

Хамидов Ф.Ш., Хамидова М.З., Абдурахманов А.А.

АУТОИММУН ДЕРМАТОЗЛАРДА ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСЛАР
(Қизил волчанка, склеродермия, дерматомиозит, пўрсилдоқ)
Ўқув қўлланма

АНДИЖОН -2023

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

АУТОИММУН ДЕРМАТОЗЛАРДА ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСЛАР
(Қизил волчанка, склеродермия, дерматомиозит, пўрсилдоқ)
(Тиббиёт олий таълим муассасалари талабалари, магистратура
талабалари ва клиник ординаторлари учун ўқув қўлланма)

АНДИЖОН -2023

Хамидов Ф.Ш., Хамидова М.З., Абдурахманов А.А. АУТОИММУН ДЕРМАТОЗЛАРДА ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСЛАР (Қизил волчанка, склеродермия, дерматомиозит, пўрсилдоқ). Ўқув қўлланма. 2023 й. – с. 132. Илл.

Тайёрлади: Хамидов Ф.Ш. Андижон давлат тиббиёт институти дерматовенерология кафедраси катта ўқитувчиси, тиббиёт фанлари номзоди;
Хамидова М.З. Андижон давлат тиббиёт институти дерматовенерология кафедраси ассистенти;
Абдурахманов А.А. Андижон давлат тиббиёт институти дерматовенерология кафедраси ассистенти

Такризчилар: Пакирдинов А.Б. Андижон давлат тиббиёт институти дерматовенерология кафедраси муdiri, тиббиёт фанлари доктори.

Ташкенбаева У.А. Тошкент тиббиёт академияси дерматовенерология кафедраси муdiri, тиббиёт фанлари доктори.

Солиев Д.К. Андижон давлат тиббиёт институти УАШТ-1 кафедраси доценти, тиббиёт фанлари номзоди.

Ўқув қўлланма Андижон давлат тиббиёт институти марказий услубий хайъатининг 2023 йилда “27” мартдаги 4 - сонли йиғилишида кўриб чиқилиб, муҳокама қилинди ва тасдиқланди.

Ўқув қўлланма Андижон давлат тиббиёт институтининг кенгашининг 2023 йилда “28” мартдаги 4 - сонли йиғилишида тасдиқланган.

Кенгаш котибаси, доцент:

Н.А. Насриддинова

Ўқув қўлланмада аутоиммун касалликлари ҳисобланган қизил волчанка, склеродермия, дерматомиозит, пўрсилдоқ каби дерматозларда қўлланиладиган дерматологик индекслар ҳақида маълумотлар келтирилган, уларни қўлланиши бўйича бир қатор фикрлар келтириб ўтилган. Ўқув қўлланма ОТМ талабалари, клиник ординаторлар, магистратура талабалари ва УАШ учун мўлжалланган.

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2023 yil "24" martdagi
"176-Sh"-sonli buyrug'iga asosan

Ф.Ш.Хамидов, М.З.Хамидова, А.А.Абдурахмонов

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Даволаш иши -5510100

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

_____ ning
talabarlari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan.

***Аутоиммун дерматозларда дерматологик
индекслар (қизил волчонка, склеродермия,
дерматомиозит, нүрсилдоқ)
nomli o'quv qo'llanmasi***
(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

_____ ga
O'zbekiston Respublikasi Vazirlar Mahkamasi tomonidan
litsenziya berilgan nashriyotlarda nashr etishga ruxsat berildi.



Rektor *M.M. Madazimov*
(imzo)

Ro'yxatga olish raqami:



100125



Кириш

Пациентга давони танлаш вақтида шифокор асосий омил бўлган касалликни оғирлигига эътибор беради. Касалликларни классификациясини объективлигини ва оғирлик даражасини стандарт баҳолаш учун кўплаб тадқиқотлар ўтказилган. Тери касалликларини оғирлик даражасини баҳолаш бир қатор мураккабликларни келтириб чиқаради. Дерматологларни имтиёзи бўлиб, одам танасини йирик аъзосини текшириш ва даволаш имконияти ҳисобланади, аммо бошқа аъзоларни текширишда қўлланиладиган стандарт лаборатор тестларни терини функцияларини баҳолаш учун етарлича мураккабдир. Тери касалликлари учун аҳамиятли критерийли объектив ўлчанувчи параметрларни доимо ҳам тезда аниқлаш ва бажариш мумкин эмас. Шунинг учун клиник амалиётдаги тери касалликларини баҳолаш усуллари кўпинча тахминан, субъектив ва кўпинча амалга оширадиган эмас, бу натижаларни ва баҳолашдаги индивидуал вариацияларни фарқ қилишига олиб келади.

Шундай бўлсада, тери касалликларининг оғирлигини ўлчовчи объектив усуллари мавжуд ва кузатувларни объектив бўлишига ёрдам беради, рационал терапияни аниқлаш учун ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Клиник синовларда кўплаб дерматологик касалликларда қўлланиладиган даволаш усуллари у ёки бунисини самарадорлигини аниқлашга йўналитирилган ва ҳозирда турли хил баҳолаш шкалалари қўлланилмоқда. Бу шкалалар етарлича мураккаб бўлса ҳам, уларни қўлланиши пациентларни ҳар бирига энг кўп объектив индивидуал терапевтик ёндашишга ёрдам беради ва беморларга тиббий ёрдам сифатини ошишига олиб келади.

Ҳозирги вақтда дерматологияда қўлланилаётган миқдорий баҳолаш балларини (шкала ёки индексларни) диапазонини шартли учта категорияга бўлиш мумкин. Биринчи категорияга тиббиётнинг турли хил йўналишларида, шунингдек дерматологияда қўлланилаётган умумий диагностик индекслар, иккинчисига – турли хил тери касалликлари учун специфик бўлган индекслар, учинчисига эса дерматологик касалликларда ҳаёт сифатини

баҳоловчи индекслар киради. Умумий диагностик индексларда ҳозиргача етарлича ўрганилмаган мавзу, дерматологияда дори воситаларини дозасига ва уларни сарф бўлиш меъёрига қаратилган. В.П. Адаскевич томонидан тўпланган ташқи дори воситаларини ҳисоблаш ва миқдори, танани турли хил топографик участкаларида сарфланиши, мутахассисларни, шунингдек, тиббий суғурт ходимларида ҳам қизиқиш келтириб чиқариши мумкин.

Яна бир бўлим дерматологияда “ҳаёт сифати” параметрларини баҳолашга қаратилган. Специфик тери касалликларини баҳолаш тизими касалликни оғирлигини объектив параметрларига асосланган ҳолда ўчоғларни миқдори, уларни қалинлиги ва ўлчами, эритемени даражасини ҳисобга олса, субъектив компонентлар беморни ўзини касаллигини интенсивлигини ўзини баҳолаши, даволаш натижаларидан пациентни қониқиши кўпинча акс этади. Ҳақиқатда кўплаб дерматологик касалликларни оғирлик даражасини тўлақонли баҳолаш фақатгина объектив кўрсаткичларни ҳисобига бўлмайди, балки субъектив омиллар ҳам етарлича роль ўйнайди. Пациент қичишиш, уйқусизлик, ўзини баҳолаш пасайганлиги, жамоат жойларида ноқулайлик ҳиссиёти, шахсий ўзаро мулоқатларда мураккаблик ва кунлик фаолият билан шуғулланишнинг имкони йўқлиги ҳақида маълум қилса, бу уни ҳолатини оғирлигини зарур кўрсаткичи бўлиб ҳисобланади. Бундай кўрсаткичлар ўчоғларнинг миқдори, биопсиянинг натижалари, жароҳатланишнинг ёки ўчоғдаги эритема ва кепакланишни майдони каби маълумотлардан ҳам кўра муҳим ҳисобланади.

Дерматологияда ҳаёт сифатини баҳолаш, яни субъектив бошидан ўтган ҳиссиётларни, баҳолаш

Касалликларни ҳолатини баҳолаш учун тиббиётни барча соҳаларида баҳолашни балли тизими (индекслар ёки шкалалар) қўлланилади. Клиник амалиётда ва илмий тадқиқотларда бу зарур асбоблар билан дерматологлар ҳам фойдаланиб туришади. Дерматологияда қўлланувчи баҳоловчи тизимлар турли хил умумлаштирувчи даражаларга эгадир. Бир қисми специфик бўлиб, конкрет бир касалликни баҳолаш учун қўлланилса, бошқа баҳоловчи балли

тизимлар битта касаллик билан чегараланиб қолмайди, балки бир неча ёки барча дерматологик касалликларни баҳолашда қўлланиши мумкин. шунинг учун уларни умумий дерматологик индекслар деб номлаш мумкин.

Бундай индексларга “Дерматологик касалликларни оғирлик индекси (Dermatology Index of Disease Severity [DIDS])” ва “дерматологик касалликларда терини жароҳатланишини функционал аҳамиятини баҳолаш” (Н.М. Robinson, 1973) кирса, педиатрик дерматологияда “Янги туғилган чақалоқларни тери учун прогностик хавфи шкаласи” (Neonatal Skin Risk Assessment Scale [NSRAS]) қўлланилади. Бундан ташқари, В.П. Адаскевич бундай разряддаги индексларга 2003 йили немис дерматологлари томонидан ишлаб чиқарилган энг кўп буюриладиган маҳаллий глюкокортикоидларни баҳолашда фойдаланиладиган “Терапевтик индекс” (ТІХ) деб номланган усулни ҳам қўшган. “Терапевтик индекс” (ТІХ) турли хил дерматологик касалликларда қўлланиладиган кортикостероид препаратларни мақбул таъсирлар ва номақбул эффектлар орасидаги муносабатни акс эттиради.

Дерматологияда умумий дерматологик индекслардан ташқари умумий тиббий баҳолаш тизимлар ҳам қўлланилади. Масалан, бунга PGA туридаги индекслар мисол бўлиши мумкин. Бу инглиз тилидаги қисқартма 2 хил шарҳга эга ва иккита турлича индексларни тегишлича белгилайди: Physician Global Assessment (терапияга жавобни ўз ичига олган “Пациентни клиник ҳолатини шифокор томонидан умумий баҳолаш”) ва Patient’s Global Assessment (пациент томонидан ўзини умумий баҳолаш). Кўплаб касалликлар ва терапиянинг усуллари учун касаллик статусини ўзгаришларини умумий баҳолаш шифокор ва пациент томонидан баҳолаш, ўтказилаётган терапияни самарадорлигини ҳал қилувчи кўрсаткичи ҳисобланади. Бошқа умумий (глобал) маълумот берадиган баҳолаш тизими, баъзи бир касалликларда мураккаб бўлиши, доимий қўлланилганда ноамалий, ёки умуман бўлмаслиги мумкин. Глобал баҳолаш шундай тиббиётни фанлари – ревматология, психиатрия ва дерматологияда жуда машҳурдир, чунки лаборатор тестлар ёки клиник таҳлилни асбобларини

пациентни ўзгарган ҳолатини адекват баҳолашда қўллашни имкони бўлмайдиган ҳолатлар учраб қолади. В.П. Адаскевич Умумтиббий гуруҳга, шунингдек, “Бирга келган касалликлар индекси” ёки “Коморбидлик индекси” (Index of Coexistent Disease [ICED]) ҳам киритган. Дерматологияда қўлланиладиган Умумитиббий баҳолаш тизимини индексларини катта гуруҳи ҳаёт сифатига қарашлидир. “Соғлиқни умумий ҳолати” (General Health Questionnaire [GHQ]) саволномаси, 36 саволдан иборат саволнома (Short Form-36 [SF-36]) жисмоний ва соғлиқни психологик компонентларини баҳоловчи, “Сурункали тери касалликларини кундалик ҳаётга таъсири” (Impact of Chronic Skin Disease on Daily Life [ISDL]), “Стационар беморларни Хавотирланиш ва депрессия шкаласи” (Hospital Anxiety and Depression Scale [HADS]) индекслари ва бошқалар бунга мисол бўла олади.

Шуни таъкидлаш лозимки, кўплаб балли баҳолаш индекс ва тизимларнинг таркибий элементи бўлиб кўпинча умумий баҳолаш асбоблари хизмат қилади. Масалан, “Тўққизлар қоидаси”, “Кафт қоидаси”, визуал-аналог шкаласи бунга мисол бўлади. Биринчи иккита қоида турли хил касалликларда (псориаз, атопик дерматит, витилиго) тери жароҳати майдонини баҳолашда қўлланилади. Визуал-аналог шкаласи турли хил тери симптомларини, айниқса оғриқ ва қичишишни, интенсивлигини аниқлаш учун қўлланилади. Одатда пациент томонидан тўлдириладиган визуал-аналог шкаласидан фойдаланиш туфайли, шифокор беморни ҳолатидаги билиниб-билинимас ўзгаришларни ҳам баҳолаши мумкин, чунки уларни доимо ҳам дескриптив усуллар ёрдамида аниқлашни имкони бўлмайти.

ҚИЗИЛ ВОЛЧАНКА: ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСЛАР

Қизил волчанка (*Lupus erythematoses*, қизил югирик) ёки эритематоз гетероген касалликларни гуруҳини умумий тарифи бўлиб, улар хусусий ДНК бўлакларига иммунитетни ривожланишини бирлаштиради [1-2].

Қизил волчанка спектри фақат терини жароҳатлайдиган ҳолатларни ҳамда тизимли намоён бўладиган ва кўплаб аъзолар ва тизимни жароҳатлайдиган касалликларни ўз ичига олади. Биринчи ҳолатда “терини қизил волчанкаси” термини қўлланилади, у ўз навбатида ўткир, ўткир ости ва сурункали қизил волчанкага бўлинади, унинг энг кўп тарқалган шакли бўлиб, классик дискоидли қизил волчанка ҳисобланади. Бу гуруҳ касалликларида терида волчанка учун характерли специфик гистологик ўзгаришлар ҳамроҳ бўлади [8]. Агар аутоиммун жараён бошқа ички аъзолар ва тизимларни ҳам камраб олса, у ҳолда тизимли қизил волчанка ривожланади ва унинг белгилари турли хил кўринишда бўлади. Қизил волчанкани миқдорий ўлчовларини параметрлари учун 60 дан ортиқ турли хил инструментлар ишлаб чиқилган, аммо уларнинг ҳеч қайси бири тери қизил волчанкасини фаоллигини ўлчаш учун етарлича сезгир эмас [18]. 2005 йили тери қизил волчанкасининг касалликни фаоллигини ва жароҳатларини баҳолаш учун махсус янги индекс таклиф қилинган [5].



Расм 1. Қизил волчанкани дискоид шакли

Тери қизил волчанкасини миқдорий баҳолаш

1. Тери қизил волчанкасида жароҳатланиш ва касаллик фаоллиги индекси

Тери қизил волчанкасида касалликни фаоллиги ва жароҳатланиш индекси (Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index [CLASI]) иккита алоҳида қисмдан иборат. Бири ёрдамида тери қизил волчанкасини фаоллиги баҳоланса, иккинчи ёрдамида эса касаллик томонидан чақирилган жароҳатланишни характери ва майдони аниқланади. Индекснинг бир қисми касалликни фаоллигига бағишланган бўлиб, унга махсус анатомик локализацияларда ҳамда шиллик қаватларда эритема, кепакланиш ва гипертрофияни баҳолаш киритилган. Жароҳат шкаласи гиперпигментация, атрофия ва чандиқланувчи алопецияни ўша анатомик соҳаларда ўлчашга ёрдам беради, бунда чандиқланаётган алопеция жароҳатни майдонига кўра ҳам баҳоланади. Бу индексни оригинал инглиз тилидаги номида ҳам кўрсатилган. Пациентлардан пигментацияли барқарор ўзгаришлари ҳақида сўралади. Агар ўзгаришлар 12 ойдан ортиқ давр ичида сақланса, пигментация бузилганлигига берилган баллар икки маротаба оширилади. Ҳар бир тери симптомини оғирлик даражаси анатомик локализациясига мос ҳолда ҳисобга олинади, энг кўп жароҳатланган ўчоғ баҳоланади. Барча симптомлар кўрсаткичлари умумлаштирилади.

Фаоллик ва жароҳатларни параметрлари алоҳида ҳисоб қилинади, чунки касалликни фаоллиги камайганлиги даврида жароҳатларни кўрсаткичлари ортиб боради. Шундай парадоксал стабил индексли ҳолатдан қочиш алоҳида ҳисоб қилиш керак. Ҳақиқатда, CLASI индексидаги касалликни фаоллигини балли баҳолаш муваффақиятли терапиядан кейин камаяди, шу вақтда жароҳатланиш шкаласи миқдорий кўрсаткичлари касалликни чандиқланувчи шаклларида ортиши мумкин.

CLASI индекси ўзининг кўрсаткичларида тери ҳолатини, оғриқ ва қичишиш симптомларини яхшиланиши билан корреляция қилади, ва турли

хил даволаш усулларига клиник жавобни ўлчаш учун фойдали асбоб бўлиб хизмат қилади (жадвал 1) [3].

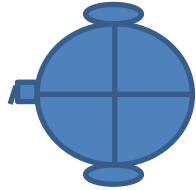


Расм 2. Қизил волчанкани дискоид шакли.

Жадвал 1. Тери қизил волчанкасида жароҳатланиш ва касалликни фаоллиги индекси

Марҳамат қилиб, тери қизил волчанкасини энг оғир ўчоғига мос ҳар бир анатомик локализациясига баллни кўрсатинг				
Фаоллик		Жароҳатланиш		
Эритема	Кепакланиш/ Гипертрофия	Анатомик локализацияс и	Депигментац ия	Чандиқлани ш/ атрофия/ панникулит
0 – мавжуд эмас;	0 – йўқ; 1 – кепакланиш;		0 – мавжуд эмас;	0 – мавжуд эмас;
1 – пушти, кучсиз;	2 – сўгалсимонлик/ гипертрофия;		1 – депигментац ия	1 – чандиқланиш;
2 – қизил;				2 – оғир атрофик чандиқланиш ёки панникулит
3-қорамтир-қизил, бинафша рангида/ қалок билан/геморрагик.		Бош суяги		

		Қулоқлар		
		Бурун (шу жумладан ёноқлар ҳам)		
		Юзнинг бошча соҳалари		
		Бўйинни V- зонаси		
		Бўйин (орқа) ва/ёки елкалар		
		Кўкрак		
		Қорин		
		Бел, думбалар		
		Қўллар, кафт кирмайди		
		Кафтлар		
		Оёқлар, товонлар кирмайди		
		Товонлар		
Шиллиқ қаватлар		Гиперпигментация		
Шиллиқ қаватдаги ўчоғлар (агар бемор жароҳатни тасдиқласа кўрилади)		Фаол ўчоғларни тузалганидан сўнг гиперпигментациянинг давомийлиги (беморни маълумотига кўра керакли катакчани белгиланг)		

<p>0 – мавжуд эмас; 1 – ўчоғ ёки яраланиш</p>	<p><input type="checkbox"/> - гиперпигментация одатда 12 ойдан камроқ давом этади (гиперпигментацияга берилган баллар ўзгаришсиз қолади);</p> <p><input type="checkbox"/> - гиперпигментация минимум 12 ой давом этади (гиперпигментацияга берилган баллар икки баробар ортирилади).</p>
<p>Алопеция</p>	
<p>Сочларни яқинда тўкилиши (охирги 30 кун давомида/пациенти маълумотига кўра)</p>	<p>Бошни сочли қисми терисини 4 та квадрантга расмда кўрсатилганидек бўлинг. Ўнг ва чап бўлақларини ўртасидан линия бўляпти. Фронтал ва энса қисми кулоқ супрасини энг юқори нукталари орқали ўтган линия. Волчанка ўчоғи жойлашган квадрат жароҳатланган ҳисобланади*.</p> <div style="text-align: center;">  </div> <p>*Агар битта ўчоғда иккита аспект — чандиқланиш ва чандиқланмаганлик кузатилса, иккаласи ҳам инобатга олинади.</p>
<p>1 – ҳа 0 – йўқ</p>	

Бошни терисида клиник чандиқланиш мавжуд эмас.	Бошни терисида чандиқланиш (клиник белги)
0-мавжуд эмас; 1-диффуз, яллиғланишсиз; 2-ўчоғли ёки битта квадрантда қуш ини сингари; 3-ўчоғли ёки қуш ини сингари > 1 та квадрантда.	0-мавжуд эмас; 3-бир квадрат; 4-икки квадрат; 5-уч квадрат; 6-бошни терисини барча сочли қисми
Фаолликни умумий балли (жадвални чап қисмидаги барча баллар йиғилади: эртема, кепакланиш/гипертрофия, шиллиқ қаватларни жароҳати, алопеция учун)	Жароҳатланишни умумий балли (жадвални ўнг қисмидаги баллар йиғилади: депигментация, чандиқланиш/атрофия/панникулит ва бош терисини чандиқланиши учун)

2. Тери қизил волчанкасини оғирлиги ва фаоллигини балли баҳолаш

Буюк Британиянинг Лидслик тадқиқотчилар гуруҳи CLASI (тери қизил волчанкасини жароҳати ва касалликни фаоллиги индекси) ни маълум бир муҳим ўрнини эътироф этиб, бу индексни тўлиқ эмаслигини кўрсатишган, чунки унда керакли бўлган клиник параметр ўчоғли зичлашиш (индурация) ҳисобга олинмаган, бу етарлича баҳо бермасликка олиб келади, масалан, тугунли ўчоғларда ёки чуқур волчанкани ўчоғларида [3, 5]. Лидслик тадқиқотчилар ўзларининг тери қизил волчанкасини фаоллиги ва оғирлигини балли баҳолаш (Cutaneous Lupus Activity and Severity Score [CLASS]) усулини таклиф қилишди. У псориазни фаоллиги ва оғирлиги индексини [PASI] модификация қилинган версияси ҳисобланади, чунки тери қизил волчанкасини ва псориазни юзаки ўхшашлиги ўчоғлардаги ўхшаш клиник характеристикани баҳолашга имкон беради. CLASS ни балли баҳолаш касалликни фаоллигини ва оғирлигини миқдорий баҳолайди [1].

Касалликни фаоллигини аниқлашда эритема, кепакланиш ва индурация ҳисобга олинади, улар тўрт балли шкалада баҳоланади (0 – белги мавжуд эмас, 1 – белгини енгил даражада намоён бўлиши, 2 – ўртача даражада, 3 – оғир даражада).

Касалликни оғирлиги жараёни тарқалганлиги ва чандиқланиш даражаси параметрларини ҳисобга олган ҳолда аниқланади. Касалликни тарқалганлиги бирдан бешгача бўлган баллда тери жароҳатини майдонига кўра баҳоланади (1 - < 10% терини жароҳати, 2 – 10-25%, 3 – 26-50%, 4 – 51-75%, 5 – 76-100%).

Чандиқланиш нолдан уч баллгача бўлган диапазонда баҳоланади (0 – мавжуд эмас, 1 – енгил даражаси, 2 – ўртача даражаси, 3 – оғир даражаси). Касалликни фаоллиги ва оғирлиги учун балларни йиғиндиси тери қизил волчанкасини фаоллигини ва оғирлигини ббалли баҳоси ҳисобланади (жадвал 2).

Тери қизил волчанкасини фаоллигини ва оғирлигини ўлчайдиган усулнинг муаллифлари кўрсатишича, CLASS касалликни фаоллигини касалликни оғирлигига нисбатан алоҳида баҳолашга имкон беради. Бу контекста оғирлик касалликни манифестациясини даражасини билдиради, фаоллик эса узлуксизлигини кўрсатади. Бу фарқ ўчоғларни дифференциациясида ёрдам беради, улар эски касалликни қолдиғи ва шу пайтда касалликни фаол ривожланаётганини белгиси бўлади [3].

Жадвал 2. Тери қизил волчанкасини оғирлик ва фаоллигини балли баҳолаш (CLASS)

Белгини балл ва даражаси	Фаоллиги			Оғирлиги	
	Эритема	Кепакланиш	Зичлашиш	Чандиқланиш	Жароҳат майдони (%)
0 (йўқ)				0 (йўқ)	1 (< 10)

1 (кучсиз)			1 (кучсиз)	2 (10-25)
2 (ўртача)			2 (ўртача)	3 (26-50)
3 (кучли)			3 (кучли)	4 (51-75)
				5 (76-100)
Фаолликни умумий баллар йиғиндиси = Σ_{Φ}			Оғирликни умумий баллар йиғиндиси = Σ_{O}	
CLASS = $\Sigma_{\Phi} + \Sigma_{O}$				

3. Дискоид қизил волчанкада теридаги ягона ўчоғни балли баҳолаш тизими

Сурункали дискоид қизил волчанка тери волчанкасини энг тарқалган шакли ҳисобланади ва кўпгина ҳолатларда фақат терини чегараланган жароҳатини чақиради ва тахминан бирламчи диагнози сурункали дискоид қизил волчанкани 5% беморларида кейинчалик тизимли касаллик ривожланади [13, 15]. Сурункали дискоид қизил волчанка билан оғриган беморларда терапияни самарадорлигини назорат қилиш учун теридаги ўчоғлар статусини аниқ аниқлаш керак. Тери қизил волчанкасида жароҳатланиш ва касалликни фаоллик индекси (Cutaneous Lupus Erythematosus Disease Area and Severity Index CLASI) мукамал ишлаб чиқилган бўлиб, касалликни текшириш параметрлари ўта батафсил ёзиб ўтилган, аммо ягона ўчоғнинг параметрларини баҳолаш учун кўзда тутилмаган, бу ҳолат кўпроқ дискоид қизил волчанкада талаб этилади [5]. Нидерландиялик бир гуруҳ тадқиқотчилар баҳолашни янги тизимини таклиф қилишди, у қизил волчанкани дискоид шаклини битталиқ, ягона ўчоғида қўл келади.

Дискоид қизил волчанкани ягона бўлган ўчоғини баҳолаш тизимига қуйидаги параметрлар киради: эритема (E), зичлашиш ёки индурация (I), кепаклашиш (S) ва атрофия (A). Ҳар бир параметр учун баллар миқдори

алоҳида ҳисобланади. Барча параметрларнинг баллари жамиси дискоидли қизил волчанкани теридаги ўчоғини балли баҳолаши бўлади (жадвал 3).

Жадвал 3. Дискоид қизил волчанкани теридаги ўчоғини балли баҳолаш

Параметр	Балли баҳолаш
Эритема (E)	0-йўқ 1-енгил (оч қизил) 2-ўртача (қизил) 3-оғир (ёркин қизил) 4-ўта оғир (интенсив, тўқ қизил)
Индурация (I)	0-йўқ 1-енгил (атроф териға солиштирганда бироз зичлашиш) 2-ўртача (зичлашиш яхши пальпация қилинади) 3-яққол (кескин белгиланган қиррали, қаттиқ, аниқ кўтарилиб турадиган пилакча) 4-кучли намоён бўлган (кескин белгиланган қиррали, ўта қаттиқ, зич кўтарилиб турувчи пилакчалар)
Кепаклашиш (S)	0-йўқ 1-енгил 2-ўртача 3-оғир 4-ўта оғир
Атрофия (A)	0-йўқ 1-енгил, деярли сезилмайди 2-янада аниқроқ, сезиларли 3-семиз, ялтироқ, аниқ 4-ўта оғир, дефектни (нуқсонни юқори



Расм 3. Сурункали қизил волчанка дискоид шакли.

4. Тизимли қизил волчанкани миқдорий баҳоси

Тизимли қизил волчанкани параметрларини миқдорий ўлчови бўйича 60 дан ортиқ асбоблар ишлаб чиқилган [1, 5]. Уларни шартли 3 та гуруҳга бўлиш мумкин:

- Касалликни фаоллигини аниқлайдиган усуллар;
- Касаллик томонидан чақирилган жароҳатларни баҳоловчи тизимлар;
- Пациентларни ҳаёт сифатини ўзгаришларини ва меҳнатга яроқсизлигини ўлчаш йўллари.

Бу усулларнинг ҳаммасининг асосида, аввалам бор, тизимли қизил волчанканинг классификацион критерийлари (мезонлари) ётади ва уни Америка ревматологлари коллегияси томонидан ишлаб чиқарилган ва 1982 йили қайта кўриб чиқилган [9].

