Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025-йил 15-сентабрдаги
287-сон буйруғига
3-илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ

РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ВА КОСМЕТОЛОГИЯ

ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ

«ҚИЗИЛ ЮГУРУК» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР

ТОШКЕНТ 2025



«ТАСДИҚЛАЙМАН»
ЎзР ССВ РИД ва
КИАТМ директори в.б
Сабиров У.Ю.

_____

«____» _____2025-йил

«ҚИЗИЛ ЮГУРУК»

НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

“ҚИЗИЛ ЮГУРУК” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ

МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент 2025

1. КИРИШ ҚИСМИ

10/11-ХКТ бўйича кодлар:

L93	Қизил югурук	EB50-EB5Z	Тери қизил югуруги
L93.0	Дискоидли қизил югурук	EB50	Ўткирости қизил югурук
L93.1	Ўткирости тери қизил югуруги	EB51	Сурункали тери қизил югуруги
L93.2	Бошқа чегараланган қизил югурук	EB51.0	Дискоид қизил югурук
		EB51.Y	Бошқа аниқланган сурункали тери қизил югуруги
		EB5Z	Аниқланмаган тери қизил югуруги
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11379		https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/

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

Ушбу клиник протокол ва стандартни ишлаб чиқиш учун масъул муассаса:

Республика ихтисослаштирилган дерматовенерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Миллий клиник баённома ва стандартни яратишда ўз хиссаларини қўшдилар:

1.	Сабиров У.Ю.	Марказ директориб т.ф.д., профессор	РИДВваКИАТМ
2.	Абдуллаходжаев К.А.	Патоморфология ва гистология лабораторияси мудири, дерматовенеролог, патоморфолог, т.ф.н.	РИДВваКИАТМ
3.	Ташпулатов Ш.Ш.	Дерматовенеролог шифокор, PhD	РИДВваКИАТМ
4.	Боходирова А.А.	Дерматовенеролог шифокор, Илмий котиб	РИДВваКИАТМ

Тақризчилар:

1. Абдурашидов А.А. – ТҲКМР дерматовенерология ва косметология кафедраси доценти, PhD.
2. Цой Наталья Олеговна – “Остона Тиббиёт Университети” НАЖ дерматовенерология ва косметология кафедраси доценти, PhD.

Техник эксперт баҳо ва таҳрирлаш:

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

2. Джалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н., директорнинг илмий ишлар бўйича ўринбосари.

Мазкур клиник протокол ва стандартлар Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И., тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш.Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р.Нуримова бошчилигида, Клиник протоколлар ва стандартлар ишлаб чиқариш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Н.Рахимова томонидан ташкилий ва услубий кўмаги асосида ишлаб чиқилган.

Муҳокама протоколидан олинган сана ва рақам: ЎзР ССВ “РИДВваКИАТМ” Илмий Кенгашининг 24.04.2025даги 4-сонли баённомасидан кўчирма

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматолог ва дерматокосметолог шифокорлари;
2. Умумий амалиёт шифокорлари;
3. Ревматолог шифокорлар;
4. Педиатрлар;
5. Шифокор лаборантлар;
6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;
7. Клиник фармакологлар;
8. Тиббиёт олий ўқув юртлари талабалари, клиник ординаторлар, магистрантлар, ўқитувчилари;
9. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва ғамхўрлик қилувчилар.

Ушбу нозология бўйича беморлар категорияси:
Қизил югурук билан оғриган барча беморлар.

Диагностика усуллари учун далиллар даражасини баҳолаш шкаласи (диагностик аралашувлар)

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

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

ДИД	Шарҳи
1	Мета-таҳлил қўлланган рандомизирланган клиник тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
2	Алохида рандомизирланган клиник тадқиқотлар ва мета-таҳлил қўлланилган рандомизирланган клиник тадқиқотлардан ташқари, ҳар қандай дизайнга эга тадқиқотларнинг тизимли кўриб чиқилиши.
3	Рандомизирланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан когорт тадқиқотлари.
4	Қиёсий бўлмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат ёки ҳолатлар сериясининг тавсифи, "ҳолат-назорат" тадқиқотлари.
5	Фақат аралашувнинг таъсир механизмининг асослантирилиши (клиника олди тадқиқотлар) ёки мутахассислар фикри мавжуд.

Профилактик, диагностик ва даволаш-реабилитация тадбирларига оид тавсиялар ишончлилиги даражасини баҳолаш шкаласи

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

МУНДАРИЖА

“ҚИЗИЛ ЮГУРУК” НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....4

“ҚИЗИЛ ЮГУРУК” БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....30

“ҚИЗИЛ ЮГУРУК” КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ.....37

Қисқартмалар рўйхати:

ХКТ	Халқаро касалликлар таснифи
ТТД	Тери таносил диспансери
ИД	Исботланганлик даражаси
ХПН	Халқаро патентланмаган номи
ТҚЮ	Тизимли қизил югурук
ДҚЮ	Дискоидли қизил югурук
ҚЮ	Қизил югурук
ТҚЮ	Тери қизил югуруги
мг	миллиграмм
УҚТ	Умумий қон таҳлили
УСТ	Умумий сийдик таҳлили
мл	миллилитр
ЭНА	Экстрагирланувчи нуклеар антиген учун антитело
АНА	Антинуклеар антитана
АНФ	Антинуклеар фактор
АЛаТ	Аланинаминотрансфераза
АСаТ	Аспартатаминотрансфераза
Анти-La/SSB	La антигени учун антителолар
ЭЧТ	Эритроситлар чўкиш тезлиги
СРО	С - реактив оқсил
УТТ	Ултратовуш текшируви
VDRL	Кардиолипинли антиген билан преципитация реакцияси
МАТ	Марказий асаб тизими
ПЗР	Полимер занжирли реакция
Анти-Ро/ССА	Ро антигени учун антителолар
ФЛА	Фосфолипидларга антителолар
ТИФ	Тўғри иммунофлюрессенсия
в/и	Вена ичига
м/о	Мушак орасига

Асосий қисм.

Кириш.

Қизил юғурук (ҚЮ) — бу кечиши ўзгарувчан, прогнози ва дерматологик ҳамда тизимли белгилари кенг қамровли бўлган сурункали, яллиғланишли, аутоиммун, иммунокомплексли касаллик ҳисобланади. Бу касаллик юз йиллардан бери клиник тадқиқотлар мавзуси бўлиб келмоқда ва дерматологлар, ревматологлар, невропатологлар, нефрологлар, гематологлар ва бошқа мутахассисларнинг диққат марказида турибди. 1851 йилда P.L.A. Cazenave **[2]** “lupus erythemateux” атамасини таклиф қилган — бу билан у тери сил касаллигининг белгилари билан югурук келиб чиқишига эга тери белгилари ўртасини фарқлашга ҳаракат қилган. 1845 йилда эса Ferdinand von Hebra юзда — ёноқлар ва бурун кўпригида пайдо бўлувчи эритематоз доғларни тасвирлаб берган. Бу доғлар бирлашиб, «капалак» шаклига ўхшаш кўриниш берган. У бу

ҳолатни аввал “seborrhoea congestive” деб атаган, кейинчалик бу атама “lupus erythematosus” деб ўзгартирилган. 1875–1895 йиллар оралиғида дерматология соҳасида муҳим илмий ёндашувлар пайдо бўлди. M. Kaposi, J. Hutchinson va W. Osler [3—5] ривожланишининг асосий патогенетик назарияларини таклиф қилдилар ва атроф-муҳит омиллари, хусусан қуёш нури (инсоляция), бу касалликни қўзғатиши мумкинлигини тахмин қилдилар. Ҳозирги кунгача ҚЮ патогенези тўлиқ аниқланмаган, аммо энг кўп қўлланиладиган классификацияга кўра, бу касалликнинг иккита асосий шакли мавжуд: тери шакли (интегументар; ТҚЮ) — узоқ давом этади, аммо нисбатан енгил кечади ва тизимли шакли (ТҚЮ) — ички органларни қамраб олади. Ҳозирда ушбу шакллардаги беморларни кузатиш ва даволаш учун аниқ тартиб ишлаб чиқилган бўлиб, унда фақат тери белгилари бўлган беморлар дерматолог назоратида ҳамда тизимли жараён бўлганда эса ревматологлар томонидан кузатилади. Бироқ, ҳали ҳам тери ва тизимли шакллар ўртасидаги муносабат — улар битта касалликнинг турлича кўриниши ёки алоҳида касаллик эканлиги бўйича якдил фикр йўқ. Баъзи мутахассислар фикрича, қизил юғуриккнинг (ҚЮ) икки шакли икки алоҳида мустақил касалликлар бўлиб, бунга бир қанча даллиллар келтирилади. Масалан, тери шаклидан тизимли шаклга ўтиш камлиги (фақат 3—5% беморларда), иммуногенез бузилиш даражасидаги фарқланиш [6] ва лаборатор ўзгаришлар (нейтрофил ва моноцитларда нуклеар моддалар алмашинуви, нуклеар антигенларга қарши антитаналар титри) даражаси, касаллик шаклларининг кечиши ва ҳаёт учун прогнознинг турлича бўлиши, ҳамда терапия алгоритмларининг фарқли бўлиши асосида ўз позицияларини асослайдилар. Ушбу нуқтаи назар тарафдорларининг далилларига шунингдек, тизимли ҚЮда алопециянинг диффуз ва қайтарилувчан бўлиши, интегументар ҚЮ шаклида эса алопециянинг қайтарилмас бўлиши киради [7, 8]. Аммо, мавжуд қарама-қарши фикрга кўра, тери ва тизимли шаклларни ажратиш шартли бўлиб, ҚЮни ягона касаллик назарияси доирасида, турли иммунологик реактивликка эга турлича кўринишдаги бир касалликнинг икки хил шакли дея қаралади. Дарҳақиқат, касалликнинг ҳар икки шаклида кўпинча аёллар касалланади [9], қуёш нурига сезгирлик ортиши кузатилади, икки шаклда ҳам кўпинча тери шикастланишлари кузатилади, гисто- ва гистохимик белгилар умумийлиги мавжуд. Тери қопламаси анъанавий равишда ҚЮда яллиғланиш жараёнига энг кўп жалб қилинадиган органлардан биридир [10—12].
Дерматологик симптоматика нафақат тери шаклини, балки тизимли ҚЮни ҳам ташхислашда муҳим аҳамиятга эга. Адабиёт маълумотларига кўра [13], тахминан 20—25% беморларда теридаги синдром тизимли касалликнинг дастлабки кўриниши бўлиб, 60—70% беморларда теридаги тошмалар касалликнинг турли босқичларида пайдо бўлади. Теридаги тошмалар билан шикоят қилувчи беморларнинг махсус дерматологик клиникаларга биринчи мурожаат қилиши юқори бўлиши мантиқан тушунарли ва бу эса югурук жараённи истисно қилиш ёки ўз вақтида аниқлаш учун клинико-лаборатор текширувнинг диагностик алгоритмини билиш ва қўллаш заруратини келтириб чиқаради.

Тавсифи

Қизил югурук – бириктирувчи тўқиманинг мултифакториал аутоиммун яллиғланишли касаллиги бўлиб, турли аъзо ва тизимларни зарарлаб, кенг спектрдаги клиник кўринишларни намоён қилади.

Клиник таснифи:

Касаллик ёки клиник ҳолат таснифи (касалликлар ёки клиник ҳолатлар гуруҳлари)
Қизил югурукда специфик ва носпецифик тери зарарланиши фарқланади.
Терининг специфик зарарланиши сурункали, ўткирости ва ўткир шаклларга бўлинади.

1. Ўткир тери қизил югуруги:
   a. чегараланган;
   b. тарқалган;
   c. токсик эпидермал некролизга ўхшаш;
2. Ўткирости тери қизил югуруги:
   a. ҳалқасимон;

b. папуло-сквамоз/псориазформ;
c. буллёз;
d. токсик эпидермал некролизга ўхшаш;

3. сурункали тери қизил югуруги;
дискоид;

a. чегараланган;
b. тарқалган;
c. гипертрофик-веррукоз;
d. чуқур/люпус-панникулит
e. дўсмасимон/папуло-муциноз қизил югурук;
f. музлаш оқибатида юзага келган қизил югурук;
g. шиллиқ қаватлар қизил югуруги (оғиз бўшлиғи, бурун, жинсий аъзолар, конюнктива);
h. лихеноид дискоидли қизил югурук (қизил югурук/қизил ясси темиратки кесишувчи синдром).

