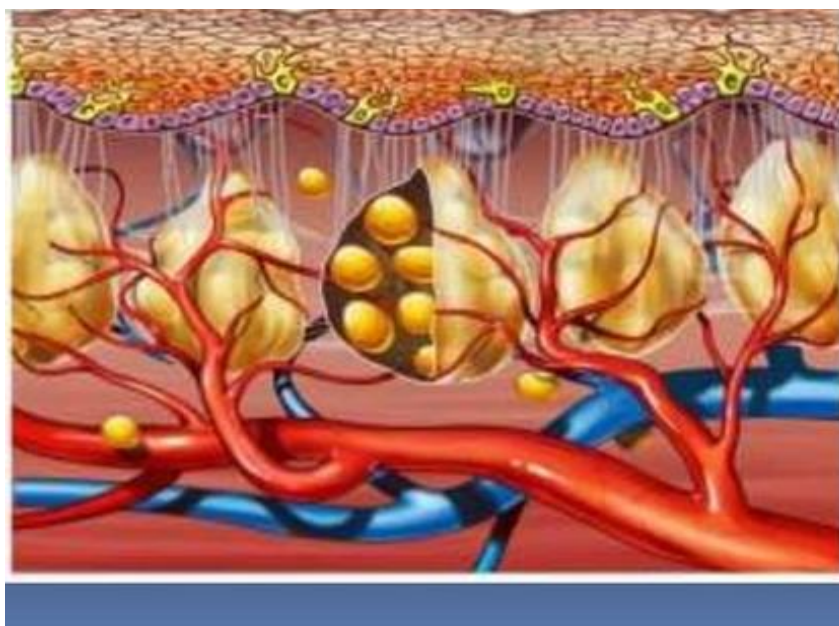


ПАҚИРДИНОВ А.Б.



ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАР АТЛАСИ



**КАФОЛАТ ТАФАККУР
АНДИЖОН – 2023**

УЎК: 616.5
КБК: 55.8
П13

ТУЗУВЧИ:

**ПАҚИРДИНОВ
АДХАМЖОН
БЕГИШЕВИЧ**

– Андижон давлат тиббиёт институти,
Дерматовенерология кафедраси муdiri,
тиббиёт фанлари доктори, профессор.

РЕЦИЗЕНТЛАР:

**1. АРИФОВ
САИДКОСИМ
САИДАЗИМОВИЧ**

- Тиббиёт ходимларининг касбий
малакасини ривожлантириш маркази,
дерматовенерология ва косметология
кафедраси муdiri, тиббиёт фанлар доктори,
профессор.

**2. ТАШКЕНБАЕВА
УМИДА
АЛИШЕРОВНА**

– Тошкент Тиббиёт Академияси
Дерматовенерология кафедраси муdiri,
тиббиёт фанлар доктори.

**3. ГАДЖИМУРАДОВ
МАРАТ
НУРМУГАМЕДОВИЧ**

– Доғистон Давлат Тиббиёт Униветситети
Тери ва таносил касалликлар кафедраси
муdiri, т.ф.д., профессор.

**Ушбу китобни муаллиф рўхсатисиз кўпайтириш ва тарқатиш
қатъиян тақиқланади.**

ISBN: 978-9910-9626-5-3

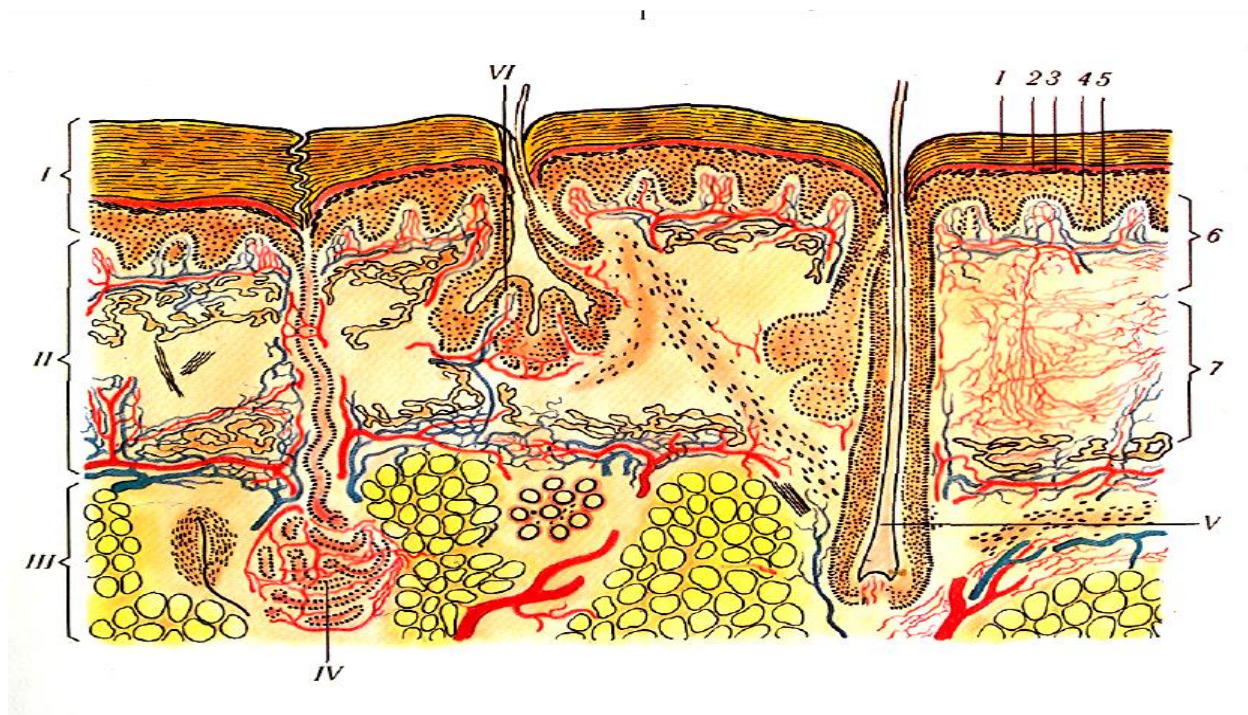
5738



© ПАҚИРДИНОВ А.Б., 2023
© КАФОЛАТ ТАФАККУР, 2023

ДЕРМАТОЛОГИЯ
ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ, БИРЛАМЧИ ВА
ИККИЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР

ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ



Терининг микроскопик тузилишига қараб учта қисм тафовут қилинади:

- Эпидермис – терининг устки қисми.
- Дерма – асл қисми.
- Гиподерма – тери ости ёғ қлетчаткаси.

ЭПИДЕРМИС

Эпидермис (Epidermis) кўп қаватли мугузланувчи (шохланувчи) эпителийлардан ташкил топган ва улар бир-биридан хужайраларнинг шакли, тузилиши билан фарқ қилади. Эпидермисда қуйидаги қаватлар бўлади:

1. Базал қават (stratum basale);
2. Тиканаксимон қават (stratum Spinosum);
3. Донадор қават (stratum granulosum);
4. Ялтироқ қават (stratum lucidum);
5. Мугуз қават (stratum corneum).

ДЕРМА

Дерма терининг асл (derma), ёки хусусий қавати бўлиб, базал мембрана остида юмшоқ, чегараланмаган бириктирувчи тўқимадан тузилган. Дермада бир-биридан унчалик аниқ ажралмаган икки қават тафовут қилинади: сўрғичсимон ва тўрсимон қаватлар.

Сўрғичсимон қават: эпидермис остида жойлашган ва ғовак толали бириктирувчи тўқимадан тузилган. Сўрғичсимон қават эпидермис томонга қараб ўсган кўп миқдордаги сўрғичлар ҳосил қилган. Бу қаватдаги бириктирувчи тўқима ингичка коллаген, эластик ва аргирофил (ретикуляр) толаларидан ва фибробластлар, семиз хужайралар, тўқима макрофаглари каби хужайралардан иборат. Бириктирувчи тўқима толалари орасидаги бўшлиқни аморф оралиқ моддаси тўлдириб туради, бу модда таркибига гиалуронидаза ва гистаминаза ферментлари, хондроэтин сульфат кислотаси, нордон мукополисахаридлар киради. Сўрғичсимон қаватда кўп миқдорда қон ва лимфа томирлари, нерв толалари ва унинг охирлари, шунингдек силлиқ мушак тутамлари жойлашган.

Тўрсимон қават: коллаген, эластик ва аргирофил толаларидан ташкил топган бўлиб, бу қаватда улар бироз йирикроқ тутамлар ҳосил қиладилар ва бир-бирлари билан кесишиб жойланиши оқибатида тўрсимон манзара ҳосил бўлади. Улар орасидаги бўшлиқни оралиқ аморф моддаси, қон томирлари, нерв толалари, тер безлари, ёғ безлари, силлиқ мускул толалари, соч фолликулалари кабилар тўлдириб туради.

ТЕРИ ОСТИ ЁҒ КЛЕТЧАТКАСИ

Дерма аниқ чегарасиз тери ости ёғ қатламига (клетчаткага) ўтади. Бу қатлам ёғ хужайралари тўпламидан иборат бўлиб, улар асл тери қаватининг тўрсимон қаватидан давом этган толали тўқималарнинг бир-бирлари билан кесишиб, ҳосил қилишган катакчаларда жойлашадилар. Бириктирувчи тўқима толалари шунингдек ичкарига йўналишда давом этиб, тери

фасциясини хосил қилади, бу фасция остидаги мускул апоневрози билан ёки суяк пардаси билан бирикиб кетади. Терининг хосилаларига сочлар, ёғ безлари, тер безлари ва тирноқлар кирадилар. Сочда стержень ва ўзак тафовут қилинади. Соч ўзаги соч қопчасининг (фолликуласининг) пиёзчасида тугайди. Соч қопчасининг ички қавати эпителийдан, ташқи қавати бириктирувчи тўқимадан иборат. Соч қопчасининг юқориги 1/3 қисмига ёғ безларининг чиқарув йўли очилади. Ёғ безлари альвеоляр тузилишга эга, уларнинг чиқарув йўллари соч фолликуласининг юқориги 1/3 қисмига ёки бевосита тери сатҳига очилади. Тер безлари апокрин ва эккрин турлари мавжуд. Улар оддий трубка шаклидаги безлардир. Эккрин тер безлари лабнинг қизил хошияси ва олатнинг бош қисмидан ташқари барча сохаларда мавжуд. Апокрин тер безлари қўлтиқ остида, жинсий аъзолар соҳасида, ораликда, сут безлари сўрғичи атрофида, киндик атрофида жойлашади. Тирноқлар тўртбурчаксимон, мугузланган юпка пластинкадан иборат бўлиб, унинг учта томони қўл ва оёқ бармоқларининг охириги фалангасининг орқа томонида тери бурмаларига ботиб туради. Тирноқнинг танаси, олдинги учи, орқа томони (илдизи) ва икки ён томони тафовут қилинади. Танасининг орқа қисмида оқимтир тирноқ ойчаси жойлашган. Илдиз қисми ва ойчаси тирноқ матрикси (ўсувчи қисми) деб аталади.

ТЕРИНИНГ ҚОН ТОМИРЛАРИ

Тери қон ва лимфа томирларига жуда бой хисобланади. Гиподерма ва дерма чегарасида терининг чуқур артерия чигаллари жойлашган. Ундан перпендикуляр равишда қон томирлари чиқиб, юқорига равона бўлади ва сўрғичсимон қават остида юзаки артерия чигалларини хосил қилади. Ушбу чигалдан майда артериялар чиқади ва дерманинг ҳар хил тузилмаларини ва қисмларини қон билан таъминлайдилар. Терининг лимфатик тизими лимфатик капиллярларнинг иккита чигалидан ва олиб кетувчи лимфа томирларидан иборат. Лимфатик капиллярларнинг юзаки чигали сўрғич қават остида жойлашган чуқури эса — дерманинг остки қаватларида

жойлашади. Тери асаб толаларига ва асаб охирларига (рецепторларга) жуда бойдир. Унда орқа мия, бош мия ва вегетатив асаб толалари тарқалган. Асосий чигал тери ости ёғ клетчаткасида жойлашган, ундан чиққат тармоқлар (шоҳчалар) соф териға ўтади. Сўрғичсимон қаватда асаб толалари қалин чигал ҳосил қилади, ундан эса соч фолликулаларига, ёғ ва тер безларига, қон томирларига, эпидермисга етиб борадиган асаб толалари чиқади. Терида Фатера — Пачини, Руффини ва Мейсснер таначалари, Краузе колбаси, Меркел хужайралари каби асаб охирлари (рецепторлар) жойлашган.

ТЕРИНИНГ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАРИ

Тери касалликларининг клиник манзараси субъектив ва объектив симптомларнинг йиғиндисидан иборат бўлади. Субъектив симптомларга - беморнинг ҳар хил ҳиссиётлари киради, уларнинг характери ва даражаси ҳар хил бўлиши мумкин. Бундай ҳиссиётларга қичишиш, ачишиш, оғриқ ва бошқалар киради. Объектив симптомларга — беморни текшириш натижасида врач томонидан топилган ўзгаришлар киради. Теридаги объектив ўзгаришларга терининг умумий ҳолатига оид белгилар ва алоҳида намоён бўлувчи белгилар киради. Алоҳида намоён бўлувчи белгилар теридаги тошмалар бўлиб, уларни терининг морфологик элементлари деб номланади.

Морфологик элементлар теридаги патологик жараённинг ташқи кўринишидир. Қанча вақт мавжудлигига, теридаги патоморфологик ўзгаришлар динамикасига ва ҳар хил сабаблар (қашлаш, иккиламчи инфекция ва бошқалар) туфайли тошмалар эволюцияга учраб, дастлабки кўринишини ўзгартириши мумкин. Шунинг учун қандай тошмалар ушбу касалликнинг типик манзараси учун ҳослиги ва қайсилари эволюция оқибатида пайдо бўлганини фарқ қилиш жуда муҳим.

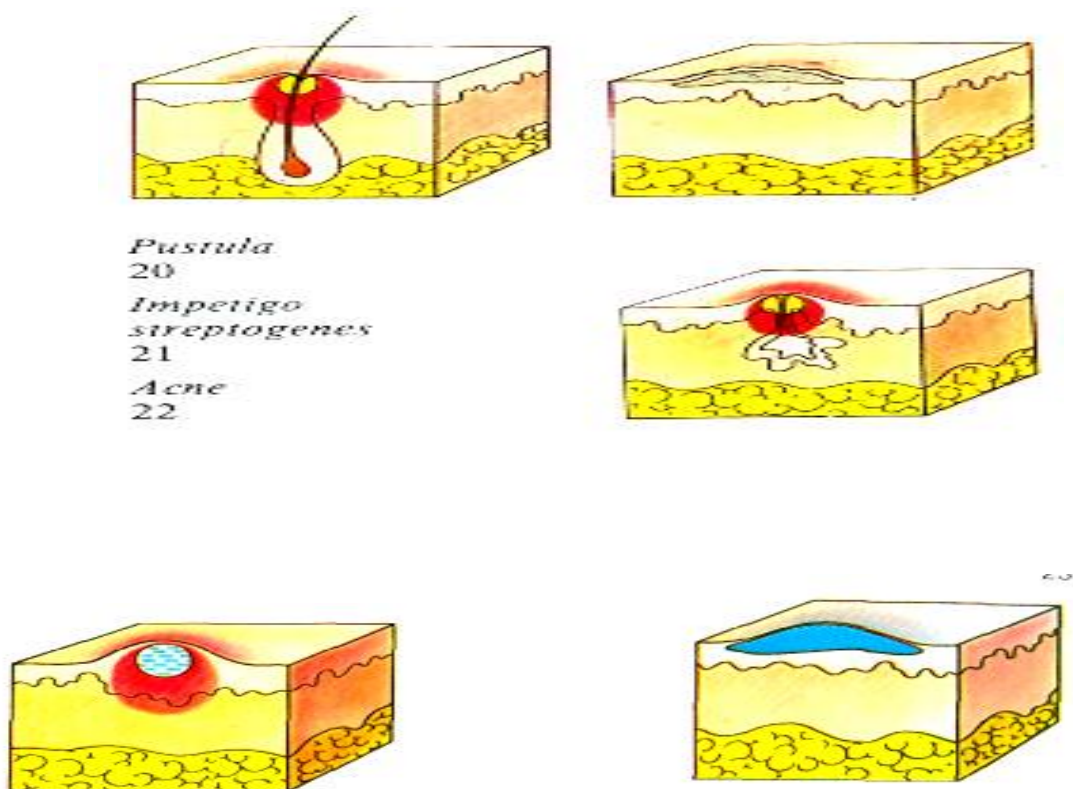
Бирламчи ва иккиламчи морфологик элементлар тафовут қилинади. Бирламчи морфологик элементлар —ўзгармаган терида биринчи бўлиб пайдо

бўлган тошмалардир. Уларга доғ, тугунча, дўмбоқча, тугун, (булар инфильтратив тоифадаги бирламчи элементлардир) торвоқ, пуфак, пуфакча, йирингча ёки мадда (булар эксудатив тоифадаги бирламчи элементлардир) киради. Бирламчи элементлар бўшлиқли ва бўшлиқсиз деб икки хил тоифага ажратилади. Бўшлиқсизларга доғ, тугунча, тугун, дўмбоқча, торвоқ киради, қолганлари бўшлиқлидирлар.

Иккиламчи морфологик элементлар — булар бирламчи элементларнинг эволюцияси (ўзгариши) оқибатида улардан пайдо бўлган тошмалардир. Иккиламчи элементларга пигментация (гиперпигментация, гипопигментация), тангача, эрозия, тирналиш, яра, ёрик, қалоқ, чандик, лихенификация, вегетация киради.

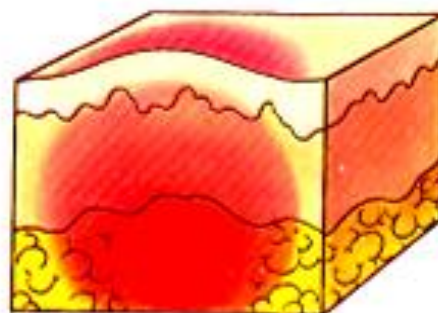
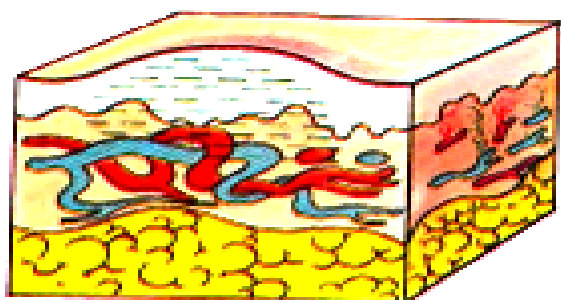
БЎШЛИҚЛИ БИРЛАМЧИ ЭЛЕМЕНТЛАР

БЎШЛИҚЛИ ЭЛЕМЕНТЛАР ИЧИДА СЕРОЗ, ГЕМОРРАГИК ЁКИ ЙИРИНГЛИ СУЮҚЛИК ТУТАДИЛАР. БУЛАРГА ПУФАКЧА, ПУФАК ВА МАДДА КИРАДИ.

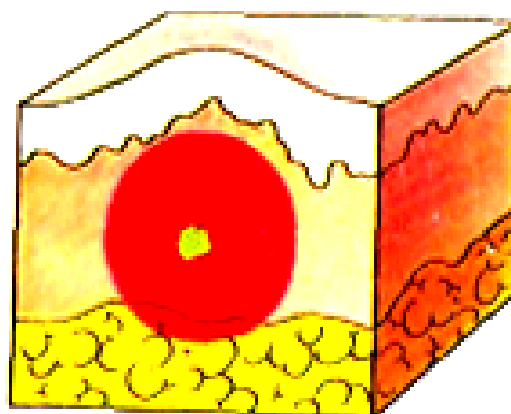
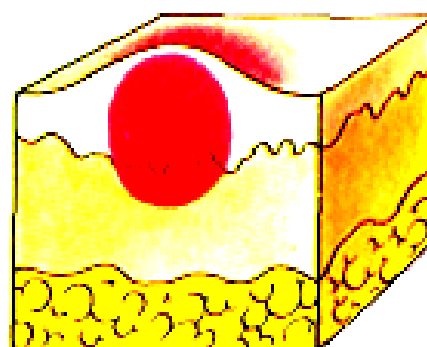
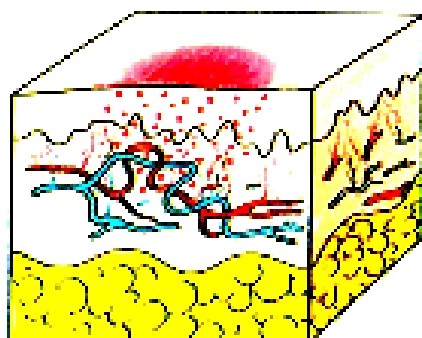


БҰШЛИҚСИЗ БИРЛАМЧИ ЭЛЕМЕНТЛАР

БҰШЛИҚСИЗ ЭЛЕМЕНТЛАРГА ДОҒ, ТУГУНЧА, ТУГУН,
ТОРВОҚ, ДҰМБОҚЧА КИРАДИ

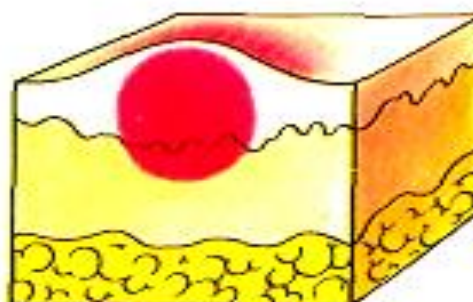
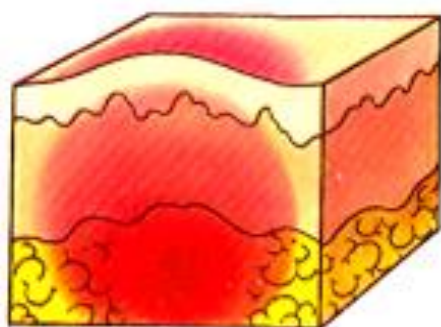
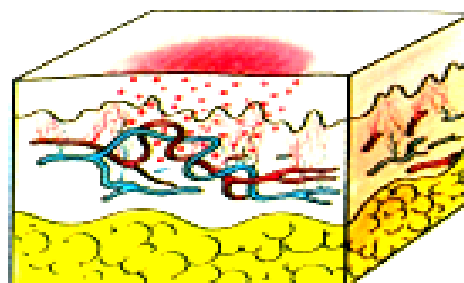
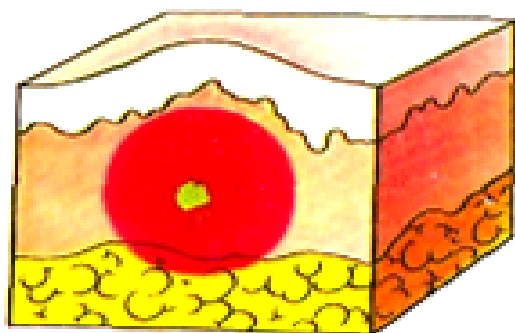


15

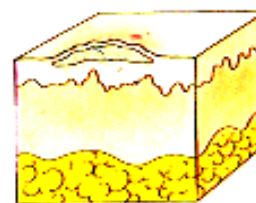
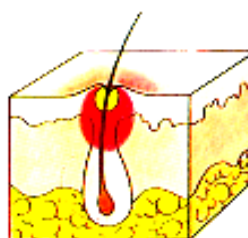


ИНФИЛЬТРАТИВ ХАРАКТЕРДАГИ БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР

ДОҒ, ТУГУНЧА, ДЎМБОҚЧА, ТУГУН.

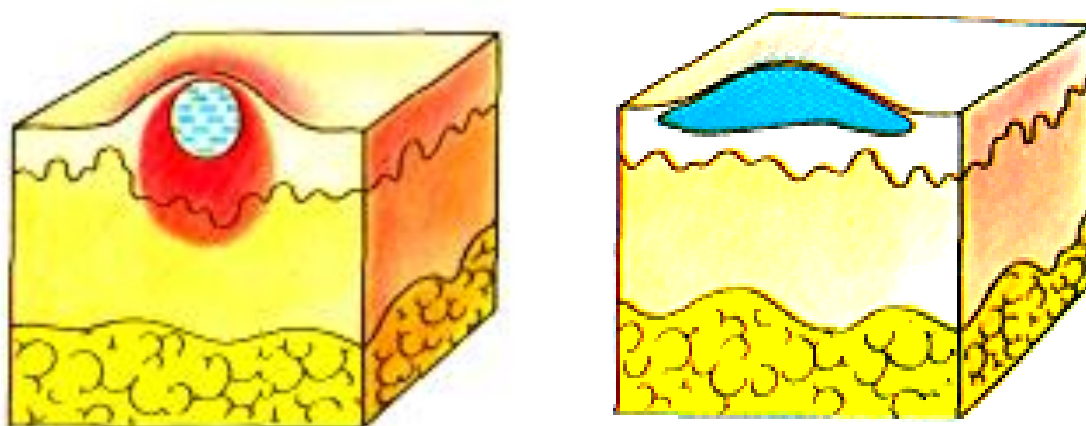


ЭКССУДАТИВ ХАРАКТЕРДАГИ БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР



Pustula
20
Impetigo
streptogenes
21
Acne
22





БИРЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР

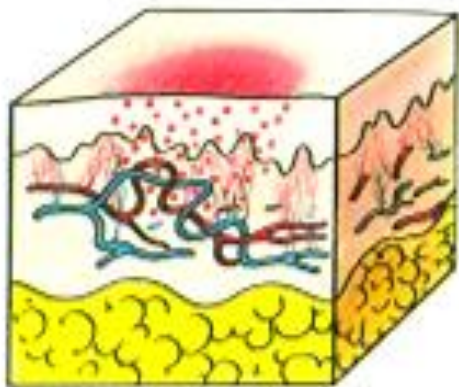
Доғ (macula) - характеризуется чекланган сохада терининг рангини ўзгаришини доғ деб аталади. Доғ сохасидаги терининг зичлиги меъёрдаги соха билан бир хилда, доғ шунингдек тери сатхидан кўтарилмайди. Қон томирларига алоқадор яллиғланишли ва яллиғланишсиз доғлар.

- Геморрагик доғлар
- Пигмент доғлари
- Сунъий доғлар

Яллиғланиш доғлари терининг қон томирларини кенгайиши оқибатида хосил бўлган. Бу доғлар бармоқ билан босилганда йўқолиб кетади, босиш тўхтатилганда яна пайдо бўлади. Яллиғланиш доғларининг ранги оч пуштидан то кўкимтир қизилгача бўлиши мумкин. Доғлар йўқалаётганда улар тангачалар билан қопланади ва сўрилиб кетгач иккиламчи пигментация қолдиради ёки из қолдирмасдан тугайди. Яллиғланиш доғлари дерматитларда иккиламчи сифилисда, экземада ва бошқа кўплаб касалликларда учрайди.

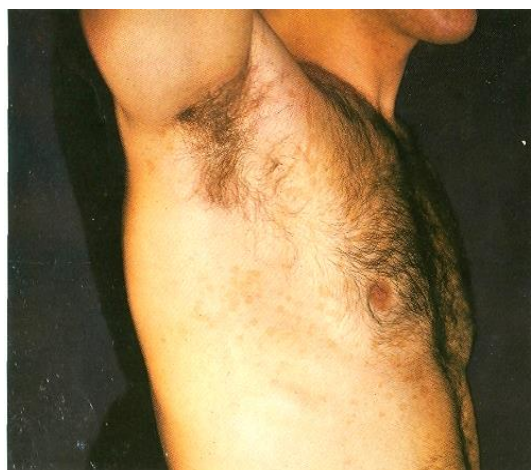
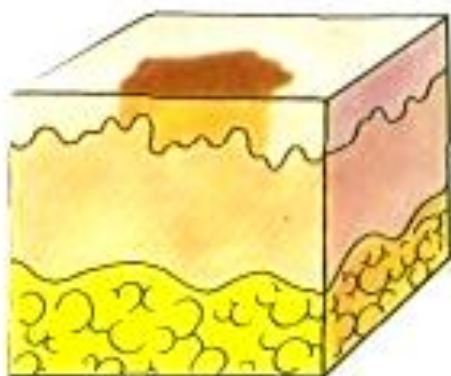
ДОҒ (MACULA)

MACULA INFLAMMATORIA ROSEA



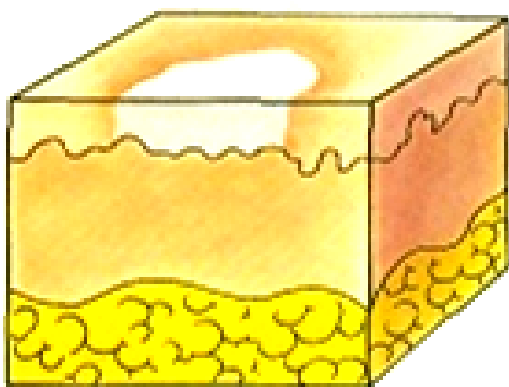
Яллиғланишсиз доғларга жахл (ёки уялиш) эритемасы мисол бўлади. шунингдек телеангиэктазиялар ҳам яллиғланишсиз доғлардир. Геморрагик доғлар териға қон қуйилиши оқибатида хосил бўладилар. Уларға петехиялар, пурпуралар экхимозлар, вибицесс (чизиксимон геморрагик доғлар), гематомалар киради. Пигмент доғлари гиперпигментацияли ёки депигментацияли бўлади. Улар пайдо бўлишиға қараб туғма ёки орттирилган бўлиши мумкин. Сунъий доғлар териға бўёвчи моддаларнинг кириши оқибатида пайдо бўлади. (татуировкалар, профессионал стигмалар).

MACULA HYPERCHROMICA (PITYRIASIS VERSICOLOR)



Гиперпигментацияли доғлар терида меланин пигментининг чўкиши оқибатида пайдо бўлади. Туғма ва орттирилган гиперпигментацияли доғлар фарқланади. Туғма гиперпигментацияли доғлар — булар асосан невуслардир (холлар). Орттирилган гиперпигментацияли доғларга сепкиллар мисол бўлади, шунингдек Аддисон касаллигида, фотодерматозларда ҳам шундай доғлар пайдо бўлади. Терида меланин пигменти бўлмаса депигментацияли доғлар пайдо бўлади. Орттирилган депигментацияли доғга витилиго, туғмага эса альбинос мисол бўлади.

MACULA ACHROMICA (VITILIGO)

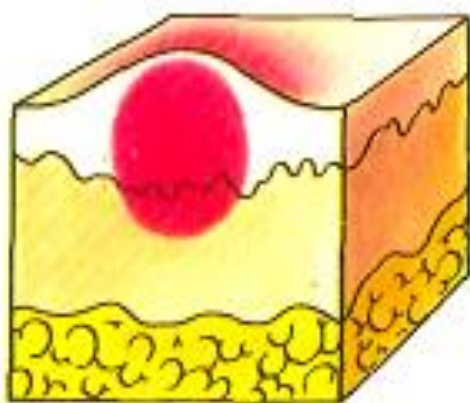


ТУГУНЧА (PAPULA)

Тугунча (papula) — терининг сатхидан кўтарилиб турувчи, у ёки бу даражадаги қаттиқликка эга бўлган, ўзидан кейин из қолдирмай сўрилиб кетувчи инфильтратив тоифадаги бўшлиқсиз бирламчи элементдир. Тугунчалар дермада хужайра инфильтрацияси йиғилиши ҳисобига ёки эпидермиснинг бирор қаватининг қалинлашиб кетиши туфайли пайдо бўладилар. Терининг қайси қаватида пайдо бўлганлигига қараб папулалар эпидермал (сўгаллар), эпидермо-дермал (псориаз), дермал (иккиламчи захм) турларга бўлинадилар. Тугунчаларнинг ранги, зичлиги, ўлчами, шакли ва конфигурацияси турлича бўлиши мумкин. Шакли думалоқ, овал, полигонал, чўзинчоқ, ва х.к. бўлиши мумкин. Конфигурацияси ясси, яримшарсимон,

шарсимон, конуссимон (ёки фолликуляр) ва х.к. бўлади. Ўлчамлари бўйича тарик дони билан тенг (милиар папула ёки лихен), лентикуляр, нуммуляр ва пилакча турлари бор. Папулалар сўрилиб кетгач, терида вақтинчалик иккиламчи пигментация қолади.

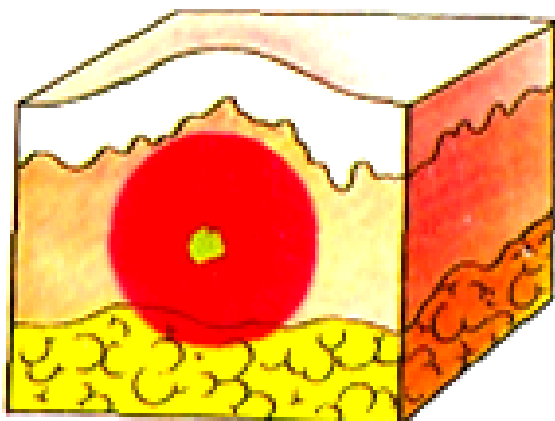
PAPULA (LICHEN RUBER PLANUS)



ДЎМБОҚЧА (TUBERCULUM)

Дўмбоқча (tuberculum)- сурункали яллиғланиш туфайли пайдо бўлган, тери сатхидан кўтарилиб турувчи, ярага айланиб ўзидан кейин чандиқ қолдирувчи инфильтратив тоифадаги бўшлиқсиз бирламчи элемент. Дерманинг чуқур қаватида чекланган сохаларда инфекцион гранулема типигадаги хужайралар инфильтрацияси тўпланиши оқибатида пайдо бўлади. Дастлаб пайдо бўлганда дўмбоқчани тугунчадан ажратиш қийин бўлади. Дўмбоқчалар инфильтрати некрозга учраб емирилиши оқибатида ярага айланиб, кейинчалик ўрнида чандиқ хосил бўлади. Дўмбоқчалар сил волчанкасида, учламчи захмда, лейшманиозда, моховда пайдо бўлади. Хар бир касалликда дўмбоқчалар ўзининг ранги, зичлиги, шакли ва қолдирган чандиғи билан бир-бирларидан фарқ қиладилар.

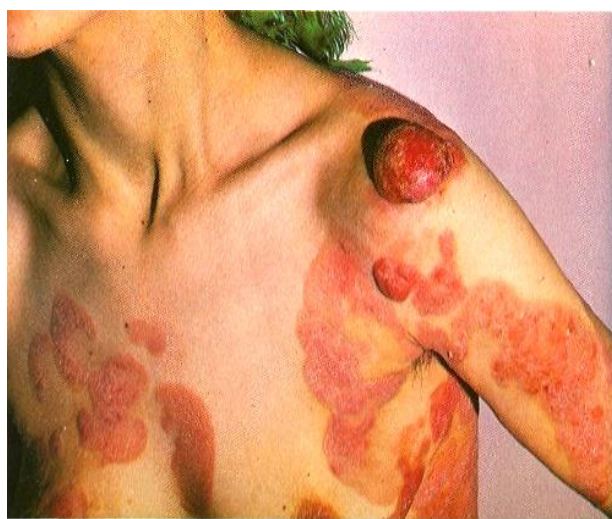
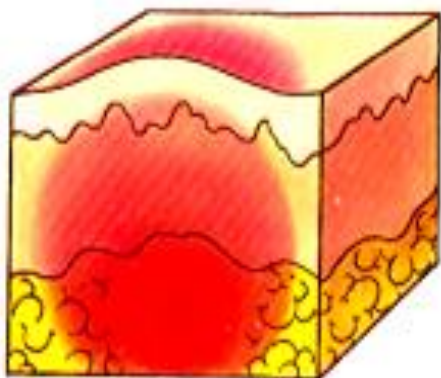
TUBERCULUM (LUPUS VULGANS)



ТУГУН (NODUS)

Тугун (nodus) — йирик ўлчамдаги, терининг чуқур қаватида (гиподермада) жойлашган, инфильтратив тоифадаги бўшлиқсиз бирламчи элемент. Узел может возвышаться над окружающей кожей или определяться лишь пальпаторно. Узлы подразделяют на воспалительные и невоспалительные. Сурункали яллиғланиш туфайли пайдо бўлган тугунларнинг ранги оч қизилдан то кўкимтил-қизилгача бўлади. Бундай тугунлар эволюция натижасида ярага айланиб, ўзидан кейин чандиқ қолдиради. Баъзан эса ярага айланмасдан ҳам сўрилиб кетиб, чандиқ қолдириши мумкин. Яллиғланиш туфайли пайдо бўлган тугунлар захмда гумма деб аталади, тери силида скрофулодерма деб аталади, моховда эса лепрома дейилади. Яллиғланишсиз тугунлар терининг хар хил ўсмаларида пайдо бўлади ва қайси тўқиманинг ўсиб кетишига қараб номланади (липома, атерома, фиброма ва х.к.). Яллиғланишсиз тугунлар терида моддалар алмашинуви оқибатида пайдо бўлган хар хил моддаларнинг чўкиши хисобига ҳам пайдо бўлиши мумкин. Масалан кальций тузлари чўкиши оқибатида кальцифилаксия, ёғлар алмашинувининг бузилиши оқибатида ксантома ва бошқалар.

NODUS (RETICULOSARCOMATOSIS CUTIS)



ТОРВОҚ ЁКИ ҚАВАРЧИҚ (URTICA)

Торвоқ ёки қаварчиқ (urtica) — дермани сўргичсимон қаватини қисқа муддатли ўткир шиши оқибатида пайдо бўладиган эксудатив тоифадаги бўшлиқсиз бирламчи элемент. Торвоқ эфемер элемент-тезда пайдо бўлади ва оз муддатда йўқолиб кетади. Агар шиш унча кучли бўлмаса, торвоқнинг ранги пушти-қизғиш бўлади, агар шиш кучли ривожланса, қон томирларининг босилиши оқибатида ўша соҳа қонсизланади ва торвоқнинг ранги оқиш бўлади. Торвоқ тошиши терида кучли қичишиш билан кузатилади. Торвоқлар асосан аллергияк дерматитларда, эшак еми касаллигида, Дюрингнинг герпессимон дерматитида, строфлюсда пайдо бўлади.

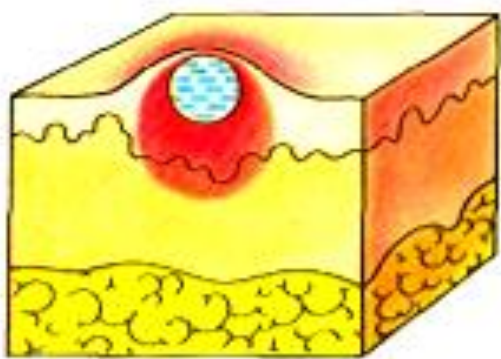
URTICA (URTICARIA)



ПУФАКЧА (VESICULA)

Пуфакча (vesicula) – тери сатхидан бироз кўтарилиб турувчи, кичик ўлчамдаги, ичида сероз ёки гемorraгик суюқлик тутувчи экcудатив тоифадаги бўшлиқли бирламчи элемент. Қaерда пайдо бўлганлигига қараб субкорнеал (мугуз қават остида), интраэпителиал (тиканаксимон қават орасида), субэпидермал ёки супрабазал (эпидермис остида, базал мембрана устида) турлари бор. Пуфакчанинг ўлчами игна учидан то 5 ммгача бўлади. Пуфакчада қобиғи, туби ва бшлиғи тафовут қилинади. Бўшлиғида сероз ёки баъзан гемorraгик суюқлик тутади. Эволюция оқибатида пуфакча ёрилиб, эрозия хосил қилади, ичидаги суюқлик эса эрозия устида қалoқ хосил қилади. Баъзан пуфакча ичидаги суюқлик сўрилиб кетиб, қобиғи устида қотиб қалoқ хосил қилиши ҳам мумкин. Эрозия битгач эса, бироз қипиқланиш кузатилади ва кейин ўрнида иккиламчи пигментация қолади. Пуфакчалар экземада, оддий пуфакчали темираткида, дерматитларда ва бошқа касалликларда пайдо бўлади.

VESICULA (HERPES ZOSTER)

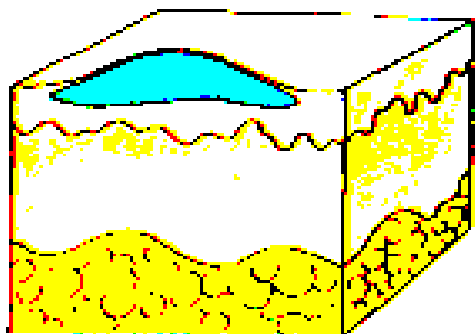


ПУФАК (BULLA)

Пуфак (bulla) — катта ўлчамдаги экcудатив тоифадаги бўшлиқли бирламчи элемент. Пуфаклар ҳам қaерда пайдо бўлишига қараб субкорнеал, интраэпителиал, субэпидермал турларга бўлинадилар. Пуфак ичидаги

суюқлик кўпинча сероз, баъзан эса геморрагик бўлиши мумкин. Эволюция оқибатида пуфак ёрилиб эрозия ҳосил қилади, баъзан эса пучрайиб, устидаги қобиғи қалоқ ҳосил қилади. Пуфакдан кейин иккиламчи пигментация қолади. Пуфаклар хақиқий пўрсилдоқда, Дюрингнинг герпессимон дерматитида, ўткир дерматитларда ва бошқа касалликларда пайдо бўлади.

BULLA (PEMPHIGUS VULGARIS)

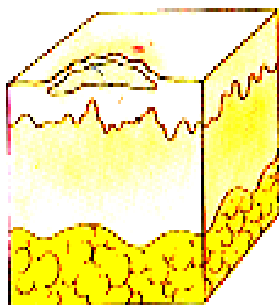
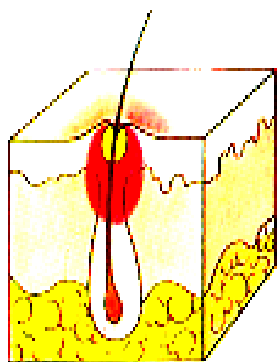


ЙИРИНГЧА ЁКИ МАДДА (PUSTULA)

Йирингча ёки мадда (pustula) — ичида йиринг тутувчи, эксудатив тоифадаги бўшлиқли бирламчи элемент. Йирингчалар жойланишига қараб юзаки (эпидермисда жойлашган) ва чуқур (дермада ёки гиподермада жойлашган) бўлиши мумкин. Ундан ташқари соч фолликуласи атрофида пайдо бўлса фолликуляр йирингча, силлиқ терида бўлса фликтена типига бўлади. Йирингча атрофида яллиғланиш хошияси бўлади, ичидаги йиринг эса хира бўлиб, сарғиш, яшил тусли, сарғиш-яшил, кул ранг ёки тиник, новвотранг (буллез импетигода) бўлиши мумкин. Йирингчалар бирламчи ёки иккиламчи (пуфак ёки пуфакчаларга инфекция тушиб, йиринглаши оқибатида) пайдо бўлиши мумкин. Юзаки йирингча эпидермисни зарарлаш билан чекланса, чуқур йирингча дермани ва гиподермани ҳам зарарлайди. Йирингчалар кўпинча соч фолликуласи атрофида пайдо бўлади. Юзаки

йирингчалар ёрилгач, ичидаги йиринг қалок ҳосил қилиб қотади, кейинчалик эрозия эпителизацияга учрагач, иккиламчи пигментация қолади. Чуқур йирингча яра ҳосил қиладилар ва улардан кейин чандиқ қолади.

PUSLULA (FURUNCULUS)



Pustula

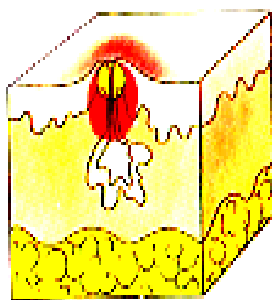
20

*Impetigo
streptogenes*

21

Acne

22



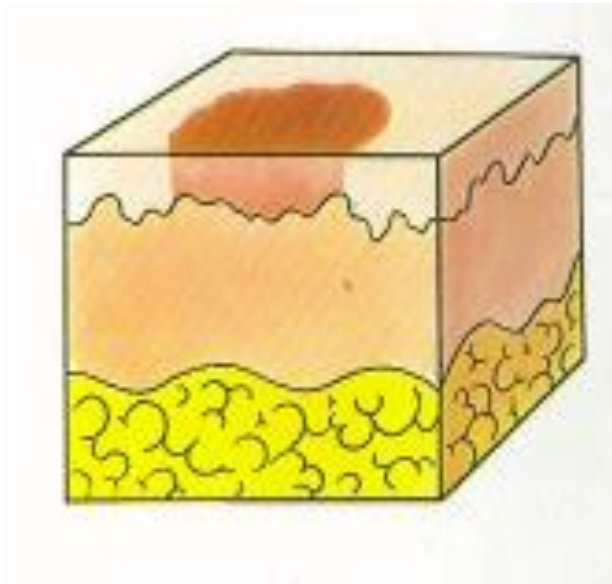
ИККИЛАМЧИ МОРФОЛОГИК ЭЛЕМЕНТЛАР

ИКИЛАМЧИ ПИГМЕНТАЦИЯ ДОҒЛАРИ

Иккиламчи пигментация доғлари—илгари мавжуд бўлган бирламчи элементлар ўрнида қолган, меланин миқдорининг ортиб кетиши (баъзан гемосидерин чўкмалари ҳисобига) ёки камайиши оқибатида ҳосил бўлган тери рангининг ўзгаришидир. Иккиламчи пигментациялар гиперпигментацияли (пигментациянинг ортиб кетиши) ёки гипопигментацияли (пигментациянинг камайиб кетиши) доғларга бўлинадилар.

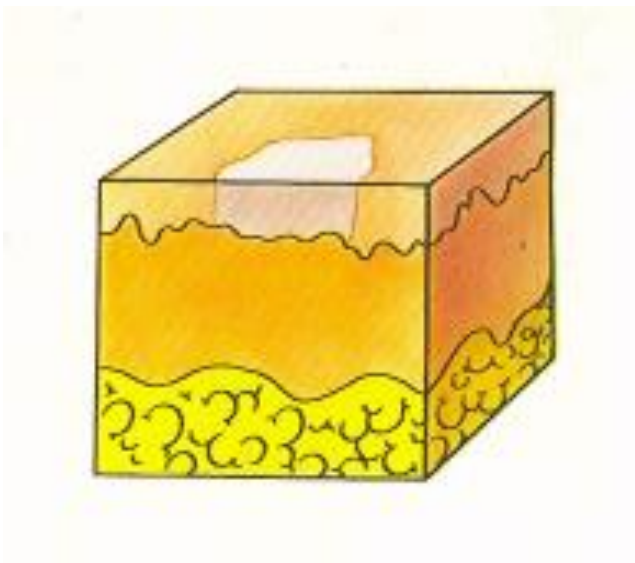
ГИПЕРПИГМЕНТАЦИЯ ДОГЛАРИ

HYPERPIGMENTATIC (PEMPHIGUS VULGARIS)



ДЕПИГМЕНТАЦИЯ ДОГЛАРИ (DEPIGMENTATIO)

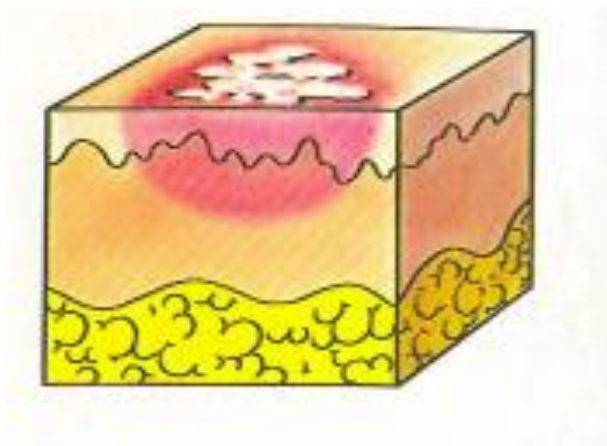
DEPIGMENTATIO (PSORIASIS)



ТАНГАЧА, КЕПАКЛАНИШ (SQUAMA)

Тангача ёки кепакланиш(squama) — мугуз қават хужайралари йиғиндисининг (айрим холларда унинг остидаги қават хужайралари билан) ажралиб чиқишидир. Кўпгина тери касалликлари учун хос аломатлардан хисобланади (псориаз, ранг-баранг темиртки, эритродермия ва х.к.).

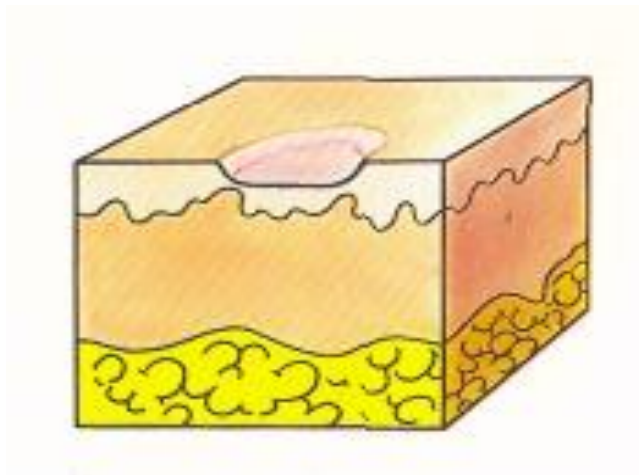
SQUAMA (ERYTHRODERMIA)



ЭРОЗИЯ (EROSIO)

Эрозия (erosio) — Терининг эпидермис билан чекланган юзаки нуқсони. Эрозия пуфак, пуфакча ёки юзаки пустуланинг ёрилиши оқибатида пайдо бўлади. Баъзан папула юзасида эпидермиснинг шикастланиши туфайли ҳам ҳосил бўлади. Эрозиянинг ўлчами ва шакли қайси бирламчи элементдан ҳосил бўлган бўлса, ўшанга мос бўлади. Эрозиянинг ранги қизил бўлиб, юзаси доимо намланиб туради, туби теккис, изсиз (чандик қолдирмай) битиб кетади. Эрозия экзема, дерматит, пўрсилдоқ, оддий лишай, ўраб олувчи темиртки ва бошқа кўплаб касалликларда пайдо бўлади.

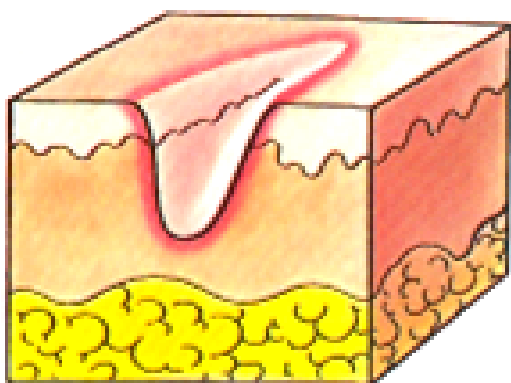
EROSIO (PEMPHIGUS VULGARIS)



ЭКСКОРИАЦИЯ ЁКИ ТИРНАЛИШ EXCORIATIO)

Тирналиш, экскорияция (excoriatio) —терининг қашлаш ёки бошқа шикастланиши оқибатида пайдо бўлган нуқсони. Тирналиш одатда чизикли кўринишда бўлади. Тирналиш фақат эпидермиснинг юзаки қавати билангина чекланган бўлса, чизикли кўринишдаги эпидермис юзаки қавати тангачаларга ўхшаш арчилади. Агар чуқур қаватлар шикастланса, сероз суюқлик чиқади, дерма ҳам шикастланса, капилляр қон чиқиши кузатилади ва кейинча тирналиш юзаси геморрагик қалоқ билан қопланади; тирналиш битгач эса, чизиксимон чандикча қолади.

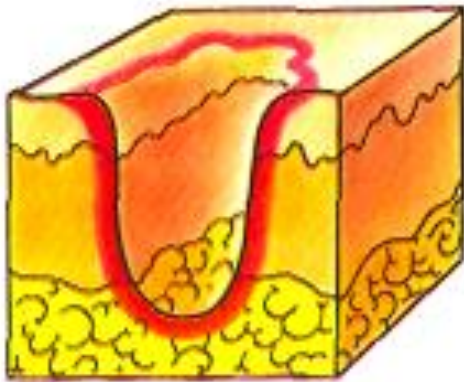
EXCORIATIO(RUBROMYCOSIS)



ЯРА (ULCUS)

Яра (ulcus) - терининг чуқур дефекти бўлиб, у дерма, гиподерма ва хатто мускул ва суякларгача етиши мумкин. Яралар асосан бирламчи элементлардан дўмбоқча, тугун ва чуқур пустуланинг емирилиши ёки ёрилиши оқибатида пайдо бўлади. Яралар шунингдек қон ёки лимфа айланишининг бузилиши, қон томирлари деворининг ўзгариши, трофик бузилишлар, шикастланишлар оқибатида ҳам (эмболия, тромбоз, эндоартериит, атеросклероз, синингомиелия, асаб толаларининг шикастланиши ва х.к.) пайдо бўлиши мумкин. Яралар битгандан кейин уларнинг ўрнида турғун чандиқлар қолади.

ULCUS (TROPICUM)

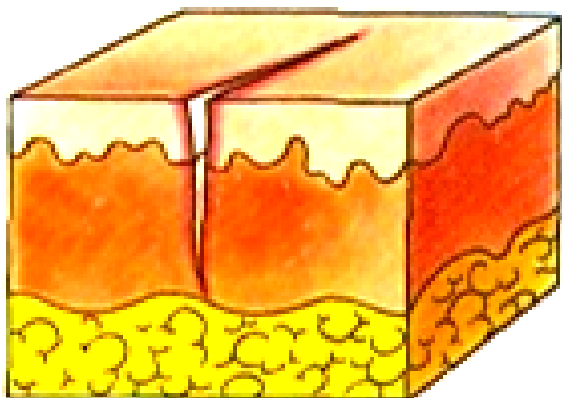


ЁРИҚ (FISSURA, RHAGADES)

Ёриқ (fissura, rhagades) — терининг чизикли нуқони бўлиб, сурункали яллиғланиш инфильтрати оқибатида терининг ўта қуруқшаб кетиши ёки эластиклигини йўқотиши туфайли келиб чиқади. Тери нуқсонининг чуқурлигига қараб юзаки ва чуқур ёриқлар тафовут қилинади. Юзаки ёриқлар эпидермис қавати билан чекланади, чуқур ёриқлар дермага ўтади. Ёриқлар асосан терининг ҳаракат туфайли тортилишга (чўзилишга) мойил

бўлган сохаларда - кўпинча табиий бурмалар соҳасида (оғиз бурчакларида, кулоқ супраси орқасида, бармоқлар орасида) ёки бўғимлар устида, кафтларда жойлашади.

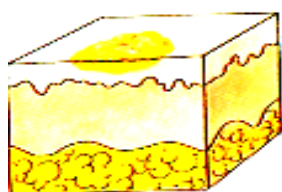
FISSURA (ECZEMA)



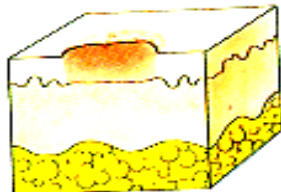
ҚАЛОҚ (CRUSTA)

Қалок (crusta) - биологик суюқликларнинг қотиб қолиши оқибатида ҳосил бўлган иккиламчи морфологик элемент. Қандай биологик суюқликдан ҳосил бўлганлигига қараб сероз, йирингли ва қонли қалоклар фарқ қилинади. Сероз суюқликдан ҳосил бўлган қалоклар тиниқ новвотранг бўлади, йирингли суюқликдан ҳосил бўлган қалоклар хира кулрангсимон, геморрагик қалоклар эса қўнғир тусли бўлади. Баъзан қалоклар таркибига дори моддалари (йод эритмаси, бриллиант зангориси ва бошқалар) ҳам қўшилади, бунда қалокнинг ранги ҳам шунга мос равишда ўзгаради. Сероз қалоклар пўрсилдоқ касаллигида, учуқларда, экземада ва бошқа касалликларда кузатилади, геморрагик қалоклар чуқур ёриқлар устида, сил волчанкасида ва бошқа яра ҳосил бўлиши билан кечувчи касалликларда касалликларда яралар устида жойлашади, йирингли қалоклар асосан пиодермитларда кузатилади.

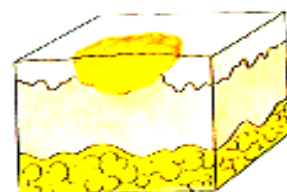
CRUSTAE SEROSI PURULENTI HAEMORRHAGICI (PYODERTNIA SECUNDARIA)



*Crusta
serosa*
38



*Crusta
haemorrhagica*
39



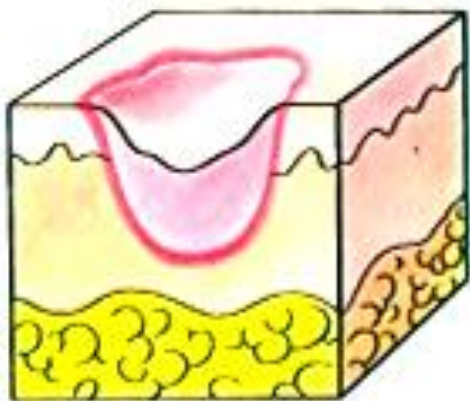
*Crusta
purulenta*
40



ЧАНДИҚ (CICATRIX)

Чандиқ (cicatrix) – терининг чуқур дефектининг дағал бириктирувчи тўқима билан тўлдирилишидир. Чандиқлар яралар, чуқур тирналишлар ва чуқур ёриқлар ўрнида ҳосил бўлади. Чандиқнинг ўлчами ва шакли ўзидан аввалги яранинг ўлчами ва шаклига мос бўлади. Янги чандиқлар қизғиш рангда бўлади, кейинчалик уларнинг ранги оқиш тусга киради. Чандиқлар одатдагидек, атрофик, гипертрофик, келоид турларга бўлинадилар. Атрофик чандиқ силлик, тери сатхидан бироз пастда туради. Гипертрофик чандиқ тери сатхидан кўтарилиб туради, келоид чандиқлар эса ўлчамлари йирикрок, тери сатхидан анча кўтарилиб туради, косметик жihatдан ноқулайлик туғдиради. Баъзан чандиқларнинг кўринишига қараб туриб, илгари бу соҳада қандай касаллик бўлганлиги ҳақида дастлабки тасаввурга эга бўлиш мумкин (юлдузсимон чандиқ гуммоз сифилидда, мозаикасимон чандиқ дўмбоқчали сифилидда, папироз қоғозини эслатадиган атрофик, силлик оқиш чандиқ сил волчанкасида, хунук, тортилган, кўприкчаларни эслатадиган чандиқ скрофулодермада ва х.к.).

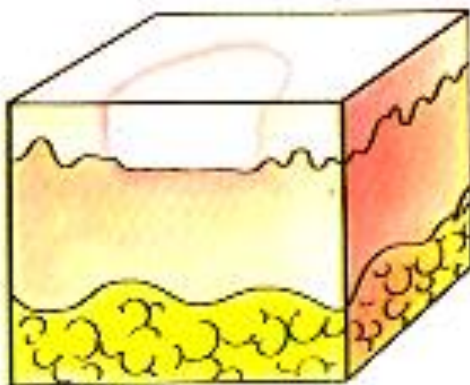
CICATRIX (ACNE VULGARIS, KELOID)



ТЕРИ АТРОФИЯСИ (ATROPHIA)

Тери атрофияси (atrophia) — яралар хосил бўлмасдан туриб терининг юпқалашиб, меъёрдаги сурати йўқолиб, атрофдаги тери сатхидан пасайиб, бириктирувчи тўқима билан алмашилишидир. Бу атрофик чандиқнинг ўзига хос бир кўринишидир. Атрофия бляшкали склеродермия, эритематоз каби касалликларда пайдо бўлади. Баъзан эса терининг маълум сохаларида озиқланишнинг бузилиши оқибатида ҳам ривожланиши мумкин (алиментарная атрофия).

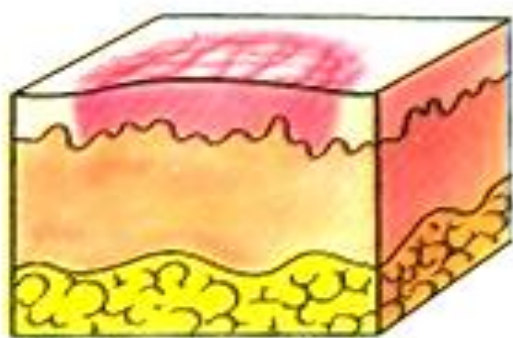
ATROPHIA (LUPUS ERYTHEMATODES)



ЛИХЕНИФИКАЦИЯ (LICHENIFICATIO)

Лихенификация (lichenificatio) - терининг қалинлашиб, суратининг кучайишидир. Асосан сурункали яллиғланишлар туфайли пайдо бўлади. Бунда тугунчалар бир-бирлари билан қўшилиб, ёппа инфильтрат ҳосил қилади, ўша соҳа қуруқшайди, сурати кучаяди. Лихенификация нейродермитда, сурункали экземада ва бошқа касалликларди пайдо бўлади.

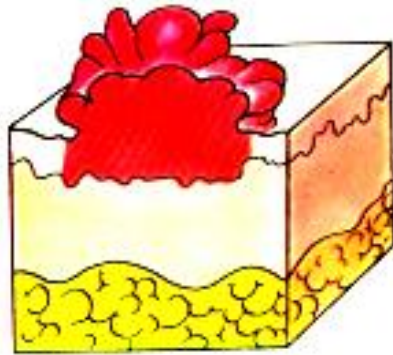
LICHENIFICATIO (NEURODERMITIS)



ВЕГЕТАЦИЯ (VEGETATIO)

Веgetация (vegetatio) – эпидермиснинг тиканакли қаватининг (баъзан дерманинг сўргич қавати билан биргаликда) хўроз тожиги ўхшаб ўсиб кетишидир. Бу ҳолат намоён бўлиши учун эпидермисда эрозия сатхлари (ёки яралар) бўлиши талаб этилади. Уларнинг юзаси ҳаракат натижасида ишқаланиши, ҳар хил ажралмаларнинг (тер, оқмалар суюқликлари ва х.к.) улар юзасига таъсир қилиши оқибатида вегетациялар пайдо бўладилар. Шунинг учун вегетациялар табиий бурмалар соҳасида эрозиялар, эрозив папулалар, яралар бўлганда пайдо бўладилар. Вегетациялар юмшоқ, намли, осонгина қонайдилар. Вегетациялар асосан вегетацияловчи пўрсилдоқда, сил волчанкасида, актиномикозда, сифилисда пайдо бўладилар.

VEGETATIO (LUES SECUNDARIA)



ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ - ПИОДЕРМИТЛАР

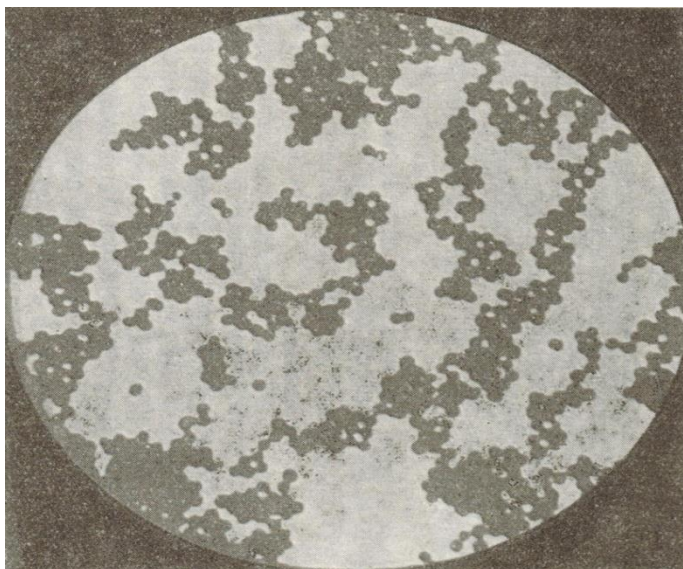
Терининг йирингли касалликлари ёки пиодермитлар (юнонча *pyon* – йиринг, *derma* – тери) тери касалликлари орасида энг кўп тарқалганларидан бўлиб, асосан стафилококklar ва стрептококklar томонидан чақирилади, клиник шакллари, кечиши ва оқибатлари бўйича хилма-хил касалликларни ўз ичига олади. Терининг йирингли касалликлари мустақил равишда бирламчи касаллик сифатида, ёки терининг бошқа касалликларининг (экзема, нейродермит, қичима, қўтир ва х.к.лар) асоратлари сифатида келиб чиқиши мумкин.

Терида учрайдиган микроорганизмларни 3 та тоифага ажратиш мумкин (У.К. Нобл 1986 й.): Транзит микроорганизмлар – ташқи муҳит предметлари билан қонтактда бўлиш оқибатида терига тушган ва терида кўпаймайдиган; Вақтинча резидент микроорганизмлар – кирланиш оқибатида қисқа муддатга терига тушган, унда кўпаювчи; Доимий резидент микроорганизмлар – терида доимо яшовчи, кўпаювчи.

ЭТИОЛОГИЯСИ

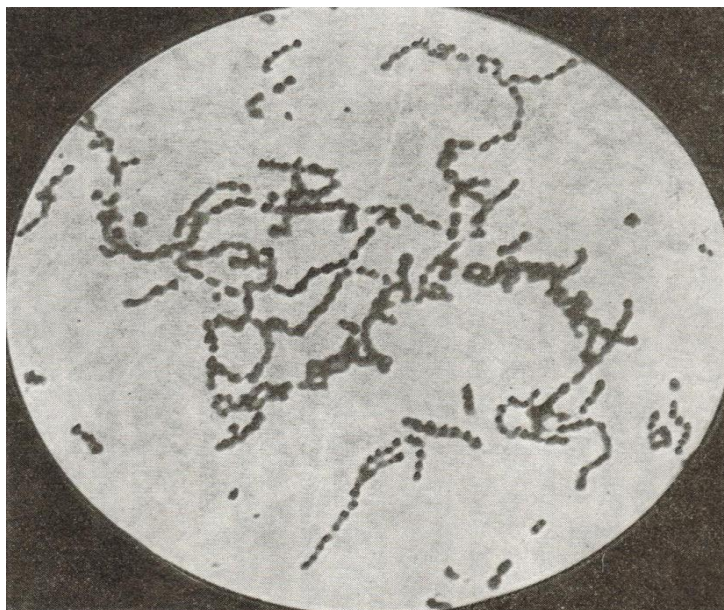
- Стафилококklar:
- *S. aureus* – тилларанг стафилококк, одамларда касаллик чақиради;
- *S. epidermitis* – эпидермал стафилококк, патологик жараёнда қатнашиши мумкин;
- *S. saprophyticus* – сапрофит стафилококк, патологик жараёнда қатнашмайди.

ТИЛЛАРАНГ СТАФИЛОКОКК



- Стрептококклар:
- α -гемолитик стрептококк, нопатоген тури, фақат маълум шароитлардагина касаллик чақириши мумкин;
- β -гемолитик стрептококк, одамларда касаллик чақирувчи асосий патоген тури;
- γ -гемолитик стрептококк, касаллик чақирмайдиган сапрофит тури.

α - ГЕМОЛИТИК СТРЕПТОКОКК



СТАФИЛОКОКЛАРНИНГ ТОКСИК МАХСУЛОТЛАРИ

- α -ТОКСИН
- Энтеротоксин
- Гемолизинлар
- Лейкоцидин
- Фибринолизин
- Коагулаза

СТРЕПТОКОКЛАРНИНГ ТОКСИК МАХСУЛОТЛАРИ

ПАТОГЕНЕЗИ

- Экзоген омиллар:
- Терининг ҳаддан зиёд кирланиши;
- Тери юзасидаги микротравмалар;
- Терининг қуруқшаб кетиши ёки ортиқча даражада намланиши;
- Териға ҳар хил қитиқловчи ва ёғсизлантирувчи кимёвий моддалар таъсири;
- Совқатиш, совуқ ёки иссиқ уриши, юқори намлик;
- Тери қопламасининг рН муҳитини ўзгариши;
- Тери мацерацияси, бичилиши, ёш болаларни нотўғри қийинтириш ёки йўргаклаш;
- Касбга оид омиллар;
- Эндоген омиллар:
- Тинка қуриши (толиқиш);

- Етарли даражада озиқланмаслик, истеъмол қилинаётган озиқ махсулотларида бирор зарур модданинг етишмаслиги, айниқса оқсил моддаларининг;
- Гиповитаминозлар;
- Сурункали интоксикация;
- Қандли диабет, яъни углеводлар алмашинувининг бузилиши;
- Овқат хазм қилиш тизими аъзоларининг хасталиклари;
- Эндокринопатиялар, қалқонсимон без ва гипофиз фаолиятидаги етишмовчиликлар;
- Сурункали йирингли инфекциялар ўчоғининг (теридан бошқа аъзоларда) мавжудлиги;
- Иммун тизимидаги бирламчи ва иккиламчи етишмовчиликлар;
- Узоқ вақт кортикостероид гормонлари ва цитостатиклар қабул қилиш.

ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

1. Стафилококкли пиодермитлар:

- а) Остиофолликулит;
- б) Фолликулит;
- в) Вульгар сикоз;
- г) Фурункул;
- д) Карбункул;
- е) Гидраденит;
- ж) Везикулопустулёз;
- з) Фингернинг ёлғон чипқонлари;

- и) Чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси;
- к) Риттер-Фон-Риттергеймнинг эксфолиатив дерматити.

2. Стрептококкли пиодермитлар

- а) Стрептококк импетиго (турлари: буллёз импетиго, тирқишсимон импетиго, юзаки хасмол, оддий темиртки, сифилиссимон папулалар импетиго, интертригиноз стрептодермия);
- б) Ёлин яллиғланиши;
- в) Стрептококкли эктима;
- г) Стрептококкли рупия;
- д) Сурункали юзаки диффуз стрептодермия.

3. Аралаш этиологияли пиодермитлар:

- а) Вульгар импетиго;
- б) Сурункали яралар пиодермия.

4. Атипик пиодермиялар:

- а) Сурункали яралар-вегетацияловчи пиодермия;
- б) Шанкрсимон пиодермия;
- в) Гангреноз пиодермия;
- г) Аллопонинг вегетацияловчи пиодермияси;
- д) Гоффманнинг бошнинг емирилиб абсцессланувчи фолликулити ва перифолликулити;
- е) Чандиқланувчи фолликулит;
- ж) Келоид хуснбузар;

- з) Чақмоқ тезлигидаги, тезкор акне;
- к) Болдирларнинг пустулез ва атрофик дерматити;
- л) Бластомикозсимон пиодермия;
- м) Юз пиодермияси;
- н) Колликватив силга ўхшаш пиодермия;
- о) Вегетацияловчи пиостоматит;
- п) Олат ва мойя халтасининг гангренаи.

СТАФИЛОКОКЛИ ПИОДЕРМИТЛАР

Стафилококкли пиодермитларда касаллик жараёни асосан терининг ҳосилаларида – соч фолликулалари, ёғ ва тер безларида ривожланади. Стафилококкли пиодермитларда пустула (мадда) конус ёки яримшарсимон шаклда, пустулаларнинг қобиғи нисбатан қалин, таранг бўлиб, ичидаги йиринг кўйикроқ, сариқ-зангори тусдадир, марказида эса кўпинча соч (тук) кўриниб туради. Фақат кичик ёшдаги болалардагина стафилококклар терида соч-ёғ фолликулалари ва тер безларига алоқаси бўлмаган, силлиқ терида жойлашган юзаки пуфаклар ҳосил қилади.

СТРЕПТОКОКЛИ ПИОДЕРМИТЛАР

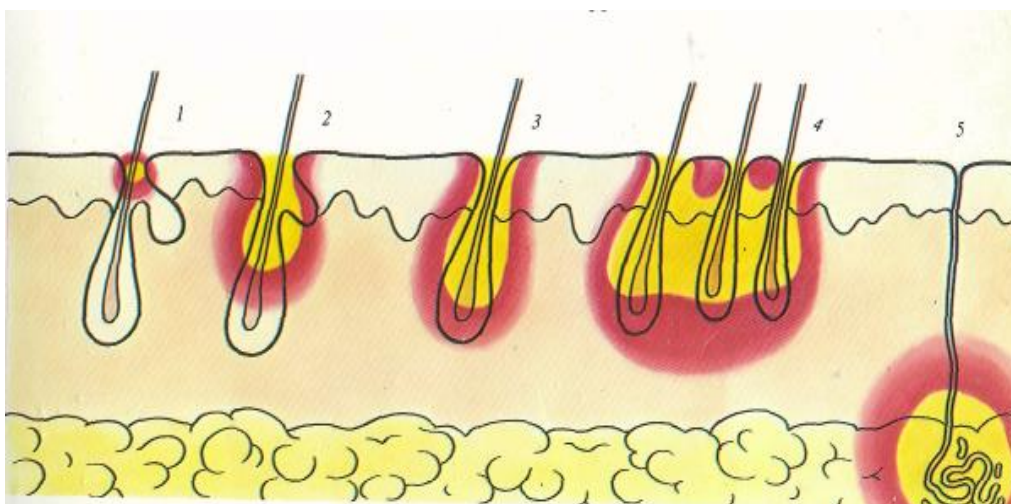
Стрептококклар стафилококкларга ўхшаб ёғ-соч аппарати ва тер безларини жароҳатламай, балки силлиқ терини, айниқса бурмаларни жароҳатлайди. Стрептодермиялар, одатда юзаки характерга эгадир. Шаффоф суюқликли ва периферик тарқалишга мойил, таранг бўлмаган пуфак-фликтена бирламчи элемент бўлиб ҳисобланади. Нозик терида эга бўлган болалар ва аёллар кўпроқ касалланадилар.

АРАЛАШ ЭТИОЛОГИЯЛИ ПИОДЕРМИТЛАР

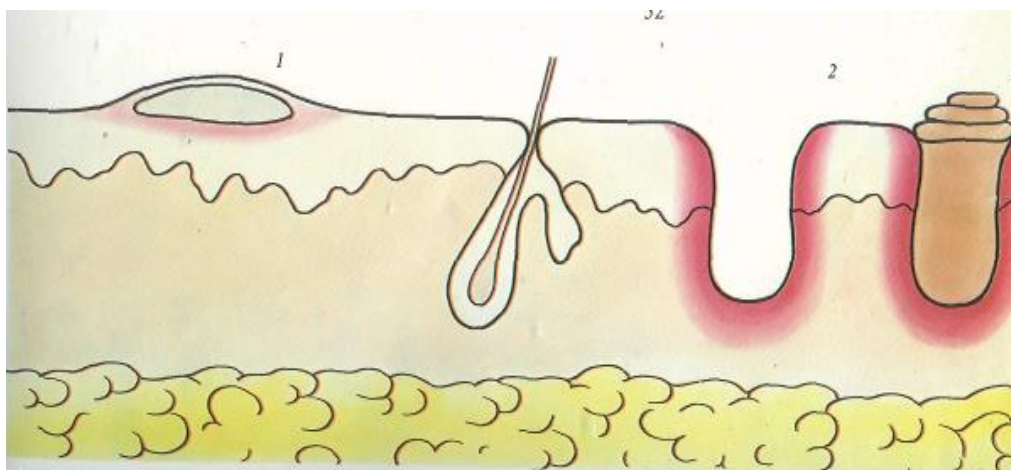
Бу гурух пиодермитларга этиологик омили бир вақтнинг ўзида ҳам стафилококklar ҳам стрептококklar ҳисобланувчи пиодермитлар киради. Бунда дастлаб касаллик стрептококкли ёки стафилококкли пиодермитдан бошланади ва унга тезда стафилококklar ёки стрептококklar қўшилади, бу ҳол эса касалликнинг клиник манзарасига ҳал қилувчи таъсир этади. Булардан юзаки шаклдагиси: оддий (вульгар) ёки стрепто-стафилококкли импетиго, чуқур шаклдагиси: сурункали ярали пиодермия, шанкрсимон пиодермия, ботриомикома.

ПИОДЕРМИТЛАР (СХЕМА)

СТАФИЛОКОККЛАР



СТРЕПТОКОККЛАР



1. ФОЛЛИКУЛИТ

Фолликулит – соч фолликуласининг ўткир йирингли яллиғланишидир. Пиодермитларнинг бу турида стафилококklar фолликуланинг деярли ҳамма қисмида яллиғланиш чақирган ҳолда унга чуқур кириб боради. Касаллик бошланишида қизил рангдаги оғрувчи тугунчалар пайдо бўлади. 2-3 кун ўтгач, улар ўртасида соч бўлган маддага айланади. Бир икки кунда мадда суюқлиги чиқиб кичик ярача ҳосил бўлади. Касаллик 5-7 кунда якунланади ва чуқур фолликулит ўрнида кичик нуқтасимон чандиқ қолади, бунда соч сўргичи емирилади ва қайта тикланмайди.



ОДДИЙ СИКОЗ (SYCOSIS VULGARIS)

Оддий сикоз сурункали қайталанувчи пиодермит бўлиб, ўзига хос хусусиятларга эга: Касалликка чалинган фолликулаларда бетўхтов равишда остиофолликулит ва фолликулит кўринишидаги қайталанган элементлар ҳосил бўлади. Касалланган соҳадаги қарийб барча фолликулаларнинг

жараёнга тортилиши; Секинлик билан, торпид кечиши; касалликнинг клиник манзараси аста-секин ривожланади.



ФУРУНКУЛ

Фурункул (ёки чипқон) терининг кўп учрайдиган йирингли касалликларидан ҳисобланади. Бу соч фолликуласи, ёғ бези, унинг атрофидаги бириктирувчи тўқима ва тери ости ёғ клетчаткасининг ўткир, йирингли-некротли яллиғланишидир. Фурункул кўпинча остиофолликулит ёки фолликулитдан инфекциянинг чуқурга қараб тарқалиши учун қулай шароит мавжуд бўлган тақдирда ривожланади. Якка холда учраганини фурункул, 2 тасини фурункулар, 3 ва ундан ортиқ миқдордагисини фурункулез деб юритилади.

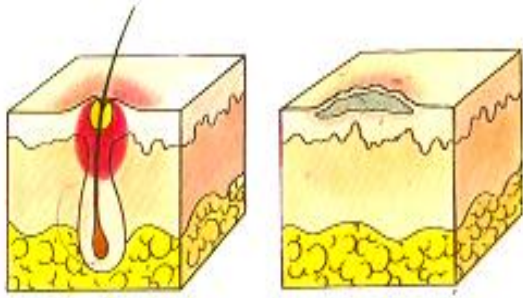
КЛИНИК КЕЧИШИ:

Касаллик ривожланишида 3 босқич мавжуддир:

Инфильтратнинг ривожланиш босқичи;

Йиринглаш ва некротга учраш босқичи;

Чандиқ ҳосил қилиб, тузалиш босқичи.



Pustula

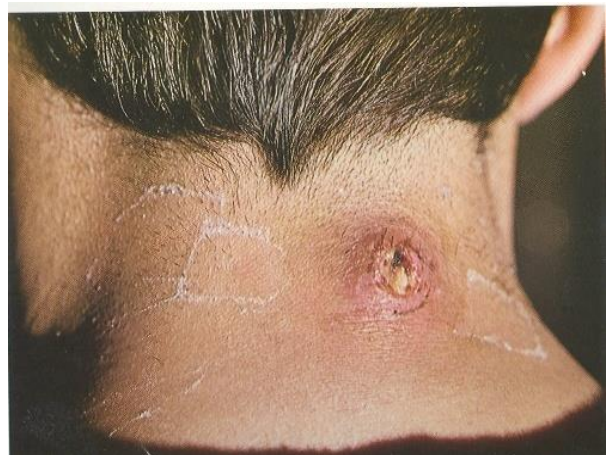
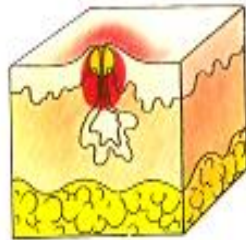
20

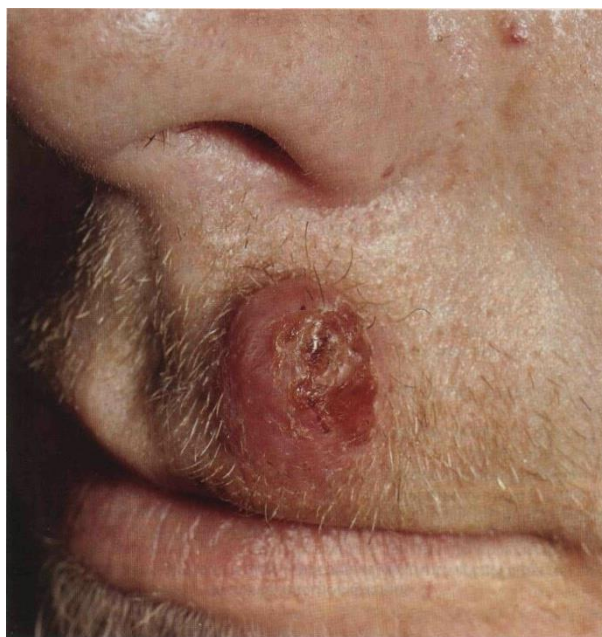
Impetigo
streptogenes

21

Acne

22

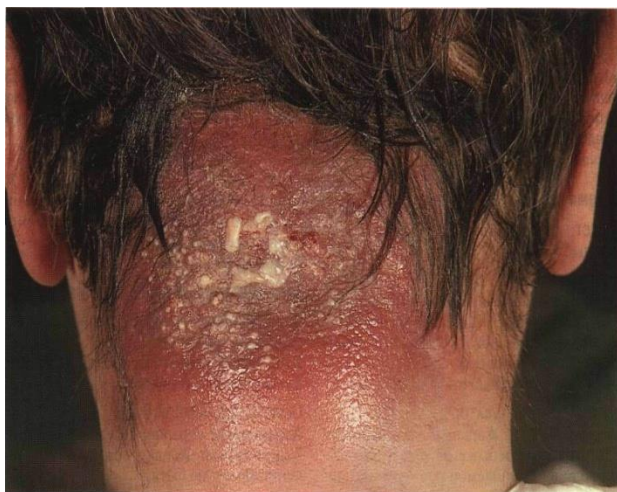




КАРБУНКУЛ

Карбункул (ёки хўппоз) бир неча қўшни соч фолликулаларининг ҳамда дерманинг чуқур қатламлари ва гиподерманинг жалб этилиши билан кечадиган, тарқалган йирингли-некротик яллиғланишдир (яъни умумий инфильтрат билан бирлаштирилган фурункуллар конгломератидир). Бу касалликда йирингли некротик инфильтрат катта майдонни эгаллайди ва фурункулга нисбатан дерма ва гиподерманинг янада чуқур қаватларига тарқалган бўлади. «Карбункул» сўзи юнонча бўлиб, «сарво» – кўмир сўзидан келиб чиққан ва «кўмирга айланиш», («қорайиб куйиш») маъносини англатади. Касаллик бошланишида бир неча соч фолликуласида бирданига ёки бирин-кетин қаттиқ инфильтрат пайдо бўлиб, булар бир бутун инфильтрат ҳосил қилиб қўшиладилар. У катталашиб баъзан болалар кафтича бўлиши мумкин. Унинг юзаси яримшарсимон шаклда бўлиб, тери таранглашади, маҳаллий ҳарорат кўтарилади. Инфильтрат маркази кўкимтир, атрофи қизғич рангда бўлади ва кучли оғриқ билан кечади. Бу инфильтрат ривожланаётган биринчи босқич бўлиб, у 8-12 кун давом этади. Кейин инфильтратнинг марказий соҳасида, соч фолликуласи атрофида некроз кузатилади ва бир нечта маддалар шаклланади. Уларнинг қобиғи қорамтир тусга киради, ёрилади ва ғалвирни эслатувчи бир нечта тешик пайдо бўлади.

Булардан қон аралаш сарғимтил-яшил рангли йиринг оқиб чиқа бошлайди. Карбункул марказидаги бошқа соҳалар ҳам секин-аста некрозга учрайди. Ажралиб чиққан массалар ўрнида чуқур яра шаклланади. Иккинчи босқич, яъни йиринглаш ва некрозга учраши 14 кундан 20 кунгача давом этади. Бундан кейин яра аста-секин тозаланиб, грануляцион тўқима билан қопланиб боради ва одатда остки тўқималар билан бириккан чуқур, дағал чандиқ пайдо бўлади. Иккинчи босқич, яъни йиринглаш ва некрозга учраши 14 кундан 20 кунгача давом этади. Бундан кейин яра аста-секин тозаланиб, грануляцион тўқима билан қопланиб боради ва одатда остки тўқималар билан бириккан чуқур, дағал чандиқ пайдо бўлади.



ГИДРАДЕНИТ

Гидраденит – апокрин тер безларининг йирингли яллиғланишидир. Одатда қўлтиқ ости, чов бурмаси, сийна сўргичи, киндик, жинсий аъзолар атрофи ва анус соҳасида жойлашиши мумкин. Асосан тилларанг стафилококкларни апокрин безлари чиқарув йўли орқали унинг тана қисмига кириб қолиши ва кейинча лимфоген тарқалиши натижасида пайдо бўлади. Жинсий балоғатга етмаган болаларда апокрин тер безлари фаолияти бошланмаганлиги сабабли уларда гидраденит учрамайди. Апокрин тер безларининг ривожланиб такомилланиши балоғат ёшига етганда якунланади, бу хол ўғил болалаларга нисбатан қизларда эртароқ юзага келади. Гидраденит эркакларга нисбатан аёлларда кўпроқ учрайди. Кексаларда

апокрин тер безлари фаолияти якунланганлиги туфайли уларда гидраденит учрамайди.



ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ ВА КЎП СОНЛИ АБСЦЕССЛАР (ФИНГЕРНИНГ ЁЛҒОН ЧИПҚОНИ)

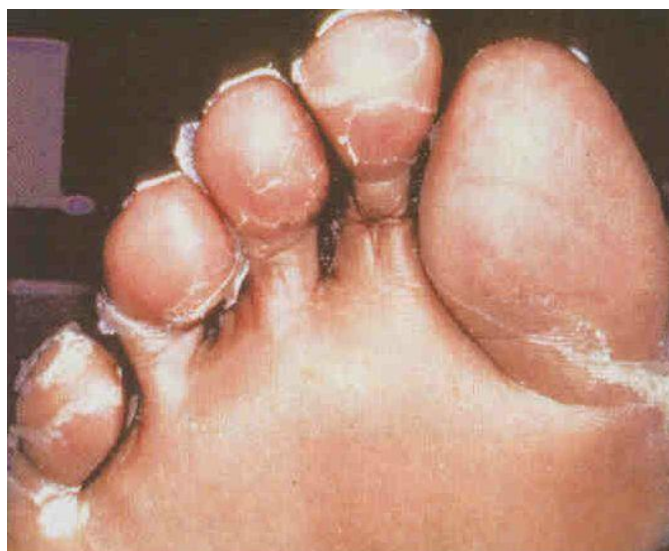
Везикулопустулез – эккрин (мерокрин) тер безлари оғзининг йирингли яллиғланишидир. Кўп сонли абсцесслар эккрин тер безлари танасининг йирингли яллиғланиши бўлиб, чақалоқларда ва бир ёшгача бўлган болаларда инфекциянинг эккрин тер безларининг чиқарув йўллариغا ва ўрамчаларига кириши оқибатида ривожланади. Агар жараён эккрин тер безларининг чиқарув йўлларинигина камраб олса, у холда перипорит ривожланади, тер безларининг танасига ҳам тарқалса кўп сонли абсцесслар келиб чиқади.



ЭПИДЕМИК ЧИЛЛА ЯРАСИ,ЭКСФОЛИАТИВ ДЕРМАТИТ, СТАФИЛОКОКЛИ ТЭН,SSSS

Чақалокларнинг эпидемик чилла яраси кўпинча теридаги гиперемия фонида пуфаклар пайдо бўлиши билан бошланади. Касалликнинг дастлабки соатларида пуфакнинг қобиғи оқ рангли шалвираган, бўш, пуфак ичидаги эксудатив суюқлик эса оз миқдорда бўлади, пуфак теридан бирозгина кўтарилиб туради. Кейин эса пуфакларнинг ўлчами катталашади, ичидаги эксудат кўпаяди, пуфак таранглашади, ичидаги сероз суюқлик сероз-йирингли тус олади.

ЭПИДЕМИК ЧИЛЛА ЯРАСИ СТАФИЛОКОКЛИ ТЭН



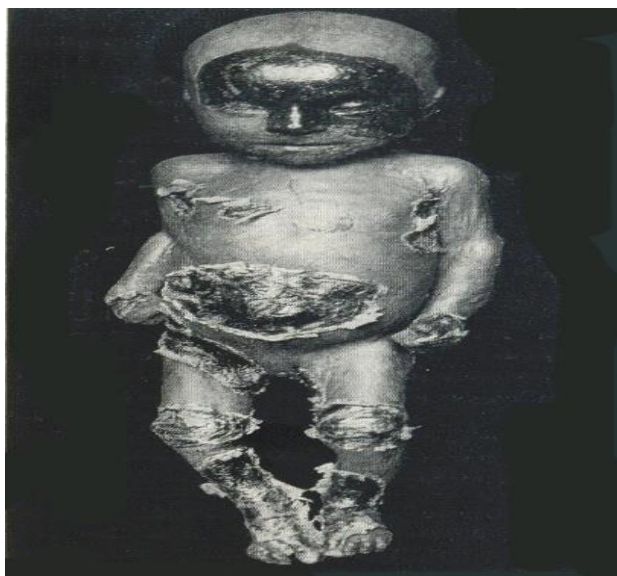
РИТТЕРНИНГ ЭКСФОЛИАТИВ ДЕРМАТИТИ

Биринчи босқичда терининг тарқалган қизариши, шишинқираши ва пуфаклар пайдо бўлиши кузатилади. Эпидермисда ва унинг остида ҳосил бўлган экссудат эпидермис айрим соҳаларининг пўст ташлашига ва кўчишига олиб келади (Никольский симптоми).

Иккинчи босқичда атрофга қараб тарқалган ва бир-бири билан қўшилишга мойил бўлган эрозиялар пайдо бўлади. Бу энг оғир давр (боланинг ташқи кўриниши худди Лайел синдромидаги каби II даражали куйган одамни эслатади), ҳароратнинг юқори бўлиши, диспепсик

бузилишлар, камқонлик, лейкоцитоз, эозинофилия, ЭЧТ ортиши, тана массасининг камайиши, астенизация билан кечади.

Учинчи, регенератив босқичда тери гиперемияси ва шиши камаяди, эрозияланган сатхларнинг эпителизацияси кузатилади.



SSSS (ТЕРИНИНГ СТАФИЛОКОКЛИ КУЙИШ СИНДРОМИ)

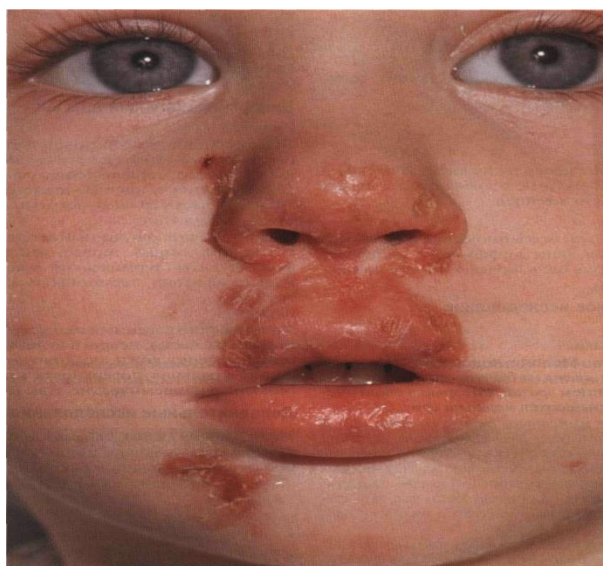


СТАФИЛОКОКЛИ БУЛЛЁЗ ИМПЕТИГО



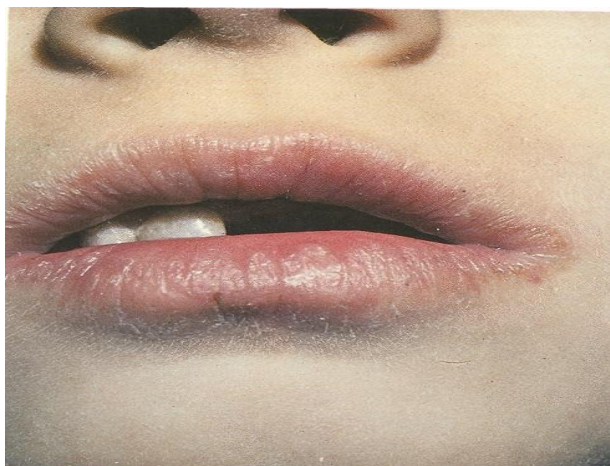
СТРЕПТОКОКЛИ ИМПЕТИГО (IMPETIGO STREPTOGENES)

Касалликнинг асосий элементи фликтена бўлиб, бу гиперемияланган, шишган асосдаги, таранг бўлмаган қобиклар ва сероз суюқли юзаки, нофолликуляр бўшлиқли элементдир. Кўпчилик муаллифлар бирдан-бир касаллик чақирувчиси стрептококклар деб ҳисобласаларда, гоҳо пуфакчалар суюқлигида оз миқдорда стафилококкларни ҳам топганлар. Стрептококкли ёки оддий импетигонинг юқумлилиги айниқса болалар орасида кўпгина текширувлар натижасида исботланган.





ТИРҚИШСИМОН ИМПЕТИГО (IMPETIGO FISSURICA)



ИНТЕРТРИГИНОЗ СТРЕПТОДЕРМИЯ



ОДДИЙ ЭКТИМА (ECTHYMA VULGARE)

Вулгар эктима тўқималарнинг чекланган соҳада ярага айланиши билан кечувчи чуқур зарарланиши бўлиб, бунда чуқур нофолликуляр пустула ҳосил бўлади. Эктиманинг ривожланишида икки босқич тавофут қилинади: фликтенали ва ярали. Касаллик стрептококкли фликтеналардан ёки асосида чуқур инфильтрат бўлган аралаш импетигодан бошланади. Бу пустула пуфакка айланиб, ичидаги сероз ёки сероз йирингли суюқлик тезда тилларанг-сарик тусли қалоқ ҳосил қилиб қотади, унинг остида йирингли геморрагик суюқлик бўлиб, бу соҳадаги тўқима емирилади. Кўпинча бир неча қатламдан иборат бўладиган қалоқ олиб ташланса унинг остидаги думалоқ ёки овал шаклдаги яра кўзга ташланади. Яранинг туби кир-кулранг йирингли, некротик мадда билан қопланган, осон қон чиқиши кузатилади, қирғоқлари юмшок, шишган, димиққансимон гиперемияга учраган, тери сатҳидан бироз кўтарилиб туради.

ОДДИЙ ЭКТИМА (ECTHYMA VULGARE)



ВУЛЬГАР ИМПЕТИГО

Касаллик шишган-қизарган асосда стрептококкли импетиго -фликтена пайдо бўлиши билан бошланади. Пуфакчанинг фарқли белгилари шундан иборатки, унинг қобиғи нозик, юпқа, таранг эмас, суюқлиги сероз. Пуфакча

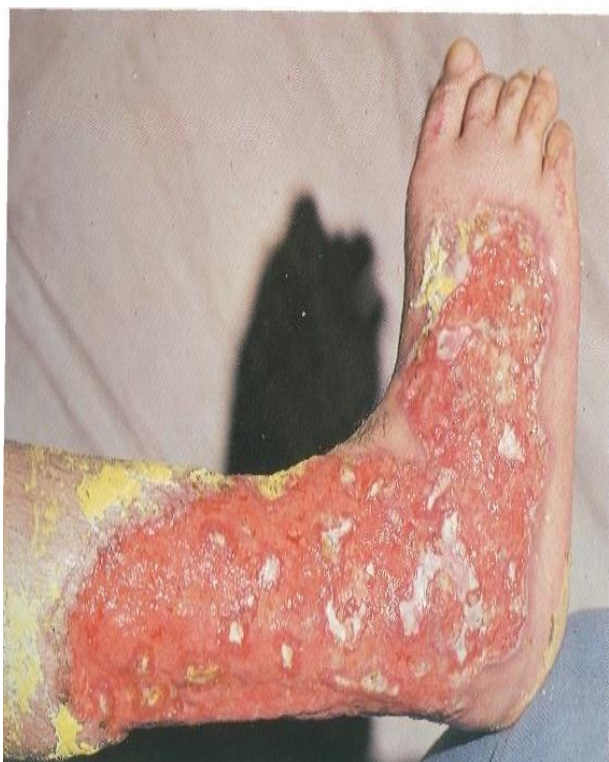
периферияга қараб ўсишга мойилдир. Жараённинг ривожланиш босқичида стафилококлар кўшилиши оқибатида фликтена ичидаги суюқлик лойқаланиб йирингга айланади ва 2-3 кун мобайнида сариқ-мисранг қалоқлар ҳосил қилиб қурийди. Айрим ҳолларда фликтеналар юмалоқ ёки овал шаклдаги эрозиялар ҳосил қилиб ёрилади ва лойқали сероз-йирингли суюқлик ажралиб туради. Эрозиялар четларида эпидермис шокиллари кўзга ташланади ва қизарган ҳошия билан ўралгандир. Эрозиялар ҳам фликтеналар каби 1-2 кундан сўнг сомон сариқ ёки кулранг геморрагик қалоқлар кўринишида қуриган экссудат билан қопланади.



СУРУНКАЛИ ЯРАЛИ ПИОДЕРМИЯ

(PYODERMIA CHRONICA ULCEROS)





ПИОДЕРМИТЛАРНИ ДАВОЛАШ

Терининг йирингли касалликларини даволаш комплекс равишда қуйидаги мақсадларни кўзлаган ҳолда олиб борилади. Маҳаллий даво ўтказиш йўли билан пиодермитлар ўчоғига бевосита таъсир ўтказиш. Касалликнинг кўзғатувчисига қарши умумий этиотроп даво буюриш. Бемор организмнинг патоген микроорганизмларга қаршилиқ кўрсатиш қобилиятини ошириш мақсадида иммунологик дори моддаларини қўллаш ва бошқа умумий даволар. Беморни текшириш жараёнида аниқланган ва пиодермитлар келиб чиқишига сабаб бўлувчи ёки уларнинг кечишини оғирлаштирувчи интеркуррент касалликларга (гипо ва авитоминозлар, моддалар алмашинуви бузилиши ва х.к.лар) қарши курашиш чоралари. Стафилококлар ва стрептококларнинг касаллик ўчоғидан терининг бошқа соҳаларига ва умуман бошқа аъзоларга, қонга (сепсис) тарқалишини олдини олиш.

МАХАЛЛИЙ ДАВОЛАШ

Остиофолликулит, стрептокок импетигоси каби юзаки пиодермитларда айрим-айрим жойлашган пустулалар, фликтеналар очилиб, улар йирингдан тозаланади ва ҳосил бўлган эрозия сатҳларига анилин бўёқларининг спиртли эритмаси (1% ли бриллиант зангориси, 1% ли метилен кўки, 1% ли эозин, Кастеллани суюқлиги) суртилади. Атрофдаги соғлом тери юзаси 2% салицилат спирти эритмаси ёки камфорали спирт билан артиб дезинфекцияланади, анилин бўёқлари қуригач, эрозия сатҳига антибактериал мазлар (эритромицин, гелиомицин, гентамицин, линкомицин, тетрациклин мазлари ва бошқалар) суртиш мумкин. Агар касаллик ўчоғида қалоклар қатлами йиғилиб қолган бўлса, улар 2% салицилат кислотаси мази ёки 5% ли фурациллин мази суртиш йўли билан юмшатиб олиб ташланади.

УМУМИЙ ДАВОЛАШ

Иммунотерапия.

Этиотроп даволаш (антибиотикотерапия).

Интеркуррент касалликларни даволаш.

Организмнинг умумий қувватини оширишга қаратилган даволар.

ЭТИОТРОП ДАВОЛАШ

Умумий антибиотикотерапия учун бактериологик текширувдан кейин касаликнинг қўзғатувчиси, унинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқлангач, антибиотикни таъсир доирасини эътиборга олиб танлаш муҳим аҳамиятга эга. Чунки пенициллиназа ферменти ҳосил қилмайдиган стафилококларга яхши таъсир қилувчи антибиотиклар, пенициллиназа ферменти ҳосил қилувчи стафилококларга таъсир қилмаслиги мумкин, ёки стрептококларга яхши таъсир қилувчи антибиотиклар стафилококларга таъсир қилмаслиги мумкин. Бундан ташқари касаллик бир эмас, балки бир неча патоген микроорганизмлар, шу жумладан граммусбат ва грамманфий бўлган

микроблар томонидан чақирилган бўлиши мумкин. Шунинг учун бир хил касалликнинг (нозологик шакл) ўзида ҳар бир муайян вазиятда ҳар хил турдаги антибиотикларни танлашга тўғри келади.

АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ

Пенициллин гуруҳидаги антибиотиклар.

Цефалоспорин гуруҳидаги антибиотиклар.

Тетрациклинлар

Аминогликозид гуруҳига мансуб антибиотиклар

Макролидлар.

Фторхинолон гуруҳидаги антибиотиклар

Ҳар хил гуруҳларга мансуб бошқа антибиотиклар.

ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Пиодермитларга қарши курашни ташкил этишни қуйидаги босқичларга ажратиш мумкин:

Давлат миқёсида;

Ишлаб чиқариш корхоналари миқёсида;

Оила, турмуш миқёсида;

Шахсий (индивидуал) миқёсда.

ДЕРМАТИТЛАР ВА ТОКСИКОДЕРМИЯЛАР

Дерматит — хар хил экзоген -механик, физик, химик ва биологик омилларнинг таъсири натижасида келиб чиққан терининг яллиғланишидир. Айрим ҳолларда дерматит эндоген омиллар таъсирида (масалан пеллагроидли дерматит) ҳам келиб чиқиши мумкин.

Дерматитлар контактли ва токсикоаллергик (токсикодермия) турларга бўлинадилар. Контактли дерматитлар ўз навбатида оддий контактли (артифициал) ва аллергияли контактли турларга бўлинади. Контактли дерматитларда касалликни чақирувчи омил бевосита тери юзасига тушиб таъсир қилади (касаллик чақиради). Токсикодермияда эса касаллик чақирувчи омил терини четлаб ўтиб организмга тушади (оғиз, нафас йўллари, инъекцияда), аммо касаллик терида ривожланади.

Оддий контактли дерматитлар шартсиз(облигат) қитиқловчилар томонидан чақирилади. Буларга кислоталар, ишқорлар, айрим оғир метал тузлари, юқори ва ўта паст ҳарорат кабилар киради.

Аллергияли дерматитлар шартли қитиқловчилар (аллерген) томонидан чақирилади. Буларга хар хил химиявий моддалар, кир ювиш порошоклари, дори моддалари ва бошқалар киради.

Касалликнинг клиник манзараси таъсир қилган омилга, унинг кучига, қанча вақт давомида таъсир қилганига ва организмнинг индивидуал хусусиятига боғлиқ. Касаллик кечишига қараб ўткир ва сурункали дерматитлар тафовут қилинади. Ўткир дерматитларда касаллик ўчоғида эритема, шиш, тугунча, пуфакча, пуфак, эрозия, нам чиқиши кузатилади, баъзан эса тўқималар некрозга учраб, струп ва яра ҳосил бўлиши мумкин. Жараён тузалганда эса қипикланиш ва пигментация кузатилади. Некроз ва яра ўрнида эса чандиқ қолади.

ОДІЙ КОНТАКТЛИ ДЕРМАТИТ



КОНТАКТЛИ ДЕРМАТИТ



АЛЕРГІК КОНТАКТЛИ ДЕРМАТИТ



АЛЛЕРГИК КОНТАКТЛИ ДЕРМАТИТ



КОНТАКТЛИ ПЕРИОРАЛ

ДЕРМАТИТ



СУРУНКАЛИ РАДИАЦИОН

ДЕРМАТИТ



Оддий контактли ва аллергик контактли дерматитларнинг кўплаб клиник белгилари умумийдир. Аммо уларнинг бир-бирларидан фарқ қилдирадиган белгилари ҳам бор. Оддий контактли дерматитда касаллик ўчоғи қитиқловчи омил таъсир қилган соҳанинг ўзи билан чегараланади, атрофдаги терига тарқалмайди, шунинг учун чегаралари ҳам аниқ бўлади. Аллергик контактли дерматитда эса атрофга тарқалади, чегараси ноаниқ. Аллергик контактли дерматитда везикуляция устивор бўлади, шу жихатдан бу дерматит экземага яқинроқ.

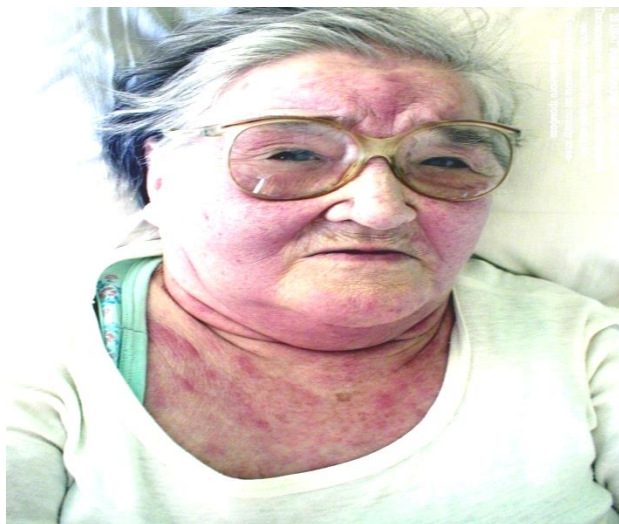
Сурункали дерматитлар кучсиз қитиқловчиларнинг терига узоқ вақт мобайнида таъсир қилиб туриши оқибатида келиб чиқади. Клиник манзарасида димланишга хос гиперемия, лихенификация, қипиқланиш кабилар кузатилади.

Токсико-аллергик дерматитлар (токсикодермиялар) аллергенлар оғиз орқали, нафас йўллари орқали ёки парентерал йўл билан тушганда ривожланади. Токсикодермиялар келиб чиқишига энг кўп сабаб бўладиган моддалар – дори моддалари ва айрим озиқ-овқат махсулотларидир. Дори моддалари орасида энг кўп токсикодермия чақирадиганлари антибиотиклар, сульфаниламидлар, витаминлардир. Токсико-аллергик дерматитларнинг клиник аломатлари хилма-хилдир. Эритематоз, розеолез, папулез, уртикар, везикулез, буллез, эритематоз-сквамоз, тубероз, нодуляр тошмалар пайдо бўлиши мумкин. Тошмалар чекланган ёки тарқоқ бўлиши мумкин. Беморнинг умумий ахволида ҳам ўзгариш кузатилади, субъектив хиссиётлар (қичишиш, ачишиш) билан кечади.

Токсикодермиянинг клиник аломатларига қараб қандай дори моддаси томонидан чақирилганлигини айтиш қийин. Фақат айрим ҳоллардагина қайси дори моддаси чақирганини маълум даражадаги эҳтимоллик билан айтиш мумкин. Масалан сульфаниламид дори моддалари томонидан фиксацияланган эритема деб номланувчи токсикодермия чақиради. Йод ва

бром препаратлари эса йод ва бром хуснбузар тошмалари, тубероз йододерма ва бромодерма чакиради.

ТОКСИКОДЕРМИЯ



ТОКСИКОДЕРМИЯ



ПАПУЛЕЗ ТОКСИКОДЕРМИЯ



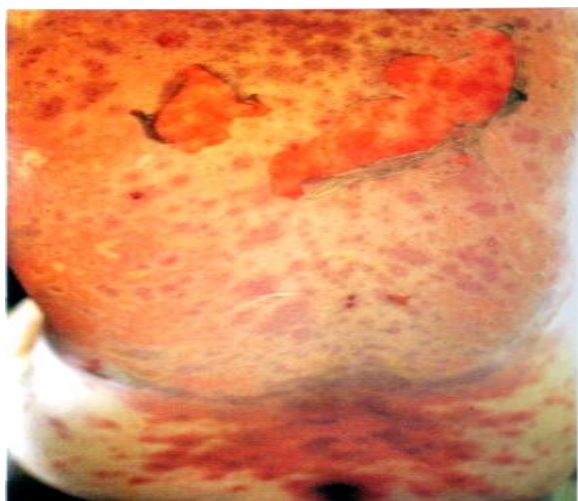
ФИКСАЦИЯЛАНГАН ЭРИТЕМА



ФИКСАЦИЯЛАНГАН ЭРИТЕМА



ЛАЙЕЛЛ СИНДРОМИ



ТОКСИКОДЕРМИЯЛАРНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Пушти ранг темиратки билан
- Ранг-баранг темиратки билан
- Иккиламчи захм билан
- Кўп шаклли эксудатив эритема билан
- Дюрингнинг герпессимон дерматити билан
- Қичима билан

ЭКЗЕМА

ЭКЗЕМА – куп учрайдиган, купинча уткир, баъзан сурункали кечувчи ва кайталанувчи тери касаллиги булиб, морфологик элементларнинг полиморфизми билан характерланади. "Экзема" сузи грекча (eczema) – кайнаб чикади сузидан келиб чиккан. Экзема эрамиздан икки аср илгари маълум булиб хамма уткир кечувчи дерматозларни аташган. Факат XVIII асрнинг биринчи ярмида Уиллин (1808), Бейтман (1813), Рейс (1823), ва бошқалар экземани алохида касаллик килиб ажратдилар.

КЕЛИБ ЧИКИШ САБАБЛАРИ – аник булмай, хар хил теориялар бор. Бир хил олимлар келиб чикиш сабабларидан асосий ролни нерв системасига, бошқалари эса эндокрин безларига, аллергияга ва ирсийетга бошлаганлар. Хозирги вақтда (Ю.К.Скрипкин, И.Я.Шахтмейстер) – экзема келиб чикишининг сабаблари комплекс булиб нейроаллергик, эндокрин, модда алмашуви ва энзоген факторлар киради. Экзоген аллергенларга химик, биологик, бактериал, физик агентлар, дорилар, овкат моддалари, косметика препаратлари киради.

Болаларда айникса чакалокларда экземанинг келиб чикиш механизми бироз бошқачарок булиб куйидагилардан иборат: бола организмидаги алохида бир ҳолат булиб, бу кандайдир ички ва ташки кузгатувчига экзема билан жавоб беришга "тайёр" булиб туради.

Бунинг асосий сабаблари куйидагилар:

а) Болани овкатлантириш режимини бузилиши; б) диспептик узгаришлар; в) сурункали инфекциялар (отит ва б-лар); г) модда алмашинувининг узгариши ва бошқалар.

Ташки сабаблар: айрим микроблар (стрептококк, дрожки), сийдик ва ахлатнинг терини зарарлаши ва бошқалар.

Экземани классификацияси. Ю.К.Скрипкин экземанинг куйидаги классификациясини таклиф килади:

КЛИНИКАСИГА КАРАБ

1. Хакикий (идиопатик) экзема. (пруригиноз, дисгидротик);
2. Микробли (нуммуляр, варикоз, сикозсимон, паратравматик, аёллар сут сургичини атрофидаги экзема);
3. Себореяли;
4. Профессионал ёки касбга боғлиқ;
5. Болалар экземаси: хакикий, микробли, себореяли;
6. Кам учрайдиган шакллари: Капошининг герпессимон экземаси, пруритиноз, вакцинали.

КЕЧИШИГА КАРАБ

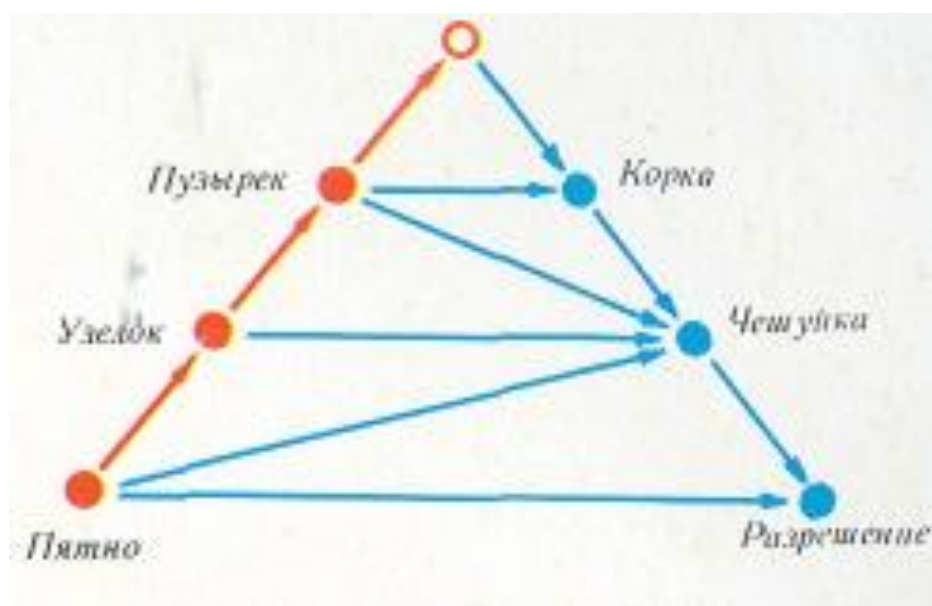
- 1) Ўткир.
- 2) Сурункали.

ХАКИКИЙ (ИДИОПАТИК) ЭКЗЕМА

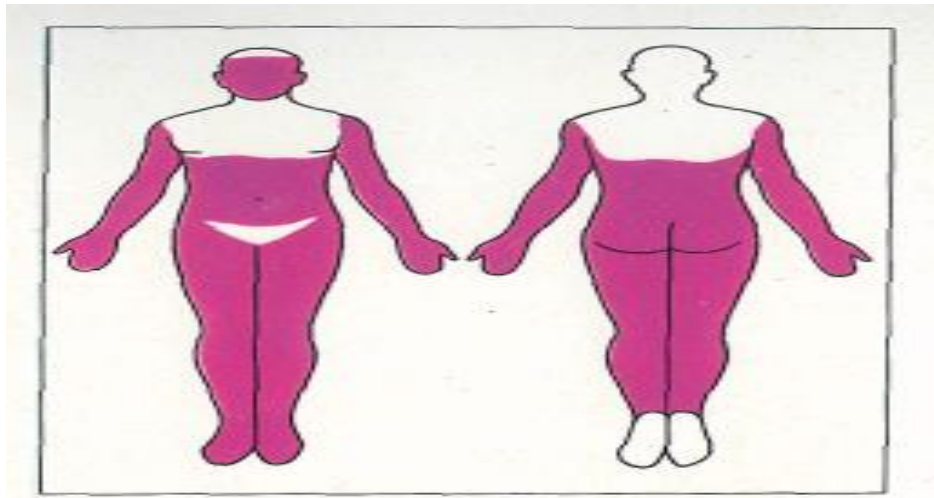
ХАКИКИЙ (ИДИОПАТИК) ЭКЗЕМА – касалликни бошланишида бир канча боскичларни куриш мумкин – жарохатланган жойда тери кизариб эритема ҳосил қилади, кейинчалик инфильтрация қучайиб эритема тугунчага айланади, тугунча аста-секин инфильтрациянинг қучайиши натижасида пуфакчага айланади, пуфакча ёрилиб сув чикиб турган эрозияга айланади, эрозия устида ҳосил булган сероз "қудукчалар" худди қайнаётган сувни эслатади. ("экзема" – грек сузидан келиб чикиб, қайнаб чикиш маъносини билдиради). Бу даврда экзема энг юкори кулминацион боскичга кутарилади, кейин аста-секин қайта бошлайди. Эрозия усти пустлог билан копланadi, пустлог тушиб кетиб, урнида кипиксимон кепакланиш булади, сунгра кора

дог қолади. Касалнинг бошланиш даврида каралса жарохатланган жойда хакикий патоморфизм булади. Жарохатланган жой кизариб, ишиб кетади, хамда эритемали дог, экссудатив тугунча, микровезикулалар, эрозия, пустлог, кепакланиш булади. Касаллик асосан симметрик жойлашди, хам кул-оёк ва баданда купрок учрайди. Касалларни каттик кичишиш безовта килади. Касаллик баъзан кайнаётган вақтда жарохатланган жойда инфильтрация сурилмай кепаклашиш, кичишиш кучайиши ва кашлаш натижасида тери калинлашиб лихеинфекция, гиперкератоз булиши мумкин. Бу касалликни сурункали формага утиши булади. Баъзан жарохатланган жойга стрепто, стафилококклар тушиб, модда – йирингли пуфакчалар хосил килади. Сурункали экзема баъзан бирор бир агент таъсирида яна кузгаб уткир формага утиши мумкин. Болаларда идиопатик экзема 2-3 ойликдан бошланиб, симметрик холда бетда, кул-оёклар терисида жойлашади, хамда эритема сквамоз, папуло-везикулез. Элементларнинг кичишиши билан давом этади. болаларда купрок хакикий, микробли ва себореяли экземаларнинг бирга учраши кузатилади.

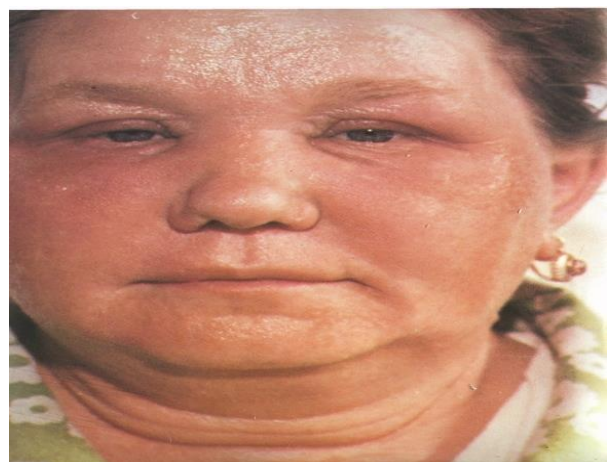
ХАКИКИЙ ЭКЗЕМНИ БОСҚИЧЛАРИ ***SCHEMA CURSUS PROCESSUS ECZEMATIS***



ХАКИКИЙ ЭКЗЕМНИ ТЕРИДА ЖОЙЛАШИШИ
LOCALISATIO TYPICA (ECZEMA VERUM)



ХАКИКИЙ ЭКЗЕМА



ECZEMA ACUTUM

ECZEMA CHRONIATUM



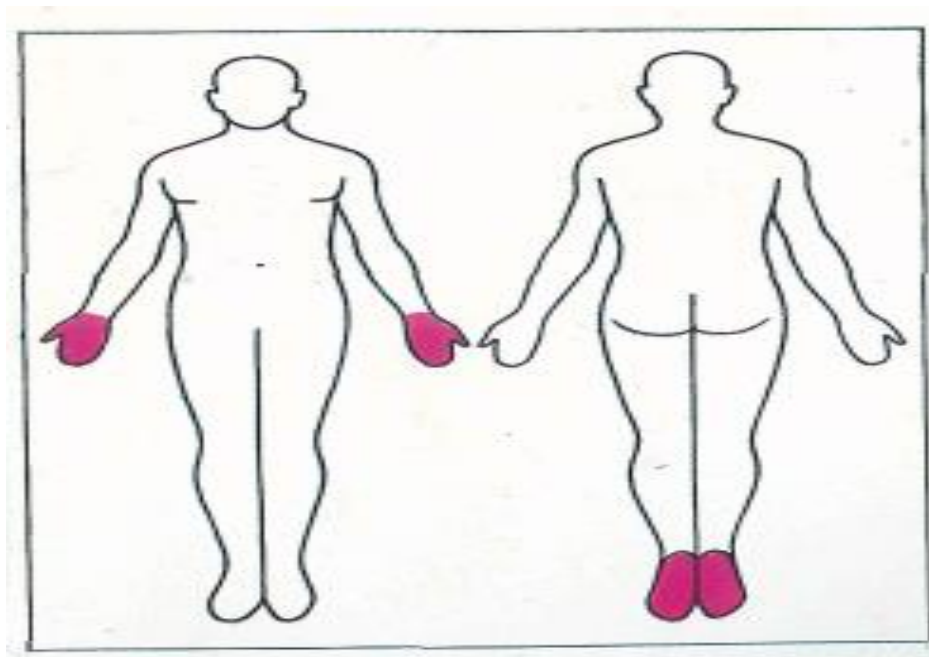
ХАКИКИЙ ЭКЗЕМАНИНГ ТУРЛАРИ

Хакикий экземанинг куйидаги турлари ажратилади.

а) Пруригиноз экзема. Бу турида терининг жарохатланган жойида жухоридек келадиган, каттик папула-везикулез элемент ҳосил бўлиб, ёрилмайди ва эрозия ҳосил қилмайди. Купинча юзда, кул-оёқ бугинларида, такомда жойлашиб, тез-тез қузғаб турувчи хроник шакли утади. Узок вақт давом этиши, кичишиш натижасида жарохатланган жой териси қуруқшаб, қалинлашиб лихеинфекция ҳосил бўлади. Экземанинг бу формаси хакикий экзема билан пруриго уртасидаги касалликдир. Ёш болаларда пруригиноз экзема асосан 4-6 ёшдан бошланиб юкоридаги теридаги клиник узгаришлар, жарохатланган жойда терининг кизариб ишиши билан бирга бўлади. Дермографизм оқ бўлади. Бундай болаларда купинча бронхиал астма бўлади.

б) Дисгидротик экзема. Экземанинг бу формасида оёқ-қул панжалари орасида тугногич бошидек, каттик пуфакчалар пайдо бўлади. Баъзан пуфакчалар қушилиб катта пуфакка айланади. Пуфакчалар ёрилиб сарғиш пустлог билан қопланган эрозия ҳосил қилади. Жарохатланган жой кизариб ишади, ҳамда каттик кичишади.

**ДИСГИДРОТИК ЭКЗЕМАНИ ЖОЙЛАШИШИ LOCALISATIO
TYPICA (ECZEMA DYSHIDROTICUM)**



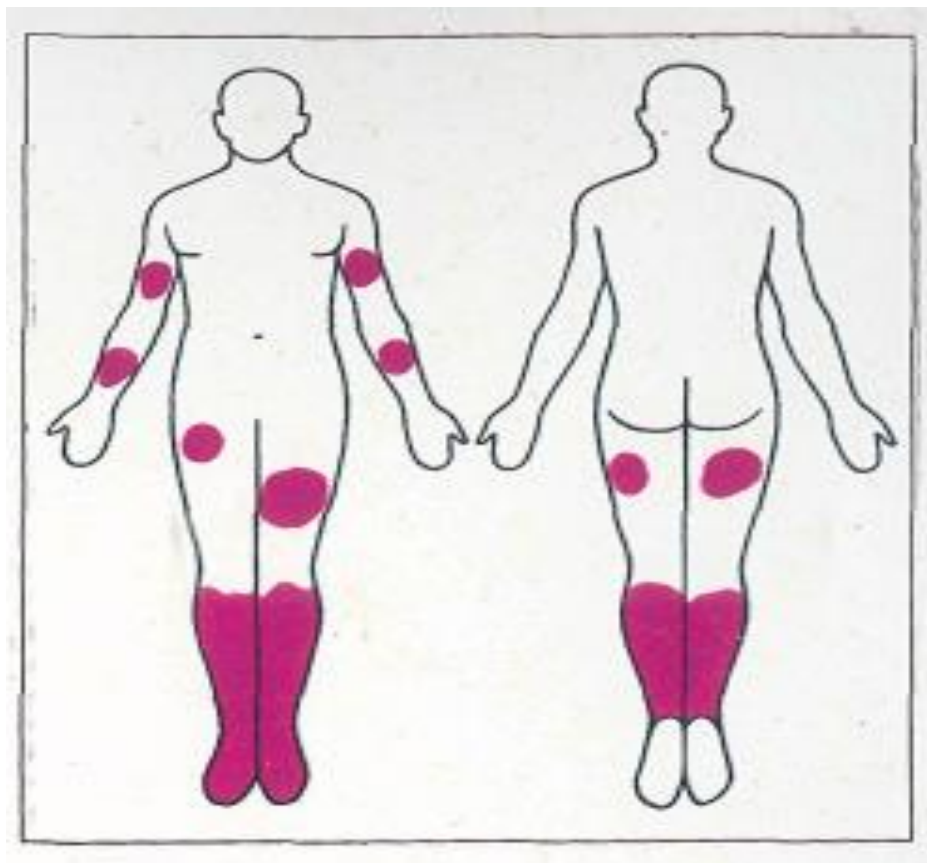
ДИСГИДРОТИК ЭКЗЕМА



МИКРОБЛИ ЭКЗЕМА

Микробли экзема хакикий экземадан фарк килиб купинча бирор микроб касал чакирган жойда (стрепто, стафилококк, дрожжи) нотугри даволаш натижасида экземага айланиб кетади. Микробли экзема ассимтерик холда тиззада панжаларда, бошнинг сочли кисмида жойлашади. Чегараси аник булиб куп таркамайди. Асосий касаллик учогининг атрофида кизариш, эксудатив папула, микровезикула, пустула булади. Элементлар усти кукиш-сарик йирингли ва конли пустлог билан копланган. Пустлог билан копланган юзаси кизил рангда булиб, осон конайди. Хар жой-хар жойда хакикий экземага ухшаб сув чикади. Баъзан микробли экзема операциядан кейин трофик яра атрофида мадда, яллигланган эритема, папула хосил килиб бошланади. Бундай холларда микробли экземани паратравматик ёки яра атрофидаги экзема дейилади.

МИКРОБЛИ ЭКЗЕМАНИ ТЕРИДАГИ ЖОЙЛАШИШИ LOCALISATIO TYPICA (ECZEMA MICROBICUM)



Микробли экземанинг куйидаги турлари маълум: варикоз, нуммуляр, сикозсимон, паратравматик, аёллар сут сургичи атрофидаги экзема.

а) Нуммуляр – микробли экземанинг бу турида жарохатланган жойларда тери сатхидан кутарилган, соғ теридан аник ажралиб турадиган, диаметри 1-2 см келадиган юмалок шаклдаги бир туп эксудатив папула, кизариш, ишиш ва сув чиккан касаллик учоги булади.

б) Варикоз экзема – оёкдаги кон томирлари варикоз катталашган одамларда, шу веналар атрофида экзема пайдо булишдир. Купинча экзема варикоз катталашган венани даволаш учун ишлатилган дорилар тасири натижасида хосил булади.

в) Сикозсимон экзема. Сикоз билан огриган беморларда, жарохатланган жой атрофи кизариб, пуфакчалар, тугунчалар хосил булади ва сув чика бошлайди. Жарохат учоги сочли кисмдан ташкари чикиб терини хам жарохатлайди. Каттик кичишиш, сув чикиш кузатилади. Болаларда микробли экзема купинча сурункали инфекция билан (отит, ринит, гайморит, тонзиллит, конъюнктивит) биргаликда кечади.

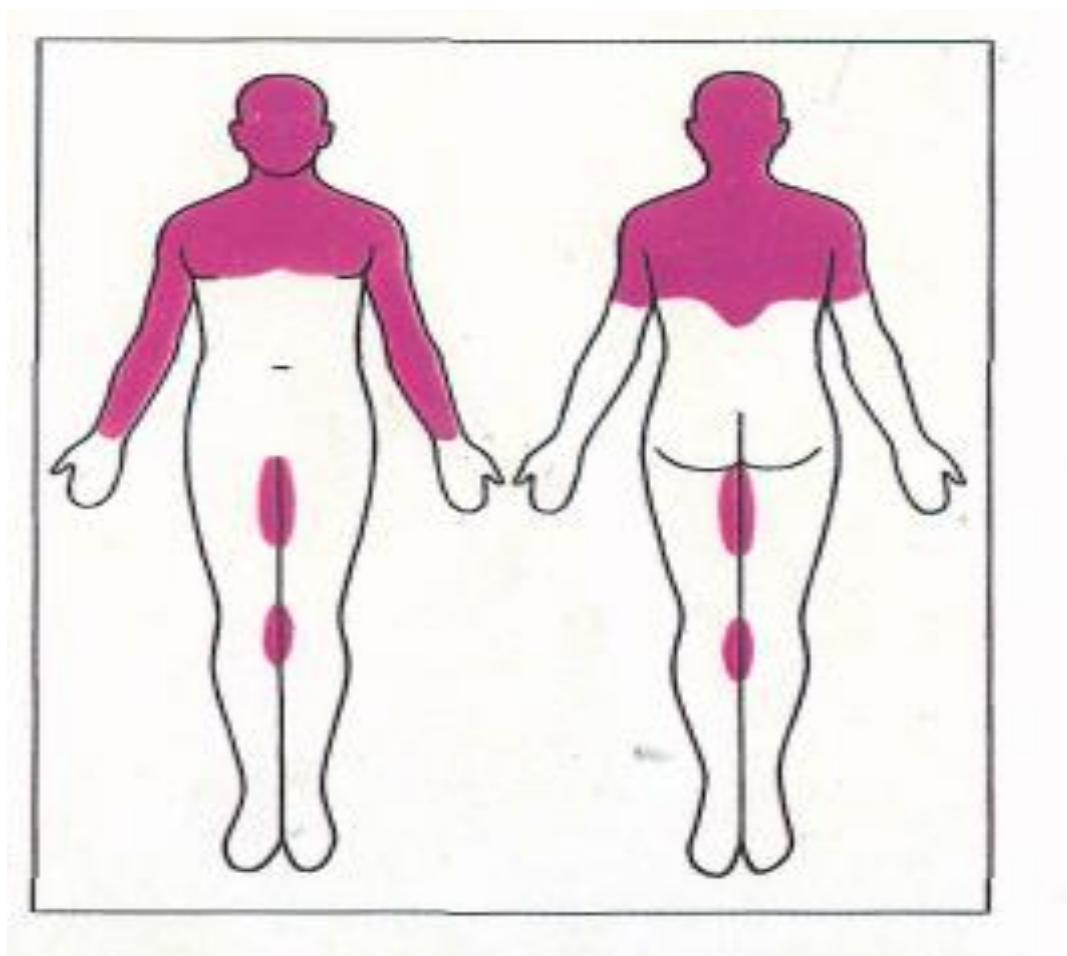
ECZEMA MICROBICUM



СЕБОРЕЯЛИ ЭКЗЕМА

Себореяли экзема купрок бошда, юзда, курак суяклари орасида учрайди. Жарохатланган жойда кават-кават жойлашган саргиш пустлог, тангачалар хосил булади. Сочлар ялтирок булиб, бир-бири билан ёпишиб колади. Кулок орти бурмасида сероз-йирингли экссудат пайдо булади. Купинча оёкда каттик кичишадиган фолликуляр тугунчалар хосил булади. Болаларда себореяли экзема асосан хаётининг 2-3 хафтасидан бошланади, хакикий экзема эса 3-5 ойдан бошланади. Хакикий экземадан фарк килиб себореяли экземада сув чикмайди, баъзан бурмаларда чикиши мумкин. Болалар экземасида юкоридаги турлардан ташкари, яна куйидаги экземалар булиши мумкин.

LOCALISATIO TYPICA (ECZEMA SEBORRHOICUM)

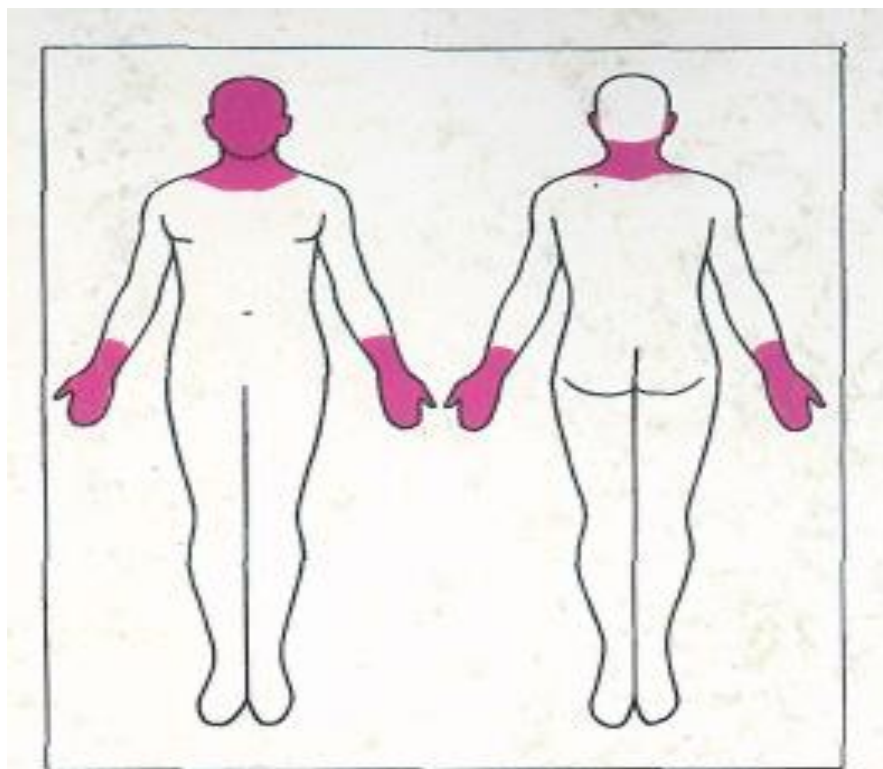


СЕБОРЕЯЛИ ЭКЗЕМА



ПРОФЕССИОНАЛ ЭКЗЕМЫ

LOCALISATIO TYPICAL (ECZEMA PROFESSIONAL)



LOCALISATIO TYPICAL (ECZEMA PROFESSIONAL)



ДАВОЛАШ

Экземани даволаш комплекс олиб борилиб, бунга-гипноз, электросон, седатив, антигистамин, базан эса гормонал преаратлар киради. Касалларга кальций препаратлари, натрий тиосульфат (10% кальций хлоридий ёки 30% тиосульфат натрий томирдан юборилади). Антигистамин препаратлардан – супрастин 0,025 дан 3 марта ичгани ёки 2,5% эритмасидан 1 мл дан уколга, ёки диазолин 0,1 тавегил 0,01 димедрол 0,05 пипольфен, 0,25дан 2-3 марта ичгани берилади. Сув чикиш ва ишганни кайтириш учун касаллик бошланишда 3-4 кун сийдик хайдовчи препаратлари – гипотиазид, фуросемид берилади. Баъзан седатив препаратлар – бром, валериан, нейрорептик препаратлар (эленум оксилудин, амизил). Агар касаллик сурункали кечса, бошк дорилар ёрдам бермаса, кортикостероид гормонлари анаболил гормонлар билан (метандростеналон, нераболил, ретаболил) берилади. Керак вақтда витаминлар кулланилади. Ёш болаларни даволашдан

олдин пархезга эътибор бериш керак. Бунинг учун суюклик истеъмол килишни 10-20% камайтириш, туз, углеводларни камайтириш керак. Кальций препаратларидан болаларга глюконат кальций, глицерафасфат кальций 0,25-0,5 дан 3-4 марта кунига берилади. 3-5% салицил натрий эритмасидан 1 кошикдан 3-4 марта берилади. Антигистамин препаратлардан димедрол 1 ёшгача – 0,002 дан 0,008 гача 2-3 марта кунига, 1-4 ёшгача – 0,008-0,015; 4-12 ёшгача 0,015-0,025; 12 ёшдан кейин 0,025-0,05 дан 2-3 махал кунига берилади. Агар димедрол аскарбин кислотаси билан бирга берилса жуда яхши булади. Седатив препаратлардан – триоксозин, седуксен 0,001-0,05 гача ёшига караб берилади.

Микробли экземада даволашга антибиотиклар кушилади. Ташкаридан килинадиган даво экземанинг кай даражада эканлигига караб буюрилади. Агар уткир яллигланиш, сув чикиш булса ҳар-хил эритмалар (риванол 1-1000, 2% борная кислота, 0,2% фурациллин, 0,25% ляпис ва х-золар) билан пирмочка килинади. Сув чиеш тўхтагандан кейин паста ёқи балтушкалар кулланилади. Агар кичишиш булса паста ва болтушкаларга анестезин, нафталон нефти кушилади. Яллигланиш утиб, пустлоглар тушгандан кейин мазларга утилади, гормонлар мазлар (флуцинар, ларинден, фторокорт ва х-золар), 2-10% нафталан нефти, 5-10% АСД 1-2% дёгт, 2-5% сера ва бошкалар.

АТОПИК ДЕРМАТИТ

Бола организмидаги алохида бир ҳолат бўлиб, бу қандайдир ички ва ташқи кузгатувчига атопик дерматит билан жавоб беришга "тайёр" бўлиб туради. Атопик дерматит (АД) – сурункали, аллергия касаллиги бўлиб, у атопияга генетик мойиллиги бор шахсларда ривожланади, қайталанувчи кечиш хос, клиник аломатларида бемор ёшига қараб ўзига хос хусусиятлари бор, экссудатив ва (ёки) лихеноид тошмалар билан характерланади, қон зардобиди IgE ортиши кузатилади, махсус ва нонспецифик китикловчиларга сезувчанлиги ортиши кузатилади. Клиник амалиётда АД қўпинча «аллергия» ёки «экссудатив – катарал» диатез номи билан юритилади. АД болалардаги аллергия касалликлари ичиди қўп учраши бўйича аввалги ўринни эгаллайди (50-75%). Охириги йилларда АД касаллигининг қўпайиши, кечишининг оғирлашиши кузатилмоқда.

