

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ

2024 №2

2011 йилдан чиқа бошлаган

TOSHKENT TIBBIYOT AKADEMIYASI
AXBOROTNOMASI



В Е С Т Н И К

ТАШКЕНТСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Тошкент



Выпуск набран и сверстан на компьютерном издательском комплексе

редакционно-издательского отдела Ташкентской медицинской академии

Начальник отдела: М. Н. Аслонов

Редактор русского текста: О.А. Козлова

Редактор узбекского текста: М.Г. Файзиева

Редактор английского текста: А.Х. Жураев

Компьютерная корректура: З.Т. Алюшева

Учредитель: Ташкентская медицинская академия

Издание зарегистрировано в Ташкентском Городском управлении печати и информации

Регистрационное свидетельство 02-00128

Журнал внесен в список, утвержденный приказом № 201/3 от 30 декабря 2013года

реестром ВАК в раздел медицинских наук

Рукописи, оформленные в соответствии

с прилагаемыми правилами, просим направлять

по адресу: 100109, Ташкент, ул. Фароби, 2,

Главный учебный корпус ТМА,

4-й этаж, комната 444.

Контактный телефон: 214 90 64

e-mail: rio-tma@mail.ru

rio@tma.uz

Формат 60x84 1/8. Усл. печ. л. 9,75.

Гарнитура «Cambria».

Тираж 150.

Цена договорная.

Отпечатано на ризографе редакционно-издательского отдела ТМА.

100109, Ташкент, ул. Фароби, 2.

Вестник ТМА №2, 2024
РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Главный редактор

проф. А.К. Шадманов

Заместитель главного редактора

проф. О.Р.Тешаев

Ответственный секретарь

проф. Ф.Х.Иноятова

ЧЛЕНЫ РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ

акад. Аляви А.Л.

проф. Билалов Э.Н.

проф. Гадаев А.Г.

проф. Жае Вук Чои (Корея)

акад. Каримов Ш.И.

проф. Татьяна Силина (Украина)

акад. Курбанов Р.Д.

проф. Людмила Зуева (Россия)

проф. Метин Онерчи (Турция)

проф. Ми Юн (Корея)

акад. Назыров Ф.Г.

проф. Нажмутдинова Д.К.

проф. Саломова Ф.И.

проф. Саша Трескач (Германия)

проф. Шайхова Г.И.

Члены редакционного совета

проф. Акилов Ф.О. (Ташкент)

проф. Аллаева М.Д. (Ташкент)

проф. Хамдамов Б.З. (Бухара)

проф. Ирискулов Б.У. (Ташкент)

проф. Каримов М.Ш. (Ташкент)

проф. Маматкулов Б.М. (Ташкент)

проф. Охунов А.О. (Ташкент)

проф. Парпиева Н.Н. (Ташкент)

проф. Рахимбаева Г.С. (Ташкент)

проф. Хамраев А.А. (Ташкент)

проф. Холматова Б.Т. (Ташкент)

проф. Шагазатова Б.Х. (Ташкент)

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ҚАВАРЧИҚНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Нурматова Н.Ф., Ирсалиева Ф.Х., Хошимов А.А.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Нурматова Н.Ф., Ирсалиева Ф.Х., Хошимов А.А.

FEATURES OF THE COURSE OF CHRONIC URTICARIA IN CHILDREN

Nurmatova N.F., Irsaliev F.H., Khoshimov A.A.

Тошкент тиббиёт академияси

Крапивницей страдают от 15 до 25% в общей человеческой популяции. По имеющимся данным, в общей популяции она составляет 0,05-0,5%, а среди детей и подростков – 2,1-6,7%. В этиологии крапивницы участвуют различные эндоаллергены и экзоаллергены. В патогенезе крапивницы принимают участие истинные аллергические реакции и псевдоаллергические реакции. Для клинической оценки активности крапивницы используется UAS7 – Индекс активности крапивницы. Учитывая неоднородность крапивницы, обследование следует начинать с детального изучения анамнеза и физикального исследования. Не рекомендуется проводить интенсивное обследование всех пациентов с крапивницей. Национальный согласительный документ рекомендует широкий спектр диагностического обследования при хронической крапивнице. Важным этапом лечения крапивницы, особенно хронической, является устранение ее триггеров и возможных причин.

Ключевые слова: крапивница, дети, аллергены, атопия.

