O’zbekiston Respublikasi
Sog’likni saqlash vazirining
2025-yil “15” sentabrdagi
287-son buyrug’iga
3-ilova

O’ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG’LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN DERMATOVENEROLOGIYA VA KOSMETOLOGIYA
ILMIY-AMALIY TIBBIYOT MARKAZI

«QIZIL YUGURUK» NOZOLOGIYASI BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOLLAR

TOSHKENT 2025

«TASDIQLAYMAN»
O‘zR SSV RID va KIATM
direktori v.b.
Sabirov U.Yu.

_____

«____» _____2025-yil

«QIZIL YUGURUK»

NOZOLOGIYASI BO‘YIChA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOShKENT 2025

“QIZIL YUGURUK” NOZOLOGIYASI BO’YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI

Toshkent 2025

1. KIRISH QISMI

10/11-XKT bo'yicha kodlar:

L93	Qizil yuguruk	EB50-EB5Z	Teri qizil yugurugi
L93.0	Diskoidli qizil yuguruk	EB50	O'tkirosti qizil yuguruk
L93.1	O'tkirosti teri qizil yugurugi;	EB51	Surunkali teri qizil yugurugi
L93.2	Boshqa chegaralangan qizil yuguruk;	EB51.0	Diskoid qizil yuguruk
		EB51.Y	Boshqa aniqlangan surunkali teri qizil yugurugi
		EB5Z	Aniqlanmagan teri qizil yugurugi
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11379		https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/

Protokol ishlab chiqilishi va qayta ko'rilishi sanasi: 2025-yil, protokolni qayta ko'rib chiqish sanasi 2028-yil yoki yangi asosiy dalillar paydo bo'lganda. Barcha taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan o'zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Ushbu klinik protokol va standartni ishlab chiqish uchun mas'ul muassasa:
Respublika ixtisoslashtirilgan dermatovenerologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Milliy klinik bayonnoma va standartni yaratishda o'z xissalarini qo'shdilar:

1.	Sabirov U.Yu.	Markaz direktori, t.f.d., professor	RIDVvaKIATM
2.	Abdullaxodjayev K.A.	Patomorfologiya va gistologiya laboratoriyasi mudiri, dermatovenerolog, patomorfolog, t.f.n.	RIDVvaKIATM
3.	Tashpulatov Sh.Sh.	Dermatovenerolog shifokor, PhD	RIDVvaKIATM
4.	Boxodirova A.A.	Dermatovenerolog shifokor, ilmiy kotib	RIDVvaKIATM

Taqrizchilar:

1. Abdurashidov A.A. – THKMR dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasi dotsenti, PhD.
2. Tsoy Natalya Olegovna – "Ostona Tibbiyot Universiteti" NAJ dermatovenerologiya va kosmetologiya kafedrasi dosenti, PhD.

Texnik ekspert baho va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich – t.f.d., direktorning davolash ishlari bo'yicha o'rinbosari, klinika bosh shifokori.

2. Djalilov Dilshod Sayfullaevich – t.f.n., direktorning ilmiy ishlari bo'yicha o'rinbosari.

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.I., Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh.Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi boshlig'i Sh.R.Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlar ishlab chiqarish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Muhokama protokolidan olingan sana va raqam: O'zR SSV "RIDVvaKIATM" Ilmiy Kengashining 24.04.2025dagi 4-sonli bayonnomasidan ko'chirma

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatolog va dermatokosmetolog shifokorlari;
2. Umumiy amaliyot shifokorlari;
3. Revmatolog shifokorlar;
4. Pediatrlar;
5. Shifokor laborantlar;
6. Sog'liqni saqlash tashkilotchilari;
7. Klinik farmakologlar;
8. Tibbiyot oliy o'quv yurtlari talabalari, klinik ordinatorlar, magistrantlar, o'qituvchilari;
9. Ushbu patologiya bilan og'rigan bemorlar, ularning oila a'zolari va g'amxo'rlik qiluvchilar.

Ushbu nozologiya bo'yicha bemorlar kategoriyasi:
qizil yuguruk bilan og'rigan barcha bemorlar.

Diagnostika usullari uchun dalillar darajasini baholash shkalasi (diagnostik aralashuvlar)

DID	Sharhi
1	Referens usulidan foydalangan tadqiqotlarning tizimli ko'rib chiqilishi yoki meta-tahlil qo'llanilishi bilan randomizirlangan klinik tadqiqotlarning tizimli ko'rib chiqilishi.
2	Referens usulidan foydalangan alohida tadqiqotlar yoki alohida randomizirlangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlil qo'llanilgan randomizirlangan klinik tadqiqotlardan tashqari, har qanday dizayndagi tadqiqotlarning tizimli ko'rib chiqilishi.
3	Referens usuli bo'lmagan nazoratsiz tadqiqotlar yoki tadqiq etilayotgan usuldan mustaqil bo'lmagan referens usulidan foydalangan tadqiqotlar va randomizirlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo'lmagan tadqiqotlar, klinik holatning tavsifi.
5	Faqat ta'sir mexanizmlari asoslantirilgan yoki mutaxassislarning fikri mavjud.

Profilaktik, davolash, reabilitatsion aralashuvlar uchun dalillar ishonarliligi darajalarini baholash shkalasi

DID	Sharhi

1	Meta-tahlil qo‘llangan randomizirlangan klinik tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
2	Aloxida randomizirlangan klinik tadqiqotlar va meta-tahlil qo‘llanilgan randomizirlangan klinik tadqiqotlardan tashqari, har qanday dizaynga ega tadqiqotlarning tizimli ko‘rib chiqilishi.
3	Randomizirlanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogort tadqiqotlari.
4	Qiyosiy bo‘lmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasining tavsifi, "holat-nazorat" tadqiqotlari.
5	Faqat aralashuvning ta'sir mexanizmining asoslantirilishi (klinika oldi tadqiqotlar) yoki mutaxassislar fikri mavjud.

Profilaktik, diagnostik va davolash-reabilitatsiya tadbirlariga oid tavsiyalar ishonchliligi darajasini baholash shkalasi

TID	Sharhi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega, ularning natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq).
B	Shartli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim emas, barcha tadqiqotlar yuqori yoki qoniqarli metodologik sifatga ega emas yoki ularning natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas).
C	Kuchsiz tavsiya (zarur sifatdagi dalillar yo‘q; barcha ko‘rib chiqilayotgan samaradorlik mezonlari (natijalar) ahamiyatsiz, barcha tadqiqotlar past metodologik sifatga ega va ularning qiziqarli natijalar bo‘yicha xulosalari muvofiq emas).

MUNDARIJA

“QIZIL YUGURUK” NOZOLOGIYASI BO’YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....4

“«QIZIL YUGURUK» NOZOLOGIYASI BO‘YIChA TIBBIY ARALAShUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI.....29

“QIZIL YUGURUK” KASALLIGINI OLDINI OLISH VA REABILITATSIYA QILISH BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL.....35

Qisqartmalar ro‘yhati:

XKT	Xalqaro kasalliklar tasnifi
TTD	Teri tanosil dispanseri
ID	Isbotlanganlik darajasi
XPN	Xalqaro patentlanmagan nomi
TQY	Tizimli qizil yuguruk
DQY	Diskoidli qizil yuguruk
QY	Qizil yuguruk
TQY	Teri qizil yugurugi
mg	milligramm
UQT	Umumiy qon tahlili
UST	Umumiy siydik tahlili
ml	millilitr
ENA	ekstragirlanuvchi i nuklear antigen uchun antitelo
ANA	Antinuklear antitana
ANF	Antinuklear faktor
ALaT	Alaninaminotransferaza
ASaT	Aspartataminotransferaza
Anti-La/SSB	La antigeni uchun antitelolar
EChT	Eritrositlar cho’kish tezligi
CRO	C - reaktiv oqsil
UTT	Ultratovush tekshiruvi
VDRL	Kardiolipinli antigen bilan presipitatsiya reaksiyasi
MAT	Markaziy asab tizimi
PZR	Polimer zanjirli reaksiya
Anti-Ro/SSA	Ro antigeni uchun antitelolar
FLA	Fosfolipidlarga antitelolar
TIF	To’g’ri immunoflyuressensiya
v/i	Vena ichiga
m/o	Mushak orasiga

Asosiy qism.

Kirish.

Qizil yug‘uruk (QY) — bu kechishi o’zgaruvchan, prognozi va dermatologik hamda sistemali belgilari keng qamrovli bo‘lgan surunkali, yallig‘lanishli, autoimmun, immunokompleksli kasallik hisoblanadi. Bu kasallik yuz yillardan beri klinik tadqiqotlar mavzusi bo‘lib kelmoqda va dermatologlar, revmatologlar, nevropatologlar, nefrologlar, gematologlar va boshqa mutaxassislarning diqqat markazida turibdi. 1851 yilda P.L.A. Cazenave **[2]** “lupus erythemateux” atamasini taklif qilgan — bu bilan u teri sil kasalligining belgilari bilan yuguruk kelib chiqishiga ega teri belgilari o‘rtasini farqlashga harakat qilgan. 1845 yilda esa Ferdinand von Hebra yuzda — yonoqlar va burun ko’prigida paydo

bo‘luvchi eritematoz dog‘larni tasvirlab bergan. Bu dog‘lar birlashib, «kapalak» shakliga o‘xshash ko‘rinish bergan. U bu holatni avval “seborrhoea congestive” deb atagan, keyinchalik bu atama “lupus erythematosus” deb o‘zgartirilgan. 1875–1895 yillar oralig‘ida dermatologiya sohasida muhim ilmiy yondashuvlar paydo bo‘ldi. M. Kaposi, J. Hutchinson va W**.** Osler [3—5] rivojlanishining asosiy patogenetik nazariyalarini taklif qildilar va atrof-muhit omillari, xususan quyosh nuri (insolyatsiya), bu kasallikni qo‘zg‘atishi mumkinligini taxmin qildilar. Hozirgi kungacha QY patogenezi to‘liq aniqlanmagan, ammo eng ko‘p qo‘llaniladigan klassifikatsiyaga ko‘ra, bu kasallikning ikkita asosiy shakli mavjud: teri shakli (integumentar; TQY) — uzoq davom etadi, ammo nisbatan yengil kechadi va tizimli shakli (TQY) — ichki organlarni qamrab oladi. Hozirda ushbu shakllardagi bemorlarni kuzatish va davolash uchun aniq tartib ishlab chiqilgan bo’lib, unda faqat teri belgilari bo‘lgan bemorlar dermatolog nazoratida hamda tizimli jarayon bo‘lganda esa revmatologlar tomonidan kuzatiladi. Biroq, hali ham teri va tizimli shakllar o‘rtasidagi munosabat — ular bitta kasallikning turlicha ko‘rinishi yoki alohida kasallik ekanligi bo‘yicha yakdil fikr yo‘q. Ba’zi mutaxassislar fikricha, qizil yug‘urikkning (QY) ikki shakli ikki alohida mustaqil kasalliklar bo‘lib, bunga bir qancha dallillar keltiriladi. Masalan, teri shaklidan tizimli shaklga o‘tish kamligi (faqat 3—5% bemorlarda), immunogenez buzilish darajasidagi farqlanish [6] va laborator o‘zgarishlar (neytrofil va monotsitlarda nuklear moddalar almashinuvi, nuklear antigenlarga qarshi antitanalar titri) darajasi, kasallik shakllarining kechishi va hayot uchun prognozning turlicha bo‘lishi, hamda terapiya algoritmlarining farqli bo‘lishi asosida o‘z pozitsiyalarini asoslaydilar. Ushbu nuqtai nazar tarafdorlarining dalillariga shuningdek, tizimli QYda alopetsiyaning diffuz va qaytariluvchan bo’lishi, integumentar QY shaklida esa alopetsiyaning qaytarilmas bo’lishi kiradi [7, 8]. Ammo, mavjud qarama-qarshi fikrga ko‘ra, teri va tizimli shakllarni ajratish shartli bo‘lib, QYni yagona kasallik nazariyasi doirasida, turli immunologik reaktivlikka ega turlicha ko’rinishdagi bir kasallikning ikki xil shakli deya qaraladi. Darhaqiqat, kasallikning har ikki shaklida ko’pincha ayollar kasallanadi [9], quyosh nuriga sezgirlik ortishi kuzatiladi, ikki shaklda ham ko‘pincha teri shikastlanishlari kuzatiladi, gisto- va gistoximik belgilar umumiyligi mavjud. Teri qoplamasi an’anaviy ravishda QYda yallig‘lanish jarayoniga eng ko‘p jalb qilinadigan organlardan biridir [10—12].

