

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

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

«ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент 2025



«ТАСДИҚЛАЙМАН»
Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирлиги
РИДВ ва КИАТМ директори
Сабиров У.Ю.

« 27 » *март* 2025 йил

«ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Мундарижа

ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ.....5

ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....28

ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА
ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ
.....32

**ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ НОЗОЛОГИЯСИНИ
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

Тошкент 2025

Кириш қисми

КХТ-10/11 кодлари:

B02/1E91	Ўраб олувчи темиртки [Herpes Zoster]	1E91.0 Асоратларсиз ўраб олувчи герпес
B02.0	Энцефалит билан кечувчи ўраб олувчи темиртки	1E91.1 Офтальмологик ўраб олувчи герпес
B02.1	Менингит билан кечувчи ўраб олувчи темиртки	1E91.2 Тарқоқ ўраб олувчи герпес
B02.2	Ўраб олувчи темиртки ва бошқалар асаб тизими томонидан асоратлар: Постгерпетик: юз нерви тизза тугуни ганглионити, полиневропатия, уч шохли нерв невралгияси	1E91.3 Марказий асаб тизими зарарланиши билан боғлиқ ўраб олувчи герпес
B02.3	Кўз асоратлари билан ўраб олувчи темиртки: Ўраб олувчи темиртки вируси туфайли келиб чиққан: блефарит, конъюктивит, иридоциклит, ирит, кератит, кератоконъюктивит, склерит	1E91.4 Ўраб олувчи герпес туфайли келиб чиққан бош мия ўткир невропатияси
B02.7	Тарқоқ ўраб олувчи темиртки	1E91.5 Герпесдан кейинги полинейропатия
B02.8	Бошқа асоратлар билан ўраб олувчи темиртки	1E91.Й Бошқа аниқланган асоратлар билан ўраб олувчи герпес
B02.9	Ўраб олувчи темиртки асоратсиз	1E91.3 Бошқа турдаги ўраб олувчи герпес
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11157	https://mkb-11.com/?id=1E91

Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси: 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар мавжуж бўлганида. Такдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар 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 протоколни яратиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби:

Дерматовенерология йўналишида ишчи гуруҳни ташкил этиш жараёни бўйича:

Сабилов У.Ю. – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази (ЎзР ССВ РИДВ ва КИАТМ) директори, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Раджабова Ю.Н. – Шифокорларнинг узлуксиз малакасини ошириш маркази методисти, PhD.

Боходирова Афруза Ахроровна – ЎзР ССВ РИДВ ва КИАТМ илмий котиби.

Ақромов Анвархон Равшанхон ўғли – ЎзР ССВ РИДВ ва КИАТМ микоз муаммоларини ўрганиш илмий лабораторияси ходими.

Тақризчилар:

Порсохонова Деля Фозиловна - тиббиёт фанлари доктори, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни Сақлаш вазирлиги РИДВ ва КИАТМ нинг ЖЙБЮИ ва РБ муаммоларини ўрганиш бўйича илмий лабораторияси мудири.

Сенан Каримов - тиббиёт фанлари доктори, Боку шаҳридаги врачлар малакасини ошириш институти дерматовенерология кафедраси мудири, Озарбайжон

Техник эксперт баҳолаш ва тахрирлаш:

1. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н., илмий ишлар бўйича директор муовини.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Солини салаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суурта бошармаси бошлии Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиш ва жорий этиш бўлими бошлии Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиилган.

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:

VZV	Varicella Zoster Virus, Варицелла-Зостер вируси
ХБ	Халқаро бирликлар
ЎОТ	Ўраб олувчи темиртки
ЎОГ	Ўраб олувчи герпес
ГКН	Герпесдан кейинги невралгия
ННУ-3	Одам герпес вируси, одам герпес вируси 3-типи
T ₁ -L ₂	Кўкрак-бел (умуртқа поғонаси сегментлари)
ОГВ	Одий герпес вируси
ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент анализ

ИФЛА	Иммунофлюоресцент анализ
ИФА	Иммунофермент анализ
ПЗР	Полимераза занжир реакцияси
РИФ	Иммунофлюоресценция реакцияси
РИБТ	Оқиш трепонемаларнинг иммобилизация реакцияси
РПГА	Пассив гемагглютинация реакцияси
IgG ва IgM	Иммуноглобулинлар G ва M
ОИТВ	Одам иммунитет танқислиги вируси
ОИТС	Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
ПИЛН	Паст интенсивли лазер нурланиши
ЎЮЧ	Ўта юқори частотали
ИК	Инфрақизил

Баённомадан фойдаланувчилар:

1. Дерматовенерологлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатрлар;
4. Лаборатория шифокорлари;
5. Неврологлар;
6. Соғлиқни Сақлаш Ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, докторантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
9. Ушбу патологияга эга беморлар, уларнинг оила аъзолари ва тарбиячилари.

Ушбу протокол ўраб олувчи темирткини ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини ҳамма жойда соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш учун асосдир.

Ушбу нозологиядаги беморлар тонфаси: ушбу ташхис кўйилган 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 (клиниколди 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 йўқлиги (самарадорликнинг (оқибатнинг) кўриб чиқиладиган барча мезонлари аҳамиятсиз ҳисобланади, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқтираётган оқибатлар бўйича хулосалари мувофиқлаштирилмаган)

Асосий қисм

Кириш

Сувчечак вируси - зостер (VZV) - герпес оиласига мансуб ўта юқумли вирус, у иккала касалликни келтириб чиқаради: сувчечак, одатда болалик даврида ва ўраб олувчи темирлатки, одатда анча кеч, катта ёшга етгандан кейин. VZV ҳамма жойда тарқалган.

Инфекциянинг кечроқ намоён бўлишида сувчечак кузатиладиган ёшга нисбатан баъзи "географик" хилма-хиллик мавжуд, бу кўпинча тропик минтақаларда кузатилади. Вирус одамдан одамга чечак ёки герпетик тошма билан бевосита алоқада бўлганда, сувчечак билан касалланган беморнинг нафас йўллари ажралмаларининг ҳавода муаллақ турган томчиларини нафас олганда ёки камроқ ҳолларда сувчечак ёки герпетик тошма билан касалланган беморнинг везикулалари таркибидаги ҳавода муаллақ турган томчиларни нафас олганда юқади.

Вирус организмга нафас йўллариининг юқори қисмлари ёки конъюнктура орқали киради. VZV билан бирламчи зарарлангандан сўнг вирус нерв тугунларида яширин ҳолатда қолади ва кейинчалик ҳаётда фаоллашиб, ўраб олувчи темирлаткини (ЎОТ) келтириб чиқариши мумкин.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242229>

Таърифи

Ўраб олувчи герпес (Зостер герпеси) - 3-тоифа герпес вирусининг фаоллашуви натижасида юзага келадиган тери ва асаб тўқималарининг вирусли касаллиги бўлиб, терининг яллиғланиши ("дерматома" соҳасида эритема фонида асосан пуфакчали тошмалар пайдо бўлиши билан) ва асаб тўқималарининг (орқа мия илдизлари ва периферик нерв тугунлари) яллиғланиши билан тавсифланади [1].

