

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

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN DERMATOVENEROLOGIYA
VA KOSMETOLOGIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI**

**“PSORIAZ” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2024



“TASDIQLAYMAN”
Respublika ixtisoslashtirilgan
dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-
amaliy tibbiyot markazi direktor
v.v.b. Djalilov D.S.
“ *10* ” “ *iyun* ” 2025 yil

“PSORIAZ” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

**“PSORIAZ” NOZOLOGIYASINI DIAGNOSTIKA VA
DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2024

1. Kirish qismi

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT-10/11 shifr(lar)i:

L40.0	Oddiy psoriaz	EA90.0 Pilakchali psoriaz
L40.1	Generalizatsiyalangan pustulyoz psoriaz	EA90.1 Tomchi shaklidagi psoriaz
L40.2	Alloponing turg'un akrodermatiti	EA90.2 Nostabil psoriaz
L40.3	Kaft va tovon pustulyozi	EA90.3 Psoriatik eritrodermiya
L40.4	Tomchimon psoriaz	EA90.4 Pustulyoz psoriaz
L40.5	Artropatik psoriaz	EA90.5 Aniqlangan sohalar yoki joylashuvlar psoriazi
L40.8	Psoriazning boshqa turlari	EA90.I Psoriazning boshqa aniqlangan shakllari
L40.9	Aniqlanmagan psoriaz	EA90.Z Psoriaz, aniqlanmagan
	https://icd.who.int/browse11/l-m/ru	https://mkb-11.com/index.php?id=EA90

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2028 yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan har qanday tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:

Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

MILLIY KLINIK PROTOKOL VA STANDARTLARNI ISHLAB CHIQISHDA XISSA QO'SHGANLAR:

1.	Sabirov U.Yu.	RIDV va KIATM direktori, t.f.d., professor
2.	Arifov S.S.	TXKMRM dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasini mudiri, t.f.d., professor
3.	Abdurashidov A.A.	TXKMRM dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasini dotsenti, t.f.n.
4.	Xakimov D.R.	RIDV va KIATM dermatovenerolog shifokori, t.f.n., fizioterapiya bo'limi mudiri
5.	Boxodirova A.A.	RIDV va KIATM dermatovenerolog shifokori, direktorning ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari yordamchisi

Taqrizchilar:

1. Baltabaev Mir-Ali Qurbon-Alievich - B.N.Yeltsin nomidagi Qirg'iziston-Rossiya Slavyan universiteti dermatovenerologiya va ftiziatriya kafedrasini mudiri, tibbiyot fanlari doktori, professor
2. Rahmatov Akram Baratovich –tibbiyot fanlari doktori, professor, RIDV va KIATM mikoz muammolarini o'rginish bo'yicha ilmiy laboratoriya rahbari

Klinik protokol Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, oliy o'quv yurtlari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston dermatovenerologlari assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, shuningdek, dermatovenerologiya xizmati

viloyat shifokorlari ishtirokida 2025 yil _____ kuni bo‘lib o‘tgan ilmiy kengash(bayonnoma № 4) yig‘ilishida muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi.

Ishchi guruh rahbari — tibbiyot fanlari doktori, professor Sabirov U.Yu., RIDV va KIATM direktori.

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo‘yicha ekspert xulosasi va taxrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich - t.f.d., davolash ishlari bo‘yicha direktor o‘rinbosari, bosh shifokor.
2. Djalilov Dilshod Sayfullayevich - t.f.n., ilmiy ishlar bo‘yicha direktor o‘rinbosari.

Protokol foydalanuvchilari:

- 1.Dermatologlar va dermatokosmetologlar;
- 2.Umumiy amaliyot shifokorlari;
- 3.Pediatrlar;
- 4.Laboratoriya shifokorlari;
- 5.Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;
- 6.Klinik farmakologlar;
- 7.Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, aspirantlar, tibbiyot oliy o‘quv yurtlari o‘qituvchilari;
- 8.Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a‘zolari va g‘amxo‘rlik qiluvchilar.

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (tashxislash aralashuvlari uchun)

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o‘tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o‘tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usul yordamida o‘tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta‘sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

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

Dalillarning isbotlanganlik darajasi	
1	Meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi
2	Ayrim randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar

4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5	Muolajaning ta’sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
C	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan, ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari, natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan

Mundarija:

“PSORIAZ” NOZOLOGIYASINI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	4
“PSORIAZ” NOZOLOGIYASI UCHUN TIBBIY ARALASHUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	36
“PSORIAZ” NOZOLOGIYASINI PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA QILISH BO‘YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....	46

QISQARTMALAR RO'YXATI

IL	interleykin
PUVA	terapiya - 320-400 nm to'lqin uzunligida ultrabinafsha nurlanish bilan furokumarin guruhining fotosensibilizatsiya qiluvchi dorilarini va 320-400 nm uzunlikdagi ultrabinafsha nurlanishini birgalikda qo'llash;
UVA	uzoq to'lqinli ultrabinafsha nurlanish 350-400 nm
UVB	280-320 nm o'rta to'lqinli ultrabinafsha nurlanish (selektivfoterapiya)
UVB-311 terapiyasi	to'lqin uzunligi 311 nm bo'lgan tor polosali o'rta to'lqinli ultrabinafsha terapiyasi (yoki tor diapazonli (311 nm) o'rta to'lqinli terapiya)
TNF	o'sma nekrozi omili
PASI	Psoriasis kasalligining og'irligi va tarqalishini baholash indeksi (Psoriasis Area Severity Index)
ALT	alaninaminotransferaza
AST	aspartataminotransferaza
UTT	Ultratovush tekshiruvi
IXLA	immunoxemilyuminessent analiz
IfLA	immunofluoressent analiz
IFA	immunoferment analiz
PZR	polimerazli zanjir reaksiyasi
OV/I	Odam immunodefitsit virusi
m/o	Mushak orasiga
v/i	Vena ichiga
t/o	Teri ostiga
JSSV	Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti
nm	nanometr
VQLN	Vena tomiri orqali qonni lazer bilan nurlantirish

2. Asosiy qism

2.1. Kirish qismi

Psoriasis — surunkali teri yallig'lanishi shaklida o'zini namoyon qiladigan yuqumli bo'lmagan kasallikdir. Psoriasisning o'rta yoki og'ir shakllari turli xil komorbid patologiyalar bilan murakkablashishi mumkin.

Dunyoda psoriasis kasalligining tarqalishi taxminan 2% ni tashkil qiladi, ammo rivojlangan mamlakatlarda bir qator tadqiqotlarga ko'ra, bu ko'rsatkich yuqoriroq va o'rta 4,6% ni tashkil etadi. Psoriasis bilan og'riqan bemorlarning taxminan uchdan ikki qismida kasallik yengil bo'lib, teri yuzasining 3% dan kamrog'iga ta'sir qiladi. Qolganlarida terining shikastlanishi yanada kengroqdir.

Bemorlarning taxminan toʻrt dan uch qismida psoriasis kasalligi 40 yoshdan oldin boshlanadi. Bemorlarning uchdan birida birinchi simptomlari 20 yoshdan oldin kuzatiladi. Bolalar orasida psoriasis kasalligining tarqalishi 0,7% ni tashkil qiladi. Qoida tariqasida, kasallik oʻzgaruvchan remissiya va avj olish davrlari bilan surunkali kasallik sifatida yuzaga keladi. Biroq, toʻliq remissiya davrlari kuzatilishi mumkin va kam sonli hollarda besh yil yoki undan koʻproq davom etadigan remissiyalar kuzatiladi.

2.2 Taʼrif

Psoriasis irsiy moyillikka ega boʻlgan multifaktorial kasallik boʻlib, epidermis hujayralarining koʻpayishi, keratinizasiyaning buzilishi, faollashgan T-limfositlar va yalligʻlanishga qarshi sitokinlar sintezi natijasida dermada yalligʻlanish reaksiyasi bilan tavsiflanadi.[1]

2.3 Tasniflash

Klinik tasnifi:

Psoriasis quyidagi asosiy shakllarga boʻlinadi:

- oddiy;
- ekssudativ;
- psoriatik eritrodermiya;
- artropatik;
- kaft va tovon psoriazi;
- pustular psoriasis.

Kasallikning 3 bosqichi mavjud:

- progressiya;
- stasionar;
- regressiya.

Tarqalishiga qarab:

- chegaralangan;
- tarqalgan;
- generallashgan.

Yil fasliga qarab turlar:

- qishgi (sovuq mavsumda avj olishi);
- yozgi (yozda avj olishi);
- noaniq (kasallikning avj olishi mavsumiylik bilan bogʻliq emas) [2-5]

2.4 Kasallikning klinik koʻrinishi

Psoriasisning klinik manzarasi koʻpchilik hollarda aniq ifodalangan boʻladi: dumaloq shaklli, pushti rang dogʻlar paydo boʻlib, ularning usti kumush rang tangachalar bilan qoplanadi. M. S. Pilnov psoriatik toshmalarning pushti rangda boʻlishiga eʼtibor bergan («Pilnov simptomi»). Asta-sekin toshmalar hajmi kattalashib, infiltrasiya kuchayadi, ular ustidagi tangachalar esa koʻpayadi. Toshmalarning bunday oʻzgarishi natijasida tugunchalar va pilakchalar hosil boʻladi. Psoriasis diagnostikasida oʻziga xos uchta simptom (psoriatik triada) va Kebner fenomeni yoki izomorf reaksiyasi harakterli [6-12, 19]

Periferik oʻsish yoki elementlarning birlashishi natijasida turli shakldagi pilakchalar hosil boʻladi. Qoʻllar va oyoqlarning yozdiruvchi sohalari, ayniqsa tirsaklar, tizzalar, bosh terisi, teri burmalari va tana sohasida joylashadi. Baʼzi bemorlarda psoriatik toshmalarning lokalizatsiyasi odatdagidan farq qiladi. Bu invers psoriasis deb ataladi.

Psoriatik triada papulani tirnash yoʻli bilan yuzaga keladi, u uchta fenomendan iborat: 1) oq-kumush tangachali kepaklanish (stearin yoki sham yogʻi fenomeni), 2) tangachalar olib

tashlangandan soʻng ham yaltiragan yuza hosil boʻlishi (terminal yoki psoriatik parda fenomeni), 3) tirnash davom ettirilsa qonli nuqtalar yuzaga kelishi (Auspitz yoki qonli shudring fenomeni) kuzatiladi, bu fenomenlar patogistologik oʻzgarishlar (parakeratoz, akantoz, papillomatoz) natijasida kelib chiqadi. Psoriaz bilan ogʻrigan bemor terisida mexanik, kimyoviy (tirnash, pichoq yoki oʻtkir buyumlar bilan terini kesib olish, nurlanish, ishqalanish, kuyish) omillar tufayli toshmalar toshishi izomorf reaksiya yoki Kyobner fenomeni deb ataladi. Biror ta'sirotdan soʻng 7-10 kun oʻtgach izomorf reaksiya hosil boʻladi, lekin bu muddat qisqarishi (3 kun) yoki uzayishi ham (21 kun) mumkin. Psoriaz bilan ogʻrigan bemorlarning koʻpchiligi teri qichishiga, baʼzilari esa terining qurib tortishishiga shikoyat qiladilar. Psoriazning klinik kechishida 3 davr tafovut qilinadi: zoʻrayib boradigan (progressiv), stasionar, regressiv davrlar. Kasallikning zoʻrayib boradigan davrida yangi tugunchalar paydo boʻlib, badanning qichishib turishi, eski elementlarning kengayishi va papulalar atrofida qizil gardish, yaʼni yalliglanish gultojisi, Kebner fenomeni va psoriatik triada paydo boʻlishi bilan belgilanadi. Stasionar davrda yangi toshmalar toshishi, yalliglanishning periferiyaga qarab oʻsishi toʻxtaydi. Regressiv davrda toshmalar yassilanib, rangi oʻchadi, tangachalar hosil boʻlishi kamayadi yoki toʻxtaydi, papulalar atrofida depigmentli gultoji paydo boʻladi (Voronovning psevdatrofiya gultojisi). Papulalar markazidan yoki periferik qismidan soʻrila boshlaydi. Elementlar soʻrilgandan soʻng koʻpincha depigmentli, baʼzan giperpigmentli dogʻlar qoladi. Psoriaz turli omillar (iqlimiy, nevrotik, endokrin buzilishlar va boshqalar) taʼsirida kuchayishi mumkin. Psoriazning meteorologik va iqlimga nisbatan yozgi (residiv yozda uchraydi), qishki (residivi qishda uchraydi) va aralash xillari bor. Psoriazning qishki turi koʻproq kuzatiladi. Psoriazning klinik koʻrinishlari. Seboreyali psoriaz klinik jihatdan seboreyali ekzemani eslatadi. Psoriatik toshmalar seboreyali teri sathida yuz, boshning sochli qismi, koʻkrak va teri burmalarida joylashgan boʻladi. Toshmalar chegarasi sogʻlom teridan aniq ajralib turadi, ular quruq va oq-kumushsmon tangachalar bilan emas, balki sargʻish tangachalar bilan qoplangan boʻladi. Intertriginozli psoriaz asosan revmatizm, diabet bilan ogʻrigan, semiz va oʻta sezuvchan kishilarda, baʼzan koʻkrak yoshidagi bolalarda uchraydi. Bunda toshmalar oyoq, qoʻl bugʻimlarning bukuluvi yuzalarida, qoʻltiq osti, chov sohasida joylashadi. Toshmalar numulyar eksudativ pilakchalar koʻrinishida boʻladi, kasallik qichishish va achishish bilan kechadi. [5-7]