Dermatologik simptomatika nafaqat teri shaklini, balki tizimli QYni ham tashxislashda muhim ahamiyatga ega. Adabiyot ma’lumotlariga ko‘ra [13], taxminan 20—25% bemorlarda teridagi sindrom tizimli kasallikning dastlabki ko‘rinishi bo‘lib, 60—70% bemorlarda teridagi toshmalar kasallikning turli bosqichlarida paydo bo‘ladi. Teridagi toshmalar bilan shikoyat qiluvchi bemorlarning maxsus dermatologik klinikalarga birinchi murojaat qilishi yuqori bo‘lishi mantiqan tushunarli va bu esa yuguruk jarayonni istisno qilish yoki o‘z vaqtida aniqlash uchun kliniko-laborator tekshiruvning diagnostik algoritmini bilish va qo‘llash zaruratini keltirib chiqaradi.

Tavsifi

Qizil yuguruk – biriktiruvchi to’qimaning multifaktorial autoimmun yallig’lanishli kasalligi bo’lib, turli a’zo va tizimlarni zararlab, keng spektrdagi klinik ko’rinishlarni namoyon qiladi.

Klinik tasnifi:

Kasallik yoki klinik holat tasnifi (kasalliklar yoki klinik holatlar guruhlari)
Qizil yugurukda spesifik va nospesifik teri zararlanishi farqlanadi.
Terining spesifik zararlanishi surunkali, o’tkirosti va o’tkir shakllarga bo’linadi.

1. O’tkir teri qizil yugurugi:
   a. chegaralangan;
   b. tarqalgan;
   c. toksik epidermal nekrolizga o’xshash;
2. O’tkirosti teri qizil yugurugi:
   a. halqasimon;

b. papulo-skvamoz/psoriazform;
c. bullyoz;
d. toksik epidermal nekrolizga o'xshash;

3. surunkali teri qizil yugurugi;
   a. diskoid;
      - chegaralangan;
      - tarqalgan;
   b. gipertrofik-verrukoz;
   c. chuqur/lyupus-pannikulit
   d. o'smasimon/papulo-musinoz qizil yuguruk;
   e. muzlash oqibatida yuzaga kelgan qizil yuguruk;
   f. shilliq qavatlar qizil yugurugi (og'iz bo'shlig'i, burun, jinsiy a'zolar, konyuktiva);
   g. lixenoid diskoidli qizil yuguruk (qizil yuguruk/qizil yassi temiratki kesishuvchi sindrom).

Klinik ko'rinishi:

Qizil yug'urukda (QY) teri shikastlanishi klinik belgilarning sezilarli darajada geterogenligi bilan xarakterlanadi, bu esa barcha mumkin bo'lgan dermatologik simptomlarni birlashtiruvchi yagona klassifikatsiyani yaratishni qiyinlashtiradi [18, 19]. QYning faqat teriga taalluqli izolyatsiyalangan shakllari bilan bir qatorda teri va shilliq qavatlardagi toshmalarning tizimli klinik ko'rinishlar bilan birga uchrash holatlari ham kuzatiladi [18].

Diskoid qizil yug'urukka (DQY) simptomlar triadasi xos bo'lib, ushbu simptomlarga eritema, giperkreatoz va atrofiya kiradi. O'choqlar chegaralangan (ko'pincha yuz sohasi (yonoq, iyak, burun qanotlari), quloq suprasi, boshning sochli qismida) bo'lishi yoki tarqalgan holatda namoyon bo'lishi mumkin. Teri yuzasida giperemiyalangan dog'lar paydo bo'lib, ular sekin asta kattalashadi, infiltratsiyalanadi va teri sathidan ko'tarilgan pilakchalarga aylanadi. Pilakchalar markazida avval follikulyar, so'ngra pilakcha yuzasini qoplab oluvchi giperkreatoz vujudga keladi. Qipiqlar ajratish qiyin, ular qirib olinganda og'riq paydo bo'ladi (Benye-Mesherskiy simptomi).

Ajratilgan qavatning teskari tomonida tikansimon o'siqchalar ko'rinadi va ular kengaygan soch follikulalarining kirish qismiga tushgan bo'ladi. O'choq chetlarida aktiv yallig'lanish zonasi saqlanadi va giperpigmentatsiya kuzatiladi.

Pilakchalar sekin kattalashib, markaziy qismida elementlar sekin yo'qoladi, natijada qo'pol, chandiqli atrofiya shakllanadi. Atrofiya fonida teleangioektaziyalar paydo bo'lishi mumkin.

Lablarning qizil hoshiya sohasida toshmalar ozgina infiltratsiyalangan bo'lib, olcha rangdagi dog'lar ko'rinishida kiradi, ular usti qiyin ajraladigan qipiqlar bilan qoplangan bo'ladi.

Boshning sochli qismida esa turli shakldagi eritema yuzaga kelib, uning yuzasi qipiqlanish bilan qoplanadi, elementlar yo'qolgandan so'ng qipiqlanishlar sohasida chandiqli atrofiya, teleangioektaziyalar, gipo- va giperpigmentatsiya o'choqlari qoladi. Soch to'kilgan o'choq markazida chandiqli alopetsiya shakllanadi, bu o'choqlarda soch saqlanib qolgan sohalar bo'lishi bilan xarakterlanadi.

Chuqur qizil yug'uruk (lupus-pannikulit) klinik jihatdan bir yoki bir nechta chuqur joylashgan, zich tugunlar ko'rinishida namoyon bo'ladi.

Tugunlar ostidagi terining rangi olcha kabi to'q qizil bo'lishi mumkin. Ko'p hollarda diskoid qizil yug'urukka xos bo'lgan eritema va giperkreatoz o'choqlari kuzatiladi (masalan, chuqur va diskoid shakl birga kechadi). Tugunlar yaxshilangach, "teri cho'kishi" ko'rinishidagi teri osti to'qimasining atrofiyasi shakllanadi. Ba'zi hollarda tugunlar yaralanishi mumkin, tiklangach esa qalin, tortilgan chandiq hosil bo'ladi. Teri ostida kalsifikatlar hosil qiluvchi kalsiy tuzlari to'planishi mumkin.

Toshmalar ko'pincha asimmetrik ravishda joylashgan bo'lib, zararlanish o'choqlari yuz, bo'yin, yelka, ko'krak (lupus-mastit), son va dumba sohalarida joylashadi.

Verrukoz (gipertrofik) qizil yugurukda teri yuzasidan ancha ko'tarilib turadigan, chegarasi aniq, giperkeratoz va so'galsimon yuzaga ega bo'lgan yakkalangan pilakchalar rivojlanadi. Qizil yugurukning bu shaklida toshmalar ko'pincha yuz, kaft usti soha, bilak va yelkaning yozuvchi sohalarida joylashadi.

Verrukoz qizil yuguruk diskoid qizil yuguruk bilan birga kuzatilishi mumkin, bu esa kasallik tashxisotini osonlashtiradi. Toshmalar o'tkaziladigan davolashga rezistent bo‘ladi.
Sovuq urishi natijasida rivojlangan qizil yuguruk kasallikning kam uchraydigan shakli bo‘lib, uning rivojlanishi past harorat ta'sirida sodir bo‘ladi. Klinik manzarasi ko‘kimtir-qizil rangdagi tuguncha va kichik o'lchamdagi pilakchalar bilan tavsiflanadi, ular terining ochiq sohalarida va qo‘l-oyoq barmoqlari kabi distal qismlarda joylashadi: qo‘l barmoqlari sohasida (85%), oyoq barmoqlarida (42%), quloq supralari (9%) va burun (6%) sohalarida. Toshmalar uzoq davom etadi va ularning rivojlanishi yil fasllariga bog‘liq emas. Yaralanish yoki verrukoz o‘simtalar shakllanishi, shuningdek, teleangiektaziyalar paydo bo‘lishi mumkin. Sovuq urish va qizil yuguruk rivojlanishi o‘rtasidagi davr o‘rtacha 3–4 yilni tashkil qiladi.
O‘simtasimon qizil yuguruk ayrim mualliflar tomonidan qizil yugurukning surunkali teri shakli sifatida ko‘riladi, boshqalar esa uni kasallikning oraliq shakliga kiritadi. Klinik manzara terida zich, qizil (pushtidan to ko‘kimtirgacha) rangdagi, aniq chegaralangan, yaltiroq yuzaga ega bo‘lgan, dumaloq, notekis yoki halqasimon shakldagi qavarchiqqa o‘xshash tuguncha va pilakchalar ko‘rinishida namoyon bo‘ladi. Ular quyosh nurlanishi ko‘proq tushadigan sohalarda – ko‘krakning yuqori qismida, orqa, yelka, bo‘yin va yuzda joylashadi. Ba'zida toshmalar bir-biri bilan qo‘shilib, ko‘p halqali shakllarni hosil qiladi. Kasallikning zo‘rayishi ko‘pincha bahor-yoz mavsumida kuzatiladi. Toshmalar ba'zida bir necha haftadan so‘ng o‘z-o‘zidan izsiz yo‘qoladi yoki uzoq muddat saqlanib turadi. Ko‘pincha har yili quyosh nuri ta'siridanshdan keyin kasallik qaytalanadi va toshmalar yana o‘sha joylarda paydo bo‘ladi.
Shilliq qavatlardagi qizil yuguruk teri shikastlanishi bilan bir vaqtda rivojlanishi yoki undan oldin yuzaga chiqishi mumkin. Bu kasallik shakli ko‘pincha o‘z vaqtida aniqlanmaydi (faqat 10–50% holatlarda tashxis qo‘yiladi). Toshmalar asosan og‘iz bo‘shlig‘i shilliq qavatida kuzatiladi, ammo burun bo‘shlig‘i, jinsiy a'zolar va konyunktivada ham paydo bo‘lishi mumkin. Elementlar yallig‘lanish o‘choqlari ko‘rinishida bo‘lib, ularning tagida infiltratsiya, markazida atrofiyalanish va nuqta hamda chiziqlar ko‘rinishidagi giperkeroz mavjud bo‘ladi. Ba'zida kuchli giperemiya, yakka-yakka og‘riqli eroziya va yara hosil bo‘lishi mumkin. Toshmalar yo‘qolganidan so‘ng ko‘pincha chandiq yoki chandiqli atrofiyaga olib keladi.
O'tkirosti teri qizil yugurugi — bu o'tkir va surunkali qizil yuguruk o'rtasidagi o'tish shakli bo‘lib, klinik ko‘rinishi bu ikki tur belgilari bilan aralash bo‘ladi. Bu shakl odatda papulo-skvamoz yoki halqasimon eritematoz toshmalar bilan namoyon bo‘ladi. Psoriazga o‘xshash qizil yugurukda elementlar yelka, ko‘krakning yuqori qismi va orqa sohasida, kam hollarda yuz, quloq supralari va bosh terisida joylashgan giperemiyalangan tuguncha va kichik o'lchamdagi pilakchalar ko‘rinishida bo‘ladi. Ular bir-biriga qo‘shilib ketishi mumkin. Pilakcha va dog‘lar yuzasida zich joylashgan tangachalar va yengil giperkeroz bo‘ladi, bu holat ayniqsa soch follikulasining kirish qismlarida kuchliroq ifodalanadi. Kasallikning halqasimon shakli ko‘p halqali ko‘rinishdagi giperemik dog‘lar va eritemalarning paydo bo‘lishi bilan kechadi, ularning yuzasida giperkeroz va qichishish bo‘ladi. Ular asosan quyosh ta'siriga ko‘proq duch keladigan teri qismlarida joylashadi. Papulo-skvamoz va halqasimon shakllar bir bemorda birgalikda uchrashi ham mumkin. O'tkirosti teri qizil yugurugidagi toshmalar ko‘pincha chandiq qoldirmasdan yo‘qoladi, lekin uzoq vaqt saqlanadigan gipopigmentatsiyalangan o‘choqlar qoldirishi yoki yuza joylashgan chandiqli atrofiyaga olib kelishi mumkin. Bu toifadagi bemorlarda ko‘pincha nisbatan yengil sistemali belgilari – bo‘g‘im og‘rig‘i (artralgiya), artrit va boshqa suyak-mushak tizimi alomatlari uchraydi. Bunda buyraklar, markaziy asab tizimi va seroz pardalar jarayonga odatda jalb qilinmaydi.
Bullyoz qizil yuguruk — bu juda kam uchraydigan kasallik shakli bo‘lib, u VII tip kollagen tolalari joylashgan epidermo-dermal birikma sohasining autoantitelolari tomonidan zararlanishi natijasida rivojlanadi. Tashqi tomondan o‘zgarmagan terida yoki eritema fonida, asosan quyosh ta'siriga uchraydigan sohalarda (yuz, bo‘yin, yelkalarning orqa tomoni, ko‘krak va bel yuqori qismi) ko‘plab mayda pufakchalar yoki seroz suyuqlik bilan to‘lgan tarang qoplamali yirik pufaklar paydo bo‘ladi. Bullyoz elementlar ba'zida shilliq qavatlarda ham hosil bo‘lishi mumkin. Toshmalar yo‘qolganidan so‘ng ikkilamchi giperpigmentatsiyali dog‘lar yoki chandiqlar qolishi mumkin. Bullyoz qizil yugurukining rivojlanishi kasallikning yuqori faolligini va tizimli namoyon bo‘lish ehtimoli mavjudligini ko‘rsatadi.

