

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН
ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ
ИЛМий-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**“ПСОРИАЗ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024



“ТАСДИКЛАЙМАН”

Республика ихтисослаштирилган

дерматовенерология ва косметология

миллий амалий тиббиёт маркази директори

в.в.б. Джалилов Д.С.

“ 19 ” “ июль ” 2025 йил

“ПСОРИАЗ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

**“ПСОРИАЗ” НОЗОЛОГИЯСИНИ ДИАГНОСТИКА ВА
ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

1. Кириш қисми

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ-10/11 шифр(лар)и:

L40.0	Оддий псориаз	EA90.0 Пилакчали псориаз
L40.1	Генерализацияланган пустулёз псориаз	EA90.1 Томчи шаклидаги псориаз
L40.2	Аллопонинг турғун акродерматити	EA90.2 Ностабил псориаз
L40.3	Кафт ва товон пустулёзи	EA90.3 Псориастик еритродермия
L40.4	Томчисимон псориаз	EA90.4 Пустулёз псориаз
L40.5	Артропатик псориаз	EA90.5 Аниқланган соҳалар ёки жойлашувлар псориази
L40.8	Псориазнинг бошқа турлари	EA90.I Псориазнинг бошқа аниқланган шакллари
L40.9	Аниқланмаган псориаз	EA90.Z Псориаз, аниқланмаган
	https://icd.who.int/browse11/1-m/ru	https://mkb-11.com/index.php?id=EA90

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

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ ВА СТАНДАРТЛАРНИ ИШЛАБ ЧИҚИШДА ХИССА ҚЎШГАНЛАР:

1.	Сабиоров У.Ю.	РИДВ ва КИАТМ директори, т.ф.д., профессор
2.	Арифов С.С.	ТХКМРМ дерматовенерология ва косметология кафедраси мудири, т.ф.д., профессор
3.	Абдурашидов А.А.	ТХКМРМ дерматовенерология ва косметология кафедраси доценти, т.ф.н.
4.	Хакимов Д.Р.	РИДВ ва КИАТМ дерматовенеролог шифокори, т.ф.н., физиотерапия бўлими мудири
5.	Боходирова А.А.	РИДВ ва КИАТМ дерматовенеролог шифокори, директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари ёрдамчиси

Тақризчилар:

1. Балтабаев Мир-Али Курбон-Алиевич - Б.Н.Елцин номидаги Қирғизистон-Россия Славян университети дерматовенерология ва фтизиатрия кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор
2. Раҳматов Акрам Баратович –тиббиёт фанлари доктори, профессор, РИДВ ва КИАТМ микоз муаммоларини ўрганиш бўйича илмий лаборатория раҳбари

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази, олий ўқув юртлари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон дерматовенерологлари ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, шунингдек, дерматовенерология хизмати вилоят шифокорлари иштирокида 2025 йил _____ куни бўлиб ўтган илмий кенгаш (баённома № 4) йиғилишида муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди.

Ишчи гуруҳ раҳбари — тиббиёт фанлари доктори, профессор Сабиров У.Ю., РИДВ ва КИАТМ директори.

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович - т.ф.д., даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, бош шифокор.
2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич - т.ф.н., илмий ишлар бўйича директор ўринбосари.

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматологлар ва дерматокосметологлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатрлар;
4. Лаборатория шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6. Клиник фармакологлар;
7. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, аспирантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
8. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва ғамхўрлик қилувчилар.

Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (профилактика, даволаш ва реабилитацион тадбарлар учун)

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши

2	Айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқиши бундан мустасно
3	Рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, “ҳолат-назорат” тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари (клиника олди тадқиқотлар) ёки экспертлар хулосаси

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

Мундарижа:

“ПСОРИАЗ” НОЗОЛОГИЯСИНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	4
“ПСОРИАЗ” НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ	39
“ПСОРИАЗ” НОЗОЛОГИЯСИНИ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	49

ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

ИЛ	интерлейкин
ПУВА	терапия - 320-400 нм тўлқин узунлигида ултрабинафша нурланиш билан фурукумарин гуруҳининг фотосенсибилизация қилувчи дориларини ва 320-400 нм узунликдаги ултрабинафша нурланишини биргаликда қўллаш;
УВА	узоқ тўлқинли ултрабинафша нурланиш 350-400 нм
УВБ	280-320 нм ўрта тўлқинли ултрабинафша нурланиш (селективфототерапия)
УВБ-311 терапияси	тўлқин узунлиги 311 нм бўлган тор полосали ўрта тўлқинли ултрабинафша терапияси (ёки тор диапазонли (311 нм) ўрта тўлқинли терапия)
ТНФ	ўсма некрози омили
РАСИ	Псориаз касаллигининг оғирлиги ва тарқалишини баҳолаш индекси (Psoriasis Area Severity Index)
АЛТ	аланинаминотрансфераза
АСТ	аспартатаминотрансфераза
УТТ	Ултратовуш текшируви
ИХЛА	иммунохемилюминесцент анализ
ИфЛА	иммунофлуоресцент анализ
ИФА	иммунофермент анализ
ПЗР	полимеразли занжир реакцияси
ОИВ	Одам иммунодефицит вируси
м/о	Мушак орасига
в/и	Вена ичига
т/о	Тери остига
ЖССВ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
нм	нанометр
ВҚЛН	Вена томири орқали қонни лазер билан нурлантириш

2. Асосий қисм

2.1. Кириш қисми

Псориаз — сурункали тери яллиғланиши шаклида ўзини намоён қиладиган юқумли бўлмаган касалликдир. Псориазнинг ўрта ёки оғир шакллари турли хил коморбид патологиялар билан мураккаблашиши мумкин.

Дунёда псориаз касаллигининг тарқалиши тахминан 2% ни ташкил қилади, аммо ривожланган мамлакатларда бир қатор тадқиқотларга кўра, бу кўрсаткич юқорироқ ва ўрта 4,6% ни ташкил этади. Псориаз билан оғриган беморларнинг тахминан учдан икки қисмида касаллик енгил бўлиб, тери юзасининг 3% дан камроғига таъсир қилади. Қолганларида терининг шикастланиши янада кенгроқдир.

Беморларнинг тахминан тўртдан уч қисмида псориаз касаллиги 40 ёшдан олдин бошланади. Беморларнинг учдан бирида биринчи симптомлари 20 ёшдан олдин кузатилади. Болалар орасида псориаз касаллигининг тарқалиши 0,7% ни ташкил қилади. Қоида тариқасида, касаллик ўзгарувчан ремиссия ва авж олиш даврлари билан сурункали касаллик сифатида юзага келади. Бироқ, тўлиқ ремиссия даврлари кузатилиши мумкин ва кам сонли ҳолларда беш йил ёки ундан кўпроқ давом этадиган ремиссиялар кузатилади.

2.2 Таъриф

Псориаз ирсий мойилликка эга бўлган мултифакториал касаллик бўлиб, эпидермис хужайраларининг кўпайиши, кератинизациянинг бузилиши, фаоллашган Т-лимфоцитлар ва яллиғланишга қарши цитокинлар синтези натижасида дермада яллиғланиш реакцияси билан тавсифланади.[1]

2.3 Таснифлаш

Клиник таснифи:

Псориаз куйидаги асосий шаклларга бўлинади:

- оддий;
- экссудатив;
- псориастик эритродермия;
- артропатик;
- кафт ва товон псориази;
- пустулар псориаз.

Касалликнинг 3 босқичи мавжуд:

- прогрессия;
- стационар;
- регрессия.

Тарқалишига қараб:

- чегараланган;
- тарқалган;
- генераллашган.

Йил фаслига қараб турлар:

- қишги (совуқ мавсумда авж олиши);
- ёзги (ёзда авж олиши);
- ноаниқ (касалликнинг авж олиши мавсумийлик билан боғлиқ эмас) [2-5]

2.4 Касалликнинг клиник кўриниши

Псориазнинг клиник манзараси кўпчилик ҳолларда аниқ ифодаланган бўлади: думалок шакли, пушти ранг доғлар пайдо бўлиб, уларнинг усти кумуш ранг тангачалар билан қопланади. М. С. Пилнов псориастик тошмаларнинг пушти рангда бўлишига эътибор берган («Пилнов симптоми»). Аста-секин тошмалар ҳажми катталашиб, инфильтрация кучаяди, улар устидаги тангачалар эса кўпаяди. Тошмаларнинг бундай ўзгариши натижасида тугунчалар ва пиллакчалар ҳосил бўлади. Псориаз диагностикасида ўзига хос учта симптом (псориастик триада) ва Кебнер феномени ёки изоморф реакцияси ҳарактерли [6-12, 19]

Периферик ўсиш ёки элементларнинг бирлашиши натижасида турли шаклдаги пиллакчалар ҳосил бўлади. Қўллар ва оёқларнинг ёздирувчи соҳалари, айниқса тирсақлар, тиззалар, бош териси, тери бурмалари ва тана соҳасида жойлашади. Баъзи беморларда псориастик тошмаларнинг локализацияси одатдагидан фарқ қилади. Бу инверс псориаз деб аталади.

Псориадик триада папулани тирнаш йўли билан юзага келади, у учта феномендан иборат: 1) оқ-кумуш тангачали кепакланиш (стеарин ёки шам ёғи феномени), 2) тангачалар олиб ташлангандан сўнг ҳам ялтираган юза ҳосил бўлиши (терминал ёки псориадик парда феномени), 3) тирнаш давом эттирилса қонли нуқталар юзага келиши (Ауспитз ёки қонли шудринг феномени) кузатилади, бу феноменлар патогистологик ўзгаришлар (паракератоз, акантоз, папилломатоз) натижасида келиб чиқади. Псориаз билан оғриган бемор терисида механик, кимёвий (тирнаш, пичоқ ёки ўткир буюмлар билан терини кесиб олиш, нурланиш, ишқаланиш, куйиш) омиллар туфайли тошмалар тошиши изоморф реакция ёки Кёбнер феномени деб аталади. Бирор таъсиротдан сўнг 7-10 кун ўтгач изоморф реакция ҳосил бўлади, лекин бу муддат қисқариши (3 кун) ёки узайиши ҳам (21 кун) мумкин. Псориаз билан оғриган беморларнинг кўпчилиги тери қичишига, баъзилари эса терининг қуриб тортишишига шикоят қиладилар. Псориазнинг клиник кечишида 3 давр тафовут қилинади: зўрайиб борадиган (прогрессив), стационар, регрессив даврлар. Касалликнинг зўрайиб борадиган даврида янги тугунчалар пайдо бўлиб, баданнинг қичишиб туриши, эски элементларнинг кенгайиши ва папулалар атрофида қизил гардиш, яъни яллиғланиш гултожиси, Кебнер феномени ва псориадик триада пайдо бўлиши билан белгиланади. Стационар даврда янги тошмалар тошиши, гултожли яллиғланишнинг периферияга қараб ўсиши тўхтади. Регрессив даврда тошмалар яссиланиб, ранги ўчади, тангачалар ҳосил бўлиши камаёди ёки тўхтади, папулалар атрофида депигментли гултожи пайдо бўлади (Вороновнинг псевдоатрофия гултожиси). Папулалар марказидан ёки периферик қисмидан сўрила бошлайди. Элементлар сўрилгандан сўнг кўпинча депигментли, баъзан гиперпигментли доғлар қолади. Псориаз турли омиллар (иклимий, невротик, эндокрин бузилишлар ва бошқалар) таъсирида кучайиши мумкин. Псориазнинг метеорологик ва иқлимга нисбатан ёзги (рецидив ёзда учрайди), қишки (рецидиви қишда учрайди) ва аралаш хиллари бор. Псориазнинг қишки тури кўпроқ кузатилади. Псориазнинг клиник кўринишлари. Себореяли псориаз себореяли субъектларда учраб, клиник жиҳатдан себореяли экземани эслатади. Псориадик тошмалар себореяли тери сатҳида юз, бошнинг сочли қисми, кўкрак ва тери бурмаларида жойлашган бўлади. Тошмалар чегараси соғлом теридан аниқ ажралиб туради, улар қуруқ ва оқ-кумушмон тангачалар билан эмас, балки сарғиш тангачалар билан қопланган бўлади. Интертригинозли псориаз асосан ревматизм, диабет билан оғриган, семиз ва ўта сезувчан кишиларда, баъзан кўкрак ёшидаги болаларда учрайди. Бунда тошмалар оёқ, қўл буғимларнинг букулувчи юзаларида, қўлтиқ ости, чов соҳасида жойлашади. Тошмалар нумуляр экссудатив пилакчалар кўринишида бўлади, касаллик қичишиш ва ачишиш билан кечади. [5-7]

Псориаз эритродермияси. Касалликнинг бундай клиник кўриниши псориаз билан оғриган беморларнинг 1-3% ида учрайди. Псориазнинг бу турини оддий вулгар псориазнинг мураккабланиши деса ҳам бўлади. Чунки у асосан псориадик терига нохуш омиллар таъсир қилиши ёки псориазни нотўғри даволаш натижасида вужудга келади. Масалан, юқори концентрацияли малҳамларни қўллаш, шунингдек турли ўсимлик экстрактларидан ванна қабул қилиш шулар жумласидандир. Кучли стрессдан сўнг ҳам эритродермия ҳолати кузатилади, бунда тери равшан қизил рангда, инфилтрасияга учраган бўлади. Яллиғланган тери устида майда ва йирик пластинкали тангачаларни, соч тўкилишини учратиш мумкин (28-расм). Лимфатик тугунлар катталашади, тирноқлар деструксияга учрайди. Йирингли паронихиялар вужудга келади. Беморлар қичишиш ва тери тортилишига шикоят қиладилар. Псориадик эритродермияни бошқа эритродермиялардан ажратиш жуда қийин. Артропатик псориаз. Псориазнинг бу тури кам учраши ва оғир кечиши билан ифодаланади. Бунда асосан йирик ҳамда майда буғмлар зарарланади, патологик жараён кўпроқ панжа ва товоннинг майда бўғмариди, тиззада, умуртқаларда учрайди. Беморларни бўғимлардаги кучли оғриқ безовта қилади, оғриқ айниқса ҳаракат қилганда кучаяди.

