

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**  
**РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АЛЛЕРГОЛОГИЯ ВА КЛИНИК**  
**ИММУНОЛОГИЯ ИЛМИЙ АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

**"ЎТКИР ТОКСИК АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР"**  
**НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК**  
**ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ 2025**

**"ТАСДИҚЛАЙМАН"**  
Республика ихтисослаштирилган  
аллергология ва клиник иммунология  
илмий амалий тиббиёт  
маркази директори  
..... И.С.Разикова  
" \_\_\_\_ " май 2025 й.

**“ЎТКИР ТОКСИК АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР”  
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

**ТОШКЕНТ 2025**

**ЎТКИР ТОКСИК АЛЛЕРГИК  
РЕАКЦИЯЛАР”НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСОТИ  
ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

**1. Кириш қисми**

**2. Халқаро касалликлар классификатори – ХКК(МКБ)-10 коди (лар):**

<u>Код</u>	<u>Номи</u>
<u>Л51.1</u>	Кўп шакли буллез еритема(Стивенс-Джонсон синдроми)
<u>Л 51.2</u>	Токсик эпидермал некролиз ( Лайелла синдроми)
<b><u>ХКК(МКБ)-11 коди</u></b>	Номи
(ЕН63.0)	Дори-индуцирланган Стивенс-Джонсон синдроми
(9А60.2)	Стивенс –Джонсон синдромида ўткир чандиқли конъюктивит
(9А60.2)	Стивенс –Джонсон синдромида сурункали чандиқли конъюктивит
<u>Юклаб олиш (ХКК (МКБ)дан ҳавола)</u>	<a href="https://ssv.uz/ru/diagnosis">https://ssv.uz/ru/diagnosis.</a> <a href="https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&amp;documentId=71591">https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&amp;documentId=71591</a> <a href="https://classinform.ru/mkb-10.html">https://classinform.ru/mkb-10.html</a>

**3. Баённомани ишлаб чиқиш санаси : 2025 йил**

Режалаштирилган кўриб чиқиш санаси : 2028 йил

Янги асосий далиллар пайдо бўлганда тақдим етилган тавсияларга киритилган ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади

**4. Миллий клиник протоколни яратиш бўйича ишчи гуруҳ таркиби**

1. Разикова И.С - РИАКЦИИАТМ , директори , т.ф.н профессор
2. Дустбабаева Н. Д - тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш маркази , олий тоифали врач алерголог, т.ф.н ,досент
3. Айдарова Н.П - РИАКЦИИАТМ илмий ишлар бўйинча директор ўринбосари ,ПхД
4. Қузиёев Г.Е - РИАКЦИИАТМ даволаш ишлар бўйинча директор ўринбосари ,
5. Ишмухаммедова ш Б - РИАКЦИИАТМ, бўлим мудираси
6. Қудратуллаева Б Т - РИАКЦИИАТМ , бўлим мудираси
7. Бойбекова В Ф - РИАКЦИИАТМ, илмий котибаси
8. Ақромов А Т - РИАКЦИИАТМ, шифокор алерголог
9. Хасанова Ф Р - - РИАКЦИИАТМ, шифокор алерголог
10. Тураев Н.Т - - РИАКЦИИАТМ, шифокор алерголог

#### **11. Такризчилар :**

1. Ирсалиева Фотима Хусниддиновна Тошкент тиббиёт академияси аллергология, клиник иммунология ва ҳамширалик иши кафедраси т.ф.д профессор,
2. Тўхтаева Олмагон Ташевна Тошкент педиатрия тиббиёт институти Аллергология клиник иммунология, микробиология кафедраси доценти тиббиёт фанлари номзоди, доцент.

#### **4.Ташқи эксперт баҳоси:**

Фомина Даря Сергеевна Россия Соғлиқни сақлаш вазирлигининг И. М. Сеченов биринчи Москва Давлат тиббиёт университети (Сеченов университети) клиник Иммунология ва аллергология кафедраси доценти, т.ф.н

5. Клиник баённома ОТМ профессор -ўқитувчилари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РИИАМ филиаллари директори ва уларнинг ўринбосарлари) ҳамда вилоят муассасалари аллерголог шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг онлайн шаклда ўтказилган якуний йиғилишида норасмий келишув орқали муҳокама қилинди ва 2025-йил \_\_\_\_\_ №\_\_ -сонли баённомаси билан тасдиқланди.
6. Республика илмий ихтисослаштирилган аллергология маркази илмий Кенгашларидаги муҳокамаси баённомасидан кўчирмаларининг \_\_\_\_\_ сонли баённомаси билан тасдиқланди.

## Мундарижа

ЎТКИР ТОКСИК АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСОТИ ВА ДАВОЛАШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....5

ЎТКИР ТОКСИК АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....44

ЎТКИР ТОКСИК АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАСИЯСИ ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....48

## **7. Баённома/протоколда фойдаланилган қисқартмалар:**

ЎТАР	Ўткир Токсик Аллергик РЕАКЦИЯЛАР
ТЕН	Токсик Эпидермал Некролиз
АСИТ	аллерген-спесифик иммунотерапия;
Аш	анафилактик шок;
HLA-B	Хуман Леукоците Антигенс
НЙҚВ	Ностероид яллиғланишга қарши дори воситаси
Ўюр	ўпка –юррак реанимацияси
ЎЮЕ	ўткир юрак етишмовчилиги
мм рт.ст.	миллиметр симоб устуни
Дид	далилларнинг ишончилилик даражаси
Тид	тавсияларнинг ишончилилик даражаси
	карбонат ангидриднинг парсиал босими
	сатурация (гемоглобиннинг кислород билан тўйиниши)

## **8. Мазкур ташхис/нозология бўйича протоколнинг фойдаланувчилари**

1. акушер-гинеколог;
2. аллерголог-иммунолог;
3. анестезиолог-реаниматолог;
4. гастроэнтеролог;
5. генетик;
6. дерматовенеролог;
7. болалар жаррохи;
8. инфекционист
- 9..неонатолог;
10. умумий амалиёт шифокор
11. ортодонт врач
12. оториноларинголог;
13. педиатр;
14. пластик жаррох
15. болалар ва ўсмирлар врачлари

16. умумий гигиена шифокори ;
17. қабул бўлими шифокори ;
18. болалар қабул бўлими шифокори ;
19. токсиколог;
20. комбустиолог;
21. тез тиббий ёрдам врачлари ;
22. стоматолог;
23. болалар стоматологлари;
24. стоматолог-ортопед;
25. стоматолог-терапевт;
26. стоматолог-жаррох;
27. терапевт;
28. ўсмирлар терапевти;
29. рентгенолог
30. пульмонолог – фтизиатр;
31. трансфузиолог шифокор
32. функционал диагностика шифокори;
33. жаррох
34. юз жағжаррохи
35. эндоскопист врач;
36. врач рентгенолог
37. нефролог
38. уролог

**9. Мазкур ташхис/нозология бўйича беморларнинг тоифаси :**

Стивенс-Джонсон ва Лайелла синдроми ҳолатидаги ёки унга шубҳа қилинган болалар ва катта ёшдаги беморлар.

**10. Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи.  
(диагностик аралашувлар учун)**

Далилларнинг ишончлилик 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 қўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда қўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қийим тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар

4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

**Далилларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи  
(профилактик, даволаш, реабилитацион аралашувлар учун)**

Далилларнинг ишончлилик даражаси	
1	Мета-таҳлил ёрдамида рандомизасияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши
2	Айрим рандомизасияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Рандомизасияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар серияси тавсифи, "ҳолат-назорат" тадқиқоти
5	Муолажанинг таъсир 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)

**2.Асосий қисм.**

**2.1.Кириш:**

Ўткир Токсик Аллергик РЕАКЦИЯЛАР билан оғриган беморларга хизмат кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу протокол мавжуд клиник далиллар, амалий кўникмалар ва эксперт хулосаларини тақдим этади. Тавсиялар етакчи ташкилотлар материалларни ўз ичига олиб , асосий маълумотлар Россия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси (РААКИ) ,Европа аллергологлари ва клиник иммунологлари

академияси (ЕААСІ) , бутун дунё аллергологлари уюшмаси (ШАО) тавсиялари, Ҳиндистон клиник протоколлари ва Пуб.мед, ССОБУС мақолалари асосида тайёрланган . Ушбу протокол Ўткир Токсик Аллергик РЕАКЦИЯЛАР билан оғриган беморларда фойдаланиш учун дори воситаларининг мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда маҳаллий шароитга мослаштирилган . Жаҳон тажрибасига асосланган маълумотларни ўз ичига олган протоколни ишлаб чиқишда мавзу бўйича энг яхши кўлланма материалларини ҳамда илмий маълумотларни қатъий танлаш методикасидан фойдаланилган.

## **2.2.Умумий таърифи.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716721/>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

Ўткир токсик аллергик РЕАКЦИЯЛАР терапевтик дозада дори воситасини қабул қилганда вужудга келувчи симптомакомплекс бўлиб, унга Стивенс Джонсон синдроми (кўп шакли буллёз еритема) ва Лайелла синдроми (токсик эпидермал некролиз) киритсак бўлади.Патогенезида иммун ва ноиммун механизмлар хос бўлиб, клиник кўриниши асосан терининг турли даражада зарарланиши билан кечувчи ҳолатдир.(Т.В.Латишева 2007) .

ЎТАР ўткир бошланади, кучли интоксикация,ички органларнинг зарарланиши, тери ва шиллик қаватларнинг прогрессив зарарланиши билан характерланади.

Стивенс Джонсон синдроми (СЖС), токсик эпидермал некролиз(ТЕН) ва СЖС/ТЕН ўзаро бир бирига боғлиқ оверлаб синдроми бўлиб дори воситаларининг ножўя тасири оқибатида келиб чиқадиган камдан-кам учровчи касалликдир.

Стивенс Джонсон синдроми (кўп шакли буллёз еритема)-тери ва шиллик қаватларнинг дори воситасининг токсик-аллергик реакциясидан сўнг пайдо бўлувчи, ёмон сифатли экссудатив еритематоз тошмлар билан характерланувчи касалликдир.Бунда тери ва шиллик қаватнинг зарарланиши 10% гача бўлади.

Лайелла синдроми (токсик эпидермал некролиз)– терининг дори воситалари натижасида пайдо бўлувчи ўткир, оғир, токсик-аллергик реакцияси бўлиб, у кератиноцитларнинг апоптози натижасида келиб чиқадиган эпидермиснинг катта соҳада ажралиши билан намоён бўлади. Бу беморнинг ҳаётига хавф соладиган, ўлим хавфи юқори бўлган энг оғир токсик-аллергик касаллик бўлиб , кўпинча дори воситалари оқибатида ривожланади .Лайелла синдроми (ТЕН) - тери ва шиллик пардаларнинг оғир тарқалган еритематоз -пуфакчали зарарланиши билан кечадиган касалликдир. Лайелла синдроми эпидермис ва шиллик қаватларнинг интенсив ажралиши ва некрози бўлиб , бунда тери ва кўриниб турувчи шиллик қаватларнинг 30

%дан кўпроқ соҳасида йирик пуфаклар ва ярали юзалар пайдо бўлиши билан характерланади.

### 2.3.Етиология ва патогенези

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716721/>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

Токсик эпидермал некролиз (бундан буён матнда ТЕН деб аталади) олдиндан айтиб бўлмайдиган ва қабул қилинган дозага боғлиқ бўлмаган дори-дармонларга патологик реакция натижасида вужудга келади .Аёлларда кўпроқ учрайди (аёллар: еркаклар = 1.5: 1).Ёш ўтган сари касалланиш хавфи ошиб боради . ТЕН одатда дори воситасини ишлатилишининг 7-21 кунларида бошланади , камдан-кам ҳолларда, 7 кунгача ва даволаш 28 кундан кейин ривожланиши мумкин .Кўпинча қайси дори воситаси бу ҳолатни келтириб чиқарганини фақат гумон қилиш мумкин.

**Кўпинча токсик эпидермал некролизга сабаб бўладиган дори воситаларига киради :**

- Сулфаниламидлар ,
- Антибиотиклар (Б лактам халқали антибиотиклар , хлорамфеникол, фторхинолонлар, сефалоспоринлар),
- Ностероидли яллиғланишга қарши дори воситалар (ибупрофен, индометацин, пироксикам, ацетилсалицил кислотаси ва бошқалар .),
- Аллопуринол,
- Тутқаноққа қарши дори воситалар (фенобарбитал, карбамазепин, ламотрижин, валпронат кислотаси)
- пирозолон унумлари, наркотик дори воситалари, вакциналар, Б гуруҳ витаминлари.

**Токсик аллергик РЕАКЦИЯЛАРга сабаб бўлувчи дори воситалари.** Юқори аллергик хусусиятли , тўлиқ оқсил таркибли антигенларга ега бўлган дори воситаларига қуйидагилар киради :

- *биологик экстрактлар* : кортикотропин, вазопрессин, эстрадиол; хайвонлардан олинган инсулин , гипофиз ва қалқонсимон олди беши гармонлари;

- *ферментлар*: трипсин, химо tripsин, химопапаин, пенициллиназа, стрептокиназа, аспарагиназа;

- *отнинг қон зардобидан тайёрланган дори воситалари* : қоқшолга , дифтерияга , кутиришга қарши зардоб , антилимфоситар иммуноглобулин;

- *қизаммиқ, грипп , қоқшол вакциналари* ;

Кўпчилик дори воситалари тўлиқ антигенлик хусусиятига ега бўлмайди ва гаптенлар деб аталади . Гаптенлар организмга тушганидан кейин ташувчи - оқсиллар билан бирикиб конюгатлар ҳосил қилади ва тўлиқ антигенга айланади натижада уларга нисбатан ИгМ,ИгГ,ИгЕ ишлаб чиқарилади. Организм жавоб реакцияси иммуноглобули боғлиқ ёки носпесифик реакциялар кўринишда намаён бўлади. Гаптен дори воситаларига қуйдагилар киради :

- *антибиотиклар ва бошқа микробларга қарши воситалар* ;

- *дезинфекция учун ишлатилувчи воситалар* ;

- *миорелаксантлар* ;

- *махаллий анестетиклар* ;

- *витаминлар* ;

- *ситостатиклар* ;

- *наркотик дори воситалари* ;

- *гепарин* ;

- *аспирин ва бошқа ностероидли яллиғланишга қарши дори воситалари*

- *рентгенконтраст дори воситалари*

ТЕН 1996 йилда Ғарбий Германия ва Берлинда ҳар 1000000 та аҳолига 1.89 ҳолатда қайд этилган бўлиб, кам учрайдиган касалликлар қаторига киради . Ла Гренаде келтирган маълумотларга асосан АҚШда Лайелла синдроми ҳар 1000000 аҳолига 1,9 ҳолатни ташкил этади. Лайелла синдроми анафлактик шокдан кейинги ўринда турувчи оғир аллергия ҳолат ҳисобланади . Кўпинча бу касаллик ёшлар ва ўрта ёшлиларда кузатилади .Америкалик олимларнинг тадқиқотларига асосан ,болалар орасида бу касалликларнинг камроқ тарқалиши тасдиқланган :

- Стивенс ДДжонсон синдроми — ҳар 1000000 болалар орасида йилига 5,5 ҳолатни

- Стивенс ДДжонсон синдроми /ТЕН —ҳар 1000000 болалар орасида йилига 0.8 ҳолатни

ТЕН — ҳар 1000000 болалар орасида йилига 0.4 ҳолатни ташкил этади.

Турли манбаларга кўра, Лайелла синдроми бўйича ўлим даражаси 30-70% ни ташкил этади. Ҳозирги вақтда О‘збекистонда ТЕН юзага келиши ҳақида тизимли маълумотлар йўқ

Макромалекуляр дорилар(инсулин,гетерологик зардоб)-тўллик Аг бўлиб аллерген бўла олади.Моляр массаси 1000 дан паст бўлган дориларнинг иммуногенлиги ташувчи малекула билан конюгат хосил қилишига боғлиқ. 80% аллергик ва псевдоаллергик холат б-лактама халқали антибиотиклар,ацетилсалицил кислота ва НЙҚВ дан кузатилади. ИгМ,ИгГ антителалари дори воситасининг асосий детерминантга қарши ишлаб чиқарилганда еса мокулопопулёз тошмалар пайдо бўлади.Бундай холат секин кечувчи турида кузатилади ва 72 соатдан кейин ривожланади.