4.1.Тизимли қизил волчанкани диагностик критерийлари (мезонлар)

Тизимли қизил волчанкани диагностикаси уни клиник манзарасига асосланган: эритема-капалак, дисксимон турдаги ўчоғларнинг мавжудлиги, Рейно синдроми, алопеция, оғиз бўлиғини шиллиқ қаватини яраланиши,

фотосенсибилизация, бўғимларни деформациясиз артрити, полисерозитлар, психоз (ёки тутқаноқлар), ҳамда лаборатор маълумотлар (LE-хужайралар, антинуклеар антитаналарни ва маҳаллий ДНК га антитаналарни юқори титрлари, панцитопения). Америка ревматологлари коллегияси таклиф қилган тизимли қизил волчанкани диагностик мезонларига қуйидаги 11 та бўлимлар киради (жадвал 4) [21]. Агар кузатувнинг исталган интервалида кетма-кет ёки бир вақтнинг ўзида келтирилган ўн бир та мезондан тўрт ёки ундан ортиғи кузатилса, у ҳолда тизимли қизил волчанка диагнози ишончли ҳисобланади.

Жадвал 4. 1982 йили қайта кўриб чиқилган тизимли қизил волчанкани диагностик мезонлари

№	Мезонлар	Аҳамияти
1	Яноқ соҳасида тошмалар	Яноқлар соҳасида фиксацияланган эритема, ясси ёки тери юзасидан кўтарилиб туради, бурун-лаб бурмаларига таъсир қилмайди
2	Дискли тошмалар	Кўтарилиб турадиган тангачалар ва фолликуляр тикинлар билан эритематоз доғли пиллакчалар, энг эски ўчоғларда атрофик чандиқланиш бўлиши мумкин.
3	Фотосенсибилизация	Анамнезда ёки шифокор кузатувида инсоляцияга ноодатий реакция натижасида тери тошмалари
4	Оғиз бўшлиғини яраланиши	Шифокор томонидан кузатиладиган оғиз бўшлиғи ва бурун-ҳалқумда одатда оғриқсиз яраланишлар
5	Артрит	Характерли оғриқли, шиш ва бўғим ичида яллиғланишли суюқлик, икки ва ундан ортик периферик бўғимларда ноэрозив артрит
6	Серозит	Плеврит (анамнезда тасдиқланган плеврал оғриқлар ёки плеврани ишқаланиш шовқини, ёки плеврал яллиғланиш суюқлигини мавжудлиги)

		ёки перикардит (электрокардиографияда кайд қилинган ёки шифокор томонидан перикардни ишқаланиш шовқини, ёки перикардиал яллиғланишли суюқликни эшитилгани)
7	Буйракларни жароҳати	0,5 г/сут. дан юқори ёки 3+ дан юқори доимий протеинурия, агар миклорий баҳолаш ўтказилмаган бўлса ёки Хужайрали цилиндрлар (эритроцитар, гемоглобинли, донадор, тубуляр ёки аралаш)
8	Неврологик бузилишлар	Провокация қилувчи дори воситаларини қабул қилиш ёки маълум метаболизм бузилишлари (уремия, кетоацидоз, электролит дисбаланс) мавжуд бўлмаганда эпилептик тутқаноқлар/тиришишлар ёки Провокация қилувчи дори воситаларини қабул қилиш ёки маълум метаболизм бузилишлари (уремия, кетоацидоз, электролит дисбаланс) мавжуд бўлмаганда психоз
9	Гематологик бузилишлар	Ретикулёз билан гемолитик анемия ёки Лейкопения (намуналарни иккита ва ундан кўпида 1 мкл да <4000) ёки Лимфопения (намуналарни иккита ва ундан кўпида 1 мкл да <1500) ёки Тромбоцитопения (1 мкл да <100 000) провокация қилувчи дори воситаларини қабул қилиш кузатилмаганда
10	Иммунологик бузилишлар	Ўзгармаган (нативной) ДНК га антитаналарни ёки Sm антинуклеар антигенига антитаналарни титрини ошиши ёки анти-фосфолипид антитаналарни топилиши асосланади:

		<p>1) Иммуноглобулин G ва M га антикардиолипинли аномал зардобли антитаналар;</p> <p>2) Стандарт методика бўйича волчанка антикоагулянтига тестни мусбат натижаси;</p> <p>3) 6 ойдан кам бўлмаган даврда захмга серологик реакцияларни ёлгон мусбатлиги, <i>Treponema pallidum</i> иммобилизация манфий реакциясини тасдиқлангани ёки трепонемли антитаналар флуоресцент абсорбцияси манфий тести билан</p>
11	Антинуклеар антитаналар (АНАТ)	Исталган вақтда иммунофлуоресцентция ёрдамида ёки эквивалент анализ ёрдамида (тахлилни) АНАТ титрини ортишини аниқланиши ва волчанкасимон синдром индуцировать қилувчи препаратларни қилишни йўқлиги.

4.2. Касалликни фаоллигини баҳолаш

Қизил волчанкани фаоллигини кўпсонли миқдорий баҳоловчилар ўртасида бир-бирига нисбатан ҳамда патологик жараён фаоллигини ўзгаришини кўрсатувчи қуйидаги усуллар валидизация (маҳкамланган) қилинган [20]:

1. Тизимли қизил волчанкани баҳолашни Британия шкаласи (British Isles Lupus Assessment Group Scale [BILAG])[14];
2. Тизимли қизил волчанкани фаоллигини Оврупа консенсусли баҳолаш (European Consensus Lupus Activity Measure [ECLAM]) [22];
3. Тизимли қизил волчанка индекси (АҚШ соғлиқни сақлаш миллий институти, National Institutes of Health SLE Index Score [SIS]) [19];

4. Тизимли қизил волчанкани фаоллигини баҳолаш (Systemic Lupus Activity Measure [SLAM]) [17];

5. Тизимли қизил қолчанкада касалликларни фаоллиги индекси (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index [SLEDAI]) [7].

4.3. Тизимли қизил волчанкани баҳолашни Британия шкаласи (жадвал 5)

**Жадвал 5. Тизимли қизил волчанкани баҳолашни Британия
шкаласи**

Беморни Ф.И.Ш. _____ Сана _____

Охирги тўрт ҳафта давомида тизимли қизил волчанка (ТҚВ) томонидан чақирилган барча баҳоланадиган белгилар шифокорга дастлабки визит вақтида бемордаги касалликни фаоллиги билан таққосланади. Баҳоловчи баллар англатади: 0 – белги йўқ, 1 – яхшиланиш, 2 – ўзгаришсиз, 3 – ёмонлашиш, 4 – янги белги ёки рецидив.

Умумий симптомлар (ТҚВ томонидан чиқирилган)		Неврологик симптомлар (ТҚВ томонидан чиқирилган)	
1.Пирексия (хужжатлар билан тасдиқланган)	0-1-2-3-4	24.Онг даражасини ёмонлашуви	0-1-2-3-4
2.Вазни йўқотиш >5% (беихтиёр)	0-1-2-3-4	25.Ўткир психоз, алаҳлаш, чалкаш онг	0-1-2-3-4
3.Лимфаденопатия/ спленомегалия	0-1-2-3-4	26.Эпилептик тугилишлар	0-1-2-3-4
4.Чарчок/безовталиқ/летаргия	0-1-2-3-4	27.Инсульт ёки инсультли синдром	0-1-2-3-4
5.Анорексия/ кўнгил айнаши/ кайд қилиш	0-1-2-3-4	28.Асептик менингит	0-1-2-3-4
Шиллиқ қават-тери симптомлари		29.Кўп сонли	0-1-2-3-4

(ТҚВ томонидан чақирилган)		мононеврит	
6.Доғли-папулёз тошмалар – оғир, фаол (буллёз)	0-1-2-3-4	30.Юқорилловчи ёки кўндаланг миелит	0-1-2-3-4
7.Доғли-папулёз тошмалар – енгил	0-1-2-3-4	31.Периферик ёки бош суяги нервлари невропатияси	0-1-2-3-4
8.Фаол дискоидли ўчоғлар (генерализациялашган/экстенсив)	0-1-2-3-4	32.Кўриш нерви дискини шиши/ цитоид таналар	0-1-2-3-4
9. Фаол дискоидли ўчоғлар (локал, шунингдек, чуқур волчанка ҳам киради)	0-1-2-3-4	33.Хорёя	0-1-2-3-4
10.Алопеция (фаол, оғир)	0-1-2-3-4	34.Миячани атаксияси	0-1-2-3-4
11.Алопеция (енгил)	0-1-2-3-4	35.Бош оғриғи (оғир, тинимсиз)	0-1-2-3-4
12.Панникулит (оғир)	0-1-2-3-4	36.Органик депрессия	0-1-2-3-4
13.Ангioneвротик шиш	0-1-2-3-4	37.Органик мияли синдром, шунингдек мияни ёлғон ўсмаси	0-1-2-3-4
14.Шиллиқ қаватларни кенг яраланиши	0-1-2-3-4	38.Эпизодик мигренлар	0-1-2-3-4
15.Шиллиқ қаватларда катта бўлмаган яралар	0-1-2-3-4	Суяк-мускул симптомлари (ТҚВ томонидан чақирилган)	
16.Ёноқ соҳасида эритема	0-1-2-3-4	39. Тасдиқланган миозит (Bohan&Peter бўйича)	0-1-2-3-4
17.Тери остидаги тугунлар	0-1-2-3-4	40. функциясини йўқотган оғир полиартрит	0-1-2-3-4

18. Волчанкани титроқли ўчоғлари	0-1-2-3-4	41. Артрит	0-1-2-3-4
19. Тирноқ олди эритемаси	0-1-2-3-4	42. Тенденит	0-1-2-3-4
20. Шишган бармоқлар	Ҳа Йўқ	43. Енгил сурункали миозит	0-1-2-3-4
21. Склеродактилия	Ҳа Йўқ	44. Артралгия	0-1-2-3-4
22. Кальциноз	Ҳа Йўқ	45. Миалгия	0-1-2-3-4
23. Телеангиэктазия	Ҳа Йўқ	46. Боғламлар контрактураси ва фиксацияланган деформация	Ҳа Йўқ
		47. Асептик некроз	Ҳа Йўқ
Юрак – қон-томирлар ва респиратор симптомлар (ТҚВ томонидан чақирилган)		Буйрак симптомлари (ТҚВ томонидан чақирилган)	ТҚВ билан боғлиқлик бўлса, (v) билан белгиланг
48. Плевроперикардиал оғрик	0-1-2-3-4	68. Систолик қон босими (маълумотларни киритинг)	_____ мм сим. уст ини
49. Нафас қисилиши	0-1-2-3-4	69. Диастолик қон босими (маълумотлар	_____ мм сим. уст

		ни киритинг)	ини	
50. Юрак етишмовчилиги	0-1-2-3-4	70. Тезлашган гипертония		
51. Ишқаланиш шовқини	0-1-2-3-4	71. Сийдик таҳлили (маълумотлар киритинг) “-“ -0, “+” -1, “++” -2, “+++” -3.		
52. Яллиғланиш суяқлиги (перикардиал ёки плеврал)	0-1-2-3-4	72. Сийдикда оксил (а ёки б қайд этилади) а) оксил суткали сийдикда; б) оксил/креатининни сийдикдаги нисбати	_____ г _____ мм/ммол ь	
53. Енгил ёки даврий кўкракдаги оғриқ	0-1-2-3-4	73. Протеинурия (а ёки б қайд этилади) а) қайта аниқланган протеинурия > 1г/24 соат; б) қайта аниқланган оксил/креатинин >100 мг/ммоль	Ҳа Йўқ Ҳа Йўқ	
54. Рентгенограммадаги прогрессив ўзгаришлар (ўпка майдони) *	Ҳа	74. Нефротик синдром	Ҳа Йўқ	
	Йўқ/ўтказилмаган			
55. Рентгенограммадаги прогрессив ўзгаришлар (юракни ўлчами)*	Ҳа	75. Креатинин (зардоб) (маълумотларни киритинг)	_____ Мг/дл	
	Йўқ/ўтказилмаган			
56. ЭКГ маълумоти бўйича перикардит ёки миокардит	Ҳа	76. Креатинин клиренси/коптокчалар		
	Йўқ/ўтказ			

	илмаган	филтрациясини тезлиги	
57. Юрак ритмини бузилиши, шу жумладан тахикардия >100 иситма мавжуд бўлмаганда	Ҳа	77. Фаол сийдик чўкмаси	
	Йўқ/ўтказ илмаган		
58. Ўпка функциясини 20% га камайиши	Ҳа	78. 3 ой давомида фаол нефритни гистологик тасдиқи	
	Йўқ/ўтказ илмаган		
59. Цитологик текшириш кўрсатишича ўпкани яллиғланиш касалликлари	Ҳа	86. Циркуляциядаги антикоагулянт	
	Йўқ/ўтказ илмаган		
Томирлар симптомлари (ТҚВ томонидан чақирилган)		Гематологик симптомлар (ТҚВ томонидан чақирилган)	
60. Катта тери васкулити, язва ҳам қўшилади	0-1-2-3-4	79. Гемоглобин (г/дл) (маълумотлар киритилади)	
61. Васкулит натижасида катта абдоминал криз	0-1-2-3-4	80. Лейкоцитларни умумий сони ($\times 10^9/\text{л}$) (маълумотларни киритинг)	$\frac{\quad}{\times 10^9/\text{л}}$
62. Қайталанувчи тромбоэмболизм, инсультни инкор қилиб	0-1-2-3-4	81. Нейтрофиллар ($\times 10^9/\text{л}$) (маълумотларни киритинг)	$\frac{\quad}{\times 10^9/\text{л}}$
63. Рейно	0-1-2-3-4	82. Лимфоцитлар ($\times 10^9/\text{л}$) (маълумотларни киритинг)	$\frac{\quad}{\times 10^9/\text{л}}$

64. Ретикуляр ливидо	0-1-2-3-4	83. Тромбоцитлар ($\times 10^9/\text{л}$) (маълумотларни киритинг)	$\times 10^9/\text{л}$
65. Юзаки флебит	0-1-2-3-4	84. Фаол гемолизни тасдиқланиши	Ҳа Йўқ
66. Кичик тери васкулити (бармоқлар, тирноқ валигини)	0-1-2-3-4	Кумбс тестини мусбатлиги	Ҳа Йўқ
67. Тромбоэмболизм (инсультни инкор қилиб) (биринчи эпизод)	Ҳа Йўқ	Циркуляциядаги антикоагулянт	Ҳа Йўқ

4.4. Тизимли қизил волчанкани фаоллигини Оврупа консенсусли баҳолаш (European Consensus Lupus Activity Measure [ECLAM])

Тизимли қизил волчанка биланоғриётган беморни касаллигини фоаллигини баҳолаш бу усули 1992 йили ревматологик касалликларни текшириш бўйича Оврупа симпозиумини Консенсус хайъати томонидан таклиф қилинган [22]. У касалликни стандарт параметрлари асосида ишлаб чиқилган ва клиник тадқиқотларда фойдаланиш мумкин. Индекс таркиби 12 та параметрдан иборат: умумий симптомлар, артрит ва/ёки арралгия, тери синдроми, миозит, перикардит, ошқозон-ичак белгиларини намоён бўлиши, ўпка симптомлари, нейropsихиатрик бузилишлар, буйрак симптомлари, гемолитик бузилишлар, СОЭ (Westergren бўйича), комплементни ўзгариши (жадвал 6).

Консенсуслик фаолликни баҳолаш 12 та параметрни жамлаш, қўшимча балларни ҳисобга олган ҳолда аниқланади.

Балларни якуний коррективковкаси:

1. Агар балларни умумий йиғиндиси бутун сон бўлмаса ва <6 бўлса, у пастга бутун сонга яхлитланади;

2. Агар балларни умумий йиғиндиси бутун сон бўлмаса ва >6 бўлса, у юқорига бутун сонга яхлитланади;

3. Агар балларни умумий йиғиндиси 10 дан катта бўлса, у 10 га яхлитланади. Балларни максимал сони – 10.



Расм 4. Тизимли қизил волчанка билан оғриган беморни юзидаги патологик тошмалар

Жадвал 6. Тизимли қизил волчанкани фаоллигини Оврупа консенсусли баҳолаш (European Consensus Lupus Activity Measure [ECLAM])

Беморни Ф.И.Ш. _____ Сана _____

№	Параметрлар	Текшириш натижалари	Баллар
1	Умумий симптомлар	Йўқ	0
		Эрталабки тана ҳарорати $> = 37,5^{\circ}\text{C}$ (инфекция таъсири натижасида эмас) ёки кучли чарчашни объектив ҳиссиётлари	0,5
2	Артрит ёки артралгия	Йўқ	0
		Камида иккита периферик бўғимларни ноэрозив артрити ёки артралгияси (билак, билак-фалангалар ёки проксимал фалангалар аро)	1

		Ривожланаётган артралгия (камида иккита периферик бўғимларда объектив симптомларсиз биринчи марта пайдо бўлган ёки специфик локал оғриқни ёмонлашуви)	
3	Тери ва шиллиқ қаватларни фаол белгилари	Йўқ	0
		<p>Қуйидагилардан бири:</p> <p>Яноқлар соҳасида тошмалар – доимий эритема, бурун-лаб бурмаларига таъсир қилмайдиган ясси ёки яноқ суяклари устидан кўтарилиб турувчи</p> <p>Генерализациялашган тошмалар – дори воситалари қабул қилиши билан боғлиқ бўлмаган, танани ҳар қандай қисмида жойлашган ва инсоляция билан боғлиқ бўлиши шарт бўлмаган доғсимон-папулёз тошмалар;</p> <p>Дисксимон тошмалар – эритематоз бироз кўтарилиб турувчи доғсимон пиллакчалар билан кератолитик танггачалар ва мугуз тикинлар билан ётадиган;</p> <p>Тери васкулити – шунингдек, бармоқларда яралар, пурпура, торвоқ, буллёз ўчоғлар;</p> <p>Оғиз бўшлиғида яралар – шификор томонидан кузатиладиган оғиз бўшлиғида ёки бурун-ҳалқум соҳасида, одатда оғриқсиз яралар.</p> <p><i>Агар юқорида келтирилган тери-шиллик</i></p>	0,5

		қаватларни белгилари биринчи марта пайдо бўлган ёки биринчи белгилардан сўнг охири кузатувдан кейин ёмонлашса 1 балл қўйинг	
4	Миозит *	Йўқ	0
		Мускул энзимларини даражасини ортиши ва/ёки электромиограммадаги ўзгаришлар ва/ёки гистологик текшириш билан тасдиқланган	2
5	Перикардит	Йўқ	0
		ЭКГда ёки перикардни ишқаланиш шовқини, ёки УТТ перикардиал яллиғланиш суюқлиги хужжатлар билан тасдиқланганда	1
6	Ошқозон-ичак симптомлари	Йўқ	0
		Қуйидагиларда бири: Интестинал васкулит (ўткир интестинал васкулитнинг симптомлари); Стерил перитонит (инфекцион жараён бўлмаётган абдоминал яллиғланишли суюқлик кузатилганда)	2
7	Ўпка симптомлари	Йўқ	0
		Қуйидагилардан бири: Плеврит (клиник ва рентгенологик маълумотлар, инфекция жараён оқибатида бўлмаган плеврал яллиғланишли суюқлик борлигини кўрсатса); Пневмонит (касалликни фаоллигини	1

		<p>кўрсатувчи, аммо инфекцион жараён оқибатида бўлмаган, кўкрак қафаси рентгенограммасида ягона ёки кўп сонли хиралашиш);</p> <p>Интерстициал тўқимани жароҳатланишини ривожланиши натижасида нафас қисишини аста-секинлик билан ёмонлашиши.</p>	
8	Нейропсихиатрик бузилишлар*	<p>Йўқ</p>	0
		<p>Биринчи марта пайдо бўлиши ёки куйидаги кўринишларни бирини ёмонлашуви:</p> <p>Бош оғриғи/мигрень, яқинда ривожланган, персистенцияли ёки қайталанувчи, одатдаги дори воситаларига ёмон жавоб берадиган, аммо кортикостероидларга қисман ёки тўлиқ реакция қилувчи;</p> <p>Тиришиш – тоник-клоник (grand mal) ва абсанслар (petit mal) Джексон, энса бўлимида, провокация қилувчи дори воситаларини қабул қилмаган ҳолатда ривожланган ёки маълум метаболизм бузилишларида (уремия, кетоацидоз, электролит дисбаланс), хореокинетик синдром;</p> <p>Инсульт (мия инфаркти ёки геморрагия, асбоблар билан тасдиқланган);</p> <p>Миянинг органик касалликлари (хотиранинг, ориентациянинг, перцепцияни ва ҳисобаш қобилиятини бузилиши);</p> <p>Психоз – диссоциатив белгилари</p>	2

		провокация қилувчи дори воситаларини қабул қилмаган ҳолатда ривожланган ёки маълум метаболизм бузилишларида (уремия, кетоацидоз, электролит дисбаланс).	
9	Буйрак симптомлари *+	Йўқ	0
		Қуйидагилардан бири: Кунига 500 мг дан кам бўлмаган протеинурия; Цилиндрли хужайралар (эритроцитар, гемоглоблинли, донадор, тубуляр ёки аралаш); Микроскопик ёки макроскопик гематурия; Қон зардобида креатинин даражасини ортиши ёки креатинин клиренсини пасайиши. <i>Агар юқорида келтирилган тери-шиллик қаватларни белгилари биринчи марта пайдо бўлган ёки охириги икки кузатув моментидан кейин ёмонлашса 2 балл қўйинг.</i>	0,5
10	Гематолитик бузилишлар	Йўқ	0
		Қуйидагилардан бири: Ногемолитик анемия (кумбснегатив, нормоцитар, гипохром ёки нормохором ретикулоцитозсиз); Гемолитическая анемия* (кумбспозитив гемолитик анемия ретикулоцитоз билан ва ЛДГ даражасини ортиши, провокация	1

		қилувчи дори воситаларини қабул қилмаган ҳолатда); Лейкопения (лимфопения) – лейкоцитлар 3 500/мм ³ кам (ёки лимфоцитлар 1 500/мм ³ кам), провокация қилувчи дори воситаларини қабул қилмаган ҳолатда; Тромбоцитопения (100 000 мм ³ /провокация қилувчи дори воситаларини қабул қилмаган ҳолатда).	
11	СОЭ	Westergren бўйича биринчи соатда < = 25 мм дан	0
		Westergren бўйича биринчи соатда > = 25 мм дан ёки бошқа солиштирувчи усул билан, бошқа қайсидир ҳамроҳ патологик жараён мавжуд бўлмаганда.	1
12	Комплемент даражаси	Меъёрда	0
		С3 комплементининг компоненти даражасини ва/ёки СН50 комплементини умумий гемолитик фаоллигини пасайиши.	1

*Агар келтирилган битта кўрсатилган тизим жароҳатланган бўлса, яна 2 балл кўшилсин;

+Буйрак касаллигини охириги босқичи билан пациентлардан ташқари.

4.5. АҚШ соғлиқни сақлаш миллий институтининг тизимли қизил волчанка индекси

Тизимли қизил волчанкада касалликни фаоллиги индекси АҚШ соғлиқни сақлаш миллий институтининг (National Institutes of Health SLE Index Score [SIS]) клиницистлари томонидан тузилган [19]. SIS индекси 21 та клиник параметрни лаборатор кўрсаткичлар билан бирга ўз ичига олади.

Балли баҳолашни нолдан 52 баллгача бўлган диапозони ташкил қилади. Ўтган ҳафта давомида индекс ёрдамида ТҚВ ни фаоллиги баҳоланади ва касаликни беш категорияга ажратилади: фаол бўлмаган, кучсиз фаол, ўртача фаол, фаол ва ўта фаол (жадвал 7).

Жадвал 7. АҚШ соғлиқни сақлаш миллий институтининг тизимли қизил волчанка индекси

№	Клиник параметрлар	Баллар	№	Лаборатор параметрлар	Баллар
1	Чарчаш	1	22	СОЭ – 25-50 мм/ч	1
				СОЭ > 50 мм/ч	2
2	Тана ҳарорати > 38 ⁰ С	1	23	ДНКни боғланиши < 50 %	1
				ДНК ни боғланиши ≥ 50%	2
3	Артралгия	1	24	Енгил гипокомплементи я ^f (CH ₅₀ 80-150 ЕД/мл);	2
				Оғир гипокомплементи я ^f (CH ₅₀ <80 ЕД/мл);	
4	Артрит (бўғимда яллиғланишли суюқлик)	1	25	КФК > 100, альдолаза > 10 ЕД/мл	2
5	Миалгия	1	26	Волчанка антикоагулянти	1
6	Мускулларни заифлиги	2	27	Протеинурия <1,5 г/24 с	1

				Протеинурия >1,5 г/24 с	2
7	Серозит (оғрик)	1	28	Гематурия: кўз майдонида 5-15 эритроцитлар ёки 1- 3 цилиндрлар; Гематурия: кўз майдонида >15 эритроцитлар ёки >3 цилиндрлар.	1 2
8	Серозит (аускультация/рентген/ УТТ)	2	29	Гемолитик анемия (Нь даражаси > 8 г/дл); Гемолитик анемия (Нь даражаси < 8 г/дл).	1 2
9	Васкулит (катта) ^a	1	30	Тромбоцитопения (40 000-100 000) Тромбоцитопения (<40 000)	1 2
10	Васкулит (кичик) ^b	3	31	Нейтропения <3 000	1
11	Терида буллёз ўчоғлар	3	32	Лимфопения <1 000	1
12	ТҚВ фаол тери тошмалари	1		Лаборатор параметрларининг балларини максимал йиғиндиси:	19
13	Фаол алопеция	1			
14	Шиллик қаватларда яралар	1			

15	МАТ (ЦНС, “кичик”) ^c	2			
16	МАТ (ЦНС, “катта”) ^{d, e}	3			
17	Бош суяги нервларини параличи	2			
18	Артериал босими > 150/90 мм сим. устини	1			
19	Лимфаденопатия	1			
20	Ўпкада ноинфекцион инфилтрат	3			
21	Тромбоэмболизмни фаол эпизоди	1			
Клиник параметрларининг балларини максимал йиғиндиси:		33			
SIS индексини умумий кўрсаткичлари (максимал 52 балл) _____					
Касаллик фаоллигини шифокор томонидан баҳолаш 0 _____ 100 мм					
				Йўқ	Максимал фаол

Индексни интерпретацияси

- SIS 0-4 – фаол бўлмаган касаллик;
- SIS 4-8 – касаллик кучсиз фаол (+);
- SIS 9-12 – касалликни фаоллиги ўртача (++);
- SIS 13-15 – касаллик фаол (+++);
- SIS > 15 касаллик ўта фаол (++++).

^a Рейно феномени, тирноқ олди инфарктлари, пурпура;

^b Яраланишлар, цитоид таналар, мононеврит;

^c Чалкаш онг, депрессия, органик мия синдроми;

^eСтупор, кома, эпилептик тутқаноқлар;

^d одатда ҳаёт учун зарур аъзоларнинг фаол белгилари кузатилмайди, бир вақтда бошқа аъзоларни жароҳатланиши ва/ёки аномал лаборатор кўрсаткичларни;

^fC₄ туғма дефицити бўлиши мумкин.

4.6. Тизимли қизил волчанкани фаоллигини баҳолаш

Тизимли қизил волчанкани фаоллигини баҳолаш (Systemic Lupus Activity Measure [SLAM]) уни қайта кўрилган модификацияси SLAM-R, касалликни тўққизта параметрни қайд этади, у 24 та клиник ва етита лаборатор кўрсаткичларни ўз ичига олади [1, 6, 17]. Индекс Бостонлик тадқиқотчилар гуруҳи томонидан таклиф қилинган унга Америка коллегияси ревматологларини қизил волчанка бўйича Ҳайъати консенсуси асос қилиб олинган (жадвал 8).

