O‘zbekiston Respublikasi
Sog‘liqni 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

«TERI BILAN ChEGARALANGAN VASKULITLAR»

NOZOLOGIYASI BO‘YIChA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOShKENT 2025



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

«____»_____2025-yil

«TERI BILAN ChEGARALANGAN VASKULITLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YIChA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOShKENT 2025

«TERI BILAN ChEGARALANGAN VASKULITLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YIChA TAShXISLASh VA DAVOLAShNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOShKENT 2025

Kirish qismi

Xalqaro kasalliklar tasnifi – XKT(MKB)-10/11 shifri (lar):

L95	Teri bilan chegaralangan vaskulitlar	4A85.03	Teri bilan chegaralangan vaskulitlar
L95.0	Marmar terili vaskulit;		
L95.1	Turg‘un ko‘tarilgan eritema;		
L95.8	Teri bilan chegaralangan boshqa vaskulitlar;		
L95.9	Aniqlanmagan teri bilan chegaralangan vaskulit.		
	https://mkb-10.com/index.php?pid=11393		https://icd11.ru/vaskulit/

Bayonnoma ishlab chiqilishi va qayta ko‘rilishi sanasi: 2025 yil, ko‘rib chiqish sanasi 2028 y. yoki yangi asosiy dalillar mavjud bo‘lganda. Taqdim etilgan tavsiyalarga kiritilgan barcha o‘zgartirishlar tegishli hujjatlarda e'lon qilinadi.

Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish uchun mas'ul bo‘lgan tashkilot:
Respublika ixtisoslashtirilgan dermatologiya va kosmetologiya ilmiy-amaliy tibbiyot markazi

Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda xissa qo‘shganlar:

Jarayonni tashkil etish bo‘yicha dermatovenerologiya yo‘nalishi bo‘yicha ishchi guruh a'zolari:

1.	Sabirov U.Yu.	Markaz direktori, t.f.d., professor	(O‘z. Res. SSV RIDvaKIATM)
2.	Muminova S.R.	Shifokor dermatovenerolog, dermatokosmetolog	(O‘z. Res. SSV RIDvaKIATM)
3.	Boxodirova A.A.	Ilmiy kotib	(O‘z. Res. SSV RIDvaKIATM)
4.	Raxmatova M.S.	Direktor o‘rinbosarining ilmiy ishlar bo‘yicha yordamchisi	(O‘z. Res. SSV RIDvaKIATM)
5.	Akromov A.R.	Mikozlar muammolarini o‘rganish bo‘yicha ilmiy laboratoriya xodimi	(O‘z. Res. SSV RIDvaKIATM)
6.	Karimberdiyev J.I.	Shifokor dermatovenerolog	(O‘z. Res. SSV RIDvaKIATM)

Taqrizchilar:

1. Xodjayeva Nigora Baxramovna - O‘z. Res. SSV RIDvaKIATM DM dermatokosmetologiya muammolarini o‘rganish bo‘yicha ilmiy laboratoriya mudiri, DSc
2. Abdraxmanova Aliya Serikovna - Almati shahridagi Tibbiy lazer markazining teri-tanosil kasalliklari shifokori, t.f.n.

Texnik ekspert baholash va tahrirlash:

1. Inoyatov Avaz Shavkatovich - t.f.d., davolash bo‘yicha direktor o‘rinbosari, klinika Bosh shifokori.

2. Jalilov Dilshod Sayfullaevich – t.f.n., ilmiy ishlar bo‘yicha direktor 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 standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo‘limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko‘magi asosida ishlab chiqilgan.

Muhokama bayonnomasidan ko‘chirma olingan sana va raqam: O‘z. Res. SSV RIDvaKIATM 4-sonli 24.04.2025-sonli bayonnomasidan ko‘chirma

Protokol foydalanuvchilari:

1. Dermatovenerolog shifokorlar; dermatokosmetologlar;

2. Umumiy amaliyot shifokorlari;

3. Pediatr shifokorlar;

4. Shifokor-laborantlar;

5. Gematolog shifokorlar;

6. Sog‘liqni saqlash tashkilotchilari;

7. Klinik farmakologlar;

8. Tibbiyot oliy ta'lim muassasalarining talabalari, klinik ordinatorlari, magistrantlari, doktorantlari, o‘qituvchilari;

9. Ushbu patologiya bilan og‘rigan bemorlar, ularning oila a'zolari va parvarish qiluvchi shaxslar.

Ushbu protokol hamma joyda sog‘liqni saqlash amaliyotiga teri bilan chegaralangan vaskulitlarni tashxislash va davolashning zamonaviy usullarini joriy etish uchun asos bo‘lib xizmat qiladi.

Ushbu nozologiyadagi bemorlar toifasi: ushbu tashxis qo‘yilgan bemorlar tekshiruvdan o‘tkaziladi.

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi (tashxislash aralashuvlari uchun)

DID	Dalillarning isbotlanganlik darajasi
1	Referens usul yordamida nazorat ostida o‘tkazilgan tadqiqotlarning tizimli sharhlari yoki meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli sharhi
2	Referens usul nazorati bilan o‘tkazilgan ayrim tadqiqotlar yoki ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno

3	Referens usul yordamida izchil nazoratsiz yoki o‘rganilayotgan usuldan mustaqil bo‘lmagan referens usul yordamida o‘tkazilgan tadqiqotlar yoki randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan, kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat tavsifi
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari yoki ekspertlar xulosasi

Dalillarning isbotlanganlik darajasini baholash shkalasi
(profilaktika, davolash va reabilitasion tadbarlar uchun)

DID	Dalillarning isbotlanganlik darajasi
1	Meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi
2	Ayrim randomizasiyalangan klinik tadqiqotlar va har qanday dizayndagi tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi, meta-tahlil yordamida randomizasiyalangan klinik tadqiqotlarni tizimli ravishda ko‘rib chiqilishi bundan mustasno
3	Randomizasiyalanmagan qiyosiy tadqiqotlar, shu jumladan kogortli tadqiqotlar
4	Qiyoslanmagan tadqiqotlar, klinik holat yoki holatlar seriyasi tavsifi, “holat-nazorat” tadqiqoti
5	Muolajaning ta'sir mexanizmi asoslari (klinika oldi tadqiqotlar) yoki ekspertlar xulosasi

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasini baholash shkalasi

TID	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi
A	Kuchli tavsiya (barcha ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilgan)
V	Shartli tavsiya (ayrim ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallaydi, ayrim tadqiqotlarning metodologik sifati yuqori yoki qoniqarli va/yoki qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan)
S	Kuchsiz tavsiya (sifatli dalillar keltirilmagan (ko‘rib chiqilgan samaradorlik mezonlari (natijalar) muhim o‘rinni egallamaydi, barcha tadqiqotlarning metodologik sifati past va qiziqtirayotgan natijalar bo‘yicha xulosalari kelishilmagan

Mundarija

«TERI BILAN ChEGARALANGAN VASKULITLAR» NOZOLOGIYaSI BO‘YIChA TAShXISLASh VA DAVOLASh
MILLIY KLINIK PROTOKOLI ……4

«TERI BILAN ChEGARALANGAN VASKULITLAR» NOZOLOGIYaSINING TIBBIY ARALAShUVLARI BO‘YIChA MILLIY KLINIK
PROTOKOLI……33

«TERI BILAN ChEGARALANGAN VASKULITLAR» NOZOLOGIYaSINING PROFILAKTIKA VA REABILITASIYa UChUN MILLIY KLINIK PROTOKOLI
.....44

Qisqartmalar ro’yxati

ANCA	(antineutrophil cytoplasmic antibodies) antineytrofil sitoplazmatik antitanalar
CHCC12	(Chapel Hill consensus conference) Chapel Hill xalqaro konsensus konferensiyasi, 2012 yil
KXT	Kasalliklarning xalqaro tasnifi
IXLT	Immunoxemilyuminessent
IFlT	Immunoflyuoressent tahlil
IFT	Immunoferment tahlil
PZR	polimeraza zanjiri reaksiyasi
IFR	Immunofluoressensiya reaksiyasi
OTIR	Oqish treponemalarning immobilizasiya reaksiyasi
PGR	Passiv gemagglyutinasiya reaksiyasi
EChT	eritrotsitlarning cho‘kish tezligi
IgG IgM	(Immunoglobulinum) Immunoglobulinlar G i M
OIV	odam immunitet tanqisligi virusi
XNM	xalqaro normallashtirilgan munosabat
JSST	Jahon sog‘liqni saqlash tashkiloti

Asosiy qism.

Kirish

Teri vaskulitlari - dermatozlar bo‘lib, ularning klinik va patomorfologik manzarasida turli kalibrdagi dermal va gipodermal qon tomirlari devorlarining nospesifik yallig‘lanishi birlamchi va etakchi bo‘g‘in hisoblanadi.

Tizimli vaskulit - bu teridan tashqari kamida bitta a'zoning shikastlanishi bilan kechuvchi vaskulit. Leykotsitoklastik vaskulit - tomir devorining shikastlanish turini (patternini) aks ettiruvchi patomorfologik atama.

Ta'rif

Teri vaskulitlari (angiitlar) - dermatozlar bo‘lib, ularning klinik va patomorfologik manzarasida turli kalibrdagi dermal va gipodermal qon tomirlari devorlarining nospesifik yallig‘lanishi birlamchi va etakchi bo‘g‘in hisoblanadi. [1]

Kasallik etiologiyasi va patogenezi

Vaskulitlarga hozirgi vaqtda polietiologik kasallik sifatida qaralmoqda. Vaskulitlarning immunokompleks genezi nazariyasi etakchi hisoblanadi. Teri bilan chegaralangan vaskulitlar rivojlanishining eng keng tarqalgan sababi turli xil o‘tkir yoki surunkali infeksiyalardir: bakterial

(stafilokokklar, streptokokklar, enterokokklar, iersiniyalar, mikobakteriyalar), virusli (Epshteyn-Barr virusi, B va C gepatit viruslari, OIV, parvovirus, sitomegalovirus, oddiy gerpes virusi, gripp virusi) va zamburug‘li [1-4]. Mikrob agentlari antigenlar rolini o‘ynaydi, ular antitanalar bilan o‘zaro ta'sirlashib, tomir devorlariga cho‘kadigan immun komplekslarni hosil qiladi [2, 3, 5-8]. Angiitlarning rivojlanishida antineytrofil sitoplazmatik antitanalarning (ANSA) roli aniqlangan [9]. Ekzogen sensibilizatsiyalovchi omillar orasida dori vositalariga alohida o‘rin ajratiladi, ularni qabul qilish teri vaskulitlarining 10% holatlarining rivojlanishi bilan bog‘liq. Antibakterial preparatlar (penisillinlar, tetratsiklinlar, sulfanilamidlar, sefalosporinlar), diuretiklar (furosemid, gipotiazid), antikonvulsantlar (fenitoin), allopurinol ko‘pincha tomirlar zararlanishiga olib keladi. So‘nggi paytlarda solid o‘smalarni biologik preparatlar, ayniqsa endotelial o‘sish omillari ingibitorlari bilan davolashda angiitlarning paydo bo‘lish holatlari ko‘payib bormoqda. Dori moddalari immun komplekslar tarkibida bo‘lib, tomir devorlarini shikastlaydi, shuningdek, neytrofillar sitoplazmasiga antitanalar ishlab chiqarilishini rag‘batlantiradi [10].
Qo‘zg‘atuvchi omil sifatida neoplazmalar ham bo‘lishi mumkin. O‘sma hujayralari nuqsonli oqsillar ishlab chiqarishi natijasida immun komplekslar yuzaga keladi. Boshqa nazariyaga ko‘ra, o‘sma va endotelial hujayralarning antigen tarkibining o‘xshashligi autoantitanalar ishlab chiqarilishiga olib kelishi mumkin [11]. Teri bilan chegaralangan vaskulitlarning rivojlanishida surunkali intoksikasiyalar, endokrinopatiyalar, turli xil metabolik kasalliklar, shuningdek, takroriy sovqotish, ruhiy va jismoniy zo‘riqish, fotosensibilizatsiya, venoz qon dimlanishi muhim rol o‘ynashi mumkin [11].

Teri vaskulitlari ko‘pincha biriktiruvchi to‘qimaning diffuz kasalliklari (tizimli qizil yuguruk, revmatoid artrit va boshqalar), krioglobulinemiya, qon kasalliklarida teri sindromi sifatida namoyon bo‘ladi [12].

Epidemiologiya

Statistik ma'lumotlarga ko‘ra, teri vaskulitlari bilan kasallanish har million aholiga o‘rtacha 38 holatni tashkil qiladi, bunda asosan ayollar kasallanadi [1]. Turli tadqiqotchilarning baholashicha, barcha vaskulitlarning tarqalish ko‘rsatkichining qiymati 100 ming aholiga 0,4 dan 14 va undan ortiq holatgacha o‘zgarib turadi. Kichik diametrli tomirlar vaskulitlari bilan kasallanish yiliga o‘rtacha 100 ming aholiga 3 holatni tashkil qiladi. Bolalarda IgA-vaskulit eng ko‘p uchraydi - yiliga 100 ming aholiga 3-27 holat [13-16].

Tasniflash

Hozirgi vaqtda teri vaskulitlarining umumiy qabul qilingan yagona tasnifi mavjud emas. 2012 yilda **CHCC2012** (2012) (International Chapel Hill Consensus) tasnifi taklif etildi, unga ko‘ra birlamchi va ikkilamchi vaskulitlar, a'zoga xos vaskulitlar (teri leykoklastik vaskuliti, teri arteriiti), kichik qon tomirlar vaskulitlari (ANSA bilan bog‘liq vaskulitlar, immun komplekslar vaskulitlari - IgA Shenleyn-Genox vaskuliti) va boshqalar ajratiladi (1-jadval).