Urticaria affects from 15 to 25% of the total human population. According to available data, it is 0.05-0.5% in the general population, and 2.1-6.7% among children and adolescents. Various endo-allergens and exo-allergens are involved in the etiology of urticaria. True allergic reactions and pseudoallergic reactions take part in the pathogenesis of urticaria. UAS7, the Urticaria Activity Index, is used for clinical evaluation of urticaria activity. Given the heterogeneity of urticaria, the examination should begin with a detailed study of anamnesis and physical examination. It is not recommended to conduct an intensive examination of all patients with urticaria. The National Conciliation Document recommends a wide range of diagnostic examinations for chronic urticaria. An important step in the treatment of urticaria, especially chronic, is the elimination of triggers and possible causes of urticaria

Key words: urticaria, children, allergens, immunity, atopy.

Кўп йиллар давомида қаварчиқ болалар алергологиясида энг долзарб, аммо энг кам ўрганилган муаммолардан бири бўлиб келган. Ушбу касаллик турли мутахассис шифокорлар - педиатрлар, иммунологлар, алергологлар, дерматологлар, инфекционистлар фаолиятида катта қизиқиш уйғотган. Ҳозирги вақтда қаварчиқ - бу пуфакчалар (тери сатҳидан кўтарилган ва тахминан 24 соатдан кейин йўқоладиган юзаки элементлари) ва/ёки ангионевротик шиш (тери ва шиллиқ пардаларнинг чуқур қатламларининг шишиши) шаклланиши билан тавсифланган гетероген нозологик гуруҳдир. [1,2,8].

Қаварчиқ касаллигининг тарқалиши ҳозирги вақтда етарлича ўрганилмаган. Адабиётга кўра, қаварчиқ умумий инсон аҳолисининг 15 дан 25% гача таъсир қилади [2,3]. Шу билан бирга, сурункали қаварчиқ барча ҳолатларининг деярли 30% да қайд этилган [4]. Мавжуд маълумотларга кўра, бу умумий аҳолида 0,05–0,5%, болалар ва ўсмирлар орасида 2,1–6,7% ни ташкил қилади. Қаварчиқ касаллиги ҳар қандай ёшда учрайди. Касалликнинг энг юқори даражаси 14 ёшдан 40 ёшгача содир бўлади, аммо мактабгача ва ёш болаларда қаварчиқ ҳолатлари тез-тез учрайди. Қаварчиқ кўпинча сурункали кечишга эга бўлади ва беморнинг ҳаёт сифатига салбий таъсир қилади. Сурункали қаварчиқ тарқалиши аҳолида 0,1% ни ташкил қилади [5]. Таъкидланишича, ўткир қаварчиқ кўпинча атопик касалликларга чалинган болаларда аниқланади. ЕТАС тадқиқотида атопик дерматитли ёш болалар ораси-

да 18 ой давомида тахмин қилинган қаварчиқ тарқалиши 16,2% ни ташкил этди. Ўткир қаварчиқ билан оғриган беморларнинг 50% дан ортиғи бошқа алергик касалликларга эга [6].

Қаварчиқ ташқи кўринишларининг умумий жиҳатлари кўп бўлишига қарамай, касалликнинг этиологияси ва патогенези хилма-хилдир. Касалликнинг сабабларини аниқлашнинг паст даражаси унинг турли шакллариининг ҳар доим ҳам аниқ бўлмаган клиник ва патогенетик хусусиятлари ва аниқ ташхис қўйиш алгоритмининг йўқлиги натижасидир. Шунга кўра, терапияга ёндашувлар асосан индивидуал бўлиши керак. Кўп ҳолларда қаварчиқни асосий давоси антигистаминлар ҳисобланади [8]. Бироқ, даволаниш самарадорлиги асосан патогенетик асосли терапия имконияти билан белгиланади, бу фақат қаварчиқ клиник шаклининг сабаблари аниқланганда ҳақиқатан ҳам самарали бўлади. Қаварчиқ этиологик гетероген касаллик ёки синдром бўлишига қарамай, касалликнинг барча вариантларининг асосий элементи пуфакчадир. Қаварчиқ ҳар доим ўзига хос хусусиятга эга: дермиснинг сўрғичсимон қатламининг маҳаллий шишиши, шиш билан бирга терининг қичиши ёки қизиши, бу ҳолат қисқа муддат - одатда 24 соатгача кузатилади.

