

Ўзбекистон Республикаси  
Соғлиқни сақлаш вазирининг  
2025 йил "23" июндаги  
180-сонли буйруғига  
илова

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ  
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН АЛЛЕРГОЛОГИЯ ВА КЛИНИК ИММУНОЛОГИЯ  
ИЛМИЙ-АМАЛИЙ ТИББИЁТ МАРКАЗИ**

## **"ҚАВАРЧИҚ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАР**

**Тошкент – 2025**

ТАСДИҚЛАЙМАН»

Республика ихтисослаштирилган  
аллергология ва клиник иммунология  
илмий амалий тиббиёт маркази директори



И.С.Разикова

«\_\_\_» май 2025 йил

**"ҚАВАРЧИҚ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛ»**

**"ҚАВАРЧИҚ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА  
ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

## Кириш қисми

Протокол қаварчиқ диагностикаси ва даволашни стандартлаштириш, шунингдек, ушбу касалликка чалинган беморларга ёрдам кўрсатиладиган ДПМда фойдаланиш учун мўлжалланган. Ушбу миллий клиник протокол ХКТ-10 кодларига мувофиқ ишлаб чиқилган. Протоколда нозология коди кўрсатилган-Л50, касалликнинг номи — "Қаварчиқ".

**Миллий клиник протокол қуйидаги қўлланмалар асосида ишлаб чиқилган:**

**1. Халқаро гайдлине ЭААСИ/ГА<sup>2</sup>ЛЕН/ЭуроГуиДермУртисариа таърифи, таснифи, диагностикаси ва даволаш бўйича эааси/ГА<sup>2</sup>ЛЕН/ЭуроГуиДерм/АПАААСИ халқаро гайдлине.**

Эслатма: бу Эуропа аллергология ва клиник иммунология академиясининг (ЭААСИ) Дерматология бўлими, Глобал аллергологик ва астматик Эуропа тармоғи (ГА<sup>2</sup>ЛЕН), Эуропа дерматология форуми (ЭДФ; ЭуроГуиДерм) ва Осиё-тинч океани аллергология, астма ва клиник иммунология ассоциацияси (АПАААСИ) қўшма ташаббуси.

Ҳавола: Зубербиэр Т, Асеро Р, Биндслев-Женсен С ва бошқалар. ЭААСИ/ГА(2)ЛЕН/ЭДФ/УАО гуиделине: дефиницион, классифисатион анд диагносис оф уртисариа. Аллергй. 2009; 64(10): 1417-1426. [хттпс://дои.орг/10.1111/алл.15090](https://doi.org/10.1111/алл.15090)

**2. Уртисариа клиник кўрсатмаларини тизимли кўриб чиқиш ва танқидий баҳолаш: дерматологияда глобал гайдлине таҳлил лойиҳаси (ГУИДЕМАП).**

Ҳавола: Ен, Ҳси эт ва бошқ. Тхе Жоурнал оф Аллергй анд Слинисал Иммунологй: Ин Прастисэ, Волуме 11, Иссуэ 10, 3213 - 3220.э11  
[хттпс://дои.орг/10.1016/ж.жаип.2023.07.002](https://doi.org/10.1016/ж.жаип.2023.07.002)

**3. Россия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциациясининг (РААКИ) клиник тавсиялари. Қаварчиқлар. 2023 йил**

Клиник тавсияларни ишлаб чиқувчи: Россия аллергологлар ва клиник иммунологлар ассоциацияси;

Россия Дерматовенерологлар ва косметологлар жамияти; Россия педиатрлари уюшмаси

[хттпс://рааси.ру/дат/пдф/СР\\_уртисариа%20\(1\).пдф](https://рааси.ру/дат/пдф/СР_уртисариа%20(1).пдф)

**ХКТ-10/11 коди (лар):**

| <u>Код</u> | <u>НОМИ</u> |
|------------|-------------|
| L50        | Қаварчиқ    |

|  |   |
|--|---|
| L50.0                                  | Аллергик қаварчиқ   |
| L50.1                                  | Идиопатик қаварчиқ;   |
| L50.2                                  | Паст ёки юқори ҳарорат таъсиридан келиб чиққан қаварчиқ;  |
| L50.3                                  | Дермографик қаварчиқ;   |
| L50.4                                  | Вибрацион қаварчиқ;   |
| L50.5                                  | Холинергик қаварчиқ;  |
| L50.6                                  | Контакт қаварчиқ;   |
| L50.8                                  | Бошқа қаварчиқлар;  |
| L50.9                                  | Сабаби номаълум қаварчиқлар.  |
| EВ00                                   | Спонтан қаварчиқ  |
| EВ00.0                                 | Ўткир қаварчиқ  |
| EВ00.1                                 | Сурункали қаварчиқ  |
| EВ01                                   | Индуцирланган ва ангиодистрофик қаварчиқ  |
| EВ01.0                                 | Дермографизм  |
| EВ01.1                                 | Совуқлик қаварчиқ   |
| EВ01.2                                 | Кечиктирилган босимли қаварчиқ  |
| EВ01.3                                 | Контакт қаварчиқ  |
| EК00                                   | Аллергик контакт қаварчиқ   |
| EВ01.У                                 | Турли формада индуцирланган қаварчиқ ва ангиодистрофия  |
| EВ02                                   | Холинергик қаварчиқ   |
| <u>Юклаб олиш (ХКТ билан боғланиш)</u> | <a href="http://св.уз/ру/диагносис">хттпс://св.уз/ру/диагносис</a><br><a href="http://норматив.контур.ру/досумент?модулеИд=1&amp;досументИд=71591">хттпс://норматив.контур.ру/досумент?модулеИд=1&amp;досументИд=71591</a><br><a href="http://слассинформ.ру/мкб-10.хтмл">хттпс://слассинформ.ру/мкб-10.хтмл</a><br><a href="https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/">https://icd11.ru/vospalitelnye-dermatozy-mkb11/</a> |

**Протоколни ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 йил, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 йил ёки янги асосий далиллар пайдо бўлиши билан. Тақдим этилган тавсияларга киритилган барча тузатишлар тегишли ҳужжатларда эълон қилинади.

**Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси:**

1. Разикова И. С.-РИАКИИАТМ , директори , т.ф.н профессор

2. Дўстбабаева Н. Д.- тиббий ходимларнинг касбий малакасини ривожлантириш маркази , олий тоифали врач аллерголог, т.ф.н ,досент.,
3. Айдарова Н. П-РИАКИИАТМ илмий ишлар бўйинча директор ўринбосари ,ПхД
4. Кузиев Г. Э-РИАКИИАТМ даволаш ишлар бўйинча директор ўринбосари ,
5. Разиқова Г. Р-ПхД, дерматолог, РИАКИИАТМ илмий лабораторияси мудираси,
6. Ишмухаммедова Ш. Б- РИАКИИАТМ, бўлим мудираси
7. Кудратуллаева Б. Т- РИАКИИАТМ, бўлим мудираси
8. Толипова Г. б -РИАКИИАТМ, Болалар аллергологияси бўлим мудираси
9. Байбекова В. Ф-РИАКИИАТМ илмий котиби
10. Ақромов А. Т-шифокор аллерголог-РИАКИИАТМ
11. Носирова М. П-шифокор аллерголог-РИАКИИАТМ

### **Тақризчилар:**

1. Ирсалиева Фотима Хусниддиновна Тошкент тиббиёт академияси аллергология, клиник иммунология ва ҳамширалик иши кафедраси т.ф.д профессор,
2. Мавлянова Шахноза Закировна Республика ихтисослаштирилган дерматология венерология ва косметология илмий-амалий тиббиёт маркази , т.ф.д , профессор

### **Ташқи эксперт баҳоси:**

Фомина Даря Сергеевна Москва шаҳар аллергология ва иммунология илмий-амалий маркази раҳбари,юқори малакали тоифадаги аллерголог-иммунолог шифокор, К. М. Н., фгаоу клиник иммунология ва аллергология кафедрасининг бош штатдан ташқари аллерголог-иммунолог доценти. И. М. Сеченов Томонидан Яратилган.

Клиник протокол олий ўқув юртлари профессор-ўқитувчилари, соғлиқни сақлаш ташкилотчилари (РНАС директори ва уларнинг ўринбосарлари), аллергология тизимининг минтақавий муассасалари шифокорлари иштирокидаги ишчи гуруҳнинг якуний йиғилишида норасмий консенсусга эришиш орқали муҳокама қилинади ва тасдиқлаш учун тавсия этилади.

Ушбу миллий клиник протокол ва стандарт Соғлиқни сақлаш вазирининг ўринбосари, т.ф.д. Ш.Р. Шарипов, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. К. Алмарданов, Клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш. Р. Нуримова, бош мутахассислар Г. Т. Джумаева, етакчи мутахассис Н.Ф.Рахимовалар томонларидан кўрсатилган ташкилий ва услубий ёрдамлари билан ишлаб чиқилди.

Клиник протокол Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий аллергология маркази соҳа мутахассислари томонидан 2025-йил 28-январда кўриб чиқилган, йиғилиш баёни № 8

### **Беморлар тоифаси:**

Беморлар, болалар ва катталар, қаварчиққа шубҳа қилинган ва қаварчиқ ташҳиси қўйилган беморлар.

### Протоколнинг мақсадли гуруҳи:

1. аллерголог-иммунологлар;
2. анестезиолог-реаниматологлар;
3. дерматовенерологлар;
4. умумий амалиёт шифокорлари (оилавий шифокор);
5. педиатрлар;
6. шошилинич тиббий ёрдам шифокорлари;
7. умумий амалиёт шифокорлари;
8. талабалар, клиник ординаторлар, тиббиёт магистрлари.

### Далилларнинг исботланганлик даражасини баҳолаш шкаласи (ташхислаш аралашувлари учун)

| Далилларнинг исботланганлик даражаси |   |
|--------------------------------------|---|
| 1                                    | Референц усул ёрдамида назорат остида о‘тказилган тадқиқотларнинг тизимли шарҳлари ёки мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли шарҳи   |
| 2                                    | Референц усул назорати билан о‘тказилган айрим тадқиқотлар ёки айрим рандомизацияланган клиник тадқиқотлар ва ҳар қандай дизайндаги тадқиқотларни тизимли равишда ко‘риб чиқилиши, мета-таҳлил ёрдамида рандомизацияланган клиник тадқиқотларни тизимли равишда ко‘риб чиқилиши бундан мустасно |
| 3                                    | Референц усул ёрдамида изчил назоратсиз ёки о‘рганилаётган усулдан мустақил бо‘лмаган референц усул ёрдамида о‘тказилган тадқиқотлар ёки рандомизацияланмаган қиёсий тадқиқотлар, шу жумладан, когортли тадқиқотлар   |
| 4                                    | Қиёсланмаган тадқиқотлар, клиник ҳолат тавсифи  |
| 5                                    | Муолажанинг та‘сир механизми асослари ёки экспертлар хулосаси   |

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

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

### Тавсияларнинг ишонччилик даражасини баҳолаш шкаласи

| Тавсияларнинг ишонччилик даражаси |  |
|-----------------------------------|--|
| A                                 | Кучли тавсия (барча ко‘риб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим о‘ринни эгаллайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва қизиқтираётган натижалар бо‘йича хулосалари келишилган)        |
| B                                 | Шартли тавсия (айрим ко‘риб чиқилган самарадорлик мезонлари (натижалар) муҳим о‘ринни эгаллайди, айрим тадқиқотларнинг методологик сифати юқори ёки қониқарли ва/ёки қизиқтираётган натижалар бо‘йича хулосалари келишилмаган) |
| C                                 | Кучсиз тавсия (сифатли далиллар келтирилмаган, ко‘риб чиқилган самарадорлик  |

мезонлари, натижалар) муҳим о‘ринни эгалламайди, барча тадқиқотларнинг методологик сифати паст ва қизиқтираётган натижалар бо‘йича хулосалари келишилмаган

## ҚИСҚАРТМАЛАР РЎЙХАТИ

|   |                                       |
|---|---------------------------------------|
| <b><u>X1</u></b><br><b><u>ретсепторлари</u></b> | Гистамин ретсепторлари 1 тури         |
| <b><u>АБ</u></b>                                | Атопик бронхиал астма;                |
| <b><u>АҚБ</u></b>                               | Артериал Қон босими                   |
| <b><u>АК</u></b>                                | Аллергик конъюнктивит                 |
| <b><u>АНА</u></b>                               | Антинуслеар антителолар               |
| <b><u>АШ</u></b>                                | Ангионевротик шиш                     |
| <b><u>АР</u></b>                                | Аллергик ринит                        |
| <b><u>Анти Иг Э-Аг</u></b>                      | Иг Э га қарши антитело                |
| <b><u>ГКС</u></b>                               | Кортикостероид;                       |
| <b><u>ҚА</u></b>                                | Қаварчиқ                              |
| <b><u>ББС</u></b>                               | Криоприн билан-боғлиқ синдроми        |
| <b><u>ДВ</u></b>                                | Дори воситалари                       |
| <b><u>ЛТ</u></b>                                | Лейкотриэн(лар);                      |
| <b><u>КХТ-10</u></b>                            | Касалликларни халқаро таснифи;        |
| <b><u>НС-Х1--Аг</u></b>                         | Седатив бўлмаган антигистаминлар      |
| <b><u>ИАШ</u></b>                               | Ирсий ангионевротик шиш;              |
| <b><u>НЯкВ</u></b>                              | ностероид яллиғланишга қарши дорилар  |
| <b><u>ЎРК</u></b>                               | Ўткир респиратор касаллик;            |
| <b><u>РКТ</u></b>                               | Рандомизацияланган клиник тадқиқодлар |
| <b><u>ЭЧТ</u></b>                               | Эритроцитларни чўкиш тезлиги;         |
| <b><u>СРО</u></b>                               | С-реактив оқсил;                      |
| <b><u>Шс</u></b>                                | Шнитслер синдроми;                    |
| <b><u>УВ</u></b>                                | Уртикар васкулит;                     |
| <b><u>ДИД</u></b>                               | Далилларнинг ишончлилик даражаси      |
| <b><u>ТИД</u></b>                               | Тавсияларнинг ишончлилик даражаси     |
| <b><u>СК</u></b>                                | Сурункали қаварчиқ;                   |
| <b><u>СИК</u></b>                               | Сурункали индутсирланган қаварчиқ     |
| <b><u>ССК</u></b>                               | Сурункали спонтан қаварчиқ;           |

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b><u>ЮуС</u></b>           | Юрак уриш сони;  |
| <b><u>С1-ингибитори</u></b> | Кмплемент биринчи компонентининг ингибитори;                                 |
| <b><u>Х1-АГ</u></b>         | Х1-антигистаминлар   |
| <b><u>ААШ-тест</u></b>      | Ангиошишлар даражасини бахолаш   |
| <b><u>Иг Э</u></b>          | <u>Э синфга мансуб иммуноглобулин</u>  |
| <b><u>ИгГ</u></b>           | Г синфга мансуб иммуноглобулин;  |
| <b><u>УАС 7</u></b>         | Уртикариа астивитй скорй (7 кун давомида қаварчиқ активлиги индекси);        |
| <b><u>УСТ</u></b>           | Тест (уртикариа контрол тест) - Қаварчиқ белгилари устидан назоратни аниқлаш |

## Мундарижа:

“ҚАВАРЧИҚ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ БО‘ЙИЧА МИЛЛИЙ  
КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ.....2

“ҚАВАРЧИҚ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРИ БО‘ЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛЛАРИ..... **3** **Ошибка! Закладка не определена.**

“ҚАВАРЧИҚ” НОЗОЛОГИЯСИНИНГ ПРОФИЛЬАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БО‘ЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛЛАРИ ..... 39

# Кириш

Ушбу баённома қаварчиқ билан оғриган беморларни парвариш қиладиган мутахассислар учун амалдаги клиник далилларни, яхши амалиёт нуқталарини ва экспертларнинг фикрларини тақдим этади. Маҳаллий шароитни ҳисобга олган ҳолда тузилди ва қаварчиқ ташхиси қўйилган беморларда фойдаланиш учун дори-дармонларнинг мавжудлиги эътиборга олинди.

