

Ўзбекистон Республикаси

Соғлиқни сақлаш вазирининг

2025 йил "23" июндаги

180-сонли буйруғига

илова

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

**"РОЗАЦЕА"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ 2025



“ТАСДИҚЛАЙМАН”
Республика ихтисослаштирилган
дерматовенерология ва косметология
илмий-амалий тиббиёт маркази
директори
Сабилов У.Ю.
“ 21 ” “ май ” 2025 йил

“РОЗАЦЕА”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

"РОЗАЦЕА"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ ДИАГНОСТИКА ВА
ДАВОЛАШ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент 2025

1. Кириш қисми

ХКТ 10/11 кодлари:

L71.0	Розацеа	ED90.00 Эритематоз-телеангиэктатик розацеа
L71.1	Ринофима	ED90.01 Папулёз-пустулёз розацеа
L71.8	Бошқа турдаги Розацеа	ED90.02 Фиматоз розацеа
L71.9	Аниқланмаган турдаги розацеа	ED90.0Y Бошқа аниқланган розацеа
	https://icd.who.int/browse11/l-m/ru	https://mkb-11.com/index.php?id=ED90.0

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

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

Республика дерматовенерология ва косметология ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббиёт маркази.

Клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқишда ўз хиссасини қўшди:

Жараёни дерматовенерология йўналиши бўйича ташкил етишдаги ишчи аъзолар:

1.	Сабилов У. Ю.	Марказ директори	ЎзР ССВ “РИДВ ва КИАТМ”
2	Арифов С. С.	Дерматовенерология ва ЎзР ССВ ТВМОИ дерматовенерология ва косметология кафедраси мудири	ЎзР ССВ КРПКМР профессори
3.	Якубов А. А..	Клиник ординаторлар ва мутахассислар малакасини ошириш бўлими мудири, тиббиёт фанлари номзоди	ЎзР ССВ "РИДВ ва КИАТМ"
4.	Якубова А. С.	Докторант, тиббиёт фанлари номзоди	ЎзР ССВ "РИДВ ва КИАТМ"
5.	Боходирова А. А.	Илмий котиб	ЎзР ССВ "РИДВ ва КИАТМ"
6.	Рахматова М. С.	Директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари ёрдамчиси	ЎзР ССВ "РИДВ ва КИАТМ"

Шарҳловчилар:

1. Охлопков Виталий Александрович — профессор, Россия Федерацияси Фан ва олий таълим вазирлигининг Федерал илмий-клиник реанимация ва реабилитация маркази ҳузуридаги Олий ва қўшимча касбий таълим институти ректори.

2. Бабажанов Ойбек Абдужаббарович - тиббиёт фанлари доктори, ТошПМИ дерматовенерология ва косметология кафедраси

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович – тиббиёт фанлари доктори, даволаш ишлари бўйича директор ўринбосари, клиника бош шифокори.
2. Жалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н., директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари.

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларнинг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Клиник баённома РИДВ ва КИАТМ ва олий таълим муассасалари профессор-ўқитувчилари, Ўзбекистон дерматовенерологлар ассоциацияси аъзолари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари, шунингдек, ҳудудий дерматовенерология хизмати муассасалари шифокорлари иштирокида 2025 йил офлайн форматда бўлиб ўтган Илмий кенгаш йиғилишида муҳокама қилинди ва тасдиқлаш учун тавсия этилди (11-сон баённома).

Қисқартмалар рўйхати

ИЛ	Интерлейкин
РДБМ	Розацеани диагностик баҳолаш мактаби
АЛТ	Аланин аминотрансфераза
АСТ	Аспартат аминотрансфераза
УТТ	Ултратовуш текшируви
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент анализ
ИФЛА	Иммунофлуоресцент таҳлили
ИФА	Иммунофермент таҳлили
ПЦР	Полимераза занжири реакцияси
ОИВ	Одам иммунитет танқислиги вируси
м/и	Мушакичига
в/и	Вена ичига
т/о	Тери остига
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти
нм	нанометр
ПИЛН	паст интенсивликдаги лазер нурланиши

Мундарижа

"РОЗАЦЕА"НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ _____4

РОЗАЦЕА НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ _____28

РОЗАЦЕА НОЗОЛОГИЯСИ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ _____33

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматологлар; Дерматокосметологлар
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Офталмологлар;
4. Лаборатория шифокорлари;
5. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
6. Клиник фармакологлар;
7. Талабалар, клиник ординаторлар, магистрантлар, докторантлар, тиббиёт олий ўқув юртлари ўқитувчилари;
8. Ушбу патологияга эга беморлар, уларнинг оила аъзолари ва парвариш қилувчилар.

Ушбу протокол Розацеа диагностикаси ва даволашнинг замонавий усулларини ҳамма жойда соғлиқни сақлаш амалиётига жорий этиш учун асосдир.

Ушбу нозологияда беморларнинг тоифаси: розацеа ташхиси қўйилган беморлар текширувдан ўтказилади.

Далилларга асосланган тиббиёт бўйича далиллар даражасини баҳолаш шкаласи. Ташхис усуллари (диагностик аралашувлар) учун далилларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

ДИД	Изоҳ
1	Референс усул билан назорат қилинган тадқиқотларнинг тизимли шарҳи ёки мета-таҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотларнинг тизимли шарҳи
2	Референс усул билан назорат қилинадиган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва метатаҳлилни қўллаган ҳолда рандомизацияланган клиник тадқиқотлардан ташқари ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари
3	Референс усул билан кетма-кет назорат қилинмайдиган тадқиқотлар ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул билан тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлар
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи
5	Фақат таъсир механизмининг асоси ёки экспертларнинг фикри мавжуд

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун далилларнинг ишончлилик даражаларини баҳолаш шкаласи

ДИД	Изоҳ
1	Мета-таҳлилни қўллаган ҳолда РНТнинг тизимли таҳлили
2	Мета-таҳлилни қўллаган ҳолда алоҳида РНТ ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари, РНТ бундан мустасно

3	Когорт тадқиқотларини ўз ичига олган рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар
4	Қиёслаб бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, «ҳолат-назорат» тадқиқотлари
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизмини асослаш (клиникадан олдинги тадқиқотлар) ёки экспертларнинг фикри мавжуд

Профилактика, диагностика, даволаш, реабилитация тадбирлари учун тавсияларнинг ишончилиги даражасини баҳолаш шкаласи

ТИД	Изоҳ
A	Кучли тавсия (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалари) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга, уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (кўриб чиқиладиган самарадорликнинг барча мезонлари (натижалари) муҳим эмас, барча тадқиқотлар ҳам юқори ёки қониқарли услубий сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас)
C	Кучсиз тавсия (сифатга эга бўлган далилларнинг йўқлиги (кўриб чиқиладиган барча самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар паст услубий сифатга эга ва уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари бир-бирига мос келмайди)

1. Асосий қисми.

2. Кириш

Розацеа сурункали яллиғланишли дерматоз бўлиб, юз терисининг эритема ва папулопустуляр элементлар шаклида шикастланиши, фимоз ва кўзнинг шикастланиши билан тавсифланади. Розацеа ангионевроз бўлиб, асосан тригеминал асабнинг иннервация зонасида локализация қилинади ва турли сабабларга кўра қуйидаги гуруҳларга бирлаштирилиши мумкин: қон томир касалликлари, дерманинг бириктирувчи тўқимасидаги ўзгаришлар, микроорганизмлар, овқат ҳазм қилиш трактининг дисфункцияси, иммунитет бузилиши, ёғ-соч аппарати ўзгариши, оксидловчи стресс, иқлим омиллари, психовегетатив бузилишлар. Касаллик кўпинча 30-50 ёшдаги аёлларда ривожланади, уларда юз териси вақтинчалик қизаришига маълум генетик мойилликка эга, камроқ-бўйин ва "деколте" зонаси зарарланади. Дерматозга 1 ва 2 фототибли шахслар кўпроқ мойил бўлади, деб ишонилади, аммо касаллик терининг ҳар қандай фототибида пайдо бўлиши мумкин. Дунёда Розацеа тарқалиши 1 дан 20% гача. Розацеа ҳолатларининг 80 фоизида 30 ёшдан ошган одамларда ташхис қўйилади. Беморларнинг 20,8 фоизида кўзнинг шикастланиши офталморозацеа шаклида аниқланади. Кўпинча офталморозацеа жуда кеч ташхис қилинади; терининг намоён бўлиши билан оғриган беморларнинг тахминан 50 фоизида кўзнинг шикастланиши ҳам мавжуд.