Қаварчиқ шаклланишининг асосий патофизиологик механизми алергик яллиғланиш воситачиларини (гистамин, простагландинлар, кининлар) чиқариш билан семиз хужайраларининг фаоллашиши бўлиб,

қон томирларининг ўтказувчанлиги, вазодилатация ва қон оқимининг тезлашишига олиб келади [9,12]. Болаларда қаварчиқ сабаблари жуда хилма-хилдир. Беморнинг ёшига ва касалликнинг шаклига қараб, генезида турли хил этиологик омиллар (аллергенлар) устунлик қилади. Аллергенлар одатда икки гуруҳга бўлинади: тананинг ўзида ҳосил бўлган эндоаллергенлар ва экзоаллергенлар танага ташқаридан киради. Эндоаллергенлар (аутоаллергенлар) - бу турли омиллар (вируслар, бактериялар ва бошқа воситалар) таъсирида ўзгарган тана тўқималарининг тузилмалари (қалқонсимон без тироглобулин, мушак толаси миелин, кўз линзалари ва бошқалар), одатда антитанача ишлаб чиқарувчи тизимлардан ва сезгир лимфоцитлардан ажратилади. Патологик жараён шароитида физиологик изоляциянинг бузилиши содир бўлади, бу эндо (ауто)аллергенларнинг шаклланишига ва аллергия реакциясининг ривожланишига ёрдам беради [10, 11].

Экзоген аллергиялар инфекция ва ноинфекцион аллергияларга бўлинади. Ноинфекцион экзоген аллергиялар: 1) ингаляция (майший - чанг, микроканачалар, балиқ еми; эпидермал - эпидермис зарралари, инсон сочлари, жун ва ҳайвонларнинг сўлаклари; чанглар - дарахтлар, дон, ўт ва бегона ўтларнинг гулчанглари; кимёвий маҳсулотлар - бўёқлар, пестицидлар; дорилар; ҳашаротлар тана зарралари); 2) энтерал (озиқ-овқат маҳсулотлари; озиқ-овқат қўшимчалари; дорилар); 3) парентерал (дорилар, зардоблар, ҳашаротлар заҳарлари, қон сўрувчи ҳашаротларнинг сўлаклари). Инфекцион экзоаллергиялар: 1) бактериал (патоген бўлмаган ва патоген бактериялар ва уларнинг ҳаётини фаолияти маҳсулотлари); 2) қўзиқорин (патоген бўлмаган ва патоген замбуруғлар ва уларнинг ҳаётини фаолияти маҳсулотлари); 3) вирусли (ҳар-хил турдаги риновируслар ва уларнинг тана тўқималари билан ўзаро таъсири маҳсулотлари); 4) паразитар (гельминтларнинг эгзоген ва эндоген антигенлари, лямблия ва бошқалар).

20-90% ҳолларда ўткир қаварчиқ сабабини шубҳа қилиш мумкин, аммо касалликнинг ушбу кечиши билан сабабий боғлиқликни исботлаш жуда қийин. Ёшга қараб, маълум омиллар устунлик қилади. Ҳаётнинг биринчи ойларидаги болаларда қаварчиқ генезида озиқ-овқат аллергиялари, шунингдек, атопиянинг айрим кўринишларида устунлик қилади. 3 ёшдан ошган болаларда ўткир ва такрорий қаварчиқ энг кўп учрайдиган сабаблари ошқозон-ичак патологияси, хусусан, ичак дисбиозини, шунингдек, гижжа инвазиялар ва кўпроқ даражада *Lambliа intestinalis* инвазиясидир. Ўсмир болаларда қаварчиқнинг энг катта сабаби *Helicobacter pylori*, ЛОР аъзоларининг сурункали касалликлари, хусусан, сурункали синусит ва тонзиллит билан боғлиқ ошқозон-ичак патологияси. Қаварчиқнинг аутоиммун шакллари ҳам ушбу ёш гуруҳида энг кўп учрайди [12].

Қаварчиқ патогенезида ҳақиқий аллергия реакциялар (ҲАР) ва псевдоаллергия реакциялар (ПАР) иштирок этади.

Қаварчиқ, ҲАР механизмларига асосланиб, уларнинг ўзига хос аллергия антитаначалар ёки сезгир лимфоцитларнинг ривожланишида иштирок эти-

шидан келиб чиқади. Ҳозирги вақтда барча аллергия-дерматозлар, шу жумладан қаварчиқда ҳақиқий аллергия реакцияларнинг беш тури мавжуд:

I тур-антитаначалар (IgE) келтириб чиқарадиган бевосита турдаги аллергия реакциялар. Дарҳол турдаги реакциялар атопик бронхиал астма, поллиноз, анафилактик шок, аллергия қаварчиқ ва бошқалар патогенезида асосий ҳисобланади.

