керак [11].

**Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва номедикаментоз терапия, парҳез терапияси, оғриқсизлантириш, тиббий кўрсатмалар ва даволаш усуллари қўллашга қарши кўрсатмалар:**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

**Амбулатор ва стационар даражадаги даволаш тактикаси:** Даволаш клиник соғайишга, симптомларнинг оғирлигини камайтиришга қаратилган [9, 11].

### Номедикаментоз даво

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

**Физиотерапевтик муолажалар:** Кўп шакли эритема билан оғриган беморларга даволаш самарадорлигини ошириш мақсадида физиотерапевтик муолажаларни биргаликда қўллаш тавсия этилади:

**C5**

Тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли ультрабинафша нур терапияси (UVB-311)  
Маҳаллий қўллаш учун воситаларни қўллаган ҳолда ултратовуш терапияси  
ИК – лазер  
Паст даражали фототерапия LLLT  
Поляризацияланган полихроматик нур.

### Қўшимча даволаш усуллари:

<b>C5</b>	Плазмаферез ПКЛТ Озонотерапия
-----------	-------------------------------------

**Медикаментоз даво:**

**Ўзбекистон Республикасида бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларининг клиник протоколга киритилиши харажатларни қоплашга асос бўлмайди.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

**Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%):**

**1-жадвал**

<b>Дори-воситанинг (халқаро патентланмаган) номи</b>	<b>Дори-воситанинг дозировкаси ва қўлланилиши</b>	<b>Исботланганлик даражаси</b>
Дезлоратадин	Таблеткалар 5 мг; эритма 10 мл ичишга кунига 1 марта 7-14 кун	А  <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Цетиризин	Таблеткалар 5 мг; эритма 10 мл ичишга кунига 1 марта 7-14 кун	А  <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Левоцетиризин	Таблеткалар 5 мг; эритма 20 томчи ичишга кунига 1 марта 7-14 кун	А  <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Хлоропирамин	Таблеткалар 25 мг дан кунига 3-4 марта, катталарга м/о ёки в/и юборилганда бир марталик доза 20-40 мг ни ташкил қилади	А  <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>

Эбастин	Ичишга. Катталар учун тавсия этилган доза - 10-20 мг/сут.	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Лоратадин	Таблеткалар 5 мг; эритма 10 мл ичишга кунига 1 марта 7-14 кун	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Мебгидролин	Ичишга (овқатдан кейин). Катталар ва 10 ёшдан катта болаларга - 50-200 мг дан кунига 1-2 марта; максимал дозалар: бир марталик - 300 мг, кунлик - 600 мг; 5 ёшдан 10 ёшгача бўлган болаларга - 100-200 мг/кун, 2 ёшдан 5 ёшгача - 50-150 мг/кун, 2 ёшгача - 50-100 мг/кун.	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Кетотифен	Катталарга - 1 мг дан кунига 2 марта эрталаб ва кечкурун овқатланиш пайтида ичиш учун. Зарур бўлса, дозаси 2 мг гача кунига 2 марта оширилади. 3 ёш ва ундан катта болаларга - 1 мг дан кунига 2 марта.	А <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>
Преднизолон	ичишга, в/и 0,5 – 1,5 мг/кг/кунига схема бўйича узоқ вақтга	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Метилпреднизолон	ичишга, в/и 0,5 – 1,5 мг/кг/кунига схема бўйича узоқ вақтга	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Дексаметазон	ичишга, м/о, в/и 0,075- 0,225 мг/кг/кунига схема бўйича узоқ вақтга	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Бетаметазон	м/о 0,075- 0,225 мг/кг/кунига схема бўйича узоқ вақтга	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

		<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">h.gov/24034067/</a>
Триамциалон	ичишга, м/о, в/и 0.4 – 1.2 мг/кг/кунига	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a>
Меглюмин натрий сукцинат	В/в томчилатиб, 90 томчик/дақ (1-1,5 мл/дақ) тезликда, кунга 400 мл гача. Даволаш курса – 7-11 кун.	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Тиосульфат натрий	в/и - 5-50 мл 30% ли эритма ичишга - 2-3 г 10% ли эритма кўринишида қабул қилинади.	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Глюконат кальций	В/и, в/и секин (2-3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, катталарга - 5-10 мл 100 мг/мл эритма ҳар куни, бир кундан кейин ёки 2 кундан кейин. Болаларга вена ичига секин (2-3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, ёшига қараб, ҳар 2-3 кунда 1 мл дан 5 мл гача 100 мг/мл эритмадан юборилади.	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Калий хлорид	40 мг/мл. Вена ичига тўғридан-тўғри ёки томчилатиб юборилади. 50 мл 40 мг/мл калий хлорид эритмаси инъекция учун сувда 10 марта (500 мл гача) эритилади, изотоник эритма ҳосил қилиниб, вена ичига томчилатиб (дақиқасига 20-3)	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Калий аспарагинат + Магний аспарагинат	Препарат овқатдан сўнг қабул қилиниши керак, чунки меъдадаги кислота муҳити унинг самарадорлигини пасайтиради.  Эритма 5 мл. Препарат вена ичига (томчилатиб ёки струйно) юборилади. Дозаси қўллаш кўрсатмаларига қараб индивидуал белгиланади.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