1-jadval.

Xalqaro konsensus konferensiyasining vaskulitlar nomenklaturasiga ko‘ra teri tomirlarini jalb qilish variantlari (Chapel Hill 2012 - CHCC2012) [1]

Turkum	Teri shikastlanish variantlari:	
	tizimli vaskulitning namoyon bo‘lishi	asosan terining shikastlanishi bilan tizimli vaskulit yoki terining a'zoga xos vaskuliti
I. Yirik diametrli tomirlar vaskulitlari:		
– Takayasu arteriti	Yo‘q	Yo‘q
– Gigant hujayrali arterit	Kamdan-kam	Yo‘q
II. O‘rta diametrli tomirlar vaskulitlari:		
– Tugunchali periarteriit	Xa	Xa
– Kavasaki kasalligi	Yo‘q	Yo‘q
III. Kichik diametrli tomirlar vaskulitlari:		
1. ANCA-bilan bog‘liq vaskulitlar:		
– Mikroskopik poliangiit	Xa	Xa
– Vegener kasalligi bilan poliangiitli granulomatoz	Xa	Xa
- Eozinofilli granulomatoz poliangiit bilan	Xa	Xa
2. Immunokompleksli vaskulitlar:		
- Koptokchalar bazal membranasiga antitanalar hosil bo‘lishi bilan kechuvchi kasallik (anti-GBM kasalligi, esk. Gudpascher sindromi)	Yo‘q	Yo‘q
- Krioglobulinemik vaskulit	Xa	Xa
- IgA- vaskuliti (Shenlein-Genox kasalligi)	Xa	Xa
- Gipokomplementar urtikar vaskulit	Xa	Xa
IV. Qon tomirlarining o‘zgaruvchan zararlanishi bilan vaskulit:		
– Behchet kasalligi	Xa	Xa
– Kogan sindromi	Kamdan-kam	Yo‘q
V. Tizimli kasalliklar bilan bog‘liq vaskulitlar:		
- Volchankali vaskulit	Xa	Xa
- Revmatoid artrit	Xa	Xa
- Sarkoidozdagi vaskulit	Xa	Xa
- Boshqa tizimli kasalliklarda vaskulit	Xa	Xa

VI. Etiologiyasi aniqlangan (ehtimoliy) vaskulitlar		
– Virusli gepatit C bilan bog‘liq krioglobulinemik vaskulit	Xa	Xa
– Virusli gepatit B bilan bog‘liq vaskulit	Xa	Xa
– Dorilar ta'sirida kelib chiqqan immunokompleks vaskulit	Xa	Xa
– Dorilar ta'sirida kelib chiqqan ANSA bilan bog‘liq vaskulit	Xa	Xa
– Septik vaskulit		
– Yomon sifatli neoplazmalar bilan bog‘liq vaskulit	Xa	Xa
VII. A'zoga xos vaskulitlar - bitta a'zoning vaskulitlari (CHCC2012 nomenklaturasi bilan to‘ldirilgan):		
– IgM/IgG vaskulit	Yo‘q	Xa
– Tugunli vaskulit (indurativ Bazen eritemasi)	Yo‘q	Xa
– Turg‘un ko‘tariluvchi eritema	Yo‘q	Xa
– Gipergammaglobulinemik dog‘li vaskulit	Yo‘q	Xa
– Normokomplementar urtikar vaskulit	Yo‘q	Xa

2012-yilgi Chapel-Hill nomenklaturasiga ko‘ra, kichik va o‘rta diametrli tomirlarni farqlash ularning diametriga emas, balki tuzilishi va funksiyasiga qarab amalga oshiriladi. Kichik diametrli tomirlarga intraparenximatoz mayda arteriyalar, arteriolalar, kapillyarlar, venulalar va mayda venalar kirsa, o‘rtacha diametrli tomirlarga magistral arteriyalar va venalar hamda ularning boshlang‘ich tarmoqlari kiradi. Yirik diametrli tomirlarga aorta va uning asosiy tarmoqlari kiradi. Bu tomirlar derma va teri osti kletchatkasida bo‘lmaydi, biroq yirik yoki o‘rta diametrli tomirlar vaskulitida kichikroq tomirlar ham u yoki bu darajada yallig‘lanish jarayoniga qo‘shilishi mumkin.

Teri vaskulitlarida ko‘pincha kichik diametrli tomirlar (derma, teri osti kletchatkasi, kamdan-kam hollarda shilliq pardalar) zararlanishi kuzatiladi. Kichik diametrli tomirlarning barcha vaskulitlari ikkita katta guruhga bo‘linadi: ANCA bilan bog‘liq va immun komplekslar vaskulitlari.

ANCA assotsirlangan vaskulitlar guruhida kasallik klinik ko‘rinishlari va patomorfologik o‘zgarishlariga qarab farqlanadi. Uning quyidagi klinik shakllari farqlanadi: mikroskopik poliangiit, poliangiit bilan kechuvchi granulomatoz va poliangiit bilan kechuvchi eozinofilli granulomatoz. Bundan tashqari, serologik tekshiruvlarga asoslanib, ANCA bilan bog‘liq vaskulitlar ANCA-musbat - mieloperoksidazaga (MPO-ANCA) va proteinaza-3 (PR3-ANCA) ga antitanalar bilan, shuningdek ANCA-manfiy turlarga bo‘linadi. Kasallikning klinik-patomorfologik shakllari ham, ANCA serotiplari ham kasallik oqibatlarini bashorat qilishda ahamiyatga ega.

Bir qator kuzatuvlarda mualliflar tizimli ANCA bilan bog‘liq vaskulitlarda terining cheklangan shikastlanishini tasvirlaydilar. Aksariyat hollarda bu dori-darmonlar keltirib chiqaradigan vaskulitlardir (dori-darmonlar keltirib chiqaradigan ANCA bilan bog‘liq vaskulit),

bunda MPO-ANCA antitanalari PR3-ANCAga qaraganda ko‘proq aniqlanadi. Tashxis qo‘yish mezoni dori vositalarini qabul qilish va terida o‘zgarishlar rivojlanishining boshlanishi o‘rtasidagi bog‘liqlikning mavjudligi, shuningdek, dori vositasining organizmga kirishi to‘xtatilgandan so‘ng toshmalarning tezda yo‘qolishi hisoblanadi [18, 19].

Neytrofillar sitoplazmasiga antitanalarning mavjudligi teri bilan chegaralangan ANCA bilan bog‘liq vaskulitni tashxislashning majburiy shartidir, chunki kasallikning klinik ko‘rinishlari xilma-xilligi bilan ajralib turadi va zararlangan tomirlarning diametri qat'iy o‘ziga xos xususiyat emas.

Anti-GBM kasalligidan tashqari barcha immun kompleks vaskulitlari teri tomirlariga ta'sir qilishi mumkin. IgA-vaskulitda (Shenleyn-Genox kasalligi, gemorragik vaskulit) va IgM/IgG vaskulitida asosan oyoqlarning postkapillyar venulalarining yallig‘lanishi kuzatiladi. Immun komplekslarning boshqa vaskulitlari uchun postkapillyar venulalarning zararlanishigina emas, balki boshqa qon tomirlarining ham zararlanishi, shuningdek tabiatan tarqoq toshmalar toshishi xarakterlidir. Tomirlar devoridagi yallig‘lanish jarayoni har xil antigenlar (infeksion agentlar, dori preparatlari va boshqalar) va ularga qarshi antitelolar hosil qilgan qonda aylanib yuradigan immun komplekslar shu devorga o‘rnashib olganidan keyin boshlanadi. Yallig‘lanish endoteliyning va atrofdagi to‘qimalarning, ekstravazatlarning, eritrotsitlarning shikastlanishiga olib keladi [20-22].

2012-yilgi Chapel-Xill nomenklaturasida Bexchet kasalligi va Kogan sindromi qon tomirlarining o‘zgaruvchan shikastlanishi bilan vaskulitlar qatoriga kiritilgan.

A'zolarga xos vaskulitlar (bitta a'zoning vaskulitlari) tizimli vaskulitlardan klinik, gistologik va patofiziologik farqlarga ega bo‘lishi kerak. A'zolarga xos vaskulitlar bo‘limida faqat "teri leykotsitoklastik vaskuliti" atamasini o‘z ichiga olgan 2012-yilgi Chapel-Xill nomenklaturasi dermatologlar ekspert guruhi tomonidan bir nechta nozologik shakllar bilan to‘ldirilgan [23].

Ushbu tasnif ko‘proq revmatologlar va morfologlar uchun mo‘ljallanganligini hisobga olgan holda, dermatologiyada amaliy maqsadlar uchun O.L. Ivanov tomonidan ishlab chiqilgan teri vaskulitlarining ishchi tasnifidan foydalaniladi. (G1 ilova) [1].

Ilgari teri bilan chegaralangan tugunli vaskulitning bir varianti deb hisoblangan tugunli eritema (L52) hozirda pannikulitlar guruhiga kiradi.

2-jadval

Teri vaskulitlari tasnifi

Klinik shakllari	Sinonimlari	Asosiy ko‘rinishlari
I. Dermal vaskulitlar		
Polimorf dermal vaskulit:	Gujero-Dyuperra sindromi, Ryuiter arterioliti, Gujero-Ryuiter kasalligi, nekrotik vaskulit, leykotsitoklastik vaskulit	
Urtikar tip	Urtikar vaskulit	Yallig‘langan dog‘lar, pufakchalar
Gemorragik tur	Gemorragik vaskulit, gemorragik leykotsitoklastik mikrobid, Shenleyn-Genox anafilaktoid purpurasi, gemorragik kapillyarotoksikoz	Petexiyalar, shishli purpura ("paypaslanadigan purpura"), ekximozlar, gemorragik pufakchalar

Papulo-nodulyar turi	Gujero tugunli dermal allergid	Yallig‘lanish tugunlari va pilakchalari, mayda shish tugunlari
Papulonekrotik tur	Verter-Dyumling nekrotik tugunli dermatiti	Markazida nekroz bo‘lgan yallig‘lanish tugunlari, "shtamplangan" chandiqlar
Yiringli-yarali turi	Yarali dermatit, gangrenoz piodermiya	Vezikulopustulalar, eroziyalar, yaralar, chandiqlar
Nekrotik-yarali turi	Yashin tezligidagi purpura	Gemorragik pufaklar, gemorragik nekroz, yaralar, chandiqlar
Polimorf tip	Uch belgili Gujero-Dyuperra sindromi, Ryuiter arteriolitining polimorf tugunli turi	Ko‘pincha pufakchalar, purpuralar va yuzaki mayda tugunlarning kombinasiyasi; har qanday elementlarning kombinasiyasi bo‘lishi mumkin
Surunkali pigment purpura:	Gemorragik pigmentli dermatozlar, Shamberg-Mayokki kasalligi	
Petexial tip	Shembergning doimiy progressiv pigmentli purpurasi, Shemberg kasalligi	Petexiyalar, gemosideroz dog‘lari
Teleangiektatik tur	Mayokki teleangiektatik purpurasi	Petexiyalar, teleangiektaziyalar, gemosideroz dog‘lari
Lixenoid turi	Gujero-Blum pigmentli purpurali lixenoid angiodermit	Petexiyalar, lixenoid papulalar, teleangiektaziyalar, gemosideroz dog‘lari
Ekzematoid turi	Dukas-Kapetanakis ekzematoid purpurasi	Petexiya, eritema, lixenifikatsiya, tangachalar, gemosideroz dog‘lari
II. Dermo-gipodermal vaskulitlar		
Livedo-angiit	Tugunli periarteriitning teri shakli, nekrozlovchi vaskulit, tugunli livedo, yarali livedo	Shoxlangan yoki to‘rsimon livedo, tugunli zichlanishlar, gemorragik dog‘lar, nekrozlar, yaralar, chandiqlar
III. Gipodermal vaskulitlar		
Tugunli vaskulit:		
O‘tkir tugunli eritema		Shishli yorqin-qizil tugunlar, artralgiyalar, isitma
Surunkali tugunli eritema	Tugunli vaskulit	Yaqqol umumiy hodisalarsiz takrorlanuvchi tugunlar

O‘tkir osti (ko‘chib yuruvchi) tugunli eritema	Vilanov-Pinol o‘zgaruvchan gipodermiyasi, Befershtedt ko‘chib yuruvchi tugunli eritemasi, Vilanov kasalligi	Periferiya bo‘ylab o‘suvchi va markazda echiladigan asimmetrik yassi tugun
Tugunli-yarali vaskulit	Nodulyar vaskulit, silga bog‘liq bo‘lmagan indurativ eritema	Yarali zich tugunlar, chandiqlar

3-jadval

Teri vaskulitlarida patologik jarayon faollik darajasining klinik va laborator tavsifi

Ko‘rsatkichlar	**Faollik darajasi**	
	I	II
Terining shikastlanishi (maydon bo‘yicha)	Cheklangan	Keng tarqalgan
Toshmalar soni	Kam	Ko‘p
Tana harorati	Normal yoki 37,5°S dan yuqori emas	37,5°S dan yuqori
Umumiy hodisalar (behollik, umumiy holsizlik, bosh og‘rig‘i, artralgiyalar, mialgiyalar va h.k.)	Yo‘q yoki ahamiyatsiz	Keskin ifodalangan
Umumiy qon tahlili		
EChT	Soatiga 25 mm gacha	25 mm/soatdan yuqori
Eritrotsitlar	Norma	3,8×1012/l dan kam
Gemoglobin	Norma	12 g% dan kam
Trombotsitlar	Norma	180×109/l dan kam
Leykotsitlar	Norma	10×109/l dan ortiq
Qonning biokimyoviy tahlili		
Umumiy oqsil	Norma	ko‘proq 85 g/l
α2-globulin	Norma	ko‘proq 12%
γ-globulin	Norma	ko‘proq 22%
C-reaktiv oqsil	Mavjud emas yoki 2+ gacha	2+ dan ortiq
Komplement	30 birlikdan yuqori	30 birlikdan past
Immunoglobulinlar	Norma	Ko‘tarilgan
Revmatoid omil	Norma	Ko‘paytirilgan tarkib
Umumiy siydik tahlili		
Proteinuriya	Yuq	Bor

Kasallikning klinik ko‘rinishi

Teri vaskulitlarining klinik koʻrinishlari nihoyatda xilma-xildir. Biroq, ushbu polimorf dermatozlar guruhini klinik jihatdan birlashtiradigan bir qator umumiy xususiyatlar mavjud [1,2,10,11]:

1. teridagi oʻzgarishlarning yalligʻlanish xarakteri;
2. toshmalarning shish, qon quyilishi, nekrozga moyilligi;
3. zararlanishning simmetrikligi;
4. sochilma elementlar polimorfizmi (odatda evolyusion);
5. birlamchi yoki asosan oyoqlarda (birinchi navbatda boldirda);
6. yondosh qon tomir, allergik, revmatik, autoimmun va boshqa tizimli kasalliklarning mavjudligi;
7. oldingi infeksiya yoki dorilarni koʻtara olmaslik bilan tez-tez bogʻliqlik;
8. oʻtkir yoki vaqti-vaqti bilan zoʻrayib turadigan kechishi.