II тур цитотоксик, ўз ҳужайраларида мавжуд бўлган детерминантларга IgG (IgG 4 дан ташқари) ва Ig M шаклланиши. Ушбу турдаги аллергия реакция баъзи гематологик касалликларнинг патогенезида иштирок этиши мумкин (аутоиммун гемолитик анемия, миастения, аллергия дори агранулоцитозини, тромбоцитопения ва бошқалар).

III тур-иммунокомплекс. Бунга IgG (IgG1, IgG3) ёки IgM билан аллергия ва аутоаллергияларнинг иммун комплекслари шаклланиши кириб, бу комплексларнинг тана тўқималарига зарарли таъсири сабаб бўлади. Ушбу турдаги аллергия реакция зардоб касаллиги, анафилактик шок, эгзоген аллергия алвеолит, гломерулонефрит ва бошқаларнинг патогенезида иштирок этиши мумкин.

IV тур ҳужайрага боғлиқ тури (кечиктирилган турдаги юқори сезувчанлик). Бунга сезгир лимфоцитлар (Т-эффektorлар) шаклланиши сабаб бўлади. У аллергия контакт дерматитнинг патогенезида, трансплантацияни рад этиш реакциясида ва ҳоказоларда иштирок этиши мумкин. Ушбу механизм сил, мохов, бруцеллез, заҳм, тери ва ўпканинг замбуруғли касалликлари ва бошқа касалликларнинг шаклланиш механизмларида компонент сифатида иштирок этади.

V тури-антирецептор. Бунга ҳужайра мембранасининг физиологик муҳим детерминантлари-рецепторларга антитаначалар мавжудлиги сабаб бўлади.

Псевдоаллергия реакция (ПАР) - «сохта аллергия» да, қаварчиқ ривожланиши ва сабабчи аллергия таъсири, ҳамда клиник аломатлар ўртасидаги аниқ боғлиқлик уларни ҳақиқий аллергияга жуда ўхшашлиги билан катта аҳамиятга эга. Қаварчиқда ПАРнинг муҳим механизмларидан бири - бу аллергиянинг нишон ҳужайраларидан (семиз ҳужайралари, базофиллар ва бошқалар), биринчи навбатда гистаминни носпецифик чиқаришидир [9].

Қаварчиқ механизмида ҲАРнинг иштирок этиш мезонлари қуйидаги белгиларни ўз ичига олади:

- қон зардобидида ўзига хос аллергия антитаначаларнинг мавжудлиги;
- аллергиялар билан ижобий тери синамалари;
- ижобий аллергиялогик, фармакологик, овқатланиш анамнези;
- дори-дармонлар билан чин лейкоцитларнинг табиий эмиграциясини тормозланишининг ижобий *in vivo* синамаси;
- ижобий Шелли тести;
- пассив сезгирликни узатиш имконияти;
- базофиллардан ўзига хос гистамин чиқарилишининг ижобий синамаси;
- салбий плацебо синамаси.

Қаварчиқнинг ПАР механизмлари билан юзага келган ҳолда, агарда ижобий фармакологик ёки

овқатланиш анамнези бўлмаса юқоридаги белгилар кузатилмайди.

Маҳаллий ва хорижий тадқиқотчиларнинг узоқ муддатли кузатувларига асосланиб, қаварчиқнинг ривожланиш механизмлари билан ажралиб турадиган иккита асосий тури ажратилади: иммунологик ва иммунологик бўлмаган.

Иммунологик қаварчиқнинг ривожланиши ва шаклланиши иммунитет тизимининг турли қисмлари фаолиятининг бузилиши билан боғлиқ.

Иммунологик қаварчиқ уч хил бўлиши мумкин:

- махсус иммунитет реакциялари иштирокида юзага келади (аллергик тур);

- носпецифик иммун реакциялар иштирокида юзага келадиган (аллергик бўлмаган тур);

- аралаш шакл.

Иммунологик қаварчиқ ривожланишида иштирок этадиган аллергия реакциялар турига қараб, қаварчиқнинг турли шакллари ажратиш мумкин, улар турли механизмлар билан давом этади ва даволашга турли услубий ёндашувларни талаб қилади: атопик шакл, юқумли-аллергик, иммунокомплекс ва бошқалар.

Иммунологик бўлмаган қаварчиқнинг асосий сабаб ва қўзғатувчи омиллари бўлиб ошқозон-ичак тракти ва гепатобилиар тизим патологиялари, нейроэндокрин тизим, сийдик тизими, метаболик касалликлар, физик, кимёвий, биологик омиллар ва бошқалар ҳисобланади [9].

2001 йилда Европа алергология ва клиник иммунология академияси юқори сезувчанликнинг янги таснифини қабул қилди – бунда одам организми томонидан қабул қилинадиган дозаларда турли хил стимулларнинг таъсирига жавобан симптомларнинг ривожланиши содир бўладиган барча шароитлар учун умумлаштирувчи атама бўлади.