Psoriatik eritrodermiya. Kasallikning bunday klinik koʻrinishi psoriaz bilan ogʻrigan bemorlarning 1-3% ida uchraydi. Psoriazning bu turini oddiy vulgar psoriazning murakkablanishi desa ham boʻladi. Chunki u asosan psoriatik teriga noxush omillar taʼsir qilishi yoki psoriazni notoʻgʻri davolash natijasida vujudga keladi. Masalan, yuqori konsentrsiyali malhamlarni qoʻllash, shuningdek turli oʻsimlik ekstraktlaridan vanna qabul qilish shular jumlasidandir. Kuchli stressdan soʻng ham eritrodermiya holati kuzatiladi, bunda teri ravshan qizil rangda, infiltrasiyaga uchragan boʻladi. Yalliglangan teri ustida mayda va yirik plastinkali tangachalarni, soch toʻkilishini uchratish mumkin. Limfatik tugunlar kattalashadi, tirmoqlar destruksiya uchraydi. Yiringli paronixiyalar vujudga keladi. Bemorlar qichishish va teri tortilishiga shikoyat qiladilar. Psoriatik eritrodermiyani boshqa eritrodermiyalardan ajratish juda qiyin. Artropatik psoriaz. Psoriazning bu turi kam uchrashi va ogʻir kechishi bilan ifodalanadi. Bunda asosan yirik hamda mayda boʻgʻinlar zararlanadi, patologik jarayon koʻproq panja va tovonning mayda boʻgʻinlarida, tizzada, umurtqalarda uchraydi. Bemorlarni boʻgʻilmardagi kuchli ogʻriq bezovta qiladi, ogʻriq ayniqsa harakat qilganda kuchayadi.

Pustulyozli psoriazning ikki Sumbush va Barber turi mavjud. Sumbush psoriazi koʻpincha vulgar psoriazdan kelib chiqadi, lekin u birlamchi boʻlishi ham mumkin, yaʼni psoriatik toshmalar boʻlmagan terida yiringli elementlar paydo boʻladi. Bemorning umumiy ahvoli ogʻirlashadi. Harorat koʻtariladi, holdan toyish, leykositoz kuzatiladi. Terida eritematoz oʻchoqlar yuzaga kelib, ular tez orada butun badanga tarqaladi, turli rang va shaklga ega boʻladi. Shu orada asta-sekin mayda pustulyoz elementlar paydo boʻla boshlaydi, keyinchalik yiringchalar qotib sariq, jigarrang qaloqlarga aylanadi. Kasallik baʼzan juda ogʻir oʻtadi, hatto oʻlimga sabab boʻlishi ham mumkin. Pustulyozli psoriazni ikkinchi turi (Barber) uchun koʻpincha toshmalarning oyoq va qoʻl kaftida simmetrik boʻlib joylashishi, shuningdek pustulyoz va psoriaziform oʻchoqlar vujudga kelishi xarakterli. Bunda pustula ichidagi suyuqlik steril boʻladi. Baʼzan toshmalar butun badan terisiga tarqalishi mumkin.

Psoriazda tirnoqlar zararlanishi ham uchraydi. Bunda tirnoqlar yuzasida uzunasiga ketgan chiziqlar, chuqurchalar («angishvona» simptomi) paydo bo‘ladi, tirnoq rangi xiralashadi. Ba‘zan tirnoqlar deformatsiyalanadi, sinadi, onixolizis yoki onixogrifoz kuzatiladi.

Psoriaz toshmalar shilliq qavatlarda juda kam uchraydi. Og‘iz shilliq qavatida toshmalar paydo bo‘lishi tiralishi, spirtli ichimliklar iste‘mol qilish oqibatida ro‘y beradi (Kyobner fenomeni). Toshmalar dumaloq, oval shaklda bo‘lib, shilliq qavatdan ko‘tarilib turadi, qizg‘ish-pushti gultojsi bo‘ladi. [1-20]

3. Diagnostika usullari, yondashuvlari va muolajalari:

3.1. Diagnostika mezonlari

<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>

Tashxisni mezonlari. Psoriaz tashxisi kasallikning klinik ko‘rinishi asosida belgilanadi.

1) Shikoyatlar va anamnez:

Psoriaz kasalligi bilan og‘rigan bemorlar toshmalar va terining qattiqligi hissi bilan shikoyat qilishlari mumkin. Ular turli darajadagi intensivlikdagi qichishishni boshdan kechirishlari mumkin. Anamnezni yig‘ishda qarindoshlarda psoriaz kasalligi mavjudligiga e‘tibor berishingiz kerak.

Fizikal tekshiruv:

Tashxis qo‘yish uchun asosiy narsa bemorning terisini vizual tekshirishdir.

Toshmalar psoriatik triadaning mavjudligi bilan tavsiflanadi, bu papulyar toshmalarni qirib olish paytida ketma-ket yuzaga keladigan hodisalardir: 1) oq-kumush tangachali kepaklanish (stearin yoki sham yog‘i fenomeni), 2) tangachalar olib tashlangandan so‘ng ham yaltiragan yuza hosil bo‘lishi (terminal yoki psoriatik parda fenomeni), 3) tirnash davom ettirilsa qonli nuqtalar yuzaga kelishi (Auspitz yoki qonli shudring fenomeni) kuzatiladi

Psoriazning rivojlanishi bilan Kyobner fenomeni yoki izomorf reaksiyani kuzatish mumkin - terining shikastlanish joylarida yangi toshmalar paydo bo‘lishi, masalan, ishqalanish yoki bosim. [27]

2) Laborator tekshiruv

<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/>

C 5	tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va metotreksat, psoriazni davolash uchun retinoidlar, siklosporin, selektiv immunosupressantlar, o‘sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun bemorning umumiy holatini baholash: To‘liq (klinik) qon tahlili.
--------	--

C 5	Bemorning umumiy ahvolini baholash, tizimli terapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va metotreksat, retinoidlar, selektiv immunosupressantlar, o‘sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa)
--------	--

ingibitorlari, interleykin ingibitorlari bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish: umumiy. terapevtik biokimyoviy qon tahlili: umumiy oqsil, glyukoza, kreatinin, siydik kislotasi, karbamid, umumiy bilirubin, xolesterin, trigliseridlar, natriy, kaliy, umumiy magniy, alanin aminotransferaza, aspartat aminotransferaza, ishqoriy fosfataza, qondagi gammadiltransferaza.

C bemorning umumiy ahvolini baholash va tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash uchun: umumiy (klinik) siydik tahlili (rang, shaffoflik, nisbiy zichlik, pH reaksiyasi, glyukoza, oqsil, bilirubin, urobilinoidlar, qonga reaksiya, keton tanalari, nitratlar, skuvamoz.
5 epiteliy, o'tish epiteliysi, buyrak epiteliysi, leykositlar, eritrositlar, gialin to'qmalari, donador bo'laklar, mumsimon qatlamlar, epiteliylar, leykositlar, eritrositlar, pigmentlar, shilliqlar, tuzlar, bakteriyalar)

C tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash va tofasitinib, o'sma nekrozi omili alfa
5 (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari bilan tizimli davolash xavfsizligini nazorat qilish, qonda gepatit B virusining sirt antigeniga (HBsAg) antitanalarni aniqlash.

C tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash va tofasitinib, o'sma nekrozi omili alfa
5 (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari, gepatit B virusining sirt antigeniga (HBsAg) antitanalarni va gepatitga antitanalarni aniqlash bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish. Qonda C virusi (gepatit C virusi).

C tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash va tofasitinib, o'sma nekrozi omili alfa
5 (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish, M, G (IgM, IgG) toifalaridagi inson immunitet tanqisligi virusi OIVga antitanalarni aniqlash.

C psoriaz kasalligi bilan og'rikan ayollarda tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash
5 va selektiv immunosupressantlar, o'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari, inson xorionik gonadotropini uchun siydik sinovlari bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish.

C psoriaz kasalligi bilan og'rikan ayollarda tizimli terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni aniqlash
5 va selektiv immunosupressantlar, o'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari, inson xorionik gonadotropini uchun siydik sinovlari bilan tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish.

Izoh: Selektiv immunosupressantlar (fosfodiesteraza 4 ingibitorlari, Yanus kinaz blokatorlari), o'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari homiladorlik davrida qo'llanilmasligi kerak (Sertolizumab pegoldan tashqari). Shu munosabat bilan, terapiyani boshlashdan oldin, tug'ish yoshidagi ayollar homiladorlik testining salbiy natijasini olishlari kerak, davolanish paytida va u tugaganidan keyin kamida 6 oy davomida tug'ish yoshidagi ayollar ishonchli kontrasepsiya usullaridan foydalanishlari kerak.

C • Sifilis uchun skrining testlari: RMP, RPR, KSR
5 • Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi talab qilinadi): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG va IgM

C • Umumiy najas tahlili
5 • Yashirin qon aniqlash uchun najas tahlili

C 5	<ul style="list-style-type: none"> • Immunologik tadqiqotlar • IFA, IXLA, IFLA va PZR diagnostikasi yordamida antitanalarni tekshirish • Mikologik tadqiqotlar • Antibiotiklarga sezgirlikni aniqlash bilan mikrobiologik tekshiruv
----------------	---

4. Instrumental tekshiruv:

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

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

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

C 5	<ul style="list-style-type: none"> • Psoriaz bilan og‘rigan bemorlarga har yili psoriatik artrit uchun skrining tekshiruvidan o‘tish tavsiya etiladi, shu jumladan instrumental tekshirish usullaridan (bo‘g‘imarning MRT (bir bo‘g‘im), bo‘g‘im KTsi, rentgenografiya). • Tegishli bo‘g‘inlarda og‘riqdan shikoyat qiladigan psoriaz kasalligi bilan og‘rigan bemorlarga tavsiya etiladi: qo‘llarning rentgenografiyasi • Bir proeksiyada oyoqlarning rentgenografiyasi • Ko‘krak va bel umurtqalarining rentgenografiyasi • Psoriatik artritni tashxislash va bo‘g‘imlarning shikastlanish darajasini baholash uchun servikodorsal umurtqa pog‘onasi rentgenografiyasi • Psoriatik artritni aniqlash va bo‘g‘imlarning shikastlanish darajasini baholash uchun bel sohasi rentgenografiyasi. • Psoriatik artritni aniqlash va bo‘g‘imining shikastlanish darajasini baholash uchun tirsak bo‘g‘imining rentgenografiyasi. • Psoriatik artritni aniqlash va bo‘g‘imining shikastlanish darajasini baholash uchun tizzaning rentgenografiyasi.
----------------	--

C 5	Psoriatik artritni aniqlash va bo‘g‘imlarning shikastlanish darajasini baholash uchun umurtqa pog‘onasining magnit-rezonans tomografiyasi bemorlarga tavsiya etiladi.
----------------	---

C 5	Tizimli terapiya, fizioterapiyaga qarshi ko‘rsatmalarni aniqlash va tizimli terapiya xavfsizligini nazorat qilish uchun ichki organlarning ultratovush tekshiruvini tavsiya etiladi.
----------------	--

C 5	Kasallikni og‘irlik darajasini baholash uchun terining holati diagnostikasi: <ul style="list-style-type: none"> - PASI kompyuter tahlili - dermatoskopiya
----------------	---

5) Qo‘shimcha tekshiruv

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

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

C 5	Bemorlarga, agar boshqa teri kasalliklari bilan differensial tashxis qo‘yish zarur bo‘lsa, teri biopsiyasi materialini patologik va anatomik tekshirish tavsiya etiladi.
----------------	--

Yondosh mutaxassislar maslaxati uchun ko‘rsatmalar

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

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

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

C 4	<ul style="list-style-type: none"> Agar bo'g'inarning shikastlanishi, progressiv artrit belgilari mavjud bo'lsa, bemorlarga hamroh keladigan patologiyani istisno qilish uchun revmatologga murojaat qilish tavsiya etiladi.
----------------	---

C 5	<ul style="list-style-type: none"> Bemorlarga biologik preparatlar bilan terapiyani buyurishda va uni amalga oshirishda biologik preparatlari bilan terapiyaga qarshi ko'rsatmalarni istisno qilish uchun terapevt shifokori va ftiziatrlar bilan maslahatlashish tavsiya etiladi. Psixoterapevt va nevrolog bilan maslahatlashish - ruhiy tushkunlik, dismorfofobiya mavjud bo'lganda. Fizioterapevtik muolajalarni qo'llashga qarshi ko'rsatmalarni istisno qilish uchun ginekolog, oftalmolog, endokrinolog bilan maslahatlashish.
----------------	--

Differensial tashxis:

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

Diagnostika	Differensial diagnostika uchun asos
Seboreyali dermatit	Terining seboreik joylarida eritematoz o'choqlar, yuzasida yog'li sarg'ish kepaklar.
Qizil yassi temiratki	Shilliq qavatlar va qo'l-oyoqlarning bukuvchi sohalari shikastlanishi bilan kechadi. Papulalar ko'pburchak shaklga ega, ko'k-qizil rangga ega, markaziy kindiksimon botiqligi va mumsimon porlashi bilan. Blyashka sirtlarini moy bilan namlashda Vikham panjarasi.
Parapsoriaz	Papulalar lentikulyar, yumaloq, pushti-qizil rangda, teri naqshining aniq ko'pburchak maydonlari bilan tekis. Qipiqalar yumaloq, katta va "oblatka" kabi olib tashlanadi.
Jiberning pushti temiratkisi	Bo'yin va tananing terisida periferik o'sishi bo'lgan pushti dog'lar bor, kattaroqlari "medalyonlar" ga o'xshaydi. Eng katta "ona pilak".
Papulyar (psoriaziform) sifilid	Tananing lateral yuzalarida engil kepaklanuvchi pushti milliar papulalar mavjud. Serologik reaksiyalarning ijobiy javobi.