Жадвал 8. Тизимли қизил волчанкани фаоллигини баҳолаш

Касалликни клиник параметрлари	Тавсифи	Текшириш маълумотлари	Баллар
1.Конституцион	Вазни йўқотиш	Йўқ	0
		Кўп бўлмагандан то ўртачагача (1-10%)	1
		Яққол намоён (>10%)	3
	Чарчок	Йўқ	0
		Кўп бўлмагандан то ўртачагача (функционал фаоллик чегараланмаган)	1
		Яққол намоён (функциялар	3

		чегараланган)	
	Ҳарорат кўтарилиши	Йўқ	0
		37,5-38,5 ⁰ С	1
		>38,5 ⁰ С	3
2. Ташқи қопламалар	Оғиз/бурунда яралар, тирноқ олди эритемасы, “капалак”, фотосенсибилизация, тирноқ болишчаси инфаркти	Йўқ	0
		Кузатилади	1
	Алопеция	Йўқ	0
		Шикастланишда соч тўкилиши	1
		Сочларни спонтан тўкилиши	2
	Эритематоз, доғли- папулёз ёки дискоид тошмалар ёки чуқур волчанка ёки пуфаклар	Йўқ	0
		Танани умумий майдонини <20 %	1
		Танани умумий майдонини 20-50 %	2
		Танани умумий майдонини >50 %	3
	Васкулит (лейкоцитокластик, уртикар, пальпацияда аниқланадиган пурпура, тўрсимон либидо, яралар ёки	Йўқ	0
		Танани умумий майдонини <20 %	1
		Танани умумий майдонини 20-50 %	2
		Танани умумий	3

	панникулит)	майдонини >50 %	
3.Кўз	Цитоидли таначалар	Йўқ	0
		Мавжуд, аммо оз микдорда	1
		Кўз ўткирлиги <20/200	3
	Геморрагиялар (тўр пардасида ёки томирли қобикда) ёки эписклерит	Йўқ	0
		Мавжду, аммо кучсиз даражада	1
		Кўз ўткирлиги <20/200	3
	Кўз нервини сўрғичларини шиши ёки мияни псевдо ўсмаси	Йўқ	0
		Мавжду, аммо кучсиз даражада	1
		Кўз ўткирлиги <20/200	3
4.Ретикулоэндотели ал	Диффуз лимфаденопатия	Йўқ	0
		Маида (<1 см), эластик, оғриқсиз лимфатик тугунлар	1
		>1,0 х 1,5 ўлчамдаги тугунлар	2
	Гепато- ёки спленомегалия	Йўқ	0
		Нафас олишда пальпация бўлади	1
		Нафасолиш билан боғлиқ бўлмаган ҳолда пальпация бўлади	2
5.Ўпка	Плеврал бўлиқда суюқлик/плеврит	Йўқ	0
		Фақат тез ҳаракатда нафас қисилиши ёки	1

		оғрик, кўрилганда – меъёрда	
		Жисмоний юкламада нафас қисилиши ёки оғрик, аускультацияда нафас олишни кучсизланиши ва пастки бўлақларда перкутор товушни пасайганлиги	2
		Тинчликда нафас қисишилиши ва оғрик, нафас олишни кучсизланиши ва пастки ҳамда ўрта бўлақларда перкутор товушни пасайганлиги	3
	Пневмонит	Йўқ	0
		Рентгенограммада фақат инфилтратлар	1
		Жисмоний юкламада нафас қисиши	2
		Тинчликда нафас қисиши	3
6.Юрак–қон томирлар	Рейно синдроми	Йўқ	0
		Мавжуд	1
	Гипертензия	Йўқ	0
		Диастолик давления 90-104 мм сим.уст.	1

		Диастолик давлениы 105-115 мм сим.уст.	2
		Диастолик давлениы >115 мм сим.уст.	3
	Кардит	Йўқ	0
		Перикард (ЭКГда ёки перикарда ишқаланиш товуши ёки эхокардиограммада яллиғланишсиз суюқли), симптомлар мавжуд эмас	1
		Кўкрак кафасида оғриқ ёки аритмия	2
		Гемодинами бузилишли миокардит ёки аритмия	3
7.Ошқозон- ичакларда	Қоринда оғриқлар (серозит, панкреатит, ичакни ишемияси)	Йўқ	0
		Енгил (шикоятлар)	1
		Ўртача (функционал чегараланган)	2
		Оғир (перитонеал симптомлар/асцит)	3
8.Нейромускулли	Асаб тизимини томирли жароҳатланиши (инсультли синдром)	Йўқ	0
		Ягонали транзитор ишемик ҳужумлар (ТИХ)	1
		Кўп сонли ТИХ/кўп сонли мононеврит,	2

		хорей ёки бош суяги нервларини невропатияси	
		Инсулт/миелит, тўр пардаси томирларини окклюзияси	3
	Тиришиш	Йўқ	0
		Ойига 1-2 марта	1
		Ойига >2 мартадан	2
		Эрилептик статус	3
	Мия пўстлоғи дисфункцияси	Йўқ	0
		Енгил депрессия/шахсиятнин г бузилишлари ёки когнитив дефицит	1
		Оғир депрессия ёки когнитив бузилишлар функционал чегараланишлар билан	2
		Психоз, деменция, кома	3
	Бош оғриғи (шу жумладан мигрень ҳам)	Йўқ	0
		Енгил симптомлар ёки транзитор неврологик менингит	1
		Меъёрий фаолиятни бузмокда	2
		Меҳнатга яроқсизлик/асептик	3

		менингит	
	Миалгиялар/миозит	Йўқ	0
		Шикоятлар	1
		Фаолликни қисман чегараланишлари	2
		Меҳнатга яроқсиз	3
9. Бўғимлар	Синовит натижасида артралгия ва/ёки тендосиновит	Йўқ	0
		Фақат артралгиялар	1
		Объектив: яллиғланиш	2
		Функцияларни чегараланиши	3
10.Бошқалар	Агар келтирилган параметрлардаги гуруҳларга кирмайдиган, касалликни янги клиник белгилари пайдо бўлса, “Бошқалар” графасини 25-кўрсаткич сифатига шу шкалалар кўринишда бошқа кўрсаткичлар каби фойдаланилса бўлади.		

Лаборатор параметрлар	Баҳолаш параметрлар учун кўрсатма	Лаборатор маълумотлари	Баллар
1.Гематокрит	1) Текширишнинг маълумотлари тизимли қизил волчанкага тегишли бўлиши лозим;	> 35 %	0
		30-35 %	1
		25-29,9 %	2
		< 25 %	3
2.Лейкоцитлар	2) текширишнинг маълумотлари охири ой давомида мавжуд бўлиши керак;	> 3500/мкл	0
		3500-2000/мкл	1
		2000-1000/мкл	2
		< 1000/мкл	3
3.Лимфоцитлар	3) шу давр мобайнида	1500-4000/мкл	0

	энг оғир белгилари	1499-1000/мкл	1
	баҳоланган бўлиши	999-500/мкл	2
	керак;	< 499/мкл	3
4.Тромбоциталар	4) ҳолати фаол ёки	> 150 000/мкл	0
	фаолмас деб	100000-150000/мкл	1
	характерланиши керак;	99000-50000/мкл	2
	агар фаол жараён	< 50000/мкл	3
5.ЭЧТ (СОЭ) (Westergren бўйича)	аниқланган бўлса,	< 25 мм/соат	0
	баллар интенсивлигига	25-50 мм/соат	1
	қўра қўйилади: 1 балл –	51-75 мм/соат	2
	кучсиз, 2 – ўртача, 3 –	> 75 мм/соат	3
6.Зардобда креатинин ёки креатинин клиренси	оғир.	0,5-1,3 мг/дл (ёки 80-100%)	0
		1,4-2 мг/дл (79- 60%)	1
		2,1-4 мг/дл (30- 60%)	2
		> 4 мг/дл (< 30%)	3
7.Сийдиқ чўкмаси		Меъёрда	0
		Кўриш майдонида эритроцитлар > 5 ёки кўриш майдонида донадор цилиндрлар 1-3, ёки 1-2+ (протеинурия <500 мг/л суткасига)	1
		Кўриш майдонида эритроцитлар > 10	2

		ёки кўриш майдонида донатор цилиндрлар >3, ёки 3-4+ (протеинурия 500 мг/л – 3,5 г/л суткасига)	
		Кўриш майдонида эритроцитлар > 25 ёки кўриш майдонида эритроцитлар цилиндрлар ёки >4+ (протеинурия >3,5 г/л суткасига)	3
Индекс барча параметрларни балларини йиғиндисига тенг			

Индексни интерпретацияси

- Балларни максимал сони – 85;
- Индекса кўрсаткичи қанча юқори бўлса, пациентдаги касаллик шунча оғир ва тарқалган;
- Оғир симптомларни мавжудлиги иммуносупрессияни кўрсатиши мумкин.

4.7. Тизимли қизил волчанкани фаоллиги индекси

Тизимли қизил волчанкани фаоллигини индекси (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index ([SLEDAI, SLE Disease Activity Index]) касалликни умумий фаоллигини келишилган экспертли баҳолаш сифатида канадалик тадқиқотчилар томонидан таклиф этилган [1, 7]. Баҳолаш баллари тўққизта аъзоларни тизимларига тегишли бўлиб, улар ТҚВ да жароҳатланадилар. Баллар Тизимли қизил волчанкани фаоллиги учун

ёзиладиган аҳамитли 24 параметрдан “тарозига тортилган” ҳолда келиб чиқиб аниқланади, бунда МНТ ва қон-томир тизимлари параметрларига саккиз балл берилади, 4 балл – сийдик ва суяк-мушак тизимига, 2 балл – шиллиқ қаватлар ва тери қопламига ҳамда иммун тизимига ажратилган, 1 баллдан конституционал ва қон тизимига берилган. Агар аъзоларнинг тизими параметрлари ёзилаётганда шифокорга ташриф қилинаётганида ёки охириги 10 кунликда аниқланса, баллар ҳисобга олинади (жадвал 9.).

Жадвал 9. Тизимли қизил волчанкани волчанкани фоаллик индекси

Тизимли қизил волчанкани фоаллиги параметрлари	Тавсифи	Баллар
Қалтирашлар	Яқинда бошланганлиги (метаболитик, инфекцион ва медикаментоз сабабларни инкор қилиш лозим)	8
Психоз	Реал ҳолатда оғир бузилишлар натижасида меъёрий фаолиятни олиб боришни бузилиши. Бунга галлюцинация, нокогерентлик, ассоциацияларнинг яққол боғланмаслик, тафаккурнинг қашшоқлашгани, фикрлашнинг яққол мантиқсизлиги; ғайритабиий, тартибсиз ёки кататоник хатти-ҳаракатлар (уремия ва медикаментоз сабабларни инкор этиш) киради.	8
Мияни органик жароҳатланиш синдроми	Ориентацияни, хотирани ва бошқа интеллектуал функцияларни бузилишини тез бошланиши ва ўзгарувчан клиник	8

	<p>белгилар билан биргаликда психик вазифаларни ўзгариши. Бунга онгни ёмонлашуви, диққатни жамлаш қобилиятининг пасайиши билан ва атроф муҳитга эътибор бера олмасликни иккитадан кам бўлмаган қуйидаги бузилишлар киради: идрок этишни бузилиши, тушунарсиз нутқ, уйқусизлик ёки кундузи уйқучанлик, психомотор фаолиятнинг ортиши ёки пасайиши (метаболик, инфекцион ва медикаментоз сабабларни инкор этиш).</p>	
Кўришни бузилиши	<p>Тўр пардасини ўзгариши. Цитоид таначалар, тўр пардасини геморрагияси, серозли экссудат ёки кўзнинг томирли қобиғидаги геморрагиялар ёки кўриш нервини неврити (метаболик, инфекцион ва медикаментоз сабабларни инкор қилиш)</p>	8
Бош суяги нервларини патологияси	<p>Бош суяги сенсор ёки мотор невропатияларини янги бошланиши</p>	8
Бош оғриқлари	<p>Оғир, персистичияли; мигренсимон бўлиши мумкин, аммо наркотик аналгетикларни таъсирига реакция қилмайди</p>	8
Инсулт	<p>Янги инсулт (инсултлар) (артериосклерозни инкор қилиш керак)</p>	8
Васкулит	<p>Яраланиш, гангрена, бармоқларда оғриқли тугунчалар, тирноқлар олди</p>	8

	инфарктлари, тирноқлар ости геморрагиялари, биопсилар ёки ангиограммалар маълумотлари билан васкулитни тасдиқланиши	
Артрит	Яллиғланиш белгилари билан иккитадан ортиқ оғриқли бўғимлар (оғриқ, шиш, суюқлик)	4
Миозит	Проксимал мускулларда оғриқ ва бемадорлик, улар креатинфосфокиназа ва альдолаза миқдорини ортиши ёки электромиограммада ўзгаришлар билан ёки биопсия маълумотлар бўйича миозит билан ассоциацияда келади	4
Цилиндурия	Гемоглобинли, донатор ёки эритроцитар	4
Гематурия	Кўриш майдонида эритроцитлар > 5 та (буйрак тош касаллигини, инфекцияларни ва бошқа сабабларни инкор этиш)	4
Протеинурия	Суткасига $> 0,5$ г. Суткасига $0,5$ г дан кўп даражада бошланиши ёки яқин вақтда органи	4
Лейкоцитурия	Кўриш майдонида лейкоцитлар > 5	4
Тери синдроми	Яллиғланишли тошмаларни бошланиши ёки қайталаниши (рецидив)	2
Алопеция	Аномал, ўчоғли ёки диффуз соч тўкилишини бошланиши ёки рецидиви	2
Шиллиқ қаватларни яралари	Оғиз бўшлиғи ёки бурун шиллиқ қаватини яраланишини бошланиши ёки рецидиви	2
Плеврит	Плеврани ишқаланиш шовқини ёки	2

	яллиғланишли суюқлиги, ёки плеврани калинлашиши билан плеврал оғриқ.	
Перикардит	Қуйидаги симптомларни бири билан перикардиал оғриқлар: перикардни ишқаланиш шовқини, яллиғланиш суюқлиги ёки ЭКГ ёки эхокардиограммада тасдиқланиши	2
Комплемент даражасини пасайиши	СН50, С3 ёки С4 даражаларини меъёрий пастки бўсагадан янада пасайиши	2
анти-ДНК титрларини ортиши	Меъёридан юқorigа ортиши (Farr буйича >25 %)	2
Иситма	>38 ⁰ С (инфекцияни инкор этиш)	1
Тромбоцитопения	<100 000/мкл	1
Лейкопения	<3 000/мкл (медикаментоз сабабларни инкор этиш)	1
Индекс шифокорни олдиға кўрувға келганда ёки охирги 10 кундаги барча параметрларни балларини йиғиндисига тенг.		

Бу индексни таклиф этилган модификацияси: SELENA-SLEDAI ва SLEDAI 2001, уларда акцент жорий жараёнға қилинади, фақат яна пайдо бўлган ёки қайталанган белгиларға эмас [4, 11].

Индексни интерпретацияси

- Балларнинг максимал йиғиндиси 105 (амалиётда пациентларнинг оз сони 45 баллдан юқори кўрсаткичға эға бўлади);
- SLEDAI индекси < = 10 балл – касаллик фаоллигини енгил/оғир даражаси;
- SLEDAI индекси > = 10 балл – касаллик фаоллигини янада яққол намоён бўлган даражаси;

- Индексни доимий юқори балли кўрсаткичи ёмонроқ прогноздан далолат беради;
- Юқори базавий баллар, юқори максимал балл ёки кўп қайталанишлар ёмон прогноз дегани эмас.

4.8. Тизимли қизил волчанка томонидан чақирилган жароҳатларни баҳолаш

Тизимли қизил волчанка билан оғриган беморларнинг омон қолиши доимий ўсиб келган ва ҳозирда касалликни умумий давомийлиги беш ва ўн йилга мос 95 ва 90 % ни ташкил қилади (жадвал 10) [12]. Касалликни оқибатларини яхшиси жароҳатланган орган ва тизимларни қайтарилмас шикастланишларга асосан баҳолаш керак, шунингдек, касаллик томонидан чақирилган меҳнатга яроқсизлик ва ҳаёт сифатини пасайишини ҳисобга олиш керак. Шу мақсадда Америка Ревматологларининг коллегияси ишчи гуруҳи томонидан тизимли қизил волчанкада жароҳатланиш индекси таклиф қилинди [20]. У касалликни жорий фаоллигидан, ўтказилаётган терапия ёки меҳнатга яроқсизлигидан қатъий назар аниқланади. 12 та органлар тизими жароҳатлари ҳисобга олинади, улар ТҚВ билан, касалликни даволаш ёки ҳамроҳ касалликлар билан боғлиқ бўлиши мумкин. Актив яллиғланишни оқибати сифатида келиб чиққан ўзгаришларни баҳолашга киритмаслик учун олти ойдан кам бўлмаган даврда кузатиладиган параметрлар баҳоланади. Чунки органлар тизимларидаги қайтмайдиган белгилар вақт ўтиши билан ўзгармайди, бу индекс бўйича баҳолаш йилда бир марта ўтказилади. Тизимли қизил волчанкадаги жароҳатлар индекси (Systemic Lupus International Collaborating Clinics/American College of Rheumatology Damage Index for Systemic Lupus Erythematosus [SLICC/ACR DAMAGE INDEX]) Gladman D.D. et al. томонидан таклиф қилинган [10].

**Жадвал 10. Тизимли қизил волчанка томонидан чақирилган
жароҳатларни баҳолаш (SLICC/ACR DAMAGE INDEX)**

Белгилари		Баллар
Кўздаги (ҳар бир кўзни клиник баҳолашда)	Ҳар қандай вақтда ҳар қандай катаракти	1
	Тўр пардасини ўзгариши ёки кўз нервини атрофияси	1
Нейропсихологик	Когнитив бузилишлар (хотирани пасайиши, ҳисоблашда қийинчиликлар, диққатни жамлаш қобилиятининг пасайиши, гапириш ёки ёзишдаги ыйинчиликлар, ижро даражасини бузилганлиги) ёки катта психозлар	1
	Олти ой давомида терапия талаб қилувчи тутқаноқ ҳуружлари	1
	Ҳар қандай вақтда инсулт (агар > 1 бўлса, икки балл билан баҳоланади)	1 (2)
	Бош мия ва периферик невропатия (кўриш нервини невропатиясини инкор қилиш керак)	1
	Кўндаланг миелит	1
	Буйракда	Коптокчалардаги фильтрация < 50 паст
	Протеинурия \geq 3,6 г/суткасига ёки	1
	Буйрак етишмовчилигининг охириги босқичлари (диализ ёки трансплантацияга боғлиқ бўлмаган ҳолда)	1
Ўпкада	Ўпка гипертензияси (ўнг қоринчани бўртиб чиқиши ёки жарангдор P2)	1
	Ўпка фибрози (физикал ва рентгенологик)	1
	Сиқилган ўпка (рентгенологик)	1
	Плеврал фиброз (рентгенологик)	1

	Ўпка инфаркти (рентгенологик)	1
Юрак – қон томирларида	Стенокардия ёки аортокоронар шунт	1
	Ҳар қандай вақтда миокард инфаркти (агар > 1 бўлса, икки балл билан баҳоланади)	1 (2)
	Кардиомиопатия (қоринчалар дисфункцияси)	1
	Клапанлар жароҳатланиши (диастолик ёки систолик шовқин > 3/6)	1
	6 ой давомида перикардит (ёки перикардэктомия)	1
Периферик қон томирлари	Олти ой давомида алмашилиб келувчи оқсоқланиш	1
	Кўп бўлмаган “тўқимани йўқотиш” (бармоқлар ёстиқчалари)	1
	Ҳар қандай вақтда сезиларли “тўқимани йўқотиш” (бармоқларни оёқ-қўлларни йўқотиш); агар бир соҳадан катта бўлса, икки баллга баҳоланади	1 (2)
	Венозли тромбоз шиш, яраланиш ёки венозли стаз билан	1
Ошқозон-ичакларда	Ичакни (ўн икки бармоқли ичакдан пастда), талокни, жигар ёки ўт пуфагини ҳар қандай вақтда ҳар қандай сабабли инфаркти ёки резекцияси (агар бир соҳадан катта бўлса, икки баллга баҳоланади)	1 (2)
	Мезентериал етишмовчилик	1
	Сурункали перитонит	1
	Ҳар қандай вақтда ошқозон-ичак трактини юқори қисмида стриктура ёки хирургик операция	1

Суяк-мускулларда	Мушаклар атрофияси ёки кучсизланиш	1
	Деформацияли ёки эрозив артрит (тўғрилаб бўлувчи деформация киритилади, аваскуляр некроз инкор этилади)	1
	Остеопороз синишлар билан ёки умиртқа поғонасини коллапси билан (авақкуляр некроз инкор этиб)	1
	Аваскуляр некроз (агар бир соҳадан катта бўлса, икки баллга баҳоланади)	1 (2)
	Остемиелит	1
Терида	Сурункали чандикланувчи алопеция	1
	Кенг чандикланиш ёки панникулит (бош терисини сочли қисмидан ва бармоқлар ёстиқчаларидан ташқари)	1
	Олти ойдан ортиқ вақт давомида терини яраланиши (тромбоз инкор қилиниб)	1
Гонадларни вақтидан олдин етишмовчилиги		1
	Қандли диабет (терапияга боғлиқ бўлмаган ҳолда)	1
	Малигнизация (дисплазияни инкор этиб) битта локализациядан ортиқ бўлса, икки балл билан баҳоланади	1 (2)
	Жароҳатланишлар қайтарилмас ўзгаришлар деб ҳисобланади, фаол яллиғланиш билан, қизил волчанка бошланган момент билан боғлиқ ва клиник кўрувда тақдиқланган бўлгандан. Икки балл билан баҳоланадиган касалликни қайтарилиш ҳолатларида, қайталаниш 6 ойдан кам бўлмаган танаффус билан пайдо бўлиши керак. Битта ўчоғни икки марта баҳолаш мумкин эмас.	

4.9. Ногиронлик ва беморларнинг ҳаёт сифатидаги ўзгаришларни ўлчаш усуллари

Ревматоид артрити билан оғриётган беморлардан фарқ қилиб, тизимли қизил волчанка билан азобланаётган пациентларда, оғри ва ҳаракатларнинг чегараланганлиги кам безовта қилади, уларни кўпроқ чарчоқ, ташқи қиёфа ва ўзини келажакдаги ҳаракатларини режалаштириш имконияти йўқлиги юқори даражада безовта қилади. Бу факт кўплаб тадқиқотчилар томонидан кўрсатиб ўтилади, улар ТҚВ билан оғриган беморларни ҳаёт сифатини турли хил аспектларига бағишланган. Тизимли қизил волчанкада ҳаёт сифатини ўрганиш бўйича саволнома келтирилади (Systemic Lupus Erythematosus Quality of Life Questionairy [SLEQOL]) (жадвал 11) [16].

Жадвал 11. Тизимли қизил волчанка азоб чекаётган беморлар учун ҳаёт сифати бўйича саволнома

Савол № 1 га жавоб бериш учун бирдан етти баллгача бўлган диапазондаги шкаладан фойдаланилади, бу ерда беморни 1 балл “умуман қийин эмас”, 2 – “амалий қийин эмас”, 3 – “оз моз қийин”, 4 – “ўртача қийин”, 5 – “етарлича қийин”, 6 – “жуда қийин”, 7 – “ўта қийин” таъкидлашларига мос келади.		
1.Охирги ҳафтада қуйида келтирилган фаолият турларидан қайси бири Сиз учун ТҚВ натижасида қанчалик қийин бўлди?		
1	Кўчада теккис жойда пиёда юриш	1-2-3-4-5-6-7
2	Харид қилиш учун бориш	1-2-3-4-5-6-7
3	Кранларни ёқиш ва ўчириш	1-2-3-4-5-6-7
4	Бозорга бориш	1-2-3-4-5-6-7
5	Ванна қабул қилиш ёки сочиқ билан артиниш	1-2-3-4-5-6-7
6	3 км масофага пиёда сайр қилиш	1-2-3-4-5-6-7
Савол №2 ва №3 га жавоб бериш учун бирдан етти баллгача бўлган диапазондаги шкаладан фойдаланилади, бу ерда беморни 1 балл “умуман		

безовта қилмади”, 2 – “амалий безовта қилмади”, 3 – “оз моз безовта қилди”, 4 – “ўртача безовта қилди”, 5 – “етарлича безовта қилди”, 6 – “жуда кучли безовта қилди”, 7 – “фавқулотда ўта кучли безовта қилди” таъкидлашларига мос келади.

2. Охирги ҳафтада қуйидаги келтирилган ижтимоий ва профессионал фаолият турларидан қайси бири ТҚВ касаллиги билан боғлиқ ҳолда Сизни қанчалик кучли безовта қилди?

1	Иш ва ўқиш	1-2-3-4-5-6-7
2	Карьера ва таълим	1-2-3-4-5-6-7
3	Иш ва ўқишни ўтказиб юбориш	1-2-3-4-5-6-7
4	Дўстлар ва қариндошлар билан муносабатлар	1-2-3-4-5-6-7
5	Спорт билан шуғулланиш	1-2-3-4-5-6-7
6	Жинсий алоқа (секс)	1-2-3-4-5-6-7
7	Оммавий тадбирларда иштирок этиш	1-2-3-4-5-6-7
8	Қуёшга чиқишни имкони йўқлиги	1-2-3-4-5-6-7
9	ТҚВ билан боғлиқ даромадни пасайиши	1-2-3-4-5-6-7

3. Охирги ҳафтада қуйидаги келтирилган симптомларни қайси бири ТҚВ касаллиги билан боғлиқ ҳолда Сизни қанчалик кучли безовта қилди?

1	Хотирани ёмонлашуви	1-2-3-4-5-6-7
2	Иштаҳани йўқолиши	1-2-3-4-5-6-7
3	Чарчаш	1-2-3-4-5-6-7
4	Диққатни жамлаш қобилиятини ёмонлашуви	1-2-3-4-5-6-7
5	Тери қичишиши	1-2-3-4-5-6-7
6	Оғиз бўшлиғида оғриқ	1-2-3-4-5-6-7
7	Терини сезувчанлигини ортиши, оғриқ ёки ачишиш	1-2-3-4-5-6-7
8	Бўғимлардаги оғриқ ва шиш	1-2-3-4-5-6-7

Савол №4 га жавоб бериш учун бирдан етти баллгача бўлган диапазондаги шкаладан фойдаланилади, бу ерда беморни 1 балл “умуман безовта

қилмади”, 2 – “амалий безовта қилмади”, 3 – “оз моз безовта қилди”, 4 – “ўртача безовта қилди”, 5 – “етарлича безовта қилди”, 6 – “жуда кучли безовта қилди”, 7 – “фавқулотда ўта кучли безовта қилди” таъкидлашларига мос келади.

4. Охирги ҳафтада қуйидаги келтирилган медикаментоз терапияни муаммоларини қайси бири ТҚВ касаллиги билан боғлиқ ҳолда Сизни қанчалик кучли безовта қилди?

1	Инъекциялардан кўрқиш	1-2-3-4-5-6-7
2	Диетани чегаралаш	1-2-3-4-5-6-7
3	Ҳар куни қабул қилинадиган дори воситалари билан боғлиқлик ноқулайлик	1-2-3-4-5-6-7
4	Шифокорга тез-тез кўрувга бориш билан боғлиқ ноқулайлик	1-2-3-4-5-6-7

Савол №5 ва №6 га жавоб бериш учун бирдан етти баллгача бўлган диапазондаги шкаладан фойдаланилади, бу ерда беморни 1 балл “умуман безовта қилмади”, 2 – “амалий безовта қилмади”, 3 – “баъзида безовта қилди”, 4 – “ўртача тез-тез безовта қилди”, 5 – “етарлича тез-тез безовта қилди”, 6 – “жуда кучли тез-тез безовта қилди”, 7 – “фавқулотда ўта кучли тез-тез безовта қилди” таъкидлашларига мос келади.

5. Охирги ҳафтада қуйидаги ҳиссиётларни қайси бири ТҚВ касаллиги билан боғлиқ ҳолда Сизни безовта қилди?

1	Хижолат	1-2-3-4-5-6-7
2	Ёмон кайфият	1-2-3-4-5-6-7
3	Депрессия	1-2-3-4-5-6-7
4	Ташвиш, хавотирланиш	1-2-3-4-5-6-7

6. Охирги ҳафтада қуйидаги кечинмаларни қайси бири ТҚВ касаллиги билан боғлиқ ҳолда Сизни безовта қилди?

