

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

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

**«ТРИХОФИТИЯ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2025



“ТАСДИКЛАЙМАН”
Республика ихтисослаштирилган
дерматовенерология ва косметология
илмий-амалий тиббиёт маркази директори
в.в.б. Джалилов Д.С.
“ 19 ” “ 10 ” 2025 йил

«ТРИХОФИТИЯ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

**«ТРИХОФИТИЯ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 кодлари:

B35.0	Дерматофития	1F28	Дерматофития
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11157		https://icd11.ru/

Дерматофитларнинг этиологик таснифи ҳам мавжуд: *Trichophyton rubrum* кўзғатадиган микозлар (руброфития, рубромикоз); *Trichophyton mentagrophytes*, var. *interdigitale* (эпидермофития) кўзғатадиган микозлар.

Баённома ишлаб чиқилиши ва қайта кўрилиши санаси: ишлаб чиқилган сана 2025 й., баённомани қайта кўриб чиқиш санаси 2028 й.

Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот: Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда хисса қўшганлар:

1. Сабилов Улуғбек Юсупханович – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази (Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ) директори
2. Халидова Халида Рашидовна – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази (Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ) катта илмий ходими, тиббиёт фанлари номзоди.
3. Икромова Наргиза Жўрабаевна - мутахассислар ва клиник ординаторлар стажировка бўлими методисти.
4. Боходирова Афруза Аҳроф қизи - клиниканинг дерматовенерологи, директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари ёрдамчиси
5. Абдуллаев Даврон Бахтиярович – дерматовенеролог врач, тери ва таносил касалликлари эпидемиологик ҳолатини ўрганиш бўйича илмий лабораторияси лаборанти

Такризчилар:

1. Мирсаидова Муниса Абдушукуровна – шифокорлар малакасини доимий ошириш маркази раҳбари, Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ катта илмий ходими, тиббиёт фанлари доктори

2. Безуглий Артур Петрович - тиббиёт фанлари доктори, Россия Тиббиёт ва биология агентлиги Федерал илмий-клиник маркази Олий ўқув юртидан кейинги таълим академиясининг дерматовенерология ва косметология кафедраси доценти.

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

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

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

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

Протоколдан фойдаланувчилар:

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

Беморлар тоифаси: Трихофитияга шубҳа қилинган ва трихофития ташхиси қўйилган касал болалар ва катталар.

Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)

Далилларнинг исботланганлик даражаси	
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни

	тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назорациз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизатсияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг та'сир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

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

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

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси	
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни егаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни егаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари, натижалар) муҳим ўринни егалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган

Мундарижа

«ТРИХОФИТИЯ» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	4
«ТРИХОФИТИЯ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ	27
«ТРИХОФИТИЯ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	34

Қисқартмалар рўйхати:

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ТНС	Тасодифий назорат остида синовлар
МПР	Микропресипитация реакциялари
АСТ	Аспартатаминотрансфераза
АЛТ	Аланинаминотрансфераза
ПЗР	Полимераза занжири реакцияси
ТИР	Тўғри иммунофлорессенсия реакцияси
ОИТ	Ошқозон-ичак тракти

Асосий қисм

Кириш

Жсст маълумотларига кўра, келгуси аср замбуруғь касалликларининг оъсиши билан ажралиб туради, уларнинг ўртача даражаси аллақачон 25% га етган, бу частота ўзгарувчан ва Россия учун тахминан 30%, Ғарбий Европанинг қолган қисми учун 70% ни ташкил қилади%. Статистик маълумотларга кўра, бугунги кунда Ўзбекистонда умуман тери микози билан касалланиш даражаси тахминан 24,5% ни ташкил қилади.

Трихофитиа – *Trichophyton* жинсига мансуб замбуруғлар келтириб чиқарадиган тери, соч ва тирноқларнинг юқори юқумли дерматофитияси. Одамларда паразитлик қилувчи (*Trichophyton violaceum* ва *Trichophyton tonsurans*) замбуруғлари келтириб чиқарадиган антропофил трихофитиа ва зоофил замбуруғлар (*Trichophyton mentagrophytes var. gypsum* ва *Trichophyton verrucosum*) томонидан келиб чиққан зооантропоноз ҳайвонларда паразитлик қилувчи – ижтимоий аҳамиятга ега болалар орасида силлик тери ва бош терисини зарарловчи юқори юқумли касалликлардир. Трихофитиянинг умумий таркибида турли патогенларнинг улуши ва устунлиги ва минтақанинг табиий-географик, ижтимоий-иқтисодий хусусиятларига, аҳолининг анъанавий турмуш тарзига, чорвачиликни ривожлантиришга, санитария-ветеринария назоратига боғлиқ [5,8,9,10,12,13,16,17,19,20].

Инфекцион тарқалишига миграция, санитария маданияти даражаси, кеч аниқлаш (2 ҳафтадан 3 ойгача) ва диагностика хатолари сабаб бўлади [12,16,17,18]. Ўз вақтида аниқлаш бирламчи ва иккиламчи патоморфоз билан мураккаблашади: инфекцияни юқтириш йўллариининг ўзгариши, клиник полиморфизм, турли дерматозлар ниқоби остида юзага келадиган касалликнинг атипик, асоратланган ва ўчирилган шакллари [7,12,17]. Тахминан 10% ҳолларда абсцеланиш [8,9,11,14,17], интоксикация, йирингли-яллиғланиш жараёнлари (керион Селси) билан асоратланади, чандиқ алопесияси ва аллергик реакциялар ривожланиш хавфи ортади [1,13,20,22]. Ўзбекистонда зооантропоноз трихофитиа жиддий тиббий-ижтимоий муаммо туғдирмоқда - 2013-2017-йилларда ЗАТ билан касалланиш 100 минг аҳолига 20,2 дан 28,2 гача кўтарилди [1,2].

Антибиотиклар, тситостатиклар, кортикостероид препаратларини кенг қўллаш, юрак-қон томир ва эндокрин тизимлар касалликлари, аҳолининг иммунитет ҳолатининг пасайиши, санитария-гигиена ҳолатининг ёмонлашиши экспрессияга ёрдам берувчи омиллардир (Бурова С.А., 1998; Кунакбаева Т.С., 2000).

Шундай қилиб, юқоридагилар билан боғлиқ ҳолда, ҳозирги босқичда ушбу касалликнинг клиник ва эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ушбу беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш тизимига таъсир қилиши мумкин бўлган минтақавий хусусиятлар, иқлим шароити ва бошқа муҳим ижтимоий-ҳуқуқий омилларни ҳисобга олган ҳолда беморлар билан ишлаш бўйича миллий протоколни яратиш зарурати билан долзарбдир.

Таъриф ва касалланиш

Трихофитиа – Trichophyton жинсига мансуб замбуруғлар келтириб чиқарадиган тери, соч ва тирноқларнинг юқори юқумли дерматофитиясидир.

Одамларда паразитлик қилувчи антропофил замбуруғлар (*Trichophyton violaceum* ва *Trichophyton tonsurans*) келтириб чиқарадиган юзаки трихофития ва ҳайвонларда паразитлик қилувчи зоофил замбуруғлар (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* ва *Trichophyton verrucosum*) келтириб чиқарадиган инфилтратив-яллиғланувчи (зоантропоноз) трихофития мавжуд. Антропофил трихофития билан зарарланиш касал одам билан, шунингдек унинг буюмлари (бош кийимлар, тароқлар, қайчи, чойшаблар, сочиқлар, ички кийимлар, соч кесиш машиналари ва бошқалар) билан алоқа қилиш орқали содир бўлади. Сартарошхоналарда, болалар боғчаларида, мактаб-интернатларда, мактабларда ва спорт залларида санитария-гигиена талабларига риоя қилмаса, касаллик кўзгатувчиси юқиши мумкин. Зоантропоноз трихофития билан кўпинча қишлоқ аҳолиси касалланади.

Ушбу микозни юктиришнинг асосий манбаи ҳайвонлардир: қорамоллар - фавиформ трихофития билан; кичик ёввойи, уй ва лаборатория ҳайвонлари - гипсси трихофитияси билан. Одатда инфекция манбаи бўлган ёш ҳайвонлар инфекцияга кўпроқ мойил. Касалланиш касал ҳайвонлар ва микоз ташувчилари билан бевосита алоқа қилиш орқали содир бўлади. Сўнгги йилларда касалликнинг оила ичидаги тарқалиши билан одамдан зоантропоноз трихофитияси билан касалланиш авж олди. Трихофитиянинг пайдо бўлиши учун макроорганизмнинг умумий ҳолати муҳимдир. Микознинг юзаки ва инфилтратив-йирингли шакллари кўпинча турли хил соматик касалликларга чалинган, иммунитетни пасайган ва эндокрин патологияси бўлган болалар ва катталарда ривожланади. Юзаки трихофития билан замбуруғлар гематоген йўл билан тарқалиши ва ҳар қандай органга таъсир қилиши мумкин. Терапия бўлмаса, касаллик сурункали ҳолатга ўтади. Касалликнинг энг юқори даражаси қишда кузатилади, бу уй ҳайвонларида, биринчи навбатда қорамоллар эпизоотияси билан боғлиқ.

Таснифи

- силлик терининг юзаки трихофитияси;
- бошнинг сочли қисми юзаки трихофитияси;
- силлик терининг сурункали трихофитияси;
- бошнинг сочли қисми сурункали трихофитияси;
- силлик терининг инфилтратив - яллиғланувчи трихофитияси;
- бошнинг сочли қисми инфилтратив - яллиғланувчи трихофитияси.

Эслатма:

Таснифга киритилмаган

- қов соҳаси юзаки трихофитияси

- қов соҳаси инфилтратив-йирингли трихофитияси

Антропоноз трихофития учун инкубациён давр 5 дан 7 кунгача, зоантропоноз учун - 1–2 ҳафтадан 1,5–2 ойгача.

