

ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ  
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

Арифов С.С., Абдурашидов А.А.,  
Ганиева Ш.Т., Маликова Н.Н.

# ПЎРСИЛДОҚ ЯРА: ПАТОГЕНЕЗИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИ

(ўқув-услубий қўлланма)



Тошкент-2023 й.

# НЕОДЕРМ®

КЛОБЕТАЗОЛ КЕТОКОНАЗОЛ НЕОМИЦИН

Zamburug`larga qarshi,  
Yallig`lanishga qarshi  
va Antibakterial  
ta`sirga ega.

3-ta vositaning  
majmuasi



**Таркиби:** 1 г крем қуйидагиларни сақлайди: фаол моддалар - кетоконазол – 10 мг, клобетазолапропионат - 0,25 мг, неомицин сульфати – 5000 ХБ; ёрдамчи моддалар: бутилизация қилинган гидрокситолуол (ВНТ), этил спирти, суяқ парафин, стеарат кислотаси, лаурокарам, Е витамини, глицерин, перегаль О, NMF-12 намлантирувчи омил, сувсиз натрий сульфит, динатрий эдетат, гул эссенцияси PF-037, мураккаб консервант (гермаль плюс), тозаланган сув.

**Фармакологик хусусиятлари.** Неодерм® креми замбуруғларга қарши, яллиғланишга қарши, қичишишга қарши, аллергияга қарши ва антибактериал таъсирга эга. Кремнинг самарадорлиги унинг таркибига кирувчи компонентларга боғлиқ. Кетоконазол кенг таъсир доирасига эга замбуруғларга қарши восита бўлиб ҳисобланади, унинг ўтказувчанлигини ўзгартириш орқали замбуруғ хужайра мембранасига таъсир кўрсатади. Фармакологик тадқиқотлар кетоконазол дерматофитлар (*Trichophyton sp.*, *Microporum sp.*, *Epidermophyton sp.* каби), сахаромицитлар ва *Candida albicans* га нисбатан кучли антимикоз таъсирга эга эканлигини намойиш этган. Замбуруғ штамплари кетоконазолнинг таъсирга табиий чидамлилиқка эга эмас. Клобетазол пропионати минимал ноҳўя самараларга эга юқори самарали яллиғланишга қарши ва аллергияга қарши восита сифатида таъсир кўрсатади. Неомицин сульфати граммусбат ва грамманфий бактерияларга қарши самарали восита бўлиб ҳисобланади. Неодерм® креми таркибидagi ўчта воситанинг мажмуаси уни замбуруғли ва бактериал инфекцияларда, яллиғланиш жараёнлари ва қичишишда юқори самарали препарат ҳисобланади.

**Қўлланилиши:** Қуйидагилар каби терининг замбуруғли инфекциялари: қўл микози, тоvon эпидермофитияси (микози), тери трихофитияси, экзема, рангбаранг темирлатки, терини қичишишини даволашда қўлланади.

**Қўллаш усули ва дозалари:** Сиртга буюрилади. Терининг шикастланган соҳасига юпқа қаваат қилиб кунига икки марта суртилади. Силлиқ терининг оддий трихофитияси ва чов трихофитиясини даволаганда тавсия этилган даволаш курси 2 хафта, тоvon ва кафт эпидермофитиясини даволаганда эса – 4 хафта ни ташкил қилади.

**Ноҳўя таъсирлари:** Препарат одатда яхши ўзлаштирилади. Даволаш вақтида кремни суртиш жойида ачишиш ёми таъсирланиш пайдо бўлиши мумкин, лекин бу препаратни бекор қилишни талаб этмайди.

**Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар:** Препаратга ўта юқори сезувчанликка қўллаш мумкин эмас.

**Махсус кўрсатмалар:** Ҳомилдор ва эмизикли аёллар, шунингдек эмизикли болаларда препарат эҳтиёткорлик билан қўлланади. Дори воситасини автотранспорт ва потенциал хавфи механизмлари бошқариш қобилиятига таъсирининг ўзига ҳослиги Аниқланмаган.

**Чикарилиш шакли ва ўрами:** 10 г крем ички томондан лак билан қопланган алюмин тоубаларга жойланади. 1 тубадан давлат ва рус тилларидаги тиббиётда қўлланилишига доир йўриқнома билан картон қутига жойланади.

**Сақлаш шароити:** 25°С дан юқори бўлмаган ҳароратда сақлансин. Болалар ололмайдиған жойда сақлансин!

**Яроқлилик муддати:** 2 йил. Урамида кўрсатилган яроқлилик муддати ўтган қўлланилмасин.

**Дорихоналардан бериш тартиби:** Рецептсиз.

**Ишлаб чиқарувчи:** Jiangsu Chenpai Bond Pharmaceutical Co., Ltd., ХХР Манзили: Цзянсу провинцияси, Хаймен ш., Шарқий-Пекин кўч., 555.

**Ўзбекистон Республикаси ҳудудида дори воситаларининг сифати бўйича эътирозлар (тақлифлар) ни қабул қилувчи таъкилот номи ва манзили:** "Rain Sen Da" МЧЖ,

Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш., Шота Руставелли кўч., 1 тор кўча, №5 уй.



ТИББИЁТ ХОДИМЛАРИНИНГ КАСБИЙ МАЛАКАСИНИ  
РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ

Самарқанд  
Тиббиёт институтига  
мувофиқлаштирувчи  
Сенатга 2023 й.

«ТАСДИҚЛАЙМАН»

Илмий ишлар ва инновациялар  
буғина директор ўринбосари, т.ф.д.,  
профессор



Ш.Э.Атаханов  
2023 й.

Арифов С.С., Абдурашидов А.А., Ганнева Ш.Т., Маликова Н.Н.

ПЎРСИЛДОҚ ЯРА: ПАТОГЕНЕЗИ, ДИАГНОСТИКАСИ ВА ДАВОСИ

(ўқув-услубий қўлланма)

“ТАСДИҚЛАНДИ”

Тиббиёт ходимларининг касбий  
малакасини ривожлантириш маркази  
Мувофиқлаштирувчи эксперт  
кенгаши

" 31 " 03 2023 й.

№ 4 уқув/4

Тошкент-2023 й.


## Тузувчилар:

- Арифов С.С. Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази дерматовенерология ва косметология кафедраси мудир, т.ф.д., профессор.
- Абдурашидов А.А. Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази дерматовенерология ва косметология кафедраси доценти, т.ф.н.
- Ганиева Ш.Т. Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази дерматовенерология ва косметология кафедраси ассистенти, т.ф.н.
- Маликова Н.Н. Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази дерматовенерология ва косметология кафедраси PhD докторанти, т.ф.п.

## Такризчилар:


- Порсохонова Д.Ф. РИДВваКИАТМ, ЖЙОЮК ва РБ илимий лаборатория бўлим мудир, т.ф.д., к.и.х.
- Комилов Х.К. Тиббиёт ходимларини касбий малакасини ривожлантириш маркази офталмология кафедраси профессори

Ўқув услубий қўлланма Тиббиёт Ходимларини Касбий Малакасини Ривожлантириш Маркази Марказий Услубий Кенгашида кўриб чиқилди.

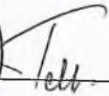
2023 йил «2»  № 9 Йўғилиш баённомаси

МТУК

  
М.С. Касимова

2023 йил «2»  № 14 Йўғилиш баённомаси

Олимлар Кенгаши

  
Гулямова М.К.

## АННОТАЦИЯ

Дерматовенерология амалиётида пўрсилдоқ яра касаллиги оғир клиник кечувчи аутоиммун касалликлардан бири ҳисобланиб, у билан фаол ёшдаги инсонлар кўпроқ оғрийди. Касалликни интенсив кўрсаткичи унча юқори эмас (100 минг аҳолига 0,5—3,2 ҳолат). Пўрсилдоқ яра касаллигини кечиши оғир бўлиб ўз вақтида, тўғри иммуносупрессив давони олмаган беморни ҳаётига таҳдид солиши мумкин.

Касалликни этиопатогенезини тўлиқ ўрганилмаганлиги, давонинг самараси на беморни, на шифокорни қониктирмаслиги, беморни ҳаёт сифатига салбий таъсир этади, инсон меҳнат қобилиятини пасайтиради, натижада пўрсилдоқ яра касаллиги ҳам тиббий, ҳам ижтимоий-иқтисодий муаммо эканлиги намоён бўлади.

Беморларни шифокорларга кеч мурожаат этишининг асосий сабаби, пўрсилдоқ яра касаллиги ташҳиси вақтида қўйилмаслиги. Чунки касаллик клиникасини турли ендош мутахассислари қаторида, баъзан дерматовенерологлар томонидан ҳам етарли даражада билмаслиги туфайли, беморлар касалликни эрта даврларида (оғиз шиллик қаватидан бошланганида) мақсадсиз турли соҳа (стоматолог, лор, аллерголог ва бошқалар) мутахассисларига мурожат қилади. Яна муаммолардан бири – баъзи шифокорлар тавсия қилинган систем глюкокортикостероид препаратларини қабул қилиниши ва дозалашни доимий назоратини олиб бормаслиги туфайли беморлар дори воситаларни доимий тўғри танланган дозада ичиб бормайдилар ва касаллик тез тез қайталанади (рецидив кузатилади).

Пўрсилдоқ ярани давосида йилдан-йилга янги маълумотлар билан бойиб бораёпти, шу жумаладан, замонавий препаратлар, даволаниш усуллари тиббиёт амалиётига тадбиқ этилмоқда.

Ўқув услубий қўлланмани тайёрлашдан мақсад пўрсилдоқ ярани клиник кечиши, клиник шакллари, янги даволаш усуллари билан шифокорларни таништиришдан иборат.



Пўрсилдоқ ярани этиопатогенези, клиникаси ва давосига бағишланган ўзбек тилида чоп этилган ўқув услубий қўлланмалар, методик тавсияномалар ва мақолалар санокли бўлиб, унда касалликни давоси замонавий маълумотлар билан тўлиқ ёритилмаган. Шу сабабли дерматовенерология соҳасида фаолият кўрсатаётган миллий мутахассислар учун пўрсилдоқ ярани клиник кечиши ва замонавий даволаш усуллари ёритилган ўқув услубий қўлланмага эҳтиёжлик сезилмоқда. Шу эҳтиёжни кондириш мақсадида ушбу қўлланма тайёрланди.

Ўқув услубий қўлланмада пўрсилдоқ яра давоси бўйича ҳозирги кунда амалиётда қўлланилаётган барча анъанавий ва замонавий маҳаллий, умумий даволаш усуллари, шунингдек, дориларни қўллаш схемалари, физиотерапевтик усуллар кенг ёритилган.

