Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил 15-сентябрдаги

287-сон буйруғига
3-илова

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

«ТЕРИ БИЛАН ЧЕГАРАЛАНГАН ВАСКУЛИТЛАР»

НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

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

«____» _____2025-йил

«ТЕРИ БИЛАН ЧЕГАРАЛАНГАН ВАСКУЛИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

«ТЕРИ БИЛАН ЧЕГАРАЛАНГАН ВАСКУЛИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ 2025

Кириш қисми

Халқаро касалликлар таснифи – ХКТ(МКБ)-10/11 шифри (лар):

L95	Тери билан чегараланган васкулитлар	4A85.03	Тери билан чегараланган васкулитлар
L95.0	Мармар терили васкулит;		
L95.1	Турғун кўтарилган эритема;		
L95.8	Тери билан чегараланган бошқа васкулитлар;		
L95.9	Аниқланмаган тери билан чегараланган васкулит.		
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11393		https://icd11.ru/vaskulit/

Баённома ишлаб чиқилиши ва қайта кўрилиши санаси: 2025 йил, кўриб чиқиш санаси 2028 й. ёки янги асосий далиллар мавжуд бўлганда. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча ўзгартиришлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот:

Республика ихтисослаштирилган дерматология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази

Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда хисса қўшганлар:

Жараённи ташкил этиш бўйича дерматовенерология йўналиши бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1.	Сабиров У.Ю.	Марказ директори, т.ф.д., профессор	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)
2.	Муминова С.Р.	Врач дерматовенеролог, дерматокосметолог	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)
3.	Боходирова А.А.	Илмий котиб	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)
4.	Рахматова М.С.	Директор ўринбосарининг илмий ишлар бўйича ёрдамчиси	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)
5.	Акромов А.Р.	Микозлар муаммоларини ўрганиш бўйича илмий лаборатория ходими	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)
6.	Каримбердиев Ж.И.	Врач дерматовенеролог	(Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ)

Тақризчилар:

1. Ходжаева Нигора Бахрамовна - Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ ДМ дерматокосметология муаммоларини ўрганиш бўйича илмий лаборатория мудири, ДСс
2. Абдрахманова Алия Сериковна - Алмати шаҳридаги Тиббий лазер марказининг тери-таносил касалликлари шифокори, т.ф.н.

Техник эксперт баҳолаш ва таҳрирлаш:

1. Иноятов Аваз Шавкатович - т.ф.д., даволаш бўйича директор ўринбосари, клиника Бош шифокори.

2. Жалилов Дилшод Сайфуллаевич – т.ф.н., илмий ишлар бўйича директор ўринбосари

Мазкур клиник протокол ва стандарт 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 стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Муҳокама баённомасидан кўчирма олинган сана ва рақам: Ўз. Рес. ССВ РИДваКИАТМ 4-сонли 24.04.2025-сонли баённомасидан кўчирма

Протокол фойдаланувчилари:

1. Дерматовенеролог шифокорлар; дерматокосметологлар;

2. Умумий амалиёт шифокорлари;

3. Педиатр шифокорлар;

4. Шифокор-лаборантлар;

5. Гематолог шифокорлар;

6. Соғлиқни сақлаш ташкилотчилари;

7. Клиник фармакологлар;

8. Тиббиёт олий таълим муассасаларининг талабалари, клиник ординаторлари, магистрантлари, докторантлари, ўқитувчилари;

9. Ушбу патология билан оғриган беморлар, уларнинг оила аъзолари ва парвариш қилувчи шахслар.

Ушбу протокол ҳамма жойда соғлиқни сақлаш амалиётига тери билан чегараланган васкулитларни ташхислаш ва даволашнинг замонавий усулларини жорий етиш учун асос бўлиб хизмат қилади.

Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси: ушбу ташхис қўйилган беморлар текширувдан ўтказилади.

Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)

ДИД	Далилларнинг исботланганлик даражаси
1	Референс усул ёрдамида назорат остида ўтказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи

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

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

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

Тавсияларнинг ишончлилик даражасини баҳолаш шкаласи

ТИД	Тавсияларнинг ишончлилик даражаси
A	Кучли тавсия (барча кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилган)
B	Шартли тавсия (айрим кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган)
C	Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган (кўриб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим ўринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бўйича хулосалари келишилмаган

Мундарижа

«ТЕРИ БИЛАН ЧЕГАРАЛАНГАН ВАСКУЛИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ ……4

«ТЕРИ БИЛАН ЧЕГАРАЛАНГАН ВАСКУЛИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ……34

«ТЕРИ БИЛАН ЧЕГАРАЛАНГАН ВАСКУЛИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ УЧУН МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ
.....46

Қисқартмалар рўйхати

ANCA	(antineutrophil cytoplasmic antibodies) антинейтрофил цитоплазматик антитаналар
CHCC12	(Chapel Hill consensus conference) Чапел Ҳилл халқаро консенсус конференцияси, 2012 йил
КХТ	Касалликларнинг халқаро таснифи
ИХЛТ	Иммунохемилюминессент
ИФлТ	Иммунофлюоресент таҳлил
ИФТ	Иммунофермент таҳлил
ПЗР	полимераза занжири реакцияси
ИФР	Иммунофлуоресценсия реакцияси
ОТИР	Оқиш трепонемаларнинг иммобилизация реакцияси
ПГР	Пассив гемагглютинация реакцияси
ЭЧТ	эритротситларнинг чўкиш тезлиги
IgG IgM	(Immunoglobulinum) Иммуноглобулинлар G и M
ОИВ	инсон иммунитет танқислиги вируси
ХНМ	халқаро нормаллаштирилган муносабат
ЖССТ	Жаҳон соғлиқни сақлаш ташкилоти

Асосий қисм.

Кириш

Тери васкулитлари - дерматозлар бўлиб, уларнинг клиник ва патоморфологик манзарасида турли калибрдаги дермал ва гиподермал қон томирлари деворларининг носпецифик яллиғланиши бирламчи ва етакчи бўғин ҳисобланади.

Тизимли васкулит - бу теридан ташқари камида битта аъзонинг шикастланиши билан кечувчи васкулит. Лейкоцитокластик васкулит - томир деворининг шикастланиш турини (паттерн) акс эттирувчи патоморфологик атама.

Таъриф

Тери васкулитлари (ангиитлар) - дерматозлар бўлиб, уларнинг клиник ва патоморфологик манзарасида турли калибрдаги дермал ва гиподермал қон томирлари деворларининг носпецифик яллиғланиши бирламчи ва етакчи бўғин ҳисобланади. [1]

Касаллик этиологияси ва патогенези

Васкулитларга ҳозирги вақтда полиэтиологик касаллик сифатида қаралмоқда. Васкулитларнинг иммунокомплекс генези назарияси етакчи ҳисобланади. Тери билан чегараланган васкулитлар ривожланишининг энг кенг тарқалган сабаби турли хил ўткир ёки сурункали инфекциялардир: бактериал (стафилококклар, стрептококклар, энтерококклар, иерсиниялар, микобактериялар), вирусли (Эпштейн-Барр вируси, В ва С гепатит вируслари, ОИВ, парвовирус, ситомегаловирус, оддий герпес вируси, грипп вируси) ва замбуруғли [1-4]. Микроб агентлари антигенлар ролини ўйнайди, улар антитаналар билан ўзаро таъсирлашиб, томир деворларига чўкадиган иммун комплексларни ҳосил қилади [2, 3, 5-8]. Ангиитларнинг ривожланишида антинейтрофил цитоплазматик антитаналарнинг (АНСА) роли аниқланган

[9]. Экзоген сенсибилизатсияловчи омиллар орасида дори воситаларига алоҳида ўрин ажратилади, уларни қабул қилиш тери васкулитларининг 10% ҳолатларининг ривожланиши билан боғлиқ. Антибактериал препаратлар (пенициллинлар, тетратсиклинлар, сулфаниламидлар, сефалоспоринлар), диуретиклар (фуросемид, гипотиазид), антиконвулсантлар (фенитоин), аллопуринол кўпинча томирлар зарарланишига олиб келади. Сўнгги пайтларда солид ўсмаларни биологик препаратлар, айниқса эндотелиал ўсиш омиллари ингибиторлари билан даволашда ангиитларнинг пайдо бўлиш ҳолатлари кўпайиб бормоқда. Дори моддалари иммун комплекслар таркибида бўлиб, томир деворларини шикастлайди, шунингдек, нейтрофиллар цитоплазмасига антитаналар ишлаб чиқарилишини рағбатлантиради [10].
Қўзғатувчи омил сифатида неоплазмалар ҳам бўлиши мумкин. Ўсма ҳужайралари нуқсонли оқсиллар ишлаб чиқариши натижасида иммун комплекслар юзага келади. Бошқа назарияга кўра, ўсма ва эндотелиал ҳужайраларнинг антиген таркибининг ўхшашлиги аутоантитаналар ишлаб чиқарилишига олиб келиши мумкин [11]. Тери билан чегараланган васкулитларнинг ривожланишида сурункали интоксикациялар, эндокринопатиялар, турли хил метаболик касалликлар, шунингдек, такрорий совқотиш, руҳий ва жисмоний зўриқиш, фотосенсибилизатсия, веноз қон димланиши муҳим роль ўйнаши мумкин [11].

Тери васкулитлари кўпинча бириктирувчи тўқиманинг диффуз касалликлари (тизимли қизил югурук, ревматоид артрит ва бошқалар), криоглобулинемия, қон касалликларида тери синдроми сифатида намоён бўлади [12].

Эпидемиология

Статистик маълумотларга кўра, тери васкулитлари билан касалланиш ҳар миллион аҳолига ўртача 38 ҳолатни ташкил қилади, бунда асосан аёллар касалланади [1]. Турли тадқиқотчиларнинг баҳолашича, барча васкулитларнинг тарқалиш кўрсаткичининг қиймати 100 минг аҳолига 0,4 дан 14 ва ундан ортиқ ҳолатгача ўзгариб туради. Кичик диаметрли томирлар васкулитлари билан касалланиш йилига ўртача 100 минг аҳолига 3 ҳолатни ташкил қилади. Болаларда IgA-васкулит энг кўп учрайди - йилига 100 минг аҳолига 3-27 ҳолат [13-16].

Таснифлаш

Ҳозирги вақтда тери васкулитларининг умумий қабул қилинган ягона таснифи мавжуд эмас. 2012 йилда **CHCC2012** (2012) (International Chapel Hill Consensus) таснифи таклиф этилди, унга кўра бирламчи ва иккиламчи васкулитлар, аъзога хос васкулитлар (тери лейкокластик васкулити, тери артериити), кичик қон томирлар васкулитлари (ANCA билан боғлиқ васкулитлар, иммун комплекслар васкулитлари - IgA Шенлейн-Генох васкулити) ва бошқалар ажратилади (1-жадвал).

1-жадвал.

Халқаро консенсус конференциясининг васкулитлар номенклатурасига кўра тери томирларини жалб қилиш вариантлари (Chapel Hill 2012 - CHCC2012) [1]

Туркум	Тери шикастланиш вариантлари:	
	тизимли васкулитнинг намоён бўлиши	асосан терининг шикастланиши билан тизимли васкулит ёки терининг аъзога хос васкулити
I. Йирик диаметрли томирлар васкулитлари:		
– Такаясу артерити	Йўқ	Йўқ
– Гигант ҳужайрали артерит	Камдан-кам	Йўқ
II. Ўрта диаметрли томирлар васкулитлари:		
– Тугунчали периартериит	Ха	Ха
– Кавасаки касаллиги	Йўқ	Йўқ
III. Кичик диаметрли томирлар васкулитлари: ***1. ANCA-билан боғлиқ васкулитлар:***		
– Микроскопик полиангиит	Ха	Ха
– Вегенер касаллиги билан полиангиитли грануломатоз	Ха	Ха
- Эозинофилли грануломатоз полиангиит билан	Ха	Ха
2. Иммунокомплексли васкулитлар:		
- Коптокчалар базал мембранасига антитаналар ҳосил бўлиши билан кечувчи касаллик (анти-ГБМ касаллиги, эск. Гудпасчер синдроми)	Йўқ	Йўқ
- Криоглобулинемик васкулит	Ха	Ха
- IgA- васкулити (Шенлеин-Генох касаллиги)	Ха	Ха
- Гипокомплементар уртикар васкулит	Ха	Ха
IV. Қон томирларининг ўзгарувчан зарарланиши билан васкулит:		
– Беҳчет касаллиги	Ха	Ха
– Коган синдроми	Камдан-кам	Йўқ
V. Тизимли касалликлар билан боғлиқ васкулитлар:		
- Волчанкали васкулит - Ревматоид артрит - Саркоидоздаги васкулит - Бошқа тизимли касалликларда васкулит	Ха Ха Ха Ха	Ха Ха Ха Ха
VI. Этиологияси аниқланган (эҳтимолий) васкулитлар		

– Вирусли гепатит С билан боғлиқ криоглобулинемик васкулит	Ха	Ха
– Вирусли гепатит Б билан боғлиқ васкулит	Ха	Ха
– Дорилар таъсирида келиб чиққан иммунокомплекс васкулит	Ха	Ха
– Дорилар таъсирида келиб чиққан АНСА билан боғлиқ васкулит	Ха	Ха
– Септик васкулит		
– Ёмон сифатли неоплазмалар билан боғлиқ васкулит	Ха	Ха
VII. Аъзога хос васкулитлар - битта аъзонинг васкулитлари (CHCC2012 номенклатураси билан тўлдирилган):		
– IgM/IgG васкулит	Йўқ	Ха
– Тугунли васкулит (индуратив Базен эритемаси)	Йўқ	Ха
– Турғун кўтарилувчи эритема	Йўқ	Ха
– Гипергаммаглобулинемик доғли васкулит	Йўқ	Ха
– Нормокомплементар уртикар васкулит	Йўқ	Ха

2012-йилги Чапел-Ҳилл номенклатурасига кўра, кичик ва ўрта диаметрли томирларни фарқлаш уларнинг диаметрига эмас, балки тузилиши ва функциясига қараб амалга оширилади. Кичик диаметрли томирларга интрапаренхиматоз майда артериялар, артериолалар, капиллярлар, венулалар ва майда веналар кирса, ўртача диаметрли томирларга магистраль артериялар ва веналар ҳамда уларнинг бошланғич тармоқлари киради. Йирик диаметрли томирларга аорта ва унинг асосий тармоқлари киради. Бу томирлар дерма ва тери ости клетчаткасида бўлмайди, бироқ йирик ёки ўрта диаметрли томирлар васкулитида кичикроқ томирлар ҳам у ёки бу даражада яллиғланиш жараёнига қўшилиши мумкин.

