

ПАҚИРДИНОВ А.Б.

БОЛАЛАР ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ДАРСЛИК

АНДИЖОН - 2022 ЙИЛ





**O‘ZBEKISTON RESPUBLIKASI
OLY VA O‘RTA MAXSUS
TA‘LIM VAZIRLIGI**

GUVOHNOMA



Toshkent shahri

O'QUV ADABIYOTINING NASHR RUXSATNOMASI

O'zbekiston Respublikasi Oliy va o'rta maxsus
ta'lim vazirligining 2022 yil 19 " iyul " dagi
233 " -sonli buyrug'iga asosan

A.B. Pakirdinov

(muallifning familiyasi, ismi-sharifi)

5510200 – *Pediatrica ishi*

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

Bolalar teri kasalliklari 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.



Vazir

A. Toshkulov

(imzo)

Ro'yxatga olish raqami

233-1134



**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

ПАҚИРДИНОВ АДХАМЖОН БЕГИШЕВИЧ

Билим соҳаси- Ижтимоий таъминот ва соғлиқни сақлаш- 500000

Таълим соҳаси – Соғлиқни сақлаш – 510000
“Тери ва таносил касалликлари”
Фанидан

БОЛАЛАР ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

ДАРСЛИК

Даволаш иши - 5510100
Педиатрия иши – 5510200
Касб таълими - 5111000
Таълим йўналишлари учун

Андижон – 2022 йил

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС
ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ
ТИББИЙ ТАЪЛИМНИ РИВОЖЛАНТИРИШ МАРКАЗИ
АНДИЖОН ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ**

БОЛАЛАР ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

**Тиббиёт олий ўқув юртлари профессор ўқитувчилари ва
4 курс педиатрия ва даволаш ва касб таълими факультетининг талабалари,
магистратура талабалари, клиник ординаторлар учун дарслик**

Андижон –2022 йил

Тузувчи:

1. **Пакирдинов Адхамжон Бегишевич** - Андижон Давлат тиббиёт институти, дерматовенерология кафедраси мудири, тиббиёт фанлари доктори, профессор.

Такризчилар:

1. **Маннанов Абдушукур Маликович** – Ташкент Педиатрия медицина институти. Болалар тери ва таносил касалликлар кафедраси мудири, тиббиёт фанлар доктори, профессор.
2. **Салоҳиддинов Зухриддин Салоҳиддинович** – Андижон Давлат тиббиёт институти. 1 – УАШ кафедраси мудири, тиббиёт фанлар доктори, профессор.

СЎЗ БОШИ

Ушбу дарслик орқали ўқувчи терининг анатомик, гистологик тузилишини, физиологик вазифаларини, тери касалликларининг келиб чиқиш сабабларини ҳамда омилларини, ташхис қўйишнинг замонавий ва hozirги вақтгача қўлланилиб келаётган усулларини, даволашнинг асосий мақсади ва замонавий усулларини ўрганадилар.

Бугунга қадар ўқувчи умумий дерматологияга сезиларли қадар эътибор қаратмас эди. Дематологик касалликларга аниқ ташхис қўйиш ҳамда даволаш тактикасини тўғри танлашда умумий дерматологияни чуқур ўрганиш муҳим аҳамият касб этади. Бу, ўз навбатида, ўқувчи онгида фаннинг мазмун – моҳиятини тўлиқ шаклланишига ва хусусий дерматологияни ўзлаштиришда қулайликлар яратиб беради.

Замонавий дерматологиянинг бугунги кундаги вазифаларидан бири, биринчи навбатда дерматовенеролог шифокорлар, бундан ташқари умумий амалиёт шифокорлари, болалар шифокорлари ва бошқа ихтисосликдаги шифокорларнинг дерматологик касалликларга оид касбий билимларининг етишмовчилигини олдини олишдир. Шундай экан ушбу монография дерматовенерологлар, педиатрлар, аллергологлар, умумий амалиёт шифокорлари, олий ўқув юрти талабалари, магистрлар ва клиник ординаторларимизга дермотология фанига оид билим ва кўникмаларини янада шакллантириш ва мустахкамлашга ёрдам беради.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ

Тери ва таносил касалликлари қадимдан маълум. Бизнинг эрамизгача ҳам бир қанча тери касалликларининг клиник белгилари ёзиб қолдирилган. Қадимий Юнонистон ва Римда тери ва таносил касалликларини даволаш билан шуғулланганлар. Масалан, Юнонистон шифокори Гиппократ (эрамизгача бўлган 377 - 460 йиллар) тери касалликларини системага солиб, кўтир, мохов, алопеция, учуқ ва бошқа дерматозлар ҳақида маълумотлар берган. Қадимий Рим врачлари Цельс (эрамизгача бўлган 30-йил -эрамизнинг 50-йили) чипқон, инфилтратив-йирингли трихофития, псориаз ва бошқа касалликлар тўғрисида батафсил ёзиб, бу дерматозларни даволашда ультрабинафша нурлар, илик физик омиллардан фойдаланишни тавсия этган.

Ўрта Осиёлик олим Абу Али ибн Сино ўзининг «Тиб қонунлари» номли асарида экзема (гуш), кичима ва кўтир касаллигининг белгиларини ва уларни даволаш усулларини ёзиб қолдирган.

Дерматология фанининг ривожланиши XVI асрнинг иккинчи ярмида физика, кимё, биология фанларида қилинган кашфиётлар билан узвий боғлиқдир. Умумий медицина билан шуғулланган шифокорлар орасидан тери ва таносил касалликлари бўйича мутахассислар ажралиб чиқди. XVIII асрда тери-таносил касалликларининг этиологияси, патогенези ва клиникасини ўрганиш жуда ҳам авж олди ва инглиз, француз, немис дерматология мактаблари пайдо бўлди.

Инглиз дерматологик мактабига асос солган олимлар Willan (1757-1812) ва Bateman (1778-1821) тери ва таносил касалликларини ўрганишда морфологик йўналишни танладилар. Улар томонидан таклиф этилган дерматозлар классификацияси тошмалар (доғ, тугун, пуфакча ва бошқалар) морфологиясига асосланган.

Француз дерматологик мактабининг асосчиси Alibert (1766- 1837) нинг таъкидлашича теридаги тошмалар, дерматозларнинг келиб чиқиши ва кечиши организмнинг умумий ўзгариши (ахволи) билан боғлиқ. Alibert

шифокорлар учун қўлланма, атлас ёзиб қолдирди ва дерматоз, «сифилид» деган терминларни биринчи бўлиб қўллади. У яратган мактаб оламга бир канча машҳур дерматологлар (Bielt, Bazin, Devergia, Vidal, Besnier) ни етказиб берди.

Немис дерматологиясининг асосчиси Hebra (1816-1880) тери касалликларининг патогенезини ўрганишда Virchow (1821-1902) томонидан яратилган патологоанатомик концепцияни қўллади. Hebra касбга оид дерматозларда теридаги патологик ўзгаришларни ўрганди. Унинг ўқувчиси Karosi (1837-1902) эса пигментли ксеродерма, саркома, болаларнинг варицеллиформ экземаси каби дерматозларни биринчи бўлиб таърифлаб берди.

Россияда тери ва таносил касалликларига асос солган олимлардан А. Г. Полотебнев (1838-1907), А. И. Поспелов (1846-1919) ўзларининг илмий изланишларида теридаги патологик ўзгаришлар ички аъзо, нерв системаси хасталиклари, атроф-муҳитнинг салбий таъсири оқибатида келиб чиқади деб тушунтирганлар. А. Г. Полотебнев томонидан яратилган «Дерматологик тадқиқотлар» китоби ҳозир ҳам ўз аҳамиятини йўқотган эмас. Агар А. Г. Полотебнев рус дерматологиясининг отаси бўлса, В. М. Тарновский (1837-1906) рус венерологиясининг асосчиси ҳисобланади. У «Аёл ва болаларда венерик касалликларни аниқлаш» (1863) китобини чоп этди, захм билан оғриган болалар ва аёлларни даволаш учун Калинин касалхонасида махсус бўлим очди, Петербургда сифилидология ва дерматология жамтиияни тузди. Собиқ Иттифокда олимлардан Т. П. Павлов (1860-1932), С. Т. Павлов (1897-1971), П. В. Кожевников (1898-1969), Н. С. Ведров (1891 - 1949), Л. Н. Машкиллейсон (1898-1964), А. И. Картамишев (1897-1973), Н. С. Смелов (1898-1975), Ю. К. Скрипкин, Н.С. Патекаев, Н.Н. Патекаев, Ю.В. Сергеев, А.А. Кубанова, М.К. Болтабаев ва бошқалар дерматология фанининг ривожланишига катта ҳисса қўшдилар.

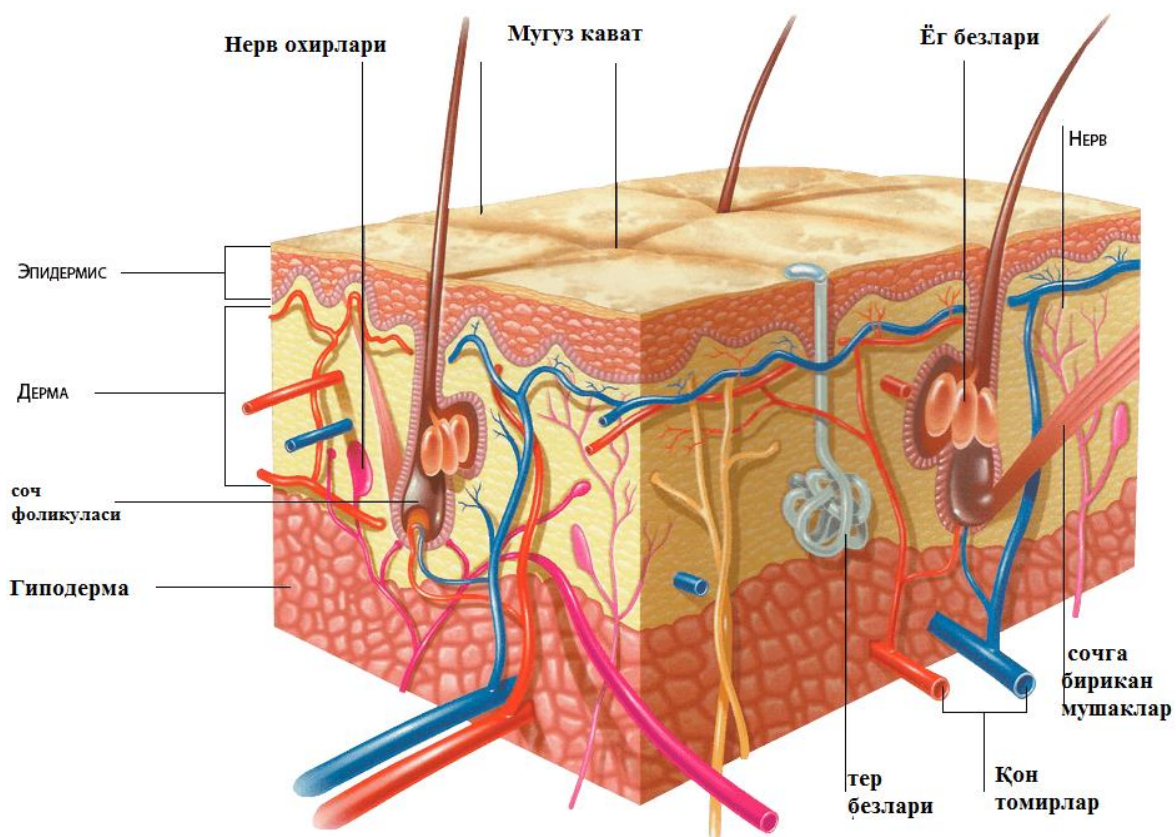
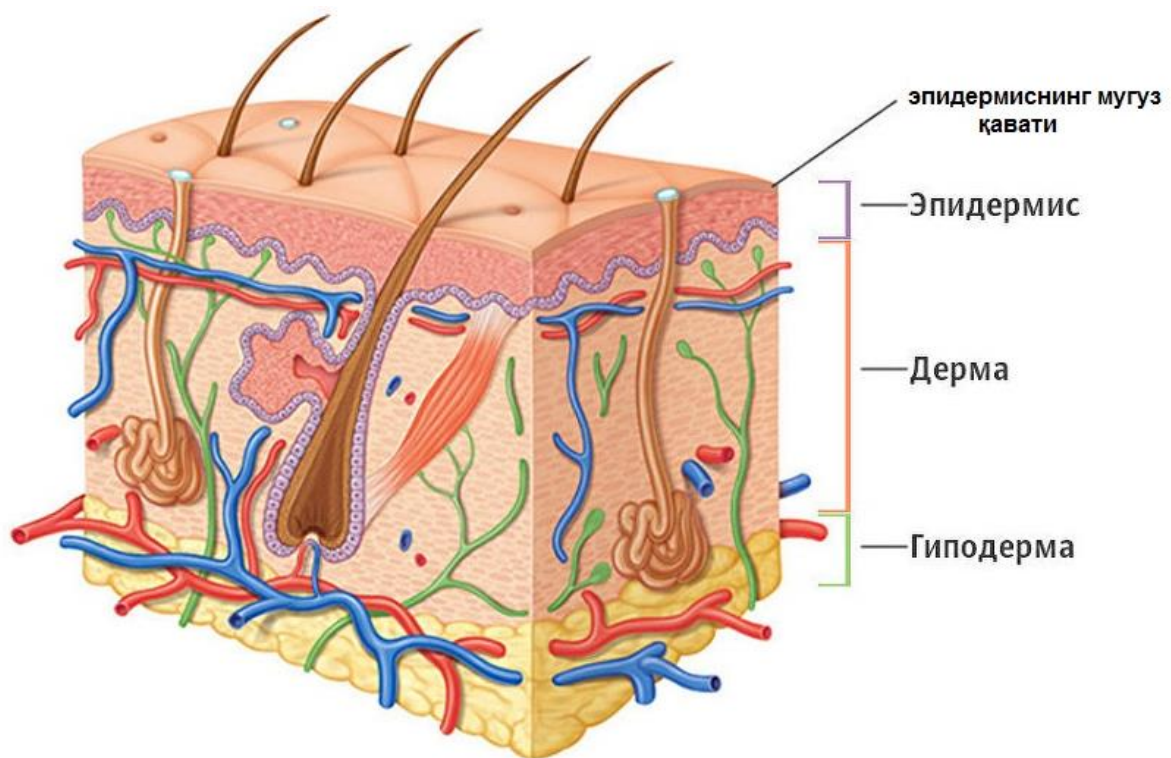
Ўзбекистонда тери ва таносил касалликлари кафедрасининг очилиши 1920 йили Туркистон Давлат университети ташкил этилиши билан боғлиқ. 1932 йилга келиб Тошкентда тери ва таносил касалликлари илмий-текшириш институти очилди. Ўзбекистон Республикаси ўзининг А. А. Аковбян, У, М. Мираҳмедов, Р. А. Капкаев, У. К. Белуха, М. М. Обидов, А. Х. Абдуллаев, А. Ш. Вайсов, Х. Ш. Шодиев, Х. К. Шодиев, А.М. Маннанов, М.И. Абдуллаев, К.Н. Хаитов, А.Б. Рахматов, У.Ю. Собиров, З.М. Абидова, Исмаилова Г.А., А.Б. Пақирдинов, Д. Порсохонова, Б. Саатов ва бошқалар дерматовенеролог профессор олимлари билан фахрланади. Тери-таносил касалликлари соҳасидаги мутахассислар ҳудудимизда кўп учрайдиган дерматозлар (терининг йирингли касалликлари, пуфакли касалликлари, неродерматозлар витилиго, фотодерматозлар, лейшманиоз, коллагенозлар касалликлари ва бошқалар) нинг келиб чиқиши, ривожланиши ва давоси бўйича чуқур илмий ишлар олиб бормокдалар.

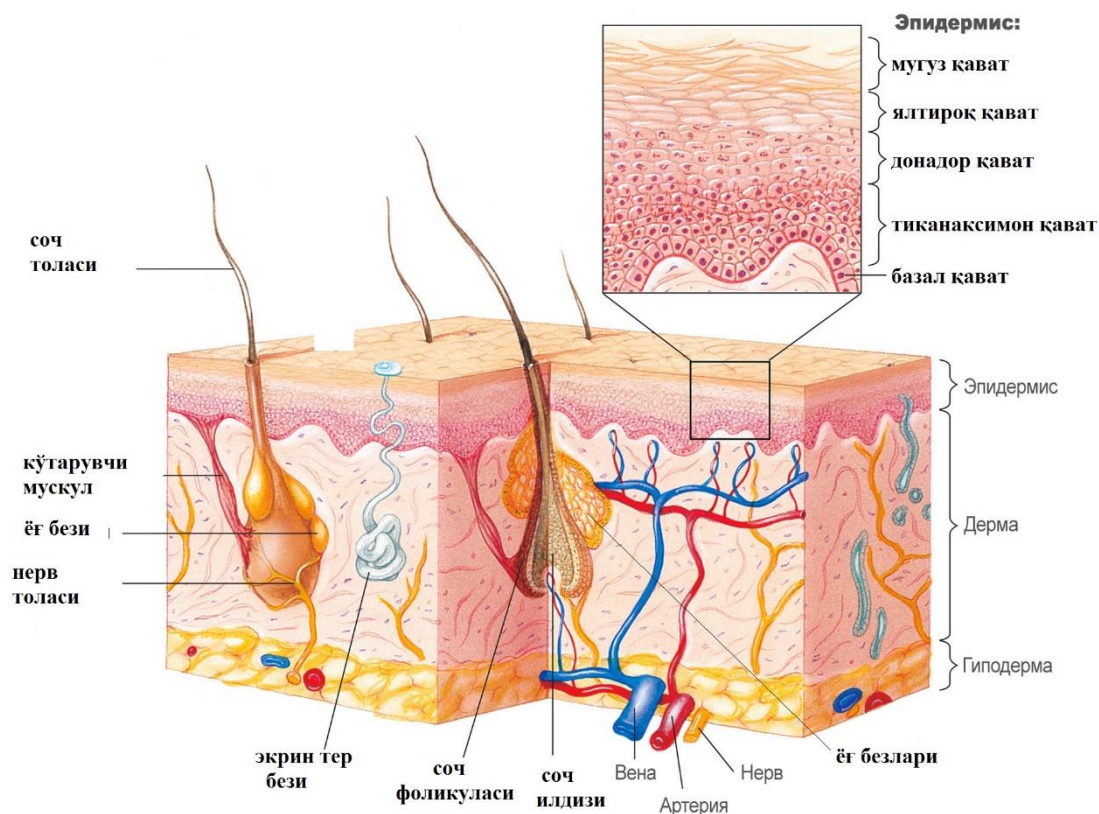
УМУМИЙ ҚИСМ

МЕЪЁР ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ

Тери инсон танаси умумий қопламаси, ката ёшдаги одам терисининг умумий сатхи 1,5-2 м² ни ташкил этади. Терида морфофункционал бирликда жойлашган эпидермис (ташқи қават), дерма (асосий тери) ва тери ости ёғ тўқималари ажратиб кўрсатилади.

Тери ҳомила ҳаётининг биринчи ҳафталаридан икки эмбрионал муртак – эктодерма ва мезодермадан шаклланади. Эктодермал эмбрионал варағдан эпидермис, мезодермал варағдан эса дерма ва тери ости ёғ тўқималари шаклланади. Эпидермиснинг ултраструктураси дастлабки 3-4 ҳафтада фақат тери қопламаларининг алоҳида қисмларида бир қават цилиндрик тўқималар аниқланади ва фақат қўл ҳамда оёқ қафтларидагина икки қатламли кўринишда намоён бўлади. Эмбриогенезни 6-7 ҳафталарда ҳомилани ўраб турувчи эпителиал қобик икки қатламдан – пушт (базал) ва тери - дермадан иборат бўлади. 7-ойга келиб, ҳомила эпидермиснинг барча қатламлари, қўл ва оёқ қафтларидаги дағал тўқималар билан бирга, тўла шаклланган кўринишга келади. Шу даврга келиб бир вақтнинг ўзида эластик ва коллаген толалар, тирноқлар, сочлар, соч фоликулалари шаклланади. Дастлаб текис контурга эга бўлган базал мембрана тери тўқимасига ўрнашган цитоплазматик ўсимталар шаклланиши сабабли эгри - бугри контурга эга бўлиб, дерманинг сўрғичсимон йўналиши бўйлаб унинг контурини такрорлайди. Кейинги ойларда ягона мажмуани ташкил этувчи ва кўп қиррали физиологик вазифаларни бажарувчи, барча асосий анатомик таркибли тери қисмларининг тўла шаклланиши амалга ошади. Оғиз бўшлиғи эмбрионал ҳаётнинг 2 ойи мобайнида шаклланади. Оғиз бўшлиғини қопловчи эпителий эктодермадан, халқум, бўғиз соҳаси эса мезодермал эпителий билан қопланади. Оғиз бўшлиғи шиллиқ қавати лаблар бирлашган чизикгача давом этади ва сезилмас даражада лабнинг қизил хошиясининг кўп қаватли ясси эпителийсига айланади.





Эпидермис (тери усти) – терининг ташқи кўп қаватли қисмидир, хужайраларининг дифференцияланиш босқичига кўра 5та қават фаркланади. Яни хужайралар сони ва шакли, шунингдек, функционал тавсифи билан ҳам фаркланади. Эпидермиснинг асоси базал, ёки муртак қавати (*stratum germinativum*) ҳисобланади, ундан кейин тиканаксимон қават (*stratum spinosum*), донадор (*stratum granulosum*), ялтирок (*str. lucidum*) ва мугузсимон (*str. corneum*) қаватлар келади. Дерма билан бевосита бир қатор бўлиб жойлашган цилиндрсимон призматик хужайралардан иборат базал қават чегара ҳосил қилади ва базал мембранада жойлашади. Базал мембрана бир қатор бўлиб жойлашган цилиндрсимон призматик хужайраларнинг қуйи сиртидаги илдизсимон ўсимталар ҳисобига ташкил топади. Бу хужайралар эпидермиснинг дерма билан мустаҳкам алоқасини амалга оширади.

Базал қаватнинг кератиноцитлари функционал равишда митотик жараён ҳолатида бўлади. Шунинг учун уларнинг хужайралари цитоплазмасида ДНК - ва РНК - таркибли тузилмалар, рибосома ва митохондриялар кўплаб учрайди. Базал қават кератиноцитларининг митотик фаоллиги

эпидермиснинг юқоридаги структурада шаклланишини таъминлайди. Базал қават хужайралари орасида меланин пигментини ҳосил қилувчи меланоцитлар, оқ ўсимтасимон эпидермоцитлар (Лангерганс хужайралари) ва сезги хужайралар (Меркел хужайралари) жойлашади. Лангерганс хужайралари ўз сиртида иммун қаршиликнинг дастлабки босқичларида иштирок этувчи HLA-Dr-молекулаларига эгадир. Уларнинг цитоплазмасида аденозинтрифосфатаза, ишқорли ва тузли фосфатаза, холинэстераза ферментлари намоён бўлади. Цитоплазмада, митохондриядан ташқари, Голджи мажмуаси, рибосомалар ва вакуолалар ҳам мавжуд.

Базал қават устида 3-8 қатор, кўплаб цитоплазматик ўсиқлардан иборат тиканаксимон қават хужайралари жойлашади. Десмосомалар (desmos – бирлашув, soma – тана) ўта мустаҳкам хужайралараро алоқалар манбаидир. Унда икки хужайра кўндаланг ўтувчи ва улар цитоплазмасига чуқур кириб борувчи толалар боғламлари билан мустаҳкам боғланган бўлади. Бу толалар тонофиламентлар (грекча. tonos – таранглашиш) деб ата лади. Тонофиламентлар боғламлар (тонофибриллар) ҳосил қилади ва десмосомалар чегарасида тугайди. Цитоплазматик ўсиқлар каналлар тармоғини ҳосил этиш билан хужайралар бирлашувини таъминлайдилар, улар бўйлаб хужайралараро суюқлик айланади.

Десмосомалар ва тонофибриллар хужайраларни ички тутиб турувчи каркаси ҳисобланади, шу билан бирга уларни механик жароҳатлардан ҳимоя қилади. Базал қаватдаги сингари тиканаксимон қаватда ҳам оқ ўсимтасимон эпидермоцитлар жайлашади ва улар эпидермис кератиноцитлари билан бирга ҳимоя иммун вазифасини бажаради.

Тиканаксимон қават хужайралари цитоплазмада кератиносомалар ёки Одланда таначаларини сақлайди ва нордон фосфатаза, нуклеозидфосфатаза, уларни лизосомага яқинлаштирувчи эстераза каби ферментлар фаоллиги намоён бўлади.

Тиканаксимон қаватдан кейингиси донатор қават бўлиб, 1-3 қатор хужайралардан иборат, оёқ ва қўл кафтларида эса бу қаватнинг хужайралари 3-4 қатор бўлиб жойлашган. Бунда тери юзасига яқин жойлашган хужайралар ромбсимон, зич кўринишга, тиканаксимон қаватга ёндош хужайралар эса цилиндрик ва кубсимон шаклга эга бўлади. Кератиноцитлар ядросида ДНК - ва РНК - таркибли тузилмалар миқдори кескин камаяди, цитоплазмада эса - кератогиалин доначалари киритилиши шаклланади, яни ўзида тонофибриляр-кератогиалинли комплексни намоён этувчи, ядро, митохондрия, рибасома ва бошқа хужайра органоидларининг дезинтеграция маҳсулотлари ҳисобига шаклланиши. Донатор қават хужайраларида тонофибриляр-кератогиалинли тузилмаларнинг ҳосил бўлиши мавжуд эмаслиги сабабли бу қават кўпинча кератогиалинли, деб аталади.