Пустулёзли псориазнинг икки Цумбуш ва Барбер тури мавжуд. Цумбуш псориази кўпинча вулгар псориаздан келиб чиқади, лекин у бирламчи бўлиши ҳам мумкин, яъни псориадик тошмалар бўлмаган териди йирингли элементлар пайдо бўлади. Беморнинг умумий аҳволи оғирлашади. Ҳарорат кўтарилади, ҳолдан тойиш, лейкоцитоз кузатилади. Териди

кўпгина эритематоз ўчоқлар юзага келиб, улар тез орада бугун баданга тарқалади, турли ранг ва шаклга эга бўлади. Шу орада аста-секин майда пустулёз элементлар пайдо бўла бошлайди, кейинчалик Йирингчалар қотиб сариқ, жигарранг пўстлоқларга айланади. Касаллик баъзан жуда оғир ўтади, ҳатто ўлимга сабаб бўлиши ҳам мумкин. Пустулёзли псориазни иккинчи тури (Барбер) учун кўпинча тошмаларнинг оёқ ва қўл қафтида симметрик бўлиб жойлашиши, шунингдек пустулёз ва псориазиформ ўчоқлар вужудга келиши характерли. Бунда пустила ичидаги суюқлик стерил бўлади. Баъзан тошмалар бутун бадан терисига тарқалиши мумкин.

Псориазда тирноқлар зарарланиши ҳам бот-бот учрайди, Бунда улар юзасида узунасига кетган чизиклар, чуқурчалар («ангишвона» симптоми) пайдо бўлади, тирноқ ранги хиралашади. Баъзан тирноқлар деформацияланади, синади, онихолизис ёки онихогрифоз кузатилади.

Псориаз тошмалари шиллиқ қаваатларда жуда кам учрайди. Оғиз шиллиқ қаваатида тошмалар пайдо бўлиши, тирналиши, спиртли ичимликлар оқибатида рўй беради (Кебнер феномени). Тошмалар думалок, овал шаклда бўлиб, шиллиқ қаваатдан кўтарилиб туради, қизғиш-пушти гултожиси бўлади. [1-20]

3. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

3.1. Диагностика мезонлари

<https://emedicine.medscape.com/article/1943419-overview?0=scode=msp&1=st=fpf&2=socialSite=google&3=form=about&4=reg=1>

<https://doi.org/10.3899/jrheum.090216>

Ташхисни мезонлари. Псориаз ташхиси касалликнинг клиник кўриниши асосида белгиланади.

1) Шикоятлар ва анамнез:

Псориаз касаллиги билан оғриган беморлар тошмалар ва терининг қаттиқлиги ҳисси билан шикоят қилишлари мумкин. Улар турли даражадаги интенсивликдаги қичишишни бошдан кечиришлари мумкин. Анамнезни йиғишда қариндошларда псориаз касаллиги мавжудлигига эътибор беришингиз керак.

Физикал текширув:

Ташхис қўйиш учун асосий нарса беморнинг терисини визуал текширишдир. Тошмалар псориастик триаданинг мавжудлиги билан тавсифланади, бу папуляр тошмаларни қириб олиш пайтида кетма-кут юзага келадиган ҳодисалардир: 1) оқ-кумуш тангачали кепакланиш (стеарин ёки шам ёғи феномени), 2) тангачалар олиб ташлангандан сўнг ҳам ялтираган юза ҳосил бўлиши (терминал ёки псориастик парда феномени), 3) тирнаш давом эттирилса қонли нуқталар юзага келиши (Ауспитз ёки қонли шудринг феномени) кузатилади. Псориазнинг ривожланиши билан Кебнер феномени ёки изоморф реакцияни кузатиш мумкин - терининг шикастланиш жойларида янги тошмалар пайдо бўлиши, масалан, ишқаланиш ёки босим. [27]

2) Лаборатор текширув

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>
<https://emedicine.medscape.com/article/1943419-guidelines?form=fpf>
<https://dermnetnz.org/topics/guidelines-for-the-treatment-of-psoriasis>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12381213/>

С 5	<p>тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва метотрексат, псориазни даволаш учун ретиноидлар, циклоспорин, селектив иммуносупрессантлар, ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари билан тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш учун беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш: Тўлиқ (клиник) қон таҳлили.</p>
С 5	<p>Беморнинг умумий аҳолини баҳолаш, тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва метотрексат, ретиноидлар, селектив иммуносупрессантлар, ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари билан тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш: умумий. терапевтик биокимёвий қон таҳлили: умумий оксил, глюкоза, креатинин, сийдик кислотаси, карбамид, умумий билирубин, холестерин, триглицеридлар, натрий, калий, умумий магний, аланин аминотрансфераза, аспартат аминотрансфераза, ишқорий фосфатаза, қондаги гамматилтрансфераза.</p>
С 5	<p>беморнинг умумий аҳолини баҳолаш ва тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш учун: умумий (клиник) сийдик таҳлили (ранг, шаффофлик, нисбий зичлик, рН реакцияси, глюкоза, оксил, билирубин, уробилиноидлар, қонга реакция, кетон таналари, нитратлар, сквамоз. эпителий, ўтиш эпителийси, буйрак эпителийси, лейкоцитлар, эритроцитлар, гиалин тўқмалари, донадор бўлаклар, мумсимон қатламлар, эпителийлар, лейкоцитлар, эритроцитлар, пигментлар, шиллиқлар, тузлар, бактериялар)</p>
С 5	<p>тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тофацитиниб, ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари билан тизимли даволаш хавфсизлигини назорат қилиш, қонда гепатит В вирусининг сирт антигенига (HBsAg) антитаналарни аниқлаш.</p>
С 5	<p>тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тофацитиниб, ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари, гепатит В вирусининг сирт антигенига (HBsAg) антитаналарни ва гепатитга антитаналарни аниқлаш билан тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш. Қонда С вируси (гепатит С вируси).</p>
С 5	<p>тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тофацитиниб, ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари билан тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш, М, G (IgM, IgG) тоифаларидаги инсон иммунитетни танқислиги вируси ОИВга антитаналарни аниқлаш.</p>
С 5	<p>псориаз касаллиги билан оғриган аёлларда тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва селектив иммуносупрессантлар, ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари, инсон хорионик гонадотропини учун сийдик синовлари билан тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш.</p>
С 5	<p>псориаз касаллиги билан оғриган аёлларда тизимли терапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва селектив иммуносупрессантлар, ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари, инсон хорионик гонадотропини учун сийдик синовлари билан тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш.</p>

Изоҳ: Селектив иммуносупрессантлар (фосфодиэстераза 4 ингибиторлари, Янус киназ блокаторларилари), ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари ҳомиладорлик даврида қўлланилмалиги керак (Цертолизумаб пеголдан ташқари). Шу муносабат билан, терапияни бошлашдан олдин, туғиш ёшидаги аёллар ҳомиладорлик тестининг салбий натижасини олишлари керак, даволаниш пайтида ва у туғганидан кейин камида 6 ой давомда туғиш ёшидаги аёллар ишончли контрацепция усулларидан фойдаланишлари керак.

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Сифилис учун скрининг тестлари: РМП, РПР, КСР • Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси талаб қилинади): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM
----------------	---

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Умумий нажас таҳлили • Яширин қон аниқлаш учун нажас таҳлили
----------------	---

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Иммунологик тадқиқотлар • ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЗР диагностикаси ёрдамида антитаналарни текшириш • Микологик тадқиқотлар • Антибиотикларга сезгирликни аниқлаш билан микробиологик тадқиқот
----------------	--

4. Инструментал текширув:

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27104004/>

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Псориаз билан оғриган беморларга ҳар йили псориастик артрит учун скрининг текширувидан ўтиш тавсия этилади, шу жумладан инструментал текшириш усулларидан (бўғимарнинг МРТ (бир бўғим), бўғим КТси, рентгенография). • Тегишли бўғимарда оғриқдан шикоят қиладиган псориаз касаллиги билан оғриган беморларга тавсия этилади: қўлларнинг рентгенографияси • Бир проекцияда оёқларнинг рентгенографияси • Кўкрак ва бел умуртқаларининг рентгенографияси • Псориастик артритни ташхислаш ва бўғимларнинг шикастланиш даражасини баҳолаш учун цервикодорсал умуртқа поғонаси рентгенографияси • Псориастик артритни аниқлаш ва бўғимарнинг шикастланиш даражасини баҳолаш учун бел соҳаси рентгенографияси. • Псориастик артритни аниқлаш ва бўғимнинг шикастланиш даражасини баҳолаш учун тирсак бўғимининг рентгенографияси. • Псориастик артритни аниқлаш ва бўғимнинг шикастланиш даражасини баҳолаш учун тиззанинг рентгенографияси.
----------------	--

С 5	Псориастик артритни аниқлаш ва бўғимларнинг шикастланиш даражасини баҳолаш учун умуртқа поғонасининг магнит-резонанс томографияси беморларга тавсия этилади.
----------------	--

С 5	Тизимли терапия, физиотерапияга қарши кўрсатмаларни аниқлаш ва тизимли терапия хавфсизлигини назорат қилиш учун ички органларнинг ултратовуш текшируви тавсия этилади.
----------------	--

С 5	<p>Касалликни оғирлик даражасини баҳолаш учун терининг ҳолати диагностикаси:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PASI компьютер таҳлили - дерматоскопия
----------------	--

5) Қўшимча текширув

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

С 5	<p>Беморларга, агар бошқа тери касалликлари билан дифференциал ташхис қўйиш зарур бўлса, тери биопсияси материални патологик ва анатомик текшириш тавсия этилади.</p>
----------------	---

Ёндош мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

С 4	<ul style="list-style-type: none"> • Агар бўғмарнинг шикастланиши, прогрессив артрит белгилари мавжуд бўлса, беморларга ҳамроҳ келадиган патологияни истисно қилиш учун ревматологга мурожаат қилиш тавсия этилади.
----------------	--

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Беморларга биологик препаратлар билан терапияни буюришда ва уни амалга оширишда биологик препаратлари билан терапияга қарши кўрсатмаларни истисно қилиш учун терапевт шифокори ва фтизиатрлар билан маслаҳатлашиш тавсия этилади. • Психотерапевт ва невролог билан маслаҳатлашиш - руҳий тушкунлик, дисморфофобия мавжуд бўлганда. • Физиотерапевтик муолажаларни қўллашга қарши кўрсатмаларни истисно қилиш учун гинеколог, офталмолог, эндокринолог билан маслаҳатлашиш.
----------------	---

Дифференциал ташхис:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122924/#:~:text=Common%20conditions%20on%20the%20differential,a%20biopsy%20may%20be%20helpful.>

Диагностика	Дифференциал диагностика учун асос
Себореяли дерматит	Терининг себореик жойларида эритематоз ўчоқлар, юзасида ёғли сарғиш кепаклар.
Қизил ясси темиртки	Шиллик қаватлар ва қўл-оёқларнинг букувчи соҳалари шикастланиши билан кечади. Папулалар кўпбурчак шаклга эга, кўк-қизил рангга эга, марказий киндиксимон ботиқлиги ва мумсимон порлаши билан. Бляшка сиртларини мой билан намлашда Викхам панжараси.
Парапсориаз	Папулалар лентикуляр, юмалоқ, пушти-қизил рангда, тери нақшининг аниқ кўпбурчак майдонлари билан текис. Қипиқлар юмалоқ, катта ва "облатка" каби

	олиб ташланади.
Жибернинг пушти темирткиси	Бўйин ва тананинг терисида периферик ўсиши бўлган пушти доғлар бор, каттароклари "медалёнлар" га ўхшайди. Энг катта "она пиллак".
Папуляр (псориазиформ) сифилид	Тананинг латерал юзаларида энгил қипакланувчи пушти миллиар папулалар мавжуд. Серологик реакцияларнинг ижобий комплекси.

Амбулатор ва стационар шароитда даволаш тактикаси:

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2023/17540>

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://eadv.org/publication/olincial-guidelines/>

Номедикаментоз даво:

- 15-стол (чеклов: аччиқ овқатлар, зираворлар, алкоғолли ичм/оликлар, ҳайвон ёғларини истеъмол қилиш). Озиқ-овқат таркибига ўсимлик мойларини киритиш тавсия этилади, шунингдек, витаминларга бой овқатлар (мевалар, сабзавотлар). [25]

Физиотерапевтик муолажалар:

Дастлабки нурланиш дозаси терининг индивидуал сезувчанлигига қараб, ПУВА терапияси учун минимал фототоксик дозани ёки УВБ терапияси учун минимал эритема дозани ўлчаш йўли билан ёки терининг фототипи бўйича минимал фототоксик эритема дозани аниқламасдан (Т. Фицпатрик таснифига кўра) аниқланади.