Тери васкулитларида кўпинча кичик диаметрли томирлар (дерма, тери ости клетчаткаси, камдан-кам ҳолларда шиллиқ пардалар) зарарланиши кузатилади. Кичик диаметрли томирларнинг барча васкулитлари иккита катта гуруҳга бўлинади: АНСА билан боғлиқ ва иммун комплекслар васкулитлари.

АНСА ассотсирланган васкулитлар гуруҳида касаллик клиник кўринишлари ва патоморфологик ўзгаришларига қараб фарқланади. Унинг қуйидаги клиник шакллари фарқланади: микроскопик полиангиит, полиангиит билан кечувчи грануломатоз ва полиангиит билан кечувчи эозинофилли грануломатоз. Бундан ташқари, серологик текширувларга асосланиб, АНСА билан боғлиқ васкулитлар АНСА-мусбат - миелопероксидазага (МПО-АНСА) ва протеиназа-3 (ПР3-АНСА) га антитаналар билан, шунингдек АНСА-манфий турларга бўлинади. Касалликнинг клиник-патоморфологик шакллари ҳам, АНСА серотиплари ҳам касаллик оқибатларини башорат қилишда аҳамиятга эга.

Бир қатор кузатувларда муаллифлар тизимли АНСА билан боғлиқ васкулитларда терининг чекланган шикастланишини тасвирлайдилар. Аксарият ҳолларда бу дори-дармонлар келтириб чиқарадиган васкулитлардир (дори-дармонлар келтириб чиқарадиган АНСА билан боғлиқ васкулит), бунда МПО-АНСА антитаналари ПР3-АНСАга қараганда кўпроқ аниқланади. Ташхис қўйиш мезони дори воситаларини қабул қилиш ва терида ўзгаришлар ривожланишининг бошланиши ўртасидаги боғлиқликнинг мавжудлиги, шунингдек, дори воситасининг организмга кириши тўхтатилгандан сўнг тошмаларнинг тезда йўқолиши ҳисобланади [18, 19].

Нейтрофиллар цитоплазмасига антитаналарнинг мавжудлиги тери билан чегараланган АНСА билан боғлиқ васкулитни ташхислашнинг мажбурий шартидир, чунки касалликнинг клиник кўринишлари хилма-хиллиги билан ажралиб туради ва зарарланган томирларнинг диаметри қатъий ўзига хос хусусият эмас.

Анти-GBM касаллигидан ташқари барча иммун комплекс васкулитлари тери томирларига таъсир қилиши мумкин. IgA-васкулитда (Шенлейн-Генох касаллиги, геморрагик васкулит) ва IgM/IgG васкулитида асосан оёқларнинг посткапилляр венулаларининг яллиғланиши кузатилади. Иммун комплексларнинг бошқа васкулитлари учун посткапилляр венулаларнинг зарарланишигина эмас, балки бошқа қон томирларининг ҳам зарарланиши, шунингдек табиатан тарқоқ тошмалар тошиши характерлидир. Томирлар деворидаги яллиғланиш жараёни ҳар хил антигенлар (инфекцион агентлар, дори препаратлари ва бошқалар) ва уларга қарши антителолар ҳосил қилган қонда айланиб юрадиган иммун комплекслар шу деворга ўрнашиб олганидан кейин бошланади. Яллиғланиш эндотелийнинг ва атрофдаги тўқималарнинг, экстравазатларнинг, эритротситларнинг шикастланишига олиб келади [20-22].

2012-йилги Чапел-Хилл номенклатурасида Бехчет касаллиги ва Коган синдроми қон томирларининг ўзгарувчан шикастланиши билан васкулитлар қаторига киритилган.

Аъзоларга хос васкулитлар (битта аъзонинг васкулитлари) тизимли васкулитлардан клиник, гистологик ва патофизиологик фарқларга эга бўлиши керак. Аъзоларга хос васкулитлар бўлимида фақат "тери лейкоцитокластик васкулити" атамасини ўз ичига олган 2012-йилги Чапел-Хилл номенклатураси дерматологлар эксперт гуруҳи томонидан бир нечта нозологик шакллар билан тўлдирилган [23].

Ушбу тасниф кўпроқ ревматологлар ва морфологлар учун мўлжалланганлигини ҳисобга олган ҳолда, дерматологияда амалий мақсадлар учун О.Л. Иванов томонидан ишлаб чиқилган тери васкулитларининг ишчи таснифидан фойдаланилади. (Г1 илова) [1].

Илгари тери билан чегараланган тугунли васкулитнинг бир варианти деб ҳисобланган тугунли эритема (Л52) ҳозирда панникулитлар гуруҳига киради.

2-жадвал

Тери васкулитлари таснифи

Клиник шакллари	Синонимлари	Асосий кўринишлари
I. Дермал васкулитлар		
Полиморф дермал васкулит:	Гужеро-Дюперра синдроми, Рюитер артериолити, Гужеро-Рюитер касаллиги, некротик васкулит, лейкоцитокластик васкулит	

Уртикар тип	Уртикар васкулит	Яллиғланган доғлар, пуфакчалар
Геморрагик тур	Геморрагик васкулит, геморрагик лейкоцитокластик микробид, Шенлейн-Генох анафилактоид пурпураси, геморрагик капилляротоксикоз	Петехиялар, шишли пурпура ("пайпасланадиган пурпура"), экхимозлар, геморрагик пуфакчалар
Папуло-нодуляр тури	Гужеро тугунли дермал аллергид	Яллиғланиш тугунлари ва пилакчалари, майда шиш тугунлари
Папулонекротик тур	Вертер-Дюмлинг некротик тугунли дерматити	Марказида некроз бўлган яллиғланиш тугунлари, "штампланган" чандиқлар
Йирингли-ярали тури	Ярали дерматит, гангреноз пиодермия	Везикулопустулалар, эрозиялар, яралар, чандиқлар
Некротик-ярали тури	Яшин тезлигидаги пурпура	Геморрагик пуфаклар, геморрагик некроз, яралар, чандиқлар
Полиморф тип	Уч белгили Гужеро-Дюперра синдроми, Рюитер артериолитининг полиморф тугунли тури	Кўпинча пуфакчалар, пурпуралар ва юзаки майда тугунларнинг комбинацияси; ҳар қандай элементларнинг комбинацияси бўлиши мумкин
Сурункали пигмент пурпура:	Геморрагик пигментли дерматозлар, Шамберг-Маёкки касаллиги	
Петехиал тип	Шембергнинг доимий прогрессив пигментли пурпураси, Шемберг касаллиги	Петехиялар, гемосидероз доғлари
Телеангиэктатик тур	Маёкки телеангиэктатик пурпураси	Петехиялар, телеангиэктазиялар, гемосидероз доғлари
Лихеноид тури	Гужеро-Блум пигментли пурпурали лихеноид ангиодермит	Петехиялар, лихеноид папулалар, телеангиэктазиялар, гемосидероз доғлари
Экзематоид тури	Дукас-Капетанакис экзематоид пурпураси	Петехия, эритема, лихенификатсия,

		тангачалар, гемосидероз доғлари
II. Дермо-гиподермал васкулитлар		
Ливедо-ангиит	Тугунли периартериитнинг тери шакли, некрозловчи васкулит, тугунли ливедо, ярали ливедо	Шохланган ёки тўрсимон ливедо, тугунли зичланишлар, геморрагик доғлар, некрозлар, яралар, чандиқлар
III. Гиподермал васкулитлар		
Тугунли васкулит:		
Ўткир тугунли эритема		Шишли ёрқин-қизил тугунлар, артральгиялар, иситма
Сурункали тугунли эритема	Тугунли васкулит	Яққол умумий ҳодисаларсиз такрорланувчи тугунлар
Ўткир ости (кўчиб юрувчи) тугунли эритема	Виланов-Пинол ўзгарувчан гиподермияси, Беферштедт кўчиб юрувчи тугунли эритемаси, Виланов касаллиги	Периферия бўйлаб ўсувчи ва марказда ечиладиган асимметрик ясси тугун
Тугунли-ярали васкулит	Нодуляр васкулит, силга боғлиқ бўлмаган индуратив эритема	Ярали зич тугунлар, чандиқлар

3-жадвал

Тери васкулитларида патологик жараён фаоллик даражасининг клиник ва лаборатор тавсифи

Кўрсаткичлар	**Фаоллик даражаси**	
	I	II
Терининг шикастланиши (майдон бўйича)	Чекланган	Кенг тарқалган
Тошмалар сони	Кам	Кўп
Тана ҳарорати	Нормал ёки 37,5°С дан юқори эмас	37,5°С дан юқори
Умумий ҳодисалар (беҳоллик, умумий ҳолсизлик, бош оғриғи, артральгиялар, миалгиялар ва ҳ.к.)	Йўқ ёки аҳамиятсиз	Кескин ифодаланган
Умумий қон таҳлили		
ЭЧТ	Соатига 25 мм гача	25 мм/соатдан юқори
Эритротситлар	Норма	3,8×1012/л дан кам
Гемоглобин	Норма	12 г% дан кам
Тромботситлар	Норма	180×109/л дан кам

Лейкотситлар	Норма	10×109/л дан ортиқ
Қоннинг биокимёвий таҳлили		
Умумий оқсил	Норма	Более 85 г/л
α2-глобулин	Норма	Более 12%
γ-глобулин	Норма	Более 22%
С-реактив оқсил	Мавжуд эмас ёки 2+ гача	2+ дан ортиқ
Комплемент	30 бирликдан юқори	30 бирликдан паст
Иммуноглобулинлар	Норма	Кўтарилган
Ревматоид омил	Норма	Кўпайтирилган таркиб
Умумий сийдик таҳлили		
Протеинурия	Йуқ	Бор

Касалликнинг клиник кўриниши

Тери васкулитларининг клиник кўринишлари ниҳоятда хилма-хилдир. Бироқ, ушбу полиморф дерматозлар гуруҳини клиник жиҳатдан бирлаштирадиган бир қатор умумий хусусиятлар мавжуд [1,2,10,11]:

1. теридаги ўзгаришларнинг яллиғланиш характери;
2. тошмаларнинг шиш, қон қуйилиши, некрозга мойиллиги;
3. зарарланишнинг симметриклиги;
4. сочилма элементлар полиморфизми (одатда эволюцион);
5. бирламчи ёки асосан оёқларда (биринчи навбатда болдирда);
6. ёндош қон томир, аллергик, ревматик, аутоиммун ва бошқа тизимли касалликларнинг мавжудлиги;
7. олдинги инфекция ёки дориларни кўтара олмаслик билан тез-тез боғлиқлик;
8. ўткир ёки вақти-вақти билан зўрайиб турадиган кечиши.

Полиморф дермал васкулит

Касаллик сурункали қайталанувчи кечишга эга бўлиб, турли морфологик кўринишлари билан ажралиб туради. Тошмалар дастлаб болдирда пайдо бўлади, лекин тери қопламининг бошқа қисмларида, камроқ ҳолларда шиллиқ қаватларда ҳам пайдо бўлиши мумкин. Пуфакчалар, ҳар хил катталикдаги геморрагик доғлар, яллиғланиш тугунчалари ва пилакчалари, юзаки тугунлар, папулонекротик тошмалар, пуфакчалар, пуфакчалар, пустулалар, эрозиялар, юзаки некрозлар, яралар, чандиқлар характерлидир. Тошмалар баъзан иситма, умумий ҳолсизлик, артральгиялар, бош оғриғи билан бирга келади. Пайдо бўлган тошма одатда узоқ вақт (бир неча ҳафтадан бир неча ойгача) мавжуд бўлиб, қайталаниш тенденциясига эга.

Касалликнинг клиник кўринишига қараб, полиморф дермал васкулитнинг турли хиллари мавжуд:

Полиморф дермал васкулитнинг уртикар тури деярли фақат катталарда учрайди (болалар улушига барча беморларнинг 1% дан ортиғи тўғри келмайди), 70-74% аёллар, одатда, сурункали қайталанувчи эшакеми кўринишини симулятсия қилади, тери қопламининг турли қисмларида пайдо бўладиган турли ўлчамдаги пуфакчалар билан намоён бўлади. Бироқ, эшакемдан фарқли ўлароқ, уртикар васкулитда пуфакчалар чидамлилиги билан ажралиб туради, улар 1-3 кун давомида (баъзан узоқроқ) сақланиб қолади. Кучли қичишиш ўрнига беморлар одатда терида ачишиш ёки қичишиш ҳиссини сезадилар. Тошмалар кўпинча

артральгия, баъзан қорин оғриғи, яъни тизимли шикастланиш белгилари билан бирга келади. Текширишда гломерулонефрит аниқланиши мумкин. Беморларда эритротситларнинг чўкиш тезлиги (ЭЧТ) ошиши, гипокомплементемия, лактатдегидрогеназа фаоллигининг ошиши, иммуноглобулинлар нисбатининг ўзгариши кузатилади. Антигистамин препаратлар билан даволаш одатда самара бермайди. Уртикар тошмалар йўқолгандан сўнг, яллиғланишдан кейинги пигментация кузатилиши мумкин. Уртикар васкулит система қизил югириги, зардоб касаллиги, вирусли гепатит В, хавфли ўсмалар сингари касалликларда асосан бадан териси зарарланиши билан ўтадиган система васкулити кўринишида бўлиши мумкин. [24-27].