Касаллик этиологияси ва патогенези

Одам герпес вируси 3 тури (Varicella Zoster virusi, Human herpesvirus, HHV-3, Varicella-zoster virus, VZV) - Alphaherpesviridae кенжа оиласи, Herpesviridae оиласига киради. Ўраб олувчи темирлатки кўзгатувчисининг фақат битта серотипи мавжуд. Варицелла-зостер вирусининг бирламчи инфекцияси, одатда, сувчечак билан намоён бўлади. Иммуносупрессия билан оғриган беморларда Ўраб олувчи темирлатки ривожланиш хавфи худди шу ёшдаги нормал иммунитетли одамларга қараганда 20 баравар юқори. Ўраб олувчи темирлатки ривожланишининг юқори хавфи билан боғлиқ иммуносупрессив ҳолатларга қуйидагилар киради: ОИТВ инфекцияси, суяк илиги трансплантацияси, лейкомия ва лимфомалар, кимётерапия ва тизимли глюкокортикостероид дорилар билан даволаш. Ўраб олувчи темирлатки иммунитет танқислиги ривожланишининг дастлабки белгиларини кўрсатадиган ОИТВ инфекциясининг эрта белгиси бўлиши мумкин. Ўраб олувчи темирлаткини ривожланиш хавфини оширадиган бошқа омилларга қуйидагилар киради: аёл жинси, зарарланган дерматомнинг жисмоний шикастланиши.

Ўраб олувчи темирлаткининг асоратланмаган шаклларида вирус тошма тошгандан кейин 7 кун ичида экссудатив элементлардан ажралиб чиқиши мумкин (иммуносупрессияли беморларда бу муддат узаяди). Ўраб олувчи темирлатки асоратланмаган шаклларида вируснинг тарқалиши тошмалар билан тўғридан-тўғри алоқа қилганда содир бўлади, тарқалган шаклларида инфекциянинг ҳаво-томчи йўли билан юқиши мумкин. Касалликнинг кечиш жараёнида ВЗВ тери ва шиллик қаватлардаги тошмалардан сенсор нервларнинг охирларига кириб боради ва уларнинг толалари орқали сенсор ганглияларга етиб боради - бу унинг инсон танасида сақланиб қолишини таъминлайди. Вирус кўпинча уч шоҳли нервнинг I шоҳида ва T1-L2 спинал ганглияларда персистирланади. [2]

Эпидемиология

Дунёнинг турли мамлакатларида ўраб олувчи темирлатки билан касалланиш барча ёш гуруҳларида йилига 10 000 кишига 1,5-3 ҳолатни, 60 ёшдан ошган шахсларда еса йилига 10 000 кишига 7-11 ҳолатни ташкил этади. Иммунитети пасайган беморларда ЎОТ ривожланиш хавфи 20-100 марта юқори. Болалар ва ўсмирларда ЎОТ камдан кам кузатилади, туғруқ даврида оналари ўраб олувчи темирлатки билан касалланган янги туғилган чақалоқларнинг касалланиш ҳолатлари тасвирланган. ВЗВ билан ҳомила ичи алоқаси, 18 ойгача бўлган даврда ўтказилган сувчечак, шунингдек, хужайра иммунитетининг заифлашиши билан боғлиқ иммунитет танқислиги (ОИТВ инфекцияси, трансплантациядан кейинги ҳолат, онкологик касалликлар ва бошқалар) катта аҳамиятга эга. Шундай қилиб, ЎОТ ОИТВ билан касалланганларнинг 25% гача зарар кўради, бу 20 ёшдан 50 ёшгача бўлган одамларда касалланишнинг ўртача кўрсаткичидан 8 баравар юқори. Аъзоларни кўчириб ўтказиш бўлимлари ва онкологик касалхоналардаги беморларнинг 25-50 фоизигача ўраб олувчи темирлатки билан касалланади, бунда ўлим даражаси 3-5% га этади. Касалликдан тузалганларнинг 5% дан камроғида касалликнинг қайталаниши учрайди. [3, 4].

Таснифи

<https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij герпес>

1. Асоратларсиз ўраб олувчи темирлатки:

- эритематоз шакли;

- везикулёз шакли;

- пустулёз шакли

2. Абортив шакли

3. Геморрагик шакли

4. Гангреноз шакли.

5. Генерализациялашган шакли

6. Диссеминацияланган шакли

7. Кўрув аъзосининг зарарланиши билан кечувчи ўраб олувчи темиратки.

8. Оғиз бўшлиғи, ҳалқум, хиқилдоқ, кулоқ супраси ва эшитув йўли шиллик қаватлари зарарланиши билан кечувчи ўраб олувчи темиратки.

9. Асоратланган ўраб олувчи темиратки:

- офтальмогерпес;

- Хант синдроми.

10. Болаларда ўраб олувчи темиратки

11. ОИТВ инфекцияси билан касалланган беморларда ўраб олувчи темиратки.

12. Ҳомиладорларда ўраб олувчи темиратки.

Касалликнинг клиник кўриниши

Ўраб олувчи темираткидаги тошмаларнинг ўзига хос хусусияти тошма элементларининг жойлашуви ва тарқалиши бўлиб, улар бир томонда кузатилади ва битта сезги тугунининг иннервация соҳаси билан чегараланади.

Уч шохли нервнинг иннервация соҳалари, айниқса кўз тармоғи ва T1-L2 сегментлари соҳасидаги тана териси энг кўп зарарланади.

Ўраб олувчи темираткининг клиник кўриниши теридаги белгилар ва неврологик бузилишларни ўз ичига олади.

Кўпчилик беморларда умуминфекцион симптомлар: гипертермия, регионар лимфа тугунларининг катталашishi, ликворнинг ўзгариши (лимфоцитоз ва моноцитоз кўринишида) кузатилади. Оғриқлар пайдо бўлгандан 3-5 кун ўтгач, шикастланиш ўчоғида терининг шишиши ва гиперемияси пайдо бўлади, унинг фониди гуруҳланган (кўп камерали) тугунли элементлар пайдо бўлади, улар қисқа вақт ичида шаффоф таркибга эга бўлган пуфакчаларга айланади. 4-5 кун ичида суюқлик опалессияланувчи, кейинчалик эса лойқа бўлиб қолади. Везикулёз тошмалар кўпинча "турткисимон"

кўринишда пайдо бўлади, бу эса касаллик авж олган даврда тошмаларни турли ривожланиш босқичларида кузатиш имконини беради. Пуфакчаларнинг кўпчилиги қотиб қобикқа айланади, баъзилари эса эрозия ҳосил қилиб ёрилади. Эрозиялар эпителизацияланиб, пўстлоқлар тушиб кетганидан кейин вақтинча пигментация қолади. Касалликнинг умумий давомийлиги ўртача 2-3 ҳафта.

Герпес зостернинг бирмунча енгил, абортив хилида ҳам гиперемия ўчоқларида папулалар пайдо бўлади, лекин пуфакчалар пайдо бўлмайди.

Касалликнинг геморрагик шаклида пуфакчали тошмалар қон аралаш бўлади, жараён дермага чуқур тарқалади, пўстлоқлар тўқ жигарранг тусга киради. Баъзи ҳолларда пуфакчалар туби некрозга учрайди ва герпес зостернинг гангреноз шакли ривожланиб, терида чандиқли ўзгаришлар қолади.

Ўраб олувчи темираткининг гангреноз шаклининг ўзига хос хусусияти везикулалар ўрнида узок вақт битмайдиган, массив некротик қобиклар билан қопланган чуқур яраларнинг пайдо бўлиши бўлиб, улар кўчиб тушгандан сўнг чандиқлар ҳосил бўлади. Буллёз шакли - тошмалар фестон шаклидаги йирик пуфакчалар кўринишида бўлади. Хант синдроми - юз нервнинг парези ва/ёки фалажи кулок оғриғи ва аурикуляр соҳада ўраб олувчи темираткининг ўзига хос тошмалари билан намоён бўлади. Бернар-Хорнер синдроми цилиоспинал нервнинг шикастланиши натижасида ривожланади ва энтофтальмнинг шаклланиши, миоз ва кўз ёриғининг торайиши билан бирга ўраб олувчи темираткининг асосий белгилари билан тавсифланади.

Генерализациялашган шакли бутун тери қопламида везикуляр тошмалар билан бирга нерв устуни бўйлаб тошмалар пайдо бўлиши билан характерланади.