Клиник кўриниши:

Қизил юғурукда (ҚЮ) тери шикастланиши клиник белгиларнинг сезиларли даражада гетерогенлиги билан характерланади, бу эса барча мумкин бўлган дерматологик симптомларни бирлаштирувчи ягона классификацияни яратишни қийинлаштиради [18, 19]. ҚЮнинг фақат терига тааллуқли изоляцияланган шакллари билан бир қаторда тери ва шиллиқ қаватлардаги тошмаларнинг тизимли клиник кўринишлар билан бирга учраш ҳолатлари ҳам кузатилади [18]. Дискоид қизил юғурукка (ДҚЮ) симптомлар триадаси хос бўлиб, ушбу симптомларга эритема, гиперкреатоз ва атрофия киради. Ўчоқлар чегараланган (кўпинча юз соҳаси (ёноқ, ияк, бурун қанотлари), қулоқ супраси, бошнинг сочли қисмида) бўлиши ёки тарқалган ҳолатда намоён бўлиши мумкин. Тери юзасида гиперемияланган доғлар пайдо бўлиб, улар секин аста катталашади, инфильтрацияланади ва тери сатҳидан кўтарилган пилакчаларга айланади. Пилакчалар марказида аввал фолликуляр, сўнгра пилакча юзасини қоплаб олувчи гиперкреатоз вужудга келади. Қипиқлар ажратиш қийин, улар қириб олинганда оғриқ пайдо бўлади (Бенье-Мишерский симптоми).
Ажратилган қаватнинг тескари томонида тикансимон ўсиқчалар кўринади ва улар кенгайган соч фолликулаларининг кириш қисмига тушган бўлади. Ўчоқ четларида актив яллиғланиш зонаси сақланади ва гиперпигментация кузатилади.
Пилакчалар секин катталашиб, марказий қисмида элементлар секин йўқолади, натижада қўпол, чандиқли атрофия шаклланади. Атрофия фонида телеангиоэктазиялар пайдо бўлиши мумкин. Лабларнинг қизил ҳошия соҳасида тошмалар озгина инфильтрацияланган бўлиб, олча рангдаги доғлар кўринишида киради, улар усти қийин ажраладиган қипиқлар билан қопланган бўлади. Бошнинг сочли қисмида эса турли шаклдаги эритема юзага келиб, унинг юзаси қипиқланиш билан қопланади, элементлар йўқолгандан сўнг қипиқланишлар соҳасида чандиқли атрофия, телеангиоэктазиялар, гипо- ва гиперпигментация ўчоқлари қолади. Соч тўкилган ўчоқ марказида чандиқли алопеция шаклланади, бу ўчоқларда соч сақланиб қолган соҳалар бўлиши билан характерланади.
Чуқур қизил юғурук (lupus-pannikulit) клиник жиҳатдан бир ёки бир нечта чуқур жойлашган, зич тугунлар кўринишида намоён бўлади.
Тугунлар остидаги терининг ранги олча каби тўқ қизил бўлиши мумкин. Кўп ҳолларда дискоид қизил юғурукка хос бўлган эритема ва гиперкреатоз ўчоқлари кузатилади (масалан, чуқур ва дискоид шакл бирга кечади). Тугунлар яхшилангач, “тери чўкиши” кўринишидаги тери ости тўқимасининг атрофияси шаклланади. Баъзи ҳолларда тугунлар яраланиши мумкин, тиклангач эса қалин, тортилган чандиқ ҳосил бўлади. Тери остида калцификатлар ҳосил қилувчи калций тузлари тўпланиши мумкин.
Тошмалар кўпинча асимметрик равишда жойлашган бўлиб, зарарланиш ўчоқлари юз, бўйин, елка, кўкрак (lupus-mastit), сон ва думба соҳаларида жойлашади.

Веррукоз (гипертрофик) қизил югурукда тери юзасидан анча кўтарилиб турадиган, чегараси аниқ, гиперкератоз ва сўгалсимон юзага эга бўлган яккаланган пилакчалар ривожланади. Қизил югурукнинг бу шаклида тошмалар кўпинча юз, кафт усти соҳа, билак ва елканинг ёзувчи соҳаларида жойлашади. Веррукоз қизил югурук дискоид қизил югурук билан бирга кузатилиши мумкин, бу эса касаллик ташхисотини осонлаштиради. Тошмалар ўтказиладиган даволашга резистент бўлади.

Совуқ уриши натижасида ривожланган қизил югурук касалликнинг кам учрайдиган шакли бўлиб, унинг ривожланиши паст ҳарорат таъсирида содир бўлади. Клиник манзараси кўкимтир-қизил рангдаги тугунча ва кичик ўлчамдаги пилакчалар билан тавсифланади, улар терининг очиқ соҳаларида ва қўл-оёқ бармоқлари каби дистал қисмларда жойлашади: қўл бармоқлари соҳасида (85%), оёқ бармоқларида (42%), қулоқ супралари (9%) ва бурун (6%) соҳаларида. Тошмалар узоқ давом этади ва уларнинг ривожланиши йил фаслларига боғлиқ эмас. Яраланиш ёки веррукоз ўсимталар шаклланиши, шунингдек, телеангиоэктазиялар пайдо бўлиши мумкин. Совуқ уриш ва қизил югурук ривожланиши ўртасидаги давр ўртача 3–4 йилни ташкил қилади.

Ўсимтасимон қизил югурук айрим муаллифлар томонидан қизил югурукнинг сурункали тери шакли сифатида кўрилади, бошқалар эса уни касалликнинг оралиқ шаклига киритади. Клиник манзара терида зич, қизил (пуштидан то кўкимтиргача) рангдаги, аниқ чегараланган, ялтироқ юзага эга бўлган, думалоқ, нотекис ёки ҳалқасимон шаклдаги қаварчиққа ўхшаш тугунча ва пилакчалар кўринишида намоён бўлади. Улар қуёш нурланиши кўпроқ тушадиган соҳаларда – кўкракнинг юқори қисмида, орқа, елка, бўйин ва юзда жойлашади. Баъзида тошмалар бир-бири билан қўшилиб, кўп ҳалқали шаклларни ҳосил қилади. Касалликнинг зўрайиши кўпинча баҳор-ёз мавсумида кузатилади. Тошмалар баъзида бир неча ҳафтадан сўнг ўз-ўзидан изсиз йўқолади ёки узоқ муддат сақланиб туради. Кўпинча ҳар йили қуёш нури таъсириданшдан кейин касаллик қайталанади ва тошмалар яна ўша жойларда пайдо бўлади.

Шиллиқ қаватлардаги қизил югурук тери шикастланиши билан бир вақтда ривожланиши ёки ундан олдин юзага чиқиши мумкин. Бу касаллик шакли кўпинча ўз вақтида аниқланмайди (фақат 10–50% ҳолатларда ташхис қўйилади). Тошмалар асосан оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида кузатилади, аммо бурун бўшлиғи, жинсий аъзолар ва конюнктивада ҳам пайдо бўлиши мумкин. Элементлар яллиғланиш ўчоқлари кўринишида бўлиб, уларнинг тагида инфильтрация, марказида атрофияланиш ва нуқта ҳамда чизиқлар кўринишидаги гиперкероз мавжуд бўлади. Баъзида кучли гиперемия, якка-якка оғриқли эрозия ва яра ҳосил бўлиши мумкин. Тошмалар йўқолганидан сўнг кўпинча чандиқ ёки чандиқли атрофияга олиб келади.

Ўткирости тери қизил югуруги — бу ўткир ва сурункали қизил югурук ўртасидаги ўтиш шакли бўлиб, клиник кўриниши бу икки тур белгилари билан аралаш бўлади. Бу шакл одатда папуло-сквамоз ёки ҳалқасимон эритематоз тошмалар билан намоён бўлади. Псориазга ўхшаш қизил югурукда элементлар елка, кўкракнинг юқори қисми ва орқа соҳасида, кам ҳолларда юз, қулоқ супралари ва бош терисида жойлашган гиперемияланган тугунча ва кичик ўлчамдаги пилакчалар кўринишида бўлади. Улар бир-бирига қўшилиб кетиши мумкин. Пилакча ва доғлар юзасида зич жойлашган тангачалар ва енгил гиперкероз бўлади, бу ҳолат айниқса соч фолликуласининг кириш қисмларида кучлироқ ифодаланади. Касалликнинг ҳалқасимон шакли кўп ҳалқали кўринишдаги гиперемик доғлар ва эритемаларнинг пайдо бўлиши билан кечади, уларнинг юзасида гиперкероз ва қичишиш бўлади. Улар асосан қуёш таъсирига кўпроқ дуч келадиган тери қисмларида жойлашади. Папуло-сквамоз ва ҳалқасимон шакллар бир беморда биргаликда учраши ҳам мумкин. Ўткирости тери қизил югургидаги тошмалар кўпинча чандиқ қолдирмасдан йўқолади, лекин узоқ вақт сақланадиган гипопигментацияланган ўчоқлар қолдириши ёки юза жойлашган чандиқли атрофияга олиб келиши мумкин. Бу тоифадаги беморларда кўпинча нисбатан енгил системали белгилари – бўғим оғриғи (артралгия), артрит ва бошқа суяк-мушак тизими аломатлари учрайди. Бунда буйраклар, марказий асаб тизими ва сероз пардалар жараёнга одатда жалб қилинмайди.

Буллёз қизил югурук — бу жуда кам учрайдиган касаллик шакли бўлиб, у VII тип коллаген толалари жойлашган эпидермо-дермал бирикма соҳасининг аутоантителолари томонидан зарарланиши натижасида ривожланади. Ташқи томондан ўзгармаган терида ёки эритема фонида,

асосан қуёш таъсирига учрайдиган соҳаларда (юз, бўйин, елкаларнинг орқа томони, кўкрак ва бел юқори қисми) кўплаб майда пуфакчалар ёки сероз суюқлик билан тўлган таранг қопламали йирик пуфаклар пайдо бўлади. Буллёз элементлар баъзида шиллиқ қаватларда ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Тошмалар йўқолганидан сўнг иккиламчи гиперпигментацияли доғлар ёки чандиқлар қолиши мумкин. Буллёз қизил югурукининг ривожланиши касалликнинг юқори фаоллигини ва тизимли намоён бўлиш эҳтимоли мавжудлигини кўрсатади.
Тери қизил югуругининг ўткир шакли ҳар доим тизимли қизил югурукнинг намоён бўлиши ҳисобланади. Тизимли қизил югурук ҳолатларининг 70–85%ида касаллик айнан тери шикастланиши билан бошланади.
Ўткир шакли одатда юз терисида, айниқса ёноқлар ва бурун соҳасида ("капалак қанотлари" шаклида) маркази кўкимтир тусли, четлари эса қизарган эритема ва шишлар кўринишида пайдо бўлади. Камроқ ҳолларда доғли-папулоз тошмалар бутун тана бўйлаб тарқалади. Тошмалар кўпинча қуёш нури таъсиридан кейин пайдо бўлиб, бир неча кун давом этади ва кейин енгил гиперпигментацияли доғлар қолдириб йўқолади. “Капалак” симптомининг ўзига хос эквиваленти бу — Биетта марказдан четга қараб кенгаювчи эритемаси бўлиб, у ёноқларда енгил шишган, ёрқин қизил доғлар тарзида пайдо бўлади ва периферик ўсиш ҳисобига аста-секин катталашади, марказий қисми эса аста йўқолиб боради.
Шунингдек, лабларнинг қизил чеккаси шикастланиши, юзда шиш пайдо бўлиши, симметрик жойлашган доғли-папулоз тошмалар ривожланиши мумкин. Оғиз бўшлиғи, қаттиқ танглай ва бурун шиллиқ қаватининг зарарланиши эрозия ва яралар билан кечиши мумкин. Камдан-кам ҳолларда ўткир тери шаклининг клиник кўриниши токсик эпидермал некролизга ўхшаш бўлиши мумкин.
Неонатал қизил югурук — бу кам учрайдиган касаллик шакли бўлиб, онадан ҳомилага анти-Ро/СС-А ва/ёки анти-Ла/СС-Б антитаначаларининг йўлдош орқали ўтиши натижасида ривожланади. Клиник жиҳатдан неонатал қизил югурук ўткирости тери қизил югуругига ўхшаш тошмалар ва юрак блокадасининг ривожланиши билан намоён бўлади, улар бола ҳаётининг илк кунлари ёки ҳафталарида юзага чиқади. Кўпинча юзнинг марказий қисми, айниқса кўз атрофи (периорбитал соҳа) териси зарарланади.
Янги туғилган болаларда гемолитик анемия, лейкопения, тромбоцитопения, гепатомегалия ҳам кузатилиши мумкин.
Тери шаклидаги қизил югурук билан оғриган беморларда кўпинча турли клиник шаклларнинг ўзаро аралашиб намоён бўлиши — яъни тери шикастланишининг кесишган (кроссовер) белгилари кузатилади.
Икки ёки ундан ортиқ клиник шаклнинг бир беморда бир вақтда учраши 35% ҳолатларда аниқланади. Ўткир тери қизил югуруги билан дискоид қизил югурук бирга кузатилиши 30% ҳолларда, ўткир шакл билан ўткирости шакл — 14% ҳолларда, дискоид ва ўткирости шаклларнинг бирга учраши эса 15% ҳолларда қайд этилади.
Тизимли қизил югурук ривожланиш эҳтимоли: ўткир қизил югурукда тахминан 90% гача, ўткирости қизил югурукда 35–50%, тарқалган сурункали қизил югурукда тахминан 20% ва маҳаллий дискоид қизил югурукда эса 5% дан ошмайди