Метилен кўки	1-3% - маҳаллий, терига ёки шиллик қаватларга қўйиш (тампонда ёки намлаш йўли билан) кунига 2-3 марта.	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Калий перманганат	0,01-0,1% - маҳаллий, кунига 2-3 марта тошмалар устига сурилади.	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Хлоргексидин	0,5% ёки 1% - маҳаллий, кунига 2-3 марта тошмалар устига сурилади.	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Клобетазол пропионат: 0,05%	кунига 1 марта, 2-4 ҳафта давомида	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Мометазон фураат: 0,1%	кунига 1-2 марта, 3-4 ҳафта давомида	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Триамцинолон ацетонид: 0,5%	кунига 1-2 марта, 3-4 ҳафта давомида	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Аклометазон дипропионат 0,05%	кунига уртача 2 марта, 3-4 ҳафта давомида	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Флуоцинол ацетонид 0,01%	кунига уртача 2-3 марта, 4 ҳафтагача	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Дексаметазон 0,1%	кунига уртача 2-3 марта, 4 ҳафтагача	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Метилпреднизолон ацепонат: 0,1%	кунига 2 марта, 7-10 кун давомида	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

Гидрокортизон бутират 0,1%	кунига 2 марта, 7-10 кун давомида	А  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Бетаметазон дипропионат: 0,1%; 0,05%	кунига 2 марта, 10-14 кун давомида	А  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Бетаметазон дипропионат + гентамицин сульфат	кунига 2 марта, 7-10 кун давомида	В  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Лидокаин гидрохлорид + мойчечак гули экстракти	Маҳаллий. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати ва лабни оғриқли ёки яллиғланган жойларига 0,5 см узунликдаги препарат тасмаси энгил уқаловчи ҳаракатлар билан суртиб, кунига 3 марта қўлланилади.	А  <a href="https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment">https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment</a>

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

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

**Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100% дан кам):**

**2-жадвал**

Дори-воситанинг (ҳалқаро патентланмаган) номи	Дори-воситанинг дозировкаси ва қўлланилиши	Исботланганлик даражаси
Эритромицин	250-500 мг дан кунига 4 марта 7-10 кун давомида ичишга	В  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>

Кларитромицин	250-500 мг дан кунига 2 марта 7-10 кун давомида ичишга	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Азитромицин	500 мг кунига 1 марта 3 кун давомида	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Цефтриаксон	1-2 г кунига ёки 20-80 мг/кг кунига, м/о ёки в/и 10 кун давомида	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Левифлоксацин	Таб 250-500 мг ичишга, хар куни 2 хафта давомида	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Амоксициллин + клавулан кислотаси	<p>Катталар ва 12 ёшдан катта болалар (вазни 40 кг ва ундан юқори) учун қопламли таблеткалар: 250 мг + 125 мг — кунига 3 марта 1 таблетка ёки 875 мг + 125 мг — кунига 2 марта 1 таблетка, даволаш муддати 5-14 кун.</p> <p>Ёки диспергирланадиган таблеткалар: Катталар ва 12 ёшдан катта болалар (вази 40 кг ва ундан юқори) учун — 500/125 мг кунига 3 марта, даволаш муддати 5-14 кун.</p> <p>2 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар ёки вазни 40 кгдан кам бўлганлар учун — 125/31,25 мг ёки 250/62,5 мг, лекин кунлик дозаси 2400/600 мгдан ошмаслиги керак, кунига 3 марта, даволаш муддати 5-14 кун.</p>	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Ацикловир	200 мг оғиз орқали кунига 5 марта 5-7 кун давомида	A <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3339142/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3339142/</a>

Валацикловир	500 мг оғиз орқали кунига 2 марта 5-10 кун давомида	A <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D.">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D.</a>
Фамцикловир	250 мг оғиз орқали кунига 2 марта 7 кун давомида	A <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D.">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D.</a>
Натрий лактат + Сорбитол + Калий хлорид MgCl <sub>2</sub> , NaCl, CaCl <sub>2</sub>	Катталарда в/и томчилаб минутига 40-60 томчи тезликда. 3-5 кун давомида тана вазнига 6-7 мл/кг	C <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Нандролон деканоат (анаболик)	50 мг/мл. Препарат чуқур мушак ичига юборилади. Катталар учун ўртача якка доза 25–50 мгни ташкил қилади.	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Меглюмин акридонацетат	24 соат оралик билан 3 та инъекция ва кейинчалик 48 соат оралик билан яна 3 та инъекция	C <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Тилорон дигидрохлорид	1-2 таблеткадан (250 мг) дастлабки икки кун давомида кунига 1 марта, сўнгра 2-4 ҳафта давомида кун ора 1 таблеткадан (125 мг) ичилади. Ёки ремиссия даврида 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар ҳафтанинг дастлабки икки кунда, жами 5 ҳафта. Курс дозаси 1,25 г.	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>
Тимопентин	<ul style="list-style-type: none"> <li>мушак орасига инъекция қилиш - инъекция учун стерил сув билан суялтириш 1 мл;</li> <li>вена ичига томчилаб қуйиш - 250 мл 0,9% натрий хлориднинг</li> </ul>	B <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/</a>