Касалликнинг клиник кўринишини энгиллаштириш учун кенг тарқалган тошмалар билан оғриган псориазли беморларни даволаш учун ўрта тўлқинли фототерапия усуллари (УВБ/УВБ-311) ва ПУВА терапия усуллари тавсия этилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17036665/>

С 4	Селектив фототерапия (кенг полосали ультрабинафша терапияси): бошланғич нурланиш дозаси минимал эритема дозанинг 50-70% ни ташкил қилади. Беморнинг терининг турига ва загар олиш даражасига қараб нурланишни дозалашда 0,01-0,03 Дж/см ² дозадан бошланади. Жараёнлар ҳафтасига 3-5 марта амалга оширилади. Эритема бўлмаса, битта доза ҳар 2-3 процедурада 5-30% га ёки 0,01-0,03 Дж/см ² га оширилади. Бир курс учун 15-35 процедура белгиланади
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15097957/>

Изоҳ: 311 нм ўрта тўлқин узунлиги тор полосали терапия (УВБ-311) селектив фототерапияга нисбатан УВБ терапиясининг самарали усули ҳисобланади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12063488/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12399761/>

В 3	терининг ультрабинафша нурланиши 308 нм (эксимер УВ нурланиши). Агар тошмалар юз, бўйин, гавда, қўл ва оёқларда (тирсак ва тизза бўғимларидан ташқари) локализацияланган бўлса ва тошмалар энгил инфилтрацияланган бўлса, даволаш 1
----------------	---

	минимал эритема дозага тенг нурланиш дозаси билан бошланади. Тошмаларнинг инфилтрацияси - 2 га тенг дозада тирсак ва тизза бўғимлари терисида тошмаларнинг локализацияси ва псориастик пилакларнинг энгил инфилтрацияси, бошланғич нурланиш дозаси зич инфилтрацияланган пилакча мавжуд бўлганда минимал эритема дозадан 2 барабар кўп. Бир марталик нурланиш дозаси ҳар бир процедура ёки ҳар 2-процедурада 1 минимал эритема дозага ёки олдинги дозанинг 25% га оширилади. Даволаш ҳафтасига 2-3 марта режим билан амалга оширилади. Бир курс учун 15-35 муолажа белгиланади
--	--

Изоҳ: Терини 308 нм ультрабинафша нурланиши билан даволаш (эксимер УВ нурланиши) асосан тана юзасининг 10% дан кўп бўлмаган таъсирланган майдони бўлган псориазнинг чегараланган шакллари учун кўрсатилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16847198/>

В 2	Терининг ультрабинафша нурланиши. Катта ёшли беморларда фотосенсибилизаторлардан (ПУВА) ички фойдаланиш билан фотохимётерапия. Псорален тизимли фойдаланиш учун фотосенсибилизатор сифатида ишлатилади, улар бир вақтнинг ўзида 1 кг тана вазнига 0,6-0,8 мг дозада, узоқ тўлқинли УВ нурлари билан нурланишдан 1,5-2 соат олдин олинади. Дастлабки УВА дозаси минимал фототоксик дозанинг 50-70% ни ташкил қилади. Бемор терисининг турига ва загар даражасига қараб нурланишни дозалашда бошланғич доза 0,25-1,0 Дж/см ² ни ташкил қилади. Жараёнлар ҳафтада 2-4 марта амалга оширилади. Эритема бўлмаса, нурланишнинг бир марталик дозаси ҳар 2 муолажада максимал 30% га оширилади, ёки 0,25-1,0 Дж/см ² гача. Энгил эритема пайдо бўлганда, дозаси доимий равишда қолдирилади. Бир марталик УВА дозасининг максимал қийматлари 15-18 Дж/см ² ни ташкил қилади. Бир курс учун 15-35 муолажа белгиланади
----------------	--

Изоҳ: Тери тошмаларида кучли инфилтрация учун ПУВА терапияси афзалроқдир.

В 2	Терининг ультрабинафша нурланиши. Катта ёшли беморларда фотосенсибилизаторлардан (ПУВА) ички фойдаланиш билан фотохимётерапия. Псорален тизимли фойдаланиш учун фотосенсибилизатор сифатида ишлатилади, улар бир вақтнинг ўзида 1 кг тана вазнига 0,6-0,8 мг дозада, узоқ тўлқинли УВ нурлари билан нурланишдан 1,5-2 соат олдин олинади. Дастлабки УВА дозаси минимал фототоксик дозанинг 50-70% ни ташкил қилади. Бемор терисининг турига ва загар даражасига қараб нурланишни дозалашда бошланғич доза 0,25-1,0 Дж/см ² ни ташкил қилади. Жараёнлар ҳафтада 2-4 марта амалга оширилади. Эритема бўлмаса, нурланишнинг бир марталик дозаси ҳар 2 муолажада максимал 30% га оширилади, ёки 0,25-1,0 Дж/см ² гача. Энгил эритема пайдо бўлганда, дозаси доимий равишда қолдирилади. Бир марталик УВА дозасининг максимал қийматлари 15-18 Дж/см ² ни ташкил қилади. Бир курс учун 15-35 муолажа белгиланади
----------------	--

В 2	Терининг ультрабинафша нурланиши. Катта ёшли беморларга фотосенсибилизаторларни маҳаллий қўллаш билан фотохимётерапия. Псорален топикал фойдаланиш учун фотосенсибилизаторлар сифатида ишлатилади, улар нурланишдан 15-60 дақиқа олдин жароҳатларга қўлланилади. Дастлабки УВА дозаси минимал фототоксик дозанинг 20-30% ни ташкил қилади. Беморнинг терининг турига ва загар даражасига қараб нурланишни дозалашда бошланғич доза 0,2-0,5 Дж/см ² ни ташкил қилади. Жараёнлар ҳафтада 2-4 марта амалга оширилади. Эритема бўлмаса, нурланишнинг ягона дозаси ҳар 2-3 процедурада максимал 30% га ёки 0,1-0,5 Дж/см ² га оширилади. Энгил эритема пайдо бўлганда, доза доимий
----------------	---

равишда қолдирилади. Бир марталик УВА дозасининг максимал қийматлари 5-8 Дж/см² ни ташкил қилади. Ҳар бир курс учун 20-50 муолажа белгиланади

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17519218/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010742/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7949478/>

В
2 Аммифурокумарин мевасининг сувли эритмаси бўлган катталар беморлари учун ПУВА ванналари. Дастлабки УВА нурланиш дозаси минимал фототоксик дозанинг 20-30% ёки 0,3-0,6 Дж/см² ни ташкил қилади. Умумий ва маҳаллий ПУВА ванналари учун нурланиш ҳафтасига 2-4 марта амалга оширилади. Эритема бўлмаса, битта доза ҳар 2-муолажада максимал 30% га ёки 0,2-0,5 Дж/см² га оширилади. Тери тури I-II бўлган беморларда дозалаш 0,5-1,0-1,5-2,0-2,5-3,0 Дж/см² дозалари оралиғида амалга оширилади. III-IV турдаги терига эга бўлган беморларда нурланиш 0,6-1,2-1,8-2,4-3,0-3,6 Дж/см² дозалари оралиғида амалга оширилади. Енгил эритема пайдо бўлганда, доза доимий равишда қолдирилади.
I-II турдаги терига эга беморлар учун максимал бир марталик нурланиш дозаси 4,0 Дж/см², III-IV типли терига эга беморлар учун - 8,0 Дж/см². Бир курс учун 15-35 муолажа белгиланади

С
5 фототерапия + псориаз касаллигини даволаш учун ретиноидлар. Нурланиш беморнинг индивидуал сезувчанлигига қараб, МЕД ёки МФД нинг 30-50% дозаси билан бошланади. Кейинчалик, битта доза МЕД ёки МФД нинг 10-30% га оширилади. Агар енгил эритема пайдо бўлса, радиация дозаси оширилмайди ва агар кучли эритема ва терининг нозиклиги ривожланса, даволанишда танаффус талаб қилинади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20015056/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7174914/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/676424/>

В
2

- Монотерапия сифатида УВБ ёки ПУВА терапиясини олган беморларда псориазни даволаш учун ретиноидларни буюришдан олдин нурланиш дозасини 50% га камайтириш тавсия этилади.
- фототерапия + метотрексат

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

С
4 Катта ёшдаги беморлар учун тор тармоқли ўрта тўлқинли ултрабинафша терапияси + апремиласт

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/a84/q6gxj2hnlmip4mlvaaqglvyvsy05u11y.pdf>

С
4 Маҳаллий воситалар ёрдамида ултратовуш терапияси
Пелоидотерапия

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31099439/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869298/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908578/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29102940/>
<https://www.tmj-vgmu.ru/jour/article/view/720/676>

С
4

Минерал тузлар, ўсимлик қайнатмалари билан балнеотерапия

Медикаментоз даволаш:

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

Жадвал 1

Асосий дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100 %)

Фармакологик группаси	Дори воситасининг халқаро номи	Қўллаш тартиби	Далил даражаси
Маҳаллий фойдаланиш учун тери касалликларини даволаш учун кортикостероидлар I (жуда юқори фаоллик).	Клобетазол пропионат: 0,05%	маҳаллий кунига 1 марта; 2-4 ҳафта ичида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15303780/
	Бетаметазон дипропионат: 0,1%; 0,05%	маҳаллий кунига 1-2 марта; 2-4 ҳафта ичида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/
II (юқори фаоллик).	Мометазон фураат: 0,1%	маҳаллий кунига 1-2 марта; 3-4 ҳафта ичида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20m/oportance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
	Триамцинолон ацетонид: 0,5%	маҳаллий кунига 1-2 марта; 3-4 ҳафта ичида	(B) https://www.koreamed.org/SearchBa

			sic.php?RID=0048 KJD/1994.32.6.10 54&DT=1
	Метилпреднизолон ацепонат: 0,1%	махаллий кунига 1-2 марта; 3-4 ҳафта ичида	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409433/
	Флуоцинонид: 0,05%	махаллий кунига 1-2 марта; 3-4 ҳафта ичида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14107624/
III-IV (ўрта фаоллик).	Мометазон фураат: 0,1%	махаллий кунига 1-2 марта; 3-4 ҳафта ичида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3058398/
	Триамцинолон ацетонид: 0,1%	кунига 2 марта маҳаллий; 2-4 ҳафта ичида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261015/
	Флуоцинолон ацетонид 0,025%	махаллий кунига 1-2 марта; 2-4 ҳафта ичида	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/387495/
	Бетаметазон валерат: 0,1%	махаллий кунига 1-2 марта; 2-4 ҳафта ичида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/
V (ўрта фаолликдан паст). Рўйхатдан биттаси.	Гидрокортизон бутират 0,1%	махаллий, ўрта, кунига 2 марта; 3-4 ҳафта ичида	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

			/27183704/
	Гидрокортизон пробутат 0,1%	махаллий, ўрта, кунига 2 марта; 3-4 ҳафта ичида	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/
VI (паст фаоллик).	Аклометазон дипропионат 0,05%	махаллий, ўрта, кунига 2 марта; 3-4 ҳафта ичида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152079/
	Флуоцинол ацетонид 0,01%	махаллий, ўрта, кунига 2-3 марта; 4 ҳафтагача	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/387495/
VII (энг паст фаоллик)	Дексаметазон 0,1%	махаллий, ўрта, кунига 2-3 марта; 4 ҳафтагача	(B) https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0048KJD/1994.32.6.1054&DT=1
Дерматотроп воситалар	Кальципотриол	махаллий кунига 2 марта, ўрта 6-8 ҳафта давомида 12 ёшдан ошган болаларда Кальципотриол кунига 2 марта терининг таъсирланган жойларига нозик бир қатламда қўлланилади, ҳафтада максимал дозаси ошмаслиги керак. 75 г; 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган беморларда, шунингдек, кунига 2 марта қўлланилади, ҳафтада максимал доза 50 г дан ошмаслиги керак терапевтик таъсир даволаш бошланганидан 1-2 ҳафта ўтгач кузатилади. Даволаш курси 6-8 ҳафтадан ошмаслиги керак.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9039169/
Глюкокортикосте роид + бошқалар билан комбинациялар	Бетаметазон + Кальципотриол (0,05%)	кунига 1 марта. Малҳамдан фойдаланиш муддати ўрта 4 ҳафта, гел учун эса 4-8 ҳафта.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

	комбинацияланган дори		/18700105/
Кератолитик восита	Салицил кислотаси (2-5%)	махаллий 2-3 ҳафта давомида кунига 1-2 марта	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18700105/
	Мочевина (10,15,20,30,50%)	махаллий 2-3 ҳафта давомида кунига 1-2 марта	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12125943/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12522370/
Глюкокортикостероид + кератолитик агент	Салицил кислотаси + Бетаметазон	Махаллий 2-3 ҳафта давомида кунига 1-2 марта	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/
Глюкокортикостероид + кератолитик агент	Салицил кислотаси + Мометазон	махаллий 2-3 ҳафта давомида кунига 1-2 марта	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25604924/
Махаллий фойдаланиш учун синтетик ретиноидлар	Тазаротен	махаллий кунига 1-2 марта, ўрта, 8-12 ҳафта давомида.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152080/
Селектив иммуносупрессант (фосфодиэстераза-4 ингибитори)	Рофлумиласт	крем 0,3% махаллий кунига бир марта 32 ҳафтагача	(A) https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/215985s0001b1.pdf https://www.medscape.com/viewarticle/978324?&icd=login_success_email_match_pdf
Гипосенсибилизация воситалар*	Натрий тиосульфат	В/И - 5-50 мл 30% эритма перорал- 10% эритма шаклида ҳар бир дозада 2-3 г.	(B) https://mediclib.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6

	Калций глюконат	В/И, В/И секин (2-3 дақиқадан кўпроқ) ёки томчилатиб, катталар - ҳар куни, ҳар куни ёки ҳар 2 кунда 5-10 мл 100 мг / мл эритма. Болалар - вена ичига секин (2-3 дақиқадан кўпроқ) ёки томчилатиб, ёшга қараб, ҳар 2-3 кунда 1 дан 5 мл гача 100 мг / мл эритма.	(B) https://medicl.ab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a
Антигистаминлар	Дезлоратадин	Таблеткалар 5 мг эритма 10 мл перорал кунига 1 марта 7-14 кун давомида	(B) https://medicl.ab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-alca-572c6b314954 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Цетиризин	Таблеткалар 5 мг эритма 10 мл перорал кунига 1 марта 7-14 кун давомида	(B) https://medicl.ab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Левоцетиризин	Таблеткалар 5 мг эритма 20 томчи перорал кунига 1 марта 7-14 кун давомида	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31714659/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Хлоропирамин	Таблеткалар 25 мг дан кунига 3-4 марта, мушак орасига ёки вена ичига юбориш билан, катталар учун битта доза 20-40 мг ни ташкил қилади.	(B) https://disease.s.medelement.com/disease/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

			/29507561/
	Эбастин	Ичишга. Катталар учун тавсия этилган доза 10-20 мг / кун.	(B) https://medicl.ab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Лоратадин	Таблеткалар 5 мг эритма 10 мл перорал кунига 1 марта 7-14 кун давомида	(B) https://medicl.ab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Биластин	Ичишга. Катталар учун тавсия этилган доза 10-20 мг / кун.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/

Изох: 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.

