

O'ZBEKISTON AHOLISIDA MIKOZLAR (DERMATOFITIYALAR)NING KLINIK XUSUSIYATLARI VA ZAMONAVIY DAVOLASH USULLARI

Mamajonova Hilola

Central Asian Medical University

Annotatsiya: Ushbu tezisda O'zbekiston aholisi orasida uchraydigan mikoziar, ayniqsa dermatofitiyalarning klinik shakllari, tashxislash mezonlari, zamonaviy davolash usullari va profilaktika tamoyillari yoritilgan. Dermatofitiyalar teri, soch va tirnoqning keratinli tuzilmalarini zararlovchi *Trichophyton*, *Microsporum* va *Epidermophyton* turkumidagi zamburug'lar bilan bog'liq bo'lib, ularning kechishi bemorning yoshi, kasbi, gigiyenik odatlari, iqlimiy sharoit, maishiy kontaktlar va immun holatiga qarab farqlanadi. Tezisda mahalliy va tizimli antimikotik terapiyani oqilona tanlash, laborator tekshiruvlar bilan tasdiqlash, retsidiylarning oldini olish hamda antimikotik vositalarga chidamli shtammlar paydo bo'layotgan sharoitda klinik yondashuvni takomillashtirish masalalari tahlil qilinadi.

Kalit so'zlar: mikoziar, dermatofitiya, klinik shakllar, tashxis, antimikotik terapiya, profilaktika, O'zbekiston aholisi.

Аннотация: В тезисе освещены клинические формы микозов, особенно дерматофитий, встречающихся среди населения Узбекистана, критерии диагностики, современные методы лечения и принципы профилактики. Дерматофитии связаны с грибами родов *Trichophyton*, *Microsporum* и *Epidermophyton*, поражающими кератиновые структуры кожи, волос и ногтей, а их течение различается в зависимости от возраста пациента, профессии, гигиенических привычек, климатических условий, бытовых контактов и иммунного статуса. В тезисе анализируются вопросы рационального выбора местной и системной антимикотической терапии, лабораторного подтверждения, профилактики рецидивов и совершенствования клинического подхода в условиях появления штаммов, устойчивых к противогрибковым препаратам.

Ключевые слова: микозы, дерматофитии, клинические формы, диагностика, противогрибковая терапия, профилактика, население Узбекистана.

Abstract: This thesis paper describes the clinical forms of mycoses, especially dermatophytoses, among the population of Uzbekistan, diagnostic criteria, modern treatment methods and principles of prevention. Dermatophytoses are associated with fungi of the genera *Trichophyton*, *Microsporum* and *Epidermophyton* that affect keratinized structures of the skin, hair and nails, and their course varies depending on the patient's age, occupation, hygiene habits, climatic conditions, household contacts and immune status. The thesis paper analyzes rational selection of topical and systemic antifungal therapy, laboratory confirmation, prevention of relapses and improvement of clinical management in the context of emerging antifungal-resistant strains.

Keywords: *mycoses, dermatophytoses, clinical forms, diagnosis, antifungal therapy, prevention, population of Uzbekistan.*

Yuzaki mikozi, xususan dermatofitiazlar, dermatologik amaliyotda keng uchraydigan infeksiyon kasalliklar qatoriga kiradi. Ular ko'pincha hayot uchun bevosita xavf tug'dirmaydigan, nisbatan yengil teri muammosi sifatida qabul qilinadi, biroq amaliyotda bemorning kundalik hayoti, mehnat faoliyati, o'ziga bo'lgan ishonchi, estetik holati va oilaviy-maishiy muhitiga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Dermatofitlar keratin bilan boy to'qimalarda, ya'ni epidermisning shox qavati, soch va tirnoq plastinkalarida yashashga moslashgan mikroorganizmlar bo'lib, ular tinea corporis, tinea pedis, tinea capitis, tinea cruris va onikomikoz kabi turli klinik shakllarni yuzaga keltiradi. O'zbekiston sharoitida aholining turmush tarzi, issiq iqlim davrlarida terlashning kuchayishi, yopiq poyabzaldan uzoq foydalanish, jamoat hammomlari va sport zallari, oilaviy kontaktlar hamda uy hayvonlari bilan yaqin muloqot mikroorganizmlarning tarqalishida muhim omillar sifatida ko'riladi.