Polimorf dermal vaskulit

Kasallik surunkali qaytalanuvchi kechishga ega boʻlib, turli morfologik koʻrinishlari bilan ajralib turadi. Toshmalar dastlab boldirda paydo boʻladi, lekin teri qoplamining boshqa qismlarida, kamroq hollarda shilliq qavatlarda ham paydo boʻlishi mumkin. Pufakchalar, har xil kattalikdagi gemorragik dogʻlar, yalligʻlanish tugunchalari va pilakchalari, yuzaki tugunlar, papulonekrotik toshmalar, pufakchalar, pufakchalar, pustulalar, eroziyalar, yuzaki nekrozlar, yaralar, chandiqlar xarakterlidir. Toshmalar ba'zan isitma, umumiy holsizlik, artralgiyalar, bosh ogʻrigʻi bilan birga keladi. Paydo boʻlgan toshma odatda uzoq vaqt (bir necha haftadan bir necha oygacha) mavjud boʻlib, qaytalanish tendensiyasiga ega.

Kasallikning klinik koʻrinishiga qarab, polimorf dermal vaskulitning turli xillari mavjud:

Polimorf dermal vaskulitning urtikar turi deyarli faqat kattalarda uchraydi (bolalar ulushiga barcha bemorlarning 1% dan ortigʻi toʻgʻri kelmaydi), 70-74% ayollar, odatda, surunkali qaytalanuvchi eshakemi koʻrinishini simulyatsiya qiladi, teri qoplamining turli qismlarida paydo boʻladigan turli oʻlchamdagi pufakchalar bilan namoyon boʻladi. Biroq, eshakemdan farqli oʻlaroq, urtikar vaskulitda pufakchalar chidamliligi bilan ajralib turadi, ular 1-3 kun davomida (ba'zan uzoqroq) saqlanib qoladi. Kuchli qichishish oʻrniga bemorlar odatda terida achishish yoki qichishish hissini sezadilar. Toshmalar koʻpincha artralgiya, ba'zan qorin ogʻrigʻi, ya'ni tizimli shikastlanish belgilari bilan birga keladi. Tekshirishda glomerulonefrit aniqlanishi mumkin. Bemorlarda eritrotsitlarning choʻkish tezligi (EChT) oshishi, gipokomplementemiya, laktatdegidrogenaza faolligining oshishi, immunoglobulinlar nisbatining oʻzgarishi kuzatiladi. Antigistamin preparatlar bilan davolash odatda samara bermaydi. Urtikar toshmalar yoʻqolgandan soʻng, yalligʻlanishdan keyingi pigmentasiya kuzatilishi mumkin. Urtikar vaskulit sistema qizil yugirigi, zardob kasalligi, virusli gepatit V, xavfli oʻsmalar singari kasalliklarda asosan badan terisi zararlanishi bilan oʻtadigan sistema vaskuliti koʻrinishida boʻlishi mumkin. [24-27].

Polimorf dermal vaskulitning gemorragik xili hammadan koʻra koʻproq uchraydi. Ushbu variantning odatiy koʻrinishi - paypaslanadigan purpura deb ataladigan - odatda boldir va oyoq kaftlarining orqa qismida joylashgan, nafaqat vizual, balki palpasiyada ham oson aniqlanadigan turli oʻlchamdagi shishgan gemorragik dogʻlar boʻlib, ular boshqa purpuralardan farq qiladi. Biroq, gemorragik turdagi birinchi toshmalar odatda pufakchalarni eslatuvchi mayda shishli yalligʻlanish dogʻlari boʻlib, tez orada gemorragik toshmaga aylanadi. Yalligʻlanish hodisalari yanada zoʻrayib boradigan boʻlsa, qoʻshilib ketgan purpura va ekximozlar ustiga gemorragik pufaklar paydo boʻlishi mumkin, bular yorib koʻrilganidan keyin chuqur eroziyalar yoki yaralar qoldiradi. Toshmalar, odatda, oyoqlarning oʻrtacha shishishi bilan birga keladi. Gemorragik dogʻlar ogʻiz boʻshligʻi va tomoq shilliq qavatida paydo boʻlishi mumkin. Boshdan kechirilgan shamollash kasalligidan keyin (odatda anginadan keyin) oʻtkir paydo boʻladigan va isitma, sezilarli artralgiyalar, qorin ogʻrigʻi va qon aralash ich kelishi bilan birga davom etadigan gemorragik toshmalar Shenleyn-Genox anafilaktoid

purpurasining (IgA vaskuliti) klinik manzarasini tashkil qiladi, u ko‘pincha bolalarda kuzatiladi. Gemorragik dog‘lar yo‘qolganidan keyin bir necha hafta davomida gemosiderin to‘planishi tufayli terining jigarrang rangi saqlanib qoladi. Katta yoshdagi bemorlarda tizimli ko‘rinishlar bolalarga qaraganda kamroq uchraydi, lekin shu bilan birga, shuni yodda tutish kerakki, 51-65% bemorlarda oshqozon-ichak traktining shikastlanishi (qorin og‘rig‘i, qon ketishi, melena), 44-63% - bo‘g‘imlarning shikastlanishi (artralgiyalar va artritlar), 20-80% - buyraklarning shikastlanishi (mikro yoki makrogematuriya) bo‘lishi mumkin [28-32].

Polimorf dermal vaskulitning papullonodulyar turi juda kam uchraydi. U yasmiq yoki mayda tanga kattaligidagi yumaloq shakldagi silliq yassi yallig‘lanish tugunchalari, shuningdek, palpasiyada og‘riqli bo‘lgan o‘rmon yong‘og‘i kattaligidagi kichik yuza noaniq chegaralangan och pushti rangli shish tugunlarining paydo bo‘lishi bilan tavsiflanadi. Toshmalar qo‘l-oyoqlarda, odatda pastki, kamdan-kam hollarda tanada joylashadi va yaqqol sub'ektiv sezgilar bilan kechmaydi.

Polimorf dermal vaskulitning papulonekrotik turi mayda yassi yoki yarim sharsimon yallig‘lanishli po‘st tashlamaydigan tugunlar bilan namoyon bo‘ladi, ularning markaziy qismida tez orada odatda qora qobiq shaklida quruq nekrotik po‘stloq hosil bo‘ladi. Po‘stloq olib tashlanganda mayda dumaloq yuzaki yarachalar ochilib qoladi, papulalar so‘rilib ketgandan keyin mayda "shtamplangan" chandiqlar qoladi. Toshmalar, odatda, oyoq-qo‘llarning yozuvchi yuzalarida joylashadi va klinik jihatdan papulonekrotik silni to‘liq simulyatsiya qiladi, ular bilan eng puxta qiyosiy tashxis o‘tkazish kerak.
Polimorf dermal vaskulitning yiringli-yarali turi odatda akne yoki follikulitga o‘xshash kichik vezikulopustulalar bilan boshlanadi, ular tezda shishgan ko‘k-qizil periferik valikning parchalanishi tufayli doimiy ekssentrik o‘sishga moil bo‘lgan yarali o‘choqlarga aylanadi. Zararlanish terining har qanday sohasida, ko‘pincha boldirda, qorinning pastki yarmida joylashishi mumkin. Yaralar bitgandan keyin yallig‘lanish rangini uzoq vaqt saqlaydigan yassi yoki gipertrofik chandiqlar qoladi.

Nekrotik-yarali turi polimorf dermal vaskulitning eng og‘ir variantidir. U o‘tkir (ba'zan yashin tezligida) boshlanadi va keyinchalik cho‘zilib ketadi (agar jarayon tez o‘lim bilan tugamasa). Yallig‘langan qon tomirlarining o‘tkir trombozi tufayli terining u yoki bu qismida nekroz bilan namoyon bo‘ladigan nekroz (infarkt) paydo bo‘ladi, bu katta qora qatqaloq ko‘rinishida namoyon bo‘ladi, uning paydo bo‘lishidan oldin katta gemorragik dog‘ yoki pufak bo‘lishi mumkin. Jarayon odatda bir necha soat ichida rivojlanadi, kuchli og‘riqlar va isitma bilan kechadi. Zararlanish ko‘pincha oyoqlarda va dumbalarda joylashadi. Yiringli-nekrotik po‘stloq uzoq vaqt saqlanib qoladi. U ko‘chib tushgandan keyin hosil bo‘lgan yaralar har xil kattalikda va shaklda bo‘lib, yiringli ajralma bilan qoplangan, juda sekin chandiqlanadi.

Polimorf turi dermal vaskulitning boshqa turlariga xos bo‘lgan turli xil toshma elementlarining kombinasiyasi bilan tavsiflanadi. Ko‘pincha shishli yallig‘lanish dog‘lari, purpuroz xarakterdagi gemorragik toshmalar va yuzaki shishli mayda tugunlarning kombinasiyasi qayd etiladi, bu uch simptomli Gujero-Dyupper sindromi va unga o‘xshash polimorf-nodulyar Ryuiter arteriolitining klassik ko‘rinishini tashkil qiladi.

Surunkali pigment purpura - so‘rg‘ichsimon kapillyarlarni zararlaydigan surunkali dermal kapillyarit. Klinik xususiyatlariga qarab uning quyidagi turlari (xillari) ajratiladi:
Surunkali pigmentli purpuraning petexial turi (Shambergning doimiy progressiv pigmentli purpuri) - bu guruhning asosiy kasalligi bo‘lib, uning boshqa shakllari uchun boshlang‘ich bo‘lib, shishsiz (petexiyalar) ko‘plab mayda (nuqtali) gemorragik dog‘lar bilan tavsiflanadi, natijada har xil kattalikdagi va shakldagi doimiy jigarrang-sariq gemosideroz dog‘lari paydo bo‘ladi; toshmalar ko‘pincha oyoqlarda joylashadi, sub'ektiv his-tuyg‘ular bilan birga kelmaydi, deyarli faqat erkaklarda paydo bo‘ladi.