Иммунитет танқислиги мавжуд бўлганда (жумладан, ОИТВ инфекциясида) тери белгилари зарарланган дерматомдан узокда пайдо бўлиши мумкин - ўраб олувчи темираткининг тарқалган шакли. Беморнинг ёши ортиши билан терида тошмаларнинг пайдо бўлиш эҳтимоли ва тарқалиш даражаси ортади.

Уч шохли нервнинг кўз тармоғининг зарарланиши ўраб олувчи темиратки билан оғриган беморларнинг 10-15% да кузатилади, бунда тошмалар терида кўз даражасидан тепа соҳасигача жойлашиб, пешонанинг ўрта чизиғи бўйлаб кескин узилиши мумкин.

Кўз, бурун учи ва ён қисмларини иннервация қилувчи назотелиал шохнинг зарарланиши вируснинг кўриш аъзоси тузилмаларига киришига олиб келади.

Уч шохли нервнинг иккинчи ва учинчи шохлари ҳамда бошқа бош мия нервларининг зарарланиши оғиз бўшлиғи, ҳалқум, ҳиқилдоқ шиллиқ қаватида, кулок супраси ва ташқи эшитув йўли терисида тошмалар пайдо бўлишига олиб келади.

Оғриқ ўраб олувчи темираткининг асосий белгисидир. У кўпинча тери тошмаси ривожланишидан олдин пайдо бўлади ва тошмаларнинг йўқолишидан кейин кузатилади (постгерпетик невралгия).

Ўраб олувчи темиратки билан боғлиқ оғриқ синдроми учта фазага эга: ўткир, ўткир ости ва сурункали. Оғриқ синдромининг ўткир фазаси продромал даврда пайдо бўлади ва 30 кун давом этади. Оғриқ синдромининг ўткир ости фазаси ўткир фазадан кейин келади ва 120 кундан ортик

давом этмайди. 120 кундан ортиқ давом этадиган оғриқ синдроми постгерпетик невралгия деб таърифланади.

Герпесдан кейинги невралгия бир неча ой ёки йиллар давом этиши мумкин, бу жисмоний азоб-укубатларга олиб келади ва беморларнинг ҳаёт сифатини сезиларли даражада пасайтиради.

Продромал оғриқнинг бевосита сабаби нерв тўқимасида ВЗВ нинг субклиник реактивацияси ва репликациясидир. Периферик нервлар ва ганглиялардаги нейронларнинг зарарланиши афферент оғриқ сигналларининг қўзғатувчи омили ҳисобланади. Бир қатор беморларда оғриқ синдроми умумий тизимли яллиғланиш белгилари билан бирга келади: иситма, ҳолсизлик, миалгия, бош оғриғи.

Иммунокомпетент беморларнинг кўпчилигида (60-90%) кучли ўткир оғриқ тери тошмаларининг пайдо бўлиши билан бирга келади. Продромал даврда ва ўраб олувчи темираткининг ўткир босқичида афферент импульснинг блоккланиши натижасида қўзғатувчи аминокислоталар ва нейропептидларнинг сезиларли даражада ажралиши орқа мия орқа шохларининг ингибирловчи оралик нейронларининг токсик шикастланишига ва ўлимига олиб келиши мумкин. Ўткир оғриқ синдроми ёшга қараб кучаяди.

Аллодиния (меъёрда оғриқ келтириб чиқармайдиган стимуллар, масалан, кийимга тегиш натижасида юзага келадиган оғриқ ва/ёки ёқимсиз ҳис).

Герпесдан кейинги невралгия ривожланишига мойил бўлган омиллар: 50 ёшдан ошган, аёл жинси, продром мавжудлиги, терида массив тошмалар, тошмаларнинг уч шохли нерв ёки елка чигали иннервацияси соҳасида жойлашуви, кучли ўткир оғриқ, иммунитет танқислиги мавжудлиги.

Герпесдан кейинги невралгияда оғриқнинг уч турини ажратиш мумкин:

- доимий, чуқур, тўмтоқ, босувчи ёки куйдирувчи оғриқ;
- спонтан, даврий, санчувчи, отувчи, ток уришига ўхшаш;
- аллодиния.

Оғриқ синдроми, одатда, уйқунинг бузилиши, иштаҳанинг йўқолиши ва вазн йўқотиш, сурункали чарчоқ, депрессия билан бирга келади, бу эса беморларнинг ижтимоий дезадаптациясига олиб келади.

Ўраб олувчи темираткининг асоратларига қуйидагилар киради: ўткир ва сурункали энцефалит, миелит, ретинит, 75-80% ҳолларда кўрликка олиб келадиган тўр парданинг тез ривожланувчи герпетик некрози, узоқ муддатли қарама-қарши гемипарез билан офтальмогерпес (*Herpes ophthalmicus*), шунингдек ошқозон-ичак тракти ва юрак-қон томир тизимининг шикастланиши ва бошқалар.

Офтальмогерпес - кўз нервининг ҳар қандай тармоғининг герпетик шикастланиши. Бунда кўпинча шох парда зарарланиб, кератит бошланади. Бундан ташқари, кўз олмасининг бошқа қисмлари ҳам зарарланиб, эписклерит, иридоциклит бошланади, кўзнинг рангдор пардаси яллиғланади. Тўр парда камдан кам ҳолларда патологик жараёнга тортилади (геморрагиялар, эмболиялар кўринишида),

кўпинча кўрув нерви зарарланади, натижада кўрув нервнинг атрофияга олиб келувчи неврити ривожланади (менингиал жараённинг кўрув нервига ўтиши ҳисобига бўлиши мумкин).

Ўраб олувчи темирлаткида кўзнинг зарарланиши билан тошмалар кўз даражасидан тепагача тарқалади, лекин ўрта чизиқни кесиб ўтмайди. Бурун қанотлари ёки учидан жойлашган везикулалар (Гетчинсон белгиси) энг жиддий асоратлар билан боғлиқ.

Ўраб олувчи темирлаткининг асоратлари

Ўраб олувчи темирлатки асоратларига қуйидагилар киради: ўткир ва сурункали энцефалит, миелит, ретинит, 75-80% ҳолларда кўрликка олиб келадиган тўр парданинг тез ривожланувчи герпетик некрози, узок муддатларда қарама-қарши гемипарез билан кечувчи Herpes ophthalmicus, шунингдек ошқозон-ичак тракти ва юрак-қон томир тизимининг шикастланиши ва бошқалар. Кўз нервнинг ҳар қандай тармоғининг герпетик зарарланиши офталмогерпес деб аталади. Бунда кўпинча шох парда зарарланиб, кератит бошланади. Бундан ташқари, кўз олмасининг бошқа қисмлари - эписклерит, иридоциклит, рангдор парданинг яллиғланиши ҳам зарарланади. Тўр парда камдан кам ҳолларда патологик жараёнга тортилади (геморрагиялар, эмболиялар кўринишида), кўпинча кўрув нерви зарарланади, натижада кўрув нервнинг атрофияга олиб келувчи неврити ривожланади (менингиал жараённинг кўрув нервига ўтиши ҳисобига бўлиши мумкин). Ўраб олувчи темирлаткида кўзнинг зарарланиши билан тошмалар кўз сатҳидан тепагача тарқалади, лекин ўрта чизиқни кесиб ўтмайди.

Бурун қанотлари ёки учидан жойлашган везикулалар (Гетчинсон белгиси) энг жиддий асоратлар билан боғлиқ.