	<p>инъекцион эритмасида эритиш.</p> <p>Препарат тавсияларга амал қилган ҳолда қўлланилади.</p> <p>Иммунитет танқислиги ҳолатларининг олдини олиш ва даволаш 1-2 флакон кунига 2 марта.</p>	
Фуросемид	<p>Вена ичига (оқимли) ёки м/о юборилганда, катталар учун доза 20-40 мг 1 марта/кун, алоҳида ҳолларда - 2 марта/кун.</p>	<p>С</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a></p>
Маннитол (15% ли эритма)	<p>Фуросемид билан (5-10 мл)</p>	<p>С</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a></p>
Ибупрофен	<p>Капсулалар сув билан ичирилади. Чайнаш мумкин эмас. Фақат қисқа муддат фойдаланиш учун. Катта ёшдаги беморлар ва 12 ёшдан катта болалар учун тавсия этилган доза: 1 капсуладан кунига 3-4 марта. Қабуллар орасидаги интервал 6-8 соат. Терапевтик самарага тезроқ эришиш учун бир марталик дозани 400 мг гача ошириш мумкин.</p> <p>6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар тана вазни 20 кг дан ортиқ бўлганда: 200 мг дан кунига 3-4 марта. Қабуллар орасидаги интервал 6 соатдан кам бўлмаслиги керак.</p>	<p>С</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a></p>
Парацетамол	<p>Ичишга қабул қилинади, зарур миқдордаги сув билан ичилади, терапия давомийлиги - 3-7 кун, кўрсатмаларга қараб: катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга кунига 4 г гача қабул қилиш мумкин, бир қабулда 500 мг дан;</p> <p>200 мг дозадаги таблеткаларда болалар парацетамини 2 ёшдан</p>	<p>С</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/</a></p>

	бошлаб ҳар 4-6 соатда 0,5 таблеткадан, 6 ёшдан бошлаб - бир вақтнинг ўзида 1 таблеткадан (200 мг дан) буюрилади	
Дапсон	100-150 мг суткасига 10-14 кун давомида	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Гидроксихлорохин	қунига 200-400 мг дан 10-14 кун давомида	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Азатиоприн	50 мг ли таблеткалар:  Бошланғич дозаси 0,5–1 мг/кг/кун, пациентнинг толерантлигига қараб 2–3 мг/кг/кунгача оширилиши мумкин.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Циклоспорин	Циклоспориннинг бошланғич дозаси қунига икки марта қабул қилиниб, тана вазнининг ҳар килограммига 2,5 дан 3 мг гача бўлади. Оғир ҳолатларда, зарурат туғилганда, дори дозаси максимал миқдоргача - қунига тана вазнининг ҳар килограммига 5 мг гача оширилиши мумкин. Ижобий натижа кўрингандан сўнг, дозани тўлиқ тўхтатилгунга қадар аста-секин камайтириш лозим.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Метотрексат	Катталарда метотрексат ҳафтасига 10 мг дан 30 мг гача тери остига, мушак ичига ёки ичишга буюрилади;  болаларда еса ҳафтасига 0,2-0,7 мг/кг миқдорида қўлланилади	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Фолат кислота (метотрексатдан фойдаланганда)	Овқатдан кейин ичишга  катталарга 1-2 мг (1-2 таблетка) қунига 1-3 марта. Максимал	С

	суткалик доза - 5 мг (5 таблеткалар)  3 ёшдан катта болаларга 1 мг дан (1 таблетка) кунига 1-2 марта. Максимал суткалик доза - 2 мг (2 таблетка)  Даволаш курси 20-30 кун давом этади	<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Микофенолат мофетил	Ичишга, кўпинча 500-750 мг дан бошланади кунига икки марта, кейин доза 1,0-1,5 г гача оширилади кунига икки марта қабулга	С  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Тофацитиниб	5-10 мг кунига 2 маҳал ичишга	С  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Ритуксимаб	в/и 375 мг/м <sup>2</sup> ППТ схема бўйича	В  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Иммуноглобулины (очищенный препарат IgG)	Вена ичига: 2 г/кг тана вазнига мос равншда, 3–5 кун давомида юборилади.	В  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Одамнинг рекомбинант гамма интерферони	Катталар учун суткалик дозаси 100000 ТБ, препарат кунора тери остиға суткасиға бир марта юборилади.	В  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Апремиласт	30 мг дан кунига 2 маҳал. Дастлаб титрлаш талаб этилади, бирламчи титрлашдан кейин такрорий титрлаш талаб этилмайди.	С  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Адалимумаб	Катта ёшлилар ва 4 ёшдан бошлаб, ўртача ва оғир даражадаги пиллакчали псориаз билан оғриган беморларга сон ёки корин соҳасига тери остиға 80 мг бошланғич дозада, ушлаб турувчи доза - 40 мг дан 2 ҳафтада 1	С  <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>