Замонавий тушунчада аллергия иммунологик воситачилигидаги юқори сезувчанлик реакцияла-

рининг барча шакллари ўз ичига олади, атопия одатда гиперпролифератив синдром билан I турдаги аллергия реакция механизмлари билан ривожланадиган касалликларни англатади. Атопиянинг табиати мураккаб, унинг ривожланишида генетик омиллар ҳам, атроф-муҳит омиллари ҳам иштирок этади. Атопия иммунитет бузилишларига асосланган бўлиб, унда T-1 ва T-2 хужайралари ўртасида фаоллигини ошириш йўналиши бўйича номунособлик мавжуд. T-2 хужайралари Ig E В-хужайра ишлаб чиқаришни рағбатлантирувчи ва эозинофиллар кўпайиши ва фаолиятини тормозловчи ИЛ-4, ИЛ-13, ИЛ-5 ларни синтезлайди. Бу эса семиз хужайраларни ўсиш омили сифатида хизмат қилади. Семиз хужайралар эндотелиал ва эпителиал хужайраларида ўзига хос рецепторларни фаоллаштирадиган биологик фаол моддалар (аллергия воситачилари) ва триптазани чиқариш орқали аллергия реакциянинг дастлабки босқичида воситачилик қилади. Бу рецепторларни фаоллаштириш, ўз навбатида, аллергия жавоб кеч босқичининг бошланиши ва тўқималарда яллиғланиш реакциясини сақлаб, эозинофиллар хемотаксисини чақиради [10].

Дунё бўйлаб тан олинган қаварчиқнинг ягона таснифи ҳали ҳам мавжуд эмас. Қаварчиқ ҳам мустақил касаллик (бирламчи), ҳам баъзи касалликларнинг аломати (иккиламчи) бўлиши мумкин. Қаварчиқ кечиш давомийлиги, турлари бўйича таснифланади. Битта беморда қаварчиқнинг икки ёки ундан ортиқ турли шакллари бўлиши мумкин. Амалда, рус шифокорлари иккита таснифдан фойдаланадилар: 2007 йилги Россия Миллий Қаварчиқ / Ангиошиш ҳамкорлик ҳужжатида тасвирланган тасниф ва 2009 йилги Европа Қаварчиқ / Ангиошиш ҳамкорлик ҳужжатида белгиланган таснифдир. Бу иккала таснифларда ҳеч қандай фарқлар йўқ деб таъкидлаш мумкин [19].

1-жадвал

Қаварчиқ таснифи

Тури	Тур ости	Тушунтириш
Спонтан (идиопатик)	Ўткир спон Сурункали спонтан	Касалликнинг давомийлиги 6 ҳафтадан кам Касалликнинг давомийлиги 6 ҳафтадан ортиқ
Жисмоний	Совуқли контакт Иссиқлик контакт Қуёшли қаварчиқ Вибрацион қаварчиқ/ангиошиш	Совуқ нарсалар, шамол, суюқлик Маҳаллий босим (оғирлик, қаттиқ кийим ва бошқалар.) 3-12 соатдан кейин содир бўлади Иссиқликка маҳаллий таъсир қилиш Ультрабинафша ва / ёки кўринадиган ёруғлик Механик тирнаш хусусияти Тебраниш, масалан, пневматик болға
Махсус тур	Акваген қаварчиқ Холинергик қаварчиқ Контакт қаварчиқ Жисмоний Зўриқишдан кейинги анафилактика/ қаварчиқ	Сув Тана ҳароратининг кўтарилиши, масалан, жисмоний фаоллик туфайли Терининг уртисароген моддаларга таъсири жисмоний фаолият

Давомийлигига кўра, қаварчиқ кечиши 6 ҳафтадан ошмаса ўткир бўлиши мумкин ва белгилар 6 ҳафтадан ортиқ давом этса сурункали бўлиши мумкин. Ўткир қаварчиқнинг эпизодик кечиши ҳам кузатилади, яъни унда белгилар 6 ҳафта ёки ундан кўпроқ давом этади, лекин кейин бир неча ой ёки йилдан кейин яна такрорланади. Клиник амалиётда у кўпинча сурункали қаварчиқ эквиваленти сифатида қаралади. Пуфакчалар пайдо бўлиш частотасига қараб, сурункали қаварчиқ иммертирланган шаклга бўлиниши мумкин, унда тошмалар деярли ҳар кун пайдо бўлади ёки тошмалар бир неча кундан

бир неча ҳафтагача пайдо бўладиган такрорий шаклга бўлинади [20].