Шуни айтиб ўтиш керакки , ўТАР умумий антиген структурасига (детерминантга) ега турли дори воситаларига нисбатан ривожланиши мумкин . (1 жадвал )

	Умумий антиген структурасига ега дори воситалари..	Умумий антиген структураси ( детерминанти ) умумий антиген структурасига ( детерминантига ) ега дори воситалари
1	<i>β-лактама халқаси</i>	<p>1. Пенисиллинлар (бензилпенисиллин, феноксиметилпенисиллин; ярим синтетик - пенисиллиназага чидамли -оксасиллин, метисиллин, амписиллин, корбенисиллин ва бошқалар .), комбинациялашган - амоксиклав, амоклавин, ампиокс, аугментин, бетамп, клавосин, клоампи, лептимокс, суласиллин, тиментин, тазосин, уназин)</p> <p>2. Цефалоспоринлар (И авлод – цефазолин, цефалексин, ИИ авлод – цефуроксим, ИИИ авлод - цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефоперазон, ИВ авлод – цефепим)</p> <p>3. Карбапинемлар (имипенем, меропенем)</p>
2	<i>Анилин (фениламин)</i>	<p>1. Новокаин, анестезин ва унга ўхшаш дори воситалари.</p> <p>2. Парааминосалицил кислота</p> <p>3. Сулфаниламидлар (сулфадимидин, сулфадиметоксин,сулфален ва бошқалар .).</p>
3	<i>Бензолсульфонамид гурухи</i>	<p>1. Сулфаниламидлар (сулфадимидин, сулфадиметоксин, сулфален, стрептосид, сулфасил-натрий (албусид) ва бошқалар )</p> <p>2. Сулфаниламид таркибига ега комбинациялашган дори воситалари (сулфаметоксазол/триметоприм (ко-тримоксазол, бисептол, бактрим), ингалипт ва бошқалар )</p> <p>3. Сулфонилмочевина таркибли гипогликемик дори воситалари (глибенкламид (манинил), гликлазид (димебон МВ, глидиаб), глипизид (глибенез ретард) , гликвидон (глюренорм) , букарбан, бутамид ва бошқалар .)</p> <p>4. Диуретиклар :</p> <p>а) тиазидли диуретиклар (дихлотиазид(гипотиазид), гидрохлортиазид (триампур), циклометиазид, оксодолин) ва комбинациялашган дори воситалари (тенорик, капозид, енап НЛ ва бошқалар .)</p> <p>б) "тугунли" диуретиклар (фуросемид (лазикс), буфенокс, клопамид (бриналдикс), индапамид (арифон)</p>

		в) карбоангидраза ингибитори (диакарб)
4	<b>Фенотиазин группаси</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нейролептиклар (аминазин, пропазин ва бошқалар .)</li> <li>2. Антигистамин дори воситалари (прометазин)</li> <li>3. Метилен кўк еритмаси</li> <li>4. Антидепрессантлар (фторасизин)</li> <li>5. Коронар қон томирини кенгайтирувчи дори воситалари (хлорасизин, нонахлазин)</li> <li>6. Антиаритмик дори воситалари (етмозин)</li> </ol>
5	<b>Йод</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ёд ва ноорганик ёдидлар (Калий ёки натрий ёдид, ёднинг спиртли еритмаси , Люголь еритмаси )</li> <li>2. Ёд сақловчи рентгеноконтраст дори воситалари (урографин, Омнипак, кардиотраст, Триёдтраст, триомбрин, сергозин ва бошқалар .)</li> <li>3. Гормонал препаратлар (тироксин, триёдтиронин, тиреоксид)</li> </ol>
6	<b>Етилэндиамин</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Етилэндиамин унумлари (супрастин (хлоропирамин гидрохлорид), ранитидин, ўсмага қарши дори воситалар (продимин), пиперазин ва унинг унумлари (цетиризин, гидроксизин (атаракс) ва бошқалар .)</li> <li>2. Ксантини: кофеин, пентоксифиллин, терфиллин (теопек, теотард, теофедрин).</li> <li>3. Етилэндиамин тутувчи кремлар</li> </ol>

Касаллик ривожланишга мойилликни оширувчи сабаблар (ишонччилик даражаси Д, 2+):

- пестицидлар билан заҳарланиш,
- емланиш,
- ўткир яллиғланиш касалликлари .

Ўткир яллиғланиш касалликларига олиб келувчи асосий сабабчилардан бири бу вируслар бўлиб уларга қуйдагилар киради: оддий герпес вирус И ва ИИ тип, аденовирус, Коксаки В5 вируси , ЙЕСНО-вируси, энтеровирус, Епштейн-Барр вируси, гепатитА ва Б вируслари, кизамиқ, сувчечак, полиовирус. Бактериал инфекциялардан мйсопласма пнеумониае, протейс, салмонелла, сил таёқчаси, туляремия, гонококк, бруцелла, иерсиния ва бошқалар муҳим рўл ўйнайди. Дори воситасини қабул қилингандан бошлаб токи касаллик клиник белгиларининг пайдо бўлгунгача яширин давр (2 дан 8 ҳафтагача) мавжуд бўлиб, бу иммун тизими жавоб реакциясини шакллантириш учун керак бўлади.

ЎТАР ривожланишига олиб келувчи тригерлар омиларга қуйдагилар киради :

- Атопик анамнез** . Атопик беморларда дори аллергияси хавфи бошқа папуляциялар билан бир хил аммо уларда ёдди препаратларга псевдоаллергия кўпроқ учрайди.
- Ёши** . Болаларда камроқ учрайди катталарга нисбатан аммо оғир ўтади.
- Жинси** . Аёлларда ЎТАР еракларга нисбатан 1.5 баробар кўпроқ кузатилади.

- **Дори воситалари** (бета-адреноблокаторлар , АПФ ингибиторлари , седатив дори воситалари , антидепрессантлар ) ва спиртли ичимликларни бирга қабул қилиш натижасида ривожланади
- **Генетик фактор.**

<b>Карбомазепин, оксикарбомазепин,ламотриджин</b>	<b>HLA-B*1502</b>
<b>Ау ва пенициллин препаратлари</b>	<b>HLA-DP3+,HLA B 8+</b>
<b>Аллопуринол</b>	<b>HLA-B*5801</b>
<b>Абакавир</b>	<b>HLA-B*5701</b>

**Патогенези:** ЎТАР патогенези тўллик ўрганилмаган аммо И,ИИ,ИИИ ва ИВ тип юқорисезувчанлик механизмлари билан кечади.

(Джелл ва Кумбс бўйича 1-тип юқори сезувчанлик). Бизга маълумки барча аллергик реакциялар 3 та: сенсбилизация , патохимёвий ва патофизиологик босқичда кечади организмга аллергенлар биринчи марта кирганда улар махсус аллергенни таништирувчи ёки презентасия қилувчи хужайралар ( АТХ инглизчасига антиген-пресентинг селл ,АПС) – макрофаглар, дендритик хужайралар томонидан фагаситоз қилинади . Фагаситоз қилинган антиген просессинг жараёнида бўлакларга ажратилиб энг юқори аллерген хусусиятига ега - епитоп қисми ажратиб олинади . Бу турдаги хужайралар таркибида тўқималар мослигини белгиловчи махсус комплекс (МСН) мавжуд бўлиб, улар ёрдамида епитоплар хужайра юзасига чиқарилади . Шу йўл билан бу хужайралар Th 0 лимфоситларга антиген тўғрисида маълумотларни йетказади . Ўз навбатида Th 0 лимфоситлардан махсус интерлейкен-2 тасири натижасида фақат шу антигенни танувчи Th 2 лимфоситлар шакилланади .Бу Th 2 лимфоситлар кўпайиб ўзидан интерлейкин 4, 5 ишлаб чиқаради . Интерлейкен 4, 5 лар тасирида Б лимфоситлар плазмосит хужайраларга айланиб , шу тушган антигенни танувчи Е ва Г иммуноглобулинлари( ИгЕ ва ИгГ4) ишлаб чиқаради . Е ва Г иммуноглобулинлар базофил ва семиз хужайра мембраналари юзасида жойлашади ва сҳу билан организмда сенсбилизация босқичи яқулланади . Яъни организмда шу тушган аллергенга нисбатан сезувчанлик пайдо бўлади . Патофизиологик босқич антигеннинг организмга қайта кириши натижасида семиз хужайралар юзасидаги иммуноглобулин Е билан бирикиб уларни дегрануляцияга учраши билан кечади бунда дегрануляция натижасида махсус ажралувчи

медиаторлар (гистамин, лейкотриенлар, триптаза, гепарин, хемокинлар, ситокинлар) ажралиб чиқади. Ажралиб чиққан медиаторлар тасирида организмда ўзига хос ўзгаришлар яъни клиник белгилар ривожланади. Бу патогенез бўйича дори воситаси аллергенлик хусусиятини намоён қилиши керак.

Бу патофизиологик босқич ҳисобланади. Медиаторлар, кининлар, комплементнинг активлашиши орган ва тўқималарга қуйдагича таъсир кўрсатади: қон томирлар ўтказувчанлигини оширади, қон томир ва бронхлардаги шиллиқ мушакларни қисқартиради, шиллиқ секретсиясини оширади ва жараёнга бошқа хужайралар (еозинофиллар, нейтрофиллар, лимфоситлар) иштирокини таъминлайди ва микросиркуляциянинг бузулишига олиб келади. Микросиркуляциядаги ўзгаришлар турли орган ва системалар: ўпка, юрак, буйрак усти бези, нерв ситемаси иш фаолиятининг бузулишига ва ўлимга ҳам сабаб бўлади.

(Джелл ва Кумбс бўйича ИИ -тип юқори сезувчанлик). Бу тип ситотоксик юқори сезувчанлик деб юритилади ва бунда аллерген (дори воситаси) ўз кимёвий структурасидан келиб чиққан ҳолатда хужайралар мембранасига ёки рецепторига бирикиб уларнинг ўзлик-антиген (селф-антиген) структурасини ўзгартиради ва АТХ томонидан аниқланиб антиген сифатида тан олинди уларга нисбатан ИгМ, ИгГ аутоантителалар ишлаб чиқарилади ва натижада хужайралар парчаланишни бошлайди.

(Джелл ва Кумбс бўйича ИИИ -тип юқори сезувчанлик). Бу тип иммунокомплексли юқорисезувчанлик дейилиб бунда гаптен характерга ега бўлган дори воситалари организмдаги оқсиллар билан конюгат ҳосил қилади ва антигенга айланади ва уларни АТХ лар аниқлаб уларга қарши антителалар ишлаб чиқаради. Антителалар антигенлар билан бирикиб иммунокомплекслар ҳосил қилади. Бу иммунокомплекслар қонда сиркуляцияланиб қон томир деворларини, буйрак базал мембранасини ва бошқа азоларни зарарлаши оқибатида системали яллиғланиш содир бўлади.

(Джелл ва Кумбс бўйича ИВ -тип юқори сезувчанлик) Бу секин кечар Т –хужайрага боғлиқ юқорисезувчанлик деб юритилади. Кўпчинча ТЕН патогенизининг негизида Фас-рецепторлар (ўлим рецепторлари) ва перфорин/гранзимларга асосланган хужайралар апоптози ётади, бу ўз навбатида базал креацитлар ва шиллиқ қават эпителисининг некрозига олиб келади. Теридаги базал креацитлар ва шиллиқ қават эпителисининг базал мембранаси юзасидаги хужайралар эпидермисни дерма билан боғлаб турувчи хужайралардир. Уларнинг массив апоптози эпидермиснинг ажралишига олиб келади. Хужайралар апоптози иммун жавоб реакцияси сифатида кечади ва бу жараён ситотоксик Т лимфоцитлар (CD8+ Т-лимфоцитлар) ёрдамида амалга оширилади. Касаллик кечишида ирсий мойиллик (HLA-B антигенлар) аниқланган.

- Дори аллергиясининг патогенезида икки хил гипотеза мавжуд.

1. Гаптенли концепсия бунда дори ёки унинг метабалити плазма оқсиллари билан ковалент боғланиб иммун жавобга сабабчи бўлади .

Аммо бу гипотеза ҳақида ҳам кўплаб саволлар бор. Масалан-жигарда метаболизмга учровчи препаратлар тери синамасида мусбат натижа бериши. Метаболизми ноаниқ бўлган препаратларнинг антигенлик гуруҳини аниқлай олмаслигимиз.

Бу гипотеза билан I,III,IIII, типда кечувчи юқори сезувчанликни тушунтирса бўлади.

2. II-1 концепсия (пхармасологисал интересион шитҳ immune ресепторс.) бу назария бўйича дорилар тоғридан тоғри ТСР билан боғланиб специфик Т ҳужайралар клонини ҳосил қилади.

Бунда дорининг иммун ҳужайралари ва АТХ билан лобилл боғланиши ўзига хосдир. Дорининг антигенлиги унинг кимёвий структурасига,гаптен-пептид тасирланишига,кимёвий хусусиятларига боғлиқ бўлади.

II-1 концепсия билан секин кечар ИВ- тип аллергияк РЕАКЦИЯЛАРнинг турларини тушунтирса бўлади.

#### **2.4 Клиник таснифи (етиологияси, босқичлари бўйича)**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716721/>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

Шу кунга қадар Лайелла синдромининг ягона тан олинган классификацияси йўқ. Лайелла синдроми, Стивенс - ДДжонсон ва кўп шакли экссудатив еритема билан бирга пуфакли дерматоз касаллигига киради. Бу касалликлар алоҳида нозологик бирлик бўлсада, бир касаллик ривожланишининг турли босқичлари ҳам бўлиши мумкин деб қаралади.

**1.ЎТАР тери сатхининг зарарланиш даражасига қараб уч гуруҳга ажратилади.**

**2. Касалликнинг келтириб чиқарадиган сабабига қараб Лайелла синдромининг қуйдаги турлари мавжуд:**

	<b>Турлари</b>	<b>Сабаблари</b>
1	Идиопатик тури	<b>Келиб чиқиши номаълум</b>
2	<b>Дори воситаси натижасида ривожланган тури</b>	<b>Дори воситаларига аллергик реакция сифатида шаклландиган асосий тури ҳисобланади . Бу тури асосан антибактериал дори воситалари , тутқаноққа қарши дори воситалари , аспирин ва бошқа НЙҚВ , анестетик дори воситаларига аллергик реакция натижасида келиб чиқади</b>
3	<b>Стафилококкли тури</b>	<b>Тилларанг стафиллакокк томонидан чақириладиган тури бўлиб , болаларда кўп учрайди ва оғир кечади .</b>
4	<b>Иккиламчи тури</b>	<b>Иккиламчи тури Псориаз , сув чечак , ўраб олувчи темиртки ва бошқа дерматологик касалликлар фониди ривожланади</b>
5	<b>Комбинирланган тури</b>	<b>Дори воситалари ва инфекцион омиллар натижасида ривожланади.</b>

### **3. Лайелла синдроми касаллик кечишига қараб қуйидаги даврларга бўлинади**

1. Продромал давр .
2. Критик ёки ўткир давр
  - А) Еритематоз босқич
  - Б) Буллёз босқич
  - В) Десквамацион босқич
3. Тузалиш даври

#### 4. Лайелла синдромнинг учта варианты мавжуд:

1. **Яшин тезлигидаги тури** -(жуда ўткир ёки хавфли тури ) тери сатҳининг 80-90% майдонининг шикастланиши , иккиламчи инфекция, ҳар қандай даво чораларининг самарасизлиги билан характерланади , ва одатда 2-3 кун ичида ўлим билан яқунланади .
2. **Ўткир тури** - токсик-инфекцион жараённинг қўшилиши билан кечади, касалликнинг 4-20 кунларида ўлимга олиб келиши мумкин ва буйрак, ўпка, жигар, буйрак усти безлари геморрагик некроз ва бошқалар билан характерланади.
3. **Яхши кечиши** - тез-тез инфекцион асоратлар ва моддалар алмашинуви бузилиши ҳолатлари кузатилсада , дастлабки белгилар пайдо бўлгандан 5-30 кун ўтиб тузалиш бошланади .

#### 3.1 ТЕН клиникаси.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716721/>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

- А) Продромал давр : Дори воситаси қабул қилинганидан бир неча соатдан ёки 2-3 суткадан кейин ривожланади . Бемор ахволи тўсатдан ёмонлашади : Тана харорати кўтарилади (38 С дан – 40 С гача ) , титроқ , умумий кэскин холсизлик , иштаха пасайиши ёки йўқолиши , бош оғриши , кучли чанқаш , суяк ва мушакларда оғриқ , ринит , томоқ оғриши , фарингит каби белгилар бўлиши мумкин . Бу ҳолатда кўпинча адашиб ўткир респиратор вирусли касаллик деб диагноз қўйилади . Терида кучсиз қичишиш , қизариш ва оғриқ пайдо бўлади . Баъзи ҳолларда кўз , оғиз, бурин , жинсий аъзолар шиллиқ қаватларнинг кучсиз яллиғланиши кузатилади .
- Б) Критик ёки ўткир давр– бу даврда ички аъзолар , шиллиқ қават ва тери шикастланиши жараёнлари кучайиши , метаболик ўзгаришлар ва қон таркибий қисмларининг ўзгариши кучайиб боради . Бу даврни шартли 3 та босқичга бўлиш мумкин .
- **Биринчи** – еритематоз босқичда умумий интоксикация белгилари ва терининг шикастланиши кузатилади .Беморларда иситма, титроқ ривожланади, умумий ҳолат ёмонлашади, уйқучанлик , ҳаракатларда дезориентация пайдо бўлади. Касал болалар кўпинча томоқ ва бўғимлардаги оғриқларга шикоят қиладилар. Кўпинча уларда конъюнктивит белгилари кузатилади . Кейин дерматологик касаллик белгилари кўп шаклли эксудатив еритема элементлари қўшилади — тери ва шиллиқ қаватларда розеола , папула , еритематоз доғлар, гиперемия ва юқори сезувчанликка ега зарарланиш ўчоқлари пайдо бўлади. Еритематоз доғларда шиш ва оғриқ пайдо бўлиб, улар бир-бири билан бирлашиб, терида катта зарарланиш ўчоқларини ҳосил қилади.