АД ривожланишида эндоген омиллар (наслийлик, атопия, терининг гиперреактивлиги, териди функционал ва биохимик жараёнларни бузилиши) энг асосий рол уйнайди. Бу омиллар экзоген омиллар (аллергенлар ва ноаллергенлар) билан қўшилиб, АД клиник манзарасини ривожланишига сабаб бўлади. Атопикларда Т-хелперлар-2 микдори ортган, умумий IgE гиперпродукцияси кузатилади. Боланинг отаси ва онаси қўғлом бўлса, болада АД ривожланиш хавфи 10-20%, агар улардан бирортасида (отаси ёки онаси) аллергия касаллиги ёки реакция бўлса, 40-50%, агар иккаласи ҳам бемор бўлса, 60-80%. Ташқи омиллардан боланинг 1 ёшига тулгунча бўлган вақтда болани овқатлантириш режимини бузилиши асосий омил бўлса, 3-7 ёшда маиший (уйдаги) ва замбуруг аллергиялари асосий сабаб бўлади, пубертат ёшда эса рухий – эмоционал омил устувор туради.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ КЛИНИКАСИ

Клиникаси: клиник шакллари беморнинг ёшига муносиб равишда қуйидагича турларга ажратилади:

- ▶ экссудатив – 2 ёшгача.
- ▶ эритематоз – сквамоз оддий тури – 2-7 ёшгача.
- ▶ эритематоз – сквамоз лихенизацияланган – 7-12 ёшгача.
- ▶ лихеноид тури – 12 ёшдан катта.
- ▶ пруригиноз – 12 ёшдан катта.
- ▶ Касалликнинг канчалик таркалганлигига караб куйидагича булинади:
- ▶ Чекланган.
- ▶ Тарқоқ.
- ▶ Диффуз.

Клиник манзарасининг (кечишининг) огирлигига караб:

- ▶ 1. Енгил.
- ▶ 2. Ўртача огир.
- ▶ 3. Оғир.

Касалликнинг даврлари ва фазаларига караб:

- ▶ 1. Бошлангич боскичи
- ▶ 2. Яккол ўзгаришлар боскичи
- ▶ (авж олиш даври – рецидивлар)
- ▶ а) ўткир фазаси
- ▶ б) сурункали фазаси
- ▶ 3. Ремиссия боскичи
- ▶ а) чала ремиссия (ним ўткир даври)

- ▶ 6) Тула ремиссия
- ▶ 4. Клиник соғайиш боскичи

Клиник этиологик вариантлари (устивор аллергенларга нисбатан):

- ▶ 1. Озик-овкат моддаларига.
- ▶ 2. Хашаротларга.
- ▶ 3. Замбурутларга.
- ▶ 4. Чангларга.
- ▶ 5. Иккиламчи инфекциялар.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ КЛИНИКАСИ

Касалликнинг асосий белгилари эритема, шиш, папула, қалоқлар, эксориация, лихенификация, ёриклар, терининг куруқшаши, кучли кичишиш, уйкусизлик, оқ дермографизм. Тошмалар асосан қул ва оёқларнинг букилувчи сохаларида, оғиз атрофида, белда, жинсий аъзолар сохасида, бўйиннинг орқа юзасида, юзда, пешонада, қуз атрофида жойлашади.

- ▶ Диагностик мезонлари

А. Катта (зарурий, асосий) мезонлар

- ▶ 1) кучли кичишиш, хатто терида АДни белгилари минимал даражада булса ҳам
- ▶ 2) типик морфологик элементлар ва уларнинг локализацияси (характерли сохаларда жойлашиши)
- ▶ 3) оилада ёки индивидуал атопик касалликнинг тарихи мавжудлиги.
- ▶ 4) сурункали кайталанувчи кечиш.

Б. Кичик (кушимча) мезонлар:

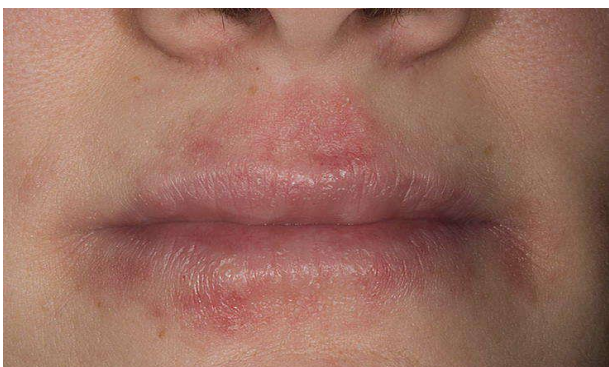
- ▶ 1) IgE микдорининг ортиши (юкорилиги).
- ▶ 2) касалликнинг эрта ёшдан (2 ёшгача) бошланиши.
- ▶ 3) кафт ва товонларнинг гиперлинеарлиги (чизикларнинг куплиги).
- ▶ 4) юзда ва елка соҳасида ок доғларнинг мавжудлиги (Pityriasis alba).
- ▶ 5) фолликуляр гиперкератоз (елка, билак, тирсакнинг ташки томонида «мугузли» папулалар кузатилиши).
- ▶ 6) кепакланиш, ксероз.
- ▶ 7) оёк ва кулларда носпецифик дерматитлар.
- ▶ 8) терининг тез-тез инфекцион касалликларга чалиниши.
- ▶ 9) ок дермографизм.
- ▶ 10) терлаганда кичишиш.
- ▶ 11) буйиннинг олдинги юзасида ажинлар.
- ▶ 12) куз атрофида тук рангли узгаришлар (аллергик товланиш).

АТОПИК ДЕРМАТИТ





АТОПИК ХЕЙЛИТ



ДЕНЬЕ- МОРГАН СИМПТОМИ

АТОПИК ДЕРМАТИТ



АТОПИК ДЕРМАТИТ - ЭКССУДАТИВ ТУРИ

Гиперемия аломатлари, пуфакчалар тошиши, сув чикиши, серозли калоклар мавжудлиги. Асосан юз соҳасида (пешона, бурун жаг остида) жойлашади, кам холларда кўл ва аёкларда жойлашади ва каттик кичишиш билан кузатилади. Эрта кўкрак ёшидаги 2 ёшгача болаларда учрайди.

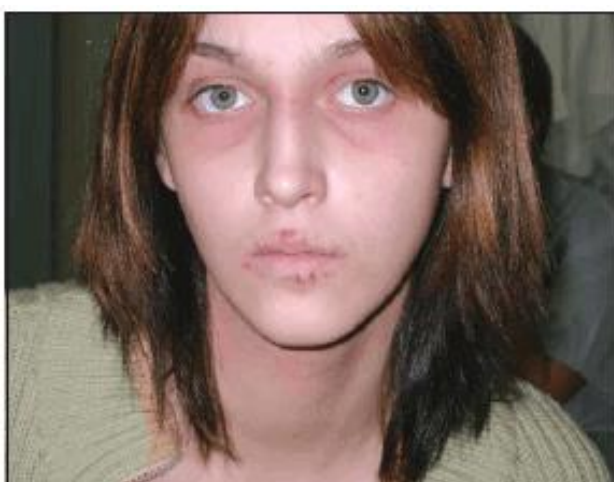


ЭРИТЕМАТОЗ-СКВАМОЗ ТУРИ

Гиперемия аломатлари, пуфакчалар тошиши, сув чикиши, серозли калоклар мавжудлиги. Асосан юз соҳасида (пешона, бурун жаг остида) жойлашади, кам холларда кўл ва аёкларда жойлашади ва каттик кичишиш билан кузатилади. Кўкрак ёшидаги 2 – 7 ёшгача болаларда учрайди.



ЭРИТЕМАТОЗ–СКВАМОЗ ТУРИ ЛИХЕНИФИКАЦИЯ БИЛАН



ЛИХЕНОИД ТУРИ

АД - Лихеноид тури 12-ёшдан катта болаларда учрайди. Беморларда факат лихенификация аломатлари булади. Асосан катта бўғимларда, бўйиннинг орқа қисмида учрайди. Беморларни кичишиш безовта қилади.



ПРУРИГИНОЗ ТУРИ

Пруригиноз тури беморларда қам халда учрайди. АД - Пруригиноз тури 12-ёшдан катта болаларда учрайди. Бутун тана аёк ва кўлларда группа-группа бўлиб, ярим шарсимон папулалар, геморрагик калоқлар билан копланган бўлади. Қаттик кичишиш билан кузатилади. Қичишиш натижасида иккиламчи инфекция кўшилади ва йиринглар пайдо булади. Касаллик узок давом этади, қичишиш ҳам қаттик кузатилади.



ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- ▶ Почесуха.
- ▶ Экзема.
- ▶ Токсидермия.
- ▶ Чесотка.
- ▶ Себорели дерматит.
- ▶ Аллергик контактли дерматити.
- ▶ Ихтиоз.
- ▶ Псориаз.

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ ДАВОСИ

АДни даволашни асосий омили уни комплекс даволашдир. Бунда касаллик патогенезининг ҳар ҳил звеноларига таъсир килувчи дори моддаларидан фойдаланилади. Энг аввало ҳар ҳил аллергенлар таъсирини бартараф этиш керак. Бунинг учун бемор иш, дам олиш ва овкатланиш режимларига амал килиши шарт. Кийим-кечаклардан сунъий матолар ман килинади. Уй шароитида мумкин бўлган аллергенлар (чанг, жун махсулотлари) таъсирини бартараф килиш керак. Агар иш жойида ҳар ҳил химиявий моддалар ёки аллерген вазифасини ўташи мумкин бўлган нарсалар билан контактда бўлса, иш шароитини ўзгартириш талаб килинади. Овкатланиш режимига алоҳида аҳамият бериш керак. Бунда ўзида аллерген тутувчи озиқ-овкат моддалари (мош, ловия, нухат, тухум, цитрус мевалари, кофе, какао тутувчи озиқ-овкат моддалари, от ғўшти, қазӣ, қалампир ва ҳ.к.) рациондан чиқариб ташланади. Дори моддаларидан антиоксидантлар (альфа-токоферол ацетат, ретинол ацетат, аскорбин кислотаси, никотин кислотаси), антигистамин дори моддалари (кларитин, лоратадин, аналергин, кетотифен ва бошқалар), топик глюкокортикоид кремлар (элоком, адвантан, целестодерм) ишлатилади.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

Болаларнинг терисида хаётининг биринчи икки хафтасидан бошлаб катта ёшдаги ва ёши катта одамларда учраши мумкин булган хар хил тери касалликлари учраши мумкин. Бизга маълумки, баъзи бир касалликлар, аввалам бор тугма нуксонлар, деформациялар, дисплазиялар, невус ва невусли касалликлар, чакалок хаётининг биринчи икки хафтасидан бошланиб, унинг болалик даврида ва хаттоки бир умр сакланиб қолиши мумкин. Аммо, шундан бир гурух тери касалликлари борки, улар чакалок хаётининг дастлабки кунларига специфик, характерли булиб, кузатилиб, яъни чакалок тугилиш билан бошланиб ва чакалоклик даври утиши билан йук булиб кетиши, кайта учрамаслиги мумкин.



VERNIX CASEOSA

Vernix caseosa. Янги тугилган чакалокнинг териси кулранг-окишсимон ёки кулранг-сариксимон ёгли, шилимшик модда билан копланган булади, уни – *vernix caseosa* деб аталади. Бу куруниш чакалокнинг терисининг барча қисмида кузатилсада, аммо юзи, кулоклари, култик ости сохаларида, чов бурмаларида ва бели терисида, купрок тананинг орқа юзаларида яккол намоён булади. Бу модданинг асоси эфир ва ёғларда яхши эрийдиган узгарган эпителиаль хужайралардан, холестериндан, гликоген ва элеидиндан

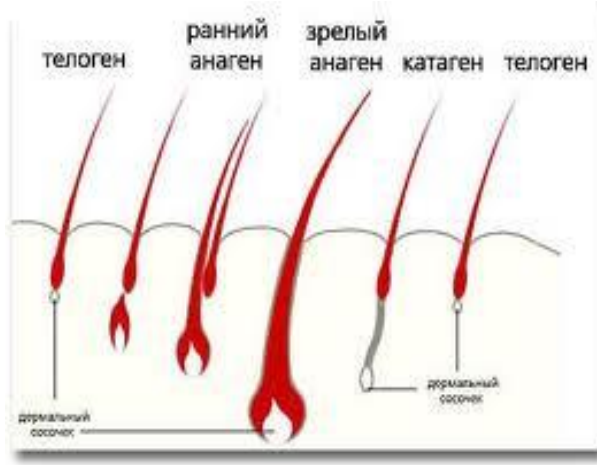
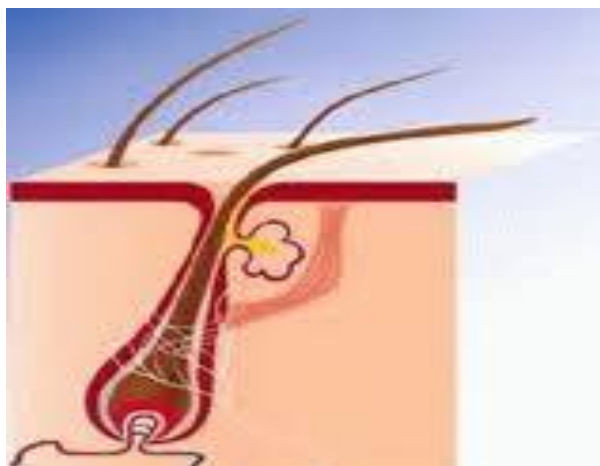
ташкил топган. Куп муаллифлар vernix caseosани чакалоқлар териси учун бактериялардан яхши химоя воситаси ҳисоблашади, чунки у чакалоқлар терисида қолдирилганда чакалоқларнинг йирингли касалликларга чалиниши сезирарли равишда пасайганлиги аниқланган. Чакалоқ биринчи марта қумилтирилганда унинг терисини рН кислотали эмас, балки нейтральга яқин бўлади.



СОЧЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Чакалоқ терисининг катта қисми майин сочлар билан қопланган бўлиб, туғилишидан олдин ёки биринчи ҳафталарида тушиб кетади; бир умрга ёки узок бир вақтга қолмайди. Чакалоқнинг боши пешонасигача борадиган қалин

(купинча кора) сочлар билан копланган булади. Бундан сочларнинг булиши, кейинчалик уларнинг бошка сочлар билан тукилиши ва алмашилиши, баъзида сочларнинг бошининг сочли кисмида чакалокнинг тугилиш вақтида йуклиги ёмон белги ҳисобланмайди, келажакда усиб чиқадиган сочнинг сифати, микдорига ва рангига таъсир қилайди. Болалар ҳаётининг иккинчи йилидан бошлаб терини қоплайдиган доимий сочлар аниқлана бошлайди.



ТИРНОҚЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Чакалокнинг қул ва оёқларидаги тирноқлар бармоқларининг охиригача булади, аммо уларнинг нимжонрок ривожланиши ўсиш бузилишининг белгиси ҳисобланмайди.



Чала, нимжон, оғирлиги кичик тугилган чакалоқларда тирноқлар бўлмаслиги ҳам мумкин. Тирноқларнинг оилавий аномалияси ҳисобланган – ***hyperkeratosis subungualis (pachyonychia congenita)***, кам учрайди. Бу

аномалияда эпидермиснинг тирнок ости катлами нормал калинлашади ва ҳамма тирноқлар ок тирноқка ухшаб қуриниб кетади.

ЧАҚАЛОҚЛАРДАГИ ФИЗИОЛОГИК САРИҚЛИК

Чакалоқларнинг 80%да ҳаётининг **2-3 кунларида** ёки **4-6 кунларида** тери, шиллик қаватлар ва склера рангги сарик рангда намоён бўлади, буни чакалоқларнинг физиологик сариклиги деб аталади. Терининг бундай бўялиши асосан юзда, курақлар орасида қузатилиб, тез орада тана ва қул-оёқларга тарқалиб кетади. Сарикликнинг қуриниши ҳам турлича бўлади – билинар-билинемасдан то кескин ҳолатгача бўлиб, 2-3 кун ичида максимал саргайишга етади. Сунг аста-секин қайта бошлайди ва 7-10 кун утгач йуқолиб кетади. Физиологик сариклик қузатилаётган чакалоқларнинг қонида билирубин юқори миқдорда бўлади, бунга сабаб эса эритроцитларнинг гемолизидир, чунки кислород билан таъминланиш плацентар йўлидан ўпкага ўтгани ва жигарнинг глюкоронилтрансфераза тизимининг функционал етишмовчилигидир. Бундан ҳолатда чакалоқни даволаш шарт эмас. Агар сариклик 10 кундан ортиб кетса, демак жигарнинг функционал қурбатқичлари пастлиги белгисидир.

ИХТИОЗСИМОН ТЕРИНИНГ ҚУРУҚЛАШИШИ

Чакалоқларнинг маълум бир қисмида туғилишидан 2-3 кун ўтгач ёғ безларининг тез қатадиган секретини ажралиши қучайиши қузатилади. Баркутсимон, нозик тери қуруқлашади, дағаллашади, калинлашиш натижасида эпидермис осон ёриладиган ҳолатга келиб қолади, рангги эса қунгирсимон рангда бўлади. Юқорида келтирилган ўзгаришлар қупинча тирсакларда, қафтларда, бармоқларда қузатилади. Бу ҳолат чакалоқ ҳаётининг биринчи ҳафталар ўтиши билан йуқолиб кетади ва ихтиоз касаллиги билан умуман боғлиқ эмасдир. Терини тезда меърига келтириш учун илик совунли ванналар, ундан сунг эса терига болалар ва ланолинли қремлар суртиш тавсия этилади.

ЁҒЛИ КИСТАЛАР (MILLA)

Бу кисталар ёғ безларининг гиперсекрецияси ва унинг тўпланиб қолиши туфайли юзага келади. Ёғ кисталари чакалок тугилган вақтдан бошлаб чакалокларнинг ярмида кузатилади. Чакалокнинг лунж, буруннинг канотлари ва учи, бурун-лаб бурмалари, энсада, баъзи холларда эса жинсий аъзо терисида перламутирсимон, бироз саргиш, диаметри 1 мм гача булган нуктасимон папулалар кузатилади. Элементлар бир-икки та ёки куп сонли буладилар, куп холларда гурух ҳосил қилиши мумкин. Тошмалар бир неча кун сакланиб туриши мумкин, баъзан эса 1,5-2 ҳафтагача чузилади, сунг йуқолиб кетади. Баъзи бир болаларда яллигланишли хошиялар шу кисталар атрофида пайдо бўлиши мумкин. Бундан кўриниш чакалокларнинг хуснбузари деб ҳам аталади. Уларнинг келиб чиқишида она гормонларининг чакалокка ўтиш ҳисобига келиб чиқади деб тушунилади. Даволаш утказилмаса ҳам бўлаверади.

LINEA FUSCA

Кўпинча чакалоklar ҳаётини II- ва VIII-ҳафталари, асосан 3- ва 6-ҳафталарида кориннинг ок линияси бўйлаб нозик пигментлашган чизикча пайдо булади. Бу чизикча 2-3 ой ўтгач йуқолиб кетади. Кўпинча шу пигментация киндикни ҳам қоплаб қолади. Linea albae да жойлашган пигментация кўпинча катта ёшдаги болаларда учрайди.

ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЯ

Телеангиоэктазия – терининг капиллярларининг кенайиши бўлиб, доғ ёки чизикча қуринишида ҳар хил, кўпинча нотугри шаклдаги, чегаралари ноаниқ, оқиш-пушти рангдаги қуринишга эга бўлади. Телеангиоэктазиялар энсани силлик тери билан чегарадош соҳаларда, ковок, қош тепасида, бурунда, юқори лабни юқорисида кузатилади. Капиллярларнинг кенгайиши физиологик ҳолат ҳисобланади. Улар эмбрионал томирларнинг қолдиги

бўлиб, кейинчалик даволанмаса ҳам чакалокнинг биринчи йилининг охирида ёки иккинчи йилининг бошида йўқолиб кетади.

КУКИМТИР ЁКИ МУГИЛЛАР ДОГИ

Кўкимтир ёки мугиллар доги – бу ҳам физиологик ҳолат. Кўпинча куймич соҳасида, кам думба ёки курак соҳаларида учрайди. Факат сарик иркнинг вакилларида юз соҳасида учрайди. Кўкимтир рангдаги доғлар булиб, улар жойлашган соҳасида сочлар ва инфильтратлар кузатилмайди. Бармок билан босиб курилганда бу доғлар йуқолмайди. Шу доғларда меланин пигменти бор дермада жойлашган йирик хужайралардан кузатилади. Бола ҳаётининг 3-5 йили узидан узи тузалиб, йуқолиб кетади. Ок ирк одамларини болаларида 2-8% ҳолларда бу касаллик кузатилади ва брүнётларда (кора кузли ва ок сочли) учрайди. Бу дистрофиянинг белгиси эмас.

ЎТИБ КЕТУВЧИ ШИШЛАР

Ўтиб кетувчи шишлар. Чакалок ҳаётининг биринчи кунларида маълум бир тана қисмларининг ёки катта териси соҳаларини эгалловчи шишлар кузатилиши мумкин. Кўп ҳолларда шишлар жинсий аъзолар (гениталий) соҳасида пайдо бўлиши мумкин, баъзи ҳолларда эса қов соҳаси, қориннинг пастки қисмлари, баъзан тананинг барча пастки қисмини эгаллаши кузатилади. Агар жароҳатланган майдон кичик бўлса, шишлар тезда қамайиб, қичрайиб, бир неча кунлар утқач йуқолиб кетади. Аммо шиш билан жароҳатланган тери катта соҳаларни эгаллаган бўлса, узок вақтгача йуқолмаслиги мумкин (2-3 ҳафта). Чала тугилган чакалоқларда шиш осмотик мембраналарнинг утказувчанлигининг ошиши натижасида келиб чиқади. Агар онада сийдикда ўзгаришлар кузатилмасдан кечаётган нефропатия бўлса, чакалокнинг ўзида буйрак етишмаслигига ўтиш ҳолатларида ўтиб кетувчи шишлар кузатилиши мумкин.

ЧАКАЛОКЛАРНИНГ ЛИМФАНГИОЭКТАТИК ШИШИ

Чакалокларнинг лимфангиоэктатик шиши – бу вақтинчалик ҳолат бўлиб, патологик аҳамиятга эга эмасдир ва бармоқлар ва тоvonларнинг шишишиб кетиши, хамирсимон консистенция билан характерланади. Тананинг бошка қисмлари зарарланмайди, жараённинг жадаллашиши (прогрессивлашиши) кузатилмайди, бир неча ҳафта ёки ойлар утгач йуқолиб кетади. Бу ҳолатнинг асосида лимфанинг лимфатик тиркишлар орасида (застой) тупланиши ва лимфатик капиллярларнинг ўсишини кучайиши натижаси ётади.

ТОКСИК (АЛЛЕРГИК) ЭРИТЕМА

Токсик (аллергик) эритема – 20-30% болаларнинг чакалоклик даврининг 2-4 кунда кузатилади. Болаларнинг етилиб ёки чала тугилишига, уларнинг огирлигига боғлиқ бўлмаган ҳолатдир. Кўпинча кукрак сутини истеъмол қилаётган чакалокларда кузатилади. Чакалок терисида тез утиб кетадиган полиморф тошмалар кузатилиши билан характерланади. Терисида эритематоз доғларда жойлашган зич, думалок, оқиш-сарик ёки оқ папулалар ва торвоқлар кузатилади. Эритематоз доғлар 1-3 см улчамда бўлиб, шакли нотугри, кизгишлиги атрофдаги меёрдаги тери билан уйғунлашиб (контрастирует) кетади. Баъзи ҳолларда элементлар бир-бири билан қушилиб кетади. Бармоқ билан эритема босиб қурилганда оқаради, тагадаги туқна эса бир оз зичлашганга ухшаб кетади. Тананинг олдинги ва орқа юзаларида кўпинча жойлашади, баъзан юзда ҳам кузатилади. Қафт, тоvonлар ва шиллик каватлар жароҳатланмайди. Касаллик бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Касаллик рецидиви (қайталаниши) кам учрайди, аммо баъзан тошмалар тошиши биринчи икки ҳафтада бир неча маротаба кузатилиши мумкин. Касаллик яхши сифатлик давом этади, кичишиш безовта қилмайди, тошмалар кепакланишсиз ва пигментациясиз утиб кетади. Чакалокнинг умумий ҳолати ўзгармайди, лекин кўпинча суюқ ич кетиши, периферик қонда эозинофилия, микрополиаденопатия, талокнинг

катталашиши кузатилади. Агар тошмалар куп микдорда юзда кузатилса ва конъюнктивит билан кечса, унда кизамик (корь) касаллиги билан дифференциал диагноз ўтказиш лозим.



ОМФАЛИТ

Меёрда мумиёлашган (мумифицированный) киндик канатикини колдиги чакалокхаётининг I хафтасида тушиб кетади. Колган киндик ярачаси эпителизацияга, грануляцияга учраб 2-хафтанинг охири 3-хафтанинг бошига чандикланиб битади. Киндик колдигининг тушиб кетишини ва киндик ярачасининг битишининг чузилиши инфекцион микроблар стафилококк, стрептококк, ичак, кўкиш йирингли (синегнойная), дифтерия, кокшол таёкчалари тушганда кузатилади.

Омфалит – яллигланиш жараёнининг киндик атрофидаги тери ва тери ёғ ости клетчаткасига таркалишидир. Зарарланган тери бунда шишган, гиперемия ва инфильтрацияланган булади. Киндик сохаси бунда анчагина бўртиб чиқиб туради.

Катарал омфалитда (намланувчи киндик) киндик ярачасига инфекция тушуши натижасида секин бита бошлайди. Киндик ярачаси намланади, ундан сероз ёки сероз-шилимшик ажратма ажралиб чиқиб туради, шу ажратма котиши натижасида уни юзасида калоклар хосил булади.

Калоклар тушишганда уни урнида унча катта булмаган яраланиш ва кончикиши кузатилади, ярачани атрофида бироз шиш ва кизариш кузатилади. Боланинг умумий ахволи узгармайди, температураси меёрида, иштахаси эса яхши булади. Баъзи бир ҳолатларда киндикдан йиринг ажралиб чиқади ва бурмаларда йигилиб қолади, буни – **киндик пиореяси** деб аталади. Киндик ярачасининг битиши чузилиб кетганда уни асосида яраланиш кузатилади, киндик ичига караб усган грануляция катта булмаган кўзикоринсимон шишни ҳосил қилади, буни – **киндик фунгуси** деб атаймиз.



DUCTUS OMPHALOMESENTERICUS

Ductus omphalomesentericusнинг битмаслиги бу она қорнидаги (внутриутробное) усишнинг дефекти ҳисобланади. Киндик ва ичак уртаси свищ кузатилиб, ундан ўтга ёки ичак ичидаги суюқликка ухшах суюқлик ажралиб чиқиб туради. **Urahus**нинг битиб кетмаслиги (сийдик пуфагидан киндикка келадиган сийдик) ҳам туғма нуксон ҳисобланади. Ундан киндик соҳасига сийдик ажралиб чиқиб туради. Бу ҳолатни факат хирургик йўл билан даволаш мумкин.

Иккиламчи инфекциянинг киндик ярачасига тушуши натижасида киндик кон томирларининг артериит ва флебит қуринишида яллигланиши мумкин. Киндик гангренаги оғир формаси ҳисобланиб, яллигланиш жараёнининг атрофга ва терининг чуқур қисмларига тарқалиши билан

характерланади. Буни натижасида корин деворининг ва ичак петляларининг бузилиши гангренизацияси кузатилиши мумкин.

Даволаш. Катарал омфалитда хар куни киндик ярачаси 3% - водород перекиси билан ювилади, сунг куритилиб, ультрабинафша нурлар билан нурлатилади. Ярача спиртли 1-2% - анилин эритмалари билан ёки 2-5% - кумуш нитрат ёки 5% - калий перменганат эритмалари билан кунига 2 махал обработка килинади. Касаллик таркалган, чукур жойлашган ҳолатда булса, беморни харорати кутарилса, ташки даво билан бирга умумий даво ҳам олиб борилади. Антибиотиклар (оксациллин, ампициллин, ампиокс, цепорин, метициллин, фузидин-натрий, клофаран, цефамизин ва б.) буюрилади. Чакалокнинг онасига (агар чакалок эмса) витамин А, С, РР, В гурухи препаратлари буюрилади. Оғир ахволда эса, хирургнинг консультация албатта лозим булади. Олдини олиш учун эса туғиш хонасидан бошлаб, киндик 3% водород перекиси эритмаси ва 1-2% - спиртли анилин бўёклари эритмалари билан артиб турилади.

АДИПОНЕКРОЗ

Адипонекроз - тери ёғ ости клетчаткасининг учогли некрози бўлиб, чаколокларнинг биринчи хафталаарида бошланиб, баъзан биринчи кунларидан, яхши овкатланувчи болаларда учрайди.

Этиологияси. Асосан жароҳатдан (травма) кейин пайдо бўлиши тахмин килинади. Чаколок она корнидан оғир туғилиш ҳолатида туғиш йуллари оркали утаётганда тиббий кискичлар ёрдамида акушерлик ёрдам берилаётганда (хомилани бурилиши, чакалокни тирилтириш) жароҳат олади. Бу дерматоз ҳозирги вақтда тери ости клетчаткасининг ёш ёғ туқимасининг эссенциал касаллиги ҳисобланади. Чакалокларда бу туқима кимёвий тузилиши бўйича катта ёшдаги болалар ва катталардан кескин фарк қилади, чунки стеарин ва ёғли пальмитин кислоталари унда кўп бўлиб, олеин ёғ кислотаси анча кам бўлади. Бундан ташқари чакалокда териёғ ости

клетчаткасининг ретикуло-гистиоцитар тукумасида функционал ўзгаришлар кузатилади.

КЛИНИКАСИ

Жарохат ўчоғлари асосан белда, елкада, бошда, баъзан оёк-қўлларда ва юзда кузатилади. Тери ёғ ости клеткасида зич, чегараланган инфилтратлар ёки тугунлар пайдо бўлади. Уларнинг калинлиги 1-2 см, диаметри 1-2 смдан 4-5 см гача, баъзан болалар қафти катталигича бўлади. Инфилтратларни коплаб турган терининг ранги касаллик бошида меёрдаги тери рангидай ёки бинафша-кизиллиги кузатилади, сунг эса аста-секин оқариб боради. Инфилтратлар орасидаги тери нормал куринишда булади. Баъзан инфилтратлар биров оғрик билан кечади, кам холатларда шу инфилтратларни юмшаши ва марказида тешилиши кузатилади, улардан оз микдорда творогсимон кўринишдаги модда ажралиб чикиб туради.

Гистологик текширувларда тери ёғ ости клетчаткасида катта некроз учоғлари, реактив яллиғланиш ва эпителиал ва гигант хужайралар кузатилади. Чакалокни умумий ахволи бузилмайди. Касаллик яхши сифатли кечади. Инфилтратлар ўз - ўзидан сурилиб кетади, 3-5 ойдан сунг уларни ўрнида хеч кандай из колмайди. Жуда кам холларда иккиламчи инфекция кушилади ёки кальцификация кузатилади. Баъзан баъзи бир беморларда инфилтратлар урнида чандиклар хосил бўлади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ.

Тери ёғ ости клетчаткаси абсцесслар билан фарк килиш лозим. Бу холатларда чакалокнинг ахволи узгаради, инфилтрат юзасидаги терида гиперемия, пальпацияда иссик булади ва флюктуация кузатилади. Хирургик даводан сунг яккол куриниб турувчи чандиклар куриниб туради. Адипонекроз чакалокларнинг склередема ва склеремасидан хам фарк килинади. Бу касалликларда патологик жараён генерализациялашган холда кузатилиб, терини кескин диффуз зичлашиши, купрок бу холат склеремада

якколрок кузатилади (суставларнинг ҳаракатсизланиши, асосан жаг бугинларининг).

Давоси. Даво утказмаса ҳам булаверади. Жараённинг тезрок тузалиши учун иссиқлик муолажаларини утказиш лозим: курук иссиқли бойлама, соллюкс, УВЧ. Баъзан витамин Е 1-2 ой давомида, преднизолон (1 мг/кг) 2-3 хафта давомида ичишга буюрилади.

ЧАҚАЛОҚЛАРДАГИ СКЛЕРЕМА ВА СКЛЕРЕДЕМА

Бу чакалоқларда учрайдиган жуда огир касаллик бўлиб, чакалоқлар хаётининг биринчи куни, баъзан 2-4 кунларида учрайди. Айрим олимлар (Denis, 1824) **чакалоқлар склеремасининг** икки хил шишли ва ёгли турини ажратишган, кейинчалик бу битта касалнинг икки боскичи деган хулосага келинган.

Этиологияси номаълум бўлиб, айрим олимлар кон томирларда узгариш борлигини (Norman), айримлар инфекция (Ciordano) сабабли деган фикрлар бор.

Клиникаси: Касаллик бошланишдан терининг думба, сон, кўкрак сохаларида симметрик, таркок, каттиклиги хамирни эслатувчи, босганда чукур кодирмайдиган зичланиш кузатилади. Кейинчалик жарохат бутун терига таркаб, факат кафт ва товон, ёргок териси сог колади. Жарохат учогидаги тери куруклашган, совук, мумсимон, кейинчалик тўк кизил-кўкимтир рангда бўлади. Касаллик огир кечиб, хароратнинг тушиб кетиши, юрак-кон томир системасининг жарохати, пневмания, энтерит кузатилиб, бир неча кундан бемор чакалоқни улимга олиб келади.

СКЛЕРЕМА



СКЛЕРЕДЕМА

Склередема асосан кам кувватли чакалокларда ўчраб, туғилиш билан баъзан туғилгандан бир неча ой кейин пайдо бўлади. Кўпинча касаллик грипп, пневманиядан кейин бошланади. Жароҳат асосан корин соҳасидан бошланиб тезда кўл ва оёқларга таркайди. Беморнинг умумий ахволи яхши сакланган холда жароҳатланган тери зичлашган, таранглашган бўлиб, шиш кучли бўлади (панжа билан босилса узок сакланиб коладиган чуқурча ҳосил булади). Тери ранги туқ - қизил ёки сарғиш - жигаррангда. Склеремадан фарк қилиб, кафт ва товонлар жароҳатланади, улар ёстиксимон шишган бўлади. Жароҳат ўчоғидаги тери совук ва бурмаларга йигилмайди. Склеремадан фарк қилиб, жароҳат ўчоғида зичланиш билан бир вақтда шиш бўлади ва кафт-товонлар жароҳатланади. Касаллик кечиши яхши сифатли.

Даволаш: Склередемани даволашда асосан кортикостеорид гормонлар, тиреоидин 0,025-0,03 г дан кунига 2 маҳал 2-3 ҳафта (бошланишда тиреоидин 0,001-0,002 г. дан берилиб, аста секин 1-2 мг кун ора қушилиб, асосий дозага олиб келинади). Витамин А, Е, С. рутин яхши натижалар беради. *Маҳаллий давода* стероид мазлар, кремлар, ҳар-хил ўсимлик ёғлари суртилади.

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТ

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТ: Асосан чакалок хаётининг 1-2 хафталаарида, 1-1,5 ой айрим холларда 3 ойгача бўлган вақтда учрайди.

Кечишига қараб: 1) Енгил 2) ўртача оғир 3) оғир формалари ажратилади.

Енгил формасида: жароҳат асосан думба соҳасининг қизариш ва инфильтрацияси билан бошланади. Бир неча кун давомида жароҳат бурмаларда, кўпроқ – чов бурмалари; камроқ – кўлтик ости, бўйин ва қулок орқасига ўтади. Жароҳат учоғи атрофида доғли, папулалари (лентикуляр, нуммуляр тури) элементлари бўлиб, юзаси кепаксимон тангача била оқланади. Боланинг умумий ахволи ўзгармайди, баъзан бироз қайт қилиш, ичининг бузилиш кузатилади.



Уртача оғир формада – жарохат бурмалар қизариши, инфильтрациялаган бўлиши билан бошланиб, мацерация, атрофида кипикланиш кузатилади. Қизариш ва кипикланиш тезда тана, кўл-оёқлар терисига таркалади, кўпгина болаларда бошнинг сочли қисми жарохатланиб, қизариш, инфильтрация билан бир вақтда тангача, қалоклар билан копланди. Болаларнинг умумий ахволи бузилади – уйқуси ёмон, иштахаси йук, ич келиши суткада 3-4 марта, тез-тез қайт қилади. Баъзан катарал отит кузатилади.

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТНИ ДАВОЛАШ

Оғир формасида – бутун терининг 2/3 қисми жарохатланади. Жарохатланган тери қизарган, юзаси кепаксимон тангачалар билан копланган. Бошнинг сочли қисми қизариш, инфильтрация, қалок-тангачалар тупланган. Боланинг умумий ахволи оғир, қайт қилиш, ич кетиш, уйқусизлик, безовталиқ, озиб кетиш, анемия кузатилади. Беморларда пневмания, отит кузатилади.

Даволаш: Оғир ва уртача оғир формаларида комплекс даво утказилади. Антибиотиклар, плазма, альбумин, глюкоза-аскорбинка билан куйиш, гамма-глобулин, витаминлар В₁, В₂, С, В₁₂ бериш. Ичгани хлорид кислота, пепсин билан. Ошқозон соки бериш тавсия қилинади.

Енгил формада – жарохат учогини 1-2% анилин буёқларининг сувдги эритмаси, 0,5% преднезалазон мази, ичгани С, В₁, В₂, В₆ витаминларидан берилади.

ЛЕЙНЕР-МУССУНИНГ ДЕКСВАМАТИВ ЭРИТРОДЕРМИЯСИ

Бу касалликни биринчи марта 1905 йили Француз педиатри Муссу ёзган бўлиб, тулик клиникасини 1907 йили австриялик педиатр Лейнер ёзган. Айрим олимлар фикрича бу касаллик себореяли дерматитнинг бир формаси ҳисобланса, айрим олимлар алоҳида касаллик ҳисоблайдилар. Касаллик

келиб чиқишида купинча асосий ролни пиококклар ва замбуруглар уйнайди. Баъзан она сутида биотин (Н) етишмаслигида ҳам келиб чиқиши мумкин.

Клиникаси: клиник бошланиши купинча туғилгандан 1 ой кейин, лекин 3 ойгача булган даврда кузатилади. Жарохат ўчоги думбада, чов бурмаларида, баъзан терида, бошнинг сочли қисмида, кўлтик ости ва юзда жойлашади. Жарохатланган сохада тери кизарган, инфилтратсияланган юзасида қипикланиш кузатилади. Бошнинг сочли қисмида сарғиш «ёгли» тангачалар тўпланиб, худди конни эслатади. Боланинг юзи маскасимон булади. Тангачалар тушган бошнинг сочли қисмида сочлар тўкилади. Оралик, думба соҳасидаги терилар шишган, кизарган бўлиб, сув чиқиши кузатилади. Баъзан мацерацияланган жарохат учогининг марказида чуқур ёриқлар пайдо булади. Айрим беморлар тирногида кундаланг чизиклар пайдо булади. Болаларнинг умумий ахволи оғир бўлади. Рахит белгилари жуда эрта бошланади. Бир кунда 3-7 мартагача қайт қилиш, 4-10 марта суюқ шилимшикли ич қетиши кузатилади. Болаларда III даражали гипотрофия анемия кузатилади. Касал ёмон ухлайди, безовталанади, кон кўйиш, витаминлар берилишига карамай, анемия кўпаяди. Кунда эзонифилия, ЭТЧ-ошиши, буйракда пиэлонефрит, нефрит кузатилади.

ТОРВОҚ (ЭШАКЕМ)

Торвок (*лотинча urtica – торвок*) - ўзига хос алохида касаллик бўлиб, терида, баъзан шиллиқ каватда қўққисдан оқиш, пушти ёки қизил рангдаги торвокларнинг пайдо бўлиши билан характерланади. Баъзан элементлар тугунча, пуфакча шаклида бўлади. Торвок қатталиги – 2 – тийинлик чақадан тортиб 20 тийинлик тангадек бўлади. Тошмалар жуда кучли, баъзан эса чидаб булмайдиган кичишиш билан бирга давом этади. Тошмалар қандай тез пайдо бўлган бўлса, шунчалик тез (1-2 соатдан кейин) йўқолиб кетади, лекин янги тошмалар тошиши мумкин. Айрим ҳолларда касаллик тез-тез қайталаниб узок вақт давом этиб, хроник шаклга ўтиши мумкин.

ЎТКИР ТОРВОҚ



Касаллик тошмаларнинг тезда пайдо бўлиб, тезда йўқолиб кетиши касал одамни врач олдида ноқулай ахволга солиб қуяди. Кўпинча касаллик биринчи марта кечаси бошланади ва кучли кичишиш билан бўлади, бундан қурқиб кетган касал ёки унинг қариндошлари врачни уйига чакиради ёки врач олдига ўзи боради. Лекин врач келиб қургунча касал баданида ҳеч нарса қолмайди. Тошмалар ҳикилдоқ, ҳалқум шиллиқ пардаларида ҳам пайдо

бўлиши мумкин, бунда бу жойлар шишиб нафас олиш ва ютиш қийинлашиб қолади.

Сурункали кайталанувчи торвок бир-икки тошмалар тошиш билан чегараланмайди, балки тез-тез кайталаниб узок вақт давом этади. Айрим вақтларда сурункали торвокда торвоқлар ўрнида доғлар қолади.

Келиб чиқиш сабаблари ва ривожланиши:

Wolf – Eisner – биринчи марта торвокнинг аллергия оркали пайдо бўлишини айтган эди. Соғлом одамда торвоқ тери остида гистамин жунатилганда пайдо бўлади, синаб курувчи хайвонларда гистаминдан олдин, антигистамин препаратларидан берилса торвоқ ҳосил бўлмайди.

Шунинг натижасида торвокнинг келиб чиқишида гистамин ва гистаминга ўхшаш моддаларнинг роли борлиги аниқланган.

Торвокнинг сабаблари ҳар-хил бўлиб – токсинлар, аутоинтоксикация, аллергия асаб бузилишидир.

ТОРВОКНИНГ ТУРЛАРИ:

Совукдан тошадиган торвоқ: совукни юкори сезувчи одамлада бўлиб, асосан ҳар сафар териға совук нарса таъсир килганда бўлади. Масалан: териға совук сув, совук буюм /метал, шиша идишлар, муз ва совук ҳаво. Бир хил вақтларда торвоқ терининг факат совук теккан жойида, баъзан таркок холда пайдо бўлади. Лекин бу касалларда совук нарсалар ейилганда, ичилганда, хатто музқаймок еганда ҳам торвоқ тошмайди, торвоқ совук нарсалар факат териға таъсир килса пайдо бўлади.

Иссикдан тошадиган торвоқ: бунда торвоқ териға иссик нарсалар таъсир килганда пайдо бўлади ва терининг таъсирланган жойида бўлади.

"Чарчашдан" тошадиган торвоқ: асосан жисмоний ишдан кейин тошади. Шундай ҳодиса ёзилган 22 ёшли эркекда, 13 ёшдан бошлаб ҳар

кандай жисмоний ишдан кейин торвок тошар экан, хатто озгина баскетбол уйнаса ҳам. Бунда торвок иссиқданми ёки "чарчашдан" аниқ билиш кийин.

Куёшдан тошадиган торвок: купинча териси ҳам куёш нурига, ҳам иссиқликка ута сезгир одамларда бўлади.

Сунъий торвок: бу торвокнинг алоҳида бир тури бўлиб, ҳеч тери касаллиги билан огрмаган одамларда бадан терисидан утмас бирор буюм юритилса, ёки тери ишқалса, шу механик таъсиротга жавобан тери чизик-чизик бўлиб торвок тошади. Баъзан терига бирор нарса ёзганда бўлади. Шунинг учун буни баъзан – аутографизм ҳам дейилади. Сунъий торвок одатда баданни кичиштирмасдан ўтиб кетади.

Тугунчали торвок: кам учрайдиган тури бўлиб, майда тугунчалар, торвокли тугунчалар ҳосил бўлади. Пайдо бўлган тошмалар, кучли кичишиш билан кечади. Терининг ҳар-қил жойларида қашилган жойлар, қонли қалок қора доғлар пайдо бўлади. Тошмалар бир жойга тўпланмайди, қўпроқ аёлларда учрайди.

КВИНКЕНИНГ АНГИОНЕВРОТИК ШИШИ

Келиб чиқиш сабаблари жихатидан оддий торвоқдан фарқ қилмайди, лекин торвоққа хос бўлган кичишиш ҳам бўлади. Жароҳат асосан ковок, лаб, жинсий аъзолар териси ва оғиз бушлиғи, тил, халқум, хикилдок шиллик қаватида жойлашади. Ишган жой чегараланган ёки тарқалган бўлиб, ранги меъёрдаги теридан оқроқ, баъзан сал қизилроқ бўлади. Қасаллик қайталанувчан бўлиб унча узок давом этмайди. Тошмалар хикилдок ва халқумда жойланганда тезда ёрдам берилмаса оқибати ёмон бўлиши мумкин.

ТОРВОҚНИ ДАВОЛАШ

Даволаш: Қасални даволашдан олдин, уни сабабини аниқлаш ва бартараф этиш керак. **Масалан:** бирор дори, овқат, гижжа, диабет, ангина, қурт еган тиш ва бошқалар. Даволашда асосан антигистамин препаратлар –

димедрол /0,05/ пипольфен, супрастин /0,025/, кальций препаратлари /10% хлористый кальций, глюконат кальций/ қўлланилади.

Оғир ҳолларда: 1:1000 нисбатдаги адреналин 1 мл тери остига юборилади.

Хроник формада: витаминлар В₆ В₁₂, С, Р лар ишлатилади. Айрим ҳолларда кортико - стреоид гармонлардан фойдаланилади.

Маҳаллий даво 1-2% ментол, 3-5% анестезин, 1-2% димедрол малхамлари, болтушкалар ва бошқа кичишишни тўхтатувчи дорилар қўлланилади.

ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒ КАСАЛЛИКЛАРИ-МИКОЗЛАР

Микозлар-патоген замбуруғлар томонидан чақирилган терининг касалликларидир. Табиатда замбуруғлар кенг тарқалган бўлиб (100000 дан ортиқ тури мавжуд), улардан фақат 500дан ортиқроғи одамларда ва хайвонларда касаллик чақирадилар. Н.Д. Шеклаков классификацияси бўйича замбуруғ касалликлари қуйидаги гуруҳларга бўлинадилар:

- Кератомикозлар.
- Дерматомикозлар.
- Кандидозлар.
- Чуқур микозлар.

Псевдомикозлар.

Кератомикозларга қуйидаги касалликлар киради:

- Ранг-баранг темиртки
- Тугунсимон трихоспория (пъедра)

Бу гуруҳ касалликлари фақатгина мугуз қаватни зарарлаш билан чекланиб қолганликлари сабабли, терида яллиғланиш аломатлари кузатилмайди.

Дерматомикозлар гуруҳига мансуб касалликлар замбуруғ касалликларининг асосий гуруҳини ташкил қиладилар ва ахамияти (клиник, эпидемиологик, ижтимоий, экономик) бўйича биринчи ўринда турадилар. Уларга қуйидаги касалликлар киради:

- Товон эпидермофитияси.
- Чов эпидермофитияси.
- Руброфития (рубромикоз).

- Трихофития.
- Микроспория.
- Фавус.

Кандидознинг қуйидаги турлари тафовут қилинади:

- Терининг юзаки кандидози (интертригиноз кандидоз, кандидозли баланит ва баланопостит, кандидозли паронихия).
- Шиллиқ қаватлар кандидози (кандидозли хейлит, стоматит, гингвит, глоссит, ангина, вульвовагинит).
- Кандидозли онихиялар (тирноқлар кандидози).
- Сурункали генерализацияланган гранулематоз кандидоз.
- Ички аъзолар кандидози.

Чуқур микозларга қуйидаги касалликлар киради:

- Кокцидиоидоз.
- Гистоплазмоз.
- Бластомикозлар (криптококкоз).
- Хромомикоз.
- Споротрихоз.
- Аспергиллез.
- Мукороз

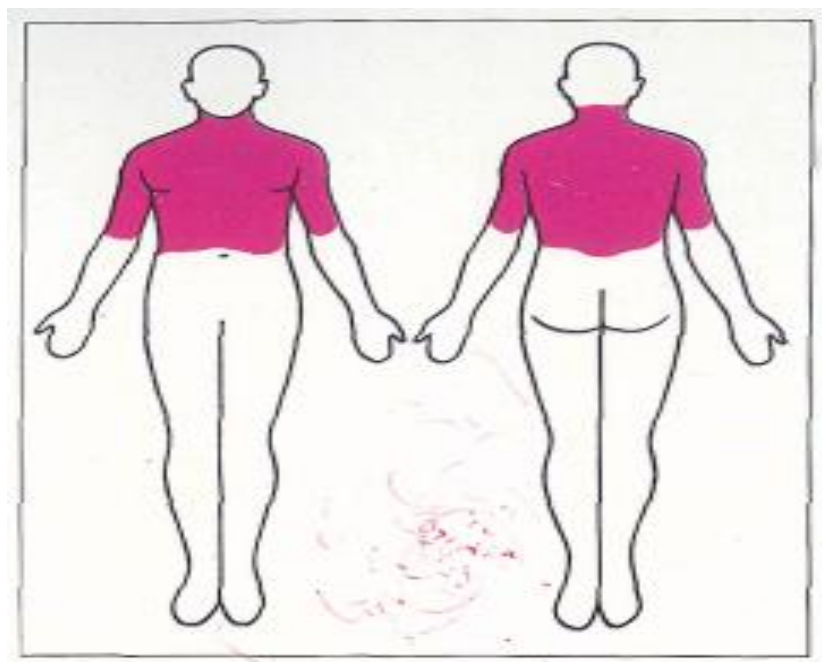
Псевдомикозларга қуйидаги касалликлар киради:

- Эритразма (юзаки, коринобактериялар томонидан чақирилади).

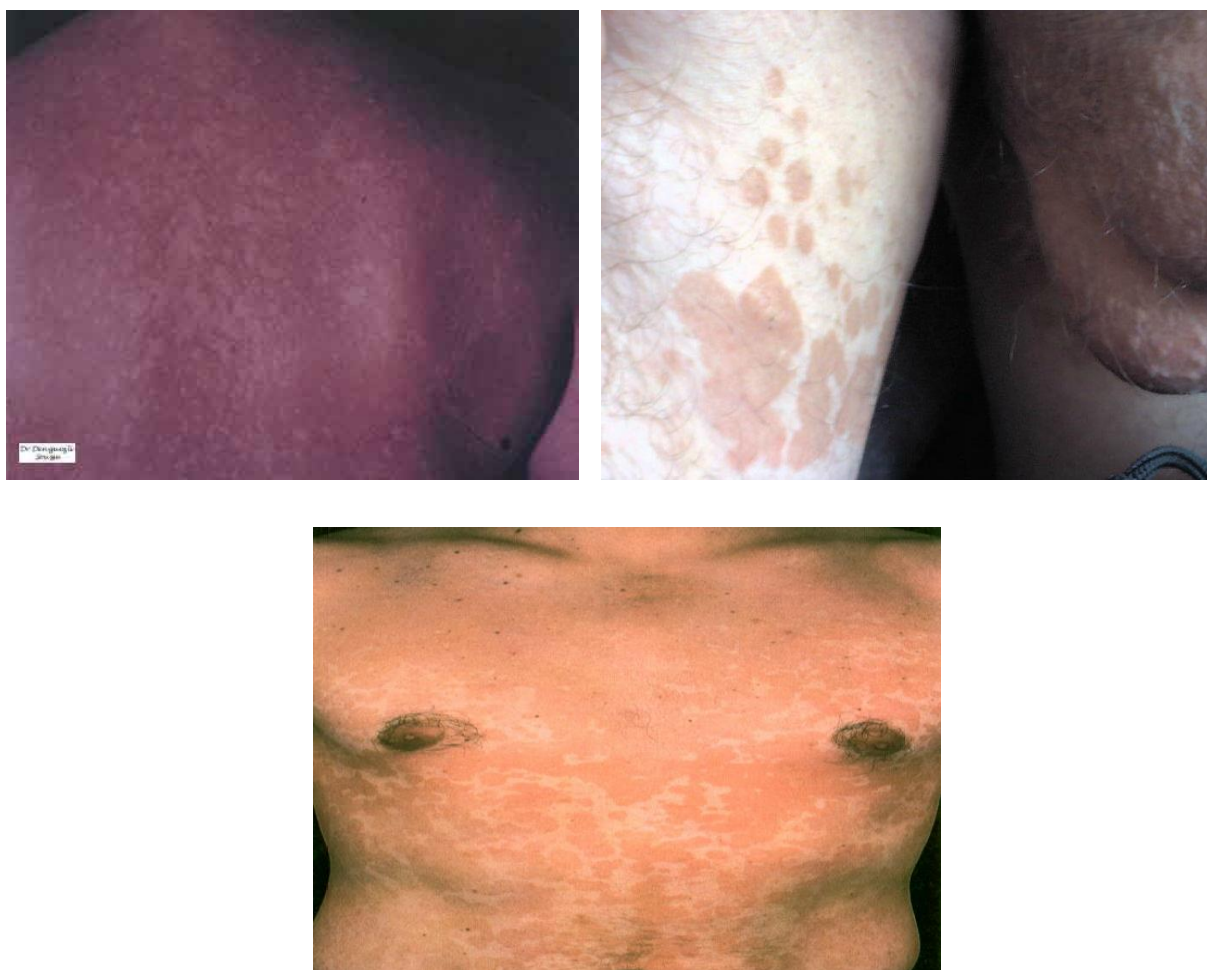
- Қўлтиқ ости трихомикози (юзаки, коринобактериялар томонидан чақирилади).
- Актиномикоз (чуқур).
- Нокардиоз (чуқур).

Кератомикозлар гурухига мансуб касалликлар ичида энг кўп учрайдигани ранг-баранг темираткидир. Бу касалликда тананинг юқори қисмларида яллиғланишсиз доғлар пайдо бўладилар, улар катталаша бориб, бир-бирлари билан қўшиладилар ва катта ўлчамдаги ўчоғларни ҳосил қиладилар. Касаллик диагностикасида Бенъе симптоми (тирноқ билан доғ усти титалаб кўрилса, яширин қипиқланиш борлиги аниқланади) ва Бальцернинг йодли синамаси (доғлар юзасига ва атрофдаги соғлом териға 5%ли йод эритмаси суртилса, доғлар соҳаси тўқ рангга бўялади, чунки у ердаги қипиқлар йод эритмасини ўзига кўпроқ шимиб оладилар) аҳамиятга эга. Даволангандан кейин (куёш нурлари таъсиридан кейин ҳам) доғлар ўрнида иккиламчи гипопигментация доғлари қолади, буни псевдолейкодерма дейилади.

РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ, ТИПИК ЛОКАЛИЗАЦИЯСИ



РАНГ-БАРАНГ ТЕМИРАТКИ



КЕРАТОМИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Ранг-баранг темирлаткини даволаш учун фақат ташқи давонинг ўзи кифоя қилади. Фунгицид препаратлардан бинафин, гиноспорин, дермазол, кетоконазол, клотримазол, ламизил, микостер, тербинафин, экалин, экзодерил, эконазол, хайкиназол ва бошқа препаратлар тавсия қилинади.

Тугунсимон трихоспорияни даволаш учун хар куни сулеманинг 1:1000-1:2000 эритмаси билан сочни ювиш керак (эритма иссиқ холда бўлиши керак), ёки 0,01%ли сулемали сирка эритмаси билан, ёки 2%ли салицил кислота эритмаси билан ювилади.

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ

Товон эпидермофитиясининг қуйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

- Сквამоз тури.
- Интертригиноз тури.
- Дисгидротик тури.
- Ўткир тури.
- Онихомикоз.
- Эпидермофитидлар-иккиламчи аллергия тошмалар.

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ

Сквамоз турида товоннинг гумбаз соҳасида қипиқланиш кузатилади, эпидермис қалинлашади.

Интертригиноз турида оёқнинг 4-5 ва 3-4 бармоқлари орасида бироз қипиқланиш, ёриқ ва мацерация (бичилиш) кузатилади.

Дисгидротик шаклида товонда везикулез тошмалар пайдо бўлади, яллиғланиш аломатлари кузатилади, улар ёрилиб эрозияларни ҳосил қиладилар, микотик экзема ривожланса, нам чиқиши кузатилади.

Ўткир турида худди дисгидротик туридаги каби тошмалар пайдо бўлади, аммо оғир кечади, яллиғланиш реакцияси кучли бўлади, ҳарорат кўтарилади, лимфангоит ва лимфаденит юзага чиқади, иккиламчи инфекция қўшилади.

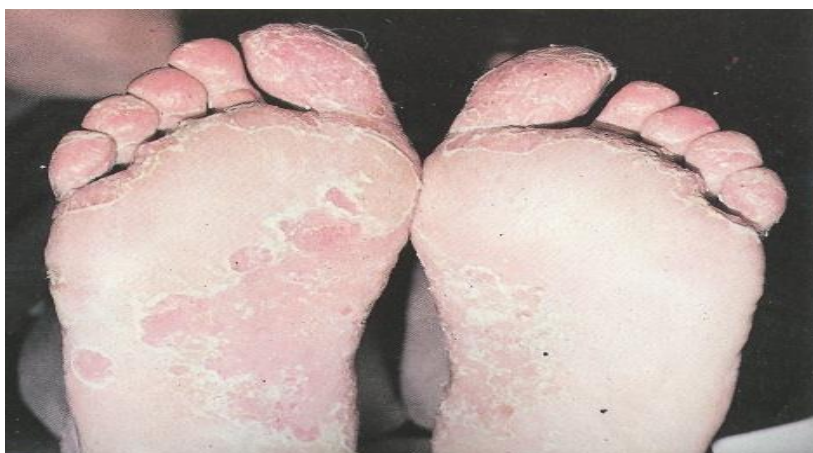
Эпидермофитидлар асосий касалликдан узоқ соҳаларда ҳам пайдо бўладилар, терида эритематоз-сквамоз, везикулез, папулез ва бошқа тошмалар тошади, қичишиш безовта қилади.

Онихомикозларда тирноқлар зарарланиши кузатилади (куйида келтирилади).

ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ, ИНТЕРТРИГИНОЗ ШАКЛИ



ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ, ДИСГИДРОТИК ШАКЛИ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-РУБРОМИКОЗ

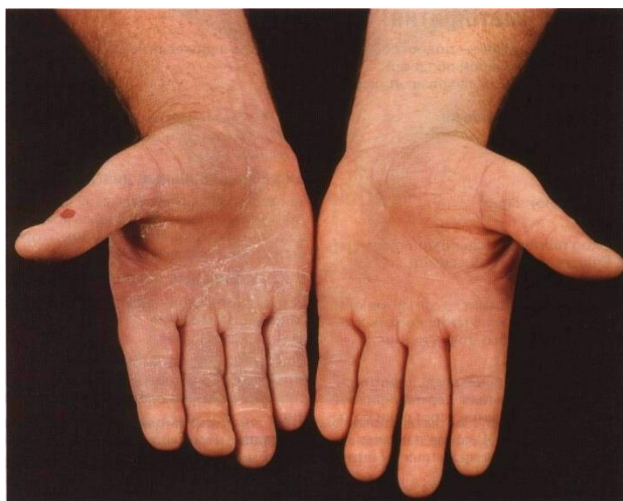
Рубромикознинг (руброфитиянинг) қуйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

- Қафт ва товон рубромикози.
- Йирик бурмалар ва силлиқ тери рубромикози.
- Генерализацияланган рубромикоз.
- Онихомикоз.
- Микидлар.

ТОВОН РУБРОМИКОЗИ



КАФТЛАР РУБРОМИКОЗИ



СИЛЛИҚ ТЕРИ РУБРОМИКОЗИ



РУБРОМИКОЗ, ТАРҚОҚ ТУРИ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР - ЧОВ ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ

Чов эпидермофитияси йирик бурмалар соҳасида-човда, думбалар орасида, кўкрак беги остида учрайди, кам холларда қўлтиқ остида ҳам кузатилади. Ўткир яллиғланиш аломатлари билан кечади. Касаллик ўчоғида пушти-қизил рангли эритема доғи мавжуд, қирғоқлари майда пистонни эслатади, юзасида бироз қипиқланиш кузатилади, баъзан (асосан ёз фаслида) касаллик кучайиб, нам чиқиши туфайли, касаллик аломатлари экземани эслатиб юбориши мумкин. Беморларни қичишиш безовта қилади.



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ТРИХОФИТИЯ

Трихофитиянинг 3 хил клиник тури тафовут қилинади:

- Юзаки трихофития- антропоноз касаллик.
- Сурункали трихофития-антропоноз касаллик.
- Инфильтратив-маддаловчи трихофития-зооантропоноз касаллик.

Хар бир клиник шакли ўз навбатида силлиқ терини, бошнинг сочли қисмини, тирноқларни, ёки бир вақтнинг ўзида силлиқ тери билан бошнинг сочли қисмини ёки тирноқларни зарарлаши мумкин.

СИЛЛИҚ ТЕРИНИНГ ЮЗАКИ ТРИХОФИТИЯСИ



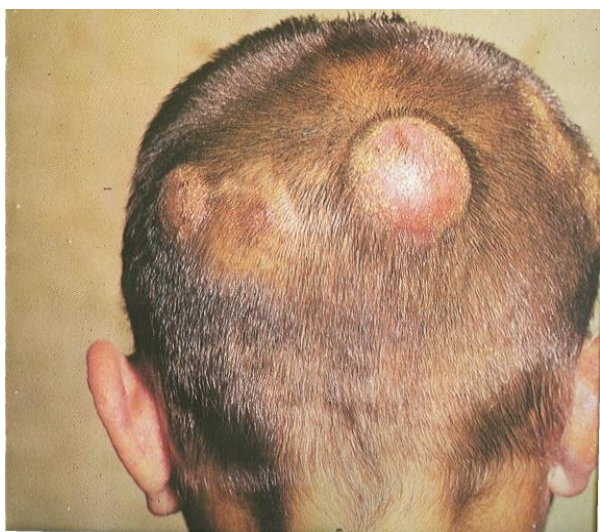
СИЛЛИҚ ТЕРИНИНГ СУРУНКАЛИ ТРИХОФИТИЯСИ



**БОШНИНГ СОЧЛИ ҚИСМИ СУРУНКАЛИ ТРИХОФИТИЯСИ
(“ҚОРА НУҚТАЛИ” ТРИХОФИТИЯ)**



ИНФИЛЬТРАТИВ-МАДДАЛОВЧИ ТРИХОФИТИЯ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-МИКРОСПОРИЯ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ФАВУС



БОШНИНГ СОЧЛИ ҚИСМИ ИМПЕТИГИНОЗ ФАВУСИ



ОНИХОМИКОЗЛАР

Тирноқларнинг замбуруғлар томонидан зарарланиши онихомикозлар деб юритилади. Асосан трихофитон зотиға мансуб бўлган замбуруғлар ҳамда ачитқисимон замбуруғлар тирноқларни зарарлайдилар. Тирноқларнинг зарарланиши 3 хил турда бўлади:

- Нормотрофик.
- Гипертрофик.
- Атрофик.

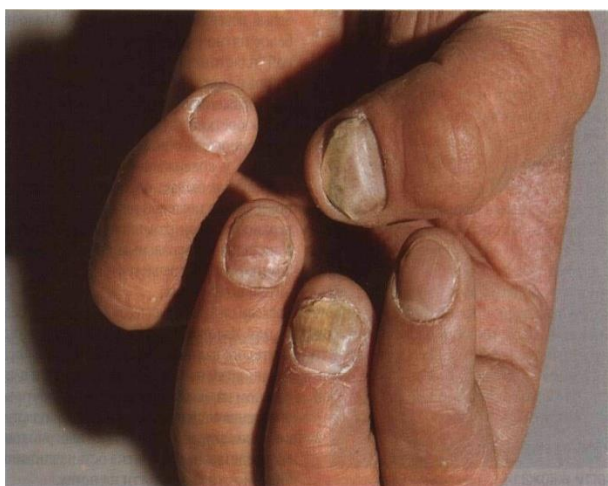
Нормотрофик типда тирноқнинг конфигурацияси ва қалинлиги узок вақт давомида сақланиб туради.

Гипертрофик типда тирноқ қалинлашади, тирноқ ости гиперкератози кузатилади, тирноқ қалинланиши ва қийшайиши оқибатида қушнинг тирноғини эслатиб юборади- бундай кўринишни онихогрифоз деб юритилади. Атрофик типда тирноқнинг кўп қисми уқаланиб кетади, фақатгина валик қисмида озгина тирноқ пластинкаси қолади - онихолизис.

ОНИХОДИСТРОФИЯ ВА

ТОТАЛ ОНИХОДИСТРОФИЯ

ОНИХОЛИЗИС



ОНИХОЛИЗИС

ОНИХОДИСТРОФИЯ



ОНИХОДИСТРОФИЯ ВА ОНИХОМИКОЗ ГИПЕРТРОФИЯЛИ ТУРИ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Умумий даволаш: системали таъсир қилувчи фунгицид препаратлари буюрилади.

1. Гризеофульвин трихофитияда кунига 1кг вазнга 14-15 мгдан буюрилади, суткалик дозани 3 маҳалга бўлиб берилади, микроспорияда кунига 1кг вазнга 21-22 мгдан буюрилади, суткалик дозани 3 маҳалга бўлиб берилади, курс учун 21 кун.

2. Ламизил- кунига 250мгдан 1маҳалдан берилади, курс учун 14-21 кун, айрим ҳолларда 2-3 ойгача.

3. Низорал-кунига 100мгдан 1 маҳал, курс учун 14-21 кун

4. Итраконазол (орунгал, текназол, румикоз) кунига 100-200мгдан 1маҳал, курс учун 14-21 кун.

5. Онихомикозларни даволашда пульстерапиядан фойдаланилади: итраконазол препарати (орунгал, текназол, румикоз) кунига 100-200мгдан 1 маҳал 7 кун давомида берилади, кейин 3 ҳафта давомида танаффус қилинади, сўнгра эса яна 7 кун давомида юқоридаги дозада препаратни қабул қилинади,

шу усулда даволаш 3-4 ойдан 8-10 ойгача давом этиши мумкин (то нормал тирноқлар ўсгунча).

Маҳаллий даволаш: фунгицид малҳамларидан, кремларидан (бинафин, гиноспорин, деклосид, дермазол, клотримазол, ламизил, миконозол, микостер, экалин, экзодерил, хайкиназол ва х.к.) фойдаланилади, олтингугуртнинг 20-33%ли малҳамлари қўлланилади, 5%ли йод эритмаси ишлатилади.

КАНДИДОЗЛАР

Ачитқисимон замбуруғлар (кўпинча *Candida albicans*, кам ҳолларда эса *Candida tropicalis*, *Candida glabrata*, *Candida parapsilosis*, *Candida krusei*, *Candida lusitanae*, *Candida rugosa* ва бошқалар) томонидан чақирилади. Кандидознинг қуйидаги клиник турлари фарқланади:

- Силлиқ тери кандидози.
- Шиллиқ қаватлар кандидози.
- Сурункали генерализацияланган гранулематоз кандидоз.
- Ички аъзолар кандидози.
- Тирноқлар кандидози.

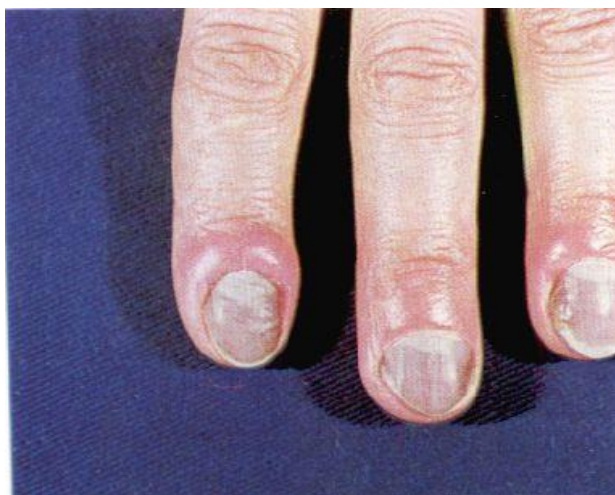
ИНТЕРТРИГИНОЗ КАНДИДОЗ



ШИЛЛИҚ ҚАВАТЛАР КАНДИДОЗИ



СУРУНКАЛИ КАНДИДОЗЛИ ПАРОНИХИЯ



КАНДИДОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Умумий даволаш:

1. Нистатин суткалик дозаси 6000000-8000000 ЕД, уни 4 маҳалга бўлиб берилади, курс учун 2-3 ҳафта давомида.
2. Леворин кунига 6000000-8000000 ЕД дан, уни 4 маҳалга бўлиб берилади, курс учун 2-3 ҳафта.
3. Амфотерицин Б-суткалик дозаси 1кг вазнга 250мгдан, вена ичига томчилаб юборилади, курс учун 2000000ЕД.
4. Флюконазол кунига 50мгдан, 6-7 кун, ёки 150 мгдан ҳафтада 1 марта.

Ташқи даволаш:

Бутоконазол, клотримазол, ламизил, леворин, миконазол, тиоконазол, терконазол, травоген, травокорт, певарил, экзодерил мазлари ва кремлари, фукорцин, анилин бўёқлари, Кастеллани суюқлиги.