	марта, бошланғич дозадан бир хафта ўтгач.	
Левамизол	Иммуномодулятор сифатида левамизол одатда кунига 150 мг дан 3 кун давомида ҳар 2 ҳафтада ёки ҳафтасига 1 марта кунига 150 мг дан қабул қилинади.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/</a>
Урсодезоксихол кислота	Ичишга. Тана вазни 34 кг дан кам бўлмаган болалар ва катталарга урсодезоксихол кислотани суспензия шаклида қўллаш тавсия этилади.  Урсодезоксихол кислотасининг тавсия этилган дозаси кунига 10 мг/кг ни ташкил этади	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Эссенциал фосфолипидлар	в/и секинлик билан 1-2 ампула (5- 10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суюлтирилади.  Препаратни суюлтириш зарур бўлганда инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмасидан фойдаланилади.  Ичишга. 12 ёшдан ошган ва тана вазни 43 кг дан юқори бўлган ўсмирлар, шунингдек катталар учун овқат пайтида кунига 3 марта 2 капсуладан қабул қилиш тавсия этилади.	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Антраль	суткасига 3 марта овқатдан кейин ичишга  катталар ва 10 ёшдан катта болаларга - қабул қилиш учун 200 мг дан  4-10 ёшли болаларга - қабул учун 100 мг дан	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Оксиматрин	в/и 600 мг дан кунига бир марта  в/и 600 мг 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида	А <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

	<p>эритилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи тезликда, кунига бир марта юборилади</p> <p>ичишга, 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига уч марта. Зарур бўлса, кунлик дозани кунига уч марта 3 капсулагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматринга тенг).</p>	
Глутатион	<p>Глутатион в/и, в/и аста-секин (2-3 дақиқа) ёки кунига 600 мг ёки кунига 1200 мг дан инфузия йули билан юборилади.</p> <p>Ичишга. Суткасига 250 мг, тил остида аста-секин сўрилади.</p> <p>Қабул қилиш курси йилига 2-3 марта такрорланиши мумкин бўлган 2-3 ойлик цикллардан иборат.</p>	<p>А</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a></p>
Адеметионин	<p>Тавсия этиладиган доза 1 кг тана вазнига суткасига 10-25 мг адеметионинни ташкил этади. Одатда суткалик доза суткасига 1-2 таблеткани ташкил этади (суткасига 400-800 мг адеметиониндан) ва суткасига 4 таблеткагача оширилиши мумкин (суткасига 1600 мг адеметионингача). Таъсири одатда даволашнинг 7-14 кунда намоён бўлади ва препаратни кейинги қўллашда ҳам сақланиб қолади.</p>	<p>А</p> <p><a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a></p>
Цианокобаламин (Витамин В12)	<p>м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан, ойига 1 мартагача.</p>	<p>В</p> <p><a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a></p>

<p>Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)</p>	<p>м/о, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига 1-2 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб тайинлайди.</p>	<p>В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a></p>
<p>Рибофлавин мононуклеотид (Витамин В2)</p>	<p>Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. 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), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.</p>	<p>В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a></p>
<p>Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)</p>	<p>м/о (чукур)</p> <p>Препаратни юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% эритма) ва фақат яхши кўтара олганда юқори дозаларга ўтиш мумкин. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади.</p>	<p>В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a></p>
<p>Алфа-липой кислотаси</p>	<p>Катталар учун 600 мг миқдорида кунига камида 30 дақиқа давомида томчилаб юбориш орқали вена ичига юборилади.</p> <p>Катталар ва 14 ёшдан ошган болаларга овқатдан олдин кунига 1 маҳал 1 капсуладан ичилади.</p>	<p>В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a></p>
<p>Альфа-токоферол ацетат (Витамин Е)</p>	<p>Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади</p>	<p>В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a></p>
<p>Витамин А + Е</p>	<p>Овқатдан кейин кунига ичиш учун 100 мг дан витамин Е + 100 000 ХБ витамин А дозасида</p>	<p>В <a href="https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/">https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a></p>

