

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

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

**«ҚЎТИР» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

ТОШКЕНТ 2025

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

ЎзР ССВ РИДВаКИАТМ

директори в.б.

Сабиров У.Ю.





« 6 » февраль 2025 йил.

«ҚЎТИР» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

**“ҚЎТИР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ**

Тошкент 2025

1. Кириш қисми

ХКТ-10/11 бўйича кодлар

B86	Қўтир	1G04	Қўтир
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11157		https://icd11.ru/

Протокол ишлаб чиқилиши ва қайта кўрилиши санаси: 2025 йил ва протоколни қайта кўриб чиқиш санаси 2028 й. ёки янги асосий далиллар пайдо бўлганда. Барча тақдим этилган тавсияларга киритилган ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Миллий клиник баённома ва стандартни яратишда ўз хиссаларини қўшди:

Жараёни ташкил этиш бўйича дерматовенерология йўналиши ишчи гуруҳи аъзолари:

1.	Сабиров У.Ю.	Марказ директори, т.ф.д., профессор	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
2.	Джалилов Д.С.	Директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари, т.ф.н.	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
3.	Боходирова А.А.	Илмий котиб	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
4.	Рахматова М.С.	Директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари ёрдамчиси	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
5.	Атаниязов А.Б.	Дерматовенеролог шифокор	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
6.	Эрназаров Н.Х.	Дерматовенеролог шифокор	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
7.	Атажанов Ш.Ю.	Дерматовенеролог шифокор	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”
8.	Хайдаралиев У.М.	Дерматовенеролог шифокор	ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ”

Такризчилар:

1. Эшбаев Эгамберди Хусанович – т.ф.д., профессор, ЎзР ССВ “РИДВ ва КИАТМ”нинг тери ва венерик касалликлари эпидемиологик ҳолатини ўрганиш бўйича илмий лаборатория мудири.
2. Лали Мекокишвили - Грузия фотодерматология ва тери саратони ассоциацияси президенти

Техник эксперт баҳо ва таҳрирлаш:

1. Иноятлов Аваз Шавкатович – т.ф.д., директорнинг даволаш ишлари бўйича ўринбосари, клиника бош шифокори.

2. Рахматов Акрам Баратович – т.ф.д., профессор, микозларни ўрганиш бўйича илмий лаборатория мудири.

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

Мухокама протоколидан олинган сана ва рақам: ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ” Илмий Кенгашининг 06.02.2025даги 1-сонли баённомасидан кўчирма

Қисқартмалар рўйхати:

ТСЛ	Терининг скабиозли лимфоплазияси
ПҚ	Постскабиозли қичишиш
ХКТ	Халқаро касалликлар таснифланиши
ИХЛА	Иммунохемилюминесцент таҳлил
ИФЛА	Иммунофлюоресцент таҳлил
ИФА	Иммунофермент таҳлил
ПЗР	Полимераз занжир реакцияси
ИФР	Иммуно-Флуоресценция Реакцияси
ОТИР	Оқиш Трепонеманинг Иммунизация Реакцияси
ПГР	Пассив Гемагглютинация Реакцияси
ИХА	Иммуно-Хроматографик таҳлил
IgG IgM	Иммуноглобулин G ва M
ОИВ	Одам Иммунодефицит Вируси
ОИТС	Ортирилган имунтанқис вируси синдроми
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

Мундарижа

“ҚЎТИР” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ ПРОТОКОЛИ.....	4
“ҚЎТИР” БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	22
“ҚЎТИР” КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....	29

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматовенеролог шифокорлар;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Педиатрлар;
4. Лаборатория шифокорлари;
5. Эпидемиолог шифокорлари;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, аспирантлари, ўқитувчилари;
9. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва уларга ғамхўрлик қилувчилар.

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

Ушбу нозология бўйича беморлар тоифаси: кўтирга шубҳа қилинган беморлар ва ташхиси тасдиқланган шахслар текширувдан ўтказилади.

Далилларга асосланган тиббиётда далиллар даражаси шкаласи. Диагностика усуллари учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (диагностик аралашувлар)

ДИД	Шарҳи
1	Референс усулидан фойдаланган тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши ёки мета-таҳлил қўлланилиши билан рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Референс усулидан фойдаланган алоҳида тадқиқотлар ёки алоҳида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Референс усули бўлмаган назоратсиз тадқиқотлар ёки тадқиқ этилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усулидан фойдаланган тадқиқотлар ёки рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолатнинг тавсифи.
5	Фақат таъсир механизмлари асослангандир ёки мутахассисларнинг фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун далиллар ишонарлиги даражаларини баҳолаш шкаласи

ДИД	Шарҳи
1	Мета-таҳлил қўлланган рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Алоҳида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайнга эга тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.

4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар сериясининг тавсифи, "ҳолат-назорат" тадқиқотлари.
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизмининг асослангирилиши (доклиник тадқиқотлар) ёки мутахассислар фикри мавжуд.

Профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун тавсиялар ишонарлилиги даражалари (ТИД)ни баҳолаш шкаласи

ТИД	Шарҳи
	Кучли тавсия (барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга, уларнинг натижалар бўйича хулосалари мувофиқ).
	Шартли тавсия (барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим эмас, барча тадқиқотлар юқори ёки қониқарли методологик сифатга эга эмас ва/ёки уларнинг натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас).
	Кучсиз тавсия (мусоаджали сифатдаги далиллар йўқ; барча кўриб чиқиладиган самарадорлик мезонлари (натижалар) аҳамиятсиз, барча тадқиқотлар паст методологик сифатга эга ва уларнинг қизиқарли натижалар бўйича хулосалари мувофиқ эмас).

Асосий қисм.

Кириш

Қўтир энг кенг тарқалган тери касалликларидан бири бўлиб, ривожланаётган мамлакатларда тери касалликларининг катта қисмини ташкил қилади. Аниқланишича, дунёда исталган вақтда 200 миллиондан ортиқ одам қўтир билан касалланиши мумкин ва ҳар йили жами 400 миллион одам ушбу касалликни юқтириб олади.

Қўтир ҳолатлари дунёнинг барча мамлакатларида учрайди, лекин у ресурслари чекланган кўплаб тропик ҳудудларда, айниқса болалар ва қариялар орасида кенг тарқалган. Ушбу соҳаларда унинг болалар орасида тарқалиши 5% дан 50% гача. Такрорий инфекция юқтириб олиш ҳолатлари ҳам кенг тарқалган. Қўтир касаллигининг кечиши ва унинг асоратлари соғлиқни сақлаш тизими учун молиявий томондан қимматга тушади. Юқори даромадли мамлакатларда бу касалликнинг учраши кўп эмас, аммо тиббий муассасалар ва ушбу касалликни тарқалиш эҳтимоли юқори бўлган жамиятда миллий соғлиқни сақлаш хизмати учун иқтисодий харажатларга олиб келади.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

Тасниф

Қўтир (скабиес) – кенг тарқалган тери касаллиги бўлиб, қўтир канаси *Sarcoptes scabiei* томонидан келтириб чиқарилади. [1]

Касаллик этиологияси ва патогенези

Қўзғатувчиси - қўтир канаси *Sarcoptes scabiei*. Паразитизм турига кўра, қўтир каналари доимий паразитлар бўлиб, улар ҳаётининг кўп қисмини уй эгасининг терисида ўтказадилар ва фақат қисқа вақт ичида тери юзасида эктопаразитик турмуш тарзини олиб борадилар. Қўтир каналари фаоллигининг кунлик ритми кечкурун қичишишнинг кучайишини, кечкурун ва кечаси ётоқда алоқа орқали тўғридан-тўғри зарарланишнинг устунлигини ва кечаси қўтирга қарши дориларни буюриш самарадорлигини тушунтиради. Хона ҳароратида катта ёшли урғочи кана патоген хусусиятларини 36

соатгача сақлаб туришга қодир. Кана эпидермис қаватига тезда кириб, "қўтир йўллари" деб аталувчи йўлларни ҳосил қилади. Бу ерда урғочи кана тухум қўяди ва ахлатини қолдиради. Инвазив босқичлар бўлиб кананинг урғочилари ва личинкалари ҳисобланади. Қўтир билан касалланиш асосан қўтир билан касалланган бемор билан алоқа қилиш ёки инфицирланган буюмлар орқали, яқин контакт орқали, одатда ётоқда бирга ухлаш ва жинсий алоқада бўлиш орқали содир бўлади. Юқишнинг билвосита йўли ҳам бўлиши мумкин – маиший буюмлар, кийим-кечак ва бошқалар орқали.[4,5]

Эпидемиология

Қўтирда инфекция ўчоғи бўлиб касалланган одам ва қўзғатувчини тарқалиши учун мавжуд шароит ҳисобланади. Ўчоқнинг тарқалишида асосий рольни қўзғатувчининг энг фаол бўлган даври – тунги пайтда бемор одам билан контактда бўлиш ўйнайди (инфекциянинг тўғридан-тўғри юқиш йўли). Эпидемия аҳамияти бўйича иккинчи ўринни инвазив-контакт гуруҳлари эгаллайди -биргаликда яшайдиган, умумий ётоқхонага эга бўлган одамлар жамоаси (ётоқхоналар, болалар уйлари, мактаб-интернатлар, қариялар уйлари, казармалар, психоневрологик шифохоналардаги "назорат" бўлимлари ва бошқалар) кечки пайт ва тунда бир-бири билан яқин маиший алоқа мавжуд бўлган ҳолатлар ёрқин мисол бўла олади. Урғочи қўтир билан зарарланган ҳолатда инкубацион давр деярли бўлмайди. Личинкаларни юқтирганда эса каналарнинг метаморфозига тўғри келувчи инкубацион давр ҳақида гапириш мумкин. (тахминан 2 ҳафта). [2,3]

Таснифланиши https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

Қўтирнинг қўидаги клиник турлари фарқланади:

- типик;
- “йўлсиз” қўтир;
- “тозақорлар” қўтири ёки “инкогнито”;
- терининг скабиозли лимфоплазияси;
- скабиозли эритродермия;
- норвегия қўтири;
- асоратланган қўтир (иккиламчи пиодермия, аллергияк дерматит, камроқ – микробли экзема ва эшакем);
- псевдосаркоптоз.

