

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
ilova

O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN DERMATOLOGIYA VA
KOSMETOLOGIYA ILMIIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

«O'RAB OLUVCHI TEMIRATKI » NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOSHKENT 2025



[Handwritten signature]

“TASDIQLAYMAN”
O‘zR SSV “RIDVvaKIATM” DM
direktori v.b. Sabirov U.Yu.

«27» mart 2025 yil.

**«O‘RAB OLUVCHI TEMIRATKI» NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

Mundarija

«O’RAB OLUVCHI TEMIRATKI» NOZOLOGIYASINING TASHXISLASH VA DAVOLASH UCHUN MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	5
«O’RAB OLUVCHI TEMIRATKI » NOZOLOGIYASINING TIBBIY ARALASHUVLAR UCHUN MILLIY KLINIK PROTOKOLI	23
«O’RAB OLUVCHI TEMIRATKI » NOZOLOGIYASINING PROFILAKTIKA VA REABILITASIYA UCHUN MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	27

**«O'RAB OLUVCHI TEMIRATKI» NOZOLOGIYASINING
TASHXISLASH VA DAVOLASH UCHUN MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

Kirish qismi

XKT-10/11 kodlari:

B02/1E91	O‘rab oluvchi temiratki [herpes zoster]	1E91.0 Asoratlarsiz o‘rab oluvchi herpes
B02.0	Ensefalit bilan kechuvchi o‘rab oluvchi temiratki	1E91.1 Oftalmologik o‘rab oluvchi herpes
B02.1	Meningit bilan kechuvchi o‘rab oluvchi temiratki	1E91.2 Tarqoq o‘rab oluvchi herpes
B02.2	O‘rab oluvchi temiratki va boshqalar asab tizimi tomonidan asoratlar: Postgerpetik: yuz nervi tizza tuguni ganglioniti, polinevropatiya, uch shoxli nerv nevrалgiyasi	1E91.3 Markaziy asab tizimi zararlanishi bilan bog‘liq o‘rab oluvchi herpes
B02.3	Ko‘z asoratlari bilan o‘rab oluvchi temiratki: O‘rab oluvchi temiratki virusi tufayli kelib chiqqan: blefarit, konyuktivit, iridotsiklit, irit, keratit, keratokonyuktivit, sklerit	1E91.4 O‘rab oluvchi herpes tufayli kelib chiqqan bosh miya o‘tkir nevropatiyasi
B02.7	Tarqoq o‘rab oluvchi temiratki	1E91.5 Gerpesdan keyingi polinevropatiya
B02.8	Boshqa asoratlar bilan o‘rab oluvchi temiratki	1E91.Y Boshqa aniqlangan asoratlar bilan o‘rab oluvchi herpes
B02.9	O‘rab oluvchi temiratki asoratsiz	1E91.Z Boshqa turdagi o‘rab oluvchi herpes
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11157	https://mkb-11.com/?id=1E91

Protokolni ishlab chiqilishi va qayta ko‘rilishi sanasi: 2025 yil, ko‘rib chiqish sanasi 2028 y. yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o‘zgartirishlar tegishli hujjatlarda e‘lon qilinadi.

Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish uchun mas‘ul bo‘lgan tashkilot:

Respublika ixtisoslashtirilgan dermatologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda xissa qo‘shganlar:

1.	Sabirov U.Yu.	Markaz direktori, t.f.d., professor	(O‘z. Res. SSV RIDV va KIATM)
2.	Radjabova Yu.N.	Shifokorlarning uzluksiz malakasini oshirish markazi metodisti, PhD	(O‘z. Res. SSV RIDV va KIATM)
3.	Boxodirova A.A.	Ilmiy kotib	(O‘z. Res. SSV RIDV va KIATM)
4.	Akromov A.R.	Mikozlar muammolarini o‘rganish ilmiy laboratoriyasi xodimi	(O‘z. Res. SSV RIDV va KIATM)

Taqrizchilar:

1. Porsoxonova Delya Fozilovna - tibbiyot fanlari doktori, O‘zbekiston Respublikasi Sog‘liqni Saqlash vazirligi RIDV va KIATMning JYBYuI va RB muammolarini o‘rganish bo‘yicha ilmiy laboratoriya mudiri.
2. Senan Karimov - tibbiyot fanlari doktori, Boku shahridagi vrachlar malakasini oshirish instituti dermatovenerologiya kafedrasini mudiri, Ozarbayjon

Texnik ekspertni baholash va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich - t.f.d., RIDV va KIATMning davolash bo'yicha direktor o'rinbosari, klinika Bosh shifokori.
2. Jalilov Dilshod Sayfullaevich – t.f.n., RIDV va KIATMning ilmiy ishlar bo'yicha direktor o'rinbosari

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Muhokama bayonnomasidan ko'chirma olingan sana va raqam: O'z. Res. SSV RIDV va KIATM 3-sonli 27.03.2025-sonli bayonnomasidan ko'chirma

Qisqartmalar ro'yxati

VZV	Varicella Zoster Virus
XB	Xalqaro birliklar
O'OT	O'rab oluvchi temiratki
O'OG	O'rab oluvchi herpes
GKN	Gerpesdan keyingi nevrалgiya
HHV-3	Odam herpes virusi, odam herpes virusi 3-tipi
T ₁ -L ₂	Ko'krak-bel (umurtqa pog'onasi segmentlari)
OGV	Oddiy herpes virusi
XKT	Xalqaro kasalliklar tasnifi
IXLA	Immunoxemilyuminessent tahlil
IFIA	Immunoflyuoressent tahlil
IFA	Immunoferment tahlil
PZR	Polimeraza zanjir reaksiyasi
RIF	Immunofluoressensiya reaksiyasi
RIBT	Oqish treponemalarning immobilizatsiya reaksiyasi
RPGA	Passiv gemaglyutinatsiya reaksiyasi
IgG va IgM	G va M immunoglobulinlari
OITV	Odam immunitet tanqisligi virusi
OITS	Orttirilgan immunitet tanqisligi sindromi
JSST	Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti
PILN	Past intensivlikli lazer nurlanishi
O'YCH	O'ta yuqori chastotali
IQ	Infraqizil

Protokoldan foydalanuvchilar:

1. Dermatovenerologlar;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Pediatrlar;
4. Laboratoriya shifokorlari;
5. Nevrologlar;

6. Sogʻliqni Saqlash Tashkilotchilari;
7. Klinik farmakologlar;
8. Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, doktorantlar, tibbiyot oliy oʻquv yurtlari oʻqituvchilari;
9. Ushbu patologiyaga ega bemorlar, ularning oila aʼzolari va tarbiyachilari.

Ushbu protokol oʻrab oluvchi temiratkini tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini hamma joyda sogʻliqni saqlash amaliyotiga joriy etish uchun asosdir.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi: ushbu tashxis qoʻyilgan bemorlar tekshiruvdan oʻtkaziladi.

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (tashxislash aralashuvlari uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Referens usul yordamida nazorat ostida oʻtkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan oʻtkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda koʻrib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda koʻrib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki oʻrganilayotgan usuldan mustaqil boʻlmagan referens usulo yordamida oʻtkazilgan tadqiqotlar yoki randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning taʼsir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

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

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

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha koʻrib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim oʻrinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar boʻyicha xulosalari kelishilgan)
V	Shartli tavsiya (ayrim koʻrib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim oʻrinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar boʻyicha xulosalari kelishilmagan)

S	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan
---	---

Asosiy qism

Kirish

Suvchechak virusi - zoster (VZV) - herpes oilasiga mansub o‘ta yuqumli virus, u ikkala kasallikni keltirib chiqaradi: suvchechak, odatda bolalik davrida va o‘rab oluvchi temiratki, odatda ancha kech, voyaga yetgandan keyin yoshi. VZV hamma joyda tarqalgan.