		<a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444444/">4/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Ретинол ацетат (Витамин А)	Катталар учун енг юкори кунлик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак.	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444444/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Аскорбин кислотаси (Витамин С)	Ичга, м/о, в/и  Танқислик ҳолатларининг олдини олиш учун - кунига 25-75 мг.  Даволаш учун кунига 250 мг ва ундан ортик бўлинган дозаларда	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444444/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>
Холекальциферол (Витамин D)	Д витамини танқислигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси <20 нг/мл)  - 8 ҳафта давомида ҳар ҳафтада 50 000 ХБ ичиш учун  - 200 000 ХБ ҳар ойда 2 ой давомида ичиш учун  - 150 000 ХБ ҳар ойда 3 ой давомида ичиш учун  - 6000 - 8000 ХБ кунига - 8 ҳафта ичиш учун  Д витамини етишмовчилигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси ≥20 ва <30 нг/мл)  - 4 ҳафта давомида ҳар ҳафта 50 000 ХБ ичиш учун  - 200 000 ХБ бир марта ичишга  - 150 000 ХБ бир марта ичишга  - 6000 - 8000 ХБ кунига - 4 ҳафта ичиш учун  Д витамини даражасини қўллаб-қувватлаб туриш ≥30 нг/мл  - 1000 - 2000 ХБ ҳар куни ичиш учун	В <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34444444/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/</a>

	- 6 000 - 14 000 ХБ ҳафтада бир марта ичиш учун	
Валериан экстракти	Ичишга. Катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга 1-2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин берилади. Даволаш давомийлиги 2-4 ҳафта. Шифокор кўрсатмаси билан такрорий даволаш курсларини ўтказиш мумкин.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>
Адонис-бром	Ичишга. 1 таб овқатдан кейин кунига 3 марта. Даволаш курси - 25-30 кун. Такрорий курсларни ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги шифокор томонидан белгиланади.	С <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/</a>

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

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

**Тиббиёт муассасасига ётқизиш учун кўрсатмалар: кундузги ва кеча-кундуз ишлайдиган стационар:**

- КШЭЭ нинг оғир кечиши;
- илгари ўтказилган даволашнинг самарасизлиги;
- руҳий, неврологик ёки бошқа касалликларга чалинган беморлар, бунда бемор унга ғамхўрлик қилувчи шахс бўлмаганда барча зарур кўрсатмаларни мустақил равишда тўлиқ бажара олмайди.

**Кўчириб олиш учун кўрсатмалар:**

Касалликнинг клиник кўринишларини бартараф этиш.

**Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:**

Касалликнинг клиник кўринишларининг йуқолиши даволаш мезони ҳисобланади.

**КЎП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА  
НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БУЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## ТОШКЕНТ – 2025

### КХТ-10/11 кодлари:

L51	Кўп шаклли экссудатив эритема
L51.0	Кўп шаклли нобуллёз эритема
L51.1	Кўп шаклли буллёз эритема (Стивенс-Жонсон синдроми)
L51.2	Токсик эпидермал некролиз (Лайелла синдроми)
L51.8	Бошқа кўп шаклли эритема
L51.9	Аниқланмаган кўп шаклли эритема

<https://mkb-10.com/index.php?pid=11185>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/>

Кўп шаклли экссудатив эритема (КШЭЭ) - тери ва шиллиқ қаватларнинг ўткир яллиғланиш касаллиги бўлиб, турли хил тошмалар, жумладан доғлар, папулалар, везикулалар ва буллалар пайдо бўлиши билан тавсифланади. КШЭЭ нинг аниқ сабаби ҳали тўлиқ аниқланмаган, аммо касаллик инфекциялар (масалан, оддий герпес вируси) ёки баъзи дори-дармонларни қабул қилиш натижасида келиб чиқиши мумкинлиги маълум [1, 2, 4]. КШЭЭ да тиббий аралашувлар касалликнинг ўзини даволашга, сабабларни, аломатларни бартараф етишга ва юзага келиши мумкин бўлган асоратларнинг олдини

олишга қаратилган. Касалликнинг шакли ва оғирлигига қараб, аралашувлар турлича бўлиши мумкин [5, 8].

### **1. Медикаментоз даволаш:**

#### **а) Вирусга қарши препаратлар**

Агар КШЭЭ нинг сабаби вирусли инфекция (масалан, герпес вируси) бўлса, у ҳолда вирусга қарши воситалар қўлланилади [12, 13]:

- Ацикловир (вена ичига ёки оғиз орқали).

- Валацикловир ёки фамцикловир - агар касаллик герпес вируси билан боғлиқ бўлса.

#### **б) Кортикостероидлар**

Касалликнинг оғир шаклларида яллиғланишни камайтириш учун қўлланилади:

Тизимли кортикостероидлар (масалан, преднизолон) шиллиқ қаватлар (масалан, лаблар, оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватидаги яралар) иштирокида тарқалган ёки оғир даражадаги КШЭЭ ҳолатида буюрилиши мумкин.

Маҳаллий стероид препаратлар (масалан, гидрокортизон) терининг зарарланган жойларида яллиғланиш ва қичишишни камайтириш учун ишлатилиши мумкин [6, 7].

