

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 ILMIY-AMALIY TIBBIYOT
MARKAZI
DERMATOVENEROLOGIYA VA KOSMETOLOGIYA**

**"ROZATSEA"
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOLLAR**

TOSHKENT 2025



“TASDIQLAYMAN”
Respublika ixtisoslashtirilgan
dermatovenerologiya va
kosmetologiya ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi direktori
Sabirov U.Yu.

“ 21 ” “ may ” 2025 yil

"ROZATSEA"
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

"ROZATSEA"
NOZOLOGIYASI BO'YICHA MILLIY DIAGNOSTIKA
VA DAVOLASH KLINIK PROTOKOLI

Toshkent 2025

Kirish qismi

KXXK-10\11 bo'yicha kodlar

L71.0	Rozatsea	ED90.00 Eritematoz-teleangiektatik rozatsea
L71.1	Rinofima	ED90.01 Papulyoz-pustulyoz rozatsea
L71.8	Boshqa turdagi Rozatsea	ED90.02 Fimatoz rozatsea
L71.9	Aniqlanmagan turdagi rozatsea	ED90.0Y Boshqa aniqlangan rozatsea
	https://icd.who.int/browse11/l-m/ru	https://mkb-11.com/index.php?id=ED90.0

Protokolni ishlab chiqish va qayta ko'rib chiqish sanasi: 2025 yil, qayta ko'rib chiqish sanasi 2027 yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lishi bilan. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha tuzatishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

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

Respublika dermatovenerologiya va kosmetologiya ixtisoslashtirilgan ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Klinik protokol va standartni ishlab chiqishda o'z hissasini qo'shdi:

Jarayonni dermatovenerologiya yo'nalishi bo'yicha tashkil etishdagi ishchi a'zolar:

1.	Sabirov U. Yu.	Markaz direktori tibbiyot fanlari doktori, professor	O'zR SSV "RIDVvaKIATM"
2	Arifov S. S.	Dermatovenerologiya va O'zR SSV TVMOI dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasini mudiri t.f.d., professor	O'zR SSV KRPKMR professori
3.	Yakubov A. A..	Klinik ordinatlar va mutaxassislar malakasini oshirish bo'limi mudiri, tibbiyot fanlari nomzodi	O'zR SSV "RIDVvaKIATM"
4.	Yakubova A. S.	Doktorant, tibbiyot fanlari nomzodi	O'zR SSV "RIDVvaKIATM"
5.	Boxodirova A. A.	Ilmiy kotib	O'zR SSV "RIDVvaKIATM"
6.	Raxmatova M. S.	Direktorning ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari yordamchisi	O'zR SSV "RIDVvaKIATM"

Sharhlovchilar:

1. Oxlopkov Vitaliy Aleksandrovich — professor, Rossiya Federatsiyasi Fan va oliy ta'lim vazirligining Federal ilmiy-klinik reanimatsiya va reabilitatsiya markazi huzuridagi Oliy va qo'shimcha kasbiy ta'lim instituti rektori.

2. Babajanov Oybek Abdujabbarovich - tibbiyot fanlari doktori, ToshPMI dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasini

Texnik ekspert baholash va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – tibbiyot fanlari doktori, davolash ishlari bo'yicha direktor o'rinbosari, klinika bosh shifokori.
2. Djalilov Dilshod Sayfullayevich – t.f.n., direktorning ilmiy ishlar bo'yicha o'rinbosari.

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

Klinik bayonnoma RIDV va KIATM va oliy ta'lim muassasalari professor-o'qituvchilari, O'zbekiston dermatovenerologlar assotsiatsiyasi a'zolari, sog'liqni saqlash tashkilotchilari, shuningdek, hududiy dermatovenerologiya xizmati muassasalari shifokorlari ishtirokida 2025 yil 26 dekabr kuni oflayn formatda bo'lib o'tgan Ilmiy kengash yig'ilishida muhokama qilindi va tasdiqlash uchun tavsiya etildi (11-son bayonnoma).

Qisqartmalar ro'yxati

II	Interleykin
RDBM	Rozatseani diagnostik baholash maktabi
Alt	Alanin aminotransferaza
AST	Aspartat aminotransferaza
UTT	Ultratovush tekshiruvi
IHLA	Immunoxemiluminesans
IFLA	Immunofluoresans tahlili
IFA tahlili	Immunoferment tahlili
PZR	Polimeraza zanjiri reaksiyasi
OIV	Odam immunitet tanqisligi virusi
M / I	Mushakichiga
T/I	Tomir ichiga
T/O	Teri ostiga
JSST	Jahon sog'liqni saqlash tashkiloti
nm	nanometr
nili	past intensivlikdagi lazer nurlanishi

Mundarija

MILLIY KLINIK PROTOKOLI DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH

4

ROZATSEA NOZOLOGIYASI BO'YICHA TIBBIY ARALASHUVLAR BO'YICHA MILLIY
KLINIK PROTOKOL _____ 27

ROZATSEA NOZOLOGIYASI PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYASI BO'YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOL 32

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatologlar;Dermatokosmetologlar
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Oftalmologlar;
4. Laboratoriya shifokorlari;
5. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari;
6. Klinik farmakologlar;

7. Talabalar, klinik ordinatorlar, magistrantlar, doktorantlar, tibbiyot oliy o'quv yurtlari o'qituvchilari;
8. Ushbu patologiyaga ega bemorlar, ularning oila a'zolari va parvarish qiluvchilar.

Ushbu protokol Rozatsea diagnostikasi va davolashning zamonaviy usullarini hamma joyda sog'liqni saqlash amaliyotiga joriy etish uchun asosdir.

Ushbu nozologiyada bemorlarning toifasi: rozatsea tashxisi qo'yilgan bemorlar tekshiruvdan o'tkaziladi.

Dalillarga asoslangan tibbiyot bo'yicha dalillar darajasini baholash shkalasi.
Tashxis usullari (diagnostik aralashuvlar) uchun dalillarning ishonchlilik darajalarini baholash shkalasi

DID	Izoh
1	Referens usul bilan nazorat qilingan tadqiqotlarning tizimli sharhi yoki meta-tahlilni qo'llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlarning tizimli sharhi
2	Referens usul bilan nazorat qilinadigan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlar va metatahlilni qo'llagan holda randomizatsiyalangan klinik tadqiqotlardan tashqari har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari
3	Referens usul bilan ketma-ket nazorat qilinmaydigan tadqiqotlar yoki o'rganilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usul bilan tadqiqotlar yoki randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlar
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi
5	Faqat ta'sir mexanizmining asosi yoki ekspertlarning fikri mavjud

Profilaktik, davolash, reabilitatsion aralashuvlar uchun dalillarning ishonchlilik darajalarini baholash shkalasi

DID	Izoh
1	Meta-tahlilni qo'llagan holda RNTning tizimli tahlili
2	Meta-tahlilni qo'llagan holda alohida RNT va har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli sharhlari, RNT bundan mustasno
3	Kogort tadqiqotlarini o'z ichiga olgan randomizatsiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar
4	Qiyoslab bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, «holat-nazorat» tadqiqotlari
5	Faqat aralashuvning ta'sir mexanizmini asoslash (klinikadan oldingi tadqiqotlar) yoki ekspertlarning fikri mavjud

Profilaktika, diagnostika, davolash, reabilitatsiya tadbirlari uchun tavsiyalarning ishonchliligi darajasini baholash shkalasi