• **Иккинчи** – пуфакчали босқичдада теридаги зарарланиш ўчоқларининг катталашини ва янада кучли юқори сезувчанликка ега бўлиши билан характерланади. Терида қизамиқ ёки қизилча инфекциясига ўхшаш тошмалар пайдо бўлади. Унинг алоҳида элементлари бироз оғриқли бўлади. Юқори эпидермал қатлам ажралади ва тананинг терисида кўплаб петехия ва геморрагиялар пайдо бўлади. 2-3 кун ичида еритематоз доғларданюпқа деворли пуфакчалар пайдо бўлади. Лайелла синдромининг асосий дерматологик элементи бу сероз суюқлик билан тўла пуфакчадир. Пуфакчалар мустақил ёки ташқи таъсир остида очилади. Уларнинг ўрнида шиш ва гиперемия зонасига ега бўлган кенг ерозив юзалар пайдо бўлади. Яллиғланган терига енгил босим ҳам эпидермиснинг ажралишига олиб келади. Бу босқич учун терида кучли оғриқ, қичишиш, ачишиш хосдир. Теридаги оғриқлар одатда соғлом ва шикастланган тери чегарасида кузатилади ва оддий чойшаб тегиб кетиши ҳам оғриқни кучайтириб юборади. Қўл кафтларида тери қўлқоп каби кенг пластинкалар кўринишида ажралади. Кўз конъюнктиваси, лаблар ва ички аъзолар шиллиқ пардаси ёрилади ва оғриқли, кўп қонайдиган яралар билан қопланади. Лаблардаги қобиқлар беморларда сезиларли ноқулайлик туғдиради ва нормал овқатланишга халақит беради. Интоксикация ва яллиғланишнинг маҳаллий белгилари тез ортиб боради. Сувсизланиш белгилари — оғиз қуриши, чанқаш, ланжлик, чарчоқ, лоқайдлик пайдо бўлади.

**Учинчи** – десквамацион босқичда сувсизланиш белгилари яққол намоён бўлади, қон босими кэскин пасаяди, қон таҳлиллари эритроцитлар чўкиш тезлигининг сезиларли ошишини кўрсатади. Беморларнинг бутун танаси қизарган ва оғриқли ерозиялар билан қопланган бўлиб, уларга тез иккиламчи инфекция қўшилади ва йиринглайди. Эпидермиснинг некрози кейинчалик тери сатхидан ажралиши - токсик эпидермал некролизнинг патогномоник белгиси хисобланади. Терини ишқалаганда кучли оғриқ бўлиб, тез бирлашадиган турли ўлчамдаги кенг пуфакчалар пайдо бўлади ва улар ўзаро қўшилишга мойил бўлади. Ажралган эпидермисни бўлагини пинсет билан тортилганда еритема соҳасидаги эпидермисни ажралиб чиқиши кузатилади. Бу Николский симптоми дейилади. Лайелла синдромида эпидермис ажралган (кўчкан) майдон тана юзасининг 30% дан ортик соҳасида бўлади. Тери устида ҳар қандай механик таъсир кенг ерозияларга олиб келади. Бу клиник кўриниши жихатдан 2-3 даражали куйишга ўхшайди. Тирноқ пластинкалари кўчиб тушиши ва токсик каллик пайдо бўлиши мумкин. Танадаги умумий аллергия ва оғир интоксикация қон қуюқлашиши, тизимли қон оқимининг секинлашиши, юрак, жигар, қорин бўшлиғи аъзолари ва буйрақларнинг дисфункциясига олиб келади. Иккинчи даврнинг давомийлиги теридаги шикастланиш ўчоқларининг ривожланиш тезлигига, ички аъзоларнинг жараёнга қўшилишига ва даволаш самаралигига боғлиқ бўлади. Шу даврда ўлим кўрсаткичлари жуда юқори бўлиб 30-70% ни ташкил этади.

**С) Тузалиш** - охирги давр бўлиб , бунда эпидермиснинг ажралиши тўхтайди ва реэпителизация жараёнлари бошланади . Бу даврнинг давомийлиги тери , шиллик қаватлар ҳамда ички аъзоларнинг шикастланиш даражалари , иккиламчи инфекциянинг мавжудлиги ва касалликнинг бошқа асоратларига боғлиқ бўлади .

**Лайелла синдромининг асоратлари ва салбий оқибатлари:**

- \* йирингли-яллиғланиш жараёнлари – пневмония, пиодермия , сепсис ,
- \* қон қовушқоқлигининг ортиши ( қон қуюқлашиши ),
- \* юрак дисфункцияси
- \* буйрак филтрацияси бузилиши ва токсик зарарланиши
- \* олигурия ва ануриянинг ривожланиши,
- \* нафас йўллари шиллик қаватининг яллиғланиши нафас сиқишининг оғир хуружларига олиб келади,
- \* мия ва коронар қон айланишининг ўткир бузилиши
- \* ички қон кетишлар ,
- \* сувсизланиш,
- \* инфекцион -токсик шок,
- \* вақтинчалик кўрлик, фотофобия ( ёруғликдан кўрқиш ).

**Лайелла синдромида ўлимга олиб келувчи сабаблар :**

- Кучли интоксикация
- Сув электролит ва кислота ишқор мувозанатининг кучли бузулиши .
- Тромбо-геморрагик синдромнинг ривожланиши
- Гемодинамика ва микроциркуляциянинг бузулиши
- Кучли гипопроотеинемия
- Лейкопения фонида сепсиснинг ривожланиши .
- Буйрак , жигар , юрак ва нафас етишмовчилиги .
- Кэскин холсизлик , ташқи таъсиротларга етиборсизлик , бўшашиш , бўғимларда оғриқ, мушаклар оғриғи, иситма, титроқ, нафас қисилиши, юрак ва қорин оғриғи, қусиш ва кўнгил айниш;
- Узоқ муддатли гипотензия (паст қон босими).
- Юрак мушаги ишемияси хисобига юрак соҳасида оғриқ
- Ўзоқ давом етган мия гипоксияси туфайли интеллектуал функцияларнинг пасайиши, бош оғриши , хотиранинг ёмонлашиши.

### 3.2 Обектив ва физикал текширувлар :

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

Физикал текширув вақтида аниқланган Лайелла синдромининг обектив клиник белгилари "клиник белгилар " бўлимида тасвирланган.

#### **Диагностик мезонлар.**

- Тўсатдан бошланади
- Умумий ахволи оғир бўлади .
- Тез тарқалувчи, қўшилиб кетувчи еритема ва унинг фонида геморрагиялар пайдо бўлиши .
- Геморрагия ва ўзгаришсиз тери чегарасидаги оғриқ бўлади .
- Епидермиснинг улкан пуфакчалар ва ерозиялар ҳосил бўлиши билан ажралиши ("Ёнган тери" симптоми )

### **3.3 Шикоятлари ва анамнези:**

#### **ЎТАР га шубҳа қилинганда диагностик алгоритм.**

Беморда ДВ но'жўя та'сирига шубҳа пайдо бўлиши				
Юз соҳасида шиш , қонда еозинофилия , шиллиқ қаватлар ва конюктиванинг шикастланиши , терида ва мундариқ соҳасида оғриқли тошмалар тошиши , терида епидермиснинг ажралиши ва яралар пайдо бўлиши .				
ДРЕСС-синдроми дори воситасига нисбатан еозинофилия ва тизимли жавоб реакцияси синдроми	ЎТЕП- ўткир тарқалган экзантематоз пустулез	СДС/ТЕН		
		СДС	СДС/ТЕН	ТЕН

Стивенс-Джонсон синдромини кўпинча Лайелла синдромининг дастлабки ривожланиш босқичидан ажратиш қийин. Бу иккала синдромнинг ўзаро таққослама диагностикаси қуйидаги жадвалда келтирилган.

Клиник белгилари	Стивенс-Джонсон синдроми	Лайелла синдроми
Бирламчи тошмалар	Шикастланиш ўчоқлари аниқ чегараланган ва тўқ қизил рангли текис қирралар билан	Тўқ қизил рангли , чегаралари ноаниқ еритрематоз тошмалар ва уларнинг спонтан ёки ишқаланиш натижасида кўчиб тушиши
Тарқалиши	Кўпроқ чегараланган сохаларда , одатда юз ва тана қисмида бўлади	Кўпинча тарқоқ ҳолатда бўлиб ,бутун танага тарқалиб кетади , тошмалар ўзаро қўшилиб кетишга мойил бўлади .
Шиллик қават зарарланиши	Бор	Бор
Умумий симптомлар	Кучсиз интоксикация	Кучли интоксикация ва эндотоксикоз белгилари
Эпидермиснинг кўчиши (эпидермал некролизнинг ривожланиши)	10% дан кам	30% дан кўп
Ўлим кўрсаткичи	5—15%	20—70%
Николский симптоми	Одатда манфий	Мусбат
Катталар орасида учраши.	Бир йилда ҳар 1000000 аҳолига 9,3 та	Бир йилда ҳар 1000000 аҳолига 1,9 та
Болалар орасида учраши	Бир йилда 1000000 аҳолига 5,5 та	Бир йилда ҳар 1000000 аҳолига 0,4 та
Катталарда ўртача даволаниш вақти	9,8 ± 0,3 кун	16,2 ± 1,0 кун
Болаларда ўртача даволаниш вақти	9,3 ± 0,6 кун	20,4 ± 6,3 кун

**5 С** Беморнинг ўзидан ёки қариндошларидан ЛС олиб келиши мумкин сабабчи омиллар тўғрисида даволаш тактикасини аниқлаш мақсатида маълумотлар йиғиш

**• Барча беморларда анамнез йиғишда қуйдагиларга эътибор бериш тавсия етилади:**

**5 С** 1. ЎТАР ривожланишига сабабчи ҳолатларни аниқлаш (дори воситалари , озиқ-овқат маҳсулотлари , ҳашаротлар чақиши , АСИТ).  
2. ЎТАР ривожланиш вақти - касаллик белгилари ДВ қабул қилганидан кейин қанчалик тез ривожланди .  
3. ЎТАР ривожланиш хавфини оширувчи омилларнинг мавжудлиги (қарилик, ёндош патологиялар : бронхиал астма ва бошқа сурункали нафас йўллари касалликлари, оғир атопик касалликлар, юрак-қон томир патологияси, мастоцитоз ва бошқалар)

ЎТАР га шубҳа қилинган барча беморларга ташхис қўйиш учун унинг шикоятларини , характерли клиник кўринишини, касалликнинг характерини ва оғирлигини баҳолаш тавсия етилади.

### **3.4 Физикал текширувлар:**

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

**5 С** ЎТАР ўтказган беморларга тўғри ташхис қўйиш , унинг турини , кечиши ва оғирлик даражасини аниқлаш мақсатида физикал текширувлар ўтқизиш тавсия қилинади..[22, 24].

**4С** Николский симптомини ва Асбо-Хансен симптомини аниқлаш тавсия қилинади

Николский симптоми асосида бу терининг эпидерма ичида қаватларнинг бир бирдан ажралиши жараёни ётади . Бунда бир бирдан ажралган тери қатламлари орасида ичида суюқлик тутувчи пуфакчалар пайдо бўлади

Симптомнинг характерли хусусиятлари қуйидагилардир:

- Тери секин босиб кўрилганда унинг кўчиб кетиши кузатилади (хатто соғлом тери майдонига боссангиз ҳам);
- Эпидермис катта пластинкалар ёки кичик бўлаклар шаклида кўчиб тушади
- Катта ўлчамдаги пуфаклар ҳосил бўлади;
- Эпидермис бўлмаган тери соҳаси қизил ва ялтироқ бўлади .

Николскийнинг белгиси 3 кўринишда намоён бўлади:

А. Агар пуфакчанинг юқори соҳаси тортиб кўтарилса , эпидермиснинг лента шаклида соғлом тери юзаси бўйлаб ажралишини кўрилади . (1 чи даража);

Б. Соғлом кўринишдаги тери устини ишқалаганда , пуфаклар ёки ерозиялар ( яралар ) ораси тўмтоқ предмет билан қириб кўрилганда эпидермиснинг жуда осон ажралиши кўрилади . (2 чи даража)

В. Шикастланиш ўчоқларидан анча узоқ бўлган ва соғлом кўринишга ега тери соҳаси ишқалаб босиб кўрилганда эпидермис юқори қатламларининг енгил шикастланиши - ерозия пайдо бўлиши кўрилади . (3чи даража ) .

**4Д** Асбо-Хансен симптоми дерматозларни ташхислашда қўлланиладиган симптомдир. Унинг намоён бўлиши шундаки, бармоғингиз билан бутун , шикастланмаган тери пуфагига боссангиз, унинг майдони ошади, чунки суюқликнинг босими эпидермиснинг периферия бўйлаб ажралишига олиб келади. Бу ҳодиса деярли барча везикуляр дерматозларда кузатилади ва асосан Николский симптомининг бир варианты сифатида қаралади .

### **3.5 Лабортор текширувлар**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716721/>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

4Д Умумий (клиник) қон таҳлилини ўтказиш

Камқонлик, лимфопения, еозинофилия (камдан-кам) кузатилади ; нейтропения ёмон прогностик белгидир.

4Д Зарур ҳолларда (мураккаб диагностик ҳолатларда) тери биоптатини гистологик текшириш тавсия этилади.

Эпидермиснинг ҳамма қаватларининг некрози , базал мембранаси устида бўшлиқ ҳосил бўлиши, эпидермиснинг ажралиши ҳамда дермада кучсиз ривожланган яллиғланиш инфилтрацияси кузатилади .

Лайелла синдромида ўтказиладиган бошқа лаборатор текширув усуллари .

4Д	<ol style="list-style-type: none"><li><u>1. Қон биохимияси – касалликнинг кечишида организмнинг умумий ахволини мониторинг қилишда , ички аъзолар фаолиятига баҳо беришда жуда муҳим . Лайелла синдромида одатда - мочевина , креатинин ва азот миқдори ошган бўлади ;</u></li><li><u>2. Қонда электролитлар миқдорини аниқлаш ва электролитлар баланси бузулишига баҳо бериш ;</u></li><li><u>3. Протеинограмма — қонда оқсиллар миқдори ва таркибини аниқлаш . Бу синдромда умумий оқсил миқдори пасайган бўлади ;</u></li><li><u>4. Жигарнинг барча синамаларининг ортиши ;</u></li><li><u>5. Сийдик таҳлили - буйраклардаги ўзгаришларни кўрсатади ;</u></li><li><u>6. Коагулограмма – қон ивиш системаси ҳолатини кўрсатади , бу ҳолатда қон қуюқлашади;</u></li><li><u>7. Иммунологик синамалар — ҳавфли воситаларни юборганда, қонда иммуноглобулинлар миқдори ортиши .</u></li></ol>
----	--

Лаборатория минимуми: умумий қон таҳлили, албумин, умумий оқсил, калий, натрий, калсий ва хлоридлар миқдори , трансаминазалар, умумий билирубин ва унинг фраксиялари, креатинин, умумий сийдик таҳлили. .