Dermatofitiazlarni klinik jihatdan to'g'ri baholash uchun ularning oddiy "teri qichishishi" yoki "qipiqlanish" ko'rinishida cheklanib qolmasligini tushunish zarur. Ko'p hollarda bemor terisida halqasimon qizarish, qipiqlanish, yengil shish, qichishish, soch sinishi yoki tirnoq plastinkasining qalinlashishi kuzatiladi. Biroq bu belgilar ekzematoz dermatit, psoriasis, seбореyali dermatit, allergik kontakt dermatit, kandidoz, eritrazma yoki bakterial piodermiya bilan o'xshash bo'lishi mumkin. Shu sababli dermatofitiazlarni aniqlashda faqat tashqi ko'rinishga tayanish yetarli emas; shifokor bemorning yoshi, kasbi, oilaviy kontaktlari, hayvonlar bilan aloqasi, ilgari qo'llagan dorilari va umumiy somatik holatini birgalikda baholashi kerak.

O'zbekiston aholisi orasida dermatofitiazlar turli yosh va ijtimoiy guruhlarda turlicha namoyon bo'lishi mumkin. Bolalarda bosh terisi mikrozi va hayvonlardan yuqadigan mikrosporiya bilan bog'liq o'choqlar ko'proq e'tibor talab qiladi. O'quvchilar va talabalar orasida sport mashg'ulotlari, jamoaviy kiyinish xonalari, umumiy dushxonalar va yaqin kontaktlar tinea corporis hamda tinea cruris rivojlanishiga sharoit yaratadi. Katta yoshdagi bemorlarda esa oyoq panjasi mikrozi va onikomikoz ko'proq uchraydi, chunki yopiq poyabzal, terlash, qandli diabet, periferik qon aylanishining susayishi va tirnoq plastinkasining yoshga xos o'zgarishlari infeksiya uchun qulay muhit hosil qiladi.

Dermatofitiazlarning asosiy qo'zg'atuvchilari Trichophyton, Microsporum va Epidermophyton turkumiga mansub zamburug'lardir. Trichophyton rubrum va Trichophyton mentagrophytes kompleksi tana, oyoq panjasi va tirnoq zararlanishlarida muhim ahamiyatga ega. Microsporum canis ko'proq hayvonlar

bilan bog'liq holatlarda, ayniqsa bolalarda bosh terisi mikoziarida uchrashi mumkin. Epidermophyton floccosum esa chov sohasi va oyoq panjasi dermatofitiyalarida uchraydigan qo'zg'atuvchilardan biridir. Infeksiya manbai bemor odam, zararlangan hayvon, soch va tirnoq qoldiqlari, umumiy sochiq, taroq, bosh kiyim, poyabzal, sport anjomlari yoki nam yuzalar bo'lishi mumkin.

Yuquvchanlikning asosiy yo'li bevosita kontakt va maishiy bilvosita kontakt hisoblanadi. Masalan, oilada bir bemorda oyoq panjasi mikozi bo'lsa, umumiy vanna gilamchasi, sochiq yoki poyabzal orqali boshqa a'zolarga yuqish ehtimoli oshadi. Bolalar bog'chasi va maktablarda bosh kiyim yoki taroqdan birgalikda foydalanish bosh terisi mikoziari tarqalishiga sabab bo'lishi mumkin. Qishloq hududlarida mushuk va itlar bilan yaqin muloqot, shuningdek hayvon terisidagi ko'rinmas yoki yengil o'choqlar mikroskopiya uchun manba bo'lishi mumkin. Shu bois profilaktika faqat bemorni davolash bilan cheklanmasdan, infeksiya manbaini aniqlash va kontaktlarni baholashni ham o'z ichiga olishi kerak.