“Пўрсилдоқ яра: патогенези, диагностикаси ва давоси” ўқув услубий қўлланмасидан дерматовенеролог шифокорлар, стоматологлар, тиббиётни турли соҳаларида фаолият олиб бораётган ёндош соҳа мутахассислари, ҳамда тиббиёт институтларининг талабалари, клиник ординаторлар ҳам фойдаланиши мумкин.

Ўқув услубий қўлланма ҳақидаги ҳар қандай фикр ва мулоҳазаларни муаллифлар мамнуният билан қабул қилади ва уларга олдиндан чуқур миннатдорчилик билдиради.

Муаллифлар

## ПЎРСИЛДОҚ ЯРА (АКАНТОЛИТИК ПЕМФИГУС)

Пўрсилдоқ яра (син.: акантолитик пемфигус, пемфигус) тери ва шиллик қаватларнинг аутоиммун касаллиги бўлиб, унинг морфологик асосида акантолиз жараёни ётади яъни, аутоантитаналарни кератиноцитларга таъсири натижасида хужайралар орасидаги боғлиқлик бузилади.

Пўрсилдоқ яра барча ирқлар вакилларида, аксарият 50-60 ёшлар (ўртача ёш  $41,1 \pm 13,7$ ) орасида кузатилади. Пемфигус билан оғриган аёлларни эркакларга нисбати 1,6:1ни ташкил этади. Касаллик кўпинча ўрта ер денгизи атрофидаги мамлакатларида учрайди. Масалан, пўрсилдоқ яра касаллигини интенсив кўрсаткичи (100 минг аҳолига нисбатан) Исроилда-1,62, Францияда-0,17, Болгарияда -0,47, Грецияда -0,93 ва Финляндияда -0,08.

*Этиологияси ва патогенези.* Пўрсилдоқ яранинг келиб чиқишнинг тушунтирувчи бир неча назариялар (иммунологик, инфекция, вирус, эндокрин, невроген ва бошқалар) мавжуд.

Пемфигуснинг келиб чиқиши тўғрисидаги *иммун назария* аҳамиятга эга эканлиги исботланган бўлиб, бемор конида, пуфак суюқлигида ва зарарланган терида хужайралараро субстанциясига қарши антитаналар аниқланган. Пўрсилдоқ яранинг вужудга келишида аутоиммун ўзгаришлар патогенетик аҳамиятга эга бўлиб, иммунофлюоресценция йўли билан эпидермиснинг тикансимон қавати текширилганда IgG иммуноглобулинларнинг чўқиши аниқланган (Tsunoda K, Ota T, Saito M, Hata T. et al. 2011).

Касаллик IgG синфига мансуб аутоанталарнинг шаклланиши натижасида юзага келади. Шу билан бирга, баъзи олимлар IgG4 нинг юқори даражасини қайд этишса, бошқа олимлар эса, фақат IgG1 мавжудлигини кўрсатади. IgG4 ва IgG1лар микдорининг ошиши касалликнинг босқичларига боғлиқ. Масалан, касалликнинг фаол босқичида ушбу антитаналарнинг иккаласи ҳам бир хил даражада кўтарилади, лекин ремиссия даврида IgG1, IgG4 га нисбатан кам микдорда кузатилади (Pan M, Liu X, Zheng J. 2011).

Экспериментал изланишлар натижасида, бемордан олинган антитаналар янги туғилган сичқонларга юборилганда уларда акантолиз жараёни келиб

чикишини кузатганлар. Илмий тадқиқот давомида бемор зардобидан адсорбция усули билан антитаналар олиб ташлангандан кейин, ушбу зардоб сичконларга куйилганда, уларда акантолиз жараёни кузатилмаган. Бу далиллар аутоаналарни акантолиз жараёнида иштирок этишидан дарак беради (Самцов А.В., Белоусова И.Э. 2012).

Пўрсилдок ярали беморларнинг терисини иммунокимёвий текшириш натижасида вульгар пемфигусда молекуляр оғирлиги 150 – 170 кДа бўлган десмоглеин-3, кат-кат пемфигусда эса 150 – 160 кДа бўлган десмоглеин-1 аникланди. Ушбу десмоглеинлар трансмембранли гликопротеин бўлиб, хужайраларни бирлаштирувчи десмосомалар таркибига киради.

Баъзи олимлар пемфигус вирусли касалликлар гуруҳига мансуб деган фикрда. Пуфак ичидаги суюкликни оқ сичкон ва куёнга, шунингдек товуқ эмбрионига юборилса, уларда пуфак ҳосил бўлиши; қон зардоби ва пуфак суюқлигида вирусга ўхшаш заррачалар борлиги ва уларни касаллик юқтира олиш хусусияти электрон микроскопда аниқланган.

*Невроген* назария тарафдори бўлган П. В. Никольский касаллик асосида трофоневроз ётади деб тушунтиради. Бунда турли хил рухий ҳолатлар, эмоционал ҳаяжонланиш ва неврологик касалликлар ҳам пемфигус келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Беморнинг орқа мия ва бош мия, ҳамда орқа мия ганглиялари хужайраларида дегенератив ўзгаришлар бўлиши невроген концепция мавжудлигини яна бир бор тасдиқлайди (Арифов С.С. 2010).

Аксарият ҳолатларда беморларда оксил, углевод ва сув, шунингдек минераллар алмашинувининг бузилиши аниқлангани, пемфигуснинг вужудга келиши *моддалар алмашинуви* билан боғлиқ деган назариянинг яратилишига олиб келди. Дарҳақиқат беморлар сийдигида хлоридлар миқдори камайган бўлиб, улар организмда ушланиб қолади. Организмдаги минерал моддалар алмашинуви буйрак усти безининг пўстлоқ қаватида ишлаб чиқариладиган минералокортикоидлар томонидан назорат қилиниши фанда асосланган. Пемфигус билан оғриган беморларда минералокортикоидлар билан бир қаторда глюкокортикоидлар синтези ҳам бузилиб, улар жуда кам миқдорда ишлаб



чиқарилади. Шунинг учун бундай беморларни стероидли гормонлар билан даволаш яхши натижа беради (Арифов С.С. 2010).

*Генетик изланишлар* HLA –DR4 (DRB \* 1 0402, \* 0406) и DR14 (DRB1\* 1401, \*1405 аллелларини тез-тез аниқланиши турли этник гуруҳларда оддий пўрсилдик ярани эҳтимолни юқори эканлигини кўрсатади. Масалан, Туркия аҳолисида бир қатор антигенлар аниқланди: HLA -B35, B44, CW4, DR4, DR14, DQ4 и DQ8. Японларда эса HLA 15 аллеллари, шу жумладан B\*1507 аллели бор. Адабиётлардаги кузатишларга кўра, вольгар пемфигус она ва қизда, ака ва сингилда, амакиваччаларда ҳам кузатилган. Пемфигус кўпинча ҳомиладорлик даврида ҳам кузатилиб, бу давр тугагач, касаллик қайта кузатилмаган. Пемфигусда эндокрин безлар фаолиятининг бузилиш ҳоллари ҳам қайд қилинган (Самцов А.В., Белоусова И.Э. 2012).

Терида акантолиз юзага келишида протеолитик ферментларнинг аҳамияти жуда катта. Пемфигус ва бошқа пуфакли касаллик билан оғриган беморларнинг қон зардоби юқори протеолитик ва фибринолитик фаолликка эга бўлиб, теридаги протеолитик ферментлар фаоллигининг ошиши натижасида эпидермисда акантолиз жараёнини юзага келтириши мумкинлиги кузатилди.

*Клиникаси.* Пўрсилдок ярани қуйидаги шакллари тафовут қилинади: оддий (вольгар) пўрсилдок яра (L10.0), вегетацияли пўрсилдок яра (L10.1), қат-қат (эксфолиатив) пўрсилдок яра (L10.2), Бразилияли пўрсилдок яра (L10.3), эритематоз пўрсилдок яра (қазғокли, себореяли, Сенир — Ашер пемфигуси) (L10.4), герпетиформ пўрсилдок яра, дорн-дармонлар таъсирида келиб чиққан пўрсилдок яра (L10.5), пўрсилдок ярани бошқа турлари (L10.8): паранеопластик яра, IgA га боғлиқ пўрсилдок яра, субкорнеал пустулез, интерэпидермал нейтрофил дерматоз (Самцов А.В., Белоусова И.Э. 2012).

*Вольгар* ёки оддий пемфигус (*pemphigus vulgaris*) кўпроқ амалиётда учрайди. Касаллик кўпинча оғиз ва томоқ шиллик қаватида, шунингдек терида пуфак пайдо бўлиши билан бошланади. А. Д. Шеклаковнинг маълумотларига қараганда пемфигуснинг 67,5 % да оғиз шиллик қаватида тошмаларни тошиши билан бошланади. Шиллик қаватлардан кўпинча оғиз бўшлиғи зарарланади.

Бунда лунж, танглай милкларнинг шиллик каватларида юпка пўстлоқли пуфаклар пайдо бўлади (1-расм ва 2 расм). Овқатланиш чоғида ёки тишлар таъсирида сирти юпка пуфаклар тез ёрилиб эрозияларга айланади. Эрозиялар атрофида шиллик кават эпителийсининг қолдиқларини кузатиш мумкин. Шу билан бирга, баъзан, ҳалқум, трахея, жинсий аъзоларнинг шиллик каватлари ҳам шикастланади. Тахминан 3–6 ойдан сўнг беморнинг соғлом терисида тўсатдан, ўзгармаган терида бир камерали пуфакли тошмалар тошади (3-расм). Пуфаклар мошдек, нўхотдек ва ундан каттароқ бўлиши мумкин. Пуфак теридан кўтарилиб туради, ичига сероз, рангсиз ёки сарғимтир суюқлик тўпланади. Пуфаклар сирти аввалига таранг бўлиб, кейин аста-секин шалпайиб қолади (фликтенали пуфак). Пуфаклар қопқоғи юпка бўлганлиги сабабли тез орада улар ёрилиб, шакли думалоқ, четлари, соғлом теридан, кескин ажралиб турадиган эрозиялар пайдо бўлади. Эрозиялар усти нам бўлади ёки пилчираб туради. Улар бир бири билан қўшилиб, тананинг катта соҳаларини эгаллайди (4-расм).

Кейинчалик шилинган тери ўрни битиб, пуфаклар ўрнида иккиламчи гиперпигмент доғлар пайдо бўлади. Баъзан пуфак ёрилмай, унинг ичидаги сероз суюқлик сўрила бошлайди, натижада пуфакнинг қобиғи бўшаб, юпка пўстлоққа айланади ва тушиб кетади. Касалликни бемор ҳаёти учун хавфли ёки хавфсиз хиллари фарқ қилинади.