Полиморф дермал васкулитнинг геморрагик хили ҳаммадан кўра кўпроқ учрайди. Ушбу вариантнинг одатий кўриниши - пайпасланадиган пурпура деб аталадиган - одатда болдир ва оёқ кафтларининг орқа қисмида жойлашган, нафақат визуал, балки пальпацияда ҳам осон аниқланадиган турли ўлчамдаги шишган геморрагик доғлар бўлиб, улар бошқа пурпуралардан фарқ қилади. Бироқ, геморрагик турдаги биринчи тошмалар одатда пуфакчаларни эслатувчи майда шишли яллиғланиш доғлари бўлиб, тез орада геморрагик тошмага айланади. Яллиғланиш ҳодисалари янада зўрайиб борадиган бўлса, қўшилиб кетган пурпура ва экхимозлар устига геморрагик пуфаклар пайдо бўлиши мумкин, булар ёриб кўрилганидан кейин чуқур эрозиялар ёки яралар қолдиради. Тошмалар, одатда, оёқларнинг ўртача шишиши билан бирга келади. Геморрагик доғлар оғиз бўшлиғи ва томоқ шиллиқ қаватида пайдо бўлиши мумкин. Бошдан кечирилган шамоллаш касаллигидан кейин (одатда ангинадан кейин) ўткир пайдо бўладиган ва иситма, сезиларли артральгиялар, қорин оғриғи ва қон аралаш ич келиши билан бирга давом этадиган геморрагик тошмалар Шенлейн-Генох анафилактоид пурпурасининг (IgA васкулити) клиник манзарасини ташкил қилади, у кўпинча болаларда кузатилади. Геморрагик доғлар йўқолганидан кейин бир неча ҳафта давомида гемосидерин тўпланиши туфайли терининг жигарранг ранги сақланиб қолади. Катта ёшдаги беморларда тизимли кўринишлар болаларга қараганда камроқ учрайди, лекин шу билан бирга, шуни ёдда тутиш керакки, 51-65% беморларда ошқозон-ичак трактининг шикастланиши (қорин оғриғи, қон кетиши, мелена), 44-63% - бўғимларнинг шикастланиши (артральгиялар ва артритлар), 20-80% - буйракларнинг шикастланиши (микро ёки макрогематурия) бўлиши мумкин [28-32].

Полиморф дермал васкулитнинг папуллонодуляр тури жуда кам учрайди. У ясмиқ ёки майда танга катталигидаги юмалоқ шаклдаги силлиқ ясси яллиғланиш тугунчалари, шунингдек, пальпацияда оғриқли бўлган ўрмон ёнғоғи катталигидаги кичик юза ноаниқ чегараланган оч пушти рангли шиш тугунларининг пайдо бўлиши билан тавсифланади. Тошмалар қўл-оёқларда, одатда пастки, камдан-кам ҳолларда танада жойлашади ва яққол субъектив сезгилар билан кечмайди.

Полиморф дермал васкулитнинг папулонекротик тури майда ясси ёки ярим шарсимон яллиғланишли пўст ташламайдиган тугунлар билан намоён бўлади, уларнинг марказий қисмида тез орада одатда қора қобиқ шаклида қуруқ некротик пўстлоқ ҳосил бўлади. Пўстлоқ олиб ташланганда майда думалоқ юзаки ярачалар очилиб қолади, папулалар сўрилиб кетгандан кейин майда "штампланган" чандиқлар қолади. Тошмалар, одатда, оёқ-қўлларнинг ёзувчи юзаларида жойлашади ва клиник жиҳатдан папулонекротик силни тўлиқ симулятсия қилади, улар билан энг пухта қиёсий ташхис ўтказиш керак.
Полиморф дермал васкулитнинг йирингли-ярали тури одатда акне ёки фолликулитга ўхшаш кичик везикулопустулалар билан бошланади, улар тезда шишган кўк-қизил периферик валикнинг парчаланиши туфайли доимий эксцентрик ўсишга моил бўлган ярали ўчоқларга айланади. Зарарланиш терининг ҳар қандай соҳасида, кўпинча болдирда, қориннинг пастки ярмида жойлашиши мумкин. Яралар битгандан кейин яллиғланиш рангини узоқ вақт сақлайдиган ясси ёки гипертрофик чандиқлар қолади.

Некротик-ярали тури полиморф дермал васкулитнинг энг оғир вариантидир. У ўткир (баъзан яшин тезлигида) бошланади ва кейинчалик чўзилиб кетади (агар жараён тез ўлим билан тугамаса). Яллиғланган қон томирларининг ўткир тромбози туфайли терининг у ёки бу қисмида некроз билан намоён бўладиган некроз (инфаркт) пайдо бўлади, бу катта қора қатқалоқ кўринишида намоён бўлади, унинг пайдо бўлишидан олдин катта геморрагик доғ ёки пуфак бўлиши мумкин. Жараён одатда бир неча соат ичида ривожланади, кучли оғриқлар ва иситма билан кечади. Зарарланиш кўпинча оёқларда ва думбаларда жойлашади. Йирингли-некротик пўстлоқ узоқ вақт сақланиб қолади. У кўчиб тушгандан кейин ҳосил бўлган яралар ҳар хил катталикда ва шаклда бўлиб, йирингли ажралма билан қопланган, жуда секин чандиқланади.

Полиморф тури дермал васкулитнинг бошқа турларига хос бўлган турли хил тошма элементларининг комбинацияси билан тавсифланади. Кўпинча шишли яллиғланиш доғлари, пурпуроз характердаги геморрагик тошмалар ва юзаки шишли майда тугунларнинг комбинацияси қайд этилади, бу уч симптомли Гужеро-Дюппер синдроми ва унга ўхшаш полиморф-нодуляр Рюитер артериолитининг классик кўринишини ташкил қилади.

Сурункали пигмент пурпура - сўрғичсимон капиллярларни зарарлайдиган сурункали дермал капиллярит. Клиник хусусиятларига қараб унинг қуйидаги турлари (хиллари) ажратилади:
Сурункали пигментли пурпуранинг петехиал тури (Шамбергнинг доимий прогрессив пигментли пурпури) - бу гуруҳнинг асосий касаллиги бўлиб, унинг бошқа шакллари учун бошланғич бўлиб, шишсиз (петехиялар) кўплаб майда (нуқтали) геморрагик доғлар билан тавсифланади, натижада ҳар хил катталикдаги ва шаклдаги доимий жигарранг-сариқ гемосидероз доғлари пайдо бўлади; тошмалар кўпинча оёқларда жойлашади, субъектив ҳис-туйғулар билан бирга келмайди, деярли фақат эркакларда пайдо бўлади.
Сурункали пигментли пурпуранинг телеангиэктатик тури (Маёккининг телеангиэктатик пурпури) кўпинча ўзига хос медальон доғлар билан намоён бўлади, уларнинг марказий зонаси майда телеангиэктазиялардан (бир оз атрофик терида), периферик зонаси эса гемосидероз фонида майда петехиялардан иборат.
Сурункали пигментли пурпуранинг лихеноид тури (пигментли пурпуроз лихеноид Гужеро-Блюм ангиодермит) тарқалган майда лихеноид ялтироқ, деярли тана рангидаги тугунлар, петехиал тошмалар, гемосидероз доғлари ва баъзан майда телеангиэктазиялар билан тавсифланади.
Сурункали пигментли пурпуранинг экзематоид тури (Дукас-Капетанакис экзематоид пурпури) ўчоқларда петехиялар ва гемосидероздан ташқари, қичишиш билан кечадиган экзематизатсия ҳодисалари (шишлар, тарқоқ қизариш, папуловезикулалар, пўстлоқлар) пайдо бўлиши билан ажралиб туради.
Криочуқурланишда пайпасланадиган пурпура терининг паст ҳарорат таъсирига учраган жойларида (қўл, оёқ, қулоқ, бурун, лунж) ривожланади (криочуқурланишли васкулит).
Ливедо-ангиит - дермо-гиподермал васкулит бўлиб, деярли фақат аёлларда, одатда балоғат ёшида пайдо бўлади.
Унинг биринчи аломати турғун ливедо - оёқларда, камроқ ҳолларда билакларда, қўлларда, юзда ва танада ғалати илмоқли тўр ҳосил қилувчи турли ўлчам ва шаклдаги кўкимтир доғлардир. Доғларнинг ранги совитилганда кескин кучаяди. Вақт ўтиши билан ливедо интенсивлиги янада яққолроқ намоён бўлади, унинг фонида (асосан тўпиқ ва оёқ кафтининг орқа қисмида) майда қон қуйилишлар ва некрозлар пайдо бўлади, яралар ҳосил бўлади. Оғир ҳолларда ливедодаги йирик кўкимтир-қизғиш доғлар фонида оғриқли тугунли зичланишлар ҳосил бўлиб, улар кенг некрозга учрайди ва кейинчалик секин битадиган чуқур яралар ҳосил бўлади. Яралар битгандан кейин гиперпигментация зонаси бўлган оқиш чандиқлар қолади.
Баланд кўтарилиб турадиган эритема аксари 40-60 яшар одамларда бошланади. Касалликнинг ОИВ инфекцияси, IgA-гаммопатия, аутоиммун касалликлар, В-ҳужайрали лимфома, вабога қарши эмлаш билан боғлиқлиги тасвирланган. Қўл ва оёқларнинг ёзувчи юзаларида, асосан

периартикуляр (тирсак ва тизза бўғимлари проекциясида, панжаларда) жойлашган юмалоқ зич папулалар ёки қизил-жигарранг ёки бинафша рангли тугунлар билан ифодаланган симметрик тошмалар характерлидир. Камдан-кам ҳолларда везикулёз-буллёз ва пустулёз элементлар учрайди. Беморлар тошма соҳасидаги терининг қичишиши, ачишиши ёки оғриғидан шикоят қилишлари мумкин. Касаллик учун қайталанувчи кечиш хос бўлиб, унинг оғирлик даражаси тўлқинсимон ўзгариши мумкин. Аксарият ҳолларда 5-10 йилдан сўнг бемор ўз-ўзидан соғайиб кетади, баъзан рецидивлар ўн йиллаб давом этади. Эозинофилия билан оғриган юз гранулёмаси ва кўтарилиб турувчи турғун эритема анатомик жойлашуви жиҳатидан бир-биридан фарқ қиладиган бир хил касалликлардир, деган тахминлар бор.
Тери жараёнининг фаоллигига қараб, тери билан чегараланган васкулитларнинг икки даражадаги фаоллиги ажратилади:
I даража. Терининг шикастланиши чекланган характерга эга, умумий симптомларнинг йўқлиги (иситма, бош оғриғи, умумий ҳолсизлик ва бошқалар), бошқа аъзоларнинг патологик жараёнга қўшилиш белгилари йўқ, лаборатория кўрсаткичлари - меъёрий қийматлардан сезиларли оғишларсиз.
II даража. Жараён тарқоқ характерга эга бўлиб, умумий симптоматика кузатилади, тизимли жараён белгилари (артральгия, миалгия, нейропатия ва бошқалар) аниқланади. Лаборатор кўрсаткичларда ЭЧТ тезлашиши, гипергаммаглобулинемия, СРО, АСЛО ошиши, коагулограммадаги ўзгаришлар, қонда Д-димернинг юқори концентрацияси ва қоннинг реологик кўрсаткичларидаги ўзгаришлар, протеинурия қайд этилди.

Шикоят ва анамнез:

Одатда тошмалар субъектив симптоматика билан кечмайди. Некрозлар ҳосил бўлганда, терининг ярали шикастланишларида беморлар тошмалар соҳасида оғриқ сезишлари мумкин. Ливедо-ангиитда беморлар совқотиш, оёқ-қўлларда тортувчи оғриқлар, тугунлар ва яраларда кучли пульсацияланувчи оғриқларни ҳис қилишлари мумкин.

Жисмоний текширув:

- Терини визуал текшириш тавсия этилади.
  Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)
  Изоҳлар: *Терини визуал текширишда тошмаларнинг жойлашуви ва уларнинг табиати баҳоланади.*
- Зарарланиш ўчоқларида терини пайпаслаш тавсия этилади.
  Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)
  Изоҳ: *Тери пальпациясида тошма элементларининг консистенсияси, оғриқ бор-йўқлиги баҳоланади.*

Диагностика усуллари, ёндашувлари ва процедуралари

Лаборатор текширувлар васкулит билан оғриган беморнинг умумий ҳолатини баҳолаш, касалликнинг фаоллик даражасини баҳолаш, тери билан чегараланган васкулитларнинг алоҳида шаклларини ташхислаш, тизимли васкулитларни аниқлаш ёки истисно қилиш учун ўтказилади.

Лаборатория текширувлари

С 5	• Умумий қон таҳлили • Захмга скрининг тестлари қуйидагилардан бири: РМП, RPR, КСР

Изоҳлар: Касаллик фаоллигининг 2-даражасида ЭЧТ ошади.

C 5	Васкулитнинг фаоллик даражасини аниқлаш учун қоннинг биокимёвий, умумий терапевтик таҳлилларини ўтказиш тавсия этилади.

Изоҳлар: Касаллик фаоллигининг 2-даражасида қон таҳлилининг биокимёвий, умумий терапевтик кўрсаткичларида ўзгаришлар бўлиши мумкин.

C 5	Васкулитнинг фаоллик даражасини аниқлаш учун қондаги иммуноглобулинлар даражасини текшириш тавсия этилади.

Касаллик фаоллигининг 2-даражасида гипергаммаглобулинемия аниқланиши мумкин.

C 5	Васкулитнинг фаоллик даражасини аниқлаш учун қондаги комплемент ва унинг фракциялари миқдорини текшириш тавсия этилади.

Изоҳлар: Касаллик фаоллигининг 2-даражасида қондаги комплемент ва унинг фракциялари миқдорининг ўзгариши аниқланиши мумкин. Қондаги комплемент ва унинг фракциялари миқдорини текшириш қондаги комплемент миқдорининг ўзгариши хос бўлган васкулитлар (гипокомплементар васкулитлар) диагностикаси учун ҳам зарур.

C 5	Васкулитнинг фаоллик даражасини аниқлаш учун қон зардобидаги С-реактив оқсил даражасини текшириш тавсия этилади.

Изоҳлар: 2-даражали фаолликда касаллик кучайиши мумкин
қон зардобидаги С-реактив оқсил даражаси

C 5	Васкулитнинг фаоллик даражасини аниқлаш учун қондаги ревматоид омил миқдорини аниқлаш тавсия этилади.

Изоҳлар: Касаллик фаоллигининг 2-даражасида қонда ревматоид омил аниқланиши мумкин.

C 5	Генетик детерминацияланган тромбофилияларни (Лейден мутацияси ва бошқалар) аниқлаш учун текширувга кўрсатмаларни аниқлаш учун қонда Д-димер концентрациясини аниқлаш тавсия этилади.