Teri qizil yugurugining o’tkir shakli har doim tizimli qizil yugurukning namoyon bo‘lishi hisoblanadi. Tizimli qizil yuguruk holatlarining 70–85%ida kasallik aynan teri shikastlanishi bilan boshlanadi. O‘tkir shakli odatda yuz terisida, ayniqsa yonoqlar va burun sohasida ("kapalak qanotlari" shaklida) markazi ko‘kimtir tusli, chetlari esa qizargan eritema va shishlar ko‘rinishida paydo bo‘ladi. Kamroq hollarda dog‘li-papuloz toshmalar butun tana bo‘ylab tarqaladi. Toshmalar ko‘pincha quyosh nuri ta’siridan keyin paydo bo‘lib, bir necha kun davom etadi va keyin yengil giperpigmentatsiyali dog‘lar qoldirib yo‘qoladi. “Kapalak” simptomining o‘ziga xos ekvivalenti bu — Bietta markazdan chetga qarab kengayuvchi eritemasi bo‘lib, u yonoqlarda yengil shishgan, yorqin qizil dog‘lar tarzida paydo bo‘ladi va periferik o‘sish hisobiga asta-sekin kattalashadi, markaziy qismi esa asta yo‘qolib boradi. Shuningdek, lablarning qizil chekkasi shikastlanishi, yuzda shish paydo bo‘lishi, simmetrik joylashgan dog‘li-papuloz toshmalar rivojlanishi mumkin. Og‘iz bo‘shlig‘i, qattiq tanglay va burun shilliq qavatining zararlanishi eroziya va yaralar bilan kechishi mumkin. Kamdan-kam hollarda o‘tkir teri shaklining klinik ko‘rinishi toksik epidermal nekrolizga o‘xshash bo‘lishi mumkin.
Neonatal qizil yuguruk — bu kam uchraydigan kasallik shakli bo‘lib, onadan homilaga anti-Ro/SS-A va/yoki anti-La/SS-B antitanachalarining yo‘ldosh orqali o‘tishi natijasida rivojlanadi. Klinik jihatdan neonatal qizil yuguruk o’tkirosti teri qizil yugurugiga o‘xshash toshmalar va yurak blokadasining rivojlanishi bilan namoyon bo‘ladi, ular bola hayotining ilk kunlari yoki haftalarida yuzaga chiqadi. Ko‘pincha yuzning markaziy qismi, ayniqsa ko‘z atrofi (periorbital soha) terisi zararlanadi.
Yangi tug‘ilgan bolalarda gemolitik anemiya, leykopeniya, trombotsitopeniya, gepatomegaliya ham kuzatilishi mumkin.
Teri shaklidagi qizil yuguruk bilan og‘rigan bemorlarda ko‘pincha turli klinik shakllarning o‘zaro aralashib namoyon bo‘lishi — ya’ni teri shikastlanishining kesishgan (krossover) belgilari kuzatiladi. Ikki yoki undan ortiq klinik shaklning bir bemorda bir vaqtda uchrashi 35% holatlarda aniqlanadi. O‘tkir teri qizil yugurugi bilan diskoid qizil yuguruk birga kuzatilishi 30% hollarda, o‘tkir shakl bilan o’tkirosti shakl — 14% hollarda, diskoid va o’tkirosti shakllarning birga uchrashi esa 15% hollarda qayd etiladi.
Tizimli qizil yuguruk rivojlanish ehtimoli: o‘tkir qizil yugurukda taxminan 90% gacha, o‘tkirosti qizil yugurukda 35–50%, tarqalgan surunkali qizil yugurukda taxminan 20% va mahalliy diskoid qizil yugurukda esa 5% dan oshmaydi

Qizil yuguruk differensial diagnostikasi

A 1	- rozatsea bilan; - chegaralangan psoriaz bilan; - polimorf fotodermatoz bilan; - dermatomiozit bilan; - tuberkulyoz yugurugi bilan; - Brok-Potrie angiolyupoidi bilan; - Djessner-Kanof limfositar infiltratsiyasi bilan; - yuzning eozinofil granulyomasi bilan.

Differensial diagnostika: qizil yuguruk tashxisini qo‘yishda diskoid qizil yuguruk (DKY) va tizimli qizil yuguruk (TQY) o‘rtasidagi farqlarni aniqlash muhim, chunki bu bemorni davolash taktikasi va hayot uchun prognozga ta’sir qiladi. TQYda, DKYdan farqli o‘laroq, follikulyar keratoz bo‘lmaydi, atrofiyalanish esa uncha aniq ifodalanmagan bo‘ladi. Tizimli shaklga xos belgilarga quyidagilar kiradi: artralgiya, poliserozitlar, mitral klapan zararlanishi bilan kechuvchi endokardit, markaziy asab tizimi zararlanishi (xoreya va epilepsiya), buyraklarning shikastlanishi (yugurukli nefrit) hamda og‘ir

vaskulitlar. TQYning o‘tkir bosqichida LE-hujayralar 90–100% hollarda aniqlanadi, DKYda esa bu ko‘rsatkich atigi 3–7% ni tashkil etadi. DKYda LE-hujayralarning mavjudligi noxush belgi hisoblanadi va kasallikning TQYga o‘tish xavfini bildiradi. TQY bilan kasallangan bemorlarning 95% dan ortig‘ida antinuklear antitanachalar (ANA) aniqlanadi, DKYda esa bu ko‘rsatkich faqat 30–40% ni tashkil etadi. To‘g‘ridan-to‘g‘ri immunoflyuoresensiya reaksiyasida (RIF) “yuguruk tasmasi” DKYda dermo-epidermal birikma zonasida faqat infiltratsiya va giperkeroz bosqichidagi zararlangan joylarda 70% hollarda aniqlanadi. TQYda esa bu immun birikmalar nafaqat shikastlangan, balki sog‘lom ko‘rinishdagi terida ham mavjud bo‘ladi: ochiq (quyoshga ta’sir qiladigan) sohalarda 70–80% hollarda, yopiq (quyoshdan himoyalangan) sohalarda esa 50% hollarda aniqlanadi.
Autoimmun gemolitik anemiya, leykopeniya va limfopeniya, qon tahlilida ECHTning ortishi, siydikda oqsil va silindrlar mavjudligi — bular tizimli kasallik ehtimolini ko‘rsatuvchi bilvosita belgilar hisoblanadi.
Polimorf fotodermatozda esa qishda yaxshilanish kuzatiladi, boshning sochli qismi terisi, lablarning qizil hoshiyasi va og‘iz shilliq qavatida toshmalar kuzatilmaydi. Follikulyar keratoz va teri atrofiyasi bo‘lmaydi, ko‘pincha qichishish bilan kechadi.
Chegaralangan psoriaz, ayniqsa boshning sochli qismi terisi va ochiq tana qismlarida joylashganda, klinik jihatdan qizil yugurukni (QY) eslatishi mumkin. Ammo Vud chirog‘i nurlari ostida oppoq nur yo‘qligi, atrofiyaning va follikulyar keratozning bo’lmasligi, psoriazga xos bo‘lgan simptomlar triadasi (stearin dog‘i, terminal plyonka va nuqtasimon qonash)ni aniqlash — bu kasallikni QYdan farqlashga yordam beradi.
Pushti akne (rozatsea)da ham tashxisda qiyinchiliklar bo‘lishi mumkin, chunki bemorlarning yuzida qizil papulalar va eritematoz o‘choqlar paydo bo‘ladi, va bu holat quyosh nuridan keyin yomonlashadi. Biroq follikulyar keratoz, teri atrofiyasi va lab qizil chekkasida toshmalarning yo‘qligi QY tashxisini rad etadi.
Dermatomiozit ochiq teri sohalarida eritema, papulyoz toshmalar va teleangiektaziyalar bilan namoyon bo‘ladi, bu esa uni klinik jihatdan qizil yugurukka (QY) o‘xshash qiladi. Biroq mushak zaifligining ortib borishi va follikulyar keratozning yo‘qligi dermatomiozit haqida dalolat beradi.
Bundan tashqari, dermatomiozitda Gottron tugunchalari deb ataluvchi yassi, binafsha tusli tugunchalar falangalararo bo‘g‘imlar ustida joylashadi, aksincha, QYda qizil-binafsha tusli pilakchalar asosan falangalar ustida bo‘lib, bo‘g‘imlar ustidagi teri odatda o‘zgarmaydi.
Agar QYda giperkeroz uncha kuchli bo‘lmasa, lekin infiltratsiya ustun bo‘lib, zararlangan joylar sezilarli darajada zichlashsa, atrofdagi teri yuzasidan ancha ko‘tarilib, jigarrang tus olsa, kasallikni tuberkulyoz yugurugi bilan farqlash zarur bo‘ladi. Diaskopiyada yorqin sarg‘ish-jigarrang tugunchalarning yo‘qligi va zararlangan o‘choqlarning chetlarida kengaygan qon tomirlarining mavjudligi ham QY tashxisini tasdiqlaydi.
Angiolupoid Brok-Patrie (yoki teleangiektatik Bek sarkoidi) — bu yuz terisida joylashuvchi, yumshoq konsistensiyali, qizg‘ish-jigarrang tusli yakka o‘choqlar bilan kechadigan kasallik bo‘lib, yuzasida aniq ko‘rinib turuvchi teleangiektaziyalar mavjud bo‘ladi. Bunday belgilar uni qizil yuguruk (QY) bilan klinik jihatdan o‘xshatishga olib keladi. Ammo diaskopiya vaqtida angiolupoidda aniqlanadigan tarqalgan sarg‘ish-jigarrang rang bu kasallikni QYdan farqlashga yordam beradi.
Yuzning eozinofilli granulomasi, Jessner–Kanof limfotsitar infiltratsiyasi va teri limfotsitomasi (yaxshi sifatli) odatda quyidagicha namoyon bo‘ladi:

- No‘xatdek kattalikdagi tugunchalar yoki
- Infiltativ pilakchalar ko‘rinishida,
- Jigarrang-qizil rangda,
- Yumshoq yoki zich-elastik konsistensiyaga ega.