5 С	<ol style="list-style-type: none"><li><u>1) умумий қон таҳлили . Гематокрит ва ЕЧТнинг ортиши , лейкоцитоз, еозинофилия, баъзида анемия, тромбоситопения</u></li><li><u>2) умумий сийдик анализи . Буйраклар шикастланиши бўлганда : протеинурия, гематурия, лейкоцитурия, цилиндрурия . Коптокчалар филтрасиясининг</u></li></ol>
-----	--

	<p>пасайиши , эндоген креатинин клиренси ва каналчаларнинг концентрасион қобилиятининг пасайиши</p> <p>3) қоннинг биохимиявий тахлили ..Трансаминаза, креатинфосфокиназа, лактатдегидрогеназа миқдорининг ортиши ,гипогликемия, гиперкалиемиа, гипокальциемиа, гипокомплементемиа.</p> <p>Кислота - ишқор мувозанатини аниқлаш : гипоксия натижасида асидоз гиперлактатемиа билан бирга ривожланади в артериал қон таркибида гидрокарбонатлар миқдори камаяди (норма 22-25 ммол/л) . кислороднинг умумий сўрилиши пасаяди. Артериал қон босимининг кислородга тўйиниши - 80-90 %дан паст бўлади.</p> <p>А) характерли ўзгаришлар йўқ (аш I даражасида );</p> <p>Б) метаболик асидоз,гипокалиемиа, гипоксия (аш II даражасида ); В) кучли ривожланган метаболик асидоз, оғир гипоксемиа (аш III – IV даражасида);</p> <p>4) плазмада гистамин миқдорини аниқлаш . Касаллик бошлангандан кейин 5 - 10 дақиқа ичида плазмада гистамин миқдори кўтарилади , ярим парчаланиш даври 20 дақиқани ташкил қилади . Шунинг учун бу кўрсаткични аниқлаш қийинчилик туғдиради ва катта ахамият касб етмайди .</p> <p>5) аллергологик текширувлар ( қонда шубха қилинган аллергенга нисбатан махсус IgE, IgG антителлар касалликнинг ўткир даврида қилинмайди.Бу кўрсаткичлар ашдан 3-4 хафта ўтгандан кейин текширилади .</p>
--	---

### 3.6 Асосий ва қўшимча инструментал текширувлар

#### Инструментал текширувлар

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

4Д	Кўз, оғиз ва бурун шиллик пардалари шикастланганда даволаш тизимини тўғри й қўйиш мақсадида офталмолог ёки оториноларинголог билан маслаҳатлашиш тавсия этилади.
----	--

4Д	Агар терининг шикастланиш соҳаси кўпайиб борса , беморни куйиш марказига ўтказиб масалфасини ҳал қилиш учун шифокор-комбустиологга мурожаат қилиш тавсия этилади.
----	---

### 3.7 мутахассисларнинг консултатив кўруви учун кўрсатмалар

- Аллерголог-иммунолог консултасияси.;
- Кардиолог консултасияси (қўшимча юрак кон томир касалликларини аниқлаш мақсатида);
- Невролог консултасияси (қўшимча неврологик патологияни аниқлаш мақсатида);
- Оториноларинголог консултасияси (қўшимча ЛОР-аъзолар патологиясини аниқлаш);
- Гастроэнтеролог консултасияси (овқат хазм аъзолари патологиясини аниқлаш)

Офтальмолог консултасияси (кўз аъзосининг патологиясини аниқлаш)

Дерматолог консултасияси (бошқа тери патологиясини аниқлаш)

### **3.8 Ташхислаш алгоритми**

ЎТАР билан оғриган беморда ташхис қўйишда қуйидаги кетма-кетлик тавсия этилади: етиологияси, шакли ва оғирлиги, МКБ-10 кодини кўрсатиш. Масалан :

1. Кўп шаклли булғез еритема(Стивенс-Джонсон синдроми)– Л 51.1 дори номи , типик тури , ўткир хавфсиз кечиши.
2. Токсик эпидермал некролиз(Лайелла синдроми ) Л 51.2 дори номи , хавфли кечиши.

### **3.9 Қиёсий ташхис ва қўшимча текширувларни асослаш**

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

Касаллик номи	Клиник белгилари диагностикаси	Етиологияси.
Ўткир тарқалган экзантематоз пустулёз.	Терида дори воситалари қабул қилиш ёки баъзи вируслар таъсирида пустикулларнинг (йирингли пустикулларнинг) пайдо бўлиши билан кечадиган касалликдир ХКК Л 27.0 Касаллик дори олгандан кейин 5-14 кун ўтиб терида ўткир кўп сонли майда пустикуллар (диаметри 5 ммдан кичкина) қизарган тери юзасида пайдо бўлади ва бу ҳолат тана ҳароратининг 39°С гача кўтарилиши билан бошланади. Дастлабки даврда тошма кўпинча юзда ва терининг интертригинал соҳаларида (қўлтиқ ости соҳаси, чов соҳаси бурмалари, тирсак бурмалари) соҳасида жойлашади, кейин жараён бир неча соат давомида бутун танага тарқалади. Юз ва қўлларнинг шиши беморларнинг 1/3 қисмида содир бўлади. Оғиз шиллик қавати ва тилда тошмалар ерозиялар пайдо бўлиши мумкин. Беморларнинг бир қисмида Николский синамаси мусбат бўлади. Беморларда тери	90% ҳолларда касаллик сабаби дори воситалари, кўпинча антибиотиклар: аминопенициллинлар, сулфаниламидлар ва макролидлар қабул қилганда шаклланади. Бу ҳолатга яна баъзида қуйидаги дори воситалари сабаб бўлиши мумкин: норфлоксацин, дилтиазем, доксициклин, ванкомицин, изониазид, карбамазепин, нифедипин, ацетаминофен, хинидина, итраконазол а. Касаллик бошланишига кортикостероидлар триггер омил бўлиши мумкин. Бундан ташқари, касаллик энтеровирус, аденовирус, ситомегаловирус, Епштейн-Барр вируси, гепатит В вируси, микоплазма, Коксаки вируси натижасида ҳам пайдо бўлади. Баъзи ҳолатларда симоб билан захарланиш ва ўргимчак

	зарарланиши ўчоқларида қичишиш ва ачишиш хисси бўлади .Беморларнинг тахминан 18%да жигар,буйрак ва ўпка функцияси бузилганлиги аниқланди. Касаллик тери қипиқланиши билан 2 ҳафта ичида мустақил равишда регрессияга учрайди	чақиши касаллик ривожланишига олиб келади .
ДРЕСС-синдроми( дуг реакцион шитҳ еосинопҳи лия анд сйстемис сймптомс ) дори воситасига нисбатан еозинофил ия ва тизимли раексия синдроми.	Дори воситалари натижасида пайдо бўладиган тердаги тошмалар, еозинофиллия ва ички аъзоларнинг иммун тизимида боғлиқ равишда шикастланиши билан кечадиган касалликдир.Касаллик тизимли кўринишларга ега. Касаллик одатда сабабчи ДВ қабул қилгандан сўнг 2 ва 6 ҳафталар орасида бошланади .Касалликнинг энг кенг тарқалган биринчи клиник симптоми иситма бўлиб, одатда 38-40°С га етади . Иккинчи энг кенг тарқалган белги-дастлаб макулопапуляр экзантема сифатида қичишиш билан ёки қичишмасдан намоён бўладиган тошма; одатда тананинг юқори қисми ва юз соҳасида ; тошма кейинчалик кўпайиб , пастки соҳаларга тарқалади .Тери тошмалар кўпинча полиморф бўлиб, уртикария, макулопапуляр элементлар, везикулалар, буллалар, пустиулалар, пурпура , ва еритродерма билан ифодаланиши мумкин. Бу касаллик юз шиши билан характерланади .Лимфаденопатия синдромнинг учинчи энг кенг тарқалган кўриниши бўлиб, тахминан 70-75% беморларда кузатилади . Одатда "айбдор" дори тўхтатилгандан сўнг аста-секин йўқолади. Еозинофилия, лейкоцитоз ва атипик лимфоцитоз каби бузилишлар бу касалликнинг асосий гематологик белгилари бўлиб ҳисобланади.Бу касалликда ички аъзолардан жигар энг кўп таъсирланади: гепатит одатда 50-60% беморларда бўлади. Жигар иштироки даражаси жигар ферментларининг ўртача ўсишидан оғир фулминант гепатитгача ўзгаради. Буйрак шикастланишининг клиник белгилари нефрит билан ифодаланади ва ўткир буйрак етишмовчилиги ривожланиши мумкин . 6.7-10% беморларда ўпка шикастланиши пневмонит, ўткир респиратор синдроми кўринишида кечади. Бундан ташқари, миоцит, перикардит, кардит, панкреатит, конъюнктивит, ва енсефалит каби ҳолатлар кузатилади	ДРЕСС-синдромига олиб келувчи дори воситалари :тутқанокқа қарши ДВ(Фенитоин, карбамазепин, фенобарбитал, зонисамид, ламотриджин ) , антибактериал ДВ (Дапсон, триметоприм-сулфаметаксазол,Сiproфлоксацин, сефадроксил, сефотаксим, сефтазидим, сефтриаксон, амикацин, линезолид, меропенем, тейкопланин, амоксициллин,ванкомицин, левофлоксацин,пиперациллин, пиперациллин/тазобактам, азитромицин), мексилетин, сулфасалазин, олтин препаратлари ,аллопуринол ,вирусга қарши ДВ (Абакавир, невиварин сидофовир, тенофовир, ралтегравир )  Касаллик белгилари сабабчи ДВ тухтатилгандан кейин 3-4 кун ўтиб бошланади ва даволовчи врач буни оғир инфекцияга боғлиқ ҳолат деб антибактериал ДВ тавсия қилади . Бу касалликни янада оғирроқ кечишига сабаб бўлади .
Скарлатина	Ўткир юқумли касаллик. У майда тошмалар тошиши , интоксикация ва томоқ оғриғи билан намоён бўлади. Белгилари :	Бу микроорганизм натижасида келиб чиқадиган юқумли касалликдир. Бу ҳолда касаллик қўзғатувчиси стрептококк гуруҳи ҳисобланади. Уни Бета-гемолитик

	<p>1. интоксикация-иситма, умумий ҳолсизлик, бош оғриғи.</p> <p>2.Тошмалар тошиши - кичик нуқтасимон тошмалар . Касалликнинг 1-3 кунда пайдо бўлади ва асосан тананинг ёноқлари, чов соҳасида ва ён тарафларда жойлашади. Назолабиал учбурчакнинг териси оқариб, тошмалардан холи бўлиб қолади. Тошма одатда 3-7 кун давом этади, кейин пигментация қолдирмайди.</p> <p>3.Скарлатина тили - касалликнинг 2-4-кунда беморнинг тили "қип-қизил" тил деб аталувчи кулранг, ёрқин қизил рангга айланади.</p> <p>4.Бодомча безларининг яллиғланиши — доимий учрайдиган аломат</p> <p>5.Терининг қипиқланиши -тошма йўқолганидан кейин (касаллик бошланганидан 14 кун кейин) содир бўлади. Бу микроорганизм натижасида келиб чиқадиган юқумли касалликдир. Бу ҳолда касаллик қўзғатувчиси стрептококк гуруҳи ҳисобланади. Уни Бета-гемолитик стрептококк деб ҳам аталади .</p>	<p>стрептококк деб ҳам аталади . Скарлатинада инфекция манбаи одам ҳисобланади. Булар куйдагилар бўлиши мумкин:</p> <p>1. Скарлатина ёки стрептококкли фарингит билан оғриган бемор.</p> <p>2. Реконвалесент – касалликдан тузалган шахс,</p> <p>3. соғлом ташувчи-касаллик белгилари бўлмаган, аммо стрептококклар гуруҳи назофаренкснинг шиллик қаватида яшайди ва атроф-муҳитга чиқарилади.</p>
<p>Дори тасирдан келиб чиққан фототоксик реакция (друг индусед пхототохис реацион)</p>	<p>Қуёш нури ёки ультрабинафша нурланиш ва организмга қабул қилинган ДВ ёки кимёвий восита билан ўзаро таъсири натижасида терида содир бўладиган яллиғланиш билан кечадиган касаллик ХКК - 10 Л56.0 Фототоксик РЕАКЦИЯЛАРнинг клиник кўриниши одатда ўткир қуёш дерматитининг кўринишларига ўхшайди: еритема,шиш,пуфакчалар тананинг нурланган жойларида пайдо бўлади, камрок-везикулалар ёки пуфакчалар, қичишиш,ачишиш ёки тери оғриғи билан бирга бўлиши мумкин. Яллиғланиш жараёни бартараф етилгандан сўнг, терининг қипиқланиши ва / ёки кучли гиперпигментацияси ривожланади.Фототоксик РЕАКЦИЯЛАР ДВ қуёш (ултрабинафша) радиацияси билан таъсирлашгандан сўнг бир неча соат ёки кун ичида ривожланади ва бир неча кун ёки ҳафта давом этади</p>	<p>Касаллик ёруғлик фотонларининг теридаги дори ёки кимёвий модда билан ўзаро таъсири натижасида фотокимёвий реакция хужайра структураларига зарар келтирувчи еркин радикаллар ёки реактив кислород турлари ҳосил бўлиши билан ривожланади. Фототоксик реакциянинг оғирлиги препаратнинг сўрилиш, метаболизм,барқарорлиги ва ерувчанлик каби хусусиятларига боғлиқ. Енг кенг тарқалган фототоксик РЕАКЦИЯЛАРга - куйидаги дорилар ва кимёвий моддалар олиб келиши мумкин :антибактериал препаратлар, антиаритмик препаратлар, диуретиклар, замбруғларга қарши воситалар, ностероид яллиғланишга қарши</p>

		препаратлар, сулфонилмочевина ҳосилалари, калсий канал блокаторлари Ташқи қўлланилувчи маҳсулотлар : Кетопрофен, бўёқлар, фуурокоумарин препаратлари, бензокаин, бензоил пероксид, қуёшдан химоя қилувчи маҳсулотлардаги моддалар, косметика компонентлари, консервантлар, петрушка, селдерей, оҳак, лимон, анжир, баъзи ўтлоқ ўтлар;
--	--	--

**5. Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:**

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

ЎТАР билан оғриган бемор реанимация ва интензив даволаш бўлимига ётқизиб даволаш абсалют кўрсатма ҳисобланади.

**4.2 Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш еҳтимоли билан): 4. жаadwal**

Фармакотерапевтик гуруҳ қўллаш тартиби далиллар даражаси	Дори-воситасининг ҳалқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Системали ГКС	Метилпреднизалон 250мг, 500мг, 1000мг.	1 мг/кг вена ичига	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/360">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/360</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/</a> <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html</a>

Парентерал фойдаланиш учун регидратасия ва дезинтоксикасии учун	Натрий хлорид	0.9 %-ли натрий хлорид еритмаси 200-400 мл кунига	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/sodium_chlorid__31235">https://www.vidal.ru/drugs/sodium_chlorid__31235</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/</a> <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html</a>
Глюкокортикостероид	Дексаметазон	0.1-0.5 мг/кг вена ичига	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/dexamethasone__3484">https://www.vidal.ru/drugs/dexamethasone__3484</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/</a> <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html</a>
Глюкокортикостероид	Преднизалон	90-120 мг вена ичига	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/prednisolon__37231">https://www.vidal.ru/drugs/prednisolon__37231</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/</a> <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html</a>
Иммуносупрессор	Сиклоспорин	3мг/кг 10 кунгача	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecul/228">https://www.vidal.ru/drugs/molecul/228</a> <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html</a>
Иммуносупрессор (алфа-УНФ блокатори)	Инфликсимаб	3-10 мг/кг марталик доза	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecul/1255">https://www.vidal.ru/drugs/molecul/1255</a> <a href="https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html">https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html</a>

### 4.3 Жарроҳлик аралашуви

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

4Д

Одатда хирургик аралашув жуда агрессив саналади ва қачонки консерватив даво фойда бермаган вақтда, эпидермал йиринглаш, кўчаётган эпидермис ҳажми катталашиси кузатилганда қилинади. Тери юзасида пайдо бўлувчи синейхияларни механик деструкция орқали бартараф этиш.

Хирургик ёрдам босқичлари қуйидагича дастлаб некрозланган эпидермис олиб ташланади. Маҳаллий антисептиклар ёрдамида ювилади (бетадин ёки хлоргексидин) наркоз остида. Агар зарарланиш катта юзада бўлса, алло/ксенотрансплантатдан фойдаланиш мумкин. Жасад аллотрансплантати ёки чўчка ксенотрансплантати тери қуйишини даволаш ишлатилади. Худди шу усул прогрессланувчи оғир ТЕН да қўлланганда яхши самара беради.

Қуйишда ишлатиладиган аутотологик ҳужайралар културасини ишлатиш самара бермайди.

### Шифохонага ётқизиш учун кўрсатмалари:

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

Токсик эпидермал некролиз диагнози қўйилган беморлар яқин орадаги қуйиш касалликлари шифохонасининг ёки умумий соматик шифохонанинг интенсив терапия бўлимига ётиб даволаниши абсолют кўрсатма ҳисобланади. Бу бўлимда бемор доимий кузатувда бўлади.

### 6.1 Стационар даражасида даволаш тактикаси:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716721/>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

5 С

1. Беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш (пулс, юрак уриши, қон босими, тана ҳарорати, нафас олиш тезлиги, кўкрак қафаси аускултацияси).
2. Агар токсик эпидермал некролизнинг ривожланиши сабаби аниқланса, этиологик омилнинг таъсир қилишни дарҳол тўхтатиш керак (масалан, препаратни бекор қилиш).
3. Тери юзаси шикастлаишини камайтириш.

	4. ССОРТЕН шкаласини (ССОРе оф Тохис Эпидермал Несросис) 24 соат ичида хисоблаш ва бемор ахволига баҳо бериш .
--	--

5 С	Токсик аллергик реаксия кучайиб кетишини олдини олиш мақсатида организмга сабабчи аллергеннинг киришини тўхтатиш тавсия қилинади . [4, 30,47,48]
5 С	ТЕНни даволашда кўп тармоқли жамоа бўлиб ишлаш тавсия этилади . Хусусан тери етишмовчилиги ва касаллигини даволаш мақсатида дерматолог ва / ёки пластик жарроҳ , бундан ташқари интенсив терапия шифокори , офталмолог ва терини парвариш қилиш бўйича комбустиологни ўз ичига олиши керак .