1	Бошқа инсонлар мени касаллигим ТҚВ тўғрисида билмаслигини хохлардим	1-2-3-4-5-6-7
---	---	---------------

2	Мени дўстларим ва ҳамкасбларим мени устумдан ҳази қилишди	1-2-3-4-5-6-7
3	Ўз ўзини баҳолашни пастлиги	1-2-3-4-5-6-7
4	Касаллик билан боғлиқ ноқулайлик	1-2-3-4-5-6-7
5	Даволаниш билан боғлиқ оилага моддий оғирлик ҳақида қайғуриш	1-2-3-4-5-6-7
6	Дори воситалари таъсирини самарасизлиги хусусида қайғуриш	1-2-3-4-5-6-7
7	Дори воситалари ножўя таъсири хусусида қайғуриш	1-2-3-4-5-6-7
8	Шифокорлардан ёмон хабарни эшитиш кўрқуви	1-2-3-4-5-6-7
9	Спиртли ичимликлар (алкогол) ва тамаки маҳсулотларини одатий миқдордан кўп қабул қилиш	1-2-3-4-5-6-7

Хулоса қилиб шуни айтса бўладики, нафақат дерматология ва ревматологиянинг, балки бутун бир тиббиётнинг долзарб муаммоси бўлган кизил волчанкани чуқур ўрганиш давом этмоқда ва уни муаммоларин ечими тез орада ҳал бўлиши кутилмоқда. Дерматозга диагнозни қўйишда дерматологик индекслардан қўллаш касалликни эрта аниқлашга ва керакли даволаш усулларини ўз вақтида қўллашга ёрдам беради. Бу дерматологик индекслар замонавий усуллардан бири эканлигини кўрсатмоқда.

Адабиёт

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Издательство Панфилова: «БИНОМ». Лаборатория знаний. 2014. – 352 с.:илл.
2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике в 3 т. /Клаус Вольф, Лоуэлл Ф. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Пафилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. 2012-Т.2-2012. – с.1653-77.
3. Abdel-Aziz K, Goodfiled M. Evaluation of the cutaneous lupus activity and severity score in the assessment of lupus erythematosus skin disease. Br J Dermatol 2008; 158:181-182.
4. ACR Ad Hoc Committee on SLE Response Criteria/ the American College of Rheumatology Response Criteria for Systemic Lupus Erythematosus Clinical Trials. Arthritis Rheum 2004; 50: 3418-4326.
5. Albrecht J, Taylor L, Berlin JA, et al. The CLASI (Cutaneous LE Disease Area and Severity Index): an outcome instrument for cutaneous lupus erythematosus. J Invest Dermatol 2005;125 (5):889-894.
6. Bae SC, Koh HK, Chang DK, Kim MH, Park JK, Kim SY. Reliability and validity os systemic lupus activity measure-revised (SLAM-R) for measuring clinical disease activity in systemic lupus erithematosus/ Lupus 2001; 10:405-9.
7. Bombardier C., Gladman DD, et al. Derivation of SLEDAI. Arthritis Rheumatol 1992; 10:405-9.
8. Cutaneus lupus erythematosus / [edited by] Annagret Kuhn, Persy Lehmann, Thomas Ruzicka. Springer-Verlag/ Berlin-Heidelberg 2005; p. 53-57.
9. Erceg A, De Jong E, Van Lingen R, De Boo T, Van De Kerkhof P, Seager M. Validation of clinical and mage skin scoring systems for a single chronic discoid lupus erythtmatosus lsion. J Derm Treat 2009; 20 (1): 32-35.
10. Gladman DD, Ginzler E, Goldsmith C, et al. The development and initial validation of the SLICC/ACR damage index for SLE. Arthritis Rheum 1996;39:363-9.

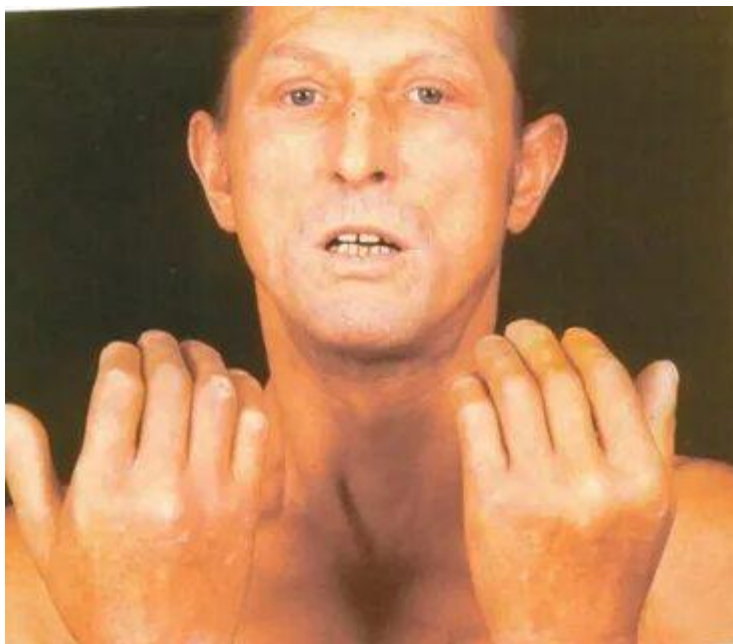
11. Gladman DD, Ibanez D, Urowitz MB. Systemic lupus erythematosus disease activity index 2000. *J Rheumatol* 2002; 29:288-91.
12. Gladman DD. Prognosis and treatment of systemic lupus erythematosus. *Curr Opin Rheumatol* 1996; 8:430-7.
13. Haust M, Bonsmann G, Kuhn A. Aktuelle Diagnostik des kutanen lupus erythematoses. *Dtsch Med Wochenshr* 2006; 131:1594-8.
14. Hay EM, Bacon PA, Gordon C, et al. The BILAG index: a reliable and valid instrument for measuring clinical disease activity in systemic lupus erythematosus. *Q J Med* 1993;86:447-58.
15. Kuhn A., Gensch K, Staender S, Bonsmann G. Kutaner lupus erythematosus. *Hautarzt* 2006; 57:345-60.
16. Leong KP, Kong KO, Thong BY, et al. Development and preliminary validation of a systemic lupus erythematosus-specific quality of life instrument (SLEQOL). *Rheumatology (Oxford)* 2005; 44:1267.
17. Liang HL, Socher SA, Larson MA, Schur PH. Reliability and validity of six systems for the clinical assessment of disease activity in systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1989; 32:1107-18.
18. Parodi A., Massone C, Cacciapuoti M, et al. Measuring the activity of the disease in patients with cutaneous lupus erythematosus. *Br J Dermatol* 2000;142(3):457-460.
19. Smolen JS. Clinical and serological features: Indices and diagnostic approach. In JS Smolen, CC Zielinsky (eds.), *Systemic Lupus Erythematosus*. Berlin: Springer 1987; 170-196.
20. Strand V, Gladman D, Isenberg D, Petri M, Smolen J, Tugwell P. Outcome Measures To Be Used in Clinical Trials in systemic Lupus Erythematosus. *J Rheumatol*. 1999; 26:490-7.
21. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, McShane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982;25:1271-7.

22. Vitali C, Bencivelli W, Isenberg DA, et al. Disease activity in systemic lupus erythematosus: report of the Consensus Study Group of the European Workshop for Rheumatology Research: II. Identification of the variables indicative of disease activity and their use in the development of an activity score. *Clin Exp Rheumatol* 1992;10:541-7.

СКЛЕРОДЕРМИЯ. ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСЛАР

Тизимли склеродермия – фиброзни ва облитерация қилувчи микроангиопатия устунлиги билан бириктирувчи тўқимани диффуз касаллиги бўлиб, у терини индуратив ўзгаришлари, мушак-скелет тизимининг, ички аъзоларнинг (ўпка, юрак, ошқозон-ичак трактини, буйракларни) жароҳатланиши, генерализациялашган вазоспастик Рейнони синдроми билан характерланади [1-3, 5].

Тизимли склеродермия диагностикасида бир қатор дерматологик индекслар қўлланилмоқда [1-10].



Расм 5. Тизимли склеродермия билан оғриган бемор

1. Тизимли склеродермияни диагностик критериялари (мезонлари)

Америка ревматология коллегияси (American College of Rheumatology) томонидан тизимли склеродермияни диагностик мезонлари ишлаб чиқилган ва уларнинг сезувчанлиги 97%ни ташкил қилса, спецификлиги – 98%дир [10].

Асосий (катта) мезони – тана терисини промаксимал (кафт фаланг (метакарпофалангеал) ёки оёқ панжа кафт фалангалари (метатарсофалангеал)

бўғимларга нисбатан) диффуз склеродермик жароҳати (терини тортилиши, қалинлашиши ва қаттиқлашиши) [1, 2].

Кичик мезонлари:

- Склеродактилия;
- Бармоқларни дистал фалангаларида чандиқчалар ёки кафт бармоқларини болишчаларида тўқималарни йўқолиши;
- Ўпкаларни икки томонлама базал фибрози.

Тизимли склеродермияни диагнозини қўйиш учун асосий ва иккита кичик мезонларни мавжудлиги талаб этилади [1, 2].

2. Тизимли склеродермияни диагностик белгилари [1, 2]

1. Асосийлари:

- * Терини склеродермик жароҳати;
- * Рейно синдроми, дигитал ярачалар/чандиқчалар;
- * Бўғим-мушак синдроми (контрактуралар билан);
- * Остеолиз;
- * Кальциноз;
- * Базал пневмофиброз;
- * Кардиосклероз ритм ва ўтказувчанликни бузилишлари билан;
- * Ошқозон-ичак трактини склеродермик жароҳатланиши;
- * Ўткир склеродермик нефропатия;
- * Специфик антинуклеар антитаналар мавжудлиги (aНТН-Sc1-70-антитаналар ва АЦА);
- * Капилляроскопик белгилари (кенг майдонли капилляроскопия маълумотлари бўйича).

2. Қўшимчалари:

- Терини гиперпигментацияси;
- Телеангиэктазиялар;
- Трофик бузилишлар;
- Полиартралгиялар;
- Полимиалгиялар;

- Полисерозит (кўпинча адгезив);
- Сурункали невропатия;
- Полиневрит;
- Тригеминит;
- Тана вазнини йўқотилиши (10 кг дан ортиқ);
- ЭЧТ ортиши (20 мм/с дан ортиқ);
- Гипергаммаглобулинемия (23% дан ортиқ);
- ДНК ёки АНФ ларга антитаналарни мавжудлиги;
- Ревматоид омилни мавжудлиги.

3. Тизимли склеродермияни миқдорий баҳолаш

1. RODNAN бўйича прогрессив тизимли склеродермияни балли баҳолаш

Склеродермия билан оғриган беморларда терини зичлашишини клиник баҳолаш 1981 йили G.P. Rodnan (Питтсбург тиббиёт мактаби, АҚШ) томонидан таклиф қилинган [8]. Таклиф қилинган тизимли склеродермия билан оғриган пациентларни терисини қалинлашишини балли баҳолаш усули терапевтик аралашувларни самарадорлигини назорат қилиш учун фойдаланиш мумкин.

26 та танани соҳалари кўрувдан ўтказилади, уларни ҳолати нолдан тўрт баллгача бўлган шкалада баҳоланади. Назоратдаги анатомик соҳалар жадвал 1 да келтирилган.

Терини жароҳатини максимал балли – 104. Юқори балл касалликни оғир кечаётганлигини кўрсатади. Бу усул маълум бир чегараланишга эга. Баҳолашни тартиби жуда узоқ ва меҳнат талаб қилади, баъзи бир анатомик соҳалар ортиқча келтирилган. Буларни барчаси бу усулни бир неча модификация қилинишга сабаб бўлган.

Жадвал 1. RODNAN бўйича прогрессив тизимли склеродермияни балли

Назоратдаги анатомик соҳалар

1.	Ўнг қўлни бармоқлари	2.	Чап қўлни бармоқлари
3.	Ўнг кафт	4.	Чап кафт
5.	Ўнг билак	6.	Чап билак
7.	Ўнг елка	8.	Чап елка
9.	Ўнг елка камари	10.	Чап елка камари
11.	Кўкракни ўнг бўлаги	12.	Кўкракнинг чап бўлаги
13.	Ўнг сон	14.	Чап сон
15.	Ўнг болдир	16.	Чап болдир
17.	Ўнг товон	18.	Чап товон
19.	Ўнг товон бармоқлари	20.	Чап товон бармоқлари
21.	Кўкрак қафасини олдинги юзаси	22.	Кўкрак қафасини орқа юзаси
23.	Юз		
24.	Бўйин		
25.	Қорин		
26.	Бел соҳаси		
Балларда баҳолаш			
Нолдан тўртгача бўлган шкала бўйича зичлашиш-қалинлашиш каби терини жароҳатлари клиник белгилари баҳоланади (0 балл – зичлашиш мавжуд эсам, тери ўзгармаган)			
1 балл – кучсиз, аммо зичлашиш аниқланади			
2 балл – зичлашиш кучсиздан то ўртача даражадаги намоён бўлган			
3 балл – ёққол зичлашиш			
4 балл – кучли намоён бўлган зичлашиш			

2. Ramsden ва Silman модификацияси Rodnan бўйича прогрессив тизимли склеродермияни балли баҳолаш

1986 йили Rodnan усули Ramsden et al. томонидан модификация қилинган [7]. Модификация қилинган варианта 26 та анатомик соҳаларни

ўрнига 17 та анатомик соҳалар нолдан уч балли шкаладан (нолдан то тўрт балли шкалани ўрнига) баҳолашда фойдаланилади (жадвал 2).

Жадвал 2. Rodnan бўйича Ramsden et al. модификацияда прогрессив тизимли склеродермияни балли баҳолаш

Назоратдаги анатомик соҳалар		Баллар	Тавсифи
1. Чап кафт бармоқлари	2. Ўнг кафт бармоқлари	0	Меъёр
3. Чап кафт орқа юзаси	4. Ўнг кафт орқа юзаси	1	Терини енгил зичлашиши
5. Чап билак	6. Ўнг билак	2	Терини ўртача зичлашиши, терини бурмага олишнинг иложи йўқ
7. Чап елка	8. Ўнг елка		
9. Чап сон	10. Ўнг сон		
11. Чап болдир	12. Ўнг болдир	3	Терини кучли зичлашиши, ҳаракатчанликни йўқотилиши
13. Чап товонни орқа юзаси	14. Ўнг товонни орқа юзаси		
15. Юз			
16. Қорин			
17. Кўкрак қафасини олдинги юзаси			

Индексни интерпретацияси

- Барча анатомик соҳаларига берилган баллар йиғилади;
- Балларни минимал сони – 0;
- Балларни максимал сони – 51;
- Бу ҳолатдаги баҳолаш тартиби кам вақтни олади, аммо натижа Rodnan бўйича оригинал балли баҳолаш билан яқин корреляция қилинади.

Rodnan бўйича усулни яна ҳам осон, оддий модификацияси 1995 йили Silman et al. таклиф қилишган [9]. Бу модификацияда фақатгина бешта

анатомик соҳалар баҳоланади ва нолдан тўрт баллгача бўлган шкалани ўрнига нолдан икки баллгача бўлган шкаладан фойдаланилади (жадвал 3).

Жадвал 3. Rodnan бўйича Silman et al. модификацияда прогрессив тизимли склеродермияни балли баҳолаш

Назоратдаги анатомик соҳалар		Баллар	Тавсифи
1.	Билаклар (ўнг ва чап)	0	Меъёрда
2.	Болдирлар (ўнг ва чап)	1	Терини зичлашиши
3.	Кўкрак қафасини олдинги юзаси	2	Терини бурмаларга олишни иложи йўқ, у ҳаракатсиз
4.	Елка (ўнг ва чап)		
5.	Кафтлар бармоқлари		

Бу модификация ўта аниқ баҳолаш талаб этилмайдиган клиник ҳолатларда қўлланилади. Анатомик соҳаларни танлашда жароҳатларни симметриклиги тенденцияси ҳисобга олинади. Бу ҳолатда оғирлик даражасини аниқлаш иккита усулдан фойдаланилади:

1. Энг кучли жароҳатланган анатомик соҳани баҳолаш.
2. Иккита анатомик соҳани баҳолаб ўртача баллни ҳисоблаш.

Индексни интерпретацияси

- Барча анатомик соҳаларга берилган баллар жамланади;
- Балларни минимал сони – 0;
- Балларни максимал сони – 10;
- Балларни йиғиндиси қанча катта бўлса, шунча теридаги жароҳат интенсив ва тарқалган бўлади.

3. Furst et al. бўйича склеродермияни балли баҳолаш

1984 йили Лос-Анджелесдаги Калифорния университетилик тадқиқотчилар Furst et al. лар склеродермияни миқдорий баҳолаш усулини таклиф қилишди, унинг асосий параметри бўлиб ўнта анатомик соҳаларда терини уни остидаги тўқималар билан максимал “бирлашиб кетиши” (эпишиб) ҳисобга олинади [4]. Инглиз тилидаги вариантда бу усул “UCLA

score” ҳам деб аталади, биринчи тўртта бош ҳарфлари университетни номини қисқартирилган ҳолатидир – “University of California, Los-Angeles”. Терини остидаги тўқималар билан “бирлашиб кетиши” (ёпишиб), меъёрдаги терини йиғиб бурмаларга олишни имкони йўқлигини билдиради, у бошқа анатомик соҳаларда жароҳатланмаган терини чимчилашда ҳосил бўлади. Қуйидаги ўнта соҳалар текширилади: юз, бел, кўкрак қафаси, қорин, елкалар (ўнг ва чап), билаклар (ўнг ва чап), кафтлар (ўнг ва чап), сонлар (ўнг ва чап), болдирлар (ўнг ва чап), товонлар (ўнг ва чап). Шу соҳалар ичида энг кучли жароҳатланган участкалар танлаб олинади. Қўл ва оёқларни баҳолашда қайси томон кучлироқ бўлса, шу томон танланади. Жароҳат ўчоғи нолда уч баллгача шкалада баҳоланади:

- 0 балл – тери остидаги тўқималар билан ёпишмаган;
- 1 балл – тери остидаги тўқималар билан биров ёпишган;
- 2 балл - тери остидаги тўқималар билан ўртача ёпишган;
- 3 балл - тери остидаги тўқималар билан кучли ёпишган.

Индексни интерпретацияси

- Барча анатомик соҳаларга берилган баллар жамланади;
- Балларни минимал сони – 0;
- Балларни максимал сони – 10;
- Балларни йини максимал сони – 10;
- Балларни йиғиндиси қанча катта бўлса, териатта бўлса, терини жароҳатланиши шунчани кўп интенсив ва тарқалган.

4. Kahalen et al. бўйича склеродермияни балли баҳолаш

1986 йили Жанубий Каролина Университетилик тадқиқотчилар (Чарльстон, АҚШ) Kahalen et al. лар ўзларини склеродермия билан оғриган беморларда балли баҳолаш тизимини модификациясини таклиф қилишди [6]. Бу тизимда 22 та анатомик соҳалар баҳоланади. Уларни ҳар бирида энг кўп аномал тери участкаси баҳоланади. Жароҳат ўчоғларини 0 дан 3 баллгача бўлган шкалада баҳолаш ўтказилади (жадвал 4).

Жадвал 4. Kahalen et al. бўйича склеродермияни балли баҳолаш

Назоратдаги анатомик соҳалар	Баллар	Тавсифи
1. Чап елка	0	Тери меъёрдаги калинликда ва текстурада
2. Чап билак		
3. Чап кафт (билакдан кафт фаланг бўғимигача)		
4. Чап товон		
5. Чап болдир	1	Тери зичлашган
6. Чап сон		
7. Ўнг елка		
8. Ўнг билак		
9. Ўнг кафт (билакдан кафт фаланг бўғимигача)	2	Тери зичлашган ва бурмаларга олинмайди
10. Ўнг товон		
11. Ўнг болдир		
12. Ўнг сон		
13. Бўйинни олдинги юзаси (ўмров суягигача)	3	Тери ҳаракатсиз, остидаги тўқималар билан ёпишган (бирлашган)
14. Кўкрак қафаси ва сут безини олдинги юзаси		
15. Қоринни олдинги ва латерал соҳалари		
16. Бел		
17. Юз ва бошни сочли қисмин териси	Бу участкалардаги тери меъёрда бошқа анатомик соҳаларга қараганда калин бўлиши мумкин. Шунинг учун баҳолашда 0, 2 ва 3 баллари қўлланилади, 1 балл баҳоси бўлмайди.	
18. Проксимал фалангаларни чап соҳаси (кафт-фалангалардан то проксимал фалангаларо бўғимларда)		
19. Проксимал фалангаларни ўнг соҳаси (кафт-фалангалардан то проксимал фалангаларо бўғимларда)		

20. Чап ўрта фалангалар соҳаси (фалангалараро бўғимлардан то тирноқ пластинкаларигача)	
21. Ўнг ўрта фалангалар соҳаси (фалангалараро бўғимлардан то тирноқ пластинкаларигача)	
22. Думба соҳаси	

Индексни интерпретацияси

- Барча 22 та анатомик соҳалардаги жароҳатланган терини баҳолари жамланади;
- Балларни минимал сони – 0;
- Балларни мумкин бўлган максимал сони – 66.
- Балларни катта максимал жамламаси терини энг каттароқ жароҳатланганини кўрсатади;
- Усулни чекловлари: тажрибасиз тадқиқотчи терини қалинлиги ва текстурасини меъёрда турли вариацияларда бўлиши мумкинлигини билиш лозим.



Расм 6. Склеродермия, пиллакчали шакли

Дерматологик индексларнинг аҳамияти замонавий тиббиётни ривожланиши билан ўз аҳамиятини йўқотмай, аксинча янада ортмоқда. Склеродермияда дерматологик индексларни қўлланиши беморларга диагноз қўйишда бир қатор муаммоларни ҳал этиб, склеродермия билан оғриган беморларга даволашни ўз вақтида буюрилишини ва касалликни асоратларини камайтириш имконини беради.

Адабиётлар

1. Адашкевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Издательство Панфилова: «БИНОМ». Лаборатория знаний. 2014. – 352 с.:илл.
2. Гусева Н.Г. Проблемы диагностики и лечения системной склеродермии // Рус. Мед. Журн. 1998. – Т. 6. - № 8. – с. 486-492.
3. Гусева Н.Г. Системная склеродермия: клиника, диагностика, лечение. Рос. журн. кож. и вен. болезней 2002; 4: 5-15.
4. Furst DE, Clements PJ. et al. Clinical and serological comparison for sex, age and disease duration. Ann Rheum Dis 1984; 43: 794-801.
5. Hinchcliff M, Varga J. Systemic sclerosis/scleroderma: a treatable multisystem disease. Am Fam Physician 2008;78 (8): 961-8.
6. Kahaleh MB, Sultany GL., et al. A modified scleroderma skin scoring method. Clin Experimental Rheumatology 1986; 4:367-369.
7. Ramsden MF, Goldsmith CH, et al. Clinical assessment of scleroderma: Observer variation in five methods (abstract B24). Arthritis and Rheumatism. 1986; 29 (suppl.): 61.
8. Rodnan GP. Progressive systemic sclerosis and penicillin. J Rheumatol 1981; Suppl. 7: 116-120.
9. Silman A, Harrison M, Brennen P. Is it possible to reduce observer variability in skin score assessment of scleroderma. J Rheumatol 1995; 22:1277-1280.
10. Subcommittee for scleroderma criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Arthritis Rheum 1980; 23 (5): 581-90.

ДЕРМАТОМИОЗИТ. ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСЛАР

Дерматомиозит мушак тўқималарини аутоиммун яллиғланишли ҳамда терини ўзига хос жароҳатланиши билан кечадиган касаллиги бўлиб, периорбитал шиш ва бинафша рангли кўз қовоғини эритемаси, Готтрон папулалари ва қуёш таъсир қилувчи терини очиқ соҳаларида пойкилодермия туридаги тошмалар ҳосил бўлиши билан характерланади [1, 2]. Дерматологик кўринишлар кўпинча мушак касаллигининг бошланишидан олдин бўлади. Турли популяцияларда дерматомиозитни частотаси ортиб бормоқда ва бир миллион одамга 2-7 та ҳолатни ташкил қилади [7]. Касаллик ёш бўйича бимодал тақсимланиб, болаларни ҳам, катталарни ҳам жароҳатлайди [6]. Дерматомиозитни оғирлигига теридаги кўринишлар сезиларли таъсир қилсада, тадқиқотларнинг аксари касалликнинг мускулли компонентига эътиборини қаратади. Дерматомиозитдаги тери жароҳатларини оғирлик индексидан аввал касалликнинг жараёнини фаоллиги ва мускуллар компонентини шикстланиш даражасини баҳолаш учун бир неча усуллардан фойдаланилган [1, 3, 4]. Бундай тадқиқотлар бўйича бир қатор маълумотлар чоп этилган [1-7].



Расм 7. Дерматомиозит, “кўзойнак” симптоми

1. Дерматомиозитни диагностик мезонлари

Америка ревматологик ассоциацияси томонидан дерматомиозитни асосий ва қўшимча мезонлари таклиф қилинган [5].

Асосий диагностик критерийлар:

1. Терининг характерли жароҳатлари: периорбитал шиш ва эритема (“кўзойнак” симптоми); телеангиэктазиялар, терини очик соҳаларида эритема (юз, бўйин, кўкракни юқори соҳаси, кўл-оёқлар);
2. Мускулларни жароҳатланиши (асосан кўл-оёқларни проксимал бўлимларини), мускулларни заифлиги, миалгиялар, шиш ва кейинчалик атрофия билан намоён бўлиши;
3. Биопсияда мускулларда патоморфологик характерли ўзгаришлари (дегенерация, некроз, базофилия, яллиғланишли инфилтратлар, фиброз);
4. Қон зардоби ферментларини фаоллигини ортиши – креатинфосфокиназалар, альдолазалар, трансаминазаларни меъёрга нисбатан 50% ва ундан юқори;
5. Электромиографик тадқиқотларнинг характерли маълумотлари.

Қўшимча диагностик мезонларга кальциноз ва дисфагия киритилади.

- Дерматомиозит диагнози ишончли бўлади, агар учта асосий мезонлар ва тошмалар мавжуд бўлса, ёки иккита асосий, иккита қўшимча мезонлар ва тошмалар аниқланса.
- Дерматомиозит диагнози эҳтимол қилинади, агар асосий биринчи мезон мавжуд бўлса, асосий мезонлардан иккита қолгангани мавжуд бўлганда, ҳамда битта асосий ва иккита қўшимча мезонлар мавжудлигида;
- Полимиозит диагнози ишончли, агар тошмасиз тўртта мезон мавжуд бўлса.

2. Дерматомиозитда тери жароҳатларини оғирлик индекси

Дерматомиозитда тери жароҳатларини оғирлик индекси (Dermatomyositis Skin Severity Index [DSSI]) 2008 йили Carroll C.L. et al. томонидан псориаздаги PASI индекс балли тизими асосига таяниб таклиф

қилишди [4]. DSSI индекси тўртта соҳаларни визуал кўришга асослангандир: бош, бадан, кўл-оёқлар. Ҳар бир соҳаларни жароҳат майдони олти балли шкалада алоҳидадан баҳоланади (жадвал 1).

Жадвал 1. Дерматомиозитда тери жароҳатларини майдонини баҳолаш

Балл	Жароҳат майдони
0	Тошмалар йўқ
1	< 10%
2	10-30%
3	31-50%
4	51-70%
5	71-90%
6	91-100%



Расм 8. Дерматомиозитда терининг шикстланиши

Ўчоғлардаги бундай белгиларнинг (қизариш, шиш ва кепакланиш) оғирлик даражаси ҳар бир соҳада тўрт балли шкалада баҳоланади: 0 – белгиси йўқ, 1 – кучсиз, заиф ифодаланган, 2 – ўртача ифодаланган, 3 – қаттиқ, кучли ифодаланган. Қизариш, шиш ва кепакланиш белгилари учун

баллар йиғиндиси (максимум 12 балл) шу соҳани жароҳат майдони учун баллар сонига (максимум олти балл) кўпайтирилади. Ҳар бир соҳа учун балларнинг умумий сони шу соҳани барча маълумотларини (10%, 20%, 30%, 40% бош, қўллар, бадан ва оёқлар учун мос равишда) фоизига кўпайтирилади ва олинган натижалар умумлаштирилади. Дерматомиозитда тери кўринишлари оғирлик индекси баллари (DSSI) йиғиндиси 0 дан 72 балл диапазони оралиғида бўлади.

$$DSSI=0,1 (Ah) (Rh+Ih+Sh) + 0,2 (Au) (Ru+Iu+Su) + 0,3 (At) (Rt+It+St) + 0,4 (Al) (Rl+Il+Sl), \text{ бунда}$$

h (head) – бош

u (upper extremities) – қўллар

t (trunk) – тана

l (lower extremities) – оёқлар

A (area score) – жароҳат майдони

R (redness) – қизариш

I (induration) – шиш

S (scaliness) – кепакланиш

Ah – бош терисини жароҳат майдони учун баллари

Rh – бош терисини қизариши учун баллари

Ih – бош тўқималари шиши учун баллари

Sh – бош терисини кепакланиш учун баллари

Au – қўлларни жароҳат майдони учун баллар

Ru – қўлларни терисини қизариши учун баллар

Iu – қўлларни шиши учун баллар

Su – қўлларни терисини кепакланиши учун баллар

At – тана терисини жароҳат майдони учун баллар

Rt – тана терисини қизариши учун баллар

It – танани тўқималари шиши учун баллар

St – тана терисини кепакланиши учун баллар

Al – оёқлар жароҳатини майдони учун баллар

R1 – оёқлар терисини қизариши учун баллар

II – оёқларни шиши учун баллар

S1 – оёқларни териси кепакланиши учун баллар.