Қаварчиқ фаоллигини баҳолаш клиник фаолиятда фойдаланиш учун тавсия этилади. Шу мақсадда оддий УАС7 балл тизими (urticaria activity score 7) қўлланилади – Қаварчиқ фаоллик индекси, бу касалликнинг оғирлигини ва қаварчиқни даволаш натижаларини баҳолайди. УАС7 касалликнинг асосий белгиларини (тошмалар сони ва қичишиш интенсивлиги) беморнинг ўзи томонидан кетма-кет 24 кун давомида ҳар 7 соатда умумий баҳолашни назарда тутати.

2-жадвал

Қаварчиқ фаоллигини баҳолаш

Балл	Қаварчиқлар	Қичиш
0	Йўқ	йўқ
1	Енгил	
2	Ўрта (20-50 қаварчиқлар/24 с)	
3	Интенсив (>50 қаварчиқлар/24 с ёки катта бирлашган қаварчиқлар)	Интенсив (оғир қичишиш, уйқуни, кундузги фаолликни бузувчи)

Бир кунлик баллар миқдори 0 дан 6 гача, бир ҳафта давомида – максимал 42 балл бўлади. Ушбу фаолият балидан жисмоний қаварчиқ ва изоляция қилинган ангиошиш фаолиятини баҳолаш учун фойдаланиш мумкин эмас.

Қаварчиқ таъхиси унинг сабабларини таъхислашдан фарқли ўлароқ, лаборатория тасдиқлашни талаб қилмайди. Диагностика муолажаларининг талаб қилинадиган кўлами ҳақидаги жуда кўп сонли лаборатория текширувларидан тортиб, уларнинг жуда тор тўпламигача қарашлар мавжуд. Назарий жиҳатдан диагностика тадбирлари доираси этиологик омилларнинг мумкин бўлган доираси билан белгиланади. Аммо бу спектрнинг ўта кенлиги, қаварчиқ сабаби бўлиши мумкин бўлган касаллик ёки ҳолатнинг клиник кўринишларининг ўзига хослиги туфайли диагностика муолажаларини танлаш жуда қийин бўлиб қолмоқда. Қаварчиқ гетерогенлигини ҳисобга олган ҳолда, текширув анамнезга батафсил ўрганиш ва физик текширувдан, шунингдек, оғир тизимли касалликларни истисно қилишнинг асосий лаборатория усулларида бошланиши керак.

Қаварчиқ касаллигида анамнез маълумотлари: 1) бемор томонидан элементларнинг тавсифи; 2) ангиошишларнинг мавжудлиги ва / ёки йўқлиги ва уларнинг локализацияси; 3) касалликнинг бошланиши, қаварчиқ эпизодининг давомийлиги; 4) Н1-антигистамин препаратлари (дорилар) самардорлиги, касалликнинг табиати олдинги даволаш; 5) элементларнинг пайдо бўлишининг цикликлари (кун вақти, ҳайздан олдинги давр); 6) аспириин ва / ёки ностериод яллиғланишга қарши препарат ёки АПФ ингибиторлари ёки бошқа дори-дармонларни қабул қилиш билан боғлиқ хуруж; 7) шахсий ва оилавий анамнезда атопик касалликлар, қаварчиқ мавжудлиги; 8) қаварчиқ кучайиши учун жисмоний стимулларнинг мавжудлиги; 9) олдинги ёки ҳозир-

ги сурункали ёки ўткир касалликларни аниқлаш, жарроҳлик аралашувлар, қон қуйиш ва унинг таркибий қисмлари, юқумли ёки паразитар касалликлар, стресс билан касалланиш хавфи юқори бўлган ҳудудларга саёҳат қилиш; 10) хуружларни озиқ-овқат истеъмол қилиш билан боғлаш; 11) касбий фаолият, сеvimли машғулотлар; 12) сўров натижалари.

Қаварчиқ диагностикаси визуал ўтказилади. Қаварчиқдаги қавариқ асосан учта характерли белгига эга: 1) деярли ҳар доим рефлексор эритема билан ўралган турли ўлчамдаги марказий шиш; 2) қичишиш, баъзида қизиш ҳисси; 3) қайтарилиш – қавариқ 1-24 соат ичида исиз йўқолади.