Mahalliy iqlim va turmush sharoiti ham klinik manzaraga sezilarli ta'sir ko'rsatadi. Issiq mavsumda terlashning ko'payishi, sintetik kiyimlar, zich poyabzal, teri burmalarida namlikning saqlanishi va ishqalanish dermatofitlarning ko'payishiga yordam beradi. Qish davrida esa uzoq vaqt yopiq poyabzal kiyish, paypoqni kam almashtirish va poyabzalning yetarli quritilmasligi oyoq panjasi mikoziari uchun qulay muhit yaratadi. Harbiy xizmatchilar, sportchilar, quruvchilar, issiq sexlarda ishlovchilar, suv bilan ko'p aloqada bo'ladigan kasb egalari va uzoq vaqt jismoniy faollikda bo'ladigan shaxslarda dermatofitiya xavfi yuqoriroq bo'lishi mumkin.

Tana dermatofitiyasi odatda terida halqasimon yoki aylana shakldagi eritematoz o'choqlar bilan namoyon bo'ladi. Bunday o'choqlarning cheti faol, biroz ko'tarilgan, qipiqilanuvchi bo'ladi, markaziy qismi esa nisbatan ochroq ko'rinishi mumkin. Bemor qichishish, terida qizarish, qipiqilanish va o'choqning asta-sekin kengayishidan shikoyat qiladi. Ba'zan o'choqlar ko'p bo'lib, tananing bir necha sohasiga tarqaladi. Agar bemor avval kortikosteroidli malhamlardan foydalangan bo'lsa, ko'rinish aniq halqasimon bo'lmasligi, qizarish pasayishi, ammo zamburug'li jarayon kengayishda davom etishi mumkin. Bu holat tinea incognito deb baholanadi va tashxisni qiyinlashtiradi.

Oyoq panjasi dermatofitiyasi, ya'ni tinea pedis, aholi orasida eng ko'p uchraydigan shakllardan biri hisoblanadi. U interdigital, mokasinsimon va vezikulyoz shakllarda kechishi mumkin. Interdigital shaklda barmoqlar orasida namlanish, maceratsiya, yoriqlar, qichishish va yoqimsiz hid kuzatiladi. Mokasinsimon shaklda oyoq kaftlari quruq, qalinlashgan va qipiqilanuvchi bo'ladi. Vezikulyoz shaklda esa mayda pufakchalar, achishish va kuchli qichishish ustunlik

qiladi. Tinea pedis ko'pincha onikomikoz bilan birga kechadi, shuning uchun oyoq panjasi terisi va tirnoqlar birgalikda ko'zdan kechirilishi kerak.

Chov sohasi dermatofitiyasi sonning ichki yuzasi, chov burmalari va ba'zan dumba sohasini zararlaydi. Namlik, ishqalanish, sintetik ichki kiyimlar, ortiqcha tana vazni va gigiyena yetishmovchiligi bu shaklga moyillikni oshiradi. Klinik jihatdan qichishuvchi, aniq chegarali, qizg'ish-qo'ng'ir o'choqlar, periferik qipiqalanish va halqasimon kengayish kuzatiladi. Bu shakl kandidoz, eritrazma va kontakt dermatit bilan adashtirilishi mumkin. Shuning uchun shifokor nafaqat o'choq rangiga, balki uning chetlaridagi faol qipiqalanish, simmetriya, namlik va bemorning oldingi davolash tarixiga ham e'tibor qaratadi.

Bosh terisi dermatofitiyasi bolalar amaliyotida alohida ahamiyatga ega, chunki u tez yuqishi, jamoa ichida tarqalishi va noto'g'ri davolansa soch follikulalariga zarar yetkazishi mumkin. Tinea capitisda qipiqalanish, soch sinishi, "qora nuqta" ko'rinishi, yumaloq alopetsiya o'choqlari va ba'zan yallig'langan kerion shakli kuzatiladi. Mikrosporiyada o'choqlar ko'pincha kattaroq va sochlar bir xil balandlikda singandek ko'rinadi; trixofitiyada esa mayda, ko'p sonli o'choqlar uchrashi mumkin. Bosh terisi zararlanishida faqat mahalliy krem yoki sprey yetarli bo'lmaydi, chunki qo'zg'atuvchi soch follikulasi ichida joylashadi va tizimli davo zarur bo'lishi mumkin.