Изоҳлар: Қонда Д-димер концентрациясининг кескин ва узоқ муддатли ошиши беморда генетик жиҳатдан аниқланган тромбофилиялар мавжуд бўлиши мумкинлигини кўрсатади

C 5	Гемостаз бузилишларини аниқлаш учун тавсия этилган коагулограмма

Изоҳлар: Тери билан чегараланган васкулитларда, айниқса касалликнинг геморрагик турида, дори-дармонлар билан даволашни талаб қиладиган гемостаз бузилишлари кузатилиши мумкин.

C 5	Тери билан чегараланган васкулитлар билан оғриган беморларга қонда гепатит В вируси (Hepatitis B virus) антигенини (HbsAg) ва гепатит С вирусига (Hepatitis C virus) қарши антитаналарни аниқлаш тавсия этилади.

Изоҳлар: Тери билан чегараланган васкулитларнинг ривожланиши гепатит В ва С вируслари инфекцияси билан боғлиқ бўлиши мумкин

C 5	Тери билан чегараланган васкулитлар билан оғриган беморлар қонида одам иммунитет танқислиги вируси ОИВ-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) ва ОИВ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) га қарши M, G (IgM, IgG) синфидаги антитаначаларни аниқлаш тавсия этилади.

Изоҳлар: Тери билан чегараланган васкулитларнинг ривожланиши одам иммунитет танқислиги вируси ОИВ-1 ва ОИВ-2 инфекцияси билан боғлиқ бўлиши мумкин

C 5	• Турли усуллар, жумладан PZR, T-SPOT ва квантиферон тести ёрдамида сил касаллигига қон таҳлили • Саркоидозни истисно қилиш мақсадида қондаги ангиотензинга айлантирувчи фермент (ААФ) даражасини аниқлаш.

C 5	Тери билан чегараланган васкулитлар билан оғриган беморларга умумий (клиник) сийдик таҳлили тавсия этилади.

Изоҳлар: Касаллик фаоллигининг 2-даражасида қонда сийдикнинг умумий (клиник) таҳлилида ўзгаришлар бўлиши мумкин. Умумий сийдик таҳлилининг ўзгариши тизимли васкулитда буйрак шикастланишининг белгиси бўлиши мумкин.

C 5	Тери билан чегараланган васкулитлар билан оғриган беморларга AHCA билан боғлиқ васкулитларнинг маркерларини аниқлаш тавсия этилади: PR3 (c-ANCA), МПО (p-ANCA)

Изоҳлар: PR3 ANCA билан боғлиқ васкулит маркерларини аниқлаш
(c-AHCA) ва МПО (p-AHCA) васкулит ташхисини тасдиқлайди

C 5	Қонда Д-димер концентрацияси кескин ва узоқ вақт ошиб кетганда генетик детерминацияланган тромбофилияларни (Лейден мутацияси ва б.)

C 5	Тегишли шикоятлар, тизимли клиник кўринишлар ва лаборатория фаоллиги, буйраклар, бўғимларнинг шикастланиш белгилари мавжуд бўлганда, ташхисда "тизимли элементлар билан ангит" номини кўрсатиш тавсия этилади ва кейинчалик қўшимча текширув ва даволаш учун ихтисослаштирилган нефрология ва ревматология бўлимларига юборилиши керак.

C 5	Бошқа тери касалликлари билан қиёсий ташхис ўтказиш зарур бўлганда, зарарланиш ўчоғидан олинган терининг биопсия (жарроҳлик) материалини патологоанатомик текшириш тавсия этилади.

Изоҳлар: Тери биоптатини морфологик текширишда қон томирлари эндотелийсининг шишиши ва пролиферацияси, томир деворлари ва уларнинг атрофида лимфотситлар, гистиотситлар, нейтрофиллар, эозинофиллар ва бошқа ҳужайра элементларининг инфильтрацияси, лейкотситоклазия ҳодисалари (лейкотситлар ядроларининг "ядро чанги" ҳосил бўлишига қадар парчаланиши), томир деворлари ва уларнинг атрофидаги тўқималарнинг тўлиқ ёки сегментар некрозгача бўлган фибриноид ўзгаришлари, эритротситар экстравазатларнинг мавжудлиги аниқланади. Ангиит (васкулит) нинг асосий патоморфологик мезони томир деворининг изолятсияланган яллиғланиш белгиларининг мавжудлиги ҳисобланади [1,2, 35-39].
Полиморф дермал васкулитнинг уртикар турига якуний ташхис терининг патогистологик текширувидан сўнг қўйилади, бунда лейкоцитокластик васкулит манзараси аниқланади [25-27].
Криоглобулинемик васкулит посткапилляр венулалар (камроқ ҳолларда кичик веналар ва артериолалар) лейкоцитокластик васкулитининг ривожланиши ва зарарланган томирларда криоглобулин депозитларининг тўпланиши билан тавсифланади [40, 41].
Кўтарилган доимий эритема - бу нейтрофил дерматоз (васкулит билан дерманинг шикастланиши сифатида таснифланади), унда сурункали маҳаллий фиброзланувчи лейкоцитокластик васкулит кузатилади. Теридаги ўзгаришлар посткапилляр венулаларнинг зарарланишидан бошланади (томирлар деворида фибрин тўпланиб қолиши, лейкотситоклазия), деворларида кўпинча иммун комплекслардан иборат депозитлар

топилади. Периваскуляр инфильтратлар аралаш бўлиб, нейтрофил гранулотситлар (ҳар доим мавжуд), гистиотситлар, плазматик ҳужайралар ва эозинофилларни ўз ичига олади. Дастлабки босқичларда сўрғичсимон дерманинг сезиларли шиши ривожланади, бу клиник жиҳатдан баъзан везикулятсия деб нотўғри баҳоланади. Кейинчалик периваскуляр инфильтратларда гистиотситлар сони кўпаяди, дуксимон ҳужайралар пролиферацияси кузатилади, томирлар фибрози ривожланади.

С 5	Бошқа тери касалликлари билан қиёсий ташхис ўтказиш зарур бўлганда, иммунофлюоресцент усулларни қўллаган ҳолда терининг биопсия (жарроҳлик) материалини патологоанатомик текшириш тавсия этилади.

Изоҳлар: IgA-васкулит ташхисини тасдиқлаш учун тромбоцитопения ва коагулопатия бўлмаганда, оёқ терисида жойлашган пальпация қилинадиган пурпура кўринишидаги тошмалар ва қуйидаги шартлардан бири бўлиши шарт: 1) қорин оғриғи; 2) IgA билан тўғридан-тўғри иммунофлюоресценсия реакцияси мусбат; 3) артрит ёки артральгия; 4) буйраклар зарарланиши (гематурия ёки протеинурия).

С 5	• Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): RIF, IFA IgG ва IgM, RIBT, RPGA, IHA, Иммуноблот IgG ва IgM • Нажаснинг умумий таҳлили

Инструментал тадқиқотлар:

С 5	Томирлар доплерографияси

С 5	Дерматоскопия

С 5	Ички органларнинг ультратовуш текшируви

Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар

С 5	Томирларнинг яллиғланишли шикастланишининг тизимли хусусиятини истисно қилиш зарур бўлганда ревматолог, терапевт/педиатр маслаҳатлари тавсия этилади. Гематолог, қон томир жарроҳи маслаҳати тавсия этилади.

Дифференциал ташхис:

https://dermnetnz.org/
https://rheumatology.org/
https://www.uptodate.com/contents/overview-of-cutaneous-small-vessel-vasculitis?utm_source=chatgpt.com
https://www.uptodate.com/contents/management-of-adults-with-idiopathic-cutaneous-small-vessel-vasculitis?utm_source=chatgpt.com
https://rheumatology.org/patients/vasculitis?utm_source=chatgpt.com

4-жадвал

Тери васкулитларининг дифференциал диагностикаси

Васкулит тури	Томирлар тури	Клиник кўринишлари	Гистология	Алоқадор ҳолатлар / Триггерлар
Лейкоцитокластик васкулит	Майда томирлар	Пайпасланадиган пурпура, кўпинча оёқларда; қичишиш, ачишиш бўлиши мумкин	Нейтрофил бўлаклари билан некротик васкулит	Инфекциялар, дорилар, аутоиммун касалликлар, ЮИК
Уртикар васкулит	Майда томирлар	Барқарор эшакеми (>24 соат), ачишиш, гиперпигментация	Периваскуляр инфильтрация билан васкулит	Тизимли қизил югурик, гипокомплементемия
Криоглобулинемик васкулит	Майда томирлар	Пайпасланадиган пурпура, акротсианоз, яралар, некроз	Иммун комплекслар билан васкулит	Гепатит С, моноклонал гаммопатиялар
Теринин чегараланган ангиити	Ўртача томирлар	Тугунлар, оғриқли инфильтратлар, некроз, яралар, тўрсимон ливедо	Ўрта артерияларнинг некротик васкулити	Идиопатик, вируслар, аутоиммун жараёнлар
Вегенер грануломатози (тери билан чегараланган)	Майда томирлар	Папулалар, тугунлар, некротик яралар, баъзан пурпура	Грануломатоз яллиғланиш билан васкулит	АНСА-ижобий, тизимли ўзгаришларсиз бўлиши мумкин
Шенлейн-Генох IgA-тери васкулити	Майда томирлар	Пайпасланадиган пурпура (айниқса болаларда), кўпинча симметрик, оёқларда	Дерма томирларидаги IgA депозитлари	Инфекциялар, дорилар, кўпинча болаларда
Юқори сезувчанлик васкулити	Майда томирлар	Пурпура, доғлар, пуфакчалар, қичишиш, кўпинча дори	Лейкоситокластик васкулит	Дорилар, аллергенлар, инфекциялар

Васкулит тури	Томирлар тури	Клиник кўринишлари	Гистология	Алоқадор ҳолатлар / Триггерлар
		қабул қилгандан кейин		

5-жадвал

Тери васкулитларини бошқа касалликлар билан қиёсий ташхислаш

Ҳолати / Касаллиги	Тери васкулитидан асосий фарқлар	Қўшимча тадқиқотлар
Шамберг пурпураси (пигментли пурпур)	Оёқларда сурункали жигарранг доғлар, яллиғланишсиз, пайпасланмайди	Биопсия: лейкоцитокластик васкулит йўқлиги
Тромбоситопения (масалан, ИТП)	Петехия, пурпура, НО, қон томир яллиғланишисиз, кўпинча тарқалган	Умумий қон таҳлили: ↓ тромботситлар
Эйкарди-Гутер синдроми	Пурпура, некрозлар, геморрагиялар, тизимли симптомлар билан бирга келади	Коагулограмма: ↑ Д-димер, ↓ фибриноген, ↑ PV
Эмболиялар (холестеринли, септик)	Кўпинча кексаларда некроз билан бўлиши мумкин бўлган маҳаллий оғриқли ўчоқлар	ЭхоКГ, ангиография, биопсия: томирлардаги эмболлар
Антифосфолипид синдроми	Томир яллиғланиш белгиларисиз ливедо, яралар, тромбозлар, некрозлар	Антифосфолипид антитаналар (aCL, LA, β2-GPI)
псевдоваскулит (масалан, калсифилаксия)	Кўпинча яллиғланиш компоненти бўлмаган СБК билан оғриган беморларда яралар, некрозлар, оғриқ	Кальций, фосфор, паратгормон, биопсия: қон томир кальцинози
Эшакем	Пуфакчалар, <24 соатда йўқолади, пурпура йўқ	Клиникаси, провокацион синама ўтказилиши мумкин
Пурпурали сепсис (Waterhouse-Friderichsen)	Некротик пурпура, шок, орган етишмовчилиги	Экма учун қон, коагулограмма, умумий қон таҳлили
Пироген гранулема	Тез ўсувчи қон томир тугуни, кўпинча жароҳатдан кейин	Клиникаси, дерматоскопияси, гистологияси (томир пролиферацияси)
Кўп шаклли эритема	Нишонсимон элементлар, кўпинча қўлларда, симметрик,	Клиникаси, анамнези (вирусли инфекциялар, дори-дармонлар)

Ҳолати / Касаллиги	Тери васкулитидан асосий фарқлар	Қўшимча тадқиқотлар
	герпес билан боғлиқ бўлиши мумкин	
Васкулопатия (масалан, ливедоид vasculopathy)	Оғриқли яралар, атрофик чандиқлар, яллиғланишсиз тромботик компонент	Биопсия: лейкотситоклазиясиз фибриноид некроз, АФС текшируви

Амбулатор ва стационар даражадаги даволаш тактикаси:

Консерватив даволаш

С 5	• Тери васкулитининг у ёки бу шаклини даволашда клиник ташхис, жараён босқичи ва унинг фаоллик даражаси, шунингдек, ёндош патологияни ҳисобга олиш тавсия этилади. • Қўлланиладиган дори терапияси яллиғланиш реакциясини бостиришга, теридаги микротсиркулятсияни нормаллаштиришга ва мавжуд асоратларни даволашга қаратилган бўлиши керак. • Ётоқ режими касаллик регрессив босқичга ўтгунга қадар сақланиши керак.

С 5	Тери васкулитини қўллаб-қувватлаш ва унинг кечишини ёмонлаштириши мумкин бўлган аниқланган ҳамроҳ касалликларни (сурункали инфекция ўчоқлари, масалан, сурункали тонзиллит, гипертония касаллиги, қандли диабет, сурункали веноз етишмовчилик, бачадон фибромиомаси ва бошқалар) тузатиш ёки тубдан бартараф этиш тавсия этилади.Васкулитлар бирон-бир умумий касаллик (тизимли васкулит, бириктирувчи тўқиманинг диффуз касаллиги, лейкоз, хавфли ўсма ва бошқалар) синдроми сифатида намоён бўлган ҳолларда, биринчи навбатда, асосий жараённи тўлиқ даволаш таъминланиши керак.

Дори-дармонлар билан даволаш.

Ўзбекистон Республикасида бепул тиббий ёрдамнинг кафолатланган ҳажми доирасида ва мажбурий ижтимоий тиббий суғурта тизимида рўйхатдан ўтказилмаган дори воситаларининг клиник протоколга киритилиши харажатларни қоплашга асос бўлмайди.