2.2 Таъриф

Розацеа – сурункали полиэтиологик яллиғланишли дерматоз бўлиб, юз терисининг эритема, телангиэктазия ва папулопустуляр элементлар билан зарарланиши, фимоз ва баъзи ҳолларда – кўзнинг шикастланиши билан тавсифланади. [1]

2.3 Таснифлаш

Клиник таснифи:

- Розацеа қуйидаги асосий турларга бўлинади
- эритематоз-телангиэктатик
- папуло-пустулар
- фиматоз
- офталморозацеа [2-5]

2.4 Касалликнинг клиник кўриниши

Эритематоз-телангиэктатик розацеа туридаги клиник кўриниш аввал вақтинчалик эритеманинг пайдо бўлиши билан тавсифланади, у иссиқ чакнашлар билан кучаяди ва кейин доимий бўлиб қолади. Эритема асосан ёноқлар ва буруннинг ён томонларида жойлашган. Эритеманинг ранги касалликнинг давомийлигига қараб ёрқин пушти рангдан кўкимтир қизил ранггача ўзгариши мумкин. Эритема фонида беморларда турли диаметрли телангиэктазиялар ва терининг шишиши пайдо бўлади. Беморларнинг аксарияти эритема соҳасида қизиш ва санчиш ҳисси бўйича шикоят қиладилар. Касалликнинг намоён бўлиши паст ва юқори ҳарорат, алкоголь, аччиқ овқатлар ва психо-эмоционал стресс таъсирида кучаяди. Тери маҳаллий дори-дармонлар ва ултрабинафша нурланишига юқори сезувчан бўлиб қолади. Ҳатто индеферент ва қуёшдан сақлайдиган кремлар ҳам яллиғланишнинг кучайишига олиб келиши мумкин.

Розацеанинг папуло-пустулар тури шунга ўхшаш клиник кўриниш билан тавсифланади, беморлар, одатда, эритема соҳасидаги субъектив ҳис-туйғуларни қайд этмайдилар, аммо папулар тошмалар бўйича шикоят қиладилар. Тошмалар ёрқин қизил рангли ва перифолликуляр жойлашув билан ажралиб туради. Қипикланиш одатда бўлмайди. Кейинчалик тарқалган эритема соҳасида турғун шиш пайдо бўлиши мумкин. Бу ҳолат эркакларда кўпроқ учрайди. [6-12]

Гипертрофизм ёки фиматоз розацеа тури билан тўқималарнинг сезиларли даражада қалинлашиши ва терининг нотекис туберозлиги кузатилади. Бурун терисида бундай ўзгаришларнинг пайдо бўлиши ринофима, пешона терисида — метафима, ияк терисида — гнатофима, кулоқ супраси терисида (кўпинча монолатерал) — отофима деб аталади. Камроқ тез-тез, жараён кўз ковоқлари терисига тарқалади (блефарофима). Дўмбоқчасимон ҳосилалар пайдо бўлишининг тўртта гистопатологик варианты мавжуд: гландулар, толали, фиброангиоматоз ва актиник. [19]

Окуляр тури ёки **офтальморозацеа** клиник жиҳатдан асосан блефарит ва конъюнктивитнинг комбинацияси билан ифодаланади. Касалликнинг клиник кўриниши кўпинча такрорий халазион ва мейбомит билан бирга келади. Конъюнктивал телангиэктазиялар ҳам кузатилиши мумкин. Беморларнинг шикоятларида ўзига хослик йўқ – қизиш, қичишиш, фотофобия, бегона жисм мавжудлиги ҳисси кўпинча қайд этилади. Офтальморозацеа кератит, склерит ва ирит билан асоратланиши мумкин, аммо амалда бундай ўзгаришлар кам учрайди. Камдан кам ҳолларда кўз белгиларининг ривожланиши тери симптомлари намоён бўлишига тўсқинлик қилади. [5,7]

Грануломатоз розацеа – розацеанинг бир варианты сифатида қаралади, у зич, сарик, жигарранг ёки қизил папулалар билан ажралиб туради, улар кейинчалик чандик қолдириши мумкин. Бундай ҳолатда яллиғланиш реакцияси классик розацеа билан солиштирганда сезиларли даражада заифроқ ёки умуман аҳамиятсиз бўлиши мумкин. Касалликнинг асосий локализацияси ёноқ ва периорифициал соҳалардир. Папулаларнинг ўлчамлари ҳар хил, аммо битта беморда улар бир хил бўлади. Ушбу касаллик вариантыга диаскопияда гумон қилиш мумки: эритема фонида жойлашган папулалар сарғаяди. Бироқ, аниқ ташхис қўйиш учун гистологик текширув ўтказилиши керак. [6,8]

Розацеанинг алоҳида шакллари:

Конглобат розацеа. Ушбу шакл қизарган тери фонида катта шарсимон тугунлар — конглобатларнинг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Бундай ҳолат кўпинча йод ёки бромни ўз ичига олган дори-дармонларни қабул қилишда юзага келади.

Стероидли розацеа. Узоқ вақт давомида турли хил тери касалликлари учун маҳаллий гормонал малҳамлардан (айниқса фторид билан) фойдаланадиган одамларда ривожланади. Стероид шаклдаги розацеани даволаш жуда қийин.

Фулминант шакли. У асосан ёш аёлларда ривожланади. Розацеанинг ушбу шаклини келтириб чиқариши мумкин бўлган омиллар орасида асаб-руҳий касалликлар, ҳомиладорлик, менопауза пайтида танадаги гормонал ўзгаришлар мавжуд. Фулминант шакли - бу конглобат Розацеанинг энг мураккаб туридир.

Касаллик тўсатдан ривожланиб, тез ривожланиб, хусннинг бузилишига олиб келади. Ушбу кўриниш фонида ёш аёлларда кўпинча депрессив ҳолатлар ва неврозлар ривожланади. Ушбу шаклда розацеани даволаш самараси паст ҳисобланади.

Розацеа-лимфоэдема (шиш шакли). Розацеанинг жуда кам учрайдиган шакли бўлиб, юзнинг кучли шишиши билан намоён бўлади, у ёноқларда, иякда, пешона, бурун ва кўзлар атрофида жойлашади. Шиш қип-қизил рангга эга ва босилганда ботиқлик қолмайди, чунки юз суюқлик туфайли эмас, балки тери ости қатламининг ўсиши туфайли шишади. Ушбу шаклда умумий ҳолат кўп ҳам ёмонлашмайди, аммо хусннинг бузилиши кучли намоён бўлади.

3. Ташхисий усуллар, ёндашувлар ва муолажалар

4. Ташхис мезонлари

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

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

Розацеа ташхисининг ягона мезони-бу периокуляр жойларга зарар бермасдан, камида 3 ой давомида мавжуд бўлган юзнинг марказий қисми доимий эритемаси ҳисобланади. Қизиш, папулалар, пустулалар ва телеангиоэктазия каби аломатлар ташхис қўйиш учун асосий бўлмаган кўшимча белгилардир.

1) Шикоятлар ва анамнез:

Беморларнинг шикоятлари касаллик турига қараб ҳар хил бўлиши мумкин

Эритематоз-телеангиоэктатик тури:

- Бошида – ўтиб кетувчи қизариш доимий эритемага айланиши.
- Қизиш, санчиш.
- Терининг сезгирлиги ошиши, қуруқлик.
- Яққол бўлмаган ёки аниқ билинувчи телангиэктазияларнинг мавжудлиги.