TID	Izoh
A	Kuchli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalari) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega, ularning qiziqarli natijalar bo'yicha xulosalari kelishilgan)
B	Shartli tavsiya (ko'rib chiqilayotgan samaradorlikning barcha mezonlari (natijalari) muhim emas, barcha tadqiqotlar ham yuqori yoki qoniqarli uslubiy sifatga ega emas va/yoki ularning qiziqarli natijalar bo'yicha xulosalari muvofiq emas)

C	Kuchsiz tavsiya (sifatga ega bo'lgan dalillarning yo'qligi (ko'rib chiqilayotgan barcha samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar past uslubiy sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo'yicha xulosalari bir-biriga mos kelmaydi)

1. Asosiy qismi.

1.1. Kirish

Rozatsea surunkali yallig'lanishli dermatoz bo'lib, yuz terisining eritema va papulopustulyar elementlar shaklida shikastlanishi, fimoz va ko'zning shikastlanishi bilan tavsiflanadi. Rozatsea angionevroz bo'lib, asosan trigeminal asabning innervatsiya zonasida lokalizatsiya qilinadi va turli sabablarga ko'ra quyidagi guruhlariga birlashtirilishi mumkin: qon tomir kasalliklari, dermaning biriktiruvchi to'qimasidagi o'zgarishlar, mikroorganizmlar, ovqat hazm qilish traktining disfunktsiyasi, immunitet buzilishi, yog' -soch apparati o'zgarishi, oksidlovchi stress, iqlim omillari, psixovegetativ buzilishlar. Kasallik ko'pincha 30-50 yoshdagi ayollarda rivojlanadi, ularda yuz terisi vaqtinchalik qizarishiga ma'lum genetik moyillikka ega, kamroq-bo'yin va "dekolte"zonasi zararlanadi. Dermatozga 1 va 2 fototipli shaxslar ko'proq moyil bo'ladi, deb ishoniladi, ammo kasallik terining har qanday fototipida paydo bo'lishi mumkin.

Dunyoda Rozatsea tarqalishi 1 dan 20% gacha. Rozatsea holatlarining 80 foizida 30 yoshdan oshgan odamlarda tashxis qo'yiladi. Bemorlarning 20,8 foizida ko'zning shikastlanishi oftalmorozatsea shaklida aniqlanadi. Ko'pincha oftalmorozatsea juda kech tashxis qilinadi; terining namoyon bo'lishi bilan og'rigan bemorlarning taxminan 50 foizida ko'zning shikastlanishi ham mavjud.

2.2 Ta'rif

Rozatsea – surunkali polietiologik yallig'lanishli dermatoz bo'lib, yuz terisining eritema, telangiektaziya va papulopustulyar elementlar bilan zararlanishi, fimoz va B ba'zi hollarda – ko'zning shikastlanishi bilan tavsiflanadi. [1]

2.3 Tasniflash

Klinik tasnifi:

Rozatsea quyidagi asosiy turlarga bo'linadi

- eritematoz-telangiektatik
- papulo-pustular
- fimatoz
- oftalmorozatsea [2-5]

2.4 Kasallikning klinik ko'rinishi

Eritematoz-telangiektatik rozatsea turidagi klinik ko'rinish avval vaqtinchalik eritemaning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi, u issiq chaqnashlar bilan kuchayadi va keyin doimiy bo'lib qoladi. Eritema asosan yonoqlar va burunning yon tomonlarida joylashgan. Eritemaning rangi kasallikning davomiyligiga qarab yorqin pushti rangdan ko'kimtir qizil ranggacha o'zgarishi mumkin. Eritema fonida bemorlarda turli diametrlilik telangiektaziyalar va terining shishishi paydo bo'ladi. Bemorlarning aksariyati eritema sohasida qizish va sanchish hissi bo'yicha shikoyat qiladilar. Kasallikning namoyon bo'lishi past va yuqori harorat, alkogol, achchiq ovqatlar va psixo-emotsional stress ta'sirida kuchayadi. Teri mahalliy dori-darmonlar va ultrabinafsha nurlanishiga yuqori

sezuvchan bo'lib qoladi. Hatto indeferent va quyoshdan saqlaydigan kremlar ham yallig'lanishning kuchayishiga olib kelishi mumkin.

Rozatseaning papulo-pustular turi shunga o'xshash klinik ko'rinish bilan tavsiflanadi, bemorlar, odatda, eritema sohasidagi sub'ektiv his-tuyg'ularni qayd etmaydilar, ammo papulyar toshmalar bo'yicha shikoyat qiladilar. Toshmalar yorqin qizil rangli va perifolikulyar joylashuv bilan ajralib turadi. Qipiqilanish odatda bo'lmaydi. Keyinchalik tarqalgan eritema sohasida turg'un shish paydo bo'lishi mumkin. Bu holat erkaklarda ko'proq uchraydi. [6-12]

Gipertrofik yoki fimatoz rozatsea turi bilan to'qimalarning sezilarli darajada qalinlashishi va terining notekis tuberozligi kuzatiladi. Burun terisida bunday o'zgarishlarning paydo bo'lishi rinofima, peshona terisida — metafima, iyak terisida — gnatofima, quloq suprasi terisida (ko'pincha monolateral) — otofima deb ataladi. Kamroq tez-tez, jarayon ko'z qovoqlari terisiga tarqaladi (blefarofima). Do'mboqchasimon hosilalar paydo bo'lishining to'rtta gistopatologik varianti mavjud: glandular, tolali, fibroangiomas va aktinik. [19]

Okulyar turi yoki **oftalmorozatsea** klinik jihatdan asosan blefarit va kon'yunktivitning kombinatsiyasi bilan ifodalanadi. Kasallikning klinik ko'rinishi ko'pincha takroriy xalazion va meybomit bilan birga keladi. Konyunktival telangiektaziyalar ham kuzatilishi mumkin. Bemorlarning shikoyatlarida o'ziga xoslik yo'q – qizish, qichishish, fotofobiya, begona jism mavjudligi hissi ko'pincha qayd etiladi. Oftalmorozatsea keratit, sklerit va irit bilan asoratlanishi mumkin, ammo amalda bunday o'zgarishlar kam uchraydi. Kamdan kam hollarda ko'z belgilarining rivojlanishi teri simptomlari namoyon bo'lishiga to'sqinlik qiladi. [5,7]

Granulomatoz rozatsea – rozatseaning bir varianti sifatida qaraladi, u zich, sariq, jigarrang yoki qizil papulalar bilan ajralib turadi, ular keyinchalik chandiq qoldirishi mumkin. Bunday holatda yallig'lanish reaksiyasi klassik rozatsea bilan solishtirganda sezilarli darajada zaifroq yoki umuman ahamiyatsiz bo'lishi mumkin. Kasallikning asosiy lokalizatsiyasi yonoq va periorifitsial sohalardir. Papulalarning o'lchamlari har xil, ammo bitta bemorda ular bir xil bo'ladi. Ushbu kasallik variantiga diaskopiyada gumon qilish mumki: eritema fonida joylashgan papulalar sarg'ayadi. Biroq, aniq tashxis qo'yish uchun gistologik tekshiruv o'tkazilishi kerak. [6,8]

Rozatseaning alohida shakllari:

Konglobat rozatsea. Ushbu shakl qizargan teri fonida katta sharsimon tugunlar — konglobatlarning paydo bo'lishi bilan tavsiflanadi. Bunday holat ko'pincha yod yoki bromni o'z ichiga olgan dori-darmonlarni qabul qilishda yuzaga keladi.

Steroidli rozatsea. Uzoq vaqt davomida turli xil teri kasalliklari uchun mahalliy gormonal malhamlardan (ayniqsa ftorid bilan) foydalanadigan odamlarda rivojlanadi.