Донатор қават хужайралари протоплазмасидаги кератогиалин маҳсулоти эпидермал ўсиш омили секрециясини пасайтириб, митотик бўлинишни тўхтатувчи полипептидлар, кейлонлар тўпланишига олиб келади. 5 ёшгача болаларда донатор қават хужайралари кўпроқ серсув, камроқ зичлашган, уларнинг ядроси эса митотик фаолликка қарши қобилятини йўқотмаган бўлади. Базал, тиканаксимон ва донатор қаватлардаги митотик бўлинишлар кўпинча уларни битта ўсувчи эпидермис қавати (малпигий қавати)га бирлаштиради.

Элеидинли ялтироқ қават эпидермис кучли ривожланган жойларда (оёқ ва қўл кафтларида) яхши намоён бўлади. Тери қопламасининг бошқа қисмларида бу қават 1-2 қатор гомоген ялтироқ ясси хужайралар ёмон ажратиладиган чегаралари билан базўр сезилади. Элеидиндан кератин ҳосил бўлиши кератиноцитлар етилиши ва уларнинг эпидермиснинг мугузсимон қаватига айланиши билан якунига етади. Мугузсимон қават ўта мустаҳкам бўлиб, у кўплаб ядросиз пластинкалардан тузилган, бир-бири билан ўзаро яқин туташувчи хужайра қаватлари ва дағал десмослардан иборат. Мугузсимон қаватнинг юза хужайралари мугузсимон қопламанинг

десквамацияси (физиологик пўст ташлаши) оқибатида мунтазам ажралиб туради.

Мугузсимон қаватнинг қалинлиги бир хил эмас. Қўл ва оёқ қафтларида яхши намоён бўлади (физиологик гиперкератоз), қовоқлар, юз, жинсий аъзолар соҳасида, айниқса, болаларда, салгина билинади. Мугузсимон хужайранинг сиртки қавати эпидермиснинг усувчи қаватидаги узлуксиз митотик бўлинишлар, шунингдек, эпидермисдаги кератиннинг кератиноцитлар оксил субстанцияларининг сув йўқотиш ва азот атомларининг олтингугурт атомларига айланиши оқибатида мунтазам равишда пўст ташлайди ва қайта тикланади. Ташқи мугузсимон қават мугузланган хужайраларнинг мунтазам равишда ажралиши кўра турличадир. Хужайраларнинг базалдан донадор қаватга ўтиши меъёр бўйича 26 кундан 42 кунгача, мугузсимон қавати орқали – 14 кунгача, барча эпидермиснинг тўла босқичи алмашилиши эса 59-65 кунни ташкил этади.

эпидермиснинг мугуз қавати



Эпидермис оқсиллар синтезидан ташқари, пигмент ҳосил қилиш, химоя ва иммунологик функцияни ҳам бажаради. Эпидермиснинг пигментларни синтезлаш фаоллиги асаб тўлқинларидан келиб чиқувчи ва

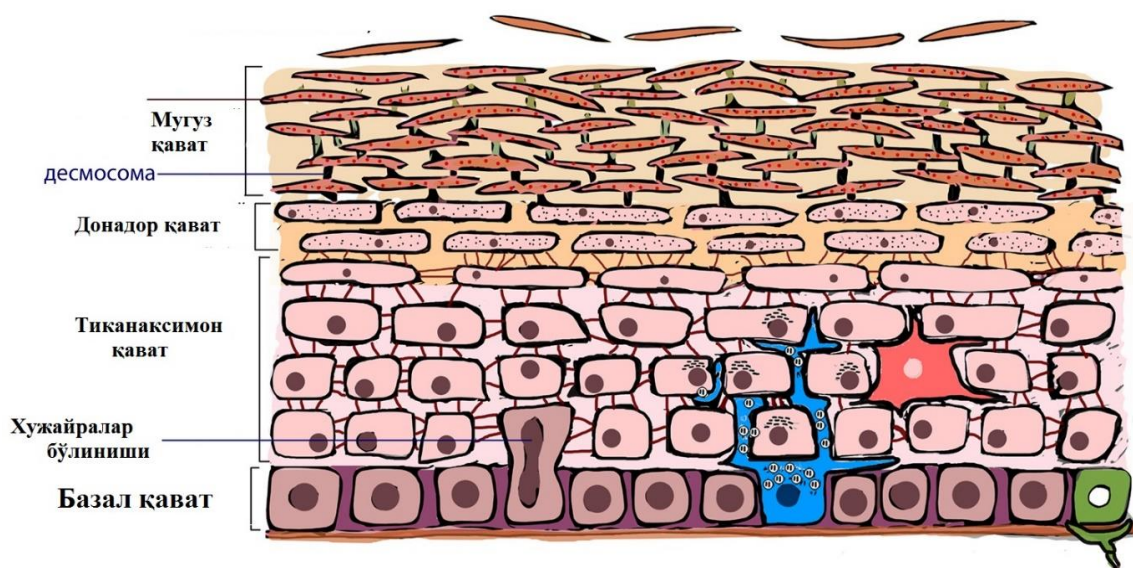
базал қаватнинг кератиноцитлари орасида ўрнашиб оладиган меланоцитлар билан боғлиқдир.

Базал қават барча хужайраларининг 10-25 фоизини ташкил этувчи меланоцитлар ёрқин ранг ва қора ядрога эга. Улар меланин пигментини синтезлаб, меланосомаларнинг янги туркумини ҳосил қилади ва тузилиши бўйича фаол ҳаракатланувчи ва «чарчок» турларга бўлинади. Меланин базал қават кераноцитларида ядронинг устки қисмида тўпланади ва ультрабинафша нурлардан ҳимоя экранини ҳосил қилади. Қора танли кишиларда меланин нафақат базал, балки тиканаксимондан то донадор қаватгача кириб боради.

Меланоцитлардан ташқари, эпидермисда ҳали келиб чиқиши аниқ белгиланмаган сезувчи хужайралар (рецептор тузилмалар) –оқ ўсимтасимон эпидермоцитлар ҳам жойлашган. Лангерганс хужайралари (эпидермисда суюк илигидан келиб чиқувчи дендритик хужайралар популяцияси) муайян жойга келиб теккан антиген (организмга ёт модда) ларга иммун жавоб беришнинг ривожини учун масъулдир, зеро улар Т - хужайраларнинг ўзига хос антиген фаоллигини кўзгалтириш қобилиятига эга. Эпидермиснинг иммун аъзо сифатидаги роли тўғрисидаги маълумотлар айрисимон без эпителиал хужайралари ва эпидермис кератиноцитларининг анатомик, молекуляр ва функционал ўхшашлиги билан тасдиқланади. Кератиноцитларга хужайра иммунитетининг медиаторлари (лимфокинлар), интерлейкинлар секрецияси, В - лимфоцитларни фаоллаштирувчи антиген - антитело реакцияси хосдир. J.V. Sterlein ва ҳаммуаллифларининг (1985) таклифига кўра, иммун тизимининг эпидермисда тўпланган компонентлари skin associated lymphoid tissue билан белгиланади. Муаллифларнинг исботлашларича, Т-лимфоцитларнинг муайян турлари эпидермисда бавосита намоён бўлади ва бир вақтнинг ўзида иммунитетнинг Т-тизимини гуморал (суюқлик) ва хужайра омилларини фаоллаштиришга қодирдир.

Эпидермис дермадан мураккаб тузилишга эга базал мембрана билан чегараланади. У базал хужайраларнинг хужайра қобиклари, шахсан филаментлар ва ярим десмослардан иборат базал мембранадан, шунингдек, дерманинг бир қисми ҳисобланган аргирофил (тўрсимон) толаларнинг субэпителиал тутаשמаларини ўз ичига олади.

Базал мембрана 40-50 нм қалинликда, нотекис чизиқлар, дермага ўрнашган, такрорланувчан эпидермал тасмалар рельефига эга. Базал мембрананинг физиологик функцияси асосан тўсиқли, айланиб юрувчи иммун мажмуалар, антигенлар, аутоантителлар ва бошқа биологик фаол медиаторларнинг кириб келиши ва шимилишини чеклашдан иборат. Шу билан бирга, базал мембрана эпидермис ва дерма ўртасидаги алмашинув жараёнларида фаол иштирок этади.



Терининг дерма қавати.

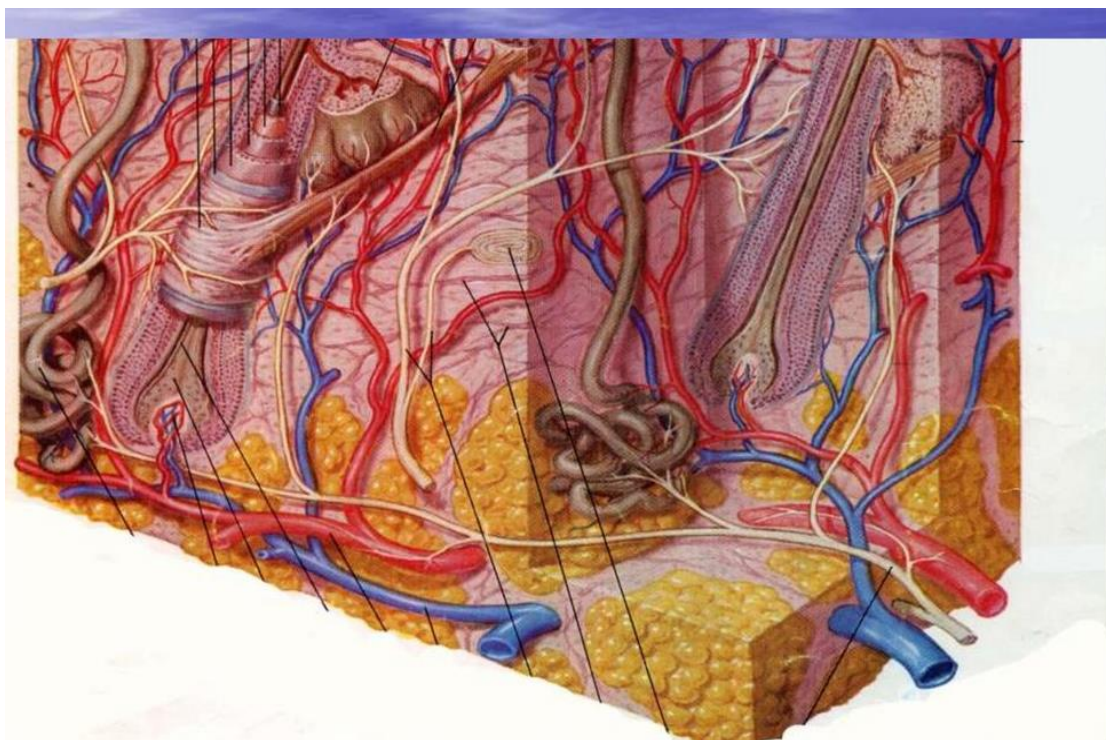
Дерма, ёки асл тери (*cutis propria*) хужайра элементлари, толасимон субстанция ва оралик моддадан иборат. Дерманинг қалинлиги 0,49 мм дан 4,75 мм гача бўлади. Терининг бриктирувчи тўқима қисми (*corium*) икки ноаниқ чегараланган қаватга бўлинади: эпителий ости – сўрғичсимон (*str. papillare*) ва тўрсимон (*str. reticulare*). Дерманинг устки қавати тиканаксимон хужайраларнинг эпителиал қирралари ўртасида жойлашган сўрғичларни

ҳосил қилади. У кристалланмаган, структурасиз модда, коллаген ва эластик (эгиловчан) толаларни ўз ичига оловчи майин толасимон қушувчи ҳужайрадан иборат. Улар оралиғида кўплаб ҳужайра элементлари, томирлар, асаб тугунчалари жойлашган. Дерманинг ҳужайра элементлари фибробластлар, фиброцитлар, гистиоцитлар, семиз, сайёр ҳужайралар ва асосан пигмент ҳужайралари – меланофагалар билан ифодаланади. Фибробластлар сиртида рецептор оксиллар ва гликолипидлар, нуклеоплазмада эса РНК таркибли интерхроматин доначалар мавжуд. Дерманинг сургичларида эпидермис, дерма ва нерв охирилари озиқлантирувчи томирлар жойлашади.

Сўргичсимон кават базал мембранани остида жойлашади. Эпидермис дерма томонга чуқур ботикликлар беради, уз навбатида дерма ҳам эпидермис томонга сургичлар беради, яъни эпидермис билан дерма тўлкинсимон қуринишда бирикган. Сўргичсимон каватни турсимон каватдан ажратиш турадиган нисбий чегара деб терининг юзаки жойлашган кон-томирчигаллари қабул қилинган. Сўргичсимон кават асосан эластик, аргирофил ва коллаген толалардан ташкил топган бўлиб, бу толалар нозик тутамлар ҳосил қилади ва у тутамлар бир-бири билан чатишиб, урилиб жойлашади. Улар орасидаги бўшлиқлар аморф оралик моддаси билан тўлдирилган. Бу оралик моддаси гел (ёки зол) ҳолидаги қуп компонентли модда бўлиб, унинг таркибида конда нутгансув, ноорганик ионлар, кандлар, оксиллар, эпидермис ва дермадаги ҳужайралар метаболизмининг маҳсулотлари, сувда эрувчи оксиллар, протеогликанлар, гликопротеинлар, хондрозин сульфат кислотаси ва гиалуронидаза каби моддалардан иборат. Дерманинг юкорида санаб ўтилган ҳужайра элементлари асосан сўргичсимон каватда кон-томирлари атрофида жойлашади.

Турсимон кават бевосита сўргичсимон каватнинг давоми бўлиб, у ҳам асосан коллаген, эластик ва аргирофил толалардан тўзилган. Бу толалар бироз йириқроқ тутамлар ҳосил қилиб, бир-бирлари билан кесишиб, урилиб

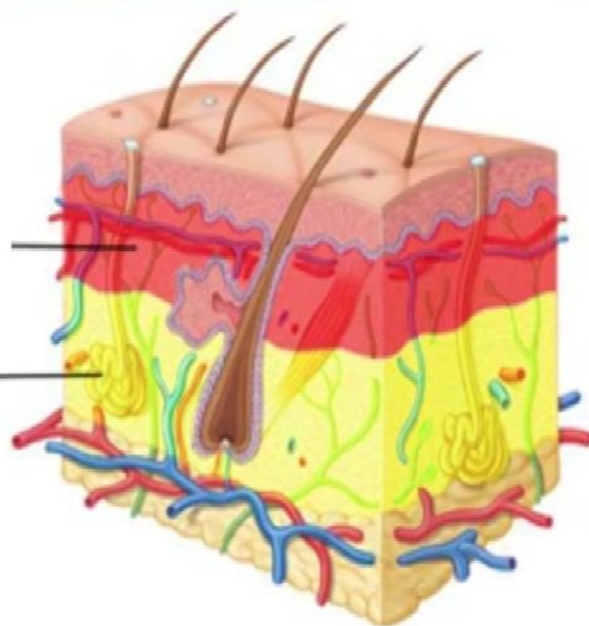
жойлашиши окибатида турни эслатувчи манзара хосил бўлади. Бу каватда хужайра элементларидан фибробластлар, макрофаглар, лимфоцитлар ва лейкоцитлар сўргич каватдагига нисбатан озрок микдорда учрайди. Улардан ташкари соч илдизи, ёғ безлари, тер безлари, мимика мускуллари, кон-томирлар, нерв толалари жойлашган.



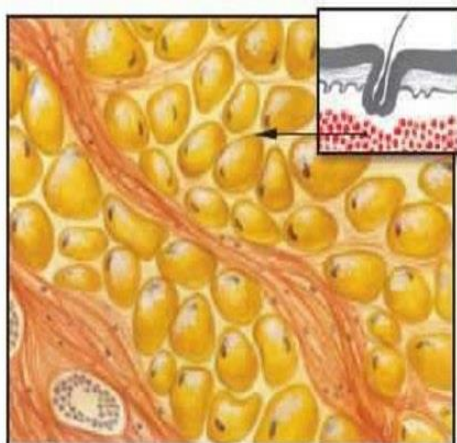
ДЕРМА

Сўргичсимон қават

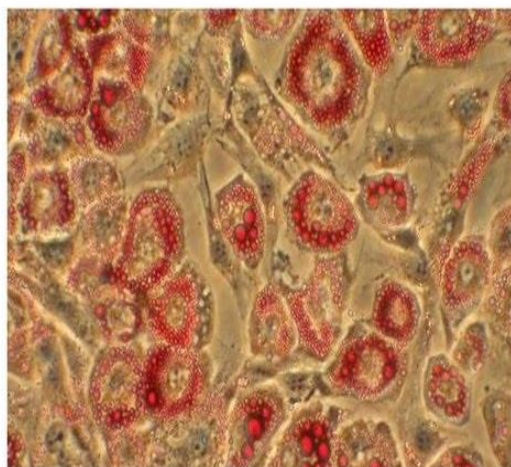
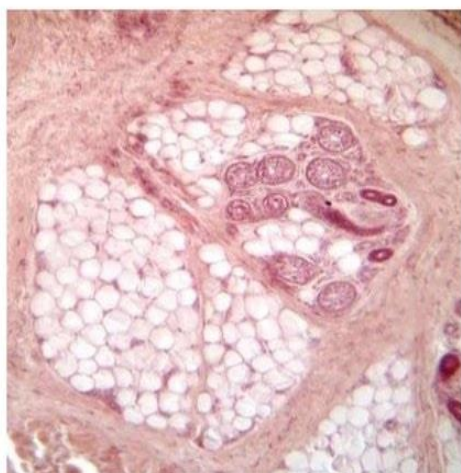
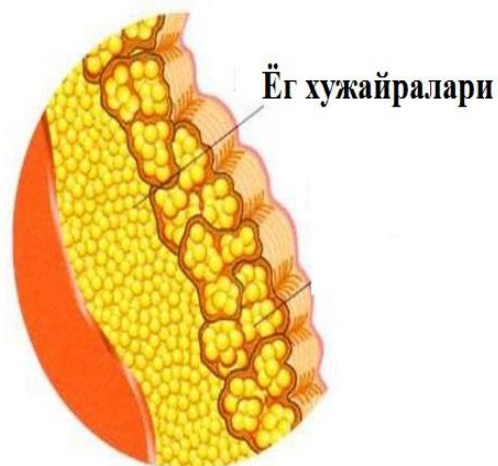
Тўрсимон қават

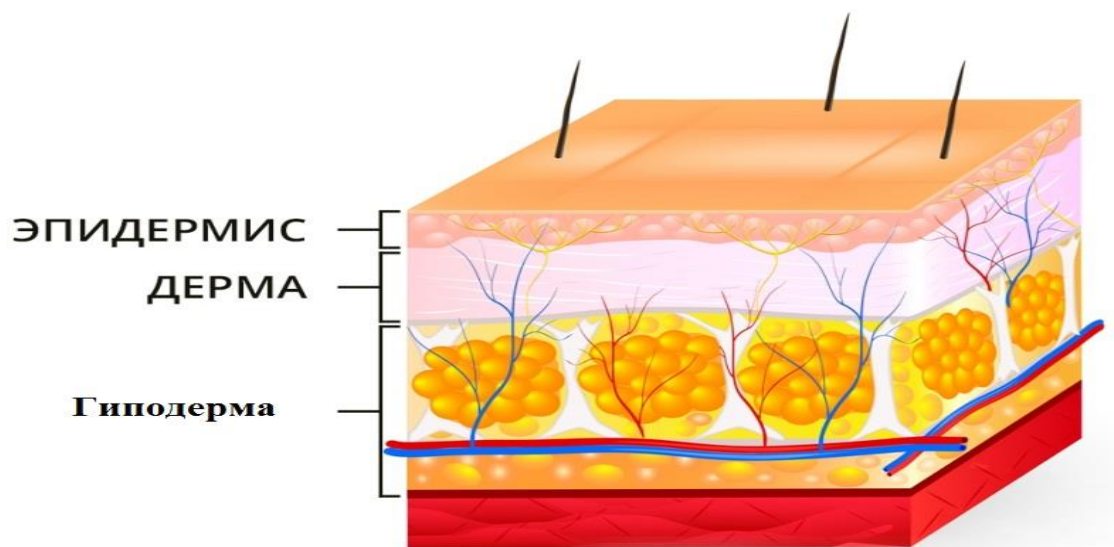


Тери ости ёгкатлами (гиподерма). Дерма аник чегарасиз тери ости ёг катламига (клетчаткага) утади. Дерма билан гиподерма орасидаги чегара деб терининг чуқур жойлашган кон-томирчигаллари қабул қилинган. Гиподерма бир-бири билан чирмашиб кетган бириктирувчи (коллаген) тўқима толаларидан иборат бўлиб, бу толалар йирик тутамлар ҳосил қилган. Бу тутамлар орасида катакчалар ҳосил бўлган. Бу катакчалар ёг бўлакчалари билан тула. Бу бўлакчалар ёг хужайралари тупламидан иборат бўлиб, уларнинг цитоплазмаси бутунлай ёг моддаси билан тўлдирилган, ядроси вакуол сифатида периферия қисмида жойлашган. Гиподермадаги толали тўқималар узининг остига давом этиб, мушак апоневрози ёки суяк усти пардасига бирикиб кетади.

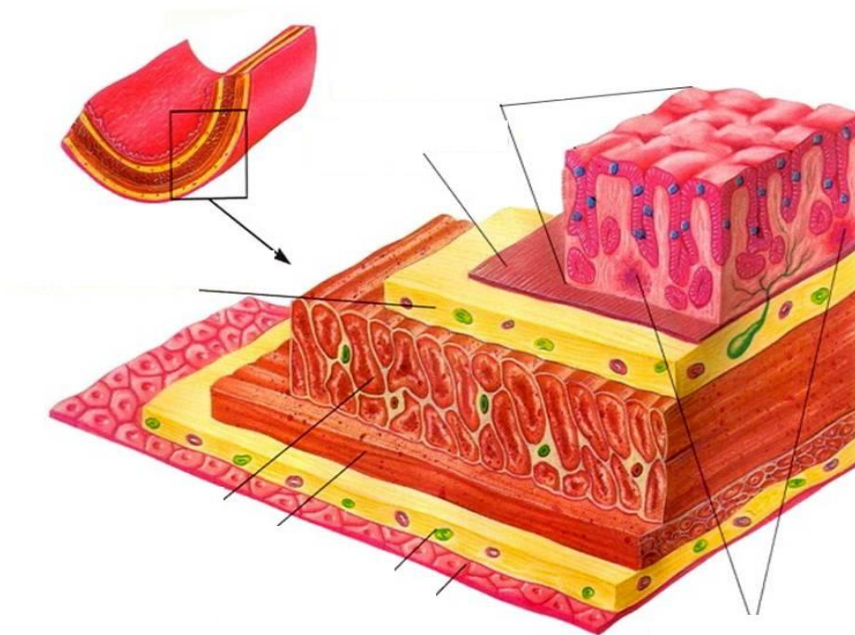


Тери ости ёг қавати



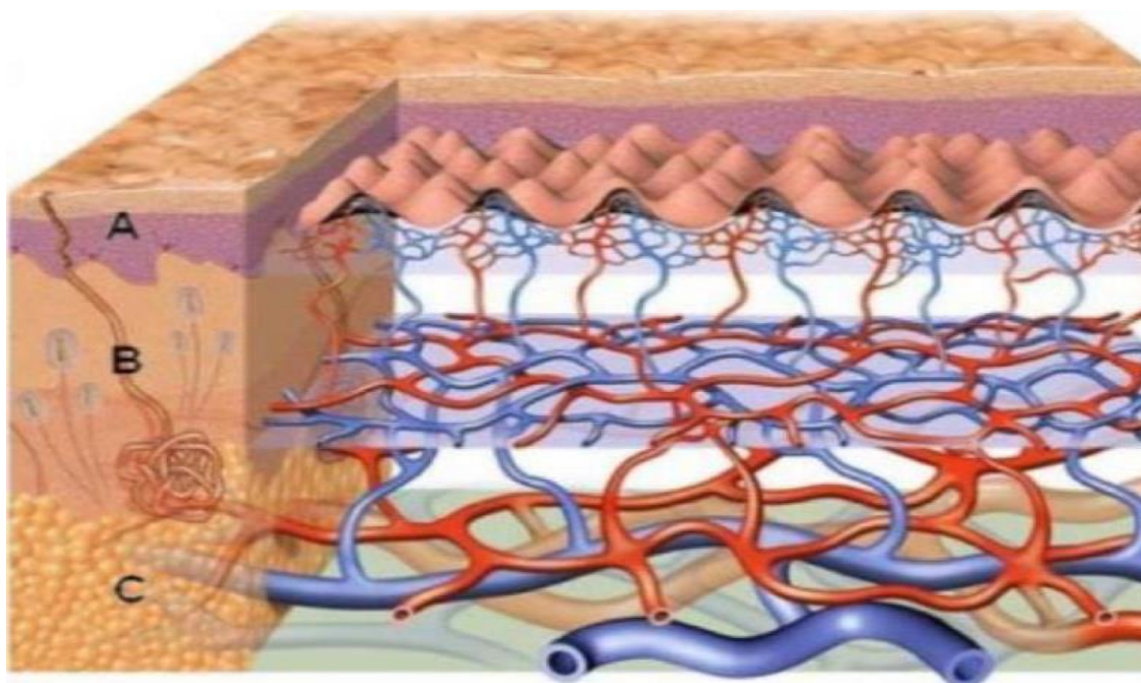
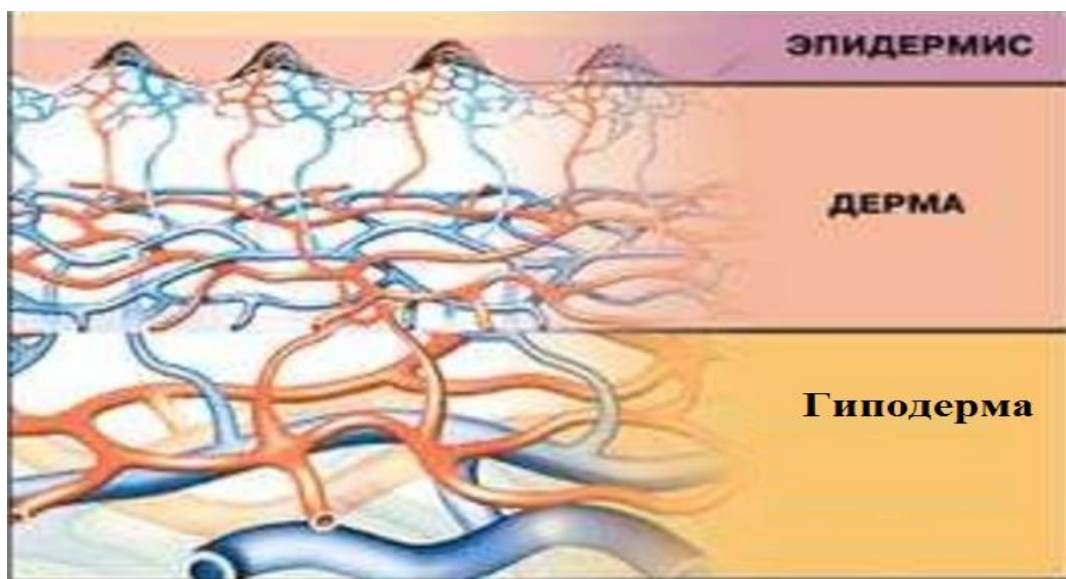


Тери мускуллари силлик мускул толаларидан иборат. Улар томирлар, тук фолликула (пуфакча) лари ва қатор хужайра элементлари атрофида чатишган кўринишда жойлашган бўлади. Соч фолликулалари атрофида жойлашган силлик мускул толалари тукларнинг ҳаракатини таъминлайди ва тукларни кўтарувчи мускуллар (*mm. errectores pilorum*) деб аталади. Силлик мушак элементлари алоҳида(автоном) жйлашиши ҳам мумкин, кўпинча бошнинг сочли қисми, юз, пешона, қўл панжалари ва оёқ кафтлари терисида ҳам жойлашади. Кўндаланг тарғил мускуллар юз терисида жойлашади (мимика мушаклари).