Папуло-пустулар тури:

- Юз терисида тошмалар, камроқ — бўйин ва кўкракда.
- Эритема соҳасида қизиш ва санчиш ҳисси.
- Паст ва юқори ҳарорат, алкоголь, аччиқ овқатлар ва психо-эмоционал стресс таъсирида касалликнинг намоён бўлишининг кучайиши.
- Терининг ташқи дори-дармонларга, терини парвариш қилиш воситаларига, қуёшдан ҳимоя қилувчи воситаларига ва ультрабинафша нурланишига юқори сезувчанлиги.
- Қуруқлик, терининг қаттиқлашиши ҳисси.

Фиматоз ёки гипертрофик тури:

- Бурундаги терининг нотекислиги, камроқ - пешонада, иякда, кулоқ супрасида, кўз ковоқларида.

Офтальморозацеа ёки окуляр тури:

- Кўзларда қизиш ҳисси.
- Кўзларнинг қичиши.
- Фотосезувчанлик, фотофобия ҳолатигача.
- Кўзларда бегона жисм ҳисси.
- Кўзларнинг қизариши.
- Кўз олдида парда ҳисси.
- Ўзгарувчан кўриш.

Грануломатоз розацеа:

- Юз терисининг қизариши.
- Доимий папулар тошмалар.
- Қуруқлик, терининг қаттиклашиш ҳисси

2) Физикал текширув:

Бемор тери қопламаларининг визуал кўриқдан ўтказилиши ташхис қўйишда асосий ҳисобланади. Розацеа ташхис критериялари юзнинг марказий қисмида 3 ой давомида мавжуд бўлган барқарор эритема, периокуляр соҳаларнинг зарарланмаслиги ва фима мавжудлигини ўз ичига олади.

Лаборатория тадқиқотлари

- Умумий қон таҳлили
- Заҳм учун скрининг тестлар
- Демодех фолликулорум га текшириш
- Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА ИгГ ва ИгГ ва ИгМ Элиса, РИБТ, РПГА, ИХА, ИгГ ва ИгМ иммуноблот
- Умумий пешоб таҳлили
- Умумий ахлат таҳлили
- Қон биокимёвий таҳлили
- Гистологик текширув
- LE-хужайраларига қон таҳлили
- Антитаналарни ИФА, ПЗР, ИХЛА ва ИФЛА усуллар билан ташхислаш
- Қондаги Д витамининг миқдорини ИФА, ИХЛА усулида аниқлаш
- Қалқонсимон без гормонлари учун қон таҳлили (эркин Т3, эркин Т4, ТТГ, ТПО га АТ, ТГ га АТ)
- Микологик тадқиқотлар
- Антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан микробиологик текширув
- Қоннинг иммунологик таҳлили

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

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

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

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

**С
4**

Розацеа ташхисини қўйиш учун Demodex spp. ва микроорганизмларни аниқлаш мақсадида микроскопик тадқиқотлар ўтказиш, шунингдек, йирингча ичидаги модданинг микробиологик тадқиқотини ўтказиб, антибиотикларга сезгирлигини аниқлаш тавсия этилади.

B 2	Тизимли ретиноидлар тайинлашдан олдин ва даволаш давомида ҳар ой қоннинг биокимёвий кўрсаткичларини назорат қилиш тавсия этилади: умумий билирубин, АЛТ, АСТ, триглицеридлар, умумий холестерин, глюкоза, креатинин ва ишқорий фосфатаза.
----------------	---

Изоҳлар:

Изотретиноин препарати потенциал тератоген ҳисобланади ва ножўя таъсирларга эга. Изотретиноиннинг хавфсизлиги бўйича мавжуд маълумотлар асосида қуйидаги асосий қоидалар шакллантирилган:

Изотретиноин билан даволаш курси одатда яхши кўтарилади ва хавфсиз деб ҳисобланади. Тери ва шиллиқ қаватлардан келиб чиқадиган ножўя таъсирлар тез-тез учрайди, лекин улар қайтар бўлиб, намловчи маҳаллий терапия билан яхши даволанади ва одатда препаратни тўхтатишни талаб қилмайди.

Суюк-мушак тизимига таъсир қилувчи ножўя таъсирлар камдан-кам учрайди.

Баъзида лаборатор кўрсаткичларда кичик ўзгаришлар кузатилади, бу эса давони тўхтатишни талаб қилмайди.

Жигар функцияси ва липид алмашинуви кўрсаткичларини даволаш бошланганидан кейин 2–4 ҳафта ичида таҳлил қилиш тавсия этилади.

Терапиядан сўнг контрацептив давр 5 ҳафтани ташиқил этади.

3. Инструментал тадқиқотлар:

- Ички органларнинг ультратовуш текшируви
- Фотохужжатлаштириш ва диагностика учун

дастурий-аппарат комплекслари

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

[rosasea https://www.rosasea.org/psoriasis-guidelines/](https://www.rosasea.org/psoriasis-guidelines/)

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

C 5	Вазиятнинг оғирлигини баҳолаш учун терининг ҳолатини ташхислаш тавсия этилади, шу жумладан: <ul style="list-style-type: none"> - дерматоскопия; - терининг сиртини уч ўлчовли тасвирлаш мосламасидан фойдаланиш; - фотографик хужжатлар ва диагностика учун дастурий-аппарат комплексларидан фойдаланиш
----------------	--

4. Қўшимча текширув

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

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

C 5	Агар керак бўлса, бошқа тери касалликлари билан дифференциал ташхис қўйиш керак - зарарланган соҳа терисининг биопсия материални патологик ва анатомик текшириш тавсия этилади
----------------	--

5. Мутахассислар билан маслаҳатлашиш учун тавсиялар

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

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

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

С 4 Офталмолог билан маслаҳатлашиш офталморозацеа учун кўшимча ёрдамнинг ҳажми ва хусусиятини аниқлаш, шунингдек касалликнинг мураккаб кечишида даволанишни буюриш тавсия этилади.

С 4 Кўшимча текширувнинг ҳажми ва хусусиятини аниқлаш учун гастроэнтеролог билан маслаҳатлашиш тавсия этилади

Дифференциал ташхис:

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

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос
Оддий ҳуснбузар	акне кўпинча розацеа билан бирга бўлмаган комедонларн би кўрсатади. Шунингдек, акне бел, кўкрак ва елкаларига таъсир қилиши мумкин, розацеа эса асосан юзга таъсир қилади.
Себореяли дерматит	себореяли дерматит ёғли сарғиш қалоқлар ва қичишиш билан тавсифланади, розацеа эса камдан-кам ҳолларда қипиқланади ва қичишиш асосий аломат эмас.
Қизил югурик	бунда эритема аниқроқ, папулалар ва пустулаларсиз, тизимли кўринишда кечади. Ташхис лаборатория текширувлари билан тасдиқланади (масалан, антинуклеар антитаналар).
Периорал дерматит	периорал дерматит камдан - кам ҳолларда юзнинг марказий жойларига (ёнок, бурун) таъсир қилади.
Фотодерматозлар	куёш нури таъсири билан қатъий боғлиқ бўлиб, зарарланишлар юздан ташқарида ҳам жойлашиши мумкин.

4. Даволаш, шу жумладан медикаментоз ва номедикаментоз терапия, диетатерапияси, оғриқ қолдириш, даволаш усулларида фойдаланишга тиббий ва қарши кўрсатмалар

<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/rosasea>

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

- **Амбулатория ва стационар даражадаги даволаш тактикаси:**

Номедикаментоз даволаш:

- Чекловлар:
 - - Иссиқ ва аччиқ овқатлар, шунингдек цитрус мевалар.
 - - Спиртли ичимликлар ва газланган ичимликлар.
 - - Иссиқ хонада ёки қуёш нурида узоқ вақт қолиш.
 - - Ҳароратнинг кескин ўзгариши (совуқ — иссиқлик).