Касалликнинг клиинг кўриниши

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

Қўтир каналарининг урғочилари билан зарарланишда инкубацион давр деярли йўқ. Личинкаларни юқтирганда эса каналарнинг метаморфозига тўғри келувчи инкубацион давр ҳақида гапириш мумкин. (тахминан 2 ҳафта).

Оддий қўтир энг кўп учрайдиган тури бўлиб, унинг клиник кўриниши турли қўтир йўллари, тана ва қўл-оёқлардаги фолликуляр папулалар, йўллар яқинидаги яллиғланмаган везикулалар, тирналишлар ва қонли калоклар билан намоён бўлади, улар тери юзасида тарқоқ ҳолда жойлашади. Оддий қўтир учун кураклар орасида тошмалар бўлмаслиги хосдир.

Қичишиш — қўтирга хос субъектив белги бўлиб, организмнинг қўзғатувчига нисбатан сезувчанлигининг ошиши билан боғлиқ. Биринчи марта зарарланганда қичишиш 7–14 кундан кейин

пайдо бўлади, қайта зарарланганда эса бир кундан кейин. Қичишишнинг кечки пайт ва тунда кучайиши кўзгатувчининг кунлик фаолият ритми билан боғлиқ. Қўтир касаллигидаги тошмалар кананинг фаолияти (қўтир йўллари, фолликуляр папулалар, яллиғланмаган везикулалар), унинг ҳаёт фаолияти маҳсулотларига организмнинг аллергия реакцияси (милиар папулалар, тирналишлар, қонли қобиқлар) ва пиоген микрофлора (пустулалар) билан боғлиқ. Қўтир йўллари қўтирнинг асосий клиник белгиси ҳисобланади.

Классификацияга кўра қўтир йўлларининг учта гуруҳи мавжуд бўлиб, улар турли клиник вариантларни келтириб чиқаради:

1. **Бошланғич (интакт) турдаги йўллар** ва уларнинг вариантлари. Ушбу йўлларнинг ҳосил бўлиши терига урғочи кананинг таъсири натижасида унда пайдо бўлувчи у ёки бу бирламчи морфологик элементларнинг пайдо бўлиши билан боғлиқ.
2. **Иккинчи гуруҳ йўллари.** Улар биринчи гуруҳ йўлларининг табиий равишда регрессияси жараёнида ва/ёки уларга боғлиқ бўлган биринчи морфологик элементларнинг иккинчи даражали элементларга айланиши натижасида ҳосил бўлади.
3. **Учинчи гуруҳ йўллари.** Улар биринчи гуруҳ йўлларидаги бўшлиқ элементлар эксудатига иккинчи даражали инфекция қўшилиши натижасида юзага келади.

Оддий йўллар кўпроқ учрайди. Улар тери сатхидан бироз кўтарилган, оқиш ёки тўқ кулранг тўғри ёки эгри чизиқлар кўринишида бўлиб, узунлиги 5–7 мм келади. "Жуфт элементлар"ни қўтир йўллар билан бир хил маънога эга деб қараш ва касалликнинг диагностик белгиси сифатида қабул қилиш мумкин эмас. Деярли барча беморларда қўтир йўлларини кўл қафтларида, камроқ ҳолларда эса билакларда, оёқ панжаларида ва эркакларнинг жинсий аъзоларида учратиш мумкин. Оёқларда қўтир йўлларининг мавжудлиги кўпинча касаллик узоқ муддат давомида ривожланганида, нефт маҳсулотлари билан ишловчи шахсларда, ёки қўтир канасининг юқиши оёқ қафтларидан бошланиши натижасида (бундай ҳолатлар кўпроқ паразитар индекси юқори бўлган шахслардан кейин ҳаммом ва душлардан фойдаланганда содир бўлади) кузатилади. Касаллик клиникасида кўпинча папулалар, везикулалар, тирналишлар ва қонли қалоклар устунлик қилади. Қўтир канасининг жинсий тўлиқ етилмаган аъзолари, ёш урғочи ва эркак каналар папулалар ва везикулаларнинг учдан бир қисмида учрайди. Каналар жойлашган папулаларга фолликуляр жойлашув хос бўлиб, кичик (2 мм гача) ўлчамда бўлади. Везикулалар, одатда, кичик (3 мм гача), яллиғланиш белгиларисиз, асосан қўлларда, кам ҳолларда билак ва оёқларда жойлашган бўлади.

Қўтир йўлларисиз кечувчи қўтир касаллиги оддий қўтирга нисбатан кам учрайди. У асосан қўтир билан оғриган беморлар билан алоқада бўлган шахсларни текширишда аниқланиб, личинкалар билан зарарланишда юзага келади ва бундай шаклда 2 ҳафтагача сақланиб туради. Клиник жиҳатдан якка-якка фолликуляр папулалар ва яллиғланишсиз везикулалар билан характерланади. "Тозакорлар" ёки "инкогнито" қўтири кечки вақтда тез-тез ювинадиган одамларда учрайди. Унинг клиник кўриниши кам жиҳати билан оддий қўтирга мос келади.

Скабиоз лимфопазияси кучли қичишадиган лентикуляр папулалар билан намоён бўлади. У тананинг турли жойларида (думбалар, қорин, қўлтиқ ости соҳаси), эркакларнинг жинсий аъзоларида, аёлларнинг кўкрак безларида ва тирсакларда локализацияланади. Терининг скабиоз лимфопазияси қўтирни тўлиқ даволашдан кейин 2 ҳафтадан 6 ойгача бўлган даврда сақланиб туриши мумкин. Эпидермисни қириб олиш патологик жараёни тезроқ битишига олиб келади. Қайта юққанида (реинвазиада) эса эски жойларидан қайта бошланади.

Скабиоз эритродермияси тизимли ва маҳаллий кортикостероидлар, антигистамин препаратлар, психотроп дори воситаларини узоқ вақт (2–3 ой) қўллаш натижасида юзага келади. Қичишиш заиф ва тарқоқ бўлади. Одатда беморлар терида тирналишларни қолдирмасдан, уни қўллари билан ишқалаб қичишади. Касалликнинг асосий белгиси — якқол эритродермиядир.

Қўтир йўллари нафақат одатий жойларда, балки юз, бўйин, бошнинг сочли қисми, ҳамда кураклар орасида пайдо бўлади. Бундай ҳолларда улар, одатда, қиска (2–3 мм) бўлади. Босимга учрайдиган жойларда (тирсак ва думбаларда) гиперкератоз аниқланади.

Норвегия қўтири (қалокли ёки крустоз қўтир) — касалликнинг кам учрайдиган, лекин жуда юқумли шакли. Бу ҳолат иммунитет танқислиги, гормонал ва цитостатик дори воситаларини узоқ муддат қабул қилиш, периферик сезгирликнинг бузилиши, тери эпидермисининг конституционал аномалиялари, сенил деменция, Даун касаллиги, ОИВ-инфекция (СПИД) каби ҳолатларда юзага келади. Касалликнинг асосий белгиси — эритродермия бўлиб, унинг фонида оғриққа олиб келувчи ва ҳаракатни чекловчи, қалинлиги бир неча мм дан то 2–3 см гача етиши мумкин бўлган кулранг-сарғиш ёки қизил-қора қалоклар ҳисобланади. Қалоклар ораси ва уларнинг остида катта миқдорда қўтир каналари топилади. Қўл қафтлари ва оёқ панжаларида кўплаб қўтир йўллари кузатилади. Кўпинча тирноқлар зарарланади, лимфа тугунлари катталашади, сочлар тўкилади, тана ҳарорати ошади ва бемордан нохуш ҳид чиқади. Бундай беморлар атрофида микроэпидемиялар юзага келиши мумкин: оила аъзолари, тиббий ходимлар ёки бир хонада ётиб даволанувчи беморлар орасида юқиш ҳолатлари кузатилади.

Асоратланган қўтир. Қўтир кўпинча иккиламчи пиодермия ва дерматит билан асоратланади, кам ҳолларда микробли экзема ва эшакемга ўтиши мумкин. Пиодермия нозологик шакллари орасида стафилококкли импетиго, остеофолликулит ва чуқур фолликулитлар кўпроқ учрайди, кам ҳолларда фурункулар ва вулгар эктималар пайдо бўлади. Импетиго қўтир йўллари кўп кузатиладиган жойларда (қўл қафти, билак, оёқ панжаси), остеофолликулитлар эса каналарнинг метаморфоз жойларида (тананинг олд-ёнбош қисми, сонлар, думбалар) кўпроқ учрайди. Микробли экзема кўпинча терининг скабиоз лимфоплазияси локализацияланган жойларда, айниқса, думбалар соҳасида кузатилади.

Болалар қўтири кўпроқ юз ва бошнинг сочли қисмларини қамраб олади. Реактив қўтир йўллари - экссудатив морфологик элементлар билан боғлиқ бўлиб, кўпроқ учрайди. Болаларда скабиоз лимфоплазия ва асоратлар тез-тез кузатилади. Айниқса, чақалоқларда тирноқ пластинкалари зарарланиши мумкин. Қарияларда кузатиладиган қўтир касаллиги маълум ўзига хосликларга эга. Қўтир йўллари кам сонли бўлиб, уларнинг интакт вариантлари кўпроқ кузатилади. Везикулалар ва папулалар кам учрайди. Тошмалар орасида кўпроқ қонли қалоклар ва тирналишлар учрайди. Асоратлар орасида аллергик дерматит ва микробли экзема кўпроқ кузатилади. Қўтирнинг бошқа дерматозлар билан бирга кечиши. Атопик дерматит ёки вулгар ихтиоз (терининг кучли қуруқлиги) фонида қўтир йўллари кам кузатилади. Лекин гипергидроз, дисгидротик экзема ёки эпидермофития (терининг юқори намлиги) фонида қўтир йўллари кўп учрайди. Псориаз ёки қизил ясси темиртки фонида Кёбнер изоморфик реакцияси кескин намоён бўлади. Псевдосаркоптоз — бу одамда ҳайвон қўтир каналари (итлар, чўчқалар, отлар, қуёнлар, бўрилар, тулқилар ва бошқалар) билан зарарланганда юзага келадиган касаллик. Инкубацион давр фақат бир неча соатни ташкил қилади, қўтир йўллари аниқланмайди, чунки каналар одам терисида кўпая олмайди. Улар қисман терига киради ва кучли қичишишни келтириб чиқаради. Тошмалар асосан очиқ тери юзасида, уртикар папулалар, пуфакчалар, қонли қалоклар ва тирналишлар кўринишида кузатилади. Бу касаллик одамдан одамга юкмайди.