Терининг қон айланиш ва лимфа системаси. Терини озиклантирувчи артериялар гиподерма остида фасциал (мускул пардасига оид) деб аталувчи кенг ҳалқасимон тармоқни ҳосил қилади. Бу тармоқдан ўзаро бўлинувчи ва бирлашувчи, субдермал артериал тармоқни ҳосил қилувчи майда мугузчалар давом этади. Мугузланган ва бирлашувчи томирлар субдермал артериал тармоқдан тўғри ва қия йўналишда юқорига йўналади ҳамда сўрғичсимон ва тўрсимон қават ўратсидаги чегарада улардан сиртқи томирли чигал ҳосил бўлади. Бу чигалдан тери сўрғичларида халқасимон тузилишдаги терминал артериоляр аркадани ташкил этувчи артериолалар бошланади. Теридаги (папилляр) капиллярларнинг зичлиги сўрғичлар зичлигига мос келади ва терининг турли қисмларида турлича бўлиб, 1 квадрат миллиметрга 16 тадан 66 тагача капиллярни ташкил этади. Тук фолликулалари, тер ва ёғ безлари чуқур томир чигалларидан ётиқ ҳолда чиққан томирлар билан таъминланади. Вена тизими капиллярлардан кейинги венулалардан бошланиб, сўрғичли қават ва териости ёғ хужайраларида артериал томирлар юришини такрорловчи тўртта вена чигалини ҳосил қилади. Бир хил кўринишдаги ва турли кўринишдаги тери ичи томирлари бир - бири билан кенг анастомозлар ҳосил қилиб бирлашади. Терида кўпинча гломуслар, ёки артериовеноз ўрамсимон анастомозлар – артериола ва венулаларнинг капиллярларсиз қисқа бирлашуви учрайди. Улар тана ҳароратини мувофиқлаштиришда иштирок этади, капиллярлар, мушаклар ва асаб тугунчаларининг фаолият кўрсатиши учун зарур бўлган интерстициал босимни ушлаб туради.

Терининг лимфатик томирлари сиртқи ва чуқур жойлашган томирли чигалларнинг икки тармоғини ҳосил қилувчи капиллярлар билан таъминланади. Лимфатик тармоқлар бир - бири билан бирлашиб, клапан тизимига эга бўлишади ва териости ёғ хужайрасидан ўтиб, апоневроз ва мушак фасцияси билан чегарада кенг халқасимон чигал – *plexus lymphaticus cutaneus* – ҳосил қилади.



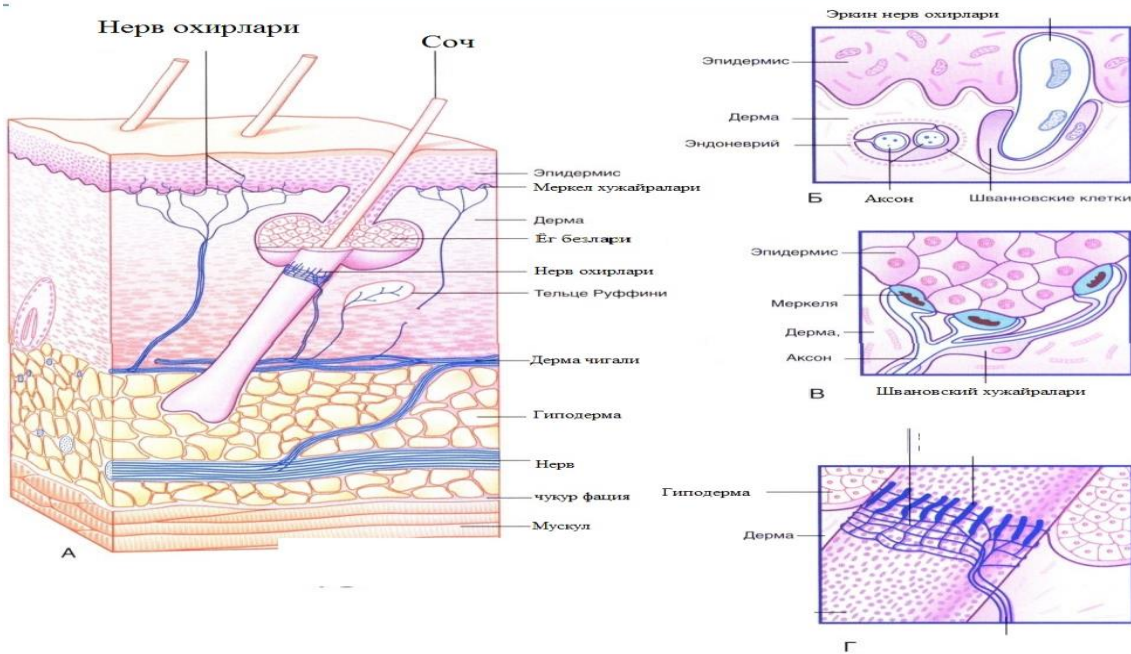
Тери иннервацияси. Терининг рецептор функцияси алоҳида аҳамиятга эга. Тери атроф ва ички муҳит ўртасида тўсиқ бўлиб хизмат қилади ҳамда барча турдаги таъсирларни қабул қилади. Тери марказий ва вегетатив нерв тизимидан иннервацияланади ҳамда ўзида сезги майдонини намоён қилади. Дарахтсимон мугузчалар, боғламалар, иннервацияланувчи ёғ ва тер безлари, тук фолликулалари ва томирлари кўринишидаги оддий нерв тугунчаларидан ташқари, терида капсулалар ҳосил қиладиган таначалар ва нерв тугунчалари шаклидаги ўзига хос нерв аппаратлари ҳам мавжуд. Терининг асосий нерв чигаллари тери ости ёғ хужайраларининг чуқур қисмларида жойлашган.

Ундан юқорига кўтарилиб, нерв мугузчалари терининг кўшимча ўсимтасига етиб боради ва сўрғичсимон қаватнинг қуйи бўлимида сиртки нерв чигалини ҳосил қилади. Ундан эса сўрғичлар ва эпидермисга ўқсимон цилиндр кўринишидаги мугузчалар ажралиб чиқади. Улар эпидермисда донадор қаватгача кириб боради, миелин қобиғини йўқтади ва оддий калинлашиш ва йўғонлашиш билан тугалланади.

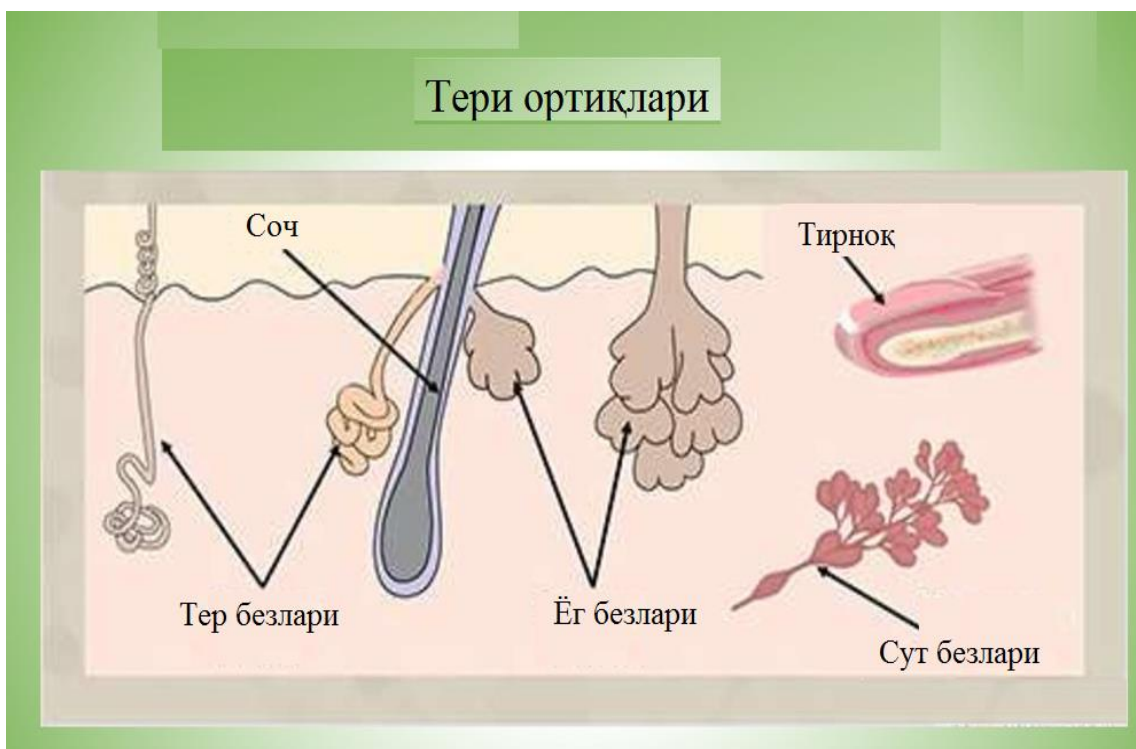
Эркин нерв тугунчалардан ташқари, терида турли таъсирларни қабул қилувчи алоҳида нерв тузилмалари ҳам жойлашган. Капсулалар ҳосил қилувчи сезги таначалари (Мейснер таначалари) сезиш фаолиятини амалга оширишда иштирок этадилар. Совуқлик сезгиси Краузе колбаси, иссиқни ҳис этиш Руффини таначалари иштирокида қабул қилинади, тананинг атроф – мухитдаги ҳолати, босимни ҳис қилиши ва вибрацияларни эса пластинасимон таначалар (Фатер - Пачини таначалари) қабул қилади. Оғриқ, қичишиш ва куйишни ҳис этиш эпидермисда жойлашган эркин нерв тугунчалари (ноци-рецепторлар) орқали қабул қилинади.

Сезги таначалари сўрғичларда жойлашади ва таркибида алоҳида рецептор хужайралар бўлган юпка бириктирувчи тўқима капсулаларидан иборатдир. Уларга капсуланинг қуйи қутби орқали миелинсиз ўқсимон цилиндр кўринишидаги ва мениск кўринишида йўғонлашиб тугайдиган ва рецептор хужайраларга туташувчи нерв толаси яқинлашади. Краузе колбаси сўрғичлар остида жойлашади. Уларнинг чўзиқ овалсимон шакли сурғичларнинг юқори қутбига йўналади. Бириктирувчи тўқима капсуласининг юқори қутбида миелинсиз нерв цилиндри жойлашган. Руффини таначалари дерманинг чуқур қисмлари ва териости ёғ тўқимараларининг устки қисмида ўрнашади. Улар ўзида нерв ўқсимон цилиндри тугунчалари кўплаб мугузчаларга бўлиниб кетадиган бириктирувчи тўқима капсулаларини намоён этадилар. Пластинасимон таначалар териости ёғ тўқималарида жойлашади ва капсуляр тузилмага эга бўлади. Терида барча томирлар, капиллярларнинг устида жойлашган кўплаб

вегетатив нерв толалари ҳам мавжуд. Улар томир чигалларининг функционал фаоллигини мувофиқлаштириб турадилар ва шу билан эпидермис, дерма ва териости ёғ қавати тўқималаридаги физиологик жараёнларга таъсир этадилар.



Тери хосилалари (сочлар, тирноқлар, тер ва ёғ безлари).



Сочларнинг шаклланиши ҳомила ривожининг 2- оyi охирлари – 3- оyi бошларида бошланади. Эпидермис соҳасида кейинчалик тук фолликулаларига айланувчи базал хужайра ўсимталари пайдо бўлади. 4 ва 5- ойлarda бошланғич муртак туклар момиқ сочлар (lanugo) кўринишида кўл ва оёқ кафтлари, лабнинг қизил жияги, сут безлари сўрғичи, кичик жинсий лаблар, жинсий аъзо бошчаси ва олат ички қисмидан ташқари барча тери қопламаси бўйлаб тарқалади. Сочнинг тери устига чиқадиган қисми стержен, дерма ичи қисми эса илдиз (ўзак) деб аталади. Стерженнинг тери сиртига чиқувчи қисмида чуқурча – воронка бўлади. Сочнинг илдизи тук фолликулалари билан ўралиб туради, унга ўткир бурчак остида сочни кўтариб берувчи мушак яқинлашади ва бирикади. Сочнинг стержени ва илдизи уч қаватдан иборат: марказий – мия, мия қобиғи ва кутикула (пўстлоқча). Мия моддаси асосан терида жойлашади ва тукли фолликулалар воронкасига етиб боради. Стерженнинг асосий массасини бир - бирига зич турувчи кератинлашган хужайралар ташкил этади. Соч илдизининг дистал қисми илдизпоя, деб аталади. У сочнинг ўсишини таъминлайди, чунки, унинг марказий қисмига гиподермадан келувчи қон томир ва нервлари бўлган тукли сўрғичлар уланади.

Фолликуланинг юқори қисми хисобланган тук ёки соч фолликулалари воронкаси - таркибида гликоген, сезиларли миқдордаги вакуоллар, тонофибриллар, кератогиалин ва кератиносомалар бўлган 1-3 қатор эпидермал хужайралар билан қопланган. Соч фолликуласи воронкасига ёғ безларининг чиқариш тешиги очилади. Сочнинг ранги соч мия моддаси таркибидаги DOFA - ижобий меланоцитлар билан асосланади.

Сочлар майин, дағал (қошлар, киприклар, соқол, мўйлов ва жинсий аъзолар соҳасидаги туклар) ва узун (бошнинг сочли қисми) турларга бўлинади. Сочлар секин ўсади. Сутка мобайнида сочнинг узунлиги 0,3-0,5 мм гача ортади. Баҳор ва ёз ойларида улар тез ўсади. Болаларда сочнинг илдизпояси ва тукли сурғичлар териости ёғ хужайраларида эмас, балки,

юзароқда – асосан дермада жойлашади. Болалар сочлари ўта гидрофил хусусиятга эга, эгилувчан ва кўп миқдорда юмшоқ кератин таркиблидир. Биокимёвий ва физиологик хусусиятларига кўра, болалар сочлари дерматофитлар билан кўпроқ зарарланади.

Тирноқ муртаклари ҳомила ривожланишининг 3-ойи бошларида пайдо бўлади. Дастлаб тирноқ йўли белги олади, шу соҳада эпителий бир оз қалинлашади ва секин бириктирувчи тўқимага жойлашади. Сўнгра тирноқ ўрнининг эпителиал қисми – матрицадан қалин, ихчам ҳосила – тирноқ илдизи шаклланади. Тирноқ пластикасининг кейинги шаклланиши кератинизация жараёни билан чамбарчас боғлиқ бўлиб, бунга пластинка сингари тирноқ йўли ҳам жалб этилади. Тирноқ пластинкаси, ёки тирноқ ташқи ялтироқ қобиқли (*lamina externa*) тирноқ йўлида зич жойлашган мугузсимон пластинкадан тузилган. Тирноқ йўли ён томондан ва асосидан тери бурмалари – тирноқ валиклари билан чегараланган. Тирноқнинг орқа валиги тирноқ танасини проксимал (яқин) қисмини ёйсимон қоплаган ҳолда эпидермиснинг юпқа мугузсимон пластинкаси- тирноқ усти пўсти (*eponichium*) ҳосил қилади. Тирноқ илдизининг орқа валикдан оқроқ қисим кўринишида чиқиб турган кичкина қисми тирноқ чуқурчаси деб аталади. Тирноқнинг ўсиши донадор ва мугузсимон қаватларсиз эпидермис тузилишига эга матрикс хужайралари ҳисобига амалга ошади.

Эпидермисни ҳосил қилувчи эктодермал япроқчадан соч ва тирноқлардан ташқари, ёғ ва тер безлари ҳам шаклланади. Тер безлари муртаклари ҳомила терисида қорин ичидаги ривожланишнинг 2- ойида белгиланади. Боланинг туғилиши пайтида тер безлари яхши шаклланган бўлади, аммо, функционал фаол бўлмайди. Дастлабки 2 йил мобайнида тер ажратиш фаолиятининг секин - аста кучайиши амалга ошади. Болалар тер ажралиши турида сезилмас тер ажралиши (*perspiratio insensibilis*) кузатилади, асосан ҳаётнинг 1-ойида.

Тер безлари икки турда намоён бўлади. Оддий, ёки мерокрин (экрин)тер безлари ва апокрин безларга бўлинади.

Оддий тер безлари (*glandulae sudoripare*) найчасимон тузилма ва секрециянинг мерокрин (аввалги номи эккрин) турига эга. Уларнинг хужайраларининг шира ишлаб чиқариш фаолияти осмос ва диффуз жараёнлари хисобига содир бўлади. Гистокимёвий жихатдан тер безларида РНК, нордон фосфатофаза, корбоксилаза, эстераза, энергия алмашинув ферментлари намоён бўлади.

Тер безларининг дистал қисми боғлам (сўнгги қисми буралган) кўринишида одатда дерма чегарасида ва тери ости ёғ хужайрасида жойлашади. Узун чиқиш тешиги тик ҳолатда тери сиртига йўналади ва пармасимон бурама ковакда тугайди. Тер безлари қўл ва оёқ қафтлари, юзда кўп жойлашади. Тер безлари жинсий аъзо бошчасида, кичик жинсий лаблар ташқи юзасида ва олат ички қисмида мавжуд эмас. Тери қопламасининг қолган қисмларида тери безлари тарқоқ ҳолда жойлашган. Тери сиртининг 1 вадрат сантиметрида 200 тадан 800 тагача тери безлари мавжуд. Тер безлари фаолияти оралиқ миянинг III қоринчаси хужайраларида жойлашган тер маркази ва махсус тугунларидаги капсулаларидаги периферик нерв тугунчалари орқали бошқарилади. Шу сабабли парасимпатомиметик моддалар (ацетилхолин, пилокарпин ва б.) тер ажралишини кучайтиради, атропин эса бу механизмни ўраб олиб, тер ажралишини тўхтатиб қўяди.

Апокрин тер безлари (*glandulae apocrineae*) мерокрин тер безидан фарқли равишда хужайра моддалари иштирокида шира ҳосил қилади, шунинг учун хужайраларнинг бир қисми ҳаракат (босиб олиш) босқичида бўлади. Апокринли безлар шунингдек, найчасимон тузилишга эга бўлиб, аммо, йирикроқ ҳажмда, чуқур жойлашиш ва ўзига хос кенгайиш хусусиятига эга. Улар жинсий аъзолар терисидаги тук фолликулалари, анус атрофида, кўкрак сўрғичи ареоласи (сўрғич атрофидаги қорамтир айлана) ва кўлтиқости чуқурчасида жойлашади. Бу безларнинг чиқиш ирмоқчалари ёғ -

тук фолликулаларга тушади. Апокрин безларнинг тўла ривожланиши бола ҳаётининг 1-ойидаёқ амалга ошади, аммо, функционал фаоллиги фақат жинсий балоғатга етиш билан пайдо бўлади. Апокрин безларнинг фаолияти одатда даврий бўлиб, жинсий безлар секретцияси босқичлари билан мос тушади. Шунга асосан, апокрин безлари иккиламчи жинсий белгиларга дахлдордир.

Ёғ безлари (glandulae sebacea) мураккаб алвеоляр ҳосила бўлиб, голокрин типдаги секретор хужайраларнинг ёғ метаплазияси ҳисобланади. Хужайраларни дифференциялаш марказдан бошланади ва ёғ везикулалари кўпроқ тўпланиши билан тавсифланади. Бу, хужайралар, унинг ядросининг таркибий қисмларга ажралиши, хужайра қобиғининг бузилиши ва ёғ каналига шира ажралишига олиб келади. Ёғ безлари умумий ирмоғининг деворлари тузилиши бўйича эпидермисдан фарқ қилмайди, ирмоқнинг тармоқланишида эса мугузсимон ва донадор қават мавжуд эмас. Ёғ безлари тук фолликулаларини ўраб туради. Қоидага кўра, ҳар бир фолликула атрофида 6-8 тадан ёғ безлари бўлади, шунинг учун нормада тери тукли қопламасининг барча қисмлари ёғ билан мойланган бўлади. Бироқ, айрим ёғ безлари изоляцияланган ҳолда жойлашади ва тери сиртига мустақил чиқиш йули орқали очилади. Терининг юз, жинсий аъзо бошчаси, олат ва кичик жинсий лаблар соҳаларидаги қисми тук фолликулаларига боғлиқ бўлмаган ёғ безлари билан етарлича таъминланган. Ёғ безлари қўл ва оёқ қафтларида умуман йўқ. Ёғ безлари муртаклари 2-3 ҳафталик ҳомилада тер безлари муртакларидан аввалроқ намоён бўлади. Ёғ безлари бола туғилишигача ҳам жадал ҳаракатда бўлади, шунинг учун янги чақалоқ териси пишлоқсимон мойлама (vernix caseosa) билан қопланган бўлади. Ёғ безлари болаларда йирикроқ миқдорда бўлади ва юз териси, орқа, бошнинг сочли қисми ва аногенитал соҳаларда кўплаб жойлашади. Тер ва ёғ безларисекрети терининг физиологик, иммун ва бикимёвий функциясида катта аҳамиятга эга.

Бир хил тузилишга эга таркибий қисмларига қарамай, оғиз шиллик пардалари ва лабнинг тузилиши терининг тузилишидан кескин фарқ қилади. Масалан, оғиз бўшлиғи шиллик пардаси тери сингари уч бўлим – эпителий, шиллик парданинг хусусий қавати (*lamina propria mucosae*) ва шиллик ости ўзакдан иборат. Улар тери қопламасининг эпидермис, дерма ва тери ости ёғ хужайрасига тегишли.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардасини кўп қаватли эпителий қоплаб туради, аммо, тери эпителийсидан фарқли равишда фақат икки – базал ва тиканли қаватга эга. Базал қават хужайралари (*str. germinativum*) цилиндр шаклга эга бўлиб, базал мембранада қозиксимон ҳолатда жойлашган. Митозда юзага келувчи хужайралар юқорига йўналиб, уларда гликоген тўпланади, бу жараён терининг базал қават хужайраларига алоқадор бўлмайди.