4 Д	ТЕН билан даволанаётган беморлар иккиламчи инфекция тушушини олдини олиш мақсатида алохидаланган холда , намлик нормал , хона харорати 25-28С булган хонада даволаниши тавсия қилинади . Хона харорати мунтазам равишда назорат қилиб турилиши керак .
-----	--

Атроф-муҳит ҳароратини доимий назорат қилиш, асептика қоидаларига қатъий риоя қилиш, стерил муҳитни яратиш, тери ва шиллик қаватларга етиборли бўлиш ва ҳар қандай ёпиштирувчи (ёпишқоқ) материалларни рад этиш керак бўлади .

4Д	Агар беморда оғиз орқали овқатланиш имкони бўлмаса , назогастрал найчани жойлаштиринг ва назогастрал овқатланишга ўтқазинг .
----	--

Беморда назогастрал катетер орқали ерта ентерал овқатланишнинг ташкил этиш, кейинчалик мустақил озиқ-овқат истеъмолига ўтиш керак .

4 Д	Периферик / Марказий венага киришни таъминлаш ва детоксикация мақсадида еритмаларни вена ичига томчилатиб юборишни бошлаш.
-----	--

Сув, электролит ва оқсил мувозанатини сақлаш учун гемодинамик параметрлар (пулс, қон босими ва иложи бўлса, МВБ) назорати остида нормоволемик гемодилюция ҳамда жадаллашган диурез бирга амалга оширилади . Лайелла синдромини даволашнинг асосий мақсади-органлар гипоперфузияси ва шокни олдини олишдир . Кенг эпидермал кўчиш тери орқали суюқликнинг йўқотилиши кўпайиши билан бирга оғиз шиллик қаватларининг шикастлангани учун суюқлик қабул қилиш ҳам пасаяди . Бу ўз навбатида организмнинг сувсизланишига олиб келади .Организмга киритилаётган суюқлик миқдори тери шикастланиш зонаси кенглигига пропорционал бўлади . Суюқлик миқдорини аниқлаш мақсатида Паркланд формуласи ишлатилади . Шига и Сартотто тадқиқотларда Лайелла синдромида кенг хажмдаги тери кўчиши билан ҳалок бўлган беморлар ўрганилиб улар биринчи 3 кун давомида суюқлик зарурлигини кўрсатиб берди ва беморларга керак бўладиган суюқлик ҳажми қуйидаги формула асосида аниқлаш мумкин бўлади:

**Ҳар бир килограмм тана вазнига 2 мл \* эпидермиснинг теридан ажралган соҳаси % да**

2 С	Инфузион терапия мақсадида тавсия етилади:
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- калий хлорид + магний хлорид + натрий хлорид 400.0 мл вена ичига</li> <li>- натрий хлорид 0,9% 400 мл вена ичига 5-10 марта даволаш давомида томизилади .</li> <li>-Диурез маниторинги 0.5-1.0 мл/кг соат оралиғида бўлиши керак.Гиповолемияни олдини олиш мақсадида кўп суюқлик қуйилса ўпка шишига олиб келиши мумкин,</li> </ul>

Турли хил схемаларни қўлласа бўлади.

1 А	<p>Тизимли терапия ўтказиш мақсадида қуйидаги кортикостероид дори-дармонлардан бири билан тавсия етилади:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- преднизолон * 2-3 мг /кг ўртача 120 -150 мг гача мушак ичига ёки вена ичига қилинади . Бироқ даволаш эффективлиги паст бўлганда дори воситаси дозаси 300 мг ва ундан хам юқори бўлиши мумкин . Юқори доза касаллик барқарорлашгунгача ва эндоген интоксикация жараёни бартараф қилгунгача ушлаб турилади (5-7 кун ) Шундан сўнг секин камайтирилиб таблетка кўринишига ўтказилади.</li> <li>- дексаметазон * 12-20 мг суткасига кун давомида мушак ичига ёки вена ичига кунига 5-7 кун</li> </ul>
-----	--

Стероидлар билан даволашни ерта бошланиши 24-48 соат ичида касалликнинг тузалиш имкониятини оширади .

4 Д	Тизимли глюкокортикостероидларнинг самарадорлиги етарли бўлмаган ҳолларда вена ичига юборилувчи иммуноглобулинлар(ВИИГ) тавсия етилади : $\geq 2$ г / кг / суткасига дозасида вена ичига .ВИИГ якка холда самарадорлиги паст.
-----	---

Касаллик бошланишидан дастлабки 3 кун давомида вена ичига иммуноглобулинларнинг юқори дозалари ( $\geq 2$  г/кг/сутка ) юборилиши ўлим даражасини 1,7 мартага камайтиради

4 Д	<p>Сиклоспорин А оғиз орқали 3 мг/кг/суткасига дастлабки 10 кун давомида , кейин – 2 мг/кг/суткасига – 10 кун ва 1 мг/кг/суткасига – яна 10 кун.</p> <p>Плазмафарез амалиёти кунора ёки ҳар куни қилинади ва энг зарарсиз даволаш усулидан бири ҳисобланади.</p> <p>Плазмафарезни ГКС лар самара бермаган вақтда қўллашлик яхши натижа беради.</p> <p>Плазмафарезни ВИИГ лар билан бирга қўлланганда ҳам эффективлиги юқори бўлган.</p> <p>ЎНФ-а ингибитори.</p>
-----	--

	Инфликсимаб ва етанерсептларнинг эффективлиги юқори емас.
--	---

Сиклоспорин А тадқиқотга кўра, ТЕН да иккинчи енг кўп ишлатиладиган иммуносупрессор дори воситаси ҳисобланади. У кератиноцит апоптозининг муҳим медиатори - гранзимларга таъсир қилади бу касалликнинг ривожланишида то‘хташга олиб келади. Сиклоспорин билан даволанган беморларда реэпителизациянинг ўртача давомийлиги, ўлим кўрсаткичлари ва шифохона даволаниш давомийлиги сезиларли даражада камаяди.

Демак исботланган терапияга хулоса қиладиган бўлсак ГКС ва ВИИГ бирга қўллашлик эффективлиги юқори ва иммуносупрессив терапия сифатида ёки сиклоспорин ёки ЎНФ-а ингибиторларини қўллашликмақсадга муофикдир.

4 Д	<p>Кучли оғриқ синдромларида оғриқсизлантириш мақсадида морфина гидрохлорид бир марталик дозаси 0,1 — 0,2 мг/кг ва бир марталик дозаси 15 мгдан ошмаслиги керак. Морфини кўтара олмаган ҳолатда трамадол еритмаси тавсия етилади.</p> <p>Антикоагуляцион терапия сифатида кичик молекулали гепариндан 5000ТБ вена ичига қилинади.Бу тромбоемболияни профилактикаси учун қилинади чунки ЎТАР да веноз тромбоемболиянинг хавфи ошади.</p>
-----	---

Изох:беморлар оғриқсизлантириш мақсадида ва қулай дам олишни таъминлаш мақсадида қо‘шимча опиатлардан фойдаланилади . Бемор ҳолатини о‘згартирганда ва боғ‘ламларни алмаштириш пайтидаги оғриқларни камайитириш мақсадида қо‘шимча оғриқсизлантиришдан фойдаланилади .

4 Д	<p>Харакациз ётган беморларга паст молекулар гепарин олиш тавсия етилади.</p> <p>Ентерал озикланиш мумкин бўлмаган беморларга протон помпа ингибиторлари ошқозон-ичак яраси ривожланиш хавфини камайитириш мақсадида тавсия қилинади.</p> <p>Трахея ва бронхларнинг шиллиқ қаватлари шикастланганда беморларни интубация қилиш ва сунъий ўпка вентилизацияга ўтказиш тавсия қилинади</p>
-----	--

Изох:Трахея ва бронхлар шиллиқ қаватида патологик жараённинг содир бўлиши ўпкани ўз вақтида интубация қилиш ва сунъий ўпка вентилизациясига ўтказишни талаб қилади.

4 Д	<p>ТЕНни даволашдаги умумий ёндашувлари термик куйишникига ўхшашдир. Бироқ, термал куйишлар қисқа вақт (бир неча сония) давом этади бироқ токсик эпидермал некролиз касалхонага ётқизилгандан сўнг бир неча кун ичида</p>
-----	---

	<p>ривжланиб боради . Куйишда тери некрози кўпинча токсик эпидермал некролизга нисбатан чуқурроқ бўлади.</p> <p>Токсик эпидермал некролизга чалинган беморларни ташхислашда / даволашда мумкин эмас:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Этиологик омилни аниқлаш учун аллергологик синовлар ўтказиш (ин виво)</li> <li>* Ёпишқоқ боғлов материаллардан фойдаланиш</li> </ul>
--	--

3 Б	<p>Тери устида ерозияларни ва оғиз шиллиқ қаватини даволаш мақсадида 1% водород пероксид еритмаси, ёки хлоргексидин 0,05% ли еритмаси, ёки калий перманганат еритмаси 1: 5000, кунига 2 марта тавсия этилади.</p> <p>Системали антибиотикларни инфекция касалликлар клиник белгилари бўлганда ишлатилади.</p>
-----	---

Изох: Ташқи терапия терини еҳтиёткорлик билан парвариш қилиш ва тозалаш, некротик тўқималарни олиб ташлашдан иборат . Некрозга учраган эпидермис юзаларни кўп миқдорда ва агрессив олиб ташлаш тавсия этилмайди .

4 Д	<p>Кўз шикастланишини даволаш :</p> <p>Касаллик ўткир пайтида кундалик офталмологик текширув талаб қилинади:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Ҳар икки соатда кўзни мойлаб қуриб қолишини олдини олувчи дори воситалари томизиб турилади (масалан, таркибида гиалурон кислотаси тутувчи кўз томчилари )</li> <li>* Кўз гигиенаси ҳар куни офталмолог ёки офталмологик жиҳатдан ўргатилган ҳамшира томонидан бажарилиши керак.</li> <li>* Топик кортикостероид томчиларидан фойдаланиш (масалан, Преднизалон ацетат 1% ли ёки 0.1% консерванциз дексаметазон томчиси кунига 2-3 марта ) кўз юзасига зарарни камайтириш мақсатида .Қовоқларга еса ГКС мазлардан фойдаланса бўлади.</li> <li>* Профилактик чора сифатида , кўзда яралар пайдо бўлганда маҳаллий кенг спектрли антибиотик буюрилади (масалан, Моксифлоксацин ёки левофлоксацин тўрт марта кунига )</li> </ul> <p>Замбуруғли кератит ҳам учраш еҳтимоли бор шунинг учун бактериологик текширувда уни ҳам ҳисобга олиш керак.</p> <p>Амниотик мембрана трансплантацияси кўз асоратларини олдини олади. Кўздаги яллиғланишни камайтиради, чандиқланишни олдини олади, симблифарон ҳосил</p>
-----	--

	бўлишини олдини олади. Амниотик мембране ерта трансплантация қилинса самара яхши бўлади.
--	--

4 Д	<p>Оғиз бўшлиғи шикастланишини даволаш :</p> <p>*Касалликнинг ўткир даврида оғиз бўшлиғини мунтазам кузатиб туриш .</p> <p>* Бемор лабларига касалликнинг ўткир даврида хар 2 соатда юмшоқ парафинли маз суртиб туриш</p> <p>*Хар куни оғиз бўшлиғини тоза физиологик еритма ёрдамида чайиб тозалаб туриш .</p> <p>* Таркибида бензидамин гидрохлорид тутувчи еритма ёки спрей билан оғиз бўшлиғини овқатдан олдин ёки хар 3 соатда тозалаб туриш</p> <p>*Оғиз бўшлиғини тозалашда антисептик сифатида кунига 2 марта 0.2% хлоргексидин еритмасидан фойдаланиш тавсия қилинади .</p> <p>Оғриқ қолдириш учун 2% лидокаин еритмаси билан чайиш мумкин.</p> <p>Кандидозли зарарланишда 100000 ТБ да 4 махал оғиз чайиш.Миконозол гел 5-10 мл овқатдан жейин 7 кун.</p> <p>* Оғиз бўшлиғи яллиғланишига қарши махаллий кортекостероид - бетаметазон натрия фосфат тутган оғиз чайиш еритмасидан кунига 4 махалдан фойдаланиш тавсия қилинади .Алтернатив ўринда дексаметазон ёки клобетазолнинг 0.05% ли сувли еритмасидан фойдаланса бўлади.</p>

3 Д	<p>Урогенитал соха шикастланишини даволаш :</p> <p>*Касалликнинг ўткир даврида хар куни урогенитал сохани мунтазам кузатиб бориш</p> <p>Пешоб катетирини барча беморга қўйиш тавсия етилади бу пешоб чиқараётгандаги оғриқни ва сийдик ёълларининг обструксиясини олдини олади.</p> <p>Интравагинал тампонлар қин стенози ёки чандиқланишини олдини олади.</p> <p>Оғриқсизлантириш учун лидокаин еритмаси ишлатилади.</p> <p>Махаллий ГКС ишлаца бўлади. Замбуруғли асорат бўлса замбуруғга қарши вагинал малҳамлар ишлатилади.</p> <p>Топик естерогенлар адювант сифатида шиллиқ қаватни тикланиши учун ишлатилади.Касаллик вақтида менструал сиклнинг тохтатилиши вагинал аденоз ва эндометриознинг олдини олади.</p> <p>* Касалликнинг ўткир даврида оқ юмшоқ парафинли суртмани шу соха териси ва шиллиқ қаватларига хар 4 соатда суриш.</p>
-----	--

2 Б	<p>Болаларда яралли сохаларга таркибида анилинли буёқ тутган ва спирт бўлмаган сувли еритма - бриллиант яшили тавсия қилинади</p> <p>Нафас йўллари зарарланганда даволаш.</p> <p>-муколитик ва антиоксидант сифатида ацетилстеин 300 мг аерозол кўринишда 3-6 марта, б2-агонистлар билан бирга қўллашлик мумкин.Салбутамол,фенотерол шулар жумласидан.Антихолинергик сифатида ипатропий бромидни қўлласа бўлади.</p>
-----	--

Изоҳ :Ташқи тарафлама даволаш касаллик клиник белгиларига қараб амалга оширилади .Агар беморда яралар , пуфакчали тошмалар бўлса таркибида анилинли буёқ тутган еритмалар тавсия қилинади

Болаларни даволашда педиатр, дерматолог, офталмолог ва жарроҳларнинг интенсив ўзаро ҳамкорликни талаб қилади . Болаларда суюқлик ва электролитлар мувозанатини, тана хароратни ва қон босимини доимий кузатиш керак; бундан ташқари ҳали очилмаган (ёрилмаган ) пуфакчаларни асептик очиш (пуфакча усти қобиғи жойда қолдирган холда ); тери ва шиллик қаватларни микробиологик мониторинг қилиш; кўз ва оғиз парвариши; антисептик чора-тадбирлар; ёпишқоқ бўлмаган бойламлардан фойдаланиш; беморни махсус тўшакка жойлаштириш; етарли даражада оғриқсизлантириш ; ва контрактураларни олдини олиш учун енгил даволаш машқларни бажариш талаб етилади .