6-жадвал

Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%):

Дори воситаси гуруҳи	Дори воситасининг халқаро номи	Қўллаш усули	Далил даражаси
Маҳаллий глюкокортикостероидлар	Мометазон 0,1%	крем ёки малҳам, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар кунига 1 марта зарарланиш ўчоқларига суртилади	С https://www.rodv.ru

	Бетаметазон 0,1%	крем ёки малҳам, кунига 2 марта гача зарарланиш ўчоқларига суртилади	C https://www.rodv.ru
	Метилпреднизолона ацепонат 0,1%	крем ёки малҳам, кунига 1 -2 марта ўчоқларга суртиш учун	C https://www.rodv.ru
	Клобетазол 0,05%	крем ёки малҳам, кунига 1 -2 марта ўчоқларга суртиш учун	C https://www.rodv.ru
Сиртга қўлланиладиган ангиопротекторлар ва микротсиркулятсия корректорлари	Троксерутин 2%	гель, кунига 2 марта	B https://www.rodv.ru
Сиртга қўлланиладиган антикоагулянтлар	Гепарин натрия	малҳам, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар кунига 2-3 марта, ўртача 3 кундан 14 кунгача	B https://www.rodv.ru
Тизимли глюкокортикостероидлар	Преднизолон	30-50 мг/сутка оғиз орқали асосан эрталабки соатларда 2-3 ҳафта давомида, кейинчалик дозани ҳафтасига 1 таблеткадан аста-секин камайтириш орқали	A https://www.bad.org.uk/pils/cutaneous-vasculitis/ https://www.hopkinsvasculitis.org/vasculitis-treatments/glucocorticoids/ https://ard.bmj.com/content/81/7/889 https://dermnetnz.org/topics/oral-corticosteroids
	Бетаметазон	Уртикар васкулитни даволаш учун: 0,5-1,0 мг/кг/кун; терапевтик таъсирга эришилгандан сўнг, препарат дозаси тезда камайтирилади.	A https://www.bad.org.uk/pils/cutaneous-vasculitis/ https://www.hopkinsvasculitis.org/vasculitis-treatments/glucocorticoids/ https://ard.bmj.com/content/81/7/889

	Дексаметазон	Но3-5 ҳафтада 1 марта 2 мл дан мушак орасига дозани аста-секин камайтириш ва юбориш оралиғини узайтириш билан.	A https://www.bad.org.uk/pils/cutaneous-vasculitis/ https://www.hopkinsvasculitis.org/vasculitis-treatments/glucocorticoids/ https://ard.bmj.com/content/81/7/889 https://dermnetnz.org/topics/systemic-corticosteroids
Ангиопротекторлар ва микротсиркулятсия корректорлари	Пентоксифиллин	100 мг оғиз орқали кунига 3 марта 1-2 ой давомида	A https://www.rodv.ru
Венотоник ва венопротектор воситалар	Гесперидин+диосмин	500 мг оғиз орқали кунига 2 марта 1-2 ой давомида	B https://www.rodv.ru

Эслатма: Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.
Терини намлаш учун препаратлар (эмульсиялар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва пардоз-андоз воситалари, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда зарурат бўлганда қўлланилиши мумкин.
Агар шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда маълум бир гуруҳдаги зарур препарат бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган дорилар) буюриши мумкин. Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд имкониятлардан келиб

7-жадвал

Асосий дори воситалари рўйхати (ишлатилиш эҳтимоли 100% дан кам):

Дори воситаси гуруҳи	**Дори воситасининг халқаро номи**	**Қўллаш усули**	**Далил даражаси**
Ностероид яллиғланишга қарши воситалар	Нимесулид	100 мг оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик суткалик дозанинг камайиши билан	B https://www.rodv.ru

	Мелоксикам	7,5 мг оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик суткалик дозанинг камайиши билан	B https://www.rodv.ru
	Индометацин	25 мг оғиз орқали кунига 3-4 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик суткалик дозанинг камайиши билан	B https://www.rodv.ru
	Диклофенак	50 мг оғиз орқали кунига 3 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик суткалик дозанинг камайиши билан	B https://www.rodv.ru
Антибактериал препаратлар	Ципрофлоксацин	250 мг оғиз орқали кунига 2 марта 10-14 кун давомида	B https://www.rodv.ru
	Доксициклин	100 мг оғиз орқали кунига 2 марта 10-14 кун давомида	B https://www.rodv.ru
	Азитромицин	500 мг оғиз орқали кунига 1 марта 3 кун давомида	B https://www.rodv.ru
	Офлоксацин	400 мг оғиз орқали кунига 2 марта 10-14 кун давомида	B https://www.rodv.ru
	Амоксицилин + клавулановая кислота	875+125 мг оғиз орқали кунига 2 марта 10-14 кун давомида	B https://www.rodv.ru
Безгакка қарши дорилар	Гидроксихлорохин	200 мг оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ой давомида, қоннинг ҳужайравий таркиби кўрсаткичларини назорат қилиш билан бир ойда 1 марта	A https://www.rodv.ru
	Хлорохин	250 мг оғиз орқали кунига 2 марта 1 ой, кейин 250 мг кунига 1 махал 1–2 ой давомида, ҳужайра таркиби кўрсаткичлари назорат остида қон 1 ойда 1 марта	A https://www.rodv.ru

Антигистамин препаратлар	Левоцитеризин	5 мг оғиз орқали кунига 1 марта 14 кун давомида	B https://www.rodv.ru
	Дезлоратадин	5 мг оғиз орқали кунига 1 марта 14 кун давомида	B https://www.rodv.ru
	Фексофенадин	180 мг оғиз орқали кунига 1 марта 14 кун давомида	B https://www.rodv.ru
	Эбастин	14 кун давомида кунига 10 мг дан оғиз орқали	B https://www.rodv.ru
	Цетиризин	14 кун давомида кунига 10 мг дан оғиз орқали	B https://www.rodv.ru
Иммунодепрессантлар	Азатиоприн	50 мг оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ой давомида, қон кўрсаткичлари назорати остида (қоннинг тўлиқ таҳлили, шу жумладан тромботситлар даражасини аниқлаш, шунингдек, зардобли жигар трансаминазалари, ишқорий фосфатаза ва билирубин даражасини аниқлаш) ойига 1 марта	B https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
	Циклофосфамид	венага 15 мг/кг дан 2 ҳафтада 1 марта, жами 2-3 марта юборилади, сўнгра 2 мг/кг/суткасига (200 мг/суткадан кўп эмас) 3-12 ой давомида юборилади.	C https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
	Микофенолат мофетил	Бошланғич доза 250 мг кунига икки марта, бир ойлик терапиядан сўнг яхшиланиш бўлмаса, кунига икки марта 1-1,5 г гача кўтарилиши мумкин (кунига кўпи билан 3 г).	B https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
Калсиневрин ингибиторлари	Циклоспорин А	Циклоспориннинг бошланғич дозаси кунига 2,5 дан 3 мг/кг тана вазнига 2 марта қабул қилинади. Оғир ҳолатларда, зарурат туғилганда, препарат	B https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-

		дозаси максимал даражагача - кунига 1 кг тана вазнига 5 мг гача оширилиши мумкин. Ижобий натижага эришилганда, дозани аста-секин камайтириб, бутунлай бекор қилиш керак.	diagnosis-and-therapy/
Эндотелин ретсепторлари антагонистлари	Колхицин	0,5-0,6 мг дан кунига 2 маҳал ичиш учун. Баъзи ҳолларда дозани кунига 1,5 мг гача ошириш мумкин, бу қабулларга бўлинади.	C https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
Антиметаболитлар (фолат кислота аналоглари)	Метотрексат	7,5-25 мг ҳафтада бир марта оғиз орқали ёки тери остига юборилади. Одатда паст дозадан бошлаб, керак бўлганда аста-секин ошириб борилади.	B https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
Силга қарши сулфон гуруҳи воситаси	Дапсон	50-100 мг дан кунига бир маҳал ичиш учун. Баъзи ҳолларда суткасига 150 мг гача доза қўлланилиши мумкин.	C https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
Антикоагулянтлар (гематолог назорати остида)	Надропарин кальция	тери остига 0,3 мл дан кунига 2 марта, 2-4 ҳафта давомида	C https://www.rodv.ru
	Эноксапарин	2000 ТБ тери остига ривароксабанга ўтиш билан кунига 10-20 мг дан ХНМ назорати остида	C https://www.rodv.ru
	Дабигатрана этексилат	кунига 75 мг пер ос	C https://www.rodv.ru
	Апиксабан	2,5 мг дан кунига 2 марта ичиш учун	C https://www.rodv.ru
Антиагрегантлар	Дипиридамол	25 мг дан кунига 3 маҳал 1-2 ой давомида	C https://www.rodv.ru
Антисептик ва дезинфексияловчи воситалар	Сульфатиазол серебра 2%	крем кунига 2-3 марта яра юзасига суртилади, қўллаш давомийлиги 60 кундан ошмаслиги керак.	C https://www.rodv.ru

	Хлоргексидин	зарарланган жойларга суткасига 2-3 марта	С https://www.rodv.ru
	Каламин 15%	зарарланган жойларга суткасига 2-3 марта	С https://www.rodv.ru
	Циндол 12.5%	Ташқарида. Қўллашдан олдин чайқатинг. Препарат билан ҳўлланган тампон билан теринінг зарарланган жойларига кунига 2-3 марта суспензия суртилади.	С https://www.rodv.ru
	Метиленовый синий	зарарланган жойларга суткасига 2-3 марта	С https://www.rodv.ru
	Фукорцин	Ташқарида. Эритма теринінг зарарланган жойларига пахта тампони ёки мазок ёрдамида кунига 2-4 марта суртилади. Суюқлик қуригандан сўнг ишлов берилган жойга суртма ва пасталар суртиш мумкин.	С https://www.rodv.ru
Протеолитик ферментлар *(юзасида кўп миқдорда йирингли ажралма ва некротик массалар бўлган яра нуқсонларини даволаш учун)*	Трипсин+химотрипсин	маҳаллий ва сиртга қўллаш учун эритма тайёрлаш учун лиофилизат - протеолитик ферментлар билан аппликациялар малҳамли боғлам (стерил)	С https://www.rodv.ru
Ташқи воситалар	Бетаметазон+гентамицин	крем ёки малҳам, кунига 1-2 марта клиник яхшиланиш бошлангунга қадар	С https://www.rodv.ru
	Клиохинол+флуметазон	малҳам, шикастланиш ўчоқларига клиник яхшиланиш бошлангунга қадар кунига 2 марта суртилади, қўллаш давомийлиги 2 ҳафтадан ошмаслиги керак.	С https://www.rodv.ru
	Мупироцин 1 %	крем, зарарланиш ўчоқларига суткасига 2 марта, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар	С https://www.rodv.ru

		суртилади, қўллаш давомийлиги 2 ҳафтадан ошмаслиги керак.	
	Левомеколь	сиртга, юпқа текис қатлам билан тўғридан-тўғри зарарланган юзага суртиб, уни тўлиқ ёпиб, кунига 1-2 марта, ҳар куни 5-10 кун давомида	С https://www.rodv.ru
Дезинтоксикатсион терапия учун препаратлар Протон насоси ингибиторлари	Декстран	инфузия учун эритма 200-400 мл в/и томчилаб кунига 1 марта Но7-10	С https://www.rodv.ru
	Лактат натрия+ сорбитол+ хлорид калия+ MgCl2, NaCl, CaCl2	Катталарда в/и томчилаб дақиқасига 40-60 томчи тезликда. 3-5 кун давомида тана вазнига 6-7 мл/кг	С https://www.rodv.ru
Макро- ва микроэлементлар комбинацияларида	Омепразол	20 мг дан кунига 2 маҳал ичиш учун 4-8 ҳафта давомида.	С https://www.rodv.ru
Дезинтоксикатсион терапия учун препаратлар	Калия и магния аспарагинат	инфузия учун эритма 200-400 мл в/и томчилаб кунига 1 марта Но7-10	С https://www.rodv.ru
Корректоры метаболизма костной и хрящевой ткани в комбинациях	Кальция карбонат + колекальцеферол	1 жадвал бўйича кунига 3 марта оғиз орқали	С https://www.rodv.ru
Витамины	Аскорбиновая кислота	Ичишга, м/о, в/и 250-1000мг/сут	С https://www.rodv.ru
	Витамин Е + ретинол	2 капсуладан кунига 2 марта оғиз орқали	С https://www.rodv.ru
	Никотиновая кислота	доза индивидуал сезувчанликни ҳисобга олган ҳолда танланади, одатда у 10 кун давомида кунига 0,3-0,6 г ни ташкил қилади.	С https://www.feldsher.ru/obuchenie/kurs

Эслатма: Препаратларнинг дозаси ва миқдори шифокор томонидан индивидуал равишда белгиланади.
Терини намлаш учун препаратлар (эмульсиялар), тиббий буюмлар, биологик фаол қўшимчалар, микроэлементлар, витаминлар, антиоксидантлар ва пардоз-андоз воситалари, агар улар қарши кўрсатмаларга эга бўлмаса ва Ўзбекистон Республикаси

ҳудудида сертификатланган бўлса, дерматологик беморларни даволашда зарурат бўлганда қўлланилиши мумкин.
Ташқи ва тизимли антибактериал воситалар, маҳаллий глюкокортикостероидлар ва комбинацияланган препаратларни қўллаш клиник заруратни ҳисобга олган ҳолда қатъий кўрсатмалар бўйича амалга оширилади.
Муайян препаратни танлаш даволовчи шифокор томонидан белгиланади.
Агар шифохонада қўллаш учун тасдиқланган рўйхатда маълум бир гуруҳдаги зарур препарат бўлмаса ёки вақтинча мавжуд бўлмаса, шифокор муқобил препаратни (ҳар хил таъсир механизмига эга, аммо битта терапевтик мақсадга эга бўлган дорилар) буюриши мумкин. Дори воситасини танлаш клиник вазият, беморнинг аҳволи ва мавжуд ресурсларга қараб амалга оширилади.