Дерматомиозит диагностикасида қўлланиладиган дерматологик индекслар дерматолог, ревматолог ва бошқа мутахассислар учун жуда катта аҳамиятга эга бўлиб, беморларга ўз вақтида диагноз қўйишга, ўз вақтида дифференциал диагноз ўтказиб, керакли даволаш тадбирларини тавсия этишга имкон яратади. Бу эса пациентнинг ҳаётини сақлаб қолишда катта рол ўйнайди.

Адабиётлар

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Издательство Панфилова: «БИНОМ». Лаборатория знаний. 2014. – 352 с.:илл.
2. Adams EM, Plotz PH. The treatment of myositis. How to approach resistant disease. *Rheum Dis Clin North Am* 1995; 25:179-202.
3. Bohan A, Peter JB. Polimyositis and dermatomyositis. *N Engl J Med* 1975; 292:344-407.
4. Carrol CL, Lang W, Snively B, Feldman SR, Calle J, Jorizzo. Development and validation of the dermatomyositis skin severity index. *BJD* 2007; 158: 345-350.
5. Drake LA, Dinehart SM, Farmer ER, Goltz RW, Graham GF, Hordinsky MK, Lewis CW, Pariser DM, Skouge JW, Webster SB, Whitaker DC, Butler B, Lowery BJ, Sontheimer RD, Callen JP, Camisa C, Provost TT, Tuffanelli DL. Guidelines of care for dermatomyositis. American Academy of Dermatology. *J Am Acad Dermatol* 1996; 34 (5):824-9.
6. Ghate J, Katsambas A, Augerinou G. et al. Review article: a therapeutic update on dermatomyositis/polymyositis. *Int J Dermatol* 2000; 39:81-7.
7. Jorizzo JL. Dermatomyositis: practical aspects. *Arch Dermatol* 2002; 138:114-16.

ПЎРСИЛДОҚ ДИАГНОСТИКАСИДА ДЕРМАТОЛОГИК ИНДЕКСЛАР

Вульгар пўрсилдоқ тери ва шиллик қаватларни жароҳатлаши билан кечувчи органик аутоиммун касалликларга киради. Касаллик супрабазал жойлашган кўп сонли пуфаклар ва эрозиялар мавжудлиги ва беморларни кони зардобида кўп қаватли ясси эпителийни ўсувчи қаватини антигенларига қарши аутоантитаналар пайдо бўлиши билан бирга келиши билан характерланади. Дерматологик амалиётда учрайдиган энг оғир касалликлардан бири бўлиб, этиологияси ҳозирча номаълумлигича қолмоқда. Касаллик кўпинча 40-60 ёшларда пайдо бўлади. Типик тўлқинсимон сурункали кечиши, пуфакларни ўзгармаган тери ёки шиллик қаватларда ривожланиши, генерализация бўлишга ва қўшилиб кетишга тенденция борлиги, беморларни умумий ҳолатини бузилишига, кортикостероидли терапия ўтказилмаганда эса летал ҳолатга олиб келиши мумкин бўлган касаллик ҳисобланади [2, 9].



**Расм 9. Вульгар пўрсилдоқ, Никольский симптомини
1-вариантда аниқлаш**

Касалликни даволашда қўлланиладиган турли хил замонавий терапевтик тадбирларни самарадорлигини таққослаш учун пўрсилдоқни оғирлигини объектив миқдорий баҳоловчи тизим керак. Касалликни

гетерогенлиги натижасида шундай бирлашган баҳолашни тузиш қийиндир. Масалан, баргсимон пўрсилдоқли пациентда ўчоғлар асосан терида кузатилади, вульгар пўрсилдоқли беморлар кўпроқ оғиз бўшлиғи жароҳатланиши билан ёки тери ва шиллик қаватларни бирга қўшилиб шикастланишидан азоб чекишади [1].

Охирги йилларда терини аутоиммун буллёз жароҳатланишлари учун бир қатор микдорий баҳолаш тизимлари таклиф қилинди. Улар турли хил пациентларда нафақат касалликни фаоллигини ўзгаришини, балки конкрет беморда касалликни фаоллигини аста-секин ўзгаришини акс эттиради, бу турли хил терапевтик усулларни самарадорлигини баҳолаш имконини беради [1].

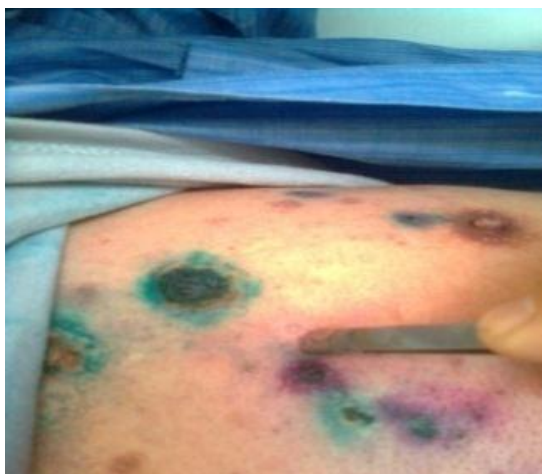
ПЎРСИЛДОҚНИ ОҒИРЛИК ДАРАЖАСИНИ БАҲОЛАШ

1. Пўрсилдоқни жароҳат майдонини ва фаоллигини баҳолаш

Пўрсилдоқни оғирлик даражасини хронологик энг эрта баҳоловчилардан бири – Пўрсилдоқни жароҳат майдонини ва фаоллигини баҳолаш (Remphigus Area and Activity Score [RAAS]) 1998 йили таклиф қилинган ва таниқли псориазни оғирлик индекси ва тарқалганлиги [PASI] асосида яратилган [8]. Бу системада биринчи навбатда танани юзасини жароҳатланиш майдони ва ўчоғларни микдори эътиборга олинган. Бунда танани юзаси тўртта анатомик соҳаларга бўлинган (бош, бадан, қўллар, оёқлар) бўлиб, уларнинг ҳар бирига мос баҳо балларда берилади (жадвал 1 ва 2). Пўрсилдоқнинг оғирлик белгиларини қуйидагилари ҳисобга олинади:

- Бир кунда пайдо бўлган янги пуфакларнинг микдори;
- Мавжуд пуфакларнинг периферик тарқалиши;
- Никольский I симптомини (бармоқ билан сирғанувчи босим берилганида жароҳат ўчоғини ёнида ўзгармаган терида эпителийни юзаки қавати силжийди) ва/ёки Никольский II симптомини – қирғоқ ёки маргинал симптомини (пуфакни қолдиғи пинцет билан тортилганида эпителийни

қирғоғини ажралиши пуфакдан ташқари соҳаларга ҳам қараб давом этади) мавжудлиги.



**Расм 9. Акантолитик пўрсилдоқда Никольский симптомини
II-вариантини чақирилиши**

Вульгар пўрилдоқни оғирлиги ва жароҳат майдонини аниқлаш учун умумий баллар миқдори (РААС-умумий) иккита балларни баҳосини умумлаштириш сифатида баҳоланади (теридаги тошмалар ва шиллик қаватлардаги жароҳатлар):

$РААС\text{-умумий} = РААС\text{-тери} + РААС\text{-шиллик қаватлар}$

Бу баҳолаш тизимининг афзаллиги шундаки, тери ва шиллик қаватларнинг жароҳатланиш даражаси нафақат алоҳида-алоҳида, балки умумлаштириб ҳам баҳоланади. Унинг яна бир афзаллиги шуки, касалликни фаоллигини сезгир маркер сифатида Никольский симптоми қўлланилади. Бу тизимни камчиликларига қуйидагиларни келтириш мумкин:

- Касалликни оғирлигига юқори баллар тана юзасини жароҳати фақат >50% етиб борганда аниқланади;
- Касалликни фаоллигини катта бўлмаган ўзгаришлари эътиборга олинмайди;
- Касалликни тарқалиш бўйича категоризацияси анча субъективдир;
- Оғиз бўшлиғи жароҳатланишини балли баҳолаш етарлича аниқ эмас.

Жадвал 1. PAAS теридаги тошмалар учун (PAAS-тери)

Клиник белгилар	Клиник баллар						
	0	1	2	3	4	5	6
Оғирлиги							
1 кунда янги пуфакларнинг сони (а)	0	1-5	6-10	11-20	>20	-	-
Пуфакларни периферияга қараб тарқалиши (б)	йўқ	Кучсиз	Бироз	Яққол	-	-	-
Никольский симптоми (в)	Йўқ	Қирғоқд а	Яққол	-	-	-	-
Терини жароҳатланиш майдони	-	0-15	16-30	31-50	51-70	71-90	>90

Индексни интерпретацияси

Б (бош) = [(а+б+в) x жароҳат майдони балли] x 0,1

Т (тана) = [(а+б+в) x жароҳат майдони балли] x 0,3

Қ (қўллар) = [(а+б+в) x жароҳат майдони балли] x 0,2

О (оёқлар) = [(а+б+в) x жароҳат майдони балли] x 0,4

Балларни умумий суммаси (PAAS-тери) = Б+Т+Қ+О

Жадвал 2. PAAS шиллик қаватлардаги тошмалар учун (PAAS-шиллик қаватлар)

Белгилар	Клиник баллар			
	0	1	2	3
Жароҳат майдони	Йўқ	1 томони	2 ла томони	> 2 томондан
Жароҳатни оғирлик даражаси	Йўқ	Кучсиз	Ўртача	Оғир

Индексни интерпретацияси

Шиллик қаватларни жароҳатини балли баҳолаш (PAAS-шиллик қаватлар) жароҳат майдони ва жароҳатни оғирлиги балларининг суммасига тенг.

2. Пўрсилдоқни фаоллигини балли баҳолаш

2000 йили пўрсилдоқни фаоллигини ўлчаш бўйича яна бир усул таклиф этилган – Пўрсилдоқни фаоллигини балли баҳолаш (Pemphigus Activity Score) [13]. Бу усулда баҳолашни асосий параметрлари, нолдан тўрт баллгача бўлган диапазонда баҳоланадиган касалликни тарқалганлиги, ҳамда нолдан 6 баллгача бўлган диапазонда баҳоланадиган ўтказилаётган терапия бўлиб ҳисобланади (жадвал 3). Касалликни тарқалиши баҳолаш танани жароҳатланиши ёки баданни маълум бир участкаларида, шунингдек, оғиз бўшлиғини шиллиқ қаватини ҳам шикастланишларига боғлиқ. Терапияни баҳолаш кортикостероидни перорал дозаларига (0-4 балл), ёрдамчи иммуносупрессив терапия ва бошқа ёрдамчи терапевтик модалликкага (0-2 балл) боғлиқ. Бу усулнинг усутунлиги бўлиб, керакли иммуносупрессив терапия ҳақида информацияни ҳисобдир. Аммо терапияни параметрига жуда катта урғу берилади, шу вақтда эса оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати жароҳатларига кам баҳо берилган, касалликнинг ягона намоён бўлган белги бўлса ҳам. Усулнинг бошқа камчиликларидан бири бўлиб, эрозияларнинг ўлчамини касалликни умумий баҳолаш баллига таъсир қилмаслигидир.

Жадвал 3. Пўрсилдоқни фаоллигини балли баҳолаш

Балл	Касалликни тарқалганлиги	Стероидли терапияни интенсивлиги	Иммуносупрессив терапияни интенсивлиги
0	Ўчоғлар йўқ	Ўтказилмайди	Ўтказилмайди
1-2	Транзитор ўчоғлар (48 соат ичида битиб кетади)	Фақат маҳаллий	Ўтказилмайди
1	1 та участка ёки 0-10%	Преднизолон <15 мг/кунига	Азатиоприн ёки циклофосфамид

			<100мг/кунига
2	2-3 та участка ёки 11-30%	Преднизолон 16-49мг/кунига	Азатиоприн ёки циклофосфамид <100мг/кунига
3	4-5 та участка ёки 31-50%	Преднизолон 50-89мг/кунига	
4	> 5 участка ёки 51-70%	Преднизолон >89мг/кунига	

Индексни интерпретацияси

- Касалликни оғирлиги 0-10 балл диапазонида баҳоланади;
- Тарқалганлиги – 0-4 балл диапазонида;
- Терапиянинг интенсивлиги – 0-6 балл диапазонида.

3. HARMAN бўйича пўрсилдоқ клиник фаоллигини градацияси

2001 йили британиялик тадқиқотчилар Harman et al. пўрсилдоқни оғирлигини даражасини йўлга қўйишни (нафақат теридаги ўчоғларни, балки оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватларни ўчоғларини ҳам) таклиф қилишди, бу эрозияларни миқдори ва десмоглеин 1 (терида) ва десмоглеин 3 (оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида) антитаналарини даражасига боғлиқ ҳолда [12]. Эрозияларнинг миқдори нолдан уч баллгача диапазонда баҳоланган (жадвал 4). Антитаналарни титри қаттиқ фазалик иммунофермент таҳлили (анализи) усули (ELISA) билан баҳоланган.

Бу градацияни устунлик томони шундаки, антитана титридан фойдаланиш бўлиб, ушбу параметр енгил ўлчанишга мойил ва объектив маркер ҳисобланади. Аммо клиник баҳолаш балли ҳолатни ўзгаришини, яъни эрозияларни миқдорини ўзгариши содир бўлмаса, кўрсата олмайди. Бундан ташқари, қисқа вақтли кузатувда антитаналар титри доимо ҳам касалликни фаоллигини тўғридан тўғри корреляция қила олмайди.

**Жадвал 4. Harman бўйича пўрсилдоқни клиник фаоллигини
градацияси**

Оғирлиги		Антитаналар титри даражаси
Оғиз бўшлиғи	Тери	
0 – мавжуд эмас	0 – мавжуд эмас	DSg1 DSg2 даражаси
1 – <3 та эрозия	1 – <5 та эрозия	қаттиқ фазалик
2 – 3-10 та эрозия	2 – 5-20 та эрозия	иммунофермент
3 – >10 та эрозия	3 – >20 та эрозия	тахлили (ТИФА, ELISA) усули баҳолаши

4. IKEDA бўйича вульгар пўрсилдоқда жароҳат оғирлиги индекси

2003 йилда япониялик тадқиқотчилар Ikeda S. et al. гуруҳи Вульгар пўрсилдоқда жароҳатларни оғирлик индексини (Severity Index for Pemphigus) таклиф қилишди [14]. Бу индекс Британия дерматологларини ассоциациясини беморларни диагностикаси ва олиб бориш стандартлари асосида олиб борилади. Индекс тўрт балли баҳолашга асосланган бўлиб, тери ва шиллиқ қавватларни жароҳатланиш майдонини, Никольский симптомини намоён бўлишига, бир кунда пайдо бўлган янги пуфаклар сонини ҳисобга олади (жадвал 5).

**Жадвал 5. Ikeda бўйича вульгар пўрсилдоқда жароҳатларни
оғирлик даражаси**

Баллар	Терини жароҳат майдони (%)	Никольский симптоми	Кунда пайдо бўлаётган пуфакларни сони	Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини жароҳати
3	> 15	Яққол намоён бўлган	> 5	> 30
2	5 – 15	Мусбат	1-5	5-30

1	< 5	Фақат ўчоғда/қирғоқда	Кам (хафтасига бир неча пуфаклар)	< 5
0	Йўқ	Йўқ	Пайдо бўлмапти	Йўқ

Индексни интерпретацияси

- Балларни максимал сони – 12;
- Оғирлик индекси 5 баллдан кам бўлса нисбатан енгил даражаси, 5 дан 7 баллгача – ўртача, 7 баллдан юқори бўлса – вульгар пўрсилдоқни оғир даражаси деб баҳоланади.

5. SARASWAT бўйича оғиз бўшлиғи пўрсилдоғи учун градация

ТИЗИМИ

2003 йилда пўрсилдоқ билан оғриган беморларни оғиз бўшлиғи шиллик қаватини жароҳатларини баҳолаш учун анатомик тузилиши мос келадиган соҳаларни ва қабул қиладиган овқатланиш маҳсулотларини ҳисобга олган ҳолдаги градация тизими таклиф қилинган [19].



Расм 10. Оғиз шиллик қаватидаги акантолитик пўрсилдоқ ўчоғлари

Шиллик қаватларни жароҳатини объектив баҳолаш оғиз бўшлиғини ва оғиз-ҳалқумни 11 та анатомик зоналарини ўрганиш киради: лабни шиллик

кавати (юқори ва пастки); милқларни шиллиқ қавати (юқори ва пастки); ёноқларни шиллиқ қавати (чап ва ўнг); тилни шиллиқ қавати (дорсал ва вентрал юзалари, тил ости соҳалари қўшилган ҳолда); танглай (қаттиқ ва юмшоқ, тилча қўшилган ҳолда) ва ҳалқум. Шу ҳар бир участкаларда тошмаларни мавжуд ёки йўқлиги мос равишда бир ёки нол балл билан баҳоланади. Ўз навбатида, умумий балларни сони нолдан 11 гача бўлиши мумкин, агар барча участкалар жароҳатланган бўлса.

Субъектив балли баҳолаш оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватини жароҳатини оғирлиги оғриқ ва/ёки қон оқишини овқат ёки суюқлик қабул қилганда пайдо бўлиши (9 та қаттиқ ёки суюқ маҳсулотлар мисолида) ҳақидаги маълумотга асосланади ва дисфагиянинг градациясини миқдорий тизимига (Dakkar ва Bennet таклиф қилган) таянади (жадвал 6) [10]. Овқатланиш маҳсулотлари рўйхати консистенциясига кўра энг суюқликлардан (энг кам жароҳат чақирувчилардан) бошлаб, энг қаттиқ (нон, олма, турли хил хайвонларнинг гўштлари) ларигача.

Овқат ёки ичимликларни (ҳар бир суюқлик ёки қаттиқ маҳсулотни) қабул қилиш вақтида мавжуд симптомлар баллар билан баҳоланади. Агар оғиз бўшлиғида оғриқ ва/ёки қон кетиши доимо кузатилса, бир балл кўйилади; агар баъзида бўлса – $\frac{1}{2}$ балл; ҳеч ҳам кузатилмаса – ноль балл. Агар пациент ҳеч қайси овқатни қабул қила олмаса, бу маҳсулот ва барча рўйхатда келувчи кейинги маҳсулотлар бир балл билан баҳоланади. Балларнинг миқдори нолдан (симптомлар йўқ) 45 (оғир симптомлар) баллгача вариацияда бўлади ва қуйидагича ҳисобланади: ҳар бир маҳсулотга балл қатор номерига кўпайтирилади ва барча тўққизта қатор жамланади. Масалан, агар пациент суюқликни симптомларсиз қабул қилиш мумкин бўлса, юмшоқ маҳсулотлар баъзида оғриқли хиссиётлар билан истеъмол қилса, аммо нон, гўшт ва хом сабзавотлар истеъмол қила олмаса, у ҳолда балли баҳолаш қуйидагича бўлади:

$$(1 \times 0) + (2 \times 0) + (4 \times \frac{1}{2}) + (5 \times \frac{1}{2}) + (6 \times \frac{1}{2}) + (7+1) + (8 \times 1) + (9 \times 1) = 31,5$$

**Жадвал 6. SARASWAT бўйича оғиз бўшлиғи пўрсилдоғи учун
градация тизими**

№	Маҳсулотнинг номи	Балларда ги баҳолаш	Х (дискомфорт омил)
1	Сув	1X	X = 1
2	Сут ёки суюк шўрва	2X	(оғрик/қон
3	Йогурт ёки мевали пюре, ёки юмшоқ сузмасимон крем	3X	кегиши доимо пайдо бўлади)
4	Желе ёки илвира (студень)	4X	X = 0,5
5	Қуймоқ (омлет, тухумли чайқатма) ёки картошкали пюре	5X	(оғрик/қон кегиши
6	Пиширилган балиқ ёки қайнатилган картошка, ёки қайнатилган сабзи	6X	баъзида пайдо бўлади)
7	Нон ёки нон маҳсулотлари, ёки кондитер маҳсулотлари	7X	X =
8	Олма ёки хом сабзи	8X	(оғрик/қон кегиши ҳеч
9	Стейк ёки чўчка, ёки қўй гўштидан котлета	9X	қачон бўлмайд)

6. МАНАЖАН бўйича пўрсилдоқни оғирлигини баҳолаш

2005 йили пўрсилдоқ билан оғриган беморларда тери ва шиллиқ қаватларни жароҳатланишини оғирлигини балли баҳолашни Mahajan V.K. et al. таклиф қилган (жадвал 7) [9]. Кўрсатилган тизимда тенг даражада терини ва шиллиқ қаватларни жароҳатланиши келтирилган. Терини жароҳатини баҳолаш касаллик билан таъсирланган тери юзасини майдони асосида амалга оширилади, шиллиқ қаватни жароҳати эрозияларни жойлашиши ва овқатни қабул қилиши ёки суюқликни ичиш қобилиятини тартибга солиши ҳисобга олинади.

**Жадвал 7. МАНАЖАН бўйича пўрсилдоқда тери ва шиллик
каватларни жароҳатини оғирлигини баҳолаш**

Оғирлик даражаси	Терини жароҳати	Шиллик қаватларни жароҳати
Енгил (1+)	Танани юзасини 10 % жароҳатланиши (ёки фақат оғиз бўшлиғи шиллик қаватини) Пациент кундалик фаолиятини дискомфортсиз амалга оширишга қодир	Фақат ёноқлари жароҳатланган Чайнаш ва ютиниш қийинлашмаган
Ўртача (2+)	Танани юзасини 10-25 % ҳамда оғиз бўшлиғи шиллик қаватини жароҳатланиши Пациент кундалик фаолиятини дискомфорт билан амалга оширишга қодир	Ёноқлар, милк, лаблар жароҳатланган Қаттиқ овқатларни қабул қилиш қийинлашган
Оғир (3+)	Танани юзасини 25-50 % ҳамда оғиз бўшлиғи шиллик қаватини жароҳатланиши Пациент кундалик фаолиятини амалга оширишга қодир эмас	Шиллик қаватларни кенг жароҳати Ярим қаттиқ овқатларнинг қабул қилиш қийинлашган
Ўта оғир (4+)	Танани юзасини >50 % ҳамда оғиз бўшлиғи шиллик қаватини жароҳатланиши Ётоқда (стаицонарда) ётиш ёки асоратлар	Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини кенг жароҳати Шиллик қаватларни бошқа соҳаларини жароҳатланиши Суюқ овқатларни қабул қилиш қийинлашган (пациент оғиз орқали ҳеч қандай овқат ва суюқликларни қабул қила

7. Терини аутоиммун буллёз касалликларини оғирлик даражасини баҳолаш

2007 йили Pfütze M. et al. томонидан Терини аутоиммун буллёз касалликларини оғирлигини баҳолаш (Autoimmune Bullous Skin Disorder Intensity [ABSIS]) балли тизими таклиф қилинган [17]. Бу тизимда тери ҳамда шиллик қаватларни жароҳати баҳоланади. ABSIS индекси теридаги жароҳатлари оғирлиги кўрсаткичи иккита клиник мезонларга асосланган: тери ўчоғларини тарқалганлиги (жароҳат майдони) ва сифатига (жадвал 8). Теридаги жароҳат ўчоғлари тарқалганлиги “тўққизлик қоидаси” билан ўлчанади. Бу қоидага кўра, тери юзасини майдони 9 % га эквивалент зоналар аниқланади. Беморни қафт майдони тери қопламани барча майдонини 1 % сифатида баҳоланади. Бошни ва бўйин юзасини майдони тана юзасини умумий майдонини 9 % ни, битта кўлнинг юзасини майдони 9 % ни, бадан (олдинги ва орқа юзалари) – 36 % ни, битта оёқники – 18 % ни, гениталий соҳаси – 1 % ни ташкил қилади. Кейин танани жароҳатланган майдони (фоизларда) ҳар томонлама ҳисобланган коэффицентга кўпайтирилади.



Расм 11. Теридаги вульгар пўрсилдоқни ўчоғлари

Бу коэффицент эрозиялар, экссудатив ўчоғлар, пуфаклар ва /ёки мусбат Никольский симптоми учун 1,5 га; эрозив, битаётган (эпителизация бўлаётган) ўчоғлар учун 1 ни ташкил қилади; тўлиқ эпителизацияга учраган

жароҳат ўчоғлари (яллиғланишдан кейинги эритемани ва /ёки гиперпигментацияни инкор этган ҳолда) 0,5 га тенг. Мос ҳар томонлама ўлчанган коэффициент устунлик қиладиган жароҳат ўчоғларига боғлиқ ҳолда танланади.

ABSIS индексида оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати жароҳатини баҳолаш учун иккита алоҳида параметрни ўз ичига олган Saraswat бўйича модификация қилинган градация тизимидан фойдаланилади [19]. Биринчи параметр шиллиқ қаватларга доир бўлиб, жароҳатни тарқалганлиги баҳоланади, иккинчисидан эса – оғирлиги. Тарқалганлик параметри 11 та анатомик зоналардаги жароҳатни ҳисобга олади: милкларни шиллиқ қавати (юқори ва пастки), лабларни шиллиқ қавати (юқори ва пастки), ёноқларни шиллиқ қавати (чап ва ўнг), тилчани, оғиз бўшлиғини шиллиқ қавати (тил ости соҳаси), юмшоқ ва қаттиқ танглай, ҳалқум. Шу зоналарни ҳар бирида жароҳатнинг мавжуд ёки йўқлиги бир ёки нол балл билан мос равишда баҳоланади. Балларнинг умумий йиғиндиси нолдан (жароҳат йўқ) 11 гачани (оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватида жароҳат максимал тарқалган) ташкил қилади.

Иккинчи параметрда шиллиқ қаватлардаги симптомларни оғирлиги баҳоланиб, дисфагиянинг белгиларини миқдорий градациясига асосланади [10]. Турли хил суяқ ёки қаттиқ овқатлар консистенциясини зичлашиб боришига кўра оғиз бўшлиғида оғриқ ёки қон кетишини чақириш боғлиқ ҳолда баҳоланади. Агар оғриқ/қон оқиши доимо пайдо бўлса 1 балл билан баҳоланади, агар оғриқ/қон оқиши баъзида (вақти вақти билан) кузатилса, у ҳолда 0,5 балл билан белгиланади. Беморни ҳолатини кузатув даврида муаммолар бўлмаса, унда нол балл қўйилади. Агар пациент овқатни умуман қабул қила олмаса, у ҳолда шу маҳсулот ва рўйхатда ундан кейинги келувчи барча маҳсулотлар 1 балл билан баҳоланадилар. Умумий йиғиндиси ҳар бир баллни дискомфорт омилига (1 ёки 0,5) кўпайтирилади ёки нолга (овқатни ва/ёки ичимликни қабул қилишга шикоят бўлмаганда), сўнг ҳамма

маҳсулотлар учун натижа жамланади. Оғиз бўшлиғи жароҳати оғирлиги баҳоси нолдан (симптомлар йўқ) 45 гача (оғир симптомлар) бўлади.

Оғиз бўшлиғи жароҳатини умумий баҳоси 0-11/0-45 диапазонда келтирилган, бу ерда кўрсаткични биринчи қисми тарқалиши, иккинчиси – жароҳатни оғирлиги.