Ambulator va stasionar sharoitda davolash taktikasi:

<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/>

Nomedikamentoz davo:

- 15-stol (cheklov: achchiq ovqatlar, ziravorlar, alkogolli ichimliklar, hayvon yog'larini iste'mol qilish). Oziq-ovqat tarkibiga o'simlik moylarini kiritish tavsiya etiladi, shuningdek, vitaminlarga boy ovqatlar (mevalar, sabzavotlar). [25]

Fizioterapevtik muolajalar:

Dastlabki nurlanish dozasi terining individual sezuvchanligiga qarab, PUVA terapiyasi uchun minimal fototoksik dozani yoki UVB terapiyasi uchun minimal eritema dozani o'lchash yo'li bilan yoki terining fototipi bo'yicha minimal fototoksik eritema dozani aniqlamasdan (T. Fispatrik tasnifiga ko'ra) aniqlanadi.

Kasallikning klinik ko'rinishini yengillashtirish uchun keng tarqalgan toshmalar bilan bemorlarni davolash uchun o'rta to'liqlik fototerapiya usullari (UVB/UVB-311) va PUVA terapiya usullari tavsiya etiladi.

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

C 4	Selektiv fototerapiya (keng polosali ultrabinafsha terapiyasi): boshlang'ich nurlanish dozasi minimal eritema dozaning 50-70% ni tashkil qiladi. Bemorning terining turiga va zag'ar olish darajasiga qarab nurlanishni dozalashda 0,01-0,03 Dj/sm ² dozadan boshlanadi. Jarayonlar haftasiga 3-5 marta amalga oshiriladi. Eritema bo'lmasa, bitta doza har 2-3 prosedurada 5-30% ga yoki 0,01-0,03 Dj/sm ² ga oshiriladi. Bir kurs uchun 15-35 prosedura belgilanadi
----------------	---

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

Izoh: 311 nm o'rta to'liqlik uzunligi tor polosali terapiya (UVB-311) selektiv fototerapiyaga nisbatan UVB terapiyasining samarali usuli hisoblanadi.

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

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

B 3	terining ultrabinafsha nurlanishi 308 nm (eksimer UV nurlanishi). Agar toshmalar yuz, bo'yin, gavda, qo'l va oyoqlarda (tirsak va tizza bo'g'imlaridan tashqari) lokalizatsiyalangan bo'lsa va toshmalar engil infiltratsiyalangan bo'lsa, davolash 1 minimal pilakcha dozaga teng nurlanish dozasi bilan boshlanadi. Toshmalarning infiltratsiyasi - 2 ga teng dozada tirsak va tizza bo'g'imlari terisida toshmalarining lokalizatsiyasi va psoriatik pilaklarning engil infiltratsiyasi, boshlang'ich nurlanish dozasi zich infiltratsiyalangan blyashka mavjud bo'lganda minimal eritema dozadan 2 baravar ko'p. Bir martalik nurlanish dozasi har bir prosedura yoki har 2-prosedurada 1 minimal eritema dozaga yoki oldingi dozaning 25% ga oshiriladi. Davolash haftasiga 2-3 marta rejim bilan amalga oshiriladi. Bir kurs uchun 15-35 muolaja belgilanadi
----------------	--

Izoh: Terini 308 nm ultrabinafsha nurlanishi bilan davolash (eksimer UV nurlanishi) asosan tana yuzasining 10% dan ko'p bo'lmagan ta'sirlangan maydoni bo'lgan psoriazning chegaralangan shakllari uchun ko'rsatiladi.

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

B 2	Terining ultrabinafsha nurlanishi. Katta yoshli bemorlarda fotosensibilizatorlardan (PUVA) ichki foydalanish bilan fotokimyoterapiya. Psoralen tizimli foydalanish uchun fotosensibilizator sifatida ishlatiladi, ular bir vaqtning o'zida 1 kg tana vazniga 0,6-0,8 mg dozada, uzoq to'liqlik UV nurlari bilan nurlanishdan 1,5-2 soat oldin olinadi. Dastlabki UVA dozasi minimal fototoksik dozaning 50-70% ni tashkil qiladi. Bemor terisining turiga va zag'ar darajasiga qarab nurlanishni dozalashda boshlang'ich doza 0,25-1,0 Dj/sm ² ni tashkil qiladi. Jarayonlar haftada 2-4 marta amalga oshiriladi. Eritema bo'lmasa, nurlanishning bir martalik dozasi har 2 muolajada maksimal 30% ga oshiriladi, yoki 0,25-1,0 Dj/sm ² gacha. Yengil eritema paydo bo'lganda, dozasi doimiy ravishda qoldiriladi. Bir
----------------	--

	martalik UVA dozasining maksimal qiymatlari 15-18 Dj/sm ² ni tashkil qiladi. Bir kurs uchun 15-35 muolaja belgilanadi
--	--

Izoh: Teri toshmalarida kuchli infiltrasiya uchun PUVA terapiyasi afzalroqdir.

B 2	Terining ultrabinafsha nurlanishi. Katta yoshli bemorlarda fotosensibilizatorlardan (PUVA) ichki foydalanish bilan fotokimyoterapiya. Psoralen tizimli foydalanish uchun fotosensibilizator sifatida ishlatiladi, ular bir vaqtning o'zida 1 kg tana vazniga 0,6-0,8 mg dozada, uzoq to'liqli UV nurlari bilan nurlanishdan 1,5-2 soat oldin olinadi. Dastlabki UVA dozasi minimal fototoksik dozaning 50-70% ni tashkil qiladi. Bemor terisining turiga va zagar darajasiga qarab nurlanishni dozalashda boshlang'ich doza 0,25-1,0 Dj/sm ² ni tashkil qiladi. Jarayonlar haftada 2-4 marta amalga oshiriladi. Eritema bo'lmasa, nurlanishning bir martalik dozasi har 2 muolajada maksimal 30% ga oshiriladi, yoki 0,25-1,0 Dj/sm ² gacha. Yengil eritema paydo bo'lganda, dozasi doimiy ravishda qoldiriladi. Bir martalik UVA dozasining maksimal qiymatlari 15-18 Dj/sm ² ni tashkil qiladi. Bir kurs uchun 15-35 muolaja belgilanadi
----------------	---

B2	Terining ultrabinafsha nurlanishi. Katta yoshli bemorlarga fotosensibilizatorlarni maxalliy qo'llash bilan fotokimyoterapiya. Psoralen topikal foydalanish uchun fotosensibilizatorlar sifatida ishlatiladi, ular nurlanishdan 15-60 daqiqa oldin jarohatlarga qo'llaniladi. Dastlabki UVA dozasi minimal fototoksik dozaning 20-30% ni tashkil qiladi. Bemorning terining turiga va bronzlash darajasiga qarab nurlanishni dozalashda boshlang'ich doza 0,2-0,5 Dj/sm ² ni tashkil qiladi. Jarayonlar haftada 2-4 marta amalga oshiriladi. Eritema bo'lmasa, nurlanishning yagona dozasi har 2-3 prosedurada maksimal 30% ga yoki 0,1-0,5 Dj/sm ² ga oshiriladi. Yengil eritema paydo bo'lganda, doza doimiy ravishda qoldiriladi. Bir martalik UVA dozasining maksimal qiymatlari 5-8 Dj/sm ² ni tashkil qiladi. Har bir kurs uchun 20-50 muolaja belgilanadi
-----------	--

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

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

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

B 2	<p>Ammifurokumarin mevasining suvli eritmasi bo'lgan kattalar uchun PUVA vannalari. Dastlabki UVA nurlanish dozasi minimal fototoksik dozaning 20-30% yoki 0,3-0,6 Dj/sm² ni tashkil qiladi. Umumiy va mahalliy PUVA vannalari uchun nurlanish haftasiga 2-4 marta amalga oshiriladi. Eritema bo'lmasa, bitta doza har 2-prosedurada maksimal 30% ga yoki 0,2-0,5 Dj/sm² ga oshiriladi. Teri turi I-II bo'lgan bemorlarda dozalash 0,5-1,0-1,5-2,0-2,5-3,0 Dj/sm² dozalari oralig'ida amalga oshiriladi. III-IV turdagi teriga ega bo'lgan bemorlarda nurlanish 0,6-1,2-1,8-2,4-3,0-3,6 Dj/sm² dozalari oralig'ida amalga oshiriladi. Yengil eritema paydo bo'lganda, doza doimiy ravishda qoldiriladi.</p> <p>I-II turdagi teriga ega bemorlar uchun maksimal bir martalik nurlanish dozasi 4,0 Dj/sm², III-IV tipli teriga ega bemorlar uchun - 8,0 Dj/sm². Bir kurs uchun 15-35 prosedura belgilanadi</p>
----------------	--

C 5	fototerapiya + psoriasis kasalligini davolash uchun retinoidlar. Nurlanish bemorning individual sezuvchanligiga qarab, MED yoki MFD ning 30-50% dozasi bilan boshlanadi. Keyinchalik, bitta doza MED yoki MFD ning 10-30% ga oshiriladi. Agar engil eritema paydo bo'lsa, radiasiya dozasi oshirilmaydi va agar kuchli eritema va terining nozikligi rivojlansa, davolanishda tanaffus talab qilinadi.
----------------	--

--	--

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

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

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

B 2	<ul style="list-style-type: none"> • Monoterapiya sifatida UVB yoki PUVA terapiyasini olgan bemorlarda psoriazni davolash uchun retinoidlarni buyurishdan oldin nurlanish dozasini 50% ga kamaytirish tavsiya etiladi. • fototerapiya + metotreksat
----------------	---

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

C 4	Katta yoshdagi bemorlar uchun tor tarmoqli oʻrta toʻlqinli ultrabinafsha terapiyasi + apremilast
----------------	--

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/a84/q6gxj2hn1mip4m1vaaqg1vyvsvy05u11y.pdf>

C 4	Mahalliy vositalar bilan ultratovush terapiyasi Peloidoterapiya
----------------	--

<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>

C 4	Mineral tuzlar, oʻsimlik qaynatmalari bilan balneoterapiya
----------------	--

Medikamentoz davolash:

Oʻzbekiston Respublikasida roʻyxatdan oʻtmagan dori vositalarining klinik bayonnomaga kiritilishi bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sugʻurta tizimida xarajatlarni qoplash uchun asos boʻlmaydi

Jadval 1

Asosiy dorilar roʻyxati (foydalanish ehtimoli 100 %)

Farmakologik gruppasi	Dori vositasining xalqaro nomi	Qoʻllash tartibi	Dalil darajasi
Maxalliy kortikosteroidlar I	Klobetazol	maxalliy kuniga 1 marta; 2-4	(B)

(juda yuqori faollik).	propionat: 0,05%	hafta ichida	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15303780/
	Betametazon dipropionat: 0,1%; 0,05%	maxalliy kuniga 1-2 marta; 2-4 hafta ichida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/
II (yuqori faollik).	Mometazon furoat: 0,1%	maxalliy kuniga 1-2 marta; 3-4 hafta ichida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20m/oportance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
	Triamsinolon asetonid: 0,5%	maxalliy kuniga 1-2 marta; 3-4 hafta ichida	(B) https://www.koreamed.org/SearchBasic.php?RID=0048KJD/1994.32.6.1054&DT=1
	Metilprednizolon aseponat: 0,1%	maxalliy kuniga 1-2 marta; 3-4 hafta ichida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409433/
	Fluosinonid: 0,05%	maxalliy kuniga 1-2 marta; 3-4 hafta ichida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14107624/
III-IV (o'rta faollik).	Mometazon furoat: 0,1%	maxalliy kuniga 1-2 marta; 3-4 hafta ichida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3058398/