Infeksiyaning kechroq namoyon bo‘lishida suvchechak kuzatiladigan yoshga nisbatan ba’zi "geografik" xilma-xillik mavjud, bu ko‘pincha tropik mintaqalarda kuzatiladi. Virus odamdan odamga chechak yoki gerpetik toshma bilan bevosita aloqada bo‘lganda, suvchechak bilan kasallangan bemorning nafas yo‘llari ajralmalarining havoda muallaq turgan tomchilarini nafas olganda yoki kamroq hollarda suvchechak yoki gerpetik toshma bilan kasallangan bemorning vezikulalari tarkibidagi havoda muallaq turgan tomchilarni nafas olganda yuqadi.

Virus organizmga nafas yo‘llarining yuqori qismlari yoki konyunktiva orqali kiradi. VZV bilan birlamchi zararlangandan so‘ng virus nerv tugunlarida yashirin holatda qoladi va keyinchalik hayotda faollashib, o‘rab oluvchi temiratkini (O‘T) keltirib chiqarishi mumkin.

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

Ta’rifi

O‘rab oluvchi herpes (Varicella Zoster virusi) - 3-toifa herpes virusining faollashuvi natijasida yuzaga keladigan teri va asab to‘qimalarining virusli kasalligi bo‘lib, terining yallig‘lanishi ("dermatom" sohasida eritema fonida asosan pufakchali toshmalar paydo bo‘lishi bilan) va asab to‘qimalarining (orqa miya ildizlari va periferik nerv tugunlari) yallig‘lanishi bilan tavsiflanadi [1].

Kasallik etiologiyasi va patogenezini

Odam herpes virusi 3 turi (Varicella Zoster virusi, Human herpesvirus, HHV-3, Varicella-zoster virus, VZV) - Alphaherpesviridae kenja oilasi, Herpesviridae oilasiga kiradi. O‘rab oluvchi temiratki qo‘zg‘atuvchisining faqat bitta serotipi mavjud. Varicella-zoster virusining birlamchi infeksiyasi, odatda, suvchechak bilan namoyon bo‘ladi. Immunosupressiya bilan og‘rigan bemorlarda O‘rab oluvchi temiratki rivojlanish xavfi xuddi shu yoshdagi normal immunitetli odamlarga qaraganda 20 baravar yuqori. O‘rab oluvchi temiratki rivojlanishining yuqori xavfi bilan bog‘liq immunosupressiv holatlarga quyidagilar kiradi: OITV infeksiyasi, suyak iligi transplantatsiyasi, leykemiya va limfomalar, kimyoterapiya va tizimli glyukokortikosteroid dorilar bilan davolash. O‘rab oluvchi temiratki immunitet tanqisligi rivojlanishining dastlabki belgilarini ko‘rsatadigan OITV infeksiyasining erta belgisi bo‘lishi mumkin. O‘rab oluvchi temiratkini rivojlanish xavfini oshiradigan boshqa omillarga quyidagilar kiradi: ayol jinsi, zararlangan dermatomning jismoniy shikastlanishi.

O‘rab oluvchi temiratkining asoratlanmagan shakllarida virus toshma toshgandan keyin 7 kun ichida eksudativ elementlardan ajralib chiqishi mumkin (immunosupressiyali bemorlarda bu muddat uzayadi). O‘rab oluvchi temiratki asoratlanmagan shakllarida virusning tarqalishi toshmalar bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri aloqa qilganda sodir bo‘ladi, tarqalgan shakllarida infeksiyaning havo-tomchi yo‘li bilan yuqishi mumkin. Kasallikning kechish jarayonida VZV teri va shilliq qavatlardagi toshmalardan sensor nervlarning oxirlariga kirib boradi va ularning tolalari orqali sensor gangliyalarga yetib boradi - bu uning inson tanasida saqlanib

qolishini ta'minlaydi. Virus ko'pincha uch shoxli nervning I shoxida va T1-L2 spinal gangliyalarda persistirlanadi. [2]

Epidemiologiya

Dunyoning turli mamlakatlarida o'rab oluvchi temiratki bilan kasallanish barcha yosh guruhlarida yiliga 10 000 kishiga 1,5-3 holatni, 60 yoshdan oshgan shaxslarda esa yiliga 10 000 kishiga 7-11 holatni tashkil etadi. Immuniteti pasaygan bemorlarda O'OG rivojlanish xavfi 20-100 marta yuqori. Bolalar va o'smirlarda O'OG kamdan kam kuzatiladi, tug'ruq davrida onalari o'rab oluvchi temiratki bilan kasallangan yangi tug'ilgan chaqaloqlarning kasallanish holatlari tasvirlangan. VZV bilan homila ichi aloqasi, 18 oygacha bo'lgan davrda o'tkazilgan suvchechak, shuningdek, hujayra immunitetining zaiflashishi bilan bog'liq immunitet tanqisligi (OITV infeksiyasi, transplantatsiyadan keyingi holat, onkologik kasalliklar va boshqalar) katta ahamiyatga ega. Shunday qilib, O'OG OITV bilan kasallanganlarning 25% gacha zarar ko'radi, bu 20 yoshdan 50 yoshgacha bo'lgan odamlarda kasallanishning o'rtacha ko'rsatkichidan 8 baravar yuqori. A'zolari ko'chirib o'tkazish bo'limlari va onkologik kasalxonalaridagi bemorlarning 25-50 foizigacha o'rab oluvchi temiratki bilan kasallanadi, bunda o'lim darajasi 3-5% ga yetadi. Kasallikdan tuzalganlarning 5% dan kamrog'ida kasallikning qaytalanishi uchraydi. [3, 4].

Tasniflash

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

1. Asoratlarsiz o'rab oluvchi temiratki:
 - eritematoz shakli;
 - vezikulyoz shakli;
 - pustulez shakli
2. Abortiv shakli
3. Gemorragik shakli.
4. Gangrenoz shakli.
5. Generalizatsiyalashgan shakli
6. Disseminatsiyalangan shakli
7. Ko'ruv a'zosining zararlanishi bilan kechuvchi o'rab oluvchi temiratki.
8. Og'iz bo'shlig'i, halqum, hiqildoq, quloq supراسi va eshituv yo'li shilliq qavatlarini zararlanishi bilan kechuvchi o'rab oluvchi temiratki.
9. Asoratlangan o'rab oluvchi temiratki:
 - oftalmogerpes;
 - Xant sindromi.
10. Bolalarda o'rab oluvchi temiratki
11. OITV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda o'rab oluvchi temiratki.
12. Homiladorlarda o'rab oluvchi temiratki.

Kasallikning klinik ko'rinishi

O'rab oluvchi temiratkidagi toshmalarning o'ziga xos xususiyati toshma elementlarining joylashuvi va tarqalishi bo'lib, ular bir tomonda kuzatiladi va bitta sezgi tugunining innervatsiya sohasi bilan chegaralanadi.

Uch shoxli nervning innervatsiya sohalari, ayniqsa ko'z tarmog'i va T1-L2 segmentlari sohasidagi tana terisi eng ko'p zararlanadi.

O'rab oluvchi temiratkinin kliniK ko'rinishi teridagi belgilar va nevrologik buzilishlarni o'z ichiga oladi. Ko'pchilik bemorlarda umuminfekcion simptomlar: gipertermiya, regional limfa tugunlarining kattalashishi, likvorning o'zgarishi (limfotsitoz va monotsitoz ko'rinishida) kuzatiladi. Og'riqlar paydo bo'lganidan 3-5 kun o'tgach, shikastlanish o'chog'ida terining shishishi va giperemiyasi paydo bo'ladi, uning fonida guruhlangan (ko'p kamerali) tugunli elementlar paydo bo'ladi, ular qisqa vaqt ichida shaffof tarkibga ega

bo'lgan pufakchalarga aylanadi. 4-5 kun ichida suyuqlik opalessiyalanuvchi, keyinchalik esa loyqa bo'lib qoladi. Vezikulyoz toshmalar ko'pincha "turtkisimon" ko'rinishda paydo bo'ladi, bu esa kasallik avj olgan davrda toshmalarni turli rivojlanish bosqichlarida kuzatish imkonini beradi. Pufakchalarning ko'pchiligi qotib qobiqqa aylanadi, ba'zilar esa eroziya hosil qilib yoriladi. Eroziyalar epitelizatsiyalanib, po'stloqlar tushib ketganidan keyin vaqtincha pigmentatsiya qoladi. Kasallikning umumiy davomiyligi o'rtacha 2-3 hafta.