Физиотерапевтик муолажалар:

Розацеа билан оғриган беморларга даволаниш самарадорлигини ошириш учун физиотерапевтик муолажаларини комбинацияда қўллаш тавсия этилади

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

С 4	Медикаментоз терапиянинг самарадорлигини ошириш учун микрооқимли терапия усули. Жараён лимфа дренажи режимида олиб борилади, ҳафтасига 2-3 марта, битта курсда 10 муолажа буюрилади
С 5	Розацеа билан оғриган барча беморларга яллиғланишга қарши, вазоконстриктор ва антидемодекоз таъсирга эга бўлган криотерапия тавсия этилади. Жараён ҳафтасига 2-3 марта амалга оширилади, курс 10 муолажадан иборат.

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

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

В 3	Нокогерент интенсив ёруғлик нурланишининг манбалари (IPL), шунингдек диодли, калий-титанил-фосфат (СТР), александрит ва замонавий узун пулсли неодимли лазерлари на аллумо-итриум гранат лазерлари (Нд:ЯГ лазерлари)
----------------	--

В 3	Импульсли бўёқ лазерлари (PDL)
----------------	--------------------------------

С 3	Паст интенсив ёруғлик терапия Электрофорез ИК – лазер
----------------	---

С 3	Плазмаферез ВҚЛН Озонтерапия
----------------	------------------------------------

Медикаментоз даволаш.

Ўзбекистон Республикасида кафолатланган бепул тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш харажатларни қоплаш учун асос бўла олмайди.

Асосий дори воситалари рўйхати (100% қўлланилиш эҳтимолига эга):

Фармакотерапевтик гуруҳи:	ДВ ХПН	Қўллаш усули	Далиллар даражаси
Антибактериал воситалар	Доксисиклин моногидрат ва гидрохлорид (танлов воситаси)	100-200 мг кунига перос 14-21 кун, қўллаб-қувватловчи доза кунига 100 мг 12 хафта Паст доза 40мг/кун учун 6 ой	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:matn=O'zbekiston%20importance%20is%20the%20fact%20for%20patients%20using%20this%20drug
	Кларитромицин (ўрин босувчи восита)	Кунига 500 мг перос учун 14-21 кун давомида (28 кунгача мумкин)	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:matn=O'zbekiston%20importance%20is%20the%20fact%20for%20patients%20using%20this%20drug
	Эритромицин (ўрин босувчи восита)	0.25 мг кунига 4 марта перос 14-21 кун давомида (эҳтимол қадар 28 кун)	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:matn=O'zbekiston%20importance%20is%20the%20fact%20for%20patients%20using%20this%20drug

	Тетрациклин	250-500 мг кунига 2 марта 12 ҳафтагача	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone
	Азитромицин	250 мг кунига бир марта	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone

			medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone
	Окситетрациклин	кунига 1-2 таблетка (250-500 мг) ёки битта дозада ёки бўлинган ҳолда уч ой давомида бўлинган дозаларда	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone
	Лимециклин	150 мг кунига 2 марта 30 кун давомида, кейин кунига 150 мг 60 кун давомида	кунига 150 mg (C) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone
	Миносиклин	Кунига 100 мг 30 кун давомида, сўнгра кунига 50 мг 60 кун давомида	(C) https://omnidocor.ru/upload/iblock/7df/7df92714311b-aa02a9000e4874286355.pdf
Гипосенсибилизатсия воситалари	Натрий тиосульфат	В/и — 5–50 мл 30% эритма. Ичга — 2–3 г бир марта қабул қилиш 10% эритма	(C) https://mediclalab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6

	Калций глюконат	В/и секин (2–3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, катталар учун — 5–10 мл 100 мг/мл эритма ҳар куни, ҳар икки кунда ёки ҳар 2 кунда. Болалар учун — ички томирга секин (2–3 дақиқа давомида) ёки томчилаб, ёшига қараб, 1 дан 5 мл 100 мг/мл эритма ҳар 2–3 кунда	(C) https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a
Антиоксидантлар	Глутатион	в/и, в/и секин (2-3 дақиқа) ёки кунига 600 мг ёки кунига 1200 мг дан инфузия йўли билан. Ичишга. 250 мг/сут, тил остида аста-секин сўрилади. Қабул қилиш курси йилига 2-3 марта такрорланиши мумкин бўлган 2-3 ойлик цикллардан иборат.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
	Альфа-токоферол ацетат (Витамин Е)	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
	Ретинол ацетат (Витамин А)	Катталар учун энг юқори кунлик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
	Алфа-липой кислотаси	Катталар учун 600 мг микдорида кунига камида 30 дақиқа давомида томчилаб юбориш орқали вена ичига юборилади. Катталар ва 14 ёшдан ошган болаларга овқатдан олдин кунига 1 маҳал 1 капсуладан ичилади.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/

	Витамин А + Е	Овқатдан кейин кунига ичиш учун 100 мг дан витамин Е + 100 000 ХБ витамин А дозасида	(C) https://medilab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
	Аскорбин кислотаси (Витамин С)	Ичга, м/о, в/и Танқислик ҳолатларининг олдини олиш учун - кунига 25-75 мг. Даволаш учун кунига 250 мг ва ундан ортиқ бўлинган дозаларда	(C) https://medilab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/

Маҳаллий воситалар		
Ивермектин, крем 1%	Юз терисига кунига 1 марта (кечаси) суртилади, папула-пустулез розацеа турини даволаш курси давомида ҳар куни, 4 ойгача давом эттирилади. Зарур бўлса, даволаш курсини қайта такрорлаш мумкин	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/6 римонидина
бримонидин тартрат, гел 0,5% гел	Гелнинг оз миқдорини ингичка қатлам билан юзнинг ҳар бир 5 зонасига (пешона, ияк, бурун, ёноқлар) кунига 1 марта (эрталаб) суртилади, розацеа сабабли юздаги доимий эритема даволаш учун	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/Oксиметазолин
Оксиметазолин крем 1%	Терининг барча таъсирланган жойларига кунига 1 марта	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mbi_msp_iphone_iphone
метронидазол, гел 0,75%, крем 1%	2 кунига 2 марта, эрталаб ва кечкурун, 3-9 ҳафта давомида	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/азелаиновая

азелаин кислота, гел 15%, крем 20%	Гел барча зарарланган тери қисмларига суртилади ва озгина ишқалаб 2 марта кунига (эрталаб ва кечкурун) қўлланилади.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/
клиндамицин фосфат, гел 1% ёки клиндамицин гидрохлориди, ташқи фойдаланиш учун эритма 1%.	Ингичка қатлам гел ёки эритма зарарланган тери ҳудудига (аввал тозаланган ва қуруқ бўлиши керак) кунига 2 марта суртилади. Даволаш курси 6-8 ҳафтадан ортиқ бўлмаслиги керак.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27271164/такролиму .nih.gov/27271164/
Такролимус, малҳам 0,03%, 0, 1%	Кунига 2 марта ингичка қатлам билан зарарланган тери қисмларига суртилади. Агар 2 ҳафта давомида самараси бўлмаса, терапевтик тактикани ўзгартириш масаласини кўриб чиқиш керак.	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/пимекро .nih.gov/13767162/
пимекролимус 1%	Кунига 2 марта ингичка қатлам билан зарарланган тери қисмларига суртилади.	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/бензоил .nih.gov/13767162/
бензоилпероксид, 2,5-5-10% гел	Зарарланган юзага 2 марта кунига (эрталаб ва кечкурун) тоза ва қуруқ терига суртилади.	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/Адапале .nih.gov/35088499/
Адапален 0,1% крем, гел	Кунига 1 марта кечаси тоза терига бутун зарарланган юзага суртилади. Терапевтик таъсир 4-8 ҳафта ичида ривожланади, барқарор яхшиланиш эса уч ойлик даволаш курсидан кейин кузатилади. Зарур бўлса, даволаш курси узайтирилиши мумкин.	(D) https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2009/0901/p461.html / 1000
Клинадимидин (клиндамицин фосфати шаклида) 10 мг, бензоил пероксид сувдан ҳоли (бензоил пероксид сувли 77 % шаклида) 50 мг.	Ингичка қатлам билан бутун зарарланган ҳудудга кунига 1 марта кечкурун, терини тозалаш воситаси билан яхшилаб тозалагандан ва тери тўлиқ қуриганидан сўнг суртилади. Тавсия этилган фойдаланиш даври 2-5 ҳафта, лекин препаратни доимий равишда қўллаш муддати 12 ҳафтадан ошмаслиги керак..	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/

Декасан	Бинт ёки матони эритма билан намлаб, зарарланган жойга 10–15 дақиқа қўйинг. Кунига 1–2 марта бажариш мумкин.	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/
---------	---	--

Эслатма: дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан алоҳида белгиланади.