Физиотерапевтик даволаш:

С 5	• УБН-терапия • Маҳаллий қўллаш учун воситалардан фойдаланган ҳолда ультратовуш терапияси • Электрофорез • Паст интенсивликдаги нур терапияси • ИК-лазер • Магнитотерапия

Физиотерапияни қўллашга қарши кўрсатмалар:

• Васкулитнинг ўткир даврида - айниқса кучли яллиғланиш, некрозлар, тизимли кўринишлар билан.
• Тери шикастланишларининг ноаниқ этиологиясида - ташхис тасдиқлангунга қадар.
• Инфекцион васкулитга шубҳа қилинганда - инфекциянинг тарқалиш хавфи.

Тиббиёт муассасасига ётқизиш учун кўрсатмалар: кундузги ва кеча-кундуз ишлайдиган стационар:

- Амбулатория шароитида ўтказилган даволаш самараси бўлмаганда тери билан чегараланган васкулитлар, фаолликнинг I босқичи;
- Тери билан чегараланган васкулитлар, II фаоллик даражаси;
- Тери билан чегараланган васкулитлар, I фаоллик босқичи амбулатория шароитида ўтказилган даволаш самараси бўлмаганда зўрайиб борувчи босқичга ўтади.
- Зарарланиш ўчоқларида амбулатория шароитида бартараф этилмайдиган иккиламчи инфекциянинг мавжудлиги.

Кўчириб олиш учун кўрсатмалар:
- тошмаларнинг қисман ёки тўлиқ регрессияси

«ТЕРИ БИЛАН ЧЕГАРАЛАНГАН ВАСКУЛИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Тери васкулитлари - дерматозлар бўлиб, уларнинг клиник ва патоморфологик манзарасида турли калибрдаги дермал ва гиподермал қон томирлари деворларининг носпецифик яллиғланиши бирламчи ва етакчи бўғин ҳисобланади.

Тизимли васкулит - бу теридан ташқари камида битта аъзонинг шикастланиши билан кечувчи васкулит. Лейкоцитокластик васкулит - томир деворининг шикастланиш турини (паттерн) акс эттирувчи патоморфологик атама.

Консерватив даволаш

- Тери васкулитининг у ёки бу шаклини даволашда клиник ташхис, жараён босқичи ва унинг фаоллик даражаси, шунингдек, ёндош патологияни ҳисобга олиш тавсия этилади.

  Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

  Изоҳлар: *Қўлланиладиган дори-дармон терапияси яллиғланиш реакциясини бостиришга, теридаги микротсиркулятсияни нормаллаштиришга ва мавжуд асоратларни даволашга қаратилган бўлиши керак.*

- Васкулит зўрайганда, айниқса оёқларда ўчоқлар бўлса, ётоқ режими тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: *Касаллик регрессив босқичга ўтгунга қадар ётоқ режимига риоя қилиш керак.*

- Тери васкулитининг кечишини қўллаб-қувватлаши ва ёмонлаштириши мумкин бўлган аниқланган ҳамроҳ касалликларни (сурункали инфекция ўчоқлари, масалан, сурункали тонзиллит, гипертония касаллиги, қандли диабет, сурункали веноз етишмовчилик, бачадон фибромиомаси ва бошқалар) тузатиш ёки тубдан бартараф этиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: *Васкулитлар бирор умумий касаллик (тизимли васкулит, бириктирувчи тўқиманинг диффуз касаллиги, лейкоз, хавфли ўсма ва бошқалар) синдроми сифатида намоён бўлган ҳолларда, биринчи навбатда, асосий жараённи тўлиқ даволаш таъминланиши лозим [1].*

- Полиморф дермал васкулитнинг тизимли терапияси учун тавсия этилади, фаоллик даражаси I:

Ностероид яллиғланишга қарши воситалар [1, 2, 37].

нимесулид 100 мг оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик

суткалик дозанинг камайиши билан

ёки

мелоксикам 7,5 мг оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик

суткалик дозанинг камайиши билан

ёки

индометатсин 25 мг мг оғиз орқали кунига 3-4 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик

суткалик дозанинг камайиши билан

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси 2)

Антибактериал препаратлар [11, 37].

Сипрофлоксатсин 250 мг оғиз орқали кунига 2 марта 10-14 кун давомида

ёки

докситсиклин 100 мг оғиз орқали кунига 2 марта 10-14 кун давомида

ёки

азитромитсин 500 мг перорал кунига 1 марта 10-14 кун давомида

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

гидроксихлорохин 200 мг оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ой давомида

қоннинг ҳужайра таркиби кўрсаткичларини ойига 1 марта назорат қилиш [42]

ёки

хлорохин 250 мг оғиз орқали суткасига 2 махал 1 ой давомида, кейин 250мг дан 1 махал 1 ой 1-2 ой давомида кунига бир марта ҳужайра таркиби кўрсаткичлари назорати остида

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

Антигистамин препаратлар [1].

левотсетиризин 5 мг оғиз орқали кунига 1 марта 14 кун давомида

ёки

дезлоратадин 5 мг перорал суткасига 1 марта 14 кун давомида

ёки

фексофенадин 180 мг оғиз орқали кунига 1 марта 14 кун давомида

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси B (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

- Полиморф дермал васкулитни даволаш учун тавсия этилади, фаоллик даражаси I ташқи:

*Маҳаллий қўллаш учун глюкокортикостероидлар [*16]:

мометазон 0,1% крем ёки малҳам, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар зарарланган

ўчоқларга кунига 1 марта суртилади

ёки

бетаметазон 0,1 крем ёки малҳам, кунига 2 марта гача зарарланиш ўчоқларига суртилади

клиник яхшиланишнинг бошланиши

ёки

метилпреднизолон атсепонат 0,1% крем ёки малҳам, ўчоқларга суткасига 1 марта суртиш

учун

зарарланганда қўллаш давомийлиги 12 ҳафтадан ошмаслиги керак.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси C (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Полиморф дермал васкулитни даволаш учун тавсия этилади, фаоллик даражаси II ташқи:

Тизимли глюкокортикостероидлар [43, 44]

преднизолон 30-50 мг/сутка оғиз орқали асосан эрталабки соатларда 2-3 ҳафта давомида,

кейинчалик дозани ҳафтасига 1 таблеткадан аста-секин камайтириш орқали.

ёки

бетаметазон 2 мл мушак орасига ҳафтада 1 марта Но3-5 дозани аста-секин камайтириш ва

юбориш оралиғини узайтириш билан.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси A (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Ностероид яллиғланишга қарши воситалар [1].

диклофенак 50 мг оғиз орқали кунига 3 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик
суткалик дозанинг камайиши билан

ёки

нимесулид оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик суткалик дозанинг камайиши билан

ёки

мелоксикам оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик суткалик дозанинг камайиши билан

ёки

индометатсин - 25-50 мг кунига 3 марта [27]

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

Иммунодепрессантлар [45].

азатиоприн 50 мг оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ой давомида, қон кўрсаткичлари назорати остида (қоннинг тўлиқ таҳлили, шу жумладан тромботситлар даражасини аниқлаш, шунингдек, зардобли жигар трансаминазалари, ишқорий фосфатаза ва билирубин даражасини аниқлаш) ойига 1 марта [45, 46]

ёки

циклофосфамид вена ичига 15 мг/кг дан 2 ҳафтада 1 марта, жами 2-3 марта, сўнгра 2 мг/кг/суткасига (200 мг/суткадан кўп эмас) 3-12 ой давомида юборилади. [44].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Антибактериал препаратлар [37]:

офлоксатсин 400 мг перорал кунига 2 марта 10-14 кун давомида

ёки

амокситсилин + клавулан кислота 875+125 мг оғиз орқали 1 таб. 10-14 кун давомида кунига 2 марта.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

Ангиопротекторлар ва микротсиркулятсия корректорлари [1, 47, 48]:

пентоксифиллин 100 мг оғиз орқали кунига 3 марта 1-2 ой давомида

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Венотоник ва венопротектор воситалар [1, 37].

гесперидин+диосмин 500 мг оғиз орқали кунига 2 марта 1-2 ой давомида.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

Антигистамин дори воситалари [37, 49]:

эбастин суткасига 10 мг дан оғиз орқали 14 кун давомида

ёки

сетиризин суткасига 10 мг оғиз орқали 14 кун давомида

ёки

левотсетиризин суткасига 5 мг дан 14 кун давомида ичиш учун.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси B (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

Антикоагулянтлар:

надропарин кальций тери остига 0,3 мл дан кунига 2 марта, 2-4 ҳафта давомида [1]

Антиагрегантлар:

дипиридамол 25 мг кунига 3 марта 1-2 ой давомида[1].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси C (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- II фаоллик даражасидаги полиморф дермал васкулит билан оғриган беморларни тизимли даволаш учун дезинтоксикатсион терапия учун **тавсия этилади:**

Плазма ва бошқа қон таркибий қисмларининг ўрнини босувчилар [1]:

декстран инфузия учун эритма 200-400 мл в/и томчилаб кунига 1 марта №7–10

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси C (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Глюкокортикостероидлар билан тизимли терапия ўтказишда ножўя таъсирларни камайтириш учун қуйидагилар **тавсия этилади:**

Протон насоси ингибиторлари:

омепразол 20 мг дан кунига 2 маҳал ичиш учун 4-8 ҳафта давомида.

Макро- ва микроэлементлар комбинацияларида:

калий ва магний аспарагинати 1 таб. Суткасига 3 марта ичилади.

Суяк ва тоғай тўқималарининг метаболизм корректорлари комбинацияда:

кальций карбонат + колекалсеферол 1 таб. Суткасига 3 марта ичилади..

- Полиморф дермал васкулитнинг ташқи терапияси учун тавсия этилади, фаоллик даражаси II.

Юзасида кўп миқдорда йирингли ажралма ва некротик массалар бўлган яра нуқсонларига ишлов бериш учун:

трипсин+химотрипсин - маҳаллий ва ташқи қўллаш учун эритма тайёрлаш учун лиофилизат

- протеолитик ферментлар билан аппликациялар [37]

малҳамли боғлам (стерил)

Антибактериал воситалар комбинацияда:

диоксометилтетрагидропиримидин + хлорамфеникол сиртга қўллаш учун малҳам.

Антисептиклар ва дезинфексияловчи воситалар [1]:

кумуш сулфатиазол, 2% ли крем, кунига 2-3 марта яра юзасига суртилади, қўллаш давомийлиги 60 кундан ошмаслиги керак.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Сурункали пигмент пурпурани тизимли даволаш учун қуйидагилар тавсия этилади:

Антималария препаратлари [42]

гидроксихлорохин 200 мг оғиз орқали кунига 2 марта, 2-3 ой давомида, қоннинг ҳужайра таркиби кўрсаткичлари назорати остида ойига 1 марта

ёки

хлорохин 250 мг оғиз орқали кунига 2 марта 1 ой, кейин 250 мг кунига 1 махал 1–2 ой давомида, ҳужайра таркиби кўрсаткичлари назорат остида

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Витаминлар:

аскорбин кислотаси+рутозид 1 таб. кунига 3 марта оғиз орқали

витамин Е + ретинол 2 капсуладан. кунига 2 марта оғиз орқали

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Ангиопротекторлар ва микротсиркулятсия корректорлари [2, 17, 18, 27; 48].

пентоксифиллин 100 мг оғиз орқали кунига 3 марта 1-2 ой давомида

ёки

дипиридамол 25 мг пер ос по 1 табл. кунига 3 марта, 1-2 ой давомида

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Венотонизирующие и венопротекторные средства [1, 34].

гесперидин+диосмин 500 мг оғиз орқали суткасига 2 махал 1-2 ой давомида

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

- Сурункали пигмент пурпурани тизимли даволаш учун қуйидагилар тавсия этилади:

Маҳаллий қўллаш учун глюкокортикостероидлар [10, 34]:

мометазон 0,1% крем ёки малҳам, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар шикастланиш ўчоқларига кунига 1 марта суртилади

ёки

бетаметазон 0,1% крем ёки малҳам, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар зарарланган ўчоқларга кунига 2 марта суртилади

ёки

метилпреднизолон атсепонат 0,1% ли крем ёки малҳам, суткасига 1 марта шикастланиш ўчоқларига суртилади, қўллаш давомийлиги 12 ҳафтадан ошмаслиги керак.

мометазон 0,1% крем ёки малҳам, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар шикастланиш ўчоқларига кунига 1 марта суртилади

ёки

бетаметазон 0,1% крем ёки малҳам, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар зарарланган ўчоқларга кунига 2 марта суртилади

ёки

метилпреднизолон атсепонат 0,1% ли крем ёки малҳам, суткасига 1 марта шикастланиш ўчоқларига суртилади, қўллаш давомийлиги 12 ҳафтадан ошмаслиги керак.

Ангиопротекторлар ва микротсиркулятсия корректорлари [34]:

троксерутин 2% гель, кунига 2 марта

Антикоагулянтлар:

гепарин натрий малҳам, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар кунига 2-3 марта, ўртача 3 кундан 14 кунгача

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси B (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

- Уртикар васкулитни даволаш учун тавсия этилади:

Тизимли глюкокортикостероидлар:

преднизолон - 0,5-1,0 мг/кг/сутка; терапевтик таъсирга эришилгандан сўнг препарат дозаси тезда камайтирилади [27, 43, 50, 51].

Антималария препаратлари [27]:

гидроксихлорохин 200 мг оғиз орқали суткасига 2 махал 2-3 ой давомида, хар ой қон ҳужайравий таркиби назорати остида.

2-авлод Ҳ1-антигистамин дори воситалари [49]:

левотсетиризин суткасига 5 мг (суткалик дозаларни тўрт баравар ошириш мумкин.

Унинг тизимли ГКС билан комбинацияси даволаш самарадорлигини ошириши мумкин [27].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

- Ливедо-ангиит билан оғриган беморларни даволаш учун тавсия этилади, фаоллик даражаси I:

Ностероид яллиғланишга қарши воситалар [1, 34]

диклофенак 50 мг оғиз орқали кунига 3 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик

суткалик дозанинг камайиши билан

ёки

нимесулид оғиз орқали кунига 2 марта 2-3 ҳафта давомида кейинчалик

суткалик дозанинг камайиши билан

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси В (далилларнинг ишончлилик даражаси - 2)

Антималария препаратлари [44].