Surunkali pigmentli purpuraning teleangiektatik turi (Mayokkining teleangiektatik purpuri) ko‘pincha o‘ziga xos medalon dog‘lar bilan namoyon bo‘ladi, ularning markaziy zonasi mayda teleangiektaziyalardan (bir oz atrofik terida), periferik zonasi esa gemosideroz fonida mayda petexiyalardan iborat.
Surunkali pigmentli purpuraning lixenoid turi (pigmentli purpuroz lixenoid Gujero-Blyum angiodermit) tarqalgan mayda lixenoid yaltiroq, deyarli tana rangidagi tugunlar, petexial toshmalar, gemosideroz dog‘lari va ba'zan mayda teleangiektaziyalar bilan tavsiflanadi.
Surunkali pigmentli purpuraning ekzematoid turi (Dukas-Kapetanakis ekzematoid purpuri) o‘choqlarda petexiyalar va gemosiderozdan tashqari, qichishish bilan kechadigan ekzematizatsiya hodisalari (shishlar, tarqoq qizarish, papulovezikulalar, po‘stloqlar) paydo bo‘lishi bilan ajralib turadi.
Kriochuqurlanishda paypaslanadigan purpura terining past harorat ta'siriga uchragan joylarida (qo‘l, oyoq, quloq, burun, lunj) rivojlanadi (kriochuqurlanishli vaskulit).
Livedo-angiit - dermo-gipodermal vaskulit bo‘lib, deyarli faqat ayollarda, odatda balog‘at yoshida paydo bo‘ladi.
Uning birinchi alomati turg‘un livedo - oyoqlarda, kamroq hollarda bilaklarda, qo‘llarda, yuzda va tanada g‘alati ilmoqli to‘r hosil qiluvchi turli o‘lcham va shakldagi ko‘kimtir dog‘lardir. Dog‘larning rangi sovitilganda keskin kuchayadi. Vaqt o‘tishi bilan livedo intensivligi yanada yaqqolroq namoyon bo‘ladi, uning fonida (asosan to‘piq va oyoq kaftining orqa qismida) mayda qon quyilishlar va nekrozlar paydo bo‘ladi, yaralar hosil bo‘ladi. Og‘ir hollarda livedodagi yirik ko‘kimtir-qizg‘ish dog‘lar fonida og‘riqli tugunli zichlanishlar hosil bo‘lib, ular keng nekrozga uchraydi va keyinchalik sekin bitadigan chuqur yaralar hosil bo‘ladi. Yaralar bitgandan keyin giperpigmentasiya zonasi bo‘lgan oqish chandiqlar qoladi.
Baland ko‘tarilib turadigan eritema aksari 40-60 yashar odamlarda boshlanadi. Kasallikning OIV infeksiyasi, IgA-gammopatiya, autoimmun kasalliklar, V-hujayrali limfoma, vaboga qarshi emlash bilan bog‘liqligi tasvirlangan. Qo‘l va oyoqlarning yozuvchi yuzalarida, asosan periartikulyar (tirsak va tizza bo‘g‘imlari proeksiyasida, panjalarda) joylashgan yumaloq zich papulalar yoki qizil-jigarrang yoki binafsha rangli tugunlar bilan ifodalangan simmetrik toshmalar xarakterlidir. Kamdan-kam hollarda vezikulyoz-bullyoz va pustulyoz elementlar uchraydi. Bemorlar toshma sohasidagi terining qichishishi, achishishi yoki og‘rig‘idan shikoyat qilishlari mumkin. Kasallik uchun qaytalanuvchi kechish xos bo‘lib, uning og‘irlik darajasi to‘lqinsimon o‘zgarishi mumkin. Aksariyat hollarda 5-10 yildan so‘ng bemor o‘z-o‘zidan sog‘ayib ketadi, ba'zan residivlar o‘n yillab davom etadi. Eozinofiliya bilan og‘rigan yuz granulyomasi va ko‘tarilib turuvchi turg‘un eritema anatomik joylashuvi jihatidan bir-biridan farq qiladigan bir xil kasalliklardir, degan taxminlar bor.
Teri jarayonining faolligiga qarab, teri bilan chegaralangan vaskulitlarning ikki darajadagi faolligi ajratiladi:
I daraja. Terining shikastlanishi cheklangan xarakterga ega, umumiy simptomlarning yo‘qligi (isitma, bosh og‘rig‘i, umumiy holsizlik va boshqalar), boshqa a'zolarning patologik jarayonga qo‘shilish belgilari yo‘q, laboratoriya ko‘rsatkichlari - me'yoriy qiymatlardan sezilarli og‘ishlarsiz.
II daraja. Jarayon tarqoq xarakterga ega bo‘lib, umumiy simptomatika kuzatiladi, tizimli jarayon belgilari (artralgiya, mialgiya, neyropatiya va boshqalar) aniqlanadi. Laborator ko‘rsatkichlarda EChT tezlashishi, gipergammaglobulinemiya, SRO, ASLO oshishi, koagulogrammadagi o‘zgarishlar, qonda D-dimerning yuqori konsentrasiyasi va qonning reologik ko‘rsatkichlaridagi o‘zgarishlar, proteinuriya qayd etildi.

Shikoyat va anamnez:

Odatda toshmalar sub'ektiv simptomatika bilan kechmaydi. Nekrozlar hosil bo‘lganda, terining yarali shikastlanishlarida bemorlar toshmalar sohasida og‘riq sezishlari mumkin. Livedo-angiitda bemorlar sovqotish, oyoq-qo‘llarda tortuvchi og‘riqlar, tugunlar va yaralarda kuchli pulsasiyalanuvchi og‘riqlarni his qilishlari mumkin.

Jismoniy tekshiruv:

- Terini vizual tekshirish tavsiya etiladi.
  Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi S (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)
  Izohlar: *Terini vizual tekshirishda toshmalarning joylashuvi va ularning tabiati baholanadi.*
- Zararlanish o‘choqlarida terini paypaslash tavsiya etiladi.
  Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi S (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)
  Izoh: *Teri palpasiyasida toshma elementlarining konsistensiyasi, og‘riq bor-yo‘qligi baholanadi.*

Diagnostika usullari, yondashuvlari va proseduralari

Laborator tekshiruvlar vaskulit bilan og‘rigan bemorning umumiy holatini baholash, kasallikning faollik darajasini baholash, teri bilan chegaralangan vaskulitlarning alohida shakllarini tashxislash, tizimli vaskulitlarni aniqlash yoki istisno qilish uchun o‘tkaziladi.

Laboratoriya tekshiruvlari

C 5	• Umumiy qon tahlili • Zaxmga skrining testlari quyidagilardan biri: RMP, RPR, KSR

Izohlar: Kasallik faolligining 2-darajasida EChT oshadi.

C 5	Vaskulitning faollik darajasini aniqlash uchun qonning biokimyoviy, umumiy terapevtik tahlillarini o‘tkazish tavsiya etiladi.

Izohlar: Kasallik faolligining 2-darajasida qon tahlilining biokimyoviy, umumiy terapevtik ko‘rsatkichlarida o‘zgarishlar bo‘lishi mumkin.

C 5	Vaskulitning faollik darajasini aniqlash uchun qondagi immunoglobulinlar darajasini tekshirish tavsiya etiladi.

Kasallik faolligining 2-darajasida gipergammaglobulinemiya aniqlanishi mumkin.

C 5	Vaskulitning faollik darajasini aniqlash uchun qondagi komplement va uning fraksiyalari miqdorini tekshirish tavsiya etiladi.

Izohlar: Kasallik faolligining 2-darajasida qondagi komplement va uning fraksiyalari miqdorining o‘zgarishi aniqlanishi mumkin. Qondagi komplement va uning fraksiyalari miqdorini tekshirish qondagi komplement miqdorining o‘zgarishi xos bo‘lgan vaskulitlar (gipokomplementar vaskulitlar) diagnostikasi uchun ham zarur.

C 5	Vaskulitning faollik darajasini aniqlash uchun qon zardobidagi C-reaktiv oqsil darajasini tekshirish tavsiya etiladi.

Izohlar: 2-darajali faollikda kasallik kuchayishi mumkin
qon zardobidagi C-reaktiv oqsil darajasi

C 5	Vaskulitning faollik darajasini aniqlash uchun qondagi revmatoid omil miqdorini aniqlash tavsiya etiladi.

Izohlar: Kasallik faolligining 2-darajasida qonda revmatoid omil aniqlanishi mumkin.

C 5	Genetik determinasiyalangan trombofiliyalarni (Leyden mutasiyasi va boshqalar) aniqlash uchun tekshiruvga ko‘rsatmalarni aniqlash uchun qonda D-dimer konsentrasiyasini aniqlash tavsiya etiladi.

Izohlar: Qonda D-dimer konsentrasiyasining keskin va uzoq muddatli oshishi bemorda genetik jihatdan aniqlangan trombofiliyalar mavjud bo‘lishi mumkinligini ko‘rsatadi

C 5	Gemostaz buzilishlarini aniqlash uchun tavsiya etilgan koagulogramma

Izohlar: Teri bilan chegaralangan vaskulitlarda, ayniqsa kasallikning gemorragik turida, dori-darmonlar bilan davolashni talab qiladigan gemostaz buzilishlari kuzatilishi mumkin.

C 5	Teri bilan chegaralangan vaskulitlar bilan og‘rigan bemorlarga qonda gepatit B virusi (Hepatitis B virus) antigenini (HbsAg) va gepatit C virusiga (Hepatitis C virus) qarshi antitanalarni aniqlash tavsiya etiladi.

Izohlar: Teri bilan chegaralangan vaskulitlarning rivojlanishi gepatit B va C viruslari infeksiyasi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin

C 5	Teri bilan chegaralangan vaskulitlar bilan og‘rigan bemorlar qonida odam immunitet tanqisligi virusi OIV-1 (Human immunodeficiency virus HIV 1) va OIV-2 (Human immunodeficiency virus HIV 2) ga qarshi M, G (IgM, IgG) sinfidagi antitanachalarni aniqlash tavsiya etiladi.

Izohlar: Teri bilan chegaralangan vaskulitlarning rivojlanishi odam immunitet tanqisligi virusi OIV-1 va OIV-2 infeksiyasi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin

C 5	• Turli usullar, jumladan PZR, T-SPOT va kvantiferon testi yordamida sil kasalligiga qon tahlili • Sarkoidozni istisno qilish maqsadida qondagi angiotenzinga aylantiruvchi ferment (AAF) darajasini aniqlash.

C 5	Teri bilan chegaralangan vaskulitlar bilan og‘rigan bemorlarga umumiy (klinik) siydik tahlili tavsiya etiladi.

Izohlar: Kasallik faolligining 2-darajasida qonda siydikning umumiy (klinik) tahlilida o‘zgarishlar bo‘lishi mumkin. Umumiy siydik tahlilining o‘zgarishi tizimli vaskulitda buyrak shikastlanishining belgisi bo‘lishi mumkin.

C 5	Teri bilan chegaralangan vaskulitlar bilan og‘rigan bemorlarga ANCA bilan bog‘liq vaskulitlarning markerlarini aniqlash tavsiya etiladi: PR3 (c-ANCA), MPO (p-ANCA)

Izohlar: PR3 ANCA bilan bog‘liq vaskulit markerlarini aniqlash
(c-ANCA) va MPO (p-ANCA) vaskulit tashxisini tasdiqlaydi

C 5	Qonda D-dimer konsentrasiyasi keskin va uzoq vaqt oshib ketganda genetik determinasiyalangan trombofiliyalarni (Leyden mutasiyasi va b.)

C 5	Tegishli shikoyatlar, tizimli klinik ko‘rinishlar va laboratoriya faolligi, buyraklar, bo‘g‘imlarning shikastlanish belgilari mavjud bo‘lganda, tashxisda "tizimli elementlar bilan angit" nomini ko‘rsatish tavsiya etiladi va keyinchalik qo‘shimcha tekshiruv va davolash uchun ixtisoslashtirilgan nefrologiya va revmatologiya bo‘limlariga yuborilishi kerak.

C 5	Boshqa teri kasalliklari bilan qiyosiy tashxis o‘tkazish zarur bo‘lganda, zararlanish o‘chog‘idan olingan terining biopsiya (jarrohlik) materialini patologoanatomik tekshirish tavsiya etiladi.

Izohlar: Teri bioptatini morfologik tekshirishda qon tomirlari endoteliysining shishishi va proliferasiyasi, tomir devorlari va ularning atrofida limfotsitlar, gistiotsitlar, neytrofillar, eozinofillar va boshqa hujayra elementlarining infiltrasiyasi, leykotsitoklaziya hodisalari (leykotsitlar yadrolarining "yadro changi" hosil bo‘lishiga qadar parchalanishi), tomir devorlari va ularning atrofidagi to‘qimalarning to‘liq yoki segmentar nekrozgacha bo‘lgan fibrinoid o‘zgarishlari, eritrotsitar ekstravazatlarning mavjudligi aniqlanadi. Angiit (vaskulit) ning asosiy patomorfologik mezoni tomir devorining izolyatsiyalangan yallig‘lanish belgilarining mavjudligi hisoblanadi [1,2, 35-39].

Polimorf dermal vaskulitning urtikar turiga yakuniy tashxis terining patogistologik tekshiruvidan so‘ng qo‘yiladi, bunda leykotsitoklastik vaskulit manzarasi aniqlanadi [25-27].

Krioglobulinemik vaskulit postkapillyar venulalar (kamroq hollarda kichik venalar va arteriolalar) leykotsitoklastik vaskulitining rivojlanishi va zararlangan tomirlarda krioglobulin depozitlarining to‘planishi bilan tavsiflanadi [40, 41].

Ko‘tarilgan doimiy eritema - bu neytrofil dermatoz (vaskulit bilan dermaning shikastlanishi sifatida tasniflanadi), unda surunkali mahalliy fibrozlanuvchi leykotsitoklastik vaskulit kuzatiladi. Teridagi o‘zgarishlar postkapillyar venulalarning zararlanishidan boshlanadi (tomirlar devorida fibrin to‘planib qolishi, leykotsitoklaziya), devorlarida ko‘pincha immun komplekslardan iborat depozitlar topiladi. Perivaskulyar infiltratlar aralash bo‘lib, neytrofil granulotsitlar (har doim mavjud), gistiotsitlar, plazmatik hujayralar va eozinofillarni o‘z ichiga oladi. Dastlabki bosqichlarda so‘rg‘ichsimon dermaning sezilarli shishi rivojlanadi, bu klinik jihatdan ba'zan vezikulyatsiya deb noto‘g‘ri baholanadi. Keyinchalik perivaskulyar infiltratlarda gistiotsitlar soni ko‘payadi, duksimon hujayralar proliferasiyasi kuzatiladi, tomirlar fibrozi rivojlanadi.

C 5	Boshqa teri kasalliklari bilan qiyosiy tashxis o‘tkazish zarur bo‘lganda, immunoflyuoressent usullarni qo‘llagan holda terining biopsiya (jarrohlik) materialini patologoanatomik tekshirish tavsiya etiladi.

Izohlar: IgA-vaskulit tashxisini tasdiqlash uchun trombotsitopeniya va koagulopatiya bo‘lmaganda, oyoq terisida joylashgan palpasiya qilinadigan purpura ko‘rinishidagi toshmalar va quyidagi shartlardan biri bo‘lishi shart: 1) qorin og‘rig‘i; 2) IgA bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri immunoflyuoressensiya reaksiyasi musbat; 3) artrit yoki artralgiya; 4) buyraklar zararlanishi (gematuriya yoki proteinuriya).

C 5	• Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IHA, Immunoblot IgG va IgM • Najasning umumiy tahlili

Instrumental tadqiqotlar:

C 5	Tomirlar doplerografiyasi

C 5	Dermatoskopiya

C 5	Ichki organlarning ultratovush tekshiruvi

Mutaxassislar maslahati uchun ko‘rsatmalar

C 5	Tomirlarning yallig‘lanishli shikastlanishining tizimli xususiyatini istisno qilish zarur bo‘lganda revmatolog, terapevt/pediatr maslahatlari tavsiya etiladi. Gematolog, qon tomir jarrohi maslahati tavsiya etiladi.