Жадвал-2

Ташқи фойдаланиш учун асосий дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

<i>ДВ ХПН</i>	<i>Қўллаш усули</i>	<i>Даллиллار даражаси</i>
Цианокобаламин (Витамин В12)	м/о ёки в/и 1 мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта давомида, ушлаб турувчи доза 1-2 мг м/о ёки в/и - ҳафтасига 1 мартадан, ойига 1 мартагача.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	м/о, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига 1-2 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб тайинлайди.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Рибофлавин мононуклеотид (Витамин В2)	Ичиш учун: катталарга - кунига 5-10 мг; болаларга - кунига 1 марта 2-5 мг. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой. М/о: 1 мл 1% эритма (0,1 г) кунига 1 марта 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 марта; даволаш курси - 15-20 инъекция.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	м/о (чуқур) Препаратни юборишни кичик дозалардан бошлаш тавсия этилади (кўпи билан 0,5 мл 5% эритма) ва фақат яхши кўтара олганда юқори дозаларга ўтиш мумкин. Катталарга 25-50 мг тиамин гидрохлорид (0,5-1 мл	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /

	5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади.	
Холекальциферол (Витамин D)	<p>Д витамини танқислигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси <20 нг/мл)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 ҳафта давомида ҳар ҳафтада 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ ҳар ойда 2 ой давомида ичиш учун - 150 000 ХБ ҳар ойда 3 ой давомида ичиш учун - 6000 - 8000 ХБ кунига - 8 ҳафта ичиш учун <p>Д витамини етишмовчилигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси ≥ 20 ва <30 нг/мл)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 ҳафта давомида ҳар ҳафта 50 000 ХБ ичиш учун - 200 000 ХБ бир марта ичишга - 150 000 ХБ бир марта ичишга - 6000 - 8000 ХБ кунига - 4 ҳафта ичиш учун <p>Д витамини даражасини қўллаб-қувватлаб туриш ≥ 30 нг/мл</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1000 - 2000 ХБ ҳар куни ичиш учун - 6 000 - 14 000 ХБ ҳафтада бир марта ичиш учун 	(C) https://mediqalab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
Изотретиноин	Тана вазнининг ҳар килограммига 0,1-0,3 мг миқдориди кунига 1 марта овқатдан сўнг оғиз орқали 4-6 ой давомида қабул қилиш	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug
белладонна алкалоидлар + фенобарбитал + эрготамин	Ҳар куни 1 таблеткадан перорал равишда кунига 2 марта 4 ҳафта давомида	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients
ксантинол никотинат 300 мг	Перорал кунига 2 марта 4 ҳафта давомида	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this

		%20drug
Деслоратадин	Таблетка 5 мг ёки 10 мл эритма, перорал равишда кунига 1 марта 7-14 кун давомида.	(Bilan) https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954
Цетиризин	Таблетка 5 мг ёки 10 мл эритма, перорал равишда кунига 1 марта 7-14 кун давомида қабул қилинади.	(Bilan) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
Левоцетиризин	Таблетка 5 мг ёки 20 томчи эритма, перорал равишда кунига 1 марта 7-14 кун давомида қабул қилинади	(Bilan) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
Хлоропирамин	Таблетка 25 мг, 3-4 марта кунига, в/м ёки в/в киритишда катталар учун бир марталик дозаси 20-40 мг ташкил этади.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
Эбастин	Ичга. Катталар учун тавсия этилган дозаси 10-20 мг/кун.	(C) https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86

Лоратадин	Таблетка 5 мг ёки 10 мл эритма, перорал равишда кунига 1 марта 7-14 кун давомида қабул қилинади.	(C) https://mediqlab.com/drugs/86e315d7-e3f0-4771-bce2-e2ca1dab9119
Биластин	Ичга. Катталар учун тавсия этилган дозаси 10-20 мг/кун.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-D9c7-491d-a392-bbae79ce7abb

Гидроксизин	<p>Ичга. 12.5-50 мг/кун.</p> <p>Максимал бир марталик доза 200 мг дан ошмаслиги керак, максимал кунлик доза эса 300 мг дан ошмаслиги керак.</p> <p>Ёши катталарга бошланғич доза икки баравар камайтирилиши лозим.</p> <p>Ўртача ва оғир даражадаги буйрак етишмовчилиги, шунингдек жигар етишмовчилиги бўлган беморларга дозани камайтириш зарур.</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb</p>
Валераны экстракт	<p>Ичишга. Катталар ва 12 ёшдан ошган болаларга 1-2 таблеткадан кунига 3 маҳал овқатдан кейин берилади. Даволаш давомийлиги 2-4 ҳафта. Шифокор кўрсатмаси билан такрорий даволаш курсларини ўтказиш мумкин.</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/</p>
Адонис-бром	<p>Ичишга, 1 таб. Овқатдан кейин кунига 3 марта. Даволаш курси - 25-30 кун. Такрорий курсларни ўтказишнинг мақсадга мувофиқлиги шифокор томонидан белгиланади.</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/</p>
Эссенциал фосфолипидлар	<p>В/и секин, 1-2 ампулалар (5-10 мл), эритмани беморнинг қонида 1:1 нисбатда аралаштириш.</p> <p>Агар препаратни суюлтириш зарур бўлса, фақат 5% ёки 10% декстроза эритмаси инфузия учун ишлатилади.</p> <p>Ичга. 12 ёшдан катта ва оғирлиги 43 кг дан ортиқ бўлган ўсмирлар ҳамда катталар учун тавсия этилган дозаси — 2 капсула, кунига 3 марта, овқат билан.</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb</p>

Оксиматрин	<p>м/о, 600 мг, бир марта кунига.</p> <p>В/и, 600 мг ни 100–250 мл 5% глюкоза эритмаси ёки 0,9% натрий хлорид эритмасида суюлтириш. Томчилаб, минутига 60 томчи тезликда, кунига бир марта.</p> <p>Ичга, 2 капсула (0,2 г оксиматрин) кунига 3 марта. Зарур бўлса, кунлик доза 3 капсулага (0,3 г оксиматрин) 3 марта оширилиши мумкин.</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb</p>
Антрал	<p>Ичга, овқатдан кейин кунига 3 марта. Катталар ва 10 ёшдан катта болалар учун — 200 мг бир марта қабул қилиш. 4-10 ёшли болалар учун — 100 мг бир марта қабул қилиш.</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/57f976df-704c-46ee-b1c4-b7a71d5284a1</p>
Метронидазол	<p>4-6 ҳафта давомида оғиз орқали кунига 1,0-1,5 г (эҳтимол 8 ҳафтагача)</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/</p>
Орнидазол	<p>0,5 г суткасига оғиз орқали 10 кун давомида</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/</p>
Экстракт алоэ	<p>Тери остига. Ҳар куни 1 мл (максимал кунлик доза 3 - 4 мл), 5 ёшгача болаларга – 0,2-0,3 мл, 5 ёшдан катта болалар учун – 0,5 мл. Курси 30-50 инъекция, такрорий даволаш курслари икки-уч ойлик танаффусдан кейин ўтказилади.</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/</p>
Стекловидное тело	<p>Тери остига 2 мл ҳар куни киритилади. Даволаш курсини такрорлаш тавсия этилади бир ой ўтгандан сўнг ёки кейинроқ. Даволаш курсининг давомийлиги индивидуал равишда белгиланиши керак.</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/</p>

Рекомбинант ИФН алфа-2б, ректал суппозиториялар	Катталар учун: 500 000 МЕ кунига 2 марта, 10 кун давомида. Болалар учун: 3 000 000 МЕ кунига 2 марта, 10 кун давомида. Ҳомиладор аёллар учун: 1 000 000 МЕ кунига 2 марта, 10 кун давомида.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Инозин пранобекс	Ичиш учун, овқатдан кейин, 500 мг кунига 3–4 марта, 10 кун давомида.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Меглюмин акридонацетат	3 та инъекция 24 соатлик интервал билан, сўнг яна 3 та инъекция 48 соатлик интервал билан.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Тилорон дигидрохлорид	Дастлабки 2 кун давомида кунига 1–2 таблетка (250 мг), кейин кун ора 1 таблетка (125 мг) 2–4 ҳафта давомида. Ёки ремиссия даврида: 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар ҳафтанинг дастлабки 2 кунда, жами 5 ҳафта давомида. Курс дозаси – 1,25 г.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/78/
Азоксимер бромид	Ичиш учун, овқатдан кейин, 6 мг кунига 2 марта ёки 12 мг кунига 1 марта, 10 кун давомида.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/

Системли ретиноидлар оғир ва қайта-қайта пайдо бўладиган розацеа турларида тавсия этилади.