Касалликнинг *ҳавфли турида* беморнинг дармони қуриydi, септик иситма кузатилади, иккиламчи инфекция қўшилиши натижасида беморнинг аҳволи оғирлашади, организмда хлорид, натрий ушланиб қолади, оқсил миқдори эса кескин камайиб кетади.

Касалликнинг *ҳавфсиз турида* беморнинг умумий аҳволи деярли ўзгармайди, тошма тошган соҳаларда оғриқ кузатилади; яралар оғиз бўшлиғи, лаб ва жинсий аъзоларда бўлса, касаллик кучли оғриқ билан кечади.

Касалликнинг морфологик асосини «акантолиз» ташкил қилади ва клиник жиҳатдан у Никольский симптоми (феномени) билан ифодаланади. Никольский симптоми уч турда бўлади: 1) пуфак қолдиғи пинцет билан тортилса, у дарров

узрилиб кетмайди, аксинча атрофдаги соғ тери билан шилиниб чиқади (5-расм); 2) пуфак ёки эрозиялар оралиғидаги кўриниш «соғ» тери ишқаланса, эпидермиснинг юқори қаватлари оз бўлсада шилинади; 3) пуфак ва эрозиялардан узоқроқ бўлган «соғ» тери ишқаланса у ерда ҳам эпидермиснинг шилиниши кузатилади.

Агар пуфак бироз бармоқ билан босилса, у ситилиб кетмайди, аксинча пуфак ичидаги суюқлик атрофдаги тери орасига тарқалиб кетади, бу ҳолат Асбо-Ганзен симптоми деб аталади.

Касалликка «нок» симптоми ҳам хос бўлиб, уни Д. Н. Шеклаков (1961) изоҳлаган, бунда пуфакларнинг катталиги ва шакли худди, нокни эслатади. Никольский симптоми диагностика аҳамиятга эга бўлиши билан бирга у айнан пемфигус учун хос эмас, чунки бу симптом бошқа пуфакли (туғма буллез эпидермолиз, Лайелл синдроми, Риттер касаллиги) дерматозларда ҳам кузатилади. Никольский симптоми пемфигуснинг зўрайиш даврида мусбат бўлиб, қолган даврларда эса манфий бўлади. Бу касалликда пуфакдан суртма олиш усули билан акантолитик хужайралар ёки бошқача қилиб айтганда, Тцанк хужайраси аниқланади (Арифов С.С. 2010).

*Кеч и ш и.* Пемфигус вақти-вақти билан авж олиши мумкин, буни олдини олиш мақсадида кортикостероидлардан фойдаланилади.

*Вегетацияли* пемфигусни (pemphigus vegetans) клиник кечиши бўйича иккита шакли мавжуд: классик (Нейман) ва хавфсиз (Галлопо). Нейман шакли, оддий пемфигусга жудаям ўхшайди ва у бирдан шалпайган пуфаклар пайдо бўлиши билан намоён бўлади. Пуфакларни ёрилиб, ёрқин кизил рангли, думалок ёки овал шаклдаги эрозиялар кўзга ташланади ва улар периферик ўсишга мойил бўлади. Тошмалар, асосан, табиий тешиқлар атрофида ва бурмаларда (киндик, кўлтиқ ости, думбалар ораси, чов-сон, кўкрак безлари ости, кулоқ супраси орқасига) тошади (6-расм). Тахминан 5-6 кун ўтиб, эрозиялар сатҳида 6-8 мм келадиган майда ёрқин-кизил рангли, гипертрофик грануляциялар (вегетациялар) пайдо бўлади ва уларни сатҳи қўланса хидли ажралма билан қопланади. Аста-секин вегетатив эрозияларни сони ва ҳажми ортиб боради.

Никольский белгиси аксарият беморларда мусбат бўлади. Галлопонинг хавфсиз кечувчи вегетацияли пемфигусида патологик ўчоқлар асосан терини интертригиноз сохалари ва оғиз шиллик қаватида кузатилади. Касалликни бу шакли хавфсиз кечади ва доимо пустулез ва фолликуляр тошмалар билан ифодаланади. Улар бир-бири билан қўшилиб, вегетацияли инфильтратив пиллакчаларни (7-расм) ҳосил қилади (Самцов А.В., Белоусова И.Э. 2012).

*К а т - қ а т* (эксфолиатив) п е м ф и г у с (*pemphigus foliaceus*) катта ёшдаги кишилар ва ёш болаларда кўпроқ учрайди. Касаллик кўриниши жиҳатидан деярли ўзгармаган терида шалпайган пуфаклар ҳосил бўлиши билан бошланади. Пуфакларнинг пўсти жуда юпка ва нозик, ичидаги суюклик кўп бўлади, улар тери сатҳидан бирозгина кўтарилиб туради; пуфаклар тезда ёрилиб, эрозияга айланади ва усти тангачалар билан қопланади. Шилинган жойлар атрофида эпидермис осилиб қолади. Суюклик тагидаги эпидермис кўтарилиб, яна янги пуфакча ҳосил қилади. У ҳам ёрилиб яна шилинади, бу жараён шу аснода узок вақт давом этади. Кўчиб чиқаётган эпидермис бир-бири билан ёпишиб, қалин қават-қават пўстлоққа айланади (“қатлама” ёки “маккажўхори доналари” белгилари). Никольский симптоми мусбат (илк бор бу симптом 1896 йилда пемфигуснинг қат-қат турида аниқланган) бўлади. Дерматоз сурункали кечади, вақти-вақти билан ўз-ўзидан тузалади. Касаллик зўрайганда янги ўчоқлар ҳосил бўлади ва танага тарқаласа, эритродермияни кўринишида кечади. Одатда бу турдаги касалликда оғиз бўшлиғида пуфак ҳосил бўлмайди. Лекин танада жуда кўплаб пуфакли тошмалар тошади, улар бир-бири билан қўшилиб, худди куйган териға ўхшаб шилиниб тушади. Касаллик 3–5 йил ва ундан ҳам узокроқ давом этиши мумкин. Беморнинг ҳолати ўзгариб туради: ҳарорат кўтарилади, организмда сув ва туз алмашинуви бузилади. Бемор мадорсизланиб, озиб кетади, иккиламчи инфекция қўшилиши натижасида беморнинг аҳволи оғирлашиши мумкин (Арифов С.С. 2010).

*К а з з о қ л и* (себореяли, эритематоз, Синер-Ашер пемфигуси) пемфигус (*pemphigus seborrhoeicus, seu erythematousus*). Олимларнинг фикрича қазғоқли пемфигус, вульгар ёки қат-қат турларига ўтиши мумкин. Дерматоз кўпинча

хавфсиз кечади. Касаллик асосан юз териси ёки бошнинг сочли қисмидан бошланади. Баъзан эса гавданнинг кўкрак ва бел қисмларидан бошланиши ҳам кузатишган. Пўстлоқлар кизарган терида жойлашиб, ташки кўринишидан эритематозни эслатади, улар тушиб кетганидан кейин ўрнида пилчираган эрозияли ўчоқлар ҳосил бўлади, улардан акантолитик хужайраларни топиш жудаям осон кечади. Пуфаклар ҳосил бўлиши кўпинча кузатилмай қолганлиги сабабли, касалликнинг биринчи клиник белгиси пўстлоқлар пайдо бўлиши билан бошланади деб англаш мумкин. Тананнинг бошқа себореяли соҳаларида пуфаклар пайдо бўлади ва улар аста-секин пўстлоқлар билан қопланади (8-расм). Шиллик қаватларда тошмалар кам учрайди, улар асосан касаллик жуда оғир кечганида кузатилади (Арифов С.С. 2008 ).

Кейинги йилларда пемфигусни атипик клиник кечиши тез-тез кузатишмоқда. *Герпетиформ пемфигус* бунга мисол бўла олади. Касалликни бу турини биринчи бўлиб польшаллик олим S. Jablonskaya (1985) таърифлаган. Бунда тошмалар герпетиформ дерматит (яллиғланган терида тўп-тўп, сирти таранг пуфаклар пайдо бўлади, кичишиш) белгиларига ўхшаш бўлади, лекин кейинчалик тошмалар вульгар пемфигус клиникасининг кўринишини олади. Гистологик текширишда – эпидермис ичида пуфакларни ва хужайралар орасида жойлашган JgG ни аниқлаш мумкин (Venugopal S.S., Murrell D.F. 2012).

*Паранеопластик пемфигус* беморлар организмида кечаётган неоплазия ёки кимётерапия фонида пайдо бўлади. Бундай паранеопластик пемфигусни келиб чиқиш сабаби иммун системасини назорати бузилиши ва ўзига ҳос махсус антитаналар пайдо бўлиши билан тушунтирилади. Паранеопластик пемфигусни клиник кўриниши оддий пўрсилдоқ ярани клиникаси билан жуда кўп ўхшашликларга эга. Бунда тери ва шиллик пардаларнинг шикастланиши билан бирга терининг кичиши қайд этилади, клиник белгилари эса, кўп шакли экссудатив эритема, буллёз пемфигоид ёки Лайелл синдромига ўхшайди. Оддий ва паранеопластик пемфигусларда теридаги гистологик ўзгаришларнинг умумий хусусиятларини мавжудлиги аниқланган.



*Бразилия пўрсилдоқ яраси* эпидемик касаллик ҳисобланади ва Бразилиянинг жануби-шарқий қисмида ёки қўшни мамлакатларда учрайди. Касаллик юз ва кўкрак, бош териси, кейин эса тана, оёқ-қўлларда пуфакчалар пайдо бўлиши билан кечади ва у эксфолиатив эритродерманинг клиник манзарасига ўхшайди.

Юқорида тавсифланган пемфигуснинг бошқа шаклларидан фарқли ўлароқ, Бразилия пемфигусида онихолиз, онихорексис, гиперкератоз, айниқса қафт ва товонларда, бурмаларда вегетация, бўғимларнинг анкилози, остеопароз, суякларни патологик синиши, эндокрин безларнинг дисфункцияси (кўкрак безлари, мойялар атрофияси) кузатилади. Пемфигус учун бу ноодатий аломатлар маҳаллий шароит ва тропик иқлим билан боғлиқ деб изоҳланади.