Қизил югурук дифференциал диагностикаси

А 1	- розацеа билан; - чегараланган псориаз билан; - полиморф фотодерматоз билан; - дерматомиозит билан; - туберкулёз югуруги билан; - Брок-Потрие ангиолюпоиди билан;

	- Джесснер-Каноф лимфоцитар инфильтрацияси билан; - юзнинг эозинофил гранулёмаси билан.

Дифференциал диагностика: қизил югурук ташхисини қўйишда дискоид қизил югурук (ДКЮ) ва тизимли қизил югурук (ТҚЮ) ўртасидаги фарқларни аниқлаш муҳим, чунки бу беморни даволаш тактикаси ва ҳаёт учун прогнозга таъсир қилади. ТҚЮда, ДКЮдан фарқли ўлароқ, фолликуляр кератоз бўлмайди, атрофияланиш эса унча аниқ ифодаланмаган бўлади. Тизимли шаклга хос белгиларга қуйидагилар киради: артралгия, полисерозитлар, митрал клапан зарарланиши билан кечувчи эндокардит, марказий асаб тизими зарарланиши (хорея ва эпилепсия), буйракларнинг шикастланиши (югурукли нефрит) ҳамда оғир васкулитлар. ТҚЮнинг ўткир босқичида LE-ҳужайралар 90–100% ҳолларда аниқланади, ДКЮда эса бу кўрсаткич атиги 3–7% ни ташкил этади. ДКЮда LE -ҳужайраларнинг мавжудлиги нохуш белги ҳисобланади ва касалликнинг ТҚЮга ўтиш хавфини билдиради. ТҚЮ билан касалланган беморларнинг 95% дан ортиғида антинуклеар антитаначалар (АНА) аниқланади, ДКЮда эса бу кўрсаткич фақат 30–40% ни ташкил этади.
Тўғридан-тўғри иммунофлюоресенция реакциясида (ТИФ) “югурук тасмаси” ДКЮда дермо-эпидермал бирикма зонасида фақат инфильтрация ва гиперкероз босқичидаги зарарланган жойларда 70% ҳолларда аниқланади. ТҚЮда эса бу иммун бирикмалар нафақат шикастланган, балки соғлом кўринишдаги терида ҳам мавжуд бўлади: очиқ (қуёшга таъсир қиладиган) соҳаларда 70–80% ҳолларда, ёпиқ (қуёшдан ҳимояланган) соҳаларда эса 50% ҳолларда аниқланади.
Аутоиммун гемолитик анемия, лейкопения ва лимфопения, қон таҳлилида ЭЧТнинг ортиши, сийдикда оқсил ва цилиндрлар мавжудлиги — булар тизимли касаллик эҳтимолини кўрсатувчи билвосита белгилар ҳисобланади.
Полиморф фотодерматозда эса қишда яхшиланиш кузатилади, бошнинг сочли қисми териси, лабларнинг қизил ҳошияси ва оғиз шиллиқ қаватида тошмалар кузатилмайди. Фолликуляр кератоз ва тери атрофияси бўлмайди, кўпинча қичишиш билан кечади.
Чегараланган псориаз, айниқса бошнинг сочли қисми териси ва очиқ тана қисмларида жойлашганда, клиник жиҳатдан қизил югурукни (ҚЮ) эслатиши мумкин. Аммо Вуд чироғи нурлари остида оппоқ нур йўқлиги, атрофиянинг ва фолликуляр кератознинг бўлмаслиги, псориазга хос бўлган симптомлар триадаси (стеарин доғи, терминал плёнка ва нуқтасимон қонаш)ни аниқлаш — бу касалликни ҚЮдан фарқлашга ёрдам беради**.**
Пушти акне (розацеа)да ҳам ташхисда қийинчиликлар бўлиши мумкин, чунки беморларнинг юзида қизил папулалар ва эритематоз ўчоқлар пайдо бўлади, ва бу ҳолат қуёш нуридан кейин ёмонлашади. Бироқ фолликуляр кератоз, тери атрофияси ва лаб қизил чеккасида тошмаларнинг йўқлиги ҚЮ ташхисини рад этади.
Дерматомиозит очиқ тери соҳаларида эритема, папулёз тошмалар ва телеангиоэктазиялар билан намоён бўлади, бу эса уни клиник жиҳатдан қизил югурукка (ҚЮ) ўхшаш қилади. Бироқ мушак заифлигининг ортиб бориши ва фолликуляр кератознинг йўқлиги дерматомиозит ҳақида далолат беради.
Бундан ташқари, дерматомиозитда Готтрон тугунчалари деб аталувчи ясси, бинафша тусли тугунчалар фалангаларарo бўғимлар устида жойлашади, аксинча, ҚЮда қизил-бинафша тусли пилакчалар асосан фалангалар устида бўлиб, бўғимлар устидаги тери одатда ўзгармайди.
Агар ҚЮда гиперкероз унча кучли бўлмаса, лекин инфильтрация устун бўлиб, зарарланган жойлар сезиларли даражада зичлашса, атрофдаги тери юзасидан анча кўтарилиб, жигарранг тус олса, касалликни туберкулёз югуруги билан фарқлаш зарур бўлади. Диаскопияда ёрқин сарғиш-жигарранг тугунчаларнинг йўқлиги ва зарарланган ўчоқларнинг четларида кенгайган қон томирларининг мавжудлиги ҳам ҚЮ ташхисини тасдиқлайди.

Ангиолупоид Брок-Патрие (ёки телеангиоэктатик Бек саркоиди) — бу юз терисида жойлашувчи, юмшоқ консистенсияли, қизғиш-жигарранг тусли якка ўчоқлар билан кечадиган касаллик бўлиб, юзасида аниқ кўриниб турувчи телеангиоэктазиялар мавжуд бўлади. Бундай белгилар уни қизил югурук (ҚЮ) билан клиник жиҳатдан ўхшатишга олиб келади. Аммо диаскопия вақтида ангиолупоидда аниқланадиган тарқалган сарғиш-жигарранг ранг бу касалликни ҚЮдан фарқлашга ёрдам беради.
Юзнинг эозинофилли гранулёмаси, Жесснер–Каноф лимфоцитар инфильтрацияси ва тери лимфоцитомаси (яхши сифатли) одатда қуйидагича намоён бўлади:

- Нўхатдек катталикдаги тугунчалар ёки
- Инфильтратив пилакчалар кўринишида,
- Жигарранг-қизил рангда,
- Юмшоқ ёки зич-эластик консистенцияга эга.

Бу касалликлар клиник кўриниши жиҳатидан баъзида қизил югурук (ҚЮ) билан чалкашиши мумкин, айниқса пилакчалар ва тугунчалар юз соҳасида жойлашган бўлса. Аммо уларни фарқлашда консистенсияси, ранги, қўшимча лаборатор ва гистологик текширувлар муҳим рол ўйнайди.
ТҚЮнинг диагностик мезонлари

1. Ёноқлардаги тошма ("югурук капалаги").
2. Дискоид тошма (эритема).
3. Фотосенсибилизация.
4. Оғиз бўшлиғидаги яралар (энантема).
5. Артрит (ноэрозив): 2 ёки ундан ортиқ периферик бўғимларда.
6. Серозит: – плеврит ёки перикардит.
7. Буйрак зарарланиши – 0,5 г/кун ва ундан ортиқ протеинурия ёки цилиндрурия.
8. Марказий асаб тизими зарарланиши – тутқаноқ ёки психоз.
9. Гематологик бузилишлар: гемолитик анемия (эритроцитларга қарши антитаначалар билан), тромбоцитопения, лейкопения.
10. Иммунологик кўрсаткичлар: Анти-ДНК ёки Анти-См, ёки аФЛ.
11. ANA – титр даражаси ошган бўлиши.

Агар беморда касаллик бошланганидан кейинги исталган вақтда 4 ёки ундан ортиқ мезон аниқланса, тизимли қизил югурук (ТҚЮ) ташхиси қўйилади.
Манба: SLICC 2012 diagnostik mezonlari, мурожаат санаси: 20 ноябр 2023, архивланган: 1 октябр 2023.

Эпидемиологик анамнез:

Тери шаклидаги қизил югурук (ҚЮ) билан касалланиш даражаси йилига ҳар 100 000 аҳоли орасида 3,0–4,2 ҳолатни ташкил этади. Улардан 70–80% беморлар дискоид қизил югурук билан касалланган бўлади.
Касалланишнинг энг юқори даражаси — 9,1 ҳолат / 100 000 аҳоли — 60–69 ёш оралиғида кузатилади.
Аёллар эркакларга нисбатан 3 баробар кўпроқ касалланишади (нисбат: 3:1).
Энг кўп ҳолатлар европоид ирқига мансуб шахслар орасида учрайди [6].

Шикоят ва анамнез: Беморлар одатда субъектив белгилари бўлмаган тошмаларга шикоят қилишади.

Тошмалар пайдо бўлишига қуёш нурлари ёки ультрабинафша нурланиш сабаб бўлиши мумкин. Касалликнинг кучайиш даврлари кўпинча баҳор–ёз мавсумида кузатилади.

Fizikal ko’rik:

Ташхис касалликнинг клиник манзарасига асосланиб қўйилад:
- ёноқларда капалак шаклидаги қизил тошма (эритема) мавжудлиги;
- дискоид қизил югурук (ДҚЮ) ўчоқларида учта зона шаклланади: марказда — чандиқли атрофияга, унинг атрофида — фолликуляр гиперкерозга, периферияда эса — телеангиоэктазия, пигментация ёки депигментацияга эга соҳалар.

ДҚЮ учун хос бўлган классик симптомлар триадаси шаклланади: эритема, фолликуляр гиперкероз ва чандиқли атрофия.
- тангачаларни олиб ташлаш оғриқли бўлиши (Бенье-Мешерский симптоми);
- тангачалар олиб кўрилганда, уларнинг пастки юзасида аниқ кўринадиган тикансимон ўсиқчалар бўлиши. Улар терининг соч фолликуласи ёки ёғ безлари оғзига чуқур кириб борган бўлади (“аёллар пошнаси” симптоми);
- қулоқ супраларида ангишвонани эслатувчи ёғли-мугузсимон тиқинлар кузатилади (Хачатурян симптоми).