Herpes zoster ning birmuncha yengil, abortiv xilida ham giperemiya o'choqlarida papulalar paydo bo'ladi, lekin pufakchalar paydo bo'lmaydi.

Kasallikning gemorragik shaklida pufakchali toshmalar qon aralash bo'ladi, jarayon dermaga chuqur tarqaladi, po'stloqlar to'q jigarrang tusga kiradi. Ba'zi hollarda pufakchalar tubi nekrozga uchraydi va Herpes zoster ning gangrenoz shakli rivojlanib, terida chandiqli o'zgarishlar qoladi.

O'rab oluvchi temiratkinining gangrenoz shaklining o'ziga xos xususiyati vezikulalar o'rnida uzoq vaqt bitmaydigan, massiv nekrotik qobiqlar bilan qoplangan chuqur yaralarning paydo bo'lishi bo'lib, ular ko'chib tushgandan so'ng chandiqlar hosil bo'ladi. Bullyoz shakli - toshmalar feston shaklidagi yirik pufakchalar ko'rinishida bo'ladi. Xant sindromi - yuz nervining parezi va/yoki falaji quloq og'rig'i va aurikulyar sohada o'rab oluvchigerpesning o'ziga xos toshmalari bilan namoyon bo'ladi. Bernar-Xorner sindromi siliospinal nervning shikastlanishi natijasida rivojlanadi va enoftalmning shakllanishi, mioz va ko'z yorig'ining torayishi bilan birga o'rab oluvchigerpesning asosiy belgilari bilan tavsiflanadi.

Generalizatsiyalashgan shakli butun teri qoplamida vezikulyar toshmalar bilan birga nerv ustuni bo'ylab toshmalar paydo bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Immunitet tanqisligi mavjud bo'lganda (jumladan, OITV infeksiyasida) teri belgilari zararlangan dermatomdan uzoqda paydo bo'lishi mumkin - o'rab oluvchi temiratkinining tarqalgan shakli. Bemorning yoshi ortishi bilan terida toshmalarning paydo bo'lish ehtimoli va tarqalish darajasi ortadi.

Uch shoxli nervning ko'z tarmog'ining zararlanishi o'rab oluvchigerpes bilan og'rigan bemorlarning 10-15% da kuzatiladi, bunda toshmalar terida ko'z darajasidan tepa sohasigacha joylashib, peshonaning o'rta chizig'i bo'ylab keskin uzilishi mumkin.

Ko'z, burun uchi va yon qismlarini innervatsiya qiluvchi nazotelial shoxning zararlanishi virusning ko'rish a'zosi tuzilmalariga kirishiga olib keladi.

Uch shoxli nervning ikkinchi va uchinchi shoxlari hamda boshqa bosh miya nervlarining zararlanishi og'iz bo'shlig'i, halqum, hiqildoq shilliq qavatida, quloq supراسi va tashqi eshituv yo'li terisida toshmalar paydo bo'lishiga olib keladi.

Og'riq O'rab oluvchi temiratkinining asosiy belgisidir. U ko'pincha teri toshmasi rivojlanishidan oldin paydo bo'ladi va toshmalarning yo'qolishidan keyin kuzatiladi (postgerpetik nevrالgiya).

O'rab oluvchi temiratki bilan bog'liq og'riq sindromi uchta fazaga ega: o'tkir, o'tkir osti va surunkali.

Og'riq sindromining o'tkir fazasi prodromal davrda paydo bo'ladi va 30 kun davom etadi. Og'riq sindromining o'tkir osti fazasi o'tkir fazadan keyin keladi va 120 kundan ortiq davom etmaydi. 120 kundan ortiq davom etadigan og'riq sindromi postgerpetik nevrالgiya deb ta'riflanadi.

Gerpesdan keyingi nevrالgiya bir necha oy yoki yillar davom etishi mumkin, bu jismoniy azob-uqubatlarga olib keladi va bemorlarning hayot sifatini sezilarli darajada pasaytiradi.

Prodromal og'riqning bevosita sababi nerv to'qimasida VZV ning subklinik reaktivatsiyasi va replikatsiyasidir. Periferik nervlar va gangliyalardagi neyronlarning zararlanishi afferent og'riq signallarining qo'zg'atuvchi omili hisoblanadi. Bir qator bemorlarda og'riq sindromi umumiy tizimli yallig'lanish belgilari bilan birga keladi: isitma, holsizlik, mialgiya, bosh og'rig'i.

Immunokompetent bemorlarning ko'pchiligida (60-90%) kuchli o'tkir og'riq teri toshmalarining paydo bo'lishi bilan birga keladi. Prodromal davrda va o'rab oluvchigerpesning o'tkir bosqichida afferent impulsning bloklanishi natijasida qo'zg'atuvchi aminokislotalar va neyropeptidlarning sezilarli darajada ajralishi orqa miya orqa shoxlarining ingibirlovchi oraliq neyronlarining toksik shikastlanishiga va o'limiga olib kelishi mumkin. O'tkir og'riq sindromi yoshga qarab kuchayadi.

Allodiniya (me'yorda og'riq keltirib chiqarmaydigan stimullar, masalan, kiyimga tegish natijasida yuzaga keladigan og'riq va/yoki yoqimsiz his).

Gerpesdan keyingi nevrologiya rivojlanishiga moyil bo'lgan omillar: 50 yoshdan oshgan, ayol jinsi, prodrom mavjudligi, terida massiv toshmalar, toshmalarning uch shoxli nerv yoki yelka chigali innervatsiyasi sohasida joylashuvi, kuchli o'tkir og'riq, immunitet tanqisligi mavjudligi.

Gerpesdan keyingi nevrologiyada og'riqning uch turini ajratish mumkin:

- doimiy, chuqur, to'ntoq, bosuvchi yoki kuydiruvchi og'riq;
- spontan, davriy, sanchuvchi, otuvchi, tok urishiga o'xshash;
- allodiniya.

Og'riq sindromi, odatda, uyquning buzilishi, ishtahaning yo'qolishi va vazn yo'qotish, surunkali charchoq, depressiya bilan birga keladi, bu esa bemorlarning ijtimoiy dezadaptatsiyasiga olib keladi.

O'rab oluvchi temiratkinining asoratlari quyidagilar kiradi: o'tkir va surunkali ensefalit, miyelit, retinit, 75-80% hollarda ko'rlikka olib keladigan to'r pardaning tez rivojlanuvchi gerpetik nekrozi, uzoq muddatli qarama-qarshi gemiparez bilan oftalmogerpes (Herpes ophtalmicus), shuningdek oshqozon-ichak trakti va yurak-qon tomir tizimining shikastlanishi va boshqalar.

Oftalmogerpes - ko'z nervining har qanday tarmog'ining gerpetik shikastlanishi. Bunda ko'pincha shox parda zararlanib, keratit boshlanadi. Bundan tashqari, ko'z olmasining boshqa qismlari ham zararlanib, episklerit, iridotsiklit boshlanadi, ko'zning rangdor pardasi yallig'lanadi.

To'r parda kamdan kam hollarda patologik jarayonga tortiladi (gemorragiyalar, emboliyalar ko'rinishida), ko'pincha ko'ruv nervi zararlanadi, natijada ko'ruv nervining atrofiyaga olib keluvchi nevrini rivojlanadi (meningial jarayonning ko'ruv nerviga o'tishi hisobiga bo'lishi mumkin).

O'rab oluvchi temiratki ko'zning zararlanishi bilan toshmalar ko'z darajasidan tepagacha tarqaladi, lekin o'rta chiziqni kesib o'tmaydi. Burun qanotlari yoki uchida joylashgan vezikulalar (Getchinson belgisi) eng jiddiy asoratlar bilan bog'liq.