Оғиз бўшлиғи шиллик пардаси хужайраларининг митотик фаоллиги юқори, шунинг учун унинг янгиланиш вақти 6 кудан 7 кунгачани, терининг янгиланиш жараёни 21-22 кунни ташкил этади.

Оғиз шиллик пардасининг бириктирув хужайра қисми хусусий қавати ва шиллик ости ўзак (*tela submucosa*) дан иборат. Эпителийнинг базал қават хужайралари эластик, коллагенли, ўта коллаген толалар таркибли, шиллик парда ўз ва шиллик ости қаватларнинг асосини ташкил этувчи *lamina propria mucosae* билан чегараланади. Оғиз шиллик пардасининг бириктирув тўқима қаватида қон томирлар ва лимфатик томирлар, нерв тугунчалари ва кўплаб майда сўлак безлари тўпланган. Сўлак безларининг секретини шиллик парданинг сиртини нам ҳолатда ушлаб туради ва оғиз бўшлиғида озукани хазм қилишда уларнинг иштирокини таъминлайди.

Қаттиқ танглай, тил, қисман милкларнинг эпителиал хужайралари соғлом одамларда дағаллашиб қолади, бу оғиз шиллик пардасининг қолган қисмларига тегишли эмас.

Коллаген ва эластик толаларнинг халқасимон тармоғидан ҳосил бўлган шиллик ости ўзакда чуқур томирлар тармоғи, хужайра элементлари

(лимфоцитлар, иммуноглобулинлар ҳосил қилувчи плазматик ҳужайралар), чуқур ўрнашган майда сўлак безлари жойлашади. Шиллик ости қавати шиллик пардани яқин тўқималарга тўлиқ маҳкамланмаган қисмларда яхши намоён бўлади, масалан оғиз бўшлиғи тубида. Шу билан бирга, шиллик ости ўзаги милклар ва қаттиқ танглай соҳасида умуман мавжуд эмас.

Лаблар ташқи томондан тери билан қопланган, мушак қавати билан зич бирлашган айлана мушакларнинг қаттиқ қаватидан иборат. Лаб уч қисмга бўлинади: тери, оралик, ёки қизил жияк ва шиллик. Қизил хошия теридан шиллик пардага томон ўтиш тузилишига эга бўлиб, унда ёғ безлари фақат оғиз бурчдагина сақланади. Лабнинг қизил хошиясида тўла дағаллашиш амалга ошмайди, эпителийнинг сиртқи қавати элеидинга тўйинган бўлиб, бу унга шаффофлик беради. Типик мугузсимон, шунингдек, ялтироқ ва донадор қаватлар лабнинг қизил хошиясида мавжуд эмас.

Лабнинг қизил хошияси ташқи ва ички қисмга бўлинади. Ташқи қисмининг эпителийси кўриниши ўзгарган мугузсимон қаватни сақлаб туради, лаб шиллик пардасига ўтувчи ички қисм («Klein» зонаси) эса эпителийнинг ташқи қаватида ядрога ва жуда узун дермал сўрғичларга эга. Оғиз шиллик пардаси, лаблар, милклар ва тилнинг нерв рецептор аппарати учламчи, юз, тил-халқум ва тил ости нервлар билан таъминланади.

Қон айланувчи ва лифатик тизимлар оғиз шиллик пардаси, тил, лабларнинг қизил хошияси бўйлаб капиллярлар, венулалар ва лимфатик тармоқ билан намоён бўлади. Лимфатик тармоқ, айниқса, бодомсимон без ва тил ўзагида зич жойлашади. Бу ерда баландлиги 5 мм гача бўлган, крипталар деб аталувчи лимфоэпителиал тепалик ҳосил бўлади. Лимфоид ҳужайрадан шиллик парда сиртига сўлак таркибига кирувчи лимфоцитлар чиқиши мумкин.

Сўлак безлари. Оғиз бўшлиғида катта ва кичик турларга бўлинувчи кўплаб сўлак безлари мавжуд. Катта сўлак безларига оғиз бўшлиғида жойлашмаган ва узун чиқиш тешигига эга қулоқ атрофи, қуйи жағ ости ва

тил ости безлари киради. Кичик сўлак безлари гетерогенли бўлиб, лаб, лунж, танглай ва тил безларига бўлинади.

ТЕРИНИНГ АСОСИЙ ВАЗИФАЛАРИ

Тери организмнинг ташқи томондан қоплаб турувчи аъзо ҳисобланади ва мураккаб физиологик вазифалар мажмуасини амалга оширади. Айниқса, модда алмашинуви, сув, минерал, ёғ, углевод, витамин ва энергия алмашинуви жараёнларида фаол иштирок этади. Тери углеводлар, токсинлар, айланиб юрувчи иммун комплекслар, антигенлар, антителалар ва бошқа умумий ҳамда хужайра алмашинуви махсулотларининг улкан омбори саналади. Организмнинг барча ҳаётий жараёнларида иштирок этар экан, қатор муҳим, жумладан, иммун, химоя, секретор, рецептор ва бошқа махсус вазифаларни бажаради.

Тери - иммун аъзо. Соғлом тери ва жароҳатланмаган шиллиқ пардалар кўплаб микроорганизмлар учун тўсиқ (барьер) ҳисобланади. Терининг бу химоя вазифаси илгари фақат механик омиллар – мугузсимон қават, сув - ёғ мантияси, юқори эластиклиги ва тери ости ёғ хужайраси билангина тушунилар эди. Бироқ, ҳозирги вақтда терининг асосий структурасининг иммун фаоллиги, иммун жавобни амалга ошира оладиган: эпидермис, дерма ва тери ости ёғ хужайралари тўғрисида маълумотлар мавжуд.

Шу сабабли Т- лимфоцитлар иммун тизимнинг асосий элементи ҳисобланади ва эпидермис кератиноцитларининг айрисимон без эпителиал хужайралари билан анатомик, молекуляр ва функционал жихатдан ўхшашлиги ўз исботини топган. Уларга эпидермал тимоцит фаоллаштирувчи омил (ЭТФО), 1, 2-интерлейкинлар (Т - хужайра омиллари), 3-интерлейкин (булутсимон хужайраларнинг пролиферация ва дегранлуция омили), фаоллаштирувчи табиий киллерлар омили (ФТКО), гарнулоцитлар фаоллигининг эпидермал омили таъллуқлидир. Бундан ташқари, кератиноцитлар терининг иммун ва яллиғланиш реакцияларида иштирок этувчи қатор носпецифик медиаторлар, биологик фаол омилларни тозалаб

туради. Улар орасида ёғ кислоталарининг метаболитлари (простагландинлар, лейкотриенлар, ёғ кислоталарининг гидроксидлари), плазминогеннинг активатор ва ингибиторлари яхшироқ ўрганилган.

Кератиноцитлар дезоксинуклеотидилтрансферазага таъсир этиш йўли билан Т- лимфоцитларнинг етилишига кўмаклашади. Эпидермал хужайралар бу ферментнинг таъсирчанлигини, шунингдек, Т-лимфоцитлар дифференцияси жараёнида тимопоэтин секрециясини кўзғатишга кодирдир. Эпидермал хужайраларнинг тери иммун жараёнларидаги муҳим аҳамияти уларнинг ўз сиртида иммуноассоциатив антигенлар (HLA–DR) га таъсир этиш қобилияти билан исботланади. Айрим тадқиқотчиларнинг тахминларича, бу рецепторлар оқ ўсимтасимон эпидермоцитларнинг терига кўчиб ўтишини енгиллаштиради, бошқалари эса улар ёрдамида кератиноцитлар антигенларни ифодалайди ва бевосита лимфоцитлар билан ўзаро таъсир қилиши мумкин, деб ҳисоблайдилар.

Кератиноцитларнинг тимус эпителиал хужайралари билан ўхшашлиги эпидермиснинг базал хужайраларида аниқланган умумий гетероантигенлари ва тимус гормонал эпителийлари билан исботини топган. Бу аъзоларнинг умумий морфологик хусусиятлари тимус эпителийларини экиб ўстириш жараёнида белгиланган. Аниқланишича, тимус хужайралари экиб ўстириш чоғида эпидермиснинг типик кератиноцитларига айланади. Кейинчалик айрисимон безларнинг рецепторлари (Гассал таначаси) да эпидермиснинг базал қавати хужайралари учун хос антигенлар топилди. Айрисимон безлар таначаларининг янада чуқурроқ тузилмаларида эпидермиснинг тиканаксимон, донадор ва мугузсимон қаватларига хос бўлган антигенлар аниқланди. Бу эса эпидермисни функционал жихатдан айрисимон безга ўхшайдиган аъзо сифатида кўришга имкон беради.

Дермадаги иммун фаоллик юзаки томир чигаллари посткапилляр венулалар ва тери ўсимталари атрофидаги лимфоцитлар ҳисобига юзага келган. Иммуноморфологик услублар билан аниқланишича, Т-лимфоцитлар

тери лимфоцитларининг 90 фоизини ташкил этади ва асосан эпидермисда ва дерманинг юқори қаватларида жойлашади. В-лимфоцитлар дерманинг ўрта ва чуқур қаватларида аниқланади. Периваскуляар қисмлардаги лимфоцитлар деярли бир хил хелпер ва супрессорлардан иборат бўлиб, хелпер - супрессор индекс эса 0,93-0,96 га тенг. Бу ҳужайраларнинг кўпчилиги фаоллашган шаклда эканлиги улар сиртида иммуноассоциатив антигенлар (HLA–DR) ва 2- интерлейкин рецепторлари топилгани билан исботланади.

Тери иммун таъсирчанлигининг ривожланиши ва шаклланишида юқори томирлар чигали посткапилляр венулаларининг эндотелиал ҳужайралари ва макрофагал тизим катта рол ўйнайди. Макрофагал тизим дерма ва териости ёғ ҳужайраларида фибробластлар, фагоцитозланувчи макрофагалар (гистиоцитлар), дендритик ҳужайралар билан намоён бўлади. Морфологик дифференцияланган тўқима гистиоцити катта микдордаги микрворсинкалардан иборат ўсимтасимон ҳужайрани намоён этади. Гистиоцитлар цитоплазмаси таркибида РНК ва ферментлар тутади. Гистиоцитлар сиртида барча макрофагалар сингари С3 ва Fc-фрагментли IgG рецепторлар мавжуд. Терининг макрофагал тизими Т-лимфоцитларнинг миграцияси, гиперсезувчанликни юқори (тез) кўринишдаги антиген - антитело реакциясида иштирок этувчи булутсимон ҳужайраларни ўз ичига олади. Теридаги иммун жараёнларни рўёбга чиқаришда, шунингдек, турли иммун вазифаларни амалга оширувчи, терида кўчиб юрувчи кон ҳужайралари (моноцитлар, эозинофиллар, нейтрофиллар, базофиллар, эритроцитлар) ҳам иштирок этади. Бунинг асосини ҳимоянинг носпецифик омиллари мавжуд бўлган Т-лимфоцитларнинг ўзаро таъсири ташкил этади.

Иммун вазифасини ўзида ҳужайра макрофагаларининг ўзгарган жамланма турини намоён этувчи оқ ўсимтасимон эпидермоцитлар ҳам бажаради. Булутсимон ҳужайралар, фиброцитлар ва макрофагалар сингари бу ҳужайралар иммун хусусиятига эга эмас, аммо, антигенлар ёки

citoкинлар фаоллашиши чоғида улар биологик фаол моддаларни ажратиш билан физиологик фаолликни намоён қиладилар.

Химоя функцияси. Терининг механик химоя аъзоси сифатидаги қаршилик хусусияти сезиларли электр қарама - қаршилик, коллаген ва эластик толаларнинг мустахкамлиги, тери ости ёғ хужайраларининг таранглиги орқали таъминланади. Терини қуруқлашишдан тери қопламнининг сиртида жойлашган зич мугузсимон қават ва сув - ёғ мантияси сақлайди. Мугузсимон қават кўплаб кимёвий ва физик зарарловчи таъсирларга нисбатан анча чидамлидир.

Терининг микроблар флорасига қарши химоя вазифаси жуда ҳам муҳим ҳисобланади. Бунга дағаллашган эпителийнинг қабул қилмаслиги ва ёғ ҳамда тер безлари ажралиши кўмаклашади. Бундан ташқари, тери бир вақтнинг ўзида ёт моддалар шимилишини тўхтатиб қўювчи ва сув - ёғ плёнкасининг аччиқ таъсири туфайли стерилловчи хусусиятга ҳам эгадир. Бир вақтнинг ўзида сув - ёғ қобиғи микроорганизмларнинг кириб келишига қаршилик кўрсатади, ундаги мавжуд пастмолекуляр ёғ кислоталари касаллик кўзгатувчи флоранинг кўпайишига ҳалокатли таъсир этади («шахсий стерилизатор»).

Хлоридлар терида сезиларли миқдорда иштирок этади, бу анионнинг мушак хужайраси таркибидагидан 2 баравар ортиқдир. Тахмин қилинишича, бу, патоген микроорганизмлардан химоя воситаси ҳисобланади.

Терининг химоя вазифаси шунингдек, полисахаридлар (95 %) ва оксил (5 %) бирликлардан иборат протеогликанлар томонидан ҳам амалга оширилади. Бу полианионлар жуда катта ҳажмга эга бўлиб, сув ва катионларни бириктириб, бириктирувчи тўқима асосий моддасини ҳосил қиладилар. Протеогликанлар экстрацеллюяр матрицадан тарқаладиган моддалар учун молекуляр ғалвир сифатида таъсир этади: кичик молекулалар тўрдан ўтади, катталари эса ушланиб қолади.

Оғиз шиллик пардасининг тузилиши тери тузилиши билан ўхшашлигидан, у ҳам оз миқдорда бўлсада химоя вазифасини бажаради. Бунга оғиз шиллик пардасининг сўлак билан мунтазам намлиниб туриши ёрдам беради. Бу ҳолат, унинг сув билан тўйиниши, интерстициал суюқликда терланишини камайиши ва шу билан микроб флораси ва ёт моддаларнинг кириб келишини қийинлаштиради. Сўлак таркибидаги лизоцимнинг бактерицид хусусияти оғиз бўшлиғи шиллик пардасининг химоя ролини кучайтиради.

Қуёшнинг юқори қувватли ултрабинафша нурлари таъсирида терида эркин радикаллар ҳосил бўлади. Бундай молекулалар кимёвий, шунингдек, занжирли реакцияга осон киришадилар. Асосан оқсиллар ва липидлардан тузилган биологик мембраналар функциясининг бузилиши ултрабинафша нурларнинг энг муҳим биологик эффекти ҳисобланади. Қуёш ултрабинафша нурларининг инсон кўзи кўриши мумкин бўлмаган (400 нм дан кам) ёруғликда жойлашган зарарловчи таъсирдан организмни химоялаш бир неча механизмлар ёрдамида амалга оширилади. Терида мугузсимон қават калинлашади, терининг пигментацияси кучаяди, уруканин кислотаси транс-изомердан цис-изомерга ўтади, антирадикал химоянинг фермент ва нофермент тизими ишга тушади. Пигментнинг экранлашган қавати ё ёруғликнинг барча узунликдаги тўлқинларини ютиб юборади, ёки ўта хавфли нурларни филтрдан ўтказди. Чунончи, меланин - кўринадиган ёруғлик ва ултрабинафша нурларни барча диапазонда ютиб юборади.

Терида меланин қанча кўп бўлса, организм учун зарарли нурлардан химояланишни шунча яхши амалга оширади. Терида меланиннинг тез янгилиниши рўй беради, у эпидермиснинг пўст ташлаш чоғида йўқолади, кейин эса меланобластлар томонидан қайта синтезланади. Меланин синтезига гипозиз (меланинни стимуляцияловчи гормон) таъсир этади, тирозиннинг оксидланишини катализловчи тирозиназа ва доксифенилаланин (ДОФА) муҳим рол ўйнайди. Антиоксидант химоянинг

биокимёвий механизмлари эркин радикал таъсирларни кўзғалиш, тармоқланиш босқичларида тўхтатиб қолиш ва оксидланиш занжирларининг узилишини таъминлайди.

Секретор (шира ишлаб чиқариш) функцияси. Бу вазифа кератиноцитлар, иммунорегулятор хужайраларнинг секретор фаолияти, шунингдек, ёғ ва тер безларининг функционал фаолияти натижасида амалга оширилади.

Кератин – эпидермиснинг асосий оқсили - ҳосил бўлиши мураккаб секреция жараёни ҳисобланиб, кератиноцитлар томонидан амалга оширилади. Бошланғич босқич кератин фибриллалари тонофиламентлар кўринишида пайдо бўладиган базал қават хужайраларида кечади. Тонофиламент оқсиллари тиканаксимон қават хужайраларида прекератин-актомиозинга ўхшаш алфа-кератинга айланади.

Янада хос тузилмалар донадор қават хужайраларида кузатилади. Уларда таркибида фибриллалар бўлган кератогиалин гранулалар пайдо бўлади. Фибриллалар элеидинга, кейин эса мугузсимон қават хужайрасининг асосини ташкил этувчи кератин ипига айланади. Хужайраларнинг базал қаватдан эпидермиснинг юқори қаватига ҳаракатланишига қараб, ядро ва бошқа хужайравий органеллалар тонофиламентларга кератинизациялашади, босқичма босқич шаклланувчи протоплазма оқсиллари кератинга айланади.

Эпидермис хужайраларининг ўсиши ва кўпайиши оддий физиологик шароитда мураккаб ўзаро рақобатлашувчи хужайра ичидаги ва хужайра ташқарисидаги омиллар таъсирида содир бўлади. Хужайра митозига гормонлар ва бошқа биологик фаол моддаларнинг таъсирига воситачилик қилувчи хужайра ичи медиаторларига циклик нуклеотидлар, простагландинлар, кейлонлар, лейкотриенлар, интерлейкинлар (айниқса, ИЛ-1 ва ИЛ-2) ва фосфодиэстеразалар фаоллиги ҳамда цАМФ ва цГМФ ўзаро нисбатига таъсир этувчи калций ионлари киради. Митознинг хужайра ичидаги бошқарилишида ўсишнинг эпидермал омилини сезиларли ўрни

мавжуд. Бу полипептид эпителиал тўқимага гиперпластик таъсир кўрсатади. Унинг фаоллиги гипофизар-буйрак усти тизимининг вазифасига боғлиқ.

Шундай қилиб, мураккаб физиологик тизимнинг ҳолати – кортикостероид гормонлар ва адреналин, хужайра ичи медиаторлари, фосфодиэстераза, аденилатциклаза, цАМФ ва цГМФ ни кўшган ҳолда - ўсиш эпидермал омилининг фаоллиги ва унинг эпидермоцитлар томонидан кератин секрециясига таъсирини юзага келтиради. Терининг секретор вазифасининг амалга оширилишида ёғ ва тер безлари муҳим рол ўйнайди.

Ёғ безлари ёғ кислоталари, холестерин эфирлари, алифатик алкоғоллари, кўп бўлмаган миқдорда углеводородлар, эркин холестерин ва оз миқдорда азотли ва фосфатли бирикмалардан иборат тери ёғини ишлаб чиқаради. Ёғ безларида секрет суюқ ёки ярим суюқ ҳолатда бўлади. Тери сиртига ажралиб чиқаркан, тери ёғи тер билан қўшилиб сув-липид қобиғини ҳосил қилади. У терини ҳимоя қилади, бактерицид ва фунгистатик фаолликка эга. Тахмин қилинишича, тери ёғининг стерилловчи таъсири унда эркин ёғ кислоталарининг мавжудлиги билан изоҳланади. Шира ишлаб чиқаришдан ташқари, ёғ безлари экссекретор вазифани ҳам бажаради. Тери ёғи билан бирга ичакларда ҳосил бўлган захарли моддалар, ўрта молекуляр пептидлар, шунингдек, кўплаб дори моддалари – йод, бром, салицил кислота, эфедрин ва бошқалар ҳам ажраб чиқади.

Ҳосил бўлган тери ёғининг миқдори ҳар бир одамда турлича бўлиб, у тери қопламанинг турли қисмларида ҳар ҳар - хил. Масалан, терида бошнинг сочли қисми, пешона, юз, бурун устки соҳасида (1 см² да 1000 ёғ безларигача), кўкракнинг марказий қисми, курак ўртаси, орқанинг юқори қисми ва чот орасида тери ёғлари кўп миқдорда ажралиб чиқади. Ёғ безлари вазифасига эндокрин ва нерв тизимлари мувофиқлаштирувчи таъсир кўрсатади. Тестостерон ва унга қардош моддалар рағбатлантиради, эстрогенлар эса тери ёғи ишлаб чиқарилишини тўхтатади.

Эккрин тер безлари томонидан ишлаб чиқариладиган тер кучсиз - нордон таъсирга эга. Сувдан ташқари, унда оз миқдорда эриган ноорганик (сулфатлар, фосфатлар, натрий хлориди, калий хлориди) ва органик (мочевина, сийдик кислотаси, аммиак, аминокислоталар, креатинин ва бош.) моддалар мавжуд.

Тернинг кимёвий таркиби доимий бўлмай, ичилган суюқлик, эмоционал зўриқишлар, ҳаракатчанлик, организмнинг умумий ҳолати, атроф - муҳит ҳароратига қараб ўзгариши мумкин, шунингдек, тер безлари топографиясига ҳам боғлиқ. Пешона терида кўл ёки оёқ терига нисбатан, 6-7 марта кўп без бўлади. Терда хлоридларнинг мавжудлиги тер ажралиш тезлигини, тери ҳароратини, инсон ёшини ва метоболизм интенсивлигини белгилайди. Тер билан бирга организмдан дори моддалар – йод, хинин, антибиотиклар чиқариб ташланиши мумкин. Суткада ўртача 750-1000 мл тер ажралади, аммо, юқори ҳароратда бир неча литргача тер чиқиши мумкин. Тер безлари фаолиятининг бошқарилишида марказий ва вегетатив асаб тизими етакчи рол ўйнайди. Бу безлар фаолиятининг асосий рағбатлантирувчиси ташқи ҳароратнинг кўтарилиши ҳисобланади.

Терининг экскретор вазифаси секретор вазифаси билан қўшилиб кетади. Тер ва ёғ безлари томонидан органик ва ноорганик моддалар, минерал алмашинуви маҳсулотлари ажралишидан ташқари, организмдан углеводлар, витаминлар, гормонлар, ферментлар, микроэлементлар ва кўп миқдорда сув ҳам чиқиб кетади. Тер доимо ва узлуксиз ажралади. *Perspiratio insensibilis* туридаги кўринмас ва юқори иссиқлик регуляциясида келиб чиқадиган профуз тер ажралиши фарқланади.

Апокрин безлари вазифаси жинсий аъзолар фаолияти билан боғлиқ. Улар пубертат даврда ҳаракатга тушадилар ва ўз вазифасини климактерик даврда тўхтатишади. Апокрин безлари ёғ ва тер безлари сингари эмоционал, эндокрин дисфункциялар, стресс ҳолатлар ва иссиқлик режимининг ўзгаришидан таъсирланадилар.

Нафас ва резорбция (сўриш) функцияси. Терининг резорбция хусусияти ёғ - соч фолликулаларининг функционал фаоллиги, сув - ёғ мантияси ҳолати, мугузсимон қаватнинг мустаҳкамлигига боғлиқ. Қўл ва оёқ кафтлари физиологик гиперкератоз оқибатида кучсиз резорбция қобилятга эга. Ёғ ва тер безлари кўп тўпланган, мугузсимон қават кам намоён бўлган жойларда терининг резорбция хусусияти кучаяди: ёғларда эрийдиган дори воситалари – йод, фенол, пирогаллол, резорцин, саилицил кислотаси, бор кислотаси ва бошқалар сўрилади. Терининг яллиғланиш ўзгаришларида резорбцион жараёнлар фаоллашади, шунинг учун ташқи қўлланиш учун фойдаланиладиган дори препаратлари терапевтик концентрациясидан ортмаслиги керак. Терининг нафас олиш, шунингдек, кислородни ютиш ва карбонат ангидрид ажратишдаги иштироки сезиларсиз. Тери 1/180 кислород ютади ва 1/90 карбонат ангидрид чиқаради.

Терморегуляция функцияси. Тана ҳароратини бир хил ушлаб турувчи мослашув механизми турличадир. Эпидермис мугузсимон қаватининг кучсиз иссиқлик ўтказувчанлигидан ташқари, дерманинг толасимон субстанциялари ва тери ости ёғ хужайралари сезиларли аҳамият касб этади. Терморегуляцияга қон - ва лимфа айланиши ҳамда ёғ ва тер безларининг ажратиш қобиляти янада кўпроқ таъсир кўрсатади.

Тер безлари танада доимий ҳароратни ушлаб туриш учун терни буғлаш йўли билан терини совутиб туради. Терни буғлаш кўп энергия талаб этадиган жараён : 1л буғлаш учун 2400 кДж керак бўлади, бу тинч шароитда бир кунда ишлаб чиқарилган барча иссиқликнинг 1/3 тўғри келади. Тер безларининг фаоллиги асосан гавда, панжаларнинг орқа юзаси, билак ва елканинг эгилувчан соҳаси, бўйин, пешона, бурун - лаб бурмалари терисидаги ҳарорат омили орқали бошқарилади. Иссиқлик чиқариш ва буғлатиш йўли билан иссиқликни бериш вегетодистоник ва дисциркуляр бузилишларда ошади.