Differensial tashxis:

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-jadval

Teri vaskulitlarining differensial diagnostikasi

Vaskulit turi	Tomirlar turi	Klinik ko‘rinishlari	Gistologiya	Aloqador holatlar / Triggerlar
Leykositoklastik vaskulit	Mayda tomirlar	Paypaslanadigan purpura, ko‘pincha oyoqlarda; qichishish, achishish bo‘lishi mumkin	Neytrofil bo‘laklari bilan nekrotik vaskulit	Infeksiyalar, dorilar, autoimmun kasalliklar, YuIK
Urtikar vaskulit	Mayda tomirlar	Barqaror eshakemi (>24 soat), achishish, giperpigmentasiya	Perivaskulyar infiltrasiya bilan vaskulit	Tizimli qizil yugurik, gipokomplementemiya
Krioglobulinemik vaskulit	Mayda tomirlar	Paypaslanadigan purpura, akrotsianoz, yaralar, nekroz	Immun komplekslar bilan vaskulit	Gepatit C, monoklonal gammopatiyalar

Vaskulit turi	Tomirlar turi	Klinik ko‘rinishlari	Gistologiya	Aloqador holatlar / Triggerlar
Terining chegaralangan angiiti	O‘rtacha tomirlar	Tugunlar, og‘riqli infiltratlar, nekroz, yaralar, to‘rsimon livedo	O‘rta arteriyalarning nekrotik vaskuliti	Idiopatik, viruslar, autoimmun jarayonlar
Vegener granulomatozi (teri bilan chegaralangan)	Mayda tomirlar	Papulalar, tugunlar, nekrotik yaralar, ba'zan purpura	Granulomatoz yallig‘lanish bilan vaskulit	ANCA-ijobiy, tizimli o‘zgarishlarsiz bo‘lishi mumkin
Shenleyn-Genox IgA-teri vaskuliti	Mayda tomirlar	Paypaslanadigan purpura (ayniqsa bolalarda), ko‘pincha simmetrik, oyoqlarda	Derma tomirlaridagi IgA depozitlari	Infeksiyalar, dorilar, ko‘pincha bolalarda
Yuqori sezuvchanlik vaskuliti	Mayda tomirlar	Purpura, dog‘lar, pufakchalar, qichishish, ko‘pincha dori qabul qilgandan keyin	Leykositoklastik vaskulit	Dorilar, allergenlar, infeksiyalar

5-jadval

Teri vaskulitlarini boshqa kasalliklar bilan qiyosiy tashxislash

Holati / Kasalligi	Teri vaskulitidan asosiy farqlar	Qo‘shimcha tadqiqotlar
Shamberg purpurasi (pigmentli purpur)	Oyoqlarda surunkali jigarrang dog‘lar, yallig‘lanishsiz, paypaslanmaydi	Biopsiya: leykotsitoklastik vaskulit yo‘qligi
Trombositopeniya (masalan, ITP)	Petexiya, purpura, NO, qon tomir yallig‘lanishisiz, ko‘pincha tarqalgan	Umumiy qon tahlili: ↓ trombotsitlar
Eykardi-Guter sindromi	Purpura, nekrozlar, gemorragiyalar, tizimli simptomlar bilan birga keladi	Koagulogramma: ↑ D-dimer, ↓ fibrinogen, ↑ PV
Emboliyalar (xolesterinli, septik)	Ko‘pincha keksalarda nekroz bilan bo‘lishi mumkin bo‘lgan mahalliy og‘riqli o‘choqlar	ExoKG, angiografiya, biopsiya: tomirlardagi embollar
Antifosfolipid sindromi	Tomir yallig‘lanish belgilarisiz livedo, yaralar, trombozlar, nekrozlar	Antifosfolipid antitanalar (aCL, LA, β2-GPI)
psevdovaskulit (masalan, kalsifilaksiya)	Ko‘pincha yallig‘lanish komponenti bo‘lmagan SBK bilan og‘rigan bemorlarda yaralar, nekrozlar, og‘riq	Kalsiy, fosfor, paratgormon, biopsiya: qon tomir kalsinozi

Holati / Kasalligi	Teri vaskulitidan asosiy farqlar	Qo‘shimcha tadqiqotlar
Eshakem	Pufakchalar, <24 soatda yo‘qoladi, purpura yo‘q	Klinikasi, provokasion sinama o‘tkazilishi mumkin
Purpurali sepsis (Waterhouse-Friderichsen)	Nekrotik purpura, shok, organ yetishmovchiligi	Ekma uchun qon, koagulogramma, umumiy qon tahlili
Pirogen granulema	Tez o‘suvchi qon tomir tuguni, ko‘pincha jarohatdan keyin	Klinikasi, dermatoskopiyasi, gistologiyasi (tomir proliferasiyasi)
Ko‘p shaklli eritema	Nishonsimon elementlar, ko‘pincha qo‘llarda, simmetrik, gerpes bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin	Klinikasi, anamnezi (virusli infeksiyalar, dori-darmonlar)
Vaskulopatiya (masalan, livedoid vasculopathy)	Og‘riqli yaralar, atrofik chandiqlar, yallig‘lanishsiz trombotik komponent	Biopsiya: leykotsitoklaziyasiz fibrinoid nekroz, AFS tekshiruvi

Ambulator va stasionar darajadagi davolash taktikasi:

Konservativ davolash

C 5	• Teri vaskulitining u yoki bu shaklini davolashda klinik tashxis, jarayon bosqichi va uning faollik darajasi, shuningdek, yondosh patologiyani hisobga olish tavsiya etiladi. • Qo‘llaniladigan dori terapiyasi yallig‘lanish reaksiyasini bostirishga, teridagi mikrotsirkulyatsiyani normallashtirishga va mavjud asoratlarni davolashga qaratilgan bo‘lishi kerak. • Yotoq rejimi kasallik regressiv bosqichga o‘tgunga qadar saqlanishi kerak.

C 5	Teri vaskulitini qo‘llab-quvvatlash va uning kechishini yomonlashtirishi mumkin bo‘lgan aniqlangan hamroh kasalliklarni (surunkali infeksiya o‘choqlari, masalan, surunkali tonzillit, gipertoniya kasalligi, qandli diabet, surunkali venoz yetishmovchilik, bachadon fibromiomasi va boshqalar) tuzatish yoki tubdan bartaraf etish tavsiya etiladi.Vaskulitlar biron-bir umumiy kasallik (tizimli vaskulit, biriktiruvchi to‘qimaning diffuz kasalligi, leykoz, xavfli o‘sma va boshqalar) sindromi sifatida namoyon bo‘lgan hollarda, birinchi navbatda, asosiy jarayonni to‘liq davolash ta'minlanishi kerak.

Dori-darmonlar bilan davolash.

O‘zbekiston Respublikasida bepul tibbiy yordamning kafolatlangan hajmi doirasida va majburiy ijtimoiy tibbiy sug‘urta tizimida ro‘yxatdan o‘tkazilmagan dori vositalarining klinik protokolga kiritilishi xarajatlarni qoplashga asos bo‘lmaydi.

6-jadval

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (qo‘llanilish ehtimoli 100%):

Dori vositasi guruhi	Dori vositasining xalqaro nomi	Qo‘llash usuli	Dalil darajasi

Mahalliy glyukokortikosteroidlar	Mometazon 0,1%	krem yoki malham, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar kuniga 1 marta zararlanish o‘choqlariga surtiladi	C https://www.rodv.ru
	Betametazon 0,1%	krem yoki malham, kuniga 2 marta gacha zararlanish o‘choqlariga surtiladi	C https://www.rodv.ru
	Metilprednizolona aseponat 0,1%	krem yoki malham, kuniga 1-2 marta o‘choqlarga surtish uchun	C https://www.rodv.ru
	Klobetazol 0,05%	krem yoki malham, kuniga 1-2 marta o‘choqlarga surtish uchun	C https://www.rodv.ru
Sirtga qo‘llaniladigan angioprotektorlar va mikrotsirkulyatsiya korrektorlari	Trokserutin 2%	gel, kuniga 2 marta	B https://www.rodv.ru
Sirtga qo‘llaniladigan antikoagulyantlar	Geparin natriya	malham, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar kuniga 2-3 marta, o‘rtacha 3 kundan 14 kungacha	B https://www.rodv.ru
Tizimli glyukokortikosteroidlar	Prednizolon	30-50 mg/sutka og‘iz orqali asosan ertalabki soatlarda 2-3 hafta davomida, keyinchalik dozani haftasiga 1 tabletkadan asta-sekin kamaytirish orqali	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
	Betametazon	Urtikar vaskulitni davolash uchun: 0,5-1,0 mg/kg/kun; terapevtik ta'sirga erishilgandan so‘ng, preparat dozasi tezda kamaytiriladi.	A https://www.bad.org.uk/pils/cutaneous-vasculitis/ https://www.hopkinsvasculitis.org/vasc

			ulitis-treatments/glucocorticoids/ https://ard.bmj.com/content/81/7/889
	Deksametazon	No3-5 haftada 1 marta 2 ml dan mushak orasiga dozani asta-sekin kamaytirish va yuborish oralig‘ini uzaytirish bilan.	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
Angioprotektorlar va mikrotsirkulyatsiya korrektorlari	Pentoksifillin	100 mg og‘iz orqali kuniga 3 marta 1-2 oy davomida	A https://www.rodv.ru
Venotonik va venoprotektor vositalar	Gesperidin+diosmin	500 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 1-2 oy davomida	B https://www.rodv.ru

Eslatma: Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.
Terini namlash uchun preparatlar (emulsiyalar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va pardoz-andoz vositalari, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zarurat bo‘lganda qo‘llanilishi mumkin.
Agar shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda ma'lum bir guruhdagi zarur preparat bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan dorilar) buyurishi mumkin. Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud imkoniyatlardan kelib

7-jadval

Asosiy dori vositalari ro‘yxati (ishlatilish ehtimoli 100% dan kam):

Dori vositasi guruhi	Dori vositasining xalqaro nomi	Qo‘llash usuli	Dalil darajasi
	Nimesulid	100 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik	B https://www.rodv.ru

Nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar		sutkalik dozaning kamayishi bilan	
	Meloksikam	7,5 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik sutkalik dozaning kamayishi bilan	B https://www.rodv.ru
	Indometasin	25 mg og‘iz orqali kuniga 3-4 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik sutkalik dozaning kamayishi bilan	B https://www.rodv.ru
	Diklofenak	50 mg og‘iz orqali kuniga 3 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik sutkalik dozaning kamayishi bilan	B https://www.rodv.ru
Antibakterial preparatlar	Siprofloksasin	250 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 10-14 kun davomida	B https://www.rodv.ru
	Doksisiklin	100 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 10-14 kun davomida	B https://www.rodv.ru
	Azitromisin	500 mg og‘iz orqali kuniga 1 marta 3 kun davomida	B https://www.rodv.ru
	Ofloksasin	400 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 10-14 kun davomida	B https://www.rodv.ru
	Amoksisilin + klavulanovaya kislota	875+125 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 10-14 kun davomida	B https://www.rodv.ru
Bezgakka qarshi dorilar	Gidroksixloroxin	200 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 oy davomida, qonning hujayraviy tarkibi ko‘rsatkichlarini nazorat qilish bilan bir oyda 1 marta	A https://www.rodv.ru
	Xloroxin	250 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 1 oy, keyin 250 mg kuniga 1 maxal 1–2 oy davomida, hujayra tarkibi ko‘rsatkichlari nazorat ostida qon 1 oyda 1 marta	A https://www.rodv.ru
Antigistamin preparatlar	Levositerizin	5 mg og‘iz orqali kuniga 1 marta 14 kun davomida	B https://www.rodv.ru

	Dezloratadin	5 mg og‘iz orqali kuniga 1 marta 14 kun davomida	B https://www.rodv.ru
	Feksofenadin	180 mg og‘iz orqali kuniga 1 marta 14 kun davomida	B https://www.rodv.ru
	Ebastin	14 kun davomida kuniga 10 mg dan og‘iz orqali	B https://www.rodv.ru
	Setirizin	14 kun davomida kuniga 10 mg dan og‘iz orqali	B https://www.rodv.ru
Immunodepressantlar	Azatioprin	50 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 oy davomida, qon ko‘rsatkichlari nazorati ostida (qonning to‘liq tahlili, shu jumladan trombotsitlar darajasini aniqlash, shuningdek, zardobli jigar transaminazalari, ishqoriy fosfataza va bilirubin darajasini aniqlash) oyiga 1 marta	B https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
	Siklofosfamid	venaga 15 mg/kg dan 2 haftada 1 marta, jami 2-3 marta yuboriladi, so‘ngra 2 mg/kg/sutkasiga (200 mg/sutkadan ko‘p emas) 3-12 oy davomida yuboriladi.	C https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
	Mikofenolat mofetil	Boshlang‘ich doza 250 mg kuniga ikki marta, bir oylik terapiyadan so‘ng yaxshilanish bo‘lmasa, kuniga ikki marta 1-1,5 g gacha ko‘tarilishi mumkin (kuniga ko‘pi bilan 3 g).	B https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
Kalsinevrin ingibitorlari	Siklosporin A	Siklosporinning boshlang‘ich dozasi kuniga 2,5 dan 3 mg/kg tana vazniga 2 marta qabul qilinadi. Og‘ir holatlarda, zarurat tug‘ilganda, preparat dozasi maksimal darajagacha - kuniga 1 kg tana vazniga 5 mg gacha oshirilishi mumkin. Ijobiy natijaga erishilganda, dozani asta-sekin kamaytirib, butunlay bekor qilish kerak.	B https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/