Steroid shakldagi rozatseani davolash juda qiyin.

Fulminant shakli. U asosan yosh ayollarda rivojlanadi. Rozatseaning ushbu shaklini keltirib chiqarishi mumkin bo'lgan omillar orasida asab-ruhiy kasalliklar, homiladorlik, menopauza paytida tanadagi gormonal o'zgarishlar mavjud. Fulminant shakli - bu konglobat Rozatseaning eng murakkab turidir.

Kasallik to'satdan rivojlanib, tez rivojlanib, husnning buzilishiga olib keladi. Ushbu ko'rinish fonida yosh ayollarda ko'pincha depressiv holatlar va nevrozlar rivojlanadi. Ushbu shaklda rozatseani davolash samarasi past hisoblanadi.

Rozatsea-limfoedema (shish shakli). Rozatseaning juda kam uchraydigan shakli bo'lib, yuzning kuchli shishishi bilan namoyon bo'ladi, u yonoqlarda, iyakda, peshona, burun va ko'zlar atrofida joylashadi. Shish qip-qizil rangga ega va bosilganda botiqlik qolmaydi, chunki yuz suyuqlik tufayli emas, balki teri osti qatlamining o'sishi tufayli shishadi. Ushbu shaklda umumiy holat ko'p ham yomonlashmaydi, ammo husnning buzilishi kuchli namoyon bo'ladi.

2. Tashxisiy usullar, yondashuvlar va muolajalar

2.1. Tashxisiy 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>

Rozatsea tashxisining yagona mezoni-bu periokulyar joylarga zarar bermasdan, kamida 3 oy davomida mavjud bo'lgan yuzning markaziy qismi doimiy eritemasi hisoblanadi. Qizish, papulalar, pustulalar va teleangioektaziya kabi alomatlar tashxis qo'yish uchun asosiy bo'lmagan qo'shimcha belgilardir.

1) Shikoyatlar va anamnez:

Bemorlarning shikoyatlari kasallik turiga qarab har xil bo'lishi mumkin

Eritematoz-teleangioektatik turi:

- Boshida – o'tib ketuvchi qizarish doimiy eritemaga aylanishi.
- Qizish, sanchish.
- Terining sezgirligi oshishi, quruqlik.
- Yaqqol bo'lmagan yoki aniq bilinuvchi telangiektaziyalarning mavjudligi.

Papulo-pustular turi:

- Yuz terisida toshmalar, kamroq — bo'yin va ko'krakda.
- Eritema sohasida qizish va sanchish hissi.
- Past va yuqori harorat, alkogol, achchiq ovqatlar va psixo-emotsional stress ta'sirida kasallikning namoyon bo'lishining kuchayishi.
- Terining tashqi dori-darmonlarga, terini parvarish qilish vositalariga, quyoshdan himoya qiluvchi vositalariga va ultrabinafsha nurlanishiga yuqori sezuvchanligi.
- Quruqlik, terining qattiqlashishi

hissi.

Fimatoz yoki gipertrofik turi:

- Burundagi terining notekisligi, kamroq - peshonada, iyakda, quloq suprasida, ko'z qovoqlarida.

Oftalmorozatsea yoki okulyar turi:

- Ko'zlarda qizish hissi.
- Ko'zlarning qichishi.
- Fotosezuvchanlik, fotofobiya holatigacha.
- Ko'zlarda begona jism hissi.
- Ko'zlarning qizarishi.
- Ko'z oldida parda hissi.
- O'zgaruvchan ko'rish.

Granulomatoz rozatsea:

- Yuz terisining qizarishi.
- Doimiy papulyar toshmalar.
- Quruqlik, terining qattiqlashishi hissi

2) Fizik tekshiruv:

Bemor teri qoplamalarining vizual ko'rikdan o'tkazilishi tashxis qo'yishda asosiy hisoblanadi. Rozatsea tashxis kriteriyalari yuzning markaziy qismida 3 oy davomida mavjud bo'lgan barqaror eritema, periokulyar sohalarning zararlanmasligi va fima mavjudligini o'z ichiga oladi..

3. Laboratoriya tadqiqotlari

- Umumiy qon tahlili
- Zaxm uchun skrining testlari
- Demodex folliculorum ga tekshirish
- Zaxmga tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG va IgM
- Umumiy peshob tahlili
- Umumiy axlat tahlili
- Qon biokimyoviy tahlili
- Gistologik tekshiruv
- LE-hujayralariga qon tahlili
- Antitanalarni IFA, PZR, IXLA va IFIA usullar bilan tashxislash
- Qondagi D vitamining miqdorini IFA, IXLA usulida aniqlash
- Qalqonsimon bez gormonlari uchun qon tahlili (erkin T3, erkin T4, TTG, TPO ga AT, TG ga AT)
- Mikologik tahlil
- Antibiotiklarga sezuvchanlikni aniqlash bilan mikrobiologik tekshiruv
- Qonning immunologik tahlili

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

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

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

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

**C
4**

Rozatsea tashxisini qo'yish uchun Demodex spp. va mikroorganizmlarni aniqlash maqsadida mikroskopik tadqiqotlar o'tkazish, shuningdek, yiringcha ichidagi moddaning mikrobiologik tadqiqotini o'tkazib, antibiotiklarga sezgirligini aniqlash tavsiya etiladi.

**B
2**

Tizimli retinoidlar tayinlashdan oldin va davolash davomida har oy qonning biokimyoviy ko'rsatkichlarini nazorat qilish tavsiya etiladi: umumiy bilirubin, ALT, AST, triglitseridlar, umumiy xolesterin, glyukoza, kreatinin va ishqoriy fosfataza.

Izohlar:

Izotretinoin preparati potensial teratogen hisoblanadi va nojo'ya ta'sirlarga ega. Izotretinoinning xavfsizligi bo'yicha mavjud ma'lumotlar asosida quyidagi asosiy qoidalar shakllantirilgan:

Izotretinoin bilan davolash kursi odatda yaxshi ko'tariladi va xavfsiz deb hisoblanadi.

Teri va shilliq qavatlardan kelib chiqadigan nojo'ya ta'sirlar tez-tez uchraydi, lekin ular qaytar bo'lib, namlovchi mahalliy terapiya bilan yaxshi davolanadi va odatda preparatni to'xtatishni talab qilmaydi.

Suyak-mushak tizimiga ta'sir qiluvchi nojo'ya ta'sirlar kamdan-kam uchraydi.

Ba'zida laborator ko'rsatkichlarda kichik o'zgarishlar kuzatiladi, bu esa davoni to'xtatishni talab qilmaydi.

Jigar funksiyasi va lipid almashinuvi ko'rsatkichlarini davolash boshlanganidan keyin 2–4 hafta ichida tahlil qilish tavsiya etiladi.

Terapiyadan so'ng kontratseptiv davr 5 haftani tashkil etadi.