Алмашинув функцияси. Терининг модда алмашинувидаги роли унинг сақланиш (депо) қобиляти туфайли катта аҳамиятга эга. Бриктирувчи

тўқима хужайралари, эластик, коллаген ва аргирофиль толалар, териости ёғ хужайрасининг гидрофиллиги (сувланиш хусусиятига эгаллиги) хужайралар ичи ва улар ташқарисидаги суюқликлар ва минерал моддалар, витаминлар, микроэлементларнинг ушланиб қолинишини таъминлайди. Терида липидларнинг перикс оксидланиш жараёнида ҳосил бўладиган углеводлар, холестерин, йод, бром, аминокислоталар, ўт кислоталари ва шлаклар сақланиб қолади. Шунинг учун умумий модда алмашинуви бузилишидан анча олдин терида жигар фаолияти бузилиши чоғида қаттиқ қичишиш ёки яширин қандли диабетда эса йирингли элементлар кўринишидаги патологик жараёнлар пайдо бўлади.

Мугузсимон қаватга кирган кўплаб кимёвий моддалар узоқ вақт қолиб кетади. Радионуклид билан белгиланган перкутан ионофорез ёрдамида преднизолонни киритиш препаратни ҳатто 2 ҳафтадан сўнг ҳам аниқлаш имконини берди, ичилганда эса фақат 24 соат мобайнида топилади.

Витаминлар тери ҳолатига катта таъсир кўрсатади. Чунончи, оксидланиш - тикланиш жараёнларининг меъёрда кечишини таъминловчи В гуруҳидаги витаминлар, метаболитлар ва детоксикация чиқариб ташланишига кўмаклашадиган РР (никотин кислотаси) витамини, антиинфекцион омилларга эга А, Е, D витаминлари оқсиллар алмашинувини фаоллаштиради, эпидермисда кератопластика жараёнини меъёрлаштиради, эпителиянинг яллиғланиш жараёнларида янгиланиши (регенерация) га кўмаклашади.

Рецептор функцияси. Тери нафақат организмни турли таъсирлардан ҳимоя қилади, балки, шунингдек, мултифакторли анализатор ҳам ҳисобланади, зеро, у ўзида кенг рецептор майдонни намоён қилади. Терининг рецептор функцияси барча тери юзаси бўйлаб нотекис равишда тарқалган кўплаб ранг - баранг сезгир нерв охирлари ва сенсор таначалар томонидан таъминланади. Тактил (ҳис этиш ва босим сезгиси), оғриқли ва ҳароратли (совуқ ва иссиқ сезгиси) каби тери сезувчанликлари мавжуд.

Тактил сезувчанлиги кўпроқ кўл панжалари учки қисми териси, йирик бурмалар териси ва тил шиллик пардасига хосдир. Бундай сезувчанлик нарсаларнинг қаттиқлиги, юмшоқлиги ва бошқа хусусиятли даражаларини хис қилишни ўз ичига олади. Совуқ ва иссиқни идрок этувчи нерв ҳосилалари (тахминга кўра, бу, Руффини таначаси ва Краузе колбалари) терида нотекис жойлашган бўлиб, шунинг учун ҳам алоҳида тери копламаларида иссиқ ва совуқни идрок этиш турличадир.

Оғиз шиллик пардаси ҳам иссиқ, совуқ, оғриқ ва тегинишни идрок этадиган ранг - баранг нерв тугунчаларига бой. Бироқ, теридан фарқли равишда барча кўринишдаги сезувчанлик жадал кўзгатувчиларга нисбатан камроқ намоён бўлади.

Терининг рецептор майдони функционал равишда марказий ва вегетатив нерв тизими билан ўзаро алоқада бўлади, дермонејротроп, дермовисцерал муносабатларда мунтазам иштирок этади. Тери атроф - мухитдан, шунингдек, МНТ ва ички аъзолардан келадиган турли кўзғалишларга узлуксиз муносабат билдиради. Мантиқан тасаввур қилинганда, тери экран вазифасини ўтайди ва унда ички аъзолар, МНТ, эндокрин ва иммун тизимдаги функционал ва органик ўзгаришлар акс этади. Кўпинча, ҳатто организм ва унинг алоҳида функцияларидаги озгина бузилишларда ҳам терида ўзгариш пайдо бўлади, баъзан у ёки бу висцерал ёки эндокрин патологияни ишонч билан тахмин қилиш мумкин.

Оғриқ ва қичишиш ўтишининг периферик йўлларини (бу сезгиларнинг яқинлиги уларни «ноцицепция» атамаси билан бирлаштириш имконини беради) кўпчилик муаллифлар афферент нерв толалари билан боғлашади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ ҲАҚИДА УМУМИЙ МАЪЛУМОТЛАР

Этиология – касалликнинг келиб чиқиш сабаблари, патогенез - касалликнинг пайдо бўлиши ва ривожланиши механизми, шунингдек,

касалланиш жараёнининг тарқалиш йўллари, саногенез – организмни касалликдан ҳимоя қилиш механизмидир.

Тери касалликларининг ривожланишига кўплаб сабаблар олиб келиши мумкин. Баъзан бу сабаблар (омиллар)га муқаррар кўзғатувчилар таълуқли, деб билиш мумкин, чунки, уларнинг таъсири ҳамма вақт ва барчада тери қопламаларининг кўзғатувчининг зарарловчи таъсирига муайян реакциясини келтириб чиқаради. Шундай кўзғатувчиларга мисол қилиб, кислота ва ишқорларнинг кимёвий куйишнинг ривожланишига олиб келувчи тўйинган эритмалари, терининг ўзига хос зарарланишини келтириб чиқарувчи катта миқдордаги нурли энергия, радиация, рентген нурлари, юқори (термик куйиш) ёки паст ҳарорат (совуқ уриши) таъсири ва бошқаларни келтириш мумкин.

Бироқ, кўп ҳолларда тери касалликлари ривожланиши учун бир неча сабабларни бирлаштириш зарур. Масалан, микроб бирикмалари, айниқса, стафилококклар мунтазам равишда тери қопламасининг сиртки қисмида жойлашади. Айрим ҳолларда стафилококк штамлари ўта касал қилувчи (вирулент) ҳисобланади. Шунга қарамай, пиодермиянинг ривожланиши учун кўшимча, масалан, тери ҳимоя хусусияти (суб-липид қобиғи, микрошикастлар), ёки иммунотанқислик, гиповитаминоз, диабет ва бошқалар оқибатида таъсирчанлик қобилятининг бузилиши омиллари зарур.

Тери касалликларининг этиологик омилларини экзоген ва эндоген турларга бўлинишини маълум даражагача шартли қабул қилиш лозим. Эндоген омиллар организмнинг физиологик ҳимоя механизмини сусайтиради ва шу билан тери касаллиги ривожланиши учун муҳит (“берилувчанлик”) яратади.

Иносон организми ҳолати кўп ҳолларда ҳаёт ва меҳнатнинг ижтимоий - маиший шароитларига боғлиқ бўлиб, бу, касалликнинг ижтимоий ҳодиса экани ҳақида гапириш имконини беради.

Тери касалликларининг экзоген этиологик омиллари сирасига физик, кимёвий, бактериал қўзғатувчилар, шунингдек, ўсимлик ва ҳайвонот дунёси паразитлари киради.

Физик экзоген этиологик омиллар орасида механик қўзғатувчилар, термик шикастлар, нурли энергиянинг таъсири фарқланади. Узоқ муддатли босим, ишқаланиш, лат ейиш ва бошқа механик таъсирлар турли жадалликдаги яллиғланиш жараёнини, қон қуйилишини келтириб чиқариши, қадоклар, қадокланиш ҳосил бўлишига сабаб бўлиши мумкин. Термик омилларга терига паст ёки юқори ҳароратнинг таъсири киради, унинг оқибатида қалтираш, совуқ олдириш, куйиш ва ҳоказолар ривожланиши мумкин. Нурли энергия (масалан, ультрабинафша ва рентген нурлари, ион ҳосил қилувчи радиацион ва ҳ.к.) терига таъсир қилганда, нафақат дерматитга, балки, шунингдек, тери қисмларининг жуда ёмон битадиган некрозланиши билан кечадиган оғир дистрофик ўзгаришларга олиб келиши мумкин.

Дерматозни келтириб чиқарувчи кимёвий омиллар фавқулодда турличадир. Улар ишлаб чиқаришда (профессинал кимёвий қўзғатувчилар), турмушда учраши ёки турли дори моддаларини кўринишида намоён бўлиши мумкин. Шунингдек, терида кимёвий қўзғатувчилар келтириб чиқарган патологик ўзгаришлар ҳам ранг - баранг.

Бундай сабаблардан келиб чиқган дерматозларнинг ривожланиш патогенезидаги катта роли организмнинг сезувчанлиги, унинг аллергик ҳолатига тегишлидир, бу эса муайян ҳолатдаги патогенезни изоҳлашда сезиларли қийинчилик туғдиради.

Бактериал омиллар. Патоген микроорганизмлар йирингли касалликларнинг келиб чиқишига сабаб бўлади, тери сили, мохов, оддий лейшманиоз ва б.; **вируслар** пуфакчали ва ўраб олувчи темиртки, сўгаллар, ўткир учли кондилломалар ва контактли моллюскларни чакиради.

Патоген замбуруғлар турли кератомикозлар, дерматомикозлар ва чуқур микозларни чақиради.

Эмоционал таъсир барча даражада ва нерв тизимининг барча бўлимларидаги асаб қўзғалишлари ацетилхолин – кимёвий узатгич (медиатор) нинг бўшалишига олиб келади. Марказий ва периферик асаб тизимининг ораник касалликлари ҳам турли тери касалликларига олиб келиши мумкин. Чунончи, тешикли яралар, масалан, сирингомиелияда, орқа мия касаллиги, алкогольли невритлар ва ҳоказоларда, трофик яралар, қуймич ва бошқа нервлар зарарланишида пайдо бўлади.

Кўпинча дерматозлар ва ички секреция безлари функциясидаги бузилишларнинг пайдо бўлиши ўртасидаги боғлиқликни аниқлашга муваффақ бўлинади. Бунга қалқонсимон без касалликлари билан оғриган беморларда тери микседемаси, Аддисон хасталигида терининг бронза рангли тус олиши, жинсий аъзолар безлари бузилишларида дағал хуснбузарлар ва бошқалар яққол мисол бўла олади.

Қатор касалликларнинг пайдо бўлиши ва кечиши менструал (ҳайз) цикли, ҳомиладорлик (ҳайз чоғидаги қайталанган герпес, климактерик гингивит ва.) билан боғлиқ.

Айрим дерматозлар негизида қон ишлаб чиқариш тизимидаги бузилишлар ётади. Масалан, тери ва оғиз шиллиқ пардаларнинг специфик ва носпецифик ўзгаришлари кўпинча лейкоз, лимфогрануламетоз ва бошқа касалликлар билан оғриган беморларда пайдо бўлади.

Қатор дерматозларнинг этиологияси ва патогенезида муайян рол иммунологик ўзгаришларга таълуқлидир. Бу, аввало, аллергия ва аутоиммун ўзгаришларга тегишли. Айрим ноаллергик генез типидagi дерматозлар хужайравий ва гуморал иммунитетнинг фаоллашуви ёки, сусайиши билан кузатилади.

Қатор дерматозларнинг пайдо бўлиши ёки бунга ёрдам берувчи аллергиялар муайян аллерген билан қайта алоқага киришиш оқибатида

ривожланади. Тери касалликларига сабаб бўлувчи барча аллергенларни санаб ўтиш қийин. Булар, асосан, озиқ-овқат аллергенлари ва дори воситалари, кам ҳолларда – айрим металллар (масалан, хром, никел), ўсимликлар, косметика, бўёқлар, лаклар ва бошқалар.

Тери касалликлари патогенезида ўчоқли инфекциялар – сурункали тонзилит, гайморит, чириган тишлар ва бошқалар катта аҳамиятга эга. Ўчоқли инфекция, биринчидан, организм таъсирчанлигини келтириб чиқариши, иккинчидан, организмнинг ташқи таъсирга жавоб бериш реакциясини сусайиши, иммун танқислигини яратиш йўли билан гуморал иммунитетнинг сусайишига олиб келиши мумкин. Ўчоқли инфекциянинг эшакеми, экссудатив эритема, пориаз, қизил волчанка ва бошқалар патогенезидаги аҳамияти аниқланган.

Бироқ кўплаб дерматозларнинг этиология ва патогенези ҳозирги вақтгача тамомла аниқланмаган.

Тери касалликлари этиологик омилларини 3 гуруҳга бўлиш керак. 1- чи гуруҳга ички аъзолардаги ўзгаришлар, 2- чи гуруҳ хавф хатар омиллари (генетик), 3- чи гуруҳга бартараф этса бўладиган омиллар.

Тери касалликлари патогенези мураккаб ва турлича. Нерв ва наслий (ирсий берилувчанлик ва ирсий шартланганлик) механизмлардан ташқари, кўплаб дерматозларнинг патогенезидаги муҳим роли организмнинг табиий таъсирчанлиги ўзгаришлари ва иммун тизимидаги ўзгаришларга тўғри келади. Масалан, экзема, аллергик дерматитлар, эшакеми ва бошқалар патогенезларида етакчи рол аллергияга, қизил волчанка, пўрсилдоқ, склеродермия, дерматомихозларда аутоиммун жараёнларга тегишлидир.

Сенсибилизацияни ўзаро контакт йўли ёки организмга озиқ-овқат маҳсулотлари, дори воситалари, кимёвий моддаларнинг тушиши натижасида терига бевосита таъсир кўрсатувчи аллергенлар таъминлайди. Инфекцион омил (инфекцион ёки бактериал аллергия) лар сурункали инфекциялар ўчоғида, шунингдек, умумий юқумли касалликларда аллергияни келтириб

чиқариши мумкин. Учинчи ҳолатда қатор дерматозларнинг пайдо бўлишига аутоаллергик жараёнлар олиб келади. Барча бу шакллар бирлашиши ҳам мумкин.

Тери патологик жараёнга тизимли касалликлар (коллагенозлар, иммунобластозлар ва.б.) ривожланишида ҳам жалб этилиши мумкин. Қон ва лимфа айланиши бузилишлари акроцианоз, йириклашув, асфикция белгилари, томир деворлари касалликлари (масалан, битиб қолувчи эндоартерит) – тери гангренази, оёқлар яраси ривожланишига олиб келиши эҳтимоли бор.

Турли умумий (қизилча, қизамиқ ва.) ва сурункали (сил, сифиллис ва.б.) юқумли касалликлар терида клиник ташхис ўтказишга имкон берувчи турли яллиғланиш белгилар билан кузатилади

Дерматозлар билан бир қаторда, фақат уларнинг этиологиясигагина хос тери касалликларининг катта гуруҳи ҳам маълум. Улар баъзан тери реакциялари деб аталади ва турли омиллар, масалан, экзема, қизил ясси темиртки ва бошқалар томонидан келиб чиқади.

Шундай қилиб, биттагина сабаб, биргина этиологик омил терига таъсирининг турли механизмларга боғлиқ равишда тери заррланишининг кўп қиррали шакллари пайдо бўлишига муҳит яратади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ ДИАГНОСТИКАСИ АСОСЛАРИ

Дерматологик бемор терида ёки кўринадиган шиллиқ қаватларда айрим ҳолатларда субъектив ҳис этиш билан кузатиладиган ўзгаришлар аниқлангандан кейингина тиббий ёрдамга мурожат қилади. Бироқ, тери касалликларининг клиник манзараси мураккаб белгилар мажмуасини намоён этади. Касалликнинг барча белгилари субъектив ва объектив турларга бўлинади. Субъектив белгиларга касалликнинг бемор ҳис этиши билан намоён бўлиши, объектив белгиларга эса – кўрув пайтида ёхуд пайпаслаганда, терида ёки кўринадиган шиллиқ пардаларда шифокор топган белгилар киради. Кўпинча тошмалар умумий белгилар - лоҳаслик, ҳорғинлик

хисси, умумий ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши ва ҳоказолар билан кузатилади.

Шикоятлар. Шифокорнинг бемор билан боғланиши шикоятларни аниқлаштиришдан бошланади. Дерматологик беморлар кўпинча қичишиш, ачишиш, оғриқлар, санчиб оғриш ва бошқалардан шикоят қиладилар. Бироқ, субъектив белгилар нафақат касалликнинг оғирлиги, балки беморнинг шахсий хусусиятлари, унинг асаб тизимидаги таъсирчанликка ҳам боғлиқ. Баъзи бир беморлар касалликнинг озгина намоён бўлишига ҳам ташвиш билдирадилар, бошқалари эса яққол тери патологиясида ҳам арзимас шикоятларни айтадилар. Айниқса, бу қичишишга тегишли бўлиб, нафақат дерматознинг ўзига, айти пайтда унинг бемор томонидан қабул қилиниши даражасига кўпроқ боғлиқ. Эскориациялар – тароқларнинг излари, шунингдек, тирноқ четларининг қўл бармоқларини қириши ва тирноқ пластинкаларининг ялтираб туриши қичишишнинг объектив сабаблари ҳисобланади.

Қичишишнинг мавжудлиги ёки йўқлиги муайян диагностик аҳамиятга эга. Айрим дерматозлар (қўтир, эшакеми, қичиманинг турли шакллари, нейродермит, қизил ясси темиртки, экземанинг деярли барча турлари) ҳамиша қичишиш билан кузатилади. Бошқалари (псориаз, пушти темиртки, пиодермия, вульгар ёки пушти ранг хуснбузар ва.б.) қичишишсиз кечади ёки унча намоён бўлмайди. Айрим дерматозлар (қўтир, битликилик, қичима ва.б.) да қичишиш, одатдагидек, қашлаш кузатилса, кучли қичишишга қарамай, бошқалари (эшакеми, қизил ясси темиртки ва.б.) да қашлаш кузатилмайди. Бундан ташқари, қичишишли дерматоз беморларида, айниқса, қўтир билан зарарланган беморларда қичишиш кўпинча тери исиган тунги вақтда кучаяди ёки пайдо бўлади.

Анамнез. Шикоятлар аниқлаштириб олингандан сўнг касаллик ва бемор ҳаётининг анамнези (маълумотлар) йиғишга ўтилади. Тўғри ва диққат билан йиғилган анамнез кўпинча тери ёки венерологик касалликларга ташхис

қўйишда катта аҳамиятга эга. Касалликдан олдинги ёки пайдо бўлишидаги ва сақланиб қолишидаги шароитлар этиологик ва патогенетик омилларни аниқлашда муҳим аҳамиятга эга, зеро, бунингсиз муваффақиятли давога умид қилиш қийин.

Яхши тўпланган анамнез кўпинча ташхисни енгиллаштиради, шунинг учун беморга қатор аниқлаштирувчи саволларни бериш зарур. Мижоз ўз хасталиги пайдо бўлишини нима билан боғлаяпти? У қачон илк марта (туғмами – кейин ҳосил бўлди) пайдо бўлди? Бирор маҳсулотни (шоколад, цитруслар, ёнғоқлар, турли озиқ-овқатлар (озуқа токсидермияси); нон ва клейковин таркиблилар (Дюриннинг герпессимон дерматити) истеъмол қилгандами? Дори истеъмол қилиш билан алоқадорми (дори токсидермияси)? Тошмалар фақат очик қисмларда (фотодерматозлар, фотосезувчанлик хусусиятли дориларга фототоксик реакциялар) ёки ёпик қисмларда (бошқа дерматозлар, дориларга фотоаллергия) ҳам тарқалганми? (Агар тошмалар тери қопламасининг очик қисмларида қуёшдан нурланишдан сўнг бир неча дақиқа ўтгач пайдо бўлса – қуёшли эшакеми; 24-48 соатдан кейин – полиморф фотодерматоз (қуёш қичимаси ёки қуёш экземаси)). Оғиз атрофидаги тошмалар (перорал дерматит; тиш пастаси таркибидаги фтор моддасига аллергик реакция).

Касбий тери касалликларига гумон қилинганда, беморнинг иш хусусиятларини аниқлаш муҳимдир: эризипелоид кушхоналарда, консерва заводлари ишчилари, хом гўшт (кўпинча чўчка гўшти), балиқни қайта ишловчиларда, соғувчиларда - соғувчилар тугунчалари, сибир яраси – қассоблар, кўнчиларда, сап (манқа) – ветеринар шифокорлар, отбоқарлар ва сап билан касалланган ҳайвонларга хизмат кўрсатувчи бошқа шахсларда учрайди. Токсик меланодермия углеводородлар (нефтни ҳайдаш маҳсулотлари, газ ва ҳ.к.) билан кўп алоқада бўладиган шахсларда кузатилади. Тери лейшманиози, лепра, флеботодермия ва бошқа қатор дерматозларга гумон қилинганда, оз муддат бўлса-да бемор бу касалликлар

учрайдиган жойларда, масалан, лейшманоиз гумонида – Ўрта Осиё ёки Кавказда, чуқур микозлар, тропик трепонематозларга шубҳа қилинганда – иссиқ иқлимли мамлакатларда бўлган ёки бўлмаганлиги ва бошқаларни аниқлаштириш зарур. Сийдик йўлидан ажралмалар, жинсий аъзолардаги эрозив ёки ярали кўринишларга шикоятлар бўлганида, ташхисни аниқлаштириш учун эски тасодифий жинсий алоқалар ҳам аҳамиятга эга бўлиши мумкин.

Қатор дерматозларнинг диагностикасида касалликнинг мавсумийлиги ҳам муҳим. Масалан, куз ва баҳорда кўпинча кўп шакли экссудатив эритема, пушти ранг темиртки, тугунчали эритема, ўраб олувчи темиртки пайдо бўлади. Фотодерматозлар, эритематозлар, флеботодермиялар, ўсимликлар чақирувчи дерматозлар, эпидермофитиялар билан касалланган беморлар кўпинча илк баҳор ёки ёз ойларида, эт увишиши (титраш) да эса йилнинг намгарчилик ва совуқ пайтларида шифокорга мурожат қилишади.

Баъзан диагностикада дерматознинг (экзема, псориаз, оёқ қафтлари эпидермофитияси, экссудатив эритема, Дюринг дерматити, оддий герпес ва бошқаларда) қайталанишга мойиллиги ёки аксинча, (чуқур трихофития, пушти ранг темиртки, ўраб олувчи темиртки ва бошқаларда) такрорланишга мойилликнинг йўқлиги ёрдам беради.

Анамнезда дорилар истеъмоли натижасида пайдо бўлган тошмаларга гумон қилиниши катта аҳамиятга эга: бемор у ёки бу дориларни қабул қилгандан сўнг унда тошмалар такрорланаётганини кўрсатади, бироқ, беморнинг бундай ҳолатларни рад этиши ҳам дори истеъмоли натижасида пайдо бўлган тошмаларни истисно қилмайди. Айрим беморлар анамнез йиғиш чоғида тошмаларнинг қайталаниши шоколад, қулупнай ва бошқаларни истеъмол қилиш билан боғлиқлигини айтишади. Диагностикада, шунингдек, аввал бошдан кечирилган ва ҳозирги вақтда мавжуд сил, сифилис, жигар, ошқозон - ичак, қон касалликлари, асаб тизими, эндокрин

безлар функциялари бузилишлар тўғрисидаги маълумотлар ҳам ёрдам беради.

Бемордан сўраб - суриштириш айрим ҳолларда касалликнинг олиавий характери билан белгилашга имкон беради, бу, кўтир, дерматомикозлар, наслий ва туғма дерматозлар (кератозларнинг айрим шакллари, Дарье касаллиги ва б.) ташхисида, шунингдек, қичишишнинг мавжуд ёки йўқлиги, унинг жадаллиги, тарқалиши, сутканинг майян соатларида намоён бўлишини аниқлашда ёрдам беради.

Айрим тери касалликлари муайян жинс вакилларида кўпроқ учрашини ҳисобга олиш лозим. Масалан, тугунли қичима, сурункали трихофития, тизимли склеродермия, тугунли эритема кўпинча аёлларда, ринофома, акнелойд – эркакларда кўпроқ учрайди.

Анамнез касалликнинг биринчи белгилари қачон ва қайси қисмларда пайдо бўлиши, улар қанча муддат мавжудлиги, қандай ўзгаришлар содир бўлганлиги, шунингдек, уларнинг қайталаниши ва вақтинча заифлашуви (агар шундай бўлса), тошмаларнинг овқатланиш ва илгариги даволаниш, даволашнинг самарадорлигини аниқлаш имконини беради.

Дерматологик беморни ҳаёти тарихи бўйича сўраб - суриштириш (anamnesis vitae) терапевтик соҳа клиникасидаги шундай сўровлардан ҳеч нарса билан фарқ қилмайди.