Bu kasalliklar klinik ko‘rinishi jihatidan ba’zida qizil yuguruk (QY) bilan chalkashishi mumkin, ayniqsa pilakchalar va tugunchalar yuz sohasida joylashgan bo‘lsa. Ammo ularni farqlashda konsistensiyasi, rangi, qo‘shimcha laborator va gistologik tekshiruvlar muhim rol o‘ynaydi.

TQYnind diagnostik mezonlari

1. Yonoqlardagi toshma ("yuguruk kapalagi").

2. Diskoid toshma (eritema).
3. Fotosensibilizatsiya.
4. Og‘iz bo‘shlig‘idagi yaralar (enantema).
5. Artrit (noeroziv): 2 yoki undan ortiq periferik bo‘g‘imlarda.
6. Serozit: – plevrit yoki perikardit.
7. Buyrak zararlanishi – 0,5 g/kun va undan ortiq proteinuriya yoki silindruriya.
8. Markaziy asab tizimi zararlanishi – tutqanoq yoki psixoz.
9. Gematologik buzilishlar: gemolitik anemiya (eritrotsitlarga qarshi antitanachalar bilan), trombositopeniya, leykopeniya.
10. Immunologik ko‘rsatkichlar: Anti-DNK yoki Anti-Sm, yoki aFL.
11. ANA – titr darajasi oshgan bo‘lishi.

Agar bemorda kasallik boshlanganidan keyingi istalgan vaqtda 4 yoki undan ortiq mezon aniqlansa, tizimli qizil yuguruk (TQY) tashxisi qo‘yiladi.
Manba: SLICC 2012 diagnostik mezonlari, murojaat sanasi: 20 noyabr 2023, arxivlangan: 1 oktyabr 2023.

Epidemoilogik anamnez:

Teri shaklidagi qizil yuguruk (QY) bilan kasallanish darajasi yiliga har 100 000 aholi orasida 3,0–4,2 holatni tashkil etadi. Ulardan 70–80% bemorlar diskoid qizil yuguruk bilan kasallangan bo‘ladi. Kasallanishning eng yuqori darajasi — 9,1 holat / 100 000 aholi — 60–69 yosh oralig‘ida kuzatiladi. Ayollar erkaklarga nisbatan 3 barobar ko‘proq kasallanishadi (nisbat: 3:1).
Eng ko‘p holatlar yevropoid irqiga mansub shaxslar orasida uchraydi [6].

Shikoyat va anamnez: Bemorlar odatda subyektiv belgilari bo’lmagan toshmalarga shikoyat qilishadi.

Toshmalar paydo bo‘lishiga quyosh nurlari yoki ultrabinafsha nurlanish sabab bo‘lishi mumkin.

Kasallikning kuchayish davrlari ko‘pincha bahor–yoz mavsumida kuzatiladi.

Fizikal ko’rik:

Tashxis kasallikning klinik manzarasiga asoslanib qo’yilad:

- yonoqlarda kapalak shaklidagi qizil toshma (eritema) mavjudligi;
- diskoid qizil yuguruk (DQY) o‘choqlarida uchta zona shakllanadi: markazda — chandiqli atrofiyaga, uning atrofida — follikulyar giperkerozga, periferiyada esa — teleangiektaziya, pigmentatsiya yoki depigmentatsiyaga ega sohalar.

DQY uchun xos bo‘lgan klassik simptomlar triadasi shakllanadi: eritema, follikulyar giperkeroz va chandiqli atrofiya.

- tangachalarni olib tashlash og‘riqli bo‘lishi (Benye-Meşerskiy simptomi);
- tangachalar olib ko’rilganda, ularning pastki yuzasida aniq ko‘rinadigan tikansimon o’siqchalar bo‘lishi. Ular terining soch follikulasi yoki yog‘ bezlari og‘ziga chuqur kirib borgan bo‘ladi (“ayollar poshnasi” simptomi);
- quloq supralarida angishvonani eslatuvchi yog‘li-muguzsimon tiqinlar kuzatiladi (Xachaturyan simptomi).

Laborator tadqiqotlar

- Qizil yugurukning barcha teri shakllarida kasallik faolligini aniqlash va tizimli qizil yugurukni (SQY) istisno qilish uchun quyidagi tekshiruvlar **tavsiya etiladi** [25,28]:

- umumiy (klinik) qon tahlili – kengaytirilgan ko‘rinishda, EChT bilan;
- sifilisga skrining testlar;
- umumiy (klinik) siydik tahlili;
- biokimyoviy qon tahlili (terapevtik yo‘nalishda) – quyidagilarni o‘z ichiga oladi: alaninaminotransferaza (ALT), aspartataminotransferaza (AST), gamma-glutamiltranspeptidaza (GGT), ishqoriy fosfataza (ALP), mochevina, kreatinin, C-reaktiv oqsil (CRP).
- LE-hujayralar (qizil yuguruk hujayralari) – bu neytrofil leykotsitlar sitoplazmasida joylashgan, yumaloq, tuzilmasiz, och binafsha rangdagi, lizisga uchragan yadroga o‘xshaydigan tuzilmalar bilan tavsiflanadi. Ushbu tuzilmalar hujayraning markaziy qismini egallaydi, yadro esa periferiyaga siljigan bo‘ladi. LE-hujayralar tizimli qizil yuguruk uchun patognomonik belgidir, ammo teri qizil yugurugi bilan kasallanganlarning 3–7%ida ham uchrashi mumkin.
- Immunologik testlar: ANA – antinuklear antitanachalar, agar ijobiy bo‘lsa, ENA (ekstragirlanuvchi yadroviy antigenlarga qarshi antitanachalar) va anti-dsDNA (ikki zanjirli DNKga qarshi antitanachalar), Anti-Ro/SS-A va anti-La/SS-B – yadro komponentlariga qarshi antitanachalar, Antifosfolipid antitanachalar (immunoferment tahlil usuli bilan), VDRL – kardiolipin antigeniga qarshi reaksiyalar (sifilisni istisno qilish uchun).
- koagulogramma.
- biopsiya – teri zararlangan o‘chog‘idan olingan namuna: patomorfologik tekshiruv – boshqa teri kasalliklaridan farqlash uchun; to‘g‘ridan-to‘g‘ri immunoflyuorestsent tahlil – biopsiya materiali asosida

- qonda D vitamini darajasini aniqlash

Instrumental tekshiruv:

- Zarur bo‘lsa, differensial diagnostika uchun terini kattalashtirib ko‘rish (dermatoskopiya) **tavsiya etiladi** [18].
- Ichki a’zolarning ultratovush tekshiruvi (UTT).

Boshqa instrumental tekshiruvlar:

Ko‘krak qafasi a’zolarining kompyuter tomografiyasi.
Tasvirda o‘pkadagi yallig‘lanish alomatlari, o‘pka tromboemboliyasi, qon quyilishi.

EKG (elektrokardiografiya) va yurakning exokardiografiyasi (yurak UTTsi).
Yurak UTTsi yordamida davolovchi shifokor yurakni o‘rab turgan pardada yallig‘lanish borligini (perikardit) va o‘pka gipertenziyasining mavjudligini baholashi mumkin.

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

Tor mutaxassislar konsultatsiyalari uchun ko’rsatmalar

C	• Tizimli qizil yuguruk (TQY) tashxisini istisno qilish zarur bo‘lgan hollarda revmatolog shifokor bilan maslahatlashuv o‘tkazish tavsiya etiladi. • Qonning immunologik tahlilida buzilishlar aniqlanganda immunolog shifokori bilan maslahatlashuv tavsiya etiladi. • Gidroksixloroxin yoki xloroxin qabul qilishni boshlashdan oldin va davolanish davomida kamida har 6 oyda bir marotaba ko‘z tubini tekshirishni o‘z ichiga olgan nojo‘ya ta’sirlarni (retinopatiya) nazorat qilish maqsadida oftalmolog shifokor bilan maslahatlashuv tavsiya etiladi. • Terapevt/pediatr bilan maslahatlashish tavsiya etiladi

Qizil yuguruk prognozi:

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

C	• Ko‘pchilik hollarda diskoid qizil yuguruk yaxshi kechadi. Davolash to‘g‘ri tanlanganda va barcha tavsiyalarga rioya qilinsa, barqaror remissiya yuzaga keladi. • Asosiy muammo — DQY ning og‘irroq kasalliklarga, o‘lim ko‘rsatkichi yuqori bo‘lgan TQQ (tizimli qizil yuguruk) va yassi hujayrali karsinomaga aylanishidir. • Diskoid qizil yuguruk (DQY)ning qaytalanishini oldini olish chora-tadbirlari quyidagilardan iborat: quyoshda bo‘lish vaqtini cheklash, yopiq kiyim kiyish, quyoshdan himoyalovchi vositalardan foydalanish hamda terining ultrabinafsha nurlanishga sezuvchanligini oshiruvchi dorilarni qabul qilishni istisno etish.

Nomedikomentoz davo:

C 4	• Parxez ovqatlanish talab etilmaydi

Fizioterapevtik davo

C 5	• Mahalliy vositalar bilan ultratovush terapiya • Pastintensiv yorug'lik terapiyasi • Elektroforez • Elektrouyqu • Balneoterapiya • Magnit maydon ta'sirida miyaning noinvaziv stimulyatsiya usuli

Medikamentoz davolash:

O‘zbekiston Respublikasida kafolatlangan to‘lovsiz tibbiy yordam hajmi va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimi doirasida ro‘yxatga olinmagan dori vositalarini klinik protokolga kiritish xarajatlarni qaytarish uchun asos bo‘lmaydi.

Jadval-1

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (foydalanish extimoli 100 %):

Farmakoterapevtik guruh	Dori vositasi halqaro nomi	Qo‘llash usuli	Ishonchlilik darajasi
Mahalliy davo			
MGKS	Mometazon furoat 0,1%	kuniga 1-2 mahal mahalliy	C https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-naruzhnoy-terapii-diskoidnoy-krasnoy-volchanki
	Betametason valerat 0,1%, krem		
	Fluosinol asetonid 0,025%, krem, gel, maz	Kuniga 2 mahal zararlangan joylarga surtiladi, 12 hafta davomida.	C https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-naruzhnoy-terapii-diskoidnoy-krasnoy-volchanki
	Triamsinolon, maz	Kuniga 2 mahal bog‘lam ostida zararlangan joylarga qo‘llaniladi, 1 hafta davomida.	C https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-naruzhnoy-terapii-diskoidnoy-krasnoy-volchanki

	Klobetazol, krem, maz	Kuniga 2 mahal zararlangan joylarga qo‘llaniladi, 4 hafta davomida.	https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/discoid-lupus-erythematosus
Mahalliy kalsinevrin ingibitorlari	Takrolimus maz 0,1%; 0.03 %	kuniga 2 mahal mahalliy 4-8 hafta	https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/rheumatology/discoid-lupus-erythematosus
	Pimekrolimus krem 1%	kuniga 2 mahal mahalliy 4-8 hafta	https://protabletky.ru/pimecrolimus/

Eslatma: Dori-darmonlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual belgilanadi.
Terini namlovchi vositalar (emolentlar), tibbiy vositalar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar dermatologik bemorlarni davolashda zarur holatlarda qarshi ko‘rsatmalari bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatga ega bo‘lsa qo‘llanilishi mumkin.
Mahalliy va tizimli antibakterial vositalar, mahalliy glyukokortikosteroidlar hamda kombinatsiyalangan preparatlarning qo‘llanilishi faqat klinik zaruratga asoslangan holda, ko‘rsatmalarga muvofiq amalga oshiriladi.
Aniq dori vositasini tanlash davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi.
Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa va vaqtincha yetishmasa, shifokor o‘xshash terapevtik maqsadga ega, lekin turlicha ta'sir mexanizmli preparatni tanlashi mumkin.
Dori vositasi klinik vaziyat, bemorning holati va mavjud resurslarga asoslanib amalga oshiriladi