Жадвал 2

Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Фармакологик группASI	Дори воситасининг халқаро номи	Қўллаш тартиби	Далил даражаси
Дерматопротектив восита	Фаоллаштирилган цинк пиритиони	4-6 ҳафта давомида кунига 2 марта қўлланилади. Аэрозол бир ҳафта давомида кунига 2-3 марта 15 см масофадан, маҳаллий фойдаланиш учун препарат нам сочларга қўлланилади, сўнгра бош терисини массаж қилади, кейин сочни ювиш керак. маҳаллий фойдаланиш учун бошга 5 дақиқа давомида қўлланг, кейин сочларингизни кўп миқдорда сув билан ювинг. Ҳафтада 2-3 марта қўлланг; даволаш курси - 5 ҳафта. Ремиссия даврида ҳафтада 1-2 марта фойдаланиш мумкин.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/
Тирноқлар учун	Октопирокс ва Аквасил комплекси	Тирноқ ва унинг контурига кунига бир марта, кечқурун. Косметик процедуранинг идеал функционаллиги учун қўллашдан олдин ишлов бериладиган сиртни яхшилаб тозалаш муҳимдир	(C) https://eptaderm.com/epta-pso-nails/

<p>Дерматотроп агент</p>	<p>Дитранол ва унинг ҳосилалари</p>	<p>Концентрацияни танлаш, қўллаш вақти ва ҳар бир юқори концентрацияга ўтиш шифокор томонидан белгиланади. Дитранол билан 2 та даволаш схэмаси мавжуд. Даволашнинг бошида маҳаллий фойдаланиш учун препарат, дитранол, эрталаб терининг таъсирланган жойларига қўлланилади. Қўллашнинг иккинчи схэмаси - "ярм соатлик терапия" усули: маҳаллий фойдаланиш учун препарат, дитранол, қўллаш муддати 20-30 минут. Шундан сўнг, маҳаллий фойдаланиш учун ортикча дори-дармонларни пахта сумкаси билан олиб ташланг ва қўллаш жойини илиқ сув ва қўп миқдорда совун билан ювинг. Даволаш тошмалар йўқолгунча давом эттирилади.</p>	<p>(B)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/</p>

Имуномодуляц ион восита	Фумар кислотаси эфирларининг аралашмалари	Бир бошланғич дозадан бошлаб, кейинги 8 ҳафта давомида кунига максимал 6 дозага кўтарилади	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27271164/
Калсиневрин ингибиторлари	Циклоспорин	Циклоспориннинг бошланғич дозаси кунига 2,5 дан 3 мг / кг тана вазнига 2 дозага бўлинган. Оғир ҳолатларда, агар керак бўлса, препаратнинг дозаси кунига тана вазнининг кг бошига максимал 5 мг гача оширилиши мумкин. Агар ижобий натижага эришилса, дозани тўлиқ тўхтатилгунга қадар аста- секин камайтириш керак.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9377614/
Антиметаболи тлар (фолий кислотаси аналоглари)	Метотрексат	Катталар учун метотрексат ҳафтасига 10 дан 30 мг гача бўлган дозада буюрилади. тери остига, мушак орасига ёки болаларда - ҳафтасига 0,2-0,7 мг/кг;	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/
Б витамини	Фолий кислотаси	Метотрексат қабул қилинганидан кейин 12 дан 48 соатгача фолий кислотасини қабул қилиш тавсия этилади. Оптимал- метотрексатнинг ҳафталик дозасидан 24 соат ўтгач. Фолик кислотанинг дозаси ҳафтасига камида 5 мг бўлиши керак.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/
Тизмли ретиноидлар	Ацитретин	Кунига 25 мг ёки 30 мг бошланғич суткалик дозада буюрилади; Препарат кунига бир марта овқат ёки сут билан бирга олинади; қўллаш муддати 2-4 ҳафта, болаларда суткалик доза тана вазнига боғлиқ ва тахминан 0,5 мг / кг ни ташкил қилади. Баъзи ҳолларда, чегараланган вақт учун кунига 1 мг / кг гача (кунига 35 мг дан кўп бўлмаган) юқори дозалар талаб қилиниши мумкин.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/

Селектив иммуносупрессант (фосфодиестераза-4 ингибитори)	Апремиласт	30 мг дан кунига 2 марта. Дастлабки титрлашдан кейин дастлабки дозани титрлаш талаб қилинади, такрорий титрлаш талаб қилинмайди;	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/
Антинеопластик воситалар	Гидроксимочевина	Кунига 500 мг, дозаси терапевтик жавоб ва толерантликка қараб кунига 1,0-1,5 г гача оширилади.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10731131/
Пурин антмэтаболитлари гуруҳидан ситостатик препарат	6-тиогуанин	Хар 2-4 ҳафтада 20 мг га кўтарилиши билан ҳафтасига 2 марта 80 мг дан бошланг. Максимал доза ҳафтасига 3 марта 160 мг ни ташкил қилади.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1986287/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21093659/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21093660/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16428145/
Иммуносупрессант дорилар	Микофенолат мофэтил	кўпинча кунига икки марта 500-750 мг дан бошланади, кейин дозани кунига икки марта 1,0-1,5 г гача оширинг.	(A) https://www.jaad.org/article/S0190-9622(10)02161-4/fulltext https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26614486/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27168193/
Антмикроб ва яллиғланишга қарши воситалар	Сулфасалазин	Дастлабки дозаси кунига уч марта 500 мг ни ташкил қилади. Яхши муҳосаба қилинган бўлса, уч кундан кейин доза кунига уч марта 1 г гача оширилади. Агар доза тоқат қилинса, 6 ҳафтадан сўнг кунига тўрт марта 1 г гача оширилади.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972718/

<p>Селектив иммуносупрессант (Д11 га боғланган инсонийлаштирилган рекомбинант моноклонал антикор)</p>	<p>Эфализумаб</p>	<p>Т/о инъекциялари. Тана вазнига қараб дозани танлаш. Оғирлиги <100кг-45мг; > 100кг-90мг. Инъекция 0 ва 4 ҳафталарда ва кейин ҳар 12 ҳафтада.</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2530251/ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318687/</p>
<p>Селектив иммуносупрессант (ЖАК/СТАТ тизмининг ингибитори)</p>	<p>Тофацитиниб</p>	<p>Перорал кунига 2 марта 5-10 мг.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27307707/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26357944/</p>
<p>Селектив иммуносупрессант (ТНФ-алфа ингибиторлари)</p>	<p>Этанерцепт</p>	<p>Катталар: 25 мг тери остига ҳафтасига икки марта 3-4 кунлик интервал билан. Ҳафтада бир марта 50 мг препаратни бир марталик тери остига юбориш мумкин. Шу билан бир қаторда, Этанерцепт ҳафтасига икки марта 50 мг дозада максимал 12 ҳафта давомида ишлатилиши мумкин. Даволанишни давом эттириш зарур бўлса, Этанерцепт ҳафтада икки марта 25 мг ёки ҳафтада бир марта 50 мг дозада қўлланилиши керак. Терапия ремиссияга эришилгунга қадар ва қоида тариқасида 24 ҳафтадан ошмаслиги керак. Баъзи ҳолларда даволаниш муддати 24 ҳафтадан ортиқ бўлиши мумкин 6 ёш ва ундан катта болаларда псориаз учун доза 0,8 мг / кг тана вазнига (максимал бир марталик доза 50 мг) белгиланади. Препарат ҳафтада бир марта қўлланилади. ремиссияга эришилгунга қадар тери остига, одатда 24 ҳафтадан ошмаслиги керак. Препарат билан даволаш 12 ҳафтадан кейин тўхтатилиши керак. терапияда симптомларнинг ижобий динамикаси йўқ. Агар Этанерцептни қайта буюриш керак бўлса, юқорида кўрсатилган даволаниш муддатига риоя қилиш керак. Препаратнинг дозаси ҳафтада бир марта тана</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10233638/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10681171/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1918491/</p>

		вазнига 0,8 мг / кг ни ташкил қилади (максимал битта доза 50 мг). Баъзи ҳолларда даволаниш муддати 24 ҳафтадан ортиқ бўлиши мумкин.	
	Инфлихимаб	<p>Инфликсимаб псориазли катталардаги беморларга вена ичига секин (камида 2 соат давомида) 2 мл/мин дан ошмайдиган тезликда киритилади. Тиббиёт ходимларининг назорати остида.</p> <p>Псориазни даволаш учун инфликсимабнинг бошланғич дозаси беморнинг ҳар бир кг вазнига 5 мг ни ташкил қилади. Биринчи администрациядан кейин препарат 0, 2 ва 6 ҳафталарда бир хил дозада, кейин эса ҳар 8 ҳафтада қўлланилади. Агар 14 ҳафта ичида таъсир бўлмаса (тўртта вена ичига инфузиядан кейин), даволанишни давом эттириш тавсия этилмайди.</p>	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2436424/
	Адалимумаб	<p>Катталар ва 4 ёшдан ошган болалар, ўрта ва оғир псориаз касаллиги билан оғриган беморлар, тери остига сон ёки қорин бўшлиғига 80 мг бошланғич дозада, парваришlash дозаси - бошланғич дозадан бир ҳафта ўтгач, ҳар 2 ҳафтада бир марта 40 мг.</p>	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17970888/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12704533/
	Цертолизумаб пегол	<p>Т/О, турли анатомик соҳаларда, қорин ва сонлар ўртасида инъекция жойларини алмаштириш. Индукция дозаси даволашнинг 1-кунида, 2 ва 4-ҳафталарида 400 мг ни ташкил қилади. Таъминот дозаси: ҳар 2-4 ҳафтада бир марта 200-400 мг.</p>	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38545493/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1690970/
Селектив иммуносупрессант (ИЛ ингибитори - 12.23)	Устекинумаб	<p>Вояга етган беморлар: тери остига 45 мг. Иккинчи инъекция биринчи дастурдан 4 ҳафта ўтгач, кейин эса ҳар 12 ҳафтада амалга оширилади. Оғирлиги 100 кг дан ортиқ бўлган беморларга препаратни 90 мг дозада қўллаш тавсия этилади.</p> <p>Ҳар 12 ҳафтада бир марта қўлланганда клиник самарадорлик</p>	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17241576/

		<p>этарли бўлмаган тақдирда, препаратнинг дозасини ҳар 12 ҳафтада 90 мг га ошириш керак.</p> <p>Агар ушбу дозалаш режими самарали бўлмаса, ҳар 8 ҳафтада 90 мг дозада тана вазнига эга бўлган 6 ёшдан ошган болалар учун дозани танлаш тана вазнини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилади.</p>	
<p>Интерлейкин 36 ингибитори (ИЛ-36R)</p>	<p>Спесолимаб</p>	<p>450 мг/7,5 мл (60 мг/мл) битта дозали шишадаги эритма 90 дақиқа давомида томир ичига юбориш орқали бир марталик дозада юборилади</p> <p>Агар авж олиш белгилари давом этса, вена ичига қўшимча 900 мг (90 дақиқадан кўпроқ) қўлланилиши мумкин</p> <p>дастлабки дозадан бир ҳафта ўтгач.</p>	<p>(A)</p> <p>https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/761244s000lbl.pdf</p>
<p>Йуқори селектив интерлейкин ингибитори 17A ва 17F</p>	<p>Бимекизумаб</p>	<p>Доза 0 ҳафтада 320 мг (ҳар бири 160 мг дан 2 та тери ости инъекцияси), кейин эса 4, 8, 12 ва 16 ҳафталарда, кейин эса ҳар 8 ҳафтада.</p> <p>Оғирлиги 120 кг ва ундан ортиқ бўлган беморлар учун тавсия этилган доза 16 ҳафтадан кейин ҳар 4 ҳафтада 320 мг ни ташкил қилади.</p>	<p>(A)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35544084/</p>
<p>Селектив иммуносупрессант (ИЛ 17-А / 17-РА ингибиторлари)</p>	<p>Секукинумаб</p>	<p>Вояга етган беморларда, иложи бўлса, терининг таъсирланмаган қисмида, 0, 1, 2 ва 3-ҳафталарда бошланғич доза сифатида 300 мг, сўнгра 4-ҳафтадан бошлаб ойлик юбориш шаклида парваришlash терапияси. Ҳар бир 300 мг дозаси 150 мг дан иккита алоҳида тери ости инъекциялари шаклида, 6 ёшдан ошган, вазни 50 кг дан кам бўлган болаларга катталар учун бир хил схема бўйича 75 мг дозада юборилади.</p>	<p>(A)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30118353/</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26899199/</p>