Трихофитиянинг клиник хусусиятлари патогеннинг турига, одамнинг соматик соғлиғининг ҳолатига, беморнинг ёшига, зарарланиш ўчоқларининг жойлашишига ва замбуруғнинг кириб бориш чуқурлигига боғлиқ.

Антропофил замбуруғлар одатда юзаки ва сурункали трихофитияни, зоофил замбуруғлар еса кетма-кет бир-бирига ўтадиган ва бир хил жараённинг турли босқичлари сифатида қараладиган юзаки, инфилтратив ва йирингли шакллари келтириб чиқаради.

Антропофил трихофитияни қуйидагиларга бўлиш мумкин:

- бошнинг сочли қисми, силлиқ бош териси, силлиқ тана ва оёқ-қўлларининг юзаки трихофитияси, еркакларда кирпичлар, қошлар, юқори лаблар ва иякларнинг майин ва қаттиқ сочларининг патологик жараёнида иштирок етиши мумкин, шунингдек, қўлтиқ ости, ингуинал жойлар ва ков соҳаси;

- бош териси, силлиқ тана териси, оёқ-қўллари ва тирноқларининг сурункали трихофитияси.

Зооантропоноз трихофитияда юзаки, инфилтратив ва йирингли шакллар, локализацияга кўра бўлса – зооантропоноз бош териси трихофитияси, юз, тана, оёқ-қўлларнинг силлиқ териси ва камдан-кам учрайдиган онихомикозлар мавжуд.

Бундан ташқари, иккала трихофитиянинг типик ва атипик вариантлари мавжуд.

Бошнинг сочли қисми юза антропоноз трихофитиясида кичик ўчоқли ва катта ўчоқли шакллар ажратилади. Кичик ўчоқли юза трихофитиясида юмалоқ ёки ноаник чегаралаи бўлган майда қипиқланувчи ўчоқлар кузатилади. Яллиғланиш ҳодисалари бироз ифодаланган. Ўчоқларнинг юзаси оқ рангли қипиқлар билан қопланган. Касал сочларнинг теридан 1-2 mm баландликда синиши туфайли ўчоқлардаги соғлом сочлар сийрак бўлади. Зарарланган сочлар заиф ва кулранг рангга ега. Улар тери даражасида синиши мумкин ва кейин «қора нуқта» кўринишига ега бўлади. Юзаки трихофития ўчоқлари баъзида каттарок ўлчамларда учрайди.

Силлиқ терининг юзаки антропоноз трихофитияси. Ўчоқлар терининг ҳар қандай соҳасида жойлашиши мумкин, лекин кўпинча очик жойларда: юз, бўйин, билак ва елкаларда учрайди. Улар одатда юмалоқ ёки овал шаклли еритематоз доғлар билан ифодаланади, тугунлар, пуфакчалар ва қобиқлари мавжуд бўлган периферик гиперемик валик туфайли аниқ белгиланади, ўчоқларнинг марказий қисмлари одатда оч тусли ва қипиқланишлар билан кечади. Ўчоқлар кўпинча ғалати шаклларга бирлашади. Қичишиш йўқ ёки кичик. Юзаки трихофития ўчоқлари қошлар, кирпичлар, юқори лаблар ва ияк соҳасида локализация қилинганда, ўчоқлар одатда кичик бўлиб, кичик яллиғланиш ҳодисалари ва қисқа синган кулранг сочлар мавжудлиги билан ифодаланади.

Сурункали антропоноз бошнинг сочли қисми трихофитияси. Барча беморлар турли ўлчамдаги ва шаклдаги атрофия жойлари ва касалликнинг асосий белгиси - зарарланган ҳудуддаги синган сочлар билан тавсифланади. Кўпинча сочлар тери даражасида синади ва комедонларни (белги «қора нуқта») еслатади. Бирок, баъзида зарарланган сочлар соч фолликуласининг чуқурлигида синади.

Бошнинг сочли қисми зарарланишининг уч тури мавжуд: а) аниқ контурли майда кичитки ўчоқлар, деярли яллиғланиш ҳодисаларисиз, майда атрофик моғор ва синган сочлар кўп бўлган ёки тери сатҳидан 1-2 mm баландликда. «қора нуқта» шаклида; б) бош терисининг диффуз қипиқланиши, себореяни тақлид қилиш ва атрофик ўчоқларни ва тангачаларга киритилган синган сочларни маскаланиши; в) оз сонли атрофик ўчоқлар ва бир нечта «қора нуқта» дан бошқа бошнинг сочли қисми терисида кўринадиган ўзгаришларнинг йўқлиги.

Сурункали антропоноз силлиқ тери трихофитияси. Микоз ўчоқлари кўпинча симметрик тарзда жойлашган бўлиб, кўкимтир тусли еритематоз доғлар билан ифодаланади, бутун сирт бўйлаб қипиқланиш, қичишиш, аниқ чегараларсиз, периферик валиксиз, пуфакчаларсиз, пустилуларсиз, қобиқларсиз. Майин сочлар кўп холларда зарарланади.

Зооантропоноз трихофитиянинг юза шакли атрофдаги теридан кэскин ажратилган юмалоқ ёки овал шаклдаги бир ёки бир нечта еритемато-сквамоз доғларнинг пайдо бўлиши билан бошланади. Ўчоқларнинг бир оз инфилтрацияланган ва кўтарилган четки валикида фолликуляр тугунлар ва майда пуфакчалар ва тез қурийдиган юза қобиқчалар жойлашади.

Янги ўчоқларда синган сочлар ҳар доим ҳам топилмайди. Аста-секин, ўчоқлар периферик ўсиш туфайли катталашади, уларда яллиғланиш ҳодисалари, инфилтрация кузатилади ва жараён инфилтратив шаклга ўтади. Баъзида микотик жараён сурункали трихофития хусусиятларига ега бўлган доғли шаклда узоқ вақт давом этади.

Инфилтратив шакл. Трихофитиянинг бу шакли тери сатҳидан юқорига кўтарилган, юмалоқ ёки овал шаклдаги кэскин ажралувчи бир ёки кўп сонли ўчоқлар билан тавсифланади, улар ғалати, фестонсимон, гулчамбар шаклидаги контурларга ега ва бирлашишга мойил. Ўчоқлар соҳасида тери гиперемик, шишган, инфилтрацияланган, фолликуляр папулалар, пуфакчалар билан қопланган, улар тезда пустулаларга айланади, уларнинг таркиби қуриб қобикларга айланади. Оғир пустуларлик турида терининг зарарланган ўчоқлари бутунлай йирингли-қон пўстлоғи билан қопланади. Кўпинча майин сочлар ҳам иштирок этади, атрофдаги перифолликуляр тўқималар яллиғланади ва остеофолликуляр пустулалар ҳосил бўлади. Бошнинг тукли қисмида, юқори лаб ва ияк соҳасида локализация қилинган ўчоқлар таъсирланган сочлар «каноп» шаклида бузилади; микоз ўчоқлари қошлар соҳасида ва кўз қовоқларида жойлашганида, қош ва кирпикларга таъсир қилиб уларнинг «каноп» шаклида синишига сабаб бўлиши мумкин. Микознинг авж олиши кўпинча болаларда кузатилади, айниқса катта ўчоқлар тананинг орқа соҳасида жойлашади. Ўчоқлар диссеминацияси чўмилиш пайти ўчоқларни ишқалаш сабабли келиб чиқади. Бир бирига қўшилиб кетувчи катта ўвҳоқлар чегарасида трихофитиянинг юзаки ёки инфилтратив шаклидаги кичик ва катта «ўчоқчалар» мавжуд.

Бош териси трихофитиясининг йирингли шакли ўчоқларида гиперемиянинг кучайиши, бир нечта фолликулитлар ва перифолликулитларнинг пайдо бўлиши билан тавсифланади, улар битта умумий массив инфилтратга бирлашади. Йирингли трихофития микозининг ўчоқлари бошнинг тукли қисмида, юқори лабда ва иягида мунтазам юмалоқ контурли ўсимтага ўхшаш шаклланишлар (фолликуляр абцесс) шаклида жойлашади, улар тери сатҳидан кўтарилади, нам юзаси йиринг ва қобик билан қопланади. Консистенция дастлаб зич, кейин хамирдек юмшоқ. Ўчоқдаги тери кэскин яллиғланган, тўйинган қизил ёки кип-қизил-кўк рангга ега ва палпация пайтида оғрикли. Соч фолликулаларининг оғизлари кенгайган, улардан йиринг ажралиб, сочларни бир-бирига ёпиштиради. Ўчоқ юзаси қўпол йирингли-қонсимон қобиклар билан қопланган. Зарарланган жойларда сочлар бўшашади ва осонгина чиқарилади. Кўпинча асосий ўчоқ атрофида ягона фолликулитлар пайдо бўлиб, янги ўчоқларни келтириб чиқаради. Бирлашиш ва периферик ўсиш туфайли йирингли трихофития ўчоқлари сезиларли даражада бўлиши мумкин.

Силлиқ терининг йирингли трихофитияси. Силлиқ терида, асосан, қўллар, билаклар ва бўйиннинг орқа қисмида, даражадан юқорига кўтарилган фолликуляр пустулалар билан қопланган, аниқ яллиғланиш характеридаги юмалоқ ёки овал ўчоқлар пайдо бўлади.

Массив инфилтратлар тез ривожланади ва сезиларли оғриқ билан бирга кечади. Зарарланган жойларга босилганда, улардан мўл-кўл йиринг чиқарилади. Йирингли трихофития билан кўпинча лимфа тугунларининг кенгайиши, безовталиқ, бош оғриғи, иштаҳанинг пасайиши, иситма, лейкоцитоз, ЕЧТ тезлашиши ва йиринг, замбуруғ ва бактерияларнинг чиқинди маҳсулотларини сўриш билан боғлиқ бошқа интоксикация белгилари кузатилади. Беморларнинг тахминан 5-7 фоизида доғли, майда папуляр ёки скарлатинога ўхшаш тошма шаклида аллергик трихофитид тошмаси пайдо бўлади. Кўпинча улар ўчоқлар яқинида тўпланади ва фақат ўта оғир ҳолатларда улар бутун терига тарқалади.

