

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

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

**“ҲУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2025



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

“ХУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025

**“ҲУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

Тақризчилар:

1. Батпенова Гулнар Рискелдиевна – тиббиёт фанлари доктори, профессор, “Остона тиббиёт университети” АЖ иммунология курси билан дерматовенерология кафедраси мудир, “Қозоғистон дерматовенерологлар ва дерматокосметологлар уюшмаси” президенти.
2. Раҳматов Акрам Баратович – тиббиёт фанлари доктори, профессор, РИДВ ва КИАТМ микоз муаммоларини ўрганиш илмий лабораторияси раҳбари

Техник эксперт хулосаси ва таҳрирлаш:

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

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

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

Протокол фойдаланувчилари:

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

Ушбу нозологиядаги беморлар категорияси:

хуснбузар касаллиги билан оғриган беморлар

**Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи
(ташхислаш аралашувлари учун)**

ДИД	Шарҳи
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи
2	Референс усул назорати билан ўтказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда кўриб чиқилиши бундан мустасно
3	Референс усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки ўрганилаётган усулдан мустақил бўлмаган референс усул ёрдамида ўтказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар
4	Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи
5	Муолажанинг таъсир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси

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

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

Тавсияларнинг ишончлилиқ даражасини баҳолаш шкаласи

ДИД	Шарҳи
А	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
В	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
С	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)

Мундарижа:

“ҲУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИ ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	4
“ҲУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ УЧУН ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	39
“ҲУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....	54

ҚИСҚАРТМАЛАР РҲЙХАТИ

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ТТКД	Тери таносил касалликлар диспансери
ДИД	Далилларнинг исботланганлик даражаси
ФСГ	Фолликул стимулловчи гормон
ЛГ	Лютеинизация қилувчи гормон
ДГЭА	дегидроэпиандростерон
мл	миллилитр
мг	милиграмм
УНТ	Умумий нажас тахлили
УСТ	Умумий сийдик тахлили
ВРО	бензоил пероксид
ТНИ	Тана вазни индекси
КОК	комбинацияланган орал контрацептивлар
САНА-синдром	себорея, акне, гирсутизм, алопеция синдромокомплекс
КФК	креатининфосфокиназа
АЛаТ	аланинаминотрансфераза
АСаТ	аспартатаминотрансфераза
ТГ	триглицеридлар
ЭЧТ	Эритроцилар чўкиш тезлиги
СРО	С - реактив оқсил
УТТ	ультратовуш текшируви
ИФА	иммунофермент анализ
ИХЛА	иммунохемилюминесцент анализ
ПЗР	полимеразли занжир реакцияси
ВҚЛН	Вена томири орқали қонни лазер билан нурлантириш
ИК	инфрақизил
ВИФ	воситали иммунофлюоресценция
в/и	Вена ичига
м/о	Мушак орасига

2. Асосий қисм.

2.1. Кириш қисми

Акне инсоннинг энг кенг тарқалган касалликларидан биридир. Мавжуд самарали даволаш усулларига қарамай, акне 95%гача инсонларда учрайди, айниқса аёлларда аксар ҳолларда 25 ёшгача ва 50% ҳолатларда 25 ёшдан ошганларда аниқланади. Касалликнинг энг юқори даражаси ҳаётнинг 15 ёшдан 18 ёшгача (қизлар учун ўғил болаларга қараганда эрта) содир бўлади. Жараённинг намоён бўлиши, қоида тариқасида, себорея ва микрокомедонларнинг пайдо бўлиши (ёғ безларининг андроген воситачилигидаги гиперстимуляциясига жавобан) билан тавсифланади. Кейинчалик очиқ ва ёпиқ комедонлар, шунингдек, яллиғланиш элементлари тезда шаклланади. Касалликнинг гендер тақсмоти тахминан тенг, аммо эркаларда касаллик оғир шаклларнинг устунлиги ва узоқроқ давом этиши кўпроқ кузатилади. Баъзи ҳолларда (бу 25 ёшдан ошган аёлларнинг 50% дан ортиғи акне билан оғриган деган баёнотга зид келади) 18—20 ёшга келиб касалликнинг ўз-ўзидан регрессияси белгилари пайдо бўла бошлайди. Баъзи беморларда касаллик сурункали такрорланувчи хусусиятга эга бўлади, айрим ҳолларда 30—40 ёшга келиб — “кеч акне” (*acne tarda*) ҳосил бўлиши мумкин, бундай беморлар сони йил сайин ортиб бормоқда.

Сўнгги йилларда дерматозли беморларда психосоматик касалликлар ва уларни тузатиш муаммоси тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. Бу масалага бағишланган илмий-тадқиқот ва илмий ишлар сони ортиб бораётгани бунинг далилидир. Тананинг очиқ жойларида акне инсоннинг психологик саломатлигини бузади. Психологик сўров натижаларига кўра, ўсмирларнинг 80 фоизи одамлардаги энг ёқимсиз нарса акне деб ҳисоблашади. Айнан ёш аёллар акне туфайли психологик ҳолатининг бузилишига (шу жумладан депрессияга) мойил бўлиб қолишади [5, 6]. Терининг кўринадиган жойларида акне мавжудлиги дисморфофобияга олиб келиши мумкин (хаёлий ташқи деформация ғояси).

Ҳиссий реакция ақлий фаолиятнинг энг сезгир таркибий қисми бўлиб, вегетатив ва эндокрин кўринишларнинг ўзига хос спектри билан бирга келади, шу жумладан — стресс гормонларининг, шу жумладан андрогенга боғлиқ нишон-ҳужайраларнинг функционал фаоллигини келтириб чиқарадиган андрогенларнинг чиқиши содир бўлади. Акне билан оғриган беморларда шахсий баҳолашнинг пасайиши уларни доимий равишда ўткир ва сурункали стрессли вазиятларни бошдан кечиришга мажбур қилади, бу эса юқоридаги метаболик ўзгаришлар занжирини кўзғатади [10]

2.2 Таъриф

Акне (*acne vulgaris*)— сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, очиқ ёки ёпиқ комедонлар ва папулалар, пустиулалар, тугунлар кўринишидаги яллиғланиш билан намоён бўлади.

Акне – мультифакториал дерматоз бўлиб, унинг патогенезида генетик жиҳатдан аниқланган гиперандрогения ва ёғ безлари секрециясининг генетик жиҳатдан аниқланган тури катта рол ўйнайди. [1].

Акне патогенезининг тўртта асосий бўғини мавжуд:

1. Себум ишлаб чиқаришни кўпайиши.
2. Ортиқча фолликуляр гиперкератоз.
3. *Propionibacterium acnes* (*P.acnes*) кўпайиши.
4. Яллиғланиш.

Акне яллиғланиши бирламчи бўлиб, фолликуляр гиперкератоздан олдин содир бўлади, P.acnes эса микрокомедонларнинг шаклланишида фаол иштирок этади. [1-4].

2.3. Классификация:

Касалликнинг клиник кўринишини ҳисобга олган ҳолда:

- комедонал акне;
- енгил-ўрта даражадаги тугунча-йирингали акне;
- оғир даражадаги тугунча-йирингали акне, ўрта даражадаги тугунли акне;
- оғир даражадаги тугунли акне, конглобат акне [6].

Аёлларда акненинг 3 кичик тури мавжуд:

- аёлларнинг тахминан 80 фоизида учрайдиган турғун акне;
- кеч бошланган акне;
- такрорий акне [7].

Вояга етган аёлларда акне билан қуйидаги оғирлик даражалари ажратилади:

- юзнинг пастки 1/3 қисмидаги комедонлар, бурун кўприги;
- яллиғланиш субтипи: папулалар билан енгил кечиши;
- яллиғланиш субтипи: папуло-пустулалар билан енгил, ўрта оғир кечиши;
- яллиғланиш субтипи: папуло-пустулалар билан оғир кечиши;
- яллиғланиш субтипи: тугунлар билан оғир кечиши [8].

Болалардаги акне:

- Неонатал акне (неонатал акне). Янги туғилган чақалоқларнинг 20 фоизида учрайди. Гормонал инқироз, онада тестостерон даражасининг ошиши ёки ҳомиладорликнинг сўнгги триместрида она томонидан бир қатор дори-дармонларни қабул қилиш билан боғлиқ (тизимли глюкокортикостероидлар ва бошқалар).
- Ёш болалик давридаги акне кўпинча ўғил болаларга таъсир қилади.
- Ўрта ёшдагиларда акне камдан-кам учрайди. Тошмалар асосан юзнинг терисида жойлашади ва комедонлар ва яллиғланишли акне билан ифодаланади. Гиперандрогеник ҳолатлар (туғма буйрак усти гиперплазияси, андроген ишлаб чиқарувчи ўсма) хавфи билан боғлиқ. [11]

Акне алоҳида таснифланади:

- Фулминант характерли белги тўсатдан ва ўткир намоён бўлиши ҳисобланади: нодуляр-кистали оғриқли тошма пайдо бўлиши беморнинг иситма ҳолати билан бирга келади. Яллиғланиш элементлари баргараф этилгандан сўнг, кўпол чандиқлар қолади;
- Тропик (патологик жараённинг ривожланиши иссиқ иқлим шароитида бўлиш билан боғлиқ);
- Асаб касалликлари натижасида келиб чиққан, экскоризацияланган (хуснбузар тошмалари кам ривожланган, аммо беморларда камедон ёки хуснбузарни сиқиб чиқаришга кучли хоҳиш чақиради, бу эса тери қопламасининг жароҳатланишига ва тирналиш ҳамда ишқаланишга олиб келади;
- Эндокрин бузилишлар туфайли келиб чиқувчи (аёлларда гиперандрогенизм, буйрак усти безлари ва гипофиз безининг дисфункцияси, инсулин резистентлиги ва

эркакларда 2-тип диабет).[10]

2.4 Клиник кўриниш

Касалликнинг клиник кўринишини ҳисобга олган ҳолда қуйидагилар ажратилади:

- комедонал акне;
- енгил-ўрта даражадаги тугунча-йирингали акне;
- оғир даражадаги тугунча-йирингчали акне, ўрта даражадаги тугунли акне;
- оғир даражадаги тугунли акне, конглобат акне [9.10]

Акне асосан юз, елка, кўкракнинг тепа қисми ва орқа соҳасида жойлашади ва папулалар, пустулалар ва тугунлар, шунингдек, очик ва ёпиқ комедонлар сифатида намоён бўлади. [12] Комедон – бу соч фолликуласида ёғ ва кератин тўпланишининг клиник кўриниши ҳисобланади. Ёпиқ ва очик комедонлар мавжуд. Тугунчали акне - ярим шарсимон шаклга эга бўлган ва диаметри 2–4 мм гача бўлган яллиғланиш тугунлари билан намоён бўлади. Йирингчали акне бирламчи бўлиб пайдо бўлиши ёки тугунчали акнедан келиб чиқиши мумкин. [20-24]

Тугунли акне себореяли соҳалар терисида тугунларнинг ривожланиши билан тавсифланади. Конглобат акне билан оғриган беморларда комедонлар ва папуло-пустулоз акне билан бир қаторда, асосан бел териси ва бўйиннинг орқа юзасида жойлашган кўплаб йирик тугунлар пайдо бўлади. Тугунларнинг мустаҳкамлиги дастлаб зич, лекин аста-секин улар юмшайди. Уларнинг устидаги тери тўқ пушти ранга эга бўлиб, ингичка бўлади ва унда йиринг чиқадиған тешиқлар пайдо бўлади. Алоҳида жойлашган тугунларнинг бир қисми кўплаб фистула йўллари, йирингли тешиқлари ва бўшлиқлари бўлган, суст, желега ўхшаш грануляциялар билан тўлдирилган массив инфилтратларга бирлашади, жараён кенг тарқалган бўлиши мумкин. Акнедан сўнг, атрофик чандиқлар кўпинча қолади, баъзиларда гипертрофик ва келоид чандиқлар ҳосил бўлади. [25-27]

Катталар ва ўсмирлардаги акне клиник кўриниши юзнинг пастки ва юқори қисмидаги ўчоқлар нисбати бўйича ўзига хос хусусиятларга эга: катталарда, қоида тарикасида, “U” зонаси (ёноқлар, оғиз атрофида ва иякнинг пастки қисми) зарарланади, ўсмирларда эса – “T” зонаси (пешона, бурун, иякнинг юқори қисми). Бундан ташқари, катталарда папулалар ва пустулалар бўлмаслиги мумкин. Комедонлар ҳар доим ўсмирларда акне пайдо бўлганда мавжуд, аммо катталарда йўқ бўлиши мумкин. Катталардаги яллиғланиш одатда яққолроқ ривожланади. [13-16]

Аёлларда ҳуснбузарнинг 3 та субтипи мавжуд: [18-19]

1. Доимий акне – аёлларнинг тахминан 80 фоизида кузатилади ва ўсмирлик даврида касалликнинг бошланиши билан катталар ёшига босқичма-босқич ўтиш билан тавсифланади.