Тизза тугунининг ганглиолити Хант синдроми билан намоён бўлади. Бунда бош мия нервнинг сенсор ва мотор қисмлари зарарланади (юз нервнинг фалажи), бу вестибуло-кохлеар бузилишлар билан бирга кечади. Унинг периферик нервлари тарқалган соҳаларда шиллиқ қаватларда ва терида тошмалар пайдо бўлади: везикулалар ноғора пардада, кулоқ супрасининг ташқи эшитув тешигида, ташқи кулоқда ва тилнинг ён юзаларида жойлашади. Тил орқа қисмининг 2/3 қисмида бир томонлама таъм йўқолиши мумкин.

Ўраб олувчи темирлатки тошмалари думғаза соҳасида жойлашиши мумкин. Бунда сийдик ажралишининг бузилиши ва сийдик тутилиши билан кечувчи нейроген қовуқ ривожланади (вируснинг қўшни автоном нервларга миграцияси ҳисобига)

Ўраб олувчи темирлатки болаларда

Болаларнинг ўраб олувчи темирлатки билан касалланиши ҳақида ягона маълумотлар мавжуд. Болаларда ўраб олувчи темирлатки ривожланишининг хавф омилларига қуйидагилар киради: ҳомиладорлик даврида онада сувчечак ёки ҳаётнинг 1-йилида бирламчи ВЗВ инфекцияси. 1 ёшгача сувчечак билан касалланиб ўтган болаларда ЎОГ билан касалланиш хавфи юқори бўлади. Болаларда ўраб олувчи темирлатки кекса беморлардагидек оғир кечмайди, оғриқ синдроми камроқ ифодаланади; постгерпетик невралгиялар ҳам кам учрайди.

ОИТВ инфекцияси билан касалланган беморларда ўраб олувчи темирлатки

ОИТВ инфекцияли беморларда ўраб олувчи темирлатки ривожланиш хавфи юқори бўлиб, уларда касаллик рецидивлари кўпроқ ривожланади. Ҳаракатлантирувчи нервлар кўшилиши ҳисобига кўшимча симптомлар пайдо бўлиши мумкин (5-15% ҳолларда). Ўраб олувчи темирлаткининг кечиши узоқроқ давом этади, кўпинча гангреноз ва диссеминацияланган шакллари ривожланади (25-50%), бунда ушбу тоифадаги беморларнинг 10% да ички аъзоларнинг (ўпка, жигар, бош мия) оғир шикастланишлари аниқланади. ОИТВ инфекциясида бир ёки бир нечта кўшни дерматомлар доирасида Ўраб олувчи темирлаткининг тез-тез қайталаниши кузатилади.

Ҳомиладор аёлларда ўраб олувчи темирлатки

Бирламчи инфекция, одатда, сувчечак билан намоён бўлади, бу расмий давлат статистикаси маълумотларига кўра, ҳомиладор аёлларнинг 7:10000 ни ташкил қилади. Касаллик пневмония, энцефалит бошланиши билан асоратланиши мумкин. Ҳомиладорликнинг биринчи триместрида герпетик инфекция бирламчи йўлдош етишмовчилигига олиб келади ва одатда ҳомиладорликнинг тўхташи билан бирга келади. Инфекциянинг мавжудлиги гемодинамика бузилиши оқибатларининг (йўлдош етишмовчилиги, ҳомила ичи гипоксияси, ҳомила ривожланишининг кечикиши) интенсив профилактикасини ўтказиш учун асос бўлиши керак. [5, 6, 8, 12, 16]

Шикоятлари ва анамнез:

Продромал даврда, бу даврда зарарланган дерматом соҳасида оғриқ ва парастезиялар пайдо бўлади (камроқ - қичишиш, "санчиш," ачишиш). Оғриқлар даврий ёки доимий характерга эга бўлиши ва тери гиперэстезияси билан кечиши мумкин. Оғриқ синдроми плеврит, миокард инфаркти, ўн икки бармоқли ичак яраси, холецистит, буйрак ёки жигар санчиғи, аппендицит, умуртқалараро дисклар пролапси, глаукоманинг эрта босқичига ўхшаши мумкин, бу эса ташхис кўйиш ва даволашда қийинчиликларга олиб келиши мумкин. Продромал даврдаги оғриқ нормал иммунитетга эга бўлган 30 ёшгача бўлган беморларда бўлмаслиги мумкин. [1]

Клиник кўринишлар мавжуд бўлганда қуйидаги субъектив аломатлар бўлиши мумкин:

- тошма тошган жойда ва нерв (сегмент) бўйлаб оғриқ ва ачишиш;
- доғли, кейинчалик пуфакчали ва пуфакчали элементларнинг пайдо бўлиши;
- геморрагик шаклида тошмалар терига чуқур кириб, оғриқ интенсивлигини кучайтириши мумкин;
- генерализацияланган шаклида асаб устунлари бўйлаб тошмалар билан бир қаторда бутун тери қопламидаги тошмалар безовта қилади;
- ОИТВ инфекцияси билан боғлиқ бўлганда, тошмалар безовта қилади;
- уч шохли нервнинг кўз шохи зарарланганда, кўришнинг қийинлашиши, кўзнинг ҳаракатланиши, птоз ҳодисалари безовта қилади;
- уч шохли нервнинг иккинчи ва учинчи шохлари зарарланганда: оғиз бўшлиғи, ҳиқилдоқ, кулоқ супраси ва ташқи ешитув йўли терисидаги тошмалар ва оғриқлар, кўзнинг тўр пардаси, шох пардаси, рангдор пардасининг яллиғланиши безовта қилади;

- гемипарез кўринишлари ривожланиши мумкин;
- ўраб олувчи темиртки тошмалари думғаза соҳасида жойлашганда сийдик ажралиши бузилиб, сийдик тутилиши кузатилади;
- ОИТВ ни юқтириб олган шахсларда касаллик такрорланиши мумкин;
- ҳомиладор аёлларда оғриқ ва ҳомиладорликнинг тўхташи кузатилиши мумкин [7]

Диагностика усуллари, ёндашувлари ва процедуралари

Ташхис характерли клиник кўринишга асосланиб қўйилади; зарур бўлса, текширилаётган клиник материалда Варицелла-Зостер вирусини аниқлаш орқали тасдиқланади.

Лаборатор текширувлар:

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

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

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

C5	Умумий қон таҳлили Захм скрининг тестлари: РМП, RPR, КСР (14 ёшдан катталарда) ОИТВ инфекциясини ИФА усулида ташхислаш
-----------	--

B1	Ташхисни аниқлаштириш ва верификация қилиш зарур бўлганда, тери ва/ёки шиллик қаватлардаги ўраб олувчи темиртки билан зарарланган ўчоқлардан олинган материалда мавжуд бўлган Варицелла-Зостер вирусини аниқлаш учун молекуляр-биологик усуллардан фойдаланиш тавсия этилади: везикуляр суюқликни, тошмалардан олинган қириндиларни сувчечак ва ўраб олувчи темиртки вирусига (Варицелла-Зостер вирус) молекуляр-биологик текшириш ва/ёки везикуляр суюқликда, тошмалардан олинган қириндиларда сувчечак ва ўраб олувчи темиртки вирусининг (Варицелла-Зостер вирус) ДНКсини ПЗР усули билан аниқлаш.
-----------	---

C5	<ul style="list-style-type: none"> • Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИҲА, Иммуноблот IgG ва IgM • Инфекцияларни ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЗР усуллари билан текшириш • Умумий сийдик таҳлили • Нажаснинг умумий таҳлили • Биокимёвий тадқиқотлар мажмуаси • Иммунологик тадқиқотлар • Бевосита/билвосита иммунофлюоресценция
-----------	---

Instrumental tadqiqotlar:

<https://www.cdc.gov/shingles/hcp/clinical-overview/index.html>

C4	Тери ҳолати диагностикаси
----	---------------------------

<https://www.cdc.gov/shingles/hcp/clinical-overview/index.html>

C4	Ички аъзолар УТТси
----	--------------------

Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

<https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2>

C5	<ul style="list-style-type: none">• Невролог маслаҳати• Терапевт/педиатр маслаҳати• Офтальмолог маслаҳати• Гинеколог маслаҳати• Стоматолог маслаҳати• Оториноларинголог маслаҳати
----	--

Дифференциал ташхислаш:

Ўраб олувчи темиртки кўринишларини оддий герпеснинг зостерсимон тури, контакт дерматит (хашаротлар чақишидан кейин, фотодерматит), пуфакли дерматозлар (Дюрингнинг герпетиформ дерматити, буллёз пемфигоид, пўрсилдоқ) билан фарқлаш зарур.