	Иксекизумаб	Ўрта ва оғир псориазли катталар беморлари. Беморларни даволаш учун тавсия этилган бошланғич доза (0 ҳафта) тери остига инъекция йўли билан 160 мг, сўнгра 2, 4, 6, 8, 10 ва 12-ҳафталарда 80 мг, сўнгра ҳар 4 ҳафтада 80 мг дозада (бўлишидан қатъий назар) тана вазни). 160 мг бошланғич доза иккита алоҳида 80 мг тери остига инъекция шаклида қўлланилади.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18199863/
	Нетакимаб	Катталар учун 0, 1 ва 2-ҳафталарда ҳафтада бир марта 120 мг дозада қўлланилади, сўнгра 6-ҳафтадан бошлаб ҳар 4 ҳафтада бир марта 120 мг дозада парваришлар терапияси ўтказилади. 120 мг дозаси ҳар бири 1 мл (60 мг) дан икки марта тери остига юборилади.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15389187/
Селектив иммуносупрессант (ИЛ-23 ингибиторлари)	Гуселкумаб	Тавсия этилган доза тери остига 100 мг ни ташкил қилади. Иккинчи инъекция биринчи дастурдан 4 ҳафта ўтгач, кейин ҳар 8 ҳафтада амалга оширилади.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17936411/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010738/
	Рисанкизумаб	Катталар учун тавсия этилган доза 0-ҳафтада, 4-ҳафтада ва ҳар 12 ҳафтада 150 мг ни ташкил қилади (бир вақтнинг ўзида иккита 75 мг тери остига инъекция сифатида берилади)	(A) https://www.rlsnet.ru/actv/ie-substance/certolizuma-ba-pegol-2986 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29660421/
Калсиневрин ингибиторлари	Циклоспорин	Циклоспориннинг бошланғич дозаси кунига 2,5 дан 3 мг / кг тана вазнига 2 дозага бўлинган. Оғир ҳолатларда, агар керак бўлса, препаратнинг дозаси кунига тана вазнининг кг бошига максимал 5 мг гача оширилиши мумкин. Агар ижобий натижага эришилса, дозани тўлиқ тўхтатилгунга қадар аста-	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9377614/

		секин камайтириш керак.	
Тизимли глюкокортикостер оидлар *	Преднизолон	Вояга етган беморлар учун кунига 40-50 мг. Клиник яхшиланишга (регрессия) эришилгандан сўнг, препаратни босқичма-босқич олиб ташлаш бошланади. Даволашнинг умумий давомийлиги ўрта 2-3 ҳафтадан ошмайди.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
	Метилпреднизолон	Глюкокортикоидларнинг дозалари, кўп ҳолларда, катталар учун преднизолон нуктаи назаридан кунига 40-50 мг. Ижобий клиник натижага эришгандан сўнг, препаратни босқичма-босқич олиб ташлаш бошланади. Глюкокортикостероидлар билан даволашнинг умумий давомийлиги одатда қисқа (ўрта 2-3 ҳафтадан кўп эмас).	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
	Бетаметазон	М/О ҳар 2-4 ҳафтада 1,0 дан 2,0 мл гача.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
Гепатопротект ив таъсирга эга дорилар *	Эссенциал фосфолипидлар	В/И секин 1-2 ампуладан (5-10 мл), эритмани беморнинг қони билан 1: 1 нисбатда суюлтиринг. Агар препаратни суюлтириш зарур бўлса, инфузия учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмаси ишлатилади. Ичишга. 12 ёшдан ошган ва вазни 43 кг дан ортиқ бўлган ўсмирлар учун, шунингдек, катталар учун овқат пайтида кунига 3 марта 2 капсуладан ичиш тавсия этилади.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/
		600 мг мушак орасига, кунига бир марта В/И 600 мг 100-250 мл 5%	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/

	Оксиматрин	<p>глюкоза эритмасида ёки 0,9% натрий хлорид эритмасида суялтирилади. Кунига бир марта дақиқада 60 томчи тезликда вена ичига юборинг.</p> <p>Перорал, кунига уч марта 2 капсуладан (0,2 г Оксиматрин). Агар керак бўлса, суткалик дозани кунига уч марта 3 капсулага ошириш мумкин (0,3 г Оксиматринга тэнг).</p>	<p>bi.nlm.nih.gov/28450041/</p>
	Урсодеоксихол кислотаси	<p>Ичишга. Оғирлиги 34 кг дан кам бўлган болалар ва катталарга урсодеоксихол кислотасини суспензия шаклида қўллаш тавсия этилади.</p> <p>Урсодеоксихол кислотасининг тавсия этилган дозаси кунига 10 мг / кг ни ташкил қилади</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084</p>
	Антрал	<p>Ичишга кунига 3 марта овқатдан кейин катталар ва 10 ёшдан ошган болалар учун 200 мг дан 4-10 ёшли болалар учун 100 мг дан</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1</p>
Витаминлар	Алфа токоферол ацетат	<p>Овқатдан кейин перорал кунига 50-100 мг дозада (қўллаш муддати - 20-40 кун)</p>	<p>(C)</p> <p>https://www.lekhm.com/ua/ru/alfa-tokoferola-acetat-vitamin-e-dose-50-mgml-po-20-ml-no-1</p>
	Ретинол ацетат	<p>Катталар учун энг юқори суткалик доза 100 000 МЕ дан ошмаслиги керак</p> <p>33 000–100 000 МЕ / кун</p>	<p>(B)</p> <p>https://compendium.com.ua/info/62400/vitamin-a</p>
	Холекалциферол	<p>Ичишга, мушак орасига. 500-200.000 МЕ</p> <p>Дефицит даражасини ҳисобга олган ҳолда</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37571324/</p>
	Аскорбин	<p>Ичишга, мушак орасига, вена ичига</p>	<p>(C)</p>

	кислотаси	250-1000 мг / кун	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35010995/
	Цианокобаламин	М/О ёки В/И кунига 1 мг 1-2 ҳафта давомида, парваришlash дозаси 1-2 мг М/О ёки В/И - ҳафтада 1 мартадан ойига 1 марта.	
	Тиамин	М/О (чуқур) Препаратни кичик дозалардан (5% ли эритманинг 0,5 мл дан кўп бўлмаган) қўллашни бошлаш тавсия этилади Катталар кунига бир марта, кунига бир марта 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл 5% эритма) буюрилади; болалар - кунига 1 марта 12,5 мг (0,25 мл 5% эритма). Даволаш курси - 10-30 инъекция.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37063401/
	Рибофлавин	Перорал: катталар - кунига 5-10 мг; болалар - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволашнинг давомийлиги - 1-1,5 ой. М/О: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун (болалар - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13361544/
Антидепрессантлар	Доксепин	Ичишга. Ўрта оғир депрессия ва / ёки ташвиш учун бошланғич доза кунига 75 мг ни ташкил қилади. Келажақда самарали доза индивидуал равишда танланади, одатда кунига 75-150 мг. Доза аста-секин оширилади. Оғир депрессия ва / ёки ташвиш учун самарали доза кунига 300 мг га этиши мумкин. Минимал даражада оғир бузилишлари бўлган беморларда кунига 25-50 мг пастрок дозалар самарали бўлиши мумкин. Қўллаш частотаси кунига 1-2 марта (кун давомида битта дозада доксепиннинг дозаси 150 мг дан ошмаслиги керак). Уйқу бузилиши учун кунлик дозанинг катта қисми кечкурун	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27578078/

		олинади.	
	Миртазапин	<p>Перорал кунига 15-45 мг, ётишдан олдин кунига 1 марта. Доза аста-секин кунига 30-45 мг гача оширилади. Антидепрессант таъсири аста-секин, одатда даволаниш бошланганидан 2-3 ҳафта ўтгач ривожланади, аммо даволанишни яна 4-6 ой давом эттириш керак. Агар даволанишдан кейин 6-8 ҳафта ичида терапевтик таъсир кузатилмаса, даволанишни тўхтатиш керак.</p> <p>Миртазапин аста-секин олиб ташланади.</p>	
	Пароксетин	<p>Кунига 1 марта - эрталаб овқат билан қабул қилиш тавсия этилади. Таблеткани чайнамасдан ютиш керак</p> <p>Тавсия этилган суткалик доза 20 мг ни ташкил қилади, дозани даволашнинг дастлабки 3-4 ҳафтаси давомида эҳитёткорлик билан индивидуал танлаш керак, кейин эса клиник кўринишларга қараб тузатиш керак. 20 мг дозага етарли даражада жавоб бермаган баъзи беморларни даволаш учун дозани ошириш керак бўлиши мумкин. Бу даволанишнинг клиник самарадорлигига қараб, дозани 10 мг (максимал 50 мг / кун) га ошириб, босқичма-босқич амалга оширилиши керак.</p>	
Анксиолитиклар	Гидроксизин	<p>Ичишга. 12,5-50 мг / кун</p> <p>Максимал ягона доза 200 мг дан ошмаслиги керак, максимал суткалик доза 300 мг дан ошмаслиги керак.</p> <p>Кекса беморларда бошланғич дозани 2 баравар камайтириш керак.</p> <p>Ўрта ва оғир буйрак йэтишмовчилиги, шунингдек, жигар йэтишмовчилиги бўлган беморлар дозани камайтиришни талаб қилади.</p>	<p>(B)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14445517/</p>
Антиоксидантлар	Алфа липоик кислота	<p>Катталар учун кунига 600 мг дозада камида 30 дақиқа давомида вена ичига томизилади катталар ва 14 ёшдан ошган</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediclalab.com/drugs/9572129b-</p>

		болалар учун - кунига 1 марта овқатдан олдин 1 капсуладан. Даволашнинг давомийлиги - камида 1 ой	5f56-4179-a69b-57ffa37dfe3a
	Глутатион	М/О, В/И секин (2-3 дақиқа) ёки кунига 600 мг ёки ҳар куни 1200 мг инфузион. Ичишга. Кунига 250 мг, аста- секин тил остида эрийди Даволаш курси 2-3 ойлик цикллардан иборат бўлиб, улар йилига 2-3 марта такрорланиши мумкин.	(С) https://mediqlab.com/drugs/5dc77e7c-6dfb-4eab-9570-92bd53793d47

***Тизимли глюкокортикостероидлар** псориадик эритродермия, кенг тарқалган экссудатив ёки пустулар псориазда ўткир ҳолатни бартараф этиш учун қисқа курсда фойдаланиш учун тавсия этилади

***Гепатопротектив таъсир кўрсатадиган дорилар**

Лаборатория ва инструментал тадқиқотларда симптомлар ёки ўзгаришлар мавжуд бўлса, гепатопротектив хусусиятларга эга препаратлар буюрилади, бу хусусиятларга эга бўлган препаратни танлаш шифокор томонидан белгиланади;

***Антигистаминлар, дезинтоксикацияловчи ва гипосенсибилизацияловчи воситалар**
Беморларнинг 2/3 қисмида ва болаларда 90% ҳолларда псориадик тошмалар қичишиш билан бирга келади. Антигистаминлар, детоксификация ва гипосенсибилизация қилувчи дорилар қичима мавжуд бўлганда ёки псориаз касаллиги ўткир, гиперергик аломатлар бўлган ҳолларда буюрилади.

Изох: 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.

Тиббий ёрдамни ташкиллаштириш

Бирламчи тиббий ёрдам кўрсатиш доирасида терапевтлар, педиатрлар, умумий амалиёт шифокорлари беморларда тери тошмаси, псориаз касаллиги белгилари ёки белгиларини аниқлашда беморни бирламчи ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш учун дерматовенерологик тиббий ташкилотга юбордилар.

Агар бирламчи ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатиш доирасида тиббий ёрдам кўрсатишнинг иложи бўлмаса ва тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлса, бемор ихтисослаштирилган тиббий ёрдам кўрсатадиган тиббий ташкилотга юборилади.

Ихтисослашган, жумладан, юқори технологияли тиббий ёрдам стационар шароитда дерматовенерологлар томонидан кўрсатилади.