Энг яхши жаҳон амалиётига асосланган маълумотларни ўз ичига олган баённомани ишлаб чиқишда асосий талаб, мавзу бўйича энг яхши кўрсатмалар материалларидан фойдаланиш, шунингдек тавсияларни шакллантиришда илмий маълумотларни қатъий танлаш услубидан фойдаланилди.

**Қаварчиқ (лотинча *Уртица* - қичитқи ўт)** - бу қичийдиган қаварчиқлар, ёхуд ангиошиш ривожланиши билан тавсифланган касалликлар гуруҳи [1].

Қаварчиқ симптом бўлган ҳолатлар [тери тестлари, аутояллиғланиш синдромлари (яллиғланиш реакциясини бошқаришда етакчи рол ўйнайдиган оксил кодловчи генлар мутациясидан келиб чиққан касалликлар), анафилаксия, ирсий ангиошиш ва бошқалар] қаварчиқга тегишли эмас.

## 1.2.Этиологияси ва патогенези

Касалликка сабаб бўлувчи омиллар: озиқ-овқат (21,3-33%), дорилар (33,2-47,5%), пардақанотлилар (премоптера) захари (12,9-18%) [5,6,7,8, 9], турли хил эндоген омиллар, гельминтлар, физик омиллар (1,2-7,6%). Катта (гигант) қаварчиқ ривожланиши бошқа ҳайвонларнинг (масалан, илонларнинг) захарлари оқибатида бўлиши мумкин [10].

Қаварчиқ ривожланишининг сабабини аниқлаб бўлмайдиган ҳолатлар мавжуд (22-25% ҳолларда) [6].

Дори воситаларидан парентерал (мушак ёки томир ичига) юбориш учун юборилган антибиотиклар, (улар орасида пенициллин қатори дорилар, сефалоспоринлар), оғриқсизлантирувчилар (лидокаин, новокаин), ностероид яллиғланишга қарши дорилар (НЯҚД), ёд сақловчи рентген контраст моддалар, витаминлар, тинчлантирувчи дорилар, латекс қаварчиқни кўпроқ келтириб чиқаради [11,12, 13].

Озиқ-овқатлардан тухум, товук гўшти, сигир сути, балиқ ва денгиз маҳсулотлари, ёнғоқлар, ерёнғок, pista ва дуккаклилар қаварчиқни кўпроқ келтириб чиқаради. [14,15].

Кўпинча қаварчиқни келтириб чиқарадиган триггер омилнинг тури беморнинг ёшига боғлиқ. Шундай қилиб, болалик даврида энг кўп учрайдиган триггерловчи омиллардан озиқ-овқат, катталарда дори-дармонлар ва пардақанотли ҳашаротлари захари сабаб бўлади[16,17].

**Патогенез:** базофиллар ва семиз ҳужайра мембраналари юзасида мустаҳкамланган иммуноглобулинлар Е ни ўз ичига олган тезкор юқори сезувчанлик реакциялари (Гелл ва Соомбс 1-тур юқори сезувчанлик реакцияси). Фаоллашган семиз ҳужайра медиаторлари гистамин, серотонин, фаоллашган тромбоцитлар ва ситокинлар томирларнинг кенгайишига, капилляр ўтказувчанликнинг ошишига, сезгир асаб толаларининг фаоллашишига, томирлардан ташқаридаги плазманинг чиқиши, ҳужайраларни қавариқлар пайдо бўлишига олиб келади.

Семиз ҳужайраларининг дегрануляцияси турли хил фаоллашиш механизмлари, шу жумладан семиз ҳужайралари юзасида иммуноглобулинлар Е (Иге) нинг юқори аффин ретсепторлар (ФсєРИ) билан

боғланиши туфайли юзага келиши мумкин. Сурункали қаварчиқ билан оғриган беморларнинг 45% да Иге (5-10%), шундай юқори аффин ФсєРИ (35-40%) га қарши ИгГ аутоантитела аниқланади. Бу ИгГ аутоантитела ФсєРИга боғлиқ семиз хужайраларга ва базофилларга боғлаши мумкин, бу уларнинг фаоллашишига олиб келади. Автореактив ИгГ семиз хужайра ва базофилларнинг дегрануляциясини келтириб чиқарадиган аутореактив Иге (Иге анти-ТПО, Иге анти-дсДНА ва ссДНА, Иге анти-ИЛ-24 ва бошқалар)дан шаклланади.

Қаварчиқни патогенезидаги яна бир бўғин семиз хужайра ва базофилларнинг хужайра ичидаги огоҳлантириш механизмларини регуляциясининг бузилишидир [5, 6, 7].

Семиз хужайралар дегрануляциясига комплемент компонентлари, нейропептидлар ва номаълум механизмлар сабаб бўлиши мумкин. Иммунологик бўлмаган баъзи омиллар, масалан, иссиқлик ёки совуқлик, бир қатор дорилар (НЯҚДВ, антивирус, афюн ва бошқалар) семиз хужайраларнинг фаоллашишига ва дегрануляциясига олиб келиши мумкин [8].

Гистологик жиҳатдан қаварчиқларга терининг юқори ва ўрта қатламлари шишиши, посткапилляр венулалар ва лимфа томирларининг кенгайиши характерлидир. Таъсирланган терида нейтрофиллар ёки эозинофиллар, макрофаглар, Т-хужайралар билан ифодаланган аралаш периваскуляр инфилтрат характерли бўлиб, қон томир деворига таъсир қилмайди. Касалликнинг аломати бўлган ангиошишда эса бундай ўзгаришлар терининг чуқур қатламларига ва тери ости тўқималарига таъсир қилади [18].

### 1.3. Эпидемиологияси

Қаварчиқнинг тарқалиши 20% [10]ни ташкил қилади, болалар орасида - 2,1-6,7% [11], ўткир қаварчиқ катталарникига қараганда болаларда кўпроқ учрайди. Сурункали ўз-ўзидан пайдо бўладиган қаварчиқ (ССУ) аҳолининг 0,5-5% гада учрайди, бу билан аёллар эркаларга қараганда кўпроқ ушбу касалга чалинади [12].

### 1.4. Таснифи

Қаварчиқ кечишига кўра тур ва суб-турлари бўйича турли хил таснифлар мавжуд [13].

#### **Кечиши бўйича:**

- ўткир (6 хафтага қадар);
- сурункали.

#### **Мойиллигига кўра:**

- ирсий;
- орттириб олинган.

#### **Ёши бўйича:**

- болалар;
- катталар қаварчиғи.

#### **Клиник ва патогенетик турларга кўра:**

- аллергик тур;

- псевдо-аллергик(сохта) тур.

Ўткир қаварчиқ, 6 ҳафтадан кам вақт ичида қаварчиқлар ёки ангиошиш ривожланиши билан тавсифланади. Индусирланган қаварчиқ сурункали бўлиши мумкин, шунинг учун бу шакллар сурункали қаварчиқ таснифига киритилган. Қаварчиқ даврида ўзига хос аломатлар пайдо бўлади, масалан, босим остида кечиктирилган қаварчиқда босим берилган жойида шиш пайдо бўлади, бу қўзғатувчи омил таъсиридан бир неча соат ўтгач пайдо бўлади. Баъзида сурункали қаварчиқ бўлган беморларда пуфакчаларсиз изоляция қилинган шиш пайдо бўлади.

Сурункали қаварчиқ таснифи 1-жадвалда келтирилган. Қаварчиқ 2-жадвалда кўрсатилган касалликларнинг аломати бўлиши мумкин, шунинг учун ушбу касалликлардан фарқли равишда ташхис қўйиш зарур [13].

## Жадвал 1.

1-жадвал. Сурункали қаварчиқ таснифи: [14]

| Сурункали ўз ўзидан пайдо бўлувчи(идиопатик) қаварчиқ  | Индусирланган қаварчиқ   |
|--|--|
| Маълум* ва номаълум сабабларга кўра 6 ҳафтадан ва ундан кўп вақтдан бери қаварчиқлар, ёки ангиошиш | Симптоматик дермографизм **<br>Совуқ индукция қилинган ***<br>Босим қаварчиқ **<br>Қуёшли қаварчиқ<br>Иссиқлик индусирланган *****<br>Вибрацияли ангиошиш<br>Холинергик қаварчиқ<br>Контакт қаварчиқ<br>Акваген қаварчиқ |

*Эслатма.* \* Масалан, аутореактив, аутоантитела мавжудлиги, семиз хужайраларни фаолаштирувчилар сабабли; \*\* дермографик қаварчиқ деб аталадиган шакл; \*\*\* совуқ контакт қаварчиқ сифатида танилган; \*\*\*\*\* кечиктирилган босим остидаги қаварчиқ сифатида танилган; \*\*\*\*\*термал(иссиқлик) контакт сифатида танилган.

## Жадвал 2.

**Маъжозий(тарихий) равишда қаварчиқ билан боғлиқ касалликлар ва синдромлар, шу жумладан қаварчиқ/ангиошиш [14]**

|   |
|---|
| Қаварчиқ пигментоз (мастоцитоз)                     |
| Брадикинин воситачилигидаги ангиошиш (масалан, ИАШ) |

Криопирин билан боғлиқ даврий синдромлар (САПС ; уртикар қаварчиқ, такрорий(ретсидивлашган) иситма, артралгия ёки артрит, кўзнинг яллиғланиши, ҳолсизлик, бош оғриғи), худди шундай оилавий совуқ аутояллиғланиш синдроми (ФСАС), Мускле–Wэллс синдроми (қаварчиқ, эшитиш-амилоидоз), неонатал кўп тизимли касалликлар (СИНСА/НОМИД)

## ҚАВАРЧИҚ ДИАГНОСТИКАСИ

### Қаварчиқнинг клиник кўринишлари

Клиник равишда қаварчиқ, кичийдиган қаварчиқ ёки ангиошиш кўринишида намоён бўлади:

1. Қаварчиқ қаварчиғига характерли учта хусусиятга эга:

- деярли ҳар доим рефлектор эритема билан ўралган ҳар хил ўлчамдаги, баъзан шаклдаги марказий шиш;
- қичима, баъзида қизиш ҳисси;
- қайтиш қобиляти, пуфакча 1-24 соат ичида изсиз йўқолади.

2. Ангиошиш қуйидаги белгилар билан тавсифланади:

- дермис, тери ости тўқимаси ва шиллиқости қатламнинг чуқур қатламларининг тез ривожланаётган шишиши;
- қичишишдан кўра кўпроқ таранглик ва оғриқ ҳисси;
- эритеманинг бўлмаслиги;
- 72 соатгача бўлган муддатда йўқолиши билан;

### Диагностика мезонлари

5А Ўткир қаварчиқ диагностикаси 1- тур аллергик реакциялар(озик-овқат) билан боғлиқ ёки дори-воситалар иштироки билан(масалан, АПФ-ингибиторлари) боғлиқ булган мустасно ҳолатларда килинмайди.

5А Қаварчиқ диагностикаси лаборатория натижаларни талаб қилмайди (қаварчиқ сабабларини аниқлашдан фарқли ўлароқ). Қаварчиқнинг турли хиллигини ҳисобга олган ҳолда диагностикани касаллик анамнези ва физик текширувларини батафсил ўрганишдан бошлаш керак, оғир тизимли касалликларни истисно қилиш учун эса асосий лаборатор усуллари килиш лозим. Псевдоаллергенларни ўз ичига олган парҳез ва лаборатория текширувлари каби махсус провокацион тестлар сурункали ўз ўзидан келиб чиқувчи қаварчиқ сабабларини аниқлашга ёрдам беради, аммо улар жисмоний қаварчиқ ва бошқа қаварчиқ турлари учун жуда фойдали эмас. Қаварчиқ сабабини аниқлашга қаратилган кенгайтирилган диагностика текшируви клиник ҳолат ва беморнинг тарихи билан белгиланади [15,15].

## Шикоятлар ва анамнез:

### Шикоятлар:

- ✓ тўсатдан тошма пайдо бўлиб, шишган ёрқин қизил қавариклар тери сатҳидан юқорига кўтарилиб, катта тартибсиз шаклларга қўшилиб, баъзи элементлар чегараланган бўлиб қолади (ўткир қаварчиқда);
- ✓ қавариклар (баъзан бир неча дақиқадан сўнг) изсиз йўқолади;
- ✓ бўртмалар-папула (сурункали қаварчиқда);
- ✓ тўсатдан тери ва тери ости ёғ клетчаткасида шишни пайдо бўлиши (ангиошиш);
- ✓ бирдан қичишиш, куйиш, титроқ ёки иссиқлик ҳисси, бўғилиш пайдо бўлиши;
- ✓ умумий ҳолатнинг бузилиши: иситма (қаварчиқ иситмаси);
- ✓ овознинг ўзгариши яни бўғиқлашиши, хансираш;
- ✓ невротик реакциялар, диспепсий.
- ✓

5с

**Анамнезни йиғишда қуйидаги омилларга эътибор бериш тавсия этилади: [13].**

- ✓ бемор томонидан элементларнинг тавсифи (тури, ҳажми, элементларнинг локализасияси, элементни сақлашни муддати, қичишиш, оғриқ ва бошқалар);
- ✓ ангиошишнинг мавжудлиги, ёки йўқлиги ва уларнинг локализасияси;
- ✓ касалликнинг бошланиши, қаварчиқ эпизодининг давомийлиги;
- ✓ Н1-антигистаминлар дори воситаларини (ДВ) самарадорлиги;
- ✓ аввалги даволашнинг моҳияти ва самарадорлиги;
- ✓ элементларнинг даврий кўриниши (куннинг вақти, ҳайз даври билан боғлиқлиги);
- ✓ аспирин ва шу каби НСЯҚДВ, АПФ ингибиторлари ёки бошқа дориларни қабул қилиш билан боғлаш; стресс;
- ✓ шахсий ва оилавий тарихда атопик касалликлар, қаварчиқ мавжудлиги;
- ✓ қаварчиқни кучайтириши мумкин бўлган жисмоний омилларнинг мавжудлиги;
- ✓ олдинги ёки ҳозирги сурункали ёки ўткир касалликларни аниқлаш, олдинги жарроҳлик аралашувлар, қон ва унинг таркибий қисмларини қуйиш,
- ✓ юқумли ёки паразитар касалликларни юқтириш хавфи юқори бўлган ҳудудларга саёҳат қилиш;
- ✓ овқатланиш нуқталарига ташриф буюриш;
- ✓ озиқ-овқат истеъмол қилиш билан боғлиқлиги;
- ✓ касбий фаолият, сеvimли машғулот;
- ✓ олдинги текширув ва даволаш натижалари.