#### **д) Антигистаминлар**

Қичишиш, қизариш ва шишларни бартараф этиш учун қуйидагилар буюрилиши мумкин:

Цетиризин, лоратадин ёки бошқа иккинчи авлод антигистамин препаратлари.

#### **е) Яллиғланишга қарши препаратлар**

Оғриқ синдроми ёки яллиғланиш мавжуд бўлганда қуйидагилардан фойдаланиш мумкин:

Оғриқ ва яллиғланишни назорат қилиш учун ибупрофен ёки парацетамол (агар қарши кўрсатмалар бўлмаса).

#### **ф) Иммунодепрессантлар**

Агар КШЭЭ аутоиммун сабаб туфайли юзага келган бўлса ёки бошқа усуллар билан даволанмаса, иммунодепрессантлар буюрилиши мумкин:

Метотрексат ёки циклоспорин - касалликнинг оғирроқ ёки такрорий шаклларида яллиғланишни назорат қилиш зарур бўлганда.

### **2. Ёлдош инфекцияларни даволаш:**

Агар КШЭЭ бактериал инфекция туфайли юзага келган бўлса, қуйидагилар тайинланиши мумкин:

Антибиотиклар (масалан, пенициллин ёки цефалоспоринлар), агар терининг шикастланган жойларида иккиламчи бактериал инфекция мавжуд бўлса.

### **3. Плазмаферез ва иммуноглобулин:**

Плазмаферез организмдан яллиғланишга олиб келиши мумкин бўлган захарли моддалар ва антитаналарни чиқариб ташлашга ёрдам беради.

Агар касаллик аутоиммун жараёнлар билан боғлиқ бўлса, томир ичига иммуноглобулинларни (IVIg) юбориш иммунитетни бостириш учун ишлатилиши мумкин.

### **4. Қўллаб-қувватловчи тадбирлар:**

Терини намлаш: Терининг намланишини қўллаб-қувватлаш ва жароҳатларнинг битишини тезлаштириш учун намлантирувчи крем ва малҳамларни мунтазам қўллаш.

Маҳаллий воситалар: Антибиотиклар ёки антисептиклар қўшилган маҳаллий дорилар (масалан, кумуш сулфадиазинли суртмалар ёки декспантенолли кремлар) тери яраларини даволаш ва иккиламчи инфекцияларнинг олдини олиш учун ишлатилиши мумкин.

Оғриқсизлантириш: Яра ва шикастланиш жойларида оғриқ синдромини камайтириш учун маҳаллий оғриқсизлантирувчи дориларни (масалан, лидокаинли кремлар) қўллаш.

### **5. Касалхонага ётқизиш ва кузатиш:**

Касалликнинг оғир шаклида шиллиқ қаватлар (масалан, оғиз бўшлиғи, кўз ёки жинсий аъзолардаги яралар) да касалхонага ётқизиш керак бўлиши мумкин.

Беморнинг аҳволини мунтазам равишда кузатиб бориш, тери жароҳатларининг инфекцияланиши ёки органлар томонидан бузилишлар тизимининг ривожланиши (масалан, оғир шаклларда буйрак ёки жигар функциясининг бузилиши) каби мумкин бўлган асоратларни кузатиш муҳимдир.

### **6. Рецидивга олиб келувчи омилларни тузатиш:**

Қайталанувчи КШЭЭ ҳолатида стресс, инфекциялар, баъзи дорилар ёки аллергенлар каби қўзғатувчи омилларни назорат қилиш ва иложи борича улардан қочиш муҳимдир.

Хулоса: Кўп шаклли экссудатив эритемани даволаш комплекс ва индивидуаллаштирилган бўлиши, касалликнинг асосий сабабини даволашни ҳам, беморнинг аҳволини енгиллаштириш учун симптоматик даволашни ҳам ўз ичига олиши керак.

### **Алоҳида вазиятлар**

#### **Болаларни даволаш**

Эрта ёшдаги болаларда оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватининг кенг шикастланишларида организмга етарли микдорда суюқлик киришини таъминлаш, инфузион терапия ўтказиш зарур.

**КҮП ШАКЛИ ЭКССУДАТИВ ЭРИТЕМА  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА**

# ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ – 2025

## КХТ-10/11 кодлари:

L51	Кўп шакли экссудатив эритема
L51.0	Кўп шакли нобуллёз эритема
L51.1	Кўп шакли буллёз эритема (Стивенс-Жонсон синдроми)
L51.2	Токсик эпидермал некролиз (Лайелла синдроми)
L51.8	Бошқа кўп шакли эритема
L51.9	Аниқланмаган кўп шакли эритема

<https://mkb-10.com/index.php?pid=11185>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>

<https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment?form=fpf>

Асосий қисм

Кириш:

Кўп шаклли экссудатив эритема (КШЭЭ) - тери ва шиллиқ қаватларнинг ўткир яллиғланиш касаллиги бўлиб, турли хил тошмалар, жумладан доғлар, папулалар, везикулалар ва буллалар пайдо бўлиши билан тавсифланади. КШЭЭ нинг аниқ сабаби ҳали тўлиқ аниқланмаган, аммо касаллик инфекциялар (масалан, оддий герпес вируси) ёки баъзи дори-дармонларни қабул қилиш натижасида келиб чиқиши мумкинлиги маълум [1, 2, 4].