2. Кеч бошланган акне – биринчи марта 25 ёшдан кейин аёлларда пайдо бўлади. Иккала субтип ҳам ўхшаш клиник белгиларга эга.

3. Такрорий акне – ўсмирлик даврида анамнезида акне бўлган аёлларда ривожланади.

Болалардаги акне ҳам ўзига хос клиник хусусиятларга эга. [17]

Болаларда қуйидагилар ажралиб туради:

1. Янги туғилган чақалоқларнинг акнеси. Янги туғилган чақалоқларнинг 20 фоизида учрайди. Одатда туғилгандан кейинги дастлабки уч ҳафта ичида пайдо бўлади. Гормонал криз, онада тестостерон даражасининг ошиши ёки ҳомиладорликнинг сўнгги триместрида она томонидан бир қатор дори-дармонларни қабул қилиш (тизимли глюкокортикостероидлар ва бошқалар) билан боғлиқ. Ёпиқ комедонлар ёноқларда, пешонада, камроқ иякда, папулалар ва пустулалар билан тавсифланади. Тошма бир неча кун ёки 1,5–2 ҳафтадан кейин ўз-ўзидан йўқолади. Кечиши енгил, чандиқ ўзгаришлари характерли эмас.

2. Эрта болалик акнеси. Одатда 6 ҳафталик ёшда пайдо бўлади ва 6–12 ой давом этади, камроқ – узоқроқ давом этади. Ўғил болалар кўпроқ касал бўлишади. Тошма юз терисида

жойлашган бўлиб, комедонлар, папуло-пустуллар ва камроқ тугунлар билан ифодаланади. Ўсмирлик даврида оғирроқ акне билан боғлиқ. Гиперандроген ҳолатлар характерли эмас. [20-22]

3. Ўрта ёшдаги акне. Улар камдан-кам учрайди ва 1 ёшдан 7 ёшгача пайдо бўлади. Тошма асосан юз терисида жойлашади, комедонлар ва яллиғланиш белгилари билан ифодаланади. Гиперандроген ҳолатлар (туғма адренал гиперплазия, андроген ишлаб чиқарувчи ўсма) хавфи билан боғлиқ.

4. Преадолесцент (ўсмирликдан олдинги) акне. Улар болаларнинг ўртача 70 фоизида 7 ёшдан 12 ёшгача пайдо бўлади ва эрта балоғатга етишнинг биринчи белгисидир. Тошма, қоида тариқасида, юз терисида (Т зонаси) жойлашади, кўпинча яллиғланишли акне ва кўпроқ комедонлар билан ифодаланади. Биринчи кўринишлар кулок супраси соҳасидаги очик комедонлар бўлиши мумкин. Чандиқлар нафақат яллиғланиш элементлари туфайли, балки комедонал акне натижаси бўлиши мумкин.[23.27.29.30]

3. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

3.1. Диагностика мезонлари

<https://www.guidelinecentral.com/guideline/21839/>

1) Шикоятлар ва анамнез:

Беморлар комедонлар, папулалар, папулопустулалар, тугунлар, оғрикли тошмалар пайдо бўлишидан; тошма соҳасидаги қичишиш (камдан-кам ҳолларда) ва терининг ёғланишидан шикоят қиладилар.

Доимий акне ўсмирлик даврида касалликнинг бошланиши катталар ёшига босқичма босқич ўтиш билан тавсифланади; кеч бошланган акне 25 ёшдан кейин аёлларда намоён бўлади. Рецидивланувчи акне одатда, ўсмирлик даврида акнега дуч келган ва бир неча йил ичида соғайган аёлларда ривожланади.

Янги туғилган чақалоқларда акне. Одатда туғилгандан кейинги дастлабки уч ҳафта ичида пайдо бўлади.

Эрта болалик акнеси. Одатда 6 ҳафтада пайдо бўлади ва 6-12 ой давом этади, камроқ – узоқ чўзилади. Ўғил болалар кўпроқ касал бўлишади.

Ўрта ёшдаги акне. Улар камдан-кам учрайди, 1 ёшдан 7 ёшгача пайдо бўлади. Преадолесцент (ўсмир ёшгача) акне 7 ёшдан 12 ёшгача, болаларнинг ўртача 70 фоизида учрайди ва эрта балоғат ёшга етишнинг биринчи белгисидир.

2) Физикал текширув:

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

А	<p>Неонатал ва чақалоқлар акнеси ёноқ терисида пайдо бўлади;</p> <ul style="list-style-type: none">• Т-зонада (пешона, бурун, ияк) ўсмирлик даврида пайдо бўлади;• U- зонада (ияк, пастки жаг, бўйин) кеч бошланган акне пайдо бўлади. Кейинчалик, тошма бошқа жойларга тарқалиши мумкин. <p>Бирламчи морфологик элемент яллиғланишсиз элементларни ташкил этади: микрокомедонлар очик, қора нуқта ва/ёки ёпик, оқ рангда. Пешона, бурун ва ёноқ ва ияк терисида жойлашади.</p> <p>Сўнг яллиғланишсиз элементлар юзаки яллиғланиш элементларига айланади: папулалар, пустулалар, улар ўз навбатида оғир оғирликда чуқур, яллиғланиш,</p>
----------	---

оғрикли тугунларга айланади, ҳажми 1 см. Тугунлар кисталарга айланиши, шарсимон (конглобат) элементни ҳосил қилиш учун бирлашиши, сўрилиши ва бир-бири билан оқма йўллари ҳосил қилиши мумкин. Улар кенг ва бузувчи чандиқларнинг шаклланиши билан тугайди. Иккиламчи морфологик элементлар қуйидагилар билан ифодаланади: йирингли ва йирингли-геморрагик қобиқлар, яллиғланишдан кейинги гиперпигментация доғлари, атрофик чандиқлар, камдан-кам ҳолларда келоид чандиқлар. Пост-акне чандиқлари ҳар доим аномал бўлиб, улар юмалоқ, квадрат, босилган фибротик ва «муз бўлаклари» типда бўлади.

Акненинг эскоризацияланган шакли оз сонли бирламчи яллиғланиш элементлари ва геморрагик қобиқларнинг кўплиги билан тавсифланади.

Механик акне очиқ ва ёпиқ комедонларнинг, папула ва пустулаларнинг терига механик таъсир қилиш жойида пайдо бўлади.

3). Эпидемиологик анамнез:

Акне энг кенг тарқалган дерматозлардан биридир.

С

Ж. Лейден маълумотларига кўра, акне 12 ёшдан 24 ёшгача бўлганларнинг 85 фоизига, 25 ёшдан 34 ёшгача бўлганларнинг 8 фоизига ва 35 ёшдан 44 ёшгача бўлганларнинг 3 фоизига зиён етказди.

Ўсмирлик даврида ўғил болалар ва қизлар деярли тенг нисбатда акне билан касалланади, кеч акне билан эса аёлларда касалланиши эркакларникига қараганда анча юқори.

1.3. Лаборатор текширувлар

[https://www.jaad.org/article/s0190-9622\(15\)02614-6/fulltext](https://www.jaad.org/article/s0190-9622(15)02614-6/fulltext)

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

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38300170/>

Изотретиноинни буюришдан олдин ва уни қабул қилиш жараёнида ҳар 4-6 ҳафтада:

В

Биокимёвий қон текшируви: АЛаТ, АСаТ, холестерин, триглицеридлар, креатин фосфокиназани аниқлаш (спортчилар учун): изотретиноинни қабул қилиш курсидан олдин барча кўрсаткичлар нормал диапазонда бўлиши керак.

Ҳомиладорлик тести: изотретиноинни қабул қилиш курсидан олдин, бутун қабул қилиш даврида ва изотретиноинни қабул қилиш тугаганидан кейин 6 ой ичида салбий бўлиши керак.

С

- умумий қон таҳлили: ЭЧТнинг кўпайиши ва нейтрофил силжиши билан лейкоцитоз бўлиши мумкин.
- умумий сийдик таҳлили
- умумий нажас таҳлили
- биокимёвий қон таҳлиллари
- преципитация микрореакцияси (14 ёшдан катта): салбий натижа
- фулминант акне билан оғриган беморларнинг ревмо синамаси
- Demodex folliculorum канасини аниқлаш учун микроскопик диагностика – акне яллиғланиш шакллари билан оғриган беморларнинг 30% ида аниқланиши мумкин
- Микологик диагностика (ёруғлик микроскопияси ва ВИФ) ва антимикотикларга сезгирликни аниқлаш: дифференциал диагностика учун
- Акне билан оғриган беморларга микробиологик диагностика қуйидаги ҳолларда амалга оширилади:
 - ✓ грам-салбий фолликулитга шубҳа;
 - ✓ антибиотикрезистентликка шубҳа;
 - ✓ абсцессланувчи акне шаклида антибиотикларга сезгирликни аниқлаш.
- инфекцияларни аниқлаш учун ИФА усулида қон текшируви
- гистологик текширув – дифференциал диагностика мақсадида
- M.Tuberculosis текшируви – дифференциал диагностика мақсадида

Гормонал ҳолатни ўрганиш:

С

- классик терапияга қарамай, кеч акне бўлган эркалар учун;
- менструал циклни 2-4 кунда кеч акне билан оғриган, КОКни қабул қилмайдиган аёллар учун;

• САНА синдроми (гирсутизм, акне, себореяли алопеция, себорея) ва/ёки ҳайз даврининг 2-4 кунда, КОКни қабул қилмайдиган ҳайз даврининг бузилиши бўлган кизлар учун;

• акне 16-24 ҳафтадан кўпроқ давом этадиган янги туғилган чақалоқларда ва / ёки 3-7 ёшида акне пайдо бўлган болаларда

ФСГ, ЛГ, ЛГ/ФСГ индексини ҳисоблаш билан, пролактин, эркин ва боғланган тестостерон, жинсий стероидларни боғлайдиган глобулинлар, ДГЭА-сулфат, эстрадиол, ҳайз даврининг 20-22 кунда 17-КС – прогестерон.

• тана массаси индекси 25 дан катта бўлган беморлар учун гликозланган гемоглобин текширилади

Изох: Қон олиш эрталаб соат 8.00 дан 9.00 гача амалга оширилиши керак. Рўйхатдаги ҳар қандай лаборатория тестларида ўзгариш бўлиши мумкин.