*Дори-дармонлар таъсирида келиб чиққан пемфигус.* Теридаги тошмалар бошқа йўлдош касалликлар бўйича дори-дармон қабул қилаётган беморларда ривожланади. Дорилар таъсирида пўрсилдоқ ярани пайдо бўлиши икки механизмлар билан тушунтирилади: Биринчиси, аутоиммун механизм бўлиб, бунда дори воситаси кератиноцитлар сатҳига таъсир этиб, уни молекуласини ўзгартиради, натижада аутоантиген хусусиятига эга кератиноцитларга нисбатан антиганалар ишлаб чиқарилади. Иккинчиси аутоиммун бўлмаган механизм бўлиб, қабул қилинган дори воситаси хужайралараро десмосомаларни парчалайди, яъни сульфидрил гуруҳга хос препаратлар Dsg-1 и 3 десмоглеинлар таркибидаги сульфидрил гуруҳларга таъсир этади ва натижада уларни адгезив вазифаси ишламай қолади. Шуниси диққатга сазоворки дори воситалари бекор қилингандан кейин касаллик ўз-ўзидан тузала бошлайди. Дорилар таъсирида пайдо бўлган пўрсилдоқ ярани клиникаси оддий ва қазғоқли пемфигусларни клиникасига жуда ўхшайди (Теплюк Н.П., Дороженко И.Ю., Картанова Д.Г. 2017).

Пўрсилдоқ ярада тирноқларни шикастланиши тез-тез кузатилади ва уларни зараланишини оғирлик даражаси касалликни оғир кечишига боғлиқ (Engineer L, Norton LA, Ahmed AR. 2000).

*Гистопатологияси.* Пемфигусда одатда эпидермисда акантолиз, тикансимон каватда пуфаклар ҳосил бўлиши кузатилади. Қат-кат пемфигусда пуфаклар жуда аниқ ва равшан кўринади, ҳатто уларни кўриниши жиҳатидан «соғлом» бўлган эпидермисда ҳам учратиш мумкин. Шу сабабли қат-кат пемфигусда Никольский симптомининг уч турини кузатиш қийин эмас. Лекин пемфигуснинг бошқа турларида Никольский феномени касаллик ўчоғи ёки ундан унча узоқ бўлмаган терида мусбат бўлади. Пуфаклар ичидаги суюқликда нейтрофил, эозинофил, лимфоцит ва гистиоцитлар борлигини аниқлаш мумкин. Тикансимон кават хужайраларида дегенерация жараёни кузатилади. Хужайралар шишиб, гиперхром тусга кирди ва чегараси аниқ гомоген протоплазма билан ўралиб олади. Хужайра ядроси думалок, йирик, қорамтир ва 2–3 йирик ядрочадан иборат, бу хужайраларнинг ўлчами тикансимон каватнинг нормал хужайраларидан анча кичик, хужайра цитоплазмасининг ядро атрофи оч зангори, перифериялари эса тўқ кўк ранга эга. Юқорида келтирилган хужайра Тцанк хужайраси деб аталади ва у пемфигусни бошқа пуфакчали дерматозлардан фарқлашда катта аҳамиятга эга. Акантолитик хужайралар эрозиялар устидан (оддий резина ўчирғичи билан эрозия юзаси босилади ва буюм ойнасига босиб суртма тайёрланади) олиб текширилади. Романовский-Гимза усули билан бўялган суртмада акантолитик хужайралар нормал хужайраларга нисбатан кичик бўлади ва у цитоплазмани тўлдириб турган тўқ сиёх ёки кўк-сиёх рангли катта ядрога эга. Ядро оч сиёх рангли иккита ядрочага эга. Хужайра цитоплазмаси базофил, ядро атрофи оч хаворанг, периферик қисми эса тўқ хаворангда бўлади.

Тўғридан-тўғри иммунофлюоресценцияли рекцияси усули ўтказилганда, эпидермис бўйлаб кератиноцитлар сатҳида жойлашган IgG аниқланади.

Иммунофермент анализ усули ёрдамида ДСГ 3 ёки ДСГ3 ва ДСГ1 га қарши IgG-антитаналари аниқланади. Иммуноблотинг усулида 130 kDa ёки или 130 kDa и 160 kDa протеинларга қарши IgG-антитаналари топилади. Кейинги йилларда пемфаксин и а9-ацетилхолин рецептори деб номланган 2та янги ва ҳали кам ўрганилган антигенлар аниқланган (Рогго А.М., Секе С.А., Ferreira М.М. 2019).

*Дифференциал таъхис.* Пўрсилдоқ ярани Дюрингни герпетиформ дерматити, буллез пемфигоид, кўп шаклли экссудатив эритема, токсикодермияни буллез шакллари, туғма буллез эпидермолиз, сурункали хавфсиз оилавий пемфигус (Хейли – Хейли касаллиги), чандикланувчи пемфигоид, чизикли IgA\IgG буллез дерматози ва бошқа пуфакли касалликлардан фарқлаш керак (Федерал клиник тавсиялар 2015).

*Диагнози.* Касаллик белгилари аниқ намоён бўлганида унга диагноз қўйиш кийин эмас. Вульгар пемфигус диагностикасида пуфакчаларнинг оғиз бўшлиғига тошиши, кўриниши ўзгармаган «соғ» терида мономорф тошмалар бўлиши, касалликнинг аста-секин зўрайиб бориши, Никольский симптомининг мусбатлиги ва бемор аҳволининг оғирлашиб боришини ҳисобга олиш зарур. Зарарланган терида акантолик хужайраларни, тикансимон қаватда эса, IgG ни иммунофлюорисценция усули билан аниқлаш, қўйилган диагнозни тасдиқлайди.

*Давоси.* Пўрсилдоқ ярани даволашдан мақсад янги пуфаклар ҳосил бўлишини тўхтатиш, шунингдек эрозия ва яраларни эпителизациясини кучайтиришдан иборатдир. Эффе́ктив даволаш натижасида патоген антитаналар синтезини тўхтатиши кузатилади. Пемфигусни даволашда систем ва маҳаллий даво бирга олиб борилиши зарур. Ҳозирги кунда пўрсилдоқ ярани систем даволашда қуйидаги дори воситалари қўлланилади (Amagai M, Tanikawa A, Shimizu T, Hashimoto T, Ikeda S, et al. 2014):

1. Систем глюкокортикостероидлар (давони асосини ташкил этади)
2. Азотиоприн
3. Микофенолат мофетил
4. Циклофосфамид

Клиник тажриба шуни кўрсатдики, систем глюкокортикостероидларни антиметаболитлар, яъни азотиоприн ёки микофенолат мофетил билан бирга даволаш, даво самарадорлигини янада оширади.

Ҳозирги кунда пўрсилдоқ ярани даволашда кортикостероидлар асосий дори ҳисобланади. Систем глюкокортикостероид (СГКС) препаратларни бир неча хусусиятлари бор. СГКС кучли яллиғланишга қарши, гипосенсибилизацияловчи,

пролиферацияга қарши, иммуносупрессив, вазоконстрикторлик, қичишишга қарши таъсир этишга эга (Арифов С.С., Ганиева Ш.Т. 2019).

Пўрсилдоқ ярани даволашда преднизолон, дексаметазон, метипред, триамциналон, бетаметазон ва бошқа глюкокортикостеронид воситалари қўлланилади. Лекин амалиётда пўрсилдоқ ярани систем даволашда асосан преднизолон препаратни тавсия этилади. Шунинг таъкидлаш керак-ки, пўрсилдоқ ярани даволашда систем глюкокортикостеронидларни қўллашда қарши кўрсатмалар йўқ.

Тавсия қилинаётган систем ГКСнинг миқдори (доза) касалликнинг оғирлиги, тарқалганлиги ва беморнинг вазнига, умумий аҳволига боғлиқ. Баъзан уларни беморга тавсия этиш ва миқдорини аниқлаш врачлар келишуви (консилиум)дан сўнг белгиланади.

Пемфигусни давосида СГКСни юқори дозадан бошлаш бериш мақсадга мувофиқдир. Бунда тошмалар тез регрессга учраб, беморни аҳволи тез энгиллашади ва давони давомийлиги қисқаради.

Глюкокортикостеронид гормонларини тавсия этаётганда уларнинг суткалик миқдорини тўғри ҳисоблаш лозим. ГКСнинг кундалик ичиш схемаси буйрак усти беши гормонларини суткалик секрецияси ритмига қараб белгиланади. Дерматоз энгилроқ кечганида стеронид гормонлар беморнинг ҳар кг вазнига 1 мг дан, лекин оғирроқ ҳолларда 2 мг/кг миқдорида буюрилади. Шунинг учун суткалик дори миқдорининг 2/3 қисми эрталабки нонуштадан сўнг (масалан, 7.00), қолган 1/3 миқдорини тушликдан сўнг (масалан, соат 10.00 – 11.00 ва 13.00 – 14.00) ичиш ёки парентерал юбориш белгиланади (Mutasim D. 2004).

Даволаниш даврида преднизолон препаратини қабул қилиш имкони бўлмаса, у бошқа ГКС препаратларига алмаштирилади. Бунда 1 та преднизолон таблеткаси 1-1,5 таблетка дексаметазонга алмаштирилади. Энг биринчи алмаштириш тартиби бемор тушлик вақтида қабул қилаётган преднизолондан бошланади. Масалан, соат 13.00 да 4 таблетка қабул қилаётган преднизолоннинг 1таси дексаметазонга алмаштирилади ва натижада бемор 3 та таблетка преднизолон ва 1 та таблетка дексаметазон қабул қилади. Беморнинг аҳволи

яхшиланиши давом этса, бир ёки икки кун ўтиб, клиник ҳолатга қараб, преднизолоннинг яна бир таблеткаси ҳам дексаметазонга алмаштирилади ва бемор 2 та таблетка преднизолон ва 2 та таблетка дексаметазон қабул қилади. Кейинчалик шу тарика бемор 1 та таблетка преднизолон ва 3 та таблетка дексаметазон, кейин эса 4 та таблетка дексаметазон қабул қилади. Шу схема бўйича соат 10.00 – 11.00 ва 7.00 – 8.00 да ичиладиган преднизолон таблеткалари ҳам дексаметазон таблеткасига алмаштирилади (Арифов С.С., Ганиева Ш.Т. 2019).

Даволаш даврида преднизолон таблеткасини бошқа ГКС таблеткаларига алмаштиришнинг имкони бўлмаса, у ҳолда преднизолон таблеткаси инъекцион шаклга алмаштирилади. Преднизолон мушак орасига қабул қилинса, унинг миқдори тахминан 1,5 баробар, вена ичига қабул қилинса, 2 баробарга кўпайтирилади. Масалан, 60 мг преднизолон таблеткаси 120 мг дозада мушак орасига ёки 150 мг дозада вена ичига юборилади. Инъекция шаклида қабул қилаётган беморларда ГКСнинг кундалик миқдорини пасайтиришда, уни аввал таблетка шаклига айлантириш мақсадга мувофиқ (Самцов В.И., Клибсон С.К., Подвисоцкая И.И. и соат. 1988).

Қуйида пўрсилдоқ ярани даволашда систем ГКС препаратларини босқича-босқич қўллаш схемаси келтирилган (1 -расм).