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

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

Розацеа фиматоз кичик турина даволашда жарроҳлик кесиш, лазерли дермабразия тавсия этилади.

Тиббий ёрдам кўрсатишни ташкил этиш

Бирламчи тиббий-санитария ёрдами кўрсатиш доирасида терапевтлар, педиатрлар ва умумий амалиёт шифокорлари беморда тери тошмалари, розацеа белгилари ёки симптомларини аниқлаганда, беморни бирламчи ихтисослашган тиббий-санитария ёрдами олиш учун дерматовенерологик йўналишдаги тиббий ташкилотга юборадилар.

Агар бирламчи ихтисослашган тиббий ёрдам доирасида зарур ёрдам кўрсатиш имкони бўлмаса ва тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлса, бемор ихтисослашган тиббий ёрдам кўрсатадиган ташкилотга юборилади.

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

Стационарга (кундузги ёки суткалик) ётқизиш кўрсатмалари:

- Аввал амалга оширилган даволашнинг самарасизлиги;
- Физиотерапевтик даволаш усулларида фойдаланиш зарурати;
- Ташқи ёки систем ретиноидлар, шунингдек, тизимли таъсирга эга антибактериал препаратлар билан қўллаб-қувватловчи терапия зарурати.
- Беморни тиббий ташкилотдан чиқариш кўрсатмалари
- Тошмалар регресси ва/ёки клиник кўринишларнинг камайиши.

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- Тери юзасида янги элементларнинг йўқлиги ва тошмаларнинг регресси (РДБМ индекси камайиши);
- Ремиссия давомийлиги;
- Ҳаёт сифатининг яхшиланиши.

**“РОЗАЦЕА”
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

Тошкент – 2025

Кириш

Розацеа сурункали яллиғланишли дерматоз бўлиб, юз терисининг эритема ва папулопустуляр элементлар шаклида шикастланиши, фимоз ва кўзнинг шикастланиши билан тавсифланади. Розацеа ангионевроз бўлиб, асосан тригеминал асабнинг иннервация зонасида локализация қилинади ва турли сабабларга кўра қуйидаги гуруҳларга бирлаштирилиши мумкин: қон томир касалликлари, дерманинг бириктирувчи тўқимасидаги ўзгаришлар, микроорганизмлар, овқат ҳазм қилиш трактининг дисфункцияси, иммунитет бузилиши, ёғ-соч аппарати ўзгариши, оксидловчи стресс, иқлим омиллари, психовегетатив бузилишлар. Касаллик кўпинча 30-50 ёшдаги аёлларда ривожланади, уларда юз териси вақтинчалик қизаришига маълум генетик мойилликка эга, камроқ-бўйин ва "деколте" зонаси зарарланади. Дерматозга 1 ва 2 фототибли шахслар кўпроқ мойил бўлади, деб ишонилади, аммо касаллик терининг ҳар қандай фототибида пайдо бўлиши мумкин. Дунёда Розацеа тарқалиши 1 дан 20% гача. Розацеа ҳолатларининг 80 фоизида 30 ёшдан ошган одамларда ташхис қўйилади. Беморларнинг 20,8 фоизида кўзнинг шикастланиши офталморозацеа шаклида аниқланади. Кўпинча офталморозацеа жуда кеч ташхис қилинади; терининг намоён бўлиши билан оғриган беморларнинг тахминан 50 фоизида кўзнинг шикастланиши ҳам мавжуд.

Розацеани даволаш:

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

A	<p>Эритемато-телангиэктатик, папулопустулёз, кўз подтипи ва грануломатоз розацеани даволаш учун тизимли антибактериал препаратлар тавсия этилади:</p> <p>Доксициклин (танлов препарати): кунига 100-200 мг перорал равишда 14-21 кун давомида.</p> <p>Қўллаб-қувватловчи доза: кунига 100 мг, 12 ҳафтагача давом эттирилади.</p> <p>Изоҳ: Ҳозирги вақтда тизимли метронидазолни буюриш мақсадга мувофиқ эмас, чунки унинг самарадорлиги ва хавфсизлиги аниқ эмас деб ҳисобланади.</p>
----------	---

<https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6>
<https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a>

C	<p>Эритемато-телангиэктатик, папулопустулёз, кўз подтиплари ва грануломатоз розацеанинг оғир, даволашга толерант шакллари даволаш учун тизимли ретиноидлар тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none">• Изотретиноин: тана вазнига 0,1-0,3 мг/кг перорал равишда кунига 1 марта овқатдан кейин 4-6 ой давомида.
----------	--

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

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

D	<ul style="list-style-type: none">•Эритемато-телангиэктатик розацеази бўлган, 40 ёшдан катта, касаллик тез-тез қайталанувчи ёки розацеа ва соғлом юз териси соҳасида базал қон оқими дастлабки меъёрий кўрсаткичлардан юқори бўлган шахсларга қуйидаги препаратлар тавсия этилади:•Белладонна алкалоидлари + фенобарбитал + эрготамин: кунига 2 марта перорал равишда 1 таблеткадан 4 ҳафта давомида.
----------	--

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

A	<p>Ушбу усул жарроҳлик даволаш ва тизимли синтетик ретиноидлар энг самарали даволаш усули ҳисобланган гипертрофик турдан ташқари розацеанинг барча турлари учун мақсадга мувофиқ усулдир.</p> <p>Розацеази бўлган беморларга ташқи терапия тавсия этилади:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ивермектин, 1% крем: юз терисига кунига 1 марта (тунда) суртилади, папулопустулёз подтипи розацеани даволаш давомида ҳар куни 4 ой давомида қўлланади. Зарур бўлса, даволаш курси такрорланиши мумкин.
----------	---

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

A	<p>Метронидазол, 0,75% гел ёки 1% крем: олдиндан тозаланган териға юпқа қатлам қилиб суртилади, кунига 2 марта (эрталаб ва кечқурун) 3-9 ҳафта давомида. Крем ва гелни қўллашни навбатлаштириш мумкин. Ўртача даволаш давомийлиги 3-4 ой.</p> <p>Ёки:</p> <p>Азелаин кислотаси, 15% крем ёки гел: барча зарарланган тери юзаларига суртилади ва энгил ишқаланади, кунига 2 марта (эрталаб ва кечқурун).</p>
----------	---

A	<p>Клиндамицин фосфат, гел 1% ёки клиндамицин гидрохлориди, ташқи фйдаланиш учун эритма 1%. Юпқа гел ёки эритма қатлами кунига 2 марта тозаланган ва қурук таъсирланган териға суртилади. Даволаш курси 6-8 ҳафтадан ошмаслиги керак.</p>
----------	---