	Triamsinolon asetonid: 0,1%	kuniga 2 marta maxalliy; 2-4 hafta ichida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261015/
	Fluosinolon asetonid 0,025%	maxalliy kuniga 1-2 marta; 2-4 hafta ichida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/387495/
	Betametazon valerat: 0,1%	maxalliy kuniga 1-2 marta; 2-4 hafta ichida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/
V (o'рта faollikdan past). Ro'yxatdan bittasi.	Gidrokortizon butirat 0,1%	maxalliy, kuniga 2 marta; 3-4 hafta ichida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/
	Gidrokortizon probutat 0,1%	maxalliy, kuniga 2 marta; 3-4 hafta ichida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27183704/
VI (past faollik).	Aklometazon dipropionat 0,05%	maxalliy, o'рта, kuniga 2 marta; 3-4 hafta ichida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152079/
	Fluosinol asetonid 0,01%	maxalliy, o'рта, kuniga 2-3 marta; 4 haftagacha	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/387495/
VII (eng past faollik)	Deksametazon 0,1%	maxalliy, o'рта, kuniga 2-3 marta; 4 haftagacha	(B) https://www.koreamed.org/Search

			hBasic.php?RID=0048KJD/1994.32.6.1054&DT=1
Dermatotrop vositalar	Kalsipotriol	maxalliy kuniga 2 marta, o'rt 6-8 hafta davomida 12 yoshdan oshgan bolalarda Kalsipotriol kuniga 2 marta nozik bir qatlamda qo'llaniladi, haftada maksimal dozasi oshmasligi kerak. 75 g; 6 yoshdan 12 yoshgacha bo'lgan bemorlarda, shuningdek, kuniga 2 marta qo'llaniladi, haftada maksimal doza 50 g dan oshmasligi kerak terapevtik ta'sir davolash boshlanganidan 1-2 hafta o'tgach kuzatiladi. Davolash kursi 6-8 haftadan oshmasligi kerak.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9039169/
Glyukokortikosteroid + boshqalar bilan kombinasiyalar	Betametazon + Kalsipotriol (0,05%) kombinasiyalangan dori	kuniga 1 marta. Malhamdan foydalanish muddati o'rt 4 hafta, gel uchun esa 4-8 hafta.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18700105/
Keratolitik vosita	Salisil kislotasi (2-5%)	maxalliy 2-3 hafta davomida kuniga 1-2 marta	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18700105/
	Mochevina (10,15,20,30,50%)	maxalliy 2-3 hafta davomida kuniga 1-2 marta	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12125943/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12522370/
Glyukokortikosteroid + keratolitik agent	Salisil kislotasi + Betametazon	maxalliy 2-3 hafta davomida kuniga 1-2 marta	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/
Glyukokortikosteroid + keratolitik agent	Salisil kislotasi + Mometazon	maxalliy 2-3 hafta davomida kuniga 1-2 marta	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25604924/
Maxalliy foydalanish uchun sintetik retinoidlar	Tazaroten	maxalliy kuniga 1-2 marta, o'rt 8-12 hafta davomida.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152080/

<p>Selektiv immunosuppressant (fosfodiesteraza-4 ingibitori)</p>	<p>Roflumilast</p>	<p>krem 0,3% maxalliy kuniga bir marta 32 haftagacha</p>	<p>(A) https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/215985s0001b1.pdf https://www.medscape.com/viewarticle/978324?&icd=login_success_email_match_pf</p>
<p>Giposensibilizatsiy alovchi vositalar*</p>	<p>Natriy tiosulfat</p>	<p>V/I - 5-50 ml 30% eritma peroral- 10% eritma shaklida har bir dozada 2-3 g.</p>	<p>(B) https://medicl.ab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6</p>
	<p>Kalsiy glyukonat</p>	<p>V/I, V/I sekin (2-3 daqiqadan ko'proq) yoki tomchilatib, kattalar - har kuni, har kuni yoki har 2 kunda 5-10 ml 100 mg / ml eritma. Bolalar - vena ichiga sekin (2-3 daqiqadan ko'proq) yoki tomchilatib, yoshga qarab, har 2-3 kunda 1 dan 5 ml gacha 100 mg / ml eritma.</p>	<p>(B) https://medicl.ab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a</p>
<p>Antigistaminlar</p>	<p>Dezloratadin</p>	<p>Tabletkalar 5 mg eritma 10 ml peroral kuniga 1 marta 7-14 kun davomida</p>	<p>(B) https://medicl.ab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-alca-572c6b314954 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/</p>
	<p>Setirizin</p>	<p>Tabletkalar 5 mg eritma 10 ml peroral kuniga 1 marta 7-14 kun davomida</p>	<p>(B) https://medicl.ab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov</p>

			/29507561/
	Levosetirizin	Tabletkalar 5 mg eritma 20 tomchi peroral kuniga 1 marta 7-14 kun davomida	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31714659/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Xloropiramin	Tabletkalar 25 mg dan kuniga 3-4 marta, mushak orasiga yoki vena ichiga yuborish bilan, kattalar uchun bitta doza 20-40 mg ni tashkil qiladi.	(B) https://diseases.medelemment.com/disease/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Ebastin	Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza 10-20 mg / kun.	(B) https://mediclinal.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
	Loratadin	Tabletkalar 5 mg eritma 10 ml peroral kuniga 1 marta 7-14 kun davomida	(B) https://mediclinal.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/

	Bilastin	Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza 10-20 mg / kun.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34397204/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29507561/
--	----------	---	---

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

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

Jadval 2

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

Farmakologik gruppasi	Dori vositasining xalqaro nomi	Qo'llash tartibi	Dalil darajasi
Dermatoprotektiv vosita	Faollashtirilgan sink piritioni	4-6 hafta davomida kuniga 2 marta qo'llaniladi. Aerozol bir hafta davomida kuniga 2-3 marta 15 sm masofadan, maxalliy foydalanish uchun preparat nam sochlarga qo'llaniladi, so'ngra bosh terisini massaj qiladi, keyin sochni yuvish kerak. maxalliy foydalanish uchun boshga 5 daqiqa davomida qo'llang, keyin sochlaringizni ko'p miqdorda suv bilan yuving. Haftada 2-3 marta qo'llang; davolash kursi - 5 hafta. Remissiya davrida haftada 1-2 marta foydalanish mumkin.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/
Tirnoqlar uchun	Oktopiroks va Akvasil kompleksi	Tirnoq va uning konturiga kuniga bir marta, kechqurun. Kosmetik proseduraning ideal funktsionalligi uchun qo'llashdan oldin ishlov beriladigan sirtini yaxshilab tozalash muhimdir	(C) https://eptaderm.com/epta-pso-nails/

Dermatotrop agent	Ditranol va uning hosilalari	<p>Konsentrsiyani tanlash, qo‘llash vaqti va har bir yuqori konsentrsiyaga o‘tish shifokor tomonidan belgilanadi. Ditranol bilan 2 ta davolash sxemasi mavjud. Davolashning boshida maxalliy foydalanish uchun preparat, ditranol, ertalab terining ta'sirlangan joylariga qo‘llaniladi. Qo‘llashning ikkinchi sxemasi - "yarm soatlik terapiya" usuli: maxalliy foydalanish uchun preparat, ditranol, qo‘llash muddati 20-30 minut. Shundan so‘ng, maxalliy foydalanish uchun ortiqcha dori-darmonlarni paxta sumkasi bilan olib tashlang va qo‘llash joyini iliq suv va ko‘p miqdorda sovun bilan yuving. Davolash toshmalar yo‘qolguncha davom ettiriladi.</p>	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/
Imunomodulyasion vosita	Fumar kislotasi efirlarining aralashmalari	Bir boshlang‘ich dozadan boshlab, keyingi 8 hafta davomida kuniga maksimal 6 dozaga ko‘tariladi	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27271164/
Kalsinevrin ingibitorlari	Siklosporin	Siklosporinning boshlang‘ich dozasi kuniga 2,5 dan 3 mg / kg tana vazniga 2 dozaga bo‘lingan. Og‘ir holatlarda, agar kerak bo‘lsa, preparatning dozasi kuniga maksimal 5 mg/kg gacha oshirilishi mumkin. Agar ijobiy natijaga erishilsa, dozani to‘liq to‘xtatilgunga qadar asta-sekin kamaytirish kerak.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9377614/
Antimetabolitlar (foliy kislotasi analoglari)	Metotreksat	Kattalar uchun metotreksat haftasiga 10 dan 30 mg gacha bo‘lgan dozada buyuriladi. teri ostiga, mushak orasiga. Bolalarda - haftasiga 0,2-0,7 mg/kg;	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/

B vitamini	Foliy kislotasi	Metotreksat qabul qilinganidan keyin 12 dan 48 soatgacha foliy kislotasini qabul qilish tavsiya etiladi. Optimal- metotreksatning haftalik dozasi 24 soat o'tgach. Foliy kislotaning dozasi haftasiga kamida 5 mg bo'lishi kerak.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/
Tizimli retinoidlar	Asitretin	Kuniga 25 mg yoki 30 mg boshlang'ich sutkalik dozada buyuriladi; Preparat kuniga bir marta ovqat yoki sut bilan birga qabul qilinadi; qo'llash muddati 2-4 hafta, bolalarda sutkalik doza tana vazniga bog'liq va taxminan 0,5 mg / kg ni tashkil qiladi. Ba'zi hollarda, chegaralangan vaqt uchun kuniga 1 mg / kg gacha (kuniga 35 mg dan ko'p bo'lmagan) yuqori dozalar talab qilinishi mumkin.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/
Selektiv immunosuppressant (fosfodiesteraza-4 ingibitori)	Apremilast	30 mg dan kuniga 2 marta. Dastlabki titrlashdan keyin dastlabki dozani titrlash talab qilinadi, takroriy titrlash talab qilinmaydi;	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15347485/
Antineoplastik vositalar	Gidroksimochevina	Kuniga 500 mg, dozasi terapevtik javob va tolerantlikka qarab kuniga 1,0-1,5 g gacha oshiriladi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10731131/
Purin antmetabolitlari guruhidan sitostatik preparat	6-tioguanin	Har 2-4 haftada 20 mg ga ko'tarilishi bilan haftasiga 2 marta 80 mg dan boshlang. Maksimal doza haftasiga 3 marta 160 mg ni tashkil qiladi.	(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/

<p>Immunosuppressant dorilar</p>	<p>Mikofenolat mofetil</p>	<p>ko'pincha kuniga ikki marta 500-750 mg dan boshlanadi, keyin dozani kuniga ikki marta 1,0-1,5 g gacha oshiring.</p>	<p>(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/</p>
<p>Antmikrob va yallig'lanishga qarshi vositalar</p>	<p>Sulfasalazin</p>	<p>Dastlabki dozasi kuniga uch marta 500 mg ni tashkil qiladi. Yaxshi muhosaba qilingan bo'lsa, uch kundan keyin doza kuniga uch marta 1 g gacha oshiriladi. Agar doza toqat qilinsa, 6 haftadan so'ng kuniga to'rt marta 1 g gacha oshiriladi.</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24972718/</p>
<p>Selektiv immunosuppressant (D11 ga bog'langan insoniy lashtirilgan rekombinant monoklonal antikori)</p>	<p>Efalizumab</p>	<p>T/o in'eksiyalari. Tana vazniga qarab dozani tanlash. Og'irligi <100kg-45mg; > 100kg-90mg. In'eksiya 0 va 4 haftalarda va keyin har 12 haftada.</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2530251/ https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7318687/</p>
<p>Selektiv immunosuppressant (JAK/STAT tizmining ingibitori)</p>	<p>Tofasitinib</p>	<p>Peroral kuniga 2 marta 5-10 mg.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27307707/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26357944/</p>
<p>Selektiv immunosuppressant (TNF-alfa ingibitorlari)</p>	<p>Etanersept</p>	<p>Kattalar: 25 mg teri ostiga haftasiga ikki marta 3-4 kunlik interval bilan. Haftada bir marta 50 mg preparatni bir martalik teri ostiga yuborish mumkin. Shu bilan bir qatorda, Etanersept haftasiga ikki marta 50 mg dozada maksimal 12 hafta davomida ishlatilishi mumkin. Davolanishni davom ettirish zarur bo'lsa, Etanersept haftada ikki marta 25 mg yoki haftada bir marta 50 mg dozada qo'llanilishi kerak. Terapiya</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>

		<p>remissiyaga erishilgunga qadar va qoida tariqasida 24 haftadan oshmasligi kerak. Ba'zi hollarda davolanish muddati 24 haftadan ortiq bo'lishi mumkin 6 yosh va undan katta bolalarda psoriaz uchun doza 0,8 mg / kg tana vazniga (maksimal bir martalik doza 50 mg) belgilanadi. Preparat haftada bir marta qo'llaniladi.</p> <p>remissiyaga erishilgunga qadar teri ostiga, odatda 24 haftadan oshmasligi kerak. Preparat bilan davolash 12 haftadan keyin to'xtatilishi kerak. terapiyada simptomlarning ijobiy dinamikasi yo'q. Agar Etanerseptni qayta buyurish kerak bo'lsa, yuqorida ko'rsatilgan davolanish muddatiga rioya qilish kerak. Preparatning dozasi haftada bir marta tana vazniga 0,8 mg / kg ni tashkil qiladi (maksimal bitta doza 50 mg). Ba'zi hollarda davolanish muddati 24 haftadan ortiq bo'lishi mumkin.</p>	
	Infliximab	<p>Infliksimab psoriazli kattalardagi bemorlarga vena ichiga sekin (kamida 2 soat davomida) 2 ml/min dan oshmaydigan tezlikda kiritiladi. Tibbiyot xodimlarining nazorati ostida.</p> <p>Psoriazni davolash uchun infliksimabning boshlang'ich dozasi bemorning har bir kg vazniga 5 mg ni tashkil qiladi. Birinchi administratsiyadan keyin preparat 0, 2 va 6 haftalarda bir xil dozada, keyin esa har 8 haftada qo'llaniladi. Agar 14 hafta ichida ta'sir bo'lmasa (to'rtta vena ichiga infuziyadan keyin), davolanishni davom ettirish tavsiya etilmaydi.</p>	<p>(B)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2436424/</p>
	Adalimumab	<p>Kattalar va 4 yoshdan oshgan bolalar, o'rta va og'ir psoriaz kasalligi bilan og'irgan bemorlar, teri ostiga son yoki qorin bo'shlig'iga 80 mg boshlang'ich dozada, parvarishlash dozasi - boshlang'ich dozadan bir hafta o'tgach, har 2 haftada bir marta 40 mg.</p>	<p>(B)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17970888/</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12704533/</p>