Onikomikoz tirnoq plastinkasining rangi, shakli, qalinligi va tuzilishini o'zgartiruvchi surunkali zamburug'li zararlanishdir. Tirnoq sarg'ayishi, qalinlashishi, uvalanishi, qatlamlanishi va tirnoq osti giperkeratozi bilan namoyon bo'ladi. Katta yoshdagi bemorlarda onikomikoz ko'proq oyoq tirnoqlarida uchraydi va davolash uzoq davom etadi. Shuni unutmaslik kerakki, har bir qalinlashgan yoki deformatsiyalangan tirnoq mikoz emas: psoriaz, travma, ekzema, qon aylanish buzilishi va yoshga xos distrofiyalar ham o'xshash belgilar berishi mumkin. Shuning uchun onikomikozda laborator tasdiq ayniqsa muhimdir.

Yuz, kaft va tana burmalaridagi dermatofitiyalar kamroq uchrasa-da, tashxis nuqtai nazaridan murakkab bo'lishi mumkin. Yuzdagi dermatofitiya allergik dermatit, rozatseya yoki seboreyali dermatitga o'xshab ketadi. Kaft mikozida bir tomonlama quruq qipiqalanish, mayda yoriqlar va giperkeratoz kuzatiladi. Oyoq va qo'l zararlanishlari birga uchraganda "“ikki oyoq – bir qo'l”" sindromi haqida o'ylash kerak. Bu klinik kuzatuv shifokordan terini alohida bitta o'choq sifatida emas, balki butun organizmning infeksiyon jarayoni sifatida baholashni talab qiladi.

Tashxis qo'yishda klinik ko'rik birinchi bosqich bo'lsa-da, laborator tekshiruvlar muhim o'rin tutadi. Kaliy gidroksidli mikroskopiya teri qirindisi, soch yoki tirnoq materialida zamburug' gifa va sporalarini aniqlash imkonini beradi. Usul tez va amaliy jihatdan qulay, ammo natija materialning to'g'ri olinishi va tekshiruvchi mutaxassis tajribasiga bog'liq. Madaniy ekish qo'zg'atuvchining turini

aniqlashga yordam beradi, biroq vaqt talab qiladi. Murakkab va davoga javob bermaydigan holatlarda PZR (PCR), dermatoskopiya va antimikotiklarga sezuvchanlikni baholash usullari qo'llanishi mumkin.

Vud lampasi ayrim mikrosporiya holatlarida yashil tusli nurlanishni ko'rsatishi mumkin, ammo barcha dermatofitiyalarda ishonchli belgi emas. Dermatосkopiya bosh terisi va tirnoq mikoziarida qo'shimcha ma'lumot beradi: siniq sochlar, vergulsimon sochlar, qora nuqtalar, tirnoqda notekis distal chegara va subungval giperkeratoz kabi belgilar ko'riladi. Zamonaviy diagnostikaning maqsadi faqat zamburug' borligini tasdiqlash emas, balki jarayonning faol darajasi, lokalizatsiyasi, retsidiv xavfi va bemor uchun eng maqbul davolash taktikasini aniqlashdir.

Davolash yondashuvi infeksiya joylashuvi, tarqalishi, bemorning yoshi, umumiy holati, oldingi davolash natijalari, laborator ma'lumotlar va retsidiv xavfiga qarab tanlanadi. Chegaralangan teri dermatofitiyalarida mahalliy antimikotik vositalar ko'pincha yetarli bo'ladi. Bunday vositalar krem, gel, sprej, eritma yoki kukun shaklida qo'llanadi. Mahalliy davoda azollar va allilaminlar guruhidagi preparatlar keng ishlatiladi. Bemorlar qichishish kamayishi bilan davoni erta to'xtatib qo'yishi mumkin, ammo bu retsidiv xavfini oshiradi. Shuning uchun davo shifokor belgilagan muddat davomida to'liq bajarilishi kerak.