Касалликнинг сабабларини аниқлаш учун қаварчиқ билан оғриган барча беморларни интенсив скрининг текширувидан ўтказиш тавсия этилмайди [11,19]. Ўткир қаварчиқ ҳолатида текширув ўтказиш тавсия этилмайди, анамнезда қўзғатувчи омил кўрсатилган ҳоллар бундан мустасно. 95% ҳолларда ўткир қаварчиқ 2 ҳафта ичида ўзини ўзи енгиллаштиради ва антигистаминлар билан жуда самарали даволанади.

Қаварчиқ дифференциал диагностикаси қуйидаги касалликлар ва ҳолатлар билан амалга оширилади: уртикар васкулит, Дюринг герпессимон дерматитида, кўп шакли экссудатив эритема, анафилактик реакциялар, ҳашаротлар чақиши (бурга, клопалар), небулёз пемфигоид ва бошқалар [9].

Қаварчиқни даволаш бўйича халқаро келишув ҳужжатларининг яратилиши унинг терапиясига ягона ёндашувларни ўрнатишга ёрдам беради. Қаварчиқ даволашнинг иккита асосий мақсади мавжуд: 1) ўткир ва сурункали шаклларни бартараф этиш; 2) сурункали қаварчиқда узоқ муддатли дори ремиссиясига эришиш учун етарли даволаш усулини танлаш. Қаварчиқнинг кўп ҳолатлари амбулатория шароитида даволанади. Шу билан бирга, касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар мавжуд:

1) асфиксия хавфи бўлган ҳалқумдаги ангиошиш; 2) қаварчиқ билан бирга келадиган анафилактик реакциянинг барча ҳолатлари; 3) амбулатор давонинг

ноэффективлиги - сурункали қаварчиқ ва ангиошиш кучайишининг оғир шакллари.

3-жадвал

Турли шаклдаги аллергодерматозларнинг асосий қиёсий белгилари

Белги	Ташхис			
	Атопик дерматит	Атопик қаварчиқ	Инфекцион-аллергик қаварчиқ	Псевдоаллергик қаварчиқ
Этиологик омил	Атопик аллергенлар: ўсимлик чанглари, майший, эпидермал, озиқ-овқатлар ва б.	Атопик аллергенлар: ўсимлик чанглари, майший, эпидермал, озиқ-овқатлар ва б.	Инфекцион аллергенлар: бактериялар, замбуруғлар, вируслар.	Дори воситалар, озиқ-овқатлар, психоэмоционал, жисмоний зўриқишлар, хашаротлар захари ва б.
Этиологик омил таъсиридан сўнг кўзғалиш ривожланиш даври	Бир неча дақиқадан 6 соатгача	Бир неча дақиқадан 12 соатгача	6-72 соат	Бир неча дақиқадан бир неча кунгача
Аллерген дозасига боғлиқлиги	йўқ	йўқ	йўқ	Бор
Аллерген таъсири йўлига боғлиқлиги	йўқ	йўқ	йўқ	Бор
Оилавий аллергологик анамнез	Ижобий	Ижобий	Ижобий	Салбий
Хусусий аллергологик анамнез	Ижобий	Ижобий	Ижобий	Салбий
Ҳамроҳ касалликлар	Атопик касалликлар: поллиноз, бронхиал астма, озиқ-овқат ва дори аллергияси ва б.	Атопик касалликлар: поллиноз, бронхиал астма, озиқ-овқат ва дори аллергияси ва б.	Сурункали яллиғланиш касалликлар, секин кечувчи	ОИТ, нейроэндокрин тизим касалликлари, моддалар алмашинуви бузилиши ва б.
Атопик аллерганларга тери синамалари	Ижобий	Ижобий	Салбий	Салбий
Инфекцион аллерганларга тери синамалари	Салбий	Салбий	Ижобий	Салбий
Зардобда махсус анти-таначалар	Бор	Бор	Бўлиши мумкин	Йўқ
Эозинофилия	Кўпинча	Кўпинча	камроқ	Йўқ
Иммун тизимдаги ўзгариш	IgE умумий миқдори ортиши, иммунитетдаги Т-хелпер фаоллиги иммунитетга	IgE умумий миқдори ортиши, иммунитетдаги Т-хелпер фаоллиги иммунитетга	Фагоцитоз кўрсаткичининг пайиши, Т-лимфоцит алоҳида субпопуляциясининг камайиши	Бўлмайдиган ёки ҳамроҳ касаллик оғирлигига боғлиқ
Элиминация натижаси	Бор	Бор		Йўқ