### Физикал текширувлар

#### Эфемер экссудатив бўшлиқсиз элементлар/қаварчиқлар:

- ✓ шишган, зич, оч пушти;
- ✓ тери даражасидан юқорига кўтарилиш;
- ✓ ҳар хил ўлчамдаги(диаметри 0,5 дан 10-15 см гача);
- ✓ ҳар хил контурлар(юмалоқ, катта ҳажмдаги ва бошқалар);
- ✓ кўпинча марказда оқартириш жойи билан.

## Терининг чегараланган шишиши

(гигант қаварчиқ, ўткир чегараланган Квинке шиши (ангиодема)):

- ✓ шиллиқ пардалар (тил, ҳалқум, кўзнинг конъюнктиваси, бурун-ҳалқум), юз (лаблар, ёноқлар, қовоқлар ва бошқалар) ва /ёки жинсий аъзолар;
- ✓ тери ва шиллиқ пардалар зич эластик консистенцияга айланади, оқ рангли, камроқ пушти рангли, субъектив ҳиссиётларга(белгиларга) эга бўлмайди.

Қаварчиқ диагностикаси қаварчиқ ёки ангиошишни аниқлашга асосланган. Қолдиқ гиперпигментация, айниқса пастки оёқ ва сонларда уртикар васкулитни кўрсатади, буллёз элементлар буллёз пемфигоид ва герпетик дерматит ҳақида ўйлашга мажбур қилади. Чизишдан кейин қаварчиққа айланиб кетадиган қизил-жигарранг доғлар пигментли қаварчиқни кўрсатади. Оёқлар пастки қисмида пайпасланадиган пурпура кўпинча васкулит билан бирга келади [1]. Ринит, конъюнктивит, бронхиал астма белгилари атопик касалликларни (АР, АК, БА) кўрсатиши мумкин.

Қон босимини ўлчаш, юрак уриш тезлиги, тана ҳароратини ўлчаш, периферик лимфа тугунлари, жигар, талоқ ҳажмини аниқлаш, ўпка, юрак аускультацияси, қорин бўшлиғини палпация қилиш касаллик белгиларини аниқлаши мумкин, эҳтимол қаварчиқ белгилари ривожланиши ва давом этиши билан боғлиқ бўлиши мумкин.

|    |   |
|----|---|
| 5А | Сурункали қаварчиқда касалликнинг сабабини аниқлаш учун текширув ўтказилади. Сурункали ўз-ўзидан пайдо бўлган қаварчиқ бўлса махсус текширувнинг чекланган доираси тавсия этилади [13, 10, 18]. |
|----|---|

### . Лаборатория диагностикаси.

Лаборатория текшируви фақат касалликнинг сабабини аниқлаш учун талаб қилинади.

|    |   |
|----|---|
| 5А | Барча қаварчиқли беморлар учун касалликнинг сабабини аниқлаш учун интенсив скрининг тавсия этилмайди [13].          |
| 5А | Ўткир қаварчиқ ҳолатида, агар кўзгатувчи омил анамнезида кўрсатилган бўлса, текширув ўтказиш тавсия этилмайди. [13] |

95% ҳолларда ўткир қаварчиқ ўз-ўзидан 2 ҳафта ичида йўқолади ва антигистаминлар билан самарали даволанилади (оғир ҳолатларда ГКС талаб қилиниши мумкин). Анамнезида кучайтирувчи омилнинг кўрсаткичлари бўлса, қўшимча текширув ўтказилади.

|    |   |
|----|---|
| 5А | Сурункали қаварчиқда касалликнинг сабабини аниқлаш учун текширув ўтказилади. Сурункали ўз-ўзидан пайдо бўлган қаварчиқ бўлса махсус текширувнинг чекланган доираси тавсия этилади [13, 10, 18]. |
|----|---|

Диагностика доираси, мунтазам текширув усулларида ташқари, клиник ҳолат ва беморнинг анамнези билан белгиланади. (3-жадвал).

**Жадвал 3. Ўз-ўзидан пайдо бўлган қаварчиқ билан касалланган бемор учун тавсия этиладиган диагностика тестлари [13]**

| Тури                | Субтур                        | Махсус диагностика текширувлари  | Кенгайтирилган диагностика текшируви   |
|---------------------|-------------------------------|--|--|
| Ўз-ўзидан (спонтан) | Ўткир ўз-ўзидан (спонтан)     | Кўрсатилмаган  | Кўрсатилмаган  |
|                     | Сурункали ўз-ўзидан (спонтан) | Тўлиқ клиник қон текшируви<br>Эритроцитлар чўкиш тезлиги(ЭЧТ), С-реактив оқсилни аниқлаш (СПО) | юқумли касалликларни (масалан, <i>Хелисобактер пйлорй</i> ), паразитар инвазияни истисно қилиш бўйича тестлар[19,20,21]; атопия; қалқонсимон гормонларига ва структур антителаларига (тироглобулин, эркин Т4, эркин Т3га, ҳамда тиреопероксидаза ва тироглобулинга қарши антитела); келиб чиқиши жисмоний, доридармонларга ва озиқ-овқатга боғлиқ қаварчиқларда атопияни аниқлаш учун тестлар; аутоиммун зардоб текшируви; триптаза; тери биопсияси; Д-димер [22]; антинуклеар антитела; С3/С4-компонент комплементлари; оқсил фракциялари |

5С Клиник аҳамиятга эга бўлган натижалар ва терапияга ижобий жавоб бўлса, текширув ҳажмини камайтириш тавсия этилади [15, 16]

### 2.5.2. Инструментал диагностика

5А Индусирланган қаварчиқнинг қўзғатувчи омил чегарасини аниқлаш учун чекланган мунтазам диагностика тестлари тавсия этилади [14].

Жисмоний қаварчиқ ташхиси қўйилган беморларда ўтказиладиган тестлар 4 жадвалда кўрсатилган [13, 23].

Жадвал 4.

Индукцияланган қаварчиқ бўлган беморларда тавсия этилган диагностика тестлари

| Тури                    | Субтур                   | Махсус диагностика текшируви   | Анамнезга ва дифференциал таъхисга қараб кенгайтирилган диагностика текширувлари                                       |
|-------------------------|--------------------------|--|--|
| Индукцияланган қаварчиқ | совуқ                    | совуқ провокация тести ва сезгирлик чегарасини аниқлаш *                                   | Бошқа касалликларни, айниқса юқумли касалликларни истисно қилиш учун клиник қон текшируви ва ЭЧТ / СРО, криопротеинлар |
|                         | босим остидаги қаварчиқ  | босим синови ва сезгирлик чегарасини аниқлаш   | йўқ  |
|                         | иссиқлик                 | термик провокация тести ва сезгирлик чегарасини аниқлаш *                                  | йўқ  |
|                         | Қуёшли қаварчиқ          | Турли хил тўлқин узунликдаги УФ, ҳамда кўринадиган ёруғлик ва сезгирлик чегарасини аниқлаш | Бошқа фотодерматозларни чиқариб ташланг  |
|                         | Симптоматик дермографизм | механик таъсир (масалан, шпател билан чизиш) ва сезгирлик чегарасини аниқлаш               | Клиник қон текшируви, ЭЧТ/СРО  |
|                         | Вибрацияли қаварчиқ      | Лаборатория вибратори каби провокацион тест  | йўқ  |
|                         | Акваген қаварчиғи        | Нам кийим, тана ҳарорати 20 дақиқа   | йўқ  |
|                         | Холинергик қаварчиқ      | Жисмоний машқлар ва иссиқ ҳаммом   | йўқ  |

|  |                  |   |     |
|--|------------------|---|-----|
|  | Контакт қаварчиқ | Тери провокацион тестлари, масалан, рриск/патч-тестлари | йўқ |
|--|------------------|---|-----|

**Эслатма.** Антигистамин дори-воситалари тестлардан 48 соат олдин бекор қилиниши керак. \* *Темп-тест* мосламаси ёрдамида сезувчанликнинг ҳарорат чегарасини ва дермографометр ёрдамида дермографик қаварчиқ учун сезгирлик чегарасини аниқлаш керак. Клиник жиҳатдан муҳим хулосалар терапияга ижобий жавоб берган тақдирда текширув доирасини қисқартиришни талаб қилиши мумкин.

### Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар:

- \* аллергиялог-иммунолог билан маслаҳатлашиш;
- \* кардиолог билан маслаҳатлашиш • тегишли БССЛАРНИ аниқлаш учун);
- \* невролог билан маслаҳатлашиш • биргаликда неврологик касалликларни аниқлаш учун);
- \* оториноларинголог билан маслаҳатлашиш (ЙНЙ органларининг касалликларини аниқлаш учун);
- \* гастроэнтеролог билан маслаҳатлашиш (овқат ҳазм қилиш органларининг ёндош касалликларини аниқлаш учун).

### Қаварчиқ билан оғриган беморда ташхисни шакллантириш

Қаварчиқ билан оғриган беморда ташхисни шакллантиришда кетма-кетлик тавсия этилади: ХКТ-10 кодини кўрсатган ҳолда шакли ва зўравонлиги.

Ташхисни шакллантиришга мисоллар:

Ташхис қўйиш учун мисоллар:

1. Ўткир қаварчиқ тарқалган шакли.
2. Сурункали идиопатик қаварчиқ хуруж даврида.

## Дифференциал диагностика

2.6.1. Уртикар тошмалар билан кечадиган касалликларни қаварчиқ билан дифференциал диагностикаси.

**Уртикар васкулит (УВ).** Уртикар васкулитдаги қаварчиқлар 24 соатдан кўпроқ сақланади, пурпура (тўқ қизил ранг) билан кечади ва баъзида гиперпигментация кузатилади. Қичишишга кўра кўпроқ куйиш ҳисси ва оғриқ безовта қилади. Уртикар васкулитда қаварчиқ элементлари ангиошиш, ливедо ретисуларис билан баъзида эса булла кузатилиши мумкин [28, 30, 31]. Тери аломатлари билан бир қаторда, беморларда баъзида иситма, безовталиқ, миалгия ва артралгия учрайди. Уртикар васкулит ташхисини тасдиқлаш учун таъсирланган тери соҳасидан биопсия(намуна)ни гистологик текшириш талаб қилинади. УВнинг типик гистологик белгилари – лейкоцитлар (асосан нейтрофиль) инфильтрацияси, парчаланган лейкоцитлар (лейкоцитоплазия), томирлар девори ва томирлар атрофидаги фибрин бирикмаларини жойлашиши, посткапилляр венулаларнинг эндотелиал хужайраларининг шикастланиши ва шишиши, ҳамда эритроцитлар экстравазацияси [30, 31].

**Буллёзли пемфигоид.** Бу касаллик билан 60 ёшдан катта инсонлар кўпроқ хасталанишади. Касалликнинг продромал (буллёз бўлмаган) даврида касаллик клиник кўринишлари ҳар хил бўлиши ва қаварчиқ кузатилиши мумкин [27,28,30]. Бундай элементлар бир неча ой давомида касалликнинг ягона белгиси бўлиши мумкин.

**Кўп шаклли экссудатив эритема.** Кўп шаклли экссудатив эритема - тери ва шиллик пардаларнинг ўткир касаллиги бўлиб, полиморфик тошмалар (доғлар, папулалар, пуфакчалар) хос ва тошмалар даврий характерда қайталаниш эга. Кўпгина беморларни шиллик пардалари шикастланади. Анамнезини аниқ йиғиш унинг герпетик ёки микоплазма инфекцияси ёки дори-дармонларни қабул қилиш(сулфаниламидлар, стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дорилар(НЯҚДВ), тетрациклин, пенициллин ва бошқалар) билан боғлиқ бўлган таъсирини ўрганиш лозим. [25,26].

**Терининг Т-хужайрали лимфомаси.** Т-хужайрали лимфома кўпинча кўпроқ қичишиш белгиси билан намоён бўлади. Касалликнинг дастлабки босқичларида 24-48 соат ичида ўтиб кетади ва қичишиш, баъзида ангиошиш билан кечадиган қаварчиғи деб талқин қилиниши мумкин [30, 31].

**Пигментли қаварчиқ.** Пигментли қаварчиқ (тери мастоцитозининг макулопапулөз тури билан ҳам маълум)-бу тери мастоцитозининг энг кенг тарқалган шакли. Пигментли қаварчиқ қизил-жигарранг макула ва папулалар билан ажралиб туради, уларнинг механик тирнаш хусусияти билан қаварчиқ ҳосил бўлади (синдром Даре). Одатда, ташхис тажрибали мутахассислар учун қийинчилик туғдирмайди, аммо бир қатор клиник ҳолатларда дифференциал диагностика зарурати туғилади [20,24]. Баъзи беморларда уртикар дермографизм ўзгармаган терида мавжуд бўлади.

Пигментли қаварчиқ билан кўпроқ болаларда учрайди ва 80% ҳолларда бир ёшгача намоён бўлиши кузатилади [31]. Касалликнинг кечиши (прогнози) ижобий. Одатда, аломатлар ўспиринлик даврида йўқолади [28]. Тизимли аломатлар семиз хужайралар медиаторлари ажралиши билан билан боғлиқ ва ҳар доим ҳам пигментли қаварчиқ учрамаслиги мумкин. Тизимли аломатлар одатда гиперемия, қичишиш, қаварчиқ элементлар (пигментли қаварчиқда терида тошма қизариши ва шишиши), юз ва тананинг юқори қисмида тўсатдан қизариш эпизодлари, тахикардия, қусиш, ҳушидан кетиш ва шок билан тавсифланади. Бундай аломатлар радиоконтраст моддалар, афюн, марказий оғриқсизлантитувчиларда ва пардақанотлиларнинг чақиши натижасида юзага келиши мумкин [17].

**Боррелиоз (Лайм касаллиги).** Канали боррелиознинг (Лайм касаллиги) эрта, локализацияли турида кўчувчи эритемани намоён бўлишини қаварчиқдан дифференциал диагностика қилиш лозим. Лайм касаллигини ташхислашда анамнестик маълумотлар эпидемиологик хавфли ҳудудларни бўлиши аҳамиятлидир [29, 30].

**Ҳомиладор аёлларда полиморф тошмалар.** Ҳомиладор аёлларда полиморф тошмалар (шунингдек, қичитқи уртикар папула ва ҳомиладор аёлларда учровчи бляшка сифатида ҳам танилган) терида кучли қичийдиган эритематоз папулалар ва шакллар пайдо бўлиши билан характерланади. Тошмалар кўпинча ҳомиладорликнинг учинчи триместрида пайдо бўлади ва туғруқдан кейинги 7-10-кунларда бартараф этилади. Тошмалар асосан қорин, сон ва думба қисмида, кўпинча стриялар учрайдиган соҳасида жойлашган бўлади. [20, 30].

**Дори-дармонлар таъсирида келиб чиққан турғун тошмалар.** Дори-дармонлар таъсирида келиб чиқадиган тошмалар бир неча бор дори-дармонларни такроран қўллаш пайтида айнан ўша жойдан тошмалар қайта пайдо бўлиши билан характерланади. Бир жойдан қайта чиқувчи тошмаларга НСЯҚД, сулфаниламидлар ва бошқа дорилар сабаб бўлиши мумкин. Турли хил босқичларда турғун тошмалар бўлган тери элементлари қаварчиқ билан ўхшаш бўлиши мумкин. Ушбу тошмалар қичийди, қизийди ва бу ҳолат уч ҳафтагача давом этиши мумкин. Дифференциал диагностикада тўлиқ фармакологик анамнезни йиғиш ва пухта физик текширувларни қилиш муҳим аҳамиятга эга бўлади [30, 31].