Tizimli terapiya bosh terisi mikroziari, onikomikoz, keng tarqalgan tinea corporis, immuniteti pasaygan bemorlar, mahalliy davoga javob bermagan yoki tez retsidivlanuvchi dermatofitiyalarda ko'rib chiqiladi. Grizeofulvin, terbinafin, itrakonazol va flukonazol kabi preparatlar klinik vaziyatga qarab tanlanadi. Bolalar, homiladorlar, jigar kasalligi bor bemorlar, ko'p dori qabul qiladigan shaxslar va keksalarda preparat tanlashda xavfsizlik, dori o'zaro ta'siri va laborator nazorat alohida hisobga olinadi. Davolashning asosiy tamoyili o'z-o'zicha dori tanlash emas, balki dermatolog ko'rigi va dalillarga asoslangan yondashuvdir.

Onikomikozda davolash odatda uzoq muddatli bo'ladi, chunki tirnoq plastinkasi sekin o'sadi. Bemorga klinik yaxshilanish darhol ko'rinmasligi mumkinligi tushuntirilishi kerak. Mahalliy laklar va eritmalar yengil, chegaralangan shakllarda yordam berishi mumkin, ammo bir nechta tirnoq, tirnoq matritsasi yoki qalinlashgan plastinka zararlanganda tizimli terapiya zarur bo'lishi ehtimoli yuqori. Tirnoqni mexanik tozalash, giperkeratozni kamaytirish, poyabzalni quritish va dezinfeksiya qilish, oyoq panjasi mikroziini bir vaqtning o'zida davolash retsidivlarni kamaytiradi.

So'nggi yillarda dermatofitlarning ayrim shtammlarida antimikotik dorilarga chidamlilik muammosi ko'proq muhokama qilinmoqda. Ayniqsa Trichophyton indotineae kabi turlar keng tarqalgan, uzoq davom etuvchi va standart davolashga yetarli javob bermaydigan dermatofitiyalar bilan bog'lanadi. Har bir dermatofitiya

avtomatik ravishda chidamli degani emas, lekin odatdagidan og'ir, keng tarqalgan, qayta-qayta davolashga qaramay saqlanib qoladigan holatlarda laborator aniqlash, davoga rioya qilinishini tekshirish va preparat tanlovini qayta baholash kerak.

Kortikosteroidli malhamlardan nazoratsiz foydalanish dermatofitiyalarda eng ko'p uchraydigan amaliy xatolardan biridir. Bunday vositalar qizarish va qichishishni vaqtincha kamaytirishi mumkin, lekin zamburug'li infeksiyani bartaraf etmaydi. Natijada o'choq chegaralari noaniqlashadi, jarayon kengayadi va tashxis kechikadi. Shu sababli dermatofitiyaga shubha bo'lgan holatda gormonal tashqi vositalarni shifokor nazoratisiz qo'llash tavsiya etilmaydi. Agar yallig'lanish kuchli bo'lsa, bunday dorilar faqat aniq ko'rsatma bilan, qisqa muddat va antimikotik davolash bilan uyg'un holda qo'llanishi mumkin.

Profilaktika dermatofitiyalarni nazorat qilishda davolashdan kam ahamiyatga ega emas. Terini quruq saqlash, paypoqni tez-tez almashtirish, poyabzalni shamollatish, jamoat dushxonalarida shaxsiy shippakdan foydalanish, sochiq, taroq, bosh kiyim va poyabzalni umumiy ishlatmaslik infeksiya tarqalishini kamaytiradi. Bolalarda bosh terisi mikozlari aniqlanganda oila a'zolari, yaqin kontaktlar va uy hayvonlari holatini baholash zarur. Agar hayvon infeksiya manbai bo'lishi mumkin bo'lsa, veterinariya ko'rigi tavsiya etiladi.