Jadval-2

Asosiy dori vositalari ro‘yhati (ishlatilish ehtimolligi 100% dan kam):

Farmakoterapevtik guruh	**Dori vositasi xalqaro nomi**	**Qo‘llash usuli**	**Ishonchlilik darajasi**
Bezgakka qarshi vositalar	Gidroksixlor xinolin	peroral, kasallik kechishining og‘irligiga qarab 5-6 mg/kg/kunlik miqdorda sxemaga muvofiq uzoq muddat davomida	A Wozniacka A., McCauliffe

		(yoki o‘rtacha og‘irlikdagi kattalar uchun 2 tabletka 200 mg). Klinik samaraga erishilgandan so‘ng, gidroksixloroxin dozasi sekin-asta kunlik 200 mg gacha kamaytirilishi mumkin va davolash 2–3 oydan kam bo‘lmagan muddat davomida davom ettiriladi.	D.P. Optimal use of antimalarials in treating cutaneous lupus erythematosus. Am J Clin Dermatol. 2005; 6 (1): 1–11 .
	Xloroxin	Peroral 3,5 mg/kg/kun yoki 250-500 mg kuniga sxema bo’yicha 2-3 oy davomida	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%83%D1%81&page_type=1&highlight=1
Glyukokortiko steroidlar	Prednizalon	0,5-1,0 mg/kg/kun 2-4 hafta, keyingi doza pasaytirish bilan	A https://akriderm.com/articles/diskoidnaya-krasnaya-volchanka/
	Triamsinalon	O’choqqa 5-10mg/ml yuborish	https://akriderm.com/articles/diskoidnaya-krasnaya-volchanka/

	Betametazon	O‘choqqa 0,2ml/sm^2 yuborish, haftalik doza 1 ml dan oshmasligi kerak	https://akriderm.com/articles/diskoidnaya-krasnaya-volchanka/
	Dapson	Davo minimal doza 25 mg/kundan boshlanadi, minimal samarali dozaga etishguncha har hafta 25mg ga oshiriladi, , lekin kunlik 200mg dan oshmasligi kerak. Davolash davomiyligi preparatning klinik ta'siriga qarab belgilanadi.	C https://akriderm.com/articles/diskoidnaya-krasnaya-volchanka/
Retinoidlar	Asitretin	0,2-1,0 mg/kg/kun 8 hafta	B https://131522.selcdn.ru/upload-aacc0f457d3730a3ef3c1aa2377f62ad/iblock/18b/18be20cd4060d9b3c050a168d4edfafd/070ab5012f60f22990a486a70f017d61.pdf
	Izotretionin	0,2-1,0 mg/kg/kun 8 hafta	B https://www.rodv.ru/upload/iblock/5f8/5f8cb8b847ed0f4abe375a6787532d1a.docx
	Azatioprin	Peroral 2 mg/kg/kun sxema bo’yicha	B

Immunodepressiv vositalar			https://www.msdmanuals.com/ru/professional
	Mikofenolat mofetil	Kuniga 1,0-1,5 g 2 mahal sxema bo'yicha	B https://www.msdmanuals.com/ru/professional
	Metotreksat	Peroral, t/o 7,5-25 mg haftasiga sxema bo'yicha	C https://www.msdmanuals.com/ru/professional
	Siklosporin	Siklosporinning boshlang'ich dozasi 2,5 dan 3 mg/kg 2 marta qabul qilishga. Og'ir holatlarda zarurat tug'ilganida doza maksimal 5mg/kg gacha oshishi mumkin. Ijobiy natijaga erishilganda doza to'liq to'xtatish uchun asta-sekinlik bilan kamaytiriladi.	B https://rsp.mediar-press.net/rsp/article/view/415?locale=ru_RU
Kombinirlangan vositalar	Betametazon dipropionat (1mg) + gentamisin sulfat (1 mg) + klotrimazol (10 mg)	Mahalliy kuniga 1-2 mahal	C https://cyberleninka.ru/article/n/vozmozhnosti-naruzhnoy-terapii-diskoidnoy-krasnoy-volchanki
	Betametazon (1 mg) + gentamisin (1 mg)		

Antioksidantlar	Askorbin kislotasi	Peroral, v/i, m/o 250-1000mg/sut	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Alfa-lipoy kislotasi	v/i tomchilab kattalarga 600mg/sutka kamida 30 daqiqa davomida. Peroral kattalar va 14 yoshdan katta bolalar uchun 1 kapsuladan 1 mahal ovqatdan oldin. Qabul qilish davomiyligi kamida 1 oy.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Glutation	m/o, v/i sekinlik bilan (2-3 daqiqa) yoki infuziya ko'rinishida 600mg/sutka yoki 1200mg/ kunora. Peroral 250mg/sutka, til ostida sekin shimish uchun. Qabul qilish davomiyligi 2-3 oy, bir yil davomida 2-3 marotaba takrorlash mumkin.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Vitamin E	Kapsulalar 50–100 mg kunlik, davriy kurslar bilan: 1 hafta preparatni qabul qilish, 1 hafta tanaffus, jami 4-8 hafta davomida.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-

			lupus#Summary
Vitaminlar	Xolekalsiferol (Vitamin D)	D vitamini yetishmovchiligi korreksiyasi (25(OH)D darajasi < 20 ng/ml): -Haftasiga 1 marta 50 000 XB — 8 hafta davomida, peroral -Har oyda 1 marta 200 000 XB — 2 oy davomida, peroral -Har oyda 1 marta 150 000 XB — 3 oy davomida, peroral -Har kuni 6000–8000 XB — 8 hafta davomida, peroral. D vitamini defitsiti korreksiyasi (25(OH)D darajasi ≥ 20 va < 30 ng/ml): -Haftasiga 1 marta 50 000 XB — 4 hafta davomida, peroral -1 marotaba 200 000 XB — og‘iz orqali -1 marta 150 000 XB — peroral -Har kuni 6000–8000 XBT— 4 hafta davomida, peroral D vitamini darajasini ≥ 30 ng/ml darajada ushlab turish: Har kuni 1000–2000 XB — peroral -Haftasiga 1 marta 6000–14 000 XB — peroral	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Siankobalamin (Vitamin B12)	m/o yoki v/i 1mg dan har kuni 1-2 hafta mobaynida, ushlab turuvchi doza 1-2mg m/o yoki v/i haftasiga 1 marotabadan bir oyda 1 marotabagacha	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Piridoksin gidroxlorid (Vitamin B6)	m/o, preparat dozasi individual tarzda 1-2 mg/kg/ sutka hisobida tayinlanadi. Davolash davomiyligi 2 hafta	C https://www.medicalnewst

			oday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Riboflavin mononukleotid (Vitamin B2)	Peroral: kattalarga - 5-10 mg/kuniga; bolalarga - 2-5 mg/kuniga. Davolash davomiyligi 1-1,5 oy. M/o: 1% li 1ml eritma (0.1 g) kuniga 1 mahal 10-15 kun davomida (bolalarga - 3-5 kun), keyin haftasiga 2-3 marotaba; davolash kursi 15-20 inyeksiyadan iborat.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Tiamin gidroxlorid (Vitamin B1)	m/o (chuqur mushak ichiga yuboriladi) Preparatni yuborishda kichik dozalar bilan (5% eritmadan 0,5 ml dan ko‘p bo‘lmagan miqdorda) boshlash tavsiya etiladi. Faqat yaxshi o‘zlashtirilgandan so‘ng dozani oshirishga o‘tish mumkin. Kattalarga: tiamin gidroxlorid 25–50 mg (5% eritmadan 0,5–1 ml) kuniga 1 marta, har kuni yuboriladi. Bolalarga: 12,5 mg (5% eritmadan 0,25 ml) kuniga 1 marta yuboriladi. Davolash kursi 10-30 inyeksiyani tashkil etadi.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
	Foliy kislotasi (metotreksat qabul qilinganda)	Peroral, ovqatdan keyin qabul qilinadi. Kattalar uchun: 1–2 mg (1–2 tabletka) kuniga 1–3 marta. Maksimal kunlik doza — 5 mg (5 tabletka). 3 yoshdan katta bolalar uchun: 1 mg (1 tabletka) kuniga 1–2 marta. Maksimal kunlik doza — 2 mg (2 tabletka). Davolash kursi — 20–30 kun.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary

Angioprotektorlar	Pentoksifillin	Peroral, kuniga 3 marta 200 mg dozada, 1 oy davomida qabul qilinadi.	C https://www.rmj.ru/articles/dermatologiya/KRASNAYa_VOLChANKA_KLINIKA_DIAGNOSTIKA_I_LEChENIE/
	Nikotin kislotasi	Peroral: 0,05–0,1 g dan kuniga 2–3 marta, 21–30 kun davomida qabul qilinadi. Mushak ichiga: 1% eritmadan 2–3 ml, kunora (har ikki kunda bir marta), jami 8–10 inyeksiya.	C https://www.medicalnewstoday.com/articles/supplements-to-avoid-with-lupus#Summary
Antigistamin vositalar	Dezloratadin	Peroral, 5–10 mg kuniga 1 marta, 7–10 kun davomida qabul qilinadi	C **https://mediqlab.com/drugs/4e378840-105f-43dc-a1ca-572c6b314954** https://mediqlab.com/drugs/520495cc-d9c7-491d-a392-bbae79ce7abb
	Setirizin	Peroral, 5–10 mg kuniga 1 marta, 7–10 kun davomida qabul qilinadi.	
	Levosetirizin	Peroral, 5–10 mg kuniga 1 marta, 7–10 kun davomida qabul qilinadi.	
	Feksofenadin	Peroral, 120–180 mg kuniga 1 marta, 7–10 kun davomida qabul qilinadi.	
	Ebastin	Peroral, 10–20 mg kuniga 1 marta, 7–10 kun davomida qabul qilinadi.	
	Xloropiramin	Peroral, 25-75 mg kuniga 2 marta, 7-10 kun davomida.	
	Bilastin	Peroral, 20 mg kuniga 1 marta, 7-10 kun davomida.	
	Difengidramin	Peroral, 10-50 mg kuniga 2-3 marta, 7-10 kun davomida.	
	Mebgidrolin	Peroral, 50-300 mg kuniga 2 marta, 7-10 kun davomida.	

			https://www.researchgate.net/publication/287764260_Antihistamines_in_dermatology https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S03650596203060 48
Gepatoprotektorlar	Essensial fosfolipidlar	v/i, sekinlik bilan 1-2 ampula (5-10 ml), preparat qon bilan 1:1 nisbati bilan suyultiriladi. Agar suyultirish qo'shimcha kerak bo'lsa, faqat 5% yoki 10% dekstroza eritmasi infusion qo'llash mumkin. Peroral**:** 12 yoshdan katta va tana og'irligi 43 kg dan ortiq bo'lgan o'spirinlar hamda kattalar uchun ovqat paytida kuniga 3 marta 2 kapsula qabul qilish tavsiya etiladi.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111999/
	Antral	Peroral, ovqatdan keyin kuniga 3 marta Kattalar va 10 yoshdan katta bolalar uchun – har bir qabulda 200 mg 4–10 yoshdagi bolalar uchun – har bir qabulda 100 mg	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111999/
	Oksimatrin	M/o kuniga 1 mahal 600 mg v/ 600 mg ni 100–250 ml 5% glyukoza eritmasi yoki 0,9% natriy xlorid eritmasida eritib, tomchilatib yuborish kerak, soatiga 60 tomchi tezlikda, kuniga 1 mahal. Peroral — kuniga 3 marta, har biri 2 kapsula (0,2 g oksimatrin). Zarurat bo'lsa, kunlik dozani 3 kapsulaga uch marta oshirish mumkin (ya'ni 0,3 g oksimatrin).	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111999/

	Ademetionin	Tavsiya etilgan doza — 10–25mg/kg/sutka ademetionin. Odatda kunlik doza 1–2 tabletka (kuniga 400–800 mg ademetionin) va kerak bo‘lsa, kuniga 4 tabletkagacha (kuniga 1600 mg ademetionin) oshirilishi mumkin. Ta’sir odatda davolanishning 7–14 kunida seziladi va dori qo‘llash davomida saqlanadi.	C https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21111999/
Giposensibilizatsiyalovchi vositalar	Natriy tiosulfat	v/i tomchilab 30% — 10 ml, kuniga 1 mahal, 7–10 kun davomida.	C https://www.rodv.ru/upload/iblock/eac/eacb3e5d68c5dde0145d239c1260ac30.docx
	Kalsiy xlorid	v/i tomchilab 100 mg/ml — 5 ml, kuniga 1 mahal, 7–10 kun davomida.	
	Kalsiy glyukonat	v/i tomchilab 100 mg/ml — 5 ml, kuniga 1 marta, 7–10 kun davomida.	