O'rab oluvchi temiratkinining asoratlari

O'rab oluvchi temiratki asoratlari quyidagilar kiradi: o'tkir va surunkali ensefalit, miyelit, retinit, 75-80% hollarda ko'rlikka olib keladigan to'r pardaning tez rivojlanuvchi gerpetik nekrozi, uzoq muddatlarda qarama-qarshi gemiparez bilan kechuvchi Herpes ophtalmicus, shuningdek oshqozon-ichak trakti va yurak-qon tomir tizimining shikastlanishi va boshqalar. Ko'z nervining har qanday tarmog'ining gerpetik zararlanishi oftalmogerpes deb ataladi. Bunda ko'pincha shox parda zararlanib, keratit boshlanadi. Bundan tashqari, ko'z olmasining boshqa qismlari - episklerit, iridotsiklit, rangdor pardaning yallig'lanishi ham zararlanadi. To'r parda kamdan kam hollarda patologik jarayonga tortiladi (gemorragiyalar, emboliyalar ko'rinishida), ko'pincha ko'ruv nervi zararlanadi, natijada ko'ruv nervining atrofiyaga olib keluvchi nevrini rivojlanadi (meningial jarayonning ko'ruv nerviga o'tishi hisobiga bo'lishi mumkin). O'rab oluvchi temiratki ko'zning zararlanishi bilan toshmalar ko'z sathidan tepagacha tarqaladi, lekin o'rta chiziqni kesib o'tmaydi.

Burun qanotlari yoki uchida joylashgan vezikulalar (Getchinson belgisi) eng jiddiy asoratlar bilan bog'liq. Tizza tugunining ganglioliti Xant sindromi bilan namoyon bo'ladi. Bunda bosh miya nervining sensor va motor qismlari zararlanadi (yuz nervining falaji), bu vestibulo-koxlear buzilishlar bilan birga kechadi. Uning periferik nervlari tarqalgan sohalarda shilliq qavatlarda va terida toshmalar paydo bo'ladi: vezikulalar nog'ora pardada, quloq suprasining tashqi eshituv teshigida, tashqi quloqda va tilning yon yuzalarida joylashadi. Til orqa qismining 2/3 qismida bir tomonlama ta'm yo'qolishi mumkin.

O'rab oluvchi temiratki toshmalari dumg'aza sohasida joylashishi mumkin. Bunda siydik ajralishining buzilishi va siydik tutilishi bilan kechuvchi neyrogen qovuq rivojlanadi (virusning qo'shni avtonom nervlarga migratsiyasi hisobiga)

O'rab oluvchi temiratki bolalarda

Bolalarning o'rab oluvchi temiratki bilan kasallanishi haqida yagona ma'lumotlar mavjud. Bolalarda o'rab oluvchi temiratki rivojlanishining xavf omillariga quyidagilar kiradi: homiladorlik davrida onada suvchechak yoki hayotning 1-yilida birlamchi VZV infeksiyasi. 1 yoshgacha suvchechak bilan kasallanib o'tgan bolalarda AG bilan kasallanish xavfi yuqori bo'ladi. Bolalarda o'rab oluvchigerpes keksa bemorlardagidek og'ir kechmaydi, og'riq sindromi kamroq ifodalanadi; postgerpetik nevrologiyalar ham kam uchraydi.

OITV infeksiyasi bilan kasallangan bemorlarda o'rab oluvchi temiratki

OITV infeksiyali bemorlarda o'rab oluvchi temiratki rivojlanish xavfi yuqori bo'lib, ularda kasallik retsidivlari ko'proq rivojlanadi. Harakatlantiruvchi nervlar qo'shilishi hisobiga qo'shimcha simptomlar paydo bo'lishi mumkin (5-15% hollarda). O'rab oluvchi temiratki kechishi uzoqroq davom etadi, ko'pincha gangrenoz va disseminatsiyalangan shakllari rivojlanadi (25-50%), bunda ushbu toifadagi bemorlarning 10% da ichki a'zolarining (o'pka, jigar, bosh miya) og'ir shikastlanishlari aniqlanadi. OITV infeksiyasida bir yoki bir nechta qo'shni dermatomlar doirasida O'rab oluvchi temiratki tez-tez qaytalanishi kuzatiladi.

Homilador ayollarda o'rab oluvchi temiratki

Birlamchi infeksiya, odatda, suvchechak bilan namoyon bo'ladi, bu rasmiy davlat statistikasi ma'lumotlariga ko'ra, homilador ayollarning 7:10000 ni tashkil qiladi. Kasallik pnevmoniya, ensefalit boshlanishi bilan asoratlanishi mumkin. Homiladorlikning birinchi trimestrida gerpetik infeksiya birlamchi yo'ldosh yetishmovchiligiga olib keladi va odatda homiladorlikning to'xtashi bilan birga keladi. Infeksiyaning mavjudligi gemodinamika buzilishi oqibatlarining (yo'ldosh yetishmovchiligi, homila ichi gipoksiyasi, homila rivojlanishining kechikishi) intensiv profilaktikasini o'tkazish uchun asos bo'lishi kerak. [5, 6, 8, 12, 16]

Shikoyatlari va anamnez:

Prodromal davrda, bu davrda zararlangan dermatom sohasida og'riq va parasteziyalar paydo bo'ladi (kamroq - qichishish, "sanchish," achishish). Og'riqlar davriy yoki doimiy xarakterga ega bo'lishi va teri giperesteziyasi bilan kechishi mumkin. Og'riq sindromi plevrit, miokard infarkti, o'n ikki barmoqli ichak yarasi, xoletsistit, buyrak yoki jigar sanchig'i, appenditsit, umurtqalararo disklar prolapsi, glaukomaning erta bosqichiga o'xshashi mumkin, bu esa tashxis qo'yish va davolashda qiyinchiliklarga olib kelishi mumkin. Prodromal davrdagi og'riq normal immunitetga ega bo'lgan 30 yoshgacha bo'lgan bemorlarda bo'lmasligi mumkin. [1]

Klinik ko'rinishlar mavjud bo'lganda quyidagi subyektiv alomatlar bo'lishi mumkin:

- toshma toshgan joyda va nerv (segment) bo'ylab og'riq va achishish;
- dog'li, keyinchalik pufakchali va pufakchali elementlarning paydo bo'lishi;
- gemorragik shaklida toshmalar teriga chuqur kirib, og'riq intensivligini kuchaytirishi mumkin;
- generalizatsiyalangan shaklida asab ustunlari bo'ylab toshmalar bilan bir qatorda butun teri qoplamidagi toshmalar bezovta qiladi;
- OITV infeksiyasi bilan bog'liq bo'lganda, toshmalar bezovta qiladi;
- uch shoxli nervning ko'z shoxi zararlanganda, ko'rishning qiyinlashishi, ko'zning harakatlanishi, ptoz hodisalari bezovta qiladi;
- uch shoxli nervning ikkinchi va uchinchi shoxlari zararlanganda: og'iz bo'shlig'i, hiqildoq, quloq supراسi va tashqi eshituv yo'li terisidagi toshmalar va og'riqlar, ko'zning to'r pardasi, shox pardasi, rangdor pardasining yallig'lanishi bezovta qiladi;
- gemiparez ko'rinishlari rivojlanishi mumkin;
- o'rab oluvchigerpes toshmalarini dumg'aza sohasida joylashganda siydik ajralishi buzilib, siydik tutilishi kuzatiladi;
- OITV ni yuqtirib olgan shaxslarda kasallik takrorlanishi mumkin;
- homilador ayollarda og'riq va homiladorlikning to'xtashi kuzatilishi mumkin [7]

Diagnostika usullari, yondashuvlari va protseduralari

Tashxis xarakterli klinik ko'rinishga asoslanib qo'yiladi; zarur bo'lsa, tekshirilayotgan klinik materialda Varicella-Zoster virusini aniqlash orqali tasdiqlanadi.