Oila va jamoa darajasidagi profilaktika ayniqsa muhim. Bemor davolanayotgan davrda uning shaxsiy buyumlarini ajratish, kiyim va sochiqni muntazam yuvish, poyabzal va teri bilan aloqada bo'lgan buyumlarni sanitariya ishlovidan o'tkazish kerak. Sport jamoalari, maktablar, yotoqxonalar va mehnat jamoalarida dermatofitiya belgilari haqida tushuntirish ishlari olib borish, erta murojaat qilish madaniyatini shakllantirish va gigiyenik sharoitlarni yaxshilash zarur. Davolanmagan bemor infeksiya manbai bo'lib qolishi mumkin, shuning uchun klinik yaxshilanish bilan birga yuqish xavfini kamaytiruvchi choralar ham ko'riladi.

Dispanser kuzatuv retsidivlanuvchi tinea pedis, onikomikoz, qandli diabetli bemorlar, bolalarda bosh terisi mikozlari va davoga qiyin javob beradigan dermatofitiyalarda alohida ahamiyatga ega. Kuzatuv jarayonida klinik belgilar, laborator natijalar, davoga rioya qilish, oila va maishiy kontaktlar, poyabzal holati, hamroh kasalliklar va retsidiv omillari baholanadi. Bu yondashuv davolashni bir martalik muolaja sifatida emas, balki infeksiya zanjirini uzishga qaratilgan tizimli jarayon sifatida tashkil etadi.

O'zbekiston sharoitida profilaktika dasturlari mahalliy turmush tarziga moslashtirilishi zarur. Qishloq hududlarida hayvonlar bilan kontakt, shaharlarda sport zallari va jamoat xizmatlari, issiq faslda terlash va yopiq poyabzal, bolalar muassasalarida esa umumiy buyumlardan foydalanish xavfi alohida hisobga olinadi. Aholiga dermatofitiya belgilarini tanish, o'z-o'zicha gormonal

malhamlardan foydalanmaslik, shifokorga vaqtida murojaat qilish va davolash kursini to'liq bajarish bo'yicha sodda, tushunarli va amaliy ma'lumot berish kerak.

Dermatofitiyalarning ijtimoiy va psixologik jihatida ham e'tibordan chetda qolmasligi lozim. Terining ko'rinadigan joylaridagi dog'lar, bosh terisida soch to'kilishi yoki tirnoqlarning deformatsiyasi bemorda uyalish, ijtimoiy cheklanish va psixologik noqulaylikka olib kelishi mumkin. Shifokor bemorga kasallik yuqishi mumkinligini tushuntirishi bilan birga uni ayblash, qo'rqitish yoki stigmatizatsiya qilishdan saqlanishi kerak. To'g'ri muloqot bemorning davoga ishonchini oshiradi va profilaktik tavsiyalarga amal qilishini kuchaytiradi.

Mikozlarni qiyosiy tashxislashda eng muhim masala ularni allergik va yallig'lanishli dermatozlardan ajratishdir. Tana dermatofitiyasi ekzema, bosh terisi mikozlari seboreyali dermatit, oyoq panjasi mikozi esa kandidoz yoki intertriginoz dermatit bilan o'xshash bo'lishi mumkin. Ayniqsa, bemor avval kortikosteroidli vositalardan foydalangan bo'lsa, klassik klinik belgilar yo'qolib, tashxis murakkablashadi. Bunday vaziyatda shifokor anamnez, kontaktlar, davolash tarixi va laborator ma'lumotlarga tayangan holda qaror qabul qilishi kerak.

Davolash jarayonida yana bir keng tarqalgan xatolik - belgilar kamayishi bilan kursni erta to'xtatishdir. Qichishish va qizarish yo'qolishi zamburug' elementlari to'liq bartaraf etilganini anglatmaydi. Agar bemor davoni muddatidan oldin tugatsa, teri, soch yoki tirnoqdagi qo'zg'atuvchi saqlanib, qisqa vaqt ichida qayta faollashishi mumkin. Shu sababli bemorga davo davomiyligi, qayta ko'rik, shaxsiy buyumlarni ajratish, poyabzalni quritish va sanitariya qoidalariga rioya qilish zarurligi aniq tushuntiriladi.