4. Instrumental tadqiqotlar:

- Ichki organlarning ultratovush tekshiruvi
- Fotohujjatlashtirish va diagnostika uchun dasturiy-

apparat komplekslari

<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	Vaziyatning og'irligini baholash uchun terining holatini tashxislash tavsiya etiladi, shu jumladan: <ul style="list-style-type: none">- dermatoskopiya;- terining sirtini uch o'lchovli tasvirlash moslamasidan foydalanish;- fotografik hujjatlar va diagnostika uchun dasturiy-apparat komplekslaridan foydalanish
----------------	--

5. Qo'shimcha tekshiruv

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

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

C 5	Agar kerak bo'lsa, boshqa teri kasalliklari bilan differentsial tashxis qo'yish kerak - zararlangan soha terisining biopsiya materialini patologik va anatomik tekshirish tavsiya etiladi
----------------	---

6. Mutaxassislar bilan maslahatlashish uchun ko'rsatmalar

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

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

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

C 4	Oftalmolog bilan maslahatlashish oftalmorozatsea uchun qo'shimcha yordamning hajmi va xususiyatini aniqlash, shuningdek kasallikning murakkab kechishida davolanishni buyurish tavsiya etiladi.
----------------	---

C 4	Qo'shimcha tekshiruvning hajmi va xususiyatini aniqlash uchun gastroenterolog bilan maslahatlashish tavsiya etiladi
----------------	---

Differentsial tashxis:

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

Tashxis	Differentsial diagnostika uchun asos
Oddiy husnbuzar	akne ko'pincha rozatsea bilan birga bo'lmagan komedonlarni ko'rsatadi. Shuningdek, akne bel, ko'krak va yelkalariga ta'sir qilishi mumkin, rozatsea esa asosan yuzga ta'sir qiladi.
Seboreyali dermatit	seboreyali dermatit yog'li sarg'ish qaloqlar va qichishish bilan tavsiflanadi, rozatsea esa kamdan-kam hollarda qipiqlanadi va qichishish asosiy alomat emas.
Qizil yugurik	bunda eritema aniqroq, papulalar va pustulalarsiz, tizimli ko'rinishda kechadi. Tashxis laboratoriya tekshiruvlari bilan tasdiqlanadi (masalan, antinuklear antitanalar).
Perioral dermatit	perioral dermatit kamdan - kam hollarda yuzning Markaziy joylariga (yonoq, burun) ta'sir qiladi.
Fotodermatozlar	quyosh nuri ta'siri bilan qat'iy bog'liq bo'lib, zararlanishlar yuzdan tashqarida ham joylashishi mumkin.

4.Davolash, shu jumladan medikamentoz va nomedikamentoz terapiya, diyetaterapiyasi, og'riq qoldirish, davolash usullaridan foydalanishga tibbiy va qarshi ko'rsatmalar

<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/>

4.1 Ambulatoriya va statsionar darajadagi davolash taktikasi:

Nomedikamentoz davolash:

- Cheklovlar:
 - Issiq va achchiq ovqatlar, shuningdek sitrus mevalar.
 - Spirtli ichimliklar va gazlangan ichimliklar.
 - Issiq xonada yoki quyosh nurida uzoq vaqt qolish.
 - Haroratning keskin o'zgarishi (sovuq — issiqlik).

Fizioterapevtik muolajalar:

Rozatsea bilan og'rigan bemorlarga davolanish samaradorligini oshirish uchun fizioterapevtik muolajalarini kombinatsiyada qo'llash tavsiya etiladi.

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

C 4	Medikamentoz terapiyaning samaradorligini oshirish uchun mikrooqimli terapiya usuli. Jarayon limfa drenaji rejimida olib boriladi, haftasiga 2-3 marta, bitta kursda 10 muolaja buyuriladi
C 5	Rozatsea bilan og'rigan barcha bemorlarga yallig'lanishga qarshi, vazokonstriktor va antiedematoz ta'sirga ega bo'lgan krioterapiya tavsiya etiladi. Jarayon haftasiga 2-3 marta amalga oshiriladi, kurs 10 muolajadan iborat.

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

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

B 3	Nokogerent intensiv yorug'lik nurlanishining manbalari (IPL), shuningdek diodli, kaliy-titanil-fosfat (CTR), aleksandrit va zamonaviy uzun pulslil neodimli lazerlari na allumotritium granat lazerlari (Nd:YAG lazerlari).
--------	---

B 3	Impulslil bo'yoq lazeri (PDL)
--------	-------------------------------

C 3	Past intensiv yorug'lik terapiya Elektroforez IK – lazer
--------	--

C 3	Plazmaferez VQLN Ozonterapiya
--------	-------------------------------------

Medikamentoz davolash.

O'zbekiston Respublikasida kafolatlangan bepul tibbiy yordam hajmi va majburiy ijtimoiy tibbiy sug'urta tizimi doirasida ro'yxatdan o'tkazilmagan dori vositalarini klinik protokolga kiritish xarajatlarni qoplash uchun asos bo'la olmaydi.

Jadval-1

Asosiy dori vositalari ro'yxati (100% qo'llanilish ehtimoliga ega):

<i>Farmakoterapevtik guruhi:</i>	<i>DV XPN</i>	<i>Qo'llash usuli</i>	<i>Dalillar darajasi</i>
Antibakterial vositalar	Doksisiklin monogidrat va gidroklorid (tanlov vositasi)	100-200 mg kuniga peros 14-21 kun, qo'llab-quvvatlovchi doza kuniga 100 mg 12 hafta Past doza 40mg/kun uchun 6 oy	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:matn=O'zbekiston%20importanc e%20is%20the%20fact uchun%20patients%20using%20t o'zining%20drug
	Klaritromitsin (o'rin bosuvchi vosita)	Kuniga 500 mg ichishga 14-21 kun davomida (28 kungacha mumkin)	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:matn=O'zbekiston%20importance%20is%20the%20fact kt uchun%20patients%20using%20this%20drug
	Eritromitsin (o'rin bosuvchi vosita)	0.25 mg kuniga 4 marta peros 14-21 kun davomida (ehtimol qadar 28 kun)	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:matn=O'zbekiston%20importance%20is%20the%20fact kt uchun%20patients%20using%20this%20drug

	Tetrasiklin	250-500 mg kuniga 2 marta 12 haftagacha	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone
	Azitromitsin	250 mg kuniga bir marta	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone

			medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone
	Oksitetratsiklin	kuniga 1-2 tabletka (250-500 mg) yoki bitta dozada yoki bo'lingan holda uch oy davomida bo'lingan dozalarda	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone
	Limetsiklin	150 mg kuniga 2 marta 30 kun davomida, keyin kuniga 150 mg 60 kun davomida	kuniga 150 mg (C) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb1_msp_iphone
Giposensibilizatsiya vositalari	Tiosulfat natriy	v/i - 5-50 ml 30% li eritma ichishga - 2-3 g 10% li eritma ko'rishida qabul qilinadi.	(C) https://mediqlab.com/drugs/9c93b060-8249-4c9e-b43b-602ffc4d42b6

	Glyukonat kalsiy	V/i, v/i sekin (2-3 daqiqa davomida) yoki tomchilab, kattalarga - 5-10 ml 100 mg/ml eritma har kuni, bir kundan keyin yoki 2 kundan keyin. Bolalarga vena ichiga sekin (2-3 daqiqa davomida) yoki tomchilab, yoshiga qarab, har 2-3 kunda 1 ml dan 5 ml gacha 100 mg/ml eritmadan yuboriladi.	(C) https://mediqlab.com/drugs/14a71333-052b-490a-bbe4-295b544ebc4a
ATAa Antioksidantlar	Glutation	m/i (mushak ichiga) yoki v/i (venaga) asta-sekin (2-3 daqiqa davomida) yoki infuziyalar orqali 600 mg kuniga yoki 1200 mg har ikkinchi kun. Ichish: 250 mg kungacha, asta-sekin til ostida eritib qabul qilish. Qabul qilish kursi: 2-3 oylik sikllar, ularni yilga 2-3 marta takrorlash mumkin.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
	Alfa tokoferol atsetat (E vitamini)	Ovqatdan keyin kuniga 50-100 mg dozada ichiladi	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
	Retinol atsetat (A vitamini)	Kattalar uchun eng yuqori kunlik doza 100 000 XB dan oshmasligi kerak.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
	Alfa-lipoy kislotasi	Kattalar uchun 600 mg miqdorida kuniga kamida 30 daqiqa davomida tomchilab yuborish orqali vena ichiga yuboriladi. Kattalar va 14 yoshdan oshgan bolalarga ovqatdan oldin kuniga 1 mahal 1 kapsuladan ichiladi.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/