Тиббий муассасада касалхонага ётқишиш учун кўрсатмалар: кундузги ва 24 соатлик стационар:

- олдинги даволанишнинг самарасизлиги;
- даволашнинг физиотерапевтик усулларидадан фойдаланиш зарурати;

- селектив иммуносупрессантлар (фосфодиестераза-4 ингибиторлари, Янус киназ блокаторлари), ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари билан парваришlash терапиясига эҳтиёж;

Беморни тиббий ташкилотдан чиқаришга кўрсатмалар:

- тошмаларнинг регрессияси ва/ёки клиник кўринишларнинг камайиши.[3]

Муолажа ёки аралашув самарадорлигини кўрсаткичлари:

- терида янги элементларнинг йўқлиги ва тошмалар регрессияси (PASI индексининг пасайиши);
- ремиссия давомийлиги;
- ҳаёт сифатини яхшилаш

**“ПСОРИАЗ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ
АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

2.1. Кириш қисми

Псориаз — сурункали тери яллиғланиши шаклида ўзини намоён қиладиган юқумли бўлмаган касалликдир. Псориаз нафақат тери шикастланиши билан кичади. Псориазнинг ўрта ёки оғир шакллари турли хил коморбид патологиялар билан мураккаблашиши мумкин. Дунёда псориаз касаллигининг тарқалиши тахминан 2% ни ташкил қилади, аммо ривожланган мамлакатларда бир қатор тадқиқотларга кўра, бу кўрсаткич юқорироқ ва ўрта 4,6% ни ташкил этади. Псориаз билан оғриган беморларнинг тахминан учдан икки қисмида касаллик энгил бўлиб, тери юзасининг 3% дан камроғига таъсир қилади. Қолганларида терининг шикастланиши янада кенгроқдир.

Беморларнинг тахминан тўртдан уч қисмида псориаз касаллиги 40 ёшдан олдин бошланади. Беморларнинг учдан бирида биринчи симптомлари 20 ёшдан олдин кузатилади. Болалар орасида псориаз касаллигининг тарқалиши 0,7% ни ташкил қилади. Қоида тариқасида, касаллик ўзгарувчан ремиссия ва авж олиш даврлари билан сурункали касаллик сифатида юзага келади. Бироқ, тўлиқ ремиссия даврлари мумкин ва кам сонли ҳолларда беш йил ёки ундан кўпроқ давом этадиган ремиссиялар кузатилади.

2.2 Таъриф

Псориаз ирсий мойилликка эга бўлган мултифакториал касаллик бўлиб, эпидермис хужайраларининг кўпайиши, кератинизациянинг бузилиши, фаоллашган Т-лимфоцитлар ва яллиғланишга қарши цитокинлар синтези натижасида дермада яллиғланиш реакцияси билан тавсифланади.[1]

Псориаз даволаш усуллари

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

A	Махаллий терапия учун псориаз касаллиги билан оғриган беморларга кортикостероидлар, салицил кислотаси ва бошқа препаратлар (Кальципотриол) буюрилиши мумкин. Агар касаллик ўрта ёки оғир бўлса, метотрексат, ретиноидлар, иммуносупрессант циклоспорин ёки терининг ултрабинафша нурланиши билан тизимли терапия буюрилади.
----------	---

<https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6>

<https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a>

B	Қичишишни бартараф этиш учун антигистаминлар ва гипосенсибилизацияловчи препаратлар тавсия этилади.
----------	---

<https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6>

<https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a>

A	Агар беморда псориазни тизимли даволаш самарасиз бўлса, беморларни иммуносупрессант терапиясига ўтказиш керак. Селектив иммуносупрессантлар (фосфодиестераза-4 ингибиторлари, Янус киназ блокаторлари), ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари тизимли терапиянинг фармакокинэтикасини ҳисобга олмаган ҳолда қўлланилади. Псориазни даволаш учун метотрексат, циклоспорин ёки ретиноидлар билан даволашни тўхтатишга олиб келадиган нохуш ҳодисалар юзага келган тақдирда,
----------	---

бузилган функциялар ва / ёки лаборатор кўрсаткичлари нормаллашгунга қадар таъминлаш керак, бу генетик биологик терапия индукция босқичидан олдин бўлиши керак.

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>
<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

А Беморни метотрексат, циклоспориндан селектив иммуносупрессантлар, фосфодиестераза-4 ингибиторлари, Янус киназ блокаторлари, ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа), интерлейкин ингибиторларига ўтказишда, терапиянинг дастлабки босқичида юқорида кўрсатилган дориларнинг дозасини аста-секин камайтириш тавсия этилади. (12-16 ҳафта ичида - метотрексат учун; 2-8 ҳафтадан кўп бўлмаган - циклоспорин учун).

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>
<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

А Селектив иммуносупрессантларни (фосфодиестераза-4 ингибиторлари, Янус киназ блокаторлари), ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторларини узоқ муддатли қўллаш билан самарали даволаш ва яхши толерантлик бўлса, терапия стандарт дозаларни қўллаш билан давом эттирилиши керак. Бундай ҳолда сиз селектив иммуносупрессантларни (фосфодиестераза-4 ингибиторлари, Янус киназ блокаторлари), ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторларини қўллашни тўхтатмаслигиниз керак, чунки ўрта ва оғир псориаз беморларда псориаз ривожланиш хавфи юқори. Генетик биологик воситалари ёрдамида даволанишни қайта тиклашда олдинги самарага эришиш қийин бўлиши мумкин, нейтраллаштирувчи антитаналарни пайдо бўлиш хавфини оширади. Ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторларини метотрексат билан аутоантитаналрнинг шаклланишига йўл қўймаслик учун бирлаштиришнинг мақсадга мувофиқлиги исботланган (рандомизацияланган клиник тадқиқотлар натижалари ҳали еълон қилинмаган). Ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари ва интерлейкин ингибиторлари гуруҳларидан дори воситаларининг такрорий ўзгариши терапевтик самарадорликнинг пасайиши ва беморда аниқ ёки деярли тоза териға эриша олмаслик билан бирга бўлиши мумкин.

А Селектив иммуносупрессантлар (фосфодиестераза-4 ингибиторлари, Янус киназ блокаторлари), ўсма некрози омили алфа (ТНФ-алфа) ингибиторлари, интерлейкин ингибиторлари, ножўя таъсирлар ва лаборатор параметрларини тиббий фойдаланиш бўйича кўрсатмаларга мувофиқ назорат қилиш керак.

Чегараланган тошмаларни даволаш учун беморларга топик терапиядан фойдаланиш тавсия этилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/>

**С
3** гидрокортизон 0,1% малҳам 0,1% крем, маҳаллий фойдаланиш учун 1% малҳам тери тошмаларига кунига 2 марта 3-4 ҳафта давомида суртилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152079/>

В 3	Аклометазон креми 0,05%, малҳам 0,05% терининг шикастланган жойларига бир текис қатламда кунига 2-3 марта 3-4 ҳафта давомида суртилади. Болаларда ва кейинги даволаниш вақтида препаратни кунига бир марта қўллаш мумкин. Сурункали касалликларни кейинги даволашда қайталанишни олдини олиш учун терапия барча аломатлар йўқолганидан кейин бир мунча вақт давом этиши керак.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261015/	
В 3	Маҳаллий фойдаланиш учун триамцинолон малҳами 0,1%, терининг шикастланган жойларига кунига 2 марта 3-4 ҳафта давомида қўлланг.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3058398/	
В 2	Мометазон креми 0,1%, малҳам 0,1% юпка қатламда терининг шикастланган жойларига кунига бир марта 3-4 ҳафта давомида суртилади.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409433/	
С 4	<p>Метилпреднизолон ацепонат малҳами 0,1% маҳаллий фойдаланиш учун, 3-4 ҳафта давомида кунига бир марта терининг шикастланган жойларига юпка қатлам билан қўлланг.</p> <p>Метилпреднизолон ацепонат креми 0,1%, маҳаллий фойдаланиш учун эмулсия 0,1%, терининг шикастланган жойларига кунига 1 марта 3-4 ҳафта давомида юпка қатлам билан қўлланг.</p> <p>Флуоцинолон ацетонид малҳами маҳаллий фойдаланиш учун 0,025%, терининг шикастланган жойларига кунига 2-4 марта қўлланилади, даволаш курси 25 кунгача.</p> <p>Маҳаллий фойдаланиш учун флуоцинолон ацетонид креми 0,025%, маҳаллий фойдаланиш учун гел 0,025% терининг шикастланган жойларига кунига 2-4 марта 4 ҳафтагача суртилади.</p>
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/	
В 2	<p>Бетаметазон креми 0,05%, 0,1%, малҳам 0,05%, 0,1% терининг шикастланган жойларига кунига 2 марта 3-4 ҳафта давомида суртилади.</p> <p>Бетаметазон спрейи 0,05% терининг шикастланган жойларига кунига 2 марта 3-4 ҳафта давомида суртилади.</p> <p>Флутиказон малҳами маҳаллий фойдаланиш учун 0,005%, маҳаллий фойдаланиш учун крем 0,05% терининг шикастланган жойларига кунига 2 марта 3-4 ҳафта давомида суртилади.</p>
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15303780/	
С 2	Клобетазол малҳами, маҳаллий фойдаланиш учун крем 0,05% терининг шикастланган жойларига жуда наздик бир қатламда кунига 1 марта 3-4 ҳафта давомида суртилади.
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/	
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25604924/	
В 3	Қипқланиш мавжуд бўлса: салицил кислотаси 2-5% малҳам, 10-50% мочевино қўлланади
https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152080/	
С 2	Бетаметазон + салицил кислотаси малҳами, маҳаллий фойдаланиш учун, кунига 2 марта терининг шикастланган жойларига қўлланг.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9377614/>

В
2 Мометазон + салицил кислотали малҳамни кунига 2 марта терининг шикастланган жойларига юпқа қатламда суртинг.

Беморларга псориазни даволаш учун маҳаллий дори-дармонлар тавсия этилади:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9039169/>

А
2 Кальципотриол 0,005% маҳаллий фойдаланиш учун малҳам, кунига 2 марта, терининг шикастланган жойларига 6-8 ҳафта давомида суртилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12125943/>

В
2 Бетаметазон + Кальципотриол малҳами кунига 1 марта катталар учун 4 ҳафтадан кўп бўлмаган муддатга

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12522370/>

В
3 Бетаметазон + Кальципотриол гели кунига 1 марта катталар учун 4 ҳафта давомида бош терисига ва 8 ҳафта силлиқ терига.

Тошмаларнинг регрессиясини тезлаштириш учун беморларга тери касалликларини даволаш учун дори-дармонлар тавсия этилади:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/>

С
4 Маҳаллий фойдаланиш учун пиритион цинк 0,2% Аэрозол кунига 2-3 марта терининг шикастланган жойларига 15 см масофадан. Доимий таъсирга эришиш учун препаратни клиник симптомлар йўқолганидан кейин 1 ҳафта давомида қўллашни давом эттириш тавсия этилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/>

В
2 маҳаллий фойдаланиш учун пиритион цинк 0,2% креми терининг шикастланган жойларига кунига 2 марта 1-1,5 ой давомида юпқа қатламда қўлланилади..

Стационар босқичда зич инфилтрацияси мавжуд беморларга тавсия этилади:

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

С
5 Ихтаммол 5% ёки 10% малҳам кунига 1-2 марта зарарланган жойларга суртилади.
Нафталан мойи 5% ёки 10% малҳам кунига 1-2 марта жароҳатланган жойларга суртилади.
жароҳатларга қўлланиладиган маҳаллий фойдаланиш учун қайин тар суюқлиги терини дастлаб 15 дақиқа давомида кунига бир марта, аста-секин қўллаш вақтини 30 дақиқача оширинг. Препарат ўсимлик мойи ёки суюқ парафин билан намланган пахта ёки газак билан чиқарилади. Даволаш курсининг давомийлиги 4 ҳафтагача, курслар орасидаги танаффуслар 1-2 ой.

Псориаз билан оғриган беморларга симптомларни енгиллаштириш учун бош териси псориаз касаллиги учун тавсия этилади:

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

В 2	Клобетазол 0,05% катталар учун шампун, ҳар куни курук бош терисига суртинг (таъсир қилиш 15 дақиқа), кейин ювинг.
----------------	---

С 2	Бетаметазон + Салицил кислотасининг маҳаллий фойдаланиш учун эритмаси кунига 2 марта яраларга қўлланилади
----------------	---

В 3	4 ҳафта давомида катталар учун кунига бир марта маҳаллий фойдаланиш учун Бетаметазон + Кальципотриол гел
----------------	--

С 5	Пиритион цинк 1% шампунни нам сочларга қўлланг, сўнгра бош терисини массаж қилинг, сўнгра сочингизни ювинг, яна қўлланг ва шампунни бошингизга 5 дақиқага қолдиринг, сўнгра сочларингизни кўп миқдорда сув билан яхшилаб ювиб ташланг. Ҳафтада 2-3 марта қўлланг; даволаш курси - 5 ҳафта
----------------	---

Беморларга ремиссияга эришиш учун маҳаллий терапияга қаршилик, кенг тарқалган тошмалар, тизимли терапия ёки фототерапия тавсия этилади:

[https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(10\)02161-4/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(10)02161-4/fulltext)

А 2	метотрексат тери остига, мушак ичига ёки перорал 10-15-20 мг, керак бўлганда - 25-30 мг гача, ҳафтасига 1 марта
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972718/>

В 2	<p>Нохуш ҳодисалар эҳтимолини камайтириш учун метотрексатни қабул қилганидан кейин 24 соат ичида ҳафтада бир марта 5 мг фолий кислотаси қабул қилиниши керак. Фолий кислотани буюришнинг қарши кўрсатмаси 18 ёшгача бўлган болалардир.</p> <p>Терапевтик таъсирга эришгандан сўнг, минимал самарали дозада (ҳафтасига 22,5 мг дан кўп бўлмаган) парваришлаш терапияси мумкин.</p> <p>Метотрексат 3 ёшгача бўлган болаларда қўллаш мумкин эмас</p>
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2530251/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318687/>

В 2	<p>фойдаланиш бўйича кўрсатмаларга мувофиқ псориаз касаллигини даволаш учун ретиноидлар 25 мг (яъни, 25 мг дан 1 капсула) ёки кунига 30 мг (яъни, 10 мг дан 3 капсула) бошланғич суткалик дозада буюрилади; Препарат кунига бир марта овқат ёки сут билан бирга олинади; Даволашнинг давомийлиги 2-4 ҳафта. Таъминот дозаси препаратнинг клиник самарадорлиги ва толерантлигига боғлиқ. Қоида тариқасида, оптимал терапевтик таъсирга яна 6-8 ҳафта давомида қабул қилинган 25-50 мг суткалик доза билан эришилади. Максимал доза - кунига 75 мг (яъни, 25 мг дан 3 капсула).</p>
----------------	---

Қонда холестерин ва триглицеридлар даражасини назорат қилиш керак.