**Аутоиммун прогестерон дерматити.** Аутоиммун прогестерон дерматити камдан-кам учрайди ва полиморф тошмалар билан характерланиб даврий ҳар ойда ҳайз сиклини лютеинловчи фазасида такрорланиб туради ва ҳайз даври келганда ўз-ўзидан йўқолиши билан ажралиб туради. Кўпинча тошмалар қаварчиқ элементлари билан ифодаланади. Прогестеронни ўз ичига олган оғиз контрацептивлари ёрдамида касалликнинг кучайиши кузатилиши мумкин [30, 31].

**Ретикуляр эритематик мусиноз.** Ретикуляр эритематик мусиноз - бу кам учрайдиган касаллик бўлиб, ўрта ёшли аёлларда учрайди ва эритематик доғлар, тугунлар ва шакллар шаклида бўлиб тўрсимон шакли билан тавсифланади. Баъзи беморларда қаварчиқ доғлари ва папуларлар кузатилади, ва бу ҳолатда қаварчиқ билан дифференциал ташхис қўйиш лозим. Тери биопсиясини гистологик натижаларида терида периваскуляр ва перифоликуляр инфилтратлар, ҳамда терининг сўрғичсимон қисми ва тўрсимон қисмининг тепа қисмида коллаген толалари орасида мусин бирикмаларининг бўлиши кузатилган [23,25].

**Тизимли қизил бўрича (ТҚБ).** Қаварчиқ ва қаварчиқсимон тошмалар тизимли қизил бўричада(ТҚБ) кўп учрайди ва ТҚБ нинг тери кўринишлари деб ҳисобланади, айниқса касалликнинг фаол босқичида кузатилади. ССҚ (сурункали спонтан қаварчиқлар) ТҚБ нинг биринчи аломатларидан бири ва унинг намоён бўлишидан ўн йил олдинги белгиси бўлиши мумкин [27]. Баъзи муаллифларнинг фикрига кўра ССҚ кузатилиши ТҚБнинг оғир кечишидан ва ёмон прогнозидан дарак деб ҳисоблашади. Тери белгиларининг артралгия, умумий ҳолсизлик ва мўътадил лейкопения билан бирга келиши ушбу беморларда ТҚБ ташхисини қўйишда муҳим аҳамиятга эга. Узоқ муддатли узлуксиз ёки тўлқинсимон иситмани артикуляр синдром ва тери жараёнлари билан биргаликда келиши албатта ТҚБга шубҳа туғдириши керак. [14,15,19].

#### **Аутояллиғланиш касалликлари (АЯК).**

Криопирин билан боғлиқ синдромлар (КБС).

КБС - бу ноёб туғма АЯК гуруҳидир, улар қуйидагиларни ўз ичига олади:

- оилавий совуқ аутояллиғланиш синдроми/оилавий совуқ қаварчиқ (фамилиал солд аутоинфламаторий сйndrome/фамилиал солд уртисариа – ФСАС/ФСУ);
- Макл-Уэллс синдроми (Мускле – Уэллс сйndrome – МВС);
- сурункали инфантил нейро-тери-артикуляр синдром/инфантил мультитизимли яллиғланиш касаллиги (chronic инфантиле онсет неврологис сутанеоус артисулар/неонатал онсет мультисйтем инфламаторий дисеае – СИНСА/НОМИД).

Рўйхатда келтирилган синдромлар эрта бошланиши, одатда ҳаётнинг биринчи йилида, қайталанувчи ёки доимий иситма, қаварчиқ тошмаси, оғир ҳолатларда артралгиядан тортиб то такрорланадиган ва кучайиб борадиган доимий артритгача бўлган қўшма шикастланишларнинг кенг доираси, шунингдек (МВС и СИНСА/НОМИД учун) марказий ва периферик асаб тизими шикастланиши билан кечади. Асосий асорати амилоидоз, сурункали яллиғланиш натижасида ривожланиб, кўпинча беморларнинг ўлимига сабаб бўлади.

Учала синдром учун ҳам деярли доимо бутун ҳаёти давомида тошмаларни сақланиши характерлидир, аммо у тошмалар аллергик эмас, улар қаварчиқга ўхшаш ёки «псевдо-қаварчиқ» деб номланади.[24,27,30].

**Шнитслер синдроми (ШС).** Шнитслер синдроми (ШС), бу яллиғланишнинг клиник ва биологик белгилари ва АА амилоидози ва лимфопрлифератив касалликларнинг ривожланиш хавфи билан боғлиқ бўлган моноклонал гаммопатия билан биргаликда такрорланадиган қаварчиқ тери тошмалари билан характерланади. Терининг қаварчиқли тошмаси одатда касалликни биринчи ва асосий симптоми хисобланади, 12-24 соат давомида сақланадиган тошмалар тананинг кўкрак, қўлоёқлар, кафт-товон, бош ва бўйин қисмида жойлашади. Бу касалликда ҳам тизимли яллиғланиш белгиларига қайталанувчи иситма, мушак ва суяклардаги оғриқ, артралгиялар, лимфоаденопатия, гепато ёки спленомегалия, ўткир фаза маркерларини ошиши(ЭЧТ, СРО, САА) хос.[30, 31].

**Ўткир фебрил нейтрофиль дерматоз (Свит синдроми).** Ўткир фебрил нейтрофиль дерматоз(Свит синдроми) иситма, нейтрофиль лейкоцитоз ва оғриқли тугунли шиш ёки қизил-бинафша тусли папула каби тери тошмалари билан характерланади. Элементларни кўшилиб кетишидан нотўғри шакилли аниқ чегарали хосилалар шаклланади. Теридаги тошмалар аниқ кўринишда халқасимон ёки ёйсимон шаклда бўлади. Тошма пайдо бўлиши 39-40 даража иситма кўтарилиши ва холсизлик билан кечади. Тошмалар динамикасига тошмаларни бир неча хафтагача сақланиши ва кейин аста йўқолиши хосдир. Периферик қонда 10000/мм<sup>3</sup>гача лейкоцитозни кузатилиши, нейтрофиллар миқдорини ошиши, ЭЧТ ва СРО ни ошиши кузатилади.

**Системали мастоцитоз.** Системали мастоцитозда тери тўсатдан қизариши, айниқса юз ва тананинг юқори қисмида, кўнгил айнаши, чанқаш, ҳушидан кетиш олди ва ҳушини йўқотиш, анафилакция, тўсатдан пайдо бўлиши ёки ўзига хос триггер омилларни (морфин, кодеин, алкоголь ёки терини катта қисмининг ишқаланиши) таъсири, худди шундай носпецифик омиллар (НЯҚДни қабул қилиш, совуқда, сув билан мулоқотда) каби ўткир қаварчиқ ёки сурункали қаварчиқ айрим белгиларига ўхшаш манзаралар хос[12,13]..

**Семиз ҳужайраларининг моноклонал фаоллашиш синдроми.** Семиз ҳужайраларининг моноклонал фаоллашиш синдроми семиз ҳужайраларидан медиаторларни чиқариши натижасида юзага келадиган аломатлар билан тавсифланади: гипотензия ва ҳушидан кетиш билан такрорланадиган анафилактик эпизодлар, ҳеч қандай сабабсиз (идиопатик анафилакция) ёки пардаканотлилар чақишидан кейин пайдо бўлади. Ташхис суяк илигидан олинган биопсияни иммуно-гистокимёвий ва молекуляр генетик текширув натижалари билан тасдиқланади. Ушбу беморлар тизимли мастоцитоз диагностикаси мезонларига жавоб бермайдилар [30].

**Карсиноид синдром.** Карсиноид синдроми ошқозон-ичак трактида, ўпкада камдан-кам ҳолларда ва баъзи ҳолларда репродуктив тизимда жойлашган карсиноид ўсмалари бўлган беморларнинг тахминан 10 фоизида учрайди. Карсиноид синдроми тўсатдан қизариш (айниқса юз ва тананинг юқори ярми), оғир гипотензия, тахикардия, бронхоспазм, қорин оғриғи ва диарея белгилари билан бирга келади [22, 23]. Карсиноид синдроми серотониннинг асосий метаболити бўлган сийдикда 5-гидроксинол сирка кислотасининг кунлик чиқарилишини ўрганиш орқали аниқланади. Карсиноид синдроми билан оғриган беморларда сийдикда 5-гидроксииндолуксус кислота ошиш даражаси мастоцитоз билан оғриган беморларнинг нормал даражасидан фарқ қилади. [30, 31].

**Қаварчиқ билан касалланган беморларни даволаш**

**Даволашнинг мақсади:**

Қаварчиқ симптомларини тўлиқ назорат қилишга эришиш.

**Қаварчиқни даволашнинг асосий принциплари:**

- сабабларни ва кўзгатувчиларни йўқ қилиш ва бартараф этиш.

- бардошлилик (толерантлик) индукцияси

- Семиз хужайралари томонидан биологик фаол моддаларни(медиаторлар) чиқарилишини камайтириш ва ушбу медиаторларнинг таъсирини англашга қаратилган симптоматик терапий.

### 3.1. Сабаблари ва қўзғатувчилари (триггер) ни йўқ қилиш, ҳамда бартараф этиш

Аниқ сабаб ва қўзғатувчини топиш, ҳамда исботлаш қийин, қаварчиқ бартараф этилганидан сўнг ремиссияси ўз-ўзидан пайдо бўлиши мумкин, лекин бу ҳолат кўрилган чоралар туфайли бўлмаслиги мумкин.

#### Дори-дармонлар

|    |  |
|----|--|
| 5C | Тошмаларга сабаб бўлувчи дориларни йўқ қилиш ёки бошқа гуруҳ дориларига алмаштириш керак. Дори воситалари ҳам ушбу ҳолатга сабаб бўлиши ёки қўзғатувчи омил бўлиши мумкин (масалан, АПФ ингибиторлари, НСЯҚПлар) [54]. |
|----|--|

#### Жисмоний омиллар

Ҳаддан ташқари иссиқлик ёки терлашга сабаб бўладиган ҳолатлардан сақланинг: жуда иссиқ кийим, ортиқча жисмоний машқлар, иссиқ овқат ва ичимликлар ичиш ва бошқалар. Кечиктирилган босим қаварчиғи ва дермографик қаварчиқ бўлса, қаттиқ кийимлардан воз кечинг, оғир юкларни кўтаринг, тери юзасида босимни юмшатиш учун рюкзакнинг белбоғларини кенгайтиринг, оёқ шишганида узоқ юришдан сақланинг ва бошқалар. Совуқлик юқори бўлган ҳолатлардан сақланинг: жуда енгил кийимлар, совуқ ичимликлар, овқат истеъмол қилиш, узоқ вақт совуқда бўлиш. Қуёшли қаварчиқ бўлса, қуёшнинг тўғридан-тўғри таъсир қилишидан сақланинг, очик кийим кийинг, қуёш нурлари юқори бўлган жойларда дам олишдан сақланинг, маҳаллий СПФ 50+ фотопротектив маҳсулотлардан фойдаланинг, ёпиқ кийим ва кенг қиррали бош кийимлардан фойдаланинг.

#### Юқумли ва яллиғланиш жараёнларини даволаш

|    |   |
|----|---|
| 5C | Сурункали қаварчиқ билан оғриган беморда аниқланган яллиғланиш жараёнлари, бошқа ҳар қандай бемор каби кўрсатмаларга мувофиқ даволанишни талаб қилади. Юқумли касалликларни, масалан, сурункали қаварчиқ бўлган беморларда Н-Пйлори ни йўқ қилиш масаласи ҳамон очик қолмоқда [15, 16]. Ҳозирга қадар аниқланган юқумли касалликлар ва қаварчиқни ривожланиши ва парвариши ўртасидаги аниқ боғлиқлик тасдиқланмаган. Сурункали қаварчиқли беморда аниқланган паразитар инвазия даволанишни талаб қилади [27]. |
|----|---|

Алоҳида қилиб айтилганда, беморнинг ҳолатига мувофиқ қарор алоҳида қабул қилинади.

#### Пархез

|    |   |
|----|---|
| 1A | Озиқ-овқат аллергияси исботланган бўлса, провокацион овқатларни истеъмол қилишдан сақланиш тавсия этилади |
|----|---|

Рациондан аниқланган аллергенларни чиқариб ташлаш 24-48 соат ичида яхшиланишга олиб келади [13, 18, 29, 30].

|    |   |
|----|---|
| 2B | Кундалик ёки деярли ҳар куни қаварчиқ бўлган беморларда гипоаллергик пархезни киритиш тавсия этилади. |
|----|---|

Псевдо-аллергик реакция бўлса, гипоаллергик парҳез тарзида яхшиланиш 3 ҳафтадан сўнг содир бўлади.

### 3.2. Бардошлилик (толерантлик) индукцияси

Совуқ, холинергик, қуёшли қаварчиқ турлари ҳам бўлиши мумкин. Таъсир узоқ давом этмайди, шунинг учун қўзғатувчи омилни бартараф этиш учун узоқ муддатли таъсир ўтказиш лозим, бу ҳар доим ҳам беморлар томонидан қўллаб-қувватланмайди [13, 21].

### 3.3 Консерватив даво

2В Қундалик ёки деярли ҳар куни қаварчиқ бўлган беморларда гипоаллергик парҳезни киритиш тавсия этилади. [13]

3В Сурункали спонтан қаварчиқни симптоматик даволаш учун расмда кўрсатилган алгоритмга риоя қилиш тавсия этилади (Иловага қаранг).

Биринчи даражали терапия юқори сифатли далилларга, арзон нархга, юқори даражадаги оммабоплика, жуда яхши хавфсизлик профилига ва самарадорликнинг жуда яхши далилларига асосланган.

**Қаварчиқнинг биринчи қатор терапияси.** Стандарт дозада иккинчи авлоднинг Н1-антигистамин препаратлари.

1А Қаварчиқни даволашда иккинчи даражали седатив бўлмаган Н1-антигистаминлардан (Н1-Аг) фойдаланиш тавсия этилади. [13].

1А Иккинчи авлод Н1-АГ(тинчлантормайдиган) ни талаб бўйича эмас, балки минимал талаб қилинадиган дозада мунтазам равишда қабул қилиш тавсия этилади. [13, 22, 31].

1В Қаварчиқ билан оғриган беморларда, айниқса кўрсатилмаган бўлса, биринчи авлод седатив антигистаминларни стандарт амалиёти тавсия этилмайди. [13, 24].

6 ойгача бўлган болаларда, фойдаланиш учун рўйхатдан ўтган иккинчи авлод Н1-АГ йўқлигини ҳисобга олиб, диметинденни қисқа курсда буюришлари мумкин (1 ойдан 1 ёшгача бўлган беморлар учун дозалаш режими, кунига 3 марта ҳар дозада 3-10 томчи).

**Иккинчи қатор терапияси. Иккинчи авлод Н1-АГ дозасини ошириш.**

1А Вояга етган беморларга сурункали қаварчиқ бўлган беморларни даволаш алгоритмига риоя қилиб, иккинчи авлод Н1-АГ дозасини тўрт бараваргача оширишга ҳаракат қилиш тавсия этилади [13, 15, 16, 17, 28].

Тўрт баравар кўпайган дозанинг таъсири бўлмаган тақдирда, иккинчи авлод Н1-антигистаминлари дозасини янада кўпайтириш тавсия этилмайди.