--	--

5 С	<p>Тери ва шиллик қаватларда ўзгаришлар бор бўлган беморларга қон босимини барқарорлашгандан сўнг, капилляр ўтказувчанликни камайтириш учун Н1-гистамин ресепторлари блокаторларини киритиш, тўқима шиши, қичишиш ва гиперемияни бартараф етиш мақсатида тавсия етилади [1, 32, 41, 49]</p>
-----	---

5 С	<p>Тавсия қилинган дозалар: клемастин** 0.1% - 2 мл (2 мг) вена ичига ёки мушак орасига катталар учун , болаларга –мушак орасига 25 мкг/кг суткасига ,иккига бўлинган инъекция холатида ; хлоропирамин** 2% - 1 мл (20 мг) вена ичига ёки мушак орасига катталар учун 1-2 мл, болалар – учун 5 мг (0.25 мл), Дифенгидрамин** катталарга – 25-50 мг, болаларга 35-40 дан кам оғирликка ега болаларда – 1 мг/кг, максимал 50 мг/мг тавсия қилинади [1, 32, 41, 48].</p>
-----	---

5 C	Епинефринни киритилишига қарамай, анафилаксия/аш мавжуд беморларда бронхоспазм сақланган ҳолатда β2-агонистлардан фойдаланиш тавсия этилади . [48,50, 51].
-----	--

## **6.2 Асосий дори-воситаларнинг рўйхати (100% фойдаланиш еҳтимоли билан):**

### **далиллар даражасини киритиш керак . (5 жадвал)**

Фармакотерапевтик гуруҳ қўллаш тартиби далиллар даражаси	Дори-воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
Парентерал фойдаланиш учун регидратасия ва дезинтоксикасии учун	Натрий хлорид	0.9 %-ли натрий хлорид еритмаси 20 мл/кг болуос усулида	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/sodium_chlorid__31235">https://www.vidal.ru/drugs/sodium_chlorid__31235</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/</a>
Глюкокортикостероид 8-	Дексаметазон	32 мг вена ичига	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/dexamethasone__3484">https://www.vidal.ru/drugs/dexamethasone__3484</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/</a>
Глюкокортикостероид	Преднизалон	90-120 мг вена ичига	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/prednisolon__37231">https://www.vidal.ru/drugs/prednisolon__37231</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/</a>
Глюкокортикостероид	Метилпреднизолон	катталарга :50-100 мг Болаларга: 1-2 мг / кг, максимал 50 мг	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/methylprednisolone">https://www.vidal.ru/drugs/methylprednisolone</a> <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500036/</a>

## **Қўшимча дори-воситаларнинг рўйхати (фойдаланиш еҳтимоли 100% дан кам) :**

### **(6 жадвал)**

Фармакотерапевтик гуруҳ қўллаш тартиби далиллар даражаси	Дори-воситасининг халқаро патентланган номи	Қўллаш тартиби	Далиллар даражаси
H1-гистамин рецепторлари блокаторлари	Клемастин	Катталарга: 0.1% - 2 мл (2 мг) вена ичига ёки мушак орасига	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/clemastine-1/analogs">https://www.vidal.ru/drugs/clemastine-1/analogs</a>

		Болаларга: мушак орасига 25 мкг/кг суткасига	
H1-гистамин ресепторлари блокаторлари	Хлоропирамин	Катталарга: 1 мл (20 мг) вена ичига ёки мушак орасига Болаларга: 5 мг (0.25 мл)	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/chloropyramine_14734">https://www.vidal.ru/drugs/chloropyramine_14734</a>
H1-гистамин ресепторлари блокаторлари	Дифенгидрамин	катталарга: 25-50 мг вена ичига ёки мушак орасига	<a href="https://www.vidal.ru/drugs/molecule/329">https://www.vidal.ru/drugs/molecule/329</a>

### 6.3 Жарроҳлик аралашуви :

4 Д	Тери юзасида пайдо бўлувчи синейхияларни механик деструкция орқали бартараф етиш.
-----	---

### **6.4 беморнинг шифохонадан чиқиши учун кўрсатмалар :**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716721/>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

ЎТАР ўткизган беморларда аллергияк РЕАКЦИЯЛАР бартараф етгандан кейин органларнинг зарарланишини ҳисобга олиб 7-10 кун кузатиш тавсия етилади . Агар керак бўлса, бу муддат 2-3 кун давомида узайтирилиши мумкин. 3-4 ҳафта давомда турли органлар ва тизимлар фаолиятининг бузилиши сақлангани учун амбулатор кузатувни талаб қилинади .

ЎТАР билан оғриган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдамнинг кўрсатишнинг сифат мезонлари.

<b>№</b>	<b><u>Сифат мезонлари</u></b>	<b><u>Ха</u></b>	<b><u>Йўқ</u></b>
<b>1</b>	Тиббий хужжатларнинг тўғри юритилиши		
<b>2</b>	Бемор бирламчи кўриги ва унга бирламчи ёрдам кўрсатиш		
<b>3</b>	Бемор бирламчи кўрик пайтида унга дастлабки ташхисни қўйиш .		

<b>4</b>	Дастлабки ташхисга асосланиб текшириш режасини ишлаб чиқиш			
<b>5</b>	Дастлабки ташхис , беморнинг ахволи , касаллик оғирлик даражаси, клиник белгиларига асосланиб даволаш режасини ишлаб чиқиш.			
<b>6</b>	Дори воситаларини уларнинг тиббий кўрсатмасига асосланиб , бемор ахволига , касаллик оғирлик даражасига , асосий ва қўшимча касалликларига қараб тавсия қилиш			
<b>7</b>	Клиник ташхезни бемор анамнези , клиник белгилари , лаборатор ва инструментал текширувлар , стандарт асосида мутахасис врачлар кўриги ва клиник тавсиялар асосида ишлаб чиқиш.			
<b>8</b>	Касалликнинг кечиши , беморнинг ахволи , қўшимча касалликлари ва асоратларига қараб текширув режаларини ҳамда даволаш тактикасини тўғри ташкиллаштириш .			
<b>9</b>	Дори воситаларини тартибда бериш .			
<b>10</b>	Мехнатга лаёқацизлик холатини ўрнатилган тартиб асосида текшириш ва хулоса бериш			
<b>11</b>	Ўрнатилган тартибда диспансер назоратини ташкил қилиш ва давомилигини таъминлаш			

**ЎТКИР ТОКСИК АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР  
НОЗОЛОГИЯСИДА ТИББИЙ ЁНДАШУВ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

## **2.Асосий қисм.**

### **2.1.Кириш:**

Ўткир Токсик Аллергик реакциялар билан оғриган беморларга хизмат кўрсатадиган мутахассислар учун мўлжалланган ушбу протокол мавжуд клиник далиллар, амалий кўникмалар ва эксперт хулосаларини тақдим этади. Тавсиялар етакчи ташкилотлар материалларни ўз ичига олиб , асосий маълумотлар Россия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассосиацияси (РААКИ) , Беларусия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассосиацияси, Европа аллергологлари ва клиник иммунологлари академияси (ЕААСІ) , бутун дунё аллергологлари уюшмаси (ШАО) тавсиялари ва клиник қўлланмаларидан олинган . Ушбу протокол Ўткир Токсик Аллергик РЕАКЦИЯЛАР билан оғриган беморларда фойдаланиш учун дори воситаларининг мавжудлигини ҳисобга олган ҳолда маҳаллий шароитга мослаштирилган . Жаҳон тажрибасига асосланган маълумотларни ўз ичига олган протоколни ишлаб чиқишда мавзу бўйича энг яхши қўлланма материалларини ҳамда илмий маълумотларни қатъий танлаш методикасидан фойдаланилган.

### **2.2.Умумий таърифи.**

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27716721/>

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

Ўткир токсик аллергия реакциялар терапевтик дозада дори воситасини қабул қилганда вужудга келувчи симптомакомплекс бўлиб, унга Стивенс Джонсон синдроми (кўп шаклли буллёз еритема) ва Лайелла синдроми (токсик эпидермал некролиз) кирицак бўлади. Патогенезида иммун ва ноиммун механизмлар хос бўлиб, клиник кўриниши асосан терининг турли даражада зарарланиши билан кечувчи ҳолатдир. (Т.В.Латишева 2007) .

ЎТАР ўткир бошланади, кучли интоксикация, ички органларнинг зарарланиши, тери ва шиллик қаватларнинг прогрессив зарарланиши билан характерланади.

Стивенс Джонсон синдроми (СЖС), токсик эпидермал некролиз (ТЕН) ва СЖС/ТЕН ўзаро бир бирига боғлиқ оверлаб синдроми бўлиб дори воситаларининг ноҳўя тасири оқибатида келиб чиқадиган камдан-кам учровчи касалликдир.

Стивенс Джонсон синдроми (кўп шаклли буллёз еритема)- тери ва шиллик қаватларнинг дори воситасининг токсик-аллергия реакциясидан сўнг пайдо бўлувчи, ёмон сифатли экссудатив еритематоз тошмлар билан характерланувчи касалликдир. Бунда тери ва шиллик қаватнинг зарарланиши 10% гача бўлади. ўзим

Лайелла синдроми (токсик эпидермал некролиз)– терининг дори воситалари натижасида пайдо бўлувчи ўткир, оғир, токсик-аллергия реакцияси бўлиб, у кератиноцитларнинг апоптози натижасида келиб чиқадиган эпидермиснинг катта соҳада ажралиши билан намоен бўлади. Бу беморнинг ҳаётига хавф соладиган, ўлим хавфи юқори бўлган энг оғир токсик-аллергия касаллик бўлиб, кўпинча дори воситалари оқибатида ривожланади. Лайелла синдроми (ТЕН) - тери ва шиллик пардаларнинг оғир тарқалган еритематоз -пуфакчали зарарланиши билан кечадиган касалликдир. Лайелла синдроми эпидермис ва шиллик қаватларнинг интенсив ажралиши ва некрози бўлиб, бунда тери ва кўриниб турувчи шиллик қаватларнинг 30 %дан кўпроқ соҳасида йирик пуфаклар ва ярали юзалар пайдо бўлиши билан характерланади.

#### **Жарроҳлик аралашуви.**

<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476635.html>

4 Д	Тери юзасида пайдо бўлувчи синейхияларни механик деструкция орқали бартараф етиш.
-----	---

**Амалга ошириш талаблари, бажариш алгоритми**

	<b>Талабнинг мазмуни ва шартлари</b>	<b>Амалга ошириш талаблари, бажариш алгоритми</b>
1	Тиббиёт ходимларининг хавфсизликни таъминлаш талаблари	Амалиётдан олдин ва кейин қўлларни гигиеник тозалашни амалга ошириш Жараён давомида қўлқоплардан фойдаланиш
Моддий ресурслар		
2	Қурилмалар, асбоблар, тиббий асбоблар	<ul style="list-style-type: none"> <li>- - Скалпел</li> <li>- - Пинцет</li> <li>- - Қайчи.</li> <li>- - Резина қўлқоплар</li> <li>- - Бинт (ўртача , кенг )</li> <li>- - Тиббиёт пахтаси</li> <li>- - Стерил боғлов материали</li> <li>- - Лейкопластр</li> </ul>
3	Дори воситалари	<ul style="list-style-type: none"> <li>- - 0,25% ли новокаин 50 мл</li> <li>- - Хлоргексидин биглюконат 0,5%</li> <li>- - Антисептичэский еритма</li> <li>- - Дезинфекцион еритма</li> <li>- - 70% ли етило спирти – 10 мл</li> <li>-</li> </ul>
4	Методологияни амалга оширишнинг ўзига хос хусусиятлари ҳақида қўшимча маълумот	Қайчи ёки скалпел бўлмаганда терини табиий кўчериш мумкин аммо дезинфексия воситалари бўлмаса қилинмайди.
5	Еришилган натижалар ва уларни баҳолаш	Беморнинг ахволи яхшиланади

**ЎТКИР ТОКСИК АЛЛЕРГИК РЕАКЦИЯЛАР  
НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ РЕАБИЛИТАСИЯСИ  
ВА ПРОФИЛАКТИКАСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

## ***2. Асосий қисм. Кириш***

### ***Реабилитасия .***

[хттпс://шшш.шхо.инт/ру/нешс-роом/фаст-шеец/детайл/рехабилитатион](https://shsh.shxo.int/ru/neshs-room/fast-sheec/detaйл/рехабилитатион)

Жахон соғлиқни сақлаш ташкилоти (ЖССТ) бўйинча реабилитасия бу "инсоннинг соғлиғида ўзгаришлар бўлганда , яшаш шароитидан келиб чиққан холда унинг функционал имкониятларини тиклашга ва ногиронликнинг келиб чиқишини олдини олишга қаратилган чора-тадбирлар мажмуи" деб таърифланади."

Бошқача қилиб айтганда, реабилитасия болалар, катталар ёки қарияларга кундалик ҳаётда иложи борича мустақил бўлишга ва таълим олиш, ишлаш ва бўш вақтни мароқли ўтказишга, шунингдек, оилага ғамхўрлик қилиш каби муҳим ижтимоий функцияларни бажаришга ёрдам беради. Шу мақсадда инсон ва унинг оиласи билан бирга касалликларни даволаш ва уларнинг белгиларини йўқ қилиш, ёрдамчи технологиялар ёрдамида уларнинг еҳтиёжларини яхшироқ қондириш учун яшаш шароитларини ўзгартириш, ўз-ўзига ёрдам бериш кўникмаларини ўргатиш ва вазифаларни хавфсизроқ ва ташқи ёрдамсиз бажариш учун мослаштириш бўйича ишлар олиб борилади .

Олиб борилган комплекс чора тадбирлар инсонларда конгитив бузулишлар , ешитиш ва кўришнинг , мулоқот, овқатланиш ёки ҳаракатдаги бузилишларни енгишга ва уларни тикланишига ёрдам беради

Реабилитация хизматлари ҳаётнинг ҳар қандай босқичида шикастланиш, жарроҳлик, касаллик ёки бошқа соғлиқнинг бузилиши натижасида, шунингдек, ёшга боғлиқ функционал имкониятларнинг пасайиши туфайли зарур бўлиши мумкин.

Реабилитация хизматлари индивидуал бўлиб ва чора - тадбирларни танлаш беморнинг мақсадлари ва хохишларини ҳисобга олган ҳолда амалга оширилиши керак. Реабилитация хизматлари— стационарда, поликлиникада, амбулатор физиотерапия пайтида, шунингдек жамоат жойларида, уйда, мактабларда ёки иш жойида кўрсатилиши мумкин.

Реабилитация хизматларини кўрсатишда турли мутахассисликдаги тиббиёт ходимлари, жумладан физиотерапевтлар, терапевтлар, логопедлар ва аудиологлар, ортопед ва протез бўйинча мутахассислар, клиник психологлар, реабилитация шифокорлари ва ҳамширалар иштирок этадилар. Реабилитацияда умумий амалиёт шифокорлари, жарроҳлар ва соғлиқни сақлаш ходимлари каби кўплаб бошқа тиббиёт мутахассислари ҳам муҳим рол ўйнаши мумкин.

(5)

### **Профилактика.**

Профилактика [Юн. профилактикос – сақловчи, олдини олувчи]—одамларнинг узок умр кўриши, ишлаш қобилиятини сақлаб қолиши, аҳолининг жисмоний ривожланишини яхшилаш, касалликларнинг юзага келиши ва тарқалишини олдини олиш ҳамда саломатлиги ҳимоя қилишга қаратилган иқтисодий, ижтимоий, гигиеник ва тиббий чора-тадбирлар мажмуи.

Профилактика жамоат ташкилотлари ва алоҳида фуқаролар томонидан амалга оширилади.

Замонавий профилактика инсон саломатлигига салбий таъсир етадиган омилларни йўқотишни кўзда тутадиган ҳамда уларнинг жисмоний ва маънавий иродаларини ҳар томонлама ўстиришни таъминлайдиган, давлат ва жамоат аҳамиятига ега бўлган комплекс тадбирлар тизимини ўз ичига олади.

Шахсий, жамоат, тиббий профилактика турлари фарқланади. Шахсий профилактикага инсоннинг ўз соғлигини сақлаши ва мустаҳкамлашига қаратилган чоралар, яъни соғлом турмуш тарзига амал қилиш, шахсий гигиена, никоҳ ва оила, шунингдек, кийим-кчак, овқатланиш гигиенаси, ўсиб келаётган авлодни гигиеник тарбиялаш, рационал ишлаш ва дам олиш, фаол жисмоний тарбия ва спорт билан шуғулланиш киради.

Жамоат профилактикасига жамоат ташкилотлари томонидан фуқароларни жисмоний ва маънавий ривожлантиришни таъминловчи, халқ соғлиғига ёмон таъсир қилувчи омилларни камайтиришга қаратилган сиёсий, ижтимоий, иқтисодий, қонуний, тарбиявий, санитар-техник, санитар-гигиеник, эпидемиологик ва тиббий чора-тадбирлар киради.

Тиббий профилактика бирламчи ва иккиламчи бўлади. Бирламчи тиббий профилактика касалликларнинг келиб чиқиш сабаблари ва ривожланишига қарши қаратилган ижтимоий, тиббий, гигиеник ва тарбиявий чоралар; ташқи муҳитнинг номақбул таъсирига организмнинг

чидамлилигини ошириш; организмнинг соғлом ҳолатини сақлаб қолиш, унга патологик таъсир кўрсатувчи омилларнинг олдини олиш; диспансеризасия ўтказиш ва юқумли касалликларга қарши курашишдан иборат. Иккиламчи тиббий профилактика касалликларни ерта аниқлаш, патологик жараённинг ривожланиши, унинг асоратлари ва қайталнишларининг олдини олишга қаратилган чора-тадбирлардир .

### **3. Профилактика усуллари.**

<b>5 С</b>	Лайелла синдроми бўлган барча беморлар аллерголог иммунолог кўригида бўлиб сабабчи дори воситаси ёки бошқа сабабларни аниқлаш тавсия қилинади . Бу беморда келажакда шу каби ҳолатларни қайта бўлмаслиги учун керак .
------------	---

Изоҳ :Лайелла синдроми ўтказган беморларга сабабчи аллерген , дори воситаси ҳақида тўлиқ маълумот берилиши керак . Ўтказилган ҳолат тўғрисида барча маълумотлар тиббий ҳужатларга қайд этилиши керак . Беморга келгусида дори воситалар қабул қилишда ехтиёткор бўлиш тушунтирилади. Бу ҳолатни ўтказган беморларига дориларга сезувчанликни тери орқали аниқлаш тақиқланади .