Шикоят ва анамнез:

Беморларни кечки ва тунги вақтларда кучаядиган қичишиш безовта қилади — бу қўтирга хос субъектив белгидир. Беморлар билан алоқада бўлган шахсларда ҳам касаллик мавжудлиги кузатилиши мумкин.

Физикал текширув:

Қўтир касаллигида диагностик симптомлар.

- Арди симптоми – тирсак ва унинг атроф соҳасида пустила ва йирингчали қалоклар бўлиши.
- Горчаков симптоми – тирсак ва унинг атроф соҳасида қонли қалоклар бўлиши.

- Михаэлис симптоми – думбалараро бурманинг думгазага ўтиш соҳасида қонли қалоқлар ва импетигоноз тошмалар мавжудлиги.
- Сезари симптоми – пальпатор текширилганда қисман бўртиб турувчи чизиксимон қўтир йўллариининг аниқланиши. [2]

Ташхислашнинг усул ва муолажалари

Қўтир диагностикаси кўзгатувчини аниқлашга қаратилган клиник ва эпидемиологик маълумотлар мажмуаси асосида, шунингдек, инструментал ва лаборатория тадқиқотлари ёрдамида тасдиқланади.

Лаборатор текширувлар

<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/scabies/diagnosis-treatment/drc-20377383>

<https://www.msmanuals.com/ru/professional>

C5	<ul style="list-style-type: none"> • Умумий қон таҳлили • Заҳм учун скрининг тестлардан бири: РМП, RPR, КСР
C4	Қирма усули қўтир йўли, папулалар ва везикулалар таркибини аниқлаш имконини беради. Қўтир йўли, папула, везикула ёки қонли қалоқларга 40%ли сут кислотасидан бир томчи томизилади. 5 дақиқадан кейин юмшаган эпидермисни скальпел ёрдамида қон томчиламагунча қириб олинади. Олинган материални худди шу кислотадан томизилган предмет шиша устига жойлаштирилади, устига қопловчи шиша қўйиб, микроскопда текширилади. Агар тайёрланган намунада қўтир канасининг урғочиси, эркаги, личинкаси, нимфаси, тухумлари, бўш қолган тухум қобиглари ёки кана пўсти топилса лаборатория диагностикаси натижаси мусбат деб ҳисобланади. Экскрементлар аниқланиши бошқа тери соҳаларида ҳам қирма текширувларини ўтказиш зарурлигини кўрсатади.
C5	Бўяш усули қўтир йўллариини аниқлаш учун қўлланилади. Тошма элементига спиртли йод эритмаси, анилин бўёқлари, туш ёки сиёҳ суртилади.
C5	Ёғли витропрессия усули қўтир йўлини тез аниқлаш имконини беради. Предмет шишаси билан босилганда капилляр қон томирлари қонсизланади ва бу тери юзасидаги элементларни яхшироқ кўриш имконини беради. Ёритувчи эффект қўтир йўли тахмин қилинган жойга минерал ёғ суртилгандан сўнг янада кучаяди.
C5	Қўтир канасини игна ёрдамида чиқариш усули. Бунинг учун стерилланган бир марталик инъекция игналари қўлланилади. Игна билан қўтир йўлининг тугайдиган, тўқ қизил нуқта кўринишидаги қисми очилади, бу жой урғочи қўтир канасининг локализациясига мос келади. Игна учи йўл бўйлаб ҳаракатлантирилади. Кана ўзининг сўрғичалари билан игнага ёпишган ҳолда чиқарилади ва сув ёки 40% сут кислотаси томизилган предмет ойнасига жойлаштирилади. Кейин усти қопловчи шиша билан беркитилади ва микроскоп орқали текширилади.
C5	<ul style="list-style-type: none"> • Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): ИФР, ИФА IgG ва IgM, ОТИР, ПТР, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM

	<ul style="list-style-type: none"> • Умумий сийдик таҳлили • Умумий нажас таҳлили • Биохимик таҳлиллар комплекси • ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЗР усуллари ёрдамида инфекцияга текширувлар • Гистологик таҳлил • Антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан зарарланган ўчоқнинг микробиологик текшируви
--	---

Инструментал текширувлар:

<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/scabies/diagnosis-treatment/drc-20377383>

<https://www.msmanuals.com/ru/professional>

C4	<p>Дерматоскопия кўтир билан оғриган беморни текширишда мажбурий усул ҳисобланади. Оддий кўтирда дерматоскопия барча ҳолатларда мусбат натижа беради. Кўтир йўллари бўлмаган кўтир касаллигида эса бу усул 1/3 ҳолатда мусбат натижа бериши мумкин. Бунда беморни оптик ускуналарсиз текшириш усулига нисбатан кўтир йўллари аниқлаш самарадорлиги бир баробар ортиши кузатилади. Агар кўтир йўллари бузилган ва уларда кўтир канасининг урғочилари топилмаса, йўл яқинидаги ташқи кўринишидан ўзгармаган терининг камида 4 см² майдонида текшириш тавсия этилади.</p>
-----------	---

Мутахассислар консултацияси учун кўрсатмалар

C5	<ul style="list-style-type: none"> • Кўшимча мутахассислар билан консултация беморнинг шикоятлари ва кўрсатмалар мавжуд бўлган ҳолларда амалга оширилади.
-----------	--

Дифференциал ташхис:

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

Кўтир псевдосаркоптоз, контакт алергик дерматит, эшакем, токсикодермия, каламуш кўтир дерматити, педикулёз, флеботодермия, дисгидротик экзема, атопик дерматит, тери қичиши кабилар билан дифференциал диагностика қилинади. Болаларда эса кўтирни қичима, сувчечак ва шу каби касалликлар билан фарқлаш зарур.

Кўтирнинг дифференциал диагностикасини ўтказишда юқорида қайд этилган барча клиник, эпидемиологик ва лаборатория мезонларини ҳисобга олиш зарур..

Даволашда медикаментоз ва номедикаментоз даволаш, диетотерапия, оғриқсизлантириш усуллари, шунингдек, даволаш усуллари тиббий кўрсатмалари ва қарши кўрсатмаларини ҳисобга олиш зарур.

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

Амбулатор ва стационар даражадаги даволаш тактикаси: Кўтирни даволаш кўзгатувчининг ривожланиш барча босқичларида йўқ қилишга қаратилган бўлиб, бу мақсадда скабицидлар – акарацид таъсирга эга дори воситалари қўлланилади. Кўтир билан боғлиқ асоратлар ва тери қичишишининг кучини пасайтириш учун носпецифик терапия усуллари қўлланилади.

Уч хил даволаш усули мавжуд:

- специфик;
- профилактик;
- синамали (*exjuvantibus*).

Специфик даволаш беморда клиник ва лаборатор йўллар билан қўтир касаллигини қўзғатувчиси тасдиқланган ҳолларда амалга оширилади.

Профилактик даволаш касалликнинг клиник белгилари йўқ, аммо эпидемик қўтир касаллиги ўчоқларида бўлган шахсларга амалга оширилади. Профилактик даволаш тадбирлари шифокор томонидан индивидуал равишда ҳал қилинади. “Пинг-понг” инфекциянинг олдини олиш мақсадида қуйидаги аҳоли контингентлари мажбурий профилактик давога муҳтож деб топилади:

1. Инфекция ўчоғидаги оила аъзолар (ота-оналар, фарзандлар, бувилар, бувалар, бошқа кариндошлар), шунингдек, энага ва хизматчилар;

- қўзғатувчининг юқиши учун шароит бўлган ҳолларда (яқин алоқа, жинсий алоқа, кечки ва тунги вақтда бир тўшакда бўлган ҳолларда);
- қўтир билан касалланган кичик ёшдаги болалар ва улар билан яқин контакт;
- касаллик ўчоғида икки ва ундан ортиқ беморнинг бўлиши (ирридилровчи ўчоқ).

2. Инвазион-контакт жамоаларнинг аъзолари:

- қўтир билан касалланган беморлар билан яқин алоқада бўлувчи, умумий ётоқхонага эга шахслар;
- бир қанча касалланиш ҳолатлари аниқланган гуруҳ/синф/бўлинманинг барча аъзолари ёки текширув пайтида янги беморлар аниқланганда.

Синамали даволаш (exjuvantibus) қўзғатувчи аниқланмаган, аммо шифокор клиник жиҳатдан қўтир мавжудлигига шубҳа қилган ҳолларда ўтказилади. Скабицидлар билан даволашдан ижобий клиник натижа олинса, қўтир ҳолати рўйхатга олинади.[5]

Қўтирни даволаш учун танланган скабициддан қатъий назар шифокор томонидан даволаш терапияси принципларига риоя қилиниши керак:

- реинвазияни олдини олиш мақсадида барча беморларни бир вақтнинг ўзида даволаш;
- қўзғатувчининг тунги фаоллигини инобатга олган ҳолда даволаш самарадорлигини ошириш учун қўтирга қарши воситаларни кечки пайт суртиш;
- қўтирга қарши воситалар 3 ёшгача бўлган болаларда тери қопламаларининг барча юзаларига, катталарда эса юз ва бошнинг сочли қисмидан ташқари соҳаларга суртиш;
- скабицидлар қўлнинг ўзи билан, яъни салфетка ёки тампонлардан фойдаланмаган ҳолда суртилиши, айниқса кафт ва оёқ панжаларга яхшилаб суртиш;
- агар скабицид суртилганидан кейин қўл ювишга эҳтиёж сезилса, яна скабицид билан қайта суртириши керак;
- скабицид биринчи маротаба суртилишидан олдин ва даволаш охирида ювиниш, кийим-кечак ва чойшаблар алмаштирилиши;
- терига суртилган препарат 12 соат, шу жумладан бутун тун давомида туриши керак, кундузи ювиб ташланса ҳам бўлади;
- қўтир билан бир вақтда унинг асоратларини даволаш;
- терининг персистирловчи скабиозли лимфопазияси специфик терапияни давом эттириш учун асос бўла олмайди;
- постскабиоз қичишиш кузатилган ҳолатда скабицид билан қайта ишлов бериш беморни яхшилаб текширилгандан кейин индивидуал равишда ҳал қилинади;
- даволаш тугаганидан кейин кийим-кечак ва чойшаб, сочиқ, оёқ кийимлар яхшилаб дезинсекция қилинади, бемор яшаган хона нам тозалов усули билан тозаланади.[6-10]

Медикаментоз даволаш.