Трихофития диагностикаси

<https://diseases.medelement.com/disease/>

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf>

Трихофития диагностикаси лаборатория текширувлари билан тасдиқланган касалликнинг клиник кўринишлари асосида амалга оширилади: замбруғларни микроскопик текшириш, патоген турини аниқлаш културал тахлили ва клиник вариантларни аниқлаш ва кейинги тактикани башорат қилиш имконини берадиган тизимли антимикотик дориларни буюришда қўшимча тадқиқотлар.

Трихофитиянинг асосий клиник белгилари терида ва/ёки бошнинг сочли қисмида (қов соҳасида) кичишиш ёки оғрик билан кечадиган чегараланган ёки кенг тарқалган еритематоз ўчоқларнинг мавжудлиги. Беморлар кўпинча касал уй ҳайвонлари (катта ва майда қорамоллар) ёки касал одамлар билан алоқа қилганлигини кўрсатадилар.

Трихофития ташхисини қўйиш мезонлари:

Анамнестик маълумотлар

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/

А

- бошнинг сочли қисми юзаки антропоноз трихофитиясида билан ноаниқ чегаралари бўлган юмалоқ ёки тартибсиз контурларнинг майда қипиқланувчи ўчоқлари борлигида. Яллиғланиш ҳодисалари бироз ифодаланган. Ўчоқларнинг юзаси оқ рангли қипиқланишлар билан қопланган. Касал сочларнинг теридан 1-2 mm баландликда синиши туфайли ўчоқлардаги соғлом сочлар сийрак бўлади. Зарарланган сочлар заиф ва кулранг рангга ега. Улар тери даражасида синиши мумкин ва кейин «қора нуқта» кўринишига ега бўлади.

- силлиқ терининг юзаки антропоноз трихофитияси билан терининг ҳар қандай жойларида, кўпинча - эритематоз доғлар кўринишидаги очик жойларда ўчоқлар юмалоқ ёки овал контурларга ега бўлиб, периферик гиперемик ролик туфайли аниқ ажралиб туради. тугунлар, пуфакчалар ва қобиклар, ўчоқларнинг марказий қисмлари одатда қипиқланиб туради. Қичишиш йўқ ёки кам. Қошлар, кирпиклар, юқори лаблар ва ияк соҳасидаги ўчоқлар локализация қилинганда, ўчоқлар кичик бўлиб, кичик яллиғланиш ҳодисалари ва қисқа синган кулранг сочлар мавжудлиги билан ифодаланади.

- бош териси терисининг сурункали антропоноз трихофитияси билан турли ўлчамдаги ва шаклдаги атрофияли жойлари ва касалликнинг асосий белгиси – ўчоқларда тери даражасидаги синган сочлар, комедонларга ўхшайди (белги «қора нуқта»).

- сурункали антропоноз силлиқ тери трихофитиясида. Микоз ўчоқлари кўпинча симметрик тарзда жойлашган бўлиб, кўкимтир тусли еритематоз доғлар билан ифодаланади, бутун сирт бўйлаб қипиқланиш, қичишиш, аниқ чегараларсиз, периферик валиксиз, пуфакчаларсиз, пустулаларсиз, қобикларсиз. Майин сочлар кўп холларда зарарланади.

- зооантропоноз трихофитиянинг юза шаклида атрофдаги теридан кэскин ажратилган юмалоқ ёки овал шаклдаги бир ёки бир нечта еритемато-сквамоз доғларнинг пайдо бўлиши билан бошланади. Ўчоқларнинг бир оз инфилтрацияланган ва кўтарилган четки валикида фолликуляр тугунлар ва майда пуфакчалар ва тез қурийдиган юза қобикчалар жойлашади. Янги ўчоқларда синган сочлар ҳар доим ҳам топилмайди. Аста-секин, ўчоқлар периферик ўсиш туфайли катталашади, уларда яллиғланиш ҳодисалари, инфилтрация кузатилади ва жараён инфилтратив шаклга ўтади. Баъзида микотик жараён сурункали трихофития хусусиятларига ега бўлган доғли шаклда узок вақт давом этади.

-инфилтратив шаклида. Трихофитиянинг бу шакли тери сатҳидан юқорига кўтарилган, юмалоқ ёки овал шаклдаги кэскин ажралувчи бир ёки кўп сонли ўчоқлар билан тавсифланади, улар ғалати, фестонсимон, гулчамбар шаклидаги контурларга ега ва бирлашишга мойил. Ўчоқлар соҳасида тери гиперемик, шишган, инфилтрацияланган, фолликуляр папулалар, пуфакчалар билан қопланган, улар тезда пустулаларга айланади, уларнинг таркиби куриб қобиқларга айланади. Оғир пустуларлик турида терининг зарарланган ўчоқлари бутунлай йирингли-қон пўстлоғи билан қопланади. Кўпинча майин сочлар ҳам иштирок этади, атрофдаги перифолликуляр тўқималар яллиғланади ва остеофолликуляр пустулалар ҳосил бўлади. Бошнинг тукли қисмида, юқори лаб ва ияк соҳасида локализация қилинган ўчоқлар таъсирланган сочлар «каноп» шаклида бузилади

- инфилтратив шаклда, тери сатҳидан юқорига кўтарилган, ғалати, фестонсимон, гулчамбар шаклидаги контурлари бўлган кенг лезён жойларига кўшилишга мойил бўлган, тери гиперемик, шишган, инфилтрацияланган, фолликуляр папулалар, пуфакчалар билан қопланган, тезда бўшлиқларга айланади, уларнинг таркиби қобиқларга айланади. Оғир пустуларлик билан терининг таъсирланган жойлари бутунлай йирингли-қон қобиғи билан қопланган. майин сочлар иштирок этади, атрофдаги перифолликуляр тўқималар яллиғланади ва остеофолликуляр пустулалар ҳосил бўлади. Бош териси, юқори лаб, ияк, қошлар ва кўз қоқоқларидаги лезёнларда сочлар таъсирланиши мумкин, «каноп» шаклида бузилади.

- бошнинг сочли қисми йирингли шаклида бир нечта фолликулитлар ва перифолликулитлар мавжуд. Эпидемиялар мунтазам юмалоқ контурларга ега бўлиб, тери сатҳидан кўтарилган, йиринг ва қобиқ билан қопланган бўлакли, нам юзаси билан. Консистенция дастлаб қаттиқ, кейин хамирли юмшоқ. Ўчоқдаги тери яллиғланган, бой қизил ёки кип-қизил-кўк ранга ега ва палпация пайтида оғриқли. Соч фолликулаларининг оғизлари кенгайган, улардан йиринг ажралиб, сочларни бир-бирига ёпиштиради. Зарарланган жойларда сочлар бўшашади ва осонгина юлинади.

- силлиқ терининг, асосан, кўлларнинг орқа қисми, билак ва бўйиннинг йирингли трихофитиясида тери сатҳидан кўтарилган фолликуляр пустулалар билан қопланган ва сезиларли оғриқ билан бирга келадиган аниқ яллиғланувчи ўчоқларнинг бўлиши. Ўчоқларга босилганда, улардан йиринг ажралиши. Регионар лимфа тугунларининг катталаниши, ҳолсизлик, бош оғриғи, иштаҳанинг пасайиши, иситма, йиринг ва интоксикациянинг бошқа белгилари замбуруғ ва бактерия маҳсулотларининг сўрилиши билан боғлиқ.

Физикал текширув

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/#paragraph_0h22g

А -Физикал текширув вақтида аниқланган трихофитиянинг объектив клиник кўринишлари патогеннинг турига, одамнинг соматик соғлиғининг ҳолатига, беморнинг ёшига, оъчоқларнинг жойлашишига ва замбуруғнинг кириб бориш чуқурлигига боғлиқ.

- Тери текширилади, сочларнинг ҳолати ва яхлитлиги, соч ўсиши, тирнок плиталарининг ҳолатига еътибор берилади.

- Умумий ҳолат параметрлари ва ёндош касалликлар мавжудлиги баҳоланади.

Лаборатория ва инструментал маълумотлар

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf>

А	<p>Замбуруғларга микроскопик текшириш.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Патоген турини аниқлаш учун културал таҳлил. - ИФА, ПЗР, ТИФ ва бошқа усуллар ёрдамида инфекцияни ташхислаш - бошқа замбуруғ касалликлари билан дифференциал ташхис қўйиш учун Вуд чирок остида текшириш.
Б	<ul style="list-style-type: none"> - Умумий қон таҳлилини ўтказиш, сийдик ва нажаснинг умумий таҳлили, сифилисга серологик реакциялар (МПР, РПР, РПГА, ИХА). - Биокимёвий тадқиқотлар мажмуаси - Ички органлар УЗИси.

Еслатма:

Қов трихофитиясининг кўп ҳолларда жинсий йўл билан юкишини ҳисобга олган ҳолда, бошқа жинсий йўл билан юқадиган инфекциялар учун таҳлиллар талаб етилади.

Трихофития билан боғлиқ касалликларни ташхислаш учун кўрсатмалар бўйича бошқа мутахассислар билан маслаҳатлашиш тавсия етилади

С	<ul style="list-style-type: none"> - терапевт кўриги – қўшимча текширув ҳажми ва характерини аниқлаштириш учун ички органларнинг шикастланишига шубҳа қилинганда; - педиатр кўриги – қўшимча тадқиқотлар ҳажми ва характерини аниқлаштириш учун; - эндокринолог кўриги - агар эндокрин тизимдан касалликлар борлигига шубҳа қилинган бўлса
----------	---

Трихофитиянинг дифференциал диагностикаси.