	A + E vitamini	Ovqatdan keyin kuniga ichish uchun 100 mg dan vitamin E + 100 000 XB vitamin A dozasida	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /
	Askorbin kislotasi (C vitamini)	Ichga, m/o, v/i Tanqislik holatlarining oldini olish uchun - kuniga 25-75 mg. Davolash uchun kuniga 250 mg va undan ortiq bo'lingan dozalarda	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /

Mahalliy vositalar		
Ivermektin, krem 1%	Yuz terisiga kuniga 1 marta (kechasi) surtiladi, papula-pustulez rozatsea turini davolash kursi davomida har kuni, 4 oygacha davom ettiriladi. Zarur bo'lsa, davolash kursini qayta takrorlash mumkin	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/6римоидина
brimonidin tartrat, gel 0,5% gel	Gelning oz miqdorini ingichka qatlam bilan yuzning har bir 5 zonasiga (peshona, iyak, burun, yonoqlar) kuniga 1 marta (ertalab) surtiladi, rozatsea sababli yuzdagi doimiy eritema davolash uchun.	(D) qo'llaniladi.https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22367374/Оксиметазолин
Oksimetazolin krem 1%	Terining barcha ta'sirlangan joylariga kuniga 1 marta	(A) https://emedicine.medscape.com/article/1071429-overview-guidelines?src=mb_l_msp_iphone_iphone
metronidazol, gel 0,75%, krem 1%	2 kuniga 2 marta , ertalab va kechqurun, 3-9 hafta davomida	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/азелаиновая

azelain kislota, gel 15%, krem 20%	Gel barcha zararlangan teri qismlariga surtiladi 2 marta kuniga (ertalab va kechqurun) qo'llaniladi.	(A) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/85893/
klindamitsin fosfat, gel 1% yoki klindamitsin gidroxloridi, tashqi foydalanish uchun eritma 1%.	Ingichka qatlam gel yoki eritma zararlangan teri hududiga (avval tozalangan va quruq bo'lishi kerak) kuniga 2 marta surtiladi. Davolash kursi 6-8 haftadan ortiq bo'lmasligi kerak.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27271164/ такроли мус .nih.gov/27271164/
Takrolimus, malham 0,03%, 0, 1%	Kuniga 2 marta ingichka qatlam bilan zararlangan teri qismlariga surtiladi. Agar 2 hafta davomida samarasi bo'lmasa, terapevtik taktikani o'zgartirish masalasini ko'rib chiqish kerak.	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/ пимекр олимус .nih.gov/13767162/
pimekrolimus 1%	Kuniga 2 marta ingichka qatlam bilan zararlangan teri qismlariga surtiladi.	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/13767162/ бензоил пероксид .nih.gov/13767162/
benzoilperoksid, 2,5-5- 10% gel	Zararlangan yuzaga 2 marta kuniga (ertalab va kechqurun) toza va quruq teriga surtiladi.	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/ Адапале н .nih.gov/35088499/
Adapalen 0,1% krem, gel	Kuniga 1 marta kechasi toza teriga butun zararlangan yuzaga surtiladi. Terapevtik ta'sir 4-8 hafta ichida rivojlanadi, barqaror yaxshilanish esa uch oylik davolash kursidan keyin kuzatiladi. Zarur bo'lsa, davolash kursi uzaytirilishi mumkin.	(D) https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2009/0901/p461.html / 1000
Klinadimitsin (klindamitsin fosfati shaklida) 10 mg, benzoil peroksid suvdan holi (benzoil peroksid suvli 77 % shaklida) 50 mg.	Ingichka qatlam bilan butun zararlangan hududga kuniga 1 marta kechqurun, terini tozalash vositasi bilan yaxshilab tozalagandan va teri to'liq quriganidan so'ng surtiladi. Tavsiya etilgan foydalanish davri 2-5 hafta, lekin preparatni doimiy ravishda qo'llash muddati 12 haftadan oshmasligi kerak..	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/

Dekasan	Bint yoki matoni eritma bilan namlab, zararlangan joyga 10–15 daqiqa qo‘ying. Kuniga 1–2 marta bajarish mumkin.	(D) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35088499/
---------	---	--

Eslatma: dori-darmonlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan alohida belgilanadi.

Jadval-2

Tashqi foydalanish uchun asosiy dorilar ro'yxati (foydalanish ehtimoli 100% dan kam):

<i>DV XPN</i>	<i>Qo'llash usuli</i>	<i>Dallillar darajasi</i>
Sianokobalamin (B12 vitamini)	m/o yoki v/i 1 mg dan har kuni 1-2 hafta davomida, ushlab turuvchi doza 1-2 mg m/o yoki v/i - haftasiga 1 martadan, oyiga 1 martagacha.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
Piridoksin gidroxlorid (B6 vitamini)	m/o, preparat dozasi shifokor individual ravishda kuniga 1-2 mg/kg tana vazniga hisoblab tayinlaydi.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
Riboflavin mononukleotidi (B2 vitamini)	Ichish uchun: kattalarga - kuniga 5-10 mg; bolalarga - kuniga 1 marta 2-5 mg. Davolash davomiyligi 1-1,5 oy. M/o: 1 ml 1% eritma (0,1 g) kuniga 1 marta 10-15 kun davomida (bolalarga - 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 marta; davolash kursi - 15-20 inyeksiya.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/
Tiamin gidroxlorid (B1 vitamini)	m/o (chuqur) Preparatni yuborishni kichik dozalardan boshlash tavsiya etiladi (ko‘pi bilan 0,5 ml 5% eritma) va faqat yaxshi ko‘tara olganda yuqori dozalarga o‘tish mumkin. Kattalarga 25-50 mg tiamin gidroxlorid (0,5-1 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal, har kuni, bolalarga 12,5 mg (0,25 ml 5% li eritmasi) kuniga 1 mahal buyuriladi.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb/

<p>Xolekalsiferol vitamini) (D</p>	<p>D vitamini tanqisligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi <20 ng/ml)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8 hafta davomida har haftada 50 000 XB ichish uchun - 200 000 XB har oyda 2 oy davomida ichish uchun - 150 000 XB har oyda 3 oy davomida ichish uchun - 6000 - 8000 XB kuniga - 8 hafta ichish uchun <p>D vitamini yetishmovchiligini korreksiyasi (25 (OH) D darajasi ≥20 va <30 ng/ml)</p> <ul style="list-style-type: none"> - 4 hafta davomida har hafta 50 000 XB ichish uchun - 200 000 XB bir marta ichishga - 150 000 XB bir marta ichishga - 6000 - 8000 XB kuniga - 4 hafta ichish uchun <p>D vitamini darajasini qo'llab-quvvatlab turish ≥30 ng/ml</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1000 - 2000 XB har kuni ichish uchun - 6 000 - 14 000 XB haftada bir marta ichish uchun 	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb /</p>
<p>Izotretinoin</p>	<p>Tana vaznining har kilogrammiga 0,1-0,3 mg miqdorida kuniga 1 marta ovqatdan so'ng og'iz orqali 4-6 oy davomida qabul qilish</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=Of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients%20using%20this%20drug</p>
<p>Belladonna alkaloidlari + fenobarbital + ergotamin</p>	<p>1 tabletkadan peroral ravishda sutkasiga 2 marta 4 hafta davomida</p>	<p>(D)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients</p>
<p>Ksantinol nikotinat, 300 mg</p>	<p>sutkasiga 2 marta ichishga 4 hafta davomida</p>	<p>(D)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1781761/#:~:text=of%20importance%20is%20the%20fact,for%20patients</p>