ЧУҚУР МИКОЗЛАР

Чуқур микозларга қуйидаги касалликлар киради:

- Кокцидиоидоз.
- Гистоплазмоз.
- Бластомикозлар (криптококкоз).
- Хромомикоз.
- Споротрихоз.
- Аспергиллез.
- Мукороз.
- Мицетома.

МИЦЕТОМА



ХРОМОМИКОЗ



СПОРОТРИХОЗ ВА ДИССЕМИНАЦИЯ ЛАНГАН КРИПТОКОККОЗ



КРИПТОКОККОЗ ФЛЕГМОНАСИ

БЛАСТОМИКОЗ



ЧУҚУР МИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Чуқур микозларни даволашда асосан антибактериал дори воситаларидан фойдаланилади. Хромомикозни даволаш учун амфотерицин В 1 кг вазнга 100-250мгдан (оғир ҳолатларда 1000мг гача) вена ичига томчилаб кунига 1 маротабадан юборилади. Хар 5 кунда 2 кунлик танаффус қилинади, 20 марта қуйилгач эса 7-10 кунлик танаффус қилинади. Даволаш камида

1йил мобайнида олиб борилади. Итраконазол кунига 200-600мгдан берилади. Кетоконазол кунига 400-600мгдан берилади. Споротрихозни даволашда асосий препарат итраконазол-кунига 200-600мгдан берилади. Резерв препаратлар- флуконазол кунига 200-400мгдан, кетоконазол кунига 400-800мгдан бериб борилади. Диссеминацияланган споротрихозда амфотерицин В вена ичига юборилади. Криптококкозни даволаш учун агар асоратлар кузатилмаган бўлса, амфотерицин В 2-4хфта мобайнида 1кг вазнга 250-400мгдан вена ичига хар куни 1 маротабадан юборилади, агар асоратлар кузатилса, 6 хфта берилади. Резерв препарати бўлиб флуконазол (кунига 200-400мгдан) ва итраконазол (кунига 400мгдан) хисобланади. ОИВ-инфекцияси кузатилса профилактика мақсадида флуконазол ёки итраконазол кунига 200-400мгдан умрбод берилади. Гистоплазмозни даволаш учун оғир ҳолатларда амфотерицин В вена ичига хар куни 1 маротабадан 1кг вазнга 250-1000мгдан дозада юборилади. Агар амфотерицинни қабул қилаолмаса, флуконазол кунига 800мгдан ёки итраконазол кунига 400мгдан 12 хфта мобайнида берилади. Бластомикозни даволаш учун энг мақбул препарат- итраконазол кунига 200-400мгдан энг камида 2 ой мобайнида берилади. Резерв препарати бўлиб кетоконазол хисобланади, уни кунига 800мгдан берилади. Оғир ҳолатларда амфотерицин В вена ичига кунига 120-150 мгдан юборилади. Кокцидиоидозни даволашда асосий препаратлар флуконазол ёки итраконазол хисобланади, бу препаратларни кунига 200-400мгдан берилади. Оғир, ҳаёт учун хавфли ҳолатларда амфотерицин В вена ичига юқори дозаларда юборилади.

ПСЕВДОМИКОЗЛАР

Псевдомикозларга эритразма, қўлтик ости трихомикози (трихонокардиоз), актиномикоз, нокардиоз каби касалликлар киради. Бу касалликлар коринобактериялар ёки актиномицетлар томонидан чақирилади, яъни замбуруғлар томонидан чақирилмайди, аммо традиция туфайлигина ушбу гуруҳ касалликлари билан биргаликда ўрганилади.

АКТИНОМИКОЗ



ПСЕВДОМИКОЗЛАРНИ ДАВОЛАШ

Эритразмани даволаш учун 5%ли эритромицин мази кунига 2 махалдан 7 кун давомида ташқи томондан қўлланилади. Шунингдек 2% салицил кислотаси эритмаси, 5% ли йод эритмаси, бензоилпероксиднинг 2,5%ли гели кабилардан ҳам ташқи даво учун фойдаланиш мумкин (барчаси 7 кун давомида қўлланилади). Умумий даво учун эритромицин 250мгдан кунига 4 маротабадан 14 кун мобайнида берилади. Актиномикозни этиотроп даволаш учун актинолизат 3-4млдан мускул орасига ҳафтада 2 маротаба юборилади, курс учун 20-25 инъекция қилинади. Стрептомицин кунига 1г.дан дапсон ёки триметоприм билан комбинацияда берилади. Сульфаниламид препаратлари умумий дозаларда 3-4 ҳафта мобайнида берилади, гемотрансфузия, витаминлар умумий давога қўшимча воситалар сифатида ишлатилади. Нокардиозни даволаш учун ярим синтетик пенициллин препаратлари, сульфаниламидлар, стрептомицин каби дори воситаларидан ўртача терапевтик дозада фойдаланилади.

ПСОРИАЗ (PSORIASIS)

Псориаз – терининг сурункали такрорланиб турадиган касаллиги булиб, тез-тез кайталанувчи мультифакториал касалликдир. Псориаз билан ер юзи ахолисининг 2% га якин инсон бу касалликдан азият чекади. Бу касаллик хар кандай ёшда учраши мумкун ва беморлар бир неча ойдан бир неча йилгача даволаниши мумкун. Псориазнинг кузги, кишки, бахорги ва ёзги турлари бор.

Этиологияси: номаълум. Псориаз келиб чикишида бир нечта назариялар мавжуд.

1. Ирсий назариялар
2. Нейроген назариялар
3. Моддалар алмашинувининг бузулиши назариялари
4. Иммунологик назариялар
5. Вирусли назариялар
6. Бактериал назариялар
7. Эндокринологик назариялар.

ПСОРИАЗ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Жойлашиши буйича: таркалган ва чегараланган булади.

Псориазнинг типик турлари:

- Кафт-товон тури
- Бошнинг сочли кисми тури
- Тирноклар тури
- Псориазнинг атипик турлари:

- Пустулёз псориаз
- Экссудатив псориаз
- Артропатик псориаз
- Псориатик эритродермия
- Клиник кечиши буйича:
- Прогрессив боскич
- Стационар боскич
- Ремиссия боскичи.

ПСОРИАЗНИНГ КЛИНИКАСИ

Терида дастлаб узгармаган тери фонида тери сатхидан кутарилиб турувчи мономорф тугунчалар тошиши билан характерланади. Тугунчалар юзаси эса ок кумушсимон танагачалар билан копланган булади. Тошмалар асосан бошнинг сочли кисми, кул-оёқлар ёзувчи сохаларида ва бадан терисида жойлашади. Лекин сочларда узгариш ва тукилишлар булмайди.

ПСОРИАЗНИНГ КЛИНИКАСИ



Тугунчалар аник чегарали булиб, тугунчалар улчами нуктадек катталикдан нухотдек катталикчалик булиб, атрофига усиш эвазига катталашиб, бир-бирлари билан кушилиб пилакчаларни хосил килади ва зич-

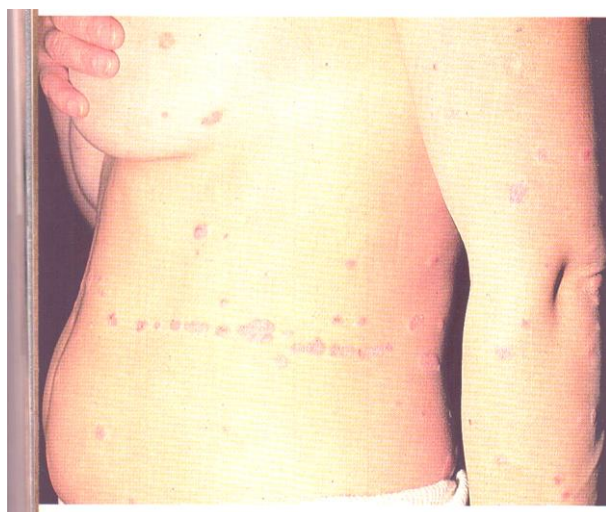
эластик консистенцияли, пушти-кизгиш рангли, юзалари кумушсимон-окиш тангачалар билан копланади.

Прогрессив боскич: Янги майда тук-кизил рангли тугунчалар хосил булиши, кепакланишлар кузатилиши, тугунчалар атрофида усиш халкаси булади. Псориаз учлиги белгилари: стеарин доги, терминал парда ва кон шудринги феномени осон чакирилади. Кёбнер феномени- ташки таъсиротга жавобан янги тошмалар вужудга келиши хосдир. Прогрессив даврда турли стресслар, микротравмалар, нораціонал даво таъсиридан жараён авжланиб, тошмалар бутун тери юзасини коплаб олиши ва псориастик эритродермия вужудга келиши мумкун. Стационар боскич: янги тугунчалар пайдо булмайди, усиш халкаси йук, ранги оч-пушти, тугунчалар бутун юзаси буйлаб кепакланишлар кузатилади. Тугунчалар яссиланган булади. Псориазга хос учлик симптоми тулик чакирилмайди, яъни конли шудринг феномени кузатилмайди. Кёбнер феномени айрим холда кузатилиши мумкун. Регрессив боскич: кепакланишлар кам, тугунчалар эса марказидан сурилиб, халкасимон куринишга киради ёки атрофидан сурилиб йуколади ва урнида депигмент халка куринади. Кёбнер феномени манфий булади. Тугунчалар сурилиб булган сохаларда гипер ёки депигментли доғлар хосил булади.

ПСОРИАЗНИНГ КЛИНИКАСИ



ПСОРИАЗНИНГ КЛИНИКАСИ



ПСОРИАЗ ДИАГНОСТИКАСИ

1. Псориаз касаллигига ташхис қуйишда беморнинг шикояти, анамнези, объектив белгиларига ва субъектив маълумотларга асосланиб бирламчи ташхис қуйилади.

2. Бундан ташқари қушимча текширувлар утказилади.

3. Умумий қон таҳлили

4. Умумий сийдик таҳлили

5. Ахлат гижжага

6. Умумий УЗИ

7.Конни биохимик тахлили

8.Гормонал текширувлар

9.Артропатик псориазда суякларнинг рентген текшируви.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Псориазнинг куйидаги касалликлар билан киёсий ташхислаш керак:

1. Парапсориаз

2. Кизил ясси темиртки

3. Пуштиранг темиртки

4. Папулёз сифилиз

5. Себореяли экзема

6. Псориазсимон сил волчанкаси

7. Артропатик псориазнинг ревматоид полиартрит билан.

ДАВОЛАШ

1. Антигистамин терапия: кетатифен, диазалин, димидрол, супрастин, пиполфен, тавегил, лорд, лоратал ва бошк. ичишга

2. Десенсибилизацияловчи терапия: кальций глюканат 10%-5.0 в/и, кальций хлор 10%-5 ёки 10.0 в/и, натрий тиосульфат 30%-5.0 в/и, кальций хлорни 5% ли суви, натрий тиосульфатнинг 5% ли суви ёки парашоги ичишга

3. Витамин терапия: витамин А, аевит, витамин Д3, вигантол,

4. Гепатопротекторлар: Лив 52, карсил, эссенциал форте, антрал, герато-риц,

5. Ностероид яллигланишга карши дори воситалари: (диклофенак, бруфен, ибобруфен, мелбек форте, мелоксикам, этодин форте, этодолак и др.),

6. Антидепрессантлар: нерв системасини тинчлантирувчи препаратлар: (депрес, седавит, ново-пассит, бром препаратлари, валерианка , вამелан, ментат и бошк),

7. Ошқозон-ичак тизимини яхшиловчи препаратлар: (фестал, мезим форте, хилак форте, бифидумбактерин, лактобактерин, энетрожермин, лактоджи и бошк).

8. Кортикостероидлар: (преднизолон, дексаметазон, кеналог, дипроспан ва бошк),

9. Огир ҳолатларда: Цитостатиклар (метатрексат, циклофосфан) тавсия этилади.

10. Маҳаллий давога: (1-2% ли салицил мази, 1-2% ли борний мазь, гепарин мази, кортикостероидли мазлардан: (преднизолон, синафлан, целестодерм, фторокорт, флуцинар, лоринден, бетаметазон, дерматоп, дермовайт), псоркутан, дайвонекс, детранол ва бошқалар) суртилади. Физиотерапия даво муолажалари ва ПУВА-терапия кулланилади.

КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ (LICHEN RUBER PLANUS)

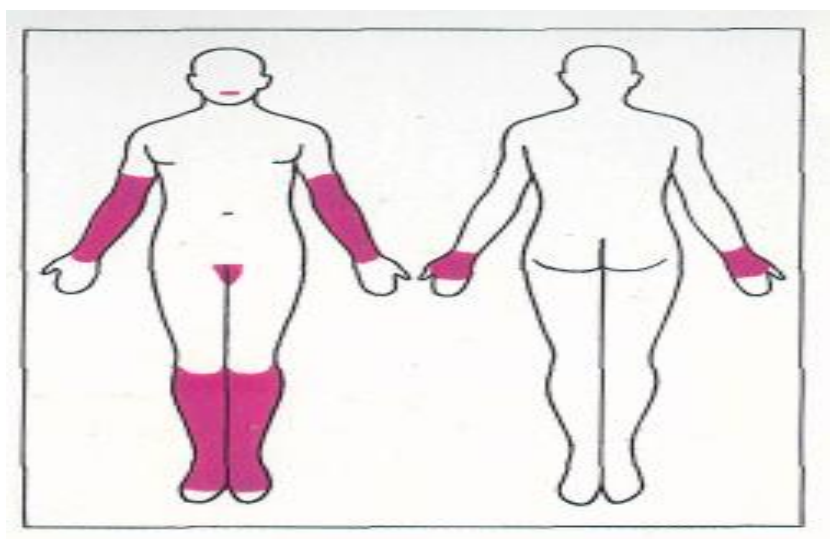
Кизил ясси темиртки кичишиш билан кечувчи касалликдир. Касалликнинг келиб чиқиш сабаблари номаълум. Кизил ясси темирткида ҳам бир нечта назариялар бор. Асосий жойлашиш сохалари кул-оёқларнинг букулувчи сохаларда, огиз шиллик каватида, жинсий аъзо сохасида жойлашади ва тирноқлар ҳам зарарланади. Тошмалар полигонал ҳолатда бўлиб, папулалар ранги пушти-кизил, ясси ҳолатда бўлади, теридан алоҳида ажралиб туради, тошмаларнинг диаметри 1-2 мм дан 4-5 мм гача бўлади. Шунинг учун ҳам касалликга кизил ясси темиртки номи берилган. Папулалар марказида киндиксимон ботиклик бўлади. Папулалар юзасига усимлик мойи суртиб қурилганда ургимчак тури ҳосил бўлади. Бу Уикхем тури симптоми ҳисобланади.

КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ ТУРЛАРИ

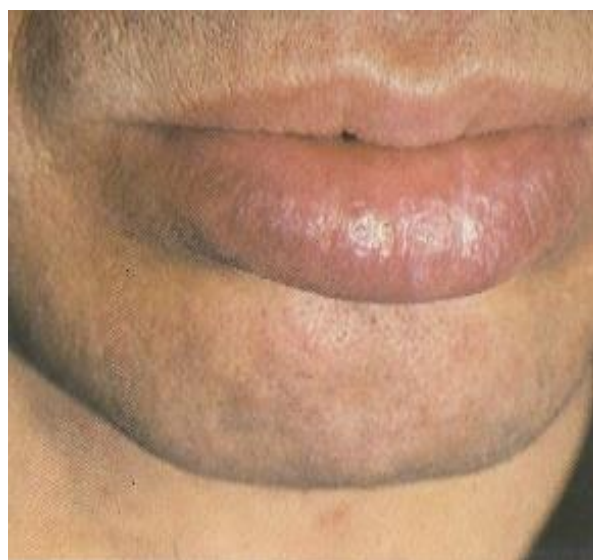
Кизил ясси темирткини қуйидаги турлари тафовут қилинади: кечиши бўйича:

- Прогрессив даври;
- Стационар даври;
- Ретрессив даври;
- Кольцевидный;
- Сугалсимон;
- Герпессимон;
- Пемфигоид.

КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИНИ ТИПИК ЛОКАЛИЗАЦИЯСИ



КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ КЛИНИКАСИ





ДИАГНОСТИКАСИ

Кизил яясси темиратки касаллигига ташхис куйишда беморнинг шикояти, анамнези, объектив белгиларига ва субъектив маълумотларга асосланиб бирламчи ташхис куйилади.

1. Бундан ташкари кушимча текширувлар утказилади.
2. Умумий кон тахлили;
3. Умумий сийдик тахлили;
4. Ахлат гижжага;
5. Умумий УЗИ;
6. Конни биохимик тахлили;
7. Гормонал текширувлар.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

- Псориаз;
- Парапсориаз;
- Пушти ранг темиратки;
- Папулёз сифилис.

ДАВОЛАШ

1. Антигистамин терапия: кетатифен, диазалин, димидрол, супрастин, пиполфен, тавегил, лорд, лоратал ва бошк. ичишга
2. Десенсибилизацияловчи терапия: кальций глюканат 10%-5.0 в/и, кальций хлор 10%-5 ёки 10.0 в/и, натрий тиосульфат 30%-5.0 в/и, кальций хлорни 5% ли суви, натрий тиосульфатнинг 5% ли суви ёки парашоги ичишга
3. Витамин терапия: витамин А, аевит, витамин Д3, вигантол,
4. Гепатопротекторлар: Лив 52, карсил, эссенциал форте, антрал, герато-риц,
5. Ностероид яллигланишга карши дори воситалари: (диклофенак, бруфен, ибобруфен, мелбек форте, мелоксикам, этодин форте, этодолак и др.),
6. Антидепрессантлар: нерв системасини тинчлантирувчи препаратлар: (депрес, седавит, ново-пассит, бром препаратлари, валерианка , вამелан, ментат и бошк),
7. Ошқозон-ичак тизимини яхшиловчи препаратлар: (фестал, мезим форте, хилак форте, бифидумбактерин, лактобактерин, энетрожермин, лакто-джи и бошк).
8. Кортикостероидлар: (преднизолон, дексаметазон, кеналог, дипроспан ва бошк),
9. Огир ҳолатларда: Цитостатиклар (метатрексат, циклофосфан) тавсия этилади.
10. Маҳалий давога: (1-2% ли салицил мази, 1-2% ли борний мазъ, гепарин мази, кортикостероидли мазлардан: (преднизолон, синафлан, целестодерм, фторокорт, флуцинар, лоринден, бетаметазон, дерматоп, дермовайт), псоркутан, дайвонекс, детранол ва бошқалар) суртилади. Физиотерапия даво муолажалари ва ПУВА-терапия кулланилади.

ҲАҚИҚИЙ (ЧИН) ПЎРСИЛДОҚ (PEMPHIGUS)

Ҳақиқий пўрсилдоқ—сурункали кечувчи, оғир дерматоз бўлиб, клиник манзараси жихатидан ўзгармаган (яллиғланмаган) терида ва шиллик қаватларда пуфаклар ҳосил бўлиши ва уларнинг аста-секин терининг барча сатхларига тарқалиши билан намоён бўлади. Касаллик асосан 20-40 ёшли одамларда кўпроқ учрайди.

Ҳақиқий пўрсилдоқнинг қуйидаги клиник шакллари фарқланади:

- 1. Вульгар (оддий) пўрсилдоқ (*pemphigus vulgaris*).
- 2. Себореяли (эритематоз) пўрсилдоқ, ёки Сенир—Ашер синдроми (*pemphigus seborrhoicus*).
- 3. Вегетацияловчи пўрсилдоқ (*pemphigus vegetans*).
- 4. Баргсимон пўрсилдоқ (*pemphigus foliaceus*).

ПЎРСИЛДОҚНИ ВУЛЬГАР ТУРИ

PEMPHIGUS MUCOSAE

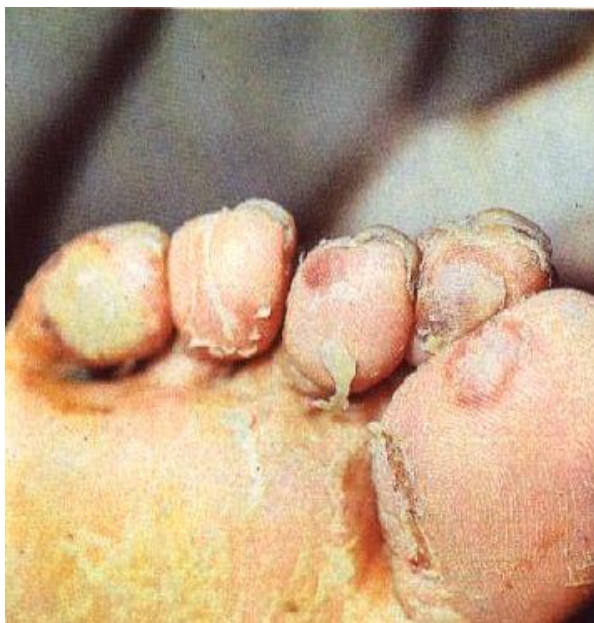


ПЎРСИЛДОҚ КЛИНИКАСИ

Вульгар пўрсилдоқ (*Pemphigus vulgaris*). Ўзгармаган терида ёки шиллик қаватларда (70-80% ҳолларда касаллик оғиз шиллик пардасида пуфак

хосил бўлиши билан бошланади) дастлаб нўхат донидек ёки ундан каттарок, таранг пуфак хосил бўлади, унинг ичида тиниқ сероз суюқлик мавжуд. Кейин пуфакларнинг таранглиги пасайиб, шалвираган ҳолатга тушади, ичидаги суюқлик эса инфекция қўшилиши оқибатида хиралашади. Пуфаклар кейин ёрилиб, қизил рангдаги эрозия сатхлари хосил бўлади, улар доимо намланиб турадилар. Эрозиялар устида қалоқлар хосил бўлади ва секинлик билан эрозиялар эпителизацияга учраб, иккиламчи пигментация (кўпинча гиперпигментация) қолдирадилар.

ВУЛЬГАР ПЎРСИЛДОҚ ТУРИ



ПЎРСИЛДОҚ ВУЛЬГАР ТУРИ



Себореяли (эритематоз) пўрсилдоқ ёки Сенир—Ашер синдроми (Pemphigus seborrhoicus, pemphigus erythematodes, syndrom Senear—Usher). Жараён бошнинг сочили қисмида, бўйинда, юзда, елка камарида, кўкрак терисида ва бошқа себореяли сохаларда учрайди. Касалликнинг бу турида пуфаклар ҳосил бўлиши сезилмаслиги мумкин. Юзда ва бошқа себореяли сохаларда сарғиш қалоқлар-қайизғоқлар пайдо бўлиши мумкин, уларни олиб ташланганда остида эрозия сатхлари намоён бўлади, бу эса шу жойда пуфак бўлганлигини билдиради. Баъзан эса себореяли сохаларда пуфаклар ҳосил бўлади, улар ёрилиб, эрозия устини сарғиш қалоқлар қоплайди, уларнинг атрофида терида бироз қизариш бор, шунинг учун бу шаклини бошқа номи эритематоз пўрсилдоқдир.



ПЎРСИЛДОҚНИ СЕБОРЕЯЛИ ТУРИ



Вегетацияловчи пўсилдоқ (*Pemphigus vegetans*). Касаллик табиий бурмалар, киндик, жинсий аъзолар сохаларида, аёлларда кўкрак беги остида жойлашади. Пўрсилдоқнинг бу тури ҳам кўпинча оғиз шиллиқ пардасида пуфак хосил бўлиши билан бошланади. Кейинчалик терида пуфаклар пайдо бўлади. Пайдо бўлган пуфаклар ёрилиб, эрозиялар хосил бўлгач, уларнинг юзасида эса ишқаланиш, ҳар хил суюқликларнинг таъсири оқибатида вегетациялар хосил бўлади, уларнинг усти оқиш қараш билан қопланиши мумкин, ёки қалоқлар билан қопланади.

ПЎРСИЛДОҚНИ ВЕГЕТАЦИЯЛОВЧИ ТУРИ

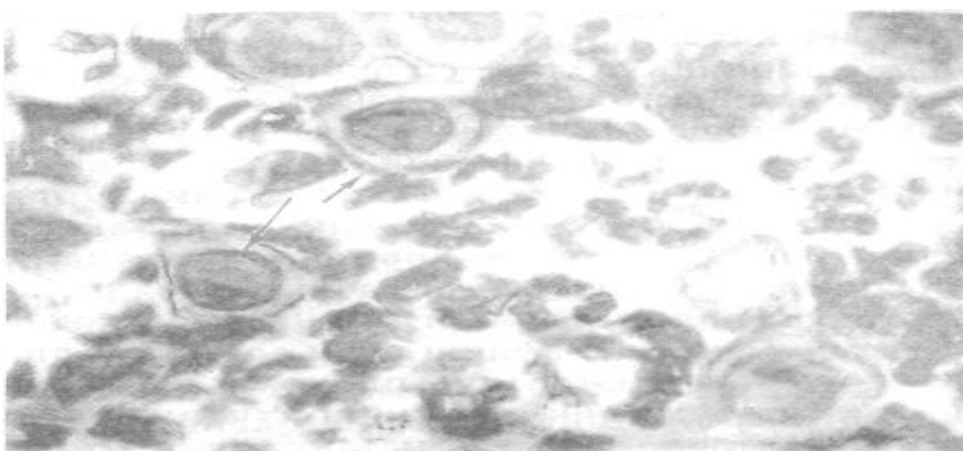


ДИАГНОСТИКАСИ

Кўп ҳолларда ҳақиқий пўрсилдоқ диагностикаси ортиқча қийинчилик туғдирмайди. Никольский, Асбо-Ганзен, Щеклаков симптомларининг мусбатлиги, цитологик текширувда (суртма-изларда) акантолитик хужайраларнинг топилиши диагнозни тасдиқлашга ёрдам беради.

АКАНТОЛИТИК ХУЖАЙРАЛАР

ТЦАНК ХУЖАЙРАЛАРИ



ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Ҳақиқий пўрсилдоқни қуйидаги касалликлар билан дифференциация қилинади:

- Лайел синдроми.
- Стивенс-Джонсон синдроми.
- Буллез токсикодермиялар.
- Дюрингнинг герпессимон дерматити.
- Қизил югурик.
- Левер пемфигоида.
- Туғма пўрсилдоқ.

ДАВОЛАШ

Умумий даво:

Кортикостероид гормонлари (преднизолон, бетаметазон, триамцинолон, кеналог, дипроспан). Теридаги патологик жараённинг қай даражада тарқалганлигига, беморнинг умумий ахволига, ёшига, вазнига қараб, бир суткалик дозаси 60 мгдан то 120 ва ундан ортиқ бўлиши мумкин. Суткалик дозанинг 50%и эртаб, 30%и тушликда, 20%и кечки пайт берилади. Гормоннинг кўпроқ қисмини инъекцияда берган маъқулроқдир. Цитостатиклар: метотрексат (хафтада 20 мг дан), циклофосфамид (суткасига 100 мгдан) ёки азатиоприн (суткасига 150 мгдан). Зарурат бўлганда, метотрексатнинг дозасини хафтасига 30 мггача орттириш мумкин. (шунингдек циклофосфамид дозасини суткасига 150 мггача, азатиопринникини эса суткасига 200 мггача). Қон ва плазма қуйиш. Тўйимли (оқсилга бой) диета.

Ташқи даволаш:

Беморлар кортикостероид гормонларни юқори дозада узоқ вақт қабул қилиши ва кейинчалик доимий ушлаб турувчи дозада олиб туришлари туфайли, уларга албатта қуйидаги дорилар вақти-вақти билан (хар 3 ойда) 2-3 хафталик курс билан бериб борилади: В гуруҳидаги витаминлар ва аскорбин кислотаси умумий терапевтик дозаларда, калий препаратлари (оротат калий ёки панангин), кальций препаратлари анаболик гормонлар (ретаболил ёки нероболит инъекцияда, 2-3 хафтада 1 марта антибиотиклар ва фунгицидлар (асосан кандидозга қарши). Кортикостероид кремлар ва мазлар, эрозия сатхларига глюкокортикоидлар тутувчи аэрозоллар сепиш билан ишлов бериш касаллик ўчоғларини (эрозияларни) анилин бўёқлари билан артиш. Агар иккиламчи инфекция қўшилган бўлса, ташқи томондан антибактериал мазлар қўйиш. атрофдаги терини доимо тоза холда ушлаб туриш.

ПАРХЕЗ

Барча беморлар юқори дозада кортикостероид гормонлари қабул қилаётганлиги сабабли, ўзида кўп миқдорда оқсил тутувчи овқатлар истеъмол қилиши зарур (қайнатилган гўшт, балиқ, творог, тухум, сут махсулотлари). Истеъмол қилаётган овқатда ёғларни, углеводларни ва ош тузини чеклаш зарур. Кортикостероид гормонларни қабул қилганда ошқозон шиллиқ пардасини химоя қилувчи воситалар билан (викалин, алмагель, фосфалюгель, ишқорий минерал сувлар ва х.к.) биргаликда қабул қилиши афзалдир. Препаратлар албатта овқатдан кейин берилиши керак.

ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕССИМОН ДЕРМАТИТИ (DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING)

Дюрингнинг герпессимон дерматити-сурункали кечувчи, тез-тез қайталаниб турадиган, терида полиморф тошмалар тошиши, кучли қичишиш безовта қилиши билан характерланадиган дерматоздир. Тошмаларнинг устиворлигига қараб икки хил тури тафовут қилинади:

- Майда пуфакчали.
- Йирик пуфакли.

КЛИНИКАСИ

Касаллик учун терида полиморф тошмалар тошиши, уларнинг симметрик холда жойлашиши, тошмаларнинг гурухлашиб жойланиши хосдир. Тошмалар терида кафт ва товонлардан ташқари барча сохаларда жойлашиши мумкин, шиллиқ қаватлар эса зарарланмайди. Касаллик ўчоғларида бирламчи элементлардан эритема доғлари, пуфакчалар, пуфаклар, уртикар элементлар, папулалар пайдо бўлади. Касалликнинг клиник манзарасини хар хил иккиламчи элементларнинг мавжудлиги янада ранг-баранг кўринишга олиб келади. Пуфаклар ва пуфакчалар ўрнида эрозиялар хосил бўлади, уларнинг усти қалоклар билан қопланади, қашлаш оқибатида экскориациялар пайдо бўлади, эски элементлар ўрнида иккиламчи пигментациялар (гиперпигментация) хосил бўлади.

Касаллик субъектив хиссиётлар (қичишиш, ачишиш) билан бошланади, кейин терида тошмалар пайдо бўлади. Касаллик учун қуйидаги белгилар энг характерли хисобланади:

- Чин полиморфизм.
- Симметрик жойланиш.

Элементларнинг гуруҳ бўлиб жойлашиб, ҳар хил фигуралар (доира, халқа, ярим халқа, гирлянд ва х.к.) ҳосил қилиши.

- Кучли қичишиш.
- Касалликнинг циклик кечиши.
- Галогенларга сезувчанликнинг ортиб кетиши.
- Қонда ва пуфак суюқлигида эозинофилия.

DERMATITIS HERPETIFORMIS



DERMATITIS HERPETIFORMIS





ДИАГНОСТИКАСИ

Диагностикаси типик холларда қийинчилик туғдирмайди. Полиморф тошмалар, гурухлашиб жойланиш, кучли қичишиш каби белгилари касаллик учун хосдир. Диагноз қўйишга беморларда галогенларга сезувчанликнинг ортиб кетганлиги ёрдам беради. Бунинг учун Ядассоннинг йодли синамаси қўйилади қонда ва пуфак суюқлигида эозинофиллар миқдорининг ортиб кетиши ҳам диагноз қўйишда асосий аҳамият касб этади (лаборатория диагностикаси) базал мембранада IgA чўкмаларининг аниқланиши диагнозни узил-кесил хал қилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Дифференциал диагноз қуйидаги касалликлар билан ўтказилади:

- Ҳақиқий (чин) пўрсилдоқ.
- Стивенс-Джонсон синдроми.
- Лайел синдроми.
- Торвоқ.
- Токсикодермия.
- Кўп шаклли эксудатив эритема.
- Левер пемфигиоиди.

ДАВОЛАШ

Сульфон препаратлари: диаминодифенилсульфон ёки ДДС, авлосульфон, дапсон, диуцифон каби препаратлар қўлланилиди. ДДС кунига 200 мгдан диуцифон кунига 0,1—0,2 гдан ҳафтада 5 кунлик цикл қилиб берилади (2 кун дам берилади), курс учун шундай циклдан 3-4 марта ўтказилади. Унитиол, антиоксидант хоссаларига эга бўлган препаратлардан липоев кислотаси, метионин, этамид кабилар берилади.

Пархез: таркибида глютен тутувчи озиқ-овқат моддалари рациондан чиқарилади. Шунингдек таркибида галогенлар (йод, бром, фтор) тутувчи дори моддалари ҳам берилмайди касалликнинг буллез турида сульфон препаратлари яхши самара бермаслиги мумкин. Бундай ҳолларда кунига 40-50 мгдан глюкокортикоид гормонлари берилади, самара кузатилгач, гормоннинг дозаси секин - аста пасайтирилади.

Ташқи даво учун қуйидагилар қўлланилади:

- Фукорцин ёки Кастеллани суюқлиги.
- Анилин бўёқларининг сувдаги эритмаси.
- Кортикостероид мазлар.
- Аэрозоллар.
- Антибактериал мазлар.

ТЕРИНИНГ ВИРУСЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ВИРУСЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

Терининг вирусли касалликлари кенг тарқалган бўлиб, уларни чакирувчи вируслар ҳам турли гуруҳларга мансубдирлар. Улар орасида энг кўп тарқалганлари одамнинг папиллома вируси ва оддий герпес вируси, шунингдек юқумчил моллюск касаллигини чакирувчи вирус. Папиллома вирусининг 70га яқин типи тафовут қилинади, улар тери ва шиллиқ қаватларда ҳар хил касалликлар чақирадилар. Терида касаллик чакирувчи папиллома вируслари типлари: 1тип товон сўгалларини келтириб чиқаради. 2, 4 типлари оддий сўгалларни чақирадилар. 3, 10 типлари эса ясси сўгалларни чақирадилар. 7 типи “қассоблар” сўгалини келтириб чиқаради. 5,8,12,14,15,17,19-24 типлари сўгалсимон эпидермодисплазия касаллигини чақирадилар. Шиллиқ қаватларда касаллик чакирувчи типлари: 6,11 типлари ўткир учли кондилома чақирадилар. 16,18,31,33,35 типлари бовеноидли папулез ва бачадон бўйин қисмининг рак олди касалликларини чақиради. 13 типи оғиз шиллиқ пардасида бовеноидли папулез чақиради. Бундан ташқари папиллома вирусларини онкологик хавф туғдириш даражасига қараб 3 та тоифага ажратилади: Онкологик хавф даражаси паст бўлган типлари (6,11,42-44 типлари). Онкологик хавф даражаси ўртача бўлган типлари (31,33,35,39,45,51,52,58,59,68 типлари) онкологик хавф даражаси юқори бўлган типлари (16,18,48,56 типлари). Шунини алоҳида таъкидлаш керакки, 2008 йил 6 октябрда Нобел комитети профессор Харальд цур Хаузенни бачадон бўйин қисми ракини чакирувчи папиллома вирусини кашф қилганлиги учун Нобел мукофоти билан тақдирлаган. Терининг вирусли касалликларини чакирувчи вируслар ичида 2-ўринда герпес вируслари туради. Уларнинг қуйидаги 8 та типлари тафовут қилинади: Оддий герпес вирусининг 1типи-терида ва шиллиқ қаватларда (жинсий аъзолар соҳасидан ташқари) оддий пуфакчали темиртки чақиради. Оддий герпес вирусининг 2типи-генитал герпесларни чақиради (ҳозирги пайтда 1 ва 2 типдаги герпес

вируслари генитал герпесларни ҳам, оддий пуфакчали темираткини ҳам чақиради, яъни аралаш бўлиб кетган). Герпес вирусининг 3 типи (варицелла-зостер вируси деб юритилади) -ўраб олувчи темиратки ва сув чечак чақиради. 4типи Эпштейн-Барр вируси деб юритилади, бу вирус инфекцион моноклеаз, нейроинфекцион касалликлар, Беркит лимфомаси, бурун-халқум карциномаси, лейкоплакия, В-хужайрали лимфома каби касалликларга сабаб бўлади. 5типи цитомегаловирус деб юритилади, бу вирус хомилани зарарлаши оқибатида марказий асаб тизими касалликларидан микроцефалия, психомотор бузилишлар келиб чиқади, жигарни зарарлаши оқибатида гепатит ва цирроз ривожланади, ўпкани зарарлаши туфайли пневмосклероз ва фиброз ривожланади. ЦМВ одамга туғилгандан кейин юкса, ЦМВ моноклеоз ва ЦМВ паротити каби касалликлар келиб чиқади. 6 типи қуйидаги касалликларни келтириб чиқаради: чақалоқлар ва кичик ёшдаги болалар экзантемаси, миалгик энцефаломиелит, инфекцион моноклеоз, гистиоцитар некротик лимфаденит, периферик Т-хужайрали лимфома, ноходжкин лимфомаси, В-хужайрали лимфома, дерматопатик лимфопатия, Ходжкин касаллиги, синусоидал В-хужайрали лимфома, плеоморф Т-хужайрали лимфома. 7типи Т-лимфоцитларни (асосан CD4 хужайраларини) зарарлайди ва қуйидаги касалликларни келтириб чиқариши мумкин: лимфопрлифератив касалликлар, гепатоспленомегалия, панцитопения. 8типи А.В.С вариантларга бўлинади. А варианты Капоши саркомаси билан боғлиқ.В ва С вариантлари лимфопрлифератив касалликлар чақиради.

СЎҒАЛЛАР

Сўгаллар айниқса болалар ва ўсмирларда кўп учрайди.Уларнинг катталиги бир неча ммдан 1-2смгача бўлиши мумкин. Қуйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

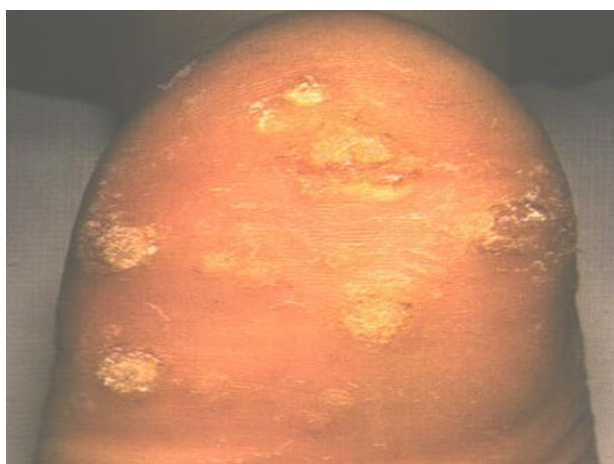
- Оддий сўгаллар.

- Ясси сўгаллар.
- Товон (кафт) сўгаллари.
- “Қассоблар сўгаллари”.

ОДДИЙ СЎГАЛЛАР



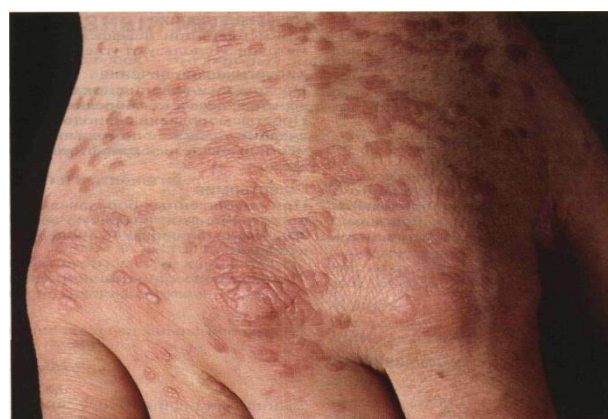
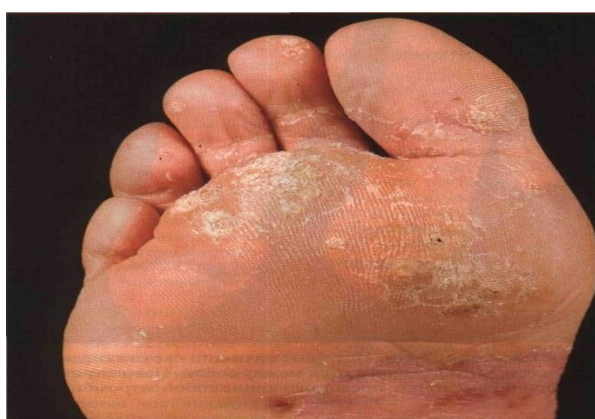
ТОВОН СЎГАЛЛАРИ



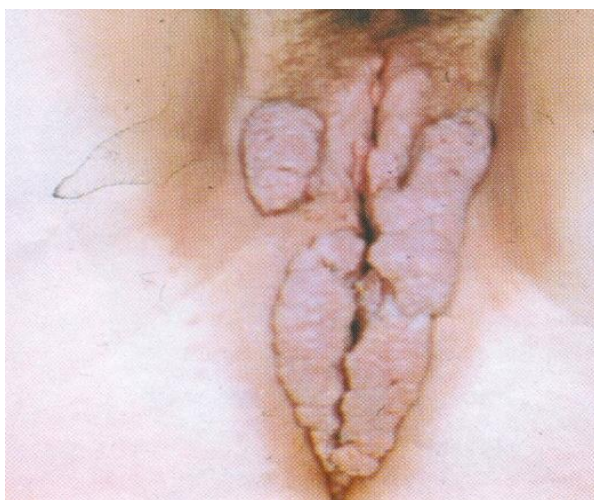
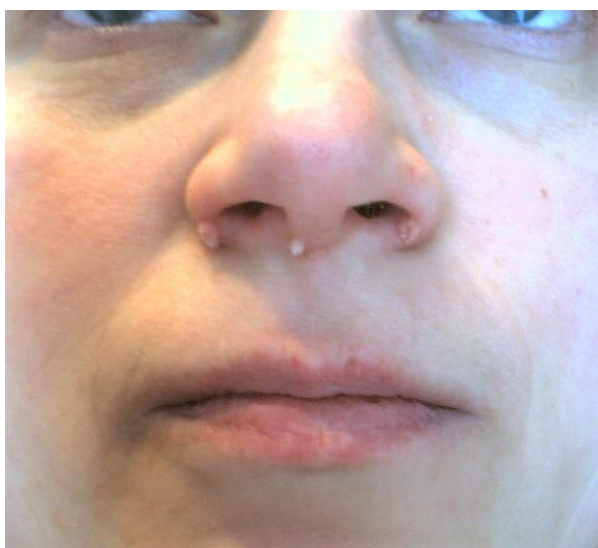
ТОВОН СЎГАЛЛАРИ

ВА

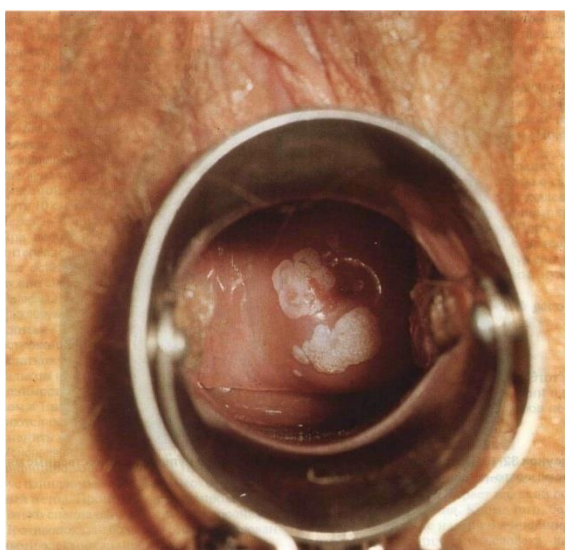
ЯССИ СЎГАЛЛАР



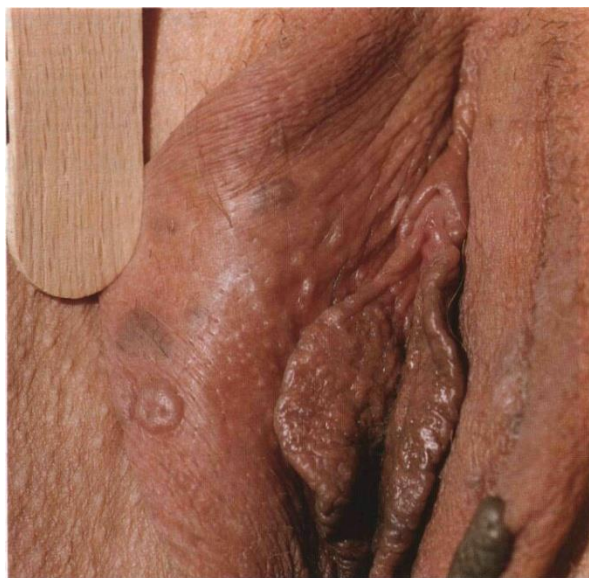
ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР



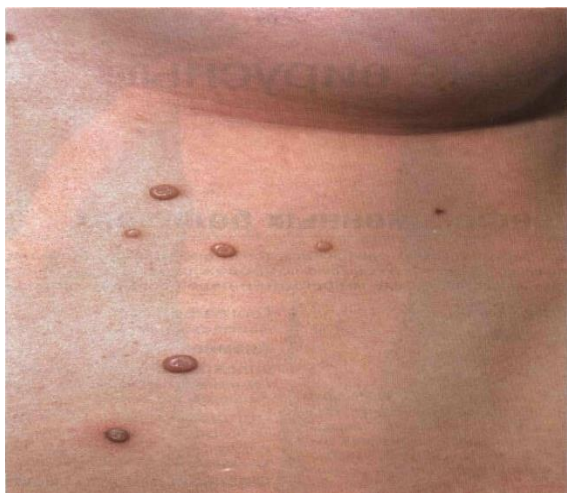
ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР (БАЧАДОН БЎЙИН ҚИСМИДА)



БОВЕНОИДЛИ ПАПУЛЕЗ



ЮКУМЧИЛ МОЛЛЮСК

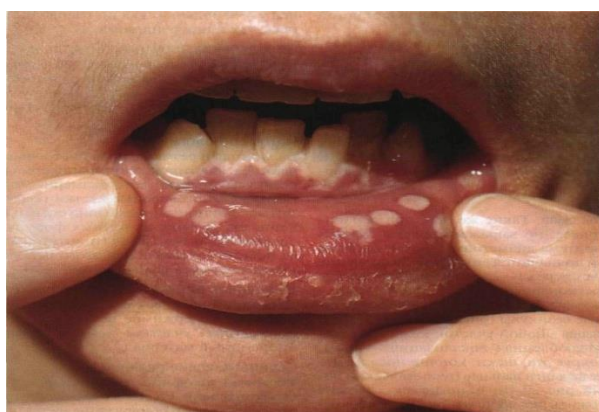




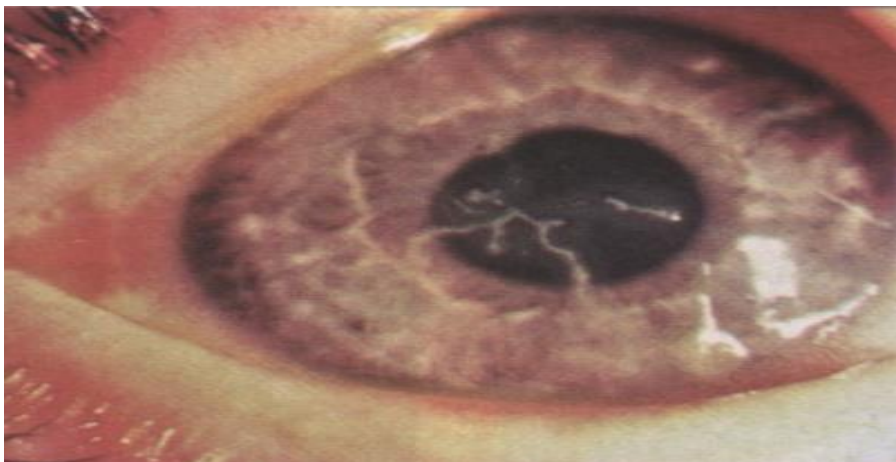
ОДДИЙ ПУФАКЧАЛИ ТЕМИРАТКИ - ОДДИЙ ПУФАКЧАЛИ ТЕМИРАТКИ

ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ

ГИНГВИТ, СТОМАТИТ



ОДДИЙ ПУФАКЧАЛИ ТЕМИРАТКИ. КЎЗ МУГУЗ ПАРДАСИНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ-КЕРАТИТ



ОДДИЙ ПУФАКЧАЛИ ТЕМИРАТКИ (А). ҚАЙТАЛАНГАНИ (Б).



ХОМИЛАДОРЛАР ГЕРПЕСИ



ШИЛЛИК ҚАВАТЛАР ГЕРПЕСИ (КИЧИК ТИЛДА ВА ЛАБДА)



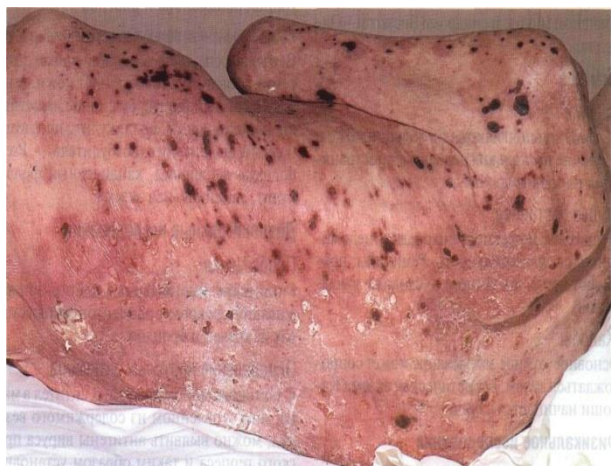
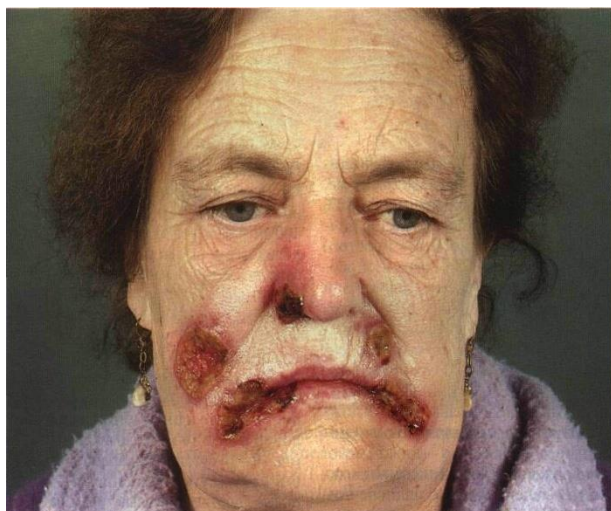
ГЕНИТАЛ ГЕРПЕС



ГЕНИТАЛ ГЕРПЕС



**ИММУНОДЕФИЦИТ (ОИТС) ОҚИБАТИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН ОДДИЙ
ПУФАКЧАЛИ ТЕМИРАТКИ. СУРУНКАЛИ ГЕРПЕТИК ЯРАЛАР**



**КАПОШИНИНГ ГЕРПЕТИК ЭКЗЕМАСИ (ГЕРПЕСНИНГ ЭКЗЕМА
ЁКИ ДИФФУЗ НЕЙРОДЕРМИТГА ҚЎШИЛИШИ ОҚИБАТИДА
КЕЛИБ ЧИҚҚАН)**





ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ



ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ. БИР НЕЧА ДЕРМАТОМНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ



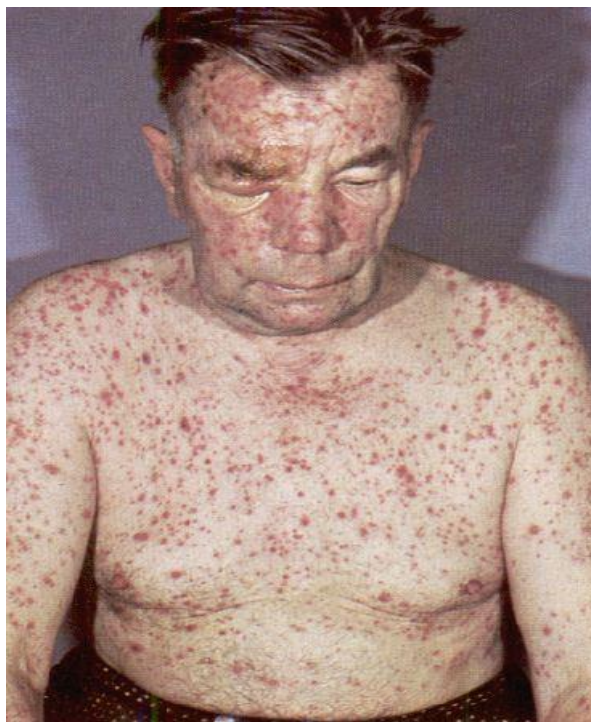
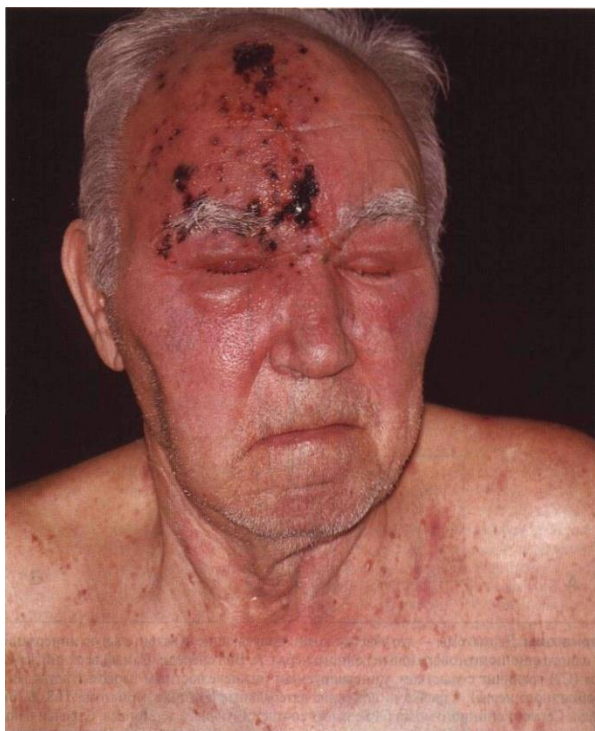
ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ, БУЛЛЕЗ ШАКЛИ



ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ, ОҒИЗ ШИЛЛИК ПАРДАСИДА, ТИЛДА ВА ЛАБЛАРДА ЖОЙЛАШУВИ



ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ, ГАНГРЕНОЗ ШАКЛИ



ИММУНОДЕФИЦИТ (ЛЕЙКОЗ) ОҚИБАТИДА КЕЛИБ ЧИҚҚАН СУРУНКАЛИ ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ



**ИММУНОДЕФИЦИТ (ЛИМФОГРАНУЛЕ-МАТОЗ) ОҚИБАТИДА
КЕЛИБ ЧИҚҚАН ДИССЕМИНАЦИЯ - ЛАНГАН ЎРАБ ОЛУВЧИ
ТЕМИРАТКИ**



**ИММУНОДЕФИЦИТ (БАЧАДОН РАКИ) ОҚИБАТИДА КЕЛИБ
ЧИҚҚАН ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ**



**ИММУНОДЕФИЦИТ (РАК КАСАЛЛИГИ) ОҚИБАТИДА КЕЛИБ
ЧИҚҚАН ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ**



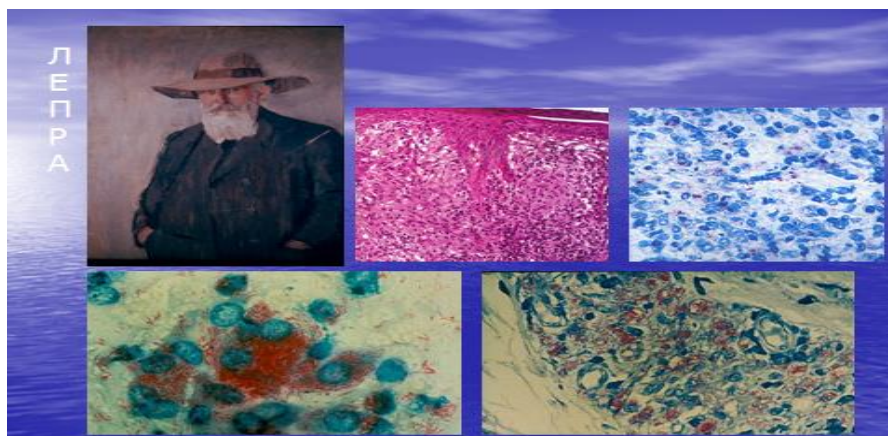
МОХОВ

Мохов – огир кечадиган хроник инфекцион касал булиб, яширин даври аникланмаган, узок вақт давом этади. Маълумотларга караганда мохов биринчи марта Мисрда пайдо булганлиги кайд килинади, гарчи бошқа манбаларда мохов Мисрдан анча олдин Хитойда маълум булганлиги ёзилган. Мохов сузи биринчи марта Хитойда ишлатилган. Янги ерларнинг очилиши, мамалакатлар уртасида савдо-сотикнинг ривожланиши мохов касаллигининг таркалишига сабабчи булди. Айниқса куллар билан савдо - сотик килиш (уларнинг орасида купинча мохов касали билан огриганлар булган) касалликнинг кенг таркалишига олиб келди. Америкага моховнинг кириб келишига Африкадан олиб келинган кул – негрлар сабабчи булдилар. XII-XIII асрларда Европада мохов жуда тезлик билан таркала бошлади. Мохов эпидемияси жуда куп касал одамларни нобуд кила бошлади ва купгина Европа мамлакатларига офат келтирди. Бунинг натижасида мохов касаллар шаҳар ва кишлоклардан хайдаб чиқарилдилар, ҳамда улар қайтиб келса, қариндошлар томонидан улдирилдилар. Бахтсиз хайдалган касаллар одамлардан, уй-жойларидан узокда – сарсонликда юрардилар. Кейинчалик улар бирлашиб, шаҳардан ташқарида узлари учун яшаш жойлари «моховхоналар – лепрозорий»лар ташкил кила бошладилар. Хозирги вақтда аник булмаган ВОЗ (бутун дунё соғлиқни сақлаш бирлашмаси) нинг маълумотига караганда бизнинг планетамизда 15 миллиондан ортиқроқ мохов билан касалланган бемор бор. Шулардан фақат 2 миллионигина врачлар назоратида туриб даволанадилар. 15 миллион касалдан 7,5 миллиони Осиё мамлакатларида: Хиндистонда - 1,5 млн., Бирмада –200000, Тайландда – 150000, Индонезияда – 100000, Японияда – 15000 ва хоказо. Африка қитъасида – 3 млн. касал булиб, купроқ Нигерия, Мозамбик, Уганда, Того ва Мадагаскар оролларидадир. Африка қитъасида, купроқ Португалия ва Францияда учрайди. МДХда моховнинг энг катта эпидемик жойлари Коракалпогистон, Ўзбекистон рес. Козогистон, Қуйи Поволжье, Шимолий Кавказ, Ўзок Шарқда, Болтик Буйида жойлашган. Вақти-вақти билан ҳар хил

жойларда куккисдан пайдо буладиган айрим мохов холлари аникланиб
колинади. Умуман олганда мамлакатимизда касаллар сони унча катта эмас,
уларни даволаш асосан лепрозорийларда олиб борилади.

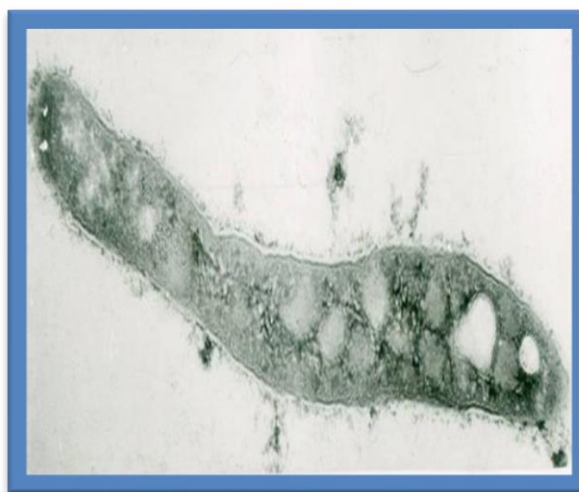
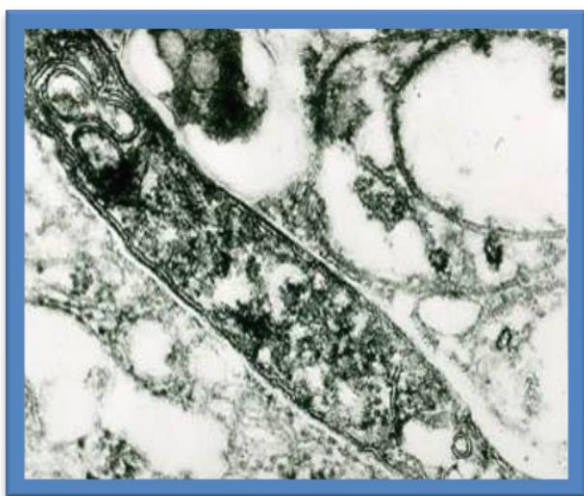
ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

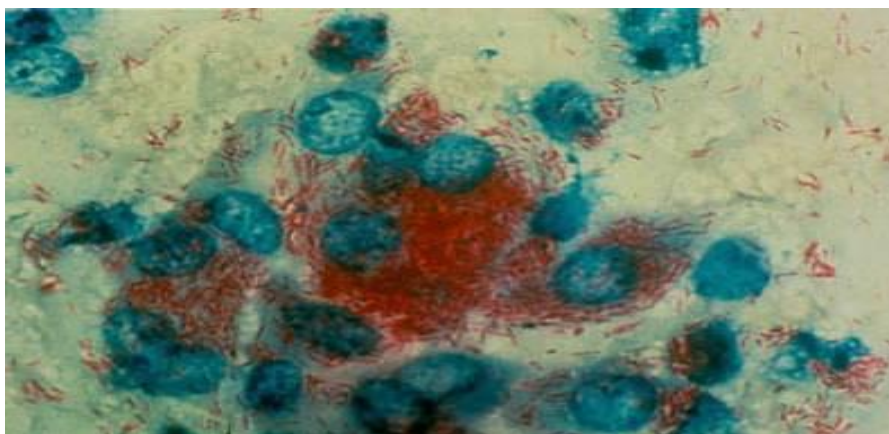
Мохов касалини чакирувчиси – Ганзен таёкчаси булиб кислота ва
спиртга чидамлидир.



Циль-Нильсен буйича буялади ва ташки куринишдан сил
микробактериясини эслатади. Учлари бироз уткирлашган таёкча шаклига эга,
туп-туп, гурухлашшиб, сигарасимон, гохо якка – якка булиб жойлашади.

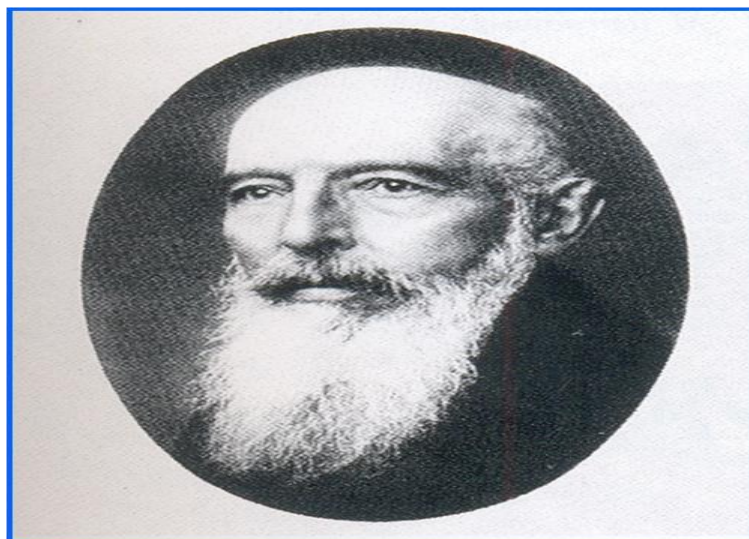
ВОЗБУДИТЕЛЬ БОЛЕЗНИ MYCOBACTERIUM LEPRAE





Капсулага эга эмас ва спора хосил этмайди. Болаларнинг моховга сезгирлироклигини, катталар орасида айрим кишиларгагина тез юкишини эътиборга олиб, мохов микробактериясини устириш учун аввало болалар ва мохов билан касалланган катталар кони зардобидан фойдаланилади. МДХда биринчи марта шимпанзе маймунда одамдаги моховни туберкулоид типдаги тошмаларга ухшаш мохов тошмалари олинади, бу эса моховнинг клиникаси ва патогенезини экспериментал урганишга имконият яратиб берди.

**MYCOBACTERIUM LEPRAE 1874 ЙИЛИ НОРВЕГАЯЛИК ОЛИМ
А. ХАНСЕН ТОМОНИДАН ЁЗИЛГАН (A. HANSEN, 1841-1912).**



Сунъий экиш йули билан касаллик чикарадиган тоза мохов таёкчасини 1969 йилда Япония олими Тэйо Мурохаси уз ассистенти Коносук Исида билан олдилар. Америка олими Кирхмейр биринчи марта мохов касалини броненосецга зирхли сут эмизувчи хайвонга юктирди. Касаллик белгиси

факат 13 ойда билинади. Броненосец узок яшайди ва ургочиси эгизак тугади. Бу эса касалликни узок вакт урганишга имкон беради. Мохов таёкчасини одам организмига кириш йуллари етарлича урганилгани йук. Касалланишга бемор билан узок вакт ва якиндан контакт (оилавий, маиший) олиб келади. Мохов касали атрофдагилар (айникса оила аъзолари билан) канча узок контактда булса, нокулай маданий ва санитария – гигиена шароитлар канча куп булса, касалланиш имконияти шунчалик ортади.

Касалланиш афтидан, юкори нафас йуллари оркали томчи йули билан амалга ошади (бурун тусигининг тогайли кисми шиллик каватида мохов таёкчаси эртарок топилади). Шарфернинг курсатишича касал одам нафас йули оркали 1,5 метрга 10 минут мобайнида 100000 да то 500000 гача микроб ажратади. Касалликнинг бошланиш давридаёк катталашган сон лимфа тугунларида лепроз бациллалари топилади. Шунча асосан оёк териси сатхидан микробнинг кириши мумкинлиги тахмини бор. Бу холда йулдош касаллик – товон микозларига, айникса кандидозларга мухим роль берилади.

МОХОВНИНГ ЮҚУШ ЙЎЛЛАРИ



Яширин давр хар хил муаллиф маълумотларига караганда 4 йилдан 6 йилгача чузилади. Бирок етарли ишончли белгиланганки юкиш эхтимоллиги

2-3 ойдан тортиб, 10-20 хатто 50 йилгача бўлиши мумкин. Шундай килиб мохов яширин даври муддатларининг узоклиги ва сезиларли узгариб туриши характерлидир. Моховни кам юкадиган касаллик деб хисоблайдилар, у силга караганда камрок юкади. Болалар катталарга караганда купинча сезгирдирлар ва узок контакт шароитида уларда мохов билан зарарланиш тезрок ва анча купрок бўлади.

Продромал ходисалар беморларни лохасликка, кучли невралгик огрикка, бугимларда огрикка, холсизликнинг кучайишига, ошкозок - ичак бузилишларига шикоят килишлари билан характерланади. Гохо парестезия, гиперестезия, харорат кутарилиши мумкин. Шу даврда бурун тусиги шиллик каватида Ганзен таёкчасини топиш мумкин. Кейинчалик касалликнинг клиник белгилари ривожланади, морфологик курунишларга мувофик равишда касалликнинг 3 типи фарк килинади.

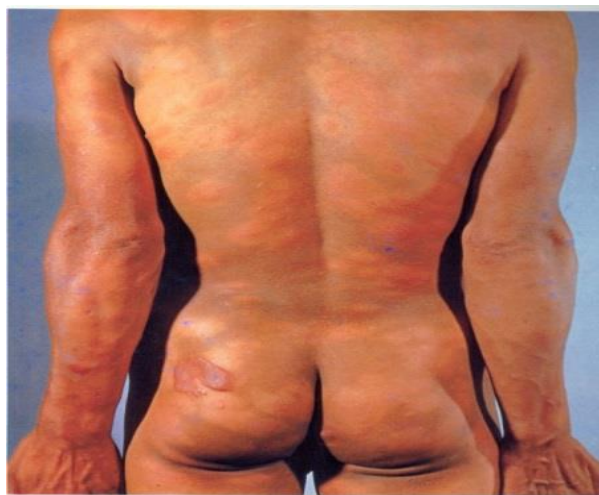
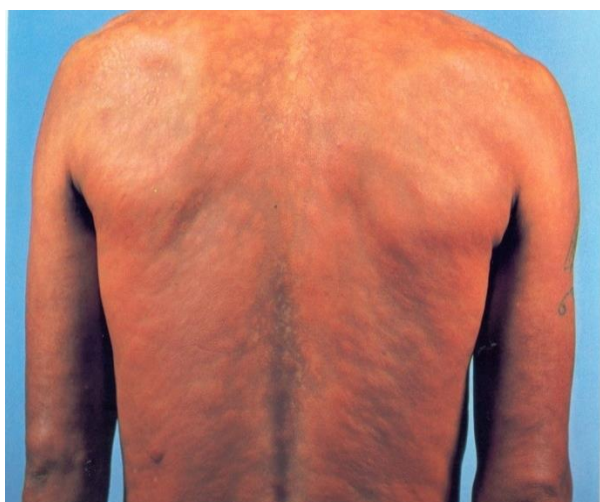
МОХОВНИНГ СИНФЛАРГА БУЛИНИШИ (ГАВАНА, 1948 йил)

- ▶ 1. Лепроматоз ёки ёмонсифатли, огир типи.
- ▶ 2. Туберкулоид ёки яхши сифатли, енгил типи.
- ▶ 3. Аникланмаган ёки нохарактерли, дифференцияланмаган типи.