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf>

хттпс://мздрав.рк.гов.ру/филе/Микозй_стоп_кистеж_05052014_Клиничэские_рекомендаси и.пдф

Трихофития микроспория, руброфития, Жибернинг пушти ранг темраткиси, псориаз касаллиги, себорея ва вулгар сикоздан дифференциал диагностика қилинади.

<i>Таъхис</i>	<i>Дифферентсиал асос диагностика</i>	<i>Текширувлар</i>	<i>Таъхисни истисно қилиш мезонлари</i>
Микроспория	Соч бўлақларини қоплайдиган муфтага ўхшаш қопламали баланд синган сочлар, асбестга ўхшаш қипиқланиш..	Микроспорияда Вуд чироқининг нурларида зарарланган ўчокларда зумрад рангли флюоросенсия, патоген замбуруғ элементларини ва културал	Вуд чирок, микроскопия ва културал тадқиқотлар, ПЗР, ТИФ.

		тадқиқотлар давомида патогенни аниқлаш.	
Жибернинг пушти ранг темраткиси	Аниқроқ яллиғланиш, ўчоқларнинг пушти ранги, аниқ чегараларнинг йўқлиги, «ғижимланган сигарет қоғози шаклида кипикланиш» «она пилакча» мавжудлиги	Микроскопик текширув ва културал текширувда патоген замбуруғнинг элементлари топилмаслиги	Замбуруғлар учун микроскопик ва културал тадқиқотлар
Псориаз	Аниқ чегаралар, зарарланган соҳада тери куриқлиги, кумишсимон характерли кипиклар, оъчоқларда синган сочларнинг ёъқлиги	Микроскопик текширув ва културал текширувда патоген замбуруғнинг элементлари топилмаслиги	Замбуруғлар учун микроскопик ва културал тадқиқотлар.
Себореяли дерматит	Яллиғланиш белгиларисиз кипикланиш (питириаз ёки оддий кипикланиш), енгил ёки оъртача қичишиш, бош териси ифлосланиши билан кучаяди. Бундан ташқари, яллиғланиш элементлари, коъпинча догълар ва камроқ тез-тез енгил инфилтрацияланган пилакча билан намоён боълиши мумкин, уларнинг юзасида саргъиш тарозилар мавжуд. Яллиғланишнинг аниқ даражасида кипиклар экссудат билан тоъйинган ва сероз ёки сероз-йирингли қобиқларни ҳосил қилади. Яллиғланиш элементлари бирлашиши ва бошнинг бутун соч қисмини егаллаши мумкин, пешона ва кулоқ орқасидаги бурмаларнинг	Микроскопик текширув ва културал текширувда патоген замбуруғнинг элементлари топилмаслиги	Замбуруғлар учун микроскопик ва културал тадқиқотлар.

	терисига тарқалади. Беморлар сезиларли қичишишдан азият чекиши мумкин		
Руброфития	Аниқ чегаралар, периферия бўйлаб кўтарилган яллиғланиш валиги билан ҳалқа шаклидаги ёки тартибсиз контурлар, марказда регрессия белгилари, ўчоқнинг ўсиш ва бирлашиши тенденцияси	Патҳоген замбуруғнинг элементларини аниқлаш ва културал таҳлилда қўзғатувчини ажратиш.	микроскопия ва културал тадқиқотлар, ПЗР, ТИФ.

Даволаш

Даволаш, шу жумладан дори-дармонлар ва дори-дармонларсиз терапия

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf>

Ўзбекистон Республикасида бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

Даволаш мақсадлари

- клиник даволаниш;
- замбуруғларни микроскопик текширувда манфий натижа.

Майин сочларга зарарланишсиз силлиқ тери трихофитиясини даволашда ташқи антимикотик препаратлар қўлланилади. Теридаги бир нечта ўчоқлар (3 ёки ундан кўп), патологик жараёнда майин сочларнинг иштироки, шунингдек, бош териси (ёки қов сохаси) шикастланганда, тизимли антимикотик препаратни ўз ичига олган комплекс даволаш керак, ташқи антимикотиклар, 7-10 кунда бир марта сочни олдириш. Оғир яллиғланиш ҳодисалари учун маҳаллий антимикотик ва глюкокортикостероид препаратларини ўз ичига олган комбинацияланган препаратлар қўлланилади.

Жадвал 1

Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%)

Фармако- терапевтик гуруҳ	Дори- воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Антимикотиклар	Гризеофулвин	Таб. 125 мг: 20 дона.	А https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf https://www.vidal.ru/drugs/griseofulvin_3692
Антимикотиклар	Тербинафин	Таб. 5–6 ҳафта давомида ҳар куни овқатдан кейин кунига бир марта ичиш 250 мг	А https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine_30960 https://www.ismos.ru/guidelines/doc/tri
Антимикотиклар	Итраконазол	Таб. 4–6 ҳафта давомида ҳар куни овқатдан кейин кунига бир марта ичиш 100 мг	А https://www.ismos.ru/guidelines/doc/tri https://www.vidal.ru/drugs/itraconzol_29615
Антимикотиклар	Циклопирокс крем	4–6 ҳафта давомида кунига 2 марта суриш	В https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopirok-s-47
Антимикотиклар	Кетоконазол крем, малҳам	4–6 ҳафта давомида кунига 1–2 марта суриш	В https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf https://www.rlsnet.ru/active-

			substance/ciklopirok s-47
Антимикотиклар	Изоконазол крем	4-6 ҳафта давомида кунига бир марта суриш	В https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trik-hofitija.pdf https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopirok-s-47
Антимикотиклар	Бифоназол крем	4-6 ҳафта давомида кунига бир марта суриш	В https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trik-hofitija.pdf https://www.rlsnet.ru/active-substance/ciklopirok-s-47
Антимикотиклар	Олтингугуртли малҳам	10% маҳаллий кечкурун + ёд 3% алкоғолли дамламаси маҳаллий суриш ерталаб	В https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trik-hofitija.pdf
Антимикотиклар	Олтингугурт смоласи	маз олтингугурт (5%) - смола (10%) маҳаллий кечкурун	В https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trik-hofitija.pdf
Антисептик ва яллиғланишга қарши дорилар (лосьонлар ёки малҳам шаклида)	Ихтиол	малҳам 10% 2–3 кун давомида маҳаллий кунига 2–3 марта	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t
	Калий перманганат, эритма 1:6000	1–2 кун давомида кунига 2–3 марта маҳаллий	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t

	Этакридин, эритма 1: 1000	1–2 кун давомида маҳаллий кунига 2–3 марта	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t
	Фурацилин, эритма 1:5000	1–2 кун давомида кунига 2–3 марта маҳаллий, сўнгра инфилтрацияга йўқолгунга қадар кунига 2 марта 10% маҳаллий сулфат - смола малҳами	С https://www.ismos.ru/guidelines/doc/t

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.

Жадвал 2

Қўшимча дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%дан кам)

<i>Дори воситаларининг (халқаро патентланмаган) номи</i>	<i>Ишлаб чиқариш шакли</i>	<i>Ишончлилик даражаси</i>
Цитеризин 10 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mik_ozy_stop_kistej_i_t ulovishcha.pdf

		https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD
Лоратадин 10 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf https://www.vidal.ru/drugs/loratadine_6547
Левоцитеризин 5 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf https://www.vidal.ru/drugs/levocetirizine-3
Дезлоратадин 5 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf https://www.vidal.ru/drugs/desloratadine
Биластин 10 ва 20 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf https://www.vidal.ru/drugs/molecule/2473
Эбастин 10 ва 20 мг	Суткасига 1 марта оғиз орқали 10-15 кун давомида	D https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf https://www.vidal.ru/drugs/molecule/352

Кальций глюконат	10% эритмаси 5-10 мл суткасига 1 марта вена ичига ёки мушак орасига 10-15 кун давомида	D https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf https://www.vidal.ru/drugs/calcium_glucosate_4914
Натрий тиосульфат	30% эритмаси 5-10 мл суткасига 1 марта вена ичига 10 кун давомида	D https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf https://www.vidal.ru/drugs/sodium_thiosulphate_13447
Эссенциал фосфолипидлар	вена ичига аста-секин 1-2 ампула (5-10 мл), эритма беморнинг қони билан 1:1 нисбатда суюлтирилади. Препаратни суюлтириш зарур бўлганда инфузион юбориш учун фақат 5% ёки 10% декстроза эритмасидан фойдаланилади. Ичкарига. 12 ёшдан ошган ва тана вазни 43 кг дан юқори бўлган ўсмирлар, шунингдек катталар учун овқат пайтида кунига 3 марта 2 капсуладан қабул қилиш	C https://www.vidal.ru/drugs/essential_phospholipides_30447
Оксиматрин	Мушак орасига 600 мг дан кунига бир марта. Вена ичига 600 мг 100-250 мл 5% ли глюкоза эритмасида ёки 0,9% ли натрий хлорид эритмасида эритилади. Вена ичига томчилаб, дақиқасига 60 томчи тезликда, кунига бир марта юборилади ичишга, 2 капсуладан (0,2 г оксиматрин) кунига уч марта. Зарур бўлса, кунлик дозани кунига уч марта 3 капсулагача ошириш мумкин (бу 0,3 г оксиматринга тенг).	C https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
Антрал	Катталар ва 10 ёшдан катта болаларга суткасига 3 марта овқатдан кейин ичишга 200 мг дан, 4-10 ёшли болаларга - қабул учун 100 мг дан	C https://www.vidal.ru/drugs/atc/a05c
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://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922