#### **1. Жамоат (оммавий ) профлактика .**

#### **2. Умумий тиббий профлактика .**

#### **3. Шахсий профлактика .**

#### **Жамоат ( оммавий ) профлакттик тадбирларга қўйидагилар киреди:**

1. Дори-дармонлар ва емлаш учун препаратлар (вакциналар, зардоблар, гамма глобулинлар ва бошқа оксил препаратлари) ишлаб чиқариш технологиясини такомиллаштириш ҳамда назорат қилиш .
2. Кимё ва фармасевтика саноати томонидан ишлаб чиқарилган маҳсулотлар билан атроф-муҳитнинг ифлосланишига қарши курашиш.
3. Дори қўшимчаларини озиқ-овқат маҳсулотларида (пенициллин, асетилсалисил кислотаси), вакциналарда (канамисин, гентамисин) ва қон маҳсулотларида (левомисетин)ни консервант сифатида ишлатишни қатъий тартибга солиш ёки тақиқлаш.
4. Антибактериал дориларни дорихоналардан фақат шифокорларнинг рецепти асосан сотишни таъминлаш
5. Аҳолини ва тиббиёт ходимларини дори-дармонларнинг салбий таъсирлари, шу жумладан аллергик реакциялар тўғрисида хабардор қилиш . (3)

#### **2. Умумий тиббий профлактика тадбирлари қўйидагилардан иборат.**

1. Беморларга дори-дармонларни диагноз мос равишда клиник протоколларга асосланган холда буюриш.
2. Полипрагмазияга қарши кураш, яъни беморга бир вақтнинг ўзида кўп сонли дори-дармонларни тавсия қилиш. Бунда дорилар бир бирини таъсирини кучайтириши ва терапевтик дозаларни токсик дозаларга айланиши мумкин.
3. Касаллик тарихи ёки амбулатория картасининг биринчи саҳифасида юқори сезувчанлик ( аллергик холат ) кузатилган дори-дармонларни қизил сиёҳ билан алоҳида қилиб кўрсатиш.
4. Инъекция учун фақат бир марталик шприс ва игналардан фойдаланинг.
5. Инъекциядан кейин беморларни камида 30 дақиқа давомида кузатиш.

### 3. Шахсий профлактика .

Тўлиқ аллергологик анамнез йиғиш .

- а) бемор ва унинг қариндошлари аллергик касалликлардан азият чекадими;
- б) бемор буюрилган дори-дармонларни илгари қабул қилганми;
- в) бемор узок вақт ва кўп вақт давомида қандай дорилар билан даволанган;
- г) дори-дармонларни қабул қилгандан кейин аллергик реакциялар қайд етилганми.

Антибиотиклар, сулфаниламидлар, аналгетиклар, локал анестетикалар, ёд препаратлари, қон ўрнини босувчи моддаларни буюришда салбий реакцияларни аниқлаштириш керак;

Д) беморда пенициллин типигаги дориларни биринчи юбориш пайтида аллергик реакциялар хавфини оширадиган терининг замбруғли касалликлари борми;

е) дорилар билан алоқа мавжудми. Қоида тариқасида, бу фармасевтика корхоналари, омборхоналар, дорихоналар, тиббиёт муассасалари ходимларида учрайди;

ё) Агар беморда анамнезида аллергия бўлса, қуйидаги маълумотларни аниқлаштириш керак бўлади :

- \* қайси препаратдан реакция келиб чиққан ва препаратни қўлланиш йўли;
- \* препарат нима учун ишлатилган;
- \* препарат қайси дозада ишлатилган;
- \* реакциянинг клиник кўринишлари;
- \* препаратни қабул қилгандан кейин реакция бошлангунча қанча вақт ўтган;
- \* реакцияни нима тўхтатган;
- \* препаратга олдин реакциялар бўлганми ёки биринчи мартами ;
- \* реакциядан сўнг ушбу гуруҳдан бирон бир дори қабул қилдингизми;
- \* у қандай дори-дармонларни қабул қилади ва яхши кўтаради

з) беморда эпидермал – хайвонларга сезувчанлик белгилари борми. Ҳайвонларга юқори сезувчанлиги бўлган беморларда оқсилларни ўз ичига олган дори инъекцияларига қаттиқ

аллергик реакциялар ривожланиши мумкин (зардоблар: қоқшол, дифтерия, стафилококк, лимфоситларга қарши ва бошқалар, кутуришга қарши гамма глобулин ва бошқалар.);

ж) вакциналар ва зардоблар илгари беморга юборилганми ва уларнинг сезувчанлиги қандай бўлган дори-дармонларга юқори сезувчанлик ( кўтара олмаслик ) аниқланганда, беморга нафақат "айбдор" дори, балки у билан умумий антигенлик структурасига ега бўлган дорилар ҳам қўлланилиши мумкин емас.

Шуни айтиб ўтиш керакки , ЎТАР умумий антиген структурасига (детерминантга) ега турли дори воситаларига нисбатан ривожланиши мумкин . (1 жадвал )

	Умумий антиген структурасига ега дори воситалари..	Умумий антиген структураси ( детерминанти ) умумий антиген структурасига ( детерминантига ) ега дори воситалари
1	<i><b>β-лактам халқаси</b></i>	1. Пенисиллинлар (бензилпенисиллин, феноксиметилпенисиллин; ярим синтетик - пенисиллиназага чидамли -оксасиллин, метисиллин, амписиллин, корбенисиллин ва бошқалар .), комбинациялашган - амоксиклав, амоклавин, ампиокс, аугментин, бетамп, клавосин, клоампи, лептимокс, суласиллин, тиментин, тазосин, уназин) 2. Цефалоспоринлар (I авлод – цефазолин, цефалексин, III авлод – цефуроксим, IIII авлод - цефотаксим, цефтриаксон, цефтазидим, цефоперазон, IV авлод – цефепим) 3. Карбапинемлар (имипенем, меропенем)
2	<i><b>Анилин (фениламин)</b></i>	1. Новокаин, анестезин ва унга ўхшаш дори воситалари. 2. Парааминосалисил кислота 3. Сульфаниламидлар (сулфадимидин, сулфадиметоксин, сульфален ва бошқалар .).
3	<i><b>Бензолсульфонамид гурухи</b></i>	1. Сульфаниламидлар (сулфадимидин, сулфадиметоксин, сульфален, стрептосид, сулфасил-натрий (албусид) ва бошқалар ) 2. Сульфаниламид таркибига ега комбинациялашган дори воситалари (сулфаметоксазол/триметоприм (ко-тримоксазол, бисептол, бактрим), ингалипт ва бошқалар ) 3. Сулфонилмочевина таркибли гипогликемик дори воситалари (глибенкламид (манинил), гликлазид (димебон МВ, глидиаб), глипизид (глибенез ретард) , гликвидон (глюренорм) , букарбан, бутаамид ва бошқалар .) 4. Диуретиклар : а) тиазидли диуретиклар (дихлотиазид(гипотиазид), гидрохлортиазид (триампур), циклометиазид, оксодолин) ва комбинациялашган дори воситалари (тенорик, капозид, енап НЛ ва бошқалар .) б) "тугунли" диуретиклар (фуросемид (лазикс), буфенокс, клопамид (бриналдикс), индапамид (арифон) в) карбоангидраза ингибитори (диакарб)

4	<b>Фенотиазин группаси</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нейролептиklar (аминазин, пропазин ва бошқалар .)</li> <li>2. Антигистамин дори воситалари (прометазин)</li> <li>3. Метилен кўк еритмаси</li> <li>4. Антидепрессантлар (фторасизин)</li> <li>5. Коронар қон томирини кенгайтирувчи дори воситалари (хлорасизин, нонахлазин)</li> <li>6. Антиаритмик дори воситалари (етмозин)</li> </ol>
5	<b>Йод</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ёд ва ноорганик ёдидлар (Калия или натрия ёдид, ёднинг спиртли еритмаси , Люголь еритмаси )</li> <li>2. Ёд сақловчи рентгеноконтраст дори воситалари (урографин, Омнипак, кардиотраст, Триёдтраст, триомбрин, сергозин ва бошқалар .)</li> <li>3. Гормонал препаратлар (тироксин, триёдтиронин, тиреоксид)</li> </ol>
6	<b>Этилэндиамин</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Этилендиамин унумлари (супрастин (хлоропирамин гидрохлорид), ранитидин, ўсмага қарши дори воситалар (продимин), пиперазин ва унинг унумлари (цетиризин, гидроксизин (атаракс) ва бошқалар .)</li> <li>2. Ксантини: кофеин, пентоксифиллин, терфиллин (теопек, теотард, теофедрин).</li> <li>3. Этилендиамин тутувчи кремлар</li> </ol>

<b>5 С</b>	Дори аллергияси олдини олиш учун дори воситасига юқори сезувчанлик борлиги тери синамалари орқали аниқлаш тавсия қилинади . [1, 2 ,3, 4]
------------	--

Анамнезида аллергия бўлмаган хусусан барча дори-дармонларга, озиқ-овқат маҳсулотларига, уй чанги ва кимёвий моддалар билан контактда ёки илгари ҳеч қачон гиёҳванд моддаларни истеъмол қилмаган беморларни текшириш шарт эмас.

Аллергик анамнезга ега беморлар учун дори воситаларига нисбатан текширув ўтқазилган тавсия қилинади . Хавф даражасига кўра, уларни уч гуруҳга бўлиш мумкин

**Биринчи хавф гуруҳига** дори воситасига юқори сезувчанлиги бўлмаган лекин анамнезда аллергия касалликлар бор беморлар киради . Уларга дори аллергияси ва анафилаксиянинг олдини олиш мақсадида дори воситасини қўллашдан олдин тери скарификацион ва тил ости провакацион синамалар қилинади . Тил ости синамалари оғиз орқали қабул қилинадиган дорилар учун ўтқазилади . Парентерал дори воситалари дастлаб скарификацион ва тери ичига синамаси қўйилади . Агар 30 дақиқадан сўнг ўткир аллергия реакция бўлмаса асосий терапевтик дозани беморга юбориш мумкин.

**Иккинчи хавф гуруҳига** анамнезда дори воситаларига нисбатан қаварчиқлар ёки тошмалар пайдо бўлган ёки озиқ овқат аллергияси бор беморлар киради .лаборатор текширувдан кейин дастлаб томчи , Аппликацион усулда манфий натижа бўлганда скарификацион ва тил ости синамалари ўтқазилади .Манфий натижаларда тери ичи синамаси ўтқазилади . . Дори воситасига синамалар ўтқазилгандан кейин 1 сутка ўтиб терапевтик доза қилинади .

**Учинчи хавф гурухига** анамнезида оғир аллергия касалликлар (токсикодермия, шок) ўтказган беморлар киради. Улар кўпчилик таркиби ўхшаш бўлган дори воситаларига нисбатан юқори сезувчанликка эга бўлади. Тери синамалари ўтказиш қарши кўрсатма ҳисобланади. Улар лаборатор усулда текширилади. Манфий натижа олинганда дастлаб томчи, Аппликасион усулда манфий натижа бўлганда скарификасион ва тил ости синамалари ўтказилади. Синамалар манфий бўлса даволовчи терапевтик дозанинг 0.01 -0.1 қисми юборилади. Шунда ҳам реакция кузатилмаса унда терапевтик доза қилинади

Дастлаб юқори сезувчанликни лаборатория усулида текшириш мақсадга мувофиқ деб ҳисоблаймиз. [47, 48

Анамнезида аллергияси бор беморлар хавф даражаларига кўра гурухлари

Дори воситаларига аллергияси бўлмаган беморлар	Аниқ бўлмаган дори воситасига аллергияси бор беморлар	Оғир дори аллергияси ( аш , токсикодермия ) ўтказган беморлар
--	---	---

..

Дори воситаларига аллергияни аниқланса яхши бўлади	Дори воситаларига аллергияни аниқлаш тавсия қилинади	Дори воситаларига аллергияни аниқлаш шарт
--	--	---

Қонда дори воситаларига махсус Иг Е ва Иг Г ни аниқлаш , базофил тести ва бошқа усулларда текшириш

Дори воситаси билан дастлаб томчи манфий натижада скарификасион манфий натижада тил остива тери ости синамалари ўтказилади	Дори воситаси билан дастлаб томчи манфий натижада скарификасион манфий натижада тил остива тери ости синамалари ўтказилади	Дори воситаси билан дастлаб томчи манфий натижада скарификасион манфий натижада тил остива тери ости синамалари ўтказилади
--	--	--

Натижалар манфий бўлса шу куннинг ўзида терапевтик доза қилинади	Натижалар манфий бўлса ертаси кунини терапевтик доза қилинади	Натижалар манфий бўлса терапевтик дозанинг 0.01-0.1 қисми терапевтик доза қилинади . манфий натижада 2 соатдан кейин терапевтик доза қилинади
--	---	---

**Мумкин эмас :**

Цитрус мевалар ( апелсин , мандарин , лимон , грейпфрут ва бошқалар )

Ёнғоқлар ( бодом , ерёнғоқ , фундук ва бошқалар ).

Балиқ ва балиқ махсулотлари ( тузланган ва янги тугилган балиқ , балиқли булон , балиқ икриси ва бошқалар ) , денгиз махсулотлари .

Қушлар ( ўрдак , ғоз , курка , товуқ гўшти ва бошқалар ) ва улардан тайёрланган махсулотлар

Замбруғлар ва замбруғли консервалар

Шоколад ва шоколад махсулотлари

Асал

Дудланган махсулотлар ( колбаса , пишлок )

Уксус ( сирка кислотаси ) , маёнез , горчиса ва бошқа зираворлар

Помидор , бақлажон ва бошқа таъм берувчилар

Тухум ва тухум махсулотлари.

Сут

Қулупнай , маймунжон , қовун , ананас

Дукакли махсулотлар ( мош , нухат , фасол )

От гўшти ва унинг махсулотлари ( қазилар )

Барча спиртли ва рангли ичимликлар .

Кофе, какао

Замбруғва замбруғли махсулотлар .

Қўй гўшти ва ундан тайёрланган махсулотлар .

**Мумкин .:**

Мол гўшти ( ёғсиз , қайнатилган )

Шўрвалар ( сабзавотли ва мол гўшидан тайёрланган )

Сарёғ , зайтун ёғи , кунгабоқар ёғи .

Қайнатилган картошка

Гречкали , гурунчли , геркулесли бўтқалар ( кашалар )

Сут махсулотлари ( творог , кефер , простокваша )

Бодиринг , петрушка , укроп .

Олма , нок , банан , тарвуз

Чой

Шакар

Олма , смородина , олхўри, куритилган мевалардан компотлар .

Оқ нон .

Кун давомида 4-5 маҳал овқатланинг оз оздан тез тез, тўйиб овқатланиш тавсия етилмайди.

ЎТАР ўтказган беморларда шу дори воситасига нисбатан АСИТ ўтказилмайди.

**Бемор учун маълумотлар**

Дори воситаси туфайли ЎТАР рўй берган беморлар, сабабчи дори хақида хабардор бўлишлари ва келажақда улардан фойдаланмасликлари керак.

2. Дори воситаларини шифокор аллерголог билан маслаҳатлашиб касалхона шароитида олиш керак.

**Беморлар учун маълумот.**

**Лайелла синдроми (токсик эпидермал некролиз) нима ?**

Лайелла синдроми --аллергик характердаги оғир полиетиологик касаллик бўлиб, беморнинг умумий аҳволининг ўткир бузилиши, бутун тери ва шиллиқ пардаларнинг зарарланиши билан характерланади. Сувсизланишнинг тез ривожланиши, буйраклар ва бошқа ички органларнинг токсик шикастланиши ва юкумли жараённинг кўшилиши кўпинча касалликнинг ўлимга олиб келади.

**Сабаблари нима?**

Токсик эпидермал некролиз (бундан буён матнда ТЕН деб аталади) олдиндан айтиб бўлмайдиган ва қабул қилинган дозага боғлиқ бўлмаган дори-дармонларга патологик реакция натижасида вужудга келади. Кўпинча қайси дори воситаси бу ҳолатни келтириб чиқарганини фақат гумон қилиш мумкин.

Кўпинча токсик эпидермал некролизга сабаб бўладиган дори воситаларига киради :

- Сулфаниламидлар ,
- Антибиотиклар
- Ностероидли яллиғланишга қарши дори воситалар .
- Аллопуринол,
- Тутқаноққа қарши дори воситалар
- Пирозолон унумлари .

Дори воситасини қабул қилингандан бошлаб токи касаллик клиник белгиларининг пайдо бўлгунгача яширин давр (2 дан 8 ҳафтагача) мавжуд бўлиб , бу иммун тизими жавоб реакциясини шакллантириш учун керак бўлади. ТЕН патогенизининг негизида хужайралар апоптози ётади , бу ўз навбатида базал креацитлар ва шиллиқ қават эпителисининг некрозига олиб келади .. Уларнинг массив апоптози эпидермиснинг ажралишига олиб келади .