Жадвал 8. Жароҳатни майдони ва клиник параметрлар бўйича терини аутоиммун буллёз касалликларини оғирлиги баҳоси

Тери ва шиллик қаватларни жароҳатланиши		ABSIS баҳолаш параметрлари
Терини жароҳати (баҳолашни икки компоненти):		
Баҳолашни 1-компоненти	Тарқалганлиги (“тўққизлик қоидаси бўйича тери жароҳати %): 0-100 %	
Баҳолашни 2- компоненти	Ҳар томонлама ўлчанган коэффициент (ўчоғлар сифатини баҳолаш учун кўпайтиргувчи сифатида фойдаланилади) Умумий балл = 0–150 (тери жароҳати % x ҳар томонлама ўлчанган коэффициент)	
Оғиз бўшлиғи шиллик қаватини жароҳатланиши:		
Шиллик қаватни жароҳатини 1- параметри	Тарқалганлиги 0-11 балл диапазонида (11 та маълум бир локализациядаги жароҳатларнинг мавжудлиги)	
Шиллик қаватни жароҳатини 2- параметри	Оғирлик (овқат ва ичимликни қабул қилиш вақтидаги дискомфорт) диапазони 0–45 балл	
Оғиз бўшлиғини шиллик қаватларини жароҳатини оғирлигини баҳолаш		
Сув	1 X	X – дискофорт омили (0-45 балл диапазонда)
Шўрва	2 X	
Йогурт	3 X	1 балл доимий оғриқ билан қон аралашмаси мавжудлигида
Юмшоқ сузмасимон крем	4 X	

Картошкали пюре/қуймоқ	5 X	0,5 балл – доимий (баъзида) оғрик/қон оқиши мавжудлигида 0 балл – беморда овқат ва суюқлик қабул қилишда муаммо йўқ.
Пиширилган балиқ	6 X	
Оқ нон	7 X	
Олма/хом сабзи	8 X	
Қўғирилган гўшт/донли нон	9 X	

8. Пўрсилдоқни фаоллик индекси

Пўрсилдоқни фаоллик индекси (Pemphigus Disease Activity Index [PDAI]) 2008 йили таклиф қилинган [16]. Бу индекс ёрдамида қатъий маълум анатомик соҳаларни тери ва шиллик қаватларидаги жароҳат тўплами баҳоланади, бунда ўчоғларни сони ва ўлчами, шунингдек тузалаётган ўчоғлардаги яллиғланишдан кейинги пигментацияларни ҳисобга олади (жадвал 9). Тадқиқотларнинг кўрсатишича, PDAI индекси тери ва шиллик қаватларни жароҳатини баҳолашда қўлланиладиган ишончли, тез ва оддий усул бўлиб, бу ҳолат пўрсилдоқни оғирлигини енгил ва ўртача даражада кетишида яхши натижалар беради [11, 16, 18].

Жадвал 9. Пўрсилдоқни фаоллиги индекси

Локализацияси	Фаоллиги (эрозиялар/пуфаклар ёки янги эритемалар) балларда	Жароҳатланиш (яллиғланишдан кейинги гиперпигментация ёки тузалаётган ўчоғлардан кейинги эритема) балларда
PDAI-тери		
Қулоқлар	0 – мавжуд эмас (агар	0 – мажуд эмас (агар
Бурун	ўчоғлар <3); 1 – 1–3 ўчоғлар,	ўчоғлар <3);
Юзни бошқа соҳалари	фақат 1 та ўчоғ >2 см, >6 см ли катта битта ҳам ўчоғ йўқ;	1 – кузатилади.

Бўйин	2 – 2–3 ўчоғлар, минимум 2 ўчоғда >2 см, >6 см ли катта битта ҳам ўчоғ йўқ;	
Кўкрак		
Қорин		
Бел/думбалар		
Қўллар		
Кафтлар		
Оёқлар/товонлар	5 – 3 та ўчоғлар, ва/ёки минимум битта ўчоғ >6 см ли;	
Гениталий		
	10 – >3 та ўчоғлар, ва/ёки минимум битта ўчоғ >16 см ёки барча майдон	
Балларни жами	Максимал 120	Максимал 12
РДАІ-бош териси		
Бошни сочли қисми териси	0 – мавжуд эмас (агар ўчоғлар <3) 1 – битта квадратда 2 – иккита квадратда 3 – учта квадратда 4 – бошни тўлиқ эгаллаган 10 – ҳеч бўлмаганда битта ўчоғ >6см	0 – мавжуд эмас (агар ўчоғлар <3); 1 – кузатилади.
Балларни жами	Максимал 10	Максимал 1
РДАІ-шиллик қаватлар		

Кўзлар	0 - мавжуд эмас (агар ўчоғлар	
Бурун	<3)	
Ёноқлар шиллик	1 – 1 та ўчоғ	
кавати	2 – 2–3 та ўчоғ	
Қаттиқ танглай	5 - >3 та ўчоғ ёки 2 та ўчоғ >2	
Юмшоқ танглай	см дан	
Юқори милк	10 – соҳа тўлик	
Пастки милк	жароҳатланган	
Тил		
Оғиз бўшлиғи туби		
Лаб шиллик қавати		
Ҳалқумни орқа		
девори		
Анагенитал соҳа		
Балларни жами	Максимал 120	

Кўплаб ҳорижий тадқиқотчилар [8-19], шу жумладан ватанимиз олимлари [1-7] пўрсилдоқ қасаллигида фаоллигини, кечишини, даволашни самарадорлигини кўплаб усуллар билан ўрганилганига қарамай, юқорида келтирилган пўрсилдоқни жароҳат майдони, оғирлик даражаси, фаоллиги дерматологик баҳолаш усуллари орқали етарлича ўрганилмагани кузатилмоқда. Ўзбекистонда илмий тадқиқотлар билан дерматологик пўрсилдоқни баҳолаш усулларини ўрганиш, келажакда буллёз дерматозини мамлакатимизда ўрганилмаган янги қирраларини очиб бериши мумкин.

Адабиёт

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. – М.: Издательство Панфилова: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 352 с.: илл.
2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике в 3 т. / Клаус Вольф, Лоуэлл Ф. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. 2012. – Т. 1. – 2012. – с. 500-518.
3. Караев Э.М., Махкамбаев Ф.Ф., Исмагилов А.И. и соавт. Ретроспективный анализ клинико-anamnestических показателей больных пузырчаткой. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2014, - № 1, - с. 58.
4. Мавлянова Ш.З., Мутавалиев М.С., Алимухамедова Ю.А. и соавт. Значение С-реактивного белка в клиническом течении у больных с акантолитической пузырчаткой. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2021, - № 3, - с. 35-36.
5. Мавлянова Ш.З., Убайдуллаев А.А. Характеристика микроэлементного состава биосубстратов организма у больных пузырчаткой. // Дерматовенерология и эстетическая медицина. – 2015, - № 3, - с. 143-144.
6. Хамидов Ф.Ш., Хамидов Ш.А., Ваисов А.Ш., Мамасалиев Н.С., Ёркулов К.М. К вопросу лечения акантолитической пузырчатки (современные вопросы на примере Андижанского опыта). Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Центральноазиатский научно-практический журнал. - 2009, - № 1, - с. 19-20.
7. Хамидов Ш.А., Хамидов Ф.Ш. Вегетацияли пўрсилдоқ яра. // Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья. Центральноазиатский научно-практический журнал. - 2009, - № 1, - с. 17-18.
8. Agarwal M, Walia R, Kochar AM, Chander R. Pemphigus Area Activity Score (PAAS): A novel clinical scoring method for monitoring of pemphigus vulgaris patients. Int J Dermatol 1998; 37:158-60.
9. Bystyn JC, Rudlph JL. Pemphigus. Lancet 2005; 366:61-73.

10. Dakkak M, Bennett JR. A new dysphagia score with objective validation. *J Clin Gastroenterol* 1992; 14: 99-100.
11. Grover S. Scoring systems in pemphigus. *Indian J Dermatol* 2011; 56:137-41.
12. Harman KE, Seed PT, Gratian MJ, Bhogal BS, Challacombe SJ, Black MM. The severity of cutaneous and oral pemphigus is related to desmoglein 1 and 3 antibody levels. *Br J Dermatol* 2001; 144:775-80.
13. Herbst A, Bystryn JC. Patterns of remission in pemphigus vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42:422-7.
14. Ikeda S, Imamura S, Hashimoto I, Morioka S, Sakuma M, Ogawa H. History of the establishment and revision of diagnostic criteria, severity index and therapeutic guidelines for pemphigus in Japan. *Arch Dermatol Res* 2003; 295 (1):12-16.
15. Mahajan VK, Sharma NL, Sharma RC, Garg G. Twelve-year clinic-therapeutic experience in pemphigus: A retrospective study of 54 cases. *Int J Dermatol* 2005; 44:821-7.
16. Murrell DF, Disk S, Ahmed AR, Amagai M, Barnadas MA, Borradori L. et al. Consensus statement on definitions of disease, end points, and therapeutic response for pemphigus. *J Am Acad Dermatol* 2008; 58:1043-6.
17. Pfützte M, Niedermeier A, Hertl M, Eming R. Introducing a novel Autoimmune Bullous Skin Disorder Intensity Score (ABSIS) in pemphigus. *Eur J Dermatol* 2007; 14:4-11.
18. Rosenbach M, Murrell DF, Bystryn JC, Dulay S, Dick S, Facharzadeh S, et al. Reliability and Convergent Validity of Two Outcome Instruments for Pemphigus. *J Invest Dermatol* 2009; 129:2404-10.
19. Saraswat A, Kumar B. A new grading system for oral pemphigus. *Int J Dermatol* 2003; 42:159-64.

ПЎРСИЛДОҚ ДИАГНОСТИКАСИДА КЛИНИКО-ДИАГНОСТИК ИНДЕСЛАР ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ

Пўрсилдоқ – оғир кечувчи аутоиммун буллёз дерматоз ҳисобланиб, тери ва/ёки шиллиқ қаватларни шикастланиши билан характерланади. Касалликни ривожланишида асосий ролни акантолизис жараёни ўйнайди, бу эпидермисни тиканаксимон қаватидаги хужайралар орасидаги контактларни бузилиши билан кечиб, пуфакларни ҳосил бўлишига олиб келади [6, 8, 15, 41].

Охирги йиллар ичида пўрсилдоқни патогенези ҳақидаги фикрлар сезиларли кенгайди, янги дори препараталаридан фойдаланиш ва услубий таъсирларни самарали имкониятлари юзага келди [7, 9]. Беморни ҳолати, даволаш тадбирларини самарадорлигини бўйича объектив фикрлаш учун, шунингдек, терапияни турли усулларини самарадорлигини таққослаш ва илмий тадқиқотларни натижаларини солиштириш ҳамда аниқлаш учун беморларни ҳолатини комплекс баҳолашга асосланган индекслар қўлланилади. Масалан, кенг тарқалган дерматозларни оғир кечишини баҳолаш учун умумтан олинган клинико-диагностик индекслар қўлланилади (псориазда PASI, атопик дерматитда SCORAD ва б.). аммо пўрсилдоқни клиник кечишини оғирлик даражасини баҳолаш учун универсал асбоблар, воситалар мавжуд эмас [32]. Бундай воситалар сифатида пўрсилдоқни кечишини оғирлик даражасини акс эттирувчи клиник индекслардан фойдаланиш мумкин [6, 13, 42, 44]. Аммо дерматозни учраш частотаси пастлиги ва пўрсилдоқни клиник манзарасини турлича бўлиши клиник маълумотларни умумлаштиришга ҳамда пўрсилдоқни кечишини оғирлик даражасини ягона универсал баҳолаш тизимини таклиф қилишга имкон бермайди [21, 34]. Адабиётлар ўрганилганида охирги 20 йилда ишлаб чиқарилган ва фойдаланилаётган пўрсилдоқни оғирлик даражасини кечишини, теридаги патологик жараённи динамикасини, терапияни самарадорлигини, шунингдек даволашни янги усулларни баҳолашда

фойдаланиланишга имкон берадиган индекслар умумлаштирилганлиги кўрсатиб ўтилган (жадвал 1).

Пўрсилдоқни оғирлигини баҳолашда фойдаланиш учун таклиф қилинган биринчи индекслардан бири бу Уоллеснинг (Wallace's rule of nines) тўққизлар қоидасидир. 1951 йили А. Wallace томонидан тўққизлар қоидаси чоп этилган бўлиб, куйишдан жароҳатланганларда танани юзасини майдонини (BSA) аниқлаш мақсадида шошилиш тиббий ёрдамда фойдаланиш восита сифатида қўлланилган [43].

Тўққизлар қоидасига мувофиқ танани турли қисмларини юзаси тана юзасини умумий майдонини тахминан 9% ни (ёки бу рақамни кўпайтмасига) ташкил қилади: бошни ва бўйинни, кўкрак, қорин, ҳар бир қўлларни, сонни, болдирни ва товонни майдони 9% дан, танани орқа юзаси – 18%, чот ораси ва ташқи жинсий аъзолар – тана юзасини 1% ни [30, 43]. Уоллес усули фойдаланишда содаллиги ва барча шароитларда қўллашни имкони борлигин билан ажралиб туради [30].

Аммо S. Kalra (2006) ни фикрича, тўққизлар қоидасини терининг фақат куйиш натижасида жароҳатлагандагина ҳолатларда қўллаш мақсадга мувофиқдир, шунингдек, тадқиқотчи уни субъективлигини кўрсатиб ўтади [25].

Шифокорни умумий баҳолаш шкаласи (шкала общей оценки врача (PGA, Physician's Global Assessment) терининг яллиғланишли касалликларини мунтазам баҳолаш ва клиник тадқиқотларни ўтказишда қўлланилади. PGA шкаласи пўрсилдоқли беморни ҳолатини баҳолашда олинган қийматлар, 0 (ўзгаришлар мавжуд эмас) дан 10 баллгача (тери ва шиллиқ қаватларни энг оғир жароҳатланиши) оралиқда бўлиши мумкин. PGA шкаласи псориаз, лимфома, экзема, дерматомиозит билан оғриган беморларни текширишда қўлланиши мумкин. У фойдаланишда қулай, аммо субъективлиги натижасида кенг қўлланилмади [14, 17, 19, 22, 29, 38].

“Икеда бўйича (Severity Index for Pemphigus Ikeda) пўрсилдоқни жароҳатини оғирлик даражасини ҳисоблаш” бир гуруҳ япон

тадқиқотчиларининг индекси бўлиб, биринчи марат 1993 йили S. Ikeda ва ҳаммуаллифлари томонидан C. Икеда раҳбарлиги остида ишлаб чиқилган ҳамда кейинчалик унга 1997 ва 2000 йиллари ўзгартиришлар киритилган. Пўрсилдоқда патологик жараён оғирлик даражасини баҳолашдаги Икеда индекси қуйидаги параметрларини ўз ичига олади: танани барча юзасини терини жароҳатланган участкаларини улуши (% ларда); Никольский симптомини мавжудлиги ёки кузатилмаслиги; кун давомида яна ҳосил бўлган пуфаклар сони; шиллиқ қаватларни жароҳатланганлигини мавжудлиги ёки йўқлиги; десмоглеин 1- ва 3-турларига (Dsg1 ва Dsg3) антитаналар титри. Ҳар бир параметрларга 0 дан 3 баллгача қиймат тайинланади, Икеда индексини максимал қиймати 15 баллни ташкил қилади [23].

Аммо, кейинчалик В. Daniel ва ҳаммуаллифлар (2012) ҳамда Н. Benchikhi ва ҳаммуаллифлар (2013) томонидан у етарлича объектив эмас деб тан олинди [12, 14].

Пўрсилдоқни жароҳат майдонини ва фаоллигини баҳолаш (оценка площади поражения и активности пузырчатки (РАAS, Pemphigus Area and Activity Score)) М. Agarwal ва ҳаммуаллифлар (1998) томонидан у псориазни тарқалганлик ва оғирлик кечишини индекси PASI (Psoriasis Area and Severity Index) асосида ишлаб чиқилган [3, 11, 44]. РАAS индекси ёрдамида танани жароҳат юзаси майдони ва ўчоғларнинг сонига асосан баҳоланади. Индексни ҳисоблаш учун инсонни танаси 4 та сегментга бўлинади (бош, тана, оёқ ва қўллар), уларнинг ҳар бири учун алоҳида балла ҳисобланади. Унга асосан турли хил сегментларда касалликнинг фаоллигини баҳолаш мезонларига киради:

а) бир кунда ҳосил бўлган янги пуфакларни сонига кўра: пуфак 0 – 0 балл, 1-5 та элемент – 1 балл, 6-10 та элемент – 2 балл, 11-20 та элемент – 3 балл, 20 тадан ортиқ – 4 балл;

б) мавжуд элементларни периферияга қараб ўсиши: мавжуд эмас – 0 балл, кучсиз – 1 балл, ўртача – 2 балл, яққол – 3 балл;

в) Никольский симптомини тўғридан тўғри ва/ёки қирғоқ Никольский симптомини мавжудлиги: мавжуд эмас – 0 балл, элементларни перифериясида – 1 балл, пуфаклардан узоқдаги соғлом тери участкаларида – 2 балл.

Жароҳат майдони (BSA, body surface area) тери юзасини ҳар бир сегментини умумий майдонини процентларида аниқланади: 0-15% 1 – балл, 16-30% - 2 балла, 30-50% - 3 балла, 51-70% - 4 балла, 71-90% - 5 баллов, > 90% - 6 баллов.

Тери юзасини ҳар бир сегменти учун умумий балл қуйидаги формулалар бўйича ҳисобланади:

бош: $(a + b + c) \times$ терини жароҳат майдони $\times 0,1$;

тана: $(a + b + c) \times$ терини жароҳат майдони $\times 0,3$;

қўллар: $(a + b + c) \times$ терини жароҳат майдони $\times 0,2$;

оёқлар: $(a + b + c) \times$ терини жароҳат майдони $\times 0,4$.

Тери учун PAAS (терини PAAS) умумий балли барча сегментлар балларини йиғиндисидир: бош+тана+қўллар+оёқлар.

Шиллик қаватлар учун PAAS индексини (шиллик қаватларни PAAS) алоҳида ҳисоблаш мумкин. Муаллифлар томонидан пўрсилдоқни шиллик қаватларидаги патологик жараённи баҳолаш учун қўшимча мезонлар киритилган:

а) шиллик қаватлардаги жароҳат соҳаларини (участкаларни) сони: битта ҳам йўқ – 0 балл, битта соҳа – 1 балл, иккита соҳа – 2 балл, икки участкадан кўп – 3 балл;

б) жароҳат даражаси: элементлар мавжуд эмас – 0 балл, енгил даражаси – 1 балл, ўртача – 2 балл, оғир – 3 балл.

Шиллик қаватлар учун PAAS умумий балли жароҳат ўчоғлари сонини ва уларни жароҳатланиш даражасини баҳолашдан олинган умумий балларни йиғиндисидир.

$PAAS = PAAS (\text{тери}) + PAAS (\text{шиллик қаватлар}) [3, 11, 44].$

H. Mortazavi va хаммуаллифларнинг (2008) ишларида кўсатилишича, RAAS индексини кўрсаткичи Dsg1 ва Dsg3 антитаначалар титри корреляция қилади ҳамда буни билвосита иммуофлюоресценция усули билан аниқлаш мумкин [33].

M. Pfütze va хаммуаллифлар (2006), S. Grover (2011), B. Daniel va хаммуаллифлар (2012) фикрича, RAAS индекси бир катор камчиликларга эга: биринчидан, BSA мезонлари бўйича патологик жараённи тарқалишидаги сезиларли фарқлар жароҳат майдонини ўзгаришларини баҳолаш шароитларини керакли шарти ҳисобланади; иккинчидан, оғиз шиллик қаватини жароҳати даражасини миқдорий баҳолаш етарлича аниқ ҳисобланмайди [14, 16, 36]. Шунингдек, 1 кун ичида пайдо бўлаётган янги пуфаклар сони доимо ҳам патологик жараённи фаоллигидан дарак бермайди [14].

Харман бўйича (индекс Хармана, Harman's scoring system) баҳолаш тизими 2001 йилда таклиф қилинган бўлиб, пўрсилдоқ билан оғриган беморларда тери ва шиллик қаватларда эрозиялар миқдорини, иммуофермент таҳлили (ИФА, ИФТ) усули орқали аниқланадиган Dsg1 () ва Dsg3 () антитаналар титрини ҳисоблашга асосланган [18] (жадвал 2).

Жадвал 1.

Пўрсилдоқни оғирлик даражасини баҳоловчи клиник индекслари

Индекс	Қисқартирилган номи	Инглизча номи	Йил	Муаллифлар
Уоллеснинг тўққизлар қоидаси	Тўққизлар қоидаси	Wallace's rule of nines	1961	[43]
Шифокорнинг умумий баҳолаш шкаласи	PGA	Physician Global Assessment	1991	[17, 19, 22, 29]

Икеда бўйича пўрсилдоқда жароҳатни оғирлик даражаси индекси	Икеда индекси	Severity Index for Pemphigus Ikeda	1993, ўзгартирилга н 1997, 2000	[23]
Пўрсилдоқни жароҳат майдони ва фаоллигини баҳолаш	PAAS	Pemphigus Area and Activity Score	1998	[11]
Харман бўйича баҳолаш тизими	Харман индекси	Harman's scoring system	2001	[18]
Сарасват бўйича шилли қаватлар пўрсилдоғи учун градация тизими	Сарасват индекси	Sors- Saraswat's oral pemphigus scoring	2003	[39]
Махаджан бўйича баҳолаш тизими	MSS	Mahajan's scoring system	2005	[31]
Кумар бўйича баҳолаш тизими	KSS	Kumar's scoring system	2006	[28]
Пўрсилдоқда	PDAI	Pemphigus	2006, 2008	[34]

жароҳат майдони индекси		Disease Area Index		
Терини аутоиммун буллёз касалликларин и оғирлик даражасини баҳолаш	ABSIS	Autoimmun e Bullous Skin Disorder Intensity Score	2007	[36]
Вульгар пўрсилдоқни фаоллигини баҳолаш	PVAS	Pemphigus Vulgaris Activity Score	2013	[13]

Жадвал 2

Харман индекси

Оғирлиги		Антитаналарни титри
Оғиз шиллиқ қавати	Тери	
0 балл – тошмалар йўқ	0 балл – тошмалар йўқ	ИФТ (ИФА) усули билан аниқланадиган Dsg1 ва Dsg3 ларга антитаналар титри
1 балл - < 3 та эрозиялар	1 балл - < 5 та эрозиялар	
2 балл – 3=4 та эрозиялар	2 балл - 5=20 та эрозиялар	
3 балл - > 10 та эрозиялар	3 балл - > 20 та эрозиялар	

Аммо адабиётларда мавжуд Dsg1 ва Dsg3 ларга антитаналар титрини билан пўрсилдоқни кечишини оғирлигини корреляцияси [10, 20, 24, 40]

ҳақидаги маълумотларга кўра, бир қатор тадқиқотларда касалликни клиник манзараси антитаналар титрига мос эмаслиги кўрсатилган [4, 8, 14].

Сарасват бўйича пўрсилдоқни шиллиқ қаватлари учун градация тизими (индекс Сарасвата, Sops-Saraswat's oral pemphigus scoring) 2003 йили А. Saraswat ва ҳаммуаллифлар томонидан таклиф қилинган. Индексни ҳисоблашда оғиз шиллиқ қаватини жароҳатланишини ва овқат қабул қилишдаги дискомфортни баҳолаш таклиф қилинади. Оғиз шиллиқ қавати 11 та анатомик соҳаларга (участкаларга) бўлинади. Жароҳат соҳасида пуфаклар/эрозиялар аниқланса унга 1 балл берилади. Балларнинг умумий миқдори 0 дан (тошмалар кузатилмаганда) 11 гача (барча зоналарни жароҳатланганида) бўлиши мумкин. Иккинчи текшириладиган белги – турли хил консистенциясидаги (суюқ ва қаттиқ маҳсулотларни) 9 та турли овқатни ютишда оғриқ ва/ёки қон кечишини мавжудлиги [39].

А. Saraswat ва ҳаммуаллифлар (2003), В. Daniel ва ҳаммуаллифлар (2012) Сарасват индексини бошқа дерматозларда оғиз шиллиқ қаватларини жароҳатланиш даражасини баҳолашда қўллашни таклиф қилишган: буллёз пемфигоидда, герпетик гингивостоматитда, Стивенсон-Джонсон синдромида [14, 39].

2005 йилда таклиф қилинган Махаджанни баҳолаш тизимида (MSS – Mahajan's scoring system) тери ва шиллиқ қаватларни жароҳат ўчоғларини майдони, кундалик ҳаётда беморнинг дискомфорт даражаси ва турли консистенциядаги овқатни ютишда дисфагияни оғирлиги баҳоланади. Касалликни кечиши оғирлиги енгил, ўртача, оғир ва ўта оғир ҳолатларига классификация қилинади [2, 31, 44] (жадвал 3).

Маҳаджани баҳолаш тизими

Оғирлик даражаси	Терини жароҳати	Шиллик қаватларни жароҳати
Енгил кечиши (1+)	BSA 10%, кундалик ишларини дискомфортсиз бажариши мумкин ёки жароҳат оғиз бўшлиғини шиллик қаватида жойлашган	Ёноқлар шиллик қаватлари жароҳатланган, чайнаш ва ютиш қийинлашмаган
Ўртача кечиши (2+)	BSA 10-25%, оғиз шиллик қаватларида жароҳатлар мавжуд, кундалик ишларини дискомфортсиз бажариши мумкин	Ёноқлар, милклар, лаблар жароҳатланган, қаттиқ овқатни ютиш қийин
Оғир кечиши (3+)	BSA 25-50%, оғиз шиллик қаватларида жароҳатлар мавжуд, кундалик ишларни бажара олмайди	Оғизни шиллик қаватларини тарқалган жароҳатлари, ярим суюқ овқатни ютиш қийин
Ўта оғир кечиши (+4)	BSA 50%, оғиз шиллик қаватида жароҳатлар мавжуд, ётоқда ётибди ёки асоратлар мавжуд	Оғиз шиллик қаватларини ва бошқа шиллик қаватларни тарқалган жароҳати, суюқ овқатни ютиш қийинлашган

Бу баҳолаш тизими осон қўлланилади. Аммо унда беморни клиник ҳолатини ўзгаришларини нюансларини ҳисобга олиш имконияти бўлмайди [44].

Кумарни баҳолаш тизими (KSS, Kumar's scoring system) 2006 йили В. Kumar ва ҳаммуаллифлар томонидан таклиф қилинган. Индекс ҳисоблаш учун нисбатан енгил, у орқали пўрсилдоқни енгил, ўртача ва оғир кечишини шартли аниқласа бўлади [28] (жадвал 4). Аммо Кумарни баҳолаш тизими беморни клиник ҳолатида яққол динамикаси кузатилмаса амалий қўллашни мушкуллик чақиради.

Пўрсилдоқда жароҳат майдони индекси (PDAI, Pemphigus Disease Area Index) 2008 йили D. Murrell томонидан таклиф қилинган. Индекс қиймати терининг жароҳатини, бошни сочли қисмини, шиллик қаватлар ва иккиламчи ўзгаришларни фаоллиги балларини йиғиндисидан келиб чиқади [34].

Жадвал 4

Кумарни баҳолаш тизими

Оғизни шиллик қаватларини жароҳати	Терини жароҳати
0 балл – тошмалар йўқ	0 балл – намоён бўлиши йўқ, яъни жараён турғун ремиссия босқичида
1 балл – минимал намоён бўлган/енгил кечиши (фақат лунж, лаб, милк, тил, томоқ ёки хиқилдоқ шиллик қаватларида тошмалар)	2 балл – минимал намоён бўлиши/енгил кечиши (BSA < 10%)
2 балл – ўртача намоён бўлиш/ўртача кечиши (лунж, лаб, милк, тил, томоқ ёки хиқилдоқ шиллик қаватларида тошмалар)	2 балл – ўртача намоён бўлиш/ўртача кечиши (BSA 10-30%)
3 балл – яққол намоён бўлиш/оғир кечиши (оғизни шиллик қаватида кенг эрозиялар, 3 тадан ортиқ анатомик участкалар жалб қилинган)	3 балл – яққол намоён бўлиш/оғир кечиши (BSA > 30%)

Теридаги жароҳатни фаоллигини баҳолаш учун танани териси 12 та анатомик участкаларга ажратиш таклиф қилинган (қулоқлар, бурун, юзни бошқа соҳалари, бўйин, кўкрак, қорин, бел/думбалар, кўллар, оёқлар, товонлар, жинсий аъзолар). Ҳар бир терини участкаси (соҳаси) учун патологик жараёни фаоллиги пуфаклар ва/ёки эрозияларни сони ва диаметрини аниқлаш орқали ҳисобланади (0 дан 10 баллгача): 0 балл – патологик элементлар мавжуд эмас; 1 балл – 1-3 та элемент, бунда диаметри 2 см дан катта бўлган элемент 1 дона, диаметри 6 см катта элементлар йўқ; 2 балл – 2-3 та элемент, энг ками 2 та элементни ўлчами 2 см дан катта, 6 см диаметрдаги элементлар йўқ; 3 балл – 3 та элементдан кўп, диаметри 6 см дан катталари йўқ; 5 балл – 3 тадан элементлар кўп ва/ёки энг ками 1 та элемент диаметри 6 см дан катта; 10 балл – 3 та элементдан кўп ва/ёки энг ками 1 та элемент диаметри 16 см дан катта ўлчамга эга (ёки тотал жароҳатланиш). Кейин барча анатомик соҳалардаги баллар йиғиндиси ҳисобланади [34].