Пиридоксин гидрохлорид (Витамин В6)	м/о, препарат дозасини шифокор индивидуал равишда кунига 1-2 мг/кг тана вазнига ҳисоблаб тайинлайди.	С https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922
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.	С https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922
Тиамин гидрохлорид (Витамин В1)	м/о (чукур) 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 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал, ҳар куни, болаларга 12,5 мг (0,25 мл 5% ли эритмаси) кунига 1 маҳал буюрилади.	С https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922
Алфа-липой кислотаси	Катталар учун 600 мг миқдорида 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.	С https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922
Альфа-токоферол ацетат (Витамин Е)	Овқатдан кейин кунига 50-100 мг дозада ичилади	С https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922
Витамин А + Е	Овқатдан кейин кунига ичиш учун 100 мг дан витамин Е + 100 000 ХБ витамин А дозасида	С https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922
Ретинол ацетат (Витамин А)	Катталар учун енг юқори кунлик доза 100 000 ХБ дан ошмаслиги керак.	С https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922
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	С https://www.vidal.ru/drugs/pharm-group/922
Холекальциферол (Витамин D)	Д витамини танқислигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси <20 нг/мл) - 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	С https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750

	<p>ичиш учун - 6000 - 8000 ХБ кунига - 8 ҳафта ичиш учун</p> <p>Д витамини етишмовчилигини коррекцияси (25 (ОХ) Д даражаси ≥ 20 ва < 30 нг/мл) - 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> <p>Д витамини даражасини қўллаб-қувватлаб туриш ≥ 30 нг/мл - 1000 - 2000 ХБ ҳар куни ичиш учун - 6 000 - 14 000 ХБ ҳафтада бир марта ичиш учун</p>	
Экстракт алоэ	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.	С https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/503?ysclid=m6f8ckqd6p80786750
Шишасимон тана	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.	С https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622
Рекомбинант IFN альфа-2b, ректал суппозиторийлар	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.	С https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622
Инозин пранабекс	Ичиш учун, овқатдан кейин, 500 мг кунига 3–4 марта, 10 кун давомида.	С https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622
Меглюмин акридонатсетат	3 та инъекция 24 соатлик интервал билан, кейин яна 3 та инъекция 48 соатлик интервал билан.	С https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622
Тилорон дигидрохлорид	Дастлабки 2 кун давомида кунига 1–2 таблетка (250 мг), кейин куна ора 1 таблетка (125 мг) 2–4 ҳафта давомида. Ёки ремиссия даврида: 0,125 г (1 таблетка) овқатдан кейин, ҳар ҳафтанинг	С https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622

	дастлабки 2 кунда, жами 5 ҳафта давомида. Курс дозаси – 1,25 г.	
Пароксетин	<p>Суткасига 1 марта - эрталаб овқат пайтида. Таблеткани чайнамай ютиш керак</p> <p>Тавсия этилган суткалик доза - 20 мг., доза даволашнинг дастлабки 3-4 ҳафтаси давомида индивидуал равишда синчковлик билан танланиши, кейин эса клиник кўринишларга қараб унга тузатиш киритилиши керак. 20 мг дозасига етарли жавоб бўлмаган баъзи беморларни даволаш учун дозани ошириш керак бўлиши мумкин. Даволашнинг клиник самарадорлигига қараб дозани 10 мг га (максимал 50 мг/сут) ошириб, аста-секин амалга ошириш керак.</p>	<p>C</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</p>
Гидроксизин	<p>Ичишга. 12.5-50 мг/сут</p> <p>Максимал бир марталик доза 200 мг дан ошмаслиги керак, максимал суткалик доза 300 мг дан ошмаслиги керак. Кекса ёшдаги беморларда бошланғич дозани 2 барабар камайтириш керак.</p> <p>Ўрта ва оғир даражадаги буйрак этишмовчилиги бўлган, шунингдек жигар этишмовчилиги бўлган беморларга дозани камайтириш зарур.</p>	<p>C</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</p>
Валериана экстракти	<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://www.vidal.ru/drugs/clinic-group/385?ysclid=m681ycokbr94914622</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>D</p> <p>https://www.ismos.ru/guidelines/doc/mikozy_stop_kistej_i_tulovishcha.pdf</p> <p>https://www.vidal.ru/drugs/cetirizine_30396#:~:text=%D0%A6%D0%B5%D1%82%D0%B8%D1%80%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BD</p>

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.

«ТРИХОФИТИЯ»
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2024

Асосий қисм

Кириш

Жсст маълумотларига кўра, келгуси аср замбуруғъ касалликларининг оъсиши билан ажралиб туради, уларнинг ўртача даражаси аллақачон 25% га етган, бу частота ўзгарувчан ва Россия учун тахминан 30%, Ғарбий Европанинг қолган қисми учун 70% ни ташкил қилади%. Статистик маълумотларга кўра, бугунги кунда Ўзбекистонда умуман тери микози билан касалланиш даражаси тахминан 24,5% ни ташкил қилади.

Трихофитиа – *Trichophyton* жинсига мансуб замбуруғлар келтириб чиқарадиган тери, соч ва тирноқларнинг юқори юқумли дерматофитияси. Одамларда паразитлик қилувчи (*Trichophyton violaceum* ва *Trichophyton tonsurans*) замбуруғлари келтириб чиқарадиган антропофил трихофитиа ва зоофил замбуруғлар (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* ва *Trichophyton verrucosum*) томонидан келиб чиққан зооантропоноз ҳайвонларда паразитлик қилувчи – ижтимоий аҳамиятга ега болалар орасида силлик тери ва бош терисини зарарловчи юқори юқумли касалликлардир. Трихофитиянинг умумий таркибида турли патогенларнинг улуши ва устунлиги ва минтақанинг табиий-географик, ижтимоий-иқтисодий хусусиятларига, аҳолининг анъанавий турмуш тарзига, чорвачиликни ривожлантиришга, санитария-ветеринария назоратига боғлиқ [5,8,9,10,12,13,16,17,19,20].

Инфекцион тарқалишига миграция, санитария маданияти даражаси, кеч аниқлаш (2 ҳафтадан 3 ойгача) ва диагностика хатолари сабаб бўлади [12,16,17,18]. Ўз вақтида аниқлаш бирламчи ва иккиламчи патоморфоз билан мураккаблашади: инфекцияни юқтириш йўллариининг ўзгариши, клиник полиморфизм, турли дерматозлар ниқоби остида юзага келадиган касалликнинг атипик, асоратланган ва ўчирилган шакллари [7,12,17]. Тахминан 10% ҳолларда абсцеланиш [8,9,11,14,17], интоксикация, йирингли-яллиғланиш жараёнлари (керион Селси) билан асоратланади, чандиқ алопесияси ва аллергик реакциялар ривожланиш хавфи ортади [1,13,20,22]. Ўзбекистонда зооантропоноз трихофитиа жиддий тиббий-ижтимоий муаммо туғдирмоқда - 2013-2017-йилларда ЗАТ билан касалланиш 100 минг аҳолига 20,2 дан 28,2 гача кўтарилди [1,2].

Антибиотиклар, тситостатиклар, кортикостероид препаратларини кенг қўллаш, юрак-қон томир ва эндокрин тизимлар касалликлари, аҳолининг иммунитет ҳолатининг пасайиши, санитария-гигиена ҳолатининг ёмонлашиши экспрессияга ёрдам берувчи омиллардир (Бурова С.А., 1998; Кунакбаева Т.С., 2000).

Шундай қилиб, юқоридагилар билан боғлиқ ҳолда, ҳозирги босқичда ушбу касалликнинг клиник ва эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ушбу беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш тизимига таъсир қилиши мумкин бўлган минтақавий хусусиятлар, иқлим шароити ва бошқа муҳим ижтимоий-ҳуқуқий омилларни ҳисобга олган ҳолда беморлар билан ишлаш бўйича миллий протоколни яратиш зарурати билан долзарбдир.

Таъриф ва касалланиш

Трихофитиа – *Trichophyton* жинсига мансуб замбуруғлар келтириб чиқарадиган тери, соч ва тирноқларнинг юқори юқумли дерматофитиясидир.

Даволаш, шу жумладан дори-дармонлар ва дори-дармонларсиз терапия

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitiya.pdf>

Ўзбекистон Республикасида бепул тиббий ёрдамнинг қафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида рўйхатдан ўтмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

Даволаш мақсадлари

- клиник даво;
- замбуруғларни микроскопик текширувда манфий натижа.

Майин сочларга зарарланишсиз силлиқ тери трихофитиясини даволашда ташқи антимикотик препаратлар қўлланилади. Теридаги бир нечта ўчоқлар (3 ёки ундан кўп), патологик жараёнда майин сочларнинг иштироки, шунингдек, бош териси (ёки қов сохаси) шикастланганда, тизимли антимикотик препаратни ўз ичига олган комплекс даволаш керак, ташқи антимикотиклар, 7-10 кунда бир марта сочни олдириш. Оғир яллиғланиш ҳодисалари учун маҳаллий антимикотик ва глюкокортикостероид препаратларини ўз ичига олган комбинацияланган препаратлар қўлланилади.

Даволаш схемалари

Катталар учун тавсия етилган даволаш режимлари:

А	Гризеофулвин кунига кг тана вазнига 12,5 мг чой қошиқ ўсимлик ёғи билан ичиш 3 дозада (кунига 1,0 g дан кўп бўлмаган) замбуруғларга текширув, иккинчи салбий микроскопик натижагача (одатда 3-4 ҳафта) тавсия етилади.), кейин ҳар куни 2 ҳафта давомида , кейин 2 ҳафтада 3 кунда 1 мартадан [13,18, 20, 22, 26, 27,31, 32].
----------	---

Шарҳлар: 5-7 кунлик интервал билан ўтказилган замбуруғ микроскопик текширувининг учта салбий натижаси даволаш тугалланганлигини билдиради.