	Sertolizumab pegol	T/O, turli anatomik sohalarda, qorin va sonlar o'rtasida in'eksiya joylarini almashtirish. Induksiya dozasi davolashning 1-kunida, 2 va 4-haftalarida 400 mg ni tashkil qiladi. Ta'minot dozasi: har 2-4 haftada bir marta 200-400 mg.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38545493/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1690970/
Selektiv immunosupressant (IL ingibitori - 12.23)	Ustekinumab	Voyaga etgan bemorlar: teri ostiga 45 mg. Ikkinchi in'eksiya birinchi dasturdan 4 hafta o'tgach, keyin esa har 12 haftada amalga oshiriladi. Og'irligi 100 kg dan ortiq bo'lgan bemorlarga preparatni 90 mg dozada qo'llash tavsiya etiladi. Har 12 haftada bir marta qo'llanganda klinik samaradorlik etarli bo'lmagan taqdirda, preparatning dozasini har 12 haftada 90 mg ga oshirish kerak. Agar ushbu dozalash rejimi samarali bo'lmasa, har 8 haftada 90 mg dozada tana vazniga ega bo'lgan 6 yoshdan oshgan bolalar uchun dozani tanlash tana vaznini hisobga olgan holda amalga oshiriladi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17241576/
Interleykin 36 ingibitori (IL-36R)	Spesolimab	450 mg/7,5 ml (60 mg/ml) bitta dozali shishadagi eritma 90 daqiqa davomida tomir ichiga yuborish orqali bir martalik dozada yuboriladi Agar avj olish belgilari davom etsa, vena ichiga qo'shimcha 900 mg (90 daqiqadan ko'proq) qo'llanilishi mumkin dastlabki dozadan bir hafta o'tgach.	(A) https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2022/761244s0001bl.pdf
Yuqori selektiv interleykin ingibitori 17A va 17F	Bimekizumab	Doza 0 haftada 320 mg (har biri 160 mg dan 2 ta teri osti in'eksiyasi), keyin esa 4, 8, 12 va 16 haftalarda, keyin esa har 8 haftada. Og'irligi 120 kg va undan ortiq bo'lgan bemorlar uchun tavsiya etilgan doza 16 haftadan keyin har 4 haftada 320 mg ni tashkil qiladi.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35544084/

<p>Selektiv immunosupressant (IL 17-A / 17-RA ingibitorlari)</p>	<p>Sekukinumab</p>	<p>Voyaga etgan bemorlarda, iloji bo'lsa, terining ta'sirlanmagan qismida, 0, 1, 2 va 3-haftalarda boshlang'ich doza sifatida 300 mg, so'ngra 4-haftadan boshlab oylik yuborish shaklida parvarishlash terapiyasi. Har bir 300 mg dozasi 150 mg dan ikkita alohida teri osti in'eksiyalari shaklida, 6 yoshdan oshgan, vazni 50 kg dan kam bo'lgan bolalarga kattalar uchun bir xil sxema bo'yicha 75 mg dozada yuboriladi.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30118353/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26899199/</p>
	<p>Iksekizumab</p>	<p>O'rta va og'ir psoriazli kattalar bemorlari. Bemorlarni davolash uchun tavsiya etilgan boshlang'ich doza (0 hafta) teri ostiga in'eksiya yo'li bilan 160 mg, so'ngra 2, 4, 6, 8, 10 va 12-haftalarda 80 mg, so'ngra har 4 haftada 80 mg dozada (bo'lishidan qat'iy nazar) tana vazni). 160 mg boshlang'ich doza ikkita alohida 80 mg teri ostiga in'eksiya shaklida qo'llaniladi.</p>	<p>(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18199863/</p>
	<p>Netakimab</p>	<p>Kattalar uchun 0, 1 va 2-haftalarda haftada bir marta 120 mg dozada qo'llaniladi, so'ngra 6-haftadan boshlab har 4 haftada bir marta 120 mg dozada parvarishlash terapiyasi o'tkaziladi. 120 mg dozasi har biri 1 ml (60 mg) dan ikki marta teri ostiga yuboriladi.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15389187/</p>
<p>Selektiv immunosupressant (IL-23 ingibitorlari)</p>	<p>Guselkumab</p>	<p>Tavsiya etilgan doza teri ostiga 100 mg ni tashkil qiladi. Ikkinchi in'eksiya birinchi dasturdan 4 hafta o'tgach, keyin har 8 haftada amalga oshiriladi.</p>	<p>(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17936411/ https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010738/</p>
	<p>Risankizumab</p>	<p>Kattalar uchun tavsiya etilgan doza 0-haftada, 4-haftada va har 12 haftada 150 mg ni tashkil qiladi (bir vaqtning o'zida ikkita 75 mg teri ostiga in'eksiya sifatida beriladi)</p>	<p>(A) https://www.rlsnet.ru/actv/ie-substance/certolizumba-pegol-2986 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/296604</p>

			21/
Tizimli glyukokortikosteroidlar *	Prednizolon	Voyaga etgan bemorlar uchun kuniga 40-50 mg. Klinik yaxshilanishga (regressiya) erishilgandan so'ng, preparatni bosqichma-bosqich olib tashlash boshlanadi. Davolashning umumiy davomiyligi o'rta 2-3 haftadan oshmaydi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
	Metilprednizolon	Glyukokortikoidlarning dozalari, ko'p hollarda, kattalar uchun prednizolon nuqtai nazaridan kuniga 40-50 mg. Ijobiy klinik natijaga erishgandan so'ng, preparatni bosqichma-bosqich olib tashlash boshlanadi. Glyukokortikosteroidlar bilan davolashning umumiy davomiyligi odatda qisqa (o'rta 2-3 haftadan ko'p emas).	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
	Betametazon	M/O har 2-4 haftada 1,0 dan 2,0 ml gacha.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/
Gepatoprotektiv ta'sirga ega dorilar *	Essensial fosfolipidlar	V/I sekin 1-2 ampuladan (5-10 ml), eritmani bemorning qoni bilan 1: 1 nisbatda suyultiring. Agar preparatni suyultirish zarur bo'lsa, infuziya uchun faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasi ishlatiladi. Ichishga. 12 yoshdan oshgan va vazni 43 kg dan ortiq bo'lgan o'smirlar uchun, shuningdek, kattalar uchun ovqat paytida kuniga 3 marta 2 kapsuladan ichish tavsiya etiladi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/
	Oksimatin	600 mg mushak orasiga, kuniga bir marta V/I 600 mg 100-250 ml 5% glyukoza eritmasida yoki 0,9% natriy xlorid eritmasida suyultiriladi. Kuniga bir marta daqiqada 60 tomchi tezlikda	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28450041/

		<p>vena ichiga yuboring. Peroral, kuniga uch marta 2 kapsuladan (0,2 g Oksimatin). Agar kerak bo'lsa, sutkalik dozani kuniga uch marta 3 kapsulaga oshirish mumkin (0,3 g Oksimatranga teng).</p>	
	Ursodeoksixol kislotasi	<p>Ichishga. Og'irligi 34 kg dan kam bo'lgan bolalar va kattalarga ursodeoksixol kislotasini suspenziya shaklida qo'llash tavsiya etiladi. Ursodeoksixol kislotasining tavsiya etilgan dozasi kuniga 10 mg / kg ni tashkil qiladi</p>	<p>(C) https://mediqlab.com/drugs/f111157b-cb3f-4c34-b8b8-ae84794d0084</p>
	Antral	<p>Ichishga kuniga 3 marta ovqatdan keyin kattalar va 10 yoshdan oshgan bolalar uchun 200 mg dan 4-10 yoshli bolalar uchun 100 mg dan</p>	<p>(C) https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1</p>
Vitaminlar	Alfa tokoferol asetat	<p>Ovqatdan keyin peroral kuniga 50-100 mg dozada (qo'llash muddati - 20-40 kun)</p>	<p>(C) https://www.lekhm/o.ua/ru/alfa-tokoferola-acetat-vitamin-e-dose-50-mgml-po-20-ml-no-1</p>
	Retinol asetat	<p>Kattalar uchun eng yuqori sutkalik doza 100 000 ME dan oshmasligi kerak 33 000–100 000 ME / kun</p>	<p>(B) https://compendium.com.ua/info/62400/vitamin-a</p>
	Xolekalsiferol	<p>Ichishga, mushak orasiga. 500-200.000 ME Defisit darajasini hisobga olgan holda</p>	<p>(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37571324/</p>
	Askorbin kislotasi	<p>Ichishga, mushak orasiga, vena ichiga 250-1000 mg / kun</p>	<p>(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35010995/</p>

	Sianokobalamin	M/O yoki V/I kuniga 1 mg 1-2 hafta davomida, parvarishlash dozasi 1-2 mg M/O yoki V/I - haftada 1 martadan oyiga 1 marta.	(C)
	Tiamin	M/O (chuqur) Preparatni kichik dozalardan (5% li eritmaning 0,5 ml dan ko'p bo'lmagan) qo'llashni boshlash tavsiya etiladi Kattalar kuniga bir marta, kuniga bir marta 25-50 mg tiamin gidroxlorid (0,5-1 ml 5% eritma) buyuriladi; bolalar - kuniga 1 marta 12,5 mg (0,25 ml 5% eritma). Davolash kursi - 10-30 in'eksiya.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37063401/
	Riboflavin	Peroral: kattalar - kuniga 5-10 mg; bolalar - kuniga 1 marta 2-5 mg. Davolashning davomiyligi - 1-1,5 oy. M/O: 1 ml 1% eritma (0,1 g) kuniga 1 marta 10-15 kun (bolalar - 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 marta; davolash kursi - 15-20 in'eksiya.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13361544/
Antidepressantlar	Doksepin	Ichishga. O'rta og'ir depressiya va / yoki tashvish uchun boshlang'ich doza kuniga 75 mg ni tashkil qiladi. Kelajakda samarali doza individual ravishda tanlanadi, odatda kuniga 75-150 mg. Doza asta-sekin oshiriladi. Og'ir depressiya va / yoki tashvish uchun samarali doza kuniga 300 mg ga etishi mumkin. Minimal darajada og'ir buzilishlari bo'lgan bemorlarda kuniga 25-50 mg pastroq dozalar samarali bo'lishi mumkin. Qo'llash chastotasi kuniga 1-2 marta (kun davomida bitta dozada doksepinning dozasi 150 mg dan oshmasligi kerak). Uyqu buzilishi uchun kunlik dozaning katta qismi kechqurun olinadi.	(B) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27578078/
	Mirtazapin	Peroral kuniga 15-45 mg, yotishdan oldin kuniga 1 marta. Doza asta-sekin kuniga 30-45 mg gacha oshiriladi. Antidepressant ta'siri asta-sekin, odatda davolanish	

		<p>boshlanganidan 2-3 hafta o‘tgach rivojlanadi, ammo davolanishni yana 4-6 oy davom ettirish kerak. Agar davolanishdan keyin 6-8 hafta ichida terapevtik ta'sir kuzatilmasa, davolanishni to‘xtatish kerak.</p> <p>Mirtazapin asta-sekin olib tashlanadi.</p>	
	Paroksetin	<p>Kuniga 1 marta - ertalab ovqat bilan qabul qilish tavsiya etiladi. Tabletkani chaynamasdan yutish kerak</p> <p>Tavsiya etilgan sutkalik doza 20 mg ni tashkil qiladi, dozani davolashning dastlabki 3-4 haftasi davomida exityotkorlik bilan individual tanlash kerak, keyin esa klinik ko‘rinishlarga qarab tuzatish kerak. 20 mg dozaga etarli darajada javob bermagan ba'zi bemorlarni davolash uchun dozani oshirish kerak bo‘lishi mumkin. Bu davolanishning klinik samaradorligiga qarab, dozani 10 mg (maksimal 50 mg / kun) ga oshirib, bosqichma-bosqich amalga oshirilishi kerak.</p>	
Anksiolitiklar	Gidroksizin	<p>Ichishga. 12,5-50 mg / kun</p> <p>Maksimal yagona doza 200 mg dan oshmasligi kerak, maksimal sutkalik doza 300 mg dan oshmasligi kerak.</p> <p>Keksa bemorlarda boshlang‘ich dozani 2 baravar kamaytirish kerak.</p> <p>O‘rta va og‘ir buyrak yetishmovchiligi, shuningdek, jigar yetishmovchiligi bo‘lgan bemorlar dozani kamaytirishni talab qiladi.</p>	<p>(B)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14445517/</p>
Antioksidantlar	Alfa lipoik kislota	<p>Kattalar uchun kuniga 600 mg dozada kamida 30 daqiqa davomida vena ichiga tomiziladi kattalar va 14 yoshdan oshgan bolalar uchun - kuniga 1 marta ovqatdan oldin 1 kapsuladan.</p> <p>Davolashning davomiyligi - kamida 1 oy</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/9572129b-5f56-4179-a69b-57ffa37dfe3a</p>
	Glutation	<p>M/O, V/I sekin (2-3 daqiqa) yoki kuniga 600 mg yoki har kuni 1200 mg infuzion.</p> <p>Ichishga. Kuniga 250 mg, asta-sekin til ostida eriydi</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/5dc77e7c-6dfb-4eab-9570-</p>

		Davolash kursi 2-3 oylik sikllardan iborat bo'lib, ular yiliga 2-3 marta takrorlanishi mumkin.	92bd53793d47
--	--	--	------------------------------

***Tizimli glyukokortikosteroidlar** psoriatik eritrodermiya, keng tarqalgan eksudativ yoki pustular psoriada o'tkir holatni bartaraf etish uchun qisqa kursda foydalanish uchun tavsiya etiladi

***Gepatoprotektiv ta'sir ko'rsatadigan dorilar**

Laboratoriya va instrumental tadqiqotlarda simptomlar yoki o'zgarishlar mavjud bo'lsa, hepatoprotektiv xususiyatlarga ega preparatlar buyuriladi, bu xususiyatlarga ega bo'lgan preparatni tanlash shifokor tomonidan belgilanadi;

***Antigistaminlar, dezintiksikasiyalovchi va giposensibilizasiyalovchi vositalar**
Bemorlarning 2/3 qismida va bolalarda 90% hollarda psoriatik toshmalar qichishish bilan birga keladi. Antigistaminlar, detoksifikasiya va giposensibilizasiya qiluvchi dorilar qichima mavjud bo'lganda yoki psoriasis kasalligi o'tkir, giperergik alomatlar bo'lgan hollarda buyuriladi.