**Касалланиш хавфни оширадиган омиллар**

Куйидаги шахсларда анафлаксия ҳолати ривожланиши еҳтимоли кўпроқ:

- \* Аллергияга чалинганлар , анамнезида аллергияси борлар
- \* Илгари дори воситасига аллергик ҳолатни бошдан кечирганлар
- \* Оилавий анамнезида анафилактик реакция кузатилган бўлса
- \*Муайян бир тиббий ҳолатлари бор беморлар , хусусан астма ва экзема билан оғриганлар .

## Касаллик белгилари қанақа бўлади ?

- Касаллик белгилар одатда дори воситалари қабул қилинганидан кейин бошланади
- Бемор ахволи тўсатдан ёмонлашади : Тана харорати кўтарилади (38 С дан – 40 С гача ), титрок , умумий кэскин холсизлик , иштаха пасайиши ёки йўқолиши , бош оғриши , кучли чанқаш , суяк ва мушакларда оғриқ , ринит , томоқ оғриши , фарингит каби белгилар бўлиши мумкин .
- Терида кучсиз қичишиш , қизариш ва оғриқ пайдо бўлади . Баъзи холларда кўз , оғиз , бурун , жинсий аъзолар шиллик қаватларнинг кучсиз яллиғланиши кузатилади .
- Критик ёки ўткир давр – бу даврда ички аъзолар , шиллик қават ва тери шикастланиши жараёнлари кучайиши , метаболик ўзгаришлар ва қон таркибий қисмларининг ўзгариши кучайиб боради . Бу даврни шартли 3 та босқичга бўлиш мумкин.
- Кейин дерматологик касаллик белгилари кўп шакли эксудатив еритема элементлари кўшилади — тери ва шиллик қаватларда розеола , папула , еритематоз доғлар , гиперемия ва юқори сезувчанликка ега зарарланиш ўчоқлари пайдо бўлади.
- Юқори эпидермал қатлам ажралади ва тананинг терисида кўплаб петехия ва геморрагиялар пайдо бўлади . Лайелла синдромининг асосий дерматологик элементи бу сероз суюқлик билан тўла пуфакчадир.
- Яллиғланган терига енгил босим ҳам эпидермиснинг ажралишига олиб келади.

Уй шароитида қуйидагиларга еътибор беринг :

## Диагноз қандай қўйилади ?

Бунда қуйидагиларга асосланган холда диагноз қўйилади :

- Сизнинг симптомларингиз
- Физикал текширувлар .
- Қон анализлари .
- Охирги пайтдаги аллергенларнинг( дори воситаси қабул қилинганлиги ) таъсир қилганлиги.

## Қандай даволанади ?

Агар сиз ўзингизда эпидермал токсик некролиз белгиларини кузатгангиз , дарҳол қуйидагиларни бажаринг:

- Тез ёрдам чақиринг .
- Токсик эпидермал некролиз диагнози қўйилган беморлар яқин орадаги қуйиш касалликлари шифохонасининг ёки умумий соматик шифохонанинг интенсив терапии бўлимига ётиб даволаниши абсолют кўрсатма ҳисобланади . Бу бўлимда бемор доимий кузатувда бўлади

## Қандай олдини олиш чоралари мавжуд?

- Дори воситалари ва уларнинг ножўя таъсири тарихи ҳақида тўлиқ маълумотлар йиғиш ва таҳлил қилиш . • Амбулатория ва/ёки стационар картанинг бош саҳифасида аллергик реакция чақирган дори воситаси номи , унинг тури ва санаси кўрсатилиши керак.

- Беморга илгари аллергик реакцияга сабаб бўлган дори-дармонларни (ёки уни ўз ичига олган комбинацияланган дори-дармонларни) буюрилмайди .
- Аллерген дори воситаси билан бир хил кимёвий гуруҳга тегишли бўлган препаратни буюрманг, бу кесишган аллергияни ривожлантириш имкониятини беради.
- Кўп дори-дармонларни бир вақтнинг ўзида буюришдан сақланинг.
- Дори воситаларни қўллаш усули бўйича кўрсатмаларга қатъий риоя қилишингиз керак.
- Дори воситалари беморнинг ёши , тана вазни ва қўшимча касалликларига мувофиқ равишда тавсия қилиш .
- Ошқозон-ичак тракти, гепатобилиар тизими ва метаболизм касалликлари билан оғриган беморларга. гистаминолиберация хусусиятига ега бўлган дори-дармонларни (парацетамол, валпромид, валпроик кислота, фенотиазин нейролептиклари, пиразолон дори-дармонлари, олтин тузлари ва бошқаларни) буюриш тавсия этилмайди.
- Барча аллергологик анамнезга ега бўлган беморлар жарохлик амалиётидан ёки контрастли рентген текширувларидан олдин премедикация қилиниши тавсия этилади . Бунинг учун амалиётлар бажарилишидан 1 соат олдин дексаметазон 4-8 мг ёки преднизолон 30-60 мг мушак орасига ёки в/ичига томчилаб ва антигистаминлар қилиш тавсия қилинади

#### **Зудлик билан шифокорга мурожат қилинг :**

Сизда қуйдаги белгилар дори воситаси қабул қлингандан кейин пайдо бўлса :

- Тана харорати кўтарилиши (38 дан 41 °С гача )
- Титроқ ,
- Умумий кэскин холсизлик,
- Бош оғриши ,
- Иштаха пасайиши ёки йўқолиши;
- Кучли чанқаш,
- Томоғида , суяк ва мушакларда оғриқ
- Ринит и фарингит
- Терида кучсиз қичишиш , қизариш ва оғриқ пайдо бўлади
- Кейин дерматологик касаллик белгилари кўп шаклли эксудатив еритема элементлари қўшилади — тери ва шиллиқ қаватларда розеола , папула , еритематоз доғлар, гиперемия ва юқори сезувчанликка ега зарарланиш ўчоқлари пайдо бўлади.
- Нафас олиш жараёнида хириллашлар
- Юқори эпидермал қатлам ажралади ва тананинг терисида кўплаб петехия ва геморрагиялар пайдо бўлади. Лайелла синдромининг асосий дерматологик элементи бу сероз суюқлик билан тўла пуфакчадир.

#### **Беморгаларга еслатма:**

1. Лайелла синдроми ўтказган беморлар , касаллик келтириб чиқарган сабабчи дорилар

*Бу каби белгилар фавқулодда жиддий бузилишларни кўрсатиши мумкин. Касаллик белгилари ўз-ўзидан кетишини кутманг. Дарҳол қўйидаги босқичларни бажаринг:*

- Тез тиббий ёрдам чақиринг.
- 103 га қўнғироқ қилинг .
- Ўзингиз касалхонага машинани бошқариб борманг .
- дори воситасини тўхтатинг.
- Олган дори-дармонингиз ёрдам бераётгандек туюлса ҳам, қўшимча тиббий ёрдам ва назорат кераклигини ердан чиқарманг

хақида маълумотга ега бўлишлари ва келажақда уларни ишлатмасликлари керак.

2. Бемор ҳар доим дори воситаларни фақат шифокор тавсиясига асосан қабул қилиши керак.

3. Беморга дори воситасини нўжужа таъсири хақида маълумот берилиб ,аллерголог ёки клиник иммунологга маслаҳатга бориш учун юборилади ва аллергия мактабида ўқиш тавсия этилади.

4. Беморга аллерген билан такрорий мулоқатда бўлганда ва оғир ўткир токсик-аллергик РЕАКЦИЯЛАР юзага келган ҳолларда шошилиш тиббий ёрдам усулларидан тўғри фойдаланишга ўргатилади .

Клиник баённомани ишлаб чиқилганидан кейин 3 йил ўтгач ёки далиллар даражаси билан янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқилади .

#### Адабиётлар рўйхати :

1. www.raasi.ru

2. Сартотто Р ет ал: ССОРТЕН ассурателй предисц морталитй амонг тохис эпидермал несролйсис патенц тратед ин а бурн сентер. Ж Бурн Саре Рес 29:141, 2008.

2а. Аукуиер-Дунант А ет ал: Соррелатион бетшеен слинисал паттернс анд саусес оф ерйтхема мултиформе мажор, Стевенс Жоҳнсон анд тохис эпидермал несролйсис. Арч Дерматол 138:1019, 2002.

3. Рзаний Б ет ал: Епидемиологй оф ерйтхема ехудативум мултиформе мажус, Стевенс-Жоҳнсон сйндроме, анд тохис эпидермал несролйсис ин Германй (1990–1992): Струстуре анд ресулц оф а популатионбасед регистрй. Ж Слин Епидемиол 49 :769, 1996.

4. Додиук-Гад РП, Олтеану С, Жесчке МГ, Сартотто Р, Фиш Ж, Шеар НХ. Трентмент оф тохис эпидермал несролйсис ин Нортх Америса. Ж Ам Асад Дерматол. 2015 Нов;73(5):876-7.e2

5. Фине Ж.Д: Манагемент оф аскуиред буллоус скин дисеасес. Н Енгл Ж Мед 1995; 333: 1475–1484

6. Счшартз РА, МсДоноугх ПХ, Лее БШ. Тохис эпидермал несролйсис: Парт ИИ. Прогносис, сеқуелае, диагносис, дифференциал диагносис, превентион, анд трентмент. Ж Ам Асад Дерматол. 2013 Ауг;69(2):187.e1-16; куиз 203-4.

7. Кардаун С.Х., Жонкман М.Ф Дехаметҳасоне пулсе тҳерапй фор Стевенс-Жоҳнсон сйндроме/тохис эпидермал несролйсис. Аста Дерм Венереол 2007; 87: 144–148.

8. Хуанг ЙС, Ли ЙС, Чен ТЖ. Тхе еффисасй оф интравеноус иммуноглобулин фор тхе тратмент оф тохис эпидермал несролйсис: а сйстематис ревиеш анд мета-аналйсис. Бр Ж Дерматол. 2012 Ауг;167(2):424-32.
9. Баррон СЖ, Дел Весчио МТ, Аронофф СС. Интравеноус иммуноглобулин ин тхе тратмент оф Стевенс-Жохнсон сйндроме анд тохис эпидермал несролйсис: а мета-аналйсис шитх метарегрессион оф обсервационал студийес. Инт Ж Дерматол. 2015 Жан;54(1):108-15.
10. Лее ХЙ, Фоок-Чонг С, Кох ХЙ, Тхирумоортхй Т, Панг СМ Сйслоспорине тратмент фор Стевенс-Жохнсон сйндроме/тохис эпидермал несролйсис: Ретроспестиве анализис оф а сохорт тратед ин а спесиализед реферрал сентер. Ж Ам Асад Дерматол. 2016 Ост 4. пии: С0190-9622(16)30600-4.
11. Прабхасашат П, Тесавибул Н, Карнчаначетане С, Касемсон С.Еффисасй оф сйслоспорине 0.05% ее дропс ин Стевенс Жохнсон сйндроме шитх чронис дрй ее. Ж Осул Пхармасол Тхер. 2013 Апр;29(3):372-7.
12. Дел Поззо-Магана БР, Лазо-Лангер А, Сарлетон Б, Састро-Пастрана ЛИ, Риедер МЖ. А сйстематис ревиеш оф тхе тратмент оф друг индусед Стевенс-Жохнсон сйндроме анд тохис эпидермал несролйсис ин чилдрен. Ж Попул Тхер Слин Пармасол. 2011;18(1):e121-33.
13. Жерносек В.Ф., Дюбкова Т.П. Клиническая классификация и критерии диагностики синдрома Стивенса-Джонсона – токсического эпидермального некролиза у детей: обзор иностранной литературы. Педиатрия. Восточная Европа. 2014.
14. Харр Т., Френч Л.Е. Тохис эпидермал несролйсис анд СтевенсЖохнсон Сйндроме. Орпханет Ж Раре Дис 2010; 5: 39. DOI: 10.1186/1750-1172-5-39
15. Межирова Н.М., Баева С.И., Азарокова А.М. Особенности течения и лечения синдрома Лайелл. Медицианеотложныхсостояний 2011; 5: 36–38. [Мезхирова Н.М., Баева С.И., Азарокова А.М. Феатурес соурсе анд тратмент оф тохис эпидермал несролйсис. Медицина неотлозхнйх состоянии 2011; 5: 36–38. (ин Русс)]
16. ГригорьевД.В. Многоформнаяэкссудативнаяэритема, синдромСтивенса–ДжонсонаисиндромЛайелл – современнаятрактовкапроблемы. Русскиймедцинскийжурнал 2013; 22: 1073–1083. [Григориев Д.В. Ехудативе ерйтхема мултиформе, Стевенс-Жохнсон сйндроме анд сйндроме Лайеллаа – модерн интерпретатион проблемс. Русский медицинский журнал 2013; 22: 1073–1083. (ин Русс)]
17. ХаитоваР.М., ИльинаИ.Н. Аллергологияиимунология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 532. [Хаитова Р.М., Ильина И.Н. Аллергологй анд иммунологй. Моссош: ГЕОТАР-Медиа, 2009; 532 (ин Русс)]
18. ИльинаН.И., ЛатышеваТ.В. Лекарственнаяаллергия, клиническиерекомендации. Российскийаллергологическийжурнал 2013; 5: 27–40. [ИльинаН.И., ЛатышеваТ.В. Другаллергй, слинисалгуиделинес. Российскийаллергологическийжурнал 2013; 5: 27–40. (инРусс)]
19. Тан С.К., Тай В.К. Профиле анд Паттерн оф Стевенс-Жохнсон Сйндроме анд Тохис Эпидермал Несролисис ин а Генерал Хоспитал ин Сингапоре: Тратмент оутсомес. Аста Дерм Венерол 2012; 92: 62–66. DOI: 10.2340/00015555-1169
20. Зрячкин Н.И. Синдром Лайелл у ребенка 9 месяцев. Педиатрия 2011; 6: 152–153. [Зрячкин Н.И. Лелльс сйндроме ин а чилд 9 монтхсь. Педиатрия 2011; 6: 152–153 (ин Русс)]
21. Альбанова В. И., Брунова О.Ю. Корсунский А.А. Токсический эпидермальный некролиз у ребенка. Российский журнал кожных и венерических болезней 2013; 5: 25–30. [Албанова В.И.,

- Брунова О.Ю., Корсунский А.А. Токсический эпидермальный некролиз у детей. Российский журнал кожных и венерических болезней 2013; 5: 25–30 (ин Русс)]
22. Варшава И.И., Хашкина Л.А. Токсический эпидермальный некролиз: клинические особенности и терапия. Сибирский медицинский журнал 2014; 6: 130–132. [Варшава И.И., Хашкина Л.А. Токсический эпидермальный некролиз: клинические особенности и терапия. Сибирский медицинский журнал (Сербиан Медисал Жоурнал) 2014; 6: 130–132 (ин Русс)]
23. Бачот Н., Ревуз Ж., Роужау Ж.-С. Интравенозный иммуноглобулин в лечении форм Стивенс-Жонхсона синдрома и токсического эпидермального некролиза. Арч Дерматол 2003; 139: 33–36.
24. Принс С., Кердел Ф.А., Падилла С., Хунзикер Т., Чименти С., Виард И. и др. Лечение токсического эпидермального некролиза с помощью интравенозного иммуноглобулина. Арч Дерматол 2003; 139: 26–32.
25. Стелла М., Сассано П., Боллеро Д., Слементе А., Гиорио Г. Токсический эпидермальный некролиз в лечении с помощью интравенозного иммуноглобулина: опыт. Дерматол 2001; 203(1): 45–49.
26. К проблеме лечения синдрома Лайелла: вопросы дискуссионного характера / А. С. Владыка, П. П. Рыжко, В. М. Воронцов, К. О. Подоплелов // Дерматология. — 2007. — № 4. — С. 21—26.
27. Синдром Стивенса — ДДжонсона (клиническое наблюдение) / Д. Я. Головченко, В. М. Кисилевский, О. В. Пасечникова, С. В. Иванов // Венерология. — 2003. — № 2. — С. 60—62.
28. Синдром Лайелла у ребенка 9 месяцев / Н. И. Зрячкин, О. А. Макарова, А. Е. Сигарева, М. М. Базалицкий // Педиатрия. — 2011. — Т. 90. — № 6. — С. 152—154.
29. Синдром Стивенса — ДДжонсона после лечения ритуксимабом у больной с В-клеточной лимфомой из малых лимфоцитов, аутоиммунной гемолитической анемией и антифосфолипидным синдромом / А. Л. Меликян, И. Н. Суборцева, А. М. Ковригина, Т. И. Колошейнова // Клиническая онкогематология. — 2017. — 10 (1). — С. 120—127.
30. Синдром Лайелла как редкое осложнение медикаментозной терапии (клинический случай) / С. А. Тезяева, Р. А. Млинник, С. Ф. Дегтярева, Т. В. Вагапова // Медиаль. — 2015. — № 2 (16). — С. 42—45.
31. Л.В.Ковалчук Л.В.Ганковская Клиническая иммунология и аллергология учебник 2010г.
32. П.В.Колхир Доказательная аллергология-иммунология 2010г.