Тери касаллиги тарихини аниқлашда унинг давомийлиги, шунингдек, беморнинг ўзи унинг бошланиши ва кучайишини нима (стресс, совқотиш, дори препаратлари, озиқ – овқатларнинг муайян турини қабул қилиш, терига кимёвий моддалар, қуёш нурунинг таъсири ва.б.) билан боғлаши сабабларини белгилаб олиш зарур. Сўнгра дерматознинг кечиши характери, қайталанишга мойиллиги, шу жумладан, кучайиши ва заифлашуви, уларнинг муддати белгиланади. Агар бемор даволанган бўлса, унда қандай муолажа олгани ва унинг самараси қандай бўлганини билиш керак. Сув, совуннинг терига таъсирига эътиборни қаратиш лозим.

Дерматоз патогенезидаги ташқи омиллар ролини аниқлаш мақсадида ҳаётий анамнез тўплашда беморнинг иш ва турмуш шароитига эътибор қаратиш, шунингдек, бемор оила аъзолари ва унинг қариндошларида кечган хасталиклар, тери касалликлари, алкоголь истеъмол қилиши ва чекиши тўғрисида билиш керак.

Бемор кўруви тери касалликларини ташхислашда энг муҳим ўринлардан бири ҳисобланади.

Бемордан, ҳатто бир - икки тошмалардан шикоят қилса, тўла ечинишни сўраш керак. Морфологик элементларнинг тарқалганлигига эътибор қаратиш лозим, зеро жараён универсал бўлиши, барча тери қопламаларини эгаллаши (эритродермия), тошмалар умумлашган(генерализациялашган) ёки бир жойга хос(локал), симметрик ёки асимметрик жойлашиши мумкин. Беморларда бирламчи элементларнинг бир кўринишлиси (мономорф тошма) ёки ҳар хил тури (полиморф тошма) мавжудлигига эътибор бериш лозим. Бу элементларнинг бир-бирига нисбатан жойлашуви муҳим диагностик аҳамиятга эга. Тошмалар ҳимояланган ёки гуруҳланган, халқа, ёй, чизик ва бошқалар шаклини ифодалаган ҳолда жойлашиши мумкин. Тошмаларнинг алоҳида, унча катта бўлмаган гуруҳларда жойлашиши уларнинг герпессимонлигидан дарак беради. Тошмалар кўшилишга мойил бўлиши мумкин. Зарарланиш чегаралари аниқ ёки ноаниқ бўлиши эҳтимоли мавжуд. Тошмаларнинг тез тарқалиши диагностик аҳамиятга эга.

Морфологик элементларни ўрганишда аввало, уларнинг ранги, ташқи кўриниши ва шаклини, пайпаслаш ёрдамида улар тери ёки шиллиқ парда сатҳидан кўтарилган - кўтарилмаганлигини аниқлаб олиш зарур. Уларнинг зичлик (қаттиқ ёки юмшоқлик) даражаси, жойлашиш чуқурлиги (сиртки ёки чуқурлиги)ни аниқлаш керак. Жараён динамикасини аниқлаб олиш жуда муҳим: элементлар мунтазам мавжудлиги ёки вақти билан йўқолиши, уларнинг регрессияси (сўрилиши, арчилиши, яралиги, атрофияланиши ва.б.), элементлар чандиқ қолдирыптими, қолдираётган бўлса, қандай?. Изоморф

реакция (Кёбнер белгиси) муҳим диагностик аҳамиятга эга: тери ёки шиллик парданинг безовталаниш жойида турли экзоген омиллар орқали (тирналиш, ишқаланиш, куйиш, шу жумладан, қуёш нурларидан ҳам ва.б.) малҳамкур касалликка хос янги бирламчи элементларнинг пайдо бўлиши.

Қатор ҳолатларда текширувнинг махсус усуллар қўлланилади: витропрессия (элементнинг рангини билиш, казеозни аниқлаш ва бошқалар учун зарарланган жойни соат ойнаси, шиша шпател ёки шиша буюм билан эзиш); кепакланишни аниқлаш мақсадида уни қавати билан қириб олиш. Кўрсатмалар бўйича сўрғичли қават капиллярларининг синувчанлиги ошганлиги ва бошқалар аниқланади.

Дерматознинг инфекцион этиологиясига гумон қилинганда, бактериоскопик, айрим ҳолларда эса бактериологик ташхисга мурожаат қилинади. Қипиқлар, сочлар, тирноқ пласинкалари, йирингли ва пуфакли элементлар суюқликлари, эрозия ва яра ажралмалари, қон ва бошқалар текширув материаллари бўлиб хизмат қилади.

Пуфак суюқлигининг хужайравий таркиби, акантолитик хужайраларни аниқлаш учун эрозия юзасидан олинган суртма аломатларининг цитологик текширувлари натижалари, қон ва нажаснинг умумий клиник таҳлили муҳим диагностик аҳамиятга эга.

Бирламчи ва иккиламчи морфологик элементлар мавжудлигига кўра бемор терисидаги ташхисни ўқиш мумкин. Дерматовенеролог қанча билимли ва клиник тажрибаси бой, унинг кўриш хотираси яхши ривожланган бўлса, тошмани кўриш билан (элементларнинг морфологик характери, уларнинг тарқалиши, чекланиши, шакли, ташқи кўриниши, чегаралари, юзаси, уларнинг ўзаро муносабати, консистенцияси) бўйича касалликка ташхис қўйиши мумкин. Бу ерда дерматозларнинг ўзига хос кечувчи барча клиник шакллари санаб ўтиш мумкин эмас. Намуна сифатида намоён бўлишига кўра, фақат клиник ташхисини нисбатан осон

белгилаш мумкин бўлган бир неча тери ва венерик касалликларни кўрастиб ўтамиз.

Фурункул, карбункул, гидраденит, вульгар эктима, кепакли темиратки, эритразма, оёқ кафтлари эпидермофитияси, руброфития, фавуснинг скутуляр шакли, пуфакли ва ўраб олувчи темиратки, склеродермия, экзема, эшакеми, тангачали темиратки, қизил ясси темиратки, каттиқ шанкр, сифилиснинг иккиламчи давридаги кенг кондиллома ва кўплаб бошқа тери ва венерологик касалликлар "классик" кечиши мобайнида муайян малака ва тажриба орқали осон ташхисланади. Бироқ, айрим ҳолларда кўплаб дерматозларнинг морфологик ўхшашлиги туфайли кўз диагностикасида қийинчилик туғдиради.

Кўпинча дерматозларнинг клиник манзараси ва "классик" кечишида у ёки бошқа атипиклиги кузатилади. Бундай ҳолатларда дерматовенеролог беморни кўргач ва тошманинг ташқи кўриниши бўйича ҳамда текширувнинг қўшимча усуллари (пайпаслаш, диаскопия, тўкилмаларни қириб олиш ва.б.) дан фойдаланишдан кейин ҳам ташхисни белгилаш имконига эга бўлмай туриб анамнез ва бемор шикоятларини аниқлаб олиши керак. Зарур ҳолларда касалликнинг якуний ташхисини белгилаш, унинг этиологияси ва патогенезини аниқлаштириш мақсадида махсус дермовенерологик текширувлар (биопсия материалининг патогистологик текшируви, замбуруғлар текшируви, оқиш трепонема, гонококк, сил микобактерияси, лепра таёқчаси, акантологик ҳужайралар, қон реакцияси, иммуноаллергик текширувлар ва.б.) ўтказиш лозим.

ОРГАНИЗМНИНГ УМУМИЙ ҲОЛАТИ ТАЪРИФИ

Саломатликнинг умумий ҳолати ёш ташқи кўринишига мувофиқ равишда руҳий ва жисмоний статус (мақоми) бўйича баҳоланади. Текширувлар умумий қоидалар бўйича ўтказилади, шунинг учун биз уларни қисқача баён қиламиз. Пайпаслаш имкони бўлган лимфатик тугунларнинг ҳажмлари, зичлиги, ҳаракатчанлиги, оғриқлиги текширилади. Суяк тўқима

тизими кўрилади ва мушаклар тонуси аниқланади. Бурун, халқумни кўриш, перкутор ва аускултатив текширувлар нафас аъзолари ҳолатини аниқлаб беради. Қон айланиш аъзолари функциясига оид шикоятлар аниқланади, юрак чегаралари белгиланади, унинг товуши эшитилади, артериал босим ўлчанади, томир уриши аниқланади. Сўнгра овқат хазм қилиш аъзолари функциясига оид шикоятлар аниқланади, оғиз бўшлиғи кўрилади, қорин (жигар, қораталоқ) пайпаслаб кўрилади. Таносил аъзолари тизимини текширишда Постернацкий белгиси аниқланади, пешоб чиқариш частотаси, сийдик кўриниши, жинсий аъзоларнинг ривожланиши, хайз характери ва даврийлигига эътибор қаратилади. Эндокрин статус ва нерв – рухий ҳолат (эмоционал ҳаракатчанлиги, меҳнат қобилияти, уйқу, бош суяги асаблари функцияси, тери ва пай рефлекслари) аниқланади.

Дерматологик статус (мақом). Тери зарарланишини ўрганиш терининг соғлом қисмлари, шиллиқ пардалар, тери ўсмаларини кўришга ёрдам беради. Тери тарқоқ кундузги ёруғлик ёки электр чироқ, шу жумладан, кундузги ёруғли лампа билан кўрилади. Тери ва кўринадиган шиллиқ пардалар ранги, соғлом терининг эластиклиги ва тортилувчанлиги, шишган мушаклар ва тери ости ёғ ҳужайралари, шунингдек, ёғ ва тер безлари, тирнок ва сочлар ҳолати, пигментланиши, чандиқлар, холсимон ҳосилалар мавжудлиги ва бошқаларни аниқлаш зарур. Соғлом тери хира сиртга эга ва у ярқирамайди. Тери рангининг ўзгариши (масалан, Аддисон касаллиги, тери токсик меланодермиясида қора, Боткин касаллигида – сариқ, қисилиш ҳолатларида – кўкимтир) организм аъзолари ва тизимлари функцияси бузилиши билан боғлиқ бўлиши мумкин. Терининг чўзилувчанлиги ва эластиклигини аниқлаш учун уни ушлаб кўрилади, бураб кўрилади, қуйида жойлашган ҳужайралар билан мустақамлиги мавжудлиги ёки йўқлиги эса терини силжитиш билан аниқланади.

Дермографизм – механик таъсирларга терининг нерв – томир аппаратининг реакцияси катта аҳамият касб этади, бу, терининг томир -

ҳаракат иннервациясидан далолат беради. Тери бўйлаб ўтмас буюм (ёғоч шпател чети, неврологик болғача дастаси) билан тери бўйлаб юритилганда қизил чизиқчанинг пайдо бўлиши, 2-3 дақиқадан сўнг изсиз йўқолиши меъёрдаги дермографизм саналади. Қизил ёйилма дермографизм экзема, псориазда, оқ дермографизм – қичима, эксфолиатив дерматитда, турғун оқ ёки тезда оққа айланувчи аралаш дермографизм – атопик дерматитда, уртикар дермографизм (кенг шишли, терининг суст механик қўзғалишлари чоғида ҳам баъзан 40-60 дақиқадан сўнг йўқоладиган қизил рангли чизиқларнинг кескин ортиши) – эшакеми, қичима касаллиги билан касалланган беморларда кузатилади.

Соч - мушак рефлекси (“ғоз териси”) тери бўйлаб муздек нарса енгил юритилганда ҳосил бўлади. Меъёрда 5-10 сония ушланиб туради, сўнгра изсиз йўқолади. Бу рефлекснинг йўқлиги симпатик иннервациянинг бузилишидан дарак беради ва Ихтиоз, Гебра қичимаси беморларида кузатилади. Унинг ортиши атопик дерматит билан касалланган беморларда марказий ва вегетатив асаб тизими функционал бузилишлари билан кечади.

Лепра, сирингомиелия, патомимияга гумон қилинганда, терининг тактил, оғриқли ва ҳарорат сезувчанлигини текшириш ҳал қилувчи диагностик аҳамиятга эга.

Тери ва шиллиқ пардалар (status localis) зарарланишларини муайян чизмага амал қилган ҳолда, навбати билан тасвирлаш тавсия этилади. Дастлаб яллиғланган ёки яллиғланмаган кўринишли тошмалар бор - йўқлигини кўрсатиш мақсадга мувофиқ. Кўплаб тери ва таносил касалликларининг намоён бўлиши яллиғланиш билан боғлиқ. Сўнгра тошманинг ўткир яллиғланган (яллиғланишнинг экссудатив компонентининг устунлиги билан) ёки ўткир яллиғланмаган (яллиғланишнинг пролифератив компонентининг устунлиги билан)лиги баён қилинади. Кейин элементларнинг жойлашиш устунлигини баён қилган ҳолда тошмалар кенгайишининг чекланиши кўрсатилади. Кўплаб дерматозлар кенгайишга

мойиллик хусусиятига эга, аммо, ташхисни белгилашда бу ёрдамчи аҳамият касб этади. Масалан, тангачали темиртки, терининг папулонекротик сили, Гебра кичимасида тошмалар қўл ва оёқларнинг эгилувчи сиртларида; сил волчанкаси, эритематоз, хуснбузар тошмалар ва бошқаларда – юз терисида; микробли ва варикозли экзема, тугунли эритема ва Базеннинг зичланган эритемаси, трофик ва сурункали пиококкли яралар ва бошқаларда - болдир терисида; пуфакчали, яралли силда ва бошқаларда – оғиз бўшлиғида жойлашади. Сўнгра зарарланишнинг тарқалганлигига эътибор қаратилади: эритродермия кўринишида чекланган, диссеминирланган, умумлашган, универсал, шунингдек, симметрик ва асиметрик бўлиши мумкин.

Кейинчалик бирламчи ва иккиламчи морфологик элементлар ва уларнинг хусусиятлари - ранги, чегаралари, шакли, ташқи кўриниши (конфигурацияси), юзаси, консистенцияси, ўзаро муносабати кўрсатилади. Тажрибали дерматологлар нафақат элементларнинг ранги, шунингдек, унинг катта диагностик аҳамиятга эга бўлган нозик фарқларини ҳам ажрата олади. Морфологик элементларнинг чегаралари аниқ ва ноаниқ, ёрқин кўзга ташланувчан ва ёрқин бўлмаган турлари бўлади. Элементлар, масалан, папулалар шакллари баён қилишда уларнинг ясси, конуссимон ёки яримшарсимонлиги ва бошқа шаклларга эгаллигини таъкидлаш керак. Элементларнинг ташқи кўриниши думалоқ, овал, полигонал ёки полициклик, майда ёки йирик кунгурали(фестончаты) бўлади. Консистенцияси (зичлик даражаси) бўйича элементлар ёғочсимон зич, эластик зич, юмшоқ, хамирсимон бўлиши мумкин. Уларнинг ташқи кўриниши силлик, ғадир - будур, паст - баланд ва ҳ.к. бўлади. Улар бир - биридан алохидаланган ёки қўшилган бўлади; биринчи ҳолатда тошмаларнинг фокусга оид тарқалганлигидан дарак беради. Агар тошмалар доира, ярим доира, овал, ёйни эслатса, унда тошмаларнинг тўғри гуруҳлангани кўринади. Нотўғри гуруҳланган тошмалар муайян қисмда тарқалади, аммо, бирон бир геометрик шаклни ҳосил қилмайди.

Дерматомерлар тақсимотиға мувофиқ равишда асаб устунлари (ўраб олувчи темирлаткида), қон томирлари йўналишида жойлашган тошмалар системаланган деб аталади. Тошмалар тартибсиз жойлашганда, морфологик элементларнинг ўрнашувида қандайдир қонунийлик мавжуд эмас.

Бирламчи ва иккиламчи морфологик элементлар ҳамда уларнинг клиник хусусиятлари дерматологик ташхиснинг асоси саналади, бироқ кўпинча клиник ва лаборатор текширувларнинг махсус усулларидан фойдаланишга тўғри келади.

МАХСУС ДЕРМАТОЛОГИК ВА ЛАБОРАТОРИЯ ТЕКШИРУВЛАРИ.

Текширувнинг махсус дерматологик услуги ноинвазив ва инвазив бўлади: қириб олиш, пайпаслаш, диаскопия, изоморф реакция, дермографизм, соч - мушак рефлексини аниқлаш, тери синамалари, дерматоскопия, дерматография, зарарланиш ўчоғидан олинган тери биоптатини гистологик ва гистокимёвий текшириш.

Дерматологик ва таносил беморларининг лаборатор текширувиға умумий (қон, сийдик, ошқозон шираси таҳлили, гижжалар тухумиға нажасни текшириш, кўкрак қафаси аъзоларининг рентгеноскопияси ва.б.) ва махсус (серологик, микроскопик, патоморфологик текширувлар) текширишлар киради.

Тошмаларни шиша буюм, скалпел ва бошқалар билан қириб олиш асосан, тангачали темирлатки ва параспориозга гумон қилинганда қўлланилади. Псориазда давомли тарзда учта хусусиятли – “стеаринли доғ”, “терминал парда” ва “қонли шудринг”, ёки нуқтали қон кетиши белгисини, томчисимон параспориозда – яширин пўст ташлаш белгисини олишға муваффақ бўлинади. Эритематозда фолликуляр “тикан” ларға эға бўлган тангачаларни қириб олиш оғриқли (Бенье белгиси) кечади.

Элементларнинг консистенцияси (зичлиги) пайпаслаш билан аниқланади; агар консистенциянинг сўнгги даражадаги ҳолатини қиёсий

баҳолаш мураккаб бўлмаса, унда элементнинг кейинги шакллари зарур малакани талаб этади.

Диаскопия, бошқача айтганда, витропрессияда тери қисми шиша пластинка (шиша буюм ёки соат ойнаси) билан босим остида қонсизлангунга қадар эзилади, бу, реактив яллиғланишдан гиперемия билан ниқобланган элементлар рангини ўрганишга ёрдам беради. Бу усул, масалан, диаскопияда кўнғир - сариқ тус хусусияти (“олма желеси” феномени) га эга бўладиган сил волчанкаси элементларини аниқлашга имкон беради.

Айрим дерматозларда соғлом терига нисбатан унинг кўзғалишларига жавобан шу хасталикка хос тошмалар пайдо бўлади. Бу ҳодиса кўзғалишнинг изоморф реакцияси, деб аталади. Бу реакция ўз – ўзидан(спонтан) келиб чиқиши мумкин бўлиб, асосан тананинг кўп ишқаланувчи соҳаларида ва куёш нуридан интенсив таъсирланувчи одамларда кузатилади – масалан, экзема, нейродермит, қизил ясси темираткида, ёки сунъий кўзгатувчилар таъсирида – псориазда (Кёбнер аломати), қизил ясси темираткининг ривожланган босқичда. Тарвоқдаги уртикар дермогарфизм ҳам изоморф таъсирга мисол бўла олади. Қизил ясси темираткида «Уекхим тўри» аломатларини яхши аниқлаш учун мугузсимон қават баъзан вазелин мойи билан ранги ёрқинлаштирилади.

Шунингдек, текширувнинг замонавий услублари – дерматоскопия ва дерматография ҳам ноинвазив услубга киради. Дерматоскопияда 20 баравар катталаштириш ёрдамида, айниқса, пигмент тошмаларнинг дифференциал ташхисида суяқ мой қавати орқали тери элементларини яхши кўриш мумкин. Дерматография тери қатламлари ва тери ости хужайраларининг ултратовуш (20 Mhz) текширувларига асосланади. Бу услуб ёрдамида бирламчи ва иккиламчи элементларнинг жойлашиш чуқурлиги, олиб борилаётган даволашнинг самарадорлиги, теридаги сув миқдори ва бошқа кўплаб параметрлар тўғрисида фикр юритиш мумкин.

Аллергик касалликларнинг ташхисини тасдиқлаш мақсадида тери синамалари (тестлар) дан кенг фойдаланилади. Тестлар тери усти (аппликацион), скарификацион ва тери ичи (интрадермал) турларга бўлинади. Кўпинча Яддасоннинг компрессли услуги ёки В.В.Иванов ва Н.С.Ведров томонидан таклиф этилган томчи синов иёрмада аппликацион синов қўлланилади. Айрим ҳолатларда скарификацион ва компресс (скарификацион-аппликацион) услублар бирлаштирилади.

Туберкулинли (Пирк, Манту, Натан-Колос) тери ва тери ичи реакциялари териси сил билан зарарланган беморларда қўлланилади. Бироқ, уларнинг салбий жавоби специфик жараёни истисно қилмайди. Натижанинг ижобий ҳисобланиши туберкулиннинг кўп тарқалиши ҳисобига реакциянинг пайдо бўлишидир. Замбуруғли филтратлар ва вакциналар билан тери ичи синамалари, ҳатто баъзан носпецифик ижобий натижалар кузатилса, айрим дерматомикозларда қўлланилади. Махсус антигенли тери ичи тести лепра (лепромин билан), чов лимфогранулематози (Фрея реакцияси), туляремия (тулярин билан), сапда (малеин билан) ва бошқаларда фойдаланилади.

Дерматологик амалиётда эҳтимолий озуқа аллерген (экзема, атопик дерматит ва.б.) ли тери усти синамаларига камдан - кам мурожат қилинади. Одатда сабабга дахлдор сифатида озиқ - овқатлардан у ёки бу маҳсулотларни истисно қилиш орқали беморларнинг клиник кузатуви қўлланилади.

Касбга алоқадор дерматозли беморларда уларнинг кимёвий агентлар билан муносабатини тасдиқлаш учун турли кимёвий моддалар билан тери усти синамаларидан фойдаланилади.

Медикаментоз дерматитга гумон қилинганда, модда бартараф этилгандан сўнг профилактика мақсадларида (бемор розилиги билан) гумон қилинган аллерген (кўпинча сульфаниламид препарати) нинг жуда оз дозалари билан перорал ёки парентерал синамаларга мурожат қилинади.

Дорилар чақирган аллергик дерматит ҳолатларида тери усти синамалари ҳамиша ҳам ижобий натижаларни бермайди.

Кейинги йилларда аллергик касалликлар диагностикасида тери тестларидан фойдаланиш танқид остига олинмоқда. Бу тестлар оғир асоратларга олиб келиши мумкин, айниқса, яққол аллергик ҳолатдаги беморларда. Бундан ташқари, тери синамалари биологик фаол моддалар ажралиши натижасидаги таъсирчанлик ва ривожланиш жараёнларининг кучайишига ёрдамлашиши мумкин. Эсда тутиш лозимки, антибиотикларга таъсирчанликда ҳатто унинг энг оз миқдори (10 МЕ гача) ни бериш ҳам беморда ўлим ҳолатига олиб келувчи анафилактик шокни келтириб чиқариши мумкин. Уларни аллергик ҳолат ташхисининг билвосита услубларига алмаштириш зарур. Бунга юқори таркибли бета - ва гаммаглобулин ва бошқалар, шунингдек, серологик реакциялар (Кумбс, гемагглютинация, Фелнер ва Бер агглютинацияси, преципитация, комплементни боғлаш, иммун ёпиштириш ва.б.) ва цитологик феноменлар (Флекнинг лейкоцитлар агломерацияси реакцияси, Шеллининг базофиллар дегрануляцияси тести, лейкоцитолит реакцияси, лейкопеник синама, тромбоцитопеник индекс) киради.

Қоннинг клиник таҳлили натижалари терида намён бўлиш билан кечадиган лейкемик касалликларда ҳал қилувчи аҳамиятга эга. Дюриннинг герпессимон дерматитига гумон қилинганда, қон ва пуфаклар суюқлигидаги эозинофилия ташхисни тасдиқловчи бўлиб хизмат қилади. Бу, айниқса, пўрсилдоқ дифференциал ташхисида муҳим. Шундай ҳолатларда пуфаклар суюқлиги ёки препаратлар - изи (Тцанк тести, пуфакчаларнинг акантолитик хужайралари) нинг цитологик текширувларидан, системали қизил волчанка ташхиси учун эса қонда қизил волчанка хужайралари (LE - хужайралар) аниқлаш қўлланилади.

Сифилисга гумон қилинганда, серологик реакциялар мажмуаси (оқиш трепонемаларни иммобилизация қилиш, иммунофлюоресценция реакцияси,

пассив гемагглютинация – РПГА реакцияси ва.б.) амалга оширилади. Бактериоскопик (замбуруғлар, ачитки хужайралар, оқиш трепонема, гонококк ва трихомонадалар, кўтир канаси ва.б.) ҳамда бактериологик (экишлар) текширувлардан кенг фойдаланилади. Баъзан касалликнинг эитологиясини аниқлаштириш мақсадида бемордан олинган патолгик материал билан ҳайвонларни (масалан, тери силига гумон қилинганда, патологик материал билан денгиз чўчқалари, бластомикоз гумонида – каламушлар эмланади) зарарлашга тўғри келади.

Зарарланган тери, шиллиқ парда қисми биопсияси ёки морфологик элементдан патогистологик текширув орқали олинган материал қатор дерматозларда ташхисни белгилашда ниҳоятда катта хизмат кўрсатади. Бу, айниқса, гистологик манзара етарли даражада характерли касалликлар – қизил ясси темиртки, халқасимон гранулема, пигментли тарвоқ, тери янги ҳосилалари ва бошқаларга тааллуқлидир. Айрим ҳолатларда патологик манзара (сил, сифилис ва б.да) ўхшаш бўлиши мумкин ва касалликнинг ташхиси текширув пайтида олинган маълумотлар, жумладан биопсия натижаларини жамлаш бўйича кўйилади.