Ўзбекистон Республикасида кафолатланган тўловсиз тиббий ёрдам ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизими доирасида рўйхатга олинмаган дори воситаларини клиник протоколга киритиш харажатларни қайтариш учун асос бўлмайди.

<https://www.cdc.gov/scabies/treatment/index.html>

<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

Жадвал-1

Асосий дори воситаларининг рўйхати (100% қўлланиш эҳтимолига эга):

Препаратнинг халқаро номланиши	Қўллаш усули	Ишончлилик даражаси
Бензилбензоат 10%, 20% эмульсия, мазь	3 ёшдан 7 ёшгача болалар учун 10%ли эмульсия ва мазь, катта ёшдагилар учун - бензилбензоатнинг 20%ли эмульсия ва мазь Препарат териға икки маротаба суртилади – даволашнинг биринчи ва тўртинчи кунлари. Препаратнинг теридаги 12 соатлик экспозициясидан кейин ювиб ташлаш мумкин. Кийим-кечак ва чойшаблар даволашнинг 5 куни алмаштирилади.	В https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf
Ташқи қўллаш учун эмульсиянинг 5%ли Перметрин концентрати	0,4%ли сувли эмульсия ех tempore йўли билан тайёрланади, яъни 5%ли 8мл перметрин эмульсияси концентрати хона ҳароратидаги сув билан 100мл бўлгунича аралаштирилади. Препарат териға 3 кун кетма-кет кечки пайт ёки даволашнинг 1 ва 4 кунлари суртилади.	В https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10944095/
Олтингугурт мази, концентрацияси 6-33,3% (sulphur praecipitatum)	Олтингугурт мази териға совун билан ювингандан кейин 1 махал 5-7 кун мобайнида кечки пайт суртилади. Препарат аввал яхшилаб кафт терисига, сўнг бадан ва оёқлар, шу жумладан оёқ	В https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

	панжаси ва бармоқларга суртилади.	https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf
Эсдепаллетрин асосидаги пиперонилбутоксид кўшилган қадоқли аэрозол	Бемор ювинганидан кейин аэрозол теридан 20-30см узоқликда сепилади. Баданга ишлов бериш юқори қимдан бошланади. Болаларнинг юзига препарат пахтали тампон ёрдамида суртилади. 12 соатдан кейин бемор ювинади, кийим-кечаклар ва чойшаблар алмаштирилади. Кўтир йўллари бўлмаса ва асоратлар кузатилмаса бундай ишлов бериш бир маротаба амалга оширилади. Кўтир асоратланадиган бўлса, 3-5 суткадан кейин ишлов бериш такрорланади.	В https://medi.ru/info/1554/
Иверметкин 1% ли лосьон	Лосьон юздан ташқари баданнинг ыарча сохаларига тунги вақтда суртилади. Иверзин лосьонини суртишдан аввал қаттиқ мочалка ва ювиниш воситасидан фойдаланиб иссиқ сувда ванна қабул қилинади. Муолажа 7 кундан кейин такрорланади.	В https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf
Ивермектин таблеткалари	(овқат вақтида қабул қилинади) перорал 200 мкг/кг дан 1, 2 ва 8 кунлари. Оғир ҳолатларда, яъни кейинги мурожаатда тери қирмасида тирик каналар топилса, 9 ва 15 куни ивермектин билан кўшимча даволаш ўтказилади ёки оғирлик даражасига қараб 9, 15, 22 ва 29 кунлари давом эттирилади. Ивермектиннинг ҳавфсизлиги тана вазни 15 кгдан паст болалар ва ҳомиладор аёлларда аниқланмаган.	В https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf

Эслатма: Дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади.

Терини намловчи воситалар (эмоментлар), тиббий воситалар, биологик фаол кўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар дерматологик

беморларни даволашда зарур ҳолатларда қарши кўрсатмалари бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатга эга бўлса қўлланилиши мумкин. Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ёки вақтинча етишмаса, шифокор ўхшаш терапевтик мақсадга эга, лекин турлича таъсир механизми препаратни танлаши мумкин. Дори воситаси клиник вазият, беморнинг ҳолати ва мавжуд ресурсларга асосланиб амалга оширилади

Жадвал-2

Дори воситалар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Препаратнинг халқаро номланиши	Қўллаш усули	Ишончлилик даражаси
Дезлоратадин	5 мг ли таблеткалар, 10 мл ли перорал эритмалар 1 кунда 1 маҳал 7-14 кун	C https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Цетиризин	5 мг ли таблеткалар, 10 мл ли перорал эритмалар 1 кунда 1 маҳал 7-14 кун	C https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Левоцетиризин	5 мг ли таблеткалар, 20 томчи перорал эритмалар 1 кунда 1 маҳал 7-14 кун	C https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Хлоропирамин	25 мг ли таблеткалар 3-4 маҳал/кун, Катталар учун бир марталик доза м/о ёки в/и юбориш учун 20-40 мг	C https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Кетотифен	Ичга, овқат пайтида, катталар учун 1 мг 2 маҳал/кун эрталаб ва кечга. Зарурат бўлганида доза 2 мг 2 маҳал/кунгача оширилади. 3 ёш ва ундан катта болаларга - 1 мг 2 маҳал/кун.	C https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Эбастин	Ичга. Катталар учун тавсия этилган доза - 10-20 мг/кун.	C https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Лоратадин	Таблеткалар 5 мг, 10 мл эритма перорал кунига 1 маҳал 7-14 кун	C https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
Биластин	Ичга. Тавсия этилган доза катталар учун - 10-20 мг/кун.	C

		https://www.edicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication
амоксициллин + клавулан кислотаси	Катталар ва 12 ёшдан катта болалар учун (тана вазни 40 кг ва ундан кўп) қобик билан ўралган таблеткалар, 250 мг + 125 мг 1 таблеткадан кунига 3 маҳал ёки 875 мг + 125 мг –1 таблеткадан кунига 2 маҳал 5-14 кун ёки диспергирловчи таблеткалар катталар 12 ёшдан катта болалар учун (тана вазни 40 кг ва ундан кўп) – 500/125 мг кунига 3 маҳал 5-14 кун, 2 -12 ёшли болаларга ёки тана вазни 40 кг дан паст бўлганларга – 125/31,25 мг ёки 250/62,5 мг дозаларда, кунлик доза 2400/600 мг дан ошмаган ҳолатда кунига 3 маҳал 5-14 кун	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
250 мг ли цефуроксим	Перорал кунига 2 маҳал катталар ва 3 ёшли болалар ва улардан катталар учун 5-10 кун давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
1-2 г ли цефтриаксон	м/о ёки в/и 12 ёшдан ошган болаларга (иложи борича ораси 12 соат бўлган 2 маротабалик қабул билан), 2 ҳафталиккача бўлган янги туғилган чақалоқларга – 20-50 мг/кг/кун, 3 ҳафталикдан катта 12 ёшгача бўлган болаларга – 20-80 мг/кг/кун 2 маротаба қабул билан	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
Клобетазол пропионат: 0,05%	Ташқи қўллаш учун кунига 1 маҳал 2-4 ҳафта давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
Бетаметазон дипропионат: 0,1%; 0,05%	Ташқи қўллаш учун кунига 1-2 маҳал 2-4 ҳафта давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
Мометазон фураат: 0,1%	Ташқи қўллаш учун кунига 1-2 маҳал 3-4 ҳафта давомида	С https://www.rodv.ru/kl/

		inicheskije-rekomendacii/
Триамцинолон ацетонид: 0,5%	Ташқи қўллаш учун кунига 1-2 махал 3-4 ҳафта давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskije-rekomendacii/
Метилпреднизолон ацепонат: 0,1%	Ташқи қўллаш учун кунига 1-2 махал 3-4 ҳафта давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskije-rekomendacii/
Флуоцинонид: 0,05%	Ташқи қўллаш учун кунига 1-2 махал 3-4 ҳафта давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskije-rekomendacii/
фузид кислотаси, 2% ташқи қўллаш учун крем ёки 2% ли мазь	Инфицирланган зарарланган ўчоққа кунига 3 махал 7-14 кун давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskije-rekomendacii/
бацитрацин + неомицин 250 МЕ/г + 5000 МЕ/мг	Инфицирланган зарарланган ўчоққа кунига 2-3 махал 7-14 кун давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskije-rekomendacii/
мупиноцин 2% мазъ ташқи қўллаш учун	Инфицирланган зарарланган ўчоққа кунига 3 махал 10 кундан охиқ бўлмаган вақт давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskije-rekomendacii/
эритромицин мазъ ташқи қўллаш учун (10000 ЕД/г)	Инфицирланган зарарланган ўчоққа кунига 2-3 махал 7-14 кун давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskije-rekomendacii/
Кумуш сульфатиазоли крем	ташқи қўллаш учун 2% ли крем инфицирланган зарарланган ўчоққа кунига 2-3 махал 7-14 кун давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskije-rekomendacii/
гидрокортизон + окситетрациклин мазъ, аэрозоль	ташқи қўллаш учун 2% ли крем инфицирланган зарарланган	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskije-rekomendacii/

	ўчоққа кунига 1-3 махал 7 кун давомида	rekomendacii/
тетрациклин + триамцинолон аэрозоль	ташқи қўллаш учун – Инфицирланган зарарланган ўчоққа кунига 1-3 махал сепиш учун, флакон вертикал ҳолатда ушлаб турилади, теридан 15-20 см масофада, 7-10 кун давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/
бетаметазон + гентамицин + клотримазол крем	ташқи қўллаш учун мазь Инфицирланган зарарланган ўчоққа кунига 2 махал, катталар ва 2 ёш ва ундан катта болалар учун 7-14 кун давомида	С https://www.rodv.ru/kl/inicheskie-rekomendacii/

Эслатма: Дори-дармонларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал белгиланади.