Endotelin retseptorlari antagonistlari	Kolxisin	0,5-0,6 mg dan kuniga 2 mahal ichish uchun. Ba'zi hollarda dozani kuniga 1,5 mg gacha oshirish mumkin, bu qabullarga bo‘linadi.	C https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
Antimetabolitlar (folat kislota analoglari)	Metotreksat	7,5-25 mg haftada bir marta og‘iz orqali yoki teri ostiga yuboriladi. Odatda past dozadan boshlab, kerak bo‘lganda asta-sekin oshirib boriladi.	B https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
Silga qarshi sulfon guruhi vositasi	Dapson	50-100 mg dan kuniga bir mahal ichish uchun. Ba'zi hollarda sutkasiga 150 mg gacha doza qo‘llanilishi mumkin.	C https://ijdvl.com/vasculitis-approach-to-diagnosis-and-therapy/
Antikoagulyantlar (gematolog nazorati ostida)	Nadroparin kalsiya	teri ostiga 0,3 ml dan kuniga 2 marta, 2-4 hafta davomida	C https://www.rodv.ru
	Enoksaparin	2000 TB teri ostiga rivaroksabanga o‘tish bilan kuniga 10-20 mg dan XNM nazorati ostida	C https://www.rodv.ru
	Dabigatrana eteksilat	kuniga 75 mg per os	C https://www.rodv.ru
	Apiksaban	2,5 mg dan kuniga 2 marta ichish uchun	C https://www.rodv.ru
Antiagregantlar	Dipiridamol	25 mg dan kuniga 3 mahal 1-2 oy davomida	C https://www.rodv.ru
Antiseptik va dezinfeksiyalovchi vositalar	Sulfatiazol serebra 2%	krem kuniga 2-3 marta yara yuzasiga surtiladi, qo‘llash davomiyligi 60 kundan oshmasligi kerak.	C https://www.rodv.ru
	Xlorgeksidin	zararlangan joylarga sutkasiga 2-3 marta	C https://www.rodv.ru
	Kalamin 15%	zararlangan joylarga sutkasiga 2-3 marta	C https://www.rodv.ru

	Sindol 12.5%	Tashqarida. Qo‘llashdan oldin chayqating. Preparat bilan ho‘llangan tampon bilan terining zararlangan joylariga kuniga 2-3 marta suspenziya surtiladi.	C https://www.rodv.ru
	Metilenoviy siniy	zararlangan joylarga sutkasiga 2-3 marta	C https://www.rodv.ru
	Fukorsin	Tashqarida. Eritma terining zararlangan joylariga paxta tamponi yoki mazok yordamida kuniga 2-4 marta surtiladi. Suyuqlik qurigandan so‘ng ishlov berilgan joyga surtma va pastalar surtish mumkin.	C https://www.rodv.ru
Proteolitik fermentlar *(yuzasida ko‘p miqdorda yiringli ajralma va nekrotik massalar bo‘lgan yara nuqsonlarini davolash uchun)*	Tripsin+ximotripsin	mahalliy va sirtga qo‘llash uchun eritma tayyorlash uchun liofilizat - proteolitik fermentlar bilan applikasiyalar malhamli bog‘lam (steril)	C https://www.rodv.ru
Tashqi vositalar	Betametazon+gentamisin	krem yoki malham, kuniga 1-2 marta klinik yaxshilanish boshlangunga qadar	C https://www.rodv.ru
	Klioxinol+flumetazon	malham, shikastlanish o‘choqlariga klinik yaxshilanish boshlangunga qadar kuniga 2 marta surtiladi, qo‘llash davomiyligi 2 haftadan oshmasligi kerak.	C https://www.rodv.ru
	Mupirosin 1 %	krem, zararlanish o‘choqlariga sutkasiga 2 marta, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar surtiladi, qo‘llash davomiyligi 2 haftadan oshmasligi kerak.	C https://www.rodv.ru
	Levomekol	sirtga, yupqa tekis qatlam bilan to‘g‘ridan-to‘g‘ri zararlangan yuzaga surtib, uni to‘liq yopib, kuniga 1-2 marta, har kuni 5-10 kun davomida	C https://www.rodv.ru

Dezintoksikatsion terapiya uchun preparatlar Proton nasosi ingibitorlari	Dekstran	infuziya uchun eritma 200-400 ml v/i tomchilab kuniga 1 marta No7-10	C https://www.rodv.ru
	Laktat natriya+ sorbitol+ xlorid kaliya+ MgCl2, NaCl, CaCl2	Kattalarda v/i tomchilab daqiqasiga 40-60 tomchi tezlikda. 3-5 kun davomida tana vazniga 6-7 ml/kg	C https://www.rodv.ru
Makro- va mikroelementlar kombinasiyalarida	Omeprazol	20 mg dan kuniga 2 mahal ichish uchun 4-8 hafta davomida.	C https://www.rodv.ru
Dezintoksikatsion terapiya uchun preparatlar	Kaliya i magniya asparaginat	infuziya uchun eritma 200-400 ml v/i tomchilab kuniga 1 marta No7-10	C https://www.rodv.ru
Korrektori metabolizma kostnoy i xryashevoy tkani v kombinasiyax	Kalsiya karbonat + kolekalseferol	1 jadval bo‘yicha kuniga 3 marta og‘iz orqali	C https://www.rodv.ru
Vitamini	Askorbinovaya kislota	Ichishga, m/o, v/i 250-1000mg/sut	C https://www.rodv.ru
	Vitamin E + retinol	2 kapsuladan kuniga 2 marta og‘iz orqali	C https://www.rodv.ru
	Nikotinovaya kislota	doza individual sezuvchanlikni hisobga olgan holda tanlanadi, odatda u 10 kun davomida kuniga 0,3-0,6 g ni tashkil qiladi.	C https://www.feldsher.ru/obuchenie/kurs

Eslatma: Preparatlarning dozasi va miqdori shifokor tomonidan individual ravishda belgilanadi.
Terini namlash uchun preparatlar (emulsiyalar), tibbiy buyumlar, biologik faol qo‘shimchalar, mikroelementlar, vitaminlar, antioksidantlar va pardoz-andoz vositalari, agar ular qarshi ko‘rsatmalarga ega bo‘lmasa va O‘zbekiston Respublikasi hududida sertifikatlangan bo‘lsa, dermatologik bemorlarni davolashda zarurat bo‘lganda qo‘llanilishi mumkin.
Tashqi va tizimli antibakterial vositalar, mahalliy glyukokortikosteroidlar va kombinasiyalangan preparatlarni qo‘llash klinik zaruratni hisobga olgan holda qat'iy ko‘rsatmalar bo‘yicha amalga oshiriladi.
Muayyan preparatni tanlash davolovchi shifokor tomonidan belgilanadi.
Agar shifoxonada qo‘llash uchun tasdiqlangan ro‘yxatda ma'lum bir guruhdagi zarur preparat bo‘lmasa yoki vaqtincha mavjud bo‘lmasa, shifokor muqobil preparatni (har xil ta'sir mexanizmiga ega, ammo bitta terapevtik maqsadga ega bo‘lgan dorilar) buyurishi mumkin. Dori vositasini tanlash klinik vaziyat, bemorning ahvoli va mavjud resurslarga qarab amalga oshiriladi.

Fizioterapevtik davolash:

C 5	• UBN-terapiya • Mahalliy qo‘llash uchun vositalardan foydalangan holda ultratovush terapiyasi • Elektroforez • Past intensivlikdagi nur terapiyasi • IK-lazer • Magnitoterapiya

Fizioterapiyani qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar:

• Vaskulitning o‘tkir davrida - ayniqsa kuchli yallig‘lanish, nekrozlar, tizimli ko‘rinishlar bilan.
• Teri shikastlanishlarining noaniq etiologiyasida - tashxis tasdiqlangunga qadar.
• Infeksion vaskulitga shubha qilinganda - infeksiyaning tarqalish xavfi.

Tibbiyot muassasasiga yotqizish uchun ko‘rsatmalar: kunduzgi va kecha-kunduz ishlaydigan stasionar:
- Ambulatoriya sharoitida o‘tkazilgan davolash samarasi bo‘lmaganda teri bilan chegaralangan vaskulitlar, faollikning I bosqichi;
- Teri bilan chegaralangan vaskulitlar, II faollik darajasi;
- Teri bilan chegaralangan vaskulitlar, I faollik bosqichi ambulatoriya sharoitida o‘tkazilgan davolash samarasi bo‘lmaganda zo‘rayib boruvchi bosqichga o‘tadi.
- Zararlanish o‘choqlarida ambulatoriya sharoitida bartaraf etilmaydigan ikkilamchi infeksiyaning mavjudligi.

Ko‘chirib olish uchun ko‘rsatmalar:
- toshmalarning qisman yoki to‘liq regressiyasi

«TERI BILAN ChEGARALANGAN VASKULITLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YIChA TIBBIY ARALAShUVLARNING MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOShKENT – 2025

Kirish

Teri vaskulitlari - dermatozlar bo‘lib, ularning klinik va patomorfologik manzarasida turli kalibrdagi dermal va gipodermal qon tomirlari devorlarining nospesifik yallig‘lanishi birlamchi va yetakchi bo‘g‘in hisoblanadi.

Tizimli vaskulit - bu teridan tashqari kamida bitta a'zoning shikastlanishi bilan kechuvchi vaskulit. Leykotsitoklastik vaskulit - tomir devorining shikastlanish turini (pattern) aks ettiruvchi patomorfologik atama.

Konservativ davolash

- Teri vaskulitining u yoki bu shaklini davolashda klinik tashxis, jarayon bosqichi va uning faollik darajasi, shuningdek, yondosh patologiyani hisobga olish tavsiya etiladi.

  Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

  Izohlar: *Qo‘llaniladigan dori-darmon terapiyasi yallig‘lanish reaksiyasini bostirishga, teridagi mikrotsirkulyatsiyani normallashtirishga va mavjud asoratlarni davolashga qaratilgan bo‘lishi kerak.*

- Vaskulit zo‘rayganda, ayniqsa oyoqlarda o‘choqlar bo‘lsa, yotoq rejimi tavsiya etiladi.

  Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

  Izohlar: *Kasallik regressiv bosqichga o‘tgunga qadar yotoq rejimiga rioya qilish kerak.*

- Teri vaskulitining kechishini qo‘llab-quvvatlashi va yomonlashtirishi mumkin bo‘lgan aniqlangan hamroh kasalliklarni (surunkali infeksiya o‘choqlari, masalan, surunkali tonzillit, gipertoniya kasalligi, qandli diabet, surunkali venoz yetishmovchilik, bachadon fibromiomasi va boshqalar) tuzatish yoki tubdan bartaraf etish tavsiya etiladi.

  Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

  Izohlar: *Vaskulitlar biror umumiy kasallik (tizimli vaskulit, biriktiruvchi to‘qimaning diffuz kasalligi, leykoz, xavfli o‘sma va boshqalar) sindromi sifatida namoyon bo‘lgan hollarda, birinchi navbatda, asosiy jarayonni to‘liq davolash ta'minlanishi lozim [1].*

- Polimorf dermal vaskulitning tizimli terapiyasi uchun tavsiya etiladi, faollik darajasi I:

Nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar [1, 2, 37].

nimesulid 100 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik

sutkalik dozaning kamayishi bilan

yoki

meloksikam 7,5 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik

sutkalik dozaning kamayishi bilan

yoki

indometatsin 25 mg mg og‘iz orqali kuniga 3-4 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik

sutkalik dozaning kamayishi bilan

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi 2)

Antibakterial preparatlar [11, 37].

Siprofloksatsin 250 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 10-14 kun davomida

yoki

doksitsiklin 100 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 10-14 kun davomida

yoki

azitromitsin 500 mg peroral kuniga 1 marta 10-14 kun davomida

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

gidroksixloroxin 200 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 oy davomida

qonning hujayra tarkibi ko‘rsatkichlarini oyiga 1 marta nazorat qilish [42]

yoki

xloroxin 250 mg dan og’iz orqali sutkasiga 2 maxal 1 oy davomida, keyin 250 mg dan 1 maxal 1-2 oy davomida kuniga bir marta hujayra tarkibi ko‘rsatkichlari nazorati ostida

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

Antigistamin preparatlar [1].

levotsetirizin 5 mg og‘iz orqali kuniga 1 marta 14 kun davomida

yoki

dezloratadin 5 mg peroral sutkasiga 1 marta 14 kun davomida

yoki

feksofenadin 180 mg og‘iz orqali kuniga 1 marta 14 kun davomida

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

- Polimorf dermal vaskulitni davolash uchun tavsiya etiladi, faollik darajasi I tashqi:

*Mahalliy qo‘llash uchun glyukokortikosteroidlar [*16]:

mometazon 0,1% krem yoki malham, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar zararlangan o‘choqlarga kuniga 1 marta surtiladi

yoki

betametazon 0,1 krem yoki malham, kuniga 2 marta gacha zararlanish o‘choqlariga surtiladi klinik yaxshilanishning boshlanishi

yoki

metilprednizolon atseponat 0,1% krem yoki malham, o‘choqlarga sutkasiga 1 marta surtish uchun zararlanganda qo‘llash davomiyligi 12 haftadan oshmasligi kerak.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

- Polimorf dermal vaskulitni davolash uchun tavsiya etiladi, faollik darajasi II tashqi:

Tizimli glyukokortikosteroidlar [43, 44]

prednizolon 30-50 mg/sutka og‘iz orqali asosan ertalabki soatlarda 2-3 hafta davomida, keyinchalik dozani haftasiga 1 tabletkadan asta-sekin kamaytirish orqali.

yoki

betametazon 2 ml mushak orasiga haftada 1 marta №3-5 dozani asta-sekin kamaytirish va yuborish oralig‘ini uzaytirish bilan.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar [1].

diklofenak 50 mg og‘iz orqali kuniga 3 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik sutkalik dozaning kamayishi bilan

yoki

nimesulid og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik sutkalik dozaning kamayishi bilan

yoki

meloksikam og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik sutkalik dozaning kamayishi bilan

yoki

indometatsin - 25-50 mg kuniga 3 marta [27]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