Дори-дармонлар билан даволаш

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.

1-жадвал

Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%):

Дори-воситанинг (халқаро патентланмаган) номи	Дори-воситанинг дозировкаси ва қўлланилиши	Исботланганлик даражаси
---	---	----------------------------

Ацикловир	800 мг кунига 5 марта 7-10 кун давомида ичишга	А https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Валацикловир	1 гр кунига 3 марта 7-10 кун, ичишга	А https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Фамцикловир	500 мг х кунига 3 марта 7-10 кун, ичишга	А https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Фоскарнет	Тана вазнининг ҳар бир килограммига 49 мг дан 15-20 кун давомида кунига 3 марта вена ичига секин-аста томчилаб юборилади	В https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpse_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Бривудин (бромвинилдезоксуридин)	125 мг дан кунига 1 маҳал ичилади. Даволаш давомийлиги камида 7 кун. Даволашнинг биринчи курсидан кейин иккинчи курсни ўтказиш керак эмас. Даволашни иложи борича эрта бошлаш керак, яхшиси терида касалликка хос бўлган биринчи аломатлар (одатда тошмалар) пайдо бўлганидан кейин 3 кун ичида ёки биринчи пуфакчалар пайдо бўлганидан кейин 2 кун ичида.	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15341504/
Диклофенак	таблеткалар 25 мг, ичишга 50 мг - кунига 2-3 марта; таблеткалар, капсулалар 100 мг - кунига бир марта; ампулалар 3мл 25мг/мл-в/м-1-2 марта кунига.	В https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Индометацин	250 мг, кунига 3 марта, курс 10-14 кун	В https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2

		guidelines#g2
Ибупрофен	таблеткалар 200 мг - ичишга - кунига 3-4 марта; таблеткалар ичишга 400 мг - кунига 2-3 марта.	В https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Парацетамол	таблеткалар 500 мг - ичишга - кунига 2-3 марта.	В https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Рекомбинант ИФН альфа-2б гели	клиник кўринишлар йўқолгунча кунига 3-5 марта маҳаллий	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Метилен кўки	зарарланган жойларга суткасига 2-3 марта	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Фукурсин	эритма терининг зарарланган жойларига пахта тампони ёки мазок ёрдамида кунига 2-4 марта суртилади. Суюқлик қуригандан сўнг ишлов берилган жойга суртма ва пасталар суртиш мумкин.	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Каламин 15%	зарарланган жойларга суткасига 2-3 марта	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Синдол 12,5%	Кўллашдан олдин чайқатинг. Препарат билан хўлланган тампон билан терининг зарарланган жойларига кунига 2-3 марта суспензия суртилади.	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Фосфон чумоли кислотаси	Тери ва жинсий аъзолар инфекциясида 3% ли малҳамни жароҳатланган жойларга суртиш	С https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

	кўринишида қўлланилади. Касалликнинг оғир кечишида препаратни вена ичига секин (2 соат давомида) томчилаб 60-90 мг/кг дан кунига 3 марта 10-14 кун	_05052014_Klinicheskie_r_ekomendacii.pdf
Ацикловир суртмаси 5%	терининг зарарланган юзаси ўчоқларига кунига 5 марта суртилади	В https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpese_05052014_Klinicheskie_r_ekomendacii.pdf
Пенсикловир креми 1%	6-12 кун давомида ёки тўлиқ соғайгунча	В https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpese_05052014_Klinicheskie_r_ekomendacii.pdf
Эпервудин малҳами	Ташқарида. Катталар ва 16 ёшдан ошган болаларга - кун давомида ҳар 2 соатда тошмаларга суртилади	В https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpese_05052014_Klinicheskie_r_ekomendacii.pdf

Изоҳ: Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вактинча 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.

2-жадвал

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

Дори-воситанинг (халқаро патентланмаган) номи	Дори-воситанинг дозировкаси ва қўлланилиши	Исботланганлик даражаси
--	---	----------------------------

Глутамат НМДА рецепторлари блокатори - Амантадин	инфузия учун эритма, таблеткалар 200 мг (500 мл) вена ичига томчилаб 1-2 марта суткасига уч кун давомида, кейинчалик 100-200 мг дан кунига икки марта дозани аста-секин камайтириш билан. Қабул қилиш давомийлиги оғриқ синдромининг давомийлигига боғлиқ.	С https://cyberleninka.ru/article/n/postgerpeticheskaya-opoyasyvayuschaya-nevralgiya-i-ee-lechenie-amantadinom-pkmerts-nauchnyy-obzor/viewer
Дезлоратадин	Таблеткалар 5 мг эритма 10 мл ичишга кунига бир марта 7-14 кун	С https://crb.velizh.ru/cr
Цетиризин	таблеткалар 5 мг эритма 10 мл ичишга кунига бир марта 7-14 кун	С https://crb.velizh.ru/cr
Левоцетиризин	таблеткалар 5 мг эритма 20 томчи ичишга кунига бир марта 7-14 кун	С https://crb.velizh.ru/cr
Хлоропирамин	таблеткалар кунига 3-4 марта 25 мг, катталарга м/о ёки в/и юборилганда битта доз 20-40 мг ни ташкил қилади	С https://crb.velizh.ru/cr
Мегбидролин	Ичга (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.	С https://www.rlsnet.ru/active-substance/mebgidrolin-562#sposob-primeneniya-i-dozi
Кетотифен	Катталар учун овқат пайтида 1 мг дан кунига 2 марта эрталаб ва кечкурун ичилади. Зарур бўлса, дозаси 2 мг гача кунига 2 марта оширилади.	С https://crb.velizh.ru/cr
Эбастин	Ичишга. Катталар учун тавсия этилган доза 10-20 мг/сут.	С https://crb.velizh.ru/cr

Лоратадин	Таблеткалар 5 мг, эритма 10 томчи оғиз орқали кунига 1 марта 7-14 кун	С https://crb.velizh.ru/cr
Биластин	Ичишга. Катталар учун тавсия этилган доза 10-20 мг/сут.	С https://crb.velizh.ru/cr
Преднизолон	60 мг суткасига 2 марта ичиш учун 7 кун давомида	С https://mediqlab.com/drugs/f0cce90d-d057-47b5-bbf1-58db4d86abd5
Рекомбинант ИФН альфа-2б ректал шамчалар	Катталарда: кунига 2 марта 500 000 ХБ дан 10 кун Болаларда: 3 000 000 ХБ дан кунига 2 марта 10 марта кунлар Ҳомиладор аёлларда: томонидан 10 кун давомида кунига 2 марта 1 000 000 ХБ	С https://crb.velizh.ru/cr
Инозин пранобекс	ичишга, овқатдан кейин, 10 кун давомида кунига 3-4 марта 500 мг	С https://crb.velizh.ru/cr
Меглумин акридонат	24 соатлик интервал билан 3 та инъекция, кейин эса яна 3 та инъекция 48 соатлик интервал билан	С https://crb.velizh.ru/cr
Тилорон дигидрохлорид	1-2 таблетка (250 мг) биринчи икки кун ичида кунига бир марта, кейин 2-4 ҳафта давомида ҳар куни 1 таблетка (125 мг). Ёки овқатдан кейин 0,125 г (1 таблетка) ремиссия даврида, ҳар ҳафтанинг дастлабки икки кунда, фақат 5 ҳафта. Курс дозаси 1,25 г.	С https://crb.velizh.ru/cr
Тимопентин	<ul style="list-style-type: none"> • 1 мл инъекция учун стерил сув билан мушак ичига юбориш; • 250 мл 0,9% инъекцион натрий хлорид эритмасида эритмани томир ичига томчилаб юбориш. Препарат тавсияларга мувофиқ қўлланилади. 	С https://crb.velizh.ru/cr