Участкадаги элементлар сони учтадан кам бўлган ҳолатларда, шундан 1 та элементни ўлчами 2 см дан катта бўлса, аммо диаметри 6 см дан катта бўлган элементлар бўлмаса, бундан элементларни сони алоҳида кўрсатилиши лозим. Бунда 1 элемент 1 баллга мос келади, 2 та элементларга – 1,3 балл, 3 элементларга 1,6 балл [14, 34].

Бошни сочли қисмини патологик жараёнини фаоллиги жароҳатланган квадрантларни (максимал қиймат 10 баллга тенг) сонига, улардаги эрозиялар ва/ёки пуфакларни мавжудлигига кўра баҳоланади: 0 балл – элементлар мавжуд эмас; 1 балл элементлар 1 квадрантда, 2 балл - 2 та квадрантда; 3 балл – 3 квадрантда; 4 балл – бошни барча майдонида; 10 балл – энг ками 1 элемент диаметри 6 см дан катта бўлиши лозим.

PDAI (тери) тери ва бошни сочли қисмидаги патологик жараёни фаоллигини умумий балларини йиғиндисидир. Жароҳатланган шиллик қаватларни фаоллигини баҳолаш учун 12 та анатомик соҳалар (кўз, бурун, лунд шиллик қавати, қаттиқ танглай, юмшоқ танглай, юқори милклар, пастки

милклар, тил, оғиз бўшлиғини туби, лаб шиллик қавати, томоқни орқа девори, анагенитал соҳа) ажратилади, ҳар бири эрозиялар ва/ёки пуфаклар сони ва ўлчами бўйича баллар ҳисобланади: 0 балл – элементлар йўқ; 1 – балл 1 элемент, 2 балл – 2-3 та элемент; 5 балл – 3 та элементдан кўп ёки 2 та элемент диаметри 2 2 см дан катта; 10 балл – барча соҳаларни жароҳатланиши.

PDAI (шиллик қаватлар) шиллик қаватларни анатомик соҳаларини балларини қўшиш йўли билан ҳисобланади.

PDAI (иккиламчи ўзгаришлар) юқорида келтирилган тери ва бошни сочли қисмини анатомик соҳалари бўйича ҳисобланади ва сўрилиб кетган тошмалар ўрнида гиперпигментациялар ёки эритемалар борлиги билан аниқланади: 0 балл – элементлар мавжуд эмас; 1 балл элементлар мавжуд.

PDAI (иккиламчи ўзгаришлар) ни максимал қиймати 13 балл.

PDAI максимал қиймати 263 баллни ташкил этади. Бунда 250 балл патологик жараённинг фаоллигига тўғри келади (120 балл – терини жароҳатига, 10 балл – бошни сочли қисмига, 120 балл – шиллик қаватларга) ва 13 балл – яллиғланишдан кейинга ўзгаришларни баҳолашга тўғри келади [2, 14, 34, 38].

PDAI нинг асосий афзаллиги турли анатомик участканинг ва уларни бўлинган зоналарини чегараларини равшан аниқлашга, шунингдек, морфологик элементларнинг сони ва ҳажмини қатъий ҳисобга олган ҳолга қаратилган, жароҳатларни кўп бўлмаган сони кўрғазмалидир [16]. PDAI ни камчилиги бўлиб, морфологик элементларни (эритема, эрозиялар ёки қалоқлар) бўлишнинг имкони йўқлиги, бу шу индексни сезувчанлигини пасайтиради [13].

Терини аутоиммун буллёз касалликларини оғирлик даражасини баҳолаш (ABSIS, Autoimmune Bullous Skin Disorder Intensity Score) 2007 йили M. Pfützte ва ҳаммуаллифлар томонидан Сарасват бўйича оғизни шиллик қаватини пўрсилдоғини градация тизимини такомиллаштириш асосида ишлаб чиқилган. ABSIS пўрсилдоқ билан касалланган беморни кечишини

динамикасини баҳолашга имкон беради [36]. Бу тизимда тери ва шиллик қаватларни жароҳатланишини оғирлик даражаси баҳоланади. Терини жароҳатланишини оғирлик даражасини баҳолаш терини жароҳат майдонини (BSA) баҳолашни ва оғирлаштирувчи коэффицентни ўз ичига олади. Терини жароҳат майдонини аниқлаш учун тўққизлар қондасидан фойдаланилади. Терини жароҳат майдони (BSA) оғирлаштирувчи коэффицентга кўпайтирилади, у пуфаклар, экссудацияли эрозиялар ва ёки Никольский симптоми, 1 - қуруқ эрозия ва 0,5 эпителизацияга учраган эрозия (яллиғланишдан кейинга эритема ва ёки гиперпигментация истисно тариқасида) мавжудлиги кузатилиб, 1,5 баллни ташкил қилади. Оғирлаштирувчи коэффицент жароҳатни тури билан аниқланади, у текширилаётган анатомик соҳада доминант бўлади [36].

ABSIS пўрсилдоқни оғиз шиллик қаватларини жароҳати оғирлиги даражасида иккита параметрлар бўйича баҳоланади: жароҳатни тарқалганлиги ва овқатни ёки суюқликни қабул қилганидаги дискомфорт даражаси бўйича. Муаллифлар жароҳатни тарқалганлигини баҳолаш учун оғиз шиллик қаватини 11 та участкага бўлишди: юқори ва пастки милклар, юқори ва пастки лаблар, ўнг ва чап лунжлар, тил, оғиз бўшлиғини туби, қаттиқ танглай ва юмшоқ танглай, томоқ. Тошмаларни шиллик қаватни ҳар бир участкасида мавжудлиги ёки йўқлигига кўра ўз навбатида 1 ёки 0 балл билан баҳоланади. Шундай қилиб, оғизни шиллик қавати жароҳат майдони 0 баллдан (тошмалар мавжуд эмас) 11 баллгача (тотал жароҳатланиш) баҳоланиши мумкин.

Оғизни шиллик қавати бошқа кўрсаткичи симптомларни оғирлигини баҳолашга ва овқатни турли хил турларини қабул қилишда дисфагияни таҳлил қилиш орқали ҳисобланади. Бу кўрсатилган шкалада озиқ моддалар суюқликдан энг қаттиқликка қараб ортиши бўйича, консистенциясига боғлиқ ҳолда тақсимланади. Оғиз шиллик қаватини жароҳати оғирлик даражаси овқат қабул қилиш билан боғлиқ оғриқни (ва ёки қон кетишини) намоён бўлиши бўйича баҳоланади. Дискомфорт омили 0; 0,5 ёки 1 баллари билан

қуйидаги мезонлар ёрдамида ифодаланади: дискомфортни йўқ, ўз навбатида оғрик/қон кетишини кам кузатилиши, оғрик/қон кетишини доимий бўлиши. Оғизни шиллик қаватларини жароҳатланиши тарқалганлиги баҳолангандаги максимал балли 11 ва дерматозни кечишини оғирлик даражасини баҳолашда 45 балл бўлади [14].



Расм 12. Оғиз шиллик қаватидаги акантолитик пўрсилдоқ ўчоғлари манзараси

ABSIS (терини жароҳати оғирлиги ва шиллик қаватларни жароҳати оғирлик даражаси йиғиндиси) бўйича балларни максимал миқдори 206 баллни ташкил қилади [36].

Оғизни шиллик қаватларини жароҳатини баҳолашда ҳам объектив, ҳам субъектив маълумотлар кўзда тутилади. Субъектив характеристикалар (масалан, овқат қабул қилинаётганда оғриқни камайиши) фақат оғиз шиллик қаватидаги жароҳатлар сони баҳоланиши пациент томонидан баҳоланади ва клиницист томонидан аниқланмаса ҳам бўлади, шу вақтни ўзида тўлиқ субъектив баҳо пациентлар эътибори симптомларга (масалан, оғиз шиллик қаватидаги оғриқли сезгилар) тортади, клиницист учун аҳамиятли теридаги жароҳатлар кирмайди. Шундай қилиб, субъектив ҳамда объектив клиник диагностикани бирга келиши ABSIS га бошқа баҳолаш тизимларига

солиштирилганда афзаллик беради. Бундан ташқари, тахмин қилинишича, ABSIS бир қатор оғир кечувчи бошқа аутоиммун буллёз дерматозларда, масалан буллёз пемфигоид ва буллёз эпидермолизда ҳам қўлланиши мумкин [27].

Вульгар пўрсилдокни фаоллигини баҳолаш (PVAS, Pemphigus Vulgaris Activity Score) С. Chams-Davatchi раҳбарлигидаги Эронлик бир гуруҳ тадқиқотчилар томонидан 2013 йилда таклиф қилинган [13]. Муаллифларнинг фикрича, бу индекс касалликни оғирлик даражасини тезда баҳолашга имкон беради. PVAS кўрсаткичи тери қопламини жароҳатини тури, миқдори, тери ва шиллик қаватлардаги жароҳатлардаги элементларни тарқалганлиги ҳамда Никольский симптомини мавжудлигига боғлиқ [13].

PVAS баллари қуйидагича ҳисобланади.

1. PVAS (тери) = a (b + c + d):

а) тери қопламини жароҳат тури: пуфак – 1 балл, қалоқ – 0,5 балл, пигментацияни бузилиши – 0 балл;

б) жароҳат элементларини миқдори: 20 тадан ортиқ пуфаклар (диаметри ўртача 1 см) – 2 балл, 20 та ва ундан кам пуфаклар – 1 балл;

в) жароҳат соҳасидаги элементларни тарқалганлиги (ҳар бир анатомик соҳаларда элементлар аниқланганда 1 балл): бошни сочли қисми, юзда, бўйинда, танада, қўл-оёқларда (ҳар бир оёқ-қўлда элемент мавжуд бўлса 1 балл);

г) Никольский симптоми: соғлом кўринган терида – 1 балл, пуфаклар ва/ёки эрозиялар яқинида – 0,5 балл, манфий симптом – 0 балл.

PVAS (тери) балларини максимал қиймати 11 баллни ташкил қилади.

2. PVAS (шиллик қаватлар) = a (b + c):

а) шиллик қаватларни зароҳатланиш тури: пуфак – 1 балл, эрозия – 0,5 балл, жароҳатларни йўқлиги – 0 балл;

б) жароҳатни элементларини миқдори: 2 пуфакдан кўп - 2 балл, 1-2 пуфаклар – 1 балл;

в) шиллик қаватларда жароҳат элементларини тарақалганлиги (ҳар бир анатомик соҳаларда элементларни топилишида 1 баллдан): оғиз бўшлиғи ва/ёки томоқ, кўз, юқори нафас олиш йўллари, анус, гениталий соҳаларда.

PVAS (шиллик қаватлар) индексини балларини максимал сони 7 ни ташкил қилади.

PVAS ни умумий индекси баҳоланади:

$PVAS (\text{умумий}) = PVAS (\text{тери}) + PVAS (\text{шиллик қаватлар})$.

PVAS (умумий) максимал қиймати 18 баллни ташкил этади [13].

Пўрсилдоқни кечишини оғирлик даражасини баҳоловчи индексларни солиштирма баҳолаш

Бир неча йиллар давомида пўрсилдоқни кечишини оғирлигини баҳоловчи турли хил индексларни ишончлиги, қўлланиши ва такрорланувчанлиги бўйича тадқиқотлар олиб борилди [1, 5, 6, 13, 26, 34, 35, 37, 38, 44]. Пўрсилдоқни кечишини оғирлигини баҳолаш учун энг ишончли кўрсаткичлар ABSIS, PDAI, PVAS индекслари эканлиги намойиш қилинди.

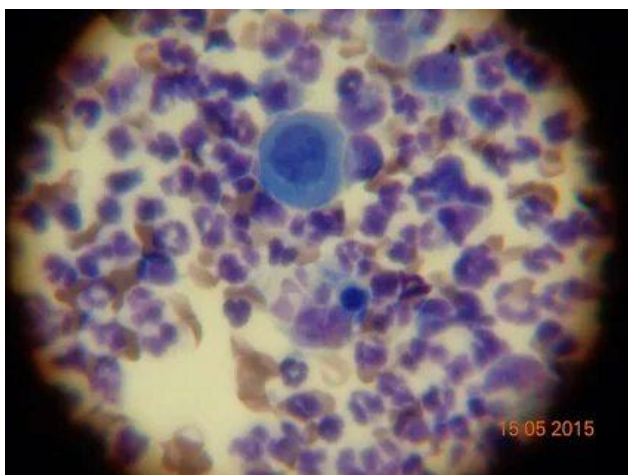
2009 йилда ўтказилган М. Rosenbach ва ҳаммуаллифларнинг тадқиқотларида ABSIS ва PDAI индексларидан клиник амалиётда фойдаланиш ва PGA индекси билан уларни қийматларини корреляция қилиниши мақсадга мувофиқлиги ўрганилган. Келтирилган шкалалар билан баҳолаш 10 нафар шифокор томонидан 15 нафар пациентда ўтказилган. ABSIS ва PDAI индексларини мунтазам амалиётда фойдаланиш учун ўта мураккаб сифатида шифокорлар томонидан баҳоланган. ABSIS индексини ҳисоблаш учун ўртача вақтни сарф қилиш $3,9 \pm 0,18$ дақиқани, PDAI да – $4,7 \pm 0,18$ дақиқани, PVAS да – $3,1 \pm 0,2$ дақиқани ташкил қилган [38]. PDAI ва PGA қийматларини корреляцияси ўртача 0,6 ни ташкил қилган бўлса, ABSIS ва PGA учун бу кўрсаткич 0,43 га тенг бўлган [38].

C. Chams-Davatchi ҳаммуаллифларнинг (2013) тадқиқотида PVAS ва PGA индекслари ўртасида (0,751) кучли корреляция аниқланган [13, 37].

Ю. В. Колос ва ҳаммуаллифлар (2013) PDAI, ABSIS ва PGA индекслари орасида боғлиқликни ўрганишган. Шифокорнинг умумий баҳоси PGA шкаласи билан PDAI ва ABSIS индексини ассоциацияси таҳлил қилинганда кучли тўғри, статистик муҳим корреляцион боғлиқлик PGA шкаласи билан PDAI ва ABSIS индекслари ўртасида аниқланган, янада яққол индекслар ассоциацияси PDAI ва PGA орасида ABSIS ва PGA ассоциациясига нисбатан бўлгани кузатилган. Аммо бу тадқиқот фақат касалликни енгил ва ўрта оғирликдаги шакллари билан оғриган беморларда ўтказилган [5].

Кейинчалик PDAI индексини сезувчанлигини, ўзига хослигини (спецификлигини) ва такрорланувчанлигини аниқлаш учун яна иккита тадқиқот ўтказилди. К. Kamiya ва ҳаммуаллифлар (2013) томонидан ўтказилган тадқиқотда 19 нафар пўрсилдоқ билан оғриган беморларда PDAI индекси ва Dsg3 антитаналари титри ўртасида тўғри корреляция аниқлашган [26].

А. Patsatsi ва ҳаммуаллифлар (2014) пўрсилдоқ билан оғриган пациентларда PDAI, ABSIS қийматлари ҳамда Dsg1 ва Dsg3 антитаналари титри қарамлиги текширилди. Кўрсатилишича, тери жароҳатлари бўлган беморларда ҳамда тери ва шиллик қаватлар биргаликда жароҳатланган пациентлар индекслари қийматлари Dsg1 антитана титри билан корреляция қилган, аммо уларни фақат шиллик қаватлари жароҳатланган беморларда Dsg3 га антитаналарни даражаси билан боғлиқлиги аниқланмаган [35].



Расм 10. Чин пўрсилдоқдаги акантолитик хужайра

Z. Rahbar ва ҳаммуаллифларнинг (2014) тадқиқотида 100 нафар пўрсилдоқ билан оғриган беморларда касалликни кечиш оғирлигини PDAI, ABSIS ва PVAS шкалалари бўйича уч нафар мустақил дерматолог баҳолашган. Вульгар пўрсилдоқни кечишини оғирлик даражасини баҳолашда PDAI индекси энг ишончли бўлиб, PVAS индекси энг пастидир [37].

C. Zhao ва ҳаммуаллифлар пўрсилдоқ билан оғриган европа (оврупа) популяцияси текширилганида аниқлашича, PDAI ва ABSIS индекслари пўрсилдоқни кечишини оғирлик даражасини баҳолаш учун энг ишончли ва қулайидир [44].

Пўрсилдоқни ривожланиш механизмини ўрганишдаги муваффақиятларга, диагностик мезонларни ва даволаш схемаларини ишлаб чиқарилиш қарамай, касалликни оғирлигини баҳолаш ягона тизими мавжуд эмас. Пўрсилдоқни клиник кўринишларини сезиларли хилма-хиллиги туфайли терининг ва/ёки шиллиқ қаватларининг зарарланишини баҳолаш тизимини ишлаб чиқиш зарур бўлиб, у касалликнинг турли хил симптомларини (белгиларини) акс эттириши мумкин бўлган бир қатор параметрларни ҳисобга олади.

Сўнги 20 йил давомида турли мамлакатларнинг олимлари оғир аутоиммун буллёз дерматоз – пўрсилдоқнинг оғир кечишини баҳолаш учун бир қатор индексларни таклиф қилишди [6]. Пўрсилдоқни оғирлигини баҳолаш учун кўп сонли индексларга қарамасдан, уларнинг ҳеч бири умуман дунё ҳамжамиятида тан олинмаган. Аутоиммун буллёз дерматозларнинг оғирлигини баҳолаш учун индексларни ишлаб чиқиш ва тасдиқлаш мутахассисларнинг халқаро ҳамкорлиги доирасида амалга оширилади. Ҳозирги кунда клиник амалиётда энг таниқли ва фойдаланиш учун қулай бўлганлар тан олинган: пўрсилдоқда жароҳат майдони индекси (PDAI), терини аутоиммун буллёз касалликларини оғирлигини балли баҳолаш (ABSIS), вульгар пўрсилдоқни фаоллик индекси (PVAS) ва шифокорни умумий баҳолаш шкаласи (PGA).

Бир қатор тадқиқотларда пўрсилдоқни ABSIS, PDAI, PVAS клиник индексларини бир бири билан корреляциясини кўрсатилган [13, 34, 36]. Аммо текширилаётган пациентларнинг контингентда асосан касалликнинг енгил ва ўртача оғирлиги бўлган пўрсилдоқли беморлар киритилди, бу қиёсий тадқиқотларни натижаларини изоҳлашни, интерпретациясини қийинлаштиради, мураккаблатиради.

Бир қатор хорижий тадқиқотчилар, шу жумладан РФ олимлари пўрсилдоқнинг оғирлигини баҳолаш учун ягона воситани ишлаб чиқиш учун касалликнинг оғирлиги ҳар хил бўлган пўрсилдоқли кўплаб беморларни камраб оладиган етакчи индексларни аниқлаш учун дерматовенеролог-мутахассислар томонидан клиник тадқиқотларни ўтказиш мақсадга мувофиқдир, деб ҳисоблайдилар [6]. Ўзбекистонда ҳам пўрсилдоқни диагностикасида ҳамда уни терапиясини самарасини аниқлашда ёрдам берадиган индекслардан, шкалалардан дерматолог-мутахассисларнинг кенг фойдаланиши мақсадга мувофиқ бўлади деб ҳисоблаймиз.

АДАБИЁТЛАР

1. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. М, Медицинская книга. 2004: 164. [Adaskevich V.P. Diagnostic codes in dermatology. Moscow, medical books. 2004: 164.]
2. Адаскевич В.П. Диагностические индексы в дерматологии. М: Изд-во Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний 2014; 352. [Adaskevich V.P. Diagnostic indexes in dermatology. M: Publishing Panbllov BINOM. Knowledge Laboratory 2014; 352.]
3. Адаскевич В.П. Количественная оценка степени тяжести дерматозов. Дерматология 2014; 2: 24-31. [Adaskevich V.P. Quantitative assessment of the severity of dermatoses // Dermatology 2014; 2: 24-31.]
4. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 т. Вольф К., Голдсмит Л.А., Кац С.И. и др. Пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А. Кубановой. М: Изд-во Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний 2012; 1; 550-511. [Fitzpatrick's dermatology in general medicine: v 3 t. Wolff K., Goldsmith L.A., Katz S.I. et al. Per. s angl.; obshh. red. akad. A.A. Kubanovoj. M: Izdatel'stvo Panfilova; BINOM. Laboratorija znaniy 2012; 1; 550-511.]
5. Колос Ю.В., Лукьянов А.М. Использование клинических индексов для оценки степени тяжести течения пузырчатки. медицинская панорама. // Рецензируемый научно-практический журнал для врачей 2013; 1: 69-74. [Kolos YU.V., Luk'yanov A.M. Using clinical indices to evaluate the degree of severity of pemphigus. Medical panorama of peer-reviewed scientific journal for doctors 2013; 1: 69-74.]
6. Кубанов А.А., Абрамова Т.В. Применение клинико-диагностических индексов в оценке тяжести пузырчатки (сравнительный анализ). // Вестник дерматологии и венерологии 2016; (3): 36-45. [Kubanov A.A., Abramova T.V. Using clinical and diagnostic indices to assess the severity of pemphigus (a comparative analysis). Vestnik Dermatologii i Venerologii 2016; 3: 36-45.]
7. Кубанов А.А., Абрамова Т.В. Современные методы терапии истинной акантолитической пузырчатки. // Вестн дерматол венерол 2014; 4: 19-27.

[Kubanov A.A., Abramova T.V. Current methods of treatment of true acantholytic pemphigus. J Dermatol Venereol 2014; 4: 19-27.]

8. Кубанов А.А., Знаменская Л.Ф., Абрамова Т.В., Свищенко С.И. К вопросам диагностики истинной акантолитической пузырчатки. // Вестн дерматол венерол 2014; 6: 121-130. [Kubanov A.A., Znamenskaya L.f., Abramova T.V., Svishchenko S.I. Revisited diagnostics of true (acantholytic) pemphigus. J. Dermatol. Venereol. 2014; 6: 121-128.]

9. Кубанова А.А., Карамова А.Э., Кубанов А.А. Поиск мишеней для таргетной терапии аутоиммунных заболеваний в дерматологии. // Вестн росс акад мед наук 2015; 70 (2): 159-164. [Kubanov A.A., Karamova A.E., Kubanov A.A. Search targets for targeted therapy of autoimmune diseases in dermatology. Vestn ross akad i medi nauk 2015; 70 (2): 159-164.]

10. Свирщевская Е.В., Матушевская Е.В., Дзуцева И.Р., Марченко А.Н., Лысенко А.А. Разработка иммуноферментной тест-системы на основе дрожжевого рекомбинантного десмоглеина 3 для серодиагностики вульгарной пузырчатки. // Вестн дерматол венерол 2005; 3: 4-10. [Svirshchevskaya E.V., Matushevskaya E.V., Dzutseva I.R., Marchenko A.N., Lysenko A.A. et al. Development of enzyme immunoassay for serodiagnosis of pemphigus vulgaris using yeast recombinant desmoglein 3. Vestn Dermatol Venerol 2005; 3: 4-10.]

11. Agarwal M., WaliaR., Kochhar A.M., Chander R. Pemphigus Area and Activity Score (PAAS)-a novel clinical scoring method for monitoring of pemphigus vulgaris patients. Int J Dermatol 1998; 37 (2): 158-160.

12. Benchikhi H., Nani S., Baybay H. et al. Pemphigus: use of the Japanese severity index in 56 Moroccan patients. Pan Afr Med J 2013; 16: 96.

13. Chams-Davatchi C., Rahbar Z., Daneshpazhooh M., Mortazavizadeh S.M., Akhyani M., Esmaili N., Balighi K. Pemphigus vulgaris activity score and sssessment of convergent validity. Acta Med Iran 2013; 51 (4): 224-230.

14. Daniel B.S., Hertl M., Werth V.P. et al. Severity score indexes for blistering diseases. Clin Dermatol 2012; 30 (1): 108-113.

15. Grando S.A. Pemphigus autoimmunity: Hypotheses and realities. *Autoimmunity* 2012; 45: 7-35.
16. Grover S. Scoring systems in pemphigus. *Indian J Dermatol* 2011; 56: 145-149.
17. Guzzo C.A., Weiss J.S., Mogavero H.S. et al. A review of two controlled multicenter trials comparing 0.05% halobetasol propionate ointment to its vehicle in the treatment of chronic eczematous dermatoses. *J Am Acad Dermatol* 1991; 25 (6), Pt 2.: 1179-1183.
18. Harman K.E., Seed P.T., Gratain M.J., Bhogal B.S., Challacombe S.J., Black M.M. The severity of cutaneous and oral pemphigus is related to desmoglein 1 and 3 antibody levels. *Br J Dermatol* 2001; 144 (4): 775-780.
19. Heald P., Mehlmauer M., Martin A.G., Crowley C.A., Yocum R.C., Reich S.D. Topical bexarotene therapy for patients with refractory or persistent early-stage cutaneous T-cell lymphoma: results of the phase III clinical trial. *J Am Acad Dermatol*. Elsevier 2003; 49 (5): 801-815.
20. Herrero-González J.E., Iranzo P., Benítez D. et al. Correlation of immunological profile with phenotype and disease outcome in pemphigus. *Acta Derm Venereol* 2010; 90 (4): 401-405.
21. Hertl M., Jedlickova H., Karpati S., Marinovic B., Uzun S., Yayli S., Mimouni D., Borradori L., Feliciani C., Ioannides D., Joly P., Kowalewski C., Zambruno G., Zillikens D., Jonkman M.f. Pemphigus. S2 Guideline for diagnosis and treatment — guided by the European Dermatology forum (EDf) in cooperation with the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *J. Eur. Acad Dermatol Venereol* 2015; 29 (3): 405-414.
22. Hundley J.L., Carroll C.L., Lang W. et al. Cutaneous symptoms of dermatomyositis significantly impact patients' quality of life. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54 (2): 217-220.
23. Ikeda S., Imamura S., Hashimoto I., Morioka S., Sakuma M., Ogawa H. History of the establishment and revision of diagnostic criteria, severity index and

therapeutic guidelines for pemphigus in Japan. *Arch Dermatol Res* 2003; 295, Suppl 1: 12-16.

24. Ishii K., Amagai M., Hall R.P. et al. Characterization of autoantibodies in pemphigus using antigen-specific enzyme-linked immunosorbent assays with baculovirus-expressed recombinant desmogleins. *J Immunol* 1997; 159(4): 2010-2017.

25. Kalra S. Assessment of burn area: Can we be more objective? *Burns* 2006; 32 (1): 134.

26. Kamiya K., Aoyama Y., Shirafuji Y. et al. A higher correlation of the antibody activities against the calcium-dependent epitopes of desmoglein 3 quantified by ethylenediaminetetraacetic acid-treated enzyme-linked immunosorbent assay with clinical disease activities of pemphigus vulgaris. *J Dermatol Sci* 2013 (Jun); 70 (3): 190-195.

27. Kautz O., Hertl M., Sticherling M., Zillikens D., Bruckner-Tuderman L. Results of a survey of German dermatologists on the therapeutic approaches to pemphigus and bullous pemphigoid. *J Dtsch Dermatol Ges* 2009; 7: 227-233.

28. Kumar B., Arora S., Kumaran M.S. et al. Study of desmoglein 1 and 3 antibody levels in relation to disease severity in Indian patients with pemphigus // *Ind J Dermatol Venereol Leprol Medknow Publications* 2006; 72 (3): 203.

29. Langley R.G., Ellis C.N. Evaluating psoriasis with Psoriasis Area and Severity Index, Psoriasis Global Assessment, and Lattice System Physician's Global Assessment. *J Am Acad Dermatol* 2004; 51 (4): 563-569.

30. Livingston M.D., Edward H., Lee, B.S. Percentage of Burned Body Surface Area Determination in Obese and Nonobese Patients. *J Surg Res* 2000; 91 (2): 106-110.

31. Mahajan V.K., Sharma N.L., Sharma R.C., Garg G. Twelve-year clinico-therapeutic experience in pemphigus: a retrospective study of 54 cases. *Int J Dermatol* 2005; 44 (10): 821-827.