		20is%20the%20fa ct, for%20patients %20using%20this 20drug
Dezloratadin	Tabletkalar 5 mg, eritma 10 tomchi og'iz orqali kuniga 1 marta 7-14 kun	(Bilan) https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954
Siterizin	Tabletkalar 5 mg, eritma 10 tomchi og'iz orqali kuniga 1 marta 7-14 kun	(Bilan) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bae79ce7abb
Levositerizin	Tabletkalar 5 mg, eritma 20 tomchi og'iz orqali kuniga 1 marta 7-14 kun	(Bilan) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bae79ce7abb
Xloropiramin	Tabletkalar 25 mg dan kuniga 3-4 marta, kattalarga m/o yoki v/i yuborilganda bir martalik doza 20-40 mg ni tashkil qiladi	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bae79ce7abb
Ebastin	Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza 10-20 mg/sut.	(C) https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86
Loratadin	Tabletkalar 5 mg, eritma 10 tomchi og'iz orqali kuniga 1 marta 7-14 kun	(Bilan) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bae79ce7abb
Bilastin	Ichishga. Kattalar uchun tavsiya etilgan doza 10-20 mg/sut.	(C) https://mediqlab.com/drugs/1929f27b-33f3-48ad-941a-1ebee376df86
Gidroksizin	Ichishga. 12.5-50 mg/sutka Maksimal bir martalik doza 200 mg dan oshmasligi kerak, maksimal sutkalik doza 300 mg dan oshmasligi kerak.	(C) https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb

	<p>Keksa yoshdagi bemorlarda boshlang'ich dozani 2 baravar kamaytirish kerak.</p> <p>O'rta va og'ir darajadagi buyrak yetishmovchiligi bo'lgan, shuningdek jigar yetishmovchiligi bo'lgan bemorlarga dozani kamaytirish zarur.</p>	
Valeriana ekstrakti	<p>Ichishga. Kattalar va 12 yoshdan oshgan bolalarga 1-2 tabletkadan kuniga 3 mahal ovqatdan keyin beriladi. Davolash davomiyligi 2-4 hafta. Shifokor ko'rsatmasi bilan takroriy davolash kurslarini o'tkazish mumkin.</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/</p>
Adonis-brom	<p>Ichishga, 1 tab. Ovqatdan keyin kuniga 3 marta. Davolash kursi - 25-30 kun. Takroriy kurslarni o'tkazishning maqsadga muvofiqligi shifokor tomonidan belgilanadi.</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/</p>
Essensial fosfolipidlar	<p>vena ichiga asta-sekin 1-2 ampula (5-10 ml), eritma bemorning qoni bilan 1:1 nisbatda suyultiriladi.</p> <p>Preparatni suyultirish zarur bo'lganda infuzion yuborish uchun faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasidan foydalaniladi.</p> <p>Ichkariga. 12 yoshdan oshgan va tana vazni 43 kg dan yuqori bo'lgan o'smirlar, shuningdek kattalar uchun ovqat paytida kuniga 3 marta 2 kapsuladan qabul qilish</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb</p>
Oksimatin	<p>Mushak orasiga 600 mg dan kuniga bir marta. Vena ichiga 600 mg 100-250 ml 5% li glyukoza eritmasida yoki 0,9% li natriy xlorid eritmasida eritiladi. Vena ichiga tomchilab, daqiqasiga 60 tomchi tezlikda, kuniga bir marta yuboriladi</p> <p>ichishga, 2 kapsuladan (0,2 g oksimatin) kuniga uch marta. Zarur bo'lsa, kunlik dozani kuniga uch marta 3 kapsulagacha oshirish mumkin (bu 0,3 g oksimatrining teng).</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb</p>
Antral	<p>Kattalar va 10 yoshdan katta bolalarga sutkasiga 3 marta ovqatdan keyin ichishga 200 mg dan,</p> <p>4-10 yoshli bolalarga - qabul uchun 100 mg dan</p>	<p>(C)</p> <p>https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb</p>
Metronidazol	<p>4-6 hafta davomida og'iz orqali kuniga 1,0-1,5 g (ehtimol 8 haftagacha)</p>	<p>(C)</p> <p>https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/</p>

Ornidazol	0,5 g sutkasiga og'iz orqali 10 kun davomida	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Ekstrakt aloe	Teri ostiga. Har kuni 1 ml (maksimal kunlik doza 3 - 4 ml), 5 yoshgacha bolalarga – 0,2-0,3 ml, 5 yoshdan katta bolalar uchun – 0,5 ml. Kurs 30-50 in'eksiya, takroriy davolash kurslari ikki-uch oylik tanaffusdan keyin o'tkaziladi.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Steklovidnoe telo	Teri ostiga 2 ml har kuni kiritiladi. Davolash kursini takrorlash tavsiya etiladi bir oy o'tgach yoki keyinroq. Davolash kursining davomiyligi individual ravishda belgilanishi kerak.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/
Rekombinant IFN alfa-2b, rektal suppozitoriyalar	Kattalar uchun: 500 000 ME kuniga 2 marta, 10 kun davomida. Bolalar uchun: 3 000 000 ME kuniga 2 marta, 10 kun davomida. Homilador ayollar uchun: 1 000 000 ME kuniga 2 marta, 10 kun davomida.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/78/
Inozin pranobeks	Ichish uchun, ovqatdan keyin, 500 mg kuniga 3–4 marta, 10 kun davomida.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/78/
Meglyumin akridonatsetat	3 ta in'eksiya 24 soatlik interval bilan, so'ng yana 3 ta in'eksiya 48 soatlik interval bilan.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/78/
Tiloron digidroxlorid	Dastlabki 2 kun davomida kuniga 1–2 tabletka (250 mg), keyin kun ora 1 tabletka (125 mg) 2–4 hafta davomida. Yoki remissiya davrida: 0,125 g (1 tabletka) ovqatdan keyin, har haftaning dastlabki 2 kunida, jami 5 hafta davomida. Kurs dozasi – 1,25 g.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/78/
Azoksimer bromid	Ichish uchun, ovqatdan keyin, 6 mg kuniga 2 marta yoki 12 mg kuniga 1 marta, 10 kun davomida.	(C) https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33759078/78/

Tizimli retinoidlar og'ir va tez qaytalanadigan bo'ladigan rozatsea turlarida tavsiya etiladi.

Izoh: Agar ma'lum bir guruhga kiruvchi zarur preparat shifoxonada qo'llash uchun tasdiqlangan ro'yxatda bo'lmasa yoki vaqtincha mavjud bo'lmasa, shifokor muqobil preparatni buyurishi mumkin (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo'lgan preparatlar). Dori

vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib chiqqan holda amalga oshiriladi. Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.

Terini namlash uchun preparatlar (emulsiyalar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo'shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va pardoziy vositalari, 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.

Jarrohlik davolash

Rozatsea fimatoz turini davolashda jarrohlik kesish, lazerli dermabrazziya tavsiya etiladi.