Терини намловчи воситалар (эмоментлар), тиббий воситалар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар дерматологик беморларни даволашда зарур ҳолатларда қарши кўрсатмалари бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатга эга бўлса қўлланилиши мумкин.

Ташқи ва тизимли антибактериал воситалар, топик глюкокортикостероидлар ҳамда комбинацияланган препаратларни қўллаш клиник заруратдан келиб чиқиб, фақат кўрсатмалар асосида амалга оширилади.

Айнан бир дори воситасини танлаш даволовчи шифокор томонидан белгиланади.

Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ёки вақтинча етишмаса, шифокор ўхшаш терапевтик мақсадга эга, лекин турлича таъсир механизмли препаратни танлаши мумкин. Дори воситаси клиник вазият, беморнинг ҳолати ва мавжуд ресурсларга асосланиб амалга оширилади.

Тиббий муассасага госпитализация учун кўрсатмалар: кундузги ва 24 соатлик стационар:

- илгари ўтказилган даволаш самарасиз бўлган ҳолатларда.
- рухий, неврологик ёки бошқа касалликларга чалинган беморлар, уларга ғамхўрлик қилувчи шахс бўлмаган тақдирда, зарур тайинловларни ўзлари мустақил бажара олмаган ҳолларда.
- уюшган жамоаларда (интернатлар, болалар уйлари, ётоқхоналар) соғлом шахсларни изоляция қилиш имконияти бўлмаган ҳолларда (масалан, кўтир аниқланган беморларда).
- иккиламчи пиодермия билан асоратланган кўтир, кўплаб ва чуқур пустулалар (фурункуллар, карбункуллар, эктима) мавжуд бўлган ҳолатларда.
- лимфаденопатия, юқори ҳарорат ва бошқа асоратлар билан кечувчи кўтир касаллиги ҳолатларида. [18,19]

Соматик бўлимда кўтир аниқланган беморлар дерматовенерологик стационарга кўчирилиши шарт эмас.

Даволаш беморнинг асосий касаллиги бўйича жойлаштирилган бўлимда ўтказилади.

Скабицид билан биринчи ишлов берилгандан сўнг, беморнинг бошқа шахсларга юқтириш эҳтимоли йўқолади. Тарқалган ҳолларда, норвегия кўтири ёки скабиоз эритродермия ҳолатларида, бемор даволаниш даврида (4 кунгача) алоҳида хонада изоляция қилинади. Бундай ҳолларда кўтир касаллиги билан касалланган бемор билан бир палатада бўлган қолган барча беморлар профилактик давога муҳтож ҳисобланади.[20]

Стационар даволанишдан чиқаришга кўрсатмалар:

- қўзғатувчини унинг ривожланишининг барча босқичларида эрадикация қилиш (йўқотиш);
- касалликнинг клиник кўринишларини бартараф этиш.

Даволаш самарадорлигининг индикаторлари:

Қўтирдан тўлиқ тузалиш мезонлари қичишининг йўқолиши ва касалликнинг клиник кўринишларининг тўлиқ йўқ бўлиши ҳисобланади.

Қўтирнинг клиник шаклига қараб беморларни кузатиш муддати индивидуал ҳисобланади.

Қўтир йўллари мавжуд бўлмаган ҳолатларда оддий қўтир ва "инкогнито" қўтири тўлиқ даволаш курси ҳамда профилактик чора-тадбирлардан кейин беморни кузатиш муддати 2 ҳафтага тенг.

Пиодермия, дерматит, микробли экзема, скабиоз лимфоплазияси, скабиоз эритродермия ёки норвегия қўтири каби асоратланган ҳолатларда диспансер кузатув муддати узоқроқ бўлади. Барча клиник кўринишлар тўлиқ йўқолганидан кейин бемор рўйхатдан чиқарилади.

Қўтирда прогноз қониқарли ҳисобланади.[17]

“ҚЎТИР” БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Қўтир энг кенг тарқалган тери касалликларидан бири бўлиб, ривожланаётган мамлакатларда тери касалликларининг катта қисмини ташкил қилади. Аниқланишича, дунёда исталган вақтда 200 миллиондан ортиқ одам қўтир билан касалланиши мумкин ва ҳар йили жами 400 миллион одам ушбу касалликни юқтириб олади.

Қўтир ҳолатлари дунёнинг барча мамлакатларида учрайди, лекин у ресурслари чекланган кўплаб тропик ҳудудларда, айниқса болалар ва қариялар орасида кенг тарқалган. Ушбу соҳаларда унинг болалар орасида тарқалиши 5% дан 50% гача. Такрорий инфекция юқтириб олиш ҳолатлари ҳам кенг тарқалган. Қўтир касаллигининг кечиши ва унинг асоратлари соғлиқни сақлаш тизими учун молиявий томондан қимматга тушади. Юқори даромадли мамлакатларда бу касалликнинг учраши кўп эмас, аммо тиббий муассасалар ва ушбу касалликни тарқалиш эҳтимоли юқори бўлган жамиятда миллий соғлиқни сақлаш хизмати учун иқтисодий харажатларга олиб келади.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

Даволаш схемалари

https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>

<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>

<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/scabies/diagnosis-treatment/drc-20377383>

<https://www.msdmanuals.com/ru/professional>

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

C4

Катталар ва 3 ёшдан катта болаларда қўтир канаси эрадикацияси учун эктопаразитларни, шу жумладан қўтир канасини йўқ қилиш учун мўлжалланган дори воситаларини – бензилбензоат эмульсия ва мазларини қўллаш тавсия этилади.

3 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар учун бензилбензоат препаратининг 10% эмульсияси ёки мази (бензилбензоат препаратининг йўриқномасига асосан) тавсия этилади. Катта ёшдаги шахслар ва 5 ёшдан катта болалар учун – 20% эмульсия ёки мазь бензилбензоат қўлланилади. Даволашдан олдин бемор илиқ сув ва совун билан ювиниб, терини максимал даражада парлаб чиқилади. Танани

яхши қуритиш учун сочикдан фойдаланади. 20% бензилбензоат эмульсиясидан 200 мл миқдорда олиб, қўл терисига, кейин тананинг бошқа қисмлари ва оёқларига, шу жумладан қўл ва оёқ бармоқларига қўл ёрдамида яхшилаб суртилади. Қўллар препарат билан ишлов берилгандан сўнг 3 соат давомида ювилмайди. Кейинги қўл ювишларидан кейин препарат қайтадан терига суртилади. Муолажадан кейин бемор тоза ички кийим ва ётоқ кийимларини кийиши керак.

2-кун ва 3-кун: қайта мазланмайди, ювиниш тақиқланади, ички ва ётоқ кийимлари ўзгартирилмайди.

4-кун: кечкурун илиқ сув ва совун билан ювинилади, танани қуруқ қилиб артиш учун сочикдан фойдаланилади. 20% бензилбензоат эмульсиясидан яна 200 мл олиб, қўл териси, тананинг бошқа қисмлари ва оёқларга, шу жумладан бармоқларга қўл ёрдамида яхшилаб суртилади. Муолажадан сўнг, бемор тоза ички ва ётоқ кийимларини кийиши керак.

5-кун: Терини шикаламасдан совун билан препарат қолдиқлари ювиб ташланади. Ички кийимлар ва чойшаблар алмаштирилади.

Асоратларни даволаш (дерматит, экзема, пиодермия, постскабиоз лимфоплазия) қўтирни даволаш билан бир вақтда олиб борилади ва даволаш тугагандан кейин давом эттирилади. [16]

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

C4

Қўтир канаси эрадикацияси учун инсекцид ва репеллентларни ташқи қўллаш тавсия этилади: 5ли перметрин концентрати ташқи қўллаш учун эмульсия тайёрлаш мақсадида

0,4% сувли эмульсия extempore усулида тайёрланади. Бунинг учун 5% перметрин концентратининг 8 мл миқдорига 100 мл илиқ қайнатилган сув қўшилади. Препарат терига кунига бир марта, кечаси суртилади. Даволаш курсида 3 кун кетма-кет ёки 1 ва 4-кунлар суртилади. Эмизикли оналарда, 1 ёшгача бўлган болаларда ва жигар ва буйрак фаолияти етишмовчилиги бўлган кекса ёшдаги инсонларда қўллаш тавсия этилмайди.

Препаратнинг ҳомиладорлик даврида қўлланилиши бўйича тадқиқотлар ўтказилмаган. Шу сабабли, ҳомиладор аёлларга препаратни фақат эҳтиёткорлик билан қўллаш тавсия этилади.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

C4

Катталар ва 2 ёшдан катта болаларда қўтирни даволаш учун олтингугурт сақловчи ташқи препаратларни қўллаш тавсия этилади:
33,3% концентрацияли олтингугурт (sulphur praecipitatum)

Олтингугуртли мазь совун билан ювинишдан сўнг 5-7 кун давомида кечаси бир маҳал суртилади. Маз қўл терисига, кейин тананинг бошқа қисмлари ва оёқларга, шу жумладан қўл ва оёқ бармоқларига яхшилаб ишқалаб суртилади. Ҳомиладорлик даврида ва 2 ёшгача бўлган болаларда қўллаш тавсия этилмайди.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

C3

Иккиламчи пиодермия билан асоратланган қўтирни даволашда эктопаразитлар, шу жумладан қичишиш ва тери бутунлигини бузувчи қўтир канасини йўқотишга қаратилган препаратни яхшилаб ишқалаб суртиш тавсия этилади.