Бирламчи профилактика сифатида герпетик инфекцияни юктириш хавфини минималлаштириш тавсия этилади: шахсий гигиена меъёрларига риоя қилиш, тасодифий жинсий алоқалардан қочиш, ҳимояланган жинсий алоқани амалга ошириш [9].

Организмнинг инфекцияларга қаршилиқ кўрсатиш қобилиятини меъёрида сақлаб қолиш учун рационал овқатланиш, оптимал меҳнат ва дам олиш режимига риоя қилиш, тўйиб ухлаш, мунтазам чиниқиш, зарарли одатлардан воз кечиш керак.

Махсус бўлмаган иккиламчи профилактика чоралари мумкин бўлган қўзғатувчи омилларни ҳисобга олган ҳолда шакллантирилади. Қуйидаги жиҳатларга эътибор қаратиш мақсадга мувофиқ:

- профилактик кўриклардан мунтазам ўтиш ва сурункали инфекция ўчоқларини ўз вақтида санация қилиш (тозалаш), герпесвирус инфекцияси билан боғлиқ бўлганда - вирусга қарши терапия;

- қуёш нури ва ултрабинафша нурланишнинг ортиқча таъсиридан ҳимоя қилиш;

- ўта совиб кетиш эҳтимолини камайтириш;

- стрессли таъсирларни истисно қилиш ва ҳ.к.

Вирусга қарши препаратларни курсли қабул қилиш, айниқса баҳор мавсумида, оддий герпес вируси келтириб чиқарадиган КШЭЭ қайталаниш эҳтимолини камайтиради.

Синтетик ациклик нуклеозидлар, интерферон препаратлари, унинг индукторлари ва бир қатор носпецифик иммуномодуляторларни узоқ муддат профилактик қабул қилиш ҳам рецидивлар сонини камайтиришга ёрдам беради.

### **Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:**

1. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология.
2. В.П. Адаскевич, В.М. Козин. Тери ва таносил касалликлари 2006-йил, 362 бет
3. Т. Фицпатрик, Р. Жонсон, К. Вулф, М. Полано, Д. Сюрмонд. Дерматология атлас-справочник 2007 г. С. 209
4. Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванова. Дерматовенерология миллий қўлланма 2011-йил, 942 бет
5. А.А. Кубанова, В.И. Кисина. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем 2005 г. С. 433
6. Дерматовенерология. Миллий қўлланма. Под ред. профессоров Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. "Паразитар дерматозлар. М.: ГОЕТАР. 2011. С. 414-442.
7. КЎП ШАКЛЛИ ЕКССУДАТИВ ЕРИТЕМА. Гомел давлат тиббиёт университети, Гомел ш. Л.А. Порошина Л.Г. Байбурина А.А. Шумак

8. КЎП ШАКЛЛИ ЕКССУДАТИВ ЕРИТЕМА: СИМПТОМЛАР УЧЛИГИ. ГБУЗ РБ "Городская клиническая болница Но21" г.Уфа. Россия Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Бошқирдистон давлат тиббиёт университети, Уфа. А.М. Сулейманов, М.Б. Убайдуллаев.
9. Булгакова, А.И. Результаты исследования многоформной экссудативной эритемы полости рта в Республике Башкортостан / А.И. Булгакова, З.Р. Хисматуллина, М.В. Зацепина // Материалы В Приволжского стоматологического форума "Актуальные вопросы стоматологии." - Ташкент, 2015. - С. 116-119;
10. Зацепина, М.В. Диагностическая топография при многоформной экссудативной эритеме / М.В. Зацепина, А.И. Булгакова, З.Р. Хисматуллина // Материалы Республиканской научно-практической конференции стоматологов "Актуальные вопросы стоматологии." - Ташкент, 2015. - С. 137-139.
11. Кўп шаклли экссудатив эритеманинг дифференциал диагностикаси ташхисни аниқлаш усули сифатида. Крихели Н.И., Позднякова Т.И., Маркова Г.Б., Журавлева Е.Г., Кудина М.О. Журнал: Российская стоматология. 2020;13(4): 3-5
12. Dermatology. Fourth edition. 2018. Jean L. Bolognia, Julie V. Schaffer, Lorenzo Cerroni.
13. HANIF'S CLINICAL DERMATOLOGY. SEVENTH EDITION. 2021

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25344713/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24034067/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31305041/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34577844/>

<https://emedicine.medscape.com/article/1122915-treatment?form=fpf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3339142/>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/#:~:text=In%20both%20HSV%2Dassociated%20EM,%2C%20twice%20daily%20%5B1%5D>

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8467974/table/medicina-57-00921-t003/>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