Қўшимча маҳаллий таъсир қилувчи дорилар билан даво амалга оширилади:

В	Тсиклопирокс крем, 4-6 ҳафта давомида кунига 2 марта суриш [15] -ёки кетоконазол креми 4-6 ҳафта давомида кунига 1–2 марта суриш [15] -ёки изоконазол креми 4-6 ҳафта давомида кунига бир марта суриш [34] - бифоназол креми 4-6 ҳафта давомида кунига бир марта суриш [34] - 10% олтингугуртли малҳам кечқурун + ёд 3% алкоғолли дамламаси маҳаллий ерталаб [27.35] -олтингугурт (5%)-ёғли (10%) малҳам маҳаллий кечқурун [35].
----------	---

Бошнинг сочли сохаси юзаки трихофитиясининг сурункали шаклида, антимикотик дориларни буюришдан олдин, эпидермиснинг шох парда қатлами ажратилади

С	<p>-салицил кислотаси 12,0 g, - сут ёки бензоин кислотаси 6,0 g, вазелин 100,0 g гача маҳаллий 2 кун давомида компресс остида зарарланган жойга, кейин салицил малҳами 2% маҳаллий компресс остида 24 соат давомида, бандажни олиб ташлаганингиздан сўнг, сочларни тозалаш ва эпилатсйа қилиш. Шохли қатлам ажратилгандан сўнг, антимикотик дорилар юқорида тавсифланган схемаларга мувофиқ буюрилади.</p>
----------	---

Трихофитиянинг инфилтратив-йирингли шакли учун антимикотик дориларни буюришдан олдин антисептик ва яллиғланишга қарши дорилар (лосйонлар ёки малҳам шаклида) қўлланилади :

С	<p>- ихтиол малҳам 10% 2–3 кун давомида маҳаллий кунига 2–3 марта - ёки калий перманганат еритмаси 1:6000 маҳаллий кунига 2–3 марта - ёки етакридин еритма 1: 1000 маҳаллий кунига 2–3 марта 1–2 кун давомида - ёки фурацилин еритма 1:5000 маҳаллий кунига 2–3 марта, кейин олтингурут-дегтярли 10% малҳам кунига 2 марта инфилтрациялар йўқолгунича [27].</p>
----------	---

Шарҳлар: Антимикотик дорилар юқорида тавсифланган схемаларга мувофиқ қўшимча равишда буюрилади.

Агар силлиқ теридаги майин сочлар зарарланган бўлса антимикотик дориларни буюришдан олдин эпидермиснинг шох парда қатлами ажратилади

С	<p>10% сут-салицилли коллодиуми (салитсил кислотаси 10,0 g, сут кислотаси ёки бензоик кислота 10,0 g, эластик коллодия 100,0 g гача, коллодия) 3–4 кун давомида кунига 2 марта маҳаллий.</p>
----------	--

Шарҳлар: Кейин майин сочларни эпилатсйа қилиш қўлда амалга оширилади ва юқорида тавсифланган схемаларга мувофиқ антимикотик дорилар билан даволаш давом эттирилади.

Даволашнинг алтернатив турлари

А	<p>-тербинафин 250 мг кунига бир марта овқатдан кейин ичиш хар куни 5–6 ҳафта давомида [13, 14, 17, 18, 22, 25-27] ёки итраконазол 100 мг оғиз орқали кунига бир марта овқатдан кейин ҳар куни 4–6 ҳафта [27].</p>
----------	---

Махсус ҳолатлар Ҳомиладорлик ва лактация.

В	Ҳомиладорлик ва лактация даврида тизимли антимикотик дориларни қўллаш мумкин эмас. Ҳомиладорлик даврида микроспориянинг барча шакллари даволаш фақат маҳаллий дорилар билан амалга оширилади. Ўчоқдаги сочлар ҳар 5-7 кунда бир марта қирилади ёки епилатсйа қилинади.
----------	---

Болаларни даволаш

Тавсия етилган даволаш режимлари

А	Гризеофулвин 1 чой қошиқ ўсимлик мойи билан ичиш кунига 1 kg тана вазнига 18 мг, ҳар куни 3 дозада замбуруғлар мавжудлиги учун иккинчи салбий микроскопик текширувгача (3-4 ҳафта), кейин ҳар куни 2 ҳафта давомида, кейин 2 ҳафта 1 марта 3 кунда [13, 18, 20, 22, 26, 27, 31, 32].
----------	--

Шарҳлар: 5-7 кунлик интервал билан ўтказилган тадқиқотнинг учта салбий натижаси даволаш тугалланганидан далолат беради.

Бошнинг сочли қисми юзаки трихофитиясининг сурункали шаклида, антимикотик дориларни буюришдан олдин, эпидермиснинг шох парда қатлами ажратилади:

С	-салицил кислотаси 6,0 g, -сут ёки бензой кислотаси 3,0 g, вазелин 100,0 g гача оъчоқларга маҳаллий 2 кун давомида компресс остида, сўнгра салицил малҳами 2% маҳаллий компресс остида 24 соат давомида, бандажни олиб ташлаганингиздан сўнг, сочларни тозалаш ва епиласйа қилиш.
----------	--

Шарҳлар: Шох қатлами ажратилгандан сўнг, Гризеофулвин юқорида тавсифланган схема бўйича буюрилади.

Муқобил даволаш режимлари

А	-тербинафин: вазни >40 kg бўлган болалар - 250 мг кунига бир марта овқатдан кейин, вазни 20 дан 40 kg гача бўлган болалар - 125 мг кунига бир марта овқатдан кейин, вазни <20 kg бўлган болалар - 62,5 мг 1 марта оғиз орқали кунига бир марта овқатдан кейин 5–6 ҳафта давомида [13, 14, 17, 18, 22, 25-27] ёки -итраконазол 12 ёшдан ошган болалар учун - 4–6 ҳафта давомида ҳар куни овқатдан кейин кунига бир марта 1 kg тана вазнига 5 мг [27].
----------	--

Патогенетик терапия самарадорлигини ошириш учун қуйидагилар тавсия этилади:

Д	<ul style="list-style-type: none">• Биоген стимуляторлар• Витаминотерапия ва микроэлементлар: А, С, Д, Е витаминлари, В гуруҳи, цинк• Гипосенсибилизация қилувчи терапия• Антигистамин дори воситалари
----------	---

- Гепатопротекторлар

Даволаш натижаларига қўйиладиган талаблар

- клиник кўринишларнинг яхшиланиши;
- микроскопик текширувнинг учта салбий назорат натижалари (бошнинг сочли соҳаси трихофитияси - ҳар 5-7 кунда бир марта, силлиқ терининг трихофити 3 кунда бир марта).

Қайталаниш еҳтимолини ҳисобга олган ҳолда, даволаниш тугагандан сўнг, бемор диспансер кузатувида бўлиши керак:

- Бошнинг сочли соҳаси трихофитияси билан - 2 ой,
- Силлиқ тери трихофитияси учун - 1 ой.

Диспансер кузатуви пайтида назорат микроскопик текширувлари ўтказилиши керак:

- Бошнинг сочли соҳаси трихофитияси учун - ойига бир марта,
- силлиқ терининг трихофитияси учун - ҳар 10 кунда бир марта.

Дори-дармонсиз даволаш:

№2 режим (умумий) – трихофития билан оғриган беморларга дезинфекция қилиш тавсия этилади. Трихофитиянинг қайталанишини олдини олиш учун барча контактларни текшириш керак. Эпидемияга қарши тадбирларни ўтказиш. Рецидив еҳтимоли туфайли, даволаниш тугагандан сўнг, бемор диспансер кузатувидан ўтиши керак.

Соғайганлик ва уюшган жамоага қабул қилиш тўғрисидаги хулоса дерматовенеролог томонидан берилади.

С Агар инфекция манбаи аниқланган бўлса, ҳайвонларни текшириш ва даволаш учун ветеринария шифохонасига юбориш тавсия этилади, сўнгра трихофития билан оғриган беморни даволаш ва кузатиш жойи тўғрисида маълумотнома тақдим этилади. Агар уйсиз ҳайвонга шубҳа туғилса, маълумотлар тегишли ҳайвонларни тутиш хизматларига узатилади.

Термик ва кимёвий жиҳатдан юмшоқ овқатланиш – беморларнинг овқатланиши механик, термик ва кимёвий жиҳатдан юмшоқ, асосий макро ва микроэлементлар билан бойитилган, юқори калория таркибига ега бўлиши керак. Агар кўп миқдорда тошмалар ва йирингли юзалар бўлса, бемор йўқотган суюқлигини тўлдириши керак. Йирингли шаклда, даволовчи шифокор тавсиясига кўра оқсиллар, ёғлар, углеводлар ва электролитлар мувозанатини ҳисобга олган ҳолда овқатланишни танлаш керак.

Зарарланган терини парвариш қилиш – ҳар куни махсус боғлов материаллари ва воситаларидан фойдаланиш.

С	<p>Бундан ташқари, терапия маҳаллий таъсир қилувчи дорилар билан амалга оширилади: циклопирокс, крем кунига 2 марта маҳаллий 4-6 ҳафта давомида [15] ёки кетоназол креми, малҳам кунига 1–2 марта маҳаллий 4-6 ҳафта давомида [15] ёки изоконазол, маҳаллий крем кунига бир марта 4-6 ҳафта давомида [34] маҳаллий 4-6 ҳафта давомида кунига бир марта [34] бўладими ёки маҳаллий кечкурун 10% олтингугуртли малҳам + ёд 3% спиртли дамламаси маҳаллий ерталаб [27,35] олтингугуртли (5%) дегтярли (10%) малҳам маҳаллий [35].</p> <p>Бошнинг сочли қисми юзаки трихофитияси сурункали шаклида, антимикотик препаратларни буюришдан олдин, эпидермиснинг шох парда қатлами (салицил кислотаси 12,0 g, сут ёки бензой кислота 6,0 g, вазелин 100,0 g гача) маҳаллий ажратилади, 2 кун давомида компресс остида, сўнгра салицил малҳами 2% маҳаллий компресс остида 24 соат давомида, бандажни олиб ташлаганингиздан сўнг, сочларни тозалаш ва епиласйа қилиш.</p>
----------	--

Яра инфекциясида

Барча шаклларда бактериал колонизация ёки инфекциялар учраши мумкин, айниқса яралар кўп ва узоқ муддат давом етиган оғирроқ шаклларида. Колонизация қилинган ёки яллиғланган яраларда био-юкнинг коъпайиши давони қийинлаштиради. Шунинг учун инфекцияни олдини олиш, яллиғланишни камайтириш ва мавжуд инфекцияни даволаш мақсатида яраларни парвариш қилиш учун асосий бўлган тизимли антибиотиклар буюрилади.