Лаборатор тадқиқотлар

• Қизил югурукнинг барча тери шаклларида касаллик фаоллигини аниқлаш ва тизимли қизил югурукни (СҚЮ) истисно қилиш учун қуйидаги текширувлар **тавсия этилади** [25,28]:

- умумий (клиник) қон таҳлили – кенгайтирилган кўринишда, ЭЧТ билан;

- сифилисга скрининг тестлар;

- умумий (клиник) сийдик таҳлили;

- биокимёвий қон таҳлили (терапевтик йўналишда) – қуйидагиларни ўз ичига олади: аланинаминотрансфераза (АЛТ), аспартатаминотрансфераза (АСТ), гамма-глутамилтранспептидаза (ГГТ), ишқорий фосфатаза (АЛП), мочевина, креатинин, С-реактив оқсил (СРП).

- LE-ҳужайралар (қизил югурук ҳужайралари) – бу нейтрофил лейкоцитлар цитоплазмасида жойлашган, юмалоқ, тузилмасиз, оч бинафша рангдаги, лизисга учраган ядрога ўхшайдиган тузилмалар билан тавсифланади. Ушбу тузилмалар ҳужайранинг марказий қисмини эгаллайди, ядро эса периферияга силжиган бўлади. LE-ҳужайралар тизимли қизил югурук учун патогномоник белгидир, аммо тери қизил югуруги билан касалланганларнинг 3–7% ида ҳам учраши мумкин.

- Иммунологик тестлар: ANA – антинуклеар антитаначалар, агар ижобий бўлса, ENA (экстрагирланувчи ядровий антигенларга қарши антитаначалар) ва anti-dsDNA (икки занжирли ДНКга қарши антитаначалар), Anti-Ro/SS-A ва anti-La/SS-B – ядро компонентларига қарши

антитаначалар, Антифосфолипид антитаначалар (иммунофермент таҳлил усули билан), VDRL – кардиолипин антигенига қарши реакциялар (сифилисни истисно қилиш учун).

- коагулограмма.

- биопсия – тери зарарланган ўчоғидан олинган намуна: патоморфологик текширув – бошқа тери касалликларидан фарқлаш учун; тўғридан-тўғри иммунофлюоресцент таҳлил – биопсия материали асосида

• қонда D витамини даражасини аниқлаш

Инструментал текширув:

• Зарур бўлса, дифференwиал диагностика учун терини катталаштириб кўриш (дерматоскопия) тавсия этилади [18].

• Ички аъзоларнинг ултратовуш текшируви (УТТ).

Бошқа инструментал текширувлар:

Кўкрак қафаси аъзоларининг компютер томографияси.
Тасвирда ўпкадаги яллиғланиш аломатлари, ўпка тромбоэмболияси, қон қуйилиши.
ЭКГ (электрокардиография) ва юракнинг эхокардиографияси (юрак УТТси).
Юрак УТТси ёрдамида даволовчи шифокор юракни ўраб турган пардада яллиғланиш борлигини (перикардит) ва ўпка гипертензиясининг мавжудлигини баҳолаши мумкин

https://fnkc-fmba.ru/zabolevaniya/sistemnaya-krasnaya-volchanka/

Тор мутахассислар консультациялари учун кўрсатмалар

С	• Тизимли қизил югурук (ТҚЮ) ташхисини истисно қилиш зарур бўлган ҳолларда ревматолог шифокор билан маслаҳатлашув ўтказиш тавсия этилади. • Қоннинг иммунологик таҳлилида бузилишлар аниқланганда иммунолог шифокори билан маслаҳатлашув тавсия этилади. • Гидроксихлорохин ёки хлорохин қабул қилишни бошлашдан олдин ва даволаниш давомида камида ҳар 6 ойда бир маротаба кўз тубини текширишни ўз ичига олган ножўя таъсирларни (ретинопатия) назорат қилиш мақсадида офталмолог шифокор билан маслаҳатлашув тавсия этилади. • Терапевт/педиатр билан маслаҳатлашиш тавсия этилади

Қизил югурук прогнози:

https://volgograd.medsi.ru/spravochnik-zabolevaniy/diskoidnaya-krasnaya-volchanka/

С	• Кўпчилик ҳолларда дискоид қизил югурук яхши кечади. Даволаш тўғри танланганда ва барча тавсияларга риоя қилинса, барқарор ремиссия юзага келади. • Асосий муаммо — ДҚЮ нинг оғирроқ касалликларга, ўлим кўрсаткичи юқори бўлган ТҚЮ (тизимли қизил югурук) ва ясси ҳужайрали карциномага айланишидир. • Дискоид қизил югурук (ДҚЮ)нинг қайталанишини олдини олиш чора-тадбирлари қуйидагилардан иборат: қуёшда бўлиш вақтини чеклаш, ёпиқ кийим кийиш, қуёшдан ҳимояловчи воситалардан фойдаланиш ҳамда терининг ультрабинафша нурланишга сезувчанлигини оширувчи дориларни қабул қилишни истисно этиш.

Номедикаментоз даво:

С 4	• Пархез овқатланиш талаб этилмайди

Физиотерапевтик даво:

С 5	• Маҳаллий воситалар билан ультратовуш терапия • Пастинтенсив ёруғлик терапияси • Электрофорез • Электроуйқу • Бальнеотерапия • Магнит майдон таъсирида миянинг ноинвазив стимуляция усули

Медикаментоз даволаш:

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

Жадвал-1

Асосий дори воситалари рўйхати (фойдаланиш эхтимоли 100 %):

Фармакотерапевтик гуруҳ	**Дори воситаси ҳалқаро номи**	**Қўллаш усули**	**Ишончлилик даражаси**
Маҳаллий даво			
МГКС	Мометазон фуроат 0,1%	кунига 1-2 маҳал маҳаллий	С https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-naruzhnoy-terapii-diskoidnoy-krasnoy-volchanki
	Бетаметазон валерат 0,1%, крем		
	Флуоцинол ацетонид 0,025%, крем, гель, мазь	Кунига 2 маҳал зарарланган жойларга суртилади, 12 ҳафта давомида.	С https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-naruzhnoy-terapii-diskoidnoy-krasnoy-volchanki
	Триамцинолон, мазь	Кунига 2 маҳал боғлам остида зарарланган жойларга қўлланилади, 1 ҳафта давомида.	С https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-naruzhnoy-terapii-diskoidnoy-krasnoy-volchanki
	Клобетазол, крем, мазь	Кунига 2 маҳал зарарланган жойларга қўлланилади, 4 ҳафта давомида.	https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/discoid-lupus-erythematosus
Маҳаллий калсиневрин ингибиторлари	Такролимус маз 0,1%; 0.03 %	кунига 2 маҳал маҳаллий 4-8 ҳафта	https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/discoid-lupus-erythematosus
	Пимекролимус крем 1%	кунига 2 маҳал маҳаллий 4-8 ҳафта	https://protabletky.ru/pimecrolimus/

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

Терини намловчи воситалар (эмолентлар), тиббий воситалар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва косметологик воситалар

дерматологик беморларни даволашда зарур ҳолатларда қарши кўрсатмалари бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатга эга бўлса қўлланилиши мумкин.
Маҳаллий ва тизимли антибактериал воситалар, маҳаллий глюкокортикостероидлар ҳамда комбинацияланган препаратларнинг қўлланилиши фақат клиник заруратга асосланган ҳолда, кўрсатмаларга мувофиқ амалга оширилади.
Аниқ дори воситасини танлаш даволовчи шифокор томонидан белгиланади.
Агар зарур препарат белгиланган рўйхатда мавжуд бўлмаса ва вақтинча етишмаса, шифокор ўхшаш терапевтик мақсадга эга, лекин турлича таъсир механизмли препаратни танлаши мумкин. Дори воситаси клиник вазият, беморнинг ҳолати ва мавжуд ресурсларга асосланиб амалга оширилади

Жадвал-2

Асосий дори воситалари рўйҳати (ишлатилиш эҳтимоллиги 100 % дан кам):

Фармакотерапевтик гуруҳ	**Дори воситаси халқаро номи**	**Қўллаш усули**	**Ишончлилик даражаси**
Безгакка қарши воситалар	Гидроксихлорохинолин	перорал, касаллик кечишининг оғирлигига қараб 5-6 мг/кг/кунлик миқдорда схемага мувофиқ узоқ муддат давомида (ёки ўртача оғирликдаги катталар учун 2 таблетка 200 мг). Клиник самарага эришилгандан сўнг, гидроксихлорохин дозаси секин-аста кунлик 200 мг гача камайтирилиши мумкин ва даволаш 2–3 ойдан кам бўлмаган муддат давомида давом эттирилади.	A Wozniacka A., McCauliffe D.P. Optimal use of antimalarials in treating cutaneous lupus erythematosus. Am J Clin Dermatol. 2005; 6 (1): 1–11 .
	Хлорохин	Перорал, 3,5 мг/кг/кун ёки 250-500 мг кунига схема бўйича 2-3 ой давомида	A https://algom.ru/search/evd00740-_Preparati_dlya_lecheniya_diskoidnoi_krasnoi_volchanki?query=%D1%82%D0%B0%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%BC%D1%8

			3%D1%81&page_type=1&highlight=1
Глюкокортикостероидлар	Преднизалон	0,5-1,0 мг/кг/кун 2-4 ҳафта, кейинги доза камайтириш билан	A https://akriderm.com/articles/diskoidnaya-krasnaya-volchanka/
	Триамцинолон	Ўчоққа 5-10мг/мл юбориш	C https://akriderm.com/articles/diskoidnaya-krasnaya-volchanka/
	Бетаметазон	Ўчоққа 0,2мл/см^2 юбориш, ҳафталик доза 1 мл дан ошмаслиги керак	C https://akriderm.com/articles/diskoidnaya-krasnaya-volchanka/
	Дапсон	Даво минимал доза 25 мг/кундан бошланади, минимал самарали дозага етишгунча ҳар ҳафта 25мг га оширилади, , лекин кунлик 200мг дан ошмаслиги керак. Даволаш давомийлиги препаратнинг клиник таъсирига қараб белгиланади.	C https://akriderm.com/articles/diskoidnaya-krasnaya-volchanka/
Ретиноидлар	Ацитретин	0,2-1,0 мг/кг/кун 8 ҳафта	B https://131522.selcdn.ru/upload-aacc0f457d37

			30a3ef3c1aa2377f62ad/iblock/18b/18be20cd4060d9b3c050a168d4edfafd/070ab5012f60f22990a486a70f017d61.pdf
	Изотретионин	0,2-1,0 мг/кг/кун 8 ҳафта	B https://www.rodv.ru/upload/iblock/5f8/5f8cb8b847ed0f4abe375a6787532d1a.docx
Иммунодепрессив воситалар	Азатиоприн	Перорал, 2 мг/кг/кун схема бўйича	B https://www.msdmanuals.com/ru/professional
	Микофенол кислотаси	Кунига 1,0-1,5 г 2 маҳал схема бўйича	B https://www.msdmanuals.com/ru/professional
	Метотрексат	Перорал, т/о 7,5-25 мг ҳафтасига схема бўйича	C https://www.msdmanuals.com/ru/professional
	Циклоспорин	Циклоспориннинг бошланғич дозаси 2,5 дан 3 мг/кг 2 марта қабул қилишга. Оғир ҳолатларда зарурат туғилганида доза максимал	B https://rsp.mediar-

		5мг/кг гача ошиши мумкин. Ижобий натижага эришилганда доза тўлиқ тўхтатиш учун аста-секинлик билан камайтирилади.	press.net/rsp/article/view/415?locale=ru_RU
Комбинирланган воситалар	Бетаметазон дипропионат (1мг) + гентамицин сульфат (1 мг) + клотримазол (10 мг)	Маҳаллий кунига 1-2 маҳал	C https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-naruzhnoy-terapii-diskoidnoy-krasnoy-volchanki
	Бетаметазон (1 мг) + гентамицин (1 мг)		
Антиоксидантлар	Аскорбин кислотаси	Перорал, в/и, м/о 250-1000мг/сут	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Альфа-липой кислотаси	в/и томчилаб катталарга 600мг/сутка камида 30 дақиқа давомида. Перорал катталар ва 14 ёшдан катта болалар учун 1 капсуладан 1 маҳал овқатдан олдин. Қабул қилиш давомийлиги камида 1 ой.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary

	Глутатион	М/о, в/и секин (2-3 дақиқа) ёки инфузия йўли билан 600 мг кунлик ёки ҳар иккинчи куни 1200 мг. Перорал — кунлик 250 мг, тили остида секин эритилади. Қабул қилиш курси — 2-3 ойлик даврлар, йилга 2-3 марта такрорланиши мумкин.	С https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus Summary
	Витамин Е	Капсулалар 50–100 мг кунлик, даврий курслар билан: 1 ҳафта препаратни қабул қилиш, 1 ҳафта танаффус, жами 4-8 ҳафта давомида.	С https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
Витаминлар	Холекальциферол (Витамин D)	D витамини етишмовчилиги коррекцияси (25(OH)Д даражаси < 20 нг/мл): -Ҳафтасига 1 марта 50 000 ХБ — 8 ҳафта давомида, перорал -Ҳар ойда 1 марта 200 000 ХБ — 2 ой давомида, перорал -Ҳар ойда 1 марта 150 000 ХБ — 3 ой давомида, перорал -Ҳар куни 6000–8000 ХБ — 8 ҳафта давомида, перорал. D витамини дефицити коррекцияси (25(OH)Д даражаси ≥ 20 ва < 30 нг/мл):	С https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary

		-Ҳафтасига 1 марта 50 000 ХБ — 4 ҳафта давомида, перорал -1 маротаба 200 000 ХБ — оғиз орқали -1 марта 150 000 ХБ — перорал -Ҳар куни 6000–8000 ХБТ— 4 ҳафта давомида, перорал D витамини даражасини ≥ 30 нг/мл даражада ушлаб туриш: Ҳар куни 1000–2000 ХБ — перорал -Ҳафтасига 1 марта 6000–14 000 ХБ — перорал	
	Цианкобаламин (Витамин B12)	м/о ёки в/и 1мг дан ҳар куни 1-2 ҳафта мобайнида, ушлаб турувчи доза 1-2мг м/о ёки в/и ҳафтасига 1 маротабадан бир ойда 1 маротабагача	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Пиридоксин гидрохлорид (Витамин B6)	м/о, препарат дозаси индивидуал тарзда 1-2 мг/кг/ сутка ҳисобида тайинланади. Даволаш давомийлиги 2 ҳафта	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Рибофлавин мононуклеотид (Витамин B2)	Перорал: катталарга - 5-10 мг/кунига; болаларга - 2-5 мг/кунига. Даволаш давомийлиги 1-1,5 ой. М/о: 1% ли 1мл эритма (0.1 г) кунига 1 маҳал 10-15 кун давомида (болаларга - 3-5 кун), кейин ҳафтасига 2-3 маротаба; даволаш курси 15-20 инекциядан иборат.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-

			avoid-with-lupus#Summary
	Тиамин гидрохлорид (Витамин B1)	м/о (чуқур мушак ичига юборилади) Препаратни юборишда кичик дозалар билан (5% эритмадан 0,5 мл дан кўп бўлмаган миқдорда) бошлаш тавсия этилади. Фақат яхши ўзлаштирилгандан сўнг дозани оширишга ўтиш мумкин. Катталарга: тиамин гидрохлорид 25–50 мг (5% эритмадан 0,5–1 мл) кунига 1 марта, ҳар куни юборилади. Болаларга: 12,5 мг (5% эритмадан 0,25 мл) кунига 1 марта юборилади. Даволаш курси 10-30 инекцияни ташкил этади.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Фолий кислотаси (метотрексат қабул қилинганда)	Перорал, овқатдан кейин қабул қилинади. Катталар учун: 1–2 мг (1–2 таблетка) кунига 1–3 марта. Максимал кунлик доза — 5 мг (5 таблетка). 3 ёшдан катта болалар учун: 1 мг (1 таблетка) кунига 1–2 марта. Максимал кунлик доза — 2 мг (2 таблетка). Даволаш курси — 20–30 кун.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
Ангиопротект орлар	Пентоксифиллин	Перорал, кунига 3 марта 200 мг дозада, 1 ой давомида қабул қилинади.	C https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/KRASNAYa_VOLChANKA_KLINIKA_DIAGNOSTIKA_I_LEChENIE/

	Никотин кислотаси	Перорал: 0,05–0,1 г дан кунига 2–3 марта, 21–30 кун давомида қабул қилинади. Мушак орасига: 1% эритмадан 2–3 мл, кунора (ҳар икки кунда бир марта), жами 8–10 инекция.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
Антигистамин воситалар	Дезлоратадин	Перорал, 5–10 мг кунига 1 марта, 7–10 кун давомида қабул қилинади	C **https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954** https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb https://www.researchgate.net/publication/287764260_Antihistamines_in_dermatology https://www.sciencedirect.com/science/ar
	Цетиризин	Перорал, 5–10 мг кунига 1 марта, 7–10 кун давомида қабул қилинади.	
	Левоцетиризин	Перорал, 5–10 мг кунига 1 марта, 7–10 кун давомида қабул қилинади.	
	Фексофенадин	Перорал, 120–180 мг кунига 1 марта, 7–10 кун давомида қабул қилинади.	
	Эбастин	Перорал, 10–20 мг кунига 1 марта, 7–10 кун давомида қабул қилинади.	
	Хлоропирамин	Перорал, 25-75 мг кунига 2 марта, 7-10 кун давомида.	
	Биластин	Перорал, 20 мг кунига 1 марта, 7-10 кун давомида.	
	Дифенгидрамин	Перорал, 10-50 мг кунига 2-3 марта, 7-10 кун давомида.	
	Мебгидролин	Перорал, 50-300 мг кунига 2 марта, 7-10 кун давомида.	

			ticle/pii/S036 50596203060 48
Гепатопротектор лар	Эссенциал фосфолипидлар	в/и, секинлик билан 1-2 ампула (5-10 мл), препарат қон билан 1:1 нисбати билан суюлтирилади. Агар суюлтириш қўшимча керак бўлса, фақат 5% ёки 10% декстроза эритмаси инфузион қўллаш мумкин. Перорал: 12 ёшдан катта ва тана оғирлиги 43 кг дан ортиқ бўлган ўспиринлар ҳамда катталар учун овқат пайтида кунига 3 марта 2 капсула қабул қилиш тавсия этилади.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111999/
	Антраль	Перорал, овқатдан кейин кунига 3 марта Катталар ва 10 ёшдан катта болалар учун – ҳар бир қабулда 200 мг 4–10 ёшдаги болалар учун – ҳар бир қабулда 100 мг	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111999/
	Оксиматрин	М/о кунига 1 маҳал 600 мг в/и 600 мг ни 100–250 мл 5% глюкоза эритмаси ёки 0,9% натрий хлорид эритмасида эритиб, томчилатиб юбориш керак, соатига 60 томчи тезликда, кунига 1 маҳал. Перорал — кунига 3 марта, ҳар бири 2 капсула (0,2 г оксиматрин). Зарурат бўлса, кунлик дозани 3 капсулага уч марта ошириш мумкин (яъни 0,3 г оксиматрин).	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111999/
	Адеметионин	Тавсия этилган доза — 10–25мг/кг/сутка адеметионин. Одатда кунлик доза 1–2 таблетка (кунига 400–800 мг адеметионин) ва керак бўлса, кунига 4 таблеткагача (кунига 1600 мг адеметионин) оширилиши мумкин. Таъсир одатда даволанишнинг 7–14 кунида сезилади ва дори қўллаш давомида сақланади.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111999/

Гипосенсибил изацияловчи воситалар	Натрий тиосульфат	в/и томчилаб 30% — 10 мл, кунига 1 маҳал, 7–10 кун давомида.	С https://www.rodv.ru/upload/iblock/eac/eacb3e5d68c5dde0145d239c1260ac30.docx
	Кальций хлорид	в/и томчилаб 100 мг/мл — 5 мл, кунига 1 маҳал, 7–10 кун давомида.	
	Кальций глюконат	в/и томчилаб 100 мг/мл — 5 мл, кунига 1 марта, 7–10 кун давомида.	

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

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

Маҳаллий ва тизимли антибактериал воситалар, маҳаллий глюкокортикостероидлар ҳамда бирикма препаратларнинг қўлланилиши фақат кўрсатмаларга биноан, клиник заруратга мувофиқ равишда амалга оширилади.

Аниқ бир препаратни танлаш шифокор томонидан белгиланади.

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

«ҚИЗИЛ ЮГУРУК» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

Кириш.

Қизил юғурук (ҚЮ) — бу кечиши ўзгарувчан, прогнози ва дерматологик ҳамда тизимли белгилари кенг қамровли бўлган сурункали, яллиғланишли, аутоиммун, иммунокомплексли касаллик ҳисобланади. Бу касаллик юз йиллардан бери клиник тадқиқотлар мавзуси бўлиб келмоқда ва дерматологлар, ревматологлар, невропатологлар, нефрологлар, гематологлар ва бошқа мутахассисларнинг диққат марказида турибди. 1851 йилда P.L.A. Cazenave **[2]** “lupus erythemateux” атамасини таклиф қилган — бу билан у тери сил касаллигининг белгилари билан югурук келиб чиқишига эга тери белгилари ўртасини фарқлашга ҳаракат қилган. 1845 йилда эса Ferdinand von Hebra юзда — ёноқлар ва бурун кўпригида пайдо бўлувчи эритематоз доғларни тасвирлаб берган. Бу доғлар бирлашиб, «капалак» шаклига ўхшаш кўриниш берган. У бу ҳолатни аввал “seborrhoea congestive” деб атаган, кейинчалик бу атама “lupus erythematosus” деб ўзгартирилган. 1875–1895 йиллар оралиғида дерматология соҳасида муҳим илмий ёндашувлар пайдо бўлди. M. Kaposi, J. Hutchinson va W**.** Osler [3—5] ривожланишининг асосий патогенетик назарияларини таклиф қилдилар ва атроф-муҳит омиллари, хусусан қуёш нури (инсоляция), бу касалликни қўзғатиши мумкинлигини тахмин қилдилар. Ҳозирги кунгача ҚЮ патогенези тўлиқ аниқланмаган, аммо энг кўп қўлланиладиган классификацияга кўра, бу касалликнинг иккита асосий шакли мавжуд: тери шакли (интегументар; ТҚЮ) — узоқ давом этади, аммо нисбатан енгил кечади ва тизимли шакли (ТҚЮ) — ички органларни қамраб олади. Ҳозирда ушбу шакллардаги беморларни кузатиш ва даволаш учун аниқ тартиб ишлаб чиқилган бўлиб, унда фақат тери белгилари бўлган беморлар дерматолог назоратида ҳамда тизимли жараён бўлганда эса ревматологлар томонидан кузатилади. Бироқ, ҳали ҳам тери ва тизимли шакллар ўртасидаги муносабат — улар битта касалликнинг турлича кўриниши ёки алоҳида касаллик эканлиги бўйича якдил фикр йўқ. Баъзи мутахассислар фикрича, қизил юғуриккнинг (ҚЮ) икки шакли икки алоҳида мустақил касалликлар бўлиб, бунга бир қанча даллиллар келтирилади. Масалан, тери шаклидан тизимли шаклга ўтиш камлиги (фақат 3—5% беморларда), иммуногенез бузилиш даражасидаги фарқланиш [6] ва лаборатор ўзгаришлар (нейтрофил ва моноцитларда нуклеар моддалар алмашинуви, нуклеар антигенларга қарши антитаналар титри) даражаси, касаллик шаклларининг кечиши ва ҳаёт учун прогнознинг турлича бўлиши, ҳамда терапия алгоритмларининг фарқли бўлиши асосида ўз позицияларини асослайдилар. Ушбу нуқтаи назар тарафдорларининг далилларига шунингдек, тизимли ҚЮда алопециянинг диффуз ва қайтарилувчан бўлиши, интегументар ҚЮ шаклида эса алопециянинг қайтарилмас бўлиши киради [7, 8]. Аммо, мавжуд қарама-қарши фикрга кўра, тери ва тизимли шаклларни ажратиш шартли бўлиб, ҚЮни ягона касаллик назарияси доирасида, турли иммунологик реактивликка эга турлича кўринишдаги бир касалликнинг икки хил шакли дея қаралади. Дарҳақиқат, касалликнинг ҳар икки шаклида кўпинча аёллар касалланади [9], қуёш нурига сезгирлик ортиши кузатилади, икки шаклда ҳам кўпинча тери шикастланишлари кузатилади, гисто- ва гистохимик белгилар умумийлиги мавжуд. Тери қопламаси анъанавий равишда ҚЮда яллиғланиш жараёнига энг кўп жалб қилинадиган органлардан биридир [10—12].
Дерматологик симптоматика нафақат тери шаклини, балки тизимли ҚЮни ҳам ташхислашда муҳим аҳамиятга эга. Адабиёт маълумотларига кўра [13], тахминан 20—25% беморларда теридаги синдром тизимли касалликнинг дастлабки кўриниши бўлиб, 60—70% беморларда теридаги тошмалар касалликнинг турли босқичларида пайдо бўлади. Теридаги тошмалар билан шикоят қилувчи беморларнинг махсус дерматологик клиникаларга биринчи мурожаат қилиши юқори бўлиши мантиқан тушунарли ва бу эса югурук жараённи истисно қилиш ёки ўз вақтида аниқлаш учун клинико-лаборатор текширувнинг диагностик алгоритмини билиш ва қўллаш заруратини келтириб чиқаради.