Tibbiy yordam ko'rsatishni tashkil etish

Birlamchi tibbiy-sanitariya yordami ko'rsatish doirasida terapevtlar, pediatrlar va umumiy amaliyot shifokorlari bemorda teri toshmalari, rozatsea belgilari yoki simptomlarini aniqlaganda, bemorni birlamchi ixtisoslashgan tibbiy-sanitariya yordami olish uchun dermatovenerologik yo'nalishdagi tibbiy tashkilotga yuboradilar.

Agar birlamchi ixtisoslashgan tibbiy yordam doirasida zarur yordam ko'rsatish imkoni bo'lmasa va tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lsa, bemor ixtisoslashgan tibbiy yordam ko'rsatadigan tashkilotga yuboriladi. Ixtisoslashgan, jumladan yuqori texnologiyali, tibbiy yordam stasionar sharoitda dermatovenerologlar tomonidan ko'rsatiladi.

Stasionarga (kunduzgi yoki sutkalik) yotqizish ko'rsatmalari:

- Avval amalga oshirilgan davolashning samarasizligi;
- Fizioterapevtik davolash usullaridan foydalanish zarurati;
- Tashqi yoki sistem retinoidlar, shuningdek, tizimli ta'sirga ega antibakterial preparatlar bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya zarurati.
- Bemorni tibbiy tashkilotdan chiqarish ko'rsatmalari
- Toshmalar regressi va/yoki klinik ko'rinishlarning kamayishi.

Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:

- Teri yuzasida yangi elementlarning yo'qligi va toshmalarning regressi (RDBM indeksi kamayishi);
- Remissiya davomiyligi;
- Hayot sifatining yaxshilanishi.

**“ROZATSEA”
NOZOLOGIYASI BO'YICHA TIBBIY
ARALASHUVLAR BO'YICHA MILLIY KLINIK
PROTOKOL**

Toshkent – 2025

Kirish

Rozatsea surunkali yallig'lanishli dermatoz bo'lib, yuz terisining eritema va papulopustulyar elementlar shaklida shikastlanishi, fimoz va ko'zning shikastlanishi bilan tavsiflanadi. Rozatsea angionevroz bo'lib, asosan trigeminal asabning innervatsiya zonasida lokalizatsiya qilinadi va turli sabablarga ko'ra quyidagi guruhlariga birlashtirilishi mumkin: qon tomir kasalliklari, dermaning biriktiruvchi to'qimasidagi o'zgarishlar, mikroorganizmlar, ovqat hazm qilish traktining disfunktsiyasi, immunitet buzilishi, yog' -soch apparati o'zgarishi, oksidlovchi stress, iqlim omillari, psixovegetativ buzilishlar. Kasallik ko'pincha 30-50 yoshdagi ayollarda rivojlanadi, ularda yuz terisi vaqtinchalik qizarishiga ma'lum genetik moyillikka ega, kamroq-bo'yin va "dekolte"zonasi zararlanadi. Dermatozga 1 va 2 fototipli shaxslar ko'proq moyil bo'ladi, deb ishoniladi, ammo kasallik terining har qanday fototipida paydo bo'lishi mumkin.

Dunyoda Rozatsea tarqalishi 1 dan 20% gacha. Rozatsea holatlarining 80 foizida 30 yoshdan oshgan odamlarda tashxis qo'yiladi. Bemorlarning 20,8 foizida ko'zning shikastlanishi oftalmorozatsea shaklida aniqlanadi. Ko'pincha oftalmorozatsea juda kech tashxis qilinadi; terining namoyon bo'lishi bilan og'riqan bemorlarning taxminan 50 foizida ko'zning shikastlanishi ham mavjud.

Rozatseani davolash:

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

A	<p>Eritematoz-telangiektatik, papulopustulyoz, ko'z podtipi va granulomatoz rozatseani davolash uchun tizimli antibakterial preparatlar tavsiya etiladi:</p> <p>Doksitsiklin (tanlov preparati): kuniga 100-200 mg peroral ravishda 14-21 kun davomida. Qo'llab-quvvatlovchi doza: kuniga 100 mg, 12 haftagacha davom ettiriladi.</p> <p>Izoh: Hozirgi vaqtda tizimli metronidazolni buyurish maqsadga muvofiq emas, chunki uning samaradorligi va xavfsizligi aniq emas deb hisoblanadi.</p>
----------	---

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

C	<p>Eritematoz-telangiektatik, papulopustulyoz, ko'z podtiplari va granulomatoz rozatseaning og'ir, davolashga tolerant shakllarini davolash uchun tizimli retinoidlar tavsiya etiladi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Izotretinoin: tana vazniga 0,1-0,3 mg/kg peroral ravishda kuniga 1 marta ovqatdan keyin 4-6 oy davomida.
----------	--

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

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

D	<ul style="list-style-type: none">• Eritematoz-telangiektatik rozatseasi bo'lgan, 40 yoshdan katta, kasallik tez-tez qaytalanuvchi yoki rozatsea va sog'lom yuz terisi sohasida bazal qon oqimi dastlabki me'yoriy ko'rsatkichlardan yuqori bo'lgan shaxslarga quyidagi preparatlar tavsiya etiladi:• Belladonna alkaloidlari + fenobarbital + ergotamin: kuniga 2 marta peroral ravishda 1 tabletkadan 4 hafta davomida.
----------	--

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

A	<p>Ushbu usul jarrohlik davolash va tizimli sintetik retinoidlar eng samarali davolash usuli hisoblangan gipertrofik turdan tashqari rozatseaning barcha turlari uchun maqsadga muvofiq usuldir.</p> <p>Rozatseasi bo'lgan bemorlarga tashqi terapiya tavsiya etiladi:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ivermektin, 1% krem: yuz terisiga kuniga 1 marta (tunda) surtiladi, papulopustulyoz podtipi rozatseani davolash davomida har kuni 4 oy davomida qo'llanadi. Zarur bo'lsa, davolash kursi takrorlanishi mumkin.
----------	---

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

A	<p>Metronidazol, 0,75% gel yoki 1% krem: oldindan tozalangan teriga yupqa qatlam qilib surtiladi, kuniga 2 marta (ertalab va kechqurun) 3-9 hafta davomida. Krem va gelni qo'llashni navbatlashtirish mumkin. O'rtacha davolash davomiyligi 3-4 oy.</p> <p>Yoki:</p> <p>Azelain kislotasi, 15% krem yoki gel: barcha zararlangan teri yuzalariga surtiladi, kuniga 2 marta (ertalab va kechqurun).</p>
----------	--

A	<p>Klindamitsin fosfat, gel 1% yoki klindamitsin gidrokloridi, tashqi foydalanish uchun eritma 1%. Yupqa gel yoki eritma qatlami kuniga 2 marta tozalangan va quruq ta'sirlangan teriga surtiladi. Davolash kursi 6-8 haftadan oshmasligi kerak</p>
----------	---

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

C 3	<p>Takrolimus, 0,03% yoki 0,1% maz: zararlangan teri yuzasiga yupqa qatlam qilib surtiladi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papulopustulyoz rozatseada takrolimus eritemani kamaytiradi, ammo papulopustulyoz toshmalarga ta'sir qilmaydi. • 0,03% yoki 0,1% takrolimus maz shaklida, shuningdek, 1% pimekrolimus kremi steroiddan bog'liqlik holatlarida samarali. <p>Davolash:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dastlab 0,1% takrolimus mazini kuniga 2 marta qo'llash tavsiya etiladi va zararlangan joylar to'liq tozalangunga qadar davom ettiriladi. • Teri holati yaxshilangach, qo'llash chastotasini kamaytirish yoki 0,03% mazga o'tish mumkin. <p>Natijalar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Davolash boshlanganidan bir hafta ichida yaxshilanish kuzatiladi. • Agar kasallik simptomlari qayta yuzaga kelsa, davolashni 0,1% maz bilan kuniga 2 marta davom ettirish kerak. <p>Tavsiya:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Teri holati yaxshilangach, preparatni kamroq qo'llash yoki 0,03% mazga o'tish tavsiya etiladi. • Agar ikki hafta davomida yaxshilanish bo'lmasa, terapevtik taktika o'zgarishi kerak.
----------------	---