Eslatma: Dori-darmonlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual belgilanadi.
Terini namlovchi vositalar (emolentlar), tibbiy vositalar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va kosmetologik vositalar dermatologik bemorlarni davolashda zarur holatlarda qarshi ko‘rsatmalari bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatga ega bo‘lsa qo‘llanilishi mumkin.
Mahalliy va tizimli antibakterial vositalar, mahalliy glyukokortikosteroidlar hamda birikma preparatlarning qo‘llanilishi faqat ko‘rsatmalarga binoan, klinik zaruratga muvofiq ravishda amalga oshiriladi.
Aniq bir preparatni tanlash shifokor tomonidan belgilanadi.
Agar zarur preparat belgilangan ro‘yxatda mavjud bo‘lmasa va vaqtincha yetishmasa, shifokor o‘xshash terapevtik maqsadga ega, lekin turlicha ta'sir mexanizmli preparatni tanlashi mumkin.
Dori vositasi klinik vaziyat, bemorning holati va mavjud resurslarga asoslanib amalga oshiriladi

«QIZIL YUGURUK» NOZOLOGIYASI BO‘YIChA TIBBIY ARALAShUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOSHKENT 2025

Kirish.

Qizil yuguruk (QY) — bu kechishi o'zgaruvchan, prognozi va dermatologik hamda tizimli belgilari keng qamrovli bo‘lgan surunkali, yallig‘lanishli, autoimmun, immunokompleksli kasallik hisoblanadi. Bu kasallik yuz yillardan beri klinik tadqiqotlar mavzusi bo‘lib kelmoqda va dermatologlar, revmatologlar, nevropatologlar, nefrologlar, gematologlar va boshqa mutaxassislarning diqqat markazida turibdi. 1851 yilda P.L.A. Cazenave **[2]** “lupus erythemateux” atamasini taklif qilgan — bu bilan u teri sil kasalligining belgilari bilan yuguruk kelib chiqishiga ega teri belgilari o‘rtasini farqlashga harakat qilgan. 1845 yilda esa Ferdinand von Hebra yuzda — yonoqlar va burun ko'prigida paydo bo‘luvchi eritematoz dog‘larni tasvirlab bergan. Bu dog‘lar birlashib, «kapalak» shakliga o‘xshash ko‘rinish bergan. U bu holatni avval “seborrhoea congestive” deb atagan, keyinchalik bu atama “lupus erythematosus” deb o‘zgartirilgan. 1875–1895 yillar oralig‘ida dermatologiya sohasida muhim ilmiy yondashuvlar paydo bo‘ldi. M. Kaposi, J. Hutchinson va W**.** Osler [3—5] rivojlanishining asosiy patogenetik nazariyalarini taklif qildilar va atrof-muhit omillari, xususan quyosh nuri (insolyatsiya), bu kasallikni qo‘zg‘atishi mumkinligini taxmin qildilar. Hozirgi kungacha QY patogenezi to‘liq aniqlanmagan, ammo eng ko‘p qo‘llaniladigan klassifikatsiyaga ko‘ra, bu kasallikning ikkita asosiy shakli mavjud: teri shakli (integumentar; TQY) — uzoq davom etadi, ammo nisbatan yengil kechadi va tizimli shakli (TQY) — ichki organlarni qamrab oladi. Hozirda ushbu shakllardagi bemorlarni kuzatish va davolash uchun aniq tartib ishlab chiqilgan bo'lib, unda faqat teri belgilari bo‘lgan bemorlar dermatolog nazoratida hamda tizimli jarayon bo‘lganda esa revmatologlar tomonidan kuzatiladi. Biroq, hali ham teri va tizimli shakllar o‘rtasidagi munosabat — ular bitta kasallikning turlicha ko‘rinishi yoki alohida kasallik ekanligi bo‘yicha yakdil fikr yo‘q. Ba'zi mutaxassislar fikricha, qizil yug‘urikkning (QY) ikki shakli ikki alohida mustaqil kasalliklar bo‘lib, bunga bir qancha dallillar keltiriladi. Masalan, teri shaklidan tizimli shaklga o‘tish kamligi (faqat 3—5% bemorlarda), immunogenez buzilish darajasidagi farqlanish [6] va laborator o‘zgarishlar (neytrofil va monotsitlarda nuklear moddalar almashinuvi, nuklear antigenlarga qarshi antitanalar titri) darajasi, kasallik shakllarining kechishi va hayot uchun prognozning turlicha bo‘lishi, hamda terapiya algoritmlarining farqli bo‘lishi asosida o‘z pozitsiyalarini asoslaydilar. Ushbu nuqtai nazar tarafdorlarining dalillariga shuningdek, tizimli QYda alopetsiyaning diffuz va qaytariluvchan bo'lishi, integumentar QY shaklida esa alopetsiyaning qaytarilmas bo'lishi kiradi [7, 8]. Ammo, mavjud qarama-qarshi fikrga ko‘ra, teri va tizimli shakllarni ajratish shartli bo‘lib, QYni yagona kasallik nazariyasi doirasida, turli immunologik reaktivlikka ega turlicha ko'rinishdagi bir kasallikning ikki xil shakli deya qaraladi. da o‘zgaruvchi belgilar bilan ko‘rib chiqish zarur. Darhaqiqat, kasallikning har ikki shaklida ko'pincha ayollar kasallanadi [9], quyosh nuriga sezgirlik ortishi kuzatiladi, ikki shaklda ham ko‘pincha teri shikastlanishlari kuzatiladi, gisto- va gistoximik belgilar umumiyligi mavjud. Teri qoplamasi an'anaviy ravishda QYda yallig‘lanish jarayoniga eng ko‘p jalb qilinadigan organlardan biridir [10—12].

Dermatologik simptomatika nafaqat teri shaklini, balki sistemali QYni ham tashxislashda muhim ahamiyatga ega. Adabiyot ma'lumotlariga ko‘ra [13], taxminan 20—25% bemorlarda teridagi sindrom sistemali kasallikning dastlabki ko‘rinishi bo‘lib, 60—70% bemorlarda teridagi toshmalar kasallikning turli bosqichlarida paydo bo‘ladi. Teridagi toshmalar bilan shikoyat qiluvchi bemorlarning maxsus dermatologik klinikalarga birinchi murojaat qilishi yuqori bo‘lishi mantiqan tushunarli va bu esa yuguruk jarayonni istisno qilish yoki o‘z vaqtida aniqlash uchun kliniko-laborator tekshiruvning diagnostik algoritmini bilish va qo‘llash zaruratini keltirib chiqaradi.

Davolash maqsadi

- Teri kasalligining avj olishini to'xtatish;
- Chandiqlanishni oldini olish yoki kamaytirish;
- Davolash bo'yicha umumiy ko'rsatmalar.

Diskoid qizil yuguruk (DKY) bemorlarini davolashda tizimli bezgakka qarshi vositalar va tashqi qo‘llash uchun glyukokortikosteroid preparatlaridan foydalanish asosiy o‘rin tutadi. DKYda terining chegaralangan shikastlanishi bo‘lsa, badan terisidagi o‘choqlar uchun krem va malham shaklida, bosh terisidagi o‘choqlar uchun esa losyon shaklidagi mahalliy glyukokortikosteroid preparatlar buyuriladi Bezgakka qarshi vositalar qizil yugurukni davolashda, ham kombinatsiyalangan terapiyada, ham monoterapiyada samarali hisoblanadi. Gidroksixloroxin sulfat yaxshiroq qabul qilinishi sababli ko’proq qo’llaniladi. Bezgakka qarshi vositalar qabul qilishda retinopatiya rivojlanish ehtimoli tufayli muntazam oftalmologik tekshiruvlar, shu jumladan ko‘z tubini ko‘rikdan o‘tkazish zarur. Bu ko‘rik preparat qabul qilinishidan oldin boshlanadi va har 6 oyda kamida bir marta takrorlanadi. Laboratoriya ko‘rsatkichlari ham muntazam nazorat qilinadi [32].
Retinoidlar bezgakka qarshi vositalar bilan davolash samarasiz bo’lgan bemorlarga tayinlanadi. Ammo tizimli retinoidlar qizil yugurukni uzoq muddat davolash uchun optimal emas, chunki ular ko‘p nojo‘ya ta’sirlarga olib keladi va preparat to‘xtatilgach tezda kasallik takrorlanadi. Retinoidlar terapiyasi davomida nojo‘ya ta’sirlarni oldini olish uchun qon tahlilida lipid spektri, glyukoza va jigar funksiyasi nazorat qilinishi kerak. Retinoidlarning teratogen xususiyatlari sababli, reproduktiv yoshdagi ayollarga izotretinoin bilan davolashdan 4 hafta oldin, davolash davomida va tugatgandan keyin 1 oy davomida, shuningdek, asitretin bilan davolashdan keyin 2 yil kontratseptsiya choralarini qo‘llash tavsiya etiladi. Homiladorlik yuzaga kelsa, tibbiy ko‘rsatmalarga ko‘ra uni to‘xtatish lozim [31].
- DKY bilan og‘rigan barcha bemorlarga quyosh nurlaridan terini himoya qilish choralariga rioya qilish tavsiya etiladi: mos kiyinish (bosh kiyimlar, uzun yengli kiyimlar, yopiq yoqa, shim va uzun yubkalar kiyish), yuqori SPF (50–60) ko‘rsatkichiga ega quyoshdan himoya qiluvchi kremlarni muntazam surtish.

Konservativ davolash

• Teri shikastlanishi bilan kechuvchi qizil yugurukni davolashda birinchi navbatda qo‘llaniladigan terapiya sifatida mahalliy glyukokortikosteroid preparatlar va tizimli bezgakka qarshi preparatlar **tavsiya etiladi** [1, 2].
Tavsiya qilish darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4).
Izohlar:
Diskoid qizil yugurugida teri shikastlanishi cheklangan bo‘lsa, mahalliy glyukokortikosteroid preparatlar tayinlanadi: tana terisidagi shikastlangan o‘choqlar uchun – krem va maz ko‘rinishida, sochli qismdagi o‘choqlar uchun esa loson shaklida.
• Agar teri shikastlanishi yuz qismida joylashgan bo‘lsa, kuchsiz yoki o‘rtacha faollikka ega mahalliy glyukokortikosteroid preparatlar tavsiya etiladi: fluosinolon asetonid – krem, gel, maz yoki liniment ko‘rinishida, kuniga 2 mahal shikastlangan o‘choqlarga surtiladi, 12 hafta davomida [1, 2].
Tavsiya qilish darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 2).
• Tana qismi va qo‘l-oyoqlar shikastlanganda o‘rtacha faollikka ega mahalliy glyukokortikosteroid preparatlarini tashqi ravishda qo‘llash tavsiya etiladi:
Triamsinolon, maz — kuniga 2 marta, bog‘lam ostida shikastlangan o‘choqlarga 1 hafta davomida surtiladi [3].
Tavsiya qilish darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4).
yoki
Betametazon, krem yoki maz — kuniga 2 mahal tashqi ravishda shikastlangan joylarga surtiladi, 8 hafta davomida [3].
Tavsiya qilish darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4).
• Toshmalar boshning sochli qismi, kaft va oyoq tagida joylashganda, yuqori faollikka ega mahalliy glyukokortikosteroid preparatlarini tashqi ravishda qo‘llash tavsiya etiladi:
Klobetazol, krem yoki maz — kuniga 2 mahal shikastlangan joylarga 4 hafta davomida surtiladi [4].
Tavsiya qilish darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 2).
• Agar mahalliy o‘choqlar boshqa davo turlarida samarasiz davolansa, glyukokortikosteroid preparatlarni inyeksiya shaklida o‘choq ichiga yuborish tavsiya etiladi:
Triamsinolon — 5–10 mg/ml [5, 6].