Патогенезида аутоиммун механизмлар муайян рол ўйнайдиган дерматозлар диагностикасида иммунологик текширувлар, масалан, билвосита ва бевосита иммунофлюоресценция қўлланилади. Биринчиси, А, М, G синфининг айланиб юрувчи антителаларини, иккинчиси, хужайраларда қайд этилган иммун мажмуалар, шу синфларга тааллуқли иммуноглобулинлар, комплемент фракциялари, фибринларни аниқлайди.

Турли аллергенларга юқори таъсирчанликни аниқлаш учун тери синамалари (тестлар), шунингдек, инвитро тести: базофиллар дегрануляцияси, лимфоцитларнинг бласт трансформацияси реакциялари кўйилади.

Терининг гистоморфологик ўзгаришлари

Терининг кўплаб хасталиклари яллиғланиш характерига эга. Организмнинг ташқи таъсирга жавобига қараб нисбий жиҳатдан ўткир, ўткир ости ва сурункали яллиғланишлар фарқланади. Улар турли ташқи ва ички кўзгатувчилар таъсирида келиб чиқади. Кўзгатувчининг таъсирига организм ва тери қопламасининг жавоби рецептор аппаратининг ҳолати, малҳамкур инсондаги олий нерв фаолияти, организмнинг реактивлиги ва бошқа омилларга боғлиқ.

Яллиғланишнинг микроскопик кўринишида алтерация, экссудация ва пролиферация фарқланади. Алтерация, деганда тўқималарга зиён етказилишининг кўриниши тушунилади (дистрофия ва тўқима элементларининг некрози), экссудация – томирлардан суюқликнинг чиқиши ва томир деворларининг ўтказувчанлиги ошгани туфайли муайян шаклдаги элементларнинг чиқиши, пролиферация, деганда эса хужайра элементларининг кўпайиши тушунилади. Ўткир яллиғланиш ҳолатида томир – экссудация ҳолатлар кўп учрайди ва яллиғланиш жараёни ҳам жадал бўлади. Сурункали яллиғланиш жараёнларида пролифератив ҳолатлар устун бўлиб, томир - экссудатив қисмлар биров сустроқ кўринишда бўлади ва яллиғланиш жараёни ҳам ёрқин бўлмайди. Яллиғланиш реакцияларининг жадаллиги жиҳатидан ўткир ости яллиғланиш ўткир ва сурункали яллиғланишнинг ўртасида туради.

Эпидермисда патологик жараёнлар анатомик хусусиятларга қараб ўзига хос тарзда кечади.

Эпидермиснинг яллиғланишга оид ўзгаришлари қуйидагиларда ифодаланиши мумкин:

Хужайра ичининг ишиши ёки вакуол дегенерацияси, бунда малпиги қавати хужайраларининг протоплазмасида вакуолалар шаклланади, у ядронинг ёнида ёки атрофида жойлашади ва ядрони марказдан четга суради. Бунда ядро деформацияга учрайди ва кўпинча пикнознинг барча

аломатларига эга бўлади. Шиш хосил қилган суюқлик аста – секинлик билан хужайрани эритиб юборади ва унинг ўлишига олиб келади. Агар вакуола хужайра ядросида бўлса, ядро шишади ва суюқлик тўлдирилган юмалок пуфакчага айланади. Баъзи ҳолларда унда ядроча сақланиб қолади. Вакуол дегенерацияси қизил ясси темирлатки, қизил югурик, склероатрофик лихен, томир атрофик пойкилодермиясида кузатилади;

Спонгиоз ёки хужайралараро шишда, шиш суюқлиги малпигий қаватнинг хужайралараро ораликларини икки томонга ажратади. Хужайралараро кўприкчаларни узиб ташлайди. Бу эса хужайралар ўртасидаги алоқа йўқолишига, хужайраларнинг ўзида шиш пайдо бўлиши ва эпителиал пуфакчаларнинг юзага келишига сабабчи бўлади. Спонгиоз экзема ва дерматитга хосдир;

Баллонланувчи дегенерация кўринишида, улар малпиги қаватдаги хужайраларнинг некробиотик, дегенератив ўзгаришларида юзага келади. Эпителиал хужайралардаги чуқур ўзгаришлардан ташқари хужайралараро кўприкчаларнинг бузилиши, хужайраларнинг ўзаро боғлиқлигининг йўқотилишига олиб келади ва улар пуфаклар ичидаги сероз – фибриноз суюқликда шарсимон шаклга кириб, эркин сузишади. Бундай ўзгаришлар вирусли касалликлар, масалан, герпесда кузатилади. Яллиғланиш билан ўтадиган тери касалликларида кўпинча сероз шишнинг турларининг комбинацияси кузатилади.

Ўткир яллиғланишда инфилтратда полиморф ядроли лейкоцитлар (нейтрофиллар, эозинофиллар) кўпчиликни ташкил қилади. Сурункали турида инфилтрат кўп жиҳатдан аралаш ҳолда жойлашган ёки томирларнинг атрофига тўпланган лимфоцитларга эга бўлади. Инфилтратларда кўплаб гистиоцитлар бўлади.

Плазматик хужайраларда базофил цитоплазмаси яхши ривожланган бўлади. Ядролар эксцентрик ҳолда жойлашган ва улар лимфоцитлардан кўра катта ўлчамларга эга. Эпителоид хужайралар узайтирилган шаклга эга, йирик

юмалоқ ёки овалсимон ядрога ва жуда кўп цитоплазмага эга бўлади. Юмалоқ ёки овалсимон шаклдаги катта кўп ядроли ҳамда нотекис шаклга эга бўлган ҳужайралар гигант ҳужайралар, деб номланади.

Сероз яллиғланишдан ташқари эпидермисда бир қатор ўзига хос патологик ўзгаришларни ҳам кузатиш мумкин.

Акантоз (acanthosis) – эпидермис тикансимон қаватида ҳужайралар қатори сонининг ортиши. Бир нечта акантоз турлари фарқланади: Оддий акантоз-дерманинг сўрғичлараро ва сўрғичусти тикансимон қаватидаги ҳужайралар қаторининг бир текисда ва ўртамиёна тарзда ортиши (ўсмирлик сўгаллари); сўрғичлараро акантоз – аксарият ҳолларда дерма сўрғичлари ўртасида юзага келади (псориаз); инфилтрланган акантоз – тикансимон қават ҳужайраларининг кескин кўринишдаги пролиферацияси, унда эпидермиснинг ўсимталари дермага анча чуқурликкача кириб боради (сўгалли сил).

Акантолиз (acantholysis) – ҳужайралараро эпителиал кўприкчаларнинг эриб кетиши, эпителий ҳужайралари ўртасидаги боғлиқликнинг бузилиши, бунинг оқибатида ҳужайралар осонлик билан ажралиб кетади ва эпидермиснинг кўчиб тушадиган катта ёки кичик қаватлари ҳосил бўлади. Бундай жараён пўрсилдок, Даръе касаллиги ва вирусли дерматозларда юзага келади.

Гиперкератоз (hyperkeratosis) – ҳужайралар тузилмаси ўзгармасдан туриб, мугуз қаватининг ортикча қалинлашиши, паракератоз – эпидермиснинг мугуз қаватида дағаллашиш жараёнининг бузилиши (бунда донадор ва элеидинли қаватлар мавжуд бўлмайди).

Гранулез (granulosis) – эпидермиснинг донадор қаватининг қалинлашиши.

Терида юзага келадиган тошмаларни фарқлай билиш қобилияти патологик жараённи мақбул тарзда баҳолаш ва дерматозларга ташхис қўйиш имконини беради. Аксарият ҳолларда тошма унсурлар ёрдамида «терида

ёзилган» ва уларнинг жойлашишига оид клиник кўриниш ташхис қўйиш ва муолажани бошлаш имконини беради. Айрим ҳолларда ташхис қўйиш учун қўшимча текширув усулларида фойдаланиш талаб қилинади (лаборатория таҳлиллари ҳам шулар жумласидан).

Теридаги тошмалар яллиғланишга оид ва яллиғланишга оид бўлмаган турларга бўлинади. Кўпинча яллиғланишга мансублари кузатилади. Яллиғланишга оид бўлмаганига пигментли доғлар, ўсмалар, атрофиялар, гиперкератоз ва бошқалар киради.

Яллиғланиш жараёни 5 классик аломатга эга: қизариш (rubor), шиш (tumour), оғриқ (dolor), ҳароратнинг ортиши (calor) ва функциянинг бузилиши (functio laesa). Бироқ яллиғланиш реакциясининг даражасига қараб бу аломатларнинг кўриниши турлича бўлади. Улар ўткир яллиғланиш ва ўткир бўлмаган яллиғланишга оид бўлиши мумкин.

Ўткир яллиғланиш реакцияларида классик аломатлар аниқ кўришиб туради: қизариш жадаллик билан ўтади, экссудатив реакция ҳисобига шикастланиш ўчоқлари нам (сувланган) бўлади ва аниқ чегараларга эга бўлмайди. Кўпинча бўшлиқдаги ҳосилалар юзага келишига олиб келади (сероз ёки йирингли). Қичишиш ёки ачишиш, жойнинг ўзида ҳароратнинг ошиши, баъзида шикастланиш ўчоғида оғриқ кузатилади. Буларнинг барчаси функциянинг бузилишига олиб келиши мумкин.

Ўткир бўлмаган яллиғланиш ёки сурункали кечганда яллиғланиш аломатларининг реакцияси у қадар ёрқин кўринишга эга бўлмайди. Шикастланиш ўчоқлари аниқ чегарада турғун рангга киради (кўкариш, мармарсимон, тўқ жигарранг). Хужайра элементларининг пролиферацияси билан бирга яллиғланишнинг инфилтратив таркиби кўринади. Бундай беморларда оғриқ ва ачишиш бўлмайди. Баъзида кучли қичишиш юзага келади.

Ўткир ва ўткир бўлмаган яллиғланиш гистоморфологик тафовутга мувофиқ бирламчи элементлар экссудатив ва инфилтративларга бўлинади.

Инфилтратив элементларга доғ, тугунча, дўмбоқча, тугун, экссудативларига эса пуфакча, пуфак, йиринг ва қаварчиқ киради.

Тери, шиллиқ қаватда юзага келадиган тошмалар алоҳида элементлардан иборат. Улар бирламчи ва иккиламчиларига бўлинади. Бирламчи элементлар – ўзгармас терида, лабларнинг қизил хошиясида ёки оғизнинг шиллиқ пардасидаги тошмалардан иборат. Яъни хасталик айнан улардан бошланади ва улар мавжуд тошмаларнинг ўзгариши бўлиб ҳисобланмайди. Иккиламчи элементлар мавжуд элементларнинг ўзгариши ёки шикастланиши оқибатида ривожланганларидир. Бироқ элементларнинг бирламчи ва иккиламчиларига ажратиш анча нисбий бўлиб ҳисобланади. Иккиламчи элементлардан бошланадиган хасталиклар ҳам мавжуд. Масалан, эксфолиатив хейлитнинг қуруқ шакли иккиламчи элемент ҳисобланган тангачалардан бошланади. Қизил ясси темираткининг эрозив-ярали шаклидаги эрозиялар пуфакларнинг оқибати бўлиб ҳисобланмайди.

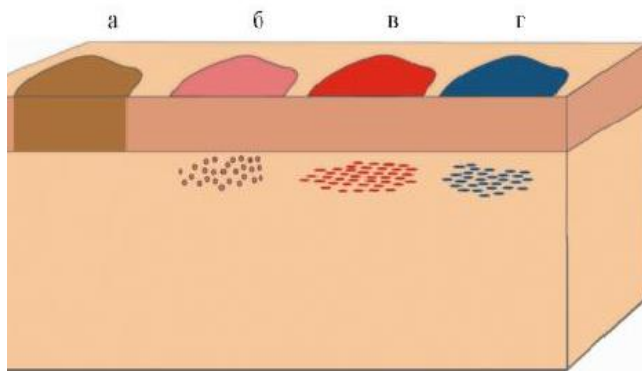
Тошма элементларини билиш тери, оғиз шиллиқ қавати ва лабларнинг кенг кўламдаги ва ўзгарувчан патологияларини аниқлаш, хасталикка мақбул ташхис қўйиш имконини беради.

Бирламчи морфологик элементлар.

Тошмаларнинг бирламчи элементларига доғ, тугунча, пуфакча, қаварчиқ, йирингча, пуфак, дўмбоқча ва тугун киради. Иккиламчи элементларга пигментациянинг бузилиши, тангача, эрозия, экскориация (шилиниш, травматик эрозия), яра, ёрик, қалоқ, чандиқ, лихенификация, вегетация киради.

Доғ (macula)

Тери ёки шиллиқ қават рангининг чекланган ўзгаришидан иборат. Одатда доғ



а- пигментли б-томирли в-геморрагик г- сунъий



уни ўраб турган тери билан бир сатҳда жойлашади. Консистенцияси бўйича ундан фарқ қилмайди ва палпацияда ҳам сезилмайди.

Доғлар томирли, шу жумладан, геморрагик ва дисхромик турларига бўлинади.

Томирли доғлар клиник жиҳатдан томирларнинг ташқи туташ жойида кенгайиш юз бериши оқибатида терининг чекланган қизариши билан акс этилади. Улар яллиғланган ва яллиғланмаганларига бўлинади. Яллиғланган томирли доғлар ташқи ёки ички қўзғатувчи омиллар туфайли юзага келгани терининг турли ўлчамдаги қизаришларидир. Қон томирларнинг тўлиш даражасига қараб доғлар қизил, пушти ёки бинафшаранг (кўкимтир) рангга киради.

Доғ эзилганда тери томирларининг кенгайиши оқибатида улар йўқ бўлиб кетади. Босиш тўхтатилганда яна ўз кўринишда қайта юзага келади.

Диаметри 1 смдан кичкина бўлган пушти рангдаги майда яллиғланган доғлар *розеолалар*, деб номланади. Розеолалар иккиламчи захм, қизамиқ, қизилча, ич терлама, дори туфайли юзага келган тошмалар ва ҳоказоларда пайдо бўлади. Ўткир яллиғланишга оид элементлар оч-пушти рангда, чегаралари ноаниқ, бирлашишга ва шўралашишга мойил, кўпинча шиш ва қичишиш билан ўтади. Ўткир яллиғланмаган элементлар қорамтир тусга эга бўлган оч-пушти рангддаги қичишмайдиган, одатда, бирлашиб кетмайдиган бўлади. Ўткир яллиғланишга оид розеолалар бирламчи элементлар сифатида қизамиқ, қизилча, экзема, дерматит, пушти темиратки касалликлари билан оғриётган беморларда пайдо бўлади. Ўткир яллиғланмаганлари иккиламчи (кам ҳолларда учинчи босқичда) захм, эритразма, кепаксимон темиратки каби касалликлардан азият чекаётган беморларда юзага келади.

Катта ўлчамдаги томирли доғлар (10 см ва ундан катта) эритема, деб номланади. Улар шишли, тўғри шаклли бўлади ва одатда экзема, дерматит, биринчи даражали куйиш, сарамас яллиғланиши ҳамда кўп шаклли

экссудатив эритема хасталикларидан азият чекаётган беморларда томирларнинг ўткир яллиғланишли кенгайишида кузатилади.

Руҳий кўзғалиш чоғида асаб реакцияларида яллиғланишларга алоқадор бўлмаган доғлар ҳосил бўлади (ташқи томир туташмаларининг қисқа муддатли кенгайиши). Улар қичишиш ва кепакланишларсиз ўтади. Уларнинг номи «ҳаяжонланиш эритемалари», деб номланади (жаҳл ёки уят оқибатида).

Тери ташқи томирларининг (капиллярларининг) яллиғланганишга алоқаси бўлмаган турғун кенгайиши оқибатида юзага келган доғлар *телеангиэктазиялар*, деб номланади. Улар ҳам босилганда вақтинчалик йўқ бўлиб кетади ва босим йўқ олганда яна юзага келади. Телеангиэктазиялар мустақил равишда мавжуд бўлиши ва пушти ҳуснбузарлар, чандикли эритематоз ва бошқа бир қатор хасталикларнинг клиник кўринишидан ўрин эгаллаши мумкин. Туғмаларига яллиғланмаган томирли доғлар киради.

Томир деворларининг ўтказувчанлиги ошганида терига қон қуйилиши мумкин. Бунинг оқибатида геморрагик доғлар ҳосил бўлади. Улар босилгандай йўқ бўлмайди. Қон қуйилишидан кейин ўтган вақтга қараб бундай доғларнинг ранги қизил, кўкимтир-қизил, бинафшаранг, яшил, сариқ бўлиши мумкин (гемоглобиннинг гемосидерин ва гематоидинга айланишига қараб). Бундай доғлар ўлчамларига қараб фарқланади. Нуқтали геморрагиялар петехия, мўъжаз юмалоқ ва одатда кўп сонли бўлган ва ўлчами 1 сантиметргача етадиганлари тўғри шаклдаги йирик қон қуйилишлари экхимозлар, кенг миқёсли қон йилиши ва терининг ишиши ва унинг атрофидаги терига қараганда бўртиб чиққанлари гематомалар, деб номланади.

Теридаги меланин пигментининг ортиши ёки камайишидан дисхромик доғлар пайдо бўлади. Улар гиперпигментацияланган (пигментнинг ортиши) ва депигментацияланган (пигментнинг камайиши) бўлади. Пигментли доғлар

туғма (холлар, лентиго) ва орттирилган (сепкиллар, хлоазма, витилиго) бўлади.

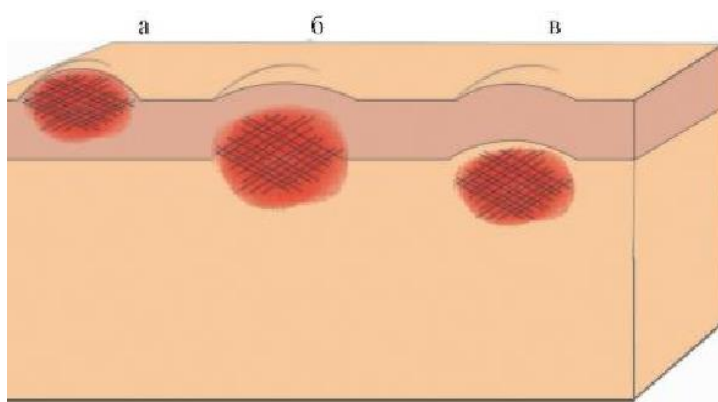
Гиперпигментацияга оид доғларга сепкиллар (оч жигарранг, жигарранг доғларга эга бўлган кичик жойлар, улар ултрабинафша нурлар таъсирида юзага келади), лентиго (гиперкаретоз кўринишидаги гиперпигментацияланган ўчоқлар), хлоазмалар (адиссон касаллиги, гипертиреоз хасталиклари ва ҳомиладорлик кабиларда юзага келадиган гиперпигментацияга учраган йирик ўчоқлар) киради.

Маида депигментацияга оид доғлар *лейкодерма*, деб номланади. Ҳақиқий лейкодерма захмнинг иккиламчи рецидив тури билан хасталанган беморларда учрайди (гиперпигментацияланган фонида депигментация доғлари юзага келади). Сохта ёки иккиламчи лейкодерма (псевдолейкодерма) бир қатор дерматозларда (кепаксимон темиртки, псориаз) эски морфологик элементлар ўрнида кузатилади. Унда соғлом терининг атрофидаги қисмлари ултрабинафша нурлари таъсирида бўлади (офтобда қорайиш). Витилигода турли ўлчамдаги жойлар пигментдан маҳрум бўлади. Бу эса нейроэндокрин бузилишлар ва ферментатив дисфункция билан боғлиқ бўлади.

Терида пигментнинг туғма йуқлигида, қош, киприк ва бошдаги сочларнинг етарли рангга кирмаганида албинизм ҳақида ўйлаш лозим.

Тугунча (papula)

Тугунча- бўшлиқсиз, анча зич, тери устида бўртиб чиқадиган ва чандиқсиз ёки чандиқли атрофия билан битадиган элемент. Айрим



а-эпидермал, б- эпидермо-дермал, в- дермал

холларда папулалар ўзидан кейин турғун бўлмайдиган излар қолдиради -

пигментацияли ёки депигментацияли. Асосан эпидермисда бўлган папулалар эпидермал, (масалан, ясси сўгал), дермадагиси – дермал (иккиламчи захмда), деб номланади. Кўпинча папулалар эпидермадермал жойлашувга эга бўлади (масалан, қизил ясси темиратки, псориаз).

Тугунчалар яллиғланган ва яллиғланмаган турларга бўлинади. Яллиғланган тугунчалар кўп учрайди: псориаз, экзема, иккиламчи захм, қизил ясси темиратки ва бошқалар. Уларда дерманинг сўрғичсимон қавати яллиғланиш инфилтрати, томирларнинг кенгайиши ва чекланган шиш кузатилади. Папулани эзиш унинг оқаришига олиб келади. Шунга қарамай унинг ранги тўлалигича йўқ бўлиб кетмайди. Яллиғланмаган папулаларда эпидермиснинг (сўгалнинг) катталашиши ёки дермада модда алмашинувининг патологик маҳсулотларининг ажралиб қолиши (ксантома) ёхуд дерма хужайраларининг ўсиб кетиши (papilloma) кузатилади. Айрим дерматологлар ўткир тарзда яллиғланган папулаларни алоҳида айтиб ўтишади (экзема, дерматит билан оғриётган беморларда экссудатив папулалар). Улар ўткир тарзда кенгайиш ва ташқи капиляр тармоғидаги томирларнинг ўтказувчанлигининг ортиши оқибатида дерманинг сўрғич қаватида экссудатнинг тўпланиши туфайли юзага келади.

Тугунчалар турли ўлчамда бўлади: 1 мм ва ундан катта бўлган. 1 мм ўлчамдаги папулалар *милиар*, деб номланади (miliun – тариқ дони), ёки лихен (қизил ясси темираткида, тилларанг темираткида) деб аталади. 0,5дан 1 см гача бўлганлари лентикуляр (lenticula - ясмиқ), дея аталади ва улар псориаз, иккиламчи захмда ва ҳоказоларда юзага келади. 1 ёки 2 см гача бўлганлари нуммуляр (nummus - танга), дейилади. Бундан катта бўлган папулалар (гипертрофик папулалар) асосан захмнинг иккиламчи қайталанма турида кузатилади (кенг кондиломалар). Бирлашиб кетган папулалар диаметри 10 см бўлган тошмаларни ҳосил қилади. Папулалар, одатда, аниқ чегараларга эга, аммо турли шаклда (юмалоқ, овал, ясси, полигонал, ўткир киндиксимон ботик, куббасимон) ва юзаси текис ёки гадир-будур бўлади.

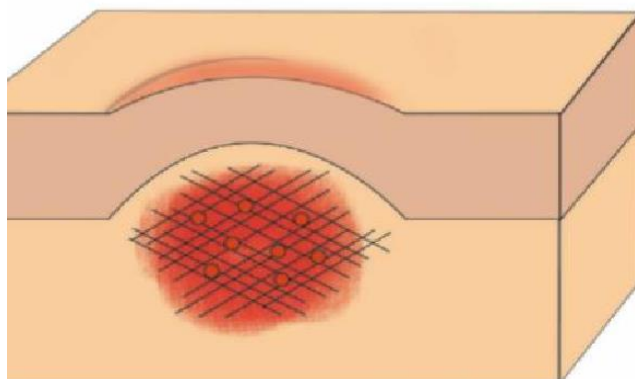
Шу билан бирга тугунларнинг таркибий қисми ҳам турлича бўлиши мумкин (юмшоқ, хамирсимон, зич эластик, зич ва қаттиқ). Шу жумладан ранг ҳам (одатий терининг ранги, сариқ, пушти, қизил, бинафшаранг, жигарранг ва бошқалар).

Терининг тегиб турадиган юзасида ишқаланиш, шиллиқ қаватда сўлак, ошқозон шираси, озик-овкат маҳсулотлари ва бошқа кўзгатувчиларнинг таъсири оқибатида папулаларнинг юзаси эрозияга учраши мумкин (эрозиялашган папулалар), папулалар ўлчамлари эса катталашади. Тукли юзага эга бўлган тугунчалар *papilloma*, деб номланади.

Гистологик жиҳатдан папулалар эпидермисда гиперкератоз, гранулез, акантоз, паракератоз ҳолатларида, дерманинг сўрғич қаватида турли инфилтратларнинг ажратмалари кўринишида юзага келади.

Дўмбоқча (tuberculum)

Дўмбоқча – бўшлиқсиз, инфилтратив ўткир яллиғланишга эга бўлмаган элемент бўлиб, тери сатхидан кўтарилиб турувчи, кўпинча чандиқ ёки чандиқли атрофия билан якун топади. Ташқи



кўринишидан, айниқса, бошланғич босқичда тугунчадан фарқлаш қийин. Ўлчамлари, шакли, юзаси, ранги ва дўмбоқчанинг таркибий қисми ҳамда тугунчанинг шундай хоссалари ўхшаш бўлиши мумкин. Дўмбоқчанинг яллиғланган ҳужайрали инфилтрати нафақат сўрғич қаватида, асосан дерманинг тўрсимон қаватида жойлашади ва гистологик жиҳатдан инфекцион гранулёмани ифодалайди, ёки сўрилиб кетади, ёки ўзидан сўнг чандиқли атрофия қолдиради. Тугунчалардан асосий клиник фарқи бўлиб, жараён якунланганидан кўп йиллар ўтганидан сўнг уларни фарқлаш имконини беради. Масалан, учламчи захмда ёки тери силида (нафақат

чандиқлар ёки атрофиянинг мавжудлиги, балки, уларнинг жойлашиши, масалан, захмда чандиқнинг нақшсимонлиги, тери силидаги кўприкчалар ва ҳоказо).