Даволаш мақсади

- Тери касаллигининг авж олишини тўхтатиш;
- Чандиқланишни олдини олиш ёки камайтириш;
- Даволаш бўйича умумий кўрсатмалар.

Дискоид қизил югурук (ДКЮ) беморларини даволашда тизимли безгакка қарши воситалар ва ташқи қўллаш учун глюкокортикостероид препаратларидан фойдаланиш асосий ўрин тутади. ДКЮда терининг чегараланган шикастланиши бўлса, бадан терисидаги ўчоқлар учун крем ва малҳам шаклида, бош терисидаги ўчоқлар учун эса лосьон шаклидаги маҳаллий глюкокортикостероид препаратлар буюрилади.
Безгакка қарши воситалар қизил югурукни даволашда, ҳам комбинацияланган терапияда, ҳам монотерапияда самарали ҳисобланади. Гидроксихлорохин сулфат яхшироқ қабул қилиниши сабабли кўпроқ қўлланилади. Безгакка қарши воситалар қабул қилишда ретинопатия ривожланиш эҳтимоли туфайли мунтазам офталмологик текширувлар, шу жумладан кўз тубини кўрикдан ўтказиш зарур. Бу кўрик препарат қабул қилинишидан олдин бошланади ва ҳар 6 ойда камида бир марта такрорланади. Лаборатория кўрсаткичлари ҳам мунтазам назорат қилинади [32].
Ретиноидлар безгакка қарши воситалар билан даволаш самарасиз бўлган беморларга тайинланади. Аммо тизимли ретиноидлар қизил югурукни узоқ муддат даволаш учун оптимал эмас, чунки улар кўп ножўя таъсирларга олиб келади ва препарат тўхтатилгач тезда касаллик такрорланади. Ретиноидлар терапияси давомида ножўя таъсирларни олдини олиш учун қон таҳлилида липид спектри, глюкоза ва жигар функсияси назорат қилиниши керак. Ретиноидларнинг тератоген хусусиятлари сабабли, репродуктив ёшдаги аёлларга изотретиноин билан даволашдан 4 ҳафта олдин, даволаш давомида ва тугатгандан кейин 1 ой давомида, шунингдек, ацитретин билан даволашдан кейин 2 йил контрацепция чораларини қўллаш тавсия этилади. Ҳомиладорлик юзага келса, тиббий кўрсатмаларга кўра уни тўхтатиш лозим [31].
- ДКЮ билан оғриган барча беморларга қуёш нурларидан терини ҳимоя қилиш чораларига риоя қилиш тавсия этилади: мос кийиниш (бош кийимлар, узун енгли кийимлар, ёпиқ ёқа, шим ва узун юбкалар кийиш), юқори SPF (50–60) кўрсаткичига эга қуёшдан ҳимоя қилувчи кремларни мунтазам суртиш.

Консерватив даволаш

• Тери шикастланиши билан кечувчи қизил югурукни даволашда биринчи навбатда қўлланиладиган терапия сифатида маҳаллий глюкокортикостероид препаратлар ва тизимли безгакка қарши препаратлар **тавсия этилади** [1, 2].
Тавсия қилиш даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4).

Изоҳлар:
Дискоид қизил югургида тери шикастланиши чекланган бўлса, маҳаллий глюкокортикостероид препаратлар тайинланади: тана терисидаги шикастланган ўчоқлар учун – крем ва мазь кўринишида, сочли қисмдаги ўчоқлар учун эса лосьон шаклида.

• Агар тери шикастланиши юз қисмида жойлашган бўлса, кучсиз ёки ўртача фаолликка эга маҳаллий глюкокортикостероид препаратлар **тавсия этилади**: флуоцинолон ацетонид – крем, гель, мазь ёки линимент кўринишида, кунига 2 маҳал шикастланган ўчоқларга суртилади, 12 ҳафта давомида [1, 2].

Тавсия қилиш даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 2).

• Тана қисми ва қўл-оёқлар шикастланганда ўртача фаолликка эга маҳаллий глюкокортикостероид препаратларини ташқи равишда қўллаш **тавсия этилади**:
Триамцинолон, мазь — кунига 2 марта, боғлам остида шикастланган ўчоқларга 1 ҳафта давомида суртилади [3].
Тавсия қилиш даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4).

ёки

Бетаметазон, крем ёки мазь — кунига 2 маҳал ташқи равишда шикастланган жойларга суртилади, 8 ҳафта давомида [3].
Тавсия қилиш даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4).

• Тошмалар бошнинг сочли қисми, кафт ва оёқ тагида жойлашганда, юқори фаолликка эга маҳаллий глюкокортикостероид препаратларини ташқи равишда қўллаш **тавсия этилади:**
Клобетазол, крем ёки мазь — кунига 2 маҳал шикастланган жойларга 4 ҳафта давомида суртилади [4].
Тавсия қилиш даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 2).

• Агар маҳаллий ўчоқлар бошқа даво турларида самарасиз даволанса, глюкокортикостероид препаратларни инъекция шаклида ўчоқ ичига юбориш тавсия этилади:
Триамцинолон — 5–10 мг/мл [5, 6].
Тавсия қилиш даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4).

ёки

Бетаметазон — 1 см² учун 0,2 мл, ҳафталик доза 1 мл дан ошмаслиги керак [7].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)
Изоҳлар: *Агар препаратларни ўчоқ ичига юбориш зарурати сақланиб қолса, инъекциялар орасидаги интервал камида 4 ҳафта бўлиши лозим [5]. Бу усулни қўллаш турғун атрофия ривожланиш эҳтимоли туфайли чекланган.*

• Қизил югурук тизимли терапияси учун перорал безгакка қарши воситалар қўллаш **тавсия этилади:**
Гидроксихлорохин — суткасига 5–6 мг/кг (ёки ўртача вазнли катталар учун 200 мгдан 2 таблетка). Клиник самарага эришилгандан сўнг, дозани аста-секин 200 мг/суткагача камайтириш мумкин, даволаш камида 2–3 ой давом эттирилиши керак [8].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – В (далиллар ишончлилиги даражаси – 2)

Изоҳлар: *Препаратни қабул қилиш 2–3 йилгача давом этиши мумкин. Қўллаб-қувватловчи дозани бекор қилиш дискоид қизил югурук қайталаниш хавфини 2,5 марта оширади [8].*

ёки

Хлорохин — кунига 250–500 мг, камида 2–3 ой давомида.
(Хлорохиннинг тиббий қўлланилиши бўйича йўриқномасида дискоид қизил югурук қўллаш учун кўрсатмалар қаторига киритилмаган). Препаратни қабул қилиш 2–3 йилгача давом этиши мумкин [9].

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)
Изоҳлар: *Безгакка қарши воситалар ҳам монотерапия, ҳам комбинацияланган терапия кўринишида қизил югурукни даволашда самарали ҳисобланади. Гидроксихлорохин яхши қабул қилиниш хусусияти сабабли афзалроқ деб ҳисобланади. Аммо безгакка қарши препаратлар қабул қилинганда ретинопатия ривожланиши мумкинлиги туфайли офтальмологик текширув ҳамда лаборатория кўрсаткичларининг мунтазам назорати талаб этилади.*

• Агар глюкокортикостероидларнинг самараси кузатилмаса, маҳаллий кальциневрин ингибиторларини ташқи терапия учун қўллаш **тавсия этилади:**

Такролимус 0,1% мазь – кунига 2 маҳал зарарланган жойларга суртиш, 4–8 ҳафта давомида [4, 10].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – B (далиллар ишончлилиги даражаси – 2)

ёки

Пимекролимус 1% крем – кунига 2 маҳаллий шикастланган жойларга суртиш, 4–8 ҳафта давомида [11].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – C (далиллар ишончлилиги даражаси – 2)

Изоҳлар: *Кальциневрин ингибиторлари – иккинчи даражали препаратлар бўлиб, глюкокортикостероидлар самарасиз бўлган ҳолларда тавсия этилади.*

• Агар безгакка қарши воситаларга нисбатан резистентлик мавжуд бўлса, захира препаратлардан фойдаланиш **тавсия этилади:**

Преднизолон – 0,5–1,0 мг/кг кунига перорал равишда 2–4 ҳафта давомида, сўнгра доза пасайтирилади. Тизимли глюкокортикостероидлар фаол босқичда бўлган кенг тарқалган тери тошмаларининг тошишида безгакка қарши воситалар билан бирга тайинланади [20, 21].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – C (далиллар ишончлилиги даражаси – 2)

Дапсон – 25 мг кунига 1 мартадан 100 мг кунига 2 мартагача [3].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – C (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)

Изоҳлар: *Дапсон билан даволаш минимал доза – 25 мг/суткадан бошланади. Ҳар ҳафта 25 мгга ошириб борилади, минимал самарали дозага эришилгунча, аммо 200 мг/суткадан ошмаслиги лозим. Даволаш даврида умумий қон таҳлили ва жигар функциясини назорат қилиш зарур [3]*

ёки

ремиссияга эришилгунга қадар Метотрексат – 20 мг гача, ҳафтада 1 марта (афзалроқ – тери ости инъекция тарзида) [12, 13, 22].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – C (далиллар ишончлилиги даражаси – 2)

ёки

Ацитретин – 0,2–1,0 мг/кг/сут перорал 8 ҳафта давомида [8, 14].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – C (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)

ёки

Изотретиноин – 0,2–1,0 мг/кг/сут перорал 8 ҳафта давомида [14, 15].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – C (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)

Изоҳлар: *Тизимли ретиноидлар билан даволаш паст дозалардан (10–20 мг/сут) бошланиши лозим, сўнгра дозалар организмнинг кўтара олиши ва ножўя таъсирларнинг йўқлигига қараб аста-секин оширилади. Ретиноидлар фотосезгирликни оширишини ҳисобга олиш керак.*

• Яққол гиперкератоз (дискоидли ёки веррукоз қизил югурук) мавжуд бўлганда тизимли ретиноидларни тайинлаш **тавсия этилади:**

Ацитретин – 50 мг/сут перорал 8 ҳафта давомида [8].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – B (далиллар ишончлилиги даражаси – 2)

ёки

Ацитретин – 0,2–1,0 мг/кг/сут перорал 8 ҳафта давомида [14].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)

ёки

Изотретиноин – 0,2–1,0 мг/кг/сут перорал 8 ҳафта давомида
(Изотретиноиннинг тиббий қўлланилиши бўйича йўриқномада дискоидли қизил югурук кўрсатмалар орасида йўқ) [14, 15].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)

Изоҳлар: *Системали ретиноидлар билан даволаш паст дозалардан (10–20 мг/сут) бошланиши лозим, сўнгра дозалар организмнинг кўтара олиши ва ножўя таъсирларнинг йўқлигига қараб аста-секин оширилади. Ретиноидлар фотосезгирликни оширишини ҳисобга олиш керак.*

• пуфакли қизил югурук шаклида Дапсон қўллаш **тавсия этилади:**
25 мг 1 маҳал– 100 мг 2 маҳал. Даволаш давомийлиги дори воситасининг клиник самарасига боғлиқ [3].
Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)

Изоҳлар:
Дапсон билан даволаш минимал доза — 25 мг/сут дан бошланади ва минимал самарали дозага эришилгунга қадар ҳар ҳафта дозани 25 мг га оширилади. Энг юқори доза — 200 мг/сутдан ошмаслиги керак.
Дапсонни қабул қилиш давомида умумий қон таҳлили ва жигар функциялари лаборатор назорати зарур [3].