Dermatofitiyalarni boshqarishda shifokorning vazifasi faqat dori yozish bilan cheklanmaydi. U bemorning turmush sharoiti, kasbi, oilaviy kontaktlari, hayvonlar bilan muloqoti, sport yoki jamoat dushxonasidan foydalanishi, immunologik va somatik holatini ham baholaydi. Shu jihatdan mikozlar klinik, epidemiologik va profilaktik fikrlashni birlashtiruvchi muammo hisoblanadi. O'zbekiston aholisi orasida dermatofitiyalar yukini kamaytirish uchun laborator imkoniyatlarni kengaytirish, aholining sanitariya madaniyatini oshirish, klinik tavsiyalarni amaliyotga joriy etish va o'z-o'zicha davolanishni cheklash muhimdir.

Xulosa qilib aytganda, O'zbekiston aholisi orasida mikozlar va dermatofitiyalar klinik shakllari turli, yuqish omillari ko'p qirrali va profilaktikasi muntazam e'tibor talab qiladigan kasalliklar guruhidir. Tana, oyoq panjasi, bosh terisi, chov sohasi va tirnoq dermatofitiyalari har xil klinik belgilar bilan namoyon bo'ladi; shuning uchun har bir bemorda zararlanish joyi, davomiyligi, kontaktlar, hamroh kasalliklar va avvalgi davolash natijalari alohida baholanishi kerak. Zamonaviy davolash mahalliy va tizimli antimikotiklarni oqilona tanlash, laborator tekshiruvlar bilan tasdiqlash, davoga rioya qilish, retsidiv omillarini bartaraf etish

va sanitariya-gigiyenik profilaktikani o'z ichiga oladi. Kompleks yondashuv mikozlarning tarqalishi, retsidivlari va asoratlari xavfini kamaytirishga yordam beradi.

FOYDALANILGAN ADABIYOTLAR:

1. World Health Organization. Ringworm (tinea): Fact sheet. Geneva: WHO; 2025.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Ringworm Basics. Atlanta: CDC; 2026.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Treatment of Ringworm. Atlanta: CDC; 2026.
4. Centers for Disease Control and Prevention. Clinical Overview of Ringworm. Atlanta: CDC; 2024.
5. World Health Organization. WHO fungal priority pathogens list to guide research, development and public health action. Geneva: WHO; 2022.
6. MSD Manual Professional Edition. Overview of Dermatophytoses. Updated 2024.
7. MSD Manual Professional Edition. Tinea Capitis (Scalp Ringworm). Updated 2025.
8. Caplan A.S., Magill S.S., Ryan M.E., et al. Diagnosis and Management of Tinea Infections. American Family Physician. 2014;90(10):702-710.
9. Chanyachailert P., Leeyaphan C., Bunyaratavej S. Cutaneous Fungal Infections Caused by Dermatophytes and Non-Dermatophytes: An Updated Comprehensive Review of Epidemiology, Clinical Presentations and Diagnostic Testing. Journal of Fungi. 2023;9(6):669.
10. Gold J.A.W., Lockhart S.R. The Rise of Antifungal-Resistant Dermatophyte Infections. Cutis. 2025.
11. Gupta A.K., et al. Trichophyton indotineae: epidemiology, antifungal resistance and clinical management. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. 2025.
12. Al Aboud A.M., Crane J.S. Tinea Capitis. StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2023.
13. Yee G., Al Aboud A.M. Tinea Corporis. StatPearls. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2025.
14. O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasining 2017-yil 31-iyuldagi "2017-2021-yillarda O'zbekiston Respublikasida aholiga dermatovenerologik yordam ko'rsatish tizimini takomillashtirish chora-tadbirlari to'g'risida"gi 563-son qarori.