1-расм. Систем ГКС препаратини пўрсилдоқ ярада қўллаш схемаси.

Кўрсатилган схемага мувофиқ касалликни оғирлигига қараб систем ГКСни кунликдалик миқдорини  $\frac{2}{3}$  қисми эрталаб нонуштадан сўнг (масалан,





1-расм.  
Танглай ва лунж шиллиқ  
қаватини шикастланиши



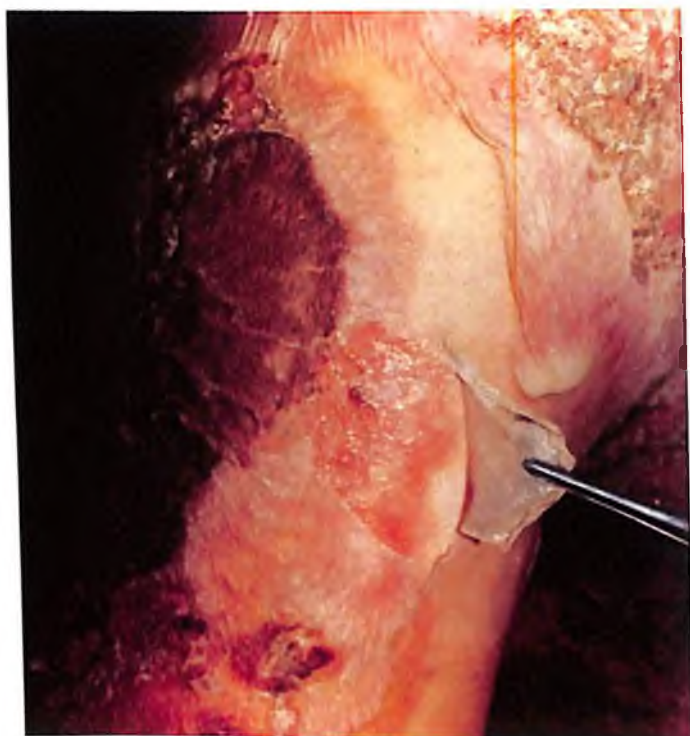
2-расм.  
Милк шиллиқ қаватини шикастланиши



3-расм.  
Терида пуфакларни клиник кўриниши



4-расм.  
Думба терисида жойлашган эрозиялар



5-расм.  
Ўчоқдаги Никольский синамаси



6-расм.  
Веgetацияли пемфигусни  
классик (Неyman) шакли



7-расм.  
Веgetацияли пемфигусни  
хавфсиз (Галлопо) шакли



8-расм.  
Қазғокли (себореяли) пемфигус

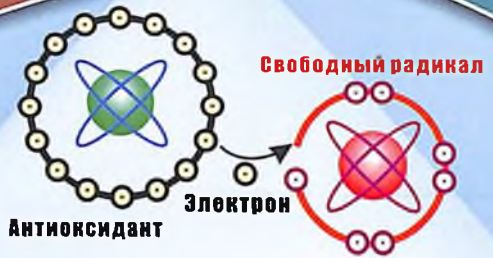


# Неомарин®

ТИКЛАНГАН ГЛУТАТИОН  
600 мг; 1200 мг



- АНТИОКСИДАНТ
- ДЕТОКСИКАНТ
- ГЕПАТОПРОТЕКТОР



**Қўлланилиши. Ёрдамчи даволаш:**

– Жигар касалликлари, шу жумладан жигарнинг вирусли касалликлари (А гепатити, В гепатити, С гепатити ва бошқалар каби); жигарнинг алкоголь чақирган касалликлари (токсик жигар, жигарнинг алкогольли фибрози, жигарнинг алкогольли циррози, ўткир алкогольли гепатити) ва жигарнинг бошқа касалликлари.

– Химиотерапия (шу жумладан цисплатин, циклофосфамид, адриамицин, рубидомицин ва блеомицин, айниқса юқори дозаларда) ва нур билан даволашда.

– Бошқа касалликлар: дорили интоксикация (онкологиядаги химиотерапевтик препаратлар, нейроспихотроп препаратлар, антидепрессантлар, парацетамол ва бошқалар); гипоксемия (ўткир анемия, катталарда нафас етишмовчилиги синдроми, септицемия ва бошқалар); фосфорорганик бирикмалар, амина- ва нитробирикмалар билан захарланишларда детоксикацияда қўлланади.

**Ноҳўя таъсирлари:** Юқори дозалар узоқ вақт қўлланилганда аллергик реакциялар (масалан тери тошмаси), айрим ҳолларда – диспепсик кўринишлар (иштахани йўқолиши, кўнгил айнаши, қусиш ва гастралгия) кузатилаган. Юбориш жойида ўртача оғриқ пайдо бўлиши мумкин.

**Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар:** Тикланган glutатионга юқори сезувчанлиги бўлган пациентларда препаратни қўллаш мумкин эмас. **Ҳомиладорлик ва лактация даврида қўлланиши:** Таъсия этилган дозаларда курсатмалар бўйича қўлланилганда ноҳўя таъсири аниқланмаган.

**Педиатрияда қўлланиши:** Препарат анги тутилган чақалоқларда, чала тутилган чақалоқларда, айниқса мушак ичига юборилганда алоҳида эҳтиёткорлик билан қўлланилсин.

**Гериатрияда қўлланиши:** Кекса пациентларда дозани тегишли пайсайтириш ва даволаш вақтида қатъий назорат талаб этилади. Автомобилни ва муражаб механизмлари бошқариш қобилиятига таъсири: Автотранспортни хайдаш ва механизмларни бошқариш қобилиятига препаратнинг таъсири бўйича таъқиқотлар ўтказилмаган.

Дориларнинг ўзаро таъсири: Препарат ва бошқа дори воситалари билан ўзаро таъсири тўлиқ ўрганилмаган. Препаратни В12 ва К3 витаминлари, кальций пантотенат, менадион, оратат кислотаси, антигистаминлар, сульфаниламид препаратлар ёки тетрациклинни бирга қўллаш мумкин эмас.

**Чиқарилиш шакли:** 600 мг ёки 1200 мг инъекция учун стерил лиофилизация қилинган кукун нейтрал шиша флаконларда. 1 флакондан тиббиётда қўлланилишига доир йўриқнома билан бирга индивидуал ўрамларда.

**Сақлаш шароити:** Қуруқ ва ёруғликдан ҳимояланган жойда, 0 - 25°C ҳароратда сақлансин.

Болалар ололмайдиган жойда сақлансин.

**Яроқлилик муддати:** 24 ой. Яроқлилик муддати ўтган қўлланилмасин.

Дорихоналардан бериш тартиби: Рецeпт бўйича.

Ишлаб чиқарувчи: Yaopharma Co., Ltd., XHP No.66, Jingdongfang Avenue, Beibei District, Chongqing.

Ўзбекистон Республикаси ҳудудида дори воситаларини сифати бўйича эътирозларни (таклифлар) ни

қабул қилувчи ташкилот номи ва манзили: "MU LIN SEN" МЧЖ

Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш., Учувчилар шаҳарчаси мавзеси, 132 уй.



соат 6.00-7.00) таблетка шаклида қабул қилади (1) ва қолган ½ миқдори эса ва тушликдан сўнг ичилади (соат 13.00-14.00). СГКСни кунли миқдори юкори бўлса, у ҳолда унинг бир қисмини парентерал йўл билан бемор организмга юборилади (Арифов С.С., Ганиева Ш.Т. 2019).

Систем ГКСни қабул қилиш даврида (2) уларни моддалар алмашинувиغا салбий таъсирини ҳисобга олиб, беморларга калий (калий оратад, панангин, аспаркам) ва кальций тузлари (кальций глюконат, пантотенат кальций), анаболик стероидлар (ретоболил, феноболил), витаминлар (асосан витамин С, А, В гуруҳи) ҳамда витаминга бой бўлган мева ва сабзавотлар тавсия этилади.

Беморнинг умумий аҳволи яхшиланса, танада янги пуфақлар тошмаса Никольский синамаси манфий бўлса, эрозияларнинг эпителизацияланиши бошланса, лаборатор текширувда Тцанк-акантолитик хужайралари топилмаса ёки кўриш майдонида улар баъзан якка-якка кузатилса - бу СГКС миқдорини пасайтиришига сигнал (3) бўлиб ҳисобланади. Бунда СГКСни кунлик дозаси касаллик клиникасидан келиб чиққан ҳолда ҳафтасига 1 марта, 2,5 мг ёки 5 мг дан пасайтирилади. Миқдорни биринчи маротаба тушурганда, жараён кучайиб, янги тошмалар тошшини олдини олиш мақсадида аста-секинлик билан – умумий миқдорни 2,5 мгдан пасайтирган маққул (Арифов С.С., Ганиева Ш.Т. 2019).

Кейинчалик касаллик клиник манзараси яхшиланган сари ГКС миқдор пасайтириб борилади ва ушлаб турувчи (4), яъни уни узоқ вақт давомида қабул қилинувчи доза танлаб олинади. Ушлаб турувчи доза – кунига 1-2 таблетка преднизолонни ташкил этади. Бир неча ой, баъзан йиллар ўтиб (янги тошмаларни тошмаслиги, умумий аҳволни яхши бўлиши, барча лаборатор таҳлилларни ижобийлиги, конда антитаналар титрини мавжуд эмаслиги ва бошқалар) систем ГКСни қабул қилиш аста-секинлик билан бекор қилинади (5)

Шуни таъкидлаш лозимки, пўрсилдоқ ярани даволашда систем глюкокортикостероид билан даволашда уни дозаси бундай бўлиши керак, мана мунча ой ёки кун ва ичиши керак, шунча кун ўтиб гормонни миқдор туширилади ёки бекор қилинади деган тавсияларни ўрни йўқ. СГКСлар билан



боғлиқ бўлган барча масалалар (миқдорини танлаш, пасайтириш, бекор қилиш) касалликни клиник манзараси ва кечишига боғлиқ, ҳар бир бемор учун индивидуал равишда танлаб олинади. СГКС билан бир вақтда имундепрессив препаратларини қўллаш гормонларни салбий оқибатини пасайтиради ва давони самарадорлигини оширади (Арифов С.С., Ганиева Ш.Т. 2019).

*Азотиопринни* кундалик миқдори 100–200 мг ни ташкил этади ва перорал йўл билан қабул қилинади. Уни салбий томонлари кам ва беморлар томонидан яхши қабул қилинади. Азотиоприн СГКС препаратларини қабул қилган сўнг яна 3 ой давомида қўлланиши мумкин ва у оғиз шиллик қавати шикастланган ҳолларда яхши ёрдам беради. Азотиоприн СГКС билан бир неча курс тариқасида олиб борилади:

1-курсда – максимал юқори дозали қабул қилинаётган систем ГКСни пасатириш вақтида азотиоприн сутксига 150 мг дан 1,5 ой давомида буюрилади.