Эктопаразитлар, шу жумладан қўтир канасини йўқотишга қаратилган препаратлардан қаттиқ ишқалаб суртишни талаб этмайдиган ва инфекция тарқалишига таъсир қилмайдиган турлари кўпроқ қўлланилишига ҳаракат қилинади. Эктопаразитлар, шу жумладан қўтир канасини йўқотишга қаратилган препаратни даволаш курсининг 1 ва 4 кунлари суртилади, 2 ва 3 кунлари эса пиодермия давоси олиб борилади.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

C5	Эктопаразитлар, шу жумладан қўтир канасини йўқотишга қаратилган препарат терига яхши сингиши учун аллергик дерматит билан асоратланган қўтирни даволашдан олдин беморга совун билан яхшилаб ювиниш тавсия этилади. Даволаш эктопаразитлар, шу жумладан қўтир канасини йўқотишга қаратилган препаратни суртишдан бошланади, бунда қўтир канаси фаолияти ва ишлаб чиқарилган аллергенлар бартараф этилади.
-----------	--

Эктопаразитлар, шу жумладан қўтир канасини йўқотишга қаратилган препаратлардан қаттиқ ишқалаб суртишни талаб этмайдиган ва инфекция тарқалишига таъсир қилмайдиган турлари кўпроқ қўлланилишига ҳаракат қилинади. Эктопаразитлар, шу жумладан қўтир канасини йўқотишга қаратилган препаратни даволаш курсининг 1 ва 4 кунлари суртилади, 2 ва 3 кунлари эса пиодермия давоси олиб борилади.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

C5	Норвегия қўтирини даволаш учун эктопаразитлар, шу жумладан қўтир канасини йўқотишга қаратилган препарат кечки пайт суртилади, бунда кўзгатувчининг фаол даврлари бартараф этилади ва беморнинг юкумлилиги сусайтирилади, эрталабки пайт эса салицил кислота ва унинг ҳосилалари қўлланилади.
-----------	--

Даволаш қалокларнинг тўлиқ ажралишигача давом этирилади. Шундан сўнг бемор терисига 2–3 кун давомида кечки вақтда фақат скабицид билан ишлов берилади. Даволаш тугагач тери қуруқлашувини бартараф этиш мақсадида юмшатувчи ёки намловчи воситалар қўлланилади. Муҳим шарт бўлиб регуляри равишда эпидермисдан қирма олиб, қўтир канасига текширув ўтказиш ҳисобланади. Агар ҳаракатланувчи каналар аниқланса, скабицидни бошқа хилига алмаштирган ҳолда махсус даволаш курсини такрорлаш тавсия этилади.

Даволаш самарасиз бўлган ҳолатда реинвазия (қайта зарарланиш) эҳтимолини текшириш керак, бу санитария-эпидемиология ва профилактика чоралари тўлиқ бажарилмаганида ёки етарли даражада амалга оширилмаганида юзага келиши мумкин, бундай ҳолатда даволашга перметринни бошқа препаратлар билан комбинацияда қўшиш тавсия этилади.

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

B5	Эсдепаллетрин асосидаги аэрозол, пиперонилбутоксид қўшимчаси билан ишлаб чиқилган. Препарат таркибига эсдепаллетрин синергисти сифатида пиперонилбутоксид киради. Бемор ювинганидан кейин теридан 20-30 см масофа узокликда сепилади. Терига ишлов бериш тананинг юқори қисмидан бошланади. Болаларда препарат пахта тампони орқали суртилади. 12 соат ўтгач, бемор қайтадан ювиниб, ётоқ ва ички кийимларини алмаштиради. Қўтир йўллари ва асоратлар бўлмаган ҳолатларда бир марталик ишлов бериш етарли. Асоратланган қўтирда 3-5 кундан сўнг ишлов бериш такрорланади. Препаратнинг шиллиқ қаватларга тушишидан сақланиш зарур. Атопик дерматит фонидаги қўтирда қўллаш тавсия этилади.
-----------	--

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

B1	1 %ли ивермектин 1% лосьони юз терисидан ташқари тананинг барча қисмига тунги вақтда суртилади. Лосьонни қўллашдан олдин баданни ювиш воситалари ва мочалка билан иссиқ ванна қабул қилинади. Муолажа 7 кундан кейин қайтадан амалга оширилади.
-----------	---

<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

B1	Ивермектин таблеткалари (овқат вақтида қабул қилиш) перорал 200 мкг/кг 1, 2 ва 8 кунлари. Оғир ҳолатларда, кейинги мурожаатларда тери қирмасида тирик каналар топилган ҳолатларда даволашнинг 9 ва 15 кунлари ёки 9, 15, 22 ва 29 кунлари ивермектин билан қайта даволанади. Ивермектиннинг ҳавфсизлиги тана вазни 15 кг дан паст болалар ва ҳомиладорларда аниқланмаган.
-----------	---

Ўзига хос ҳолатлар

Болаларни даволаш. 1 ёшгача бўлган болаларни даволаш учун эсдепаллетрин ва пиперонилбутоксид асосида аэрозоль шаклидаги восита қўлланилади. 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар учун эсдепаллетрин ва пиперонилбутоксид асосидаги аэрозоль шаклидаги восита ва этанолда 5% перметрин эмульсияси концентрати қўлланилади. 3 ёшдан 7 ёшгача бўлган болаларни даволашда юқорида келтирилган воситаларга 10% эмульсия, бензилбензоат мази ва 5% сурма мази қўшилади. 7 ёшдан катта болалар катталар каби даволанади [16].

Ҳомиладор аёлларни даволаш. Ҳомиладор аёлларда қўтирни даволаш учун эҳтиёткорлик билан эсдепаллетрин ва пиперонилбутоксид асосидаги аэрозоль шаклидаги восита ҳамда этанолда 5% эмульсия концентратдан тайёрланган перметрин эритмаси қўлланилади. [15]

Тери скабиозли лимфолазиясини (ТСЛ) даволаш узоқ вақт талаб этиши мумкин.

Ҳар қандай скабицид билан тўлиқ даволаш курсидан кейин каналар ҳалок бўлади. ТСЛ махсус терапияни бошлашдан олдин папулаларнинг юза қисмини стерил скальпел билан қон томчилари пайдо бўлгунча қириш орқали тезроқ бартараф этиш мумкин. Терининг шикастланган қисми антисептик препаратлар (анилин бўёқлари, калий перманганатининг 5% эритмаси, повидон-йод, хлоргексидин биглюконат ва ҳ.к.) билан ишлов берилади.

Махсус даволаш (кечки вақтда скабицидлар билан) папулаларга эрталаб ва кундузи маҳаллий комбинирован кортикостероидларни ишқалаш билан биргаликда олиб борилади: изокназол билан дифлукорталон валерат, гентамицин ва клотримазол билан бетаметазон, неомицин ва натамицин билан гидрокортизон, клиохинол билан флуметазон ва ҳ.к.

Агар қўтирнинг асосий клиник белгилари бартараф этилгандан кейин ҳам ТСЛ давом этса, даволашни бир компонентли маҳаллий кортикостероидлар билан окклюзив боғлам остида давом этириш тавсия этилади: метилпреднизолон ацепонат, гидрокортизон бутират, мометазон фууроат ва бошқалар. Бундай препаратлар билан фоно ёки фотофорезни қўллаш мумкин, лекин ТСЛ жинсий аъзоларда локализация қилинган ҳолларда бунга йўл қўйилмайди. Шунингдек, ТСЛ ўчоқларини юзасидан криодеструкция қилиш ва кейин маҳаллий комбинирован кортикостероидларни қўллаш тавсия этилади. [18]

Қўтирнинг иккинчи даражали пиодермия билан асоратланган ҳолдаги давоси.

Даволашни қичишишни бартараф этиш мақсадида скабицидни ишқалашдан бошлаш тавсия этилади, чунки қичишиш тери бутунлигининг бузилишини келтириб чиқаради. Бунда қаттиқ ишқалаш талаб этмайдиган ва ишқалаш таъсирида инфекция терининг бошқа соҳаларига тарқамаслигини таъминлайдиган скабицидларни танлаш керак (эсдепаллетрин ва пиперонилбутоксид асосида аэрозоль шаклидаги восита, этанолда 5% эмульсия концентратдан тайёрланган перметрин эритмаси). Скабицид 1 ва 4-кунларда ишқалаб сурилади, 2 ва 3-кунларда эса пиодермияни даволаш амалга оширилади. Беморни скабицид суришдан олдин ювиш ёки ювмаслик масаласи инфекция тарқалиш эҳтимолига қараб, шифокор томонидан ҳал қилинади. Юзаки пиодермияда (импетиго, остиофолликулит, турниоль ва бошқалар) ташқи терапия қўлланилади. Йирингчаларга анилин

бўёқлар, калий перманганатининг 5% эритмаси, повидон-йод ва бошқа антисептик препаратлар билан ишлов берилади. Агар импетиго бўлса, унинг юза қисмини стерил игна билан очиш тавсия этилади. Йирингча қуригандан кейин антибактериал препаратли мазъ ёки кремлар тайинланади: бацитрацин ва неомицин, мупироцин, фузид кислотаси, гелиомицин мази; универсал антисептик препаратлар: повидон-йод, кумуш сульфатазоли, хлоргексидин биглюконат ва ҳ.к.; ҳамда қўшма препаратлар: хлорамфеникол ва метилурацил ва ҳ.к.

Шунингдек, маҳаллий глюкокортикоид препаратлар қўлланилиши мумкин: гидрокортизон ва неомицин, гидрокортизон ва фузид кислотаси, бетаметазон ва клотримазол, гентамицин, флуометазон ва клиохинол ва ҳ.к.

Пиодермиянинг чуқур шаклларида (вугьгар эктима, чуқур фолликулит, фурункуллар) кенг спектрдаги тизимли антибиотиклар билан даволанилади. Махсус терапияни бошлашдан олдин беморга қўлланиладиган препаратлар терининг қўтири йўлларида киришини осонлаштириш мақсадида совун билан яхшилаб ювиниш тавсия этилади. Даволаш аллергияларни келтириб чиқарувчи каналарнинг фаолиятини тўхтатувчи скабицидларни маҳаллий қўллашдан бошланади. Бунда қаттиқ ишқалаш талаб этмайдиган ва ишқалаш таъсирида инфекция терининг бошқа соҳаларига тарқамаслигини таъминлайдиган скабицидларни танлаш керак (эсдепаллетрин ва пиперонилбутоксид асосида аэрозоль шаклидаги восита, этанолда 5% эмульсия концентратдан тайёрланган перметрин эритмаси). Скабицид 1 ва 4-кунларда ишқалаб сурилади, 2 ва 3-кунларда эса аллергия дерматит даволанади. Скабицид 1 ва 4-кунларда ишқалаб сурилади, 2 ва 3-кунларда эса пиодермияни даволаш амалга оширилади. Чегараланган ҳолатларда фақатгина маҳаллий даволаш қўлланилади. Бунда маҳаллий глюкокортикостероидларни қўллаш мумкин: дифлукорталон валерат ва изоконазол, бетаметазон ва гентамицин, гидрокортизон ва неомицин, флуометазон ва клиохинол ва ҳ.к. Агар аллергия дерматит кенг тарқалган бўлса, антигистамин препаратлар (левоцетиризин, хлоропирамин гидрохлориди, клемастин, цетиризин, дезлоратадин ва ҳ.к.) ичга қабул учун тайинланади.