ёки
Дапсон – 100 мг 2 маҳал кунига, 3 ҳафта давомида.
ёки
Гидроксихлорохин – 200 мг 2 маҳал кунига, 3 ой давомида [16].

• Ҳомиладор аёлларда қизил югурукни даволаш учун фақат I ёки II синфдаги маҳаллий кортикостероидлар **тавсия этилади.**
Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)

• Ҳомиладор аёлларда қизил югурук давосида безгакка қарши препаратларни қўллаш **тавсия этилмайди.**
Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)

Изоҳлар: *Безгакка қарши препаратлар ҳомиладорлик пайтида қўлланмаслиги керак, чунки улар боланинг нормал ривожланишига хавф солади.*

ҚВ патогенезида ультрабинафша нурланиш билан чақирилган эркин радикалли мембрана зарарланиши ва микроциркуляция бузилишлари муҳим аҳамиятга эга. Шунинг учун даволашга антиоксидантлар қўшиш тавсия этилади: Е витамини, капсула – 50–100 мг/сут, интермиттирловчи курслар билан: 1 ҳафта қабул, 1 ҳафта танаффус, 4–8 ҳафта давомида [2].

Шунингдек, микроциркуляцияни яхшилаш учун ангиопротекторлар қўллаш тавсия этилади:

- Пентоксифиллин, таблетка – 200 мг, 3 маҳал кунига, 1 ой перорал [2];
- Никотин кислотаси (таблетка ёки 1% инъекция эритмаси):
  0,05–0,1 г, 2–3 марта кунига, 21–30 кун перорал ёки
  2–3 мл кун оралаб м/о инъекция, 8–10 инъекциядан иборат курс [2].

Қизил югурукнинг дискоид шаклида оғир ҳолатларда иммунодепрессантлар билан тизимли терапия талаб этилиши мумкин: метотрексат, азатиоприн ва микофенолат мофетил рефрактер (давога жавоб бермайдиган) ҳолатларда кўриб чиқилиши мумкин.

Комплекс терапияда ДҚЮ учун кўрсатмалар бўйича антигистамин препаратлар ва гипосенсибилизацияловчи воситалар қўлланилади [2].

Тизимли терапия учун иккинчи қатор препаратлар — ретиноидлардир. Даволаш паст дозалардан (10–20 мг/сут) бошланади ва беморнинг препаратни қанчалик яхши кўтарадигани ва ножўя таъсирлар мавжуд ёки йўқлигига қараб дозалар босқичма-босқич оширилади:

- Ацитретин – 50 мг/сут перорал, 8 ҳафта давомида,
  ёки
- Ацитретин – 0,2–1,0 мг/кг/сут перорал, 8 ҳафта давомида,
  ёки
- Изотретиноин – 0,2–1,0 мг/кг/сут перорал, 8 ҳафта давомида [31].

Эслатма: Ацитретин ва изотретиноиннинг тиббий қўллаш бўйича йўриқномасида дискоид қизил югурук кўрсатмалар рўйхатига киритилмаган.

Алоҳида ҳолатлар

Ҳомиладор аёлларда КЮни даволаш фақат I ёки II синф маҳаллий кортикостероидлар билан олиб борилади. Безгакка қарши препаратларни қўллаш мумкин эмас, чунки улар ҳомиланинг нормал ривожланишига хавф туғдиради.

Биринчи қатор препаратлар самарасиз бўлса, иккинчи қатор препаратлари сифатида маҳаллий глюкокортикостероидлар самара бермаган ҳолларда маҳаллий кальциневрин ингибиторлари қўлланилади - такролимус, 0,1% мазь – 2 марта кунига, шикастланган жойларга, 4–8 ҳафта давомида, ёки пимекролимус, 1% крем – 2 марта кунига, шикастланган жойларга, 4–8 ҳафта давомида [34]. Эслатма: такролимус ва пимекролимуснинг тиббий қўлланма кўрсатмалар рўйхатида дискоид қизил югурук кўрсатилмаган.

Даволаш самарадорлиги ва хавфсизлиги кўрсаткичлари:

- Теридаги касаллик белгиларининг авж олишини тўхташи.

Кундузги ва тўлиқ стационарда госпитализация учун кўрсатмалар:

- Оғир ва узоқ давом этувчи дерматоз ҳолатлари;
- Амбулатор даволашда самарасизлик ҳолатлари – стационар шифохона шароитида даволаш талаб этилади.

Шошилинч госпитализация учун кўрсатмалар:

- Йўқ.

Жарроҳлик йўли билан даволаш:

- Ўтказилмайди.

“ҚИЗИЛ ЮГУРУК” КАСАЛЛИГИНИ ОЛДИНИ ОЛИШ ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ ҚИЛИШ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ

Тошкент 2025

Кириш

Қизил юғурук (ҚЮ) — бу кечиши ўзгарувчан, прогнози ва дерматологик ҳамда тизимли белгилари кенг қамровли бўлган сурункали, яллиғланишли, аутоиммун, иммунокомплексли касаллик ҳисобланади. Бу касаллик юз йиллардан бери клиник тадқиқотлар мавзуси бўлиб келмоқда ва дерматологлар, ревматологлар, невропатологлар, нефрологлар, гематологлар ва бошқа мутахассисларнинг диққат марказида турибди. 1851 йилда P.L.A. Cazenave [2] “lupus erythemateux” атамасини таклиф қилган — бу билан у тери сил касаллигининг белгилари билан югурук келиб чиқишига эга тери белгилари ўртасини фарқлашга ҳаракат қилган. 1845 йилда эса Ferdinand von Hebra юзда — ёноқлар ва бурун кўпригида пайдо бўлувчи эритематоз доғларни тасвирлаб берган. Бу доғлар бирлашиб, «капалак» шаклига ўхшаш кўриниш берган. У бу ҳолатни аввал “seborrhoea congestive” деб атаган, кейинчалик бу атама “lupus erythematosus” деб ўзгартирилган. 1875–1895 йиллар оралиғида дерматология соҳасида муҳим илмий ёндашувлар пайдо бўлди. M. Kaposi, J. Hutchinson va W. Osler [3—5] ривожланишининг асосий патогенетик назарияларини таклиф қилдилар ва атроф-муҳит омиллари, хусусан қуёш нури (инсоляция), бу касалликни қўзғатиши мумкинлигини тахмин қилдилар. Ҳозирги кунгача ҚЮ патогенези тўлиқ аниқланмаган, аммо энг кўп қўлланиладиган классификацияга кўра, бу касалликнинг иккита асосий шакли мавжуд: тери шакли (интегументар; ТҚЮ) — узоқ давом этади, аммо нисбатан енгил кечади ва тизимли шакли (ТҚЮ) — ички органларни қамраб олади. Ҳозирда ушбу шакллардаги беморларни кузатиш ва даволаш учун аниқ тартиб ишлаб чиқилган бўлиб, унда фақат тери белгилари бўлган беморлар дерматолог назоратида ҳамда тизимли жараён бўлганда эса ревматологлар томонидан кузатилади. Бироқ, ҳали ҳам тери ва тизимли шакллар ўртасидаги муносабат — улар битта касалликнинг турлича кўриниши ёки алоҳида касаллик эканлиги бўйича якдил фикр йўқ. Баъзи мутахассислар фикрича, қизил юғуриккнинг (ҚЮ) икки шакли икки алоҳида мустақил касалликлар бўлиб, бунга бир қанча даллиллар келтирилади. Масалан, тери шаклидан тизимли шаклга ўтиш камлиги (фақат 3—5% беморларда), иммуногенез бузилиш даражасидаги фарқланиш [6] ва лаборатор ўзгаришлар (нейтрофил ва моноцитларда нуклеар моддалар алмашинуви, нуклеар антигенларга қарши антитаналар титри) даражаси, касаллик шаклларининг кечиши ва ҳаёт учун прогнознинг турлича бўлиши, ҳамда терапия алгоритмларининг фарқли бўлиши асосида ўз позицияларини асослайдилар. Ушбу нуқтаи назар тарафдорларининг далилларига шунингдек, тизимли ҚЮда алопециянинг диффуз ва қайтарилувчан бўлиши, интегументар ҚЮ шаклида эса алопециянинг қайтарилмас бўлиши киради [7, 8]. Аммо, мавжуд қарама-қарши фикрга кўра, тери ва тизимли шаклларни ажратиш шартли бўлиб, ҚЮни ягона касаллик назарияси доирасида, турли иммунологик реактивликка эга турлича кўринишдаги бир касалликнинг икки хил шакли дея қаралади. Дарҳақиқат, касалликнинг ҳар икки шаклида кўпинча аёллар касалланади [9], қуёш нурига сезгирлик ортиши кузатилади, икки шаклда ҳам кўпинча тери шикастланишлари кузатилади, гисто- ва гистохимик белгилар умумийлиги мавжуд. Тери қопламаси анъанавий равишда ҚЮда яллиғланиш жараёнига энг кўп жалб қилинадиган органлардан биридир [10—12].

Дерматологик симптоматика нафақат тери шаклини, балки тизимли ҚЮни ҳам ташхислашда муҳим аҳамиятга эга. Адабиёт маълумотларига кўра [13], тахминан 20—25% беморларда теридаги синдром тизимли касалликнинг дастлабки кўриниши бўлиб, 60—70% беморларда теридаги тошмалар касалликнинг турли босқичларида пайдо бўлади. Теридаги тошмалар билан шикоят қилувчи беморларнинг махсус дерматологик клиникаларга биринчи мурожаат қилиши юқори бўлиши мантиқан тушунарли ва бу эса югурук жараённи истисно қилиш ёки ўз вақтида аниқлаш учун клинико-лаборатор текширувнинг диагностик алгоритмини билиш ва қўллаш заруратини келтириб чиқаради.

Тиббий реабилитация, реабилитация усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.

Тиббий реабилитация талаб этилмайди.

Профилактика ва диспенсер кузатув, профилактика усулларини қўллаш учун тиббий кўрсатмалар ва қарши кўрсатмалар.

Қизил югурук ривожланиш ҳавфини батамом олдини олувчи оптимал профилактик усул мавжуд эмас:

-тўғридан-тўғри қуёш нурлари остида юриш — фақат зарурат туғилгандагина амалга оширилиши керак;

-ёпиқ кийимлар кийиш: узун енгли, бўйни ва оёқларни ёпадиган кийимлар афзал;

-юзни қисман ёпувчи бош кийимлар — кепка, панама ва бошқаларни ишлатиш;

-қуёшдан ҳимояловчи SPF кремларни терига мунтазам суртиш;

-дориларни фақат шифокор тавсияси билан қабул қилиш, тери ҳолатига салбий таъсир кўрсатиши ва фотосезувчанликни чақириши мумкин бўлган дориларни истисно қилиш.

Профилактика чораларига риоя қилиш касалликнинг қайталаниш хавфини сезиларли даражада камайтиради ҳамда дори-дармон билан биргаликда уни назорат остида ушлаб туришга ёрдам беради.