МОХОВНИНГ ЛЕПРОМАТОЗ ТИПИ

Моховнинг лепроматоз типига бошланишида терида чегараланмаган, оз билинадиган сафсар ёки олча тусли кизгиш доғлар пайдо булади. Бу доғлар жойлашган жойларда сезувчанлик (огрик сезиш, хароратни сезиш, тактил) аввалида бузилмайди. Аста-секин доғлар каттиклаша бошлайди. Тез-тез кучли инфилтратлар пайдо булади.

LEPRA LEPROMATOSA



LEPRA LEPROMATOSA

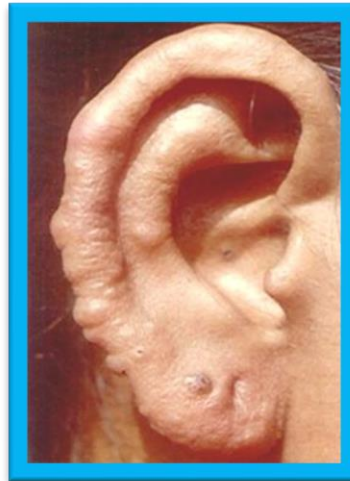
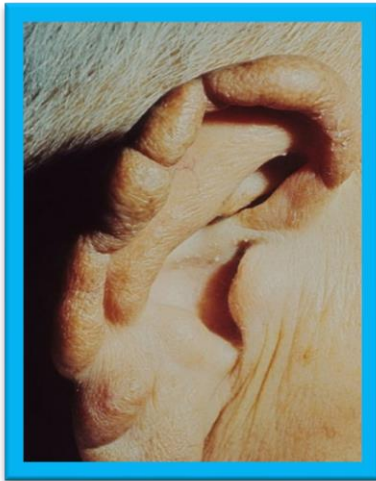


Жараёнга терининг узидан ташкари тери ости ёғ клетчаткаси ҳам жалб этилади, тугунлар (лепрома) пайдо булади. Бундай инфильтратлар ва тугунлар купрок оёк-кулларни ёзилувчи юзасида, юзда, пешона сохасида, кош усти ёйлар, лунж, бурун сохаларида жойлашадилар. Юз мимикаси бузилади, юзи дахшатли куринишга (арслонтумшути) эга булиб хунуклашади.

Кош усти ёй инфильтрацияси кошлар ёнбош томонидан сочнинг тушиб кетишига олиб келади. Инфильтрацияланган жойлар юздан ва оёк-кул ёзилувчи юзасидан ташкари, баданнинг бошка айрим аъзоларида ҳам булиши мумкин. Доглар ва инфильтратлардан ташкари, баданнинг бошка айрим жойларида ҳам ички аъзоларда ҳам булиши мумкин. Доглар ва

инфильтратлардан ташкари катта кичиклиги гугурт бошчасидан то нухотгача булган, яримшарсимон ёки ясси шаклда, каттик консистенцияли, кунгир-кизги ёки нафармон рангли, кейинчалик гемморогик компонент кушилиши натижасида зангли тус олшиши мумкин булган (лепромалар) булиши мумкин. Кулок супраси юмшок кисми, оёк-кулларнинг дистал кисмларида лепромалар кизгиш-кукиш рангли булади. Думбокчалар сатхи ялтиллайди, силлик, купинча мой суркалган куринишга (ёгли) эга булади. Лепромалар ярага айланиши мумкин.

КУЛОҚЛАР ЖАРОХАТИ



ҚЎЗ ЖАРОХАТИ



ҚЎЛЛАР ЖАРОХАТИ



ҚЎЛЛАР ЖАРОХАТИ



АЁҚЛАР ЖАРОХАТИ



АСАБ СИСТЕМАСИ ЖАРОХАТИ



МОХОВДА ГИНЕКОМАСТИЯ



Моховнинг туберкулоид типии анча зиёнсиз сифатли кечиши билан характерланади. Энг куп тери сатхлари, периферик асаблар жарохатланади. Терида аник чегараланган пигментсиз пессимон доғлар ёки кукумири кизгич марказида оқарган доғлар пайдо булади, буларнинг чеккаларида узига хос хошия сифатида кизил ясси темираткини эслатувчи полигонал, ясси ва каттик, сафсар папулалар жойлашади. Папулалар кушилиб кизгиш-сафсар ва кунгир-кизгиш рангли булиб катталиги хар хил булган ясси бляшкалар хосил килади, айрим жойларда халкасимон формага эгадир. Шундай бляшкалар марказий кисмида секин-аста депигментация ва атрофия ривожланади. Туберкулоид моховга оғрик, харорат, сезувчанликнинг эртарок тактил сезувчанликнинг бироз кечроқ бузилиши жуда характерлидир. Витилиго касаллигида бу сезги турлари мохов беморларидан фарк килиб сакланиб қолади. Бундан ташкари 0,1 мл. гистаминни 1:1000 суюлтириб моховдаги оқ доғлар териси ичига юборилса торвок атрофида рефлектор кизариш булмайди (аксон-рефлекснинг булмаслиги) пес касалидан фарк килади. Жарохатланган асаблар йуганлашган, ушлаб курилганда айрим тасбехсимон йугонлашган каттик чилвирга ухшайди.

МОХОВДА КАСАЛЛИГИДА ДОҒЛИ ЎЗГАРИШЛАР

(ТУБЕРКУЛОИД БЛЯШКА)



ЧЕГАРАЛИ ТУРИ - ТУБЕРКУЛОИДНЫЙ ВАРИАНТ



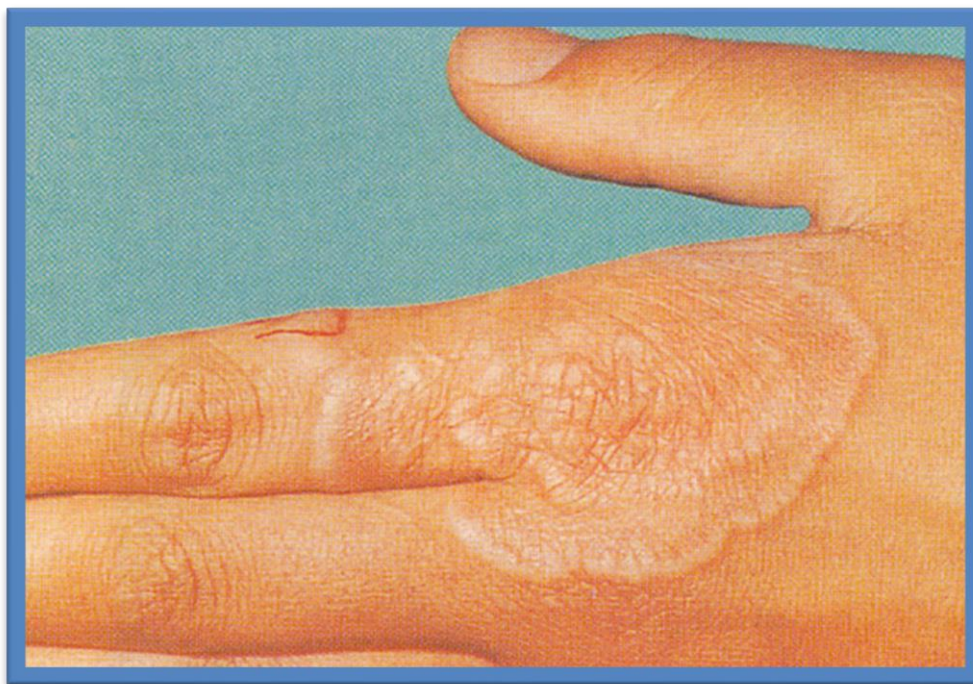
Бирок туберкулоид моховда асаб стволлари касалликлари лемпроматоз неврит ва полиневритлврига караганда анча енгил утади. Моховнинг бу типига тери кушимчаларининг жарохатланиши хосдир (соч тукилиши, жарохатланган жойдларда тер ажралишининг бузилиши ва хоказо). Беморларда лепромин пробаси секинлашган мусбат реакция билан характерланади.

МОХОВНИНГ АНИКЛАНМАГАН ТИПИ

Полиневратик клиник куриниши куп жихатдан туберклоид типдагини эслатади, бироқ у билан алоқадор булган ҳаракат трофик бузилишлари ва сезувчанлик узгаришлари жуда аниқ куринган (трофик яралар «тирноксимон кул», «от товони» ва бошқалар) булиши мумкин. Уч ёшдан ва ундан каттарок болларда аралаш ёки диморф мохов катталарга караганда купрок учрайди, унда бир вақтнинг узида лепроматоз, туберкулоид ва аникланмаган моховга хос узгаришлар булади. Бундан ташқари болаларда мохов тугунли эритема куринишида булиши мумкин.

МОХОВНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ

S GRANULOMA ANNULARIS



Горчичник ва УБН нурланиш синамаси – бунда соглом жой билан текшириладиган жойга горчичник қуяди ёки УБН юборилади. Шунда теридаги сог жой кизаради, касал жой узгармайди.

Минор пробаси: текшириладиган терида йод эритмаси суртилади ва устидан крахмал сепилади. Сунг боғланиб, касалган терлатувчи нарсалар берилади (иссик чой, жисмоний иш). Агар мохов булса крахмал узгармайди,

соғ булса терлаш оркали крахмал йод билан кушилиб кукимтир ранг хосил килади.

Бундан ташкари касалларда Мицед томонидан таклиф килинган лепрамин синамаси куйилади.

Мохов зарарланган теридан кесиб олиб, физиологик эритмада 30 минут кайнатамиз, сунгра майдалаймиз ва яхшилаб аралаштирамиз. Хосил булган аралашмага бир неча томчи 0,5% карбол кислотаси эритмасидан кушамиз (1:20 хисобида). Сунгра 0,1 мл тери остига жунатилади, худди лимон пустлогига ухшатиб.

- ▶ Натижаси 24-48 соатдан кейин (эртанги), ёки 20-25 кундан кейин (кечки реакция) укилади. Эртанги реакция (24-48 соат).
- ▶ Салбий (-) реакция йук ёки терида юборилган жойдаги кизариш диаметри 5 мм дан кам.
- ▶ Гумонли (+) (-) кизариш 5-10 мм, инфильтрация бор.
- ▶ Сал. Мусбат (+) - кизариш 10-15 мм, инфильтрация
- ▶ Мусбат (++) - кизариш 15-20 мм, инфильтрация
- ▶ Юкори мусбат (+++) кизариш 20 ортик, яра пайдо булади.
- ▶ Кечки реакция (20-25 кун).
- ▶ салбий (-) – хеч нарса йук.
- ▶ Гумонли (+)(-) – кизариш 3 мм, инфильтрат.
- ▶ Сал. Мусбат (+) – кизариш 3-5 мм, инфильтрат
- ▶ Мусбат (++) – кизариш мм, инфильтрат
- ▶ Юкори мусбат (+++) – инфильтратнинг ярага айланиши.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

- ▶ Vitiligo
- ▶ Psoriasis
- ▶ Avitaminosis
- ▶ Contact dermatitis
- ▶ Tinea versicolor
- ▶ Pityriasis alba
- ▶ Neurofibromatosis
- ▶ Tuberculosis verrucosa cutis
- ▶ Pityriasis rosea
- ▶ Leukemia cutis
- ▶ Scleroderma

МОХОВНИДАВОЛАШ

Мохов касалларини хозирги вақтда 1943 йил Америка лепрологи Фейджет томонидан таклиф этилган сульфон препаратлари билан асосан даволайдилар. Уларга қушимча қилиб бир вақтда тиомочевина ҳосилалари (этоксид) ёки этилмеркаптан бирлашмалари (этизул) чаульмугров препаратлар (чаульмугров мойи ва мугроль), изоникотин кислотаси гидразиди препаратлари (этмонамид) буюрилади.

- ▶ Асосий моховга қарши доривор моддалар диаминодифенилсульфан (ДДС) ва уни ҳосилалари ҳисобланади.
- ▶ ДДС, авлосульфан, дапсон 0,05 г қунига 2 маҳал, якшанбадан ташқари 2 ҳафта мобайнида, кейин 0,1 қунига 2 маҳал 6 ой мобайнида қўллайдилар.

- ▶ Сульфетрон 50% эритма шаклида мушагига ҳафтада 2 марта укол килинади: 1 ҳафтада 0,5 мл, 2 - 1 мл, 3-1,5 мл, 4-2 мл, 5-2,5 мл, 6-3 мл, 7 ҳафта ва кейинчалик 3,5 мл юборилади. Даволаш курси 6 ой давом этади ва 50 инъекциядан иборат булади.
- ▶ Сульфон препаратларининг юкори зарарлигини, кушимча таъсирини (гипохром анемия, гепатитлар ва хоказо) эътиборга олиб 6 ой даволангандан сунг 30 кун танаффус тавсия этилади, кейин яна сульфон препаратларини қабул килиш 6 ойлик курсини кайтарилади.
- ▶ Сунгги йилларда моховга қарши препарат диуцифон синтез килинади. У асосий моховга қарши препарат ДДСдан 4,5 марта камроқ захарлидир ва узок вақт қабул килинганда сульфонларга ҳос кушимча таъсир курсатмайди. Препаратни 0,1-0,2 г. дан кунига 3-5 маҳал ичилади ёки 5% эритма сифатида кунига 5 мл. мушак орасига юборилади.
- ▶ Сульфонларга қараганда камроқ захарли тиомочевина ҳосилалари Сиба 1906 ва Этоксид киради. Сиба 1906 (тиокарбонизид) кунига 1 маҳал (якшанбадан ташқари) буюрилади; 1- ва 2 ҳафтада 0,5 г, 3-6-1г, 7-12-2,5 г сунгра охириача қур охиригача 2 г-дан. Курс 40 ҳафта давом этади, кейин 1 ойлик танаффус килинади.
- ▶ Этоксид – ичгани кунига 3 маҳал буюрилади: 1 ҳафтада 0,1 г, 2-0,2г, 3-дан – 0,3 г. Қасаллар дорини яхши қабул қилаётган бўлса 21 ҳафтадан кейин айрим беморларга 1 марталик дозани 0,5 г. гача қупайтириш мумкин. Курс 40 ҳафта давом этади (якшанба кунидан ташқари) сунгра бир ойлик танаффус килинади.
- ▶ Болаларни даволаш:
- ▶ ДДС – диамино – дифенил – сульфон.
- ▶ 2 ёшгача, катталар дозасининг 1/8 булагига 0,006 х 2 марта

- ▶ 2 дан 4 ёшгача $\frac{1}{6}$ кисми – 0,008 х 2 марта
- ▶ 4 дан 6 ёшгача $\frac{1}{4}$ кисми 0,013 х 2 марта
- ▶ 6 дан 7 ёшгача $\frac{1}{3}$ кисми 0,017 х 2 марта
- ▶ 7 дан 14 ёшгача $\frac{1}{2}$ кисми 0,025 х 2 марта
- ▶ 14 дан 19 ёшгача $\frac{3}{4}$ кисми 0,038 х 2 марта
- ▶ Солюсульфон – 14 ёшгача булган болаларга 25% эритмаси юкоридаги схемада кулланилади.
- ▶ Кейинги вақтларда, агар касалнинг яшаш жойида шароит булса, комиссия томонидан лепрозориядан амбулаторияда даволашга чиқариш мумкин.

СТАЦИОНАРДАН ЧИКАРИШ ШАРТЛАРИ

- ▶ Касалликнинг ташқи белгилари йук булиши керак.
- ▶ Ганзен таёкчаси кейинги икки йил ичида бурун шиллик кавати ва тери қириндиларида топилмаслиги керак.
- ▶ Даволаш тулик булиши керак.
- ▶ Уйда 14 ёшгача болалар булмаслиги керак.
- ▶ Гистология текширишлар яхши томонга узгариши керак.

Стационардан чиқкандан кейин касаллар лепроматоз типида 5 йил, туберкулоид типида – 3 йил ва ноаник типида – 2 йил даволанадилар.

Бемор оила аъзоларини кузатиш тартиби:

Касал лепрозорияга жунатилгандан кейин: оила аъзоларини қуйидагича текширилади. 1) Лепроматоз типида: 10 йилдан ҳар йили 2 марта, 10-15 йил – йилига бир марта, 15 йилдан кейин 3 йилгача 1 марта ҳаётининг охиригача.

Туберкулоид ва ноаник типиди: 5 йилгача ҳар йили 2 марта, 5-10 йил 2 йилда бир марта, 15 йилдан кейин ҳар 3 йилда бир марта умрининг охиригача.

ДАВОНИНГ НАТИЖАЛАРИ

ДАВОДАН ОЛДИН



ДАВОДАН КЕЙИНГ



ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ

(БАРОВСКИЙ КАСАЛЛИГИ)



ЁМОН ЖАРОХАТ – ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ

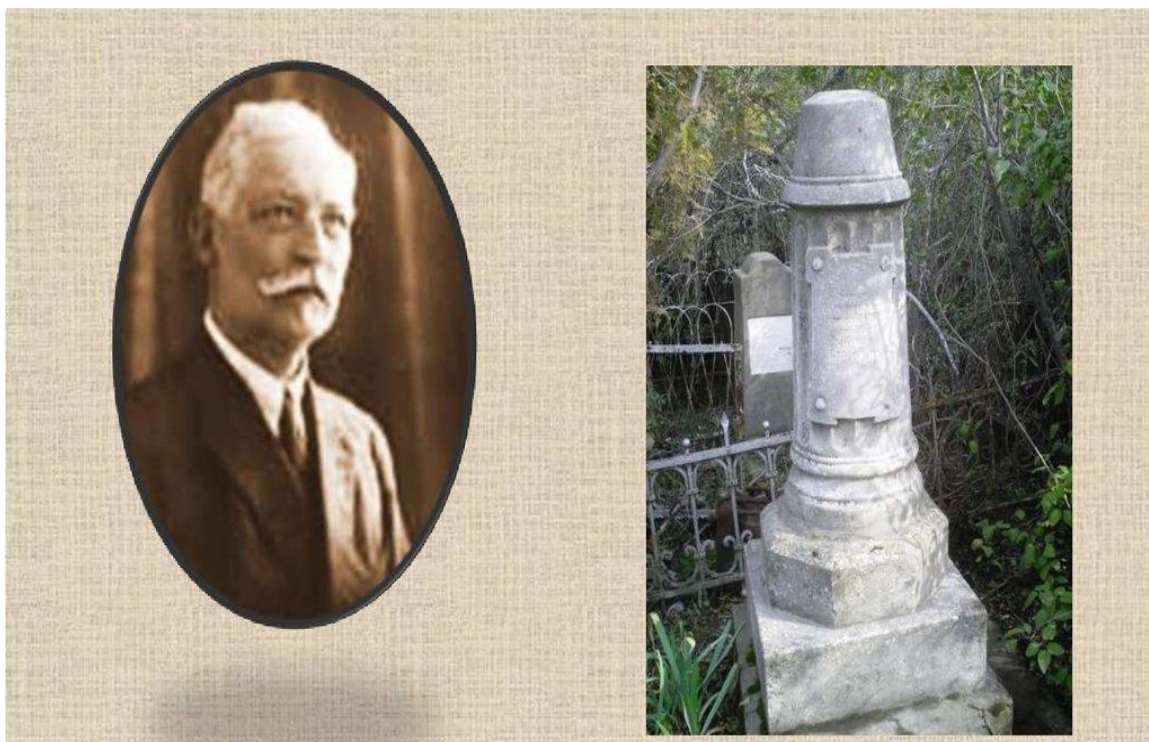
(БОРОВСКИЙ КАСАЛЛИГИ)

Синонимлар: Ашхобод, Коканд, Мурғоб, Богдод, Бомбей яраси ва хоказо. Тери лейшманиози кадим замонлардан маълум булиб, уни бизгача етиб келган казилмалардан ва кулёмалардан куришимиз мумкин. Биринчи марта ушбу касаллик тугрисидаги тулик маълумот Покок ва ака-ука Руссельлар (1756) томонидан берилган. Бу касалликка кизикиш Европадан Якин Шарк ва Осиёга кучириган солдатлар орасида кенг таркалгандан кейин бошланади. XIX асрнинг иккинчи ярмидан бошлаб Ватанимиз медицинаси сохасидаги асарларда Россия учун янги булган касаллик - тери лейшманиози тугрисидаги материаллар эълон килина бошланди. 1888 йилда эълон килинган П.Л. Гейден рейосанинг «Пендин яраси» монографияси катта кизикиш уйготди.

Купгина чет эл олимларининг фикрича тери лейшманиозининг чакирувчисини биринчи булиб 1903 йилда Лейшмани топган хисобланади. Аслида эса 6 йил аввал Тошкентлик врач П.Ф.Боровский топгандир. П.Ф. Боровский теридаги яра ва усимталардан бир неча марта касаллик кузгатувчисини топган. П.Ф. Боровский 1898 йил 23 сентябрда ҳамма ишларининг натижасини Петербург Россия хирургларининг анжумнида изхор килган, кейинчалик бу ишларини «Харбий – медицина журналы»нинг II сонидан эълон килган. Лейшмани хакикатдан 1903 йилда Калькуттада ички органлар лейшманиозидан улган одамнинг жигари ва кора жигаридан тайёрланган препаратда кузгатувчисини ажратиб олган. Кейинчалик Мадорасда Доновани Лейшмани ишини тасдиқлаб кора жигардан касаллик кузгатувчини топди

Пётр Фокіч Борóвский (1863-1932)





15 декабр 1932 йили Пётр Фомич Боровский вафот этган ва Тошкентда дафм этилган.

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ ДУНЬЁ БЎЙИЧА ТАРҚАЛИШИ

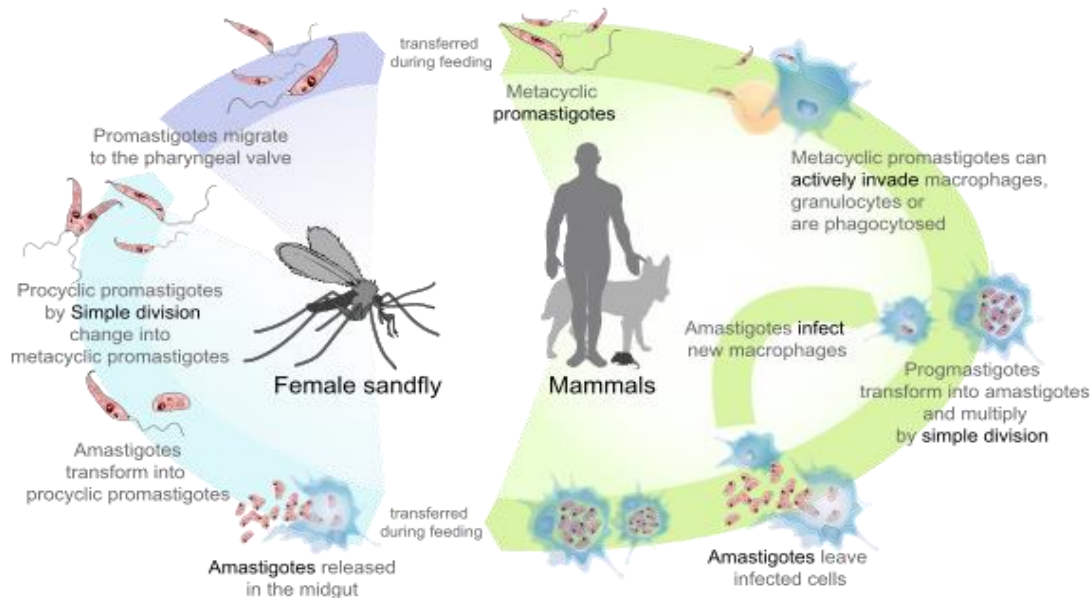


Бизнинг Ватанимизда Боровский касаллиги Туркманистонда, Ўзбекистонда – Бухорода, Самарканд, Кашкадарё ва Сурхондарёда учрайди. Боровский касаллигининг – чакирувчиси Боровский таначалари булиб (*Z tropica*) – бир хужайралиларга киради. Касаллик чакирувчи лейшманиознинг кки тури – *Z tropica minor* (шахар типини чакирувчи) ва *Z tropica major* (кишлок типини чакирувчи) яхши урганилган. Боровский таначалари хужайралар ичида яшайдилар ва Романовский – Гимза методи буйича яхши буяладилар. Боровский таначалари овал, тухумсимон булиб узунлиги 2-5 мкм, эни 1,5-4 мкм гача булади. Протоплазмасида иккита катта ядроси булади.

Препаратларда лейшманий протоплазмаси оч-кук рангга, катта ядроси кизил ёки фиолет-кизил, кичикроги тук-фиолет рангга буялади.

Боровский таначалари одам организмига кон сурадиган искаб топар чивинлар – флеботомуслар чакканда тушади (флеботомус папатачи). Касалликнинг асосий манбаи – «касаллик чакирувчилар саклагичи» шаҳар типига касал одамлар, кишлок типига касал кемирувчилар: каламуш, юмронкозик, баъзан типратикан ҳамда итлар буладилар. Чивин чакканда паразит унинг ошқозонига тушади, у ерда улгайиб ҳаракатчан лептомонандга айланади, купаяди ва чивиннинг хикилдогига келади. Кейин соғ одамни чакканда териға киради ва касаллик чакиради.





Бизда 1940 йил П.В. Кожевников томонидан таклиф килинган классификация кабул килинган. Бу классификация буйича касаллик уч турга булинади.

- ▶ Жуда кеч ярланувчи лейшманиоз (антропонозный, сахар типи).
- ▶ Тез упирилган яра хосил килувчи лейшманиоз (зоонозный кишлок типи).
- ▶ Туберкулоид тери лейшманиози ёки металеишманиози.

Бу турларнинг клиник кечишлари хар - хил, шунинг учун алохида-алохида куриб чиқамиз.

ЖУДА КЕЧ ЯРАЛАНУВЧИ (ШАХАР) ТИПИ

Касалликнинг бу тури узок вакт давом этадиган яширин давр (уртача 3-8 ой, баъзан 1-2, хатто 4-5 йил) ва жуда секин сурункали (1 йилгача) кечиш характерлидир. Чивин чаккан жойда, купинча тананинг очик жойларида майда, оз микдордаги думбокча хосил булади. Думбокча ранги янги пайдо булганда тери рангида булиб, кейинчалик жигарранг, кунгир кизил-кукимтир булади. Думбокча усти силлик, ялтираган булади. Думбокча аста-секин катталашиб, ёнгокдек булади. Унинг устки кепакланиш пайдо булади ва уртаси чукади. Кепакланиш секин-аста пустлокка айланади. Кейинчалик пустлок тушиб кетади ва унинг остида унча чукур булмаган конаётган яра хосил булади. Яра киргоклари нотекис баъзан емирилган булиб, яра тагида доначалар булади. Баъзан доначалар орасида улган хужайралар (некроз) учрайди.

БИРЛАМЧИ ЛЕЙШМАНИОМА



ЯРАЛАНИШ СТАДИЯСИ



ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗНИ АНТРАПАНОЗ ТУРИНИ КЛИНИКАСИ



ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ + ВИЧ – ИНФЕКЦИЯ

КАСАЛЛИГИДА БИРГАЛИҚДА



Ярани ушлаганда унинг тагида ва атрофида хамирсимон инфилтрат булади. Яра баъзан катта, ҳаракатчан булади, чунки доим терининг эпидермис қисмида жойлашади. Агар думбокча ва яралар куп булсалар бири-бири билан кушилиб катта тугунли яра пайдо қилади. Яра жуда секин сурилиб тиртик ҳосил қилади. Купинча бунга бир йил кетади. Шунинг учун касаллик баъзан «бир йиллик» деб аталади.

ТЕЗДА ЎПИРИЛГАН ВА ЯРА ҲОСИЛ ҚИЛУВЧИ

(ҚИШЛОҚ) ТИПИ

Боровский касаллигининг бу турида, яширин давр бир ҳафтадан 1,5 ойгача булади. Касаллик тез бошланиб асосан биринчи типдаги каби думбокчалар пайдо бўлишдан бошланади. Думбокчалар кул ва оёқларда жойлашади. Шаҳар типидан фарқ қилиб, думбокчалар биринчи бошланишидаёқ катта булади. Бир хил ҳолларда касаллик фурункулсимон тугунлар ҳосил қилиб бошланади. Касалликнинг ривожланишида 3-4 ҳафтадан кейин элементлар уртасида некроз булади ва у ярага олиб келади. Яра юмалок шаклда бўлиб, чеккалари емирилган, таги нотекис сарик-қуқ рангдаги улган хужайралар билан копланган булади. Ярани ушлаб курганда юмшоқ хамирсимон инфилтрация булади характери шундаки яра огрийди, 2-3 ойдан кейин яра битиб тиртик ҳосил қила бошлайди, шу пайтда яра таги донасимон грануляция билан копланади («балик икриси» симптоми).

Купинча биринчи марта яра атрофида майда иккиламчи тошмалар – лейшманиомалар пайдо булади. Бу тошмалар ҳам юкоридагича ривожланиб яра ҳосил қилади. Хар бир яра атрофида яллигланиш булади, яралар баъзан бир-бири билан кушиладилар. Бу типда лейшманиомалар куп бўлиши билан характерланади, баъзан улар сони 100-200 тага етади (А.И. Славин – 222 та, Torres, 1964-248 та). Болаларда – думбокчалар ярага жуда тез айланади. (1-2 ҳафта), узок вақт давом этади, купинча иккиламчи йирингчи ифнекция кушилади ва касалнинг кечиши узгаради. Иккала типда ҳам регионар лимфа

томирлар катталашиди, улар огримайди, ушлаб курганда лимфа томирлар йугонлашади. Лимфатик безлар купинча узгармайди.

ТУБЕРКУЛОИД ШАКЛИ (ЛЮПОИД ФОРМАЛИ ЁМОН ЖАРОХАТ) АД - ЭКССУДАТИВ ТУРИ

Бу жуда кам учрайдиган тури булиб 1932 й. И.И.Гительзон томонида 6-7% холларида учрайди. Касаллик белгилари купинча юзда жойлашади. Металейшманиоз думбокчалари етилмаган лейшманиомадан ташкил топган булиб, купинча бошланган лекин тулик баркарор булмаган иммунитетли одамларда пайдо булади. Касаллик купинча ёш болаларда учрайди. Металейшманиоз кичкина, каттик думбокча (Бабаянц тарифича «псевдолюпо-люпома») хосил килиш билан бошланади. Бу думбокчалар асосан лейшманиоз яраси хосил килган тиртик атрофида пайдо буладилар, баъзан эса тиртик устида хам жойлашадилар. Боровский касаллигининг бу турини туберкулоид дейишнинг сабаби, хосил булган думбокчанинг сил думбокчасига ухшашлигина эмас, балки сил думбокчаси каби «олма желеси» феноменининг чакирилиши хамдир. Асосий фарки шундаки, металейшманиоз думбокчаси жуда секин ривожланади ва узгармасдан, яра хосил килмасдан 15-20 йилгача бир хил туриши мумкин.

ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ, ТУБЕРКУЛОИД ТУРИ



ДАВОЛАШ

Даволашда асосан – мономициндан фойдаланилади. Мономицин 0,25 г. дан бир кунда 4-6 мартадан ичади, ёки 250000 ЕД суткада 3 марта укол килинади. Даволаш 10-14 кун давом этади. Болаларда 15 кг огирликкача хар бир килограмм огирликка 25-50 мг бир кунда (3-4 марта укол килинади) берилади. Химагин, делагил, хлорахиндифосфат 0,25 г (болаларга 0,125) хар куни 2 мартадан 3-4 хафта. Аминохинол 0,1 – 0,15 дан 2-3 марта 11-12,0 грам. Болаларга 1 ёшгача 0,025, 1-2 ёшгача – 0,05, 2-4 – 0,075, 4-6 – 0,1 6-16 ёшгача – 0,15 дан 2 марта – 10 кун. Ёмон жарохат яраси 5-10% ли протаргол, 1%ли риванол, 1% акрихин мазларидан ёки Микулич, Вишневский мазларидан сурташ мумкин. Ярага баъзан 1:1000ли марганцовка ёки риванолнинг 1:1000 эритмалари билан примочка килиб туриш керак. Люпоид формасидаги тугунчаларни олдин атрофига 5%ли акрихиндан укол килиб ёки электрокоагуляция йуллари билан куйдириб ярага айлантириб, кейин даволаш керак. Болалардаги ёмон жарохатни ПСК билан хам даволаш мумкин.

ВИТИЛИГО (ПЕС)

Витилиго (пес) Осиё ҳудудида кенг тарқалган тери касаллик-ларидан. Бу касаллик қадим замонлардан бери маълум. Гиппократ ва Платон витилигода учрайдиган тери оқаришини Alphos, Аристотель эса Leuse деб атаганлар. Баъзи олимлар фикрича vitiligo сўзи бузоқча маъносини англатади (яъни оқ доғлари бор бузоқча). Яна бошқаларнинг фикрича бу термин vitium - англашмовчилик, хатолик деган сўздан келиб чиққан. Витилигонинг келиб чиқиши мохов тарихи билан узвий боғлиқ. Қадимда мохов ва витилиго билан оғриган беморларни аҳолидан ажратиб моховхоналарда сақлашган. Витилиго ва мо-ховни бир-биридан клиник жиҳатдан ажрата билмаслик, теридаги оқ доғлардан кўрқиш, турли руҳий ўзгаришларни келтириб чиқаради ва беморларни жамоадан четлашишига олиб келади.

Этиологияси ва патогенези. Ҳозирги замонда касалликнинг келиб чиқиш сабабларини тушунтирувчи бир қанча назариялар ва гипотезалар мавжуд. Невроген назарияси тарафдорлари фикрича, витилиго билан зарарланган теридаги нерв толаларида дистрофик ўзгаришлар кузатилади. Оқ доғли терида терлашнинг пасайиши, витилиголи терини соғлом одам терисига кўчириб ўтқдзганда депигментациянинг ҳосил бўлиши ёки аксинча витилиголи тери ўрнига кўчириб ўтказилган соғ терида оқ доғларнинг пайдо бўлиши невроген назариясини тасдиқловчи далиллардир. Витилигонинг келиб чиқиши ва ривожланишида эндокрин безларнинг аҳамияти катта. Шу касаллик билан оғриган беморларнинг кўпчилигида тиреотоксикоз, миксидема ёки Хошимота касалликларини учратиш мумкин. Тиреотоксикоз билан оғриган 105 бемордан 9 тасида витилиго борлиги аниқланган; шу билан бирга касаллик пайдо бўлишида жинсий гормонлар миқдори, буйрак усти беи фаолияти ўзгаришининг муҳим аҳамияти борлиги олимлар томонидан тўлиқ ўрганилган.

Аутоиммун назарияси тарафдорлари витилиго теридаги меланоцитларнинг антителолар билан шикастланиши оқибатида юза-га келади

деган фикрни айтадилар. Илмий изланишлар натижасида витилиго билан оғриган беморларнинг қон зардоби ва терисида меланоцитларга қарши антителолар топилган. Кўпинча витилигонинг аутоиммун касалликлар (қизил югурук, пернициоз анемия ва бошқалар) билан бирга учраши иммунологик назарияни яна бир бор тасдиқлайди. Витилигонинг келиб чиқишида терида кислород ва микроэлементлар (кумуш, рух, темир ва бошқалар) етишмаслигининг ҳам таъсири бор. Клиникаси. Витилигода терининг турли жойларига оқ доғ тушади. Доғлар думалок ёки овалсимон бўлиб, атрофидаги соғ теридан аниқ ажралиб туради, баъзи оқ доғ чегараси жимжимадор бўлади. Депигментли доғ атрофидаги тери нормал пигментли ёки гиперпигментли бўлиши мумкин.

ВИТИЛИГО (VITILIGO)

Оқ доғ тушган жой аста-секин катталашиб, бир-бири билан қўшилиши ва терининг хийлагина қисмини эгаллаб олиши мумкин. Биргина оқ доғнинг ўзида репигментли доғларни ва унинг чегарасида эса янгидан пайдо бўлаётган оқ доғларни кузатиш мумкин.





Касаллик бошланишини кўпинча беморлар сезмайдилар. Аста-секин те-ри оқаради баъзан бирдан оқариш ҳоллари ҳам учрайди (бир кечади бутун танани оқ доғлар эгаллагани ҳам кузатилган). Оқ доғ пайдо бўлишидан олдин тери кичиши ва биров кепакланиши ҳам мумкин. Оқ, доғлар терининг турли жойлари (юз, бўйин, қўл, оёқ)га ту-шади. Оқ доғлар симметрик ёки носимметрик бўлиб, доғ тушган жойдаги соч ва туклар ҳам оқариб чиқади. Доғ тушган жойда терининг сезиш хусусияти йўқолмайди. Витилигога диагноз қўйишда уни мохов касаллигидан фарқлай билиш ўринли. Моховда оқ доғли терида, сезувчанлик йўқолган бўлади. Гистопатологияси. Эпидермиснинг базал қаватида кератиноцитлар ичидаги меланин доначалари кам ёки умуман бўлмайди; меланоцитларда ҳам худди шу ҳолатни кузатиш мумкин. Лангерганс ҳужайраларининг сони эса ортади.

ВИТИЛИГОНИ ДАВОЛАШ

Витилигони даволашда бир қанча усуллар мавжуд, улар ичида ПУВА-терапия алоҳида ўрин эгаллайди. Бу усул 4-5 босқич ,16-20 сеанс фотохимиотерапияни ўз ичига олади. ПУВА-терапия ҳафтасига 3 ёки 4 марта ўтказилади, босқичлар орасида дам олиш муддати 1,5-2 ой. Бу даво усули қўлланилганда витилиголи терида тез орада меланин пигменти синтези бошланади. Витилигони даволашда лазер нуридан кенг фойдаланилмоқда. Бунинг учун ультрабинафша, инфрақизил ва бошқа лазер нурлари тавсия этилади. Лазер нурларини фотосенсибилизаторлар (пувален, псоберан) ва мелагенин билан бирга қўллаш яхши самара беради. Витаминлар (В₅, В₆, В₁₂, С ва бошқа) билан даволаш мақсадга мувофиқ. Микроэлементлардан 1% лимис сульфат эритмасини 10 томчидан 3 маҳал ичиш ёки шу эритмани электрофорез билан томирга қўллаш мумкин.

БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА КАСАЛЛИКЛАРИ – КОЛЛАГЕНОЗЛАР

Дерманинг асосий оралиқ моддасининг мукоидли ва фибриноидли дегенерацияси ҳамда гомогенизацияси, бириктирувчи тўқима структура компонентларининг (эластик, аргирофил ва коллаген толаларининг) деполимеризацияси ва дезорганизацияси билан кечувчи касалликлар коллагенозлар деб юритилади.

Коллагенозларга қуйидаги касалликлар киради:

- Қизил югурик.
- Склеродермия.
- Дерматомиозит.
- Ревматоидли полиартрит.
- Тугунчали периартериит.

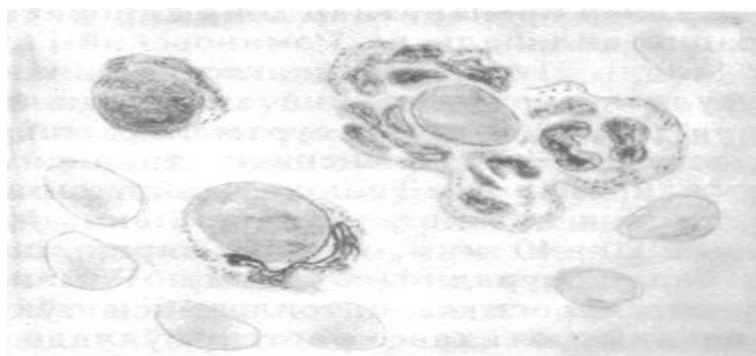
Қизил югурикнинг қуйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

- Сурункали қизил югурик.
- Ним (ярим) ўткир қизил югурик.
- Ўткир қизил югурик.

Бу касаллик аутоиммун касалликлар тоифасига мансуб бўлиб, беморлар қонида (суяк илигида) ядрога қарши агрессив хусусиятга эга бўлган оксил пайдо бўлади. Бу оксил моддаси лимфоцитлар ва лейкоцитлар ичига кириб, уларнинг ядроси билан бирикиб олади, ДНКнинг фосфат гурухларини блокада қилади ва уларнинг гистон билан алоқасини узиб юборади-патогенездаги 1-босқич. Деполимеризацияга учраб, парчаланган ядро моддаси қон оқимида тушади ва уни нейтрофил лейкоцитлар атрофидан ўраб оладилар ва кейинчалик фагоцитоз қиладилар, 2-босқич. Фагоцитоз

қилган хужайранинг (кўпинча нейтрофил лейкоцит, кам холларда моноцит ёки эозинофил) ўлчами катталашади, ядроси периферияга сурилади, хужайранинг ичини асосан гомоген, деполимеризацияга учраган ядро субстанцияси (фагоцит қилинган модда) эгаллаб олади, 3-босқич.

ПАТОГЕНЕЗИ



СИНФЛАНИШИ (КЛАССИФИКАЦИЯСИ)

Сурункали қизил югурик ўз навбатида яна 4 та клиник шаклга бўлинади:

- Дисксимон шакли.
- Диссеминацияланган шакли.
- Биетнинг марказдан қочувчи эритемаси (ёки юзаки шакли).
- Чуқур шакли (ёки Капоши-Иргангнинг чуқур типдаги қизил югуриги).

КЛИНИКАСИ

Сурункали қизил югурик, дисксимон-узоқ вақт, қайталаниб кечиш хос бўлиб, тошмалар кўпинча юз терисида намоён бўладилар. Дастлаб майда қизил рангли эритема доғлари пайдо бўладилар, улар аста-секин катталашиб, бир-бирлари билан қўшилиб кетадилар ва яхлит касаллик ўчоғини ташкил қиладилар. Маълум вақт ўтгандан кейин касаллик ўчоғи зичлашиб, инфильтрацияга учрайди, гиперкератоз ривожланади ва юзасида қипиқлар пайдо бўлади, 2-4 ой ўтгач эса, касаллик ўчоғининг марказий қисми аста-

секин атрофияга учрайди, тери ўша сохада юпқалашади, юзасида телеангиэктазиялар пайдо бўлиши мумкин, дастлаб гипопигментация, кейин эса гиперпигментация пайдо бўлади. Касаллик учун Бенъе-Мешерский симптоми (касаллик ўчоғи юзасидаги қипиқни тортиб кўрилганда бемор кучли оғриқ сезади ва бошини орқага ташлаб, врач кўлини туртиб юборади) ва аёллар пошнаси симптоми (оғриққа қарамасдан қипиқ куч билан тортиб олинса, унинг пастки юзасида тиканаксимон ўсимта кўзга ташланади) хосдир.

Сурункали қизил югурикнинг дисксимон шаклида касаллик ўчоғида 3 та зона тафовут қилинади:

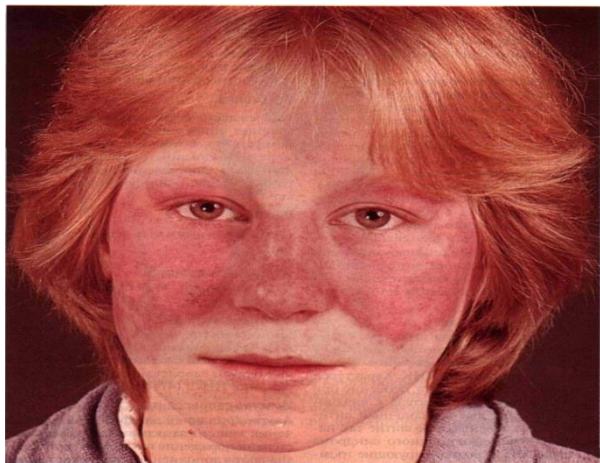
- Эритематоз
- Гиперкератоз
- Атрофия

Қизил югурикнинг диссеминацияланган шаклининг дисксимон шаклидан фарқи, касаллик ўчоғи тарқоқ жойлашган (2-3 сохада ва хатто ундан ортиқ сохаларда), ҳамда ўчоғлар ўлчами (тошмалар) нисбатан кичик бўладилар.

Биетнинг марказдан қочувчи эритемасида (юзаки қизил югурик) касаллик ўчоғида дастлаб эритема доғи пайдо бўлади, аммо кейинчалик инфильтрация ва гиперкератоз ривожланмайди, шунинг учун атрофия ҳам кузатилмайди. Касаллик ўчоғи атрофга қараб кенгайиб бориши мумкин, касалликнинг бу шакли кўпинча системали қизил югурикка ўтиб кетиши мумкин. Қизил югурикнинг чуқур шаклида (Капоши-Ирганг шакли) гиподермада жойлашган, остидаги тўқималар билан бирикмаган, зич консистенцияли тугунлар пайдо бўлади. Тугунлар устидаги тери дастлаб ўзгармаган, кейин эса сафсар-қизил тусга киради. Тугунлар пальпацияда ҳаракатчан, устидаги терида қипиқланиш кузатилмайди, марказий қисми

атрофияга учраб, чуқурлашади, камдан-кам холларда тугунлар ярага айланади. Кўпинча касаллик умумий аломатлар билан оғир кечади.

СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК



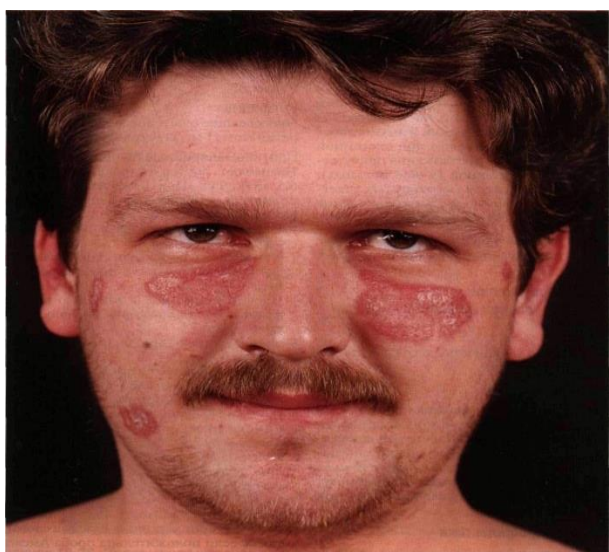
Сурункали қизил югурукнинг барча шаклларида касаллик ўчоғи кўпинча юзда, лабларда, бурун устида, пешонада, қулоқ супрасида ва бошқа очик сохаларда жойлашади. Касаллик ўчоғи лабда жойлашганда, ўчоғни Вуд лампаси остида кўрилса, унинг ранги қорсимон-феруза рангли товланиб кўринади.

НИМ ЎТКИР ҚИЗИЛ ЮГУРИК ҚИЗИЛ ЮГУРИК, ДИСКСИМОН

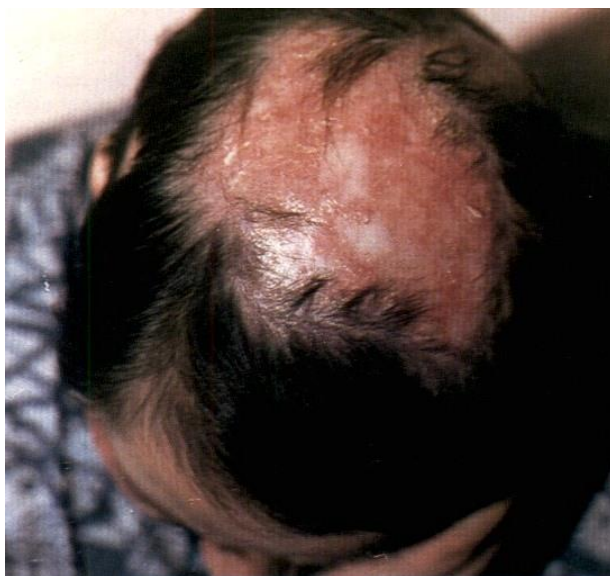
ШАКЛИ



ҚИЗИЛ ЮГУРИК, ДИСКСИМОН ШАКЛИ



ҚИЗИЛ ЮГУРИК, АТРОФИЯ ВА АЛОПЕЦИЯ



ҚИЗИЛ ЮГУРИК, МУТИЛЯЦИЯЛОВЧИ ШАКЛИ



ҚИЗИЛ ЮГУРИК, ДИССЕМІНАЦІЯЛАНҒАН ШАКЛИ



ҚИЗИЛ ЮГУРИК, ЧУҚУР ШАКЛИ (КАПОШИ-ИРҒАНГ ШАКЛИ)



ДИАГНОСТИКАСИ

- Сурункали қизил югурик теридаги типик клиник манзараси асосида қўйилади.

Системали қизил югурик диагностикасида лаборатория текшириш усуллари қўшимча маълумот беради. Булар:

- LE-хужайраларига текшириш.
- Қоннинг умумий анализи (лейкопения, лимфопения, ЭЧТнинг юқорилиги, анемия).
- Гипергаммаглобулинемия.
- Ядрога қарши антитаначалар топилиши.
- Теридан олинган биоптатда базал мембранада IgG ва IgM ларга қарши иммун шуълаланиш (нурланиш).

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Қизил югурикни қўйидаги касалликлар билан дифференциация қилиш керак:

- Сил волчанкаси.
- Пушти хуснбузар.
- Псориаз.
- Экзема.
- Полиморф фотодерматоз.
- Эозинофилли гранулема.

ДАВОЛАШ

Аминохинол препаратлари: делагил-0,25дан кунига 3 маҳал,10 кун мобайнида, кейин 5-7кун дам берилади ва цикл қайтарилади (хингамин ва резохин ҳам шундай дозада берилади) плаквенил 0,2 дан кунига 3 маҳал 10 кун мобайнида, кейин 5-7 кун дам берилади ва цикл қайтарилади. Пресоцил (таркиби: делагил-0,04, преднизолон-0,75, ацетилсалицилат кислотаси-0,2) кунига 6 таблеткадан, самара кузатилгач, ҳар 5 кунда 1 тадан таблеткага камайтириб борилади (тугагунча). Преднизолон беморнинг ҳолатига қараб, кунига 4-6 таблеткадан (сурункали қизил югурикда аминохинол препаратларига қарши кўрсатма бўлса), 30-40мгдан то 60-80мггача (системали қизил югурикда), оғир ҳолларда преднизолоннинг дозаси янада орттирилиши мумкин (1кг вазнга 1 мгдан кам бўлмалиги керак). Иммунодепрессантлар (циклоспорин А, циклофосфамид, лейкоеран, азатиоприн) Интерферон, Гепарин.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Склеродермия-бириктирувчи тўқиманинг системали, зўрайиб боровчи касаллиги бўлиб, фиброз-склеротик ва қон томирларининг облитерацияловчи эндоартериолит типигаги бузилиши, ҳамда вазоспастик ўзгаришлар билан кечади.

Склеродермиянинг 2 хил тури тафовут қилинади:

- Системали (диффуз) склеродермия.
- Чекланган склеродермия.

СИНФЛАНИШИ (КЛАССИФИКАЦИЯСИ)

Чекланган склеродермиянинг ўз навбатида қуйидаги клиник шакллари фарқланади:

- Пилакчали (бляшкали) тури.
- Чизиксимон склеродермия.
- Оқ доғлар касаллиги ёки склероатрофик лихен.
- Пазини-Пьеринининг идиопатик атрофодермияси.
- Ромбергнинг юз гемиатрофияси.

Чекланган склеродермиянинг кам учрайдиган клиник шакллари қуйидагилар киради:

- Тубероз (келоидсимон ёки тугунсимон) склеродермия.
- Халқасимон склеродермия.
- Буллез-геморрагик шакли.

КЛИНИКАСИ

Чекланган склеродермиянинг кечишида 3та босқич тафовут қилинади:

- Шиш (эдематоз) босқичи.
- Зичланиш босқичи.
- Атрофия босқичи.

Пилакчали шаклида дастлаб терининг чекланган сохасида эритема ва шиш пайдо бўлади (шиш босқичи), аста-секин доғнинг ўлчами катталаша боради, марказий қисмида эса тери зичлаша бошлайди. Тери зичлашиши билан бир вақтда эритема камайиб боради ва ўчоғнинг атрофидагина қолади – буни “сирен халқаси” (ўсиш зонаси) деб аталади (зичланиш босқичи). Зичлашган тери ранги оқиш, фил суягини эслатади, каттиқлиги хатто тоғайдек, тер ва ёғ ажралмайди, туклар йўқ, сезувчанлик камайган, меъёрдаги терига нисбатан совуқ. Кейин зичланиш (каттиқлик) сўрилади, тери папирос қоғози каби юпқалашади, бармоқ билан осон букланади, атрофдаги меъёрдаги тери сохасидан биров пасайиб туради (атрофия босқичи).

Чизиксимон шакли болаларда кўпроқ учрайди, касаллик ўчоғи пешона сохасида, қўл ва оёқларда учрайди, кечишидаги босқичлар пилакчали туридан фарқ қилмайди.

Оқ доғлар касаллиги асосан аёлларда учрайди, бўйин сохасида, кўкрак қафасининг юқори қисмида, сонларда, жинсий аъзоларда жойлашади. Майда ўлчамдаги (диаметри 5ммгача) қорсимон оқ тусли, пушти-сирен рангидаги хошия билан ўралган гурух бўлиб жойлашган кўпгина касаллик ўчоғи пайдо бўлади, кейинчалик унинг ранги қўнғир тусга киради, маркази пасаяди, тери у сохада атрофияга учрайди.

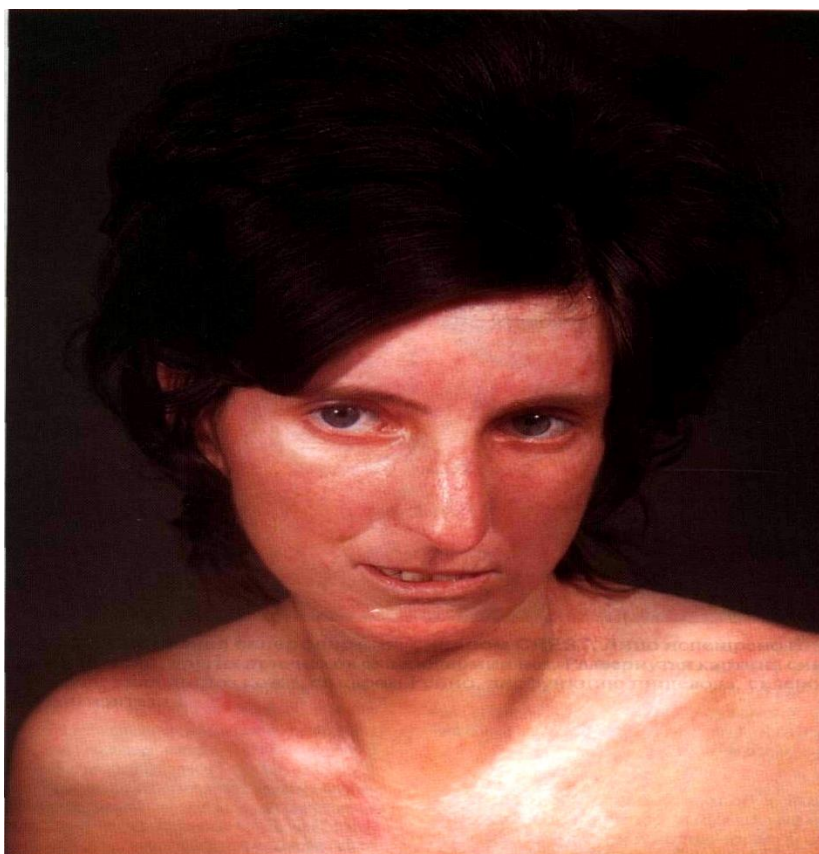
Пазини-Пьеринининг идипатик атрофодермиясининг пилакчали склеродермиядан фарқи, зичланиш унча кучли эмас, атрофия ҳам билинар-билинемас бўлади.

Ромбергнинг юз гемиатрофиясида касаллик ўчоғи юзнинг бир томонида жойлашади, мускуллар ва хатто суяк тўқимаси ҳам атрофияга учрагани сабабли юз асимметрик ҳолатга келади.

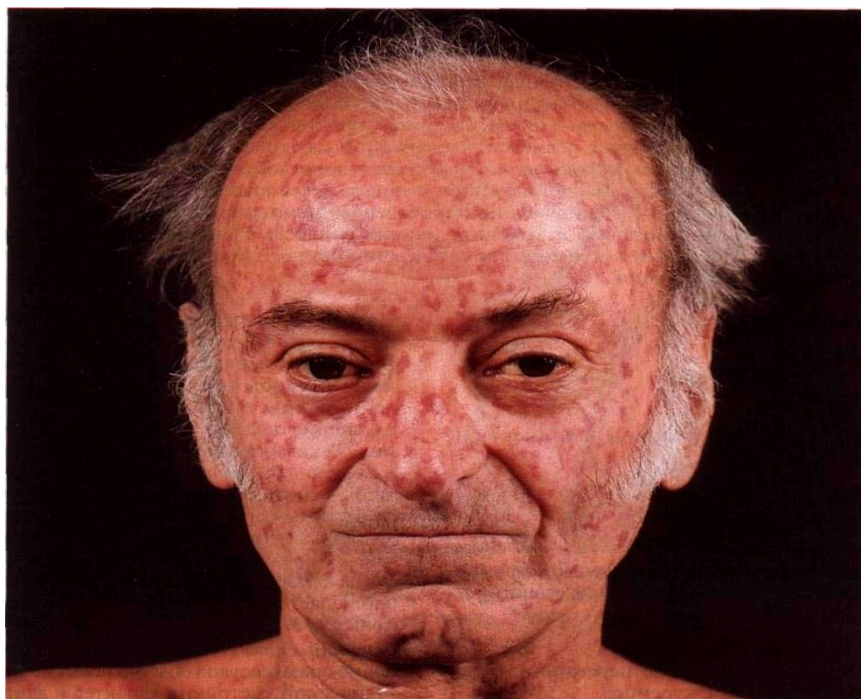
СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ, СКЛЕРОДАКТИЛИЯ



СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ, “НИҚОБСИМОН ЮЗ”



СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ, CREST СИНДРОМИ



ЧЕКЛАНГАН СКЛЕРОДЕРМИЯ, ПИЛАКЧАЛИ ТУРИ



ЧЕКЛАНГАН СКЛЕРОДЕРМИЯ, ПИЛАКЧАЛИ ТУРИ



СКЛЕРОАТРОФИК ЛИХЕН



СКЛЕРОАТРОФИК ЛИХЕН



ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

Системали склеродермияни қуйидаги касалликлар билан дифференциация қилинади:

- Дерматомиозит.
- Рейно касаллиги.
- Бушкенинг катталар склередемаси.
- Чақалоқлар склеремаси ва склередемаси.

Чекланган склеродермияни қуйидаги касалликлар билан дифференциация қилинади:

- Витилиго.
- Мохов.
- Чизиқли келоидсимон невос.
- Қизил ясси темираткининг атрофик тури.
- Вульва краурози.

ДАВОЛАШ

Чекланган склеродермияни даволашда асосан қуйидаги препаратлардан фойдаланилади:

- Пенициллин-курс учун 20-40млн. ЕД.
- Лидаза 64ЕДдан курс учун 20та инъекция.
- Вазоактив препаратлар: теоникол, компламин, никотин кислотаси, никошпан ва х.к.лар ўртача терапевтик дозада.
- Калликреин ёки депо-падутин.
- Ронидаза билан фонофорез ёки ультрафорез.
- Папаин, трипсин, коллитин ўртача терапевтин дозаларда.

Системали склеродермияни даволашда энг яхши самара берадиган дорилар қуйидагилардир: D-пенициллинамин (купренил)-қунига 150мг дан стационар шароитида бошланади, ҳар ҳафтада 150мгдан дозаси орттириб борилади, 1500-1800мг гача етказилади, шу дозани 2 ҳафта давомида олгандан кейин дозани аста-секин пасайтирилади ва 300-600мг гача туширилади, самара энг камида 2 ойдан кейин кузатилади, амбулатория шароитида даволашни 2-3 йилгача давом эттирилади. Кортикостероид гормонлар қунига 30-40мг дан, самара кузатилгунга қадар, кейин дозаси аста пасайтирилади ва ушлаб турувчи дозада узоқ вақт қолдирилади.

ДЕРМАТОМИОЗИТ (ВАГНЕР КАСАЛЛИГИ)

Дерматомиозит-оғир системали касаллик бўлиб, бириктирувчи тўқиманинг диффуз зарарланиши, тери ва кўндаланг-тарғил мускулларнинг устивор шикастланиши билан кечади.

Дерматомиозитнинг 3 хил клиник тури тафовут қилинади:

- Идиопатик (бирламчи).
- Паранеопластик (иккиламчи, ёмон сифатли ўсмалар туфайли келиб чиққан).
- Ювенил.

Кечиши бўйича эса қуйидаги шаклларга ажратилади:

- Ўткир.
- Ярим (ним) ўткир.
- Сурункали.

КЛИНИКАСИ

Касалликнинг кечишида 3 та давр тафовут қилинади:

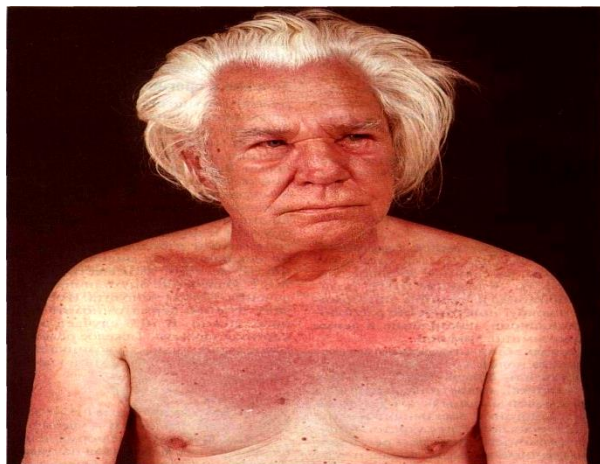
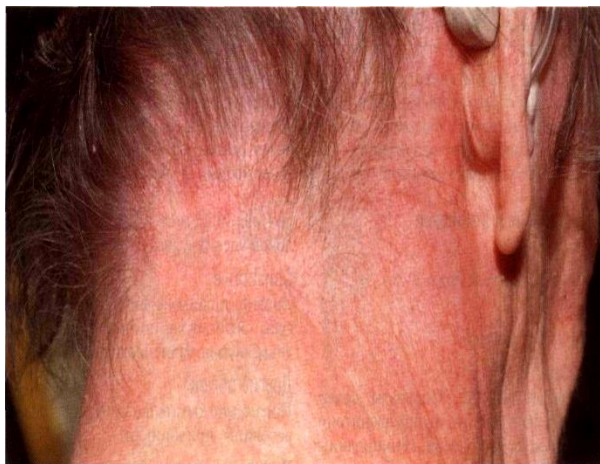
- Продромал даври.
- Манифестлар ва дистрофия даври.
- Терминал даври.

Продромал даврида харорат кўтарилиши мумкин, камқувватлик, кўнгил айнаши, суякларда ва мушакларда оғриқ, кўп терлаш кузатилади. Кейинги даврда касаллик ўткир кечганда юқори харорат, совқотиб қалтираш, тезда тери ва мускулларнинг генерализацияланган зарарланиши, висцеропатия каби белгилар намоён бўлади. Ним ўткир кечганда бу аломатлар кучли ривожланмаган, харорат субфебрил, мускул-суяклардаги

белгилар эса якқол намоён бўлади. Сурункали кечганда касаллик циклик кечади, айрим гурух мускуллари зарарланади, висцеропатиялар унчалик кучли ривожланган эмас. Теридаги тошмалар асосан очик сохаларда жойлашади. Дастлаб худди куёш нурида куйган каби ёрқин эритема доғи пайдо бўлади, бироз шиш кузатилади, кейин бу доғ тўқ тусга киради. Айниқса периорбитал сохада бу доғ, шиш кўп жойлашади (кўзойнак симптоми, “гелиотроп”). Кафтнинг орқа томонида, бармоқлараро бўғимлар сохасида тўқ қизил папулалар пайдо бўлади (Готтрон тугунчалари). Бўғимлар (бармоқлараро, билак-тирсак, тўпикда, тизза ва бошқа бўғимлар- орқа томонида) устида тўқ қизил доғлар пайдо бўлади- Готтрон симптоми. Кўндаланг-тарғил мускулларнинг зарарланиши туфайли беморлар кўллари кўтариб ювина олмайдилар, мустақил равишда кўйлагини кия олмайдилар (“кўйлак симптоми”), юрганда оёқларини кенг ташлаб юрадилар (“ўрдак юриши”), пилапоядан чиқа олмайдилар (“пилапоя симптоми”), овқатни яхши чайнай олмайдилар, ютинганда қақаб кетадилар. Висцеропатия туфайли дисфония, нафас олишинг қийинлашуви (хансираш), гипостаз, миокард зарарланишининг аломатлари (миокардит, дистрофия) ва бошқа аломатлар кузатилади.

ДЕРМАТОМИОЗИТ





ДЕРМАТОМИОЗИТ, ГОТТРОН ТУГУНЧАЛАРИ



ДИАГНОСТИКАСИ

Асосий (катта) ва қўшимча (кичик) белгилари асосида қўйилади.

Катта белгилари:

- Тери синдроми.
- Мускул синдроми.
- Мускуллардаги гистологик ўзгаришлар.
- Трансаминазалар кўрсаткичининг 50%дан кам бўлмаган ортиши.
- Потологик электромиограмма.
- Кальциноз (ювенил дерматомиозитда).

Кичик белгилари:

- Хароратнинг кўтарилиши.
- Камқувватлик.
- Шиллик қаватлардаги ўзгаришлар (ринит, стоматит, конъюнктивит, ларингит, фарингит).
- Миокарддаги ўзгаришлар.
- Ўпкадаги ўзгаришлар.
- Ошқозон-ичак тизимидаги ўзгаришлар.
- Неврологик ўзгаришлар, полиневритлар.
- Нефрит.
- Гепатомегалия.
- Артериал ва вегетатив дистония.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Қуйидаги касалликлар билан ўтказилади:

- Системали қизил югурик.
- Склеродермия.
- Крисчен-Вебер панникулити.
- Трихинеллез.

ДАВОЛАШ

Асосий даволаш воситаси бўлиб кортикостероид гормонлар ҳисобланади. Преднизолон ва урбазон (болаларда) бериш мақсадга мувофиқ. Триамцинолон (полькортолон) бериб бўлмайди, чунки миастеник таъсири бор. Преднизолонни юқори дозадан бошлаш керак-1кг вазнга 1мгдан

берилади. Самара олингач (аммо 1 ойдан эрта эмас), хар хафтада $\frac{1}{4}$ таблеткадан, кейин эса 3-4 хафтада $\frac{1}{4}$ таблеткадан пасайтириб борилади ва ушлаб турувчи дозада (кунига 10-20 мг) қолдирилади. Ушлаб турувчи дозани танлашда албатта лаборатория текширув натижаларини (ферментлар фаоллиги, креатинурия, иммуноглобулинлар миқдори, ЭЧТ ва бошқалар) ҳам ҳисобга олиш зарур. Ушлаб турувчи дозани бемор энг камида 1 йил мобайнида қабул қилади, агар барча клиник ва лаборатория кўрсаткичлари меъёрда бўлса (яъни касаллик аломатлари бўлмаса), хар ойда $\frac{1}{4}$ таблеткадан пасайтириб борилади (то гормон дозаси тугагунча). Кортикостероид препаратлари билан бир вақтда анаболик гормонлар, калий препаратлари, АТФ, кокарбоксилаза, витаминлар берилади, оксигенотерапия ўтказилади, агар кальциноз кузатилса, трилон Б, ЭДТУ берилади. Физиотерапевтик муолажалар кенг қўлланилади.