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

С 3	<p>Такролимус, 0,03% ёки 0,1% маз: зарарланган тери юзасига юпқа қатлам қилиб суртилади.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Папулопустулёз розацеада такролимус эритемани камайтиради, аммо папулопустулёз тошмаларга таъсир қилмайди. • 0,03% ёки 0,1% такролимус маз шаклида, шунингдек, 1% пимекролимус креми стероиддан боғлиқлик ҳолатларида самарали. <p>Даволаш:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Дастлаб 0,1% такролимус мазини кунига 2 марта қўллаш тавсия этилади ва зарарланган жойлар тўлиқ тозалангунга қадар давом эттирилади. • Тери ҳолати яхшилангач, қўллаш частотасини камайтириш ёки 0,03% мазга ўтиш мумкин. <p>Натижалар:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Даволаш бошланганидан бир ҳафта ичида яхшиланиш кузатилади. • Агар касаллик симптомлари қайта юзага келса, даволашни 0,1% маз билан кунига 2 марта давом эттириш керак. <p>Тавсия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тери ҳолати яхшилангач, препаратни камроқ қўллаш ёки 0,03% мазга ўтиш тавсия этилади. • Агар икки ҳафта давомида яхшиланиш бўлмаса, терапевтик тактика ўзгариши керак.
----------------	--

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

В 3	<p>Бензоил пероксид, 2,5-5-10% гел: зарарланган юзага тенг равишда суртилади, кунига 2 марта (эрталаб ва кечкурун), тоза ва қуритилган терига.</p> <p>Изоҳлар:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Терапевтик таъсир 4 ҳафта даволашдан сўнг пайдо бўлади. • Турғун яхшиланиш 3 ойлик даволаш курси якунида кузатилади.
----------------	--

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

В 3	<p>Изотретиноин, 0,1-0,3 мг/кг тана вазнига перорал равишда, кунига 1 марта овқатдан кейин 4-6 ой давомида қабул қилинади.</p> <p>Изоҳлар:</p> <p>Даволаш чоралари асосида терига тўғри кундалик парвариш ва қуёшдан химоя воситаларини таъминлаш ётади.</p>
----------------	--

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

Терининг яққол қипиқланиши кечаётган жойларида розацеаеи бор беморларга бироз намлантирувчи таъсирга эга ва қипиқланишни камайтирувчи маҳаллий воситалар буюрилади.

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

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

Тери тошмаларининг регрессини тезлаштириш учун беморларга яллиғланишга қарши, қон томирларини торайтирувчи, антидемодекоз таъсирга эга криотерапия тавсия этилади:

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

С 5	<p>Розацеа билан касалланган барча беморларга криотерапия тавсия этилади, бу эса яллиғланишга қарши, томир торайтирувчи ва антидемодекоз таъсирга эга. Муолажа ҳафтасига 2-3 марта, 10 муолажа давомида амалга оширилади.</p>
----------------	---

В 2	<ul style="list-style-type: none"> • Қайта ишлов бериш учун кўплаб интенсив ёруғлик манбаларини (IPL) ва диодли, калий-титанил-фосфат (КТР), александрит ва энг замонавий узун импульсли неодимли лазерлар (Нд:ЯГ-лазерлар) тавсия этилади [1, 5, 68-84]. • Дори терапиясининг самарадорлигини ошириш учун микротўлдириш терапиясининг усули тавсия этилади. Муолажа лимфодренаж режимида, ҳафтасига 2-3 марта, 10 Муолажа давомида амалга оширилади [8, 10, 33].
----------------	---

В 3	импульсли бўёқ лазери (PDL)
----------------	-----------------------------

С 3	паст интенсив ёруғлик терапияси электрофорез ИК-лазер
----------------	--

Жарроҳлик аралашуви:

Розацеа фиматоз кичик турини даволашда жарроҳлик кесиш, лазерли дермабразия тавсия этилади [85-89].

**РОЗАЦЕА НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Розацеа сурункали яллиғланишли дерматоз бўлиб, юз терисининг эритема ва папулопустуляр элементлар шаклида шикастланиши, фимоз ва кўзнинг шикастланиши билан тавсифланади. Розацеа ангионевроз бўлиб, асосан тригеминал асабнинг иннервация зонасида локализация қилинади ва турли сабабларга кўра қуйидаги гуруҳларга бирлаштирилиши мумкин: қон томир касалликлари, дерманинг бириктирувчи тўқимасидаги ўзгаришлар, микроорганизмлар, овқат ҳазм қилиш трактининг дисфункцияси, иммунитет бузилиши, ёғ-соч аппарати ўзгариши, оксидловчи стресс, иқлим омиллари, психовегетатив бузилишлар. Касаллик кўпинча 30-50 ёшдаги аёлларда ривожланади, уларда юз териси вақтинчалик қизаришига маълум генетик мойилликка эга, камроқ-бўйин ва "деколте" зонаси зарарланади. Дерматозга 1 ва 2 фототибли шахслар кўпроқ мойил бўлади, деб ишонилади, аммо касаллик терининг ҳар қандай фототибида пайдо бўлиши мумкин. Дунёда Розацеа тарқалиши 1 дан 20% гача. Розацеа ҳолатларининг 80 фоизида 30 ёшдан ошган одамларда ташхис қўйилади. Беморларнинг 20,8 фоизида кўзнинг шикастланиши офталморозацеа шаклида аниқланади. Кўпинча офталморозацеа жуда кеч ташхис қилинади; терининг намоён бўлиши билан оғриган беморларнинг тахминан 50 фоизида кўзнинг шикастланиши ҳам мавжуд.

Тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар ва реабилитация усуларини қўллашга қарши кўрсатмалар

Розацеа кучайишининг олдини олиш профилактикаси қуйидаги триггер омилларининг таъсирини чеклаш/олиб ташлашни ўз ичига олади: метеорологик омиллар, қуёш нури, озик-овқат маҳсулотлари, ичимликлар ва фармакологик препаратлар, юзда эритемани келтириб чиқарадиган, агрессив косметологик муолажалар (физик ва кимёвий пиллинглар, дермабразия, ишқаловчи муолажалар, термоактив маскалар ва бошқалар) [21-23].

Беморлар учун сезгир тери учун мўлжалланган юмшоқ тозалаш, намлантирувчи ва фотопротектив воситалар билан эҳтиёткорлик билан тери парвариши тавсия этилади [16, 18].

Ташқи ивермектин, метронидазол ёки азелаин кислота билан қўллаб-қувватловчи терапия кўрсатилган [54, 55]. Эндокрин патология ва ошқозон-ичак касалликларини даволашда муҳим рол ўйнайди [16, 18]. Тавсиялар ишончилиги даражаси - С (далиллар даражаси - 3).

Профилактика ва диспансер назорати, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларидан фойдаланишга қарши кўрсатмалар

Розацеа билан беморларга розацеяни кучайишининг олдини олиш чоралари (стрессларни олдини олиш, узоқ вақт қуёшда бўлиш, организмдаги сурункали инфекцияни санация қилиш) тавсия этилади [3,5,7].

Розацеа билан беморларни диспансер назорати дерматовенерологлар томонидан тери ва венереологик диспансер шароитида олиб борилади [3].

Кейинги даволаш:

Яшаш жойи бўйича дерматолог томонидан динамик назорат, бу жараёнда қўллаб-қувватловчи терапия, даволашдан келиб чиқадиган ножўя таъсирларни камайтириш, терига доимий асосий парвариш қилиш, провокацион омилларни йўқотиш масалалари ҳал қилинади. [3]

Адабиётлар рўйхати

1. Tan J; ROSCO coauthors. Updating the diagnosis, classification and assessment of Rozatsea by effacement of subtypes: reply from the author. Br J Dermatol. 2017 Aug;177(2):598-599.
2. Tan J., Schofer H., Araviiskaia E., Audibert F, Kerrouche N, Berg M; Prevalence of Rozatsea in the general population of Germany and Russia – the RISE study. JEADV, 2016 Mar;30(3):428-34.
3. Elewsky B, Draelos Z, Dreno B. Rozatsea – global diversity and optimized outcome: proposed