Қандли диабет билан оғриган беморларда псориаз касаллигини даволаш учун ишлатиладиган ретиноидлар глюкоза бардошлилигини ёмонлаштириши мумкин, шунинг учун даволанишнинг бошида қондаги глюкоза миқдори одатдагидан кўра тез-тез

текширилиши керак.

Кўриш бузилишини диққат билан кузатиб бориш керак.

Псориазни даволаш учун ретиноидларнинг юқори тератогенлиги туфайли, даволанишни бошлашдан 2 ҳафта олдин ҳомиладорлик тестининг салбий натижасини олиш керак. Даволаш пайтида камида ойига бир марта қўшимча ҳомиладорлик тестларини ўтказиш тавсия этилади. Ҳар бир фертил ёшидаги аёл даволанишни бошлашдан 4 ҳафта олдин, даволаниш пайтида ва псориазни даволаш учун ретиноид терапияси тугаганидан кейин икки йил давомида узлуксиз самарали гормонал оғиз контрацептивларидан фойдаланиши жуда муҳимдир. Псориазни даволаш учун ретиноидлар эмизикли оналарга буюрилмаслиги керак. Болалар учун ретиноидлар псориаз касаллигини даволаш учун фақат бошқа барча даволаш усуллари самарасиз бўлса, буюрилади.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1986287/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21093659/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21093660/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16428145/>

**В
2**

Циклоспорин катта ёшли беморлар учун 2 дозага бўлинган (эрталаб ва кечқурун) кунига 1 кг тана вазнига 2,5 мг бошланғич дозада. Агар 4 ҳафталик даволанишдан кейин яхшиланиш кузатилмаса, клиник жиҳатдан аҳамиятли лаборатория анормалликлари бўлмаса, дозани кунига 1 кг тана вазнига 5 мг га ошириш мумкин.

Изоҳ: циклоспоринни буюришдан олдин ва даволаниш вақтида

циклоспорин ножўя таъсирларнинг ривожланишига йўл қўймаслик учун беморнинг аҳволини кузатиши керак. Плазмадаги креатинин концентрациясини мунтазам равишда кузатиб бориш керак - ўши нефротоксик таъсирни кўрсатиши ва дозани камайтиришни талаб қилиши мумкин: агар креатинин даражаси асл даражасидан 30% дан кўпроқ ошса, 25% га, агар унинг даражаси икки баравар ошса, 50% га. Агар 4 ҳафта ичида дозани камайтириш креатинин даражасининг пасайишига олиб келмаса, циклоспорин тўхтатилади. Қон босимини, қонда калий, сийдик кислотаси, билирубин даражасини назорат қилиш, қондаги аспартат аминотрансфераза ва аланин аминотрансфераза фаоллигини аниқлаш ва липид алмашинуви бузилишларини баҳолаш учун биокимёвий қон тести кўрсатилади. Касалликнинг оғир ҳолатларида тезда таъсирга эришиш учун бошланғич доза 5 мг / кг ни таъкил қилиши мумкин. Қониқарли клиник натижага эришилганда, циклоспорин тўхтатилади ва кейинги кучайган тақдирда, у аввалги самарали дозада буюрилади. Препаратни аста-секин тўхтатиш, унинг дозасини 4 ҳафта давомида ҳафтасига 1 мг / кг га ёки ҳар 2 ҳафтада 0,5-1 мг / кг га камайтириш керак. Агар кунига 5 мг/кг дозада 6 ҳафталик даволашдан кейин қониқарли жавобга эришилмаса, препаратни қўллашни тўхтатиш керак. Циклоспорин билан даволашда лимфопрлифератив касалликлар ва бошқа неоплазиялар, айниқса терида ривожланиш хавфи ортади. Циклоспорин билан даволаш пайтида жонли заифлаштирилган вакциналардан фойдаланиш кўрсатилмаган. Циклоспоринни қўллаган беморлар ПУВА терапиясини ёки ўрта тўлқинли ультрабинафша нурланишини бир вақтда қабул қилмасликлари керак. Циклоспорин ва фототерапия усуллари (ПУВА терапияси; УВВ-311 терапияси) бир вақтда қўллаш меланома бўлмаган тери саратони хавфи ортиши сабабли тавсия қилинмайди. Псориаз билан оғриган беморларга циклоспоринни буюришнинг контрэндикацияси 18 ёшгача бўлган болалардир.

Псориазни даволаш учун циклоспорин ва ретиноидларни (катталар), метотрексат (3 ёшдан ошган болалар ва катталар) ва ПУВА терапиясини (катталар) ўз ичига олган бошқа тизимли даволаш усуллари кўллаш клиник таъсир кўрсатмаса ёки кенг тарқалган тошмалар (ўрта ва оғир псориаз) бўлган беморларда уларни қўллашга қарши кўрсатмалар, селектив иммуносупрессантлар (фосфодиэстераза-4 ингибитори апремиласт, Янус киназ

блокаторлари тофацитиниб), шунингдек биологик препаратлар бўлган иммуносупрессантлар - ўсма некрози омили алфа (ТНФ-) ингибиторлари алфа), интерлейкин ингибиторлари. Қуйида псориаз касаллигини даволашда қўлланиладиган иммуносупрессантлар гуруҳидан дорилар устувор эмас, балки алифбо тартибида келтирилган.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27307707/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26357944/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15389187/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17936411/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18486739/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26259989/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27299809/>

[https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(16\)31157-4/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(16)31157-4/fulltext)

А
2

- катталар ва 4 ёшдан ошган болалар учун адалимумаб, ўрта ва оғир псориаз касаллиги билан оғриган беморлар, тери остига сон ёки қорин бўшлиғига 80 мг бошланғич дозада, парваришlash дозаси - бошланғич дозадан бир ҳафта ўтгач, ҳар 2 ҳафтада бир марта 40 мг.
- катталар беморлар учун апремиласт: кунига 2 марта 30 мг, эрталаб ва кечқурун, тахминан 12 соатлик ораликда, овқатланиш вақтидан қатъи назар, Дастлабки дозани титрлаш талаб қилинади, дастлабки титрлашдан кейин такрорий титрлаш талаб қилинмайди
- Гуселкумаб тизимли терапия учун номзод бўлган катта ёшли беморларда оғир ва ўрта даражадаги псориазини даволаш учун тавсия этилади. Тавсия этилган доза тери остига 100 мг ни ташкил қилади. Иккинчи инъекция биринчи дастурдан 4 ҳафта ўтгач, кейин ҳар 8 ҳафтада амалга оширилади.
- Иксекизумаб, 50 кг дан ортиқ вазнли болалар ва ўсмирларда, агар тизимли терапия зарур бўлса, ўрта ёки оғир псориаз касаллиги билан ва ўрта ва оғир псориазли катталардаги беморларда. Вояга етган беморлар учун Иксекизумабнинг тавсия этилган бошланғич дозаси (0-ҳафта) тери остига юбориш орқали 160 мг, сўнгра 2, 4, 6, 8, 10 ва 12-ҳафталарда 80 мг, сўнгра парваришlash дозаси Ҳар 4 ҳафтада 80 мг (тана вазнидан қатъий назар). 160 мг бошланғич доза иккита алоҳида 80 мг тери остига инъекция шаклида қўлланилади. Оғирлиги 50 кг ва ундан ортиқ бўлган 12 ёшдан ошган болалар ва ўсмир беморларни даволаш учун Иксекизумабнинг тавсия этилган бошланғич дозаси (0-ҳафта) тери остига юбориш йўли билан 160 мг ни ташкил қилади, сўнгра ҳар 4 ҳафтада (танасидан қатъий назар) 80 мг ни сақлаш дозаси. вазн). 160 мг бошланғич доза 80 мг тери остига иккита алоҳида инъекция шаклида берилади
- Псориаз билан оғриган катталардаги беморларда инфлихимаб камида 2 соат давомида 2 мл / мин дан кўп бўлмаган тезликда томир ичига юборилади. Тиббиёт ходимларининг назорати остида. Псориазни даволаш учун инфлихимабнинг бошланғич дозаси беморнинг ҳар бир кг вазнига 5 мг ни ташкил қилади. Биринчи администрациядан кейин препарат 2, кейин 6 ҳафтадан кейин бир хил дозада қўлланилади. ва кейин ҳар 8 ҳафтада. 14 ҳафта ичида ҳеч қандай таъсир бўлмаса. даволанишни давом эттириш тавсия этилмайди
- ўрта ва оғир псориаз касаллигини даволаш учун катталардаги рисанкизумаб. Тавсия этилган дозаси: 0-ҳафтада 150 мг, 4-ҳафта ва ундан кейин ҳар 12 ҳафтада (бир вақтнинг ўзида иккита 75 мг тери остига инъекция сифатида берилади)
- Секукинумаб ўрта ва оғир псориаз билан оғриган катталардаги беморларга,

	<p>агар иложи бўлса, тери остига, 0, 1, 2 ва 3-ҳафталарда бошланғич дозада 300 мг, сўнгра 4-ҳафтадан бошлаб ойлик парваришlash терапияси. Ҳар бир 300 мг доза иккита алоҳида 150 мг тери остига инъекция шаклида берилади</p> <ul style="list-style-type: none"> • устекинумаб ўрта ва оғир псориазли катталардаги беморларда тери остига 45 мг. Иккинчи инъекция биринчи дастурдан 4 ҳафта ўтгач, кейин ҳар 12 ҳафтада амалга оширилади. Оғирлиги 100 кг дан ортиқ бўлган беморларга препаратни 90 мг дозада қўллаш тавсия этилади. Ҳар 12 ҳафтада бир марта қўлланганда клиник самарадорлик этарли бўлмаган тақдирда, препаратнинг дозасини ҳар 12 ҳафтада 90 мг га ошириш керак. Агар ушбу дозалаш схемаси самарали бўлмаса, ҳар 8 ҳафтада 90 мг дозани қўллаш керак. • Цертолизумаб пегол ўрта ва юқори фаолликдаги псориаз вулгарисли катталардаги, улар учун тизимли терапия кўрсатилади, шу жумладан псориастик артрит билан оғриган беморлар, бўғимларнинг деструкциясини аниқ ингибиция қилиш ва дактилит, энтезит ва спондилитга қарши юқори самарадорликни ҳисобга олган ҳолда.
--	--

A 1	<ul style="list-style-type: none"> • Секукинумаб тизимли терапия учун номзод бўлган 6 ёш ва ундан катта болалар ва ўсмирларда. 6 ёшдан ошган болалар ва ўсмирлар учун тавсия этилган секукинумаб дозаси тана вазнига асосланади ва 0, 1, 2 ва 3-ҳафталарда бошланғич доза сифатида тери остига юборилади, сўнгра 4-ҳафтадан бошлаб ойлик парваришlash дозалари қўлланилади. Ҳар бир 75 мг доза тери остига бир марталик инъекция шаклида қўлланилади. Ҳар бир 150 мг доза бир марта тери остига инъекция сифатида қўлланилади. Ҳар бир 300 мг доза иккита алоҳида 150 мг тери остига инъекция шаклида қўлланилади. • тофаситиниб кунига икки марта 10 мг перорал • вазни 60 кг гача бўлган болаларда ўрта ва оғир псориазли 6 ёшдан ошган болалар учун тавсия этилган доза 0,75 мг / кг ни ташкил қилади
----------------	---

B 2	<p>Нетакимаб ўрта ва оғир псориазли катталардаги беморларга 120 мг дозада ҳафтада бир марта 0, 1 ва 2 ҳафталарда, сўнгра 6-ҳафтадан бошлаб ҳар 4 ҳафтада бир марта 120 мг дозада парваришlash терапияси билан қўлланилади. 120 мг дозаси ҳар бири 1 мл (60 мг) дан икки марта тери остига юборилади.</p>
----------------	--

Жадвал: Псориаз касаллиги билан оғриган болалар ва ўсмирларда секукинумабнинг тавсия этилган дозаси

Инъекция пайтида тана вазни	Тавсия этилган доза
< 25 кг	75 мг
25-50 кг	75 мг (150 мг гача ошириш мумкин)
50 кг	150 мг (300 мг гача ошириш мумкин)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18199863/>

B 2	<p>Ўрта ёки оғир даражали псориаз билан оғриган беморлар учун тери остига эритма тайёрлаш учун Этанерцепт лиофилизат ҳафтасига икки марта 25 мг дан 3-4 кунлик интервал билан. Ҳафтада бир марта 50 мг препаратни бир марта тери остига юбориш ёки деярли бир вақтнинг ўзида 25 мг препаратни иккита инъекция қилиш</p>
----------------	---

орқали юбориш мумкин. Шу билан бир қаторда, Этанерцепт ҳафтасига икки марта 50 мг дозада максимал 12 ҳафта давомида ишлатилиши мумкин. Даволанишни давом эттириш зарур бўлса, Этанерцепт ҳафтада икки марта 25 мг ёки ҳафтада бир марта 50 мг дозада қўлланилиши керак. Терапия ремиссияга эришилгунга қадар ва қоида тариқасида 24 ҳафтадан ошмаслиги керак. Баъзи ҳолларда даволаниш муддати 24 ҳафтадан ортиқ бўлиши мумкин.