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

3	<p>Benzoil peroksid, 2,5-5-10% gel: zararlangan yuzaga teng ravishda surtiladi, kuniga 2 marta (ertalab va kechqurun), toza va quritilgan teriga.</p> <p>Izohlar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terapevtik ta'sir 4 hafta davolashdan so'ng paydo bo'ladi. • Turg'un yaxshilanish 3 oylik davolash kursi yakunida kuzatiladi.
----------	--

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

B 3	<p>Izotretinoin, 0,1-0,3 mg/kg tana vazniga peroral ravishda, kuniga 1 marta ovqatdan keyin 4-6 oy davomida qabul qilinadi.</p> <p>Izohlar:</p> <p>Davolash choralari asosida teriga to'g'ri kundalik parvarish va quyoshdan himoya vositalarini ta'minlash yotadi.</p>
----------------	---

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

Terining yaqqol qipiqilanishi kechayotgan joylarida rozatseasi bor bemorlarga biroz namlantiruvchi ta'sirga ega va qipiqilanishni kamaytiruvchi mahalliy vositalar buyuriladi.

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

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

Teri toshmalarining regressini tezlashtirish uchun bemorlarga yallig'lanishga qarshi, qon tomirlarini toraytiruvchi, antidemodekoz ta'sirga ega krioterapiya tavsiya etiladi:

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

C 5	<p>Rosatsea bilan kasallangan barcha bemorlarga krioterapiya tavsiya etiladi, bu esa yallig'lanishga qarshi, tomir toraytiruvchi va antidemodekoz ta'sirga ega. Muolaja haftasiga 2-3 marta, 10 muolaja davomida amalga oshiriladi.</p>
----------------	---

B 2	<ul style="list-style-type: none"> • Qayta ishlov berish uchun ko'plab intensiv yorug'lik manbalarini (IPL) va diodli, kaliy-titanil-fosfat (KTR), aleksandrit va eng zamonaviy uzun impulsli neodimli lazerlar (Nd:YAG-lazerlar) tavsiya etiladi [1, 5, 68-84]. • Dori terapiyasining samaradorligini oshirish uchun mikroto'ldirish terapiyasining usuli tavsiya etiladi. Muolaja limfodrenaj rejimida, haftasiga 2-3 marta, 10 Muolaja davomida amalga oshiriladi [8, 10, 33].
----------------	---

B 3	impulsli bo'yoq lazeri (PDL)
----------------	------------------------------

C 3	past intensiv yorug'lik terapiyasi elektroforez IQ-lazer
----------------	--

Jarrohlik aralashuvi:

Rozatsea fimatoz kichik turini davolashda jarrohlik kesish, lazerli dermabraziya tavsiya etiladi [85-89].

**ROZATSEA NOZOLOGIYASI BO'YICHA
PROFILAKTIKA VA REABILITATSIYA QILISH MILLIY
KLINIK PROTOKOLI**

TOSHKENT – 2025

Kirish

Rozatsea surunkali yallig'lanishli dermatoz bo'lib, yuz terisining eritema va papulopustulyar elementlar shaklida shikastlanishi, fimoz va ko'zning shikastlanishi bilan tavsiflanadi. Rozatsea angionevroz bo'lib, asosan trigeminal asabning innervatsiya zonasida lokalizatsiya qilinadi va turli sabablarga ko'ra quyidagi guruhlariga birlashtirilishi mumkin: qon tomir kasalliklari, dermaning biriktiruvchi to'qimasidagi o'zgarishlar, mikroorganizmlar, ovqat hazm qilish traktining disfunktsiyasi, immunitet buzilishi, yog '-soch apparati o'zgarishi, oksidlovchi stress, iqlim omillari, psixovegetativ buzilishlar. Kasallik ko'pincha 30-50 yoshdagi ayollarda rivojlanadi, ularda yuz terisi vaqtinchalik qizarishiga ma'lum genetik moyillikka ega, kamroq-bo'yin va "dekolte"zonasi zararlanadi. Dermatozga 1 va 2 fototipli shaxslar ko'proq moyil bo'ladi, deb ishoniladi, ammo kasallik terining har qanday fototipida paydo bo'lishi mumkin.

Dunyoda Rozatsea tarqalishi 1 dan 20% gacha. Rozatsea holatlarining 80 foizida 30 yoshdan oshgan odamlarda tashxis qo'yiladi. Bemorlarning 20,8 foizida ko'zning shikastlanishi oftalmorozatsea shaklida aniqlanadi. Ko'pincha oftalmorozatsea juda kech tashxis qilinadi; terining namoyon bo'lishi bilan og'riqan bemorlarning taxminan 50 foizida ko'zning shikastlanishi ham mavjud.

Tibbiy reabilitatsiya, tibbiy ko'rsatmalar va reabilitatsiya usullarini qo'llashga qarshi ko'rsatmalar

Rozatseya kuchayishining oldini olish profilaktikasi quyidagi trigger omillarining ta'sirini cheklash/olib tashlashni o'z ichiga oladi: meteorologik omillar, quyosh nuri, oziq-ovqat mahsulotlari, ichimliklar va farmakologik preparatlar, yuzda eritemani keltirib chiqaradigan, agressiv kosmetologik muolajalar (fizik va kimyoviy pillinglar, dermabrazia, ishqalovchi muolajalar, termoaktiv maskalar va boshqalar) [21-23].

Bemorlar uchun sezgir teri uchun mo'ljallangan yumshoq tozalash, namlantiruvchi va fotoprotektiv vositalar bilan ehtiyotkorlik bilan teri parvarishi tavsiya etiladi [16, 18].

Tashqi ivermektin, metronidazol yoki azelain kislotasi bilan qo'llab-quvvatlovchi terapiya ko'rsatilgan [54, 55]. Endokrin patologiya va oshqozon-ichak kasalliklarini davolashda muhim rol o'ynaydi [16, 18]. Tavsiyalar ishonchliligi darajasi - C (dalillar darajasi - 3).

Profilaktika va dispanser nazorati, tibbiy ko'rsatmalar va profilaktika usullaridan foydalanishga qarshi ko'rsatmalar

Rozatseya bilan bemorlarga rozatseyani kuchayishining oldini olish choralari (stresslarni oldini olish, uzoq vaqt quyoshda bo'lish, organizmdagi surunkali infeksiyon o'choqlarni sanatsiya qilish) tavsiya etiladi [3,5,7].

Rozatseya bilan bemorlarni dispanser nazorati dermatovenerologlar tomonidan teri va venereologik dispanser sharoitida olib boriladi [3].

Keyingi davolash:

Yashash joyi bo'yicha dermatolog tomonidan dinamik nazorat, bu jarayonda qo'llab-quvvatlovchi terapiya, davolashdan kelib chiqadigan nojo'ya ta'sirlarni kamaytirish, teriga doimiy asosiy parvarish qilish, provokatsion omillarni yo'qotish masalalari hal qilinadi. [3]

Adabiyotlar ro'yxati

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 Dermatokosmetologiya 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>