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

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

Tibbiy yordamni tashkillashtirish

Birlamchi tibbiy yordam ko'rsatish doirasida terapevtlar, pediatrlar, umumiy amaliyot shifokorlari bemorlarda teri toshmasi, psoriasis kasalligi belgilari yoki belgilarini aniqlashda bemorni birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish uchun dermatovenerologik tibbiy tashkilotga yuboradilar.

Agar birlamchi ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatish doirasida tibbiy yordam ko'rsatishning iloji bo'lmasa va tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, bemor ixtisoslashtirilgan tibbiy yordam ko'rsatadigan tibbiy tashkilotga yuboriladi.

Ixtisoslashgan, jumladan, yuqori texnologiyali tibbiy yordam stasionar sharoitda dermatovenerologlar tomonidan ko'rsatiladi.

Tibbiy muassasada kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: kunduzgi va 24 soatlik stasionar:

- oldingi davolanishning samarasizligi;
- davolashning fizioterapevtik usullaridan foydalanish zarurati;
- selektiv immunosuppressantlar (fosfodiesteraza-4 ingibitorlari, Yanus kinaz blokatorlari), o'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari bilan parvarishlash terapiyasiga ehtiyoj;

Bemorni tibbiy tashkilotdan chiqarishga ko'rsatmalar:

- toshmalarining regressiyasi va/yoki klinik ko'rinishlarning kamayishi.[3]

Muolaja yoki aralashuv samaradorligini ko'rsatkichlari:

- terida yangi elementlarning yoqligi va toshmalar regressiyasi (PASI indeksining pasayishi);
- remissiya davomiyligi;
- hayot sifatini yaxshilash

**“PSORIAZ” NOZOLOGIYASINING TIBBIY
ARALASHUVLARI BO‘YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI**

TOSHKENT 2024

2.1. Kirish qismi

Psoriasis — surunkali teri yalligʻlanishi shaklida oʻzini namoyon qiladigan yuqumli boʻlmagan kasallikdir. Psoriasis nafaqat teri shikastlanishi bilan kechadi. Psoriasisning oʻrta yoki ogʻir shakllari turli xil komorbid patologiyalar bilan murakkablashishi mumkin.

Dunyoda psoriasis kasalligining tarqalishi taxminan 2% ni tashkil qiladi, ammo rivojlangan mamlakatlarda bir qator tadqiqotlarga koʻra, bu koʻrsatkich yuqoriroq va oʻrta 4,6% ni tashkil etadi. Psoriasis bilan ogʻrigan bemorlarning taxminan uchdan ikki qismida kasallik yengil boʻlib, teri yuzasining 3% dan kamrogʻiga taʼsir qiladi. Qolganlarida terining shikastlanishi yanada kengroqdir.

Bemorlarning taxminan toʻrt dan uch qismida psoriasis kasalligi 40 yoshdan oldin boshlanadi. Bemorlarning uchdan birida birinchi simptomlari 20 yoshdan oldin kuzatiladi. Bolalar orasida psoriasis kasalligining tarqalishi 0,7% ni tashkil qiladi. Qoida tariqasida, kasallik oʻzgaruvchan remissiya va avj olish davrlari bilan surunkali kasallik sifatida yuzaga keladi. Biroq, toʻliq remissiya davrlari mumkin va kam sonli hollarda besh yil yoki undan koʻproq davom etadigan remissiyalar kuzatiladi.

2.2 Taʼrif

Psoriasis irsiy moyillikka ega boʻlgan multifaktorial kasallik boʻlib, epidermis hujayralarining koʻpayishi, keratinizasiyaning buzilishi, faollashgan T-limfositlar va yalligʻlanishga qarshi sitokinlar sintezi natijasida dermada yalligʻlanish reaksiyasi bilan tavsiflanadi.[1]

Psoriasis davolash usullari

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

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

A	Maxalliy terapiya uchun psoriasis kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarga kortikosteroidlar, salisil kislotasi va boshqa preparatlar (Kalsipotriol) buyurilishi mumkin. Agar kasallik oʻrta yoki ogʻir boʻlsa, metotreksat, retinoidlar, immunosuppressant siklosporin yoki terining ultrabinafsha nurlanishi bilan tizimli terapiya buyuriladi.
---	--

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

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

B	Qichishishni bartaraf etish uchun antigistaminlar va giposensibilizatsiyalovchi preparatlar tavsiya etiladi.
---	--

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

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

A	Agar bemorda psoriazni tizimli davolash samarasiz boʻlsa, bemorlarni immunosuppressant terapiyasiga oʻtkazish kerak. Selektiv immunosuppressantlar (fosfodiesteraza-4 ingibitorlari, Yanus kinaz blokatorlari), oʻsma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari tizimli terapiyaning farmakokinetikasini hisobga olmagan holda qoʻllaniladi. Psoriazni davolash uchun metotreksat, siklosporin yoki retinoidlar bilan davolashni toʻxtatishga olib keladigan noxush hodisalar yuzaga kelgan taqdirda, buzilgan funksiyalar va / yoki laborator koʻrsatkichlari normallashtirishga qadar taʼminlash kerak, bu genetik biologik terapiya induksiya bosqichidan oldin boʻlishi kerak.
---	---

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

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

A	Bemorni metotreksat, siklosporidan selektiv immunosupressantlar, fosfodiesteraza-4 ingibitorlari, Yanus kinaz blokatorlari, o'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa), interleykin ingibitorlariga o'tkazishda, terapiyaning dastlabki bosqichida yuqorida ko'rsatilgan dorilarning dozadini asta-sekin kamaytirish tavsiya etiladi. (12-16 hafta ichida - metotreksat uchun; 2-8 haftadan ko'p bo'lmagan - siklosporin uchun).
----------	---

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

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

A	Selektiv immunosupressantlarni (fosfodiesteraza-4 ingibitorlari, Yanus kinaz blokatorlari), o'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlarini uzoq muddatli qo'llash bilan samarali davolash va yaxshi tolerantlik bo'lsa, terapiya standart dozalarini qo'llash bilan davom ettirilishi kerak. Bunday holda siz selektiv immunosupressantlarni (fosfodiesteraza-4 ingibitorlari, Yanus kinaz blokatorlari), o'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlarini qo'llashni to'xtatmasligingiz kerak, chunki o'rta va og'ir psoriazli bemorlarda psoriaz rivojlanish xavfi yuqori. Genetik biologik vositalari yordamida davolanishni qayta tiklashda oldingi samaraga erishish qiyin bo'lishi mumkin, neytrallashtiruvchi antitanalarni paydo bo'lish xavfini oshiradi. O'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlarini metotreksat bilan autoantitanalrning shakllanishiga yo'l qo'ymaslik uchun birlashtirishning maqsadga muvofiqligi isbotlangan (randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar natijalari hali e'lon qilinmagan). O'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari va interleykin ingibitorlari guruhlaridan dori vositalarining takroriy o'zgarishi terapevtik samaradorlikning pasayishi va bemorda aniq yoki deyarli toza teriga erisha olmaslik bilan birga bo'lishi mumkin.
----------	--

A	Selektiv immunosupressantlar (fosfodiesteraza-4 ingibitorlari, Yanus kinaz blokatorlari), o'sma nekrozi omili alfa (TNF-alfa) ingibitorlari, interleykin ingibitorlari, nojo'ya ta'sirlar va laborator parametrlarini tibbiy foydalanish bo'yicha ko'rsatmalarga muvofiq nazorat qilish kerak.
----------	--

Chegaralangan toshmalarni davolash uchun bemorlarga topik terapiyadan foydalanish tavsiya etiladi.

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

C 3	gidrokortizon 0,1% malham 0,1% krem, maxalliy foydalanish uchun 1% malham teri toshmalariga kuniga 2 marta 3-4 hafta davomida surtiladi.
----------------------	--

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

B 3	Aklometazon kremi 0,05%, malham 0,05% terining shikastlangan joylariga bir tekis qatlamda kuniga 2-3 marta 3-4 hafta davomida surtiladi. Bolalarda va keyingi davolanish vaqtida preparatni kuniga bir marta qo'llash mumkin. Surunkali kasalliklarni keyingi davolashda qaytalanishni oldini olish uchun terapiya barcha alomatlar yo'qolganidan keyin bir muncha vaqt davom etishi kerak.
----------------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2261015/>

B 3	maxalliy foydalanish uchun triamsinolon malhami 0,1%, terining shikastlangan joylariga kuniga 2 marta 3-4 hafta davomida qo'llang.
----------------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3058398/>

B 2	Mometazon kremi 0,1%, malham 0,1% yupqa qatlamda terining shikastlangan joylariga kuniga bir marta 3-4 hafta davomida surtiladi.
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16409433/>

C 4	<p>Metilprednizolon aseponat malhami 0,1% maxalliy foydalanish uchun, 3-4 hafta davomida kuniga bir marta terining shikastlangan joylariga yupqa qatlam bilan qo‘llang.</p> <p>Metilprednizolon aseponat kremi 0,1%, maxalliy foydalanish uchun emulsiya 0,1%, terining shikastlangan joylariga kuniga 1 marta 3-4 hafta davomida yupqa qatlam bilan qo‘llang.</p> <p>Fluosinolon asetonid malhami maxalliy foydalanish uchun 0,025%, terining shikastlangan joylariga kuniga 2-4 marta qo‘llaniladi, davolash kursi 25 kungacha.</p> <p>maxalliy foydalanish uchun fluosinolon asetonid kremi 0,025%, maxalliy foydalanish uchun gel 0,025% terining shikastlangan joylariga kuniga 2-4 marta 4 haftagacha surtiladi.</p>
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32186532/>

B 2	<p>Betametazon kremi 0,05%, 0,1%, malham 0,05%, 0,1% terining shikastlangan joylariga kuniga 2 marta 3-4 hafta davomida surtiladi.</p> <p>Betametazon spreyi 0,05% terining shikastlangan joylariga kuniga 2 marta 3-4 hafta davomida surtiladi.</p> <p>Flutikazon malhami maxalliy foydalanish uchun 0,005%, maxalliy foydalanish uchun krem 0,05% terining shikastlangan joylariga kuniga 2 marta 3-4 hafta davomida surtiladi.</p>
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15303780/>

C 2	Klobetazol malhami, maxalliy foydalanish uchun krem 0,05% terining shikastlangan joylariga juda nozik bir qatlamda kuniga 1 marta 3-4 hafta davomida surtiladi.
----------------	---

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10065604/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25604924/>

B 3	Qipqlanish mavjud bo‘lsa: salisil kislotasi 2-5% malham, 10-50% mochevina qo‘llanadi
----------------	--

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7152080/>

C 2	Betametazon + salisil kislotasi malhami, maxalliy foydalanish uchun, kuniga 2 marta terining shikastlangan joylariga qo‘llang.
----------------	--

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

B 2	Mometazon + salisil kislotali malhamni kuniga 2 marta terining shikastlangan joylariga yupqa qatlamda surting.
----------------	--

Пациентам рекомендуются препараты для лечения псориаза для местного назначения другие

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

A 2	Kalsipotriol 0,005% maxalliy foydalanish uchun malham, kuniga 2 marta, terining shikastlangan joylariga 6-8 hafta davomida surtiladi.
----------------	---

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

B 2	Betametazon + Kalsipotriol malhami kuniga 1 marta kattalar uchun 4 haftadan ko'p bo'lmagan muddatga
----------------	---