Laborator tekshiruvlari

<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>

- | | |
|----------------------|---|
| C
5 | <ul style="list-style-type: none">• Umumiy qon tahlili• Zaxmga skrining testlari: RMP, RPR, SRKdan biri• OITV infeksiyasini IFA usulida tashxislash |
|----------------------|---|

B 1	Tashxisni aniqlashtirish va verifikatsiya qilish zarur bo'lganda, teri va/yoki shilliq qavatlardagi o'rab oluvchigerpes bilan zararlangan o'choqlardan olingan materialda mavjud bo'lgan Varicella-Zoster virusini aniqlash uchun molekulyar-biologik usullardan foydalanish tavsiya etiladi: vezikulyar suyuqlikni, toshmalardan olingan qirindilarni suvchechak va o'rab oluvchi temiratki virusiga (Varicella-Zoster virus) molekulyar-biologik tekshirish va/yoki vezikulyar suyuqlikda, toshmalardan olingan qirindilarda suvchechak va o'rab oluvchi temiratki virusining (Varicella-Zoster virus) DNKsini PZR usuli bilan aniqlash.
----------------------	--

- | | |
|----------------------|--|
| C
5 | <ul style="list-style-type: none">• Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IHA, Immunoblot IgG va IgM• Infeksiyalarni IFA, IXLA, IFIA va PZR usullari bilan tekshirish• Umumiy siydik tahlili• Najasning umumiy tahlili• Biokimyoviy tadqiqotlar majmuasi• Immunologik tadqiqotlar• Bevosita/bilvosita immunoflyuoressensiya |
|----------------------|--|

Instrumental tadqiqotlar:

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

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| C
4 | Teri holati diagnostikasi |
|----------------------|---------------------------|

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

- | | |
|----------------------|---------------------|
| C
4 | Ichki a'zolar UTTsi |
|----------------------|---------------------|

Mutaxassislar maslahati uchun ko'rsatmalar

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

- | | |
|----------------------|---|
| C
5 | <ul style="list-style-type: none">• Nevrolog maslahati• Terapevt/pediatr maslahati• Oftalmolog maslahati• Ginekolog maslahati• Stomatolog maslahati• Otorinolaringolog maslahati |
|----------------------|---|

Differentsial tashxis:

O‘rab oluvchi temiratki ko‘rinishlarini oddiy herpesning zosterimon turi, kontakt dermatit (hasharotlar chaqishidan keyin, fotodermatit), pufakli dermatozlar (Dyuringning gerpetiform dermatiti, bullyoz pemfigoid, po‘rsildoq) bilan farqlash zarur.

Dori-darmonlar bilan davolash.

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

Jadval-1

Asosiy dori-vositalarning ro‘yxati (100% foydalanish ehtimoli bilan):

Dori-vositasining (xalqaro patentlanmagan) nomi	Dori-vositaning dozirovkasi va qo‘llanilishi	Dalillar darajasi
Atsiklovir	800 mg kuniga 5 marta 7-10 kun davomida ichishga	A https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Valatsiklovir	1 g x kuniga 3 marta 7-10 kun, ichishga	A https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Famtsiklovir	500 mg x kuniga 3 marta 7-10 kun, ichishga	A https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Foskarnet	Tana vaznining har bir kilogrammiga 49 mg dan 15-20 kun davomida kuniga 3 marta vena ichiga sekin-asta tomchilab yuboriladi	B https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhijgerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Brivudin (bromvinildezoksiuridin)	125 mg dan kuniga 1 mahal ichiladi. Davolash davomiyligi kamida 7 kun. Davolashning birinchi kursidan keyin ikkinchi kursni o‘tkazish kerak emas. Davolashni iloji boricha erta boshlash kerak, yaxshisi terida kasallikka xos bo‘lgan birinchi alomatlar (odatda toshmalar) paydo bo‘lganidan keyin 3 kun ichida yoki	B https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15341504/

	birinchi pufakchalar paydo bo'lganidan keyin 2 kun ichida.	
Diklofenak	tabletkalar 25 mg, ichishga 50 mg - kuniga 2-3 marta; tabletkalar, kapsulalar 100 mg - kuniga bir marta; ampulalar 3ml 25mg/ml-v/m-1-2 marta kuniga.	B https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Indometatsin	250 mg, kuniga 3 marta, kurs 10-14 kun	B https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Ibuprofen	tabletkalar 200 mg - ichishga - kuniga 3-4 marta; tabletkalar ichishga 400 mg - kuniga 2-3 marta.	B https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
Paratsetamol	tabletkalar 500 mg - ichishga - kuniga 2-3 marta.	B https://emedicine.medscape.com/article/1132465-guidelines#g2
	Mahalliy terapiya	
Rekombinant IFN alfa-2b geli	klirik ko'rinishlar yo'qolguncha kuniga 3-5 marta mahalliy	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Metilen ko'ki	zararlangan joylarga sutkasiga 2-3 marta	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Fukorsin	Eritma terining zararlangan joylariga paxta tamponi yoki mazok yordamida kuniga 2-4 marta surtiladi. Suyuqlik qurigandan so'ng ishlov berilgan joyga surtma va pastalar surtish mumkin.	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Kalamin 15%	zararlangan joylarga sutkasiga 2-3 marta	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

Sindol 12,5%	Qo'llashdan oldin chayqating. Preparat bilan ho'llangan tampon bilan terining zararlangan joylariga kuniga 2-3 marta suspenziya surtiladi.	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Fosfon chumoli kislotasi	Teri va jinsiy a'zolar infeksiyasida 3% li malhamni jarohatlangan joylarga surtish ko'rinishida qo'llaniladi. Kasallikning og'ir kechishida preparatni vena ichiga sekin (2 soat davomida) tomchilab 60-90 mg/kg dan kuniga 3 marta 10-14 kun	C https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Atsiklovir surtmasi 5%	terining zararlangan yuzasi o'choqlariga kuniga 5 marta sutiladi	B https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Pensiklovir kremi 1%	6-12 kun davomida yoki to'liq sog'ayguncha	B https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Epervudin malhami	Tashqarida. Kattalar va 16 yoshdan oshgan bolalarga - kun davomida har 2 soatda toshmalarga surtiladi	B https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Opojasyvajushhij_gerpes_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

Izoh: Agar ma'lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo'llash uchun tasdiqlangan ro'yxatda bo'lmasa yoki vaqtincha mavjud bo'lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo'lgan preparatlar). Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi.

Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi. Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo'shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar, agar ular qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lmasa va O'zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo'lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zaruratga ko'ra qo'llanilishi mumkin.

Jadval -2

Qo'shimcha dori-vositalarning ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

Dori-vositasing (xalqaro patentlanmagan) nomi	Dori-vositaning dozirovkasi va qo'llanilishi	Dalillar darajasi
Glutamat NMDA retseptorlari blokatori - Amantadin infuziya uchun eritma, tabletkalar	200 mg (500 ml) vena ichiga tomchilab 1-2 marta sutkasiga uch kun davomida, keyinchalik peros 100-200 mg dan kuniga ikki marta dozani asta-sekin kamaytirish bilan. Qabul qilish davomiyligi og'riq sindromining davomiyligiga bog'liq.	C https://cyberleninka.ru/article/n/postgerpeticheskaya-opoyasyvayuschaya-nevralgiya-i-ee-lechenie-amantadinom-pkmerts-nauchnyy-obzor/viewer
Dezloratadin	Tabletkalar 5 mg eritma 10 ml ichishga kuniga bir marta 7-14 kun	C https://crb.velizh.ru/cr
Tsetirizin	tabletkalar 5 mg eritma 10 ml ichishga kuniga bir marta 7-14 kun	C https://crb.velizh.ru/cr
Levotsetirizin	tabletkalar 5 mg eritma 20 tomchi ichishga kuniga bir marta 7-14 kun	C https://crb.velizh.ru/cr
Xloropiramin	tabletkalar kuniga 3-4 marta 25 mg, kattalarga m/o yoki v/i yuborilganda bitta doz 20-40 mg ni tashkil qiladi	C https://crb.velizh.ru/cr
Mebgidrolin	Ichga (ovqatdan keyin). Kattalar va 10 yoshdan katta bolalarga - 50-200 mg dan kuniga 1-2 marta; maksimal dozalar: bir martalik - 300 mg, kunlik - 600 mg; 5 yoshdan 10 yoshgacha bo'lgan bolalarga - 100-200 mg/kun, 2 yoshdan 5 yoshgacha - 50-150 mg/kun, 2 yoshgacha - 50-100 mg/kun.	C https://www.rlsnet.ru/active-substance/mebgidrolin-562#sposob-primenenia-i-dozi
Ketotifen	Kattalar uchun ovqat paytida 1 mg dan kuniga 2 marta ertalab va kechqurun ichiladi. Zarur bo'lsa, dozasi 2 mg gacha kuniga 2 marta oshiriladi.	C https://crb.velizh.ru/cr
Ebastin	Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza 10-20 mg/sut.	C https://crb.velizh.ru/cr
Loratadin	Tabletkalar 5 mg, eritma 10 tomchi og'iz orqali kuniga 1 marta 7-14 kun	C https://crb.velizh.ru/cr
Bilastin	Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza 10-20 mg/sut.	C https://crb.velizh.ru/cr
Prednizolon	60 mg sutkasiga 2 marta ichish uchun 7 kun davomida	C https://mediqlab.com/drugs/f0cce90d-d057-47b5-bbf1-58db4d86abd5