Обзор

Қаварчиқ даволашда муҳим қадам, айниқса сурункали қаварчиқ кўзғатувчилари ва мумкин бўлган сабабларини йўқ қилишдир. Ушбу ёндашувдан фойдаланишнинг зарурий шартини аниқ ташхисдир. Шубҳали дори-дармонларни чиқариб ташлаш ёки бошқа гуруҳларнинг дори-дармонлари билан алмаштириш керак. Ҳаддан ташқари иссиқлик пайдо

бўладиган ҳолатлардан сақланиш лозим: жуда иссиқ кийим, ортиқча жисмоний зўриқиш, иссиқ идишлар ва ичимликлар истеъмол қилиш ва ҳоказо. Босимли ва дермографик қаварчиқдан кечиктирилган қаварчиқ ҳолатида, оғир юкларни кўтариш, узоқ юриш сафарларидан қочиш керак. Бундан ташқари, совуқлик шароитлардан сақланиш керак: жуда енгил

кийим, совуқ ичимликлар, озиқ-овқат, совуққа узоқ вақт таъсир қилиш. Қуёшга тўғридан-тўғри таъсир қилишдан сақланиб, очиқ кийим кийиш ва инсоляцияси юқори бўлган ҳудудларда дам олишдан бош тортиш лозим.

Helicobacter pylori нинг қаварчиқни келтириб чиқариш сабаби сифатида бир қатор тадқиқотлар билан тасдиқланган [22,23,24]. Бироқ, бугунги кунга қадар сурункали қаварчиқда *helicobacter* инфекциясининг роли ҳақидаги савол мунозарали бўлиб қолмоқда [20]. Cribier ва Noacco қаварчиқ билан оғриган беморларда *Helicobacter pylori* тарқалишида умумий аҳоли билан солиштирганда сезиларли фарқни топа олмайди [2,9]. Ҳар ҳолда, қарор даволовчи шифокор томонидан индивидуал равишда қабул қилинади.

Қаварчиқ билан оғриган болаларни кузатиш қаварчиқ фаоллигини УАС7 шкаласи бўйича баҳолаш, терапия самарадорлигини баҳолаш ва агар керак бўлса, уни тузатиш, текшириш (кўрсатмаларга мувофиқ), беморни ўқитишни ўз ичига олади. Бемор ва унинг ота-онасини ўқитиш даволовчи шифокор томонидан ва «аллергия мактаби»синфларида гуруҳларда амалга оширилади. Тренингнинг мақсади касалликнинг сабабларини тушунтириш, даволаш мақсадларини, профилактика чораларини кўриш зарурлигини тушунтиришдир.

Прогноз. Ўткир спонтан қаварчиқ кўп ҳолларда беморнинг ҳаётидаги ягона эпизод бўлиб қолади. Антигистаминлар сурункали идиопатик (спонтан) қаварчиқ билан оғриган беморларнинг 40-60% да самарали ҳисобланади. Спонтан ремиссия су-

рункали такрорий қаварчиқ билан оғриган беморларнинг 50% да учрайди. Сурункали қаварчиқ прогрессив ёмонлашувсиз тўлқинга ўхшаш курс билан тавсифланади.

Адабиётлар рўйхати билан таҳририятда таълиқини мумкин

БОЛАЛАРДА СУРУНКАЛИ ҚАВАРЧИҚНИНГ КЕЧИШ ХУСУСИЯТЛАРИ

Нурматова Н.Ф., Ирсалиева Ф.Х., Хошимов А.А.

Қаварчиқ умумий инсон аҳолисининг 15 дан 25% гача таъсир қилади. Мавжуд маълумотларга кўра, бу умумий аҳолида 0,05–0,5%, болалар ва ўсмирлар орасида 2,1–6,7% ни ташкил қилади. Қаварчиқ этиологиясида турли хил эндо- ва экзо-аллергенлар иштирок этади. Қаварчиқ патогенезида ҳақиқий аллергия реакциялар ва псевдоаллергия реакциялар иштирок этади. УАС7 – Қаварчиқ фаоллик индекси, қаварчиқ фаоллигини клиник баҳолаш учун ишлатилади. Қаварчиқ гетерогенлигини ҳисобга олган ҳолда, текширув анамнезни батафсил ўрганиш ва физик текширувдан бошланиши керак. Қаварчиқ билан оғриган барча беморларни интенсив текширувдан ўтказиш тавсия этилмайди. Миллий келишув ҳужжати сурункали қаварчиқ учун кенг қўламли диагностика текширувларни тавсия қилади. Қаварчиқни даволашда, айниқса сурункали турида муҳим қадам қаварчиқ кўзгатувчилари ва мумкин бўлган сабабларини йўқ қилишдир

Калит сўзлар: қаварчиқ, болалар, аллергия, иммунитет, атопия.