2 - курс – кунига 40-50 мг СГКС қабул қилишни бошлаган беморларга азотиоприн 150 мгдан берилади.

3 – курс – 20 мг СГКС қабул қилишни бошлаган вақтдан азотиопринни миқдори 50 мг ни ташкил этади.

4 - курс – ушлаб турувчи миқдорни қабул қилаётган беморларга азотиоприн кунига 50 мгдан 2 маҳал буюрилади (Федеральные клинические рекомендации. 2015, Aberer W., Wolff-Schreiner E. C. Stingl G., Wolff K. 1987).

*Циклоспорин* вуйгар пемфигусни даволашда беморга 5 мг/кг ҳисобида буюрилади ва умумий миқдор кунига 2 мартаба қабул қилинади. Клиник самара кузатилган сўнг уни миқдори минимал ушлаб турувчи дозагача камайтирилади. Препаратни қабул қилган даврда қон ва сийдикдаги креатинин миқдорини назорат қилиш зарур (Федеральные клинические рекомендации. 2015, Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. 2016).

*Метотрексат*, кўп олимлар фикрига кўра ёрдамчи восита сифатида қўлланилади ва у пемфигусни давосида ишлатиладиган бошқа дориларга нисбатан самарадорлиги паст. Метотрексат ҳафтасига 1 мартаба 20 мг дан

муқкул орасига юборилади ва давони давомийлиги индивидуал равишда аниқланади (Smith T., Bystry J. 1999).

*Микофенолат мофетил* препаратлари пемфигусни давосида эффектив дорилар қаторига қиради, лекин уни салбий оқибатлари ушбу дори воситасини қўллашни чеклаб қўяди. Уни суткалик миқдори 40 мг/кг/кунни ташкил этади. Муаллифлар томонида преднизолонни метотрексат, азотиоприн ва циклофосфамид билан турли комбинацияда қўллаш тавсия этилган. Масалан, (Nousari C., Brodsky R., Anhalt G. 2003) вольгар пўрсилдоқ ярани даволашда қўйидаги алгоритмни тавсия этади: давони преднизолонни 1мг/кг/кун (максимум кунига 80мг) миқдорида азотиоприн (4 мг/кг/кун) ёки микофенолат (40мг/кг/кун, кунига максимум 3г/кун) билан бирга олиб бориш. Даводан наф бўлмаса циклофосфамид (50 мг/кг/кун) тавсия этади.

Пемфигусни давосида *плазмаферез усулини* фойдаси катта. У бемор организмдаги айланиб юрувчи антитаналарни (IgG), иммун комплексларни чиқариб ташлаш учун қўлланилади. Плазмаферез хафтасига 3 марта ўтказилади ва ҳаммаси бўлиб 6-12 муолажа қилинади (Nagasaka T., Fujii Y., Ishida A. et al. 2008, Turner M. S., Sutton D, Sauder D. N. 2000).

*Маҳаллий даво.* Пўрсилдоқ яра кечишида иккиламчи инфекция билан асоратланишни олдини олиш мақсадида шилинган терида дезинфекцияловчи эритма (калий перманганат, Кастеллани суюқлиги) ёки глюкокортикостероид сақловчи малҳамлар суртиш лозим. Пемфигус оғиз бўшлиғида бўлса, стоматолог қўригидан ўтказиш ва оғизни фурациллин (1: 5000), метилен кўки ва риванол эритмаси билан чайиб туриш керак. Бундан ташқари топик глюкокортикостероид воситаларни эритма, аэрозол шаклида қўлланилади, циклоспорин билан чайиш яхши ёрдам беради.

Систем ГКСларнинг жигарга салбий таъсирини бартараф этиш мақсадида гепатопротекторлар тавсия этилади.

Пўрсилдоқ яра касаллигида бемор организмда, айниқса систем гормонал препаратлар қабул қилганда, моддалар алмашинуви бузилади, гепатоцитларда репарация сустлашади, хужайралар мембранаси шикастланади, оксидатив

стресс, интоксикация ривожланиши ва буларни натижасида яллиғланиши янада кучаяди. Ҳозирги кунда тиббиётда юкорида кўрсатилган патологик жараёнларни бартараф этиш учун дори воситалари ишлаб чиқилган ва улар муваффақият билан қўлланмоқда. Уларни тўғри ишлатиш натижасида беморнинг ҳолати сезиларли даражада яхшиланади. Шу мақсадда биз пўрсилдоқ яра билан оғриган беморларга глутатион антиоксидант гуруҳига мансуб бўлган **Неомаринни** тикланган шаклдаги препаратини тавсия этамиз. Неомаринни тикланган шакли куйидаги антиоксидант ферментларини кофактори бўлиб ҳисобланувчи глутатионредуктаза, глутатионпероксидаза, супероксиддисмутаза, каталаза ва бошқалардир. Тикланган Неомарин оксил ва нуклеин кислоталарни синтез қилади, организмни кислородни актив шаклидан химоя қилади, биологик мембраналарни фаолиятини стабил ҳолатда ишлашини қўллаб-қувватлайди, ксенобиотиклар метаболизмида иштирок этади, хужайралар пролиферациясида қатнашади ва уларни зарарли таъсирларга чидамлилигини оширади гепатоцитларда репаратив жараёнларни стимуляция қилади, метаболик жараёнларни нормаллаштиради. Тикланган Неомарин турли ксенобиотиклар (дорилар, токсик моддалар) билан боғланиб (конъюгация), уларни зарарсизлантиради. Препаратни яллиғланишни пасайириши ушбу жараённи келтириб чиқарувчи интерлейкин, простагландин ва лейкотриенларни блоклайди. Тикланган Неомарин препарати пўрсилдоқ яра энгил кечганда ҳар куни 600 мгдан вена ичига ёки мускул орасига юборилади ва жами 5 - 10 инъекция тавсия этилади. Касаллик оғир кечганда препарат кунига 1200 мг дан 2400 мггача секинлик билан вена ичига ёки мускул орасига юборилади ва бир курсга 10-15 та инъекция қилинади.

Пўрсилдоқ яра ўчоқларида кучли кечаётган яллиғланиши жараёни иккиламчи инфекциялар (бактериал, микотик) билан асоратланиши тез-тез кузатилади. Бунда ҳолларда беморларга систем антибиотиклар ва маҳаллий глюкокортикоид, антимикотик ва антибиотик сақловчи маҳаллий дори воситалари тавсия этилади. Кейинги йилларда уч компонентли топик препаратлардан **Неодерм** кўп қўлланилмоқда. У ўз таркибида 1% кетоконазол,

0.025% клобетазол пропионат ва 5000 ХБ Неомисцининни саклайди. **Клобетазол пропионат** ўта кучли глюкокортикостеронид бўлиб, у яллиғланишни келтириб чакирувчи цитокинлар, простогландин, лейкотриен моддаларини патологик ўчоқларда пасайтиради ва шунинг натижасида яллиғланишни бартараф этади. **Кетоконазол** моддаси антимикотик таъсирга эга ва у барча турдаги замбуруғларни (*Trichophyton*, *Epidermophyton*, *Microsporum*, *Malassezia* spp., *Candida* spp.) ўлдиради. **Неомисцин** моддаси кенг спектрли антибиотик сифатида грамманфий ва граммулбат бактерияларга таъсир этади. Неодерм препарати патологик ўчоқларга кунига 2 марта суртилади. Лекин касаллик энгил кечганда 1 марта суртса ҳам бўлади. Препаратни қўллаш давомийлиги давони нафига боғлиқ ва у тахминан 2-4 ҳафтани ташкил этади.

Беморлар терисидаги эрозия ва яралари иккиламчи бактериал инфекциялар билан асоратланганда мупироцин антибиотикини сакловчи **муниробан малхамини** қўллаш мақсадга мувофиқ. Патологик ўчоқларга Мупиробанни 2% малхамини кунига 3 маҳал суртилади (терида Кастелляни бўёғи қуригандан сўнг). Ушбу антибиотик микробни изoleyцил-тРНК-синтез ферменти билан боғланади ва изoleyцил-тРНК комплексининг тРНК синтезини блоклайди. Натижада оқсил ва РНК синтези тўхтади, ҳамда хужайра қобиғи ҳосил бўлмайди. У патологик жараён яхшилангунга қадар суртилади.

Узоқ муддат стероидли препаратларни қабул қилаётган беморда кандидоз инфекцияси ривожланиши мумкин ва буни олдини олиш мақсадида систем флюканозол препаратлари тавсия этилади.

Теридаги яралар, эрозив тошмаларга гелий-неон ва бошқа лазерларни қўллаб эпителизацияни кучайтириш даволаш самарасини оширади.

СГКС билан даволанаётган беморларда препаратларни турли салбий оқибатлари кузатилади. Масалан,

1. сув-туз модда алмашинувини бузилиши,
2. иммуносупрессив ҳолатлар (вирус, бактерия ва замбуруғлар фаоллашади),
3. гипопро테인емия,

4. стероидли диабет,
5. стероидли гиперкоагуляцион синдром,
6. стероидли гипертония шулар жумласидан.

Касалликни тўлақонли даволаш учун ушбу асоратларни олдини олиш ва бемордан вақти вақти билан зарур клиник лаборатор тахлиллар олиб назорат мониторингини ўтказиб туриш лозим.

Юкорида келтирилган маълумотларга асосланиб шундай хулоса қилиш мумкинки, пўрсилдок яраси дерматологиядаги энг оғир кечувчи аутоиммун касаллик бўлиб, уни патофизиологик аспекти хали тўлиқ ўрганилмаган, клиник кечиши яхши маълум бўлса ҳам, уни диагностикасида ҳатоликлар бўлиб туради, давоси бўйича янги самарали усуллар ишлаб чиқиладиганига қарамай, улар, аксарият ҳолларда, уни тўлиқ ремиссияга олиб келмапти.

Куйида мавзунини ўзлаштириш ва билимларни мустақил текшириш учун вазиятли масала ва тестлар тавсия этамиз.