Rekombinant IFN alfa-2b rektal shamchalar	<p>Kattalarda: kuniga 2 marta 500 000 XB dan 10 kun</p> <p>Bolalarda: 3 000 000 XB dan kuniga 2 marta 10 marta kunlar</p> <p>Homilador ayollarda: tomonidan 10 kun davomida kuniga 2 marta 1 000 000 XB</p>	<p>C</p> <p>https://crb.velizh.ru/cr</p>
Inozin pranobeks	ichishga, ovqatdan keyin, 10 kun davomida kuniga 3-4 marta 500 mg	<p>C</p> <p>https://crb.velizh.ru/cr</p>
Meglumin akridonatsetat	24 soatlik interval bilan 3 ta in'eksiya, keyin esa yana 3 ta in'eksiya 48 soatlik interval bilan	<p>C</p> <p>https://crb.velizh.ru/cr</p>
Tiloron digidroxlorid	1-2 tabletka (250 mg) birinchi ikki kun ichida kuniga bir marta, keyin 2-4 hafta davomida har kuni 1 tabletka (125 mg). Yoki ovqatdan keyin 0,125 g (1 tabletka) remissiya davrida, har haftaning dastlabki ikki kunida, faqat 5 hafta. Kurs dozasi 1,25 g.	<p>C</p> <p>https://crb.velizh.ru/cr</p>
Timopentin	<ul style="list-style-type: none"> • 1 ml in'eksiya uchun steril suv bilan mushak ichiga yuborish; • 250 ml 0,9% in'eksion natriy xlorid eritmasida eritmani tomir ichiga tomchilab yuborish. <p>Preparat tavsiyalarga muvofiq qo'llaniladi.</p> <p>Kuniga 2 marta 1-2 shisha immunitet tanqisligi holatlarining oldini olish va davolash. Davolash kursi 15-30 kun;</p> <p>Surunkali gepatit B haftasiga 3 marta 1-2 shisha. Davolash kursi 24 hafta.</p>	<p>C</p> <p>https://crb.velizh.ru/cr</p>
Mannitol (15% eritma)	furosemid bilan (5-10 ml).	<p>C</p> <p>https://crb.velizh.ru/cr</p>
Furosemid	20-80 mg/sut. Kerakli doza diuretik javobga qarab tanlanadi.	<p>C</p> <p>https://crb.velizh.ru/cr</p>
Amoksitsillin + klavulan kislotasi	kattalar va 12 yoshdan katta bolalarga (massasi 40 kg va undan ortiq) plyonka qobig'i bilan qoplangan tabletkalar, 250 mg + 125 mg 1 tabletkadan kuniga 3 marta yoki 875 mg + 125 mg - 1 tabletkadan kuniga 2 marta 5-14 kun davomida yoki kattalar va 12	<p>C</p> <p>https://crb.velizh.ru/cr</p>

	yoshdan katta bolalarga (massasi 40 kg va undan ortiq) tarqatiladigan tabletkalar - 500/125 mg dan kuniga 3 marta 5-14 kun davomida, 2 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan yoki tana massasi 40 kg dan kam bo'lgan bolalarga - 125/31,25 mg yoki 250/62,5 mg dan kuniga 2400/600 mg dan oshmaydigan dozalarda, 3 qabulda 5-14 kun davomida.	
Seftriakson	v/i va m/o yuborish uchun eritma tayyorlash uchun kukun 1 g	C https://crb.velizh.ru/cr
Sefuroksim	inyeksiyalar uchun eritma tayyorlash uchun kukun erituvchi bilan to'plamda 250 mg, 750 mg, 1500 mg	C https://crb.velizh.ru/cr
Sianokobalamin (B12 vitamini)	m/o yoki v/i 1 mg dan har kuni 1-2 hafta davomida, ushlab turuvchi doza 1-2 mg m/o yoki v/i - haftasiga 1 martadan, oyiga 1 martagacha.	C https://crb.velizh.ru/cr
Tiamin gidroxlorid (B1 vitamini)	m/o (chuqur) Preparatni yuborishni kichik dozalardan boshlash tavsiya etiladi (ko'pi bilan 0,5 ml 5% eritma) va faqat yaxshi ko'tara olganda yuqori dozalarga o'tish mumkin. Kattalarga 25-50 mg tiamin gidroxlorid (0,5-1 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal, har kuni, bolalarga 12,5 mg (0,25 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal buyuriladi.	C https://crb.velizh.ru/cr
Riboflavin mononukleotidi (B2 vitamini)	Ichish uchun: kattalarga - kuniga 5-10 mg; bolalarga - kuniga 1 marta 2-5 mg. Davolash davomiyligi 1-1,5 oy. M/o: 1 ml 1% eritma (0,1 g) kuniga 1 marta 10-15 kun davomida (bolalarga - 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 marta; davolash kursi - 15-20 inyeksiya.	C https://crb.velizh.ru/cr
Piridoksin gidroxlorid (B6 vitamini)	50-100 mg (1-2 ml 5% li eritma), kuniga 1-2 marta. Davolash kursi 1-2 oyni tashkil etadi. Bolalarga - 20 mg dan, davolash kursi - 2 hafta.	C https://crb.velizh.ru/cr
Natriy tiosulfat	v/i - 5-50 ml 30% li eritma ichishga - 2-3 g 10% li eritma ko'rinishida qabul qilish uchun.	C https://crb.velizh.ru/cr

Kalsiy glyukonat	Tomir ichiga sekin (2–3 daqiqa davomida) yoki tomchilab yuboriladi. Kattalar uchun – 5–10 ml 100 mg/ml eritma har kuni, kun ora yoki har 2 kunda. Bolalar uchun – yoshga qarab 1 dan 5 ml gacha 100 mg/ml eritma har 2–3 kunda sekin yuboriladi.	C https://crb.velizh.ru/cr
Natriy laktat+ sorbitol+ kaliy xlorid+ MgCl ₂ , NaCl, CaCl ₂	Kattalarda v/i tomchilab daqiqasiga 40-60 tomchi tezlikda. 3-5 kun davomida tana vazniga 6-7 ml/kg	C https://crb.velizh.ru/cr
Natriy meglyumin suksinat	V/i tomchilab, tezligi 90 kap/min (1-1,5 ml/min) dan 400 ml/sut gacha. Davolash kursi - 7-11 kun.	C https://crb.velizh.ru/cr

Izoh: Agar ma'lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo'llash uchun tasdiqlangan ro'yxatda bo'lmasa yoki vaqtincha mavjud bo'lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo'lgan preparatlar). Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi.

Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi. Terini namlash uchun preparatlar (emolentlar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo'shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar, agar ular qarshi ko'rsatmalarga ega bo'lmasa va O'zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo'lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zaruratga ko'ra qo'llanilishi mumkin.

Fizioterapevtik davolash usullari:

O'rab oluvchi temiratkida fizioterapiya og'riq sindromini yengillashtirish, teri shikastlanishlarining bitishini tezlashtirish va herpesdan keyingi nevralgianing oldini olish uchun qo'llaniladi. U virusga qarshi va simptomatik terapiyaga qo'shimcha hisoblanadi.