ЖИНСИЙ ЙЎЛ БИЛАН ЮҚАДИГАН КАСАЛЛИКЛАРИ

ВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИГА КИРИШ

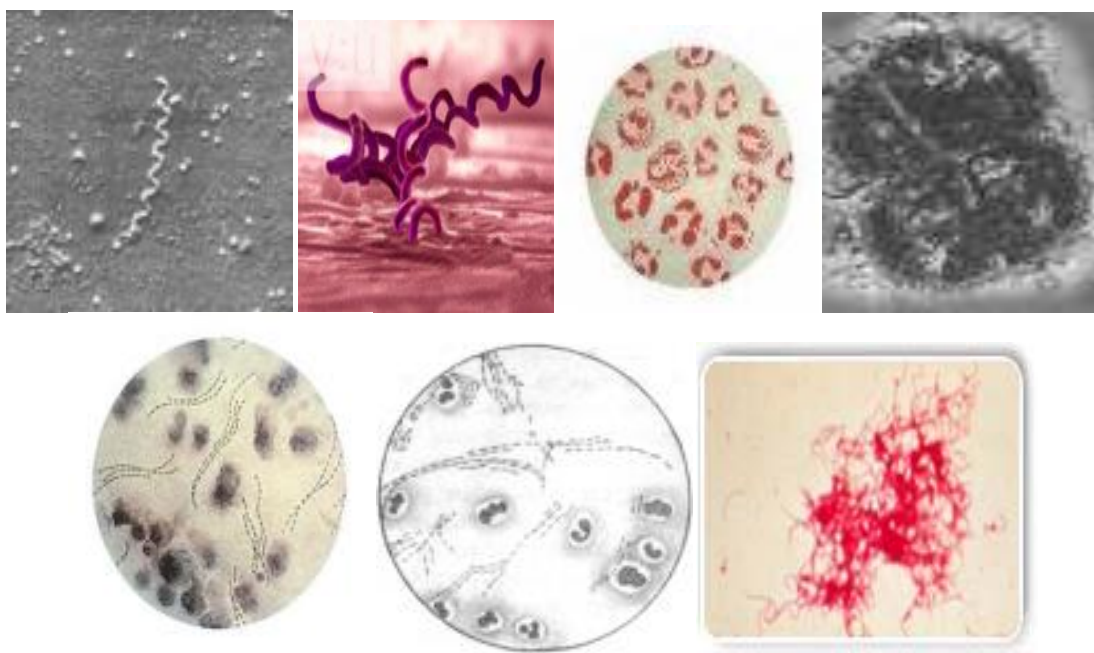
Венерология фанининг асосий вазифаси асосан жинсий алоқа орқали юқадиган венерик касалликларни урганишдир. Венерик касалликлар асосан «севиш» ва «севилиш» натижасидаги жинсий алоқалар орқали юкканлиги сабабли севги худоси «Венера» номига қуйилган. Венерик касалликларга – сифилис, гонорея, юмшоқ шанкр, 4-венерик касаллик – венерик лимфогранулематози ва 5-венерик касаллик чов гранулёмаси киради.

ЖИНСИЙ АЛОҚА ЙУЛЛАРИ ОРҚАЛИ ЮҚУВЧИ ИНФЕКЦИЯЛАР КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Касалликни номи	Қўзғатувчиси
Сифилис - Заҳм	<i>Treponema pallidum</i>
Гонорея – сўзак	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>
Шанкроид (мягкий шанкр – юмшоқ шанкр <i>Ulcus Molle</i>)	<i>Haemophilus ducreyi</i>
Лимфогранулематоз венерический - венерик лимфогранулематоз	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Гранулёма венерическая (паховая) – венерик гранулёма (чов)	<i>Calymmatobacterium granulomatis</i>

Хозирги вақтда жинсий йул билан юқадиган бир нечта касалликлар – трихомониаз, хламидияли, микоплазмали уретритлар, СПИД – маълум булиб, улар ҳам расман венерик касалликларга киритилган.

ҚЎЗҒАТУВЧИЛАР:



СИФИЛИС ВА УНИНГ ЕВРОПАДА ПАЙДО БЎЛИШИ

Сифилис касаллиги жуда қадим замонлардан маълум бўлиб, касаллик Гиппократ, Абу Али Ибн Сино, Хитой, Хиндистон олимлари томонидан ҳам ёзилган. Лекин касалликка аниқ ном берилмаган, купинча қайси давлатдан утган бўлса уша давлат номи билан юритилган. Масалан, французлар испан касаллиги, итальянлар – неополитан, турклар – италян, руслар – француз касали деб аташган. 1530 йил Венецияда Италия олими Жереламо Фрокастро томонидан ёзилган «Сифилис ёки француз касаллиги» деган поэманинг бош қаҳрамони «Сифилис» номига асосан, юкоридаги касалликни – сифилис деб атала бошланди. *Сифилис* (*Sys* –чучка, *philos* – дуст деган маънони билдиради) узи подачи бўлади. Ёзилишига қараганда икки хил фикр бор, биринчисига асосан сифилис – подшоҳга ёмон хизмат қилгани учун, иккинчисига асосан чучка билан жинсий алоқа қилгану учун худо томонидан жазоланган ва жинсий олатига яра чиққан. Хуллас, шу поэмадан кейин бу касаллик сифилис деб атала бошланди ва бизнинг вақтларгача ҳам бу ном етиб келди. Сифилисни Европада пайдо бўлиши ҳақида ҳар хил фикрлар бор.

Бир гурух олимлар фикрича сифилис Европада қадим замонлардан маълум бўлиб, одамларни жароҳатлаб келган. Бу гурух олимларни Европеистлар деб аташган. Иккинчи гурух олимлар фикрича сифилис Европага Христофор Колумб Американи очганда Америкадан утган, уларни Американистлар деб аташган. Учинчи гурух олимларнинг фикрича сифилиснинг ватани Африка бўлиб, уша ердан бошқа қиёларга тарқалган. Уларни Африканистлар деб аташган. Европеистлар фикрича сифилис Европада қадим замонлардан маълум бўлиб, ҳеч қачондан олиб келинмаган. Улар бунга далил қилиб қадимий хинд, хитой, египт ёзувларидан орқа пешов атрофида, жинсий олатда, оғиз бўшлиғида пайдо бўлган ҳар-хил тошмалар ёзилганлигини оқидилар. Прокаш ва Генслар фикрича бу тошмалар бўлса керак. Гиппократ, Гален, Цельс асарларида бурун ичидаги тошма билан жинсий олатдаги тошмалар бир-бирига боғлиқлиги қўрсатилган. Д.Г.Рохлин ва А.С.Рубашевлар Забайкальда топилган эски мозордан олинган (бизнинг эрагача бўлган икки мингинчи йил) скелет суякларини рентгенда қўрганда айрим суякларда сифилик узғаришлар топган. Д.Г.Рохлин Волга – Дон қўрилишида топилган мозорда суяклардан 26 тасида сифилитик узғаришлар (остит, периостит) топган. М.В.Борзов Урта Осиёдаги қазилмаларида сополдан қилинган қўзачаларда симоб суюқлигини топган, ҳамда буни сифилисни даволашда ишлатишган деган фикрга келган. *Американистлар фикрича* сифилис Европага Америкадан олиб келинган. Бунга далил қилиб испан врачлари Монтей – Робледе қўйидагиларни келтиради: XV асрда сифилис эпидемия тус олди, унгача врачлар бу касалликни билмаган. Бу эпидемия Христофор Колумбнинг Америкадан қайтишига тўғри келди. Испан врачлари Родерк – Диас ёзишича, у Христофор Колумб матросларида қандайдир янги касалликни қўрган ва уларни даволаган. Касаллик Гаити оролида яшовчилардан юккан. Ҳақиқатдан ҳам XV асрда сифилиснинг бутун дунёга тарқалгани рост, лекин бунга Американи очилиши эмас бошқа факторлар сабабчи бўлган. Қийин ҳаёт кечириши, айниқса, қишлоқ жойларда, қўп аҳолини иш қидириб шаҳарга қилишга мажбур қилди ва бу кейинчилик

аёллар орасида фохишаларни купайтирди. Мамлакатлар орасидаги савдо – сотиклар, айникса, кулларни сотиш. Улар орасида купинча сифилис билан огриганлар булган. Узаро узгаришлар айникса Француз кироли Карл VIII нинг Италияга юриши. Италияда уша вақтда Испаниядан келган жуда куп фохишалар булиб, улар солдатларга юктирган. Карл VIII солдатлари куп мамлакатлардан келган булиб, урушдан кейин уз юртида сифилисни таркатган. Африканистлар фикрича (Cosbiri va Hidcon) – Африка китъасида учрайдиган фрамбезия, пинта, беджал касаллигининг чакирувчилари трепонеманинг бир вариантыдир. Вақт утиши, шароитнинг узгариши натижасида трепонемалар узгайиб сифилис чакирувчи, ок спирохетага айланиб колган. Касаллик эса Африка, Европа китъасига савдо-сотик, африка куллари оркали утган ва таркалган. Хуллас, хар-бир гурух олимлар уз назариясини исботлашга харакат килганлар, бошқалар эса уни инкор килганлар.



Бизнинг олимимиз Вогралик Г.В. (1915) – сифилис, инсоният пайдо булгандан бошлаб, пайдо булган деб, хак гапни айтган булса керак. Касалик куп таркатилиши, янги-янги одамларга юкиши, хамда касал одамларнинг тез улиши олимларни бу касалликни урганишга ундади. Олимлар олдида бу касаллик нима, чакирувчиси борми, кандай юкади, кандай даволаш керак деган масалалар туради. Бир гурух олимлар узок вақтгача сифилис, юмшок шанкр, гонорея битта касалнинг хар-хил формалари огир-енгил, деб гумон

килишган, уларни унитаристлар деб аташган. Иккинчи гуруҳ олимлари уларни бошқа-бошқа касаллик деб уйлашган, уларни дуалистлар деб аташган. Бу масалаларни хал килиш учун тажриба килиш керак эди, тажрибани эса олимлар узлари килар эдилар. Унитаристлар вакили булган Джон Гюнтер тажрибаси сифилисни урганишда жуда катта хатоликларга олиб келди. Англия хирургии Джон Гюнтер гонорея билан оғриган беморнинг уретрасидан йирингни олиб узига юборган. Бироз вақт утгандан кейин Гюнтерда олдин гонорея, кейин сифилис белгилари пайдо булган. Джон Гюнтер шу билан бу касалликлар битта деган хулосага келган. Хақиқатда эса, касални уретрасида сифилис яраси булган, буни Гюнтер уша вақтда билмаган. Бу хато сифилисни урганишни анча вақтда билмаган. Бу хато сифилисни урганишни анча вақт тухтатиб куйди, чунки Гюнтер обруйи жуда катта булиб, ҳеч ким унга қарши гапиролмаган, хатто француз олими Бенжамен Белл ҳам узида тажриба килишга қарамай, Б-Бел сифилис ярасидан суюқлик олиб узининг уретрасига жунатади ва факат сифилис билан оғрийди. Кейинчалик Франция венерологи Филипп Рикор врачларга хос булмаган тажриб акилиб, бу касалликни ҳар-хил эканлигини исботлаган. Ф.Рикор 600 соғ одамга сифилис ва 800 соғ одамга гонорея юктирган ва ҳаммасида факат сифилис ва гонорея пайдо булган ҳолос. Ф.Рикор сифилисда 3 та босқич борлигини исбот қилди, лекин иккинчи босқич юқимсиз деб нотугри хулосага келди. Бу хулоса уз навбатида бошқа врачлар томонидан яна янги тажрибалар килишга ва улимга олиб келди. Немис олими Линдеманинг фожиали ўлими бунга мисол бўла олади. 1851 йил Париж Академияси аъзоларининг назорати остида Линдеман иккиламчи сифилис билан оғриган бемор танглайидаги папуладан суюқлик олиб, узининг кул териси остига жунатади. Бир қанча вақт утгандан кейин касалликнинг оғир ёмон формаси белгилари пайдо булди. Академиянинг охириги хулосасида шу сузлар ёзилган: «Бу қуриниш, юракни эзиб юборадиган» қуриниш эди. Бир тасаввур қилиб қуринган жуда қиройли ёш эркакнинг бутун бадани емираётган фагадендик шанқр билан қопланган. Бу янги қахрамон

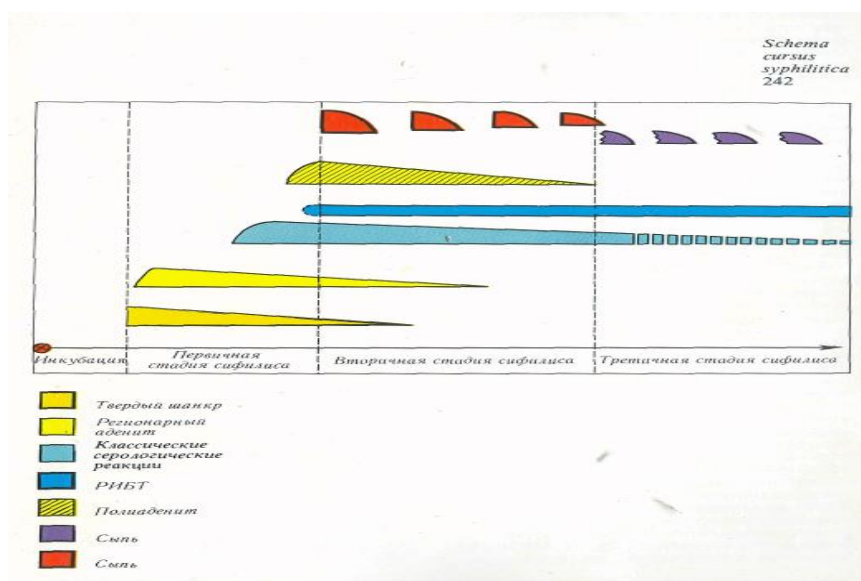
даволанишдан бош тортар эди ва булмаса улишингиз мумкин деган сузга: «Жуда яхши, менинг улимим олимларни хатосини курсатади ва янги улимлар олдни олади», деган эди. Шундай килиб, Линдеманнинг кахрамонларча тажрибаси иккиламчи захм юкумли эканлигини исботлади.

ЗАХМНИНГ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

МДХ (СНГ) да қабул қилинган классификацияга асосан захм касаллиги қуйидагиларга бўлинади:

- 1-ламчи серогенатив захм
- 1-ламчи серопозитив захм
- 1-ламчи яширин захм
- 2-ламчи янги захм
- 2-ламчи яширин захм
- 2-ламчи қайталанучи захм
- III-ламчи актив захм
- III-ламчи яшрин захм
- Яшрин захм
- Илк туғма захм
- Кечки туғма захм
- Яшрин туғма захм эртанги (2–йилгача), кечки (2 йилдан кейин), ноаниқ (аниқланмаган)
- Нерв системаси захми эртанги (2-5 йилгача) кечки (5 йилдан кейин)
- Сўхта (tabes dorsalis)
- Прогрессив фалажи (parol pragressiva)

- Висцерал захм (шикастланган аъзони (орган) номи кўрсатилади).



ЗАХМНИНГ УМУМИЙ ПАТОЛОГИЯСИ

Захм узоқ сурункали давом этувчи, тез-тез қайталаниб ва қонуний равишда бир даврни иккинчи давр билан алмашиб туриши билан характерланувчи венерик касалликдир.

ЗАХМНИНГ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ

Захм касаллиги соғлом одамга касал одамдан қуйидаги йўллар орқали юқади:

- Жинсий йўл билан
- Ножинсий контакт билан
- Қон қуйиш йўли билан
- Ҳомиладор она қонидан болага қон айланиш йўли билан.
- Касалликни юқиши учун қуйидаги шароитлар бўлиши керак:
- Захмни юқумли шакли билан оғриган касал.
- Захм касали билан алоқада бўлган одамда спирохета тушган терида ривожланиш учун шароит бўлиши керак.

- Тери ёки шиллиқ қаватда жароҳатланган жойи – оқ спирохета кириши учун дарвоза.

ЁМОН КЕЧАДИГАН ЗАХМ (СИФИЛИС МАЛИГНА)

Ёмон кечадиган захм асосан организмнинг иммунитетни камайган (алкоголик, сурункали юкумли касалликлар) одамлар учрайди.

Бу захмнинг кечишида қуйидагича узига хос узгаришлар бўлади:

- Захмнинг ҳамма даврлари (яширин, I-II-ламчи) кискаради;
- I-ламчи даврда асосан гигант каттик шанкр пайдо бўлади;
- II-ламчи давр бошланишидан олдин бош огриш, истима чиқиш бўлади, элементлар эса купрок чуқур жойлашган йирингли тошмалар бўлади (рупия, эктима);
- III-ламчи даврда купрок гумма бўлади;
- Лимфа тугунлари катталашмайди;
- Серореакция купинча манфий бўлади;
- Тезда ички органлар, нерв системасининг жароҳатланиши кузатилади ва касални улимга олиб келади.

ЯШИРИН ЗАХМ

Касалда касалликнинг актив белгилари йук, фақат серологик реакциялар орқали аниқланиши мумкин бўлган захм – яширин захм дейилади. Яширин захм билан огриган касалларни – профилактик текшириш натижасида, касал билан алоқада бўлганларни текширганда, ишга қираётганларни, декретированный ишчиларни (болалар муассасалари, общепит ва бошқалар) текширилади, ҳамма соматик стационардаги касаллардан кон олиб текширилганда аниқланади. Яширин захм, икки йилгача вақт ичида аниқланса эртанги, икки йилдан кейин бўлса кечки

булади. Баъзан касалнинг аниқ вақти аниқланмайди, бунда ноаниқ яширин захм булади.

"БОШСИЗ" ("ОБЕЗГЛАВЛЕННЫЙ") ЗАҲМ **(SYPHILIS DECAPITATA)**

Захмнинг бу формасида касаллик асосан каттик шанқрсиз кечади ва иккиламчи даврнинг тошмаларидан бошланади. "Бошсиз" захм купрок кон куйганда юкади, бунда ок спирохета тугридан-тугри конга куйилади, шунинг учун терида каттик шанқр булмайди. Касаллик кон куйилгандан кейин 14 кундан то 4-5 ойгача (ўртача 2-2,5 ой).

Яширин даврдан кейин бошланади ва икки хил кечади:

Лимфа безлар катталашади.

Лимфа безлар катталашмайди

Серореакция тошмалар тошиши биланок мусбат булади.

ЗАХМ КАСАЛЛИГИДА ИММУНИТЕТ

Захм касаллигига қарши тугма иммунитет йук яъни захм билан ҳамма одам оғриши мумкин. Захм билан оғриган бемор организмда инфекцион иммунитет ҳосил булади, яни касалда захмнинг актив формасида иммунитет булиб, организмда ок спирохета йуқолиши ёки камайиши билан яна йуқолиб кетади. Бунга мисол шанқрга қарши иммунитетдир, касалда каттик шанқр пайдо бўлгандан 10-14 кун кейин касал булиб, шанқр битиши билан йуқолади. Ҳозирги вақтда касалнинг янгидан юқиши (*ренифекция*) ва қайталаниши (*рецидив*) мумкин.

Касал одам тузалгандан кейин захм касаллиги янгидан юқиши мумкин, бунинг учун қуйидаги шартлар бўлиши керак:

- Биринчи захм касаллигидан тўлиқ даволанган бўлиши керак;

- Касалликни иккала сафар ҳам битта врач аниклаши, агар иккита булса авторитетли булиши керак;
- Каттик шанкр клиникаси аник булиш керак ва ок спирохета албатта булиши керак;
- Каттик шанкр хар сафар янги жойда чикиш керак;
- Яширин давр нормал булиши керак;
- Иккала сафар ҳам актив шаклли захм билан оғриган манба (источник) булиши керак;
- Лимфа безлар каттик шанкр якинида катталашган булиши керак;
- Серореакция олдин манфий кейин мусбат булиши керак;
- Биринчи касалдан даволаш даврида серореакция манфий булиши керак;
- Биринчи захмни даволаб булган вақтдан бир йил утган булиши керак.
- Агар юкоридаги шартлар тўғри келмаса бу янги юкиш эмас, балки касалликни кайталаниши булади.

ЗАҲМ КАСАЛЛИГИДА ИММУНИТЕТ

Эски касал устига, янги касал юкиши мумкин, бу эса ре-суперинфекциядир. Купинча захм касаллигида уз-уздан тузалиши ҳам булиш мумкин деган фикрлар сурилади. 1890-1910 йиллар ичида Осло клиникасида проф. Бек захм касалларни фақат ташкаридан оддий маз суркаш билан даволайди, специфик препаратлар бермайди. 1955 йилдан уша касаллардан 1147 таси топилиб текширилганда – 10,8% захмдан улган, 15,8% улчамли захм, 10,4% висцерал, 6% нейросифилис топилган, 30% фақат серореакция мусбат булган 30% касалда захмнинг ҳеч қандай белгилар қолмаган. Худди шундай факт Америкада олинган, Алабама штатида 400

касални даволашмаган, 30 йилдан кейин – 30% касалда захм тузалиб кетганлиги аниқланган. Бундан ташқари захмда "*нуллерство*" борми йукми деган савол ҳам бор. "**Нуллер**" узидан касаллик белгиси йук, лекин бировга юктиради. "Нуллер" хайвонларда экспериментал йул билан исботланган, лекин одамларда исботланмаган. Кейинги вақтларда бир канча Россия олимларининг текшириши натижасида, ок спирохета *L-формага* утганда, L-форма икки хил булиши, бир хили антиген булиб таъсир килса, иккинчиси таъсир килмаслиги маълум булди. Шунга асосан олимлар томонидан айтилган 30% касалнинг узидан-узи тузалиш, унинг организмда L–формали ок спирохета антиген булиб таъсир килолмайди шунинг учун касалда хеч кандай белги йук, иккинчи 30% факат серореактив мусбат булганда, L-формали ок спирохета антиген булиб таъсир килади. Шунга асосан олимлар иккала формада ҳам бари-бир организмда ок спирохета бор, у касал деб аташади.

ЗАХМНИНГ БИРЛАМЧИ ДАВРИ, КАТТИК ШАНКР (БИРЛАМЧИ СИФИЛОМА, БИРЛАМЧИ АФФЕКТ, БИРЛАМЧИ СКЛЕРОЗ)

Яширин давр утгандан кейин (урта хисобда 3-4 хафта) ок спирохета кирган жойда, терида кизгиш дог пайдо булади, 2-3 кундан кейин дог тугунчага айланади, бир неча кундан кейин тугунча эрозия ёки ярага айланади. Шундай килиб каттик шанкр ("шанкр" французча суз булиб – яра деган маънони беради) хосил булади. Хосил булган элемент касални безовта килмагани учун касал дог, тугунчани купрок сезмайди ва яра хосил булган куради. Шунинг учун купинча врачлар каттик шанкрни эрозия ёки яра холида курадилар. Каттик шанкр - эрозия ёки яра булиб, юмалок овал шаклида, чегаралари аник, четлари текис булиб, тубига томон суйри булиб боради, юзи текис, силлик, янги суйилган гушт рангида булади. Яранинг маркази гохо саргиш ёг губори билан копланган булиши мумкин (u.d.cocord). Агар шанкрни икки бармок орасига олиб ушлаб курилса, унинг остида каттик инфилтрат борлиги аникланди. Инфилтратни уч хил формаси маълум: инфилтрат – когозсимон булиб, ушлаганда бармоклар орасида дафтар варагига ухшайди, пластинкасимон – инфилтрат худди диск-тогойга ухшайди, тугунсимон – панжалар орасида яримшарсимон тугун сезилади. Каттик шанкр юзасидан озгина сероз суюклик чикиб туради. Каттик шанкр огримайди. Баъзан эрозияли шанкр юза кисмидан катталашади, тубида эса тук-кизил ранг ва донодор булиб колади: ушлаб курилганда эрозия остида пластинкали инфилтрат булади. Бундай бирламчи склероз худди куйган ярани эслатади ва куйган шанкр (ulcus durum combustiformis) дейилади. Шанкрниг яна бир тури – ulcus durum et cocord хам бор.

БИПОЛЯР ШАНҚРЛАР





ҚАТТИҚ ШАНКРНИ ЎЛЧАМЛАРИ

Каттик шанкр катталиги хар хил булиб тугногич бошидан (карликсимон шанкр) то бир сумли тангачага булади (бахайбат, гигант шанкр).

- Биз каттик шанкларни диаметрига караб куйидагича буламиз:
- Майда шанкрлар – диаметри то 0,5 см. гача
- Уртача шанкрлар, диаметри 0,5-1 см.
- Катта шанкрлар – диаметри 1-2 см.
- Бахайбат шанкрлар, диаметри 2 см дан ортик.

Аслида каттик шанкр битта булади, лекин кейинги вактларда каттик шанкр бир нечта булиб учраяпти. Куп каттик шанкр асосан кичишадиган касалликлар (экзема, чесотка жинсий органларда) булганда ёки касал одам билан кайта-кайта жинсий алока килганда учрайди. Купинча каттик шанкр эрозия холда учрар эди, кейинги вактларда яра холда хам тез-тез учраб турибди. Хозирги вақта учрайдиган каттик шанкрнинг 55% эрозия, 45% яра холда булаяпти. П.М.Зоринанинг (1973) ёзишича 32 ёшли бирлами серонегативли касалда 52 каттик шанкр булган. Каттик шанкрлар жойлашишига караб – генитал, генитал аъзолар атрофида (супа, чов, оралик), экстрагенитал ва биполяр.

АТИПИК ШАНКРЛАР

Атипик шанкрлар кейинги вақтда кам учрайди, лекин узига хос кечиши билан касалликни аниқлашда анча қийинчиликлар тугдиради. Шунинг учун каттик шанкрнинг бу формаларини билиш ҳамма врачлар учун зарурдир.

Атипик шанкрларга:

а) индуратив шиш,

б) шанкр панариций,

в) бодомча безларидаги шанкр (шанкр амигдалит)

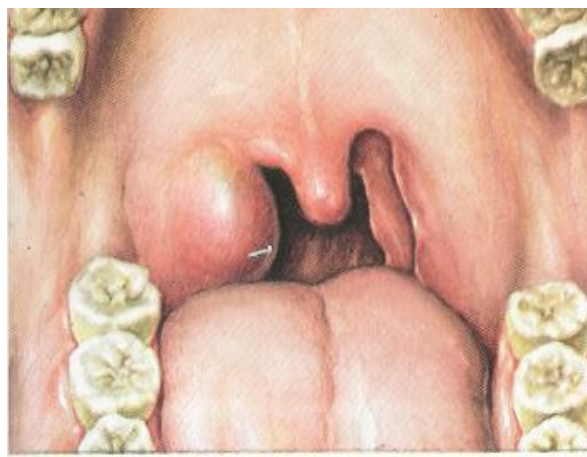
г) фунгозли шанкрни (К.Р.Аствацатуров туртинчи килиб кушади).

Индуратив шиш – купинча аёлларда катта-кичик жинсий лабларда, эркакларда эса преауциал холтача ва машонкада каттик шанкр жойлашганда булади. Бунда шикастланган орган каттик, зич булиб, размери 2-4 марта катталашади. Жарохатланган жойда тери ранги тук-кизил, кукимтир булади. Бошка шишлардан фаркли индуратив шишда жарохатланган жой бармок билан босилса, чукурча колмайди. Жарохат узок вақт давом этиши мумкин, баъзан индуратив шиш каттик шанкрсиз булиши мумкин.

Шанкр амигдалит – асосан бузук аёл ва эркакларда норасмий жинсий алока килганда учрайди. Бунда спирохета тўғридан – тўғри бодомча безларини жарохатлайди.

АТИПИК ШАНКРЛАР





Шанкр амигдалит уч хил формада учраши мумкин – эрозиясимон, ярасимон ва ангинасимон. Эрозия ва ярасимон формаларида бодомча безида овалъ шаклидаги кичкина чимчалоқ тирногича келадиган эрозия ёки яра хосил булади. Уларнинг чеккалари текис, туби эсаси силлик булади: хуллас терида учрайдиган эрозияли ёки ярасимон каттик шанкрни эслатади. Ангинасимон формасида диагноз куйиш кийин булиб, врачларни купинча адашишга олиб келади. Бунга оддий ангинадан фарк килиб, касалда истима унча юкори чикмайди, огрик кучли булмайди. Асосан бодом беzi бир томонлама жарохатланиб, каттик булади. Жаг ости ва буйин лимфа тугунлари катталашади. Оддий ангинадан фарк килиб, шанкр амигдалитда йирингли пробка булмайди.

Хасмол – шанкр. Каттик шанкрнинг бу формаси купрок врачларда (хирург, лор, стоматолог, лаборант, патонатом) учрайди, хамда кул бармоқларнинг тирнок атрофларида жойлашади.

Панарициясимон – шанкрда хам уч хил форма *эрозияли, ярасимон ва халкасимон* булиши мумкин. Касаллик бошланишида жарохатланган жойда эрозия ёки язва хосил булиб, шу вақтнинг узида жарохатланган жой зичлашиб – каттиклашади. Панжа шишиб, катталашади ва каттик булади. Жарохатланган жой териси куқимтир – тук кизил рангда булади. Шу вақтда култик ости ва тирсак безлари катталашади. Хасмол шанкр асосан огрик билан кечади, шунинг учун оддий хасмолдан фарк килиш кийинрок. Оддий

хасмолдан беморда истима чикади, огрик кучли булади, лимфа безлари купинча катталашмайди ва яра юзасида улган тукималар булади. Хасмол – шанкр купрок врачларда учрагани учун, касаллик бошланишида, оддий хасмол каби даволанади ва купинча касаллик иккиламчи захм даврида аникланади (мисоллар).

Фунгозли шанкр – бу бошланишда худди хасмол-шанкр каби булиб, кейинчалик яра ёки эрозия юзасида гуштсимон усимталар пайдо булиб, шанкр карамни эслатади. Аствацатуров бу шанкр турини ажратиб, алоҳида фунгозли шанкр деб атади.

КАТТИК ШАНКРНИНГ АСОРАТЛАРИ

Каттик шанкр асоратларига куйидагилар киради:

баланит,

постит,

баланопостит,

фимоз, парафимоз,

қаттиқ шанкр гангренаи ва

фагаденизацияси.

Бирламчи сифилома жинсий олатнинг (закар) бош кисмида жойлашса, иккиламчи инфекция тасирида шанкр атрофи кизариб, шиш ва эрозия пайдо булади. Бу ҳолат **баланит** булади. Кейин яллигланиш кертмакнинг – препуционал халтачанинг ички каватига утиш натижасида – **постит** ҳосил булади. Куп вақт баланит билан постит бир вақтда учрагани учун – **баланопостит** дейилади. Кертмаги узун ва тор буладиган касалларда каттик шанкрнинг **фимоз** ёки **парафимоз** куринишидаги асорати кузатилади. **Фимозда** – кертмак шишиб кетганлиги учун закар бошчасини очиб булмайди, яра закар бошчасида ёки препуциал халтачанинг икки варагида

жойлашган булса, уни хам куриб булмайди. Шишиб турган препуциал халтача пайпаслаб курилганда, шишган тукима ичкарисиди безиллаб турадиган кичкина инфильтратни топиш мумкин. **Парафимозда** – закар бошчаси очик турган холда препуциал халтача яллигланиб, шишиб кетади ва кертмак бошчани сикиб колади. Парафимоз баъзан закар бошчасининг ириб кетишига олиб келиш мумкин. Парафимоз бошлангудек булса, закар бошчасини дархол урнига киритиб уйиш керак. **Каттик шанкр гангрена** купрок хар хил сурункали инфекцион касаллар билан огриган беморларда, алкоголикларда, диабет ва карияларда учрайди. Бирламчи сифилома юзида кора-саргиш рангли чирик хосил булади, бу чирик ириган тукималардан иборат булиб, атрофидаги сог теридан аник ажралиб туради. Пустлог тушиб кетгандан кейин чукур яра хосил булади ва жуда секин битади. Гангренали шанкр одатда касалнинг умумий холатидаги узгаришлар бош огриги, истима чикиш билан бирга учрайди. **Фагаденизмда** – гангрена каби тукималарда ириш булиб, бу процесс тухтамайди, аксинча, ичкарига ва сиртга караб таркалиб боради. Тукималар дорсимон тепаларгача анчагина емирилиши мумкин.

ШАНҚРНИ АСОРАТЛАРИ





КАТТИК ШАНКРНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Бирламчи захм диагнози куйиш учун каттик шанкрни унга ухшаган бир канча касалликлардан ажрата билиш керак: Булар: пуфакчали герпес, юмшок шанкр, кутир эктимаси, эрозив баланопостит, рак яраси, туберкулез яраси, Чапина – Липшитцанинг вулвининг уткир яраси, шанкрсимон пиодермия, гонорея, трихомониаз эрозия ва яраси, Боровский яраси, мондор касаллиги ва бошкалар.

Пуфакчали темирткида – жинсий олатда туп-туп пуфакчалар пайдо булиб, улар полициклик шаклидаги эрозиялар хосил килади. Эрозиялар чегараси силлик булмайди, ушлаб курганда каттик инфильтрат йук, чов безлари катталашмаган.

Кўтир эктимаси – кутир касаллигида кашлаш натижасида йиринг булиб, уткир яллигланиш билан кечадиган яра пайдо булади.

Каттик шанкрда фарк килиб уткир белгилари булади. Яра атрофида зичланиш булмайди, лимфаденит йук.

Юмшок шанкр – яралар куп, жуда катта-кичик булади. Юмшок шанкр яралари огрийди, шакли нотугри, четлари юлинган, туби нотекис, йирингли суюклик билан копланган, тубининг асоси юмшок булади. Регионар лимфа тугунлари безиллаб туради, бир-бири ва атрофдаги тукималар билан кушилиб кетган булади. Уларнинг устидаги тери кизил, иссик булиб, шишиб кетади. Лимфа тугунлари купинча йиринглайди. Яширин даври 3-4 кун. Чакирувчиси Дюкрей Унна – Петерсоннинг стрептобациллеси

Эрозия балантопастик – закар боши ва кертмакда нотугри шакли, катта-кичик бир толой эрозиялар булиш билан характерланади. Уларнинг асосида инфильтрат ва атрофида уткир яллигланиш ходисалари булмайди. Регионар лимфа тугунлари катталашмайди.

Рак яраси – асосан 50 ёшдан кейин учраб, секинлик билан ривожланади. Каттик шанкрдан фарк килиб яра чеккалари каттик, кингир-кийшик, сог теридан юкорида булади. Туби эса нотекис булиб, конаб туради, ушлаб курганда огрийди. Регионар лимфа безлар вақт утганда катталашади (бир неча ойдан кейин), ёғочсимон каттик, оғрик бўлади, хамда бир-бири ва тери билан бирлашади.

Туберкулез яраси – юмшок бўлиб, чеккалар кингир-кийшик, нотекис, туби хам нотекис булиб, осонгина конайди, хамда суюк йиринг билан копланган булади. Яра огриши хамда жуда секин кечиши билан ажралиб туради. Яра атрофида туберкулез белгиларга хос думбокчалар булади. Лабораторияда текширишгандан язвадан олинган материалда Кох бациллеси топилади.

Чапина-Люпшицани вульванинг уткир яраси – асосан кизларда ва тугмадан аёлларда учрайди. Чакирувчиси жинсий органларда куп микдордаги, майда, огрик билан кечадиган, чеккалари емирилган, нотугри

шаклдаги яралар пайдо булади. Яра юмшок булади. Касаллик асосан беморнинг умумий ҳолатини бузилиши, истима чикиши, совкотиш, дармон куриш билан бирга булади.

Шанкрсимон пиодермия – клиникаси томонидан каттик шанкрдан ажратиш кийин. Шунинг учун касални больницага ётқизб, кун ора ярадан ок спирохетага анализ, хар бош кунда вассерман реакциясига кон олинади.

Гонорея ва трихомониаз эрозия ва яраси. Купинча гонорея ва трихомониаз билан огриган касалларда куп йиринг чикиш ва яллигланиш натижасида эрозия ва хосил булиб, у катик шанкрга ухшайди. Лекин юмшоклиги, чеккаларининг полициклилиги, бир-бири билан кушилиб кетиши, огриши билан фарк килади. Эрлзия ва яра атрофида яллигланиш ва шиш булади.

Тери лейшманиози – бунда хосил булган яра чекалари нотекис, емирилган, туби ҳам умирилган булиб, йирин булиб. Яра огрийди, атрофида кизариш, йигиш булади. Аргамчисимон лимфангоит булади. Лабораторияда боровский таначалари топилади.



ЗАХМНИНГ ИККИЛАМЧИ ДАВРИ

Касаллик юққандан кейин 2-3 ой, ёки қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан 6-8 ҳафта ўтгандан кейин касалнинг баданига ҳар хил тошмалар тошади, шу вақтдан бошлаб захмнинг иккиламчи даври бошланади. Бирламчи ва иккиламчи захм ўртасида аниқ чегара йўқ, чунки бирламчи захмдаги қаттиқ шанкр ёки унинг қолдиғи (чандиқ) иккиламчи захмда ҳам сақланиб қолиши мумкин.

Захмнинг иккиламчи даврида қуйидаги элементлар бўлади:

доғ (розеола),

Тугунча (папула),

Йирингча (йирингли пуфакча (пустула)),

Пуфакча (везикула),

Сифилитик алопеция ва

Сифилитик лейкодерма.

ЗАҲМНИНГ ИККИЛАМЧИ ДАВРИДАГИ ЭЛЕМЕНТЛАР





ЗАХМНИНГ ИККИЛАМЧИ ДАВРИДАГИ ЭЛЕМЕНТЛАР



ИККИЛАМЧИ ЗАХМДАГИ ТОШМАЛАР УМУМИЙ БЕЛГИЛАР

Иккиламчи захмдаги тошмалар ҳар хил бўлишига қарамай, улар умумий белгиларга эга:

Иккиламчи сифилидлар касални ҳеч қачон безовта қилмайдилар (қичишиш, ачишиш, оғриқ кузатилмайди).

Иккиламчи сифилидлар ҳаммаси деярли юмалоқ, овал формада бўлиб, чегараси аниқ бўлади, бир-бири билан қўшилмайди. Сурилиши асосан марказдан бошланади.

Иккиламчи элементлар атрофидаги тери қизармайди, нормал ҳолда бўлади, ранги оқиб сафсардан, то тўқ-қизғиш бўлиши мумкин.

Сифилидлар тубида ҳарактерли қаттиқ инфильтрат бўлади, ҳамда у инфильтратларда оқ спирохета бўлади.

Иккиламчи сифилидлар даволанмаса ҳам (чуқур жойлашган пустулалардан ташқари) асоратсиз ҳеч қандай из қолдирмасдан сўрилиб кетадилар.

Сифилидлар тўп-тўп бўлиб ҳар хил вақтда чиқадилад ва ҳар хил вақтда қайтадилад. Шунинг учун терида ҳар хил даврда бўлади – ёлгон полиморфизм аниқланади.

Иккиламчи захмда 100% ҳолда серологик реакция мусбат бўлади.

Иккиламчи захмдаги элементлар, агар касал даволанмаса, қайталаниб тошиб туради.

Иккиламчи элементлар тошганда, асосан беморда иситма чиқмайди.

Иккиламчи қайталанувчи захмда элементлар тўпланиб, ҳар хил фигуралар ташкил қилади.

ИККИЛАМЧИ ЗАХМ ДАВРИЛАРИНИ АСОСИЙ ФАРҚЛАРИ

Кўпинча врачнинг иш жараёнида иккиламчи янги захм билан иккиламчи рецидив захмни ажрата билиш керак бўлади.

Иккиламчи янги сифилисда

Терида асосан розеола бўлиб (70-80 % ҳолатларда), қолган тошмалар 20-30 % ҳолатларда кузатилади. Элементлар кўп, лекин майда бўлади, тошмалар симметрик жойлашади. Элементлар тўпланмайди, тарқоқ жойлашади. Ранги тиниқ бўлиб, қизғиш-пушти бўлади. Энг асосийси қаттиқ шанкр ёки унинг қолдиғи бўлади. Иккиламчи рецидив сифилисда Терида

асосан папула бўлиб (70-80 % ҳолатларда), қолган тошмалар 20-30 % ҳолатларда кузатилади. Элементлар оз, лекин катта-катта бўлади, ранги оқишроқ бўлади. Элементлар тўпланиб ҳар хил фигуралар ҳосил қилади (учбурчак, ҳалкасимон ва ярим ҳалка). Кўпинча сифилитик алопеция ва лейкодерма бўлади.

ДОҒЛИ СИФИЛИД – СИФИЛИТИК РОЗЕОЛА

Сифилитик розеола – энг кўп учрайдиган элемент бўлиб, қаттиқ шанкр пайдо бўлгандан 5-7 ҳафтадан кейин тошади. Розеола – бу доғ бўлиб, пушти-қизғиш рангли, катталиги оқ жўхоридан то чимчалоқ тирноғигача бўлади. Доғлар бир-бири билан қўшилмайди, атрофга қараб катталашмайди, соғ теридан юқорига кўтарилмайди. Панжа ёки бирор буюм билан розеола босилса йўқолиб кетади, кейин яна тезда пайдо бўлади. Розеоланинг устки қисми асосан кепаклашмайди, лекин 1948 йилда В.А.Арутюнов биринчи марта **кепаклашган розеолани** кузатган ва уни клиникасини ёзган. Ундан кейин 1951 йилда Антонев А.А. 4 аёлда **кепаклашган розеолаларни** учратган ва уларнинг қонида витамин С етишмаслигини аниқлаган. Демак, кепаклашган розеола пайдо бўлишига витамин С етишмаслиги сабаб бўлиши мумкин экан. Сифилитик розеола терининг ҳамма жойида бўлиши мумкин, лекин асосан, кўкракда, қоринда, томоқнинг икки ён томонида ва кўпроқ оёқ-қўлларда учрайди. Розеоланинг куйидаги турлари ажратилади.

Элевирующая розеола (торвоқсимон) – айрим вақтларда розеола торвоқсимон бўлиб, соғ теридан юқорига кўтарилади.

Бирлашган, қўшилган розеола – баъзан розеола жуда кўп бўлса, розеолалар бир-бири билан қўшилиб, катта эритематозли, розеолали доғ ҳосил қилади (розеола конфлюенс).

Фолликуляр ёки донатор розеола – айрим ёғ-соч фолликулалари ривожланган беморларда уларнинг устида розеола майда доначалар сингари пайдо бўлади. Рецидив розеола – иккиламчи рецидив захмда учрайди.



РОЗЕОЛАНИНГ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Иккиламчи захмдаги розеолани бошқа касалларда учрайдиган розеолалар билан ажрата билиш керак:

а) **Кизамик ва қизилчада** тошадиган розеола уткир яллиғланиш ҳарактерига эга бўлиб, кўпроқ юзда, қўлда, оёқда бўлади, куп жойларда бир-бири билан қўшилиб кетади ва сурилаётганда устки қисми кепаклашади. Касалда истима чиқади, ларингит, бронхит, трахеит симптомлари бўлади. Кизамикда оғиз шиллиқ қаватида майда таначали оқиш доғ ҳосил бўлади (симптом – Филатова қоплина).

б) **қорин тифи ва кайталанувчи тифида** – розеолаларининг тошиши касаллар умумий ахволининг оғирлаши билан бирга кечади. Розеола узи кам бўлиб, патехияга ўхшайди.

в) **Токсикодермиядаги** тошмалар уткир яллиғланиш билан кечиб, каттарок бўлади, ранги куқимтир, бир-бири билан қўшилади, усти кепаклашади, бадан кичишиб туради.

г) **Жибернинг пушти ранги темирatkиси** – ҳосил булган доғлар пушти рангли, размери катта, устида кепаклашиш бўлиб, худди "гижимланган папирос коғозига" ўхшайди.

д) **Теридаги мармарсимонлик** – кўпинча касал ечинганда майда кон томирлар капиллярлари хаво таъсирида кенгаяди ва худди розеолага ўхшаш доғлар пайдо бўлади. кўпинча буни врачлар адашиб розеола деб уйлайди. Розеоладан фарқи яхши қаралса атрофида майда томирлар ўртада соғлом тери бўлади, сифилитик розеолада эса атрофида соғлом тери бўлади. Агар касалга иш қилдирилса ёки териси ишқаланса "мармарсимон" тери йўқолиб кетади, розеола бўлса янада аниқ бўлиб қолади.

е) **Ранг-баранг темиртки** – ҳосил бўлган доғлар ҳар хил рангда бўлиб оч-пуштидан, тўқ-жигаррангача бўлади, усти кепаклашиш кузатилади. Бир-бири билан қўшилиб катта соҳаларни (участка) ҳосил қилади. Агар доғни 5% йод эритмаси билан суртилса тўқ ранга бўялади.

ТОКСИКОДЕРМИЯ



ЖИБЕРНИНГ ПУШТИ РАНГ ТЕМИРАТКАСИ



РАНГ БАРАНГ ТЕМИРАТКИ



ПАПУЛАЛИ СИФИЛИ

Папулалали сифилид иккиламчи захмда кўп учраб, 70-80% холларда иккиламчи рецидив захмда бўлади. Папуланинг куйидаги турлари учрайди: а) лентикуляр, б) милиар, в) нуммуляр (тангачасимон (монетовид)), г) псориазсимон шаклли, д) намланувчи (мокнуший).

1. Лентикуляр (ясмиқсимон) папулали сифилид.

Иккиламчи сифилидлар ичида энг кўп учрайдиган формаси бўлиб, асосан ясмиқ размеридаги тугунчалардан иборат. Тугунча асосан тўғри юмалоқ шаклда бўлиб, чегаралари аниқ, яримшарсимон формада, қаттиқ эластик консистенцияли, размери ясмиқдан то нўхотгача (0,8-0,5 см диаметри) бўлади. Тугунчалар атрофга қараб катталашмайди, бир-бири билан қўшилмайди, шунинг учун ҳаммасининг ўлчами бир хил бўлади. Тугунчалар ранги бошида пушти-қизил, кейинчалик эса тўқ қизил-гилос рангида бўлади. Папулани устки қисми силлик, ялтирок, папулалар устки қисмида тери ўзгармаган бўлади, Фақат папулалар сурилаётган пайтида, устки қисмидаги тери кўча бошлайди. Тангачаланиш (пўст ташлаш) олдин марказдан бошланиб, кейин атрофга қараб тарқайди ("Биет ёқачаси"). Кейинги вақтларда терининг кўчиши, худди параспсориаздаги каби "облаткасимон" бўлиши кузатилмоқда. Бу баъзан диагноз қўйишни

қийинлаштиради. Папулалар асосан касални безовта қилмайди, лекин папула марказига зонд билан босилса, бемор шу жойда қаттиқ оғриқ сезади (**Ядассон симптоми**). Лентикуляр папулалар кўпинча, розеола билан биргаликда учрайди. 4-8 хафтадан кейин уз-уздан аста-секин сурилиб кетиб, ўрнида жигар рангли пигментли доғ қолади. Кейинчалик доғ ҳам йуқолиб кетади. Баъзан касалга захмнинг яширин даврида ёки бирламчи захмнинг бошланишида, янгидан захм юкса (суперинфекция) қаттиқ шанкр атрофида майда регионар лентикуляр папулалар тошади. Бу папулалар иккиламчи захм элементларидан анча аввал тошади, шунинг учун бундай касалларни кўпроқ даволаш керак.

Лентикуляр сифилиднинг қуйидаги шакллари бор:

а) **Себореяли папулали сифилид** – бу формада асосан элементлар безлари ривожланган жойларда жойлашади. Пешонанинг соч билан чегарадош қисмида (), бурун-лаб, бурун-юз бурмаларида, бошнинг сочли қисмида кўпроқ учрайди. Папулалар усти силлик булмай гадир-будир сарғиш – рангдаги пўстлоғ билан қопланган (Венера боши).

б) **Псориазсимон сифилид** – лентикуляр папулалар устки қисмида оқиш, куп микдордаги кепаклашиш пайдо бўлади. Бу папула псориаз папуласини эслатади.

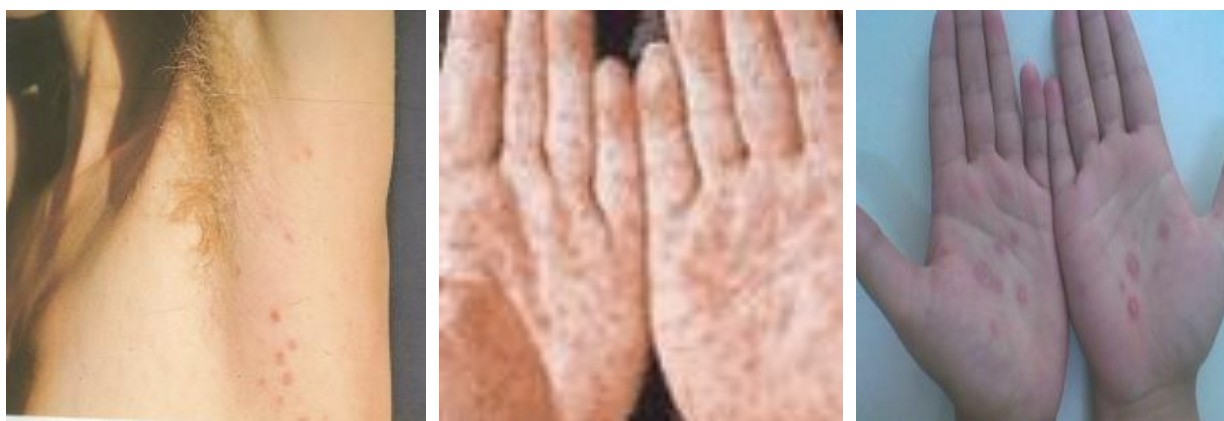
Диагноз қуйишда шунга эътибор бериш керакки, псориаз папуласи атрофида, кизгиш рангидаги халка бўлади.

ПАПУЛЫ СИФИЛИДНЫЕ





ПАПУЛЫ СИФИЛИДНЫЕ



2) Милиар папулёз сифилид – бу папула жуда кам учрайдиган формаси бўлиб, асосан қоринда, кўкракда ва елкада жойлашади. Майда-майда тугунчалар тўғноғич бошидек келадиган папулалар, ранги қўнғир-қизил бўлиб, яримшарсимон ёки конус шаклида бўлади. Милиар папулалар соч фолликулалари оғзи атрофида жойлашади, ҳамда захмдан ташқари сил касали билан оғриган беморларда учрайди. Баъзан айрим усмалар бўлиб, панжа билан силаганда "кирғич" симптоми мусбат бўлади. Милиар папула тошганда касалларда истима чиқиши мумкин. Бошқа сифилидлардан фарқ қилиб милиар папула захмга қарши ишлатиладиган дорилар таъсирида жуда секин сурилади. Сурилганда ўрнида кичкина атрофик тиртик қолади, кейинчалик секин-аста билинмай кетади. Милиар папулани сил касалидаги лихеноид папула билан ажрата билиш керак. Сил касалида папула кўпинча ёш болаларда бўлиб, сарғиш, юмшок бўлади. Касалларда ўпкада сил касаллиги аниқланади, серологик реакциялар манфий бўлади.

3) Нуммуляр папулали сифилид

Асосан иккиламчи рецидив захмда учраб, асосан лентикуляр папула билан бирга учрайди, лекин ундан узининг катталиги, (15-20 тийинлик тангадек), ҳамда инфилтратнинг куплиги билан фарқ қилади. Папулалар оз микдорда бўлиб, группа-группа жойлашади, ранги кунгир-қизил бўлади. Баъзан нуммуляр папула, лентикуляр папула билан бирга жойлашиб ҳар-хил шакл ташкл қилади:

а) ўртада катта нуммуляр папула, атрофида ҳар томонда майда лентикуляр папула, худди бомба портлагандаги чуқурчани эслатади, - бунини Корумбиформный папулали сифилид дейилади.

б) ўртада катта нуммуляр папула, атрофида бир хил масофада жойлашган лентикуляр папула бўлса, бунини кокардсимон папулали сифилид дейилади.

ПАПУЛЫ СИФИЛИДНЫЕ



4) Товон ва кафтдаги папулез сифилид

Товон ва кафтда жойлашган папулез сифилидлар, кўпинча алоҳида жойлашади, баъзан иккиламчи рецидив сифилиса тўпланиб ҳар хил шакллар ҳосил қилади.

Қуйидаги шакллари маълум:

а) **чечевицасимон тури** – кафт ва товонда ясси сарғиш-қизил рангдаги мошдек келадиган, атрофи яллиғланмаган тугунчалар пайдо бўлади. Устки қисми қаттиқ пўстлоғ билан қопланган бўлиб, пальпацияда остида қаттиқ инфильтрация бўлади.

б) **ҳалкасимон тури** – асосан 3-4 йилдан кейин иккиламчи рецидив захмда учрайди. Бунда папулалар тўпланиб ҳар хил шакллар – ҳалқа, учбурчак ҳосил қилади.

в) **шоҳсимон тури** - беморни кафт ва товонларида 1-2 та папула ҳосил бўлиб, уларнинг устки қисми қаттиқ, қалин шоҳсимон қават билан ёпилади. Ҳосил бўлган элемент қадоқни (мозол) ёки сўғални эслатади.

г) **Кенг тури** – доимий травма натижасида алоҳида жойлашган папулалар бирлашиб катта бляшка ҳосил қилади. Пилакча (бляшка) диаметри 3-5 см, нотўғри шаклда, устки қисми шоҳсимон қават билан қопланган бўлади.

5) Намланувчи папулали (сув чиқадиган) сифилид

Агар лентикуляр папулалар кўп турмайдиган, ишқаланадиган жойларда (жинсий аъзолар (органлар), чов, қулоқ ости, орқа пешов атрофи, панжалар ораси, кўкрак беги ости) кузатилса аста-секин ўзгаради. Папулалар юзаси шилиниб эрозия ҳосил бўлади (эрозив папула), кейинчалик эрозия юзасидан сув чиқади (намаланадиган (сув чиқадиган) папула). Агар эрозив папула юзасига иккиламчи инфекция қўшилса (шиллик қаватда жойлашганда) эрозия ярага айланиши мумкин (ярали папула). Кўп ишқаланиш натижасида папулар юзасида ўсимталар пайдо бўлади, папулалар катталашади ва **вегетатив, гипертрофик** папулалар ҳосил қилади, баъзан сербар (широкая) кондилмага айланади.

Сербар кондиломалар – йирик папулалар бўлиб, бир-бири билан қўшилиб, теридан кутарилиб туради, зич консистенцияга эга бўлиб, сербар асосида туради, юзи эрозияланган бўлади.

НАМЛАНУВЧИ ПАПУЛАЛИ ИККИЛАМЧИ ЗАҲМДА



ПАПУЛАЛИ СИФИЛИДНИ ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Папулалар сифилидни куйидаги касалликлар билан ажрата билиш керак:

Қизил ясси темирлатки – бу касалда папулалар шакли ва бўлиб, ўзига хос тарзда мумга ўхшаш ялтираб туради. Папулалар юзасининг ўртасида киндиксимон чуқурчаси бор. Папулалар устки ёғ билан суртганда тўрсимон (сетка) манзара кўринади («**Уикхем тўри**» симптоми). Касаллик қичишиш билан кечиб, қашлаш натижасида жароҳатланган жойларга янги папулалар чиқади («**Кебнер**» симптоми).

Парапсориаз – бу касалликда майда пушти қизил рангдаги, юмшоқ папулалар пайдо бўлиб, устида облаткасимон кепаклашиш бор. Парапсориаз элементлари оғиз бўшлиғи шиллиқ қаватига тошмайди. Ҳозирги вақтда парапсориазли захмдан ажратиш қийин, шунинг учун яхшиси касални билиш учун стационарга ётказиб текшириш керак.

Псориаз – бу касалликда папулалар чекка томонларга қараб катталашади, бир-бири билан қўшилиб катта пиллакча (бляшка) лар ҳосил қилади. Папулалар атрофида қизил яллиғланиш бор, устки қисмида эса кумуш ранг-окиш пўстлоғ бор. Папулалар устини тирнаганда учта феномен стеоринли доғ, псориастик пленка, нуктали конаш бўлади. Элементлар атрофида инфильтрат йук, полиаденит бўлмайди ва бошқа белгилар билан захмдаен фарқ қилади.

4) **Ёлғонсифилитик папула** – аёллар жинсий лабнинг киргокларида мошдек, каттик, юмалоқ тери тубидан кутарилиб турувчи папулалар ҳосил бўлади. Луарнинг юза қисми, курук, ялтирок бўлиб ҳеч қачон эрозия ҳосил қилмайди. Папула атрофида ҳеч қачон яллиғланиш бўлмайди. Кўринишида сифилитик папулани эслатади, шунингдек учун касал больницага ётқизишиб, ок спирохетага анализ олиниб, серрореакция текширилади.

5) **Вегетатив пурсилдок.** Бу касалликни вегетатив папула билан ажрата билиш керак. Пурсилдок учун касалнинг умумий ахволининг оғирлиги, эрозиянинг юмшоклиги, терининг бошқа жойларида пуфакчалар булиши, Никольский симптомининг чакирилиши характериладир. Шулар билан иккиламчи захмдан фарқ қилади.

6) **Геморрой** – геморройидал веналарнинг варикоз кенгайиши, кўпинча сербар кондиломага ўхшаб кетади. Лекин геморрой учун оғрик, конаш, тугунларнинг юмшоклиги, узок вақт давом этиши характериладир.

7) **Ўткир учли кондилома** – сербар кондиломадан узининг ингичка "оёқча" туриши билан фарқ қилади.

8) **Контагиоз моллюск.** Бу касаллик вирус этиологияли бўлиб, жинсий олатларда жойлашганжа куп микдорда бўлади, пинцент билан бир-биридан ажратиш жуда осон. Юкоридаги касалликлар билан иккиламчи захмни дифференция килар эканмиз ҳамма ҳолатларда ҳам асосий ролни лаборатория уйнайди. Иккиламчи захм элементлардан ок спирохета топиш, серологик вассерман реакциясининг мусбат булиши масалани хал қилади.



ПУФАКЧАЛИ ЁКИ ГЕРПЕССИМОН СИФИЛИД

Сифилиднинг бу тури жуда кам учрайди. Асосан касалликнинг 1-2 йилида учрайди. Асосий элемент пилакча бўлиб унинг ўлчами чимчалоқ катталигидан то 20 сўмлик тангадек келади. Пилакчалар устида тўп бўлиб, майда пуфакчалар жойлашади. Пуфакчалар катталиги тўғногич бошидек бўлиб, ичида тиниқ суюқлик бўлади. Пуфакчалар бир неча соат ичида ёрилиб, эрозия ҳосил қилади. Эрозиялар усти қаватсимон пўстлог билан қопланади. Пўстлоқ тушгандан кейин ўрнида пигментли доғ ва майда тиртиқчалар қолади. Пуфакчали сифилид тезда қайталаниши мумкин, ҳамда специфик дориларга чидамли бўлади. Бу шакли асосан захмнинг ёмон сифатли кечишида, бир хил олимлар фикрича иккиламчи янги, бошқа муаллифларнинг маълумоти бўйича иккиламчи рецидив захмда учрайди.

Пустулез сифилид папулалар ичида кам учраб, асосан иккиламчи захм билан оғриган касалларда 2-10% учрайди. Пустулез сифилид туберкулез билан оғриган беморларда, алкоголиклар, наркоманларда ва гипо- ёки авитаминозли касалларда кўпроқ учрайди.

Пустулез сифилиднинг қуйидаги турлари ажратилади:

- а) хуснбузарсимон ёки майда пустулали
- б) чечаксимон ёки катта пустулали
- в) импетигиноз
- г) сифилитик эктима
- д) сифитилик рупия

Юкоридаги учтаси юзаки жойлашган, кейинги иккитаси эса чуқур жойлашган сифилидларга киради. Юзаки жойлашган пустулез сифилидлар (К.Р.Аствацатуров) оддий кечади, чуқур жойлашганлари эса, иккиламчи рецидив захмда учраб, жараённи ёмон сифатли кечаётганидан дарак беради.

1. Хуснбузарсимон сифилид (угревидный сифилид). Сифилиднинг бу формасида элементлар асосан бошда, юзда, бўйинда, пешонада, тананинг орқасида соч фоликулалари ёки ёғ безлари ёнида жойлашади. Жароҳатланган жойда тўғноғич бошидек ёки мошдек конуссимон пустулалар пайдо бўлади. Уларнинг асоси каттиқ бўлиб, атрофидаги теридан аниқ ажралиб туради. Пустула ичидаги суюқлик тезда қатиб, сарғиш-жигарранг пўстлоқ ҳосил қилади. Пўстлоқ тушгач, ўрнида билинар-билинемас тиртиқча қолади. Акнесимон пустула иккиламчи янги захмда жуда кўп бўлиб, бутун баданни эгаллаши мумкин. Иккиламчи рецидив захмда эса оз миқдорда бўлиб, тўп-тўп бўлиб жойлашади. Акнесимон пустулалари захмни вульгар хуснбузар билан ажрата билиш керак. Вульгар хуснбузар учун элементлар атрофида ўткир яллиғланиш, сурункали кечиш, оғриқ, камедон ва ёғ пробкалари бўлиш характерлидир.

2. Чечаксимон сифилид— кам учрайдиган шакли бўлиб, кўпинча папула, розеолалар билан бирга учрайди. Жароҳатланган жойларда ярим шарсимон, мошдек келадиган пустулалар ҳосил бўлади. Элементлар атрофида қизғиш рангли инфильтрат бўлади. Пустула ўртасида киндиксимон чуқурча ҳосил бўлади. Пустула ичидаги суюқлик кўриб, пўстлоқ ҳосил қилади, пўстлоқ тушиб кетганидан кейин ўрнида атрофик тиртиқ қолади. Пустулалар асосан қўл-оёқнинг букилувчи юзасида, танада, юзда бўлади ва кўпинча 10-20 донадан ошмайди. Кўпинча захмнинг бу формасини сув чечак билан ажрата билиш керак. Сув чечак учун касалнинг умумий аҳволининг ўзгариши – иситма чиқиш, элементларнинг кўп бўлиши, асосида инфильтрат йўклиги, серологик реакциянинг манфийлиги характерлидир.

3. Импетигоноз сифилид.

Жароҳатланган жойда бошида тўқ-қизил рангли мошдан то 3 тийинлик тангадек папулалар ҳосил бўлади. Бир неча кундан кейин папула аниқ чегараланган қаттиқ инфильтратли пустулага айланади. Кейинчалик пустула қобиғи ёрилиб, ичидаги суюқлик қуриб, қалин, қават-қават сарғиш-

жигарранг, атрофи тўқ-қизил инфильтратли ҳалқа билан ўралган пўстлоғ (қалоқ) ҳосил қилади. Пастки томондан доимо суюқлик чиқиши ва пўстлоқ ҳосил бўлиши натижасида пўстлоғ қалинлашиб теридан юқорига кўтарилади. Баъзан эрозия асосида жуда кўп миқдорда сўрғичлар ўсиб чиқиб, худди малинани эслатади – бундай сифилид – **фрамбезисимон** сифилид дейилади. Элементлар асосан бошда, юзда, соқол, мўйловлар чиқадиган соҳаларда жойлашади, лекин тананинг ҳамма жойида ҳам бўлиши мумкин.

ПАПУЛАЛИ СИФИЛИД



В.В.Иванов импетигоз сифилиднинг икки хил шакли (формаси)ни ажратади:

- 1) Юзаки (чечаксимон, импетигоз, хуснбузар)
- 2) чуқур – эктима, рупия шаклли (формаси).

Юзаки формаси иккиламчи янги захмда учраб яхши кечади ва ўзидан кейин из қолдирмайди. чуқур формаси – оғир кечади, ўзидан кейин чандиқ қолдиради. Л.Н.Машкиллейсон – жуда кам учрайди импетигоз сифилид формасини ёзган, бу чуқур жойлашган трихофитияни эслатади – импетигоз сифилидни, йирингли импетиго билан ажрата билиш керак. Оддий импетиго ўткир бошланади, пустула атрофида ўткир яллиғланиш бўлади, инфильтрация бўлмайди, тез ривожланади. Керакли вақтда лаборатория текширишлари муаммони ҳал қилади.

4. Сифилитик эктима – оғир ўтадиган пустулез сифилид шаклларида бўлиб, кўпинча касал юккандан 6-8 ой кейин пайдо бўлади. Элементлар кўпроқ оёқда, камроқ баданда, юзда бўлиб, оз миқдорда 6-8 та бўлади. Эктима чиқишдан олдин касалда истима чиқади, бош оғриқ, камқувватлик, уйқусизлик, мушакларда оғриқ пайдо бўлади. Терида 2 см дан то 5-6 см гача (50-100 сўмлик танга) катталиктидаги чуқур жойлашган пустула ҳосил бўлади. пустула усти қора-қўнғир рангли пўстлоғ (қалок) билан қопланади. Эктима икки хил (**юзаки, чуқур жойлашган**) бўлади. Пўстлоғ тушгандан кейин ўрнида чуқур, чеккалари нотекис юмалоқ ёки овал шаклдаги яра ҳосил бўлади. Яра битганида ўрнида чандик қолади. Сифилитик эктимани – вульгар эктимадан ажрата билиш керак. Вульгар эктимада оғриқ, элемент атрофида яллиғланиш бўлади, лекин қаттиқ инфильтрат йук.

5. Сифиликти рупия. Бу ҳам сифилитик эктима каби бошланади, лекин процесс атрофга ва ичкарига қараб тарқалади, усти қисми конуссимон ёки тўнтарилган карзинкасимон пўстлоғ билан қопланади. Касалликни аниқлашда уни вульгар рупия билан ажрата билиш керак.



СИФИЛИТИК АЛОПЕЦИЯ

Сифилис билан оғриган касалларда соч тўкилиши асосан организмнинг оқ спирохета токсинлари билан заҳарланишининг ҳамда нерв системаси

жароҳатланишининг дастлабки белгиларидир. Сифилитик алопеция асосан иккиламчи рецидив захм билан оғриган беморларда учраб, уч хил бўлади:

1) майда ўчоғли; 2) диффуз; 3) аралаш.

Майда ўчоғли алопеция – бошнинг сочли қисмида бир хил жойлашган, ясимқдек келадиган думалоқ ёки овал шаклли ўчоғларда сочлар сийраклашиб қолади. Бу манзара куя тушган мўйнага ўхшайди. Қолган сочлар касаллик ўчоғида ўзгармайди, терида чандиқ, пўст ташлаш бўлмайди. Майда ўчоғли алопеция, соқолларда, қошда, киприкларда ҳам учрайди. Қошда учраган шакли жуда ҳарактерли бўлиб, буни Фурнье "*омнибус*", Григорев "*трамвай*" симптоми деб атаган. Киприклар зарарланганда бирин-кетин тушиб, бирин-кетин чиқади, шунинг учун шотини ёки пилапояни (зинопояни) эслатади. Буни биринчи Пинкус ёзган бўлиб – Пинкус симптоми дейилади.

Диффуз алопецияда соч айрим жойларда тўқилмайди, балки сийраклашади, бу кўриниш худди оғир инфекцион касалдан кейин тўқилган сочни эслатади.

Аралаш алопецияда – майда ўчоғи ва диффуз алопеция бирга учрайди.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Сифилитик алопецияни соч тўкилиши, парша ва юзаки трихофитиядан ажрата билиш керак.

1. Оддий соч тўкилишида – касаллик ўчоғи катта ва кам бўлади (1-3 тагача), жароҳатланган жойда соч бутунлай тўқилади, атрофидаги соч осон юлинади.

2. Фавусда эса бошнинг жароҳатланган жойида, скутула ва чандиқ бўлади.

3. Трихофитияда – жароҳатланган жойда кепаклашиш бўлади ва соч синади.

СИФИЛИТИК АЛОПЕЦИЯ



СИФИЛИТИК ЛЕЙКОДЕРМА

Сифилитик лейкодерма – биринчи марта пигментли сифилидни 1854 Гардал ёзган, 1883 йил Нейссер лейкодерма деб ном берган. Лейкодерма кўпроқ аёлларда учраб, асосан бўйиннинг ён қисмида, кўкракда учрайди (*Венера маржони*), лекин қўлда, елкада, қоринда, баъзан оёқларда ҳам учраши мумкин. Жароҳатланган жойни атрофида гиперпигментланган жияк билан ўралган оқ доғ ҳосил бўлади. Доғни катталиги ясимқдан то 10 сўмлик тангачали бўлиб, юмалоқ, овал шаклда бўлади. Лейкодерма бир-биридан ҳар хил узоқликда жойлашади, лекин ўлчами бир хил бўлади. Сифилитик лейкодерма кепаклашмайди (шўрлашмайди) ва касални безовта қилмайди.

Лейкодермани уч хил тури маълум:

А) доғсимон,

Б) тўрсимон,

В) мармарсимон.

Доғсимон формасида – доғлар бир-биридан алоҳида жойлашиб, бир-бирига қўшилмайди.

Тўрсимон шакли (формаси) да – доғлар бир-бири билан қўшилиб, тўр ҳосил қилади.

Мармарсимон формасида – оқ доғлар атрофидаги гиперпигментация камроқ билинади шунинг учун тери ифлосга ўхшаб кўринади.