1.4. Инструментал текширув:

С

- Терининг ҳолатини аппарат диагностикаси
- Тери УТТси
- Кўкрак қафаси рентгенографияси
- Ички органларнинг ултратовуш текшируви

1.5. Қўшимча текширув

С

- Акне билан оғриган беморларда текширув ўтказишда гиперандрогенемиянинг тизимли белгиларини (тартибсиз ҳайз цикли, клиторал гипертрофия ва иккиламчи жинсий белгиларни ўзгариши), шунингдек кечиккан менархени ҳисобга олиш тавсия этилади.
- Терапияга чидамли акне шакллари поликистоз тухумдон синдроми, гипофиз гиперплазияси ёки вирилизацияланувчи ўсмалар каби эндокрин касалликлар мавжудлигини кўрсатиши мумкин, шунинг учун текширувда аменорея, гиперменорея, олигоменорея, бепуштлик ва метаболик синдром каби аломатларни ҳисобга олиш керак
- Ўрта ёшдаги акне учун буйрак усти безлари ва андроген-ишлаб чиқарувчи ўсмаларнинг туғма гиперплазиясини истисно қилиш учун қўшимча текширув тавсия этилади

1.5 Ёндош мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

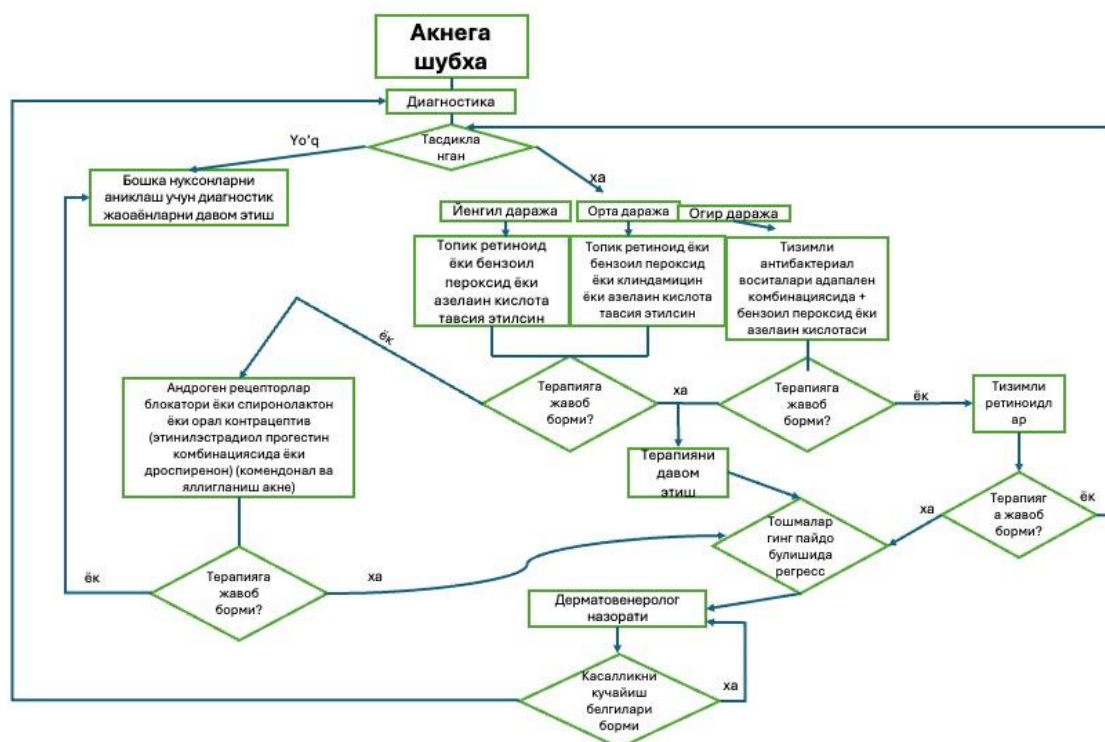
С

- Ёндош касалликлар белгилари мавжуд бўлганда терапевт/педиатр шифокори билан маслаҳатлашиш;
- Гинекологнинг маслаҳати - ҳайз даврининг бузилиши белгилари ёки бошқа аломатлар мавжуд бўлганда.
- Психотерапевт ва невролог билан маслаҳатлашиш – таълим муассасаларига, жамоат жойларига ташриф буюришдан бош тортиш, тушкун кайфият, дисморфофобия кузатиладиган ҳолатларда.
- Эндокринолог билан маслаҳатлашиш - САНА синдроми белгилари мавжуд бўлганда, гормонал профилнинг лаборатория таҳлилларида ўзгаришлар, тана массаси индекси 25 дан катта, acantosis nigricans.

2) Диагностик алгоритм:

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





3) Дифференциал ташхис ва қўшимча тадқиқотларни асослаш:

<https://static.insales-cdn.com/files/1/1337/7488825/original/dfp.pdf>

<i>Таъхис</i>	<i>Дифферентсиал диагностика учун асос</i>	<i>Текширув</i>	<i>Таъхисни истисно қилиш мезонлари</i>
Розацеа папуло-пустуляр босқич	Доимий қизил-цианотик эритема фонида пайдо бўлиши ва телангиэктазия, персистенцияга мойил бўлган пушти-цианотик папулалар ҳажми 3-5 мм	Demodex folliculorumни аниқлаш учун микроскопия	Комедонларнинг мавжудлиги Атрофик чандиклар
Периорал дерматит	Оғиз атрофида пайдо бўлиши хира ва аниқ ажратилган гиперемия фонида тарик донаси катталигидаги тугунлар пайдо бўлади, тепасида учли пустула, кулранг таркибга эга. Соғлом тери ва ўчоқ чегарасида тор чизиқ мавжудлиги	Лупа остида текшириш	Атрофик чандиклар

Грам салбий (негатив) фолликулит	–	Акне билан оғриган беморларда узок вақт давомида (асосан Тетрациклинлар) ичадиган ва махаллий антибиотиклар қўллаганда, яхшилангандан сўнг, даволаниш фониди рецидив пайдо бўлади. Тошмалар гиперемия фониди пустулалар билан ифодаланади.	Бурун йўлида қўзғатувчи борлигини текшириш керак.	Олдинги узок муддатли умумий ёки ташқи антибиотик терапиясининг йўқлиги
Стафилококкли пиодермия. Вулгар сикоз		Юзнинг терисида, тукли сочларнинг ўсиш зонасида пайдо бўлиши. Марказда жойлашган милиар пустулалар соч фолликуласи, сочлар билан тешилган.	Лупа остида текшириш	Атрофик чандиқлар
Сил касаллиги люпуси		Люпомларнинг пайдо бўлиши тўғноғич боши ўлчамида бўлган жигарранг-пушти рангли, босилганда "олма желеси" симптоми. Биринчидан, дўмбоқлар гурухланади, сўнгра инфилтрат ҳосил қилиб бирлашади, яра ҳосил қилади	Интрадермал Манту тести, кўкрак қафасининг Рентгенографиясини, Пospelовнинг тери тести, диаскопия	Атрофик чандиқлар
Дискоидли қизил югурук		Чегаралари аниқ бўлган, озгина инфилтрацияланган, маҳкам ёпишган қипиқлар турли ўлчамдаги эритематоз ўчоқларнинг пайдо бўлиши тери атрофиясининг юзага келиши	Бенъе – Мешерский симптоми, "аёллар пошнаси" симптоми ёки "концеляр тугмаси"	Атрофик чандиқлар

4) Амбулатор шароитда даволаш тактикаси:

В	<ul style="list-style-type: none"> • амбулатор шароитда даволаниш енгил, ўрта ёки тугунли тошмалар 5 дан ошмайдиган беморларга, зўрайиш даврида, тошмалар жойлашган жойидан катъи назар кўрсатилади; • неонатал, чақалоқлар акнеси билан оғриган беморлар; • изотретиноин билан даволанаётган беморларга.
----------	--

4.1 Номедикантоз даволаш:

В	<ul style="list-style-type: none">• 15-стол. сут ва сут маҳсулотлари, технологик шоколад, ёғлар, юқори гликемик индексли овқатлар, қўзғатиш хусусияти берувчи озиқ-овқат маҳсулотларини чеклайдиган
----------	---

Терини парвариш қилиш:

С	<ul style="list-style-type: none">• Ҳар қандай оғирликдаги акне билан оғриган беморларга терининг барьер хусусиятларини тиклайдиган, яллиғланишга қарши таъсирга эга ва терига қўзғатиш хусусиятини берувчи таркибий қисмларни (алкогол, юқори концентратсияли кератолитик моддалар ва бошқалар), шунингдек комедоген моддаларни ўз ичига олган дерматокосметика воситаларидан фойдаланган ҳолда юмшоқ тозалаш ва намлаш тавсия этилади. Юмшоқ терини парвариш қилиш ҳар қандай ташқи ва тизимли акне дори терапиясига ҳамроҳ бўлиши керак
----------	--

4.2 Медикаментоз даволаш:

Рўйхатдан ўтмаган дори-дармонларни Ўзбекистон Республикасида бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида клиник протоколга киритиш харажатларни қоплаш учун асос бўлмайди.

Асосий дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100 %)

Фармакологик группаси	Дори воситасининг халқаро номи	Чиқариш шакли ва дозаси	Далил даража си	Ҳаволалар
	Тетрациклин	Таблетка 1 мг 2 Таблетка 3 – 4 маҳал	В	Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf
	Доксициклин	капсула, Таблетка 50, 100, 200 мг. 1 таб .1 – 2 маҳал	А	Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/
	Жозамицин	Таблетка 500 мг 1 таб 2-3 маҳал	В	Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf Клинические протоколы, руководства,

				рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/
--	--	--	--	---

	Эритромицин	<p>Таблетка 500 мг</p> <p>1 таб. 2-3 маҳал</p>	<p>В</p>	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p>
	Азитромицин	<p>Таблетка 200, 250 мг</p> <p>4-5 таб. 2маҳал</p>	<p>В</p>	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p>
		<p>Капсулалар 500 мг</p> <p>1 капс кунига</p>	<p>В</p>	<p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p>

Цефалексин	Таблетка 250 мг, 500 мг Ёшига қараб доза белгиланади 7 – 10 кун	В	Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/
Клиндамицин	Гранула, капсула, ампула 150 мг., 1,0 мл 1 таб – 4 маҳал	А	Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/
Ко-тримаксозол	Таблетка 480 мг.		Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023

		1 таб – 2 маҳал	<p>B</p> <p>https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p> <p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris, 2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p>
--	--	-----------------	--

Маҳаллий терапия	Изотретиноин	Малхам 0,01%, 0,05%, 0,1% 1 маҳал кунига, кечкурун	A	Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext
	Адапален	Крем, гелъ 0,1% 1 маҳал кунига, кечкурун	A	Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/

Маҳаллий микробларга қарши воситалар ва маҳаллий воситалар антибиотиклар (УД – А,В)	Бензоил пероксид	Гелъ 2,5%, 5,0%, 10,0% 1-2 маҳал	A	Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf
	Клиндамицин	Гелъ 1,0% 1-2 маҳал	B	
	Метронидазол	Гелъ 1,0% 1-2 маҳал	C	Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/
	Изотретиноин (0,05%) + эритромицин (2%)	Гелъ 1 маҳал кунига, кечкурун	B	Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext

Маҳаллий даволаш учун комбинацияланган дорилар	Клиндамицин фосфат 10 мг, бензоил сув пероксиди 50 мг (рўйхатга олиш хужжати илова қилинган)	Гель 15 г 1-2 маҳал кунига	А	Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021
	Адапален микросферик + клиндамицин фосфат (рўйхатга олиш хужжати илова қилинган)	Гель 30 г 1 маҳал кунига, кечкурун	А	https://diseases.medelement.com/disease/
	Адапален (0,1%) + ВРО (2,5%)	Гель 30 г 1 маҳал кунига, кечкурун	А	
	Эритромицин	Кукун		

	1,2% + цинк ацетати	1-2 маҳал эритмасини тақиллатишда тайёрлаш учун	В	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p>
	Азелаин кислотаси	крем, гель 20%, 15% 1-2 маҳала кунига	В	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p>
	Салицил кислотаси	Лосьон, гель тозалаш учун, крем 0,5% - 2%, 1-2 маҳала кунига	В	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016</p>

				https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/
	никотинамид	Гель, крем 2% - 4% 1-2 маҳал кунига	С	Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/
Гипосенсибилизацияловчи дори воситалари	Натрий тиосульфат	Томир ичига (В/В) – 5–50 мл 30% эритма. Ичга – 2–3 г қабул қилинади 10% эритма шаклида.	С	Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/

	Кальций глюконат	Томир ичига секин (2–3 дақиқа давомида) ёки томчилатиб юборилади. Катталар учун – 5–10 мл 100 мг/мл эритма ҳар куни, кун ора ёки ҳар 2 кунда. Болалар учун – ёшга қараб 1 дан 5 мл гача 100 мг/мл эритма ҳар 2–3 кунда секин юборилади.	С	Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/
--	------------------	---	---	--

Изоҳ: Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмоментлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

Жадвал 2

Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):

Фармакологик группаси	Дори воситасининг халқаро номи	Чиқариш шакли ва дозаси	Далил даражаси	Ҳаволалар
-----------------------	--------------------------------	-------------------------	----------------	-----------

Тизимли кортикостероидлар	Преднизолон	Таблетка 0,005 мг 30 – 60 мг/сут	С	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p>
	Триамцинолон	Ампуладаги қоришма 40 мг/мл 10 мг / мл. ёки 40 мг/мл	С	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p>
Тизимли ретиноидлар	Изотретиноин	Капсулалар 10 мг, 20 мг,		<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p>

		8 мг, 16 мг	A	<p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p>
Тизимли антиандрогенлар	<p>3 мг дросперинон + 20 мг этинил эстрадиол</p> <p>3 мг дросперинон + 30 мг этинил эстрадиол</p>	<p>Таблетка</p> <p>1 таб. кунига</p>	B	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021 https://diseases.medelement.com/disease/</p>
Антимикроб препаратлар	Метронидазол	<p>Таблетка 250мг 2 таб 2 махал кунига №10</p> <p>Эритма 500мг-100мл в/и томчилаб 2 махал кунига №10</p>	C	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris,2023 https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016 https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства,</p>

				<p>рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021</p> <p>https://diseases.medelement.com/diseases/</p>
<p>Антигистаминлар</p> <p>препаратлари</p>	<p>Дезлоратадин</p>	<p>Таблетка 10 мг</p> <p>1 маҳал кунига № 10-14</p>	<p>С</p>	<p>Guidelines of care for the management of acne vulgaris, 2023</p> <p>https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext</p> <p>Guideline for the Treatment of Acne, 2016</p> <p>https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf</p> <p>Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, 2021</p> <p>https://diseases.medelement.com/disease/</p>

Изоҳ: Агар маълум бир гуруҳга кирувчи зарур препарат шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни буюриши мумкин (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга

эга бўлган препаратлар). Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб чиққан ҳолда амалга оширилади. Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.

Терини намлаш учун препаратлар (эмоментлар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда заруратга кўра қўлланилиши мумкин.

Акне терапиясининг оғирлигига қараб алгоритми:

[https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(23\)03389-3/fulltext](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(23)03389-3/fulltext)

<i>Акне оғирлик даражаси</i>	<i>Комедонал акне</i>	<i>Енгил ва ўрта тугунча-йирингча шакли</i>	<i>Оғир папулос нустилар ва тугунли шакли</i>	<i>Оғир тугунли ёки конглобат акне</i>
	Махаллий ретиноидлар (адапален 0,1% изотретиноин 0,05%) ёки Азелаин кислота (15%, 20%)	Адапален (0,1%) + БПО (2,5%) Адапален микросферик й + клиндамицин фосфат ёки Клиндамицин фосфат 10 мг + бензоил сувли пероксид 50 мг ёки	Изотретиноин (юқори даража халқаро тавсиялар), Тизимли антибиотик (Тетрациклин ёки доксисиклин ёки азитромитсин) + адапален 0,1% + БПО ёки	Изотретиноин (юқори даража халқаро тавсиялар) Тизимли антибиотик (Тетрациклин ёки доксисиклин ёки азитромитсин) + адапален 0,1%+БПО ёки Тизим антибиотик
		Изотретиноин (0,05%)	Тизимли антибиотик	(Тетрациклин ёки доксициклин ёки

		эритромицин (2%) ёки ёки азелаин кислота ёки БПО 2,5%, 5%. ёки Эритромицин 1,2% + цинка ацетат ёки метронидазол гель 1%	(Тетрациклин ёки доксициклин ёки азитромицин) + азелаин кислота. Системный антибиотик + ВРО (паст даражаги тавсия)	азитромицин) + Азелаин кислота.
Ташқи терапия самарасиз бўлса		Тизим антибиотик (Тетрациклин, доксициклин)+ Адапален (0,1%) ёки БПО 2,5%, 5% ёки азелаин кислота		
Аёллар учун муқобил терапия			Гормонал антиандрогенлар (2 мг ципротерон ацетат + 35 мг ёки 3 мг дроспиренон + 20 мг этинил эстрадиол ёки 3 мг дроспиренон + 30 мг	Гормонал антиандрогенлар (2 мг ципротерон ацетат + 35 мг ёки 3 мг дроспиренон + 20 мг этинил эстрадиол ёки 3 мг дроспиренон + 30 мг этинил эстрадиол) + тизим

			этинил эстрадиол) маҳаллий БПО ёки азелаин кислота ёки адапален + БПО	антибиотик + маҳаллий БПО ёки азелаин кислота ёки адапален +БПО
Ҳомиладорларга	Азелаин кислота, эритромицин + цинк ацетат	Азелаин кислота + БПО ёки эритромицин + БПО	Тизим эритромицин ёки азитромицин + азелаин кислота ёки + БПО	Тизимли эритромицин ёки азитромицин ёки цефалексин + Азелаин кислота + БПО, қисқа курс преднизолон
Қўллаб-қувватлаш терапияси	Маҳаллий ретиноид ёки азелаин кислота	Маҳаллий ретиноид ёки азелаин кислота	Маҳаллий ретиноид ёки азелаин кислота	

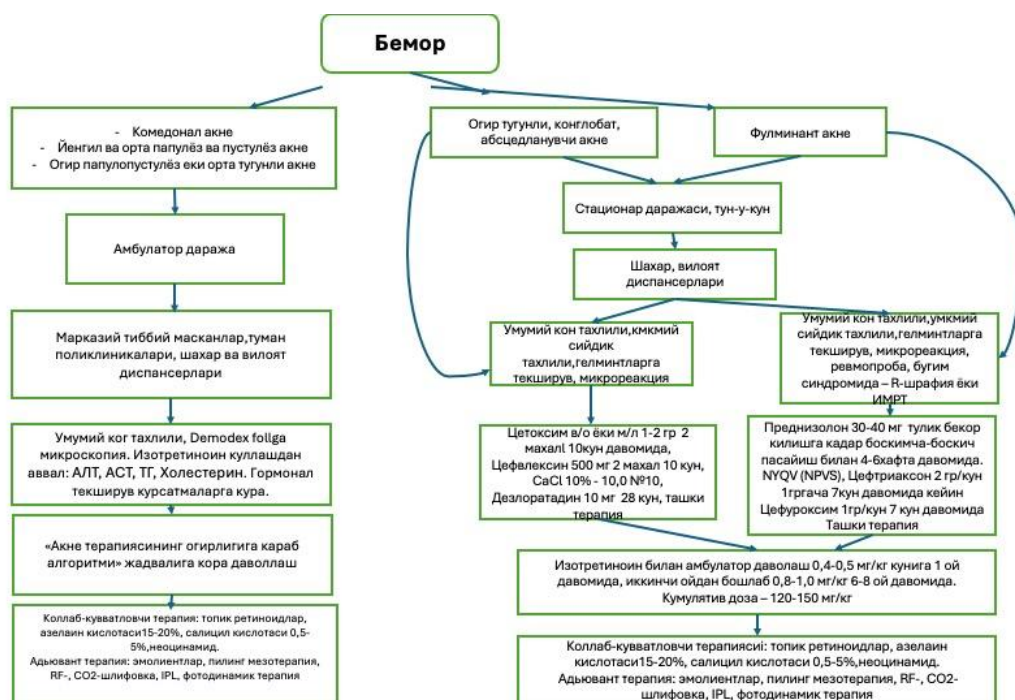
Госпитализация учун кўрсатмалар (турлари билан):

4.3 Касалхонага режали равишда ётқизиш учун кўрсатмалар:

- Оғир тугунли ёки конглобат акне – дерманинг чуқур қатламларида бир нечта оғриқли тугунлар ва кисталар пайдо бўлиши билан аниқ яллиғланиш реакцияси.
- Абсцессланган акне.
- Фулминант акне.

4.4 Шошилиш равишда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: йўқ.

Беморни кузатиш алгоритми:



5. Хирургик аралашув: Инфилтратлар ва кисталарни очиш

6. Кейинги бошқарув:

- газланган ичимликлар, ширин десертлар, технологик шоколад, сут ва сут маҳсулотлари кам бўлган парҳез.
 - дерматовенеролог, дерматокосметолог назорати остида биринчи ойда кунига 0,4 - 0,5 мг/кг дозада изотретиноин билан амбулатория шароитида даволаш; 2 ойдан бошлаб 6-8 ой давомида кунига 0,8 - 1,0 мг/кг, кумулятив дозаси 120 – 150 мг.
 - **терини парвариш қилиш** тозалаш учун рН даражаси рН 5,5 физиологик даражасига мос келадиган совунсиз тозалаш воситаларидан фойдаланинг.
 - **косметик муолажалар:** 20%, 30% салицил, 30%, 50%, 70% гликол кислота, 8%, 12%, 14% резорсинол, пелоидотерапия, мезотерапия, РФ–, CO2-қайта тиклаш, IPL терапияси, PDL лазер терапияси, фотодинамик терапия, криомассаж, Жаке бўйича массаж, мануал комедоэкстракция.
- Оғир тугунли, конглобат, абсцессланган акне косметик манипуляцияга қарши

кўрсатмалардир.

7. Протоколда тасвирланган диагностика ва даволаш усуллари даволаш самарадорлиги ва хавфсизлиги кўрсаткичлари:

- мавжуд бирламчи яллиғланиш тошмаларининг регрессияси;
- мавжуд бирламчи ўткир яллиғланиш тошмаларининг регрессияси;
- иккиламчи тошмаларнинг қисман регрессияси;
- субъектив ҳиссиётларнинг йўқолиши;
- янги элементларнинг пайдо бўлмаслиги.