Immunodepressantlar [45].

azatioprin 50 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 oy davomida, qon ko‘rsatkichlari nazorati ostida (qonning to‘liq tahlili, shu jumladan trombotsitlar darajasini aniqlash, shuningdek, zardobli jigar transaminazalari, ishqoriy fosfataza va bilirubin darajasini aniqlash) oyiga 1 marta [45, 46]

yoki

siklofosfamid vena ichiga 15 mg/kg dan 2 haftada 1 marta, jami 2-3 marta, so‘ngra 2 mg/kg/sutkasiga (200 mg/sutkadan ko‘p emas) 3-12 oy davomida yuboriladi. [44].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Antibakterial preparatlar [37]:

ofloksatsin 400 mg peroral kuniga 2 marta 10-14 kun davomida

yoki

amoksitsilin + klavulan kislota 875+125 mg og‘iz orqali 1 tab. 10-14 kun davomida kuniga 2 marta.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

Angioprotektorlar va mikrotsirkulyatsiya korrektorlari [1, 47, 48]:

pentoksifillin 100 mg og‘iz orqali kuniga 3 marta 1-2 oy davomida

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Venotonik va venoprotektor vositalar [1, 37].

gesperidin+diosmin 500 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 1-2 oy davomida.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

Antigistamin dori vositalari [37, 49]:

ebastin sutkasiga 10 mg dan og‘iz orqali 14 kun davomida

yoki

setirizin sutkasiga 10 mg og‘iz orqali 14 kun davomida

yoki

levotsetirizin sutkasiga 5 mg dan 14 kun davomida ichish uchun.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

Antikoagulyantlar:

nadroparin kalsiy teri ostiga 0,3 ml dan kuniga 2 marta, 2-4 hafta davomida [1]

Antiagregantlar:

dipiridamol 25 mg kuniga 3 marta 1-2 oy davomida[1].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

- II faollik darajasidagi polimorf dermal vaskulit bilan og‘rigan bemorlarni tizimli davolash uchun dezintoksikatsion terapiya uchun **tavsiya etiladi:**

Plazma va boshqa qon tarkibiy qismlarining o‘rnini bosuvchilar [1]:

dekstran infuziya uchun eritma 200-400 ml v/i tomchilab kuniga 1 marta №7–10

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

- Glyukokortikosteroidlar bilan tizimli terapiya o‘tkazishda nojo‘ya ta'sirlarni kamaytirish uchun quyidagilar **tavsiya etiladi:**

Proton nasosi ingibitorlari:

omeprazol 20 mg dan kuniga 2 mahal ichish uchun 4-8 hafta davomida.

Makro- va mikroelementlar kombinasiyalarida:

kaliy va magniy asparaginati 1 tab. Sutkasiga 3 marta ichiladi.

Suyak va tog‘ay to‘qimalarining metabolizm korrektorlari kombinasiyada:

kalsiy karbonat + kolekalseferol 1 tab. Sutkasiga 3 marta ichiladi..

- Polimorf dermal vaskulitning tashqi terapiyasi uchun tavsiya etiladi, faollik darajasi II.

Yuzasida ko‘p miqdorda yiringli ajralma va nekrotik massalar bo‘lgan yara nuqsonlariga ishlov berish uchun:

tripsin+ximotripsin - mahalliy va tashqi qo‘llash uchun eritma tayyorlash uchun liofilizat - proteolitik fermentlar bilan applikasiyalar [37]

malhamli bog‘lam (steril)

Antibakterial vositalar kombinasiyada:

dioksometiltetragidropirimidin + xloramfenikol sirtga qo‘llash uchun malham.

Antiseptiklar va dezinfeksiyalovchi vositalar [1]:

kumush sulfatiazol, 2% li krem, kuniga 2-3 marta yara yuzasiga surtiladi, qo‘llash davomiyligi 60 kundan oshmasligi kerak.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

- Surunkali pigment purpurani tizimli davolash uchun quyidagilar tavsiya etiladi:

Antimalariya preparatlari [42]

gidroksixloroxin 200 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta, 2-3 oy davomida, qonning hujayra tarkibi ko‘rsatkichlari nazorati ostida oyiga 1 marta

yoki

xloroxin 250 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 1 oy, keyin 250 mg kuniga 1 maxal 1–2 oy davomida, hujayra tarkibi ko‘rsatkichlari nazorat ostida

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Vitaminlar:

askorbin kislotasi+rutozid 1 tab. kuniga 3 marta og‘iz orqali

vitamin E + retinol 2 kapsuladan. kuniga 2 marta og‘iz orqali

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Angioprotektorlar va mikrotsirkulyatsiya korrektorlari [2, 17, 18, 27; 48].

pentoksifillin 100 mg og‘iz orqali kuniga 3 marta 1-2 oy davomida

yoki

dipiridamol 25 mg 1 tab. og’iz orqali kuniga 3 marta, 1-2 oy davomida

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Venotoniziruyushie i venoprotektornie sredstva [1, 34].

gesperidin+diosmin 500 mg dan o’giz orqali sutkasiga 2 maxal 1-2 oy mobaynida

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

- Surunkali pigment purpurani tizimli davolash uchun quyidagilar tavsiya etiladi:

Mahalliy qo‘llash uchun glyukokortikosteroidlar [10, 34]:

mometazon 0,1% krem yoki malham, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar shikastlanish o‘choqlariga kuniga 1 marta surtiladi

yoki

betametazon 0,1% krem yoki malham, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar zararlangan o‘choqlarga kuniga 2 marta surtiladi

yoki

metilprednizolon atseponat 0,1% li krem yoki malham, sutkasiga 1 marta shikastlanish o‘choqlariga surtiladi, qo‘llash davomiyligi 12 haftadan oshmasligi kerak.

mometazon 0,1% krem yoki malham, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar shikastlanish o‘choqlariga kuniga 1 marta surtiladi

yoki

betametazon 0,1% krem yoki malham, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar zararlangan o‘choqlarga kuniga 2 marta surtiladi

yoki

metilprednizolon atseponat 0,1% li krem yoki malham, sutkasiga 1 marta shikastlanish o‘choqlariga surtiladi, qo‘llash davomiyligi 12 haftadan oshmasligi kerak.

Angioprotektorlar va mikrotsirkulyatsiya korrektorlari [34]:

trokserutin 2% gel, kuniga 2 marta

Antikoagulyantlar:

geparin natriy malham, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar kuniga 2-3 marta, o‘rtacha 3 kundan 14 kungacha

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

- Urtikar vaskulitni davolash uchun tavsiya etiladi:

Tizimli glyukokortikosteroidlar:

prednizolon - 0,5-1,0 mg/kg/sutka; terapevtik ta'sirga erishilgandan so‘ng preparat dozasi tezda kamaytiriladi [27, 43, 50, 51].

Antimalariya preparatlari [27]:

gidroksixloroxin 200 mg dan og’iz orqali sutkasiga 2 maxal 2-3 oy davomida, oyiga bir marotaba qon hujayraviy tarkibi nazorati ostida.

2-avlod H1-antigistamin dori vositalari [49]:

levotsetirizin sutkasiga 5 mg (sutkalik dozalarni to‘rt baravar oshirish mumkin.

Uning tizimli GKS bilan kombinasiyasi davolash samaradorligini oshirishi mumkin [27].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

- Livedo-angiit bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun tavsiya etiladi, faollik darajasi I:

Nosteroid yallig‘lanishga qarshi vositalar [1, 34]

diklofenak 50 mg og‘iz orqali kuniga 3 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik

sutkalik dozaning kamayishi bilan

yoki

nimesulid og‘iz orqali kuniga 2 marta 2-3 hafta davomida keyinchalik

sutkalik dozaning kamayishi bilan

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi B (dalillarning ishonchlilik darajasi - 2)

Antimalariya preparatlari [44].

gidroksixloroxin 200 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta, 2-3 oy davomida, qonning hujayra tarkibi ko‘rsatkichlari nazorati ostida oyiga 1 marta

yoki

xloroxin 250 mg og‘iz orqali kuniga 2 marta 1 oy, keyin 250 mg kuniga 1 maxal 1–2 oy davomida, hujayra tarkibi ko‘rsatkichlari nazorat ostida

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Angioprotektorlar va mikrotsirkulyatsiya korrektorlari [1, 47, 48].

pentoksifillin 100 mg og‘iz orqali kuniga 3 marta 1-2 oy davomida

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Antikoagulyantlar [34]:

Enoksaparin 2000 TB teri ostiga rivaroksabanga o‘tish bilan kuniga 10-20 mg dan XNM nazorati ostida [52]

Venotonik va venoprotektor vositalar:

gesperidin+diosmin 500 mg kuniga 2 marta 1-2 oy davomida [1]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Vitaminlar:

askorbin kislotasi+rutozid og‘iz orqali 1 tab. kuniga 3 marta

vitamin E + retinol 2 kapsuladan. kuniga 2 marta og‘iz orqali [1]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

- Livedo-angiit bilan og‘rigan bemorlarni davolash uchun tavsiya etiladi, faollik darajasi II:

Tizimli glyukokortikosteroidlar [34, 53].

prednizolon 30-50 mg/sutka og‘iz orqali asosan ertalabki soatlarda 2-3 hafta davomida, keyinchalik dozani haftasiga 1 tabletkadan asta-sekin kamaytirish orqali.

yoki

betametazon 2 ml haftada 1 marta mushak orasiga №3-5 dozani asta-sekin kamaytirish va yuborish oralig‘ini uzaytirish bilan

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Immunodepressantlar:

Azatioprin 50 mg dan kuniga 2 marta 2-3 oy davomida [46].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

Izohlar: *Azatioprin bilan davolash qon ko‘rsatkichlari nazorati ostida (qonning to‘liq tahlili, shu jumladan trombotsitlar darajasini aniqlash, shuningdek, zardobli jigar transaminazalari, ishqoriy fosfataza va bilirubin darajasini aniqlash) oyiga 1 marta o‘tkaziladi.*

Angioprotektorlar va mikrotsirkulyatsiya korrektorlari.

pentoksifillin 100 mg og‘iz orqali kuniga 3 marta 1-2 oy davomida [1]

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi - 1)

XNQ va gematolog nazorati ostidagi antikoagulyantlar [34]:

nadroparin kalsiy teri ostiga 0,3 ml dan kuniga 2 marta №10-14 [1]

yoki

dabigatran eteksilat kuniga 75 mg dan og’iz orqali [54]

yoki

apiksaban 2,5 mg dan kuniga 2 marta ichish uchun [55]

- Livedo-angiit bilan og‘rigan bemorlarda dezintoksikatsion terapiya uchun tavsiya etiladi, faollik darajasi II:

  plazma va qonning boshqa tarkibiy qismlari o‘rnini bosuvchilar [1]:

  dekstran infuziya uchun eritma 200-400 ml v/i tomchilab sutkasiga 1 marta №7–10

  Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

- Tizimli glyukokortikosteroid preparatlar buyurilganda korreksiyalovchi terapiya tavsiya etiladi (yuqoriga qarang).

Faollik darajasi II bo‘lgan livedo-angiit bilan og‘rigan bemorlarni tashqi davolash uchun quyidagilar tavsiya etiladi:

Mahalliy qo‘llash uchun glyukokortikosteroidlar [34]:

betametazon+gentamitsin krem yoki malham, klinik yaxshilanish boshlangunga qadar kuniga 1-2 marta

yoki

klioxinol+flumetazon malham, zararlangan o‘choqlarga klinik yaxshilanish boshlanguncha kuniga 2 marta surtiladi, qo‘llash davomiyligi 2 haftadan oshmasligi kerak.