	<p>Кунига 2 марта 1-2 шиша иммунитет танқислиги ҳолатларининг олдини олиш ва даволаш. Даволаш курси 15-30 кун;</p> <p>Сурункали гепатит Б ҳафтасига 3 марта 1-2 шиша. Даволаш курси 24 ҳафта.</p>	
Маннитол (15% эритма)	фуросемид билан (5-10 мл).	С https://crb.velizh.ru/cr
Фуросемид	20-80 мг/сут. Керакли доза диуретик жавобга қараб танланади.	С https://crb.velizh.ru/cr
Амоксициллин + клавулан кислотаси	<p>катталар ва 12 ёшдан катта болаларга (массаси 40 кг ва ундан ортиқ) плёнка қобиғи билан қопланган таблеткалар, 250 мг + 125 мг 1 таблеткадан кунига 3 марта ёки 875 мг + 125 мг - 1 таблеткадан кунига 2 марта 5-14 кун давомида ёки катталар ва 12 ёшдан катта болаларга (массаси 40 кг ва ундан ортиқ) тарқатиладиган таблеткалар - 500/125 мг дан кунига 3 марта 5-14 кун давомида, 2 ёшдан 12 ёшгача бўлган ёки тана массаси 40 кг дан кам бўлган болаларга - 125/31,25 мг ёки 250/62,5 мг дан кунига 2400/600 мг дан ошмайдиган дозаларда, 3 қабулда 5-14 кун давомида.</p>	С https://crb.velizh.ru/cr
Цефтриаксон	в/и ва м/о юбориш учун эритма тайёрлаш учун кукун 1 г	С https://crb.velizh.ru/cr
Цефутоксим	инъекциялар учун эритма тайёрлаш учун кукун эритувчи билан тўпلامда 250 мг, 750 мг, 1500 мг	С https://crb.velizh.ru/cr
Цианокобаламин (Витамин В12)	м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и -	С https://crb.velizh.ru/cr

	хафтасига 1 мартадан, ойига 1 мартагача.	
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	м/о, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига 1-2 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб тайинлайди.	С https://crb.velizh.ru/cr
Рибофлавин мононуклеотид (Витамин В2)	Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой. М/о: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин хафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.	С https://crb.velizh.ru/cr
Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	м/о (чукур) Препаратни юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% эритма) ва фақат яхши кўтара олганда юқори дозаларга ўтиш мумкин. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади.	С https://crb.velizh.ru/cr
Натрия тиосульфат	в/и 5–50 мл 30% эритмаси томчилаб Ичишга - 2-3 г 10% ли эритма кўринишида қабул қилиш учун.	С https://crb.velizh.ru/cr
Кальций глюконат	В/и, в/и секин (2-3 дақиқа давомида) ёки томчилаб юборилади. Катталар учун - 100 мг/мл эритмадан 5-10 мл миқдорда ҳар куни, кунора ёки икки кундан кейин қўлланилади. Болаларга вена ичига секин (2-3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, ёшига қараб, ҳар 2-3 кунда 100	С https://crb.velizh.ru/cr

	мг/мл эритмадан 1 мл дан 5 мл гача миқдорда юборилади.	
Натрий лактат + Сорбитол + Калий хлорид MgCl ₂ , NaCl, CaCl ₂	Катталарда в/и томчилаб минутига 40-60 томчи тезликда. 3-5 кун давомида тана вазнига 6-7 мл/кг	С https://crb.velizh.ru/cr
Меглюмин натрий сукцинат	В/и томчилаб, тезлиги 90 томчи/мин (1-1,5 мл/мин) дан 400 мл/сут гача. Даволаш курси 7-11 кун	С https://crb.velizh.ru/cr

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.

Номедикаментоз даво

Физиотерапевтик муолажалар: Ўраб олувчи темирлаткида физиотерапия оғриқ синдромини енгиллаштириш, тери шикастланишларининг битишини тезлаштириш ва герпесдан кейинги невралгиянинг олдини олиш учун қўлланилади. У вирусга қарши ва симптоматик терапияга қўшимча ҳисобланади.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118224001087>

<https://medi.ru/info/6917/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/lazernaya-terapiya-pri-gerpesvirusnyh-infektsiyah>

С5	LLLT паст даражали ёруғлик терапияси
	ИҚ-лазер
	Қутбланган полихроматик нур
	ЎЮЧ терапия

Тиббий муассасага ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Илгари ўтказилган даволашнинг самарасизлиги;

- Касалликнинг тарқалган, генераллашган шакллари билан оғриган беморлар;
- Ўраб олувчи темираткининг асоратли кечиши;
- Физиотерапевтик муолажаларни ўтказиш зарур бўлганда

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- клиник соғайиш;
- оғриқ синдромини бартараф этиш.

**ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАР БУЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Сувчечак вируси - зостер (VZV) - герпес оиласига мансуб ўта юқумли вирус, у иккала касалликни келтириб чиқаради: сувчечак, одатда болалик даврида ва ўраб олувчи темирлатки, одатда анча кеч, катта ёшга етгандан кейин. VZV ҳамма жойда тарқалган.

Инфекциянинг кечроқ намоён бўлишида сувчечак кузатиладиган ёшга нисбатан баъзи "географик" хилма-хиллик мавжуд, бу кўпинча тропик минтақаларда кузатилади. Вирус одамдан одамга чечак ёки герпетик тошма билан бевосита алоқада бўлганда, сувчечак билан касалланган беморнинг нафас йўллари ажралмаларининг ҳавода муаллақ турган томчиларини нафас олганда ёки камроқ ҳолларда сувчечак ёки герпетик тошма билан касалланган беморнинг везикулалари таркибидаги ҳавода муаллақ турган томчиларни нафас олганда юқади.

Вирус организмга нафас йўллариининг юқори қисмлари ёки конъюнктура орқали киради. VZV билан бирламчи зарарлангандан сўнг вирус нерв тугунларида яширин ҳолатда қолади ва кейинчалик ҳаётда фаоллашиб, ўраб олувчи темирлаткини (ЎОТ) келтириб чиқариши мумкин.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242229>

Даволаш касалликнинг клиник белгиларини бартараф этиш, шунингдек, асоратлар ривожланишининг олдини олиш мақсадида вирусга қарши дори-дармонларни буюришдан иборат.

Даволаш схемалари

1. Вирусга қарши терапия

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22300753/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24500927/>

Вирусга қарши дори воситаларини буюриш касалликнинг клиник кўринишлари ривожланишининг дастлабки 72 соатида энг самарали ҳисобланади.

Тавсия этилган даволаш схемалари:

A1	<ul style="list-style-type: none">• ацикловир 800 мг суткасига 5 марта 7 кун давомида.• фамсикловир 500 мг кунига 3 маҳал 7 кун давомида.• валацикловир 1000 мг кунига 3 маҳал 7 кун давомида.
-----------	--

Вирусга қарши дориларни буюриш касалликнинг клиник кўринишлари ривожланишининг дастлабки 72 соатида энг самарали ҳисобланади. ВЗВ нинг ацикловирга нисбатан паст сезувчанлиги, шунингдек, вирусга қарши фаолликнинг юқори даражаси ўраб олувчи темирлаткини даволаш учун фамсикловир ёки валацикловирнинг афзал кўрилган тавсифини белгилайди.