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

B 3	Betametazon + Kalsipotriol geli kuniga 1 marta kattalar uchun 4 hafta davomida bosh terisiga va 8 hafta silliq teriga.
----------------	--

Toshmalarning regressiyasini tezlashtirish uchun bemorlarga teri kasalliklarini davolash uchun dori-darmonlar tavsiya etiladi:

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

C 4	Maxalliy foydalanish uchun pirition sink 0,2% Aerozol kuniga 2-3 marta terining shikastlangan joylariga 15 sm masofadan. Doimiy ta'sirga erishish uchun preparatni klinik simptomlar yo'qolganidan keyin 1 hafta davomida qo'llashni davom ettirish tavsiya etiladi.
----------------	--

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

B 2	maxalliy foydalanish uchun pirition sink 0,2% kremi terining shikastlangan joylariga kuniga 2 marta 1-1,5 oy davomida yupqa qatlamda qo'llaniladi..
----------------	---

Statsionar bosqichda zich infiltratsiyasi mavjud bemorlarga tavsiya etiladi:

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

C 5	Ixtammol 5% yoki 10% malham kuniga 1-2 marta zararlangan joylarga surtiladi. Naftalan moyi 5% yoki 10% malham kuniga 1-2 marta jarohatlangan joylarga surtiladi. jarohatlarga qo'llaniladigan maxalliy foydalanish uchun qayin tar suyuqligi terini dastlab 15 daqiqa davomida kuniga bir marta, asta-sekin qo'llash vaqtini 30 daqiqagacha oshiring. Preparat o'simlik moyi yoki suyuq parafin bilan namlangan paxta yoki gazak bilan chiqariladi. Davolash kursining davomiyligi 4 haftagacha, kurslar orasidagi tanaffuslar 1-2 oy.
----------------	--

Psoriaz bilan og'rikan bemorlarga simptomlarni yengillashtirish uchun bosh terisi psoriaz kasalligi uchun tavsiya etiladi:

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

B 2	Betametazon + Salisil kislotasining maxalliy foydalanish uchun eritmasi kuniga 2 marta yaralarga qo'llaniladi
----------------	---

C 2	Betametazon + Salisil kislotasining maxalliy foydalanish uchun eritmasi kuniga 2 marta yaralarga qo'llaniladi
----------------	---

B 3	4 hafta davomida kattalar uchun kuniga bir marta maxalliy foydalanish uchun Betametazon + Kalsipotriol gel
----------------	--

C 5	Pirition sink 1% shampunni nam sochlarga qo'llang, so'ngra bosh terisini massaj qiling, so'ngra sochingizni yuving, yana qo'llang va shampunni boshingizga 5 daqiqaga qoldiring, so'ngra sochlaringizni ko'p miqdorda suv bilan yaxshilab yuvib tashlang. Haftada 2-3 marta qo'llang; davolash kursi - 5 hafta	qili qol Ha
----------------	--	-------------------

Bemorlarga remissiyaga erishish uchun maxalliy terapiyaga qarshilik, keng tarqalgan toshmalar, tizimli terapiya yoki fototerapiya tavsiya etiladi:

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

A 2	metotreksat teri ostiga, mushak ichiga yoki peroral 10-15-20 mg, kerak bo'lganda - 25-30 mg gacha, haftasiga 1 marta
----------------	--

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

B 2	<p>Noxush hodisalar extimolini kamaytirish uchun metotreksatni qabul qilganidan keyin 24 soat ichida haftada bir marta 5 mg foliy kislotasi qabul qilinishi kerak. Foliy kislotani buyurishning qarshi ko'rsatmasi 18 yoshgacha bo'lgan bolalardir.</p> <p>Terapevtik ta'sirga erishgandan so'ng, minimal samarali dozada (haftasiga 22,5 mg dan ko'p bo'lmagan) parvarishlash terapiyasi mumkin.</p> <p>Metotreksat 3 yoshgacha bo'lgan bolalarda qo'llash mumkin emas</p>
----------------	---

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

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

B 2	<p>foydalanish bo'yicha ko'rsatmalarga muvofiq psoriasis kasalligini davolash uchun retinoidlar 25 mg (ya'ni, 25 mg dan 1 kapsula) yoki kuniga 30 mg (ya'ni, 10 mg dan 3 kapsula) boshlang'ich sutkalik dozada buyuriladi; Preparat kuniga bir marta ovqat yoki sut bilan birga olinadi; Davolashning davomiyligi 2-4 hafta. Ta'minot dozasi preparatning klinik samaradorligi va tolerantligiga bog'liq. Qoida tariqasida, optimal terapevtik ta'sirga yana 6-8 hafta davomida qabul qilingan 25-50 mg sutkalik doza bilan erishiladi. Maksimal doza - kuniga 75 mg (ya'ni, 25 mg dan 3 kapsula).</p>
----------------	--

Qonda xolesterin va trigliseridlar darajasini nazorat qilish kerak.

Qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda psoriasis kasalligini davolash uchun ishlatiladigan retinoidlar glyukoza bardoshlilikini yomonlashtirishi mumkin, shuning uchun davolanishning boshida qondagi glyukoza miqdori odatdagidan ko'ra tez-tez tekshirilishi kerak.

Ko'rish buzilishini diqqat bilan kuzatib borish kerak.

Psoriazni davolash uchun retinoidlarning yuqori teratogenligi tufayli, davolanishni boshlashdan 2 hafta oldin homiladorlik testining salbiy natijasini olish kerak. Davolash paytida kamida oyiga bir marta qo'shimcha homiladorlik testlarini o'tkazish tavsiya etiladi. Har bir fertil yoshidagi ayol davolanishni boshlashdan 4 hafta oldin, davolanish paytida va psoriazni davolash uchun retinoid terapiyasi tugaganidan keyin ikki yil davomida uzluksiz samarali gormonal og'iz kontraseptivlaridan foydalanishi juda muhimdir. Psoriazni davolash uchun retinoidlar emizikli onalarga buyurilmasligi kerak. Bolalar uchun retinoidlar psoriasis kasalligini davolash uchun faqat boshqa barcha davolash usullari samarasiz bo'lsa, buyuriladi.

<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/>

B 2	Siklosporin katta yoshli bemorlar uchun 2 dozaga bo‘lingan (ertalab va kechqurun) kuniga 1 kg tana vazniga 2,5 mg boshlang‘ich dozada. Agar 4 haftalik davolanishdan keyin yaxshilanish kuzatilmasa, klinik jihatdan ahamiyatli laboratoriya anormalliklari bo‘lmasa, dozani kuniga 1 kg tana vazniga 5 mg ga oshirish mumkin.
----------------	--

Izoh: siklosporinni buyurishdan oldin va davolanish vaqtida siklosporin nojo‘ya ta’sirlarning rivojlanishiga yo‘l qo‘ymaslik uchun bemorning ahvolini kuzatishi kerak. Plazmadagi kreatinin konsentratsiyasini muntazam ravishda kuzatib borish kerak - o‘shish nefrotoksik ta’sirni ko‘rsatishi va dozani kamaytirishni talab qilishi mumkin: agar kreatinin darajasi asl darajasidan 30% dan ko‘proq oshsa, 25% ga, agar uning darajasi ikki baravar oshsa, 50% ga. Agar 4 hafta ichida dozani kamaytirish kreatinin darajasining pasayishiga olib kelmasa, siklosporin to‘xtatiladi. Qon bosimini, qonda kaliy, siydik kislotasi, bilirubin darajasini nazorat qilish, qondagi aspartat aminotransferaza va alanin aminotransferaza faolligini aniqlash va lipid almashinuvi buzilishlarini baholash uchun biokimyoviy qon testi ko‘rsatiladi. Kasallikning og‘ir holatlarida tezda ta’sirga erishish uchun boshlang‘ich doza 5 mg / kg ni tashkil qilishi mumkin. Qoniqarli klinik natijaga erishilganda, siklosporin to‘xtatiladi va keyingi kuchaygan taqdirda, u avvalgi samarali dozada buyuriladi. Preparatni asta-sekin to‘xtatish, uning dozasini 4 hafta davomida haftasiga 1 mg / kg ga yoki har 2 haftada 0,5-1 mg / kg ga kamaytirish kerak. Agar kuniga 5 mg/kg dozada 6 haftalik davolashdan keyin qoniqarli javobga erishilmasa, preparatni qo‘llashni to‘xtatish kerak. Siklosporin bilan davolashda limfoproliferativ kasalliklar va boshqa neoplaziyalar, ayniqsa terida rivojlanish xavfi ortadi. Siklosporin bilan davolash paytida jonli zaiflashtirilgan vaksinalardan foydalanish ko‘rsatilmagan. Siklosporinni qo‘llagan bemorlar PUVA terapiyasini yoki o‘rta to‘lqinli ultrabinafsha nurlanishini bir vaqtda qabul qilmasliklari kerak. Siklosporin va fototerapiya usullarini (PUVA terapiyasi; UVB-311 terapiyasi) bir vaqtda qo‘llash melanoma bo‘lmagan teri saratoni xavfi ortishi sababli tavsiya qilinmaydi. Psoriasis bilan og‘rigan bemorlarga siklosporinni buyurishning kontrendikatsiyasi 18 yoshgacha bo‘lgan bolalardir.

Psoriazni davolash uchun siklosporin va retinoidlarni (kattalar), metotreksat (3 yoshdan oshgan bolalar va kattalar) va PUVA terapiyasini (kattalar) o‘z ichiga olgan boshqa tizimli davolash usullarini qo‘llash klinik ta’sir ko‘rsatmasa yoki keng tarqalgan toshmalar (o‘rta va og‘ir psoriasis) bo‘lgan bemorlarda ularni qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar, selektiv immunosupressantlar (fosfodiesteraza-4 ingibitori apremilast, Yanus kinaz blokatorlari tofasitinib), shuningdek biologik preparatlar bo‘lgan immunosupressantlar - o‘sma nekrozi omili alfa (TNF-) ingibitorlari alfa), interleykin ingibitorlari. Quyida psoriasis kasalligini davolashda qo‘llaniladigan immunosupressantlar guruhidan dorilar ustuvor emas, balki alifbo tartibida keltirilgan.

<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)

A 2	<ul style="list-style-type: none"> • kattalar va 4 yoshdan oshgan bolalar uchun adalimumab, o‘rta va og‘ir psoriasis kasalligi bilan og‘rigan bemorlar, teri ostiga son yoki qorin bo‘shlig‘iga 80 mg boshlang‘ich dozada, parvarishlash dozasi - boshlang‘ich dozadan bir hafta o‘tgach, har 2 haftada bir marta 40 mg. • kattalar bemorlar uchun apremilast: kuniga 2 marta 30 mg, ertalab va kechqurun, taxminan 12 soatlik oraliqda, ovqatlanish vaqtidan qat‘i nazar, Dastlabki dozani titrlash talab qilinadi, dastlabki titrlashdan keyin takroriy titrlash talab qilinmaydi
----------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Guselkumab tizimli terapiya uchun nomzod bo‘lgan katta yoshli bemorlarda og‘ir va o‘rta darajadagi psoriazini davolash uchun tavsiya etiladi. Tavsiya etilgan doza teri ostiga 100 mg ni tashkil qiladi. Ikkinchi in'eksiya birinchi dasturdan 4 hafta o‘tgach, keyin har 8 haftada amalga oshiriladi. • Iksekizumab, 50 kg dan ortiq vaznli bolalar va o‘smirlarda, agar tizimli terapiya zarur bo‘lsa, o‘rta yoki og‘ir psoriaz kasalligi bilan va o‘rta va og‘ir psoriazli kattalardagi bemorlarda. Voyaga etgan bemorlar uchun Iksekizumabning tavsiya etilgan boshlang‘ich dozasi (0-hafta) teri ostiga yuborish orqali 160 mg, so‘ngra 2, 4, 6, 8, 10 va 12-haftalarda 80 mg, so‘ngra parvarishlash dozasi Har 4 haftada 80 mg (tana vaznidan qat‘iy nazar). 160 mg boshlang‘ich doza ikkita alohida 80 mg teri ostiga in'eksiya shaklida qo‘llaniladi. Og‘irligi 50 kg va undan ortiq bo‘lgan 12 yoshdan oshgan bolalar va o‘smir bemorlarni davolash uchun Iksekizumabning tavsiya etilgan boshlang‘ich dozasi (0-hafta) teri ostiga yuborish yo‘li bilan 160 mg ni tashkil qiladi, so‘ngra har 4 haftada (tanasidan qat‘iy nazar) 80 mg ni saqlash dozasi. vazn). 160 mg boshlang‘ich doza 80 mg teri ostiga ikkita alohida in'eksiya shaklida beriladi • Psoriaz bilan og‘rigan kattalardagi bemorlarda infliximab kamida 2 soat davomida 2 ml / min dan ko‘p bo‘lmagan tezlikda tomir ichiga yuboriladi. Tibbiyot xodimlarining nazorati ostida. Psoriazni davolash uchun infliximabning boshlang‘ich dozasi bemorning har bir kg vazniga 5 mg ni tashkil qiladi. Birinchi administratsiyadan keyin preparat 2, keyin 6 haftadan keyin bir xil dozada qo‘llaniladi. va keyin har 8 haftada. 14 hafta ichida hech qanday ta'sir bo‘lmasa. davolanishni davom ettirish tavsiya etilmaydi • o‘rta va og‘ir psoriaz kasalligini davolash uchun kattalardagi risankizumab. Tavsiya etilgan dozasi: 0-haftada 150 mg, 4-hafta va undan keyin har 12 haftada (bir vaqtning o‘zida ikkita 75 mg teri ostiga in'eksiya sifatida beriladi) • Sekukinumab o‘rta va og‘ir psoriaz bilan og‘rigan kattalardagi bemorlarga, agar iloji bo‘lsa, teri ostiga, 0, 1, 2 va 3-haftalarda boshlang‘ich dozada 300 mg, so‘ngra 4-haftadan boshlab oylik parvarishlash terapiyasi. Har bir 300 mg doza ikkita alohida 150 mg teri ostiga in'eksiya shaklida beriladi • ustekinumab o‘rta va og‘ir psoriazli kattalardagi bemorlarda teri ostiga 45 mg. Ikkinchi in'eksiya birinchi dasturdan 4 hafta o‘tgach, keyin har 12 haftada amalga oshiriladi. Og‘irligi 100 kg dan ortiq bo‘lgan bemorlarga preparatni 90 mg dozada qo‘llash tavsiya etiladi. Har 12 haftada bir marta qo‘llanganda klinik samaradorlik etarli bo‘lmagan taqdirda, preparatning dozasini har 12 haftada 90 mg ga oshirish kerak. Agar ushbu dozalash sxemasi samarali bo‘lmasa, har 8 haftada 90 mg dozani qo‘llash kerak. • Sertolizumab pegol o‘rta va yuqori faollikdagi psoriaz vulgarisli kattalardagi, ular uchun tizimli terapiya ko‘rsatiladi, shu jumladan psoriatik artrit bilan og‘rigan bemorlar, bo‘g‘imlarning destruksiyasini aniq ingibitsiya qilish va daktilit, enteazit va spondilitga qarshi yuqori samaradorlikni hisobga olgan holda.
A 1	<ul style="list-style-type: none"> • Sekukinumab tizimli terapiya uchun nomzod bo‘lgan 6 yosh va undan katta bolalar va o‘smirlarda. 6 yoshdan oshgan bolalar va o‘smirlar uchun tavsiya etilgan sekukinumab dozasi tana vazniga asoslanadi va 0, 1, 2 va 3-haftalarda boshlang‘ich doza sifatida teri ostiga yuboriladi, so‘ngra 4-haftadan boshlab oylik parvarishlash dozalari qo‘llaniladi. Har bir 75 mg doza teri ostiga bir martalik in'eksiya shaklida qo‘llaniladi. Har bir 150 mg doza bir marta teri ostiga in'eksiya sifatida qo‘llaniladi. Har bir 300 mg doza ikkita alohida 150 mg teri ostiga in'eksiya shaklida qo‘llaniladi. • tofacitinib kuniga ikki marta 10 mg peroral