гидроксихлорохин 200 мг оғиз орқали кунига 2 марта, 2-3 ой давомида, қоннинг ҳужайра таркиби кўрсаткичлари назорати остида ойига 1 марта

ёки

хлорохин 250 мг оғиз орқали кунига 2 марта 1 ой, кейин 250 мг кунига 1 махал 1–2 ой давомида, ҳужайра таркиби кўрсаткичлари назорат остида

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Ангиопротекторлар ва микротсиркулятсия корректорлари [1, 47, 48].

пентоксифиллин 100 мг оғиз орқали кунига 3 марта 1-2 ой давомида

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Антикоагулянтлар [34]:

Эноксапарин 2000 ТБ тери остига ривароксабанга ўтиш билан кунига 10-20 мг дан ХНМ назорати остида [52]

Венотоник ва венопротектор воситалар:

гесперидин+диосмин 500 мг кунига 2 марта 1-2 ой давомида [1]

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Витаминлар:

аскорбин кислотаси+рутозид оғиз орқали 1 таб. кунига 3 марта

витамин Е + ретинол 2 капсуладан. кунига 2 марта оғиз орқали [1]

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Ливедо-ангиит билан оғриган беморларни даволаш учун тавсия этилади, фаоллик даражаси II:

Тизимли глюкокортикостероидлар [34, 53].

преднизолон 30-50 мг/сутка оғиз орқали асосан эрталабки соатларда 2-3 ҳафта давомида, кейинчалик дозани ҳафтасига 1 таблеткадан аста-секин камайтириш орқали.

ёки

бетаметазон 2 мл ҳафтада 1 марта мушак орасига Но3-5 дозани аста-секин камайтириш ва юбориш оралиғини узайтириш билан

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Иммунодепрессантлар:

Азатиоприн 50 мг дан кунига 2 марта 2-3 ой давомида [46].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

Изоҳлар: *Азатиоприн билан даволаш қон кўрсаткичлари назорати остида (қоннинг тўлиқ таҳлили, шу жумладан тромботситлар даражасини аниқлаш, шунингдек, зардобли жигар трансаминазалари, ишқорий фосфатаза ва билирубин даражасини аниқлаш) ойига 1 марта ўтказилади.*

Ангиопротекторлар ва микротсиркулятсия корректорлари.

пентоксифиллин 100 мг оғиз орқали кунига 3 марта 1-2 ой давомида [1]

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси - 1)

ХНҚ ва гематолог назорати остидаги антикоагулянтлар [34]:

надропарин кальций тери остига 0,3 мл дан кунига 2 марта Но10-14 [1]

ёки

дабигатран этексилат кунига 75 мг пер ос [54]

ёки

апиксабан 2,5 мг дан кунига 2 марта ичиш учун [55]

- Ливедо-ангиит билан оғриган беморларда дезинтоксикатсион терапия учун тавсия этилади, фаоллик даражаси II:

  плазма ва қоннинг бошқа таркибий қисмлари ўрнини босувчилар [1]:

  декстран инфузия учун эритма 200-400 мл в/и томчилаб суткасига 1 марта №7–10

  Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

- Тизимли глюкокортикостероид препаратлар буюрилганда коррексияловчи терапия тавсия этилади (юқорига қаранг).

Фаоллик даражаси II бўлган ливедо-ангиит билан оғриган беморларни ташқи даволаш учун қуйидагилар тавсия этилади:

Маҳаллий қўллаш учун глюкокортикостероидлар [34]:

бетаметазон+гентамитсин крем ёки малҳам, клиник яхшиланиш бошлангунга қадар кунига 1-2 марта

ёки

клиохинол+флуметазон малҳам, зарарланган ўчоқларга клиник яхшиланиш бошлангунча кунига 2 марта суртилади, қўллаш давомийлиги 2 ҳафтадан ошмаслиги керак.

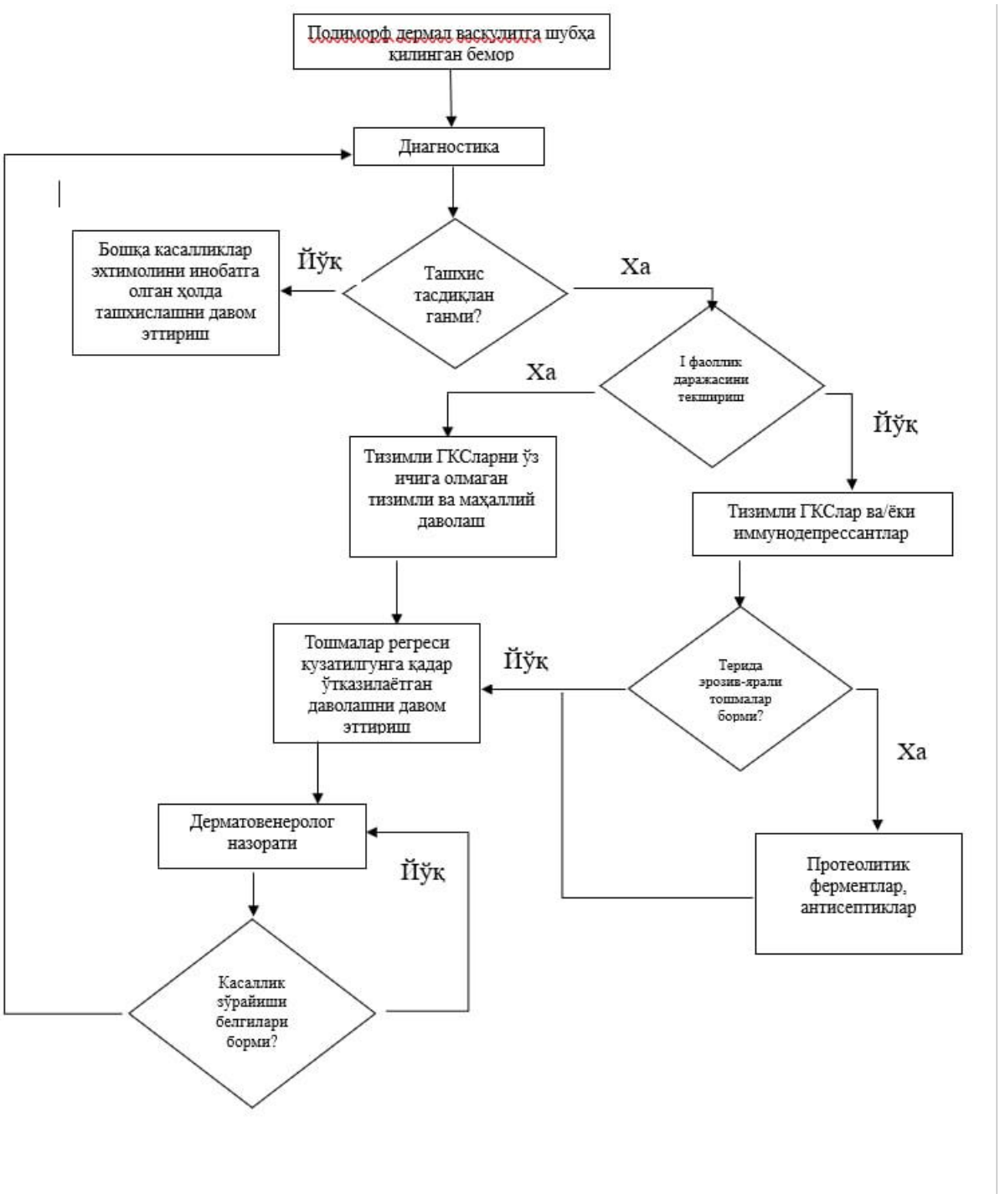
Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

В 3	Қон оқимидан токсинлар, аутоантитаначалар, айланиб юрувчи иммун комплекслар, яллиғланиш олди ситокинларини чиқариб ташлаш, метаболизмни ва аъзоларнинг бузилган функцияларини нормаллаштириш мақсадида плазмаферез муолажаси тавсия этилди.

С 5	ПИЛН Озонотерапия

Жарроҳлик амалиёти: қўлланилмайди.

Шифокорнинг ҳаракат алгоритмлари



«ТЕРИ БИЛАН ЧЕГАРАЛАНГАН ВАСКУЛИТЛАР» НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

ТОШКЕНТ – 2025

Кириш

Тери васкулитлари - дерматозлар бўлиб, уларнинг клиник ва патоморфологик манзарасида турли калибрдаги дермал ва гиподермал қон томирлари деворларининг носпецифик яллиғланиши бирламчи ва етакчи бўғин ҳисобланади.

Тизимли васкулит - бу теридан ташқари камида битта аъзонинг шикастланиши билан кечувчи васкулит. Лейкоцитокластик васкулит - томир деворининг шикастланиш турини (паттер) акс эттирувчи патоморфологик атама.

Тиббий реабилитация, тиббий кўрсатмалар ва реабилитация усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар

Ўтказилган медикаментоз даволашдан сўнг олинган натижаларни мустаҳкамлаш учун олтингугурт, карбонат ангидрид ва радонли ванналардан фойдаланган ҳолда санаторий-курортда даволаниш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Профилактика ва диспансер кузатуви, тиббий кўрсатмалар ва профилактика усулларини қўллашга қарши кўрсатмалар

• Профилактик чоралар сифатида хавф омилларини (совуқ қотиш, жисмоний ва асабий зўриқиш, узоқ юриш, лат ейиш) истисно қилиш тавсия этилади.

• Беморларга соғлом турмуш тарзига риоя қилиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

• Тери васкулитлари билан оғриган беморларни дерматовенеролог, ревматолог, терапевт/педиатр томонидан ҳар томонлама клиник ва лаборатория текшируви билан диспансер назоратига олиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси - 5)

Изоҳлар: *Ушбу беморларни диспансер назоратига олиш касаллик прогнозини сезиларли даражада яхшилаш имконини беради. Тери васкулитлари билан оғриган беморларни диспансеризация қилиш тўлиқ текширувни, ёндош касалликларни, сурункали инфекция ўчоқларини ўз вақтида даволашни, соғломлаштириш чора-тадбирларини амалга оширишни таъминлайди.*

- Теридаги васкулит (ангиит) нинг мумкин бўлган зўрайишларини самарали даволаш ва олдини олиш учун бемор шифокорнинг барча кўрсатмаларини диққат билан ва қатъий бажариши керак. Ўткир ҳолатда кўпинча шикастланиши энг оғир бўлган оёқ қон томирларига ортиқча юкни олиб ташлаш учун ётоқ режимига риоя қилиш талаб этилади.
- Бемор чекиш ва спиртли ичимликлар (жумладан, пиво) истеъмол қилишдан воз кечиши керак, чунки улар қон томирлари деворларини заифлаштиради ва касалликнинг кечишини чўзади. Ўткир, тайёр, қовурилган ва тузланган таомлар, консервалар (гўшт, балиқ, сабзавот, мева), асал, мураббо, шоколад ва шоколадли конфетлар, цитрус мевалар, аччиқ чой ва қаҳвани истисно қилишни назарда тутувчи парҳезга риоя қилиш муҳимдир. Янги сут маҳсулотлари, мева ва сабзавотлар, табиий шарбатлар фойдали. Тери васкулитининг

(ангиит) ривожланиши ва доимий кечишининг асосий сабаби бўлиши мумкин бўлган, шифокор томонидан аниқланган бошқа касалликларни ҳам даволаш зарур.

- Даволашнинг тугашини фақат шифокор ҳал қилади. Тери васкулити (ангиити) да даволаш одатда узоқ давом этади ва тери белгилари йўқолганидан кейин яна бир неча ҳафта ва ҳатто ойлар давом этади. Беморнинг ўзини қониқтирадиган сезиларли яхшиланишга эришгандан сўнг, шифокорнинг рухсатисиз дори-дармонларни қабул қилишни ва маҳаллий муолажаларни бажаришни тўхтатиш мумкин эмас, чунки бу касалликнинг тезда қайтишига олиб келиши мумкин.
- Тўлиқ соғайиш бошлангандан сўнг, бемор касалликнинг мумкин бўлган кучайиши хавфининг олдини олувчи профилактик режимга риоя қилиши керак: жисмоний ва асабий зўриқиш, совқотиш, оёқларга ҳаддан ташқари юклама (узоқ юриш, узоқ туриш, лат ейиш) дан қочиш. Баъзан бунинг учун иш жойини ўзгартиришга тўғри келади. Мунтазам тўлақонли овқатланиш, етарлича ухлаш, тоза ҳавода сайр қилиш, эрталабки гимнастика ва сув муолажалари билан шуғулланиш зарур. Ҳовузга бориш фойдали. Очиқ сув ҳавзаларида чўмилиш фақат етарлича илиқ сув бўлгандагина мумкин.

Ушбу тавсияларга риоя қилиш тезда даволанишга, умумий саломатлик ва тери томирларини мустаҳкамлашга ёрдам беради ва такрорланишдан ҳимоя қилади.

Адабиётлар рўйхати

1. Кожные и венерические болезни: справочник: под ред. О.Л. Иванова. М.: Медицина, 2007 – 352 с.
2. Millikan L.E., Flynn T.C. Infectious etiologies of cutaneous vasculitis. Clin Dermatol 1999; №17 (5): 509–514.
3. Глухов А.И., Гордеев С.А., Силуянова С.Н. и др. Исследование вирусной этиологии ангиитов кожи. Вопр. биол., мед. и фармацевт. химии 1999; №1: 27–30.
4. Tervaert J.W., Popa E.R., Bos N.A. The role of superantigens in vasculitis. Curr Opin Rheumatol 1999; №11 (1): 24–33.
5. Witort-Serraglini E., Del Rosso M., Lotti T.M., Matucci-Cerinic M. Endothelial injuries in vasculitides. Clin Dermatol 1999; №17 (5): 587–590.
6. Кулага В.В., Белостоцкая Е.С. Иммунологические нарушения при васкулитах кожи и методы их коррекции // Восьмой Всесоюзн. съезд дерматовенерологов. – М., 1985. – С. 122–123.
7. Насонов Е.Л., Баранов А.А., Шилкина Н.П. Васкулиты и васкулопатии. — Ярославль: Верхняя Волга, 1999. – С. 479–515.
8. Verma R., Vasudevan B., Pragasam V. Severe cutaneous adverse drug reactions. Med J Armed Forces India 2013; №69 (4): 375–383.
9. Ryan T.J., Wilkinson D.S. Cutaneus Vasculitis: angiitis. // Textbook of Dermatology, 4th ed. - 1988. - Vol. 2. - P.1121–1185.
10. Фицпатрик Т. и др. Дерматология. Атлас-справочник. – М., 1999. – С.376–399.
11. Watts R.A., Jolliffe V.A., Grattan C.E. et al. Cutaneous vasculitis in defined population – clinical and epidemiological associations. J Rheumatol 1998; №25 (5): 920–924.
12. Ramos-Casals M., Stone J.H., Cid M.C., Bosch X. The cryoglobulinaemias. Lancet 2012; 379: 348–360.
13. Blanco R., Martinez-Taboada V.M., Rodriguez-Valverde V., Garcia-Fuentes M. Cutaneous vasculitis in children and adults. Associated diseases and etiologic factors in 303 patients. Medicine (Baltimore) 1998; 77 (6):403–418.