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

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

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

C5	LLLT past darajali yorug'lik terapiyasi IQ-lazer Qutblangan polixromatik nur O'YCh terapiya
----	--

Tibbiy muassasaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

- Ilgari o'tkazilgan davolashning samarasizligi;
- Kasallikning tarqalgan, generallashtirilgan shakllari bilan og'rigan bemorlar;
- O'rab oluvchi temiratkining asoratli kechishi;

- Fizioterapevtik muolajalarni o‘tkazish zarur bo‘lganda

Davolash samaradorligi ko‘rsatkichlari:

- klinik sog‘ayish;
- og‘riq sindromini bartaraf etish.

**“O’RAB OLUVCHI TEMIRATKI” NOZOLOGIYASINING
TIBBIY ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT 2025

Kirish

Suvchechak virusi - zoster (VZV) - herpes oilasiga mansub o'ta yuqumli virus, u ikkala kasallikni keltirib chiqaradi: suvchechak, odatda bolalik davrida va o'rab oluvchi temiratki, odatda ancha kech, voyaga yetgandan keyin yoshi. VZV hamma joyda tarqalgan. Yoshga nisbatan ba'zi "geografik" xilma-xillik mavjud, bunda infeksiyaning kechroq namoyon bo'lishida suvchechak kuzatiladi ko'proq tropik mintaqalarda kuzatiladi. Virus odamdan yuqadi chechak yoki gerpetik toshma bilan bevosita aloqada bo'lgan odamga, nafas olinganda shamol chechagi bilan kasallangan bemorning respirator trakti ajralmalarining havoda muallaq turgan tomchilari, yoki kamroq bemor vezikulalari tarkibidagi havoda muallaq turgan tomchilardan nafas olinganda suvchechak yoki gerpetik toshma. Virus organizmga nafas yo'llarining yuqori qismlari yoki konyunktiva VZV bilan birlamchi zararlangandan so'ng virus latent holatda qoladi. nerv tugunlaridagi holatda va faollashishi mumkin

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

Davolash kasallikning klinik belgilarini bartaraf etish, shuningdek, asoratlar rivojlanishining oldini olish maqsadida virusga qarshi dori-darmonlarni buyurishdan iborat.

Davolash sxemalari

1. Virusga qarshi terapiya

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

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

Virusga qarshi dori vositalarini buyurish kasallikning klinik ko'rinishlari rivojlanishining dastlabki 72 soatida eng samarali hisoblanadi.

Tavsiya etilgan davolash sxemalari:

- | | |
|-----------|--|
| A1 | <ul style="list-style-type: none">• atsiklovir 800 mg sutkasiga 5 marta 7 kun davomida.• famsiklovir 500 mg kuniga 3 mahal 7 kun davomida.• valatsiklovir 1000 mg kuniga 3 mahal 7 kun davomida. |
|-----------|--|

Virusga qarshi dorilarni buyurish kasallikning klinik ko'rinishlari rivojlanishining dastlabki 72 soatida eng samarali hisoblanadi. VZVning atsiklovirga nisbatan past sezuvchanligi, shuningdek, virusga qarshi faollikning yuqori darajasi o'rab oluvchi temiratkini davolash uchun famsiklovir yoki valatsiklovirning afzal ko'rilgan tavsifini belgilaydi.

- | | |
|-----------|---|
| B2 | Immuniteti buzilgan o'rab oluvchigerpes bilan og'rigan bemorlarga (xavfli limfoproliferativ o'smalari bo'lgan shaxslar, transplantatsiya qilingan ichki a'zolar retsiyentlari, kortikosteroidlar bilan tizimli terapiya olayotgan bemorlar, shuningdek OITS bilan og'rigan bemorlar) kasallikning klinik belgilarini bartaraf etish (yo'qotish) maqsadida quyidagilar tavsiya etiladi:
atsiklovir 10 mg 1 kg tana vazniga (yoki 500 ml/m ²) vena ichiga kuniga 3 marta |
|-----------|---|

- | | |
|-----------|---|
| B2 | O'rtacha immunitet tanqisligi bo'lgan yoki uzoq vaqt davomida immunosupressiv terapiya olayotgan bemorlarda, ayniqsa OITSda, kasallikning klinik belgilarini bartaraf etish (yo'qotish) maqsadida rivojlanayotgan atsiklovirusga chidamlilik fonida quyidagilarni buyurish tavsiya etiladi: |
|-----------|---|

foskarnet tana vaznining har bir kilogrammiga 49 mg dan vena ichiga sekin-asta tomchilab kuniga 3 marta 15-20 kun davomida

Morbistatik ta'sirga erishilgandan so'ng, immuniteti normal bo'lgan bemorlar uchun tavsiya etilgan usul bo'yicha davolash atsiklovir, famsiklovir yoki valatsiklovirning og'iz orqali yuboriladigan shakllari bilan davom ettirilishi mumkin.

B2 O'rab oluvchi temiratki bilan og'rikan bolalarni davolash uchun kasallikning klinik belgilarini bartaraf etish (yo'qotish) maqsadida tavsiya etilgan:

- atsiklovir 20 mg/kg tana vazniga og'iz orqali kuniga 4 mahal 5 kun davomida. yoki
- atsiklovir 10 mg har bir kg tana vazniga vena ichiga, kuniga 3 mahal, 7-10 kun davomida.

O'rab oluvchi temiratkida periferik gangliyalar va asab to'qimalarining shikastlanishlari mavjudligi, ko'rish a'zosi, tegishli profil mutaxassislarini davolashga jalb qilish zarurligini belgilaydi: neyropatik og'riq, postgerpetik nevrалgiya va oftalmogerpes terapiyasi nevrolog va oftalmologlar bilan birgalikda amalga oshiriladi. [10, 11]

2. Yallig'lanishga qarshi terapiya

Nosteroid yallig'lanishga qarshi vositalarni tayinlash, og'ir hollarda esa virusga qarshi dorilarga glyukokortikosteroidlarni qo'shish mumkin:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21671543/>

C3 • prednizolon 60 mg sutkasiga 2 marta ichish uchun 7 kun davomida.

Glyukokortikosteroid preparatlarni buyurishda qarama-qarshi ko'rsatmalarni hisobga olish kerak: arterial gipertenziya, qandli diabet, oshqozon va o'n ikki barmoqli ichak yara kasalligi, ko'pincha keksalarda kuzatiladi.

Og'riq qoldiruvchi terapiya ta'siri bo'lmaganda markaziy og'riq qoldiruvchi ta'sirga ega dorilar va nevrал blokadalar (simpatik va epidural) qo'llanilishi mumkin, bu nevrolog maslahati bilan belgilanadi. Gerpesdan keyingi nevrалgiya va oftalmogerpesni davolash nevropatolog va oftalmolog shifokorlar tomonidan amalga oshiriladi. [13-15]

3. Tashqi davolash

C5 Bullyoz toshmalar mavjud bo'lganda pufaklarni ochish (kesish steril qaychi bilan amalga oshiriladi), so'ngra anilin bo'yoqlari yoki antiseptik eritmalar (0,5% li xlorgeksidin biglyukonat va boshqalar) bilan so'ndirish tavsiya etiladi.

C5 Bakterial superinfeksiyaning oldini olish maqsadida 1-2% li spirtli eritmalar, anilin bo'yoqlari (metilen ko'ki, brilliant yashili), fukorsinni mahalliy qo'llash tavsiya etilgan.

Mahalliy ta'sirga ega virusga qarshi preparatlar:

- Atsiklovir - malham kasallikning dastlabki belgilari paydo bo'lganda zararlangan teri yuzasi o'choqlariga kuniga 5 marta, 6-12 kun davomida yoki to'liq sog'ayguncha surtiladi.
- Epervudin - malham kasallikning birinchi belgilari paydo bo'lganda terining zararlangan yuzasi o'choqlariga kuniga 3-5 marta, 6-12 kun davomida tashqi tomondan qo'llaniladi.