Tavsiya qilish darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4).
yoki
Betametazon — 1 sm² uchun 0,2 ml, haftalik doza 1 ml dan oshmasligi kerak [7].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
Izohlar: Agar preparatlarni o‘choq ichiga yuborish zarurati saqlanib qolsa, inʜeksiyalar orasidagi interval kamida 4 hafta bo‘lishi lozim [5]. Bu usulni qo‘llash turg‘un atrofiya rivojlanish ehtimoli tufayli cheklangan.
• Qizil yuguruk tizimli terapiyasi uchun peroral bezgakka qarshi vositalar qo‘llash **tavsiya etiladi**:
Gidroksixloroxin — sutkasiga 5–6 mg/kg (yoki o‘rtacha vaznli kattalar uchun 200 mgdan 2 tabletka). Klinik samaraga erishilgandan so‘ng, dozani asta-sekin 200 mg/sutkagacha kamaytirish mumkin, davolash kamida 2–3 oy davom ettirilishi kerak [8].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – B (dalillar ishonchliligi darajasi – 2)
Izohlar: Preparatni qabul qilish 2–3 yilgacha davom etishi mumkin. Qo‘llab-quvvatlovchi dozani bekor qilish diskoid qizil yuguruk qaytalanish xavfini 2,5 marta oshiradi [8].
yoki
Xloroxin — kuniga 250–500 mg, kamida 2–3 oy davomida.
(Xloroxinning tibbiy qo‘llanilishi bo‘yicha yo‘riqnomasida diskoid qizil yuguruk qo‘llash uchun ko‘rsatmalar qatoriga kiritilmagan). Preparatni qabul qilish 2–3 yilgacha davom etishi mumkin [9].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
Izohlar: *Bezgakka qarshi vositalar ham monoterapiya, ham kombinatsiyalangan terapiya ko‘rinishida qizil yugurukni davolashda samarali hisoblanadi. Gidroksixloroxin yaxshi qabul qilinish xususiyati sababli afzalroq deb hisoblanadi. Ammo bezgakka qarshi preparatlar qabul qilinganda retinopatiya rivojlanishi mumkinligi tufayli oftalmologik tekshiruv hamda laboratoriya ko‘rsatkichlarining muntazam nazorati talab etiladi*.
• Agar glyukokortikosteroidlarning samarasi kuzatilmasa, mahalliy kalsinevrin ingibitorlarini tashqi terapiya uchun qo‘llash tavsiya etiladi:
Takrolimus 0,1% maz – kuniga 2 mahal zararlangan joylarga surtish, 4–8 hafta davomida [4, 10].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – B (dalillar ishonchliligi darajasi – 2)
yoki
Pimekrolimus 1% krem – kuniga 2 mahalliy shikastlangan joylarga surtish, 4–8 hafta davomida [11].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 2)
Izohlar: *Kalsinevrin ingibitorlari – ikkinchi darajali preparatlar bo‘lib, glyukokortikosteroidlar samarasiz bo‘lgan hollarda tavsiya etiladi.*
• Agar bezgakka qarshi vositalarga nisbatan rezistentlik mavjud bo‘lsa, zaxira preparatlardan foydalanish **tavsiya etiladi**:
Prednizolon – 0,5–1,0 mg/kg kuniga peroral ravishda 2–4 hafta davomida, so‘ngra doza pasaytiriladi. Tizimli glyukokortikosteroidlar faol bosqichda bo‘lgan keng tarqalgan teri toshmalarining toshishida bezgakka qarshi vositalar bilan birga tayinlanadi [20, 21].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 2)
Dapson – 25 mg kuniga 1 martadan 100 mg kuniga 2 martagacha [3].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
Izohlar*: Dapson bilan davolash minimal doza – 25 mg/sutkadan boshlanadi. Har hafta 25 mgga oshirib boriladi, minimal samarali dozaga erishilguncha, ammo 200 mg/sutkadan oshmasligi lozim. Davolash davrida umumiy qon tahlili va jigar funksiyasini nazorat qilish zarur [3]*
yoki
remissiyaga erishilgunga qadar Metotreksat – 20 mg gacha, haftada 1 marta (afzalroq – teri osti inyeksiya tarzida) [12, 13, 22].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 2)
yoki
Asitretin – 0,2–1,0 mg/kg/sut peroral 8 hafta davomida [8, 14].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
yoki

Izotretinoin – 0,2–1,0 mg/kg/sut peroral 8 hafta davomida [14, 15].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
Izohlar: *Tizimli retinoidlar bilan davolash past dozalardan (10–20 mg/sut) boshlanishi lozim, so‘ngra dozalar organizmning ko‘tara olishi va nojo‘ya ta'sirlarning yo‘qligiga qarab asta-sekin oshiriladi.*
Retinoidlar fotosezgirlikni oshirishini hisobga olish kerak.
• Yaqqol giperkeratoz (diskoidli yoki verrukoz qizil yuguruk) mavjud bo‘lganda tizimli retinoidlarni tayinlash **tavsiya etiladi**:
Asitretin – 50 mg/sut peroral 8 hafta davomida [8].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – B (dalillar ishonchliligi darajasi – 2)
yoki
Asitretin – 0,2–1,0 mg/kg/sut peroral 8 hafta davomida [14].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
yoki
Izotretinoin – 0,2–1,0 mg/kg/sut peroral 8 hafta davomida
(Izotretinoinning tibbiy qo‘llanilishi bo‘yicha yo‘riqnomada diskoidli qizil yuguruk ko‘rsatmalar orasida yo‘q) [14, 15].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
Izohlar: *Sistemali retinoidlar bilan davolash past dozalardan (10–20 mg/sut) boshlanishi lozim, so‘ngra dozalar organizmning ko‘tara olishi va nojo‘ya ta'sirlarning yo‘qligiga qarab asta-sekin oshiriladi. Retinoidlar fotosezgirlikni oshirishini hisobga olish kerak.*
• pufakli qizil yuguruk shaklida Dapson qo‘llash tavsiya etiladi:
25 mg 1 mahal– 100 mg 2 mahal. Davolash davomiyligi dori vositasining klinik samarasiga bog‘liq [3].
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
Izohlar:
Dapson bilan davolash minimal doza — 25 mg/sut dan boshlanadi va minimal samarali dozaga erishilgunga qadar har hafta dozani 25 mg ga oshiriladi. Eng yuqori doza — 200 mg/sutdan oshmasligi kerak.
Dapsonni qabul qilish davomida umumiy qon tahlili va jigar funksiyalari laborator nazorati zarur [3].
yoki
Dapson – 100 mg 2 mahal kuniga, 3 hafta davomida.
yoki
Gidroksixloroxin – 200 mg 2 mahal kuniga, 3 oy davomida [16].
• Homilador ayollarda qizil yugurukni davolash uchun faqat I yoki II sinfdagi mahalliy kortikosteroidlar **tavsiya etiladi**.
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
• Homilador ayollarda qizil yuguruk davosida bezgakka qarshi preparatlarni qo‘llash **tavsiya etilmaydi**.
Tavsiyalar ishonchlilik darajasi – C (dalillar ishonchliligi darajasi – 4)
Izohlar: *Bezgakka qarshi preparatlar homiladorlik paytida qo‘llanmasligi kerak, chunki ular bolaning normal rivojlanishiga xavf soladi.*
QY patogenezida ultrabinafsha nurlanish bilan chaqirilgan erkin radikalli membrana zararlanishi va mikrosirkulyasiya buzilishlari muhim ahamiyatga ega. Shuning uchun davolashga antioksidantlar qo‘shish tavsiya etiladi: E vitamini, kapsula – 50–100 mg/sut, intermittirlovchi kurslar bilan: 1 hafta qabul, 1 hafta tanaffus, 4–8 hafta davomida [2].
Shuningdek, mikrosirkulyasiyani yaxshilash uchun angioprotektorlar qo‘llash tavsiya etiladi:
- Pentoksifillin, tabletka – 200 mg, 3 mahal kuniga, 1 oy peroral [2];
- Nikotin kislotasi (tabletka yoki 1% inyeksiya eritmasi):

0,05–0,1 g, 2–3 marta kuniga, 21–30 kun peroral yoki
2–3 ml kun oralab m/o inyeksiya, 8–10 inyeksiyadan iborat kurs [2].
Qizil yugurukning diskoid shaklida og‘ir holatlarda immunodepressantlar bilan tizimli terapiya talab etilishi mumkin: metotreksat, azatioprin va mikofenolat mofetil refrakter (davoga javob bermaydigan) holatlarda ko‘rib chiqilishi mumkin.

Kompleks terapiyada DQYu uchun ko‘rsatmalar bo‘yicha antigistamin preparatlar va giposensibilizasiyalovchi vositalar qo‘llaniladi [2].
Tizimli terapiya uchun ikkinchi qator preparatlar — retinoidlardir. Davolash past dozalardan (10–20 mg/sut) boshlanadi va bemorning preparatni qanchalik yaxshi ko‘taradigani va nojo‘ya ta'sirlar mavjud yoki yo‘qligiga qarab dozalar bosqichma-bosqich oshiriladi:

- Asitretin – 50 mg/sut peroral, 8 hafta davomida,

yoki

- Asitretin – 0,2–1,0 mg/kg/sut peroral, 8 hafta davomida,

yoki

- Izotretinoin – 0,2–1,0 mg/kg/sut peroral, 8 hafta davomida [31].

Eslatma: Asitretin va izotretinoinning tibbiy qo‘llash bo‘yicha yo‘riqnomasida diskoid qizil yuguruk ko‘rsatmalar ro‘yxatiga kiritilmagan.

Alohida holatlar

Homilador ayollarda KYuni davolash faqat I yoki II sinf mahalliy kortikosteroidlar bilan olib boriladi. Bezgakka qarshi preparatlarni qo‘llash mumkin emas, chunki ular homilaning normal rivojlanishiga xavf tug‘diradi.
Birinchi qator preparatlar samarasiz bo‘lsa, ikkinchi qator preparatlari sifatida mahalliy glyukokortikosteroidlar samara bermagan hollarda mahalliy kalsinevrin ingibitorlari qo‘llaniladi - takrolimus, 0,1% maz – 2 marta kuniga, shikastlangan joylarga, 4–8 hafta davomida, yoki pimekrolimus, 1% krem – 2 marta kuniga, shikastlangan joylarga, 4–8 hafta davomida [34]. Eslatma: takrolimus va pimekrolimusning tibbiy qo‘llanma ko‘rsatmalar ro‘yxatida diskoid qizil yuguruk ko‘rsatilmagan.

Davolash samaradorligi va xavfsizligi ko‘rsatkichlari:

- Teridagi kasallik belgilarining avj olishini to‘xtashi.

Kunduzgi va to‘liq stasionarda gospitalizasiya uchun ko‘rsatmalar:

- Og‘ir va uzoq davom etuvchi dermatoz holatlari;
- Ambulator davolashda samarasizlik holatlari – stasionar shifoxona sharoitida davolash talab etiladi.

Shoshilinch gospitalizasiya uchun ko‘rsatmalar:

- Yo‘q.

Jarrohlik yo’li bilan davolash:

- O‘tkazilmaydi.