5С Ҳар хил Н1-антигистаминларни бирлаштиригандан кўра, иккинчи авлод Н1-АГ дозасини кўпайтириш тавсия этилади. [13].

5C Болаларни даволаш учун ёши ва тана вазнини ҳисобга олган ҳолда биринчи даражали терапияни қўллаш ва иккинчи авлод H1 антигистаминларни дозасини кўпайтириш тавсия этилади. [13].

Агар қаварчиқ аломатлари болаларда 2-4 ҳафтадан кўп ёки ундан олдинроқ бўлган иккинчи авлод H1 антигистаминларининг ёшига хос дозасини қўллаган ҳолда сақланиб қолса, аломатлар бемор учун чидаб бўлмас бўлса, иккинчи авлод H1-АГ антигистамин дозасини икки баравар кўпайтириш тавсия этилади (иккинчи терапия линияси). Болаларда, далиллар базаси йўқлиги сабабли, ушбу даволаш тактикасига эҳтиёткорлик билан риоя қилиш керак: Болалар учун ИИ авлод X1-АГ дозасини кўпайтириш тўғрисида тиббий комиссиянинг қарори билан тиббий ташкилотнинг маҳаллий мустақил ахлоқий қўмитаси (агар мавжуд бўлса) томонидан қабул қилиниши керак. Қўшимча қилган ҳолда, ота-оналарнинг (қонуний вакиллари) ва 14 ёшдан ошган боланинг хабардор розилигини олиш шарти билан амалга оширилади.

5C Бир вақтнинг ўзида бир нечта X1-АГ дан фойдаланиш тавсия этилмайди [13].

**Учинчи қатор терапияси. Омализумаб. Препарат иккинчи авлод X1-АГ га қўшилади.**

1A Сурункали идиопатик қаварчиқда, X1-АГ ИИ билан даволаш пайтида симптомлар 2-4 ҳафтадан кўпроқ давом этса (ёки ундан олдин, агар симптомлар чидаб бўлмас бўлса), иккинчи авлод H1-АГ терапиясига омализумаб қўшилиши тавсия этилади. [13, 29, 30, 31].

Ушбу тавсия омализумабнинг самарадорлиги ва хавфсизлигини кўрсатадиган юқори сифатли, платсебо назорати остида, икки марта кўпроқ, рандомизацияланган клиник текширувлар асосида амалга оширилади. Препаратни 12 ёш ва ундан катта одамларда H1-гипертензиясига жавоб бермайдиган беморларга буюриш тавсия этилади. Омализумаб 2014 йилда сурункали спонтан қаварчиқни даволаш учун тасдиқланган.

**Тўртинчи қатор терапияси. Сиклоспорин А. Препарат иккинчи авлод H1-АГ га қўшилади.**

Сиклоспорин А

2A H1-АГ ва омализумаб билан даволаш пайтида симптомларни назорат қилиш етарли бўлмаган тақдирда (агар аломатлар 6 ой ёки ундан илгари сақланиб қолса, аломатлар чидаб бўлмайдиган бўлса ёки омализумаб йўқлигида) иккинчи авлод H1-АГ терапиясига сиклоспорин А қўшилиши тавсия этилади. [13, 25, 26, 27].

Препаратни буюриш жигар, буйрақлар ва қон босимини доимий назоратини талаб қилади. Сиклоспорин А билан узоқ муддатли терапия (3 ойдан ортиқ) тавсия этилмайди. Шуни эсда тутиш керакки, сиклоспориндан сурункали қаварчиқ учун фойдаланиш рўйхатдан ўтмаган кўрсатмалар учун амалга оширилади.

5C Даволашнинг исталган босқичида қаварчиқни қаттиқ кучайишини даволаш учун тизимли кортикостероидларнинг қисқа курсини ўтказиш таклиф этилади. [13, 30, 31].

5C Болалар учун преднизолоннинг дозаси кунига 1-2 мг / кг (кунига 50 мг дан кўп бўлмаган), одатда 3-7 кун. Қисқа терапия курси билан глюкокортикостероидларни босқичма-босқич олиб ташлаш талаб қилинмайди. [15, 29, 30]

Сурункали каварчикни даволаш учун тизимли кортикостероидларнинг узоқ курсларини қўллаш тавсия этилмайди [13].

6-жадвал . Қаварчиқни даволашда ишлатиладиган асосий дорилар рўйхати

| Дорилар гуруҳи                          | Дорилар   | Қўлланилиши ва дозаси  | Эслатма  | Далиллар даражаси |
|---|-----------|--|--|-------------------|
| 2-авлод<br>Антигистамин<br>блокаторлари | Лоратадин | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 мг таблетка, шиша ичидаги сироп</li> </ul> <p><i>Қўлланилиш режими:</i><br/>Тошма йўқолгунча ва тошма йўқолгандан 4 ҳафта ўтгач, кунига бир марта оғиз орқали:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• катталар ва 12 ёшдан катта болалар, 1 та табл. (10 мг) ёки 2 чой қошиқ сироп;</li> <li>• 2 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар, 1/2 таблетка ёки 1 чой қошиқ сироп.</li> </ul>  | Аллергияга қарши, яллиғланишга қарши ва экссудатив таъсири таъминлаш учун. | А                 |
|   | Сетиризин | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 мг табетка; сироп 5 мг / 5мл; оғиз орқали юбориш учун томчилар 10 мг / 1 мл: шиша. 20 мл.</li> </ul> <p><i>Қўлланилиш режими:</i><br/>оғиз орқали кунига бир марта, тошма йўқолгунча ва тошма йўқолгандан 4 ҳафта ўтгач:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• катталар ва 12 ёшдан катта болалар, 1 та стол. (10 мг) ёки 20 томчи;</li> <li>• 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар - 1 та стол. (10 мг) ёки 20 томчи (тана вазнига 0,25 мг / кг);</li> <li>• 2 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар, 5 мг (1/2 табл. Ёки 10 томчи); 6 ойдан 2 ёшгача бўлган болалар 2,5 мг (5 томчи)</li> </ul> |  | А                 |

|  |               |   |  |   |
|--|---------------|---|--|---|
|  | Левоцетиризин | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 мг таблетка;</li> <li>5 мг / 1 мл томчи; сироп 2,5 мг / 5 мл</li> </ul> <p>Қўлланилиш режими:<br/>оғиз орқали кунига бир марта, тошма йўқолгунча ва тошма йўқолгандан 4 ҳафта ўтгач:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• катталар ва 6 ёшдан катта болалар, 5 мг таблеткалар.</li> <li>• 6 ойдан 12 ойгача бўлган болалар учун томчилар - кунига 1 марта 1,25 мг (5 томчи);</li> <li>• 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болалар учун томчилар - кунига 2 марта 1,25 мг (10 томчи)</li> </ul> |  | A |
|  | Дезлоратадин  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• шиша ичидаги сироп 2,5 мг / 5 мл,</li> <li>5 мг таблетка</li> </ul> <p>Қўлланилиши:<br/>оғиз орқали кунига бир марта, тошма йўқолгунча ва тошма йўқолгандан 4 ҳафта ўтгач:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• катталар ва 12 ёшдан катта болалар 5 мг ёки 10 мл сироп;</li> <li>• 6 ёшдан 11 ёшгача бўлган болалар 5 мл (1 ўлчов қошиғи - 2,5 мг);</li> <li>• 6 ойликдан 5 ёшгача бўлган болалар, 2,5 мл (1/2 ўлчов қошиғи - 1,25 мг)</li> </ul>                                     |  | A |
|  | Фексофенадин  | <p>Таблетка 120мг,180 мг,<br/>суспензия 6 мг / мл (30 мл)</p> <p>Қўлланилиши:<br/>оғиз орқали кунига бир марта, тошма йўқолгунча ва тошма йўқолгандан 4 ҳафта ўтгач:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• катталар ва 12 ёшдан катта болалар 180 мг;</li> <li>• 6 ёшгача бўлган болаларга 30 мг</li> </ul>  |  | A |
|  | Эбастин       | <p>Таблетка 10-20 мг</p> <p>Қўлланилиши: перорал кунига бир марта тошма йўқолгунча</p>  |  | A |

|   |               |  |  |   |
|---|---------------|--|--|---|
|   |               | <p>ва тошма йўқолгандан 4 ҳафта ўтгач:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• катталар ва 15 ёшдан катта болалар : 10–20 мг (1/2–1 таб.) кунига бир марта.</li> <li>• 12 ёшдан –15 ёшгача бўлган болалар: 10 мг (1/2 таб.) кунига бир марта</li> </ul>   |  |   |
| 1-авлод антигистаминлар ва Х1 блокаторлар | Клемастин     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 мг таблетка, сироп, 2,0 мл ампулалар</li> </ul> <p>Қўлланилиш режими:<br/>кунига 1-2 марта оғиз орқали ёки кунига 2 марта мушак ичига 2 мг, № 5-7 кун:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1 ёшдан 3 ёшгача бўлган болалар, кунига 2 марта 2,0-2,5 мл сироп;</li> <li>• 3-6 ёшдан - кунига 2 марта 5,0 мл (0,5 мг);</li> <li>• 7 ёшдан катта, кунига 2 марта 5,0-10,0 мл (0,5-1,0 мг)</li> </ul>   | Биринчи авлод Н1-гистамин блокаторларини тайинлаш ҳозирда самарадорлиги пастлиги ва ён таъсир хавфи (седатив, антихолинергик таъсир, уйқунинг бузилиши ва бошқалар) туфайли чекланган ва фақат бир қатор истисно ҳолатларда кўрсатилади. | С |
|   | Дифенгидрамин | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ампулаларда Инъекция учун эритма 1% - 1мл, 20 мг таблеткалар; 30 мг ва 50 мг, 5 мг, 1 мг, 15 мг ва 20 мг ректал фойдаланиш учун шамчалар (свеча)</li> </ul> <p>Қўлланилиш режими:<br/>Оғиз орқали ёки мушак ичига, кунига 1-2 марта 1 мл 1%, 5-7 кун ичида:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• катталар, 25-50 мг;</li> <li>• болалар: 1 ёшгача - ҳар бири 0,002-0,005 г;</li> <li>• 2 ёшдан 5 ёшгача бўлган болалар - ҳар бири 0,005-0,015 г;</li> <li>• 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болалар - томонидан.</li> <li>• Суппозиториялар кунига 1-2 марта тозаловчи хукна ёки ичакнинг ўз-ўзидан тозаланишидан сўнг кунига 1-3 марта ўртача 5-7 кун давомида қилинади:</li> <li>• •ҳар бири 0,005 г бўлган 3 ёшгача бўлган болалар;</li> <li>• 3 ёшдан 4 ёшгача бўлган болалар - ҳар бири 0,01 г;</li> <li>• 5 ёшдан 7 ёшгача бўлган болалар - ҳар бири 0,015 г;</li> </ul> |  | С |

|                      |                  |  |   |   |
|----------------------|------------------|--|---|---|
|                      |                  | • 8 ёшдан 14 ёшгача бўлган болалар - 0,02 г  |   |   |
| Глюкокортикоидлар    | Преднизолон      | 5 мг таблетка,<br>ампулалар 30 мг / мл<br>Қўлланилиш режими:<br>оғиз орқали, овқатдан сўнг, 2-3 кунлик дозани, № 5 кун<br><br>катталар учун кунига 40-60 мг;<br><br>• болалар 1 мг / кг / кун  | Жараённинг оғир кечишида<br>Ҳ1ретсепторлари блокаторлари билан даволаш босим туфайли келиб чиккан қаварчиқда ва ангионевротик шишда натижага эришилмайди.<br><br>Доза ва давомийлик индивидуал равишда белгиланади. | С |
|                      | Метилпреднизолон | • 4 мг таблетка; 16 мг,<br>ампулалар 20, 40, 125, 250, 500, 1000 мг.<br>Қўлланилиш режими:<br>овқатдан сўнг, оғиз орқали, суткалик дозани 2-4 дозага бўлиниб, №5 кун:<br>• катталар - 4 дан 48 мг гача;<br>• • болалар - кунига 0,42-1,67 мг / кг ёки 12,5-50 мг / м2 / кун  |   | С |
|                      | Дексаметазон     | • 0,5 мг таблетка; 1,5 мг, ампулалар 0.4% 1.0 мл<br>Қўлланилиш режими:<br>томир орқали кунига 3-4 марта ёки овқатдан сўнг оғиз орқали оғиз орқали қабул қилиш, кунлик дозани 2-3 дозадан ажратиш, 5-кун:<br>• катталар: 4 дан 20 мг гача ёки жадвалда. Кунига 10-15 мг;<br>• • болалар: кунига 0,02776 дан 0,16665 мг / кг гача (ёшга қараб) 2,5 - 10 мг / м2 тана юзаси майдони белгиланган |   | Д |
| Иммуно-депрессантлар | Омализумаб       | Флакконларда эритма<br>Қўлланилиш режими:<br>Ҳар 4 ҳафтада 300 мг тери остига  | Препарат 12 ёш ва ундан катта ёшдаги беморларда Н1-гистамин ретсепторлари блокаторлари терапиясига чидамли сурункали  | А |

|  |  |  |   |  |
|--|--|--|---|--|
|  |  |  | идиопатик қаварчиқларни даволаш учун кўрсатилади. |  |
|--|--|--|---|--|

Рўйхатдан ўтмаган кўрсатмалар, дозалар, ёш чекловлари бўйича дори-дармонларни тайинлаш тиббий комиссиянинг қарори билан, тиббий ташкилотнинг маҳаллий мустақил ахлоқ қўмитаси томонидан тасдиқланган ҳолда (агар мавжуд бўлса) ва беморларнинг (ёки уларнинг қонуний вакилларининг) ахборот асосидаги розилиги билан, бундай тайинланишнинг фойдалари ва хавфларини олдиндан тушунтириш билан амалга оширилади.

## Ҳомиладор ва эмизикли аёлларни даволаш

Ҳомиладор ва эмизикли аёлларда сурункали спонтан қаварчиқнинг биринчи қатори учун худди шундай даволанишни тавсия этилади.

5С Ҳомиладор аёллар томонидан биринчи авлод антигистаминлардан фойдаланиш тавсия этилмайди. Замонавий иккинчи авлод H1-АГ ҳомиладор аёлларда қаварчиқни даволашда биринчи қаторда қўлланилади. Ушбу дориларни қабул қилиш қабул қилинадиган хавф билан боғлиқ. Ушбу дорилар Б тоифасига киради (ҳомиладор ҳайвонларни ўрганишда ҳомилага салбий таъсир қилиши аниқламаган, аммо ҳомиладор аёлларда етарлича тадқиқотлар ўтказилмаган). Ҳозирги вақтда ҳомиладорлик пайтида H1-АГ препаратларининг иккинчи авлодини олган аёлларнинг болаларидаги туғма нуқсонлар тўғрисида маълумотлар йўқ [24].

5С Ҳомиладорлик ва эмизишда дориларнинг хавфсизлиги қоидаларига риоя қилишни ҳисобга олган ҳолда, лоратадинни дезлоратадинга ва сетиризинни левоцетиризинга ўриндош қилиб ишлатиш тавсия этилади. [15, 16, 17]

Барча H1-антигистамин воситалар паст концентрацияларда она сутида аниқланган. Ҳомиладор ва эмизикли аёллар томонидан қабул қилинган юқори дозадаги иккинчи авлод H1-АГ ларнинг хавфсизлиги бўйича тадқиқотлар ўтказилмаган. Туғруқ олди пайтда биринчи авлоднинг H1-антигистаминларидан фойдаланиш янги туғилган чақалоқларда нафаснинг сусайиши ва бошқа кўнгилсиз ҳодисаларга олиб келиши мумкин (биринчи авлоднинг энг хавфсиз препарати Дифенгидрамин).