**“ХУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТОШКЕНТ 2024

2.1. Кириш қисми

Акне инсоннинг энг кенг тарқалган касалликларидан биридир. Мавжуд самарали даволаш усулларига қарамай, акне 95%гача инсонларда учрайди, айниқса аёлларда аксар ҳолларда 25 ёшгача ва 50% ҳолатларда 25 ёшдан ошганларда аниқланади. Касалликнинг энг юқори даражаси ҳаётнинг 15 ёшдан 18 ёшгача (қизлар учун ўғил болаларга қараганда эрта) содир бўлади. Жараённинг намоён бўлиши, қоида тариқасида, себорея ва микрокомедонларнинг пайдо бўлиши (ёғ безларининг андроген воситачилигидаги гиперстимуляциясига жавобан) билан тавсифланади. Кейинчалик очик ва ёпиқ комедонлар, шунингдек, яллиғланиш элементлари тезда шаклланади. Касалликнинг гендер тақсимооти тахминан тенг, аммо эркакларда касаллик оғир шаклларнинг устунлиги ва узоқроқ давом этиши кўпроқ кузатилади. Баъзи ҳолларда (бу 25 ёшдан ошган аёлларнинг 50% дан ортиғи акне билан оғриган деган баёнотга зид келади) 18—20 ёшга келиб касалликнинг ўз-ўзидан регрессияси белгилари пайдо бўла бошлайди. Баъзи беморларда касаллик сурункали такрорланувчи хусусиятга эга бўлади, айрим ҳолларда 30—40 ёшга келиб — “кеч акне” (acne tarda) ҳосил бўлиши мумкин, бундай беморлар сони йил сайин ортиб бормоқда.

Сўнгги йилларда дерматозли беморларда психосоматик касалликлар ва уларни тузатиш муаммоси тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. Бу масалага бағишланган илмий-тадқиқот ва илмий ишлар сони ортиб бораётгани бунинг далилидир. Тананинг очик жойларида акне инсоннинг психологик саломатлигини бузади. Психологик сўров натижаларига кўра, ўсмирларнинг 80 фоизи одамлардаги энг ёқимсиз нарса акне деб ҳисоблашади. Айнан ёш аёллар акне туфайли психологик ҳолатининг бузилишига (шу жумладан депрессияга) мойил бўлиб қолишади [5, 6]. Терининг кўринадиган жойларида акне мавжудлиги дисморфофобияга олиб келиши мумкин (хаёлий ташқи деформация ғояси).

Ҳиссий реакция аклий фаолиятнинг энг сезгир таркибий қисми бўлиб, вегетатив ва эндокрин кўринишларнинг ўзига хос спектри билан бирга келади, шу жумладан — стресс гормонларининг, шу жумладан андрогенга боғлиқ нишон-хужайраларнинг функционал фаоллигини келтириб чиқарадиган андрогенларнинг чиқиши содир бўлади. Акне билан оғриган беморларда шахсий баҳолашнинг пасайиши уларни доимий равишда ўтқир ва сурункали стрессли вазиятларни бошдан кечиришга мажбур қилади, бу эса юқоридаги метаболик ўзгаришлар занжирини кўзғатади [10]

2.2 Таъриф

Акне (acne vulgaris)— сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, очик ёки ёпиқ комедонлар ва папулалар, пустулалар, тугунлар кўринишидаги яллиғланиш билан намоён бўлади.

Акне – мультифакториал дерматоз бўлиб, унинг патогенезида генетик жиҳатдан аниқланган гиперандрогения ва ёғ безлари секрециясининг генетик жиҳатдан аниқланган тури катта рол ўйнайди. [1].

3. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва муолажалари:

1) жараён ёки аралашувнинг мақсади:

А

- тошмаларнинг регрессияси;
- субектив ҳиссиётларнинг йўқолиши;

- янги элементларнинг пайдо бўлмаслиги;

2) муолажа ёки аралашувга қарши кўрсатмалар:

- ҳомиладорлик ва уни режалаштириш (тизимли ва маҳаллий ретиноидларни, баъзи антибиотикларни қўллашда);

- лактация даври (тизимли ва маҳаллий ретиноидлардан, баъзи антибиотиклардан фойдаланганда);

3) муолажа ёки аралашув учун кўрсатмалар: - акне билан оғриган беморлар;

4) муолажа ёки аралашувни амалга оширадиган мутахассисга қўйиладиган талаблар:

- Ихтисослашган тиббий ёрдам мутахассислар томонидан дерматологлар, дерматокосметологлар ва бошқа мутахассис шифокорлар томонидан кўрсатилади ва махсус усуллар ва мураккаб тиббий технологиялардан фойдаланишни талаб қиладиган касалликлар ва касалликларнинг олдини олиш, ташхислаш, даволашни ўз ичига олади.

5) муолажа ёки аралашувга тайёргарлик кўришда асосий ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати:

Медикаментоз даволаш

А	<p>Терапевтик акне стратегиясини танлашда иккита асосий мезонни таҳлил қилишга асосланиш керак:</p> <ul style="list-style-type: none">• тери жараёнининг оғирлик даражасига;• кечиш табиатига, аммо адекват терапия бемор терисининг типи, ёши, жинси, ёндош касалликлар, аввалги даволаш самараси, асоратлари ва беморнинг репродуктив режаларини назарда тутган ҳолда амалга оширилиши керак.
---	--

Асосий терапевтик ёндашувлар:

А	<ul style="list-style-type: none">• <i>Маҳаллий даволаш:</i> хуснбузар касаллигининг исталган турида ишлатилади. Монотерапия бўлиши ҳам мумкин.• <i>Тизимли даволаш:</i> хуснбузар касаллигининг ўрта ва оғир даражаларида ишлатилади.• Даволаш самарадорлигини баҳолашда даволашни бошлагач 12 ҳафта ўтиб зарарланиш соҳалари 50%га камаймаса ёки ҳаёт сифати яхшиланмаса терапия усулини ўзгартириш керак.
---	--

Тизимли даволаш

<https://static.insales-cdn.com/files/1/1337/7488825/original/dfp.pdf>

A 1	<ul style="list-style-type: none"> • Ўрта ва оғир оғирликдаги тугунли акне даволаш учун тавсия этилади; ўрта-оғир ва оғир кечувчи конглобат акне изотретиноинни тана вазнига 0,5-1 мг, кумулятив миқдор-тана вазнига 120 мг дан 150 мг гача, даволаниш давомийлиги жараённинг оғирлигига ва препаратга бардошлилик даражасига боғлиқ.
----------------	---

Изоҳлар: *Изотретиноинни беморларга перос буюриш учун акненинг оғир шакллари (тугунли, конглобатли акне ёки чандиқ хавфи бўлган акне); бошқа терапия турларида даволанмайдиган акне; касаллик ҳақида оғир психоэмоционал касалликлар билан биргаликдаги акне; чандиқ ҳосил қилувчи акне кабилар кўрсатма ҳисобланади. Препарат потенциал тератоген ҳисобланади ва ножўя таъсирга эга (хейлит, қуруқ тери, тери кўчиши кўпинча қайд этилади, камроқ алопеция, конъюнктивит, бош оғриги, артралгия ва бошқалар учрайди). Изотретиноин хавфсизлиги маълумотлари: ўртача ва оғир акне учун изотретиноин билан даволаш курси одатда яхши қабул қилинади ва хавфсиздир; тери ва шиллиқ пардаларнинг ножўя таъсири тез-тез учрайди, қайтарилади, намловчи маҳаллий терапияга яхши жавоб беради ва препаратни тўхтатишни талаб қилмайди; таянч-ҳаракат тизимидан ножўя таъсирлар кам учрайди; препаратни тўхтатишни талаб қилмайдиган лаборатория синовларида клиник жиҳатдан аҳамиятсиз оғишлар пайдо бўлиши мумкин. Шу билан бирга, жигар фаолияти ва липид алмашинувининг дастлабки кўрсаткичларини аниқлаш керак, сўнгра уларни 2-4 ҳафтадан сўнг такрорлаш керак; даволанишдан кейинги контрацепция даври 6 ой.*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21061764/>

<https://europepmc.org/article/med/1764965>

C 2	<p>Ўрта ва оғир тугунли акне даволаш учун тавсия этилади; ўрта ва оғир конглобат акне тизимли антибактериал даволаш [16-19, 77]:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Доксициклин кунига 100-200 мг, терапиянинг умумий давомийлиги 8 ҳафтадан ошмайди • миноциклин кунига 50-200 мг, терапиянинг умумий давомийлиги 8 ҳафтадан ошмайди
----------------	---

Изоҳлар: *Эритромицинни чекланган қўлланилиши ҳозирда C.aspes га резистент штаммларни кўплиги билан боғлиқ. Тетрациклин кам самарали ва ёмон қабул қилиниши туфайли камроқ қўлланилади.*

C 4	<ul style="list-style-type: none"> • Комедонал акне даволашда тизимли антибактериал дорилар ва/ёки изотретиноинни қўллаш тавсия этилмайди.
----------------	--

Изоҳлар: Тизимли антибактериал препаратлар билан монотерапия, шунингдек, антибиотикларга қаршилик кўрсатиши хавфи туфайли ташқи ва тизимли антибактериал дориларнинг комбинацияси тавсия этилмайди.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17964689/>

B 2	<p>Ўрта ва оғир тугунли акне даволаш учун тавсия этилади; Ўрта ва оғир конглобат акне андроген рецепторлари блокаторларини тайинлаш:</p> <ul style="list-style-type: none"> • орал контрацептивининг бир қисми сифатида этинил эстрадиол билан биргаликда ципротерон ацетат (енгил ва ўрта даражадаги акне даволашда аёлларга) • монофазлик орал контрацептивининг бир қисми сифатида 30 мкг этинил эстрадиол билан биргаликда 3 мг дроспиренон (аёллар учун) • дроспиренон 3 мг этинил эстрадиол 20 мкг билан биргаликда паст дозали монофазик оғиз контрацептивининг бир қисми сифатида (ўрта оғир акне даволашда) • спиронолактон кунига 50-150 мг монотерапия ёки даволанишга чидамли бўлса, ташқи воситаларга қўшимча терапия шаклида • флутамид
----------------	---

Изоҳлар: Флутамид акнеда самарали ҳисобланади, бироқ жигарга токсик таъсири уни қўллашни чеклайди.

Изоҳлар: Андроген рецепторларининг блокаторлари таркибидаги комбинирланган оғиз орқали қабул қилинувчи контрацептивлар нормал даражадаги андрогенлар билан катта ёшли аёлларга ва ўсмирларга қуйидаги ҳолларда тайинланиши керак: давомий, даволаш қийинги акненинг яллиғланган шакллари; ҳайздан олдин акненинг кучайиши; антибиотикотерапиянинг самарасизлиги.

Даволаш эндокринолог ва/ёки гинеколог консультацияларидан кейин, ҳамда ушбу соҳа мутахассиси томонидан тайинланади.