32. Martin L.K., Werth V., Villanueva E., Segall J., Murrell D.f. Interventions for pemphigus vulgaris and pemphigus foliaceus. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; (1): CD006263.
33. Mortazavi H., Kiavash K., Esmaili N., Chams-Davatchi C. Correlation of pemphigus vulgaris antibody titers by indirect immunofluorescence with activity of disease based on Pemphigus Area and Activity Score (PAAS). *Acta Medicum Iran* 2008; 46 (3): 559-564.
34. Murrell D.F., Amagai M., Werth V.P. Scoring systems for blistering diseases in practice: why bother, and which one should you use? *JAMA dermatology*. American Medical Association 2014; 150 (3): 245-247.
35. Patsatsi A., Kyriakou A., Giannakou A. et al. Clinical significance of anti-desmoglein-1 and -3 circulating autoantibodies in Pemphigus Patients Measured by Area Index and Intensity Score. *Acta Derm Venereol* 2014; 94 (2): 203-206.
36. Pfützte M., Niedermeier A., Hertl M., Eming R. Introducing a novel Autoimmune Bullous Skin Disorder Intensity Score (ABSIS) in pemphigus. *Eur J dermatology* 2007; 17: 4-11.
37. Rahbar Z., Daneshpazhooch M., Mirshams-Shahshahani M. Pemphigus disease activity measurements: pemphigus disease area index, autoimmune bullous skin disorder intensity score, and pemphigus vulgaris activity score. *JAMA dermatology* 2014; 150 (3): 266-272.
38. Rosenbach M., Murrell D.f., Bystryrn J.C. et al. Reliability and convergent validity of two outcome instruments for pemphigus. *J Invest Dermatol* 2009 (Oct); 129 (10): 2404-2410.
39. Saraswat A., Bhushan K., India C. A new grading system for oral pemphigus. *Int J Dermatol* 2003; 42 (5): 413-414.
40. Schmidt E., Zillikens D. Modern diagnosis of autoimmune blistering skin diseases. *Autoimmun Rev* 2010; 10: 84-89.
41. Tamgadge S., Tamgadge A., Bhatt D.M., Bhalerao S., Pereira T. Pemphigus vulgaris. *Contemp Clin Dent* 2011; 2: 134-137.

42. Tjokrowidjaja A., Daniel B.S., Frew J.W. The development and validation of the treatment of autoimmune bullous disease quality of life questionnaire, a tool to measure the quality of life impacts of treatments used in patients with autoimmune blistering disease. *Br J Dermatol* 2013 Nov; 169 (5): 1000-1006.
43. Wallace A.B. The exposure treatment of burns. *Lancet*. 1951; 1: 501-504.
44. Zhao C.Y., Murrell D.F. Outcome measures for autoimmune blistering diseases. *J Dermatol* 2015 Jan; 42 (1): 31-36.

Мавзу бўйича вазиятга оид масалалар

Вазиятга оид масала 1

Поликлиника шифокор-хирургга 14 ёшли қизалоқни онаси шикоят қилиб келди. Қизалоқда охириги 2 ойдан бери ббош оғриғи, ҳолсизлик, тана ҳароратини сабабсиз фебрил даражаларгача кўтарилиши кузатилган. Бир ой атрофида жисмоний тарбия дарсида йиқилиб тушган ва шундай бери тиззасида оғриққа шикоят қила бошлаган. Беморни тизза бўғимлари шифокор томонидан кўрилганда объектив ўзгаришлар аниқланмади. Шифокор бу паологияни шикастланиш билан боғлаган ва физиотерапевтик даволанишни тавсия қилган. УВЧ терапиясини 3 сеанс олганидан сўнг қизалоқни ҳолати ёмонлашган. Лунжларини терисида эритематоз тошмалар пайдо бўлган, бармоқларни фалангалар орасидаги бўғимлар оғрий бошлаган ва шишган, тана ҳарорати $38,4^{\circ}$ С га кўтарилган. Қизалоқ стационарга даволаниш учун юборилган.

Бемор қизни стационардаги ҳолати ўртача оғирликда. Териси оқарган, куруқлашган, юзини лунж ва бурун соҳасида ёрқин пушти рангли эритема, кафтларида капиллярит кузатилмоқда. Оғиз шиллиқ қаватида ягона афта аниқланди. Бармоғини барча бўғимларида оғриқ ва шиш мавжуд. Лимфатугунларни барчаси катталашган. Юрак тонлари пасайган, юрак уриши чатотаси минутада 105 та. Жигар қобурға остида 3 см га чиқиб турибди.

Умумий қон таҳлили: Нв – 85 г/л; эритроцитлар – $3,1 \times 10^{12}$ /л; ретикулоцитлар – 10%; тромбоцитлар – 96×10^9 ; лейкоцитлар – $3,8 \times 10^9$ /л, п/я – 10 %, с/я – 58 %, эозинофиллар – 1%, лимфоцитлар – 25 %, моноцитлар – 6 %; СОЭ – 35 мм/соатига.

Умумий сийдик таҳлили: меъёрдаги сийдик чўкмасида оқсил 0,66% ни ташкил қилади.

Саволлар:

1. Қайси касаллик ҳақида тахмин қилса бўлади?
2. Диагнозни тасдиқлаш учун қайси текширишни ўтказиш лозим?
3. Сизни тактикангиз.

Жавоблар:

1. Тизимли (системали) қизил волчанка.
2. Қонни LE-ҳужайрага текшириш керак.
3. Ревматолог консултацияси керак. Ревматология бўлимига стационар давога юборилади.

Вазиятга оид масала 2.

Дерматология бўлимига 13 ёшли қиз “Ўткир дерматит” диагнози билан ётқизилди. 2 ҳафта олдин касал бўлиб қолган. Лоҳаслик, ҳолсизлик, тана ҳароратини бир неча марта $38,0^{\circ}$ С даражага кўтарилгани кузатилган. Госпитализация бўлиш кунлари юзда шиш, диурезни пасайиши, сийдикни “гўшт ювиндиси” ранги кўринишига келиши аниқланган.

Бемор дерматология бўлимига келганида териси оқиш, куруқ. Оғиз шиллиқ қаватида афтоз гингивостоматит. Қовоклар шишган. Полилимфоаденопатия кузатилмоқда. Юрак товушлари ритмик, пульс – минутига 94 та. Қорни юмшоқ, оғриқсиз, жигар қобурғадан 2 см пастга чиқиб турибди. Диурез пасайган.

Умумий қон таҳлили: Нв – 105 г/л; эритроцитлар – $3,3 \times 10^{12}$ /л; ретикулоцитлар – 10%; тромбоцитлар – 141×10^9 ; лейкоцитлар – $4,9 \times 10^9$ /л, п/я – 2 %, с/я – 58 %, эозинофиллар – 6%, лимфоцитлар – 28%, моноцитлар – 9%; СОЭ – 41 мм/соатига.

Умумий сийдик таҳлили: оқсил - 0,33%, лейкоцитлар – кўз майдонида 3-5 та, эритроцитлар кўз майдонида – 40-50 та.

Беморга ётиб даволаниш, диета, пенициллин мускул орасига, умумий давога қўшилиб буюрилди.

Даволашнинг 3-куни қизчанинг аҳволи ёмонлашди. Тана ҳарорати $39-40^{\circ}$ С га кўтарилди. Терисида ёрқин рангдаги доғли-папулалар тошмалар, юзда эса “капалак”ни эслатувчи эритематоз тошмалар симметрик кўринишда пайдо бўлди. Йўтал, нафас олишни қийинлашиши беморни безовта қила бошлади. Аускультацияда ўпкада нафас олишнинг секинлашиши, нафас олишни частотаси – минутига 80 та, нафас қисиши; юракни перкутор чегараларини чапга кенгайгани, юрак чўққисида систолик шовқин, тахикардия, юрак қисқаришларини частотаси – минутига 90 та. Қон босими – 140/85 мм сим. (рт.) уст (ст).

Қайта текширилганида: Умумий қон таҳлили: Нв – 80 г/л; эритроцитлар – $2,8 \times 10^{12}$ /л; ретикулоцитлар – 12%; тромбоцитлар – 95×10^9 ; лейкоцитлар – $3,5 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 63 %, эозинофиллар – 6%, лимфоцитлар – 32%, моноцитлар – 7%; СОЭ – 55 мм/соатига.

Умумий сийдик таҳлили: лейкоцитлар – кўз майдонида 20 та, эритроцитлар кўз майдонида 40-50 та, цилиндрурия.

Суткали сийдикда: оқсил – 1,2 г/сут.

Саволлар:

1. Сизнинг диагнозингиз.
2. Қайси текширишни ўтказиш керак.
3. Қайси мутахассиснинг маслаҳати керак.

Жавоблар:

1. Тизимли (системали) қизил волчанка.
2. LE-хужайрасига текшириш. Умумий қон текширишга.
3. Ревматолог консультацияси лозим.

Вазиятга оид масала 3.

Дерматология диспансерига 16 ёшли қиз холсизлик, озиб кетиш, бўғимларни ҳаракатчанлигини чегараланганлигига, тана ҳароратини ортишига шикоят қилиб ота-онаси билан келди.

Анамнездан маълум бўлдики, ангина ва ЎРВИ билан кўп оғрийдиган кизалоқни 11 ёшида вақти-вақти билан кафт бармоқларида оқариш ва музлаш кузатилиб турган. Касаллик Рейно касаллиги деб ҳисобланган, аммо керакли терапия ўтказилишига қарамай ҳолати ёмонлашишда давом этган. 15 ёшида менструал цикл бошланганидан сўнг озишни бошлаган, вақти-вақти билан субфебрилитет, мускулларни проксимал гуруҳида заифлик, бўғимларда ҳаракатларида чегараланганлик юзага келди. Жиғилдон қайнашига (зардага), вақти вақти билан дисфагияга шикоят қилмоқда.

Кўрилганда. Беморни аҳволи оғир, кахексия кузатилмоқда. Терини эластиклигини пасайиши ва зичлашишини ортиши кузатилиб, уларни бурмаларга олиш имкони йўқ, тери қуруқ, ялтираган. Қўл, оёқ, юз, бадан терисида гиперпигментация ва атрофия ўчоғлари аниқланади. Оғиз атрофида радиар бурмалар бўлиб, улар сабабли уни ёпиш қийин, амимия мавжуд. Бўғимлар текширилганда уларни қийин ҳаракати, қўл бармоқларини ингичкалашиши, ўнг тизза бўғиминида эгилиш контрактураси аниқланади.

Нафас қисилиши аралаш характерда, нафас олиш частотаси минутига 20 та, аускультацияда нафас олиш қаттиқ. Юрак перкуссияси қилинганда – юракни хиралигини нисбий чегаралари иккала томонга кенгайганлиги, аускультацияда эса юрак тонлари буғиқлиги, юрак чўққисида систолик шовқин, юрак қисқаришларини частотаси минутига 100 талиги аниқланди. Қон босими 140/100 мм рт. устун. Қорин юмшоқ, жигар қовурғани пастки ёйдан 1 см пастда. Ўртача даражадаги гепатомегалия.

Умумий қон таҳлили: Нв – 110 г/л; эритроцитлар – $2,7 \times 10^{12}$ /л; тромбоцитлар – 193×10^9 ; лейкоцитлар – $6,3 \times 10^9$ /л, п/я – 1%, с/я – 62 %, эозинофиллар – 7%, лимфоцитлар – 31%, моноцитлар – 8%; ЭЧТ – 22 мм/соатига.

Умумий сийдик таҳлили: нисбий зичлиги – 1010, оқсил – 0,099%, лейкоцитлар кўз майдонида 3-5 та, эритроцитлар кўз майдонида 2 та.

ЭКГ: атриовентрикуляр ўтказувчанликни қисқариши, миокард ишемиясини белгилари. Кўкрак қафаси органларини (аъзоларини) компьютер томографияси: ўпкани асосан базал ва субплеврал бўлимлари интерстицияларини бўлақлараро ва бўлақлар ичидаги тўрсимон-тугунсимон коронариллашиши.

Қизилўнгачни барий билан рентгенограммаси: қизилўнгачни дилатацияси.

Қонда ядроли топоизомераза анти-Scl-70 га специфик аутоантитаналарни аниқланиши.

Саволлар:

1. Диагнозни қўйинг ва асослаб беринг.
2. Диагностик критерийларни санаб беринг. Қайси бири беморда мавжуд?
3. Қандай даволаш усулларини қўллаш лозим?

Жавоблар.

1. Ювенил системали склеродермия.
2. Диагностик критерийлар:

3. ГКС, делагил ёки плаквенил, вазоактив ва қон томирларни кенгайтирувчи воситалар (трентал, никотин кислотаси), ферментлар (лидаза) ва б.

Вазиятга оид масала 4.

Болалар шифохонасини Реанимация бўлимига 8 ёшли қизалоқ ўткир нафас етишмаслиги билан ётқизилди.

Биринчи госпитализация бўлган стационардан берилган чиқарув эпикризида кўрсатилишича, қизалоқ 3 ёшидан бери ангина билан оғриб келади. 23 ойча илгари, ота-онаси билан жанубдаги мамлакатлардан бирида бўлиб, қайтиб келгач, бўғимларда, мускулларда оғриқлар, субфебрилитет, юқори қовоқларда шишли эритема, тирсак ва тиззаларни бўғимларида юзаларида эритема, мускулларда заифлик келиб чиққан ва беморни тўлик ҳаракатини чегараланишига олиб келган. Биринчи госпитализациясида, тери ва мускуллар патологиясидан ташқари, бемор текширилганида кардиомегалия, тахикардия, гепатомегалия, лаборатор текширишда умумий қон таҳлилида ЭЧТ тезлашиши, қонни биокимёвий текширишда АлАт, АсАт, ЛДГ, КФК кўрсаткичлари ортиши аниқланган. Ўтказилган терапияга қарамай қизчанинг ҳолати ёмонлашаверган, ютунишда қийинчилик ва нафас олишда бузилишлар пайдо бўлган. Реанимация бўлимига ўтказилишидан 1 соат олдин нафас олишни тўхташи кузатилган.

Реанимация бўлимидага кўрувда. Бемор қизни тана оғирлиги пасайган, яққол мушакларда кучсизлик (бошини болишдан кўтара олмайди, ўтира ва тура олмайди), периорбитал шиш ва гиперемия, бармоқ бўғимлари юзасида эритема, елка, юз терисида мармарсимонлик, проксимал мускуллар гуруҳида зичлашиш ва оғриқлар, димоғда гапириш, томоқда тикилиш, овқатланиш вақтида бурун орқали суюқликни оқиб чиқиши кузатилади. Ўпкаларни экскурсияси кескин пасайган. 1 минутдан кейин шилимшиқ тортиб олинган ва реанимацион тадбирлар ўтказилган нафас олиш тикланди.

Саволлар.

1. Диагностик шакллантиринг.
2. Касалликни диагностик критерийларини санаб беринг.
3. Қайси сабаблар касалликни кўзиган бўлиши мумкин.
4. Қандай даво қўлланиши мумкин

Жавоблар.

1. Ювенил дерматомиозит.
2. Диагностик критерийлар.
3. Юқорида келтирилган.
4. ГКС, қон томирларни фаолиятини яхшиловчи ва б.

Вазиятга оид масала 5.

Бемор 47 ёшда. Шикоятлари: заифликка, тана оғирлигини 10 кг пасайишига, бироз жисмоний юқда нафас қисиши, қўлларни, кўкрак

кафасини терисида тортилиш ҳисси, қўл бармоқларини оқариши хуружлари, йирик бўғимларда ва бармоқларни майда бўғимларида оғриқларга.

Объектив кўрилганда: юз никобсимон, қўлларни терисида индуратив ўчоғлар билан бирга атрофия участкалари, “қуш кафти” симптоми мусбат, қўл бармоқларининг қисқариши ва деформацияси. Қўл кафтлари совуқ, рангпар.

Ўпкада қаттиқ нафас олиш, тарқоқ пневмосклеротик хириллаш, нафас олиш частотаси минутига 20 та, юрак тонлари бўғиқ, тўғри ритмда, юрак уриши минутига 70 та, АБ 110/70 мм симоб устини. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигар қовурға ёйи бўйлаб жойлашган. Умумий қон таҳлили: Эритроцитлар – 3,5 млн, НВ – 105 г/л, лейкоцитлар – 5,4 мингта, ЭЧТ – 24 мм/соатига. Қонни биокимёвий таҳлили: СРБ++, фибриноген 5,2 г/л, умумий оқсил 90 г/л.

Саволлар.

1. Сизни дастлабки диагнозингиз.
2. Қайси мутахассисларни консултацияси керак.
3. Даволаш принципларини аниқланг.

Жавоб №5.

1. Системали склеродермия, 3-босқичи, 2-даражали фаоллиги. Рейно синдроми, склеродактилия, полиартралгия, диффуз пневмосклероз, НЕ 2, миокардиосклероз СЮЕ 2а.
2. Ревматолог, пульмонолог, кардиолог, нефролог ва б.
3. ГКС, ферментлар (лидаза, ронидаза ва б.), вазоактив ва қон томирларни кенгайтирувчи воситалар (трентал, никотин кислотаси), метаболик воситалар, анемияни, нафас олишни ва юрак етишмовчилигини даволаш.

Вазиятга оид масала 6.

50 ёшли Н. исмли аёл, қўл кафтларидаги оғриқа, “қўлларини совқатишига”, тизза, товон-болдир, билак бўғимларида даврий равишда оғриққларга, вақти-вақти билан жиғилдон қайнашига (зардага), овқат ютишни бузилишига шикоят қилди.

Объектив кўрилганда: юз никобсимон кўринишда, кафт ва билакда бир нечта пигментли ўчоғлар, “қуш кафти” симптоми мусбат. Тибьерж-Вессенбах синдроми. Қўл кафти совуқ, оқиш. Ўпкада везикуляр нафас олиш кузатилмоқда, нафас олиши частотаси минутига 16 та, юрак тонлари бўғилган, ритми тўғри, юрак уриши частотаси минутига 68 та, Қон босими 120/80 мм симоб устини. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигар қовурға ёйи қирғоғи бўйлаб. Шиш болдирни пастки учдан биригача кузатилмоқда.

Умумий қон анализида: эритроцитлар – 4,5 млн, НВ – 135 г/л, лейкоцитлар – 5,4 мингта, ЭЧТ – 15 мм/соатига. Биокимёвий текширишда: СРБ +, фибриноген 4,0 г/л.

Саволлар.

1. Сизнинг дастлабки диагнозингиз.
2. Даволаш принципини аниқланг.

Жавоб №6.

1. Системали склеродермия, 1-босқичи, фаолликни 1-даражаси. Эзофагит. Полиартралгии.

4. Делагил или плаквенил, лидаза, вазоактив ва қон томирларни кенгайтирувчи воситалар (трентал, никотин кислотаси), эзофагитни даволаш.

Вазиятга оид масала 7

Вульгар пўрсилдоқ касаллиги билан азият чекаётган ва узоқ вақтдан бери преднизолон (10 мг) қабул қилаётган беморда Кушингоид, қандли диабет, гипертония касаллиги келиб чиққан.

Саволлар:

1. Бу касалликдаги кузатиладиган бирламчи морфологик элементни кўрсатинг.
2. Бу касаллик учун характерли симптомларни кўрсатинг.
3. Диагнозни тасдиқлаш учун қайси текширишларни ўтказиш керак?
4. Беморни бу ҳолатни коррекция қилиш учун қайси мутахассисларга юбориш лозим?

Жавоблар:

1. Эпидермис ичида жйолашадиган пуфаклар ва улар акантолиз натижасида ҳосил бўладилар. Акантолиз – бу эпидермиснинг тиканаксимон қавати кератиноцитлари орасидаги боғланишларни йўқотиш жараёни бўлиб, уларни десмосом-тонофиламентларини шикастланиши оқибатида келиб чиқади.
2. Никольский симптоми (3 та вариантда), Шеклаков (нок) симптоми, Асбо-Ганзен симптоми.
3. Цито- ва гистологик текширишлар, РИФ (тиканаксимон қават хужайралар аро бўшлиқларида IgG ни топилиши).
4. Терапевт, эндокринолог, кардиолог консультациялари лозим.

Вазиятга оид масала 8

Суткасига 30 мг преднизолон қабул қилаётган вульгар пўрсилдоқ билан оғриётган беморда тахикардия, болдирларни шиши, гипертензия келиб чиқди.

Саволлар:

1. Беморни қайси мутахассисларга юбориш лозим?
2. Беморга қайси дори препаратларини тавсия этасиз?
3. Беморга нимани тавсия этиш керак?

Жавоблар:

1. Эндокринолог, кардиолог, терапевт.
2. КС воситасини дозасини тушириш керак ва цитостатиклар+гипотензив дори воситалари+анаболиклар+кандидозга қарши препаратларни буюриш лозим.

3. Оқсиллик пархез, қаттиқ бўлмаганбўлмаган озиқ-овқатларни истеъмол қилиш. Эпителизацияни чақирувчи дори воситаларини қўллаш (солкомерил, актовегин, мойлар).

Вазиятга оид масала 9

Бемор 53 ёшда бўлиб, шифокорга юмшоқ танглай ва милкларга эрозиялар тошганига шикоят қилиб келди. Озиқ-овқат қабул қилганида оғизда оғриқ пайдо бўлади.

Оғиз бўшлиғини шиллик қаватида ёрқин қизил рангдаги турли хил ўлчам ва шаклдаги эрозиялар кузатилмоқда.

Саволлар:

1. Сизнинг дастлабки диагнозингиз?
2. Диагнозни аниқлаш ва асослаш учун қайси текширишларни ўтказиш керак?
3. Қайси касалликлар билан дифференциал диагноз ўтказиш керак?
4. Уларнинг ўхшаш ва фарқли томонлари.

Жавоблар:

1. Пўрсилдоқ ёки Кўп шаклли эксудатив эритема.
2. Гистологик ва цитологик текширишлар, РИФ.
3. Пўрсилдоқ ва Кўп шаклли эксудатив эритема.
4. Никольский симптоми, Тцанк акантолитик хужайраларини топиш, хужайралар аро цементловчи субстанцияга АТ бўлиши.

Вазиятга оид масала 10

35 ёшли бемор аёл стационарга оғиз бўшлиғига яралар тошишига, улар туфайли пайдо бўлган оғриққа, ҳамда тана ва қўллари терисида пуфаклар пайдо бўлганига шикоят қилиб келганида ётқизилди.

Анамнездан. Ўзини яхши ҳис қилиб юрганида касалликка чалиниб қолган. Оғзини шиллик қаватида пуфаклар ҳосил бўла бошлаган, улар тезда ёрилиб, ўрнида эрозиялар қола бошлаган. Стоматологга мурожаат қилганда, шифокор оғизни фурациллин ва перманганат калий эритмалари билан чайқашни тавсия қилган. даводан самара бўлмаган. Оғиздаги оғриқлар сабабли бемор фақат суяқ овқатларни истеъмол қилган. 3 ойдан кейин беморни тана ва қўллари терисида пуфаклар пайдо бўлган, улар ёрилиб ўрнида эрозиялар ҳосил бўла бошлаган. 10 йил аввал вирусли гепатит билан даволанган.

Локал статус. Оғиз бўшлиғи шиллик қавати кўздан кечирилганида лунж, танглай ва тилнинг пастки юзасида ёрқин қизил рангдаги эрозиялар аниқланди. Тана ва қўлларнинг терисида ҳам диаметри 2 см гача бўлган пуфаклар кузатилади. Пуфакларнинг бир қисми қобиғи таранг, бошқа қисмида эса илвиллаган, бужмайган, бир хиллари таркибидаги суяқлик тиниқ, бошқаларида эса хиралашган. Ёрилиб кетган пуфакларнинг ўрнида

намланувчи, полициклик эрозиялар кузатилади. уларнинг баъзилари жигарранг қалоклар билан қопланган. Пуфаклар босиб кўрилганида суюқлик эпидермиснинг шу участкаларида эпидермисни дермадан ажратиб пуфакни силжитиб юрибди. Пуфакни қобиғи тортиб кўрилганида эпидермис пуфак соҳасида дермадан ажралмоқда.

Саволлар:

1. Сизнинг тахминий диагнозингиз.
2. Якуний диагнозни қўйиш учун қандай текширишлар ўтказиш керак?
3. Бу дерматозни қайси касалликлар билан дифференциал диагноз қилиш керак?
4. Бу дерматозни даволаш усуллари.
5. Клиник тузалишдан кейинги беморга бериладиган тавсиялар.

Жавоблар:

1. Чин акантолитик пўрсилдоқ, вульгар шакли.
2. Аканолитик хўжайрага суртма-из олиш. Пуфакни таркибини эозинофилларга текшириш. Биопсия. РИФ.
3. Дюрингни герпессимон дерматити, Левер пемфигоиди, Токсикодермисни буллёз шакли, Стрептодермияни буллёз шакли, Чандиқланувчи пемфигоид, кўп шакли экссудатив эритема, Лайел синдроми.
4. ГКС. Патогенетик ва симптоматик терапия.
5. Узоқ вақт диспансер кузатуви. ГКС қўллаб қувватловчи дозасини қабул қилишни давом эттириш. Шифокор назоратига белгиланган куни келиб туриш.

Мундарижа

Кириш	6
Қизил волчанка: дерматологик индекслар	10
Тери қизил волчанкасини миқдорий баҳолаш	11
Тери қизил волчанкасида жароҳатланиш ва касаллик фаоллиги индекси	11
Тери қизил волчанкасини оғирлиги ва фаоллигини балли баҳолаш	15
Дискоид қизил волчанкада теридаги ягона ўчоғни балли баҳолаш тизими	17
Тизимли қизил волчанкани миқдорий баҳоси	19
Тизимли қизил волчанкани диагностик критерийлари (мезонлар)	19
Касалликни фаоллигини баҳолаш	22
Тизимли қизил волчанкани баҳолашни Британия шкаласи	23
Тизимли қизил волчанкани фаоллигини Оврупа консенсусли баҳолаш (European Consensus Lupus Activity Measure [ECLAM])	28
АҚШ соғлиқни сақлаш миллий институтининг тизимли қизил волчанка индекси	34
Тизимли қизил волчанкани фаоллигини баҳолаш	38
Тизимли қизил волчанкани фаоллиги индекси	46
Тизимли қизил волчанка томонидан чақирилган жароҳатларни баҳолаш	51
Ногиронлик ва беморларнинг ҳаёт сифатидаги ўзгаришларни ўлчаш усуллари	55
Адабиётлар	59
Склеродермия. Дерматологик индекслар	62
Тизимли склеродермияни диагностик критериялари (мезонлари)	62
Тизимли склеродермияни диагностик белгилари	63
Тизимли склеродермияни миқдорий баҳолаш	64
RODNAN бўйича прогрессив тизимли склеродермияни балли баҳолаш	64
Ramsden ва Silman модификацияси Rodnan бўйича прогрессив тизимли склеродермияни балли баҳолаш	66
Furst et al. бўйича склеродермияни балли баҳолаш	67
Kahalen et al. бўйича склеродермияни балли баҳолаш	68
Адабиётлар	72
Дерматомиозит. Дерматологик индекслар	73
Дерматомиозитни диагностик мезонлари	74
Дерматомиозитда тери жароҳатларини оғирлик индекси	74
Адабиётлар	78
Пўрсилдоқ диагностикасида дерматологик индекслар	79
Пўрсилдоқни оғирлик даражасини баҳолаш	80
Пўрсилдоқни жароҳат майдонини ва фаоллигини баҳолаш	80
Пўрсилдоқни фаоллигини балли баҳолаш	83
HARMAN бўйича пўрсилдоқ клиник фаоллигини градацияси	84

IKEDA бўйича вульгар пўрсилдоқда жароҳат оғирлиги индекси	85
SARASWAT бўйича оғиз бўшлиғи пўрсилдоғи учун градация тизими	86
MAHAJAN бўйича пўрсилдоқни оғирлигини баҳолаш	88
Терини аутоиммун буллёз касалликларини оғирлик даражасини баҳолаш	90
Пўрсилдоқни фаоллик индекси	93
Адабиётлар	96
Пўрсилдоқ диагностикасида клинико-диагностик индекслар қиёсий таҳлили	98
Пўрсилдоқни кечишини оғирлик даражасини баҳоловчи индексларни солиштирма баҳолаш	113
Адабиётлар	117
Мавзу бўйича вазиятга оид масалалар	123
Мундарижа	131