- Pensiklovir - krem tashqi tomonga surtiladi. Kattalar va 16 yoshdan oshgan bolalarga - 6-12 kun davomida yoki to'liq sog'ayguncha har 2 soatda toshmalarga surtiladi.

B 3	Qon oqimidan toksinlar, autoantitanachalar, aylanib yuruvchi immun komplekslar (AIK), yallig'lanish oldi sitokinlarini bartaraf etish, metabolizmni va a'zolarning buzilgan funksiyalarini normallashtirish maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etildi.
------------	---

<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>

C 5	PILN Ozonoterapiya Plazmaferez
------------	--------------------------------------

Jarrohlik amaliyoti: qo'llanilmaydi

**«O'RAB OLUVCHI TEMIRATKI» NOZOLOGIYASINING
PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

Kirish

Suvchechak virusi - zoster (VZV) - herpes oilasiga mansub oʻta yuqumli virus, u ikkala kasallikni keltirib chiqaradi: suvchechak, odatda bolalik davrida va oʻrab oluvchi temiratki, odatda ancha kech, voyaga yetgandan keyin yoshi. VZV hamma joyda tarqalgan. Yoshga nisbatan baʼzi "geografik" xilma-xillik mavjud, bunda infeksiyaning kechroq namoyon boʻlishida suvchechak kuzatiladi koʻproq tropik mintaqalarda kuzatiladi. Virus odamdan yuqadi chechak yoki gerpetik toshma bilan bevosita aloqada boʻlgan odamga, nafas olinganda shamol chechagi bilan kasallangan bemorning respirator trakti ajralmalarining havoda muallaq turgan tomchilari, yoki kamroq bemor vezikulalari tarkibidagi havoda muallaq turgan tomchilardan nafas olinganda suvchechak yoki gerpetik toshma. Virus organizmga nafas yoʻllarining yuqori qismlari yoki konyunktiva VZV bilan birlamchi zararlangandan soʻng virus latent holatda qoladi. nerv tugunlaridagi holatda va faollashishi mumkin

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

Profilaktika va dispanser kuzatuv

Oʻrab oluvchi uchuqning asoratlanmagan shakllarini boshidan kechirgan shaxslarga nisbatan dispanser kuzatuv belgilanmaydi. Oʻrab oluvchi herpesning asoratli kechishi boʻlgan shaxslar tegishli ixtisoslikdagi mutaxassislarda dispanser kuzatuviga olinadi.

Oʻzbekiston Respublikasida ushbu tavsiyalar yaratilgan vaqtda oʻrab oluvchigerpesning vaksinoprofilaktikasi oʻtkazilmagan.

Tibbiy rehabilitatsiya

Asab tizimi tomonidan uzoq muddatli asoratlar boʻyicha rehabilitatsiya nevrolog shifokor tomonidan, koʻrish aʼzosi va LOR aʼzolari, ogʻiz boʻshligʻi, yuz tomonidan asoratlar - otorinolaringolog, stomatolog, oftalmolog shifokor tomonidan amalga oshiriladi.

Tibbiy yordam koʻrsatishni tashkil etish

Oʻrab oluvchi herpesning asoratli kechishi va tarqalgan shakllarida ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam koʻrsatish statsionar sharoitida amalga oshiriladi.

Adabiyotlar roʻyxati

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>

O'rab oluvchi temiratkini boshqarish bo'yicha amaliy ko'nikmalar kompetensiyalari

(task shifting)

	Amaliyotchi hamshira	TTYoB Oilaviy shifokor (bakalavr)	Tor mutaxassis
Shikoyatlar va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig'ish qobiliyatini namoyish etish	+*	+	+
Bemordan kasallik anamnezini yig'ishda o'rab oluvchi temiratkini belgilari haqidagi bilimlarni qo'llash.			+
Teri-tanosil kasalliklari bilan og'rigan bemorlarning to'liq tibbiy tarixi			+
Fizikal ko'rik			
<ul style="list-style-type: none"> • Umumiy tekshiruv: Bemorning umumiy ahvolini baholash (isitma, holsizlik, darmonsizlik). Tana haroratini o'lchash - subfebril yoki febril holat bo'lishi mumkin. Regionar limfa tugunlarini baholash (kattalashganligi, og'riqliligi). • Teri tekshiruvi: Toshmalarning joylashuvi ko'pincha bir tomonlama bo'lib, dermatoma bo'ylab joylashadi. Toshma elementlari: <input checked="" type="checkbox"/> Teri giperemiyasi va shishi (dastlabki bosqichlarda). <input checked="" type="checkbox"/> Eritematoz fonda joylashgan tiniq tarkibli guruhlangan pufakchalar. <input checked="" type="checkbox"/> Vaqt o'tishi bilan loyqalanadi, yoriladi, eroziya hosil bo'ladi va qatqaloqlar bilan qoplanadi. <input checked="" type="checkbox"/> Og'ir kechganda gemorragik yoki nekrotik shakllari bo'lishi mumkin. • Shilliq qavatlarni tekshirish: Oftalmogerpesda - shox parda, sklera, konyunktiva zararlanadi. Ramsey Xant gerpesida - og'iz shilliq qavatida, nog'ora pardasida toshmalar paydo bo'ladi. 			+
Tashxis qo'yish			
O'ziga xos simptomlar va laborator-instrumental tekshiruvlar asosida tashxis qo'yish			+
Asosiy laborator diagnostikasi			

Asosiy laborator tahlillarining maqsadi:			+
Umumiy qon tahlili (gemoglobin, gematokrit + leykotsitar formula + EChT)			+
Zaxm skrining tekshiruvlari (14 yoshdan katta)			+
OITV infeksiyasini IFA usulida tashxislash			+
Qo'shimcha laborator diagnostikasi			
Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG va IgM			+
Umumiy siydik tahlili			+
Najasning umumiy tahlili			+
Biokimyoviy tadqiqotlar majmuasi			+
Immunologik tadqiqotlar			+
Bevosita/bilvosita immunoflyuoressensiya			+
Infeksiyalarni IFA, IXLA, IFIA va PZR usulida tekshirish			+
Qo'shimcha instrumental tadqiqotlar			
Teri holati diagnostikasi			+
Ichki a'zolar UTT			+
Davolash			
Dori-darmonsiz davolashni tayinlash kompetensiyasi (21-bet)			+
Dori-darmonlarni tayinlash kompetensiyasi (15-20 betlar)			+

Profilaktika			
Xulq-atvorni yaxshilash va sog'lom turmush tarzini targ'ib qilish bo'yicha kompetensiyalar			+
Dori-darmonlar bilan davolashga rioya qilishni yaxshilash bo'yicha kompetensiyalar			+

Asosiy tor mutaxassis - dermatovenerolog.

*Bu kompetensiyalarga hamshiralarni tayyorlash orqali erishish mumkin.

O'rab oluvchi temiratkini boshqarish bo'yicha kompetensiyalar

	Amaliyotchi hamshira	TTYoB Oilaviy shifokor (bakalavr)	Tor mutaxassis
O'rab oluvchi temiratki tavsifi			+
Shikoyatlarning simptomatik tavsifi			+
Patofiziologik mexanizmlar tavsifi			+
O'rab oluvchi temiratkini tashxislashda etiologiya, simptomlar va tekshiruvlar (asosiy laborator-instrumental tekshiruvlar) asosida yondashuvni yaratish.			+
Asosiy tahlillarni talqin qilish			+
O'rab oluvchi temiratkini davolashga yondashuvni shakllantirish			+
O'rab oluvchi temiratkining dori-darmonsiz terapiyasini tavsiflang			+
O'rab oluvchi temiratkining medikamentoz terapiyasini aytib bering.			+
O'rab oluvchi temiratkada ishlatiladigan turli preparatlarning ta'sir mexanizmi, ko'rsatmalari va nojo'ya ta'sirlarini muhokama qiling.			+
Davolash doirasida o'rab oluvchi temiratki rivojlanishining patofiziologik mexanizmlarini muhokama qiling.			+

Asosiy tor mutaxassis - dermatovenerolog shifokor.