А	<ul style="list-style-type: none"> • Комедонал акнени даволашда андроген рецепторлари блокаторларидан фойдаланиш тавсия этилмайди.
---	--

Буйрак усти бези келиб чиқишли андроген ингибиторлари:

https://www.researchgate.net/publication/306085267_European_evidence-based_S3_guideline_for_the_treatment_of_acne_-_update_2016_-_short_version

С 3	<ul style="list-style-type: none"> • Тизимли глюкокортикостероид препаратларини кунига 2,5-5 мг дозада киска курсларда қўллаш аёлларда оғир яллиғланишли акне даволашда беморларга тавсия этилади
--------	--

***Изоҳлар:** Гормонал терапия себореяси бор аёллар, андрогенетик алопеция, САНА-синдром (seborrhea/acne/hirsutism/alopecia), кеч бошланган акне ва овориал ёки буйракусти бези туйфайли келиб чиқишига эга гиперандрогенизм бор ҳолатларда кўрсатма ҳисобланади.*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18792547/>

С 2	<ul style="list-style-type: none"> • Акне билан оғриган аёлларга овариал андроген ишлаб чиқариш ингибиторларини буюриш тавсия этилади. • Ушбу гуруҳга эстрогенлар, комбинацияланган орал контрацептивлари, ципротерон ацетат, паст дозали глюкокортикостероидлар киради.
--------	---

***Изоҳлар:** Даволаш эндокринолог ва/ёки гинеколог консультацияларидан кейин, ҳамда ушбу соҳа мутахассиси томонидан тайинланади.*

Махаллий даволаш

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11843229/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12095880/>

A 1+	<p>Акне барча шакллари даволаш учун тавсия этилади - ташқи ретиноидларни буюриш:</p> <ul style="list-style-type: none"> • адапален, гель, крем 0,1% кунига бир марта (кечга) зарарланган ўчоқнинг тоза, қуруқ терисига, кўз ва лабларга тушишдан сақлаган ҳолатда.
-----------------	---

Изоҳлар: *Терапевтик таъсири адапалендан 4–8 ҳафталик даволашдан кейин ривожланади, барқарор яхшиланиш эса 3 ойлик даволаш курсидан сўнг кузатилади. Зарурат бўлганда курсни узайтириши мумкин. Баъзи ҳолларда қисқа муддатли терини безовта қилиш сабабли аппликациялар сони камайтирилиши ёки даволаш безовталик белгиларини йўқолгунча тўхтатилиши мумкин. Адапален комедонли акнени даволашда биринчи қатор дори сифатида, енгил ва ўрта даражадаги папуло-пустулёз акнеда бензоил пероксид ёки клиндамицин билан қўшиб қўлланилади; кенг тарқалган шикастланишларда тизимли антибактериал препаратлар билан комбинацияда иккинчи қатор дори сифатида тайинланади; папуло-пустулёз акнени кенг тарқалган шикастланишларини даволашда тизимли антибактериал препаратлар ва бензоил пероксид билан қўшиб учинчи қатор дори сифатида тайинланади. Тугунли/конглобат акнени даволашда адапален тизимли антибактериал препаратлар билан ёки адапален ва бензоил пероксид комбинацияси учинчи қатор дори сифатида қўлланилади.*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16281587/>

https://www.medicaljournals.se/acta/content_files/files/pdf/69/143/1434548.pdf

<https://europepmc.org/article/med/8654128>

B 2	<ul style="list-style-type: none"> • азелаин кислотаси, крем 20%, гель 15% кунига 2 марта (эрталаб ва кечкурун)
----------------	--

Изоҳлар: *Терапевтик таъсири 4 ҳафталик даволашдан кейин ривожланади, энг яхши натижаларга эришиш учун препаратни бир неча ой давомида қўлаш тавсия этилади. Азелаин кислотаси ўрта даражадаги папуло-пустулёз акнени даволашда иккинчи қатор дори сифатида тайинланади. Оғир даражадаги папуло-пустулёз акнени ёки ўрта даражадаги тугунли акнени даволашда азелаин кислотаси адапален ва тизимли антибактериал препаратлар билан комбинацияда ёки тизимли антибактериал препаратлар ва азелаин кислотаси иккинчи қатор дори сифатида қўлланилади.*

<https://europepmc.org/article/med/6167116>

A 1	<ul style="list-style-type: none">• бензоил пероксид, гель 2,5–5–10% кунига 2 марта (эрталаб ва кечкурун)
----------------	---

Изоҳлар: *Терапевтик таъсири бензоил пероксиддан 4 ҳафталик даволашдан кейин ривожланади, барқарор яхшиланиш эса 3 ойлик даволашдан сўнг кузатилади. Бензоил пероксид кўпинча антибактериал препаратлар билан комбинацияда ҳам ташқи, ҳам системавий терапияда қўлланилади. Бензоил пероксид билан даволашда бактериал резистентлик ривожланмайди, шу сабабли уни кўпинча антибактериал препаратлар билан даволанган беморларга тайинлашади. Бензоил пероксид комедонли акне ва оғир даражадаги папуло-пустулёз акнени даволашда тизимли антибактериал препаратлар билан комбинацияда учинчи қатор дори сифатида, енгил ва ўрта даражадаги папуло-пустулёз акнени даволашда эса иккинчи қатор дори сифатида қўлланилади.*

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6230999/>

B 2	<p>Акне даволаш учун антибактериал препаратларни ташқи тайинлаш тавсия этилади:</p> <p>клиндамицин фосфат, гель 1%</p> <ul style="list-style-type: none">• клиндамицин гидрохлориди, ташқи фойдаланиш учун эритма 1%. Юпқа гель ёки эритма қатлами қўлланилади, илгари тозаланган ва қуруқ терига, кунига 2 марта.
----------------	--

Изоҳлар: *Даволаш курси 6-8 ҳафтадан ошмайди, препаратни маҳаллий ретиноидлар ёки азалеин кислотаси билан комбинацияда қўлланилади.*

C 4	<ul style="list-style-type: none">• Енгил ва ўрта комедонал акне ва папуло пустулар акне учун маҳаллий антибактериал препаратлар тавсия этилмайди.
----------------	--

http://www.studiomedicoaimone.it/uploads/1/0/6/9/10695332/1g_acne.pdf

A 1	<p>Акне даволаш учун беморларга ташқи комбинатсияланган дориларни қўллаш тавсия этилади:</p>
----------------	--

- адапален (0,1%) + бензоил пероксид (2,5%) гелъ, кунига бир марта (кечаси) зарарланган соҳанинг тоза, куруқ терисига, кўз ва лабларга тушишидан сақланган ҳолда.

Изоҳлар: *Терапевтик самара даволашдан 1-4 хафта ўтиб ривожланади. Даволаш муддати касалликнинг клиник кўриниши динамикасига асосланиб, шифокор томонидан белгиланиши керак. Зарурат тугилганда даволаш курси бир неча ойни ташкил қилиши мумкин. Агар терини безовта қилувчи белгилари пайдо бўлса, комедонларни келтириб чиқармайдиган намловчи воситаларни қўллаш тавсия этилади, аппликациялар сони камайтирилиши мумкин (масалан, кунига бир марта), ёки даволаш вақтинча тўхтатилиши ёки тўлиқ бекор қилиниши мумкин. Адапален ва бензоил пероксид комбинацияси антибиотикларга резистентли *S. asnes* штаммлари билан чақирилган акнени даволашда самарали ҳисобланади.*

http://www.studiomedicoaimone.it/uploads/1/0/6/9/10695332/lg_acne.pdf

**В
1+**

- адапален (0,1%) + клиндамицин (1%) гелъ, кунига бир марта (кечаси) зарарланган худуднинг тоза, куруқ терисига, кўз ва лаблардан сақланиш.

Изоҳлар: *Даволаш курси 2 ҳафтадан 4 ҳафтагача давом этади. Кейинчалик маҳаллий ретиноидлар билан ташқи терапияга ўтиши тавсия этилади.*

Акнени даволаш касалликнинг оғирлик даражасига қараб ўтказилади ва тизимли ҳамда маҳаллий терапияни ўз ичига олади. Дерматознинг оғирлик даражасини аниқлашда қуйидаги мезонлар инобатга олинади: тарқалиши, жараённинг чуқурлиги, элементлар сони, психоэмоционал ҳолатга таъсири, тугалланиши жараёнида қолган яра излари. Акненинг энгил, ўрта ва оғир даражалари ажратилади, аммо бугунги кунда касалликнинг оғирлик даражасини баҳолаш усули бўйича ягона келишув йўқ.

Акненинг энгил даражасида фақат ташқи терапия тайинланади, ўрта даражада – ташқи терапия зарурат тугилганда тизимли терапия билан қўшилади, оғир даражада асосий даволаш усули тизимли терапиядир. Ҳозирги ташқи препаратлар фолликуляр

гиперкератоз, С. asnes бактерияларининг кўпайиши ва яллиғланиши каби акненинг асосий патогенетик механизмларига таъсир кўрсатишга қаратилган.

С. asnes антибиотикларга резистентлик ривожланишини камайтириши учун акне билан оғриган беморларни даволашда қўйидаги қоидаларга амал қилиши тавсия этилади: антибиотикларни қўллаш муддати 8 ҳафтадан ошмаслиги керак; тизимли ва маҳаллий антибиотик препаратларини бензоил пероксидсиз бир вақтда қўллашдан қочили лозим; антибиотикларни қўллашни ҳам такрорлашда, ҳам давомийликда чеклаш зарур. Тизимли ва маҳаллий антибиотик препаратларини монотерапия ва қўллаб-қувватловчи терапия сифатида қўллаш тавсия этилмайди; ретиноидлар (шу жумладан, адапален) билан антибиотикларни комбинацияда қўллашдан қочили керак, агар бензоил пероксид қўшимча равишда тайинланмаса.

Катта ёшли аёлларда акнени даволаш учун асосий терапия сифатида ретиноидлар (комедонли ва енгил ҳамда ўрта даражадаги яллиғланувчи акне) тавсия этилади. Азелаин кислотаси (20% крем ёки 15% малҳам) яллиғланувчи енгил даражадаги акнени монотерапия қилиши учун биринчи қатор препарати ва комедонли акнени даволашда иккинчи қатор дори сифатида тавсия этилади. Бензоил пероксид енгил ва ўрта даражадаги акнени даволашда кўрсатилган, комбинирланган препаратлар (адапален + бензоил пероксид) ўрта оғирлик ва оғир даражадаги яллиғланувчи акнени даволашда қўлланилади. Яллиғланишдан кейинги гиперпигментацияни даволашда биринчи қатор препаратларига азелаин кислотаси (15% ёки 20%), ретиноидлар ёки ретиноидлар ва бензоил пероксид комбинацияси киради.

http://www.studiomedicoaimone.it/uploads/1/0/6/9/10695332/lg_acne.pdf

В 1+	<ul style="list-style-type: none">• бензоил пероксид сувсиз (бензоил пероксид 77% шаклида) 50 мг + клиндамицин (клиндамицин фосфат шаклида) 10 мг, кунига бир марта (кечаси) зарарланган соҳанинг тоза, курук терисига, кўз ва лаблардан сақланиш.
-----------------	--

http://www.studiomedicoaimone.it/uploads/1/0/6/9/10695332/lg_acne.pdf

С 3	<ul style="list-style-type: none">• Ҳар қандай акне учун ультрабинафша нурлар билан нурланишдан фойдаланиш тавсия этилмайди.
----------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> • Макрокомедонлар билан: механик муолажалар, комедоэкстракция, каутеризация. <p>Монотерапия сифатида 1-қатор (маҳаллий ретиноидлар) ва 2-қатор (Азелаин кислота) ёки (бензоил пероксид) препаратларини буюриш тавсия этилади.</p> <p>Папулалар бўлган енгил кечувчи яллиғланишли субтипда тавсия этилади:</p> <p>Косметик муолажалар: юзаки пилинглар;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Азелаин кислота ёрдамида монотерапия; • бензоил пероксид; • маҳаллий ретиноидлар .
--	---

<https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf>

В 2	<ul style="list-style-type: none"> • Юзнинг пастки 1/3 қисмида, бурун кўпригида катта ёшли аёлларда комедонлар учун тавсия этилган косметик муолажалар: <p>Макрокомедонларсиз: юзаки пилинглар.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Биринчи даражали дорилар сифатида болалик давридаги акне ва ўсмирликдан олдинги акнени даволаш учун тавсия этилади: <p>енгил акне билан (комедонлар ва/ёки оз миқдордаги папулалар/пустулалар) – маҳаллий ретиноидлар (адапален), бензоил пероксид, адапален + бензоил пероксид, адапален + бензоил пероксид+ маҳаллий антибактериал препарат комбинацияси;</p> <p>Ўрта оғир акне учун - адапален + бензоил пероксид, адапален + бензоил пероксид + маҳаллий антибактериал препарат комбинацияси;</p> <p>оғир акне учун - [адапален + бензоил пероксид] + тизимли антибактериал препарат.</p>
----------------	--

Изоҳлар: Қўллаб-қувватловчи терапия акнени даволашда яллиғланувчи ва яллиғланмаган акнени назорат қилиш имконини берувчи дори воситаларини узлукли тартибда қўллашни ўз ичига олади. Асосий даволаш курси тугаганидан ва клиник самарага эришилганидан сўнг, 12 ойгача қўллаб-қувватловчи терапия тавсия этилади. Қўллаб-қувватловчи терапия учун танлов препарати адапален бўлиб, альтернатив дори сифатида азелаин

кислотаси қўлланилади. Антибиотикларга резистентликни камайтириши мақсадида маҳаллий антибактериал препаратларни қўллаб-қувватловчи терапия сифатида қўллаш тавсия этилмайди. Агар антимикроб терапия зарур бўлса, энг яхши вариант адапален ва бензоил пероксид комбинациясини қўллашдир.