**«ТРИХОФИТИЯ» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

Асосий қисм

Жсст маълумотларига кўра, келгуси аср замбуруғъ касалликларининг оъсиши билан ажралиб туради, уларнинг ўртача даражаси аллақачон 25% га етган, бу частота ўзгарувчан ва Россия учун тахминан 30%, Фарбий Европанинг қолган қисми учун 70% ни ташкил қилади%. Статистик маълумотларга кўра, бугунги кунда Ўзбекистонда умуман тери микози билан касалланиш даражаси тахминан 24,5% ни ташкил қилади.

Трихофитиа – *Trichophyton* жинсига мансуб замбуруғлар келтириб чиқарадиган тери, соч ва тирноқларнинг юқори юқумли дерматофитияси. Одамларда паразитлик қилувчи (*Trichophyton violaceum* ва *Trichophyton tonsurans*) замбуруғлари келтириб чиқарадиган антропофил трихофития ва зоофил замбуруғлар (*Trichophyton mentagrophytes* var. *gypseum* ва *Trichophyton verrucosum*) томонидан келиб чиққан зооантропоноз хайвонларда паразитлик қилувчи – ижтимоий аҳамиятга ега болалар орасида силлик тери ва бош терисини зарарловчи юқори юқумли касалликлардир. Трихофитиянинг умумий таркибида турли патогенларнинг улуши ва устунлиги ва минтақанинг табиий-географик, ижтимоий-иқтисодий хусусиятларига, аҳолининг анъанавий турмуш тарзига, чорвачиликни ривожлантиришга, санитария-ветеринария назоратига боғлиқ [5,8,9,10,12,13,16,17,19,20].

Инфекцион тарқалишига миграция, санитария маданияти даражаси, кеч аниқлаш (2 ҳафтадан 3 ойгача) ва диагностика хатолари сабаб бўлади [12,16,17,18]. Ўз вақтида аниқлаш бирламчи ва иккиламчи патоморфоз билан мураккаблашади: инфекцияни юктириш йўллариининг ўзгариши, клиник полиморфизм, турли дерматозлар ниқоби остида юзага келадиган касалликнинг атипик, асоратланган ва ўчирилган шакллари [7,12,17]. Тахминан 10% ҳолларда абсцеланиш [8,9,11,14,17], интоксикация, йирингли-яллиғланиш жараёнлари (керион Селси) билан асоратланади, чандиқ алопесияси ва аллергик реакциялар ривожланиш хавфи ортади [1,13,20,22]. Ўзбекистонда зооантропоноз трихофития жиддий тиббий-ижтимоий муаммо туғдирмоқда - 2013-2017-йилларда ЗАТ билан касалланиш 100 минг аҳолига 20,2 дан 28,2 гача кўтарилди [1,2].

Антибиотиклар, тситостатиклар, кортикостероид препаратларини кенг қўллаш, юрак-қон томир ва эндокрин тизимлар касалликлари, аҳолининг иммунитет ҳолатининг пасайиши, санитария-гигиена ҳолатининг ёмонлашиши экспрессияга ёрдам берувчи омиллардир (Бурова С.А., 1998; Қунакбаева Т.С., 2000).

Шундай қилиб, юқоридагилар билан боғлиқ ҳолда, ҳозирги босқичда ушбу касалликнинг клиник ва эпидемиологик хусусиятларини ўрганиш ушбу беморларга тиббий ёрдам кўрсатиш тизимига таъсир қилиши мумкин бўлган минтақавий хусусиятлар, иқлим шароити ва бошқа муҳим ижтимоий-ҳуқуқий омилларни ҳисобга олган ҳолда беморлар билан ишлаш бўйича миллий протоколни яратиш зарурати билан долзарбдир.

Таъриф

Трихофитиа – *Trichophyton* жинсига мансуб замбуруғлар келтириб чиқарадиган тери, соч ва тирноқларнинг юқори юқумли дерматофитиясидир.

Профилактика усуллари ва тартиблари:

Трихофития учун профилактика чоралари санитария-гигиена, шу жумладан шахсий гигиена чораларига риоя қилиш ва дезинфекция (профилактик ва ўчоқли дезинфекция) ўз ичига олади.

Ўчоқли (жорий ва якуний) дезинфекция касал аниқланган жой ва даволаш жойларида амалга оширилади: уйда, болалар муассасалари ва соғлиқни сақлаш муассасаларида ва хоказо.

Сартарошхоналарда, ҳаммомларда, сауналарда, санитария назорат пунктларида, спорт мажмуаларида, меҳмонхоналарда, ётоқхоналарда ва ҳоказоларда профилактик санитария-гигиена ва дезинфекция тадбирлари ўтказилади.

Эпидемияга қарши чоралар

1. Биринчи марта аниқланган трихофития билан оғриган бемор учун ССВ ЎзР. 058-шакл 2020 йил 31 декабрдаги №363 буйруғига биноан СЕСга ва яшаш жойидаги теританосил касалликлари диспансерларига 3 кун ичида хабар қилинади.

Ҳар бир янги касаллик биринчи марта ташхис қўйилган деб ҳисобланиши керак.

2. Тиббий ташкилотларда, уюшган гуруҳларда ва бошқа муассасаларда касалликни қайд етишда бемор тўғрисидаги маълумотлар юқумли касалликларни қайд етиш журнаliga киритилади.

Журнал барча тиббиёт ташкилотлари, мактабларнинг тиббиёт кабинетлари, мактабгача таълим муассасалари ва бошқа уюшган жамоаларда юритилади. Юқумли касалликларга чалинган беморларни шахсий ҳисобга олиш ва соғлиқни сақлаш муассасалари ва давлат санитария-эпидемиология назорати органлари ўртасида ахборот алмашинувини қайд етиш учун хизмат қилади.

3. Бемор изоляция қилинади.

Агар болалар муассасаларида трихофития билан оғриган бемор аниқланса, у дарҳол изоляция қилинади ва касалхонага ёки уйга қўчирилгунга қадар доимий дезинфекция амалга оширилади.

Трихофития билан оғриган бемор тузалиб кетгунга қадар бола мактабгача таълим муассасаси ёки мактабга киритилмайди; Вояга етган беморга болалар ва коммунал муассасаларда ишлашга рухсат берилмайди. Беморга ҳаммом ёки бассейнга бориш тақиқланади.

Максимал изоляция қилиш учун беморга алоҳида хона ёки унинг бир қисми, индивидуал фойдаланиш учун буюмлар (зиғир, сочиқ, рўмол, тароқ ва бошқалар) ажратилади.

Бемор аниқлангандан кейин дастлабки 3 кун ичида мактабгача таълим муассасалари, мактаблар, олий ва ўрта махсус таълим муассасалари ва бошқа ташкил етилган жамоаларда ушбу муассасаларнинг тиббиёт ходимлари алоқада бўлган шахсларни кўриқдан ўтказилади. Оиладаги алоқада бўлган шахсларни текшириш дерматовенеролог томонидан амалга оширилади. Текширув якуний дезинфекциядан олдин амалга оширилади.

Тери ва бош терисини мажбурий текшириш билан кейинги тиббий назорат ҳафтада 1-2 марта 21 кун давомида ҳужжатларда белги билан амалга оширилади (кузатув варақаси сақланади).

4. Уюштирилган гуруҳлар ва тиббиёт ташкилотларида доимий дезинфекция ишларини олиб бориш учун жавобгарлик унинг тиббиёт ходимлари зиммасига юкланади. Касалхонага ётқизиш ёки тикланишдан олдин жорий дезинфекция беморнинг ўзи ёки унга ғамхўрлик қилаётган шахс томонидан амалга оширилади.

Агар аҳоли бемор аниқланган кундан бошлаб 3 соатдан кечиктирмай буни амалга ошира бошласа, жорий дезинфекция ўз вақтида ташкил етилган ҳисобланади.

5. Якуний дезинфекция трихофития ўчоқларида бемор касалхонага ётқизиш учун ўчоқдан чиққандан кейин ёки касалхонага ётқизиш ёки тикланиш вақтидан қатъи назар, уйда даволанган бемор тузалиб кетганидан кейин амалга оширилади.

Баъзи ҳолларда якуний дезинфекция икки марта амалга оширилади (масалан, касал болани мактаб-интернатнинг тергов изоляторида изоляция қилиш ва даволашда: бемор жойлашган биналарда – изоляция қилинганидан кейин ва – тузалиб кетганидан кейин. изоляторда). Агар мактабгача таълим муассасаси ёки мактабга қатнайдиган бола касал бўлиб қолса, якуний дезинфекция мактабгача таълим муассасасида (ёки мактабда) ва уйда амалга оширилади. Умумтаълим мактабида якуний дезинфекция эпидемиологик сабабларга кўра амалга оширилади.

Якуний дезинфекция ўчоқларда дезинфекция станцияси томонидан амалга оширилади. Тўшак, устки кийим, поябзал, бош кийимлар, гиламлар, юмшоқ ўйинчоқлар, китоблар ва бошқалар камера дезинфекциясига тортилади.

Тричопхитон ментагропхитес вар.гипсеум сабаб бўлган зооноз трихофития ўчоқларида кемирувчиларни йўқ қилиш чоралари кўрилиши керак.

6. Уйда якуний дезинфекция қилиш ва уюшган гуруҳларда алоҳида ҳолатлар учун ариза дерматовенерологик профилдаги тиббий ташкилотнинг тиббиёт ходими томонидан берилди.