Кенг тарқалган жараён маҳаллийга айланганидан кейин бир компонентли маҳаллий глюкокортикостероидлар билан даволаш давом эттирилиши мумкин: метилпреднизолон ацепонат, гидрокортизон бутират, мометазон фуоат ва ҳ.к. [11]

Қўтирнинг микробли экзема билан асоратланган ҳолдаги давоси.

Микробли экзема кўпинча ТСЛ локализация қилинган тери соҳасида ривожланадиганлигини ҳисобга олган ҳолда, унинг даволаш усули уч босқични ўз ичига олади: - қўтирни ҳар қандай скабицид билан даволаш; - микробли экземани умумқабул қилинган схема бўйича даволаш. Инфилтрация йўқ бўлиб, қобиқлар тушгандан кейин уларнинг ўрнида одатда лентикуляр папулалар (ТСЛ), кўпинча бир нечта пайдо бўлади; - ТСЛни юқорида кўрсатилган усуллар билан даволаш. **Норвегия қўтирини даволашнинг ўзига хос жиҳатлари бор.** Кечқурун фаол патоген босқичларини йўқ қилиш ва юқиш хавфини камайтириш учун скабицид билан ишлов берилади, эрталаб эса кератолитик препаратлардан бири – салицил кислотаси воситалари (5% олтингугурт-салицилли мазъ, 5-10% салицил мази) ва мочевина ишлатилади. Бундай даволаш қалоқлар тўлиқ йўқ бўлгунга қадар амалга оширилади. Шундан сўнг беморга 2-3 кун давомида кечқурун фақат скабицид қўлланилади. Махсус терапия яқунлангандан кейин терининг қуруқлигини бартараф этиш учун юмшатовчи ёки намловчи воситалар қўлланилади. Мухим шарт – бу эпидермисда қўтири канасининг бор-йўқлигини аниқлаш учун мунтазам текширишдир. Агар ҳаракатдаги каналар аниқланса, махсус терапия курси скабицидни алмаштирган ҳолда қайта ўтказилади. [15]

Скабиоз эритродермиясини даволаш ҳам норвегия қўтири каби олиб борилади, аммо кератолитик воситалар ишлатилмайди. [15]

Постскабиоз қичишиш (ПК) – бу, беморларда қўтирга қарши скабицидлар билан тўлиқ махсус терапиядан сўнг қичишишнинг сақланишидир. Бунда қўтирнинг барча белгилари, ТСЛ ва қўтирнинг асоратлари – аллергия дерматит, микробли экзема, скабицидларга бўлган аллергия реакциялар тўлиқ йўқолган бўлиши керак.

ПҚнинг асосий объектив клиник белгиси – қўтир йўлларининг мавжудлиги бўлиб, уларнинг узунлиги бир неча сантиметргача етиши мумкин. Бундай йўлларнинг юза қисмидаги тешикларнинг йўқлиги скабицидларнинг уларга киришини қийинлаштиради.

ПҚ давомийлиги қўтир канаси урғочиларининг ҳаёт давомийлигига тўғри келади ва терапия бошланган пайтдаги каналарнинг ёшига боғлиқ бўлади. Агар антигистамин препаратлар ва маҳаллий стероидлар билан бир ҳафта давомида (ўлган каналар билан эпидермис тўлиқ тозаланиши учун зарур бўлган вақт) даволашга қарамай, ПҚ сақланса, беморни совун ва мочалка билан яхшилаб ювиб, скабицид билан қайта ишлов бериш керак. ПҚнинг бошқа сабаби тери қуруқлиги бўлиши мумкин.

Бундай ҳолларда эмоментлар тайинланади. [15]

Иссиқ ҳаво шароитида қўтирни даволаш.

Қўпроқ суяқ дори шаклидаги препаратлар ишлатилади (аэрозол шаклидаги эсдепаллетрин асосида пиперонилбутоксид қўшимчаси билан восита ва 5% эмульсия концентратидан этанолда тайёрланган перметрин эритмаси). Бу препаратлар интенсив суришни талаб қилмайди. Юқори ҳароратда мазъ ишлатиш беморнинг исиб кетишига, дерматит ёки пиодермиянинг тарқалишига олиб келиши мумкин. [10]

Қўтирнинг бошқа дерматозлар билан қўшилган ҳолда кечилишида ўзига хосликлар:

1. Атопик дерматит, вульгар ихтиоз (терининг ўта қуруқлиги) фонидаги қўтирда –қўтир йўллари якка ҳолатда кузатилади;
2. Гипергидроз, дисгидротик экзема, эпидермофития (терининг юқори намлиги) фонида – қўтир йўллари кўп бўлади.
3. Псориаз ва қизил ёндош лишай фонидаги қўтирда – Кебнернинг изоморф реакцияси кескин намоён бўлади.

Псевдосаркоптоз – бу одамда ҳайвон қўтир канаси (итлар, чўчкалар, отлар, қуёнлар, бўрилар, тулкилар ва ҳ.к.) билан инфестация туфайли юзага келадиган касалликдир. Бу касаллик одамдан одамга юқмайди. Инкубация даври бир неча соатни ташкил этади. Қўтир йўллари кузатилмайди, чунки каналар улар учун ноҳос хўжайинда кўпаймайди ва терига фақат қисман кириб, кучли қичишишни чақиривади. Тошмалар асосан очиқ тери соҳаларида жойлашади, уртикар папулалар, пуфакчалар, қонли қалокдар ва қичишиш излари шаклида бўлади. [4,5,10]

Демьянович усули:

Эритма №1 — 50 мл, Эритма №2 — 25 мл

Таркиби:

- Эритма №1 – 60% натрий тиосульфат эритмаси
- Эритма №2 – 6% хлорводород кислотаси эритмаси

Қўллаш усули: Беморнинг қўтир билан зарарлаган терисига Эритма №1 сурилади ва қуриши учун 15 дақиқа кутулади. Сўнг қуруқ ҳолда ҳосил бўлган майда препарат кристаллари терига сурилади. Бу қўтир йўлларини бузиб, қўзғатувчига таъсир қилишни енгиллаштиради. Қўлларни ювиб, 15 дақиқадан кейин терига Эритма №2 шу тарзда сурилади.

Муолажадан сўнг бемор 24 соат давомида ювинмайди. Кейин ич кийим ва ётоқ кийимлари алмаштирилади. Қўллаш давомийлиги ва даволаш частотаси шифокор томонидан белгиланади.

Жарроҳлик аралашуви: амалга оширилмайди.

**“ҚЎТИР” КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛ”**

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Қўтир энг кенг тарқалган тери касалликларидан бири бўлиб, ривожланаётган мамлакатларда тери касалликларининг катта қисмини ташкил қилади. Аниқланишича, дунёда исталган вақтда 200 миллиондан ортиқ одам қўтир билан касалланиши мумкин ва ҳар йили жами 400 миллион одам ушбу касалликни юқтириб олади.

Қўтир ҳолатлари дунёнинг барча мамлакатларида учрайди, лекин у ресурслари чекланган кўплаб тропик ҳудудларда, айниқса болалар ва қариялар орасида кенг тарқалган. Ушбу соҳаларда унинг болалар орасида тарқалиши 5% дан 50% гача. Такрорий инфекция юқтириб олиш ҳолатлари ҳам кенг тарқалган. Қўтир касаллигининг кечиши ва унинг асоратлари соғлиқни сақлаш тизими учун молиявий томондан қимматга тушади. Юқори даромадли мамлакатларда бу касалликнинг учраши кўп эмас, аммо тиббий муассасалар ва ушбу касалликни тарқалиш эҳтимоли юқори бўлган жамиятда миллий соғлиқни сақлаш хизмати учун иқтисодий харажатларга олиб келади.

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

Қўтирни олдини олиш бир неча йўналишларни ўз ичига олади:

1. Қўтир аниқланган барча беморларни рўйхатдан ўтказиш.
2. Қўтир билан оғриб ўтган ва улар билан алоқа қилган шахсларни диспансер кузатувиغا олиш.
3. Зарарланиш манбасини ва алоқа қилган шахсларни аниқлаш. Хусусан, оилада ва ундан ташқарисидаги жинсий ҳамкорларга жиддий эътибор қаратиш.
4. Қўтир ўчоқларини аниқлаш ва уларни бартараф этиш ишларини ташкил қилиш. Уюшган жамоалар аъзоларини жойларда тиббий ходимлар томонидан кўриқдан ўтказиш.
5. Мажбурий профилактик даволашга мухтож шахслар гуруҳларини белгилаш.
6. Турли аҳоли гуруҳларининг профилактик тиббий кўриқларида беморларни фаол аниқлаш (болалар жамоалари, ҳарбий хизматга чақирилувчи ва қайдга олинган ёшлар, ўқувчилар, абитуриентлар, ҳарбийлар ва ҳ.к.).
7. Поликлиникалар, амбулаториялар, стационарга мурожаат қилган беморларни, шунингдек, ҳар қандай йўналишдаги даволаш ва профилактика муассасаларида ётқизилган беморларни қўтирга текшириш.
8. Қўтирга чалинган мактаб ўқувчилари ва болалар боғчаси, кичик ёшли болалар гуруҳлари ёки мактабга борадиган болаларни даволаш давомида жамоага киритмаслик. Қўтир лимфоплазияси касалликка қарши яхши терапиядан сўнг атрофдагилар учун юкумли

ҳисобланмаганлиги сабабли болаларни жамоага қайтариш учун тўсиқ ҳисобланмайди. Уюшган жамоаларда профилактика ишлари оила ўчоғи ва ташкилланган жамоаларда биринчи бемор аниқланган пайтда ва сўнгги бемор тўлиқ даволанганидан икки ҳафта ўтгач текширув ўтказилади. Барча аъзолар ўз вақтида кўриқдан ўтказилган ва алоқа қилган шахсларга профилактик даволаш ўтказилган бўлиши керак. Агар профилактик даволаш ўтказилмаган бўлса, текширувлар 10 кунлик интервал билан уч марта амалга оширилади.