14. Garcia-Porrua C., Gonzalez-Gay M.A. Comparative clinical and epidemiological study of hypersensitivity vasculitis versus Henoch-Schönlein purpura in adults. Semin Arthritis Rheum 1999; 28 (6): 404–412
15. Arora A., Wetter D.A., Gonzalez-Santiago T.M. et al. Incidence of leukocytoclastic vasculitis, 1996 to 2010: a population-based study in Olmsted County. Minnesota. Mayo Clin Proc 2014; 89: 1515–1524.
16. Piram M., Mahr A. Epidemiology of immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schenlein): current state of knowledge. Curr Opin Rheumatol 2013;25:1718.
17. Jennette J.C., Falk R.J., Bacon P.A. et al. 2012 revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. Arthritis Rheum 2013;65:1–11.
18. Irvine A.D., Bruce I.N., Walsh M.Y., Bingham E.A. Microscopic polyangiitis: delineation of a cutaneous-limited variant associated with antimyeloperoxidase autoantibody. Arch Dermatol 1997;133:474–477.
19. Pendergraft W.F., Niles J.L. Trojan horses: drug culprits associated with antineutrophil cytoplasmic autoantibody (ANCA) vasculitis. Curr Opin Rheumatol 2014;26:42–49.
20. Carlson J.A. The histological assessment of cutaneous vasculitis. Histopathology 2010;56(1):3
21. Micheletti R.G. Small vessel vasculitis of the skin. Systemic vasculitides: current status and perspectives, 2016; p.438 (233–244).
22. Sunderkötter C.H., Zelger B., Chen K.R. et al. Nomenclature of Cutaneous Vasculitis: Dermatologic Addendum to the 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. Arthritis Rheumatol. 2018;70 (2):171–184.
23. Sunderkötter C., Michl C. Cutaneous alterations in vasculitides : Part 1: Nomenclature, classification and correlation between clinical signs and histological features. Internist (Berl). 2019; 60 (8): 799–804.
24. Davis M.D., Daoud M.S., Kirby B. et al. Clinicopathologic correlation of hypocomplementemic and normo-complementemic urticarial vasculitis. J Am Acad Dermatol 1998; 38: 899–905.
25. Loricera J., Calvo-Rio V., Mata C. et al. Urticarial vasculitis in northern Spain: clinical study of 21 cases. Medicine (Baltimore) 2014; 93: 53–60.
26. Broekaert S.M., Boer-Auer A., Kerl K. et al. Neutrophilic epitheliotropism is a histopathological clue to neutrophilic urticarial dermatosis. Am J Derma-topathol 2016; 38: 39–49.
27. Kolkhir P., Grakhova M., Bonnekoh H., et al. Treatment of urticarial vasculitis: A systematic review. J Allergy Clin Immunol. 2019; 143 (2): 458–466.
28. Gonzalez L.M., Krysicka Janniger C., Schwartz R.A. Pediatric Henoch Schonlein purpura. Internat. J Dermatol 2009; 48 (11): 1157–1165.
29. Rigante D., Castellazzi L., Bosco A. et al. Is there a crossroad between infections, genetics, and Henoch-Schönlein purpura? Autoimmun Rev 2013; 12(10): 1016–1021.
30. Batu E.D., Sarı A., Erden A. et al. Comparing immunoglobulin A vasculitis (Henoch-Schönlein purpura) in children and adults: a single-centre study from Turkey. Scand J Rheumatol. 2018; 47 (6): 481–486.
31. Hocevar A., Rotar Z., Jurcic V. et al. IgA vasculitis in adults: the performance of the EULAR/PRINTO/PRES classification criteria in adults. Arthritis Res Ther. 2016; 18: 58.

32. Mills J.A., Michel B.A., Bloch D.A. et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of Henoch-Schönlein purpura. Arthritis Rheum 1990; 33: 1114–1121.
33. Иванов О.Л., Мареева Е.Б. Ангииты (васкулиты) кожи. В кн.: Клиническая дерматовенерология: в 2 т. / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т.2. – С.330–350.
34. Ikeda T., Furukawa F., Kawakami T. et al. Outline of guidelines for the management of vasculitis and vascular disorders in Japan, 2016 revised edition. J Dermatol 2017; 45 (2): 122–127.
35. Langford C.A. Vasculitis. J Allergy Colin Immunol 2010; 125: 216–225.
36. Chen K.R. Skin involvement in ANCA-associated vasculitis. Clin Exp Nephrol 2013; 17: 676–682.
37. Кулага В.В., Романенко И.М. Васкулиты кожи. – 2-е изд., перераб. и доп. – Киев: Здоровье, 1984. – 184 с.
38. Carlson J.A., Cavaliere L.F., Grant-Kels J.M. Cutaneous vasculitis: diagnosis and management. Clin Dermatol 2006; №24 (5): 414–429.
39. Fiorentino D.F. Cutaneous vasculitis. J Am Acad Dermatol 2003; №48 (3): 311–340.
40. Ramos-Casals M., Stone J.H., Cid M.C., Bosch X. The cryoglobulinaemias. Lancet 2012; 379: 348–360.
41. Terrier B., Karras A., Kahn J,E, et al. The spectrum of type I cryoglobulinemia vasculitis: newinsights based on 64 cases. Medicine (Baltimore) 2013; 92: 61–68.
42. Lopez L.R., Davis K.C., Kohler P.F., Schocket A.L. The hypocomplementemic urticarial vasculitis syndrome: therapeutic response to hydroxychloroquine. J Allergy Clin Immunol 1984; №73 (5Pt1): 600–603.
43. Dudley J., Smith G., Llewelyn-Edwards A. et al. Randomised, double-blind, placebo-controlled trial to determine whether steroids reduce the incidence and severity of nephropathy in Henoch-Schonlein purpura (HSP). Arch Dis Child 2013; 98: 756–763.
44. Yates M., Watts R.A., Bajema I.M. et al. EULAR/ERA-EDTA recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis. Ann Rheum Dis. 2016; 75 (9): 1583–1594.
45. Heurkens A.H, Westedt M.L, Breedveld F.C. Prednisone plus azathioprine treatment in patients with rheumatoid arthritis complicated by vasculitis. Arch Intern Med 1991; №151 (11): 2249–2254.
46. Callen J.P., Spencer L.V., Burruss J.B., Holtman J. Azathioprine. An effective, corticosteroid-sparing therapy for patients with recalcitrant cutaneous lupus erythematosus or with recalcitrant cutaneous leukocytoclastic vasculitis. Arch Dermatol 1991; №127 (4): 515–522.
47. Nürnberg W., Grabbe J., Czarnetzki M. Synergistic effects of pentoxifylline and dapsone in leukocytoclastic vasculitis. Lancet 1994; №343 (8895): 491.
48. Wahba-Yahav A.V. Chronic leukocytoclastic vasculitis associated with polycythemia vera: effective control with pentoxifylline. J Am Acad Dermatol 1992, №26 (6), 1006–1007.
49. Tosoni C., Lodi-Rizzini F., Cinquini M. et al. A reassessment of diagnostic criteria and treatment of idiopathic urticarial vasculitis: a retrospective study of 47 patients. Clin Exp Dermatol 2009; 34: 166–170.
50. Jauhola O., Ronkainen J., Autio-Harmainen H. et al. Cyclosporine A vs. methylprednisolone for Henoch-Schonlein nephritis: a randomized trial. Pediatr Nephrol 2011; 26: 2159–2166.

51. Hetland LE, Susrud KS, Lindahl KH, Bygum A. Henoch-Schönlein Purpura: a literature Review. Acta Derm Venereol. 2017; 97 (10): 1160–1166.
52. Vasiliev S.A., Vinogradov V.L., Orel E.B. et al. Treatment of venous thrombosis and trombohyilia in outpatient settings. Hematology and transfusiology 2014, 1: 15.
53. Ozen S., Marks S.D., Brogan P. et al. European consensus-based recommendations for diagnosis and treatment of immunoglobulin A vasculitis-the SHARE initiative. Rheumatology (Oxford). 2019;58 (9): 1607–1616.
54. Sawada T., Suehiro M. Dabigatran in the management of livedoid vasculopathy. Clin Exp Dermatol 2017; 42 (2): 237–239.
55. Yamaguchi Y., Nakazato S., Izumi K. et al. Rapid remission of severe pain from livedoidvasculopathy by apixaban. J Eur Acad Dermatol Venereol 2017; 31 (1): e45–e46.

https://www.rodv.ru
https://dermnetnz.org/topics/azathioprine
https://dermnetnz.org/topics/cyclophosphamide
https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
https://www.bad.org.uk/pils/cutaneous-vasculitis/
https://www.hopkinsvasculitis.org/vasculitis-treatments/glucocorticoids/
https://ard.bmj.com/content/81/7/889
https://dermnetnz.org/topics/oral-corticosteroids

Тери билан чегараланган васкулитлар менежменти бўйича амалий кўникмаларининг компетенциялари (таск шифтинг)

	Амалиёт ҳамшираси	БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)	Тор мутаҳассис
Шикоятлар ва анамнез			
Бемордан шикоятларни йиғиш қобилиятини кўрсатиш	+*	+	+
Бемордан касаллик анамнезини йиғишда васкулит белгилари ҳақидаги билимларни қўллаш.		+	+
Тери-таносил касалликлари билан беморларнинг тўлиқ тиббий анамнезини таърифлаш.		+	+
Физикал кўрик			
• Терини визуал текшириш. Изоҳлар: Терини визуал текширишда тошмаларнинг жойлашуви ва уларнинг табиати баҳоланади. • Зарарланиш ўчоқларида терини пайпаслаш. Изоҳ: Тери пальпациясида тошма элементларининг консистенсияси, оғриқ бор-йўқлиги баҳоланади.		+	+
Ташхис қўйиш			
Касалликка хос симтомлар ва лаборатор-инструментал текширувлар асосида ташхис қўйиш		+	+
Асосий лаборатор диагностикаси			
Асосий лаборатория таҳлилларининг мақсади:		+	+
Умумий қон таҳлили (гемоглобин, гематокрит + лейкотситар формула + ЭЧТ)		+	+
Захм скрининг текширувлари (14 ёшдан катта)		+	+
Қўшимча лаборатор диагностикаси			
Тасдиқловчи тестлар (6 тадан 2 таси мажбурий): RIF, IFA IgG ва IgM, RIBT, RPGA, IHA, Immunoblot IgG ва IgM			+
Умумий сийдик таҳлили		+	+

Нажаснинг умумий таҳлили		+	+
Биокимёвий тадқиқотлар мажмуаси		+	+
Коагулограмма		+	+
Гистологик текширув			+
Иммунофлюоресcент усуллар ёрдамида терининг биопсия материалини ўрганиш			
Қондаги иммуноглобулинлар даражасини текшириш			+
Қон зардобидаги С-реактив оқсил даражасини ўрганиш			+
Қондаги ревматоид омил миқдорини аниқлаш			+
Қонда д-димер концентрациясини аниқлаш			+
Гепатит В вируси (Hepatitis B virus) антигенини (HbsAg) аниқлаш ва қонда гепатит С вируси (Hepatitis C virus) га қарши антитаначаларни аниқлаш			+
Одам иммунитет танқислиги вируси ОИВга нисбатан М, G (IgM, IgG) синфидаги антитаначаларни аниқлаш			+
АНСА билан боғлиқ васкулитлар маркерларини аниқлаш: ПР3 (с-АНСА), МПО (п-АНСА)			+
Қўшимча инструментал диагностика			
Дерматоскопия			+
Ички органларнинг ультратовуш текшируви			+
Томирлар допплерографияси			+
Даволаш			
Дори-дармонсиз даволашни тайинлаш ваколати (25-бет)			+
Дори-дармонлар билан даволашни тайинлаш компетенцияси (25-32-бетлар)			+

Профилактика			
Хулқ-атворни яхшилаш ва соғлом турмуш тарзини тарғиб қилиш бўйича компетенциялар	+	+	+
Дори-дармонлар билан даволашга риоя қилишни яхшилаш бўйича компетенциялар	+	+	+

Асосий тор мутахассис - дерматовенеролог.

*Бу компетенцияларга ҳамшираларни тайёрлаш орқали эришиш мумкин.

Тери васкулитларини бошқариш компетенциялари

	Амалиёт ҳамшираси	**БТСЁ Оилавий шифокор (бакалавр)**	**Тор мутахассис#**
Тери васкулитлари тавсифи		+	+
Шикоятларнинг симптоматик тавсифи		+	+
Патофизиологик механизмлар тавсифи			+
Тери васкулитларини этиологияси, симптомлари ва текширувлари (асосий лаборатор-инструментал текширувлар) асосида ташхислашга ёндашувни яратиш.		+	+
Асосий таҳлилларни талқин қилиш		+	+
Тери васкулитларини даволашга ёндашувни шакллантириш		+	+
Тери васкулитларининг дори-дармонсиз терапиясини тавсифланг			+
Тери васкулитларининг медикаментоз терапиясини тавсифланг			+
Тери васкулитларида қўлланиладиган турли дори воситаларининг таъсир механизми, кўрсатмалари ва ножўя таъсирларини муҳокама қилинг.			+
Даволаш доирасида тери васкулитлари ривожланишининг патофизиологик механизмларини муҳокама қилинг.			+

Асосий тор мутахассис - дерматовенеролог шифокор.