Оғирлиги 62,5 кг ва ундан кўп бўлган оғир псориаз касаллиги билан оғирган 6 ёш ва ундан катта болалар, бошқа тизимли ёки фототерапияга тоқат қилмайдиган ёки етарли даражада жавоб бермаган ва оғирлиги 62,5 кг ва ундан кўп бўлган болалар учун Этанерцепт лиофилизати дозалаш шаклида қўлланилиши мумкин. 25 мг дан кам ёки бир марталик фойдаланиш учун шприц ёки шприц қаламлари шаклида тери остига юбориш учун эритма. Доза тана вазнига 0,8 мг/кг (максимал бир марталик доза 50 мг) ҳисобига аниқланади. Препарат ҳафтада бир марта қўлланилади, терапия давомийлиги 24 ҳафтадан ошмайди. Агар Этанерцептни қайта буюриш керак бўлса, юқорида кўрсатилган даволаниш муддатига риоя қилиш керак. Препаратнинг дозаси ҳафтада бир марта тана вазнига 0,8 мг / кг ни ташкил қилади (максимал битта доза 50 мг). Этанерцепт ва УВБ-311 терапиясини биргаликда қўллаш, Этанерцепт монотерапиясига терапевтик жавоб камайганида қўлланилиши мумкин.

http://urniidvi.ru/files/kvb_3_12.pdf

<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferez-v-kompleksnoy-terapii-psoriaticheskogo-artrita/viewer>

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2016/4/1199728492016041102>

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

**В
3**

Қон оқимидан токсинларни, аутотаналарни, айланиб юрувчи иммун комплексларни, яллиғланишга қарши цитокинларни камайтириш учун, метаболизмни нормаллаштириш ва орган функцияларини яхшилаш учун плазмаферез муолажаси тавсия этилади.

<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>

**С
5**

ВҚЛН терапияси
Озонотерапия

**В
3**

Тирноқ пластинкаларида ўзгаришлар бўлса, подологик муолажалар тавсия этилади

Давонинг бошқа турлари[3]

Амбулатория шароитида кўрсатиладиган бошқа даволаш турлари: физиотерапия.

Стационар шароитида кўрсатиладиган бошқа даволаш турлари: физиотерапия.

Шошилич ёрдам босқичда кўрсатиладиган даволашнинг бошқа турлари: кўрсатилмаган.

Хирургик аралашувлар: Ўтказилмайди [3]

**“ПСОРИАЗ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

2.1. Кириш қисми

Псориаз — сурункали тери яллиғланиши шаклида ўзини намоён қиладиган юқумли бўлмаган касалликдир. Псориаз нафақат тери шикастланиши билан кечади. Псориазнинг ўрта ёки оғир шакллари турли хил коморбид патологиялар билан мураккаблашиши мумкин. Дунёда псориаз касаллигининг тарқалиши тахминан 2% ни ташкил қилади, аммо ривожланган мамлакатларда бир қатор тадқиқотларга кўра, бу кўрсаткич юқорида ва ўрта 4,6% ни ташкил этади. Псориаз билан оғриган беморларнинг тахминан учдан икки қисмида касаллик енгил бўлиб, тери юзасининг 3% дан камроғига таъсир қилади. Қолганларида терининг шикастланиши янада кенгрокдир.

Беморларнинг тахминан тўртдан уч қисмида псориаз касаллиги 40 ёшдан олдин бошланади. Беморларнинг учдан бирида биринчи симптомлари 20 ёшдан олдин кузатилади. Болалар орасида псориаз касаллигининг тарқалиши 0,7% ни ташкил қилади. Қоида тариқасида, касаллик ўзгарувчан ремиссия ва авж олиш даврлари билан сурункали касаллик сифатида юзага келади. Бирок, тўлиқ ремиссия даврлари мумкин ва кам сонли ҳолларда беш йил ёки ундан кўпроқ давом этадиган ремиссиялар кузатилади.

2.2 Таъриф

Псориаз ирсий мойилликка эга бўлган мултифакториал касаллик бўлиб, эпидермис хужайраларининг кўпайиши, кератинизациянинг бузилиши, фаоллашган Т-лимфоцитлар ва яллиғланишга қарши цитокинлар синтези натижасида дермада яллиғланиш реакцияси билан тавсифланади.[1]

Тиббий реабилитация, кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар

Касалликнинг регрессив босқичида ва ремиссия даврида псориаз касаллиги билан оғриган беморларга комплекс санаторий-курорт даволашдан ўтиш тавсия этилади, уларнинг самарадорлиги климатотерапия, балнеотерапия ва пелоид терапиясининг терапевтик таъсирини йиғиш билан боғлиқ. Псориазнинг стационар босқичида ва ремиссия даврида беморларга балнеотерапиянинг турли хил вариантлари кўрсатилади - умумий минерал (водород сулфиди, карбонат ангидрид) ва радон ванналаридан маҳаллий фойдаланиш, шунингдек, лой терапияси (пелоид терапияси). Балнеотерапия теридаги метаболизм ва қон айланиши жараёнларини сезиларли даражада яхшилайдди, яллиғланишга қарши ва фаол ҳал қилувчи таъсирга эга. Балнеотерапия ва лой терапиясидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар: ўткир босқичдаги ёки сурункали жараённинг кучайиши давридаги барча касалликлар, юқумли касалликлар (сил, сифилис ва бошқалар), ҳомиладорлик, қон кэтиш ва унга мойиллик, ёмон сифатли неоплазиялар, бачадон миомаси, мастопатия, ПА босқичидан юқори қон айланиш етишмовчилиги, прогрессив ангина, кардиял астма, юрак ритми ва миокард ўтказувчанлигининг бузилиши. Псориазнинг регрессия босқичида ва ремиссия босқичида климатотерапиянинг, шу жумладан талассотерапиянинг самарадорлиги кўрсатилган. [21-23]

Псориаз билан оғриган беморларга водород сулфидли терапевтик ванналар, газ (кислород, карбонат ангидрид, азот), радон даволовчи, лой ва минерал терапевтик ванналар тавсия этилади [25]

Псориаз билан оғриган беморларга гелий таъсири тавсия этилади [26-30]

Псориаз билан оғриган беморларга иқлим таъсири тавсия этилади [24,31,32]

Профилактика усуллари ва муолажалари:

Псориаз билан оғриган беморларга псориаз касаллигининг кучайишини олдини олиш чораларини кўриш тавсия этилади (стресс, шамоллашнинг олдини олиш, организмдаги

сурункали инфекция ўчоқларини санация қилиш) [3,5,7].

Беморларни диспансер кузатуви дерматовенерологик диспансерлар шароитида мутахассис дерматовенерологлар томонидан амалга оширилади[3]

Қўшимча бошқарув:

Маҳаллий дерматолог томонидан динамик кузатув, парваришlash терапияси масалалари ҳал қилинади, даволанишдан келиб чиқадиган ножўя таъсирларни минималлаштириш, доимий терини парвариш қилишни амалга ошириш, қўзғатувчи омилларни бартараф этиш.[3]

Адабиётлар рўйхати

1. Мордовцев В.Н., Бутов Ю.С., Мордовцева В.В. Псориаз. В кн.: Клиническая дерматовенерология: в 2 т./под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - т. 2., С. 212-233.
2. Кожные и венерические болезни: Справочник./Под ред. О.Л. Иванова. - М.: Медицина, 1997 - 352 С.
3. Клинические рекомендацII Российского общества дерматовенерологов и косметологов
4. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. Кожные и венерические болезни
5. Олисова О.Ю. Кожные и венерические болезни
6. Арифов С.С. - Клиническая дерматология и венерология.
7. Рекен М., Шаллер М., Заттлер Э., Бургдорф В. Атлас по дерматологII
8. McClure S.L., Valentine J., Gordon K.B. Comparative tolerability of systemic treatments for plaque-type psoriasis. *Drug Saf.* 2002; 25(13): 913-927.
9. Wolverson S.E. Monitoring for adverse effects from systemic drugs used in dermatology. *J Am Acad Dermatol.* 1992; 26 (5Pt1): 661-679.
10. Hanley T, Handford M, Lavery D, Yiu ZZ. Assessment and monitoring of biologic drug adverse events in patients with psoriasis. *Psoriasis (Auckl).* 2016; 6: 41-54.
11. Menter A., Korman N.J., Elmets C.A. et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 4. Guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with traditional systemic agents. *J Am Acad Dermatol.* 2009; 61(3): 451-485.
12. Menter A., Gelfand J.M., Connor C. et al. Joint American Academy of Dermatology-National Psoriasis Foundation guidelines of care for the management of psoriasis with systemic nonbiologic therapies. *J Am Acad Dermatol.* 2020; 82(6): 1445 - 1486.
13. Баткаева Н.В., Коротаева Т.В., Баткаев Э.А. Распространенность псориазического артрита и коморбидных заболеваний у больных тяжелым псориазом: данные ретроспективного анализа госпитальной когорты. *Современная ревматология.* 2017; 11 (1): 19-22.
14. Carrascosa J.M., van Doorn M.B., Lahfa M. et al. Clinical relevance of immunogenicity of biologics in psoriasis: implications for treatment strategies. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2014; 28 (11): 1424-1430.
15. Habet K.A., Kolli S.S., Pona A., Feldman S.R. A review of topical corticosteroid sprays for the treatment of inflammatory dermatoses. *Dermatol Online J.* 2019 Aug 15; 25 (8).
16. Задорожный Б.А. Псориаз. К.: Здоров'я, 1983. - 160 с.
17. Фармакотерапия в дерматовенерологII/Под редакцией профессора В.Н. Мордовцева и доктора медицинских наук З.Б. Кешилевой. - Алматы: Казахстан, 1994. - 352 с.
18. Молочков В., Ермилова А., Шувалов Г. Клиника и лечение псориаза. *Врач.* 2006; (8): 11-14.
19. Знаменская Л.Ф., Яковлева С.В., Волнухин В.А., Пирогова Е.В. Современные методы терапII больных псориазом. *ВестникдерматологIIи венерологII.* 2011; (1): 11-14.

20. Pinson R, Sotoodian B, Fiorillo L. Psoriasis in children. *Psoriasis (Auckl)*. 2016 Oct 20; 6: 121-129.
21. Марьясис Е.Д. Курортное лечение кожных болезней. - М.: Медицина, 1981, 200 с.
22. Милявский А.Н. Санаторно-курортное лечение заболеваний кожи. - Киев: Здоров'я, 1981. - С. 128.
23. Маньшина Н.В., Севрюкова В.С., Соловьев А.М., Кулешова Л.М. Санаторнокурортное лечение болезней кожи. *Медицинский совет* 2008; 1-2: 67-75.
24. Kazandjieva J., Grozdev I., Darlenski R., Tsankov N. Climatotherapy of psoriasis. *Clin Dermatol*. 2008; 26 (5): 477-485.
25. Matz H., Orion E., Wolf R. Balneotherapy in dermatology. *Dermatol Ther*. 2003; 16 (2): 132-140.
26. Snellman E., Aromaa A., Jans n C.T. et al. Supervised four-week heliotherapy alleviates the long-term course of psoriasis. *Acta Derm Venereol*. 1993; 73 (5): 388-392.
27. Snellman E., Maljanen T., Aromaa A. et al. Effect of heliotherapy on the cost of psoriasis. *Br J Dermatol*. 1998; 138 (2): 288-292.
28. Snellman E., Lauharanta J., Reunanen A. et al. Effect of heliotherapy on skin and joint symptoms in psoriasis: a 6-month follow-up study. *Br J Dermatol*. 1993; 128 (2): 172-177.
29. Krzy cin J.W., Jaros awski J., Rajewska-Wi ch B. et al. Effectiveness of heliotherapy for psoriasis clearance in low and mid-latitudinal regions: a theoretical approach. *J Photochem Photobiol B*. 2012; 115: 35-41.
30. Karppinen T., Laine J.P., Kautiainen H. et al. Empowering heliotherapy in psoriasis and atopic dermatitis: An observational study of 186 subjects. *Acta Derm Venereol*. 2017; 97 (2): 255-257.
31. Ben-Amitai D, David M. Climatotherapy at the dead sea for pediatric-onset psoriasis vulgaris. *Pediatr Dermatol*. 2009; 26 (1): 103-104.
32. Trstrup H., Riis P.T., Heidenheim M. et al. Long-term evaluation of climatotherapy for psoriasis. *Dermatol Ther*. 2020; 33 (3): e13432.

<https://www.aad.org/member/clinical-quality/guidelines/psoriasis>

<https://emedicine.medscape.com/article/1943419-guidelines?form=fpf>

<https://dermnetnz.org/topics/guidelines-for-the-treatment-of-psoriasis>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12381213/>

<https://www.psoriasis.org/psoriasis-guidelines/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7122924/#:~:text=Common%20conditions%20on%20the%20differential,a%20biopsy%20may%20be%20helpful.>

<https://diseases.medelement.com/disease/%D0%BF%D1%81%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%B0%D0%B7-%D0%BA%D1%80-%D1%80%D1%84-2023/17540>

<https://eadv.org/publications/clinical-guidelines/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31099439/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32869298/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29908578/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29102940/>

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

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/a84/q6gxj2hn1mip4m1vaaqg1vyvvy05u11y.pdf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27104004/>

<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>