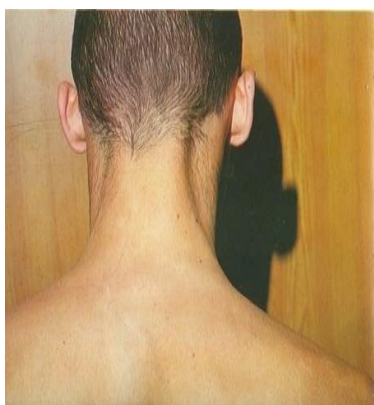
Сифилитик лейкодерманинг дифференциал диагностикаси ҳазакам (ёлғон) лейкодермадан ажрата билиш керак. Булар

1) псориаз,

2) пуштиранг темиртки,

3) парапсориаз ва бошқалардан кейинги иккиламчи доғлар.

СИФИЛИТИК СОЧ ТЎҚИЛИШ (ЛЕЙКОДЕРМА)

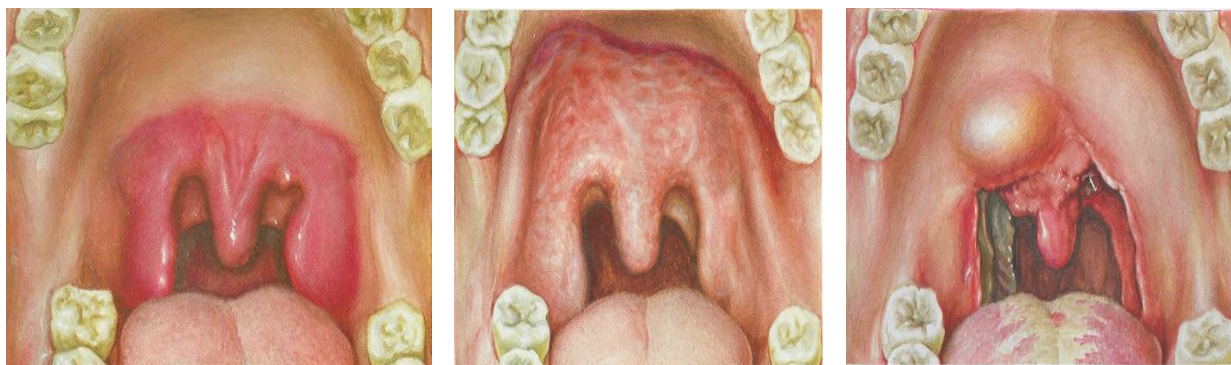


ИККИЛАМЧИ ЗАХМНИНГ ШИЛЛИҚ ҚАВАТЛАРИНИ ЖАРОҲАТЛАНИШИ

Иккиламчи захмда оғиз бўшлиғи, ҳалқум, танглай ва аёллар жинсий аъзоларининг шиллиқ қаватларини ҳам жароҳатлайди. Шиллиқ қаватларда куйидаги сифилидлар учрайди: доғлар (эритема), папула (эрозия), пустула, яралар.

Шиллиқ қаватдаги эритемалар – асосан ранги билан шиллиқ қават рангидан унча фарқ қилмайди, шунинг учун аниқлаш қийин. Фақат бадан безларида эритемали ангинадан фарқ қилиб касални безовта қилмайди, чегараси аниқ, ранги тўқ-қизил, истима чиқмайди ва бошқалар. Шиллиқ қаватдаги папулали сифилид – шиллиқ қаватда жойлашган папулалар кўпинча бир-бири билан қўшилиб катта пиллакчалар ҳосил қилади, тезда эрозияга айланади, айрим вақтларда ярага айланади. Папула билан овоз бойламлари жароҳатланса овоз бўғилиб қолади. Бундай касаллар оилада атрофидагиларга жуда хавфли бўлади, чунки жуда кўп микдорда эрозиялардан оқ спирохета ажралади.

Шиллиқ қаватдаги пустулали сифилид – жуда кам учраб, захмнинг ёмон сифатли кечишини кўрсатади. Ҳосил булган яра захмни эслатмайди, бошқа яраларга ўхшайди. Фақат сифилиснинг бошқа белгиларига қараб диагноз қўйилади.



ЗАХМНИНГ УЧЛАМЧИ ДАВРИ

Учламчи захм асосан касаллик юккандан кейин 3-5 йил утганда ривожланади, баъзан эса бу давр 30-40 йилга чузилиши мумкин. Хамма сифилис билан огриган беморларда учламчи захм бўлиши шарт эмас, асосан ёмон даволанган ёки даволанмаган касалларда бўлади. Бундан ташкари учламчи захмнинг ривожланишида бошқа факторлар – хар-хил сурункали касалликлар, гипо-авитаминоз, интоксикация, уткир инфекцион касалликлар, кариялик ва бошқалар роль уйнайди. Учламчи захм клиникасидан маълумки элементлар асосан травма бўлган жойларда пайдо бўлади. Буни биринчи маротаба В.М.Тарновский ёзган, шунинг учун **Тарновский симптоми** хам деб аталади. Учламчи захм сифилидлари иккиламчи захм сифилидларидан куйидагилар билан фарк қилади:

1) Учламчи захм сифилидлари терининг чуқур катламларида жойлашади, қаттиқ инфильтрат ва яралар ҳосил килиб, кейинчалик чандик колдиради.

2) Учламчи сифилидлари маълум бир соҳаларда жойлашиб, микдори жихатдан битта-иккитадан гумма унтагача думбокча бўлади.

3) Учламчи сифилидларда ок спирохета жуда кийин ва кам топилади, шунинг учун улар унчалик юкумли эмас.

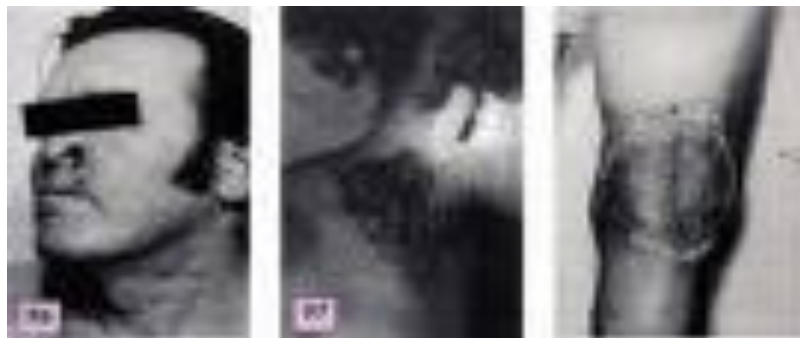
4) Учламчи захмда бир вақтда, теридан ташкари, ички аъзолар, нерв тизими жарохатланиши мумкин.

5) Учламчи сифилидлар териға тошганда касални ҳеч нарса безовта қилмайди.

6) Учламчи актив захмда серологик реакциялар 60–70% бўлади ҳалос.

7) Учламчи сифилидлар, секин, узок вақт ривожланади, атрофида яллигланиш булмайди.

8) Учламчи сифилидлар специфик даво тарзида тезда сурилиб кетадилар.



УЧЛАМЧИ ЗАХМДА АСОСАН ҚҲЙИДАГИ ЭЛЕМЕНТЛАР БЎЛАДИ:

1. Учламчи эритма ёки Фурньенинг кечки учламчи розеоласи.
2. Дўмбоқчали сифилид.
3. Чуқур жойлашган тугунли сифилид ёки гумма.

УЧЛАМЧИ ЗАХМДАГИ ЭЛЕМЕНТЛАРИ



УЧЛАМЧИ ЭРИТЕМА (РОЗЕОЛА)

Учламчи эритема жуда кам учраб, асосан касалликнинг 4-8 йилида пайдо бўлиши мумкин. Учламчи розеола, диаметри 5-15 см келадиган халкасимон, оқиш пушти рангли, тугри формали доғдир. Ушлаб қурилганда қаттиқ эмас, нормал теридан кутарилмайди, устки юзаси кепаклашмайди ва касални безовта қилмайди. Купрок сон, тананинг ва бел қисмида жойлашиб, думбоқчали сифилид билан бирга учрайди. Учламчи розеола сурилганда усти қипиклашади урнида билинар – билинмас атрофик қандик қолади.

Фурнье учламчи розеоланинг қуйидаги узига хос хусусиятларини аниқлаган:

1. Элементларнинг чегараланган, аниқлиги,
 2. Догларнинг катталиги ва камсиклигини
 3. Элементларнинг халка, гирлянд каби формаларда жайлашиши,
 4. Розеолалар симметрик жойлашади ва доимий чиқадиган жойлари бўлади.
 5. Секин, сурункали кечиши
 6. Баъзан учламчи розеолани гумма ва думбокчалар билан бирга учраши,
 7. Окибатнинг яхшилик билан тугаши.
- Учламчи розеола, иккиламчи розеоладан катталиги, баъзан юзасида кепакланиш бўлиш ва узидан кейин атрофик чандик колдириш билан фарк қилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ:

Баъзан учламчи розеолани.

Кўп шаклли экссудатив эритема.

Жибернинг пушти темираткиси билан ажрата билиш керак.

ДЎМБОҚЧАЛИ СИФИЛИД

Дўмбоқчали сифилид учламчи захм элементлари ичида энг кўп учрайдиган бўлиб, 60-70% касалларда учрайди. Дўмбоқча асосан терининг ретикуляр қаватида жойлашган бўлиб, олча данагидек келадиган, яримшарсимон шаклида, четлари тўғри, чегараси аниқ, тўқ-қизил рангли элементдир. Дўмбоқча атрофига караб ўсмайди, ўткир яллиғланиш белгилари

бўлмайди. Дўмбоқчалар юзи аввалига силлиқ бўлиб, кейинчалик аста-секин сўрила бошлайди.

Дўмбоқчалар сўрилиш икки хил бўлади: "Қурук" йўл билан ҳамда "яра" ҳосил қилиш йўли билан:

1. «Қурук» йўл билан сўрилганда, дўмбоқча кичрайиб, устки қисми тангачалар билан қопланади, аста-секин сурилиб кетиб ўрнида чандиқли атрофия атрофида эса пигментли доғ қолади.

2. Яра ҳосил қилганда дўмбоқча маркази юмшаб, инфильтрат ирийди ва чеккалари қаттиқ, теккис, чуқур жойлашган яра пайдо бўлади. Яра туби нотекис, сероз-йирингли чириган хужайра билан қопланган бўлади. Яра битгандан кейин ўрнида пигментли (мозаик) чандиқ қолади.

Дўмбоқчанинг қуйидаги турлари маълум:

А) Гуруҳлашган (тўп-тўп) бўлиб жойлашган (сгруппированный)

Б) Ўрмаловчи (серпигинациялайдиган),

В) Карликовый (митти),

Г) "Майдончали" дўмбоқчали сифилид ("площадка").





1. Гурухлашган бўлиб жойлашган дўмбокчали сифилид.

Думбокчали сифилиднинг бу формаси асосан кул-оёқларда, бошда, юзда, белда, жинсий органларда купрок учраб, гурух-гурух бўлиб учрайдиган думбокчалардан иборат. Думбокчалар бир-бири билан бирлашмай алохида-алохида жойлашади. Булар худди якиндан отилган ук сингари бўлиб жойлашади. Думбокчалар хаммаси бир вақтда пайдо булмай хар-хил вақтда тошадилар, шунинг учун хар-хил ривожланиш даврида бўлади. Бунинг натижасида ҳосил бўлган чандик ҳам хар хил бўлади, янги, эски (ок-қизил), чуқур-юзаки, яъни мозаикани эслатади. Думбокчани сурилишидан ҳосил бўлган мозаик чандик жуда ҳам захм учун характерли бўлиб, кейинчалик чандикка ҳам караб, касал учламчи захм билан огриганини аниклаш мумкин.

2. Серпигинациялайдиган (ўрмаловчи) дўмбокчали сифилид

Думбокчали сифилиднинг бу формасида ҳосил бўлган думбокчалар уртадан битиши билан, атрофидан яна янги думбокчалар ҳосил бўлиб, бир-бири билан қўшилиб, атрофга караб катталаша боради. Бунда касаллик худди урмалашганга ухшаб бир томонга ёки марказдан четка (эксцентрик) таркалади. Даволанмаса узок вақт давом этади.

3. Карликовый (митти) думбокчали сифилид.

Бу форма жуда кам чураб, бунда тарикдек келадиган, тук-қизил рангли думбокчалар ҳосил бўлади. Карлик думбокчали сифилидлар касал юкканда

15-30 утгандан кейин пайдо бўлади. Яра ҳосил килмай сурилади ва урнида чандикли атрофия қолади.

4. "Майдончали" думбокчали сифилид (площадка).

Бу формаси ҳам жуда кам учраб, асосан қафтва товонда жойлашади. Жарохатланган жойда диаметри 8-10 см келадиган бляшкасимон инфилтрат ҳосил бўлади. Инфилтрат, кунгир-қизил раншгли, қаттиқ, соғ теридан кутарилиб туради, лекин алохида думбокчали куринайди. Сурилгандан кейин теридан чандик ёки атрофия қолади.



ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА

Думбокчали сифилидни аниқлаш учун уни қуйидаги касалликлар билан ажрата билиш керак:

1. Сил волчанкаси,

2. Пушти ранг хуснбузар,

3. Сурункали пиодермия.

Сил волчанкаси учун дўмбоқчаларнинг сарғиш ранги, юмшоқлиги, "зонд", ҳамда "олма желеси" феноменларининг чақирилиши, энг характерлиси чандиқ устида янги дўмбоқчалар чиқишидир.

Пушти ранг хуснбузарда – ҳосил бўлган папула, пустулалар атрофида яллиғланиш бўлади, жароҳатланган жойда майда капиллярларнинг кенгайиши – телеангиэктазия кузатилади.

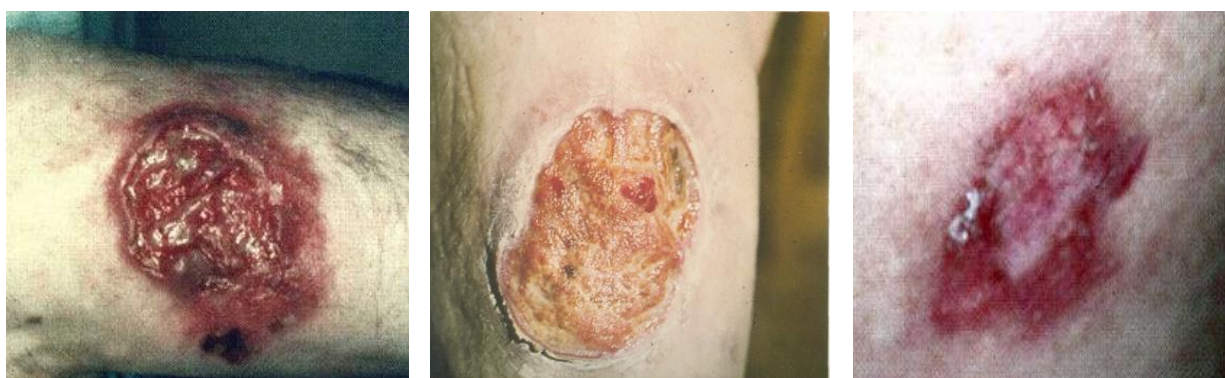
ЧУҚУР ТУГУНЛИ СИФИЛИД – ТЕРИ ОСТИ ГУММАСИ

Касаллик бошланишда тери остида ёғ клетчаткаларида биринчи нўхотдек келадиган тугун пайдо бўлади. Пайдо бўлган тугун дастлаб қаттиқ эластик консистенцияли, оғриксиз, атрофдаги тери ва тўқималарга қўшилмаган, бемалол ҳаракат қиладиган бўлади. Аста-секин тугунлар бирлашиб кетади. Бошланишида тугун устидаги тери ўзгармаган бўлса, кейинчалик қизил, тўқ-қизил, кўкимтир бўлади. Тугуннинг ўртаси юмшайди, флюктуация пайдо бўлади ва тери тешилиб, яра ҳосил бўлади ва ундан ёпишқоқ, елимсимон суюқлик чиқади. Бу суюқлик елимга (гумми арабика) ўхшагани учун тугун - гумма деб аталади. Гумма тешиги катталашиб, гуммоз яра ҳосил қиладди. Гумма яраси юмалок формада бўлиб, чуқур жойлашган. Чеккалари қаттиқ худди қадоқ сингари, тубига тик бўлиб тушади. Гумма туби ириган инфильтрат қолдиқлари сарғиш-оқ рангли масса – гумма стерженини ҳосил қиладди. Озгина вақт ўтганидан кейин стержен чиқиб кетиб яра тозаланади ва чандиқ бўлиб битади. Гумма чандиғи ўзига хослиги билан характерланиб туради, яъни қаттиқ, ўртаси тортилган бўлиб, юлдузсимон кўринишида чандиқ бўлади.



ГУММАНИ 2 ХИЛ ЭВОЛЮЦИЯСИ

Гумма ҳам икки хил йўл билан сўрилади: биринчи юқорида айтилгандек яра ҳосил қилиш йўли билан; иккиламчи "қуруқ" йул билан бунда гумма аста-секин сўрилиб ўрнида чандиқ қолади. Баъзан учинчи хил йўл ҳам бор, бунда тугун катта бўғимлар олдида сўрилмайди ҳам, яра ҳам ҳосил қилмайди, балки фиброз тўқима билан ўралиб, тузларни чўкиши натижасида беморнинг бутун умри давомида сақланиб қолади. Буни фиброзли гумма ёки бўғим олди тугуни дейилади. Шундай қилиб гумманинг иккита шакли бор – "майдончали" гумма ва бўғим олди тугуни. "Майдончали" гумма диаметри 6-8 см келадиган ясси инфилтрат шаклида жойлашади. Бу инфлътрат бир нечта гумманинг қўшилиши натижасида ҳосил бўлади. Гумма ярасига иккиламчи инфекция қўшилса ёлинли яллигланиш фил оёғи (слоновость) каби касалликларни чақиритиш мумкин, баъзан гангрена, фагаденизм бўлиши ҳам мумкин.



ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Гуммани куйидаги касалликлар билан дифференциал диагностика қилиш керак: липома, атерома, склофулодерма, рак яраси, қаттиқ шанкр, актиномикоз, тери лейшманиози, Базеннинг индуратив эритемаларидан.

Липома – гуммадан фарк қилиб юмшок бўлади, тери билан қўшилмаган, ушлаб қурилганда булакчалардан иборат. Устидаги тери узгармайди, яра ҳосил қилмайди.

Атерома – гуммадан фарқи узок давом этади, лекин липомадан қаттиқрок, баъзан йиринглайди.

Рак яраси – гуммадан фарқи қилинади: Яра чеккалари қаттиқ, соғ теридан юқорига кўтарилган ва чеккалари ташкарига бурилган бўлади. Туби тезда қонайди грануляция билан копланган, гумма стержени йук. Рак яраси огрийди, уни якинидаги лимфа безлар қаттиқ, метастаз беради. Бемор тезда озиб кетади, касалликни ривожланиши тез бўлади.

Қаттиқ шанкр – агар гумма жинсий органда жойлашса қаттиқ шанкрдан ажратиш керак. қаттиқ шанкр ярасида гумма стержени йук, регионар лимфоузел катталашади, оқ спирохета ярадан олинган материалда топилади.

Актиномикоз – узок давом этади, қаттиқ гадир-будирли тугунлар ҳосил қилади. Тугунлар бир-бири ва тери билан қўшилиб кетган, ранги кукиш бўлади. Жуда кўп оқма яралар (свишлар) бўлиб, улардан қаймоқсимон йиринг чикиб туради.

Тери лейшманиозида яра атрофида шиш, кизариш бўлади. Яра юмшок, гумма стержени йук, лимфонгоит бўлади. Асосан очик жойларда учради, касал анамнези катта ахамиятга эга.

Скрофулодерма ярасининг четлари юлинган, юмшок осилиб турадиган бўлади унда фистулез йулар учрайди. Яра туби конаб турган

грануляциялар билан копланган бўлади. ҳосил бўлган чандиклар куприксимон бўлади.

ШИЛЛИҚ ПАРДАЛАРДАГИ УЧЛАМЧИ СИФИЛИДЛАР

Учламчи сифилидлар шиллик пардаларнинг ҳамда жойларида жойлашиши мумкин. Лекин купинча қаттиқ ва юмшок танглай, тил, кичик тилга, бурун тусикларида учрайди. Купинча думбокчали сифилид, баъзан гумма учрайди. Учламчи сифилидлар каерни жароҳатласа уша ердаги тери, тоғай ва суяк тўқималарини ҳам емиради. Агар бурун шикастланган булса, бурун кирраси (усти) ириб кетади, бурун эгарсимон шаклга кириб қолади. Агар бурун тусиклари жароҳатланса, у тушиб бурун бушликлари қўшилиб кетади. Қаттиқ ва юмшок танглайдаги учламчи сифилидлар танглайнинг тешилишига олиб қолади ва оғиз бушлги билан бурун бушлиги қўшилиб кетади. Бунда овкатланиш вақтида овкат оғиз бушлигидан бурунга утиб кетадиган бўлиб қолади. Агар гумма тилда жойлашса жароҳатланиш икки хил кечиши мумкин:

Алохида жойлашган гумма,

Диффуз таркалган склероз шаклида

Агар тилда гумма жойлашса, у аста-секин тешилиб яра ҳосил қилади, яра эса битиб, чандик қолади, провардида тил бир томонга букилиб қолади. Таркок склероз формасида тил шишади, силлик бўлиб, сургичлари йуқолади. Тил куқимтир ранг олиб, кичрайиб, қаттиқ бўлиб қолади. Бу ҳолда гапириш, овкатланиш кийинлашади.

ЗАХМДА СУЯКЛАРНИНГ ШИКАСТЛАНИШИ

Захмнинг бирламчи даврида, қаттиқ шанкр пайдо бўлганда 5-6 ҳафта утгач, суякларда оғриқ пайдо бўлади. Бу оғриқ эса айниқса кечаси кучаяди. Даво бошлангандан кейин, оғриқ тезда тухтайди. Иккиламчи захмда 10% ҳолларда таркок периостит ва остеопериостит бўлади. Даводан кейин у ҳам

тузалади. Учламчи даврда 20-30% холларда суяк жароҳатланиб, суякнинг ҳамма каватиға утади – периостит. Учламчи даврда суякларнинг жароҳатланиши С.М.Рубашева классификациясида курсатилган:

а) гуммосиз чекланган ва диффуз остеопериостит

б) гуммали чекланган ва диффуз остеопериостит

в) диффуз ва чекланган остеопериостит

Гуммосиз остеопериоститда – суякларнинг устки кисмида, қаттиқ, огрийдиган инфилтрат пайдо бўлади, суяклар усти гадир-будир бўлиб қолади.

Гуммозли остеопериоститда – суякнинг илик кисмида гумма ҳосил бўлиб, у ё ташкарига, ёки ичкарига усади. Яра ҳосил қилиб суяк очилиб қолади.

Диффуз ва чекланган остеопериоститда – бунда суякда пайдо бўлган инфилтрат яра ҳосил қилиб, ундан суюклик чиқиб туради. Суяклар тез синадиган бўлиб қолади, баъзан синиб кетади.

СЎЗАК

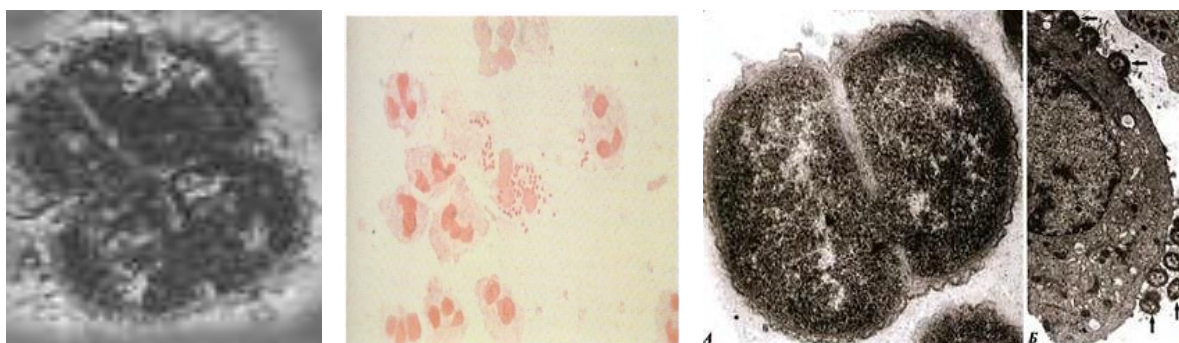
Сўзак инфекцион касал бўлиб, одамдан – одамга асосан жинсий алоқа орқали юқади.

СЎЗАКНИНГ ҚИСҚАЧА КЕЛИБ ЧИҚИШ ТАРИХИ

Сўзак касаллиги жуда қадим замонлардан маълум бўлиб, бизнинг эрамизгача бўлган V асрда Гиппократ томонидан, аёллар жинсий аъзоларидан йиринг ажралишини ёзган. Бу касалликка бизнинг эрамизнинг иккинчи юз йиллигида Гален томонидан «гонорея» «уруғнинг оқиши» деб ном берилган (*юнонча gone – уруғ, rhoia – оқиш*). Гален касал эркаклар уретрасидан оққан йирингни уруғ деб ўйлаган ва шунга асосан бу касалликка гонорея деб ном берилган. Бу ном унчалик касаллик моҳиятини тушунтиролмайди, шунинг учун турли мамлакатларда гонорея касаллиги турлича аталади. Масалан, немислар «триппер», французлар «иссиқ сийиш», чехлар «капавка» деб аташган. Лекин гонорея кўп халқлар томонидан қабул қилинган ва бизнинг давримизгача етиб келган. Гонорея сўзи русча бўлмасдан, уни ўзбекчага таржима қилишнинг ҳожати бўлмаса ҳам, қадимдан бу касаллик бизда «СЎЗАК» деб аташган, шунинг учун биз бу касалликни «СЎЗАК» деб ёздик. СЎЗАК касаллигининг келиб чиқиш тарихи, сифилис тарихи билан боғлиқ, буни сизлар сифилис булимида укигансизлар («унитаристлар», «дуалистлар», Гюнтер тажрибаси ва бошқалар). Сўзак касаллигининг кўзгатувчиси биринчи марта 1879 йилда, немис олими Браславалик Альберт Нейссер томонидан топилган бўлиб, уни касал номи билан, яъни гонорея чақирувчи кокк – гонококк деб ном берган. 1885 йилда Бум гонококкнинг соф экмасини олди. Аста-секин сўзакни даволашда ҳам катта ютуқларга эришилди. 1909 йилда олима Дембская сўзакни даволашда биринчи марта гоновакцинани самарали қўллади. 1935 йилда Домачек қизил стрептоцид билан сўзакни даволаганлиги тўғрисида маълумот берди. Антибиотик ва сульфаниламидлар чиқиши билан сўзакни даволашда янги давр бошланди.

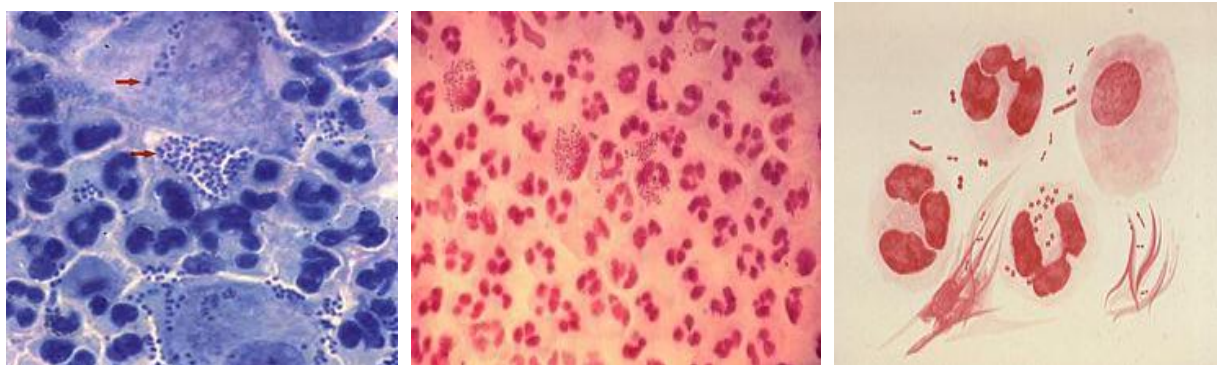
ГОНОКОККНИНГ МОРФОЛОГИЯСИ ВА БИОЛОГИЯСИ

Гонококк – бу диплококк бўлиб, улар жуфт-жуфт бўлиб жойлашади. Кўринишидан дуккаклиларга, кофе уруғига, буйракка ўхшайди ва ботиқ томони билан бир-бирига қараб жойлашади: гонококклар узунига 1,25 дан то 1,6 мкм, энига эса 0,7-0,8 мкм бўлади. Гонококк атрофида капсуласимон парда бўлиб, шулар сабабли гонококклар бир-бирига тегмайди. Касал одам уретрасидан тайёрланган материалда гонококк бир хил катталиқда бўладилар, касалликнинг сурункали шаклисида, баъзан иккала ярми тенг булмаган диплококклар пайдо бўлади, биттаси катта иккинчиси кичкина (**Н-шаклидаги диплококклар**). Касалликни нотўғри даволаганда, антибиотик, сульфаниламидлар таъсирида гонококк яна ҳам ўзгариб кетади, бунинг натижасида иккала ярми тенг катталашиб шарсимон, баъзан жуда кичрайиб – **Л-шаклига** айланиши мумкин. Бу штаммлар пенициллинга жуда чидамли бўлади, айрим гонококклар ҳатто пенициллинни парчалайдиган фермент – бета–лактамаза ишлаб чиқади. Гонококк кундаланг бўлиниш орқали кўпаядилар. Гонококклар учун хужайралар ичида жойлашиш характерлидир. Лейкоцитлар ютиб юборган гонококклар улар ичида парчаланмайди, яъни фагоцитознинг биринчи босқичи бажарилади холос. Кўпинча фагацитозни биринчи бочқичига учраган гонококклар баъзан кўпайиши ҳам мумкин, лейкоцитлар яна бошқа нарсаларни ҳам ютиши мумкин.



Баъзан гонококклар трихоманадалар ичида ҳам жойлашади, бу эса гонорея билан трихомониаз билан бир вақтда битти беморда учраганда, даволашда катта аҳамиятга эга. Гонококклар анилин буёқлари билан яхши

бўялади, айниқса 1% метилен синкасини сувдаги эритмаси ва Грам усули бўйича. Бунда гонококк грам манфий (-), қолган кокклар грам мусбат (+) бўялади.



Гонококклар оксил моддалар қўшилган мясо-пептон агарда эҳса яхши ўсадилар. Гонококк нам жойда узоқ вақт, намлик қуригунча яшайдилар. Масалан, водопровод суви остида гонококклар 1 соатдан то 52 соатгача яшайдилар. Гонококк учун энг яхши температура $36,5^{\circ}$ – 37° юқори температурада (38° да 13 соат, 40° да 3-5 соатда) 56° тезда ўлади, паст температура уларга яхши таъсир қилади. Одам организмида 40° - $40,5^{\circ}$ иситма чиқса гонококк ўлмайди, лекин фаолияти пасаяди. Совунли сувда гонококк тезда ўлади. Гонококк ўлгандан кейин ажралган эндотоксин захарлиги 100^0 қиздирилганда йўқолади. Гонококклар цилиндрик эпителий бор жойда яхши ривожланадилар-уретра, бачадон, бадачон трубкаса, кўз конъюнтиваси, тўғри ичак ва бошқалар. Гонорея касаллиги фақат одамларда учрайди, экспериментал ҳайвонларга юқтириш ҳеч қандай натижа бермаган. Лекин айрим олимлар одамсимон маймунга юқтирилганлиги тўғрисида маълумот беришганига қарамай, бошқа олимлар томонидан бу экперимент тасдиқланмаган.

СЎЗАКНИНГ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ ВА ШАРОИТЛАРИ

Сўзак касаллиги таносил касаллик ҳисобланиб, фақат одамдан одамга, асосан жинсий алоқа орқали юқади. Касаллик юқишига сабабчи омиллар бўлиб, булар маст ҳолда, қайта-қайта касал одам билан жинсий алоқа қилиш,

уретрининг кенглиги, фимоз ҳисобланади. Баъзан катталарда кўзнинг жароҳати кузатилади, бунда бемор уретрадаги йиринг билан ифлосланган қўл билан кўзни ушлаганда юқиши мумкин. Ёш болаларда (айниқса қизлар) катталар ёшдагилар билан бир кўрпада ётиш, мочалка, қўл сочиқ орқали юқиши мумкин. Булардан ташқари, агар хомиладор аёл сўзак билан оғриган бўлса, бундай онадан туғилган болада туғиш йўлларида ўтаётганда йиринг кўзига, қизларда жинсий аъзоларига тушиб касаллик чақириши мумкин. Гонорея билан ҳамма оғриши мумкин, гонореяга қарши туғма ҳам, орттирилган ҳам иммунитет бўлмайди.



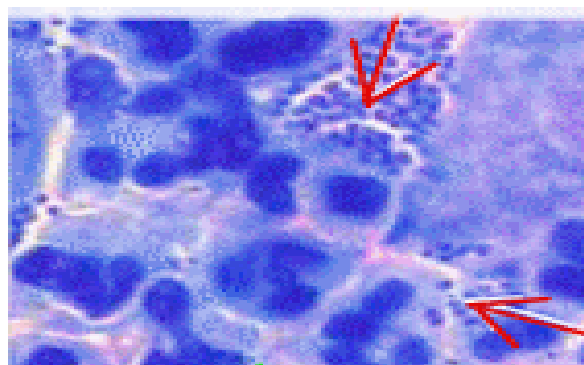
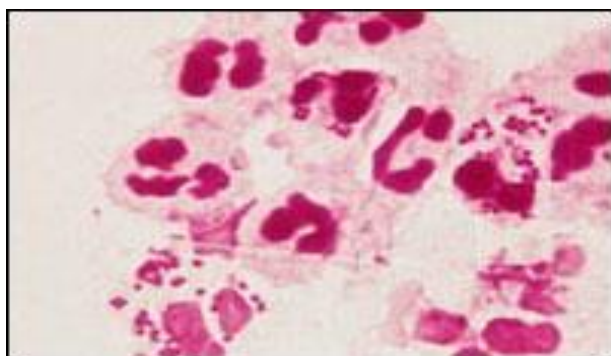
СЎЗАКНИНГ КЛАССИФИКАЦИЯСИ

Ҳозирги вақтда сўзак касаллигининг қуйидагича таснифи қабул қилинган: Янги сўзак (икки ойгача) А. Ўткир. Б. Нем ўткир. В. Торпид.

Сурункали сўзак (икки ойдан кейин)

Латент сўзак

Гонококк ташувчанлик.



ЭРКАКЛАР СЎЗАГИ

Эркакларда гонококклар асосан уретрани жароҳатлаб, уретрит чақирадилар. Агар касаллик икки ойгача муддатда давом этса янги, икки ойдан кейин эса сурункали ҳисобланади.

Ўткир гонорейли уретрит

Жинсий алоқа вақтида, агар аёл касал бўлса, гонококклар аёллардан чиққан йиринг билан бирга эркаклар уретрасига ўтади. Уретрада гонококклар кўпаяди, кейин бошқа жойларга тарқайди, ҳамда клиник ўзгариш чақиради. Гонококкнинг уретрага тушганидан то касаллик белгилари пайдо бўлган вақтгача ўтган даврини яширин давр дейилади. Бу ўртача 3-7 кунга тенг. Баъзан 1 кундан 2-3 ҳафтагача ўзгариши мумкин.



ЎТКИР ГОНОРЕЙЛИ УРЕТРИТ

Бу даврда касаллар уретрадан йиринг чиқиши, сийганда ачишиш (сийдик чиқишда яллиғланган шиллик парда тарангланиши натижасида) каби шикоятлар билан врачга мурожаат қилади. Касални кўздан кечириш вақтида қуйидагиларни кўриш мумкин: сийдик чиқариш канали лаблари қизариб, шишиб кетган, уретра инфильтрация натижасида қаттиқлашган, ушлаганда оғрийди. Баъзида шиш, қизариш жинсий олат бошчасига ҳам тарқаша мумкин. Уретрадан кўп миқдорда, сарғиш – кўкиш рангли йиринг оқиб

туради. Йиринг кўплигидан, сийдикдан кейин у тезда йиғилади ва ички кийимларда доғ қолдиради, йиринг кўпинча жинсий олат бошчасида эрозия ҳосил қилиши мумкин. Баъзан жараён ўта кучли бўлиб, уретранинг ташқи лабчалари шишиб, ташкарига қайрилган бўлади, чиқаётган йиринг қон аралаш бўлиб, қизғиш баъзан қорамтир рангда бўлади. Агар яллиғланиш уретранинг орқа қисмига ўтиб кетса, сийиш тезлашади ва сийдик охирида кучли оғриқ пайдо бўлади, сийдик гўшт ювган сувга ўхшаб қолади. Баъзан орқа уретра билан бир вақтда уруғ думбоқчаси (семенной бугорок) ҳам яллиғланади. Бунда тез-тез, оғриқ билан кечадиган эрекция ва поллюция бўлади.

ТОМПСОННИНГ ИККИ СТАКАНЛИ ВА ЯДАССОННИНГ УЧ СТАКАНЛИ СИНАМАСИ

Уретрит жуда ўткир кечишига қарамай касалнинг умумий аҳволи яхши бўлиб қолади, иситма чиқмайди. Касал даволанмаса 2-3 ҳафтадан кейин ним ўткир шаклига ўтиши мумкин. Касалда уретранинг фақат олдинги қисми ёки ҳаммаси яллиғланганини билиш учун Томпсоннинг икки стаканли синамасидан фойдаланилади.

Томпсоннинг икки стаканли синамасида касалга икки стакан бериб, олдин биринчисига, кейин иккинчисига сийиб келиш илтимос қилинади. Агар биринчи стаканда сийдик лойқа бўлиб, иккинчисида тиниқ бўлса унда фақат олдинги уретра, агар иккила стакандаги сийдик лойқаси бўлса тотал уретрит бўлади.

Ядассоннинг уч стаканли синамасида олдин илиқ физиологик эритма билан то ташқи сфинктергача катетер жўнатиб уретра ювилади (1- инчи порция), кейин касал икки стаканга кетма-кет сияди (2-3 инчи порция). Агар 2-инчи порция лойқа бўлса орқа уретра, 3-инчи порция лойқа бўлса, сийдик қопчаси яллиғланган бўлади.

НИМ ЎТКИР ВА ТОРПИД ГОНОРЕЯ

Ним ўткир уретрит. Сўзакнинг бу шаклида яллиғланиш ва шиш камроқ бўлади. Сийдик чиқариш лабчаларининг қизариши ва шиши унчалик кўп эмас ва жинсий олат бошчасига ўтмайди. Йиринг чиқиши кам, сийгандан кейин узоқ вақт ўтганда тўпланади (масалан, уйқудан кейин) чиқадиган ҳар доим йирингли бўлмай, шилимшиқ аралаш бўлиши мумкин. Касални сийганда ачишиш камроқ безовта қилади. Томпсоннинг икки стаканли синамаси биринчи стаканда сийдик лойқа бўлиб, йирингли ипчалар чиққан бўлади. Агар яллиғланиш орқа уретрага ўтса пайдо бўлган белгилар ўткир гонореедан сустроқ бўлади.

Торпид гонорея – бу шаклдаги касаллик бошланишдаёқ симптомлари сустроқ бўлиб бошланади. Касал кўп ҳолларда ҳеч қандай шикоят қилмайди. Касални кўрганда уретра лабчаларидан билинар-билинемас қизариш бўлади, баъзан ҳеч қандай ўзгариш бўлмайди. Уретрадан чиқадиган суюқлик жуда оз миқдорда йирингли ёки шилимшиқ аралашган бўлади ва фақат эрталабда, кўпинча канални сиққанда чиқади. Сийдик кўпинча тиниқ, биринчи порциясида ипчалар бўлади. Торпид гонорея аста-секин сурункали гонореега ўтиб кетади. Кўпинча уларни бир-биридан ажратиш қийин, фақат вақт (2-ой ва ундан кейин) ва анамнез орқали ажратилади.

СУРУНКАЛИ ГОНОРЕЯ

Сурункали (хроник) гонорея симптомлари ҳам торпид гонореега ўхшаб кетади. Бунда касаллик анамнези катта аҳамиятга эга бўлади. Бундан ташқари ҳар хил асорат белгилари (асосан сурункали простатит) ёрдам беради.

Ўткир сўзакнинг сурункали шаклига ўтишида қуйидагилар сабаб бўлади:

Касални даволаш режимини бузиши, ичкилик ичиши, жинсий алоқадан ўзини тиймаслиги;

СЎЗАКни нотўғри даволаш;

СЎЗАК жараёнининг уретра олдинги қисмидан орқа қисмига ўтиб кетиши;

Сурункали касалликлар билан оғриган, камқонлик, организмни умумий қаршилигининг (иммунитет фаолиятини) камайиб кетиши.

ЭРКАКЛАР СЎЗАГИНИНГ АСОРАТЛАРИ

Эпидедемит – бу мойяк ортиғининг шикастланиши бўлиб, сўзакли касаллар нотўғри даволанганда, ҳаёт тарзини бузганда, мойяк ортиғини уруғ чиқарувчи йўл орқали у антиперистальтик қисқарганда ўтади. Эпидидимит, асосан ўткир шиддат билан ўтади. Касални кучли оғриқ, иситма (40 ва ундан юкори) чиқиши, бош оғриғи, умумий дармонсизлик, уйқусизлик безовта қилади. Мойяк ортиғи шишиб жуда безиллаб туради, ёрғоқ териси қизариб шишади, иссиқ бўлади, бурмалар силлиқланиб қолади. Уруғ чиқарувчи йўл йўғонлашиб, зич тортма кўринишда пальпацияда қўлга уринади. Мойяк одатда ўзгармай қолади. Давонинг барча турларида ҳам мойяк ортиғининг шикастланган тўқималари аслига келмайди. Мойяк ортиғининг думида қаттиқ чандиқ қолади, бу сперматозоидларнинг чиқишига механик тўсқинлик қилади, икки томонлама эпидидимитга азоспермия бошланади. Эркаклар бепуштлиги шундан келиб чиқади.

Простатит – простата безининг яллиғланиши. Ривожланишига қараб: *катарал, фолликуляр, паренхиматоз простатитлар* ажратилади.

Катарал простит – бунда асосан чиқарув йўллари ва без пуфаклари яллиғланади. Беморлар тез-тез заҳар танг қилишга шикоят қиладилар. Сийдикнинг 2-порциясида майда ипчалар бўлади. Тўғри ичак орқали кўрилганда простата беи ўзгармаган.

Фолликуляр простатит – бунда асосан чиқариш йўллари тўсилиб қолиб, йиринг безда тўпланиб қолади, натижада ҳазакам абцесслар ҳосил

бўлади. Бунда касал тез-тез сийиш, сийганда ачишиш, тез-тез ва оғриқ билан кечадиган эрекция, ораликда қизариш ҳолларига шикоят қилади. Простата беzi кўрилганда, без устида нўхотдек шарсимон, оғрийдиган тугунчалар пайдо бўлади.

Паренхимотоз простатит – бунда простата беzi катталашган, зичлашган бўлиб, кучли оғриydi. Касални ҳар 5-10 минутда заҳар танг қилиш, сийдикнинг томчилаб оғриқ билан чиқиши, баъзан тутилиб, ушланиб қолиши, оғриқни ёрғоқ, думғаза соҳасига ўтишидан қаттиқ нолийдилар. Баъзан юқори даражада иситма чиқади, бунда совқотиш, бош оғриқ, оғиз куриши, камқувватлик, уйқусизлик бўлади. Простатит беzi пальпация қилиб кўрилганида катталашган бўлиб, устида флюктуация бўлади.

Сурункали простатитда касаллар белда оғриқ туришидан, сийдик чиқариш каналининг ачишуви, тез-тез заҳар танг қилиб туриши, дефекациядан кейин простата беzi секретчи чиқишидан, жинсий функция бузилиб қолганлигидан (етарлича эрекция бўлмаслиги, вақтидан илгари шаҳват келишидан) нолийдилар. Касаллик уретрадан бироз шилимшиқ–йиринг ажратма чиқиб туриши билан бирга давом этади. Агар простата безининг суюқлиги массаж йўли билан олинса, унда лейкоцитларнинг кўпайганлиги, лецитин доначаларининг камайганлиги кузатилади.

Везикулит – уруғ пуфакчасинининг яллиғланиши бўлиб, кўпинча простатит ва эпидидимит билан бирга учрайди. Везикулитнинг ҳам уч хил шаклиси бўлиб: *катарал, чуқур шаклиси ва уруғ пуфакчасининг эмпиемасига* бўлинади. **Катарал шаклида** – яллиғланиш пуфакчанинг фақат шиллиқ қаватини эгаллайди ва пуфакча ичида суюқлик тўпланади. **Чуқур шаклида** – яллиғланиш шиллиқ қаватдан ўтиб унинг остидаги қаватни зарарлайди. Бунда пуфакча катталашган ва ичида йиринг тўпланган бўлади. **Эмпиемада** – ҳамма пуфакча ичида йирингли абцесслар пайдо бўлиб, улар биргалашиб уруғ пуфакчасининг эмпиемасига айланади. Везикулитнинг кечиши, касал шикояти худди простатитга ўхшаб кетади, лекин тез-тез бўладиган эрекция

йиринг, қон аралаш поллюция биринчи поғонага чиқади. Уруғ пуфакчаси текшириш учун сийдик қопи тўлган ҳолда текширилади: бунда простата безининг устида каттик, эластик оғрийдиган ипга ўхшайди. Суюқлик олиш учун олдин простата беzi массаж қилинади, сўнг касал сийиб юборади, кейин сал юқоридан пуфакча массаж қилиниб, суюқлик олинади. Унда лейкоцит, эритроцит, эпителиал хужайралар бўлади.

Уретра стриктураси – уретранинг гонореедан кейин торайиб қолиши. Бу асосан уретранинг олдинги қисмида бўлади. Бунда сийиш аста-секин узайиб, сийдик оқими ингичкалашиб қолади. Касал ачишишга шикоят қилади. Сийдик қопида сийдик тўпланиб қолади, парчаланиб шиллик қаватларини яллиғлайди ва микроблар кўпаяди, натижада яллиғланиш, инфекция юқорига тарқалиб, буйракка ўтиши мумкин. Баъзан стриктура орқасида абцесс ҳосил қилади. Даволаш иложи борица буж билан кенгайтириш орқали олиб борилади, бўлмаса жарроҳлик (хирургик) йўл билан операция қилиниб уретра бўшлиғи кенгайтирилади.

ЭРКАКЛАР СЎЗАГИНИНГ АСОРАТЛАРИ



ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Гонорея диагнозини қўйиш учун уни бошқа касаллар билан ажрата билиш керак, булар:

трихомониаз,

хламидийли,

микоплазмали,

кандидозли уретритлар, эрозив қаттиқ шанкр ва бошқалар.

Диагноз қўйишда асосий ролни лаборатория ўйнайди, олинган суртма Грам усули билан бўяб кўрилади.

СЎЗАК КАСАЛИНИ ДАВОЛАШ

Гонореяни даволашда, асосан ҳозирча қабул қилинган инструкция асосида олиб борилади. Даволашда асосан антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, иммунотерапия, ҳамда маҳаллий даволаш катта роль ўйнайди. Янги сўзақда даволаниш албатта антибиотиклардан бошланади, маҳаллий даво қилинмайди. Сурункали сўзақда олдин иммунопрепаратлар (гоновакцина, пирогенал, продигиозан) кейинчалик давога антибиотик қўшилади. Агар касални юктирган одам номаълум бўлса ва касални диспансерда кейинчалик кузатиш имконияти бўлмаса (бомж), унда бундай касалларга захмга қарши превентив даво қилинади. Ёш болаларга даво асосан стационарда ўтказилади. Агар болани ёши 3 ёшгача бўлса иммунотерапия қўлланилмайди. 3 ёшдан кейин иммунопрепаратлар қўллаш мумкин. Маҳаллий даво сурункали шаклида, даво яхши натижа бермаса ўтказилади. Бунда уретрани ювиш, 0,25% кумуш нитрат, 1-2 % протаргол, коллоргол эритмалари билан инстилляция қилиш, буж, тампон ва ҳоказолар қилинади. Гोनобленореяни даволашда даво окулист билан бирга олиб борилади. Асосий даво антибиотиклар ёрдамида олиб борилади, кўзга 30% ли альбуцид эритмаси томизилади.

ГОНОРЕЯДАН ТУЗАЛИБ КЕТГАНЛИКНИ КЎРСАТУВЧИ МЕЗОНЛАР

Гонореядан тузалиб кетганликни текшириш қуйидагича ўтказилади. Касал даवони тугатгандан кейин 7 кун ичида текширув ўтказилади. Бу давр ичида касалдан 2-8 марта суртма олиб текшириб кўриш мумкин. Агар анализ яхши чиқса, касалдан простата безининг суюқлиги олиб текширилади, у ҳам яхши чиқса провокация қилинади (иложи борича 2 хил провокация бирдан қилинади). Провокацияда – гоновакцина 500 млн. микроб таначаси ёки пирогенал 20-30 мкг ёки стафилоанатоксин 1 мл-1 марта қилинади, кейин химик (кимёвий) усуллардан (методлардан) 0,5% ляпис билан инстилляция, буж ўрнатилади ёки аччиқ овқат берилади. Провокациядан кейин 24-48-72 соатдан кейин суртмага, 48-72 соатдан кейин эса экмага материал олинади. ҳамма анализлар яхши чиқса касал стационардан чиқарилиб диспансер кузатувиға ўтказилади. Диспансерда 15 кундан кейин юқоридаги текширув ўтказилади, 1-2 ойдан кейин ҳам худди юқоридагидек текширилади, бир вақтда КСРға қон олинади. Агар ҳаммаси яхши бўлса ва касал одам маълум бўлса, 1,5-2 ойдан кейин, касаллик манбаси аниқланмаган бўлса, 6 ойдан кейин бемор назоратдан чиқарилади. Мактаб ёшигача бўлган қизалоқлар даво тугаганидан кейин 1 ойгача стационарда кузатилади, ундан кейин болалар муассасаларига қўйилади. Даволаниш мезони бўлиб, нормал клиника, ҳамда 3 марта провокациядан кейинги олинган суртма ва экмалардаги нормал анализ ҳисобланади. Провокация қилишда гоновакцина 150-200 млн. МЕ м/о инъекция, қин ва вульвага Люгольнинг глицериндаги эритмаси билан суркаш, уретрага 2-3 томчи, 0,5 – 1% ляпис эритмаси томизиш, тўғри ичакнинг пастки қисмига Люголь эритмаси суркалади.

СЎЗАКНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Катталарда сўзакнинг олдини олишнинг бирдан бир йўли, ўз никоҳидан ташқари эркак ва аёллар билан зино қилмасин, маъбодо шундан алоқа бўлса, унда тунги профилакторийга учраши керак.

Ёш болаларда сўзакнинг олдини олиш учун аёллар маслаҳатхоналарида ҳомиладор аёлларни сўзак касалига текшириш, туғруқхоналарда янги туғилган чақалоқларнинг кўзига, қизалоқларнинг қинига 30% ли альбуцид эритмасини томизиш ишларини бажариш керак.

Оилада сўзакнинг профилактикаси: ёш болаларнинг катталардан алоҳида таг туваги (горшоги), сочиғи, мочалкаси бўлиши керак.

Болалар муассасаларидаги ходимлар ишга киришдан олдин ва ҳар олти ойда тиббий (медицина) кўригидан ўтиб туриш керак.

Агар болалар боғчаларида ишлаётган ходимлар (тарбиячи, энага ва ҳоказолар) сўзак билан оғриб қолишса албатта стационарга ётқизилиб даволанади ва даводан кейин 1- 1,5 ой стационарда олиб қолиб текширилади. Бу даврда икки марта провокация қилинади ва *menesis* вақтида текширилади. Агар ҳамма анализлар яхши чиқса, сўнг ишлашга рухсат берилади.

ОДАМ ИММУНОДЕФИЦИТИ ВИРУСИ ИНФЕКЦИЯСИ (ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИ), ОРТТИРИЛГАН ИММУН ТАНҚИСЛИГИ СИНДРОМИ (ОИТС)

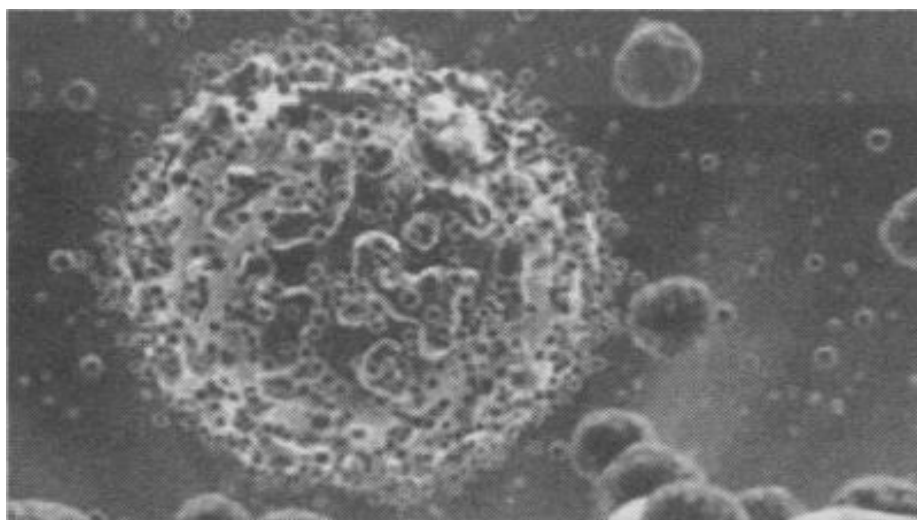
Одам иммунодефицити вируси инфекцияси (ОИВ-инфекцияси) ёки Орттирилган Иммун Танқислиги Синдрому (ОИТС) — кўпинча жинсий алоқа ҳамда қон ва унинг препаратлари орқали юқувчи инфекцион касаллик бўлиб, ўтган асрнинг 80-йиллари бошида пайдо бўлган. АҚШ ва бошқа ривожланган давлатларда унинг кўпайиш тезлиги тўхтади, аммо ривожланаётган давлатларда эса унинг тарқалиши кузатилмоқда. XX асрнинг 90 йилларининг ўрталарига келиб АҚШда 1 млнга яқин ОИВ-инфекциясига чалинган беморлар бўлиб, улардан ярми ОИТС билан хасталанганлиги маълум бўлди. АҚШда ҳар йили 40 000—50 000 нафар одам ОИВ-инфекциясига чалинаётганлиги, шунча бемор эса ОИТСдан ўлаётганлиги кузатилмоқда. Шундай ҳолат Ғарбий Европа давлатларида ҳам кузатилмоқда, уларнинг кўпчилиги гомосексуалистлар ва наркоманлардир. Бутун жаҳон бўйича 50 млнга яқин ОИВ_инфекциясига чалинган беморлар бор бўлиб, уларнинг учдан 2 қисми Ғарбий, Экваториал ва жанубий Африкада яшашади. Ғарбий Африканинг баъзи давлатларида 20% аҳолининг бу касалликка чалинганлиги аниқланган. Ҳозирги даврда Жанубий-Шарқий Осиё давлатларида ва Хиндистонда ОИТСни тез тарқалиши кузатилмоқда.

ҚИСҚАЧА ТАРИХИЙ МАЪЛУМОТ

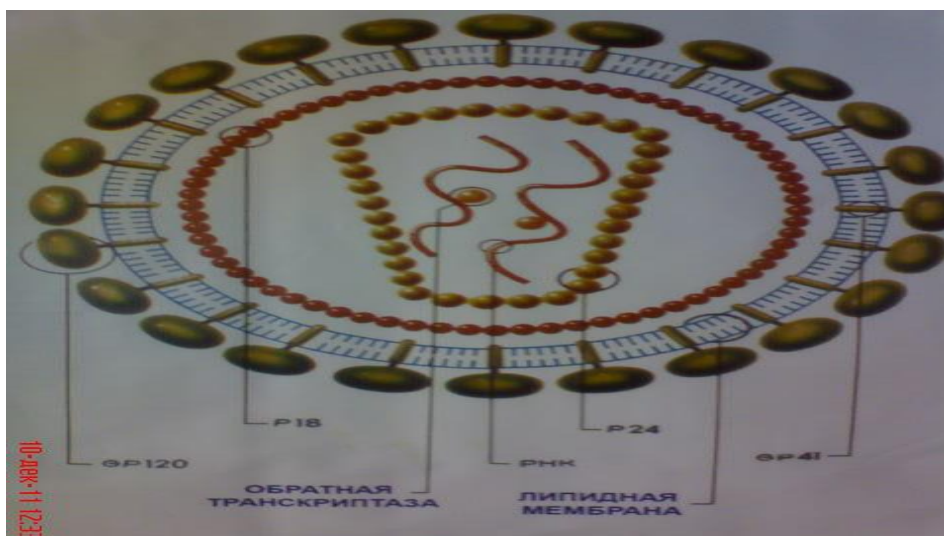
Касалликка орттирилган иммунитет танқислиги синдроми (**ОИТС, AIDS**) деган ном 1982 йилда берилган. Ўша даврда уни бесоқолбозлар (гомосексуалистлар) касаллиги деб ҳисоблашар эди. Тез орада бу касалликнинг гиёҳвандларда, шунингдек гемофилияга дучор бўлган беморларда кўп учраши маълум бўлди. Кейинчалик касалликнинг бемор оналардан болаларга йўлдош орқали ўтиши аниқланди. Йиғилган маълумотларнинг барчаси мазкур дарднинг қўзғатувчиси бўлиши керак, деб тахмин қилишга асос бўлди. Кўпгина мамлакатларда ОИТСнинг келиб

чиқиш сабабларини аниқлашга киришилди. Жумладан, Америкада Роберт Галло, Францияда Люк Монтанье раҳбарлигида олиб борилган илмий-тадқиқот ва кузатишлар самараларини берди. Уларнинг 1982-1984 йилларда ўтказган кузатувларида ОИТСнинг вирус касаллиги эканлиги аниқланди, касалликни ретровируслар қўзғатиши исботланди. Янги кашф этилган вирусга *HTLV-III (Human T-Lymphotropic virus)* ва *LAV (Lymphotropic virus)* деб берилган номлар умумлаштирилиб, 1986 йилда ОИТСни қўзғатувчи вирусга *HIV (human immunodeficiency virus)* деб ном берилди.

ЭТИОЛОГИЯСИ (ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНING ҚЎЗҒАТУВЧИСИ)



ЭТИОЛОГИЯСИ (ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНING ҚЎЗҒАТУВЧИСИ)



Хозирги пайтда одам иммунитети танқислиги вирусининг камида 2 хил ирсий турлари HIV-I ва HIV – II борлиги аниқланди. ОИВ бактерицид эритмалар таъсирида тез nobуд бўлади. Айниқса, формальдегиднинг 0,5% эритмаси, лизолнинг 0,5%, хлорамин, эфир, ацетонларнинг 3%, натрий гипохлориднинг 0,2% эритмаларида ва 70% спиртда тез юқумсизланади. ОИВ нинг юқумлилик хусусияти хомиладорликка қарши махсус – сперминцид таъсирида йўқолади. Сперминцид жумладан ОИВнинг тескари транскриптаза ферменти активлигини ҳам сусайтиради. Турли-туман буюмлар таркибидаги ОИВни юқори харорат (57° дан юқори) ҳам бутунлай nobуд қилади. Аммо ретровирус қуритилган холда 22° С. да 4-6 кун мобайнида ўзининг юқумлилик даражасини сақлаб қолиши мумкин. Шунингдек ОИВ радиактив нурланишлар ва ультрабинафша нурларига бирмунча чидамли.

ОИВ беморларнинг биологик тўқималарида ва суюқликлари таркибида кўп миқдорда топилган. Айниқса қон таркибидаги вируслар хал қилувчи роль ўйнайди. Қон касаллик манбаигина эмас, у касаллик қўзғатувчисини бошқа шахсларга ташувчи вазифасини ҳам бажаради. Касаллик тарқалишининг яна бир манбаи уруғ суюқлиги (сперма) дир. Шу билан бирга аёлларнинг жинсий суюқлиги (қин ва бачадон бўйнидан ажраладиган суюқлик) таркибида ОИВ патоген холда сақланади. Гетеросексуалистлар орасида ОИТСнинг кенг тарқалаётганлиги сабабини шу билан тушунтириш мумкин. Бошқа биологик суюқликлар (сўлак, кўз ёшлари, тер, аёллар сути, орқа мия суюқлиги) таркибидаги ретровируслар маълум миқдорда топилган. Аммо бу суюқликларнинг миқдори кам бўлганлиги ва уларнинг таркибидаги вируслар сони ҳам кам топилганлиги сабабли уларнинг касаллик юқтириш хавфи паст. Фақат она сути орқали касаллик болага ўтиши мумкин (агар она узоқ муддат давомида эмизаётган бўлса). ОИВ қондаги моноцитлар, лимфа тугунларида, ўпка туқимасида, суяк илигида, шунингдек асаб системаси тўқималарида ҳам топилган.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИНГ ЮҚИШ ЙЎЛЛАРИ

Касаллик қуйидаги йўллар билан бошқа шахсларга ўтиши мумкин: Жинсий йўл – турли-туман усулдаги жинсий алоқа пайтида эркаклар ёки аёллар суюқлиги таркибидаги ретровируслар жинсий шерик организмга ўтади. Тиббий муолажа пайтида юқиш – ретровируслар тушган игна, шприц ва бошқа асбоблардан юқиш, мазкур асбобларни такрорий қўллаш натижасида, санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмаслик оқибатида юзага келади. Бемор оналардан болаларга ўтиши. Бу асосан йўлдош орқали киндик томири воситасида содир бўлади. Шунингдек таркибида ретровируслар бўлган қонни қуйиш ёки ўша қондан тайёрланган қон препаратлари ишлатилганда ОИВ бошқа шахсларга ўтади. Мазкур касалликнинг гемофилия дардига дучор бўлган беморлар орасида учраши ҳам шундан.

ОИТСГА МОЙИЛ ГУРУХЛАР

Орттирилган иммунитет танқислиги синдроми аҳолининг қуйидаги табақаларида кўпроқ учрайди:

Бесоқолбозлар.

Гиёхвандлар – уларнинг сони турли мамлакатларда турлича.

Гемофилияга дучор бўлган беморлар. Бундай беморларда қоннинг ивишида иштирок этадиган VIII – IX омиллар етишмайди. Янги ва табиий қондан тайёрланган концентрат (керакли омиллар йиғиндиси) тайёрлаш учун 2000-5000 донорнинг қони керак бўлади. Бу ҳол ОИВнинг юқиш хавфини оширади. Турли хил сабабларга кўра қон қуйиладиган беморлар ва бошқа тоифадаги шахслар. Жинсий шерикларини тез-тез алмашириб турадиган гетеросексуалистлар. Касаллик айниқса «уқалаш хона» ларига ва фохишахоналарга қатнайдиган эркаклар ва фохишалар орасида кўпаймоқда. Юқорида санаб ўтилган аҳоли табақаларидан туғилган (ОИТС га чалинган беморлардан ва ОИВ юккан шахслардан) болаларда. Бунда касаллик йўлдош

орқали гўдакка ўтади. Шунингдек хонила туғруқ йўлларида (туғиш пайтида) қин ва бачадон бўйнидаги ретровируслардан зарарланиши мумкин. Бемор оналар сутини эмган болаларнинг ОИТС билан касалланиши юқорида айтиб ўтилди.

ПАТОГЕНЕЗИ

Вируснинг рецепцияси;

Пенетрация;

Вируснинг геноми РНКси ва нуклеодининг озод бўлиши;

Вирус геномининг хужайра геномига интеграцияси;

Инфекциянинг яширин даври;

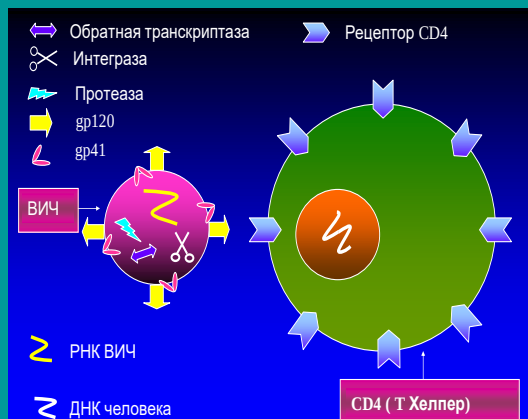
Провирус ДНКсида транскрипция жараёнини фаоллашуви;

Морфогенез;

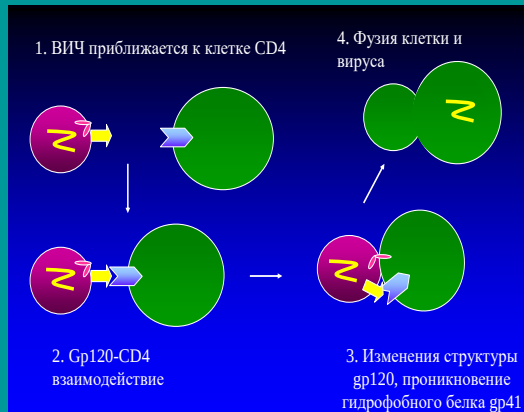
Вирионларнинг ажралиб чиқиши.



ПАТОГЕНЕЗИ



ПАТОГЕНЕЗИ



ПАТОГЕНЕЗИ



ПАТОГЕНЕЗИ



ПАТОГЕНЕЗИ



ПАТОГЕНЕЗИ





КЛАССИФИКАЦИЯСИ (ЖССТ)

Ўткир ОИВ инфекция

1. Белгисиз кечиши (инкубация даври)
2. Ўткир харорат билан кечиши (мононуклеазсимон синдром)

I-Клиник босқич

1. Белгисиз
2. Тарқалган персистирловчи лимфаденопатия

II.2-клиник босқич

Терида ва шиллиқ қаватларда чекланган бактериал, вирусли ва замбуруғли инфекциялар, уларнинг қайталаниши, тана вазнининг 10%дан кам пасайиши

III. 3-клиник босқич

Терида ва шиллиқ қаватларда тарқалган бактериал, вирусли ва замбуруғли инфекциялар, диарея, сабабсиз хароратнинг кўтарилиши, тана вазнининг 10%дан ортиқ камайиши, Капоши саркомаси

IV. 4-босқич (хақиқий ОИТС, терминал босқич)

Кахексия,оғир бактериал, вирусли ва замбуруғли инфекциялар, ЦМВ ретинит, энцефалопатия, атипик микобактериоз, диссеминацияланган Капоши саркомаси, бош мия токсоплазмози, пневмоцистали зотилжам ва х.к.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИДА ТЕРИ ВА ШИЛЛИҚ ҚАВАТЛАРНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ

1. Терининг инфекцион касалликлари: а) терининг вирусли касалликлари: Оддий учук, Ўраб олувчи темирлатки (белбоғсимон учук), Сўгаллар, Тери ва шиллиқ қаватлардаги папилломалар (ўткир учли кондиломалар). Вирусли гуш; Юқумчил моллюск

б) терининг йирингли касалликлари: фолликулит, чипқон, стрептодермия, сурункали пиодермиялар, оқма яралар, атипик пиодермиялар, хуснбузар ва хоказо;

в) терининг замбуруғли касалликлари: кандидоз, аспергиллаз, криптококкоз, токсоплазмоз ва хоказолар.

2. Терининг ўсмалари:

Капоши саркомаси, лимфомалар, карциномалар, Беркет ўсмаси Ноходжкин лимфомаси ва бошкалар. Бу ўсмалар сон жихатдан турли-туман бўлиб, уларнинг турлари касаллиқнинг оғир-енгиллигини белгилайди. Улар орасида Капоши саркомаси алохида ўрин тутди. Маълумки, ёши кексайган организмнинг иммунологик қуввати пасайган кишиларда Капоши саркомаси учраб туради. Бироқ ОИВ-инфекцияси касаллигига учраган кишиларда мазкур дарднинг ўзига хос кечиши маълум бўлди: а) ёшларда, хали 30-35 га кирмаган кишиларда кузатилади.

3. Терининг носпецифик касалликлари:

а) эмлашдан пайдо бўлган гуш;

тери қичишиш касаллиги;

ксеродермия

себореяли дерматит,

эшакем;

қичима.

атопик дерматит

токсикодермиялар

афтоз стоматит

тромбоцитопеник пурпура

диссеминацияланган папулез ва фолликуляр тошмалар

наркотикларни вена ичига юборишнинг теридаги белгилари

телеангиэктазияларрейтер касаллиги

гипералгезик псевдотромбофлебитик синдром

б) тананинг барча жойларида кузатилиб, кўпинча бошда, юзда, шиллик қаватларда жинсий аъзоларда жойлашади ва ички органларни зарарлайди;

в) тугунлар сони кўп бўлиб, улар тезда ярага айланади.

г) оғир кечади, нур билан даволаш беморнинг ахволини оғирлаштиради;

д) жуда тез метастаз беради, кўпинча лимфа тугунлари ва ички аъзоларга метастаз беради;

е) тезда ўлимга олиб келади.