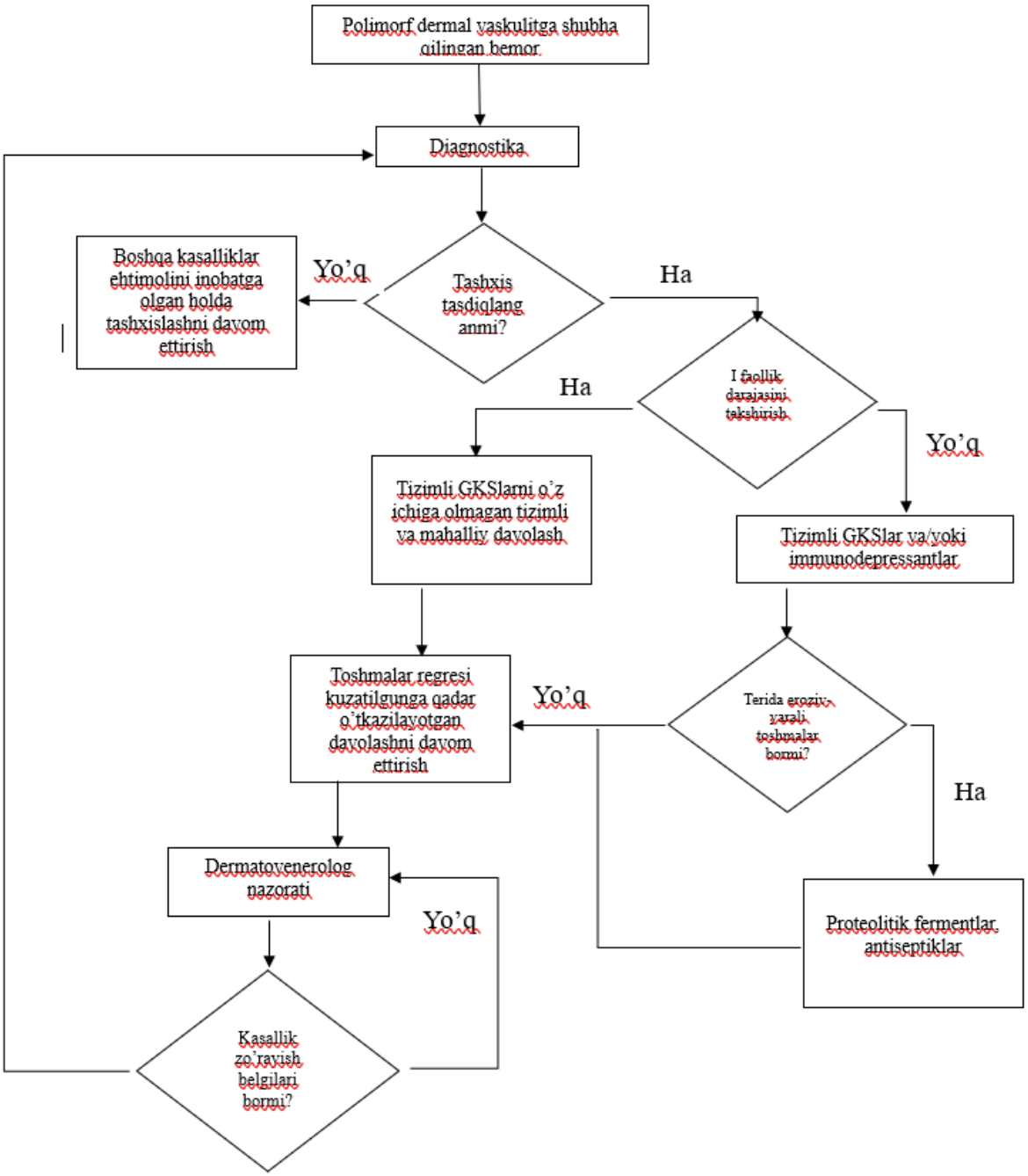
Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

B 3	Qon oqimidan toksinlar, autoantitanachalar, aylanib yuruvchi immun komplekslar, yallig‘lanish oldi sitokinlarini chiqarib tashlash, metabolizmni va a'zolarning buzilgan funksiyalarini normallashtirish maqsadida plazmaferez muolajasi tavsiya etildi.

C 5	PILN Ozonoterapiya

Jarrohlik amaliyoti: qo‘llanilmaydi.

Shifokorning harakat algoritmlari



«TERI BILAN ChEGARALANGAN VASKULITLAR» NOZOLOGIYASI BO‘YIChA PROFILAKTIKA VA REABILITASIYa BO‘YIChA MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TOShKENT – 2025

Kirish

Teri vaskulitlari - dermatozlar bo‘lib, ularning klinik va patomorfologik manzarasida turli kalibrdagi dermal va gipodermal qon tomirlari devorlarining nospesifik yallig‘lanishi birlamchi va etakchi bo‘g‘in hisoblanadi.

Tizimli vaskulit - bu teridan tashqari kamida bitta a'zoning shikastlanishi bilan kechuvchi vaskulit. Leykotsitoklastik vaskulit - tomir devorining shikastlanish turini (pattern) aks ettiruvchi patomorfologik atama.

Tibbiy reabilitasiya, tibbiy ko‘rsatmalar va reabilitasiya usullarini qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar

O‘tkazilgan medikamentoz davolashdan so‘ng olingan natijalarni mustahkamlash uchun oltingugurt, karbonat angidrid va radonli vannalardan foydalangan holda sanatoriy-kurortda davolanish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Profilaktika va dispanser kuzatuvi, tibbiy ko‘rsatmalar va profilaktika usullarini qo‘llashga qarshi ko‘rsatmalar

• Profilaktik choralar sifatida xavf omillarini (sovuq qotish, jismoniy va asabiy zo‘riqish, uzoq yurish, lat yeyish) istisno qilish tavsiya etiladi.

• Bemorlarga sog‘lom turmush tarziga rioya qilish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

• Teri vaskulitlari bilan og‘rigan bemorlarni dermatovenerolog, revmatolog, terapevt/pediatr tomonidan har tomonlama klinik va laboratoriya tekshiruvi bilan dispanser nazoratiga olish tavsiya etiladi.

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi S (dalillarning ishonchlilik darajasi - 5)

Izohlar: *Ushbu bemorlarni dispanser nazoratiga olish kasallik prognozini sezilarli darajada yaxshilash imkonini beradi. Teri vaskulitlari bilan og‘rigan bemorlarni dispanserizasiya qilish to‘liq tekshiruvni, yondosh kasalliklarni, surunkali infeksiya o‘choqlarini o‘z vaqtida davolashni, sog‘lomlashtirish chora-tadbirlarini amalga oshirishni ta'minlaydi.*

- Teridagi vaskulit (angiit) ning mumkin bo‘lgan zo‘rayishlarini samarali davolash va oldini olish uchun bemor shifokorning barcha ko‘rsatmalarini diqqat bilan va qat'iy bajarishi kerak. O‘tkir holatda ko‘pincha shikastlanishi eng og‘ir bo‘lgan oyoq qon tomirlariga ortiqcha yukni olib tashlash uchun yotoq rejimiga rioya qilish talab etiladi.
- Bemor chekish va spirtli ichimliklar (jumladan, pivo) iste'mol qilishdan voz kechishi kerak, chunki ular qon tomirlari devorlarini zaiflashtiradi va kasallikning kechishini cho‘zadi. O‘tkir, tayyor, qovurilgan va tuzlangan taomlar, konservalar (go‘sht, baliq, sabzavot, meva), asal, murabbo, shokolad va shokoladli konfetlar, sitrus mevalar, achchiq choy va qahvani istisno qilishni nazarda tutuvchi parhezga rioya qilish muhimdir. Yangi sut mahsulotlari, meva va sabzavotlar, tabiiy sharbatlar foydali. Teri vaskulitining (angiit) rivojlanishi va doimiy kechishining asosiy sababi bo‘lishi mumkin bo‘lgan, shifokor tomonidan aniqlangan boshqa kasalliklarni ham davolash zarur.

- Davolashning tugashini faqat shifokor hal qiladi. Teri vaskuliti (angiiti) da davolash odatda uzoq davom etadi va teri belgilari yo‘qolganidan keyin yana bir necha hafta va hatto oylar davom etadi. Bemorning o‘zini qoniqtiradigan sezilarli yaxshilanishga erishgandan so‘ng, shifokorning ruxsatisiz dori-darmonlarni qabul qilishni va mahalliy muolajalarni bajarishni to‘xtatish mumkin emas, chunki bu kasallikning tezda qaytishiga olib kelishi mumkin.
- To‘liq sog‘ayish boshlangandan so‘ng, bemor kasallikning mumkin bo‘lgan kuchayishi xavfining oldini oluvchi profilaktik rejimga rioya qilishi kerak: jismoniy va asabiy zo‘riqish, sovqotish, oyoqlarga haddan tashqari yuklama (uzoq yurish, uzoq turish, lat yeyish) dan qochish. Ba'zan buning uchun ish joyini o‘zgartirishga to‘g‘ri keladi. Muntazam to‘laqonli ovqatlanish, yetarlicha uxlash, toza havoda sayr qilish, ertalabki gimnastika va suv muolajalari bilan shug‘ullanish zarur. Hovuzga borish foydali. Ochiq suv havzalarida cho‘milish faqat yetarlicha iliq suv bo‘lgandagina mumkin.

Ushbu tavsiyalarga rioya qilish tezda davolanishga, umumiy salomatlik va teri tomirlarini mustahkamlashga yordam beradi va takrorlanishdan himoya qiladi.

Adabiyotlar ro‘yxati

1. Kojnie i venericheskie bolezni: spravochnik: pod red. O.L. Ivanova. M.: Medisina, 2007 – 352 s.
2. Millikan L.E., Flynn T.C. Infectious etiologies of cutaneous vasculitis. Clin Dermatol 1999; №17 (5): 509–514.
3. Gluxov A.I., Gordeev S.A., Siluyanova S.N. i dr. Issledovanie virusnoy etiologii angiitov koji. Vopr. biol., med. i farmasevt. ximii 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. Kulaga V.V., Belostoskaya E.S. Immunologicheskie narusheniya pri vaskulitax koji i metodi ix korreksii // Vosmoy Vsesoyuzn. s'ezd dermatovenerologov. – M., 1985. – S. 122–123.
7. Nasonov E.L., Baranov A.A., Shilkina N.P. Vaskuliti i vaskulopatii. — Yaroslavl: Verxnyaya Volga, 1999. – S. 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. Fispatrik T. i dr. Dermatologiya. Atlas-spravochnik. – M., 1999. – S.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; r.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. Ivanov O.L., Mareeva E.B. Angiiti (vaskuliti) koji. V kn.: Klinicheskaya dermatovenerologiya: v 2 t. / pod red. Yu.K. Skripkina, Yu.S. Butova. – M.: GEOTAR-Media, 2009. – T.2. – S.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. Kulaga V.V., Romanenko I.M. Vaskuliti koji. – 2-e izd., pererab. i dop. – Kiev: Zdorove, 1984. – 184 s.
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

Teri bilan chegaralangan vaskulitlar menejmenti bo‘yicha amaliy ko‘nikmalarining kompetensiyalari (task shifting)

	Amaliyot hamshirasi	**BTSYo Oilaviy shifokor (bakalavr)**	**Tor mutahassis**
Shikoyatlar va anamnez			
Bemordan shikoyatlarni yig‘ish qobiliyatini ko‘rsatish	+*	+	+
Bemordan kasallik anamnezini yig‘ishda vaskulit belgilari haqidagi bilimlarni qo‘llash.		+	+
Teri-tanosil kasalliklari bilan bemorlarning to‘liq tibbiy anamnezini ta'riflash.		+	+
Fizikal ko‘rik			
• Terini vizual tekshirish. Izohlar: Terini vizual tekshirishda toshmalarning joylashuvi va ularning tabiati baholanadi. • Zararlanish o‘choqlarida terini paypaslash. Izoh: Teri palpasiyasida toshma elementlarining konsistensiyasi, og‘riq bor-yo‘qligi baholanadi.		+	+
Tashxis qo‘yish			

Kasallikka xos simtomlar va laborator-instrumental tekshiruvlar asosida tashxis qo‘yish		+	+
Asosiy laborator diagnostikasi			
Asosiy laboratoriya tahlillarining maqsadi:		+	+
Umumiy qon tahlili (gemoglobin, gematokrit + leykotsitar formula + EChT)		+	+
Zaxm skrining tekshiruvlari (14 yoshdan katta)		+	+
Ko‘shimcha laborator diagnostikasi			
Tasdiqlovchi testlar (6 tadan 2 tasi majburiy): RIF, IFA IgG va IgM, RIBT, RPGA, IHA, Immunoblot IgG va IgM			+
Umumiy siydik tahlili		+	+
Najasning umumiy tahlili		+	+
Biokimyoviy tadqiqotlar majmuasi		+	+
Koagulogramma		+	+
Gistologik tekshiruv			+
Immunoflyuoressent usullar yordamida terining biopsiya materialini o‘rganish			
Qondagi immunoglobulinlar darajasini tekshirish			+
Qon zardobidagi C-reaktiv oqsil darajasini o‘rganish			+
Qondagi revmatoid omil miqdorini aniqlash			+
Qonda d-dimer konsentrasiyasini aniqlash			+
Gepatit B virusi (Hepatitis B virus) antigenini (HbsAg) aniqlash va qonda gepatit C virusi (Hepatitis C virus) ga qarshi antitanachalarni aniqlash			+
Odam immunitet tanqisligi virusi OIVga nisbatan M, G (IgM, IgG) sinfidagi antitanachalarni aniqlash			+
ANCA bilan bog‘liq vaskulitlar markerlarini aniqlash: PR3 (c-ANCA), MPO (p-ANCA)			+
Qo‘shimcha instrumental diagnostika			
Dermatoskopiya			+
Ichki organlarning ultratovush tekshiruvi			+
Tomirlar dopplerografiyasi			+
Davolash			
Dori-darmonsiz davolashni tayinlash vakolati (25-bet)			+

Dori-darmonlar bilan davolashni tayinlash kompetensiyasi (25-32-betlar)			+

Profilaktika			
Xulq-atvorni yaxshilash va sog‘lom turmush tarzini targ‘ib qilish bo‘yicha kompetensiyalar	+	+	+
Dori-darmonlar bilan davolashga rioya qilishni yaxshilash bo‘yicha kompetensiyalar	+	+	+

Asosiy tor mutaxassis - dermatovenerolog.

*Bu kompetensiyalarga hamshiralarni tayyorlash orqali erishish mumkin.

Teri vaskulitlarini boshqarish kompetensiyalari

	Amaliyot hamshirasi	**BTSYo Oilaviy shifokor (bakalavr)**	**Tor mutahassis#**
Teri vaskulitlari tavsifi		+	+
Shikoyatlarning simptomatik tavsifi		+	+
Patofiziologik mexanizmlar tavsifi			+
Teri vaskulitlarini etiologiyasi, simptomlari va tekshiruvlari (asosiy laborator-instrumental tekshiruvlar) asosida tashxislashga yondashuvni yaratish.		+	+
Asosiy tahlillarni talqin qilish		+	+
Teri vaskulitlarini davolashga yondashuvni shakllantirish		+	+
Teri vaskulitlarining dori-darmonsiz terapiyasini tavsiflang			+
Teri vaskulitlarining medikamentoz terapiyasini tavsiflang			+
Teri vaskulitlarida qo‘llaniladigan turli dori vositalarining ta'sir mexanizmi, ko‘rsatmalari va nojo‘ya ta'sirlarini muhokama qiling.			+
Davolash doirasida teri vaskulitlari rivojlanishining patofiziologik mexanizmlarini muhokama qiling.			+

Asosiy tor mutaxassis - dermatovenerolog shifokor.