#### **Вазиятли масалалар:**

1. Бемор 35 ёшда. Стационарга танада, қўл ва оёқда тошмалар тошиши, оғизда овқат вақтида оғрикка шикоят билан тушди. Касаллик тарихида. Ўзини 4-ойдан бери овқат вақтида оғрик пайдо бўлганидан буён бетоб ҳисоблайди. Бемор стоматологга мурожаат қилган, шифокор оғиз шиллик қаватини фурацилин ва марганцовка билан чайкашни тавсия қилган. Даводан эффект бўлмаган. Орадан 2 ой ўтиб пуфакли тошмалар танага, қўл ва оёққа тошган. Объектив кўрикда: Терисидаги жараён тарқалган характерга эга. Симметрик жойлашган. Оғиз шиллик қаватида ўзгармаган шиллик қаватда кнок, лаб, каттик ва юмшоқ танглайда тарқалган аниқ кизил рангдаги эрозиялар мавжуд. Танада ва қўл оёқда пуфаклар нўхот катталигидек, кўпчилиги шалпайган. Пуфак таркиби тиник, эрозиялар юзаси намланиб туради, юзалари сероз пўстлоқлар билан қопланган. Ниокльский синамаси ижобий.

Ташхис қўйинг ва текширув режасини тузинг.



Жавоби: Вульгар пўрсилдок. Тцанк хужайрасига текширув. Маҳаллий эозинофилияни аниқлаш. Терн биопсияси.

2. Бемор қабулига 25 ёшли бемор оғиз шиллик қаватида оғрикли яралар пайдо бўлиши, шунингдек, киндик, қўлтиқ ости, чов сон бурмаси ва кўкрак безлари тагида пуфаклар пайдо бўлишига шикоят билан келган. Касаллик тарихидан ўзини 3,5 ойдан буён оғиз бўшлиғида биринчи пуфаклар пайдо бўлиши билан бетоб ҳисоблайди. Пуфаклар ёрилиб оғрикли эрозиялар пайдо бўлган. Бемор шифокорга кўринмасдан ўзи даволаниб турли ўтли дамламалар билан оғиз чайкаган. Даво самара бермаган. Шу вақт нчида бемор яхши овқат ея олмаганлиги туфайли 8 кг озган. Кейинчалик пуфаклар киндик атрофида, қўлтиқ остига, чов сон бурмасига, кўкрак беги остида ҳам пайдо бўлган. Объектив кўриқда: Оғиз шиллик қаватида ўзгармаган юзада танлай соҳасида ёноклар ва тилда оғриқ билан кечадиган эрозиялар бор. Киндик, қўлтиқ ости, чов сон бурмаси ва кўкрак ости терисида шалпайган сероз жамламали пуфаклар мавжуд. Эрозия юзасида папилломатоз ўснқлар мавжуд. Никольский белгиси ижобий. Сизни таҳминий ташҳисингиз. Қайси текширув усулини тавсия этасиз.

Жавоби: Вульгар пўрсилдок яра вегетирловчи шакли. Тцанк хужайрасига текширув. Маҳаллий эозинофилияни аниқлаш. Терн биопсияси.

### Назорат учун тест саволлари:

1. Асбо-Ганзен белгиси пайдо бўлади:

~А. пуфакларни суюқлик ҳисобига оғирлиги

~В. тикансимон қават хужайралараро десмасомаларини бўлаги

~С. сўрғичсимон қаватни ўсиши

~D. пуфаклар босилганда ситилиб кетмасдан ичидаги суюқликни атроф терн орасига тарқалиши

~E. пуфаклар юзасини таранг туриши

{D}

2. Пемфигусни даволашда асосий дори воситасини кўрсатинг:

~А. глюкокортикостероидлар

- ~В. антибиотиклар
- ~С. витаминлар
- ~D. анаболик гармонлар
- ~E. ароматик ретиноидлар

{A}

3. Пемфигусни оғир шаклини даволашда стероид гормонлар кўпинча қайси дозада қўлланилади (беморнинг ҳар кг вазнига):

- ~A. 0,2 мг
- ~B. 0,1 мг
- ~C. 1 мг
- ~D. 5 мг
- ~E. 0,1 мг

{C}

4. Қайси тери касаллигида акантолиз жараёни кузатилади?

- ~A. вульгар пемфигус
- ~B. экзема
- ~C. контакт дерматит
- ~D. нейродермит
- ~E. псориаз

{A}

5. Вегетацияли пемфигусда куйидаги морфологик элементлардан қайси бири кузатилмайди:

- ~A. дўмбоқча
- ~B. доғ
- ~C. вегетация
- ~D. пуфак
- ~E. эрозия

{A}

6. Тцанк хужайраси қайси тери касалликларида кўп учрайди?

- ~A. вирусли

- ~В. пуфакли
- ~С. йирингли
- ~D. ўсма
- ~E. замбуруғли

{B}

7. Оддий пемфигус қайси касалликлар гуруҳига мансуб?

- ~A. бактериал
- ~B. вирусли
- ~C. замбуруғли
- ~D. аутоиммун
- ~E. йирингли

{D}

8. Никольский белгиси пайдо бўлади:

- ~A. пуфакларни суюқлик ҳисобига оғирлиги
- ~B. тикансимон қават хужайралараро десмасомаларни бўлаги
- ~C. сўрғичсимон қаватни ўсиши
- ~D. поракератоз ҳисобига
- ~E. гранулёз ҳисобига

{B}

9. Никольский белгиси неча турда ўтқазилади?

- ~A. 1 та
- ~B. 2 та
- ~C. 3 та
- ~D. 4 та
- ~E. 5 та

{C}

10. Қайси дори воситаси пўлсилдок яра касаллиги даволашда самарадор?

- ~A. антибиотиклар
- ~B. сульфаниламидлар

~С. иммуномодуляторлар

~D. кортикостероидлар

~E. аминохинолинлар

{D}

11. Вульгар пўрсилдок яра касаллигида энг аҳамиятга эга бўлган белги, симптомни аниқланг:

~A. Никольский симптоми

~B. Кебнер феномени

~C. Манту реакцияси

~D. Уикхим тўри

~E. Йодли синами

{A}

12. Пўрсилдок яра учун қайси клиник белгилар хос:

~A. Тошмалар полиморфизми

~B. касаллик қайталаниши мавсумга боғлиқ

~C. йодга сезгирликни ортиши

~D. Никольский синамаси

~E. Тошмалар симметрик жойлашади

{D}

13. Пўрсилдок яра касаллигида кортикостероидлар билан даволаш оқибатида келиб чиқадиган асосий асоратларни аниқланг:

~A. Сурункали инфекцияларни авж олиши

~B. Стероид кандли диабет

~C. гипертензия

~D. Пептик яра

~E. лейкопения

{B}, {E}

14. Санаб ўтилган диагностик белгилардан қайси бири акантолитик пўрсилдок яра учун хос эмас:

~A. LE-хужайралари

- ~В. Никольский белгиси
- ~С. Асбо-Ганзен белгиси
- ~D. акантолитик хужайраларни аниклаш
- ~Е. шиллик қаватларни шикастланиши

{A}

15. Акантолиз – бу:

- ~А. Тиканаксимон хужайралар орасидаги боғлиқликни бузилиши
- ~В. Мугуз қаватни калинлашуви
- ~С. мальпигий қавати хужайраларида вакуолалар пайдо бўлиши
- ~D. донатор қаватни қалинлашуви
- ~Е. хужайралараро шиш

{A}

16. Пўрсилдоқ ярани қайси турида одатда шиллик қаватлар шикастланмайди:

- ~А. Баргсимон (қат-қат)
- ~В. себореяли
- ~С. вульгар
- ~D. вегетацияловчи
- ~Е. бразил

{A}

17. Қайси кортикостероид препаратларини пўрсилдоқ ярани давосида ишла-тиш мумкин:

- ~А. дипроспан
- ~В. преднизолон
- ~С. триамцинолон
- ~D. дексаметазон
- ~Е. барча жавоблар тўғри

{E}

18. Узоқ вақт кортикостероидлар билан даволаниш оқибатида қандай асо-ратлар келиб чиқади:

- ~А. қандли диабет



~В. тери ва шиллик каватлар кандидози

~С. остеопороз

~D. гипертония касаллиги

~E. барча жавоблар тўғри

{E}

19. Акантолитик пўрсилдок яра учун хос бўлмаган клиник шаклни аниқланг:

~А. вульгар

~В. эпидемик

~С. вегетирловчи

~D. Баргсимон (кат-кат)

~E. себореяли

{B}

## АДАБИЁТЛАР

1. Арифов С.С. Клиническая дерматология и венерология. Атлас –Ташкент., ООО “Voriz-Nashriyot” 2008. –346 с.

2. Арифов С.С. Тери ва таносил касалликлари., “Ўзбекистон миллий энциклопедияси”. -Тошкент - 2010.503 б.

3. Арифов С.С., Ганиева Ш.Т. Тери касалликларни даволаш асослари. Ўқув-услубий қўлланма. -Тошкент: Янги аср авлоди, 2019.-68 бет.

4. Самцов В.И., Клибсон С.К., Подвисоцкая И.И. и соат. Дифференциальная диагностика и лечение больных буллезными дерматозами Вестник дерматологии. 1988; 5:46-49.

5. Самцов А.В., Белоусова И.Э. Буллезные дерматозы: Монография. СПб.: ООО Издательско-полиграфическая компания «КОСТА», 2012. -144 с.

6. Теплюк Н.П., Дороженок И.Ю, Картанова Д.Г. Истинная акантолитическая пузырьчатка и коморбидные, психосоматические расстройства: клиническая типология. Русский журнал кож-вен болезней. 2017 №4 200-204.

7. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология. 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.

8. Aberer W., Wolff-Schreiner E. C. Stingl G., Wolff K. Azathioprine in the treatment of pemphigus vulgaris. *J Am Acad dermatol* 1987; 16: 527–533

9. Committee for Guidelines for the Management of Pemphigus Disease, Amagai M, Tanikawa A, Shimizu T, Hashimoto T, Ikeda S, et al. Japanese guidelines for the management of pemphigus. *J Dermatol.* 2014; 41:471-86.

10. Engineer L, Norton LA, Ahmed AR. Nail involvement in pemphigus vulgaris. *J Am Acad Dermatol.* 2000; 43:529-35.

11. Gushi M, Yamamoto Y, Mine Y, Awazawa R, Nonaka K, Taira K, et al. Neonatal pemphigus vulgaris. *J Dermatol.* 2008; 35:529-35

12. Mutasim D. Management of autoimmune bullous dermatosis: pharmacology and therapeutics. *J. Am. Acad. Dermatol* 2004;51:859-877.

13. Nagasaka T., Fujii Y., Ishida A. et al. Evaluating efficacy of plasmapheresis for patients with pemphigus using desmoglein enzyme-linked immunosorbent assay // *Br. J. Dermatol.* 2008. Vol. 158 (4). P. 685–690.

14. Nousari C., Brodsky R., Anhalt G. Evaluation the role of immunoablative high dose of cyclophosphamide therapy in pemphigus vulgaris. *J Am Acad dermatol* 2003; 49: 148–150.