<https://diseases.medelement.com/disease/многоформная-экссудативная-эритема/14952>

[https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja\\_jekssudativnaja\\_jeritema\\_Klinicheskie\\_rekomendacii.pdf](https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Mnogofornnaja_jekssudativnaja_jeritema_Klinicheskie_rekomendacii.pdf)

<https://belova.uz/mnogofornnaya-ekssudativnaya-eritema>

<https://idoctor.kz/illness/1574-mnogofornnaya-ekssudativnaya-eritema-mee>

Кўп шакли экссудатив эритема менежменти бўйича амалий кўникмаларининг  
компетенциялари (таск шифтинг)

	Амалиёт ҳамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Топ мутахассис
<b>Шикоятлар ва анамнез</b>			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+*	+	+
Бемордан касаллик анамнезини олишда кўп шакли экссудатив эритема симптомлари (нишон" ёки "камалак парда" ёки "буқа кўзи" симптоми) ҳақида билимларни қўллаш.		+	+
Тери-таносил касалликлари билан беморларнинг тўлиқ тиббий анамнезини таърифлаш.		+	+
<b>Физикал кўрик</b>			

<p>Объектив кўриқда бемор терисида "кокардлар" аниқланади (кокардалар – мураккаб элемент бўлиб, кўкимтир-қизғиш доғ, пуфакча ёки папула, марказида пўстлоқдан иборат).  Лабларнинг қизил ҳошиясида геморрагик пўстлоқлар аниқланади. Эритема фонида оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кескин оғриқли эрозиялар, яралар, афтлар, субэпителиал пуфакчалар ва пуфакчалар аниқланади.  Ҳақиқий полиморфизмда сохта мономорфизм (зарарланишнинг барча элементлари эрозияси) кузатилади. Никольский симптоми манфий.  Регионар лимфа тугунлари катталашган, оғриқли, ўзаро ва атрофдаги тўқималар билан бирикмаган.</p>			+
--	--	--	---

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 + ЭЧТ)			+
Заҳм скрининг тестлари: РМП, RPR, КСР (14 ёшдан катталарда)			+
Умумий иммуноглобулин Е таҳлили			+
Кўшимча лаборатор диагностикаси			
Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM			+
Умумий пешоб таҳлили			+
Умумий нажас таҳлили			+
Қоннинг биокимёвий таҳлили			+
Қонда гамма глобулин таҳлили			+
Қонда С реактив оқсил таҳлили			+
Қонда антинуклеар антитаналар таҳлили			+
Иммунологик текширувлар			+
Иммуногистокимёвий текширув			+
Гистолгик текширув			+
Тцанк хужайралари ва эозинофилларга			+

цитологик текширув			
ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЗР усуларида антитаналарни аниқлаш			+
Қондаги Д витамининг миқдорини ИФА, ИХЛА усулида аниқлаш			+
Антибиотикларга сезгирликни аниқлаш билан бирга микробиологик текширув			+
Инфекциялар учун қон ва биосубстратларни текшириш (ИФА, ПЗР)			+
Молекулар генетик текширув			+
Микологик текширув			+
Аллерготестлар			+
<b>Қўшимча инструментал диагностика</b>			
Тери ҳолатини ташхислаш-дерматоскопия			+
Ички аъзолар УТТ			+
<b>Қўп шаклли экссудатив эритемани даволаш</b>			
Номедикаментоз даволаш <b>(15 бет)</b>			+
Қўп шаклли экссудатив эритемани медикаментоз даволашни буюриш компетенцияси <b>(16-29-бетлар)</b>			+

<b>Қўп шаклли экссудатив эритемани олдини олиш</b>			
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.

**Кўп шакли экссудатив эритеманинг менежменти бўйича билим компетенциялари**

	<b>Амалиёт ҳамшираси</b>	<b>БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)</b>	<b>Тор мутахассис#</b>
Кўп шакли экссудатив эритемани таърифлаб бериш			+
Кўп шакли экссудатив эритемани шикоятлар, аломатларини тавсифлаш			+
Кўп шакли экссудатив эритеманинг патофизиологик механизмларини тавсифланг			+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар (асосий лаборатор-инструментал текширувлар) асосида кўп шакли экссудатив эритемани ташхислаш учун ёндашувни яратиш.			+
Асосий таҳлиллар талқини			+
Кўп шакли экссудатив эритемани даволашга ёндашувни шакллантириш			+
Кўп шакли экссудатив эритеманинг номедикаментоз терапиясини тавсифланг			+
Кўп шакли экссудатив эритеманинг медикаментоз терапиясини тавсифланг			+
Кўп шакли экссудатив эритемада фойдаланиладиган турли препаратларнинг таъсир механизмини, кўрсатмаларини ва ножўя таъсирини муҳокама қилинг			+
Даволаш доирасида кўп шакли экссудатив эритемани ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг			+

# Асосий тор мутахассис – дерматовенеролог шифокори ҳисобланади.