Препаратлар ҳомила ва ҳомиладорга нисбатан “ҳавф ва фойда”ни, тератогенлик ва эмбриотоксикликни инобатга олган ҳолатда қилиниши керак.

Сурункали идиопатик қаварчиқларда омализумабни қўлланилиши тўғрисида бир қатор саволлар муҳокама қилинмоқда. Шу билан биргаликда ҳомиладорлар ва эмизикли аёлларда бир хил даво алгоритмидан фойдаланиш тавсия этилмоқда.

### Антигистаминлар тавсия этилади:

H1-АГ препаратлари:

- дезлоратадин кунига 5 мг
- левоцетиризин кунига 5 мг, сетиризин кунига 10 мг
- лоратадин кунига 10 мг, рупатадин кунига 10 мг
- фексофенадин кунига 120-180 мг
- эбастин кунига 10-20 мг, биластин кунига 20 мг

Ҳалқум соҳасида шиш ривожланган тақдирда керак бўлганда шошилиш интубация ёки трахеостомия ва бошқа тадбирларни ўтказиш тавсия этилади. Агар қаварчиқ ёки ангиошиш анафилаксиянинг аломати бўлса, «Анафилаксия» ва «Анафилактик шок» клиник кўрсатмаларида тавсифланган терапия кўрсатилади.

### **Консилиум учун кўрсатмалар:**

Қаварчиқни даволаш учун кўрсатмаларга эга бўлмаган дори-дармонларни буюриш ва иккинчи авлод Х1 антигистаминларининг юқори дозаларини буюриш.

Бемор ёки унинг қонуний вакиллари томонидан қаварчиқни даволаш учун кўрсатмаларга мувофиқ бўлмаган дори-дармонларни тайинлаш ҳолатида имзо қўйиш ва шаклланган розилик талаб қилинади.

5С Касалликнинг сабабларини аниқлаш учун қаварчиқ аниқланган барча беморларни асосиз интенсив скрининг текширувидан ўтказиш тавсия этилмайди.

5С Ўткир қаварчиқ ҳолатида текширув ўтказиш тавсия этилмайди, фақат кўзғатувчи омил кўрсатилган ҳолатлар бундан мустасно.

5С Агар самарасиз бўлса, 1 ойдан кўпроқ вақт давомида қатъий элиминацион диетани буюриш тавсия этилмайди.

**"ҚАВАРЧИҚ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТИББИЙ  
АРАЛАШУВЛАР БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК  
ПРОТОКОЛ**

## Қаварчик

Ушбу баённома қаварчик билан оғриган беморларни парвариш қиладиган мутахассислар учун амалдаги клиник далилларни, яхши амалиёт нуқталарини ва экспертларнинг фикрларини тақдим этади. Маҳаллий шароитни ҳисобга олган ҳолда тузилди ва қаварчик ташхиси қўйилган беморларда фойдаланиш учун дори-дармонларнинг мавжудлиги эътиборга олинди.

Энг яхши жаҳон амалиётига асосланган маълумотларни ўз ичига олган баённомани ишлаб чиқишда асосий талаб, мавзу бўйича энг яхши кўрсатмалар материалларидан фойдаланиш, шунингдек тавсияларни шакллантиришда илмий маълумотларни қатъий танлаш услубидан фойдаланилди.

## Таъриф

**Қаварчик** (лотинча *Уртиса* - қичитқи ўт) - бу қичийдиган қаварчиқлар, ёхуд ангиошиш ривожланиши билан тавсифланган касалликлар гуруҳи [1].

Қаварчиқ симптом бўлган ҳолатлар [тери тестлари, аутояллиғланиш синдромлари (яллиғланиш реакциясини бошқаришда етакчи рол ўйнайдиган оксил кодловчи генлар мутациясидан келиб чиққан касалликлар), анафилаксия, ирсий ангиошиш ва бошқалар] қаварчиқга тегишли эмас.

**Амбулатория даражасида кўрсатиладиган тиббий даволаниш:**

Тез тиббий ёрдам гуруҳлари, аллергологлар, реаниматологларни кутмасдан ёрдам имкон қадар тезроқ бўлиши керак. Шу муносабат билан тиббий ёрдам кўрсатишнинг барча босқичларида асосий ва қўшимча дори воситалари рўйхати тенгдир. Вазиятга, клиник вариантга ва асоратларга қараб бошқа дори-дармонлар ёки даволаш усулларида фойдаланиш мумкин.

**Асосий дорилар рўйхати (100% фойдаланиш эҳтимоли бор):**

- фенкарол 2,0 мл ампула
- димедрол 1% -1,0 мл ампула
- лоратадин 10 мг таблетка
- сэтиризин 10 мг таблетка
- преднизолон 30 мг ампула
- дексаметазон 4 мг-1,0 мл ампула

**Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):**

- пробиотик
- активланган кўмир таблеткада

**Шошилинич тиббий ёрдам босқичида кўрсатиладиган дори-дармонларни даволаш:**

**Асосий дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100%):**

- \* хифенадин 10 мг/1 мл (фенкарол 2,0 мл) ампула
- \* Дифенгидрамин 10 мг/1 мл (дифенгидрамин 1% -1,0 мл) ампула
- \* преднизолон 30 мг ампула
- \* дексаметазон 4 мг – 1,0 мл ампула

\* эпинефрин 0,18% -1,0 мл(адреналин 1 мг/мл) ампула

**Қўшимча дорилар рўйхати (фойдаланиш эҳтимоли 100% дан кам):**

\* хлоропирамин 2% - 1,0 мл(супрастин 20 мг/мл-2,0 мл) ампула

\*фуросемид 20 мг-2,0 мл, ампула

\* лоратадин 10 мг таблетка

\* сетиризин 10 мг таблетка

\* Пробиётик

\* фаоллаштирилган кўмир таблеткалари

**Касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар**

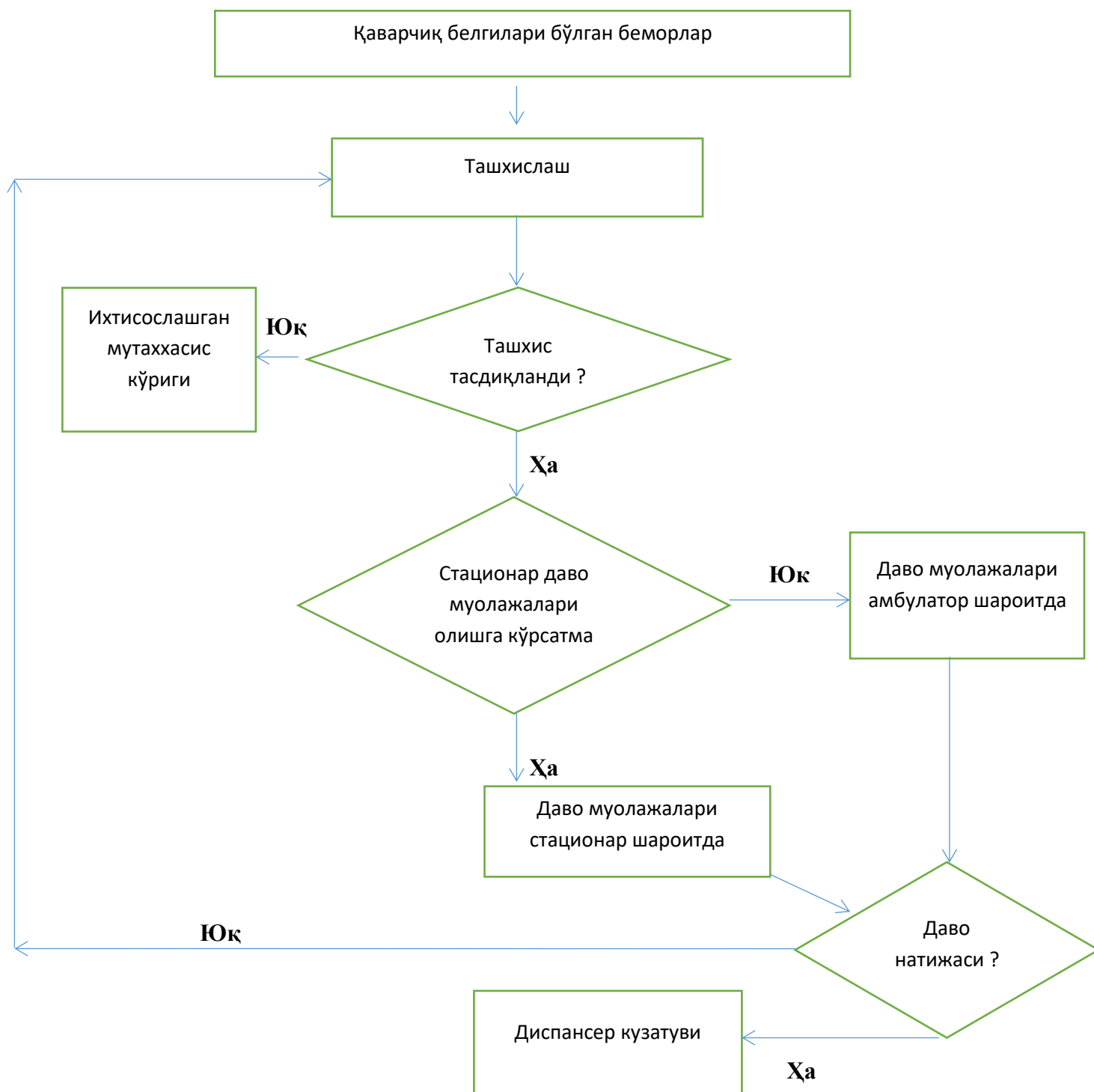
Ўткир қаварчиқнинг оғир кўриниши ,асфикция хавфи бўлган ҳалқум шишида, анафилаксия билан кузатиладиган қаварчиқларда, сурункали қаварчиқнинг оғир кўринишларида амбулатор даво олмасдан реанимацияси ва интенсив бўлими бўлган шифохоналарда камида 24 соат давомида назоратда туриш керак.

Беморни шифохонадан чиқариш кўрсаткичлари терапиянинг клиник таъсирига эришиш тезлиги ва даражасига боғлиқ ва ўртача 7 кундан 14 кунгача бўлиши мумкин [30]. Заруратда 2-3 кунгача узайтириш мумкин. 3-4 ҳафта давомида турли органлар ва тизимларнинг дисфункциялари сақланиб қолиши мумкин, бу эса амбулатория назоратини талаб қилади [24].

**Бўлиши мумкин бўлган хавфлар:**

- Ўткир ўз-ўзидан пайдо бўладиган (спонтан ) қаварчиқ кўп ҳолларда бемор ҳаётидаги ягона эпизод бўлиб қолади.
- Анафилактик реакция билан кечадиган ўткир қаварчиқ, тиббий ёрдамнинг етишмаслиги ва уни кечиктириш ўлимга олиб келиши мумкин;
- Совуқ сувда ювинишдан кейинги кузатиладиган қаварчиқ бўлса, бемор тизимли кўринишлар туфайли ўлиши мумкин (қон босимининг пасайиши, бўғилиш);
- Ҳалқум шиши ёрдам кўрсатилмаган ҳолатда ўлимга олиб келади;
- Сурункали ўз-ўзидан пайдо бўладиган (спонтан) қаварчиқнинг ўртача давомийлиги 2 йилдан 5 йилгача [11, 12]
- ССҚ билан оғриган беморларнинг 30-50 фоизида 1 йил ичида ўз-ўзидан ремиссия кузатилади [13, 14]. Болаларда спонтан ремиссия тезлиги юқори [25] Касаллик белгилари 5 йил давомида беморларнинг 30 фоизида сақланиб қолади. Беморларнинг 20% дан ортиғи 5 йилдан ортиқ вақт давомида азобланади. [14, 16, 17]
- Сурункали қаварчиқларда тўлқинли кечиш кузатилади.
- Антигистаминлар сурункали спонтан қаварчиқ бўлган беморларнинг 40-60 фоизида самарали таъсир қилади.

## Шифокор ҳаракатларининг алгоритмлари



**"ҚАВАРЧИҚ" НОЗОЛОГИЯСИНИНГ  
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯСИ БЎЙИЧА  
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

# Тиббий реабилитация, профилактика ва диспансер назорати

<https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation>

Реабилитация ва профилактика чораларининг ажралмас қисми ўқитишдир. Тренингнинг мақсади беморга ва унинг оила аъзоларига иложи борича самарали даволаниш учун зарур бўлган маълумотларни етказишдир. Тренинг даволаш жараёнининг барча иштирокчилари орасида маърифий ишларни ўз ичига олади: қр билан касалланган беморнинг ўзи, унинг оила аъзолари, тиббиёт ходимлари.

## ПРОФИЛАКТИКА ВА ДИСПАНСЕР НАЗОРАТИ

Қаварчиқнинг профилактикасида узоқ муддатли ремиссияни сақлаб қолиш ва касаллик зўрайишини олдини олишга қаратилган чора тадбирларни тушунтиришни ўз ичига олади: қаварчиқ кўзғатувчилари (совуқ, иссиқлик, жисмоний фаоллик, **ААФ ингибиторлари**, НПВС ва бошқалар) тасирини йуқ қилиш ёки чеклаш, анкеталар ёрдамида касалликни назорат қилиш (УАС7, УСТ, ААС), беморни базис терапияни қабул қилаётганини назорат қилиш.

**5 С** қаварчиқ билан оғриган барча беморларга тавсия этилади аллерголог-иммунолог билан маслаҳатлашиш керак, келтириб чиқарган аллергенни аниқлаш ва аллерген билан алоқа қилишнинг олдини олиш бўйича тавсиялар олиш [30].

**5 С** қаварчиқ билан оғриган барча беморларга такрорий тошмалар пайдо бўлганда биринчи ёрдамни ўргатиш тавсия этилади [30].