КЛИНИКАСИ

Касалликнинг эрта даврларида терининг турли сохаларида тошмалар пайдо бўлади. Мазкур тошмалар бетоблик белгилари билан кечади, яъни холсизлик, бош оғриғи кўнгил айланиши, суякларнинг қақшаши, тана хароратининг кўтарилиши, тумов белгилари (бурундан, кўздан сув оқиши, акса уриш, йўтал ва бошқалар), оғиз шиллиқ пардасида эритема кузатилади, ютинганда оғриқ бўлиши мумкин.. Баъзан қалтироқ тутиб, беморнинг умумий ахволи оғирлашади ва у ётиб қолади. Юқорида санаб ўтилган белгилар инфекцион моноклеазни эслатади, шунинг учун моноклеазсимон синдром деб аталади. Кейин терида (юзда, баданда, оёқ-қўлларда) розеолез тошмалар пайдо бўлади. Баъзан касалликнинг 2-3 ҳафтасида, кўпинча эса 4-6 ҳафтасида юқорида санаб ўтилган касаллик аломатлари пасая боради, ва бемор аста-секин соғая бошлайди. Камдан-кам ҳолатларда касаллик 8 ҳафта ва ундан ортиқ даврга чўзилиши мумкин.

ЎТКИР ИСИТМА ФАЗАСИ)



Касалликнинг 2- ва 3- босқичларида терида учрайдиган бактериал, вирусли ва замбуруғли касалликларнинг барчасининг клиникаси учун хос бўлган белгилар қуйидагилардир:

Тезда қайталаниб туриши, даволашни тўхтатилгандан кейин яна қайталанади;

Диссеминация бериши, ички аъзоларнинг ҳам зарарланиши;

Даволашга чидамлилиги, кейинчалик дори моддаларининг таъсир қилмай (самара бермай) қолиши;

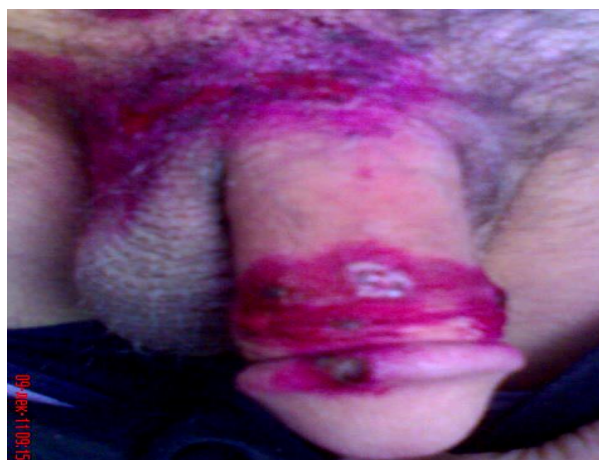
ЭОЗИНОФИЛЛИ ФОЛИКУЛИТ



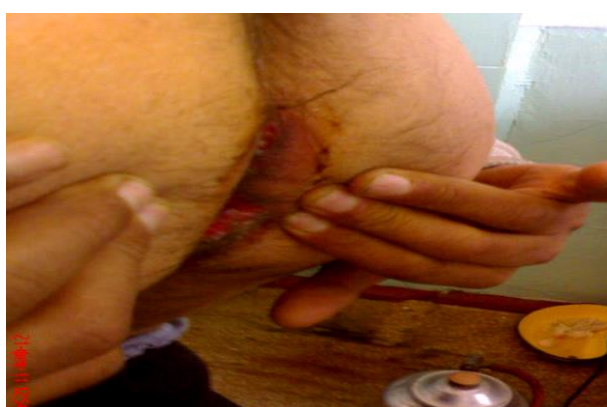
КАНДИДОЗ



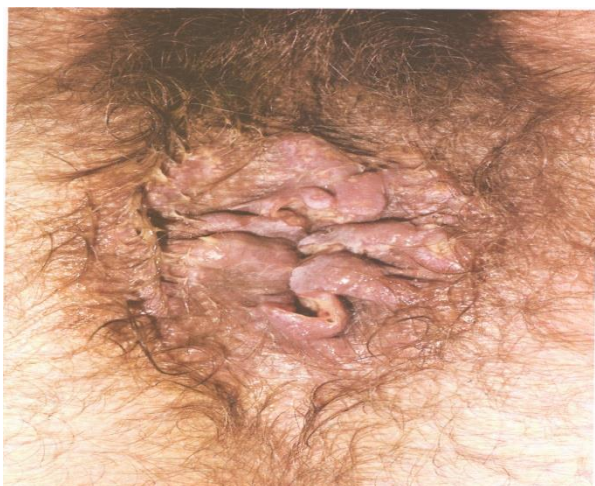
ГЕНИТАЛ ГЕРПЕС



ГЕРПЕТИК ПРОКТИТ, ГЕРПЕТИК ЯРАЛАР



ГЕРПЕТИК ПРОКТИТ



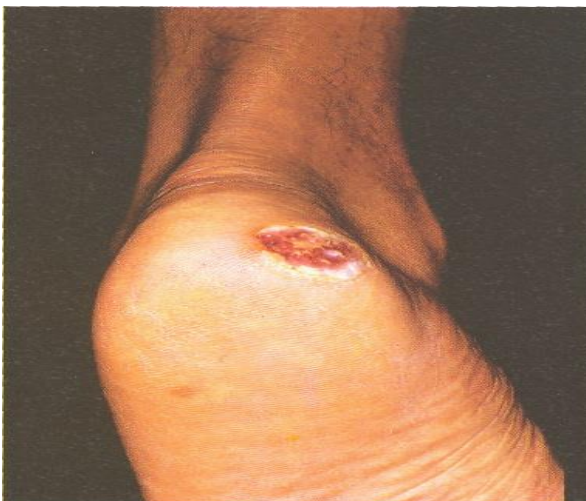
БАКТЕРИАЛ АНГИОМАТОЗ



СУРУНКАЛИ ЯРАЛИ ГЕРПЕС



ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ



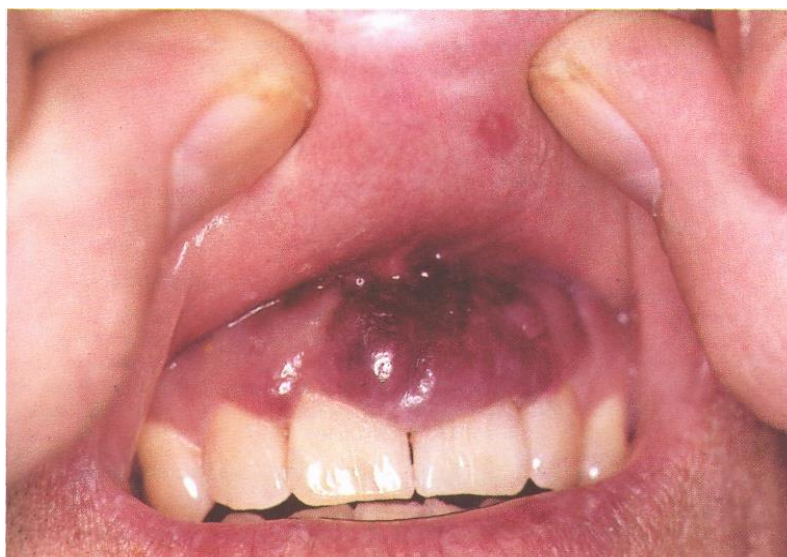
ЮҚУМЧИЛ МОЛЛЮСК



КАПОШИ САРКОМАСИ, ДОҒЛИ БОСҚИЧИ



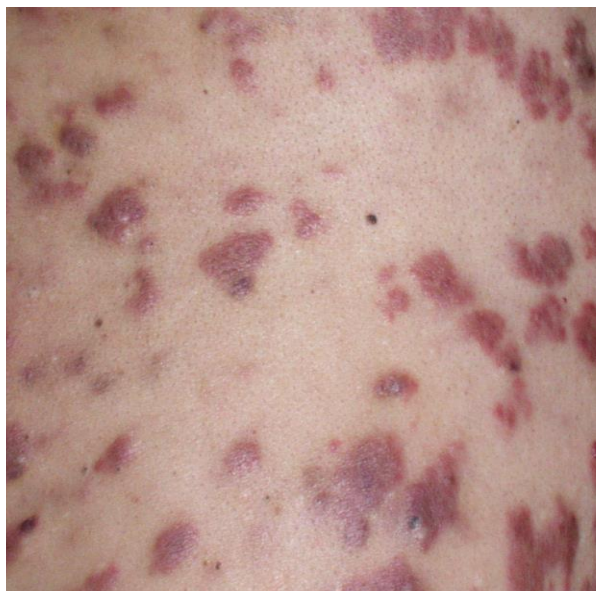
КАПОШИ САРКОМАСИ, МУЛКЛАРНИНГ ЗАРАРЛАНИШИ



КАПОШИ САРКОМАСИ, ПИЛАКЧАЛИ БОСҚИЧИ



КАПОШИ САРКОМАСИ, ДИССЕМІНАЦІЯЛАНГАН ТУРИ



ПАТОМОРФОЛОГИЯСИ

Дерманинг юқориги қаватларида — коллаген тутамлари орасида ва юзаки томирлар чигалидан тарқалган томирларни атрофида лимфогистиоцитар инфильтратлар.

ЛАБОРАТОРИЯ ДИАГНОСТИКАСИ

Специфик:

ИФА

ИММУНОБЛОТ

ПЗР (ПЦР)

Вирусологик

Носпецифик:

иммунологик

Оммавий текширувларда кенг қўлланиладиган **ИФА усули** – **иммунофермент анализ** деб аталади. Мазкур усул анча сезувчан бўлиб, хатто 1 мл қон таркибида бир молекула қарши танача бўлган тақдирда ҳам унинг борлини сезади. Бироқ, иммунофермент усули ОИТСга чалинган беморларнинг 82% ида ижобий, 16% ида эса тахминий натижалар беради ва 2% ида ОИВ-инфекцияси касаллиги борлигини аниқлай олмайди (манфий натижалар беради). Иммунофермент усулидан афзалроғи **иммуноблотинг усули** дейилади.

Иммуноблотинг усули ИФА мусбат натижалар берган шахсларгагина қўйилади, чунки уни оммавий текширувларда қўллаш қимматга тушади. Ретровирусларга нисбатан хосил бўладиган қарши таначалар касаллик юққандан сўнг 6-8 хафта ўтгач қонда пайдо бўлади. Шунингдек ОИВга қарши таначалар хосил бўлиши 3-6 ойгача чўзилиши мумкин. Шу сабабли

текширилаётган шахсда шу муддатдан аввал ИФА қўйиш хато хисобланади, яъни бу ҳолда қарши таначалар етарли миқдорда ҳосил бўлиб улгурмаган бўлиши мумкин. Шунинг учун ИФА усулини 2 марта қўллаш лозим. Ҳозирги пайтда фаол иш олиб бораётган барча ОИТС лабораториялари аҳоли орасида ВИЧ касаллигини аниқлаш мақсадида ИФА усулини кенг қўлламоқда. Айниқса, захмга дучор бўлган хониладор аёллар, қон берувчи донорлар, гиёҳвандлар, силга учраган беморлар, таносил касаллигига дучор бўлганлар ва алоҳида ижтимоий табақага кирувчи шахслар ОИВ касаллигига синчковлик билан текширилиши лозим. Соғлиқни сақлаш вазирлигининг махсус кўрсатмасига мувофиқ, юқорида санаб ўтилган шахслар В гепатитини қўзғатувчи вирусга Hepatitis B virus ҳам текширилиши лозим.

ОИВ-ИНФЕКЦИЯСИНИ ДАВОЛАШ

Ҳозирги кунда ОИВ-инфекциясини даволаш учун 3та гуруҳга мансуб препаратлар ишлатилади;

НИОТ-қайталама транскриптазининг нуклеозидли ингибиторлари;

ННИОТ-қайталама транскриптазининг нонуклеозидли ингибиторлари
ИП-протеаза ингибиторлари.

НИОТ ПРЕПАРАТЛАРИ

Азидотимидин (зидовудин, ретровир, тимазид)

Диданозин (видекс)

Зальцитабин (хивид)

Ставудин (зерит)

Ламивудин (эпивир)

Абакавир (зиаген)

Комбивир

Тризивир

Адефовир

Невирапин (вирамун)

Делавирдин (рескриптор)

Эфавиренц (стокрин, сустива)

Эмитрицитабин

Ловирид-LVR

ИП ПРЕПАРАТЛАРИ

Саквинавир (инвираза, фортовазе)

Индинавир (криксиван)

Нелфинавир (вирасепт)

Ритонавир (норвир)

Ампренавир

Лопинавир

Тенофовир

Атазанавир (зривад)

Типранавир

СПЕЦИФИК ДАВОЛАШ

Узок вақт давомида ягона даво сифатида НИОТпрепаратлари хисобланган, улар вируснинг қайталама транскриптаза ферментини ингибиторларидир. Кейинчалик ННИОТ ва ИП гурухига мансуб препаратлар кашф қилинди. Булар тегишли ферментлар иш фаолиятини тўхтатиш қобилиятига эгалар. Яъни протеин ва энзимларнинг узун занжирларини

майда-майда бўлақларга бўлинишига, парчалинишига тўсқинлик қиладилар, натижада янги вируслар ҳосил бўлиши тўлиқ амалга ошмайди (дефектлив вируслар ҳосил бўлади). Вируслар буни натижасида хужайрага кириш қобилятини йўқотишади. Синовлар шуни кўрсатдики, уларнинг вирусга таъсир килиш қобиляти кайталама транскриптаза ингибиторига нисбатан кучлироқ экан. ОИВ – касаллигини даволаш жараёнида янги йўналиш амалга оширилди. Яъни вирусга қарши таъсир қилувчи бир нечта гуруҳга мансуб (НИОТ, ННИОТ, ИП) дориларни бирданига қўллаш яхши самара бера бошлади. Чунки 1 таси қўлланилганда вируснинг уларга нисбатан сезувчанлиги тезда йўқолиши мумкин. Ҳозирда бир нечта препаратлар бир вақтда қўлланиб келинмоқда. Масалан, Зидовудин+ламивудин+эфавиренц ёки неврапин; тенофовир+эмитрицитабин+эфавиренц ёки неврапин. Даволаш анча қийин бўлиб, бемор ҳар куни 20 тадан ортиқ таблеткани йиллаб ичиши лозим. Бундан ташқари оппортунистик касалликларни ҳам даволаш керак. Қолаверса, бундай дорилар токсик таъсирга эгадирлар, ҳамда бир неча ўн минг доллар атрофида.

ПАТОГЕНЕТИК ДАВОЛАШ

Бундан ташқари патогенетик даво ҳам қўлланилиши лозимдир. Булардан бири иммуномодуляторлардир. ОИВ касаллигида иммун танқислигини тиклаш ниятида олимлар қуйидаги препаратларни қўллашмоқда:

а) Тимозин - бузоқлар тимусидан тайёрланган бўлиб, у Т-лимфоцитлар сонини кўпайтириш ва уларни иш фаолиятини жонлантириш хусусиятига эгадир;

б) Тимопентин – тимус гормонининг ўрнини босувчи синтетик препарат, уни ОИВнинг дастлабки босқичларида қўллаш тавсия этилади;

в) Интерлейкин-2 – интерферон ҳосил бўлишини жонлантиради;

г) Интерферонлар – альфа-лейкоцитарли, бета-фибробластли, гамма-иммунли ва б.;

д) Имрего – лейкоцитлардан тайёрланган паст молекулали иммуномодулятор;

е) Левомизол (декарис) – синтетик иммуномодулятор;

Изопринозин - синтетик иммуномодулятор.

Бундан ташқари иммунитетни ўрнини босувчилар – тўлиқ лимфоцитларни юбориш ва иликни кўчириб ўтказиш. Симптоматик даво (иккиламчи касалликларни даволаш).

АРВТНИНГ АСОРАТЛАРИ

1.Терида тошмалар

2.Липодистрофия

3.Панкреатит

4.Жигарнинг токсик зарарланиши

5.Қон хужайраларига таъсири

6.Ошқозон-ичак тизимига таъсири

7.Лайел синдроми

8.Буйракка ва бошқа аъзоларга таъсири.

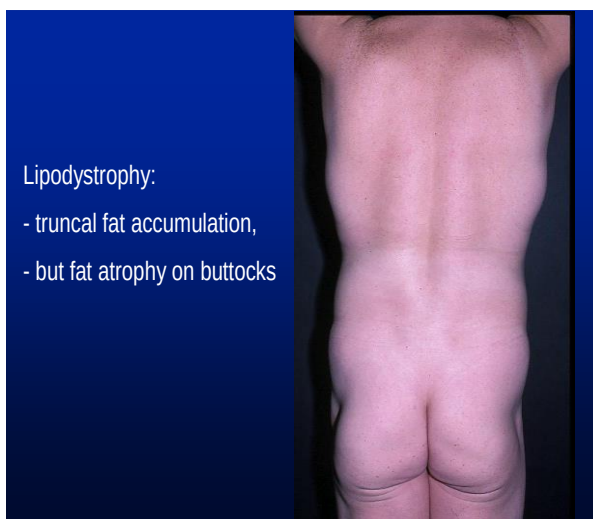
ТОКСИКОДЕРМИЯ



ЛАЙЕЛ СИНДРОМИ



ЛИПОДИСТРОФИЯ



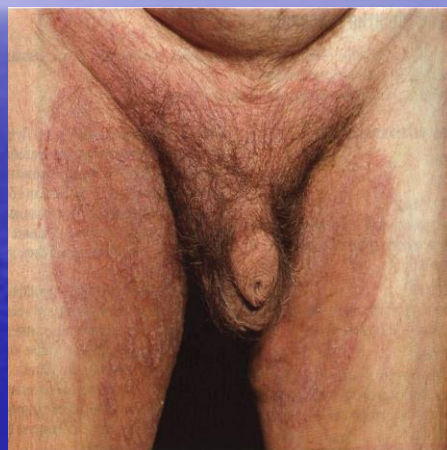
Масала №1

- Шифокор хузурига 25 ёшли эркек жинсий олатга бир ҳафта олдин яра чиқишига шикоят қилиб кирди. Анамнезда 30 кун олдин нотаниш аёл билан жинсий алоқада бўлган.
- Қўрилганда: Жинсий олат бошчаси яқинида диаметри 0,5 см келадиган эрозия бўлиб, чеккалари текис, оғримайди, тубида бироз инфилтрат бор. Лимфа тугун човда бир томонда катталашган.
- 1) Қайси диагноз тўғрисида ўйлаш керак?
- 2) Қандай лаборатория анализи ўтказиш керак?



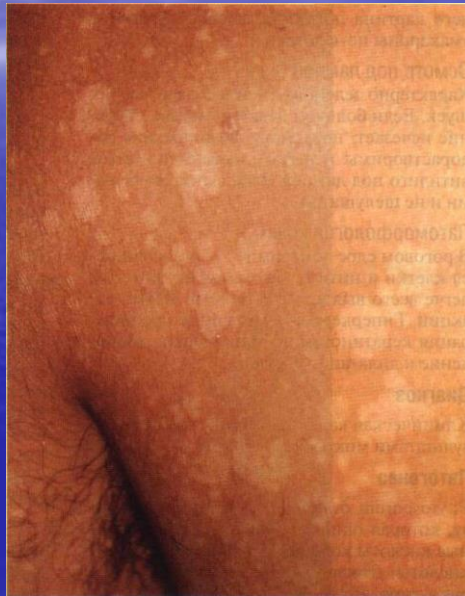
Масала №2

- 22 ёшли беморнинг чов бурмалари соҳасида қизил тусли яллиғланиш доғи бўлиб, унинг қирғоқлари майда пистонли, эпидермис мацерацияга учраган, айрим жойларда (қирғоғида) майда везикулалар бор. Учоғ юзасида бироз қипикланиш кузатилади. Қичишиш безовта қилади.
- 1.Диагнозни аниқланг.
- 2.Диагнозни тасдиқлаш учун қандай лаборатория текшируви ўтказилади.



Масала №3

- Сизга 25 ёшли бемор терининг кўкрак. елка соҳаларида кўп миқдордаги гипопигментли доғлар пайдо бўлганлигига шикоят қилиб келди. Кўрилганда: беморнинг кўкрак ва елка соҳасидаги терида кўп миқдорда гипопигментли, айрим жойларда сарғиш-жигаррангли доғлар бор. Доғлар юзаси қипиқсимон тангачалар билан қопланган.
- 1) Касалликка диагноз қўйинг.
- 2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай синамани қўйиш керак ?



Масала №4

- 57 ёшли беморнинг думғаза ва чап думба соҳасида жойлашган жароҳат ўчоғи бўлиб бу ерда эритема, тўп-тўп бўлиб жойлашган майда везикулалар пайдо бўлган. Айрим элементлар усти қалоқлар билан қопланган. Беморни оғриқ безовта қилмоқда.
- **Диагнозни аниқланг.**
- **Ташқи муолажа буюринг.**



Масала №5

- Туман врачлик пунктига 28 ёшли эркек, шофер, уретрадан йиринг чиқишига, сийганда ачишишга шикоят қилиб мурожаат қилди. Анамнези: 6 кун олдин бегона аёл билан жинсий алоқада бўлган.
Кўрилганда: уретра лабчалари қизарган, шишган, йирингли қалоклар билан қопланган. Уретрадан оқиш-сарғиш рангдаги йиринг ажраляпти. Пальпацияда уретра бироз инфильтратлашган, оғрийди. Лимфа тугунлари катталашмаган.
- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай анализ ўтказиш керак?**



Масала №6

- Акушер-гинекологга 32 ёшли аёл, жинсий аъзосидаги бироз қичишишга шикоят қилиб мурожаат қилди. Ишламайди, эридан ажрашган, бетартиб жинсий ҳаёт кечиради.
- **Кўрилганда:** гениталийда ва орқа пешов атрофида жойлашган пушти-қизил рангдаги вегетацияланган папулалар бўлиб, кенг асосда жойлашган. Папулалар тубида инфильтрация бўлиб, у ушлаб кўрилганда оғримайди. Гинеколог «Утқир учли кондилома» диагнозини қўйди.
- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай анализлар ўтказиш керак?**



Масала №7

- Бемор аёл, 30 ёшда дерматолог хузурига юз соҳасидаги тошмага шикоят қилиб мурожаат қилди.
- Кўрилганда: Бемонинг ўнг ёноқ соҳасидаги терида жойлашган бир гуруҳ дўмбоқчалар бўлиб, бу дўмбоқчалар сарғиш-қизил рангда консистенцияси юмшоқ, катталиги мошдек. Айрим дўмбоқчалар юзаси ялтироқ, айримларида қипиқланиш кузатилади.
- **Сизнинг диагнозингиз?**
- **Диагнозни тасдиқлаш учун қандай синамалар текширилади?**



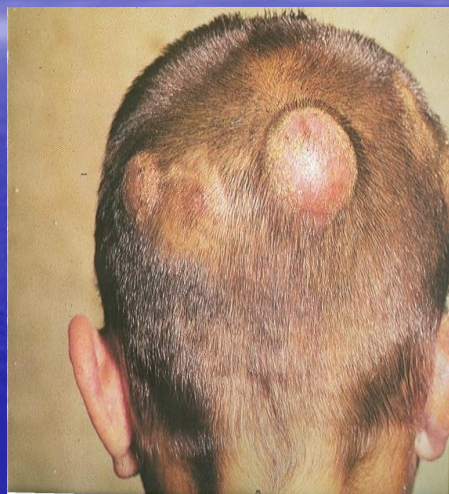
Масала №8

- Врач дерматолог хузурига 11 ёшли бола бўйин соҳасида тугун пайдо бўлганлигига шикоят қилиб мурожаат қилди.
- Врач кўрганда – беморнинг бўйин соҳасида чуқур гиподермада жойлашган тугун бўлиб, оғриқсиз, сафсар-қизил рангда, консистенцияси юмшоқ. Врач беморда «скрофулодерма» диагнози деб ўйлади. Диагнозни тасдиқлаш учун:
- **Қандай касалликлар билан дифференциация қилиш керак?**
- **Қандай текширишлар ўтказиш керак?**



Масала №9

- Диспансер шифокори қабулига келган 6 ёшли болада бошнинг сочли қисмида касаллик ўчоги мавжуд бўлиб, унинг шакли думалоқ, ўлчами 4х5 см, атрофида, жароҳат соҳасида кучли инфильтрация ривожланган ва ўзасида кўпгина «Фолликуляр йирингчалар» бўлиб, уларнинг ҳар биридан алоҳида-алоҳида йиринг оқиб чиқиши кузатилмоқда, қалоқлар бор. Касаллик ўчоғида сочлар зарарланган.
- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Диагнозни аниқлаш учун қандай текширув ўтказилади?**



Масала №10

- Қабулга келган 8 ёшли кизчанинг чап тирсағида, билак соҳасида 1 та касаллик ўчоғи бўлиб, улар думалоқ шаклда. Диаметри 3х4 см атрофида. У ерда эритема доғи, майда юзаки пустулалар, кепакланиш, қалоқлар кузга ташланади. Касаллик ўчоғи киргоғида папулалардан иборат инфильтрация тери соҳасидан бироз кутарилиб бордюр ҳосил қилиб турибди. Ўчоғнинг киргоқлари теккис, чегараси аниқ.
- **1) Қандай касаллик?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай текшириш ўтказиш керак?**



Масала №11

- 15 ёшли беморнинг қорин соҳасида кафтдек касаллик ўчоғи бўлиб, у ерда тери қаттиқлашиб зичлашган, остидаги тўқимага ёпишган, атрофида сирен рангидаги ҳошия кузатилади. Касалик ўчоғида тер ва ёғ безлари атрофияси тўғайли тер ва ёғ чиқиши кузатилмайди, ушлаб кўрилганда тери бурма ҳосил қилмайди ва меъёрдаги териға нисбатан бироз совуқ. Касаллик ўчоғининг марказий қисмида бироз ботиклик бўлиб, тери атрофияси кузатилмоқда, ранги оқиш.
- **Диагнозни аниқланг.**
- **Даволаш учун қўлланиладиган энг асосий препаратни айтинг.**



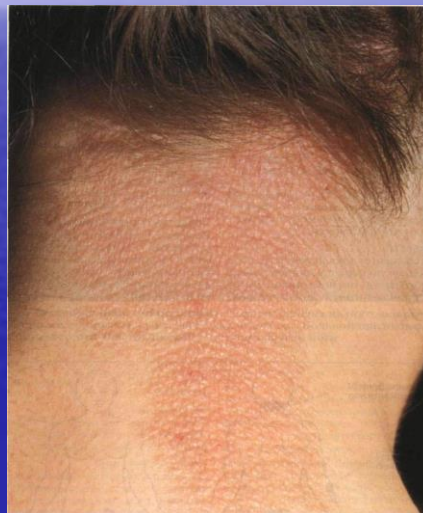
Масала №12

- 21 ёшли бемор оёқ-қўлларининг ёзилувчи юзаларида, баданларида ҳар-хил ўлчамдаги пушти-қизил папулалар бўлиб, усти оқ тангачалар билан қопланган, шакли ясси, юзаси ғадур-будир, периферияга қараб катталашиб кузатилмоқда. Билак соҳасида инъекция қилинган жойда майда ўлчамдаги худди шундай папула пайдо бўлган.
- **Диагнозни аниқланг.**
- **Инъекция қилинган жойда пайдо бўлган папула қайси феномен мусбатлигини кўрсатади.**



Масала №13

- Шифокор қабулига келган 24 ёшли бемор 3 йилдан буён касал бўлиб, бўйнининг орқа юзаси соҳасида касаллик ўчоғи мавжуд, унинг қлчамлари 4х7 см диаметрда. Касаллик ўчоғида кучли ривожланган лихенификация, папулёз инфильтрация, эксскориация, геморрагик қалоқлар, гиперпигментация, бироз қипиқланиш кўзга ташланади. Хуруж қилиб турувчи қичишиш безовта қилмоқда.
- **Қайси касаллик ҳақида ўйлаш керак?**
- **Касаллик ўчоғида қайси зоналарни тафовут қилиш мумкин?**



Масала № 14

- Дерматолог ҳузурига 8 ёшли бола отаси билан келиб билак, тирсак, болдир соҳасида гавдасининг икки ёнбоши терисида ҳар-хил катталиқда мугуз пластинкалар пайдо бўлганлигига шикоят қилди. Бола 3 ёшдан бери касал. Бу пластинкалар балиқ тангачасига ўхшаб жойлашган. Субъектив – терининг бироз таранглашиши мавжуд.
- **Қайси касаллик ҳақида ўйлаш мумкин?**
- **Қайси дори препарати буюрилади.**



Масала №15

- Шифокор ҳузурига 35 ёшли аёл қўл кафтларига, панжаларига тошмалар тошиши, қичишишига шикоят қилиб мурожаат қилди. Бемор бир неча йилдан бери касал бўлиб, касаллик «МИФ» порошогида кир ювгандан кейин бошланган.
- **Кўрилганда:** Қўл панжалари терисида қизариш, шиш, кўп миқдорда тугунча, пуфакча, пуфаклар, эрозиялар, намланиш бор.
- **Беморда қандай тери касаллиги?**
- **Ташқи муолажа учун нима буюрилади?**



Масала №16

- Диспансер шифокори қабулида 33 ёшли бемор бўлиб, унинг баданларида, қўл ва оёқларида пуфаклар, эрозиялар кузга ташланади. Айрим эрозиялар қалоқ билан қопланган, айримларининг юзи қизил тусли бўлиб, нам чиқиб турибди, атрофида эпидермис шокилалари бор. Пуфаклар ўзгармаган терида пайдо бўлган. Оғиз шиллиқ пардасида ҳам эрозиялар бўлиб, улар оғриқ чақириши кузатилмоқда.
- **Қайси диагноз ҳақида ўйлайсиз?**
- **Қандай симптомларни текшириб кўриш керак?**



Масала №17

- 2 ойлик чақалокда табиий бурмалар соҳасида кўплаб везикулёз ва пустулёз тошмалар кузатилади, катта эрозия сатҳлари ва атрофияда папулёз элементлари бор. Оғиз атрофида ҳам юқоридаги каби тошмалар мавжуд. Беморда тез-тез ич кетиши, сочлар тўкилиши, тирноқнинг дистрофик ўзгариши паронихия ва ониҳия кузатилмоқда. Умумий аҳволи оғир.
- **Сизнинг ташхисингиз?**
- **Асосий даво чоралари.**



Масала №18

- Дерматолог хузуридаги 2 ёшли қизчанинг юзлари, пастки жағи терисида кўпгина фликтена элементлари, эрозиялар мавжуд бўлиб, эрозиялар ўсти қалоқлар билан қопланган. Элементлар атрофида гиперемия хошияси кузатилади. Жараён соҳаси аста-секин катталашиб бормоқда.
- **1) Қайси касаллик ҳақида ўйлаш керак?**
- **2) Ташқи даволаш учун нима буюрилади?**



Масала №19

- Бемор А. Хирург ҳузурига орқа пешов атрофида тошма тошишига шикоят қилиб мурожаат қилди.
- Қўрилганда: орқа пешов атрофида юзаси эрозияланган, намланувчи папулалар бор. Беморда катталиги 1 сўмлик тангадек келадиган оз миқдордаги оқиш-пушти рангдаги розеолалар бор.
- Беморда қандай касаллик бўлиши мумкин?
- Беморни қайси мутахассис кўриши керак?
- Қандай лаборатория анализлари қилиш керак?



Масала №20

- Тери бўлимига 12 ёшли қизча оғир аҳволда ётқизилди. Шикояти: катта бўғимлардаги оғриққа, иситма чиқишига, терида тошмалар тошишига.
- Қўрилганда: Беморнинг аҳволи оғир, иситмаси 38,8 С. Беморнинг юз соҳасида диффуз эритема, юзлари шишган, қўл ва оёқ панжалари соҳасида кўпгина гемorraгик тошмалар, елка, қўрак соҳасида эритемалар бор. Беморнинг сочлари тўкилган. Пальпацияда – жигар 3 см га катталашган, биров оғрийди.
- Лаборатория анализлари: қонда: ЭЧТ – 37 мм/с, лейкопения, тромбоцитопения. Сийдикда – оқсил, эпителиал хужайралар, эритроцитлар.
- 1) Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш керак?
- 2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай анализ қилиш керак?



Масала №21

- 21 ёшли беморда иккала болдир соҳасида, билакларида 3-4 донадан яралар мавжуд бўлиб, уларнинг қирғоқлари ҳамирсимон қайрилган, шакли нотўғри, туби чуқур, улардан йиринг оқиб турибди. Яралардан юқори соҳаларда лимфангоит аломатлари кузатилади ва лимфа томирлари бўйлаб 4-5-6 та нўхат донидек катталиқдаги инфильтратлар жойлашган. Анамнездан маълум бўлишича бемор 2 ой илгари Сурхондарёда бўлган.
- **1.Диагнозни аниқланг.**
- **2.Диагнозни тасдиқлаш учун қандай лаборатория текшируви ўтказиш керак.**



Масала №22

- Аёллар маслаҳатхонасига 40 ёшли аёл жинсий органига яра чиқишига шикоят қилиб мурожаат қилди. Анамнезда 2 ой олдин бегона эркак билан жинсий алоқада бўлган.
- Қўрилганда: Беморнинг катта жинсий лабларида чап томонида диаметри 1,5 см келадиган яра бўлиб, яра ранги янги сўйилган гушт рангидек. Чеккалари текис.
- Палпацияда тубида қаттиқ эластик инфильтрация бор, оғримайди. Лимфа тугунлар човда иккала томонда катталашган.
- **1) Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш керак?**
- **2)Диагнозни тасдиқлаш учун нима қилиш керак?**



Масала №23

- Дерматовенеролог хузурига 60 ёшли эркак бемор кириб келган. Болдирининг олдинги қисмида пайдо бўлган ярага шикоят қилади. Тўрт ой олдин ўша соҳани уриб олганидан сўнг, қон қуйилган бўлиб, кейинчалик оғриқсиз тугун пайдо бўлган. Бемор врачга учрамади, тугунга алоҳ қўйиб бойлаганидан кейин, тугун тешилиб яра ҳосил бўлган.
- Кўрилганда: диаметри 2 см келадиган яранинг қирғоқлари текис, қаттиқ тубида некротик масса бор. Яра атрофидаги тери кўкимтир-қизил рангда. Беморни қони КСР га текширилганда манфий натижа берди.
- Қандай касаллик тўғрисида ўйлаш керак?
- Қандай лаборатория анализлари қилиш керак?



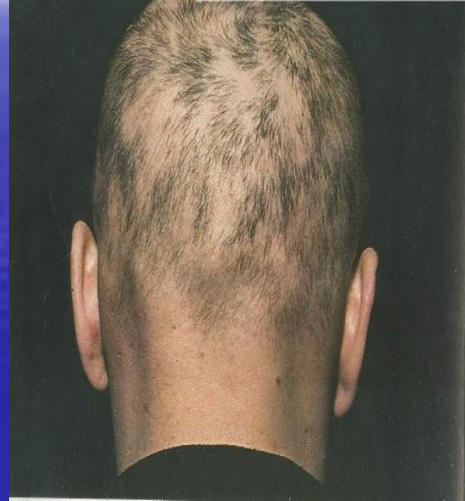
Масала №24

- Дерматологик клиникага 2 ойлик чақалоқ оғир аҳволда олиб келинди. Беморда тез-тез қайт қилиш, иштаҳанинг кескин пасайиши, тез-тез ич ўтиши кузатилади. Териси гиперемияга учраган. Эритродермия, қипиқланиш қорин ва бел соҳаларида кўп миқдорда кузатилмоқда. Табиий бурмалар соҳасида кўплаб эрозиялар мавжуд. Эпидермис бу соҳаларда бичилган. Бошнинг сочили қисмида кўп миқдорда кипиклар бўлиб, улар чақалоқ бошини қалқон каби қоплаб турибди. Қон таҳлилида гипохром анемия, дисиммуноглобулинемия, комплементнинг зардобдаги компоненти миқдорининг пасайиши, глобулинлар фракциясининг пасайиши, карбоксипептидаза S, тизимларининг фаоллигини энетрокиназа, аминопигментидазанинг пасайиши аниқланди. Чақалоқ гипертрофияга учраган.
- **Сизнинг ташхисингиз?**
- **Даволаш тактикасини танланг.**



Масала №25

- Дерматолог кўрувига 32 ёшли бемор келди. Бемордан КСР га қон олинганда мусбат натижа чиққан.
- Бемор: бош оғриғи, кўнгил айланишига шикоят қилади.
- Бемор кўрилганда: бўйин терисининг иккила ён ва орқа томонида депигментли доғлар жойлашган. Доғларни юзи силлик, атрофдаги тери гиперпигментлашган. Бундан ташқари сочнинг диффуз сийракланиши, киприкнинг пиллапоясимон тўкилиши кузатилади.
- **Беморга клиник диагноз қўйинг.**
- **Касалликнинг клиник белгиларини сананг.**



Масала №26

- Наркоманияга мубтало бўлган 24 ёшли йигитнинг оғиз шиллик пардаларида, томоғида эрозиялар, қизариш пайдо бўлиб, уларнинг усти оқиб қараш билан қопланган, ачишиш безовта қилмоқда. Баданларида эса кўплаб фолликуляр йирингли элементлар кўзга ташланади. Анал соҳасида мацерация ва эрозиялар бўлиб, айрим жойлари ярага айланган. Қулоқ орқасида, бўйин, кўкрак, қўлтиқ ости соҳаларидаги лимфа тугунлари катталашган. Иккала билаги ва тирсагида инъекцияларнинг излари, чандиқлар, флебит аломатлари кузатилмоқда. Бемор кескин озиб кетган.
- **Қайси касаллик ҳақида ўйлаш керак?**
- **Қандай текширув ўтказиш керак?**



Масала №27

- Қишлоқ врачлик амбулаториясига 12 ёшли бола тошмалар пайдо бўлганлигидан, қичишишдан шикоят қилиб келди. Беморнинг кафт бармоқлари орасида, тирсакларида қоринларида майда папула-везикулалар бўлиб, улар жуфт-жуфт жойлашган, кафтларида маддалар мавжуд. Кечкурунлари кучли қичишиш безовта қилиши аниқланди.
- **Диагнозни аниқланг.**
- **Диагнозни тасдиқлаш учун қандай текшириш усули ўтказилади?**



Масала №28

- Шифокор ҳузурига 30 ёшли аёл панжалари ораси, қорин, билак, думба соҳаларига тошмалар тошиши, кечаси кучаядиган кучли қичишишдан шикоят қилиб мурожаат қилди.
- Кўрилганда: Қўл панжалари орасида, қорин, билак ва думба соҳаларида жуфт-жуфт бўлиб жойлашган папула-везикулёз элементлар, чизиксимон тирналишлар, қонли қалоқлар бор.
- **Касалликни диагнози?**
- **Диагнозни тасдиқлаш учун нима қилиш керак?**



Масала №29

- 1 ойлик чақалоқнинг қафт ва товонларида нўхот донидек пуфаклар бўлиб, остида қаттиқ инфильтрат бор. Оғиз атрофида қизариш ва инфильтрация кузатилади. Инфильтрация юзасида оғиз бурчагида бошланган 2-3 та ёриқ пайдо бўлган. Онаси текширилганда унинг баданларида гуруҳлашган розеолалар, қафт ва товонларида папулалар, жинсий аъзоларида эрозив папулалар аниқланди.
- **1. Чақалоқдаги диагнозни аниқланг.**
- **2. Диагнозни тасдиқлаш учун чақалоқда ва онасида қайси лаборатория текширувлари ўтказилади.**



Масала №30

- Қишлоқ врачлик амбулаториясига 24 ёшли аёл келиб, юзлари ва иккала қўлларининг қафтлари қизариб шишганлигидан, нам чиқишидан, қичишишдан шикоят қилди. Беморнинг юзлари, пешона ва иккала қафтларида симметрик эритема, шиш, сув чиқиши кузатилмоқда, эрозиялар сатҳида сарғиш, тиниқ рангли қалоқлар бор. Биринчи мартаба касал бўлиши.
- **Сизнинг диагнозингиз?**
- **Ташқи муолажа учун нима буюрилади?**



Масала №31

- 8 ёшли болада баданларида, оёқ-қўлларида эритема доғи, везикулалар ҳалқа, доира, гирлянд ҳосил қилиб жойлашган. Бундан ташқари жароҳат ўчоғида уртикар элементлар гуруҳлашган папулалар кузатилади. Кучли қичишиш безовта қилади. Қонда ва пуфакча суюқлигида эозинофилия кузатилмоқда.
- **Диагнозни аниқланг.**
- **Диагнозни тасдиқлаш учун қайси синама қўйилади.**



Масала №32

- Дерматолог хузуридаги 42 ёшли аёлнинг иккала юзида қизил эритема доғи бўлиб, унинг марказий қисмида тери юпқалашган, бироз оқиш тусда тери сатҳидан пасайган, айрим жойларда қипиқлар бор. Шундай элемент бурун устидан ҳам ўтиб иккала юздаги жароҳат билан қўшилиб кетган ва капалакни эслатувчи тус олган. Субъектив ҳиссиётлар йўқ.
- **Қандай касаллик бўлиши мумкин?**
- **Қайси симптомларни текшириш керак?**



Масала №33

- Шифокор қабулига 35 ёшли эркак бўйни ва елка соҳасига тошма тошишига, оғриққа, ҳамда 37,5 С истима чиқишига шикоят қилиб келди.
- **Кўрилганда:** Бўйин ва елка терисида соч фолликулалари соҳасида бир неча думалок, конуссимон яллигланган тугун бўлиб, унинг ўртасида йирингли-некротик ўзак (стержен) бор. Элемент ранги кўкимтир-қизил, консистенцияси юмшоқ.
- Бу ерда қайси касаллик тўғрисида ўйлаш керак?
- Бу касаллик қайси микроорганизмлар томонидан чақирилади?



Масала №34

- Дерматолог қабулидаги 22 ёшли йигитни бошининг сочли қисмида, қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзаларида, баданда кўп миқдорда пушти-қизил рангдаги папулалар бўлиб, уларнинг юзаси оқ кумушсимон тангачалар билан қопланган. Папулалар думалок, овал шаклда, ўлчами ҳар-хил, ясси, юзаси ғадир-будир, периферияга қараб ўсиб катталашиши кузатилмокда, қашланган жойларда янги элементлар кўзга ташланади.
- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Қандай симптомни текшириб кўриш зарур?**



Масала №35

- Диспансер бўлими врачлари қабулига 11 ёшли бола бошнинг сочили қисмида соч тўкилишига шикоят қилиб мурожаат қилди.
- **Қўрилгандан:** бошнинг сочили қисмида 1 та катталиги йигирма сўмлик тангадек келадиган доғ бўлиб, доғ юзаси кулранг тангачалар билан қопланган. Доғ атрофида тугунчалар, пуфакчалар, қалоқлар бор. Жароҳат ўчоғидаги сочлар 5-8 мм тери сатҳидан юқоридан синган, айримлари илмоқ, вергул, сўроқ шаклида.
- Қайси диагноз ҳақида ўйлаш керак?
- Диагнозни тасдиқлаш учун қандай анализ қилиш керак?



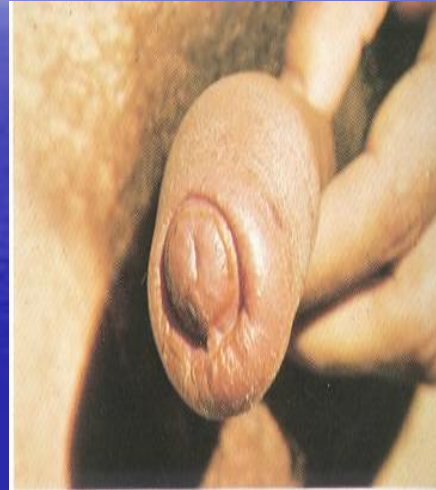
Масала №36

- Дерматолог хузурига 45 ёшли аёл учради. Шикоятлари – қўл ва оёқ соҳаларига тошмалар тошишига, қичишишига. Ўзини 2 ҳафтадан буён касал ҳисоблайди.
- **Қўрилганда:** Беморнинг қўл ва оёқларининг букулувчи соҳасидаги терида пушти-бинафша рангдаги полигонал папулалар жойлашган. Папулалар юзаси силлиқ, ялтироқ бўлиб, марказида киндиксимон ботиклик бор.
- 1. Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш керак ?
- 2. Диагнозни тасдиқлаш учун қайси симптомни аниқлаш керак?



Масала №37

- Шифокор қабулига 20 ёшдаги эркак бир ҳафта олдин пайдо бўлган фимоз белгилари билан келди. Бемор уйланмаган. Бир ой олдин нотаниш аёл билан жинсий алоқада бўлган.
- **Кўрилганда:** беморда фимоз белгилари. Човдаги лимфа тугунлар катталашган, қаттиқ-эластик, оғримайди, тери ва бир-бири билан қўшилмаган. Лимфа тугунлари юзасидаги тери ўзгармаган.
- **1) Беморда қандай диагноз?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай анализ қилиш керак?**



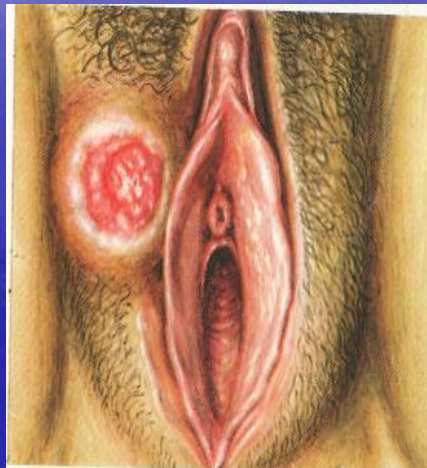
Масала №38

- 22 ёшли беморни жинсий олат бошчаси остига 1,5 X 2,0 см ўлчамдаги яра бўлиб, чеккасида зичлашиш кузатилмоқда. Яра туби нотекис, юзаси қонли-йирингли парда қопланган. Чов лимфатик тугунлари кабутар тухуми ўлчамида катталашган, зич, ҳаракатчан. Яра ва лимфатик тугунлар оғриқсиз.
- **Қайси патологик жараён тўғрисида ўйлаш лозим?**
- **Сизни тактикангиз.**



Масала №39

- Аёллар маслаҳатхонасига 40 ёшли аёл жинсий аъзосига яра чиқишига шикоят қилиб муурожаат қилди. Анамнезда 2 ой олдин бегона эркак билан жинсий алоқада бўлган.
- **Кўрилганда:** Беморнинг катта жинсий лабларини ўнг томонида диаметри 1,5 см келадиган яра бўлиб, яра ранги янги сўйилган гўшт рангидек. Чеккалари текис.
- Палпацияда тубида қаттиқ эластик инфильтрация бор, оғримайди. Лимфа тугунлар човда иккала томонда катталашган.
- **1) Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш керак?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун нима қилиш керак?**



Масала №40

- Врач қабулига 26 ёшли аёл киши кириб, тошмалар пайдо бўлганлигидан шикоят қилади. Бемор кўрилганда баданларида кўп миқдорда пушти-қизил рангли майда, думалоқ шаклдаги, кепаклашмаган розеолалар аниқланди. Жинсий аъзонинг уятли лабини чап қисмида 1 см диаметр атрофида яра кўзга ташланади. Яранинг остида қаттиқ тоғайсимон инфильтрат аниқланади, унинг усти қалоқ билан қопланган. Чов соҳасидаги лимфа тугунлари катталашган, оғриқсиз бир-бири билан қўшилмаган, бу соҳада тери ўзгармаган. Шунингдек қўлтиқ ости, жағ ости лимфа тугунлари ҳам катталашган.
- **1. Қайси диагноз бўлиши мумкин?**
- **2. Диагнозни аниқлаш учун қандай текшириш усуллари ўтказилади?**



Масала №41

- 38 ёшли беморнинг ўнг томондаги кўкрак ён соҳасида терида қатталиги нўҳотдек келадиган чекланган, консистенцияси қаттиқ миссимон-қизил рангдаги тошмалар тошган. Айрим элементлар ёрилиб яра ҳосил қилиб, чандиқ билан битган. Бемор ҳар хил малҳамлар суртган, лекин даводан фойда бўлмаган. Жароҳат ўчоғи атрофида яна янги элементлар пайдо бўлган. Шифокор жароҳат ўчоғида «олма желеси»ни симптомини текшириб кўрганида у манфий, КСР га қони текширилганда мусбат натижалар берди.
- **Сизнинг диагнозингиз?**
- **Беморда қандай бирламчи морфологик элемент бўлган?**
- **Диагнозни текшириш учун қанақа серологик реакция қўйиш керак?**



Масала №42

- 14 ёшли болада пешона, юз, оғиз атрофларида, бўйин, бел, тирсак ва билакнинг букилувчи юзасида, тақимда бироз эритема, папулёз инфильтрация, лихенификация, экскорация, геморрагик қалоклар, ёриқлар, тангачалар кузатилади. Тери куруқлашган, тер ва ёқ чиқиши бироз камайган. Ёшлигидан "Эксудатив диатез" билан касалланган, кўп маротаба даволанган.
- **Диагнозни аниқланг.**
- **Бу беморда дермографизм қандай бўлишини айтинг.**



Масала №43

- 18 ёшли қизнинг биллак, тирсак соҳаларининг ёзилувчи юзасида, болдирда, сон соҳасида кўп миқдорда тери ранги билан бир хил, конуссимон шаклдаги 0,3 x 0,5 см диаметрли папулалар пайдо бўлган, улар бир бири билан қўшилмаган, ҳар бир элемент юзасида эксфолиация, қалоқлар кузатилади. Кучли қичишиш безовта қилади.
- **1. Қандай касаллик эканини аниқланг.**
- **2. Қайси касалликлар билан дифференциация қилиш керак.**



Масала № 44

- Шифокор ҳузурига 35 ёшдаги аёл узоқ вақтдан бери сочи тўкилиётганига шикоят қилиб келди.
- Бошини сочли қисмида соч тўкилган ўчоғ бўлиб, шу соҳада майда, куруқ, кўп бўлмаган кепакланиш, атрофия кузатилмоқда. Тўкилган сочлар ўрнида "қора нуқта" кузатилмоқда.
- **1. Қандай касаллик тўғрисида ўйлаш лозим?**
- **2. Даволаш учун қандай лаборатор текшириш ўтказиш керак?**



Масала № 45

- Шифокор ҳузурига мўйлов соҳасига тошма тошишига шикоят қилиб келди. Мўйлов соҳасида майда, тарқалмаган пустила ва тугунчалар, фолликулалар бўлиб, уларни ўраб турган инфилтратлар бир бири билан қўшилган ва йирингли қалоқлар билан қопланган. Касаллик сурункали кечмоқда. Чандикли ўзгаришлар кузатилмайди.
- **Сизни диагнозингиз?**
- **Қайси касаллик билан дифференциал диагноз ўтказиш лозим?**



Масала № 46

- Дерматолог ҳузурига акушер-гинеколог билан она чақалоқни терисида тошмалар тошганига шикоят қилиб келишди.
- Янги туғилган чақалоқни териси қизарган, юзасида қуруқ, юпқа, сарғиш-жигарранг плёнка билан қопланган (коллодийни эслатиб юборади). Баъзи бир соҳаларда улар қуруқшаган, катта тангачаларга айланган. Бошни сочли қисмида ҳам худди шундай клиник манзар кузатилмоқда. Кафт, товонларда, юзида терлашнинг кучайганлиги, тирноқлар деформацияси, қалинлашиши, тирноқ ости гиперкератоз аниқланмоқди.
- Эктропион, лагофталъм, кератит, фотофобия кузатилмоқда.
- **Сизни диагнозингиз?**
- **Даволаш учун қайси препарат буюрилади?**



Масала № 47.

- Шифокор ҳузурига 35 ёшли бемор ўнг қўлига тошма тошишига қилиб келди.
- Кўрилганда беморни ўнг қўлини чимчалоқ фалангида пастки қисмида ўзгармаган терида конуссимон мугуз массали, узунлиги ўсманинг асосидан катта бўлган узоқ вақтдан бери кузатиладиган жароҳат ўчоғи аниқланди.
- **Сизни диагнозингиз?**
- **Қандай даволаш усули қўланиши мумкин?**



Масала № 48

- 4 ойлик чақалоқда киндик соҳасида доим намланиш ва суюқлик ажралиб туриши кузатилади. Чақалоқ туғилганидан бери касал. Кўрилганда киндик соҳасида ёрқин гиперемия бўлиб, киндикдан тиниқ суюқлик ажралиб турибди ва атрофдаги тўқималар кўпчиб, бичилишига сабаб бўлмоқда. Шу соҳада эпидермия мацерицияланган.
- **Сизнинг диагнозингиз?**
- **Даволаш тактикасини танланг.**



Масала № 49

- Дерматолог ҳузурига 29 ёшли бемор оёқларига тошмалар тошишига ва қичишишига шикоят қилиб келди.
- Қўрилганда беморни иккала оёғларини товон соҳаларида қизарган юзалар бўлиб, уларни устида папулалар, пуфакчалар, кўп камерали пуфаклар кузатилмоқда. Пуфак ва пуфакчалар ёрилган соҳаларида эрозиялар, қалоқлар, тангачалар ҳосил бўлган. Намланиш кўзга ташланмоқда.
- Субъектив ҳиссётлардан беморни қичишиш, оғриқлар ва ачишиш безовта қилмоқда.
- Сизни диагнозингиз?
- Умумий давога қайси препаратлар буюриш лозим.
- Ташқи давога дастлаб қандай препаратлар буюрилади?



Масала № 50

- Дерматолог ҳузурига 35 ёшли бемор жинсий аъзосига тошмалар тошишига шикоят қилиб келди.
- Қўрилганда: Беморни жинсий аъзосини тана қисмини терисида гул карамни эслатиб юбуровчи, юмшоқ консистенцияли ўсмалар кузатилмоқда.
- Субъектив ҳиссиётлар йўқ.
- Сизни диагнозингиз.
- Қандай текширишлар ўтказиш лозим.



ВАЗИЯТГА ОИД МАСАЛЛАРНИ ЖАВОБЛАРИ

- Савол №1.
- 1. Бирламчи сернегатив захм.
- 2. Қаттиқ шанкрдан оқ трепонемага суртма олиш
- Савол №2.
- 1. Чов эпидермофитияси.
- 2. Жароҳат ўчоғларидан замбуруғларга материал олиш.
- Савол №3.
- 1. Ранг баранг темиртки.
- 2. Жароҳат ўчоғида Бальцернинг йодли синамасини, Бенъе симптомини ўтказиш.
- Савол №4.
- 1. Ўраб олувчи темиртки, аборттив тури.
- 2. Жароҳат ўчоғларига анилин бўёқлари суртилади.
- Савол №5.
- 1. Янги ўткир сўзак.
- 2. Уретрадан гогококкларга суртма олиш.
- Савол №6.
- 1. Иккиламчи қайталама захм.
- 2. Эрозив папула ва сербар кондилломалардан оқ трепонемага материал олиш ва қонни КСРга текшириш.
- Савол №7.
- 1. Сил волчанкаси.
- 2. Жароҳатланган соҳаларда Пospelовнинг "зонд" ва "Олма желеси" симптомларини ўтказиш.
- Савол №8.
- 1. Скroфулодерма (колликватив тери сили).
- 2. Тугун элементи кузатиладиган касалликлар – учламчи захм (гумма), Базен эритемси, актиномикоз, тери ўсмалари билан дифференциал диагностика ўтказилади.
- Савол №9.
- 1. Инфилтратив-маддаловчи трихофития.
- 2. Жароҳат ўчоғини қирғоқларидан замбуруғга материал олиш.
- Савол №10.
- 1. Силлиқ тери трихофитияси.
- 2. Жароҳат ўчоғини қирғоқларидан замбуруғга материал олиш.
- Савол №11.
- 1. Чегараланган склеродермия, дискоид шакли.
- 2. Асосий препаратлар - фермент препаратлари (лидаза, серрата, ронидаза).
- Савол №12.
- 1. Вульгар псориаз, прогрессив босқичи.
- 2. Инъекция қилинган жойда тошмаларнинг пайдо бўлгани "Кебнер феномени – изоморф реакцияси" мусбатлигини кўрсатади.
- Савол №13.
- 1. Чегараланган нейродермит (Видадь шакли).
- 2. Жароҳат ўчоғида 3 та зона тафовут қилинади. Марказида ички зона – лихенификация, ўрта зона – папулез инфильтрация, ташқи зона – гиперпигментация.
- Савол №14.
- 1. Ихтиоз.
- 2. Витамин А, ретиноидлар (тигазон, неотигазон ва б.)
- Савол №15.
- 1. Аллергик контактли дерматит.
- 2. Нам-қуриувчи боғламлар қўйилади.
- Савол №16.
- 1. Вульгар пўрсилдоғ.
- 2. Асбо-Ганзен, Никольский ва Щеклаков симптомларини жароҳат ўчоғида текшириб кўриш лозим.

ЖАВОБЛАР

- Савол №17.
- 1. Энтеропатик акродерматит.
- 2. Рух оксиди.
- Савол №18.
- 1. Стрептококкли импетиго.
- 2. Маҳаллий давода анилин бўёқлари қўлланилади.
- Савол №19.
- 1. Иккиламчи қайталама захм.
- 2. Қонни КСРга ва жароҳат соҳасидан оқ трепонемага анализ олиш.
- Савол №20.
- 1. Ўткир қизил югурик (волчанка).
- 2. Қонни LE-хўжайраларга текшириш.
- Савол №21.
- 1. Тери лейшманиози, қишлоқ тури.
- 2. Балиқ икриси симптомини аниқлаш.
- Савол №22.
- 1. Бирламчи сернегатив захм.
- 2. Беморни қони КСР га текширилади, қаттиқ шанкрдан оқ спирохетага материал олинади.
- Савол №23.
- 1. Учламчи захм.
- 2. Беморни қонидан олиниб РИБТ, РИФ анализларига текширилади.
- Савол №24.
- 1. Лейнер-Муссунинг дескваматив эритродермияси.
- 2. Кортикостероид препаратлар (преднизолон, бетаметазон, дексаметазон, триамциналон ва б.).
- Савол №25.
- 1. Иккиламчи қайталама (рецидив) захм.
- 2. Пинкус ва Омнибус симптомлари, диффуз алопеция, сифилитик лейкодерма кузатишмоқда.
- Савол №26.
- 1. ОИТС.
- 2. ИФА ва иммуноблотинг анализлари ўтказилиши лозим.
- Савол №27.
- 1. Қўтир, пиодермия билан асоратланган.
- 2. Қўтир канасига материал олиш.
- Савол №28.
- 1. Қўтир.
- 2. Қўтир канасига материал олиш.
- Савол №29.
- 1. Туғма захм.
- 2. Қонни КСР га текшириш, пуфак ва пуфакчалардан оқ спирохеталарга материал олиб текшириш.
- Савол №30.
- 1. Ўткир чин экзема, дисгидротик тури.
- 2. Нам қуриувчи боғламлар қўйиш.
- Савол №31.
- 1. Дюрингни герпессимон дерматози.
- 2. Ядассон синамаси ўтказилади.
- Савол №32.
- 1. Сурункали қизил волчанка (югирик), дисксимон тури.
- 2. "Бенъе-Мещерский" ва "аёллар пошнаси" симптоми

ЖАВОБЛАР

- Савол № 33.
- 1. Фурункулёз.
- 2. Тилларанг стафилококклар.
- Савол № 34.
- 1. Вулгар псориаз, прогрессив даври.
- 2. Псориазга хос учлик симптомини аниқлаш.
- Савол № 35.
- 1. Бошни сочли қисми микроспорияси.
- 2. Жароҳат соҳасидаги сочлардан замбуруғга материал олиш.
- Савол № 36.
- 1. Қизил ясси темирлатки.
- 2. Уикхем тўри синамасини ўтказиш.
- Савол № 37.
- 1. Бирламчи серонегатив захм.
- 2. Жароҳат ўчоғидан оқ спирохетага материал олиш.
- Савол № 38.
- 1. Бирламчи серогенатив захм.
- 2. Жароҳат ўчоғидан оқ трепонемага материал олиш.
- Савол № 39.
- 1. Бирламчи серопозитив захм.
- 2. Қаттиқ шанкрдан оқ трепонемага материал олиш, бемор қонини КСР га текшириш.
- Савол № 40.
- 1. Иккиламчи янги захм.
- 2. Қаттиқ шанкрдан оқ трепонемага материал олиш, бемор қонини КСР га текшириш.
- Савол № 41.
- 1. Учламчи захм.
- 2. Дўмбоғча.
- Савол № 42.
- 1. Атопик дерматит.
- 2. Оқ дермографизм қузатилади.
- Савол № 43.
- 1. Катталар қичимаси.
- 2. Қўтир, нейродермит, тери қичишиши, экзема.
- Савол № 44.
- 1. Сўрункали трихофития.
- 2. Жароҳат ўчоғидаги замбуруғларга материал олиш.
- Савол № 45.
- 1. Паразитар сикоз.
- 2. Вўльгар сикоз билан дифференциал диагноз қилиш лозим.
- Савол № 46.
- 1. Туғма ихтиоз.
- 2. Витамин А, ретиноидлар (тигазон, неотигазон).
- Савол № 47.
- 1. Тери шохи.
- 2. Криотрепия, диатермокоагуляция.
- Савол № 48.
- 1. Катарал омфалит.
- 2. Анилин буюқлари.
- Савол № 49.
- 1. Товон эпидермофитияси. 2. Антимикотик препаратлар. 3. Нам-қуритувчи бойламалар.
- Савол № 50.
- 1. Ўткир учли кондилома.
- 2. Қонни КСР га текшириш, ПЦР анализи

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. А.Каримов, У.Мирахмедов. «Тери ва таносил касалликлари», Тошкент 1995 й.
2. С.С.Арифов «Клиническая дерматология и венерология» атлас. Ташкент 2008 год.
3. С.С.Арифов, «Тери ва таносил касалликлари», Тошкент 2010 й.
4. Х.К.Шодиев, К.Р.Ахмедов. «Тери ва таносил касалликлари», Тошкент 1993 й.
5. Ю.К.Скрипкин. «Кожные и венерические болезни» Москва 1980 г.
6. Ю.К.Скрипкин. Мордовцев Н. «Руководство по кожным и венерическим болезням» Москва 1999 г.
7. А.Ш.Вайсов. «Тери ва таносил касалликлари», Тошкент 2004 й.
8. Арифов С.С. «Клиническая дерматология и венерология». // ООО «Voriz – Nashriyot», Ташкент. 2008 г. – с. 346.
9. В.В.Владимиров, Б.И.Зудин. Кожные и венерические болезни. Атлас. М.Медицина. 1980. 288 с.

ҚЎШИМЧА АДАБИЁТЛАР

10. Н.А.Торсуев, Н.Д.Шеклаков, В.Н.Романенко «Буллёзные дерматозы» Москва 1979 г.
11. Дерматология Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф Н. и соавт. // М. Mc Graw – Hill – практика. 1999.
12. Методическое руководство по диагностике и лечению наиболее распространенных кожных заболеваний и ИППИ. Под редак. Ваисова А.М. Тошкент 2006 г.
13. Исмоилова Г.А. Тери ва таносил касалликлари УАШ фаолиятида. Тошкент 2004 й.
14. А.В.Самцов. Руководство по кожным и венерическим болезням. Медицина 1990 г.
15. А.Э.Хонгельдов. «Клинический случай герпетиформного дерматита». Новости дерматологии и венерологии -2001, -№ 1-2. 86-87 с.
16. С.С.Арифов, И.Р.Рахимов. «О вегетирующей пузырьчатке». Новости дерматологии и венерологии -2002, -№ 1, 17-19 с.
17. С.С.Арифов, Э.Эшбоев. «Тери ва таносил касалликлари», Тошкент 1997 й.
18. М.И.Абдуллаев, М.А.Мукаррамов, А.А.Жумагалиева, Н.Б.Бобобекова «Случай синдрома Сенира-Ашера». Новости дерматологии и венерологии». 2003, № 1-2, С 66-68
19. С.С.Арифов. И.Р.Рахимов, И.М.Байбеков. «Ультроструктурные особенности кожи при различных типах пузырьчатки». Новости дерматологии и венерологии», -2003, -№ 1-2, 28-31 с.
20. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф Н. И соавт. Дерматология. Атлас-справочник. // М. McGraw-Hill-Практика. - 1999; - с. 1044.

МУНДАРИЖА

бет.

1.	Тери анатомияси ва гистологияси	3
2.	Терининг морфологик элементлари	7
3.	Пиодермиялар	29
4.	Дерматитлар ва Токсикодермиялар	51
5.	Экзема	58
6.	Атопик дерматит	70
7.	Янги туғилган чақолоқларнинг тери касалликлари	79
8.	Эшакем	95
9.	Терининг замбуругли касалликлари	99
10.	Тангачали темиртки (псориаз)	118
11.	Кизил ясси темиртки	124
12.	Акантолик пемфигус (пўрсилдоқ)	128
13.	Дюрингнинг Герпетифор дерматити	135
14.	Вирусли дерматозлар	139
15.	Мохов (Лепра)	152
16.	Тери лейшманиози	169
17.	Витилиго (Пес)	180
18.	Қаллогенозлар	184
19.	Склеродермия	192
20.	Дерматомиозит	199
21.	Жинсий йўл билан юқадиган касалликлари	204
22.	Заҳмни бирламчи даври	215
23.	Заҳмни иккиламчи даври	225
24.	Заҳмни учламчи даври	246
25.	Сўзак	258
26.	ВИЧ - инфекция	271
27.	Вазиятга оид масалалар	291
28.	Адабиётлар	318



**ANDIJON DAVLAT
TIBBIYOT INSTITUTI**

GUVOHNOMA



ANDIJON – 2023

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus ta'lim vazirligi
Andijon davlat tibbiyot instituti rektorining 2023 yil "28" yanvardagi
"36-Sh"—sonli buyrug'iga asosan

A.Б.Пакирдинов

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

Даволаш иши - 5510100

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

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

Тери ва таносил каксалликлари. Атлас
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)

M.M. Madazimov

Ro'yxatga olish raqami:



100104





Ўзбекистон Миллий
кутубхонаси

№ 4090-3265-8141-8ебс-b865-6863-9702
Хужжат яратилинган сана: 2023-12-19
Ариза рақами: 106078002

Хужжат берилган: "KAFOLAT TAFAKKUR" MAS`ULIYATI
CHEKLANGAN JAMIYAT
СТИР: 300325805

Нашрларга китобнинг ISBN халқаро стандарт тартиб рақамини бериш МАЪЛУМОТНОМАСИ

Ахборот-кутубхона соҳасида давлат хизматлари кўрсатишнинг айрим маъмурий регламентларини тасдиқлаш тўғрисидаги Ўзбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамасининг 2023 йил 1 май 176 - сонли Қарорига, нашрларнинг чиқиш маълумотларини ГОСТ 7.4-95 "Нашрлар. Чиқиш маълумотлари" ҳамда ГОСТ 7.53-2001 "Китобларни халқаро стандарт рақамлаш" давлатлараро стандартлари талаблари асосида бўлишини таъминлаш мақсадида китоб маҳсулотларига қуйидаги ISBN халқаро стандарт тартиб рақами белгилаш учун тақдим этилди:

Китоб номи	Китоб жанри	Китоб чоп этиладиган тил	Китоб ҳажми	Китоб адади	Берилган ISBN тартиб рақами
ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАР АТЛАСИ	Ўқув қўлланма	Ўзбек тили кирилл ёзувида	80х64 1/16 - 324	6	978-9910-9626-5-3

RAHMEDOVA GULBAHOR TULKUNOVNA

Мазкур хужжат Вазирлар Маҳкамасининг 2017 йил 15 сентябрдаги 728-сон қарорига мувофиқ Ягона интерактив давлат хизматлари порталида шакллантирилган электрон хужжатнинг нусхаси бўлиб, давлат органлари томонидан ушбу хужжатни қабул қилишни рад этишлари қатъиян тақиқланади. Хужжат ҳақиқийлигини hero.gov.uz веб-сайтида хужжатнинг ноёб рақамини киритиб ёки мобил телефон ёрдамида QR- кодни сканер қилиш орқали текшириш мумкин.

5738



O'QUV QO'LLANMA

A.B. PAQIRDINOV

“ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАР” АТЛАСИ

Muharrir: Maxmudov A.

Korrektor va dizayn: Maxmudov T.

Tasdiqnoma № X-25171, 300325805, 15.06.2023.

Bosishga 2023 yil “28-avgust” ruxsat berildi.

Format 120x168/16. Garnitura Times New Roman.

Muqova uchun rasm manbasi:

OCHIQ INTERNET MANBASIDAN OLINDI

Shartli bosma tabog'i 7.67., 324 sahifa, Adadi 6 dona, Buyurtma №26

“**KAFOLAT TAFAKKUR**” nashriyotida tayyorlandi va chop etildi.

Manzil: Andijon viloyati, Andijon tumani, Oq Yor QFY, Sh.Umarov 78 uy.

Telefon: +99897 580-64-54

e-mail: kafolattafakkur@gmail.com