<https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf>

C
4

- Ҳомиладорликни режалаштираётган беморларга акне даволаш учун **тавсия этилади:**
Азелаин кислота (15% ёки 20%) ёки бензоил пероксид (2,5–5%) билан маҳаллий монотерапия.
- Акне оғир яллиғланиш шакллари учун бензоил пероксиднинг клиндамицин билан бирикмасидан фойдаланиш тавсия этилади.
- Ҳомиладорлик пайтида оғир акне учун беморларга тизимли эритромицинни қўллаш тавсия этилади (фойда ва хавф нисбатини синчковлик билан баҳолагандан сўнг).
- Ҳомиладорлик пайтида оғир акне учун беморларга тизимли глюкокортикостероидлардан фойдаланиш тавсия этилади (фойда ва хавф нисбатларини синчковлик билан баҳолагандан сўнг).
- Беморларда даводан натижа бўлмаса, қуйидаги дориларни қўллаш тавсия этилади:
- енгил акне учун (комедонлар ва/ёки оз миқдордаги папулалар/пустулалар) - бензоил пероксид ёки маҳаллий ретиноид (адапален) қўшилиши (агар комбинацияланган терапияда қўлланилмаса), маҳаллий ретиноид концентрацияси ёки шакли ўзгариши, маҳаллий комбинатсияланган терапиянинг ўзгариши;
- ўрта акне учун- маҳаллий ретиноид концентрацияси ёки шаклининг ўзгариши, маҳаллий комбинацияланган терапиянинг ўзгариши, тизимли антибактериал препарат қўшилиши, изотретиноин, оғиз оқали қабул қилинувчи контрацептивлари (қизлар учун);
- оғир акне учун-тизимли антибактериал препаратни алмаштириш, изотретиноин, оғиз контрацептивлари (қизлар учун).

Изоҳлар: Ҳомиладор аёлларда назорат тадқиқотлари ўтказилмаган, аммо азела кислотасини (15% ва 20%) маҳаллий қўллаш бўйича йигирма йиллик клиник тажриба давомида препаратнинг ножўя таъсири кузатилмаган. Акне оғир шаклларида, шунингдек, маҳаллий терапияга чидамли беморларда ҳомиладорликнинг биринчи триместридан кейин тизимли глюкокортикоид ёки антибактериал препаратлар (эритромицин ёки клиндамицин) қўлланилиши мумкин.

<https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf>

С 3	<ul style="list-style-type: none"> • Ҳомиладорликни режалаштираётган беморларга акне даволаш учун тавсия этилади: Азелаин кислота (15% ёки 20%) ёки бензоил пероксид (2,5–5%) билан ташқи монотерапия. • Бензоил пероксиднинг ташқи томондан клиндамицин билан бирикмасидан фойдаланиш ҳуснбузарнинг оғир яллиғланиш шакллари учун тавсия этилади. • Ҳомиладорлик пайтида оғир акне учун беморларга тизимли эритромицинни қўллаш тавсия этилади (фойда ва хавф нисбатини синчковлик билан баҳолагандан сўнг). • Ҳомиладорлик пайтида оғир акне учун беморларга тизимли глюкокортикостероидлардан фойдаланиш тавсия этилади (фойда ва хавф нисбатларини синчковлик билан баҳолагандан сўнг). • Янги туғилган чақалоқларда ҳуснбузарни даволаш пайтида терини юмшоқ парвариш қилиш, терининг ёғлар билан алоқа қилишини истисно қилиш тавсия этилади. Оғир ҳолатларда 2,5% бензоил пероксид кўрсатилади
--------	---

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2017/5/downloads/ru/1199728492017051049>

С 3	<ul style="list-style-type: none"> • Рух ацетат микронизацияланган 1,2% + эритромицин 4%
--------	---

Патогенетик терапия самарадорлигини ошириш учун қуйидагилар тавсия этилади:
<https://cyberleninka.ru/article/n/biogennye-stimulyatory-rastitelnogo-proishozhdeniya/viewer>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29193602/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8226785/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312702/>
<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferез-i-lazernaya-terapiya/viewer>

С 5	<ul style="list-style-type: none"> • Биоген стимуляторлар • Витаминлар билан даволаш: А, С, Д, Е витаминлари, В гуруҳи, рух • Гипосенсибилизацияловчи терапия • ВКЛН терапияси • Инъекцион озон терапияси • Плазмаферез
----------------	---

Физиотерапевтик даволаш усуллари:

https://journals.lww.com/ebp/abstract/2018/02000/does_uv_light_improve_acne_.18.aspx
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271294/>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36545686/>
<https://dermnetnz.org/topics/blue-light-acne-treatment>
<https://dermnetnz.org/topics/lasers-lights-and-acne#:~:text=Infrared%20lasers%20can%20penetrate%20deeply,been%20studied%20for%20a%20treatment>
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4245763/>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9582870/>

С 3	<ul style="list-style-type: none"> • Электрофорез • ИК-лазер терапияси • Пастдаражали ёруғлик терапияси
----------------	--

Қўллаб-қувватловчи терапия:

<https://www.medscape.com/viewarticle/470170>

А 1	<ul style="list-style-type: none"> • Акне учун парваришлаш терапияси - бу яллиғланишсиз ва яллиғланишли акне кўринишини назорат қилиш имконини берувчи интервалгача режимда тегишли дори-дармонларни қўллашни ўз ичига олади. • Даволашнинг асосий курси тугагандан ва клиник таъсирга эришгандан сўнг, 12 ойгача парваришлаш терапияси кўрсатилади. Қўллаб-қувватловчи даволаш учун танлов препарати бўлиб адапален, ёки ўрнига азелаик кислота хизмат қилиши мумкин.
----------------	--

б) муолажа ёки аралашув самарадорлигини кўрсаткичлари:

- мавжуд бирламчи яллиғланиш тошмаларининг регрессияси;
- мавжуд бирламчи ўткир яллиғланиш тошмаларининг регрессияси;
- иккиламчи тошмаларнинг қисман регрессияси;
- субектив ҳиссиётларнинг йўқолиши;
- янги элементлар бўлмаслиги.

**“ҲУСНБУЗАР КАСАЛЛИГИ” НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ**

ТОШКЕНТ 2024

2.1. Кириш қисми

Акне инсоннинг энг кенг тарқалган касалликларидан биридир. Мавжуд самарали даволаш усулларига қарамай, акне 95%гача инсонларда учрайди, айниқса аёлларда аксар ҳолларда 25 ёшгача ва 50% ҳолатларда 25 ёшдан ошганларда аниқланади. Касалликнинг энг юқори даражаси ҳаётнинг 15 ёшдан 18 ёшгача (қизлар учун ўғил болаларга қараганда эрта) содир бўлади. Жараённинг намоён бўлиши, қоида тариқасида, себорея ва микрокомедонларнинг пайдо бўлиши (ёғ безларининг андроген воситачилигидаги гиперстимуляциясига жавобан) билан тавсифланади. Кейинчалик очиқ ва ёпиқ комедонлар, шунингдек, яллиғланиш элементлари тезда шаклланади. Касалликнинг гендер тақсимоти тахминан тенг, аммо эркакларда касаллик оғир шаклларнинг устунлиги ва узокроқ давом этиши кўпроқ кузатилади. Баъзи ҳолларда (бу 25 ёшдан ошган аёлларнинг 50% дан ортиғи акне билан оғриган деган баёнотга зид келади) 18—20 ёшга келиб касалликнинг ўз-ўзидан регрессияси белгилари пайдо бўла бошлайди. Баъзи беморларда касаллик сурункали такрорланувчи хусусиятга эга бўлади, айрим ҳолларда 30—40 ёшга келиб — “кеч акне” (acne tarda) ҳосил бўлиши мумкин, бундай беморлар сони йил сайин ортиб бормоқда.

Сўнгги йилларда дерматозли беморларда психосоматик касалликлар ва уларни тузатиш муаммоси тобора муҳим аҳамият касб этмоқда. Бу масалага бағишланган илмий-тадқиқот ва илмий ишлар сони ортиб бораётгани бунинг далилидир. Тананинг очиқ жойларида акне инсоннинг психологик саломатлигини бузади. Психологик сўров натижаларига кўра, ўсмирларнинг 80 фоизи одамлардаги энг ёқимсиз нарса акне деб ҳисоблашади. Айнан ёш аёллар акне туфайли психологик ҳолатининг бузилишига (шу жумладан депрессияга) мойил бўлиб қолишади [5, 6]. Терининг кўринадиган жойларида акне мавжудлиги дисморфофобияга олиб келиши мумкин (хаёлий ташқи деформация ғояси).

Ҳиссий реакция ақлий фаолиятнинг энг сезгир таркибий қисми бўлиб, вегетатив ва эндокрин кўринишларнинг ўзига хос спектри билан бирга келади, шу жумладан — стресс гормонларининг, шу жумладан андрогенга боғлиқ нишон-хужайраларнинг функционал фаоллигини келтириб чиқарадиган андрогенларнинг чиқиши содир бўлади. Акне билан оғриган беморларда шахсий баҳолашнинг пасайиши уларни доимий равишда ўткир ва сурункали стрессли вазиятларни бошдан кечиришга мажбур қилади, бу эса юқоридаги метаболик ўзгаришлар занжирини кўзғатади [10]

2.2 Таъриф

Акне (acne vulgaris)– сурункали яллиғланиш касаллиги бўлиб, очиқ ёки ёпиқ комедонлар ва папулалар, пустулалар, тугунлар кўринишидаги яллиғланиш билан намоён бўлади.

Акне – мультифакториал дерматоз бўлиб, унинг патогенезида генетик жиҳатдан аниқланган гиперандрогения ва ёғ безлари секрециясининг генетик жиҳатдан аниқланган тури катта рол ўйнайди. [1].

3.1 Профилактика усуллари ва муолажалари:

- 1) профилактиканинг мақсади: қайталанишини олдини олиш ва янги тошмаларнинг ривожланиши, хуснбузарлардан кейин чандиқлар пайдо бўлишини олдини олиш.
- 2) терини парвариш қилиш:

С	<p>ҳар қандай оғирликдаги акне билан оғриган беморлар терининг барьер хусусиятларини тиклайдиган, яллиғланишга қарши таъсирга эга ва терини қўзғатиш хусусияти берувчи таркибий қисмларни (алкогол, юқори концентратсияли кератолитик моддалар ва бошқалар), шунингдек комедоген моддаларни ўз ичига олган дерматокосметика воситаларидан фойдаланган ҳолда юмшоқ тозалаш ва намлантириш. Терини юмшоқ парвариш қилиш ҳар қандай маҳаллий ва тизимли акне дори терапиясига ҳамроҳ бўлиши керак.</p>
----------	---

3) овқатланиш тартиби: сут ва сут маҳсулотлари, технологик шоколад, ёғлар, юқори гликемик индексли овқатлар, қўзғатиш хусусияти берувчи озиқ-овқатларни чеклаш.