15. Pan M, Liu X, Zheng J. The pathogenic role of autoantibodies in pemphigus vulgaris. *Clin Exp Dermatol.* 2011; 36:703-7

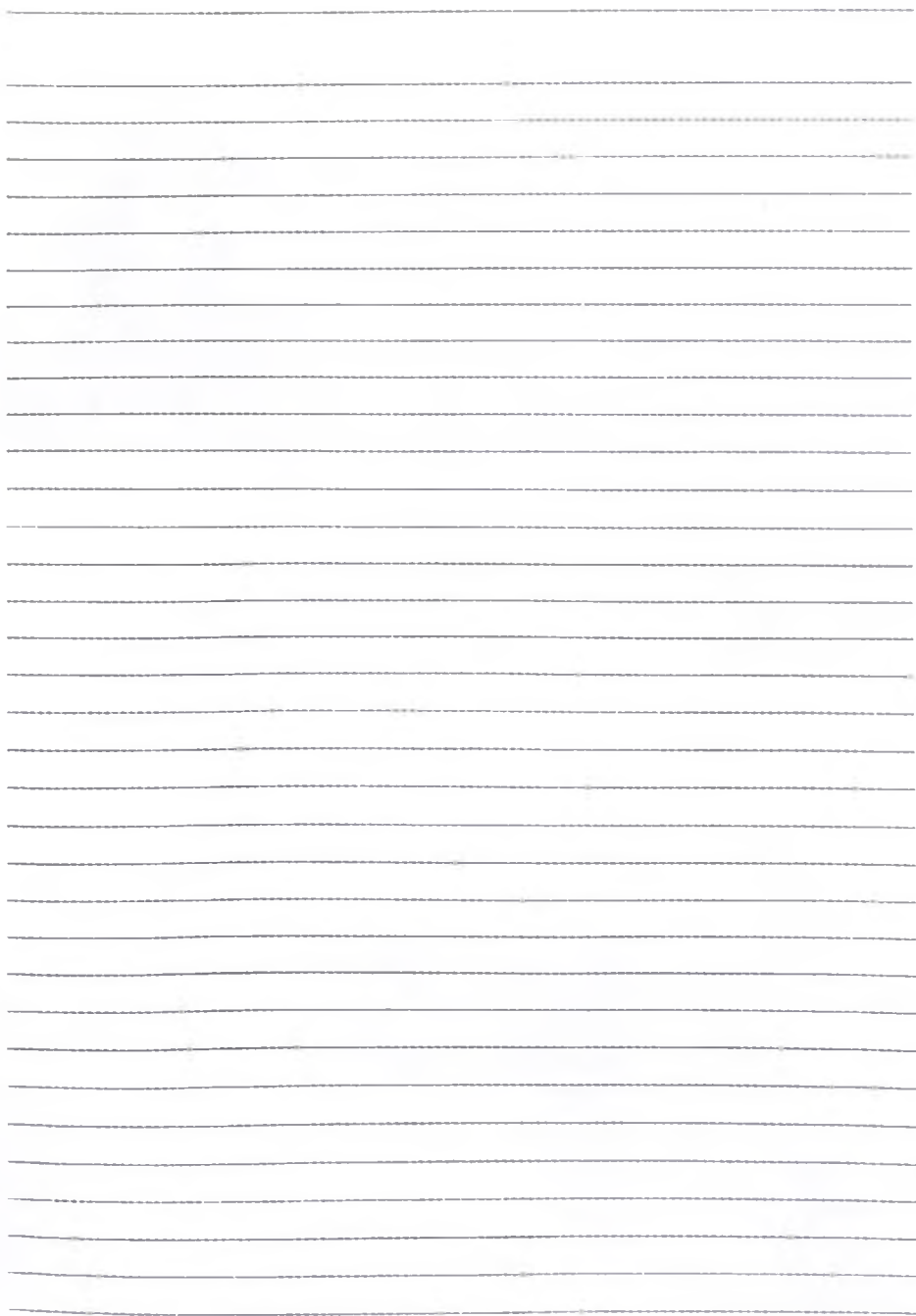
16. Porro A.M., Seque C.A., Ferreira M.M.C. et al. Pemphigus vulgaris. *An Bras Dermatol.* 2019 May-Jun; 94(3): 264–278. doi: [10.1590/abd1806-4841.20199011](https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20199011)

17. Smith T., Bystryjn J. Methotrexate an adjuvant therapy for pemphigus vulgaris. *Arh Dermatol.* 1999; 135:1275-1276

18. Tsunoda K, Ota T, Saito M, Hata T, Shimizu A, Ishiko A, et al. Pathogenic relevance of IgG and IgM antibodies against desmoglein 3 in blister formation in pemphigus vulgaris. *Am J Pathol.* 2011; 179: 795-806

19. Turner M. S., Sutton D, Sauder D. N. The use of plasmapheresis and immunosuppression in the treatment of pemphigus vulgaris // J. Am. Acad. Dermatol. 2000. Vol. 43. P. 1058–1064.

20. Venuqopal SS, Murrell DF. Diagnosis and clinical features of pemphigus vulgaris. Immunol Allergy Clin North Am. 2012;32(2):233-243.



**Методическое пособие по дерматологии,**  
ф. А5, обложка 250гр., 4+4, вкладка 150гр., 4+4, внутр., 80гр., 1+1  
**тираж 1500шт.**

Произведено в Республике Узбекистан. Изготовлено в 2023г.  
Изготовитель: ЧП "ESTET PRINT"  
г. Ташкент, пр-т Мустакиллик, д.79, кв.172.

Отпечатано в соответствии с предоставленными материалами.



# МУПИРОБАН®

МУПИРОЦИН 2%

Тери бактерияли  
инфекциясида  
оилавий даво



**Таъсир этувчи модда (ХПН):** мупироцин. Дори шакли: сиртга қўллаш учун суртма.

**Таркиби:** 1 г суртма куйидагиларни сақлайди: фаол модда: мупироцин 0,02 г; ёрдамчи моддалар: макрогол 400, макрогол 4000.

**Қўлланилиши:** Мипироцинга сезир микроорганизмлар чақирган терининг бирламчи ва иккиламчи инфекция шикастланишлари, шу жумладан:

- терининг бирламчи инфекциялари: импетиго, фолликулит, фурункулёз (шу жумладан ташқи эшитув йўли ва қулоқ супраси фурункуларлари), эктималар.

- иккиламчи инфекциялар: инфекцияланган экзема, инфекцияланган жароҳатлар (шилинишлар, ҳашаротларни чақиши), аҳамиятсиз (госпитализацияни талаб этмайдиган) яралар ва куйишлар.

- натта бўлмаган яралар, кесилишлар оқибатида юзага келувчи бактериал шикастланишлар ва уларнинг асоратларини олдини олишда қўлланади.

**Қўллаш усули ва дозалари:** Сиртга қўлланади. Суртманинг оз миқдори терининг шикастланган соҳасига суртилади. Устидан боғлам қўйиш мумкин. Препаратни терига суртгандан кейин қўлларни яхшилаб ювиш керак. Шикастланишнинг оғирлик даражасига қараб суткада 2-3 марта 10 кунгача давомийликда қўлланади. 5 кун даволагандан кейин самара кузатилмаса, клиник кўрсаткичларни динамикасига қараб кейинги даволаш режасини қайта баҳолаш керак.

**Болалар:** человлар талаб этилмайди. Суртманинг самардорлиги ва ҳавфсизлиги 2 ойликдан ошган пациентларда фундаментал клиник дастурлар доирасида ўрганилган.

**Жигар функциясини бузилиши:** дозага тузатиш киритиш талаб этилмайди.

**Ножўя таъсирлар:** Мупиробан® суртма хishi ўлаштирилади. Жуда кам ҳолларда препаратни суртиш жойида ачишиш, қичишиш кузатилади. 1% дан камроқ ҳолатларда эритема, терини қуриши, шиш, контакт дерматит кузатилиши мумкин. Мупироцинга ёки суртма асосига тери аллергия реакциялари (суртиш жойида шиш, тошма) кам ҳолларда кузатишган. Мупиробан® суртмасини қўллаганда янқа ҳолатларда тарқалган аллергия реакциялари ҳақида хабар берилган.

**Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар:** Препаратнинг ҳар қандай компонентига ўта юқори сезувчанликда қўллаш мумкин эмас.

**Бошқа дори препаратлари билан ўзаро таъсири:** Хабар берилмаган. Мупиробан® суртмасини суюлиши ҳавфи туфайли, маҳаллий қўллаш учун бошқа препаратлар билан бирга қўллаш мумкин эмас, бу антибактериал фаоллики пасайиши ва барқарорликини потенциал йўқотилиши билан намоён бўлади. **Ҳимшодорлик ва лактация даврида қўлланиши:** Ҳозирги вақтида мупироцинни ҳомиладорлик вақтида қўллаш ҳақида маълумотлар етарли эмас, шунинг учун препаратни фақат агар кутилган фойда ривожланиши мумкин бўлган асоратлардан юқори бўлгандагина қўллаш мумкин. Препаратни кўфрак сuti билан ажралиб чиқиши эҳтимоли кам, шунга қарамасдан, препаратни фақат агар кутилган фойда ривожланиши мумкин бўлган асоратлардан юқори бўлгандагина қўллаш мумкин. **Автомобил/механизмларни бошқариш қобилиятига таъсири:** Автомобил/механизмларни бошқариш қобилиятига ноҳуш таъсири кузатилмаган.

**Чиқарилиш шакли:** Сиртга қўллаш учун суртма 2%, 5 г, 10 г ёки 15 г дан пластмасса учлик ва бураладиган қопқоқчали, ччки томондан лан билан қопланган алюмин тубаларда. Бир тубадан тиббиётда қўлланилишига доир йўриқномаси билан картон кутига.

**Сақлаш шароити:** Қуруқ, ёруеликдан ҳимояланган жойда, 25°С дан юқори бўлмаган ҳароратда сақланган. Болалар ололмайдиган жойда сақлансин!

**Яроқлилик муддати:** 2 йил. Яроқлилик муддати ўтгач ишлатилмасин. **Дорихоналардан бериш тартиби:** Рецeпт бўйича.

**Ишлаб чиқарувчи:** Hubei Humanwell Shengtian Pharmaceutical Co., Ltd, Хитой. Манзили: Хитой, Хубэй провинцияси, Тяньмен ш., Иқтисодий ва Техноложик ривожланиш зонаси, Тянь бин кўч., 1. **Ўзбекистон Республикаси ҳудудида дори воситаларининг сифати бўйича этирозлар (таклифлар) ни қабул қилувчи ташкилот номи ва манзили:** «Му Линь Сэнь» МЧЖ, Тошкент ш., Ўзбекистон Республикаси, Сергели тумани, Учувчилар шаҳарчаси, 132-й.