B2	Иммунитети бузилган ўраб олувчи темирлатки билан оғриган беморларга (хавфли лимфопротрофиератив ўсмалари бўлган шахслар, трансплантация қилинган ички аъзолар реципиентлари, кортикостероидлар билан тизимли терапия олаётган
-----------	---

беморлар, шунингдек ОИТС билан оғриган беморлар) касалликнинг клиник белгиларини бартараф этиш (йўқотиш) мақсадида қуйидагилар тавсия этилади: ацикловир 10 мг 1 кг тана вазнига (ёки 500 мл/м²) вена ичига қунига 3 марта

B2

Ўртача иммунитет танқислиги бўлган ёки узоқ вақт давомида иммуносупрессив терапия олаётган беморларда, айниқса ОИТСда, касалликнинг клиник белгиларини бартараф этиш (йўқотиш) мақсадида ривожланаётган ацикловирусга чидамлик фонидида қуйидагиларни буюриш тавсия этилади: фоскарнет тана вазнининг ҳар бир килограммига 49 мг дан вена ичига секин-аста томчилаб қунига 3 марта 15-20 кун давомида

Морбистатик таъсирга эришилгандан сўнг, иммунитетини нормал бўлган беморлар учун тавсия этилган усул бўйича даволаш ацикловир, фамцикловир ёки валацикловирнинг оғиз орқали юбориладиган шакллари билан давом эттирилиши мумкин.

B2

Ўраб олувчи темирлатки билан оғриган болаларни даволаш учун касалликнинг клиник белгиларини бартараф этиш (йўқотиш) мақсадида тавсия этилган:

- ацикловир 20 мг/кг тана вазнига оғиз орқали қунига 4 маҳал 5 кун давомида.

ёки

- ацикловир 10 мг ҳар бир кг тана вазнига вена ичига, қунига 3 маҳал, 7-10 кун давомида.

Ўраб олувчи темирлаткида периферик ганглиялар ва асаб тўқималарининг шикастланишлари мавжудлиги, кўриш аъзоси, тегишли профил мутахассисларини даволашга жалб қилиш зарурлигини белгилайди: нейропатик оғриқ, постгерпетик невралгия ва офтальмогерпес терапияси невролог ва офтальмологлар билан биргаликда амалга оширилади. [10, 11]

2. Яллиғланишга қарши терапия

Ностероид яллиғланишга қарши воситаларни тайинлаш, оғир ҳолларда эса вирусга қарши дориларга глюкокортикостероидларни қўшиш мумкин:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21671543/>

C3

- преднизолон 60 мг суткасига 2 марта ичиш учун 7 кун давомида.

1. Глюкокортикостероид препаратларни буюришда қарама-қарши кўрсатмаларни ҳисобга олиш керак: артериал гипертензия, қандли диабет, ошқозон ва ўн икки бармоқли ичак яра касаллиги, қўпинча кексаларда кузатилади.
2. Оғриқ қолдирувчи терапия таъсири бўлмаганда марказий оғриқ қолдирувчи таъсирга эга дорилар ва неврал блокадалар (симпатик ва эпидурал) қўлланилиши мумкин, бу невролог маслаҳати билан белгиланади.

3. Герпесдан кейинги невралгия ва офтальмогерпесни даволаш невропатолог ва офтальмолог шифокорлар томонидан амалга оширилади. [13-15]

3. Ташқи даволаш

C5	Буллёз тошмалар мавжуд бўлганда пуфакларни очиш (кесиш стерил қайчи билан амалга оширилади), сўнгра анилин бўёқлари ёки антисептик эритмалар (0,5% ли хлоргексидин биглюконат ва бошқалар) билан сўндириш тавсия этилади.
-----------	---

C5	Бактериал суперинфекциянинг олдини олиш мақсадида 1-2% ли спиртли эритмалар, анилин бўёқлари (метилен кўки, бриллиант яшили), фукорцинни маҳаллий қўллаш тавсия этилган.
-----------	--

Маҳаллий таъсирга эга вирусга қарши препаратлар:

- Ацикловир - малҳам касалликнинг дастлабки белгилари пайдо бўлганда зарарланган тери юзаси ўчоқларига кунига 5 марта, 6-12 кун давомида ёки тўлиқ соғайгунча суртилади.
- Эпервудин - малҳам касалликнинг биринчи белгилари пайдо бўлганда терининг зарарланган юзаси ўчоқларига кунига 3-5 марта, 6-12 кун давомида ташқи томондан қўлланилади.
- Пенцикловир - крем ташқи томонга суртилади. Катталар ва 16 ёшдан ошган болаларга - 6-12 кун давомида ёки тўлиқ соғайгунча ҳар 2 соатда тошмаларга суртилади.

B3	Қон оқимидан токсинлар, аутоантитаначалар, айланиб юрувчи иммун комплекслар (АЮИК), яллиғланиш олди цитокинларини бартараф этиш, метаболизмни ва аъзоларнинг бузилган функцияларини нормаллаштириш мақсадида плазмаферез муолажаси тавсия этилди.
-----------	---

<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://cyberleninka.ru/article/n/lazernaya-terapiya-pri-gerpesvirusnyh-infektsiyah-obzor-literatury/viewer>

C5	ПИЛН Озонотерапия Плазмаферез
-----------	-------------------------------------

Жарроҳлик амалиёти: қўлланилмайди

**ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТИББИЙ РЕАБИЛИТАЦИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Сувчечак вируси - зостер (VZV) - герпес оиласига мансуб ўта юқумли вирус, у иккала касалликни келтириб чиқаради: сувчечак, одатда болалик даврида ва ўраб олувчи темиртки, одатда анча кеч, катта ёшга етгандан кейин. VZV ҳамма жойда тарқалган.

Инфекциянинг кечроқ намоён бўлишида сувчечак кузатиладиган ёшга нисбатан баъзи "географик" хилма-хиллик мавжуд, бу кўпинча тропик минтақаларда кузатилади. Вирус одамдан одамга чечак ёки герпетик тошма билан бевосита алоқада бўлганда, сувчечак билан касалланган беморнинг нафас йўллари ажралмаларининг ҳавода муаллақ турган томчиларини нафас олганда ёки камроқ ҳолларда сувчечак ёки герпетик тошма билан касалланган беморнинг везикулалари таркибидаги ҳавода муаллақ турган томчиларни нафас олганда юқади.

Вирус организмга нафас йўллариининг юқори қисмлари ёки конъюнктура орқали киради. VZV билан бирламчи зарарлангандан сўнг вирус нерв тугунларида яширин ҳолатда қолади ва кейинчалик ҳаётда фаоллашиб, ўраб олувчи темирткини (ЎОТ) келтириб чиқариши мумкин.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242229>

Профилактика ва диспансер кузатуви

Ўраб олувчи темирткининг асоратланмаган шакллариини бошидан кечирган шахсларга нисбатан диспансер кузатуви белгиланмайди. Ўраб олувчи темирткининг асоратли кечиши бўлган шахслар тегишли ихтисосликдаги мутахассисларда диспансер кузатувига олинади.

Ўзбекистон Республикасида ушбу тавсиялар яратилган вақтда ўраб олувчи темирткининг вакцинопрофилактикаси ўтказилмаган.

Тиббий реабилитация

Асаб тизими томонидан узоқ муддатли асоратлар бўйича реабилитация невролог шифокор томонидан, кўриш аъзоси ва ЛОР аъзолари, оғиз бўшлиғи, юз томонидан асоратлар - оториноларинголог, стоматолог, офтальмолог шифокор томонидан амалга оширилади.

Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил етиш

Ўраб олувчи темирткининг асоратли кечиши ва тарқалган шаклларида ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш стационар шароитида амалга оширилади.