## Тиббий ёрдам сифатини баҳолаш мезонлари

*Қаварчиқ билан оғриган беморларга ихтисослаштирилган тиббий ёрдамнинг сифат мезонлари*

| № | Сифат мезонлари  | Ҳа | Юқ |
|---|--|----|----|
| 1 | аллерголог томонидан беморга маслаҳат                                    |    |    |
| 2 | дерматолог томонидан беморга маслаҳат                                    |    |    |
| 3 | Аллергологик ва умумий анамнез ўтказилди.                                |    |    |
| 4 | 7 кун ичида беморнинг умумий ахволини балл билан баҳолаш амалга оширилди |    |    |
| 5 | уст 6 сўровномаси ёрдамида қаварчиқни баҳолаш амалга оширилди            |    |    |

|    |   |  |  |
|----|---|--|--|
| 6  | умумий қон текшируви ўтказилди: лейкоцитлар, қизил қон таначалари, гемоглобин, гематокрит, тромбоцитлар, тромбоцитрит, таёқчали нейтрофиллар, сегментли нейтрофиллар, эозинофиллар, базофиллар, лимфоцитлар, моноцитлар, эритроцитлар чўкинди |  |  |
| 7  | СРО бажарилди   |  |  |
| 8  | Иккинчи авлод Х1-АГ тайинлаш  |  |  |
| 9  | иккинчи авлод Х1-АГ антигистамини кичик миқдорда касаллик белгилари бор вақтда эмас доимий ичириш   |  |  |
| 10 | Қаварчиқ билан оғриган беморларда махсус кўрсатмалар бўлмаса, биринчи авлод седатив антигистаминлар буюрилмаган   |  |  |
| 11 | Турли хил Х1-антигистаминларнинг комбинацияси эмас, балки иккинчи авлод Х1-АГ дозасини ошириш амалга оширилди   |  |  |
| 12 | Иккинчи авлод Х1-АГ таъсири бўлмаса даволашга омализумаб қўшиш  |  |  |
| 13 | Тизимли ГКС нинг қисқа курсларини тайинлаш амалга оширилди оғир хуружларни тўхтатиш учун  |  |  |
| 14 | Сурункали спонтан қаварчиқ ҳолатида мажбурий текширувнинг чекланган спектрини тайинлаш амалга   |  |  |
| 15 | Қаварчиқларда белгиланган текширув тестлари натижага эришилгунга қадар қилинади   |  |  |
| 16 | Қаварчиқ ремиссиясига эришилди  |  |  |

## Адабиётлар рўйхати

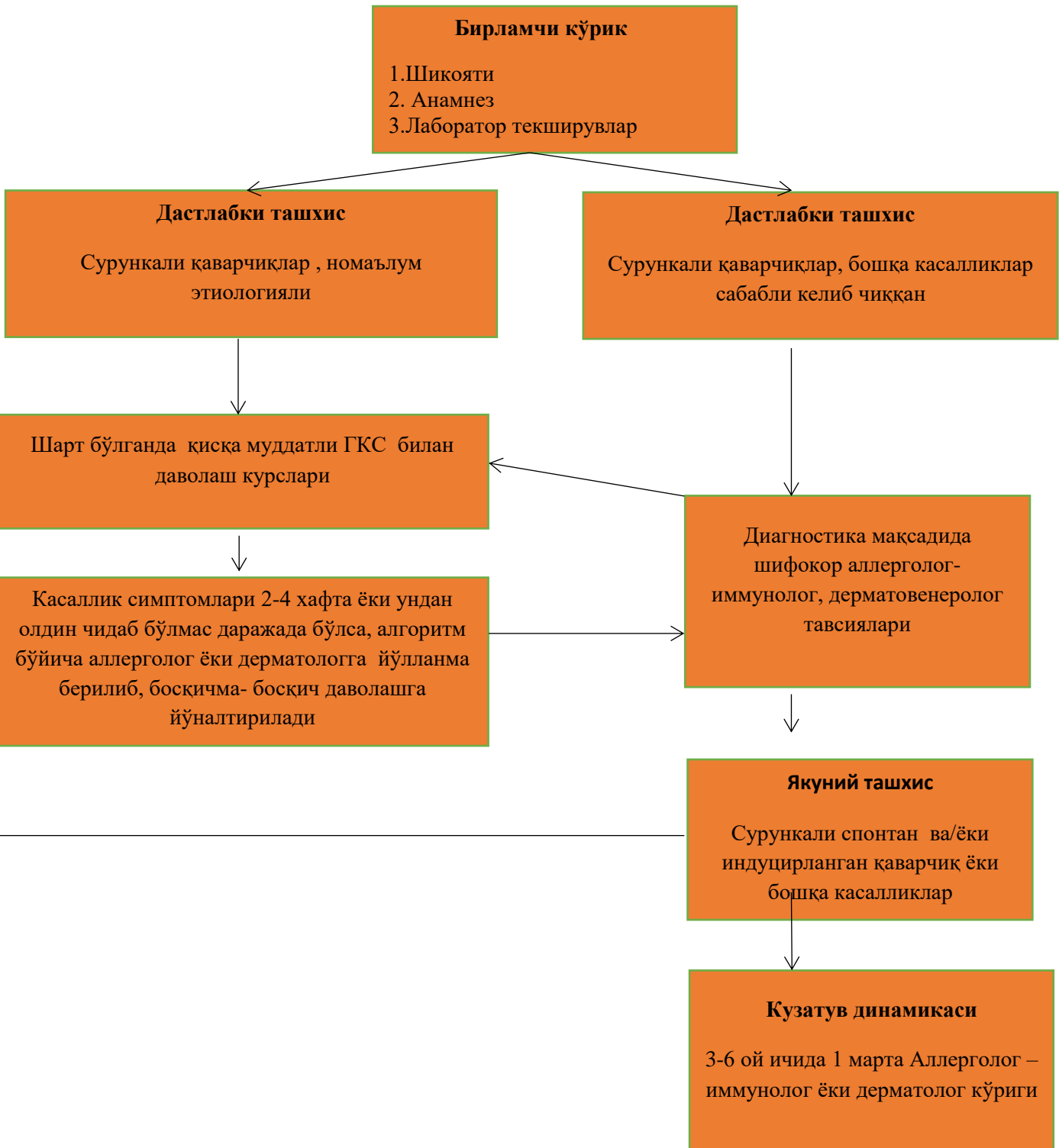
- 1) The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticarial. T. Zuberbier W. Aberer R. Asero et al. *Allergy*. 2018 Jul;73(7):1393-1414.
- 2) Chronic Urticaria Guidelines. Marla N Diakow, William D James, Jeannette Rachel Jakus et al. Jul 31, 2018
- 3) Roxana-Silvia Bumbăcea, Cristina-Georgiana Deaconu, Elena Camelia Berghea. Management problems in severe chronic inducible urticaria: Two case reports. *Exp Ther Med*. 2019 Aug; 18(2): 960–963.
- 4) Дерматология буйича Atlas/uyat; per.strans.инглиз тилидан. N. G. Kochergin; тахририда О. L. Ivanov, N. G. Kochergin. М.: Geotar-Media, 2009. 384 s.
- 5) Болалар Дерматологияси /Пер. У билвн тахририда А. А. Kubanova, А. N. Lvov.-М.: Panfilov нашриети ; binom. Билимлар лабораторияси, 2013 йил. 648-саҳифа
- 6) Sánchez-Borges M, Asero R, Ansotegui IJ, Baiardini I, Bernstein JA, Canonica GW, et al. WAO Scientific and Clinical Issues Council. Diagnosis and treatment of urticaria and angioedema:a worldwide perspective. *World Allergy Organ J*. 2012;5:125–47.
- 7) Melek Aslan Kayiran, Necmettin Akdeniz. Diagnosis and treatment of urticaria in primary care. *North Clin Istanbul*. 2019; 6(1): 93–99.
- 8) Urticaria *Br Med J* 1936; 1 :170 doi:10.1136/bmj.1.3916.170
- 9) EAACI/GA 2LEN/EDF guideline. *Allergy* 2006; 61: 316–320
- 10) Godse K, De A, Zawar V, Shah B, Girdhar M, Rajagopalan M, Krupashankar D S. Consensus statement for the diagnosis and treatment of urticaria: A 2017 update. *Indian J Dermatol [serial online]* 2018 [cited 2019 Aug 13];63:2-15.
- 11) Maurer M, Pereira MP, Kolkhir P. The Definition, Classification, and History of Urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2024 Aug;44(3):407-419. doi: 10.1016/j.iac.2024.03.001. Epub 2024 May 18. PMID: 38937006.
- 12) dermatovenerologiy. Миллий раҳбарият. Қисқа нашр / тахрир. Y. S. Butov, Y. K. Skripkin, O. L. Ivanov. М.: Geotar-Media, 2013. 896 s.
- 13) Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z, Canonica GW, Church MK, Ensina LF, Giménez-Arnau A, Godse K, et al. European Academy of Allergy Clinical Immunology, Global Allergy Asthma European and Network European Dermatology Forum; World Allergy Organization The EAACI/GA(2) LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: The 2013 revision and update. *Allergy*. 2014;69:868–887.
- 14) Wedi B. Urticaria. *J Dtsch Dermatol Ges*. 2008;6:306–17.
- 15) Kaplan AP. Clinical practice. Chronic urticaria and angioedema. *N Engl J Med*. 2002;346:175–9.
- 16) Aktan Ş. Physical Urticarias:Pathogenesis and Diagnostic Testing *Turkiye Klinikleri. J Dermatol-Special Topics*. 2015;8:34–40.
- 17) Giménez-Arnau A, Ferrer M, Bartra J, Jáuregui I, Labrador-Horrillo M, Frutos JO, et al. Management of chronic spontaneous urticaria in routine clinical practice:A Delphi-method questionnaire among specialists to test agreement with current European guidelines statements. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2017;45:134–44.
- 18) Pankratov V. G., Revotyuk A. A., Pankratov O. V. *Dermatoskopicheskaya. Ба’зи кенг тарқалган дерматозларнинг Дерматоскопик тасвири. Тиббий янгиликлар, № 12, 2011 йил.*

- 19) Тери касалликлари ва жинсий юл билан юқадиган инфекцияларнинг оқилона фармакотерапияси. А. А. Кубанова томонидан тахрирланган амалиётчилар учун кулланма. Москва, LitteraLittera нашриёти. – 2005. 248-265-бетлар
- 20) Kaplan AP. Treatment of urticaria: a clinical and mechanistic approach. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2019 Aug; 19(4):387-392.
- 21) Bernstein JA, Lang DM, Khan DA, Craig T, Dreyfus D, Hsieh F, et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *J Allergy Clin Immunol*
- 22) Lang DM. Evidence-based diagnosis and treatment of chronic urticaria/angioedema. *Allergy Asthma Proc*. 2014;35:10–6.
- 23) Srivastava A, Mathur AD. Losartan Induced Acute Urticaria. *J Assoc Physicians India*. 2019 Apr;67(4):93.
- 24) Fedorowicz Z, van Zuuren EJ, Hu N. Histamine H2-receptor antagonists for urticarial. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012:CD008596.
- 25) Fitzsimons R, van der Poel LA, Thornhill W, du Toit G, Shah N, Brough HA. Antihistamine use in children. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2015;100:122–31.
- 26) Jacqueline Eghrari-Sabet, Ellen Sher, Abhishek Kavati et al. Real-world use of omalizumab in patients with chronic idiopathic/spontaneous urticaria in the United States. *Allergy Asthma Proc*. 2018 May-Jun; 39(3): 191–200.
- 27) McSweeney SM, Christou EAA, Maurer M, Grattan CE, Tziotzios C, McGrath JA. Physical urticaria: Clinical features, pathogenesis, diagnostic work-up, and management. *J Am Acad Dermatol*. 2023 Aug;89(2):324-337. doi: 10.1016/j.jaad.2023.02.062. Epub 2023 Mar 30. PMID: 37001733.28) Moises Labrador-Horrillo, Marta Ferrer. Profile of omalizumab in the treatment of chronic spontaneous urticarial. *Drug Des Devel Ther*. 2015; 9: 4909–4915.
- 29) A Kasperska-Zajac, J Jarzab, A Żerdzińska, K Bąk, A Grzanka. Effective treatment of different phenotypes of chronic urticaria with omalizumab: Case reports and review of literature. *Int J Immunopathol Pharmacol*. 2016 Jun; 29(2): 320–328.
- 30) Paulo Ricardo Criado, Celina Wakisaka Maruta, Alice de Oliveira de Avelar Alchorne, et al. Consensus on the diagnostic and therapeutic management of chronic spontaneous urticaria in adults - Brazilian Society of Dermatology. *An Bras Dermatol*. 2019 Mar-Apr; 94(2 Suppl 1): 56–66.
- 31) Ravi K. Viswanathan, Mark H. Moss, Sameer K. Mathur. Retrospective analysis of the efficacy of omalizumab in chronic refractory urticarial. *Allergy Asthma Proc*. 2013 Sep-Oct; 34(5): 446–452.
- 32) Giménez-Arnau AM, Manzanares N, Podder I. Recent updates in urticaria. *Med Clin (Barc)*. 2023 Nov 24;161(10):435-444. English, Spanish. doi: 10.1016/j.medcli.2023.06.026. Epub 2023 Aug 1. PMID: 37537021.
- 33) Sarbjit S Saini, Carsten Bindslev-Jensen, Marcus Maurer, et al. Efficacy and Safety of Omalizumab in Patients with Chronic Idiopathic/Spontaneous Urticaria Who Remain Symptomatic on H1 Antihistamines: A Randomized, Placebo-Controlled Study. *J Invest Dermatol*. 2015 Jan; 135(1): 67–75.
- 34) Maulina Sharma, Cathy Bennett, Stuart N Cohen, Ben Carter. H1-antihistamines for chronic spontaneous urticarial. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Nov; 2014(11): CD006137.
- 35) M Ferrer, J Bartra, A Giménez-Arnau, I Jauregui, et al. Management of urticaria: not too complicated, not too simple. *Clin Exp Allergy*. 2015 Apr; 45(4): 731–743.
- 36) Maurer M, Zuberbier T, Metz M. The Classification, Pathogenesis, Diagnostic Workup, and Management of Urticaria: An Update. *Handb Exp Pharmacol*. 2022;268:117-133. doi: 10.1007/164\_2021\_506. PMID: 34247278.

- 37) Todd-White A. URTICARIA Br Med J 1909; 1 :1155 doi:10.1136/bmj.1.2523.1155
- 38) Champion R H. Diseases of the Skin: Drug Therapy of Urticaria Br Med J 1973; 4 :730 doi:10.1136/bmj.4.5894.730
- 39) Cousin F, Philips K, Favier B, Bienvenu J, Nicolas JF. Drug-induced urticaria. Eur J Dermatol. 2001 May-Jun;11(3):181-7. PMID: 11358720.
- 40) Ring J, Grosber M. Urticaria: attempts at classification. Curr Allergy Asthma Rep. 2012 Aug;12(4):263-6. doi: 10.1007/s11882-012-0275-2. PMID: 22760346.
- 41) The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update Bernstein, Jonathan A.Craig, TimothyBernstein, David I. et al. Journal of Allergy and Clinical Immunology, Volume 133, Issue 5, 1270 - 1277.e66
- 42) Systematic Review and Critical Appraisal of Urticaria Clinical Practice Guidelines: A Global Guidelines in Dermatology Mapping Project (GUIDEMAP) Yen, Hsi et al. The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice, Volume 11, Issue 10, 3213 - 3220.e11

# Иловалар

Илова 1. Сурункали қаварчиқларда беморни олиб бориш ҳаракатлари



## Илова 2. Тиббий аралашувга (касалхонага) хабардор қилинган розилик

*Тиббий аралашув - тиббий мутахассис томонидан беморга нисбатан амалга ошириладиган, инсоннинг Тиббий аралашувга ахборот асосида розилик бериш маълумотномаси*

*Тиббий аралашув - инсоннинг жисмоний ёки руҳий ҳолатига таъсир қиладиган ва профилактика, тадқиқот, диагностика, терапевтик ва реабилитация йўналишларига эга бўлган беморга нисбатан тиббий текширув ва (ёки) тиббий манипуляция турларидир.*

1. Мен, \_\_\_\_\_

( бемор ёки ишончли вакил Ф.И.О.)