“QIZIL YUGURUK” KASALLIGINI OLDINI OLISH VA REABILITATSIYA QILISH BO’YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL

Toshkent 2025

Kirish

Qizil yug‘uruk (QY) — bu kechishi o’zgaruvchan, prognozi va dermatologik hamda sistemali belgilari keng qamrovli bo‘lgan surunkali, yallig‘lanishli, autoimmun, immunokompleksli kasallik hisoblanadi. Bu kasallik yuz yillardan beri klinik tadqiqotlar mavzusi bo‘lib kelmoqda va dermatologlar, revmatologlar, nevropatologlar, nefrologlar, gematologlar va boshqa mutaxassislarning diqqat markazida turibdi. 1851 yilda P.L.A. Cazenave [2] “lupus erythemateux” atamasini taklif qilgan — bu bilan u teri sil kasalligining belgilari bilan yuguruk kelib chiqishiga ega teri belgilari o‘rtasini farqlashga harakat qilgan. 1845 yilda esa Ferdinand von Hebra yuzda — yonoqlar va burun ko’prigida paydo bo‘luvchi eritematoz dog‘larni tasvirlab bergan. Bu dog‘lar birlashib, «kapalak» shakliga o‘xshash ko‘rinish bergan. U bu holatni avval “seborrhoea congestive” deb atagan, keyinchalik bu atama “lupus erythematosus” deb o‘zgartirilgan. 1875–1895 yillar oralig‘ida dermatologiya sohasida muhim ilmiy yondashuvlar paydo bo‘ldi. M. Kaposi, J. Hutchinson va W. Osler [3—5] rivojlanishining asosiy patogenetik nazariyalarini taklif qildilar va atrof-muhit omillari, xususan quyosh nuri (insolyatsiya), bu kasallikni qo‘zg‘atishi mumkinligini taxmin qildilar. Hozirgi kungacha QY patogenezi to‘liq aniqlanmagan, ammo eng ko‘p qo‘llaniladigan klassifikatsiyaga ko‘ra, bu kasallikning ikkita asosiy shakli mavjud: teri shakli (integumentar; TQY) — uzoq davom etadi, ammo nisbatan yengil kechadi va tizimli shakli (TQY) — ichki organlarni qamrab oladi. Hozirda ushbu shakllardagi bemorlarni kuzatish va davolash uchun aniq tartib ishlab chiqilgan bo’lib, unda faqat teri belgilari bo‘lgan bemorlar dermatolog nazoratida hamda tizimli jarayon bo‘lganda esa revmatologlar tomonidan kuzatiladi. Biroq, hali ham teri va tizimli shakllar o‘rtasidagi munosabat — ular bitta kasallikning turlicha ko‘rinishi yoki alohida kasallik ekanligi bo‘yicha yakdil fikr yo‘q. Ba’zi mutaxassislar fikricha, qizil yug‘urikkning (QY) ikki shakli ikki alohida mustaqil kasalliklar bo‘lib, bunga bir qancha dallillar keltiriladi. Masalan, teri shaklidan tizimli shaklga o‘tish kamligi (faqat 3—5% bemorlarda), immunogenez buzilish darajasidagi farqlanish [6] va laborator o‘zgarishlar (neytrofil va monotsitlarda nuklear moddalar almashinuvi, nuklear antigenlarga qarshi antitanalar titri) darajasi, kasallik shakllarining kechishi va hayot uchun prognozning turlicha bo‘lishi, hamda terapiya algoritmlarining farqli bo‘lishi asosida o‘z pozitsiyalarini asoslaydilar. Ushbu nuqtai nazar tarafdorlarining dalillariga shuningdek, tizimli QYda alopetsiyaning diffuz va qaytariluvchan bo’lishi, integumentar QY shaklida esa alopetsiyaning qaytarilmas bo’lishi kiradi [7, 8]. Ammo, mavjud qarama-qarshi fikrga ko‘ra, teri va tizimli shakllarni ajratish shartli bo‘lib, QYni yagona kasallik nazariyasi doirasida, turli immunologik reaktivlikka ega turlicha ko’rinishdagi bir kasallikning ikki xil shakli deya qaraladi. da o‘zgaruvchi belgilar bilan ko‘rib chiqish zarur. Darhaqiqat, kasallikning har ikki shaklida ko’pincha ayollar kasallanadi [9], quyosh nuriga sezgirlik ortishi kuzatiladi, ikki shaklda ham ko‘pincha teri shikastlanishlari kuzatiladi, gisto- va gistoximik belgilar umumiyligi mavjud. Teri qoplamasi an’anaviy ravishda QYda yallig‘lanish jarayoniga eng ko‘p jalb qilinadigan organlardan biridir [10—12].

Dermatologik simptomatika nafaqat teri shaklini, balki sistemali QYni ham tashxislashda muhim ahamiyatga ega. Adabiyot ma’lumotlariga ko‘ra [13], taxminan 20—25% bemorlarda teridagi sindrom sistemali kasallikning dastlabki ko‘rinishi bo‘lib, 60—70% bemorlarda teridagi toshmalar kasallikning turli bosqichlarida paydo bo‘ladi. Teridagi toshmalar bilan shikoyat qiluvchi bemorlarning maxsus dermatologik klinikalarga birinchi murojaat qilishi yuqori bo‘lishi mantiqan tushunarli va bu esa yuguruk jarayonni istisno qilish yoki o‘z vaqtida aniqlash uchun kliniko-laborator tekshiruvning diagnostik algoritmini bilish va qo‘llash zaruratini keltirib chiqaradi.

Tibbiy reabilitatsiya, reabilitatsiya usullarini qo’llash uchun tibbiy ko’rsatmalar va qarshi ko’rsatmalar.

Tibbiy reabilitatsiya talab etilmaydi.

Profilaktika va dispenser kuzatuv, profilaktika usullarini qo'llash uchun tibbiy ko'rsatmalar va qarshi ko'rsatmalar.

Qizil yuguruk rivojlanish havfini batamom oldini oluvchi optimal profilaktik usul mavjud emas:

-to'g'ridan-to'g'ri quyosh nurlari ostida yurish — faqat zarurat tug'ilgandagina amalga oshirilishi kerak;

-yopiq kiyimlar kiyish: uzun yengli, bo'yni va oyoqlarni yopadigan kiyimlar afzal;

-yuzni qisman yopuvchi bosh kiyimlar — kepka, panama va boshqalarni ishlatish;

-quyoshdan himoyalovchi SPF kremlarni teriga muntazam surtish;

-dorilarni faqat shifokor tavsiyasi bilan qabul qilish, teri holatiga salbiy ta'sir ko'rsatishi va fotosezuvchanlikni chaqirishi mumkin bo'lgan dorilarni istisno qilish.

Profilaktika choralariga rioya qilish kasallikning qaytalanish xavfini sezilarli darajada kamaytiradi hamda dori-darmon bilan birgalikda uni nazorat ostida ushlab turishga yordam beradi.

Bemorlarning dispanser kuzatuvi dermatovenerolog shifokorlar tomonidan teri-tanosil dispanserlari sharoitida olib boriladi. [2]

· Qizil yuguruk bilan og'rigan bemorlarni dermatovenerolog, revmatolog, terapevt, endokrinolog, nevropatolog va ginekolog shifokorlar tomonidan murakkab klinik va laborator tekshiruvlar asosida kuzatib borish tavsiya etiladi. Ushbu kasallik bilan og'rigan bemorlarni dispanser kuzatuvi kasallik prognozini ancha yaxshilash imkonini beradi. Dispanserizasiya — bemorni to'liq tekshirish, hamroh kasalliklar va surunkali infeksiya o'choqlarini o'z vaqtida davolash, sog'lomlashtirish tadbirlarini o'tkazishni ta'minlaydi.

Keyingi olib borish:

Yashash joyi bo'yicha dermatolog kuzatuvida dinamik nazorat amalga oshiriladi. Bu jarayonda quyidagi masalalar hal etiladi: qo'llanilayotgan davolashning nojo'ya ta'sirlarini minimallashtirish, qo'llab-quvvatlovchi terapiya masalalarini hal qilish, teri uchun doimiy asosiy parvarishni amalga oshirish, kasallikni qo'zg'atadigan omillarni bartaraf etish.

Adabiyotlar:

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

Qizil yugurukni olib borish bo‘yicha amaliy ko‘nikmalar

(task shifting)

	Amaliy hamshira	**Oilaviy shifokor (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Shikoyat va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish maxoratini namoyishi	**+***	+	+

Zaxmga anamnez yig‘ayotganda uning simptomlari haqida bilimlarni qo’llay olish		+	+
Teri tanosil kasalliklari haqida to‘liq anamnez bilimlari		+	+
Fizikal ko‘rik			
• Terini vizual tekshirish. Izohlar: Terini vizual tekshirish paytida toshmalarning lokalizasiyasi va ularning xarakteri baholanadi. • Zararlangan o‘choqlarda terini palpasiya qilish. Izohlar: Terini palpasiya qilish paytida toshma elementlarining konsistensiyasi va og‘riqliligi baholanadi.		+	+
Tashxis qo‘yish			
Tashxis qo‘yish shikoyatlar, anamnez, spetsifik simptomlar va laborator-instrumental tekshiruvlar asosida qo‘yiladi		+	+
Asosiy laborator diagnostika			
Asosiy laborator taxlillar:		+	+
Umumiy qon taxlili (gemaglobin, gematokrit + leykositar formulasi + EChT)		+	+
Zaxm uchun skrining testlar (14 yoshdan kattalar uchun)		+	+
LE-hujayralar (yuguruk hujayralari)		+	+
Qo‘shimcha laborator diagnostika			
Tasdiqlovchi testlar (6 tadan kamida 2 tasi): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IXA, Immunoblot IgG va IgM			+
Umumiy siydik taxlili			+
Umumiy najas taxlili			
Biokimyoviy tekshiruvlar kompleksi			+
Koagulogramma			+
Gistologik tahlil			+
Qon zardobida C-reaktiv oqsil darajasini aniqlash			+
Qonda revmatoid omil mavjudligini aniqlash			+
Antinuklear antitanalar – ANA uchun immunologik testlar			+
Qonda D-dimer konsentratsiyasini aniqlash			+
Qonda vitamin-D darajasini aniqlash			+
Qo‘shimcha instrumental tekshiruvlar			

Dermatoskopiya			+
Ichki a’zolar UTT			+
Ko’krak qafasi a’zolari kompyuter tomografiyasi			+
EKG			+
Exokardiogramma (yurak UTTsi)			+
Davolash			
Nomedikomentoz davolash kompetensiyasi (20 bet)			+
Medikomentoz davolash kompetensiyasi (21-31 bet)			+

Profilaktika			
Aholi orasida to’g’ri hayot tarzi va tarbiya haqida tushuntirish ishlari olib borish	+	+	+
Medikomentoz davoga rioya qilish haqida ko’rsatmalar	+	+	+

Asosiy tor mutaxassislar dermatovenerolog.

*Bu ko’rsatmalarga tibbiy xamshiralarni tayyorlash yo’li bilan amalga oshiriladi.

Qizil yugurukni olib borish koʻnikmalari

	Amaliy hamshira	**Oilaviy shifokor (bakalavr)**	**Tor mutaxassis**
Qizil yugurukni tasvirlash			+
Shikoyatlarning simptomatik tavsifi		+	+
Patofiziologik mexanizmlarning tavsifi			+
Etiologiya, simptomlar va tadqiqotlar (asosiy laboratoriya va instrumental tadqiqotlar) asosida zaxm tashxisiga yondashuvni yaratish.			+
Asosiy taxlillar interpretatsiyasi			+
Qizil yugurukni davolashga yondashuvni shakllantirish			+
Qizil yuguruk uchun medikamentoz davolashni tasvirlab bering			+
Qizil yuguruk uchun nomedikamentoz davolashini tasvirlab bering			+
Qizil yugurukni davolashda ishlatiladigan turli xil dorilarning ta'sir mexanizmi, koʻrsatmalari va nojoʻya ta'sirini muhokama qiling.		+	+
Davolash davomida qizil yuguruk rivojlanishining patofiziologik mexanizmlarini muhokama qiling.			+

Asosiy tor mutaxassis shifokor-dermatovenerolog.