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Гайнанова Е.Г., Скороходкина О.В. Оценка эффективности применения гамма-интерферона (ингарон) у больных с варицелла-зостер герпесвирусной инфекцией // Российский аллергологический журнал. – СПб. – 2010. – № 5, Вып. 1 – С. 73-74.
2. Гайнанова Е.Г., Скороходкина О.В. Клиническая и иммунотропная активность отечественного препарата гамма-интерферона ингарона у больных с варицелла-зостер герпесвирусной инфекцией // Клиническая фармакология и терапия. – 2010. – № 6. – С. 118-121.
3. Дерматология Фицпатрика в клинической практике. Т.3/Клаус Вольф, Лоуэлл А.Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. Ред. Акад. А.А. Кубановой – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. 2013.- с ил.
4. Дерматология. Иллюстрированное руководство клинической диагностики по профессору Родионову А.Н. – под ред. Родионова А.Н. – М.: «Граница», 2018 – 944 с.: ил.
5. Дубенский В.В., Гармонов А.А. Наружная терапия дерматозов: руководство для врачей. – Тверь: ИП Шитова, 2008. – 220 с.
6. Киселев О.И., Ершов Ф.И., Деева Э.Г. Интерферон-гамма: новый цитокин в клинической практике. Ингарон- М., СПб.: Димитрейд График Групп, 2007. - 348 с.
7. Рахматулина М.Р., Малеев В.В., Шмелев В.А. Современные подходы к терапии опоясывающего лишая. Инфекционные болезни. – 2007. – Т.5. - №3. – С.28-32.
8. Balachandra K, Thawaranantha D, Ayuthaya PI, Bhumisawasdi J, Shiraki K, Yamanishi K. Effects of human alpha, beta and gamma interferons on varicella zoster virus in vitro. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*. 1994 Jun;25(2):252-7.
9. Bruxelle J, Pinchinat S. Effectiveness of antiviral treatment on acute phase of herpes zoster and development of post herpetic neuralgia: review of international publications, 2012. *Med et Mal infectieuses (English)*, 42:53-58.
10. Chen N., Yang M., He L. et al. Corticosteroids for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; (12): CD005582.
11. Desloges N, Rahaus M, Wolff MH. Role of the protein kinase PKR in the inhibition of varicella-zoster virus replication by beta interferon and gamma interferon. *J Gen Virol*. 2005 Jan;86(Pt 1):1-6.
12. European consensus (S2k) Guideline on the Management of Herpes Zoster – guided by the European Dermatology Forum (EDF) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV), Part 1: Diagnosis. *JEADV*. 2017; 31:919.
13. Fashner J., Bell A.L. Herpes zoster and postherpetic neuralgia: prevention and management. *Am Fam Physician* 2011; 83 (12): 1432–1437.

14. Li Q., Chen N., Yang J. et al. Antiviral treatment for preventing postherpetic neuralgia. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; 2: CD006866.
15. McDonald E.M., Kock J., Ram F. Antivirals for management of herpes zoster including ophthalmicus: a systematic review of high-quality randomized controlled trials. *Antiviral Ther* 2012; 17:255–264.
16. Whitley R.J., Volpi A., McKendrick M. et. al. Management of herpes zoster and post-herpetic neuralgia now and in the future. *J Clin Virol* 2010; 48: (Suppl.1): S20–S28.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242229>

https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22300753/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24500927/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21671543/>

<https://www.cdc.gov/shingles/hcp/clinical-overview/index.html>

<https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118224001087>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118224001087>

<https://medi.ru/info/6917/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/lazernaya-terapiya-pri-gerpesvirusnyh-infektsiyah-obzor-literatury/viewer>

**Ўраб олувчи темирткини менежменти бўйича амалий кўникмаларининг
компетенциялари
(таск шифтинг)**

	Амалиёт хамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Топ мутахассис
Шикоятлар ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+*	+	+
Бемордан касаллик анамнезини йиғишда ўраб олувчи темирткини белгилари ҳақидаги билимларни қўллаш.			+
Тери-таносил касалликлари билан беморларнинг тўлиқ тиббий анамнезини таърифлаш.			+
Физикал кўрик			
<p>• Умумий текширув:</p> <p>Беморнинг умумий аҳволини баҳолаш (иситма, ҳолсизлик, дармонсизлик).</p> <p>Тана ҳароратини ўлчаш - субфебрил ёки фебрил ҳолат бўлиши мумкин.</p> <p>Регионар лимфа тугунларини баҳолаш (катталашганлиги, оғриқлилиги).</p> <p>• Тери текшируви:</p> <p>Тошмаларнинг жойлашуви кўпинча бир томонлама бўлиб, дерматом бўйлаб жойлашади.</p> <p>Тошма элементлари:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Тери гиперемияси ва шиши (дастлабки боскичларда).</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Эритематоз фонда жойлашган тиниқ таркибли гуруҳланган пуфакчалар.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Вақт ўтиши билан лойқаланади, ёрилади, эрозия ҳосил бўлади ва қатқалоқлар билан</p>			+

<p>қопланади.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Оғир кечганда геморрагик ёки некротик шакллари бўлиши мумкин.</p> <p>• Шиллик қаватларни текшириш:</p> <p>Офтальмогерпесда - шох парда, склера, конъюнктива зарарланади.</p> <p>Рамсей Хант герпесда - оғиз шиллик қаватида, ноғора пардасида тошмалар пайдо бўлади.</p>			
---	--	--	--

Ташхис қўйиш			
Ўзига хос симптомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида ташхис қўйиш			+
Асосий лаборатор диагностикаси			
Асосий лаборатор таҳлилларини буюриш:			+
Умумий қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитар формула + ЭЧТ)			+
Захм скрининг тестлари: РМП, RPR, КСР (14 ёшдан катталарда)			+
ОИТВ инфекциясини ИФА усулида ташхислаш			+
Қўшимча лаборатор диагностикаси			
Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА Ig G ва Ig M, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот Ig G ва Ig M			+
Умумий сийдик таҳлили			+
Нажаснинг умумий таҳлили			+
Биокимёвий тадқиқотлар мажмуаси			+
Иммунологик тадқиқотлар			+
Бевосита/билвосита иммунофлюоресценция			+
Инфекцияларни ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЗР усулида текшириш			+
Қўшимча инструментал диагностика			
Тери ҳолатини ташхислаш-дерматоскопия			+
Ички аъзолар УТТ			+
Даволаш			
Дори-дармонсиз даволашни тайинлаш компетенсияси (26-бет)			+
Дори-дармонларни тайинлаш компетенсияси (18-			

25 бетлар)			+
------------	--	--	---

Профилактика			
Хулқ-атвори 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.

Ўраб олувчи темирткини менежменти бўйича билим компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Тор мутахассис#
Ўраб олувчи темиртки тавсифи			+
Шикоятларнинг симптоматик тавсифи			+
Патофизиологик механизмлар тавсифи			+
Ўраб олувчи темирткини ташхислашда этиология, симптомлар ва текширувлар (асосий лаборатор-инструментал текширувлар) асосида ёндашувни яратиш.			+
Асосий таҳлилларни талқин қилиш			+
Ўраб олувчи темирткини даволашга ёндашувни шакллантириш			+
Ўраб олувчи темирткининг дори-дармонсиз терапиясини тавсифланг			+
Ўраб олувчи темирткининг медикаментоз терапиясини айтиб беринг.			+
Ўраб олувчи темирткида ишлатиладиган турли препаратларнинг таъсир механизми, кўрсатмалари ва ножўя таъсирларини муҳокама қилинг.			+
Даволаш доирасида ўраб олувчи темиртки ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг.			+

Асосий тор мутахассис – дерматовенеролог шифокори ҳисобланади.