« \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_

Йили туғилганман , қуйидаги манзилда рўйхатга олинганман ,

(бемор ёки ишончли вакил яшаш манзили )

Режалаштирилган тиббий аралашувга розилик бераман \_\_\_\_\_

(Тиббий муассаса номи )

2. Менга қулай бўлган шаклда, режалаштирилган тиббий аралашувлар, уларнинг оқибатлари, келгуси текширув, ташхис қўйиш ва/ёки даволанишнинг кутилаётган натижалари, шу жумладан асоратлар эҳтимоли, шунингдек, тиббий аралашувни рад этиш оқибатлари тушунтирилди.

3. Тиббий аралашувнинг натижаси ва натижасини аниқ башорат қилиш мумкин эмаслигидан хабарим бор. Мен ҳар қандай даволаш ёки операция ҳаёт учун бир хавfli бўлиб , вақтинчалик ёки доимий қисман ёки тўлиқ ногиронликка олиб келишини тушунаман . Тиббий аралашувлар натижалари бўйича кафолатлар мавжуд эмас.

4. Тиббий аралашувларнинг диагностик, терапевтик ва бошқа вариантларида қутилмаган фавқулодда ҳолатлар ва асоратлар пайдо бўлиши мумкинлигини тушунаман, унда мен зарур фавқулодда ҳаракатларга (такрорий операциялар ёки процедураларга) розилик бера олмайман. Бундай вазиятларда, тиббий аралашув курси ўз хоҳишимга кўра шифокорлар томонидан ўзгартирилиши мумкин.

5. Мен бўлажак тиббий аралашув самарадорлигини юқори бўлиши учун, менда дори-дармон ва озиқ-овқат махсулотларига индивидуал мурасасизлик ва аллергия холатлар шунингдек чекиш, алкоголь, наркотик ёки заҳарли дори воситаларига муносабатим , шу жумладан, менинг саломатлигим, ирсият билан боғлиқ барча муаммолар ҳақида шифокорга хабар беришим керак , деб биламан.

6. Мен жарроҳлик пайтида қон йўқотилиши мумкинлигини тушунаман ва менга донор қони ёки унинг таркибий қисмларини қуйиш керак бўлиши мумкин, бунга ихтиёрий розилигимни бераман . Мен қон қуйиш мақсади ёки унинг таркибий қисмлари, қуйиш учун сабаблари , муолажанинг ўтқазилиш тартиби ва қоидалари , мумкин бўлган оқибатлари ҳақида даволовчи шифокордан тушунтиришлар олдим . Мен барча зарур тиббий чоратадбирларни амалга оширишга розиман. Мен қон қуйиш ва уларнинг компонентларини қабул қилишдан бош тортсам , касалликнинг эҳтимолий кечишидан хабардорман.

7. Мен тиббий ва диагностика жараёнини ҳар қандай ахборот воситаларига, ҳар қандай техник воситалардан фойдаланишга, шунингдек, диагностика ва терапевтик мақсадлар, жумладан, ҳужайралар, тўқималар ва биологик суюқликлар учун биологик материаллардан намуналар олишга розиман.

8. Менга тиббий ёрдам кўрсатишда бир ёки бир нечта профилактик, диагностик, даволаш ва реабилитация усулларини рад этиш ёки унинг (уларнинг) тугатилишини талаб қилиш ҳуқуқим борлиги тушунтирилди ва бундай рад этишнинг мумкин бўлган оқибатлари ҳам тушунтирилди.

9. Мен фақат касаллигим , унинг прогнози ва даволаш усуллари ҳақидаги маълумотни фақат қуйидагиларга беришингизга руҳсат бераман .

---

---

---

---

(ишончли шахслар )

10. Мен ушбу ҳужжатнинг барча тавсилотлари билан танишман, мен уларга тушундим ва буни қуйида қўл қўйиш орқали исботлайман

Имзо

Сана « \_\_\_ » \_\_\_\_\_ г.

---

### **Илова 3.**

#### **Сурункали ўртикер билан оғриган беморни даволаш алгоритми.**

1. Терапиянинг биринчи ёъналиши: иккинчи авлод Х1-АГ
2. Терапиянинг иккинчи қатори: иккинчи авлод Х1-АГ дозасини 4 бараварга оширинг (этарли даражада назорат қилинмаса: 2-4 ҳафта ёки ундан олдин, агар аломатлар тоқат қилмаса)
3. Терапиянинг учинчи ёъналиши: иккинчи авлод Х1-АГ га омализумаб қўшинг (этарли даражада назорат қилинмаса: 2-4 ҳафта ёки ундан олдин, агар аломатлар чидаб бўлмас бўлса)
4. Терапиянинг тўртинчи қатори: иккинчи авлод Х1-АГ га сиклоспорин А қўшинг (этарли даражада назорат қилинмаса: 6 ой ёки ундан олдин, агар аломатлар чидаб бўлмас бўлса)
5. Қисқа (максимал 10 кун) ГСС курси исталган вақтда ўтказилиши мумкин. Кўрсаткич-алевленмелерин оғирлиги

**Илова 4**

**7 кун ичида қаварчиқ фаолиятини баҳолаш ( УАС7)**

**Қаварчиқ журнали**

Тўлиқ исм шарифи \_\_\_\_\_

Жинси \_\_\_\_\_

Ёши \_\_\_\_\_

Тўлдириш бошланиш санаси \_\_\_\_\_

Ушбу таквим қаварчиқ курсини баҳолашга ёрдам беради ва симптомларни келтириб чиқарадиган ёки кучайтирадиган омилларни/қўзғатувчиларни аниқлайди. Илтимос, кунига бир марта 1-ни белгиланг: 1) қанча қаварчиқлар пайдо бўлди; 2) терининг қичиши қанчалик аниқ эди; 3) сизда бошқа аломатлар борми (агар шундай бўлса, улар қанчалик аниқ бўлса) ва 4) қаварчиқ пайтида дори-дармонларни қабул қилдингизми (ва қачон). Қаварчиқ пайтида қабул қилган дори воситалар: \_\_\_\_\_

| Кун | Қаварчиқлар |     |       |     | Қичишиш |       |        |       | Симптомлар (умумий ҳисобда) |       |           |       | Дорилар |         |        |       | Қўзғатувчи |
|-----|-------------|-----|-------|-----|---------|-------|--------|-------|-----------------------------|-------|-----------|-------|---------|---------|--------|-------|------------|
|     | Йўқ         | <20 | 20-50 | >50 | Йўқ     | Енгил | Ўртача | Кучли | Йўқ                         | Енгил | Сезиларли | Кучли | Эргалаб | Кундузи | Кечаси | Тунда |            |
| 1   |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 2   |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 3   |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 4   |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 5   |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 6   |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 7   |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 8   |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 9   |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 10  |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 11  |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |
| 12  |             |     |       |     |         |       |        |       |                             |       |           |       |         |         |        |       |            |

|    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 13 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| <i>Балл</i> | <i>Қаварчиқлар (намоён бўлиши)</i>                                      | <i>Қичишиши (намоён бўлиши даражаси)</i>  |
|-------------|---|---|
| 0           | <i>Йўқ</i>  | <i>Ҳа</i>   |
| 1           | <i>Енгил (&lt;20 Қаварчиқлар / 24 соат)</i>                             | <i>енгил (мавжуд, лекин ташиви тугдирмайди)</i>   |
| 2           | <i>Ўртача (20-50 Қаварчиқлар /24соат)</i>                               | <i>ўртача (безовта қилади, лекин кундузги фаолият ва уйқуга таъсир қилмайди)</i>        |
| 3           | <i>Юқори (&gt;50 Қаварчиқлар /24 соат ёки катта аралаш қаварчиқлар)</i> | <i>Кучли (қаттиқ қичишиши, жуда безовта қилувчи, кунлик фаолият ва уйқуни бузилиши)</i> |

*Қийматлар қичима учун ҳафтасига Одан 21гача ва Одан ҳафтасига 21гача қаварчиқлар сони учун фарқ қилиши мумкин. Бир ҳафта ичида 7нинг умумий қиймати Одан 42гача бўлиши мумкин.*

**Илова 5. Аллергологик касалликлар бўлган беморларнинг ҳаёт сифати ДҚЛИ (Дерматологисал Қуалитй Лифе Индекс ) бўйича сўровнома.**

Марказ рақами: \_\_\_\_\_

Бемор рақами: \_\_\_\_\_

Шифокор номи: \_\_\_\_\_

Тўлдириш санаси: \_\_\_\_\_

Ташриф \_\_\_\_\_-сони

Ушбу сўровноманинг мақсади ўтган ҳафта давомида тери касаллигининг ҳаётингизга қандай таъсир қилганини баҳолашдир. Илтимос, ҳар бир савол учун битта катакни белгиланг.

1. Ўтган ҳафта давомида сиз терининг қичиши, сезгирлиги, ачишиши ёки ёнишини қай даражада бошдан кечирдингиз?

- Жуда кучли
- Кучли
- Бир оз зарар
- Ҳеч қандай зарар йўқ

2. Сўнгги бир ҳафта ичида сиз терининг ҳолатидан қанчалик хижолатландингиз ёки ноқулай ҳис қилдингиз?

- Жуда кучли
- Кучли
- Бир оз зарар
- Ҳеч қандай зарар йўқ

3. Сўнгги бир ҳафта ичида сизнинг терингиз ҳолати сизнинг харидларингизга, уйингизга ёки боғдорчиликка қанчалик халакит берди?

- Жуда кучли
- Кучли
- Бир оз зарар
- Ҳеч қандай зарар йўқ
- Менга таълуқли эмас

4. Сўнгги бир ҳафта ичида сизнинг терингиз ҳолати кийим танлашингизга қанчалик таъсир қилди?

- Жуда кучли
- Кучли
- Бир оз зарар
- Ҳеч қандай зарар йўқ
- Менга таълуқли эмас

5. Охирги ҳафта давомида терининг ҳолати сизнинг ижтимоий ҳаётингизга ёки бўш вақтингизга қанчалик таъсир қилди?

- Кучли

- Бир оз зарар
- Ҳеч қандай зарар йўқ
- Менга таълуқли эмас

6. Сўнгги бир ҳафта давомида терининг ҳолати сизга жисмоний машқлар билан шуғулланишни қанчалик қийинлаштирди?

- Кучли
- Бир оз зарар
- Ҳеч қандай зарар йўқ
- Менга таълуқли эмас

7. Сўнгги бир ҳафта давомида сизнинг терингиз ҳолати ишлашингиз ёки ўқишингизга тўлиқ тўсқинлик қилдими?

- Ҳа
- Йўқ
- Менга таълуқли эмас

8. Ўтган ҳафта давомида сизнинг терингиз ҳолати сизнинг шерик (лар) ёки яқин дўстларингиз ёки қариндошларингиз билан муаммоларни қанчалик ёмонлаштирди?

- Жуда кучли
- Кучли
- Бир оз зарар
- Ҳеч қандай зарар йўқ
- Менга таълуқли эмас

9. Сўнгги бир ҳафта давомида терининг ҳолати қандай қилиб жинсий муаммоларни келтириб чиқарди?

- Жуда кучли
- Кучли
- Бир оз зарар
- Ҳеч қандай зарар йўқ
- Менга таълуқли эмас

10. Сўнгги бир ҳафта ичида терингизни даволаш сизни уйингизни бетартиблигига ёки ўзингизга вақт ажратиш каби қийинчиликларга олиб келди?

- Жуда кучли
- Кучли
- Бир оз зарар
- Ҳеч қандай зарар йўқ
- Менга таълуқли эмас

Ҳар бир саволга жавоб берганингизни текширинг. Раҳмат.  
Имзо \_\_\_\_\_

## **Илова 6 Бемор учун маълумот**

1. Қаварчиқ қайталанишини олдини олиш учун беморлар қўзғатувчи омилларга дуч келмасликлари керак: иссиқлик, совуқ, жисмоний фаоллик, терининг ишқаланиши.
2. Сурункали такрорий ва жисмоний қаварчиқ бўлган беморларга нозик терига мослаштирилган махсус ювиш воситаларидан фойдаланган ҳолда юмшоқ терини парвариш қилиш кўрсатилади.
3. Холинергик қаварчиқ бўлган беморлар оғир жисмоний фаолиятдан қочишлари керак.
4. Кечиктирилган қаварчиқ билан оғриган беморлар терига босим ўтказмасликлари керак
5. Контакт қаварчиқда қўзғатадиган омиллар билан алоқа қилишдан сақланиш керак

### **Умумий номахсус гипоаллергик парҳез**

#### **Рациондан чиқариб ташлаш тавсия этилади:**

1. Цитрус мевалар (апельсин, мандарин, лимон, грейфрут ва бошқалар).
2. Ёнғоқлар (фундук, бодом, ёнғоқ).
3. Балиқ ва балиқ маҳсулотлари (янги ва тузланган балиқлар, балиқ суви, балиқ консервалари, икра ва бошқалар).
4. Паррандалар (ғоз, ўрдак, курка, товуқ ва бошқалар) ва улардан олинадиган маҳсулотлар.
5. Шоколад ва шоколад маҳсулотлари.
6. Қаҳва, какао.
7. Дудланган маҳсулотлар, колбаса, ярим тайёр маҳсулотлар (чучвара, колбаса, курук шўрвалар).
8. Сирка, хантал, маёнез, маринадлар, соуслар ва бошқа зираворлар.
9. Хрен, турп, редиска.
10. Помидор, бақлажон ва улардан тайёрланган маҳсулотлар.
11. Қўзиқоринлар
12. Тухум.
13. Янги сут.
14. Кулупнай, қовун, ананас, гилос, банан.
15. Пишириқлар, хамир овқатлар, кекс, питсса, фастфудлар.
16. Асал ва асаларичилик маҳсулотлари.
17. Ҳар қандай алкоғолли ичимликлар (шу жумладан кам алкоғолли ичимликлар) истеъмол қилиш қатъиян ман этилади.
18. Бирламчи гўшти булёнлар.
19. Денгиз маҳсулотлари (қисқичбақалар, креветка, қисқичбақалар ва улар таркибидаги маҳсулотлар).
20. Газланган ичимликлар.

#### **Сиз истеъмол қилишингиз мумкин:**

1. Ёғсиз мол гўшти (қайнатилган).

2. Шўрвалар: дон, сабзавот (иккинчи даражали мол гўшти булёнида ёки вегетарианда).
3. Ёғ : зайтун, тозаланган кунгабоқар ёғи.
4. Картошка, сабзи, лавлаги (қайнатилган), димланган карам.
5. Касъхалар: гречка, жўхори уни, гуруч.
6. Сут кислотаси маҳсулотлари - бир кунлик (творог, кефир, ёгурт, сметана).
7. Янги тозаланган бодринг, майданоз(петрушка), арпабодиён(укроп).
8. Пиширилган олма
9. Ароматизаторсиз ва қўшимчаларсиз чой
10. Янги олма, олхўри, смородина, қуритилган мевалардан олинган компотлар.
11. Шакар (чекланган миқдорда).
12. Оқ унга бой бўлмаган нон (қуритилган).

Аллергия билан касалланган беморларга қуйидагиларни ўз ичига олган овқатларни истеъмол қилиш тавсия этилмайди.

- озиқ-овқат ранглари (тартразин E102, сариқ-тўқ сариқ E Э110, азорубин E122, амарант E123, қизил кокинеал E124, эритросин E127, порлоқ қора БН E151);
- лаззатлар (глутамат Б 550-553);
- консервантлар (сулфитлар ва уларнинг ҳосилалари E220-227, нитритлар E249-252, бензоик кислота ҳосилалари E210-219);
- антиоксидантлар (E321).