7. Уюштирилган гуруҳларда 3 ёки ундан ортиқ ҳолатни рўйхатга олишда, шунингдек эпидемиологик кўрсаткичлар бўйича дерматовенерологик профилдаги тиббий ташкилотнинг тиббиёт ходими ва давлат санитария-эпидемиология назорати органларининг эпидемиологи бўлади. Эпидемиологнинг кўрсатмаси билан якуний дезинфекция буюрилади ва дезинфекция ҳажми аниқланади.

8. Зооантропоноз трихофитияда касалликни аниқлаган тиббиёт ходими инфекция манбасини (касал ҳайвонлар билан алоқа қилиш) аниқлаш устида ишлаш.

Ветеринария хизмати билан ҳамкорликда фермер хўжаликлари ва шахсий фермер хўжаликларида қорамоллар ўртасида инфекцияни аниқлаш чораларини кўриш. Ҳайвонлар ветеринария муассасаларида текширилади, сўнгра трихофития билан оғриган беморни даволаш ва кузатиш жойи тўғрисида маълумотнома тақдим этилади.

Реабилитация усуллари ва тартиблари:

Ўтказилмайди.

Профилактик ва реабилитация тадбирлари самарадорлиги кўрсаткичлари:

- Соғайиш;
- Янги ҳолатларнинг пайдо бўлиши
- Касалликда қайталаниш микдорининг камайтириш
- Ҳаёт сифати яхшилаши;

Адабиёт:

1. Нурматов У.В., Туляганов А.Р. VIII Всероссийский съезд дерматовенерологов: Тезисы научных работ. Ч 1. // Дерматология. – М, 2001. С.154–155.
2. Дерматовенерология: национальное руководство / Под ред. Ю.К.Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М., 2011.
3. Кубанова А.А., Потеев Н.С., Потеев Н.Н. Руководство по практической микологии. – М.: ФИД «Деловой экспресс», 2001. С. 92–104.
4. Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Тохтаев Г.Ш. Состояние продукции цитокинов у больных зооантропонозной трихофитией. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. - Ташкент, 2020. -№1-2. –С.124-128. (14.00.00; №1).
5. Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Тохтаев Г.Ш. Роль эндогенных антимикробных пептидов и витамина Д в защите кожи от бактериальной и микотической инфекции. // Тиббиёт ва спорт.- Ташкент, 2020. -№4. –С.112-115. (14.00.00; №23).

- 6.Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Тохтаев Г.Ш., Джумаев Н.Д. Клинико-эпидемиологическая характеристика и цитокиновый статус у больных зооантропонозной трихофитией. // Проблемы медицинской микологии. - Россия, 2021. -Том23. -№1. –С. 25-31. (14.00.00; №107).
- 7.Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Маликов К.З., Тохтаев Г.Ш. Оптимизация наружной терапии тяжелых форм зооантропонозной трихофитии. // Инфекция и иммунитет- Россия, 2022. -Том12. -№1. Online first (SCOPUS).
- 8.Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Джумаев Н.Д. Видовой состав возбудителей зооантропонозной трихофитии у больных в Ташкентской области. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. -Ташкент, 2019. -№3. –С.46-47.
- 9.Имамов О.С., Абдувахитова И.Н., Тохтаев Г.Ш. Clinic features of trichophythes, approaches to treatment.// Перспективы развития дерматовенерологии в детском возрасте. 2-я Научно-практическая онлайн конференция с международным участием Сборник тезисов. -Ташкент, 2021,С. 61-62.
- 10.Имамов О.С., Абдувахитова И.Н, Махмудов Ш.Х., Тохтаев Г.Ш. Clinical Course And Methods Of Treatment Of Trichophytosis. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. –Ташкент, 2023 №1. (101) –С.120-12.
11. Овсянникова Е.В., Потекаев Н.Н.: тезисы научных работ VIII Всероссийского съезда дерматовенерологов. – М., 2001. 50 с.
12. Справочник миколога / Под ред. Баткаева Э.А. – М.: РМАПО, 2008.
13. Урманов Д.Х. Клиническое течение и эффективность специфической терапии дерматофитий волос головы у детей с сопутствующими гельминтозами. Автореф. дис. на соиск. уч. степ. к.м.н. - М., 1985. RU 2058141 C1, 20.04.1996.
14. Скрипкин Ю.К. и др. Микроспория. Российский медицинский журнал. - 1997, № 2, с. 37-40.
15. Рукавишников В.М., Самсонов В. А. Лечение дерматофитий с преимущественным поражением волос. //Вестник дерматологии и венерологии. 1996. - 3. -С.17-20.
16. Рукавишников В. М., Федоров С.М. О терапевтической эффективности ламизила у больных дерматофитиями и некоторыми недерматофитными микозами //Вестник дерматологии и венерологии. - 2. -1997. -С.19-23.
17. Степанова Ж.В. К вопросу о хронической трихофитии у детей В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2003. С. 177-178.
- 18.Eshboev E.X., Imamov O.S., Djumaev N.D., Toxtayev G.Sh. Dermatormycoses and methods of laboratory diagnosis. // Central Asian journal of medicine – Ташкент, 2023. - №1. -21-31p(SCOPUS).
- 19.Imamov O.S., Abduvakhitova I.N. Methods of treatment of zoonthroponotic trichophytosis.//II international scientific conference Beijing. 18-19.07.2023.-China, 2023 p.17.
20. Open -label, Multicenter Study Of Diflucan (Fluconazole) Given Once Daily To children With Tinea Capitis for 6 weeks" NCT00645242.
21. Randomized, single-blind study of efficacy and safety of Terbinafine compared to Griseofulvin in children with Tinea Capitis.
22. Terbinafine Compared to Griseofulvin in Children With Tinea Capitis Intervention Allocation: Randomized Endpoint Classification: Safety/Efficacy Study Intervention Model: Single Group Assignment Masking: Single Blind Primary Purpose: Treatment NCT00117754.
23. Single-Dose Food In Vivo Bioequivalence Study of Terbinafine Hydrochloride Tablets (250 mg; Mylan) and Lamisil® (250 mg; Novartis) in Healthy Volunteers NCT00648713.
24. A Randomized, Double-Blinded, Placebo-Controlled Study Observing the Efficacy of Selenium Sulfide 1% Shampoo, Ketoconazole 2% Shampoo, and Ciclopirox 1% Shampoo as Adjunctive Treatments for Tinea Capitis in Children NCT00127868.

25. A Randomized, Open Label, Single-Dose, three-period, Crossover study to evaluate the relative bioavailability of 250 mg terbinafine given orally either as one 250 mg Lamisil tablet(MF), Two 125 mg Lamisil tablet(MF) or as sixty minitables in healthy subjects.
26. Open-label study of efficacy and tolerability of Terbinafine in children with Tinea Capitis caused by *Microsporum Canis* for 8 weeks.
27. Руководство по детской дерматовенерологии /Под ред. Скрипкина Ю.К. – М.: «Медицина», 1983. С. 135–143.
28. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путем / Под ред. Бутова Ю.С. – М.: Медицина, 2002.
29. Степанова Ж.В. Современные методы терапии микозов у детей В кн.: Успехи медицинской микологии. Т. II. Под ред. Сергеева Ю.В. М.: Национальная академия микологии, 2003. С. 178-179.
30. Аравийский Р.А., Горшкова Г.И. Практикум по медицинской микологии. – СПб.: СПбМАПО, 1995.- 40 с. 18
31. Бондаренко В.В. Современные особенности эпидемиологии, клинического течения и терапии микроспории и трихофитии у детей и подростков; канд.дисс., 2002.
32. Степанова Ж.В. Грибковые заболевания. Диагностика, современные методы лечения, профилактика. – М.: Крон-Пресс, 1996. – 164 с.
33. Rassa Aly, PHD Pediatr Infect Disease J. 1999 18180-5.
34. Jones T.C. British Journal of Dermatology 1995, 132: 683 – 689.
35. Saceres Rhos H., Rueda M., Ballona R., Comparison of terbinafine and griseofulvin in the treatment of tinea capitis. J Am Acad Dermatol, 2000 Jan, 42:1 Pt 1, 80 – 4.
36. Базаев В.Т., Дашевская О.В., Фидаров А.А., Царуева М.С., Фидаров А.В. Трихомикозы (микроспория, трихофития, фавус), методическое пособие. Владикавказ; 2007 г.
37. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем / Под ред. А.А.Кубановой, В.И. Кисиной – М., 2005, том VIII. С. 336-338
38. Томас П.Хэбиф Кожные болезни. Диагностика и лечение. Под редакцией Кубановой А.А. – М., 2008г., С. 266-268.
39. Рубинс А. Дерматовенерология Под общей редакцией А.А.Кубановой –М., 2011г., С. 70-72.
40. Романенко И.М., Кулага В.В., Афонин С.Л. Лечение кожных и венерических болезней. Руководство для врачей –М., 2015г., С.222-235
41. Медведева Т.В., Леина Л.М., Чилина Г.А., Богомолова Т.С. Трихомикозы: история изучения, современные представления об эпидемиологии, этиологии, диагностике и лечении. Клиническая дерматология и венерология, 2011, №6, с.4-9.
42. Дерматовенерология /Под ред. А.В. Самцова, В.В. Барбинова-СпецЛит., 2008, С.118-131.
43. Справочник кожные и венерические болезни / Под ред.Иванова О.Л. – М.: Медицина, 1997.

<https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/ru#1639304259>

<https://diseases.medelement.com/disease/>

<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/trikhofitija.pdf>

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/

https://library.mededtech.ru/rest/documents/cr_873/#paragraph_0h22g

https://www.vidal.ru/drugs/griseofulvin__

https://www.vidal.ru/drugs/terbinafine__30960

<https://www.lsgeotar.ru/izokonazol.html>