Ўчоқларда жорий дезинсекцияни ўтказиш. Жорий дезинсекция беморнинг ётоқ буюмлари, кийимлари ва шахсий гигиена воситаларидаги кўтир каналарини йўқ қилишга қаратилган. Дезинфекцияни ўтказиш методикасини даволовчи шифокор тушунтиради, уни эса бемор ёки унга қараб турган оила аъзоси амалга оширади. Ҳар бир беморда алоҳида ётоқ, ётоқ буюмлари ва шахсий фойдаланиш учун буюмлар (сўрғич, совун, тапочка, халат) бўлиши шарт.

Ётоқ буюмлари, ички кийимлар ва сўрғичлар 70-90 даража ҳароратда ювилади ёки хлор сақловчи эритмаларда бир соатга ивотилади. Устига кийиладиган кийимлар икки томондан иссиқ дазмол билан дазмолланади, кармонларга алоҳида эътибор қаратилади. Матолар, пойабзал ва болалар ўйинчоқлари учун перметрин ва малатион асосидаги препаратлар билан ишлов берилади. Термик ишлов бериш мумкин бўлмаган буюмларни очиқ ҳавода 3 кун давомида қолдириш мумкин. Болалар ўйинчоқлари, пойабзал ва кийимларни дезинфекция қилиш учун уларни 3 кун давомида герметик полиэтилен пакетларда сақлаш мумкин.

Кўтирнинг оммавий тарқалиши, оилавий ўчоқларда бир неча бемор аниқланган ҳолларда ва стационарга кўтир билан касалланган бемор қабул қилинганда, қабул қилиш бўлимларида хонани дезинсекция қилиш амалга оширилади.

Стационарларда ва скабиозорийларда кириш жараёнида беморларнинг матраслари, ёстиклари, ётоқ ва ички кийимлари, устки кийимлари дезинфекция камерасида қайта ишланади. Беморларни чиқариб юборгандан кейин улар томонидан фойдаланилган ётоқ буюмлари ҳам шу усулда ишланади.

Дезинсекцияда алоҳида эътибор скабиоз эритродермияси ва норвегия кўтири ҳолларига берилади. Бу ҳолларда микроэпидемиялар кўп учрайди. Шунинг учун шифокорлар, қараб турган шахслар, хонадаги қўшнилари профилактика учун даволаниши лозим.

Бундай беморлар алоҳида палаталарга жойлаштирилади, у ерда ҳар куни жорий дезинфекция ва чиқариб юборгандан кейин камерали дезинсекция ўтказилади. [6-9]

Адабиётлар рўйхати

1. Соколова Т.В. Особенности клиники, совершенствование диагностики и лечения чесотки: автореф. дис. канд. мед наук: 14.00.11. М.1985. 16 с.
2. Соколова Т.В., Федоровская Р.Ф., Ланге А.Б. Чесотка. М.: Медицина. 1989. 179 с.
3. Соколова Т.В., Лопатина Ю.В. Паразитарные дерматозы: чесотка и крысиный клещевой дерматит. М.: Бином. 2003. 120 с.
4. Альбанова В.И. Опыт лечения больных чесоткой // Вестн. дерматол. венерол. 1999; (2): 39-42.
5. Соколова Т.В. Чесотка и крысиный клещевой дерматит (новое этиологии, эпидемиологии, клинике, лечении и профилактике): автореф. дис. ... докт. мед наук: 14.00.11. М. 1992. 34 с.
6. Малярчук А.П. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики чесотки: автореф. дис.канд. мед. наук: 14.01.10. М., 2010. 16 с.

7. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Киселева А.В. Противочесоточные препараты: критерии выбора // Клиническая дерматология. 2011; (2): 53-59.
8. Рязанцев И.В. Совершенствование комплекса лечебно-профилактических мероприятий при чесотке в ВС РФ: автореф. дис. ... канд. мед наук: 14.000.11. М. 2004. 24 с.
9. Олифер В.В. Новые подходы к разработке скабицидных средств и совершенствование дезинфекционных мероприятий в очагах чесотки: автореф. дис. ... канд. биол. наук: 03.0019, 03.00.09. М. 2006. 24 с.
10. Бондарев И. М., Харахордин О. Е. Медифокс - акарицидный многоцелевой отечественный препарат нового поколения // Военно-медицинский журнал. 2002; (8): 54-57.
11. Соколова Т.В., Малярчук А.П. Модели лечения чесотки, осложненной вторичной пиодермией и аллергически дерматитом // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. 2012; (4): 41-48.
12. Paasch U, Haustein U.F. Treatment of endemic scabies with allethrin, permethrin and ivermectin. Evaluation of a treatment strategy // Hautarzt. 2001; 52(1): 31-37.
13. Малярчук А.П., Соколова Т.В., Гладько В.В. Оценка эффективности скабицида при различных вариантах чесотки // Клиническая дерматология и венерология. 2013; (5): 58-64.
14. Баткаев Э.А., Шеварова В.Н., Рюмин Д.В. Спрегаль в лечении чесотки // Вестник последипломного медицинского образования. 2003; (3-4): 57-58.
15. Федоров С. М., Шеклакова М.Н. Чесотка. Русский медицинский журнал. 2001; 9(11): 467-470.
17. Соколова Т.В., Малярчук А.П. Лечение чесотки. Клиническая дерматология и венерология. 2009; (6): 64-67.
16. Суворова К.Н., Опарин Р.Б., Сысоева Т.А., Тамразова О.Б., Гришко Т.Н. Чесотка у детей. Вопросы практической педиатрии. 2006; (4): 117-123.
17. Дерматовенерология. Национальное руководство. Под ред. профессоров Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. Глава «Паразитарные дерматозы. М.: ГОЭТАР. 2011. С. 414-442.
18. Соколова Т. В., Гладько В. В., Рязанцев И. В. *Sarcoptes scabiei* и доброкачественная лимфоплазия кожи // Российский журнал кожных и венерич. болезней. 2004; (5): 9-12.
19. Roberts L. J., Huffam S. E., Walton S. F., Currie, B. J. Crusted scabies: clinical and immunological findings in seventy-eight patients and a review of the literature // J. Infect. 2006; 50(5): 375-381.
20. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В. Современные представления о патогенезе постскабиозного зуда // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2009; (4): 32-35.
<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/scabies>
https://mzdrav.rk.gov.ru/file/Chesotka_05052014_Klinicheskie_rekomendacii.pdf

<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>
<https://www.aad.org/public/diseases/a-z/scabies-treatment>
<https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/scabies/diagnosis-treatment/drc-20377383>
<https://www.msmanuals.com/ru/professional>
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles>
<https://www.rodv.ru/klinicheskie-rekomendacii/>
<https://www.cdc.gov/scabies/treatment/index.html>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10944095/>
<https://medi.ru/info/1554/>
<https://www.medicoverhospitals.in/ru/articles/scabies-medication>
<https://iusti.org/wp-content/uploads/2019/12/Scabies.pdf>

Қўтир касаллигининг менежменти бўйича амалий кўникмаларининг компетенциялари (таск шифтинг)

	Амалиёт ҳамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Топ мутахассис
Шикоятлар ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+*	+	+
Бемордан касаллик анамнезини олишда қўтир симптомлари ҳақида билимларни қўллаш.		+	+
Тери-таносил касалликлари билан беморларнинг тўлиқ тиббий анамнезини таърифлаш.		+	+
Физикал кўрик			

<ul style="list-style-type: none"> • Арди симптоми – тирсак ва унинг атроф соҳасида пустила ва йирингчали қалоқлар бўлиши. • Горчаков симптоми – тирсак ва унинг атроф соҳасида қонли қалоқлар бўлиши. • Михаэлис симптоми – думбалараро бурманинг думғазага ўтиш соҳасида қонли қалоқлар ва импетигоноз тошмалар мавжудлиги. • Сезари симптоми – пальпатор текширилганда қисман бўртиб турувчи чизиқсимон қўтир йўллари аниқланиши. 			+
--	--	--	---

Ташхис қўйиш			
Касалликка хос симптомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида ташхис қўйиш		+	+
Асосий лаборатор диагностикаси			
Асосий лаборатор таҳлилларини буюриш:		+	+
Умумий қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкоцитар формула + ЭСР)		+	+
Захмга скрининг текширувлар (14 ёшдан катталарга)		+	+
Sarcoptes scabiei hominis микроскопик аниқлаш		+	+
Қўшимча лаборатор диагностикаси			
Захмга тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): РИФ, ИФА IgG ва IgM, РИБТ, РПГА, ИХА, Иммуноблот IgG ва IgM			+
Умумий пешоб таҳлили			+
Умумий ахлат таҳлили			+
Қоннинг биокимёвий таҳлили			+
Гистолгик текширув			+
ИФА, ИХЛА, ИФЛА ва ПЦР усулларида антитаналарни аниқлаш			+
Антибиотикларга сезувчанликни аниқлаш билан микробиологик текширув			+
Қўшимча инструментал диагностика			
Тери ҳолатини ташхислаш-дерматоскопия			+
Қўтирни даволаш			

Номедикаментоз даволаш (15 бет)			+
Қўтирни медикаментоз даволашни буюриш компетенцияси (16-21-бетлар)			+

Қўтирни олдини олиш			
Хулқ-атворни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар	+	+	+
Медикаментоз даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар	+	+	+

Асосий тор мутахассис — дерматовенеролог ҳисобланади.

*Ушбу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

Қўтирнинг менежменти бўйича билим компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Тор мутахассис#
Қўтирни таърифлаб бериш		+	+
Қўтирни шикоятлари, аломатларини тавсифлаш		+	+
Қўтирни патофизиологик механизмларини тавсифланг			+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар (асосий лаборатор-инструментал текширувлар) асосида қўтирни ташхислаш учун ёндашувни яратиш.		+	+
Асосий таҳлиллар талқини		+	+
Қўтирни даволашга ёндашувни шакллантириш		+	+
Қўтирнинг номедикаментоз терапиясини тавсифланг	+	+	+
Қўтирнинг медикаментоз терапиясини тавсифланг			+
Қўтирда фойдаланиладиган турли препаратларнинг таъсир механизмини, кўрсатмаларини ва ножўя таъсирини муҳокама қилинг			+
Даволаш доирасида қўтирни ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг			+

Асосий тор мутахассис – дерматовенеролог шифокори ҳисобланади.