4) акне пайдо бўлишининг олдини олиш учун беморларга тавсия этилади:

С 3	<p>Комбинацияланган препарат адапален (0,1%) + бензоил пероксид (2,5%), гель 1 маҳал кунига 6 ой давомида янги атрофик чандиқларнинг пайдо бўлиш хавфини камайтиради, шунингдек, акне чандиқларининг умумий кўринишини яхшилайти.</p>
------------	---

5) Қўллаб-қувватловчи терапия:

А 1	<ul style="list-style-type: none"> • Акне учун қўллаб-қувватловчи терапия - бу яллиғланишсиз ва яллиғланишли акне пайдо бўлишини назорат қилиш учун тегишли дори-дармонларни интервалгача режимда қўллаш. • Даволашнинг асосий курсини тугатгандан ва клиник таъсирга эришгандан сўнг, 12 ойгача бўлган парваришlash терапияси кўрсатилади. Қўллаб – қувватловчи терапия учун танланган дори - бу адапален, альтернатив дори - азелаин кислота.
------------	---

3.2 Реабилитатсия усуллари ва муолажалари:

Ўтказилмайди.

4. Профилактик ва реабилитация тадбирларининг самарадорлиги кўрсаткичлари:

- * акнедан кейинги чандиқларнинг минимал сони;
- * янги элементларнинг бўлмаслиги
- * рецидивлар сонини камайиши

Ишлатилган адабиёт:

1. Клинические протоколы, руководства, рекомендации Министерства здравоохранения Республики Узбекистан 2021 (<https://diseases.medelement.com/disease>)
2. (Guidelines of care for the management of acne vulgaris. Work Group: A. L. Zaenglein, A. L. Pathy et al J Am Acad Dermatol. 2016 .(
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962215026146>)
3. A. Nast, B. Dréno et al. Guideline on the Treatment of Acne Developed by the Guideline Subcommittee “Acne” of the European Dermatology Forum, 2014.(
<https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf>)
4. С.С. Арифов., Д.Б. Шодиев., И.М. Байбеков. Морфологические особенности кожи при вульгарных угрях // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. - Ташкент., 2002. - № 3-4. - С. 15-19. (<https://www.ndrz.uz/issue/2011/ndrz-2011-2-3.pdf>)
5. Н.И. Гусаков., О.Б.Соседова., В.В.Скальный., В.В.Пышкина. Современные проблемы угревой болезни // Вестн. последиплом. мед. образования. - 2001. - №2. - С. 50-52.(<https://www.dissercat.com/content/kliniko-immunologicheskie-osobennosti-tyazhelogo-techeniya-akne-i-obosnovanie-patogenetiches>)
6. Ш. З. Мавлянова., Д. Р. Хакимов., А. М. Давурова. Видовая идентификация и особенности колонизации штаммов *Candida spp.* в биосубстратах организма у больных угревой болезнью : научное издание // Проблемы медицинской микологии. 2013. - Том 15. -2013. - С. 101 (https://mycology.szgmu.ru/files/MAPO_2_2013.pdf)
7. Мавлянова Ш. З., Хакимов Д. Р. Микробиологическая идентификация возбудителей кожи и ряда полых органов у больных акне с разными формами и степенью тяжести патологического процесса. // Клиническая дерматология и венерология- Москва, 2013. - №6. -С 104-107. (<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venereologiya/2013/6/031997-28492013621>)
8. F.Fiedler, G.I. Stangl et al Acne and Nutrition: A Systematic Review, Acta Derm Venereol 2017; 97: 7–9. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27136757/>)
9. Окуай Р. Ertabaklar H et al. Prevalence of Demodex folliculorum in young adults: relation with sociodemographic/hygienic factors and acne vulgaris. Journal Of The European Academy Of Dermatology And Venereology: JEADV 2006 Apr; Vol. 20 (4), pp. 474-6.(<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-3083.2006.01470.x>)
10. Мавлянова Ш.З., Хакимов Д.А. «Способ прогнозирования степени тяжести угревой болезни у пациентов с дисбиозом кишечника» / Патент на изобретения. – IAP 05196 (https://ias.gov.uz/static/project_files/e3ac3cf4-e8c5-4ceb-9d61-ba136c3ef61a.pdf)
11. Tucker S.B., Tausend R., Cochran R., Flannigan S.A. Comparison of topical clindamycin phosphate, benzoyl peroxide, and a combination of the two for the treatment of acne vulgaris. Br J Dermatol 1984; 110 (4): 487–492.(
<https://academic.oup.com/bjd/article-abstract/110/4/487/6689192?redirectedFrom=fulltext>)
12. Яровая Н.Ф. Угревая болезнь (акне) // Вестник последипломного медицинского образования. - М., 2007. - №2. - С. 54-65. (<https://www.biotech.spb.ru/main.php?menu=books&list=alf&id=33>)
13. Dreno B., Pecastaings S., Corvec S., Veraldi S., Khammari A., Roques C. Cutibacterium acnes (Propionibacterium acnes) and acne vulgaris: a brief look at the latest updates. JEADV. DOI: 10.1111/jdv.15043. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29894579/>)
14. O’Neill A., Gallo R. Host-microbiome interactions and recent progress into understanding the biology of acne vulgaris. Microbiome (2018) 6:177

- <https://doi.org/10.1186/s40168-018-0558-5>
(<https://microbiomejournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40168-018-0558-5>)
15. Scholz CF, Kilian M. The natural history of cutaneous propionibacteria, and reclassification of selected species within the genus *Propionibacterium* to the proposed novel genera *Acidipropionibacterium* gen. nov., *Cutibacterium* gen. nov. and *Pseudopropionibacterium* gen. nov. *Int J Syst Evol Microbiol* 2016; 66: 4422–4432. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27488827/>)
 16. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология, 2015.(<https://www.ismos.ru/guidelines/doc/fkr2016.pdf>)
 17. Thiboutot D.M., Dreno B., Abanmi A., Alexis A.F., Araviiskaia E. et al. Practical management of acne for clinicians: an international consensus from Global Alliance to improve outcomes in acne. *J Am Acad Dermatol*. 2018 Feb;78(2 Suppl 1):S1-S23. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29127053/>)
 18. Nast A., Dréno B., Bettoli V., Bukvic Mokos Z., et al. European evidence-based (S3) guideline for the treatment of acne - update 2016 - short version. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 Aug;30(8):1261-8. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27514932/>)
 19. Gollnick H., Cunliffe W., Berson D. et al. Management of acne: a report from a Global Alliance to improve outcomes in acne. *J Am Acad Dermatol* 2003; 49 (Suppl.1): S1–37. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0190962203015639>)
 20. Dreno B., Layton A., Zouboulis C. et al. Adult female acne: a new paradigm. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2013; 27: 1063–1070. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23302006/>)
 21. Самцов А.В. Акне и акнеиформные дерматозы. Монография – М.: ООО «ЮТКОМ», 2009. – 208 с.: ил. (<https://books.google.co.uz/books/about>)
 22. Cantatore-Francis J.L., Glick S.A. Childhood acne: evaluation and management. *Dermatol Ther* 2006; 19 (4): 202–209. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17004996/>)
 23. Eichenfield L.F. et al. Evidence-Based Recommendations for the Diagnosis and Treatment of Pediatric Acne. *Pediatrics*, 2013;131:163–186. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23637225/>)
 24. Araviiskaia E., Dréno B. The role of topical dermocosmetics in acne vulgaris. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2016 (<https://europepmc.org/article/med/26916232>)
 25. Dreno B, Araviiskaia E, Berardesca E, Bieber T, The science of dermocosmetics and its role in dermatology. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2014 Nov;28(11):1409-17.(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24684296/>)
 26. Peck G.L., Olsen T.G., Butkus D. et al. Isotretinoin versus placebo in the treatment of cystic acne. A randomized double-blind study. *J Am Acad Dermatol* 1982; 6: 735–745. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6461677/>)
 27. Strauss J.S., Rapini R.P., Shalita A.R. et al. Isotretinoin therapy for acne: results of a multicenter dose-response study. *J Am Acad Dermatol* 1984; 10: 490–496. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6233335/>)
 28. Webster G.F., Graber E.M. Antibiotic treatment for acne vulgaris. *Semin Cutan Med Surg* 2008; 27 (3): 183–187. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18786496/>)
 29. Kircik L.H. Doxycycline and minocycline for the management of acne: a review of efficacy and safety with emphasis on clinical implications. *J Drugs Dermatol* 2010; 9 (11): 1407–1411. (<https://jddonline.com/articles/doxycycline-and-minocycline-for-the-management-of-acne-a-review-of-efficacy-and-safety-with-emphasis-S1545961610P1407X/>)
 30. Amin K., Riddle C.C., Aires D.J., Schweiger E.S. Common and alternate oral antibiotic therapies for acne vulgaris: a review. *J Drugs Dermatol* 2007; 6 (9): 873–880. (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17941358/>)

<https://www.guidelinecentral.com/guideline/21839/>

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

[https://www.jaad.org/article/s0190-9622\(15\)02614-6/fulltext](https://www.jaad.org/article/s0190-9622(15)02614-6/fulltext)

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

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38300170/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18792547/>

https://www.researchgate.net/publication/306085267_European_evidence-based_S3_guideline_for_the_treatment_of_acne_-_update_2016_-_short_version
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17964689/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21061764/>

<https://europepmc.org/article/med/1764965>

http://www.studiomedicoaimone.it/uploads/1/0/6/9/10695332/lg_acne.pdf

<https://static.insales-cdn.com/files/1/1337/7488825/original/dfp.pdf>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11843229/>

https://www.researchgate.net/publication/8494820_Adapalene_a_review_of_its_use_in_the_treatment_of_acne_vulgaris

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12095880/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16281587/>

https://www.medicaljournals.se/acta/content_files/files/pdf/69/143/1434548.pdf

<https://europepmc.org/article/med/8654128>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2528256/>

<https://europepmc.org/article/med/6167116>

http://www.studiomedicoaimone.it/uploads/1/0/6/9/10695332/lg_acne.pdf

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6230999/>

<https://www.guidelines.edf.one/uploads/attachments/cl262t0fy006olajnx74ske02-acne-2016-gl.pdf>

<https://www.medscape.com/viewarticle/470170>

<https://www.mediasphera.ru/issues/klinicheskaya-dermatologiya-i-venerologiya/2017/5/downloads/ru/1199728492017051049>

<https://cyberleninka.ru/article/n/biogennye-stimulyatory-rastitelnogo-proishozhdeniya/viewer>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29193602/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8226785/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/vnutrivennogo-lazernogo-oblucheniya-krovi-vlok-v-kompleksnoy-terapii-lecheniya-zabolevaniy-razlichnogo-geneza/viewer>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3312702/>

<https://cyberleninka.ru/article/n/plazmaferез-i-lazernaya-terapiya/viewer>

https://journals.lww.com/ebp/abstract/2018/02000/does_uv_light_improve_acne_.18.aspx

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4271294/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36545686/>

<https://dermnetnz.org/topics/blue-light-acne-treatment>

<https://dermnetnz.org/topics/lasers-lights-and-acne#:~:text=Infrared%20lasers%20can%20penetrate%20deeply,been%20studied%20for%20a%20treatment>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4245763/>

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9582870/>