Беморларнинг диспансер кузатуви дерматовенеролог шифокорлар томонидан тери-таносил диспансерлари шароитида олиб борилади. [2]

· Қизил югурук билан оғриган беморларни дерматовенеролог, ревматолог, терапевт, эндокринолог, невропатолог ва гинеколог шифокорлар томонидан мураккаб клиник ва лаборатор текширувлар асосида кузатиб бориш **тавсия этилади.** Ушбу касаллик билан оғриган беморларни диспансер кузатуви касаллик прогнозини анча яхшилаш имконини беради. **Диспансеризация** — беморни тўлиқ текшириш, ҳамроҳ касалликлар ва сурункали инфекция ўчоқларини ўз вақтида даволаш, соғломлаштириш тадбирларини ўтказишни таъминлайди.

Тавсиялар ишончлилик даражаси – С (далиллар ишончлилиги даражаси – 4)

Кейинги олиб бориш:

Яшаш жойи бўйича дерматолог кузатувида динамик назорат амалга оширилади. Бу жараёнда қуйидаги масалалар ҳал этилади: қўлланилаётган даволашнинг ножўя таъсирларини минималлаштириш, қўллаб-қувватловчи терапия масалаларини ҳал қилиш, тери учун доимий асосий парваришни амалга ошириш, касалликни қўзғатадиган омилларни бартараф этиш.

Адабиётлар:

1. Бутов Ю. С. Красная волчанка: клиника, диагностика и лечение // РМЖ. — 1998. — № 6. — С. 3.

2. Российское общество дерматологов и косметологов. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных с дискоидной красной волчанкой. — М., 2013. — С. 6.

3. Health Jade Team. Discoid lupus erythematosus // HealthJade. [Электронный ресурс]. Дата обращения: 04.05.2022.

4. Ashraf E., Ghouse A. N., Siddiqui S. et al. Discoid Lupus Erythematosus: A Cross-Sectional Study From the Sindh Institute of Skin Diseases, Karachi, Pakistan // Cureus. — 2020. — № 10.ссылка

5. Oakley A. Discoid lupus erythematosus // DermNet NZ. — 2022.

6. Юсупова Л. А., Мавлютова Г. И., Юнусова Е. И., Гараева З. Ш. Красная волчанка // lvrach. — 2015.

7. Uva L., Miguel D., Pinheiro C. et al. Cutaneous Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus // Autoimmune Dis. — 2012. — Vol. 2012. — 15 p.ссылка

8. Salgado J. S., Werth V. P. Alopecias in lupus erythematosus // Lupus Sci Med. — 2018. — № 1. ссылка

9. Vleugels R. A. Discoid lupus erythematosus // Medscape. — 2020.

10. Merola J. F., Moschella S. L. Overview of cutaneous lupus erythematos // Uptodate. — 2022.

11. Chong B. F., Song J., Olsen N. J. Determining risk factors for developing systemic lupus erythematosus in patients with discoid lupus erythematosus // Br J Dermatol. — 2012. — № 1. — P. 29–35. ссылка

12. Chen S., Vaughan H., Seitzman G. D. et al. Cicatricial conjunctivitis secondary to discoid lupus erythematosus // Jaad case reports. — 2020. — № 12. — P. 1323–1326.

13. Panjwani S. Early Diagnosis and Treatment of Discoid Lupus Erythematosus // The Journal of the American Board of Family Medicine. — 2009. — № 2. — P. 206–213.

14. McDaniel B., Sukumaran S., Koritala T., Tanner L. S. Discoid Lupus Erythematosus // StatPearls Publishing. — 2022. ссылка

15. Udompanich S., Chanprapaph K., Suchonwanit P. Hair and Scalp Changes in Cutaneous and Systemic Lupus Erythematosus // Am J Clin Dermatol. — 2018. — № 5. — P. 679–694. ссылка

16. Dammacco R., Procaccio P., Racanelli V., Vacca A., Dammacco F. Ocular Involvement in Systemic Lupus Erythematosus: The Experience of Two Tertiary Referral Centers // Ocul Immunol Inflamm. — 2018. — № 8. — P. 1154–1165.ссылка

17. Abadías-Granado I., Sánchez-Bernal J., Felipo-Berlanga F., Ara-Martín M. Coexistence of Tumid Lupus Erythematosus and Discoid Lupus Erythematosus // Actas Dermosifiliogr (Engl Ed). — 2019. — № 3. — P. 253–255.ссылка

18. Salah E. Clinical and dermoscopic spectrum of discoid lupus erythematosus: novel observations from lips and oral mucosa // Int J Dermatol. — 2018. — № 7. — P. 830–836. ссылка

19. Drenkard C., Parker S., Aspey L. D. et al. Racial Disparities in the Incidence of Primary Chronic Cutaneous Lupus Erythematosus in the Southeastern US: The Georgia Lupus Registry // Arthritis Care Res (Hoboken). — 2019. — № 1. — P. 95–103.ссылка

20. Costedoat-Chalumeau N., Houssiau F. A. Ustekinumab: a promising new drug for SLE? // The Lancet. — 2018. — № 10155. — P. 1279–1368.ссылка

21. Lupus // Mayo Clinic. — 2021.

22. Jin J. Actinic cheilitis or discoid lupus erythematosus? // Arch Dermatol Res. — 2021. — № 313. — P. 889–890.ссылка

23. Alunno A., Padjen I., Fanouriakis A., Boumpas D. T. Pathogenic and Therapeutic Relevance of JAK/STAT Signaling in Systemic Lupus Erythematosus: Integration of Distinct Inflammatory Pathways and the Prospect of Their Inhibition with an Oral Agent // Cells. — 2019. — № 8. — P. 898.ссылка

24. Sole C., Domingo S., Ferrer B. et al. MicroRNA Expression Profiling Identifies miR-31 and miR-485-3p as Regulators in the Pathogenesis of Discoid Cutaneous Lupus // Journal of Investigative Dermatology. — 2019. — № 1. — P. 51–61.ссылка

25. Bezzant J. L. Discoid lupus erythematosus // Library med. — 1997.

26. Rosen T. Discoid Lupus Erythematosus in a 23-Year-Old African American Woman // Patient Care Online. — 2012.

27. Bhat M. R., Hulmani M., Dandakeri S. et al. Disseminated discoid lupus erythematosus leading to squamous cell carcinoma // Indian J Dermatol. — 2012. — № 57. — P. 158–161.ссылка

28. Системные ревматические заболевания. Антинуклеарные антитела (АНА) // Лаборатория диагностики аутоиммунных заболеваний. [Электронный ресурс]. Дата обращения: 28.07.2022.

29. Stephanou A., Latchman D. S., Isenberg D. A. The regulation of heat shock proteins and their role in systemic lupus erythematosus // Semin Arthritis Rheum. — 1998. — № 28. — P. 155–162. ссылка

30. What Does Squamous Cell Carcinoma Look Like? // Skincancer. — 2017.

31. Ruzicka T, Sommerburg C, Goerz G. Treatment of cutaneous lupus erythematosus with acitretin and hydroxychloroquine. Br J Dermatol 1992; 127: 513–518.

32. Wozniacka A., McCauliffe D.P. Optimal use of antimalarials in treating cutaneous lupus erythematosus. Am J Clin Dermatol. 2005; 6 (1): 1–11.

33. Kuhn A., Gensch K., Haust M. et al. Efficacy of tacrolimus 0,1% ointment in cutaneous lupus erythematosus: a multicenter, randomized, double-blind, vehicle-controlled trial. J Am. Acad Dermatol 2011; 65: 54–64.

34. Barikbin B., Givrad S., Yousefi M. et al. Pimecrolimus 1% cream versus betamethasone 17-valerate 0,1% cream in the treatment of facial discoid lupus erythematosus: a double-blind, randomized, pilot study. Clin Exp Dermatol 2009; 34: 776–780.

https://autoimmun.ru/guide/diffuznye-bolezni-soedinitelnoy-tkani/diagnosticheskie-kriterii-skv-slicc-2012-g-/

https://fnkc-fmba.ru/zabolevaniya/sistemnaya-krasnaya-volchanka/

https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-naruzhnoy-terapii-diskoidnoy-krasnoy-volchank

https://www.rodv.ru/upload/iblock/eac/eacb3e5d68c5dde0145d239c1260ac30.docx

Қизил югурукни олиб бориш бўйича амалий кўникмалар

(task shifting)

	Амалий ҳамшира	Оилавий шифокор (бакалавр)	Тор мутахассис
Шикоят ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш махоратини намойиши	+*	+	+
Анамнез йиғаётганда унинг симптомлари ҳақида билимларни қўллай олиш.		+	+
Тери таносил касалликлари ҳақида тўлиқ анамнез билимлари		+	+
Физикал кўрик			
• Терини визуал текшириш. Изоҳлар: Терини визуал текшириш пайтида тошмаларнинг локализацияси ва уларнинг характери баҳоланади. • Зарарланган ўчоқларда терини пальпация қилиш. Изоҳлар: Терини пальпация қилиш пайтида тошма элементларининг консистенцияси ва оғриқлилиги баҳоланади.		+	+
Ташхис қўйиш			
Ташхис қўйиш шикоятлар, анамнез, специфик симптомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида қўйилади		+	+
Асосий лаборатор диагностика			
Асосий лаборатор тахлиллар:		+	+
Умумий қон тахлили (гемаглобин, гематокрит + лейкоцитар формуласи + ЭЧТ)		+	+
Захм учун скрининг тестлар (14 ёшдан катталар учун)		+	+
LE-ҳужайралар (югурук ҳужайралари)		+	+
Қўшимча лаборатор диагностика			
Тасдиқловчи тестлар (6 тадан камида 2 таси): RIF, IFA IgG ва IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG ва IgM			+
Умумий сийдик тахлили			+
Умумий нажас тахлили			+
Биокимёвий текширувлар комплекси			+
Коагулограмма			+

Гистологик таҳлил			+
Қон зардобида С-реактив оқсил даражасини аниқлаш			+
Қонда ревматоид омил мавжудлигини аниқлаш			+
Антинуклеар антитаналар – ANA учун иммунологик тестлар			+
Қонда D-димер концентрациясини аниқлаш			+
Қонда витамин-D даражасини аниқлаш			+
Қўшимча инструментал текширувлар			
Дерматоскопия			+
Ички аъзолар УТТ			+
Кўкрак қафаси аъзолари компютер томографияси			+
ЭКГ			+
Эхокардиограмма (юрак УТТси)			+
Даволаш			
Номедикоментоз даволаш компетенцияси (20 бет)			+
Медикоментоз даволаш компетенцияси (21-31 бет)			+

Профилактика			
Аҳоли орасида тўғри ҳаёт тарзи ва тарбия ҳақида тушунтириш ишлари олиб бориш	+	+	+
Медикоментоз давога риоя қилиш ҳақида кўрсатмалар	+	+	+

Асосий тор мутахассислар дерматовенеролог.

* Бу кўрсатмаларга тиббий хамшираларни тайёрлаш йўли билан амалга оширилади.

Қизил югурукни олиб бориш кўникмалари

	Амалий ҳамшира	**Оилавий шифокор (бакалавр)**	**Тор мутахассис**
Қизил югурукни тасвирлаш			+
Шикоятларнинг симптоматик тавсифи		+	+
Патофизиологик механизмларнинг тавсифи			+
Этиология, симптомлар ва тадқиқотлар (асосий лаборатория ва инструментал тадқиқотлар) асосида захм ташхисига ёндашувни яратиш.			+
Асосий тахлиллар интерпретацияси			+
Қизил югурукни даволашга ёндашувни шакллантириш			+
Қизил югурук учун медикаментоз даволашни тасвирлаб беринг			+
Қизил югурук учун номедикаментоз даволашини тасвирлаб беринг			+
Қизил югурукни даволашда ишлатиладиган турли хил дориларнинг таъсир механизми, кўрсатмалари ва ножўя таъсирини муҳокама қилинг.		+	+
Даволаш давомида қизил югурук ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг.			+

Асосий тор мутахассис шифокор-дерматовенеролог.