- international consensus from the Rozatsea International Expert Group. *JEADV* 2011;25:188-200.
4. Crawford GH, Pelle MT, James WD. Rozatsea: I. Etiology, pathogenesis, and subtype classification. *J Am Acad Dermatol.* 2004 Sep;51(3):327-41.
 5. Powell FC. Rozatsea. *N Engl J Med* 2005; 352: 793–803. 2 Baldwin HE. Systemic therapy for Rozatsea. *Skin Therapy Lett* 2007; 12: 1–5, 9.
 6. Garnis-Jones S. Psychological aspects of Rozatsea. *J Cutan Med Surg* 1998; 2 (Suppl. 4): 4–9.
 7. Berg M, Liden S. An epidemiological study of Rozatsea. *Acta Derm Venereol* 1989; 69: 419– 423.
 8. Erkaklar A. V. akne va akne shaklidagi dermatozlar. Monografiya M.: OOO YUTKOM, 2009. 208 s.: il.
 9. Powell F.C, Rozatsea. *N. Engel J. Med.* 2005; 352: 793-803
 10. Руководство по Dermatocosmetologiya bo'yicha qo'llanma / Под / Аравийской Ed. Соколовского . Spb.: MCHJ nashriyotchilarhaqida., 2008. 632 s.
 11. Del Rosso JQ, Gallo RL, Tanghetti E, Webster G, Thiboutot D. An evaluation of potential correlations between pathophysiologic mechanisms, clinical manifestations, and management of Rozatsea. *Cutis.* 2013 Mar;91(3 Suppl):1-8
 12. Sneddon I. A clinical trial of tetracycline in Rozatsea. *Br J Dermatol* 1966; 78: 649–653.
 13. Thiboutot D. Efficacy and safety of subantimicrobial-dose doxycycline for the threatment of Rozatsea *J. Am. Acad. Dermatol.* 2005; 52: 3-P 17.
 14. Saihan EM, Burton JL. A double-blind trial of metronidazole versus oxytetracycline therapy for Rozatsea. *Br J Dermatol* 1980; **102**: 443–445.
 15. Pye RJ, Burton JL. Treatment of Rozatsea by metronidazole. *Lancet* 1976; **1**: 1211–1212.
 16. Rademaker M. Isotretinoin: dose, duration and relapse. What does 30 years of usage tell us? *Australas J Dermatol.* 2013 Aug;54(3):157-62.
 17. Gollnick H, Blume-Peytavi U, Szabó EL, Meyer KG et al. Systemic isotretinoin in the treatment of Rozatsea - doxycycline- and placebo-controlled, randomized clinical study. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2010 Jul;8(7):505-15.
 18. Hofer T. Continuous 'microdose' isotretinoin in adult recalcitrant Rozatsea. *Clin Exp Dermatol* 2004; 29: 204–205.

19. Gollnick H. Optimal Isotretinoin Dosing for Rozatsea, 18th Congress of the European Academy of Dermatology and Venereology, Berlin 2009.
20. Gollnick H.P., Bettoli V., Lambert J., Araviiskaia E., et al. Aconsensus-based practical and daily guide for the treatment of acne patients. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 Sep;30(9):1480-90.
21. Pankina E. S. Rozatsea bilan yuz terisi mikrosirkulyatsiyasining buzilishi va ularni tuzatish usullari. Muallif kand dis Sankt-Peterburg, 2008, 20 c.
22. Stein L, Kircik L, Fowler J, Tan J, Draelos Z, Fleischer A, Appell M, Steinhoff M, Lynde C, Liu H, Jacovella J. Efficacy and safety of ivermectin 1% cream in treatment of papulopustular Rozatsea: results of two randomized, double-blind, vehicle-controlled pivotal studies. *JDD,* 2014;13(3):316-323.
23. Ventre E, Rozières A, Lenief V, Albert F, Rossio P, Laoubi L, Dombrowicz D, Staels B, Ulmann L, Julia V, Vial E, Jomard A, Hacini-Rachinel F, Nicolas JF, Vocanson M. Topical ivermectin improves allergic skin inflammation. *Allergy.* 2017 Aug;72(8):1212-1221.
24. Taieb A, Ortonne JP, Ruzicka T, Roszkiewicz J, Berth-Jones J, Peirone MH, Jacovella J; Ivermectin Phase III study group. Superiority of ivermectin 1% cream over metronidazole 0.75% cream in treating inflammatory lesions of Rozatsea: a randomized, investigator-blinded trial. *Br J Dermatol.* 2015 Apr;172(4):1103-10.
25. Taieb A, Khemis A, Ruzicka T, Barańska-Rybak W, Berth-Jones J, Schaubert J, Briantais P, Jacovella J, Passeron T; Ivermectin Phase III Study Group. Maintenance of remission following successful treatment of papulopustular Rozatsea with ivermectin 1% cream vs. metronidazole 0.75% cream: 36-week extension of the ATTRACT randomized study. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2016 May;30(5):829-36.
26. Fowler J, Jarratt M, Moore A, Meadows K, Pollack A, Steinhoff M, Liu Y, Leoni M; Brimonidine Phase II Study Group. Once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% is a novel treatment for moderate to severe facial erythema of Rozatsea: results of two multicentre, randomized and vehicle-controlled studies. *Br J Dermatol.* 2012 Mar;166(3):633-41.
27. Fowler J Jr, Jackson M, Moore A, Jarratt M, Jones T, Meadows K, Steinhoff M, Rudisill D, Leoni M. Efficacy and safety of once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% for the treatment of moderate to severe facial erythema of Rozatsea: results of two randomized, double-blind, and vehicle-controlled pivotal studies. *J Drugs Dermatol.* 2013 Jun 1;12(6):650-6.
28. Moore A, Kempers S, Murakawa G, Weiss J, Tauscher A, Swinyer L, Liu H, Leoni M. Long-term safety and efficacy of once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% for the treatment of moderate to severe facial erythema of Rozatsea: results of a 1-year open-label study. *J Drugs Dermatol.* 2014 Jan;13(1):56-61.
29. Gold L, Papp K, Lynde C, Lain E, Gooderham M, Johnson S, Kerrouche N. Treatment of Rozatsea with concomitant use of topical ivermectin 1% cream and brimonidine 0.33% gel: a randomized, vehicle-controlled study. *J Drugs Dermatol,* 2017; 16(9): 611-618.
30. Nielsen PG. A double-blind study of 1% metronidazole cream versus systemic oxytetracycline therapy for Rozatsea. *Br J Dermatol.* 1983 Jul;109(1):63-5.
31. Nielsen PG. Treatment of Rozatsea with 1% metronidazole cream. A double-blind study. *Br J Dermatol.* 1983 Mar;108(3):327-32.
32. Gupta AK, Chaudhry M. Topical metronidazole for Rozatsea. *Skin Therapy Lett.* 2002 Jan; 7(1):1-3, 6.
33. Tan JK, Girard C, Krol A, Murray HE, Papp KA, Poulin Y, Chin DA, Jeandupeux D. Randomized placebo-controlled trial of metronidazole 1% cream with sunscreen SPF 15 in treatment of Rozatsea. *J Cutan Med Surg.* 2002 Nov-Dec; 6(6):529-34
34. Wagner N., Berthaud C., Laffet G., Caron J.-C. Differential penetration of skin by topical metronidazole formulations. *Advances in therapy,* 1998;4: 197-205.
35. Gupta A. and Gover M. Azelaic acid (15% gel) in the treatment of acne Rozatsea *Int. J. of Dermatol.* 2007; 1-6.

36. Liu S et al. Azelaic acid in the treatment of papulopustular Rosatsea. Arch. Dermatol. 2006; 142: 1047-1052.
37. Gollnick H. and Layton A. Azelaic acid 15% gel in the treatment of Rosatsea. Expert Opin Pharmacother 2008, 9(15): 2699-2706.
38. Thiboutot DM, Fleischer AB, Del Rosso JQ, Rich P. et al. A multicenter study of topical azelaic acid 15% gel in combination with oral doxycycline as initial therapy and azelaic acid 15% gel as maintenance monotherapy. J Drugs Dermatol. 2009 Jul;8(7):639-48.
39. Maddin S . A comparison of topical azelaic acid 20 % cream and topical metronidazole 0.75 % cream in the treatment of patients with papulopustular Rosatsea . J Am Acad Dermatol 1999 ; 40 : 961 – 5.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<https://www.rodv.ru/upload/iblock/a84/q6gxj2hn1mip4m1vaaq1vyvvy05u11y.pdf>

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

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

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