- vazni 60 kg gacha bo'lgan bolalarda o'rta va og'ir psoriazli 6 yoshdan oshgan bolalar uchun tavsiya etilgan doza 0,75 mg / kg ni tashkil qiladi

**B
2**

Netakimab o'rta va og'ir psoriazli kattalardagi bemorlarga 120 mg dozada haftada bir marta 0, 1 va 2 haftalarda, so'ngra 6-haftadan boshlab har 4 haftada bir marta 120 mg dozada parvarishlash terapiyasi bilan qo'llaniladi. 120 mg dozasi har biri 1 ml (60 mg) dan ikki marta teri ostiga yuboriladi.

Jadval: Psoriaz kasalligi bilan og'rigan bolalar va o'smirlarda sekukinumabning tavsiya etilgan dozasi

Inyeksiya paytida tana vazni	Tavsiya etilgan doza
< 25 kg	75 mg
25-50 kg	75 mg (150 mg gacha oshirish mumkin)
50 kg	150 mg (300 mg gacha oshirish mumkin)

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

**B
2**

O'rta yoki og'ir darajali psoriaz bilan og'rigan be'morlar uchun teri ostiga eritma tayyorlash uchun Etanersept liyofilizat haftasiga ikki marta 25 mg dan 3-4 kunlik interval bilan. Haftada bir marta 50 mg preparatni bir marta teri ostiga yuborish yoki deyarli bir vaqtning o'zida 25 mg preparatni ikkita Inyeksiya qilish orqali yuborish mumkin. Shu bilan bir qatorda, etanersept haftasiga ikki marta 50 mg dozada maksimal 12 hafta davomida ishlatilishi mumkin. Davolanishni davom ettirish zarur bo'lsa, Etanersept haftada ikki marta 25 mg yoki haftada bir marta 50 mg dozada qo'llanilishi kerak. Terapiya remissiyaga erishilgunga qadar va qoida tariqasida 24 haftadan oshmasligi kerak. Ba'zi hollarda davolanish muddati 24 haftadan ortiq bo'lishi mumkin.

Og'irligi 62,5 kg va undan ko'p bo'lgan og'ir psoriaz kasalligi bilan og'rigan 6 yosh va undan katta bolalar, boshqa tizimli yoki fototerapiyaga toqat qilmaydigan yoki yetarli darajada javob bermagan va og'irligi 62,5 kg va undan ko'p bo'lgan bolalar uchun Etanersept liyofilizati dozalash shaklida qo'llanilishi mumkin. 25 mg dan kam yoki bir martalik foydalanish uchun shprints yoki shprints qalamlari shaklida teri ostiga yuborish uchun eritma. Doza tana vazniga 0,8 mg/kg (maksimal bir martalik doz 50 mg) hisobiga aniqlanadi. Preparat haftada bir marta qo'llaniladi, terapiya davomiyligi 24 haftadan oshmaydi. Agar Etanerseptni qayta buyurish kerak bo'lsa, yuqorida ko'rsatilgan davolanish muddatiga rioya qilish kerak. Preparatning dozasi haada bir marta tana vazniga 0,8 mg / kg ni tashkil qiladi (maksimal bitta doz 50 mg). Etanersept va UVB-311 terapiyasini birgalikda qo'llash, etanersept monoterapiyasiga terapevtik javob kamayganida qo'llanilishi mumkin.

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>

**B
3**

Qon oqimidan toksinlarni, autotanalarni, aylanib yuruvchi immun komplekslarni, yallig'lanishga qarshi sitokinlarni kamaytirish uchun, metabolizmni normallashtirish va

organ funksiyalarini yaxshilash uchun plazmaferez muolajasi tavsiya etiladi.

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrv/iennogo-lazernogo-obluheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>
<https://cyberleninka.ru/article/n/effektiv/inost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>

C VQLN terapiyasi
5 Ozonoterapiya

B
3 Tirnoq plastinkalarida o'zgarishlar bo'lsa, podologik muolajalar tavsiya etiladi

Davoning boshqa turlari[3]

Ambulatoriya sharoitida ko'rsatiladigan boshqa davolash turlari: fizioterapiya.

Statsionar sharoitida ko'rsatiladigan boshqa davolash turlari: fizioterapiya.

Shoshilinch yordam bosqichda ko'rsatiladigan davolashning boshqa turlari: ko'rsatilmagan.

Xirurgik aralashuvlar: O'tkazilmaydi [3]

**“PSORIAZ” NOZOLOGIYASI BO‘YICHA
PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA BO‘YICHA
MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT 2024

2.1. Kirish qismi

Psoriasis — surunkali teri yalligʻlanishi shaklida oʻzini namoyon qiladigan yuqumli boʻlmagan kasallikdir. Psoriasis nafaqat teri shikastlanishi bilan kechadi. Psoriasisning oʻrta yoki ogʻir shakllari turli xil komorbid patologiyalar bilan murakkablashishi mumkin.

Dunyoda psoriasis kasalligining tarqalishi taxminan 2% ni tashkil qiladi, ammo rivojlangan mamlakatlarda bir qator tadqiqotlarga koʻra, bu koʻrsatkich yuqoriroq va oʻrta 4,6% ni tashkil etadi. Psoriasis bilan ogʻrigan bemorlarning taxminan uchdan ikki qismida kasallik yengil boʻlib, teri yuzasining 3% dan kamrogʻiga taʼsir qiladi. Qolganlarida terining shikastlanishi yanada kengroqdir.

Bemorlarning taxminan toʻrtidan uch qismida psoriasis kasalligi 40 yoshdan oldin boshlanadi. Bemorlarning uchdan birida birinchi simptomlari 20 yoshdan oldin kuzatiladi. Bolalar orasida psoriasis kasalligining tarqalishi 0,7% ni tashkil qiladi. Qoida tariqasida, kasallik oʻzgaruvchan remissiya va avj olish davrlari bilan surunkali kasallik sifatida yuzaga keladi. Biroq, toʻliq remissiya davrlari mumkin va kam sonli hollarda besh yil yoki undan koʻproq davom etadigan remissiyalar kuzatiladi.

2.2 Taʼrif

Psoriasis irsiy moyillikka ega boʻlgan multifaktorial kasallik boʻlib, epidermis hujayralarining koʻpayishi, keratinizasiyaning buzilishi, faollashgan T-limfositlar va yalligʻlanishga qarshi sitokinlar sintezi natijasida dermada yalligʻlanish reaksiyasi bilan tavsiflanadi.[1]

Tibbiy reabilitasiya, koʻrsatmalar va qarshi koʻrsatmalar

Kasallikning regressiv bosqichida va remissiya davrida psoriasis kasalligi bilan ogʻrigan bemorlarga kompleks sanatoriy-kurort davolashdan oʻtish tavsiya etiladi, ularning samaradorligi klimatoterapiya, balneoterapiya va peloid terapiyasining terapevtik taʼsirini yigʻish bilan bogʻliq. Psoriasisning stasionar bosqichida va remissiya davrida bemorlarga balneoterapiyaning turli xil variantlari koʻrsatiladi - umumiy mineral (vodorod sulfidi, karbonat angidrid) va radon vannalaridan maxalliy foydalanish, shuningdek, loy terapiyasi (peloid terapiyasi). Balneoterapiya teridagi metabolizm va qon aylanishi jarayonlarini sezilarli darajada yaxshilaydi, yalligʻlanishga qarshi va faol hal qiluvchi taʼsirga ega. Balneoterapiya va loy terapiyasidan foydalanishga qarshi koʻrsatmalar: oʻtkir bosqichdagi yoki surunkali jarayonning kuchayishi davridagi barcha kasalliklar, yuqumli kasalliklar (sil, sifilis va boshqalar), homiladorlik, qon ketish va unga moyillik, yomon sifatli neoplaziyalar, bachadon miomasi, mastopatiya, IIA bosqichidan yuqori qon aylanish yetishmovchiligi, progressiv angina, kardiyal astma, yurak ritmi va miokard oʻtkazuvchanligining buzilishi. Psoriasisning regressiya bosqichida va remissiya bosqichida klimatoterapiyaning, shu jumladan talassoterapiyaning samaradorligi koʻrsatilgan. [21-23]

Psoriasis bilan ogʻrigan bemorlarga vodorod sulfidli terapevtik vannalar, gaz (kislorod, karbonat angidrid, azot), radon davolovchi, loy va mineral terapevtik vannalar tavsiya etiladi [25]

Psoriasis bilan ogʻrigan bemorlarga geliy taʼsiri tavsiya etiladi [26-30]

Psoriasis bilan ogʻrigan bemorlarga iqlim taʼsiri tavsiya etiladi [24,31,32]

Profilaktika usullari va muolajalari:

Psoriasis bilan ogʻrigan bemorlarga psoriasis kasalligining kuchayishini oldini olish choralarini koʻrish tavsiya etiladi (stress, shamollashning oldini olish, organizmdagi surunkali infeksiya oʻchoqlarini sanatsiya qilish) [3,5,7].

Bemorlarni dispanser kuzatuv dermatovenerologik dispanserlar sharoitida mutaxassis

dermatovenerologlar tomonidan amalga oshiriladi[3]

Qo‘shimcha boshqaruv:

Mahalliy dermatolog tomonidan yashash joyida dinamik kuzatuv, parvarishlash terapiyasi masalalari hal qilinadi, davolanishdan kelib chiqadigan nojo‘ya ta'sirlarni minimallashtirish, doimiy terini parvarish qilishni amalga oshirish, qo‘zg‘atuvchi omillarni bartaraf etish.[3]

Adabiyotlar ro'yxati

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 рекомендации 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 дерматологии
8. McClure S.L., Valentine J., Gordon K.B. Comparativ/ie tolerability of systemic treatments for plaque-type psoriasis. *Drug Saf.* 2002; 25(13): 913-927.
9. Wolverton 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 псориатического 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: m/oplications 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 дерматовенерологии/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 терапии больных псориазом. *Вестник дерматологии и венерологии.* 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. Clm/oatotherapy 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. Effectv/ieness 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. Clm/oatotherapy at the dead sea for pediatric-onset psoriasis vulgaris. Pediatr Dermatol. 2009; 26 (1): 103-104.
32. Trstrup H., Riis P.T., Heidenhemo M. et al. Long-term evaluation of clm/oatotherapy 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/publication/olincial-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/q6gxj2hn1mip4m1vaaq1vyvvy05u11y.pdf>

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

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrv/iennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

<https://cyberleninka.ru/article/n/effektiv/inost-ozonoterapii-v-dermatologicheskoy-praktike>