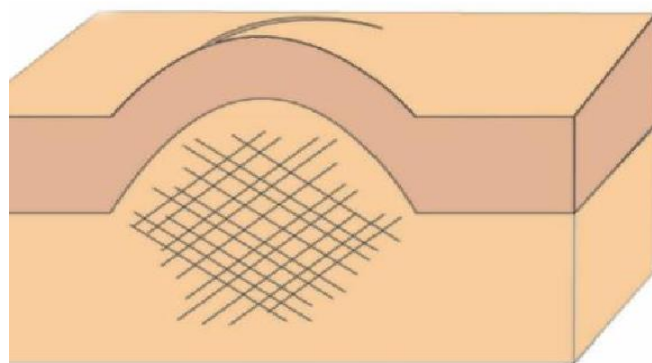
Айрим ҳолларда дўмбоқчалар анча характерли рангга эга: учламчи захмда қизил- қорамтир, тери силида қизил-сарик, моховда қорамтир занг тусида.

Турли хасталикларда дўмбоқчалар гистологик тузулишида фарқланувчи белгиларга эга. Масалан, тери силида дўмбоқча асосан эпителиоид хужайралар ва турли миқдордаги улкан –Лангханс хужайраларидан тузилган (кам ҳолларда марказида сил микробактериялари аниқланади; четларида одатда лимфоцитлар мавжуд бўлади); Захмда дўмбоқча плазматик хужайралар, лимфоцитлар, эпителиоид хужайралар ва фибробластлардан ташкил топади (дўмбоқчада трепонемалар аниқланмайди; оз миқдорда улкан хужайралар бўлиши мумкин).

Дўмбоқчалар одатда тери қаватининг чекланган ҳудудларида пайдо бўлади ёки гуруҳланади, ёхуд бирлашиб кетади. Шу тариқа яхлит инфилтрат юзага келади. Кам ҳолларда улар тарқоқ, диссеминациялашган тарзда жойлашади.

Тугун (nodus)

Тугун – бирламчи морфологик, бўшлиқсиз инфилтратив, ўткир яллиғланишга оид бўлмаган элемент бўлиб, тери ости ёғ қаватида жойлашган. Ўлчамлари – 2-3 см ва ундан катта. Дастлаб тугун

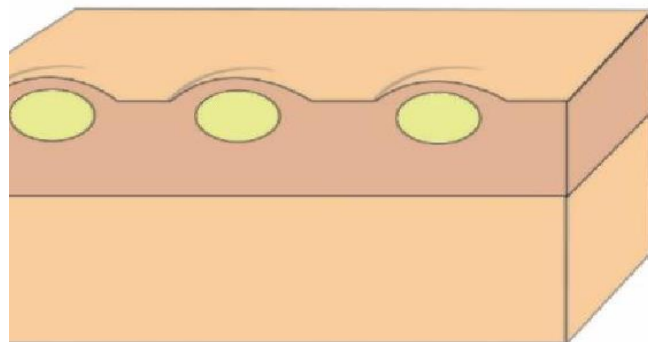


тери устидан бўртиб чиқмаслиги мумкин (бунда улар пайпаслаш орқали аниқланади). Кейинчалик ўсиши давомида тери устида бўртиб чиқади (кўп ҳолларда сезиларли даражада). Тугунлар ярага айланади ва кейинчалик чандиқ қолдиради. Тугунларнинг таркиби юмшоқдан (колликватив силда)

зич-эластикгача бўлиши мумкин (мохов ва учламчи захмда). Бир қатор хасталикларда тугунларнинг ўзига хослиги (ташқи кўриниши, шакли, юзаси, таркиби, ажратмалари) улар учун махсус номларни белгилаш имконини берди: скрофулодерма – колликватив сил, гумма – учламчи захм.

Пуфакча (vesicula)

Пуфакча – бирламчи бўшлиқли, экссудатив элемент. Асосида суюқлик тутади ва тери сатҳидан бироз бўртиб чиқади. Пуфакчада, сероз суюқлик билан, кам ҳолларда серроз-геморагик

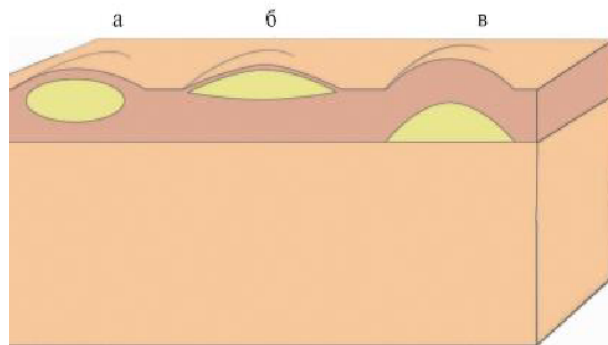


суюқлик билан тўлган бўшлиқ, ташқи қобиғи ва туби фарқланади. Пуфакчалар мугуз қавати остида, эпидермиснинг орасида ва эпидермис ҳамда дерманинг ўртасида жойлашиши мумкин; улар бир камерали ва баъзида кўп камерали бўлиши мумкин (бу ҳолда беморда пуфак мавжудлиги аниқланади, аммо парда деворлари йўқдек туюлади). Пуфакнинг ўлчамлари 1 ёки 3-4 мм гача. Пуфакнинг таркиби шаффоф, серозли, кам ҳолларда қонли бўлади. Кўпинча лойқаланади, йирингли турига айланади. Бу пуфакчанинг (везикула) йирингчага (пустула) айланишида рўй беради. Пуфакчанинг суюқлиги пўст бўлиб қурийди ёки қопқоғи ёрилади ва эрозивланган юзага ўхшаб кетади сўнгра намланиш пайдо бўлади, худди экземанинг кўзгалган даври каби. Пуфакчалар ўзгармаган терида жойлашиши мумкин, бироқ кўпинча яллиғланган эритематоз асосга эга. Оғизнинг шиллиқ қаватида, терининг тегиб турадиган юзасида тезда ёрилади ва эрозияланган юзалар очилиб қолади; қалин юзага эга бўлган жойларда (масалан, дисгидрозда қафтларда) улар узоқ вақт сақланиб туради. Пуфакчалар иссиз йўқ бўлиб кетади ёки ўзидан кейин вақтинчалик пигментацияни сақлаб қолади. Масалан, худди Дюренининг герпессимон дерматози каби.

Гистологик жихатдан пуфакчаларнинг ҳосил бўлишида спонгиоз кузатилади (экзема, дерматитлар), баллонланувчи дегенерация (оддий пуфакчали ва камарсимон темиртки, сувчечак), хужайра ичидаги вакуолли дегенерация (дисгидротик экзема, эпидермофития).

Пуфак (*bulla*)

Пуфак – 1 см ва ундан катта бўлган экссудатив, бўшлиқли элемент. Худди пуфакча сингари ташқи қобик, серозли суюқлик билан тўлган бўшлиқ ва асосдан иборат. Бўшлиқ мугуз қавати остида жойлашганида *субкорнеал*, деб



а - эпидерма ичи (внутриэпидермальный), б - пўстлоқ ости (субкорнеал), в - эпидерма ости (субэпидермал)

аталади, тикансимон қаватнинг қалинлашган қисмида жойлашганда эса *интраэпидермал*, эпидермис ва дерма ўртасида бўлса – *субэпидермал*, деб аталади. Пуфакнинг шакли юмалоқ, яримшар ёки овал; таркиби шаффоф, сарғиш, кам ҳолларда лойқаланган ёки геморрагик. Пуфак суюқлигида лейкоцитлар, эозинофиллар, эпителиал хужайралар бўлади. Дерматозларнинг айрим турларига ташхис қўйишда суртма-излари ёки пуфакнинг тубидан кириб олинган таҳлилларни цитологик текшириш аҳамиятга эга. Чунки бир қатор дерматозларда хужайралар таркиби ўзига хос хусусиятларга эга бўлади.

Терининг бир-бирига тегиб турадиган юзаларида худди шиллик қаватдаги каби пуфаклар тезда ёрилиб кетади. Бунда пуфакнинг эрозив юзаси ҳосил бўлади.

Пуфаклар вулгар пўрсилдоқ, туғма пўрсилдоқ, кўп шаклли экссудатив эритема, куйишлар, дори воситалари таъсиридаги токсикодермия ва айрим тери касалликларида юзага келади.

Кўпинча пуфак эритематоз доғлар асосида (фонида) пайдо бўлади. Аммо шу билан бирга ўзгармаган терида ҳам мавжуд бўлиши мумкин (вулгар пўрсилдоқ билан хасталанган беморларда).

Пуфаклар микроорганизмларнинг терига экзоген тарзда киришида эпидермиснинг инфекциялар ёки уларнинг токсинлари таъсирида шикастланиши (масалан, стрептокок) натижасида ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Кўйишда серозли экссудат эпидермиснинг некрозга учраган қисмини юқорига кўтаради. Интраэпидермал пуфакларнинг юзага келишига кўпинча турли эндоген омиллар сабабчи бўлади; бунда хужайралараро алоқаларнинг бузилиши кузатилади (акантолиз) ва эпидермал хужайраларнинг дегенератив ўзгаришлари кузатилади. Базал мембранасининг тузилмасининг бузилишида томирлардан ажралиб чиқётган шиш суюқлиги ёки экссудат бутун эпидермис қаватини кўчиради (эпидермолизис) ва субэпидермал пуфаклар юзага келади. Масалан, полиморф экссудатив эритемада. Пўрсилдоқда пуфакчаларнинг жойлашуви интраэпидермал (бигизсимон қаватда), акантолик хужайралар биттали ёки тўпланма шаклида жойлашиши мумкин.

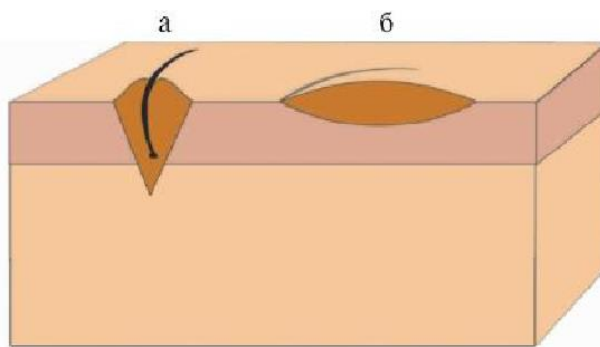
Пуфаклар ташқи ўзгармаган терида ёки шиллиқ қаватда ҳам ва яллиғланиш даврида ҳам юзага келиши мумкин. Пуфакларнинг ҳосил бўлиш механизми турлича. Ички эпидермал пуфаклар одатда акантолиз натижасида пайдо бўлади.

Жараённинг моҳияти хужайралараро алоқаларнинг (акантлар) эришидан иборат. Тиканакли хужайралар ўзаро ажралади ва улар орасида экссудатлар билан тўлган ёриқлар пайдо бўлади. Кейинчалик улар пуфакка айланади. Бунда тиканакли хужайралар юмалоқлашади, биров кичраяди, уларнинг ядроси оддийларидан кўра анча йириклашади. Улар пуфакнинг тубини қоплайди. Малҳамкур акантолик хужайралар (Тцанк хужайралари) ташхис кўйишда муҳим аҳамиятга эга ва пўрсилдоқ ташхисини тасдиқлайди. Эпидерма ости пуфаклари базал мембрана қаватлари

ўртасида ёки бевосита унинг остида ёки тепасида ҳосил бўлади ва унинг толаларини шакллантирувчи боғламалар мустаҳкамлиги бузилиши оқибатида юзага келади. Бунга сабаб эса иммун тизимидаги ўзгаришлардир.

Йирингча (pustula)

Йирингча – тери сатҳидан бўртиб чиқиб турган экссудатив, бўшлиқли элемент. Унинг таркибида мадда (йиринг) бўлади. Микроорганизмлар ҳаёт фаолияти маҳсулотларининг таъсирида (асосан стафилококкларнинг) эпителиал хужайраларнинг некрози юзага



а - фолликуляр йирингча, **б** - фликтена

келади. Бунинг оқибатида эпидермисда йирингчали бўшлиқ ҳосил бўлади. Эпидермис қаватида бўлган ва пўст ҳосил бўлишга мойил йирингча *импетиго*, деб номланади. Пўст тушиб кетганидан сўнг шикастланган жойда вақтинчалик пигментация қолади. Тук фолликулалари атрофидаги йирингчалар *фолликулит*, деб номланади. Агар йиринг тук воронкасининг оғзига кирса, йирингчанинг маркази тукнинг ичига ўтади ва *остеофолликулит* юзага келади.

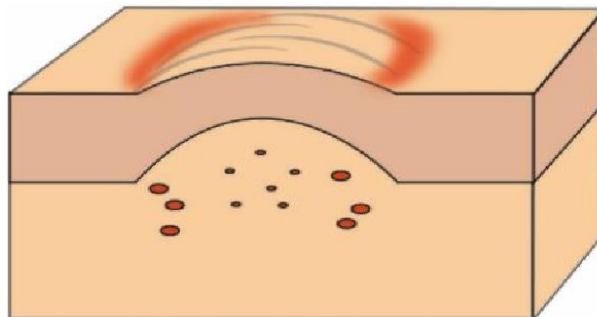
Фолликулитлар ўзидан кейин ҳеч қандай излар қолдирмайдиган юзаки ва кейинчалик чандиқ ҳосил бўладиган чуқур (жараён дерманинг ичида жойлашган фолликулани қамраб олади) бўлиши мумкин. Кўпинча фолликулитларнинг кўзғатувчиси стафилококк бўлиб ҳисобланади. Чуқур дермани ҳам қамраб оладиган ва фолликуляр бўлмаган йирингча *эктима*, деб номланади. Яра ҳосил бўлади ва кейинчалик чандиқ қолади. Эктимага стрептококк сабабчи бўлади. Стрептококкли ташқи пустула (ясси) *фликтена*, деб аталади.

Йирингчалар доимо яллиғланишнинг пушти ранг халқаси билан ўралган бўлади. Айрим ҳолларда йирингчалар пуфак ва пуфакчалардан иккиламчи тарзда юзага келади.

Бунда иккиламчи инфекция кўшилади.

Тарвоқ (urtica)

Тарвоқ – экссудатив бўшлиқсиз элемент. Терининг сўрғич қаватидаги чекланган



ўткир яллиғланишли шиш оқибатида юзага келади. Тарвоқ зичлашган ёстикчасимон ҳосила бўлиб, юмалоқ ёки кам ҳолларда овал шаклда бўлади, кучли қичишиш билан ўтади. Тарвоқ тезда ўтиб кетадиган ҳосилadır. Тез орада (бир неча ўн дақиқадан бир неча соатгача) ва изсиз йўқ бўлиб кетади. Тарвоқларнинг ўлчамлари 10-12 см гача бўлади. Сўрғичларнинг шиши ва томирларнинг кенгайиши билан биргаликда тарвоқлар оч-пушти рангга киради. Шишнинг кескинлик билан каттайиши оқибатида томирлар эзилади ва тарвоқ теридан кўра очроқ тусга киради.

Тарвоқлар чивин, искабтопар ва бошқа ҳашаротлар чаққан жойда, иссиқ, совуқнинг таъсирида, ачиштирадиган қичитки ўтга тегинишда (ташки омиллар), интоксикация ва сенсibiliзацияда (ички омиллар) юзага келади. Теридаги қаварчиқ дори воситалари, озиқ-овқат маҳсулотлари ва инфекциял аллергиялар (қичитки ўт, Квинке шиши, зардоб хасталиги) таъсирида пайдо бўлади. Терининг шикастланган жойларини механик кўзғатиш оқибатида ҳам юзага келиши мумкин. Масалан, пигментли эшакемида. Бир қатор ҳолатларда терини механик кўзғатиш оқибатида узоқ вақт сақланиб турадиган йирик тарвоқлар пайдо бўлади.

Тарвоқларнинг юзага келишишида кучли қичишиш рўй беришига қарамай одатда терида тирналиш излари аниқланмайди.

Иккиламчи морфологик элементлар.

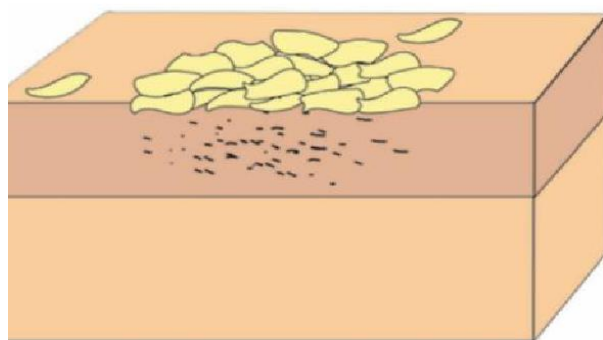
Иккиламчи морфологик элементлар бирламчи морфологик элементларнинг эволюцияси оқибатида пайдо бўлади. Уларга пигментли доғлар, тангачалар, қалоқ, юзаки ва чуқур ёриқлар, шилинишлар, эрозиялар, яралар, чандиқлар, лихенификациялар ва вегетациялар киради.

Пигментация (pigmentatio). Бирламчи пигментацияга сепкиллар, хлоазма, туғма пигментли доғлар ва ҳ.к., иккиламчиларига – бирламчи элементлар сўрилиб кетганидан сўнг (тугунлар, дўмбоқча, пуфакча, пуфак, йирингча) ва иккиламчи элементлар (эрозиялар, яралар) сўрилиб кетганидан кейин меланин пигментининг кўп миқдорда ажралиши туфайли юзага келган гиперпигментациялар, шунингдек, тери гемосидерозида қон пигменти – гемосидериннинг ажралиши оқибатида ҳосил бўладиган пигментациялар киради.

Иккиламчи гипопигментациялар терининг алоҳида қисмларида меланин миқдорининг пасайиши билан боғлиқ ва улар **иккиламчи лейкодерма**, деб номланади. Иккиламчи пигментли доғлар улар жойлашган элементларининг ўлчамлари ва шаклини такрорлайди.

Тангача (squama)

Тангача – ажраб чиққан муғуз пластиналаридан иборат. Физиологик шароитларда доимий равишда билинмасдан муғуз пардасининг пластиналарининг ажралиши рўй беради; пластинкалар ювиш ва кийим



билан ишқаланиш оқибатида тўкилиб кетади. Терининг бир қатор патологик ҳолатларида кўз билан кўриш мумкин бўлган тангачалар юзага келади (патологик пўст ташлашлар). Агар пўст ташлашда ун ёки кепакни эслатиб юборадиган майда, юмшоқ тангачалар ҳосил бўлса, улар **кепаксимон**, деб номланади, пўст ташлаш эса **майда пластинкали**, деб аталади. Бундай пўст

ташлаш кепаксимон темираткида кузатилади. Бундан катта тангачалар *пластинкали*, деб номланади, пўст ташлаш эса - *desquamatio lamelosa* дейилади. Бундай кепакланиш псориазда кузатилади. Терининг айрим хасталиклариди, масалан, эпритродермияларда қизилчасимон(скарлатина) дерматитда мугуз қават катта пластинка кўринишида ажралиб тушади. Бир қатор дерматозлар учун, мисол учун, ихтиозда тангачалар доимий объектив аломат бўлиб ҳисобланади.

Тангачалар ҳосил бўлиш билан ўтаётган жараёнларга ташхис қўйиш учун уларнинг қалинлиги, ўлчами, таркиби (қурук, ёғли, синувчан, қаттиқ), зич тарзда ёпишиб туриши аҳамиятга эга. Яқин атрофдаги хужайраларга зич ёпишиб турган тангачалар гиперкератоз оқибатида юзага келади. Осонлик билан ажралиб чиқадиганлари эса паракератоз туфайли ҳосил бўлади. Тангачалар бирламчи тартибда ҳам ривожланиши мумкин: қазғоқда паракеротик, юмшоқ лейкоплакия, ихтиозда гиперкератотик ва бошқалар.

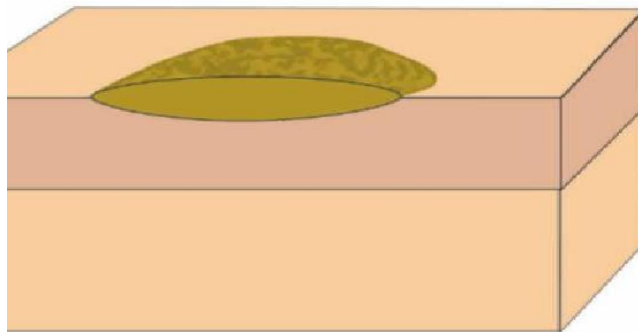
Тангачалар одатда паракератоз оқибатида ҳосил бўлади (мугуз ҳосил бўлишининг бузилиши). Бунда эпидермисда донадор қават йўқ бўлади. Мугуз пластинкаларида эса ядронинг қолдиқлари бўлади. Кам ҳолларда пўст ташлаш гиперкератоз натижасида, яъни оддий мугуз хужайраларининг кескинлик билан ривожланиши ёки кератоз (зич қурук мугуз массаларининг қаватлашиши, масалан, қадоқларда) туфайли ҳосил бўлади.

Пўст ташлашнинг шакллари ва тангачанинг кўринишини фарқлай билиш бир қатор дерматозларга ташхис қўйишга ёрдам беради. Шу тариқа кумуш тангачалар псориазда кузатилади, қорамтирлари – ихтиознинг айрим шаклларида, сариқлари – ёғли себореяда, уқаланиб кетадиганлари ва осонлик билан ажратиладигани – псориазда. Тангачаларни олиб ташлаш базида оғриқли тарзда ўтади. Бунга эса терининг фолликуляр ёриқларига кириб борган тангачанинг қуйи юзасидаги бигизсимон мугуз тумшуклари сабабчи бўлади (қизил югурукда). Пушти ранг темираткида ғижимланган ва бурмаланган, захм папулаларида улар ёқчасимон шаклда жойлашади (Биет

«ёқачаси»), парасориазда ғилоф кўринишида бўлади (марказий пўст ташлаш), бир қатор замбуруғли хасталикларда периферик пўст ташлаш юзага келади ва ҳоказо.

Қалоқ (*crusta*)

Қалоқ - терида серозли экссудат, йиринг ёки қоннинг, базида қўлланилган дори воситаларининг аралашуши билан қуриши оқибатида юзага келади. Серозли, йирингли, сероз-



йирингли, йиринг-гемарогик каби қалоқлар фарқланади. Улар пуфак, пуфакчалар, йирингчаларнинг қуришидан, дўмбоқча, тугуннинг яраланишидан, чуқур маддаларнинг некрози ва йирингли эришидан ҳосил бўлади. Қаватли йирик устрицасимон қалоқ *рупия (rupia)*, деб номланади. Бунда қалоқнинг юза қисми энг эскиси ва шу билан бирга энг кичиги бўлиб ҳисобланади.

Қалоқнинг ранги улар юзага келган ажралмага боғлиқ: серозли ажратмаларда қалоқ шаффоф ёки сарғиш бўлади, йиринглисида – сариқ ёки яшил-сариқ тусда, қонлисида – қизил ёки жигар ранг бўлади. Аралаш ажратмаларда мос равишда қалоқнинг ранги ҳам ўзгаради.

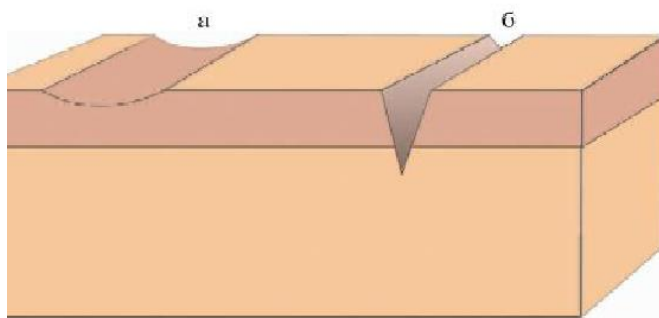
Қалоқ кўпинча лабларнинг қизил хошиясида юзага келади (пўрсилдоқда, кўп шаклли экссудатив эритема, пуфакли темиртки, турли хейлитлар ва бошқалар). Терида қалоқ кўтирда, микозларда, пиодермияларда, экзема, нейродермитлар ва турли захмга оид тошмаларда ва ҳоказоларда юзага келади.

Теридаги аралаш – тангача ва қалоқдан иборат қаватлар тангача - қалоқ, деб номланади. Улар себорея, экссудатив псориазнинг айрим ҳолатларида учрайди.

Ташқи ёриқлар (*fissura*) фақатгина эпидермис чегарасида ҳосил бўлади ва из қолдирмай йўқ бўлиб кетади.

Чуқур ёриқлар (*rhagas*)

эпидермисдан ташқари дерманинг бир қисмини ҳам қоплайди. Баъзан ундан чуқурда жойлашган хужайраларда юзага келади ва ўзидан кейин чандик қолдиради. Ёриқлар терининг тармоқли дефектларидир. Улар



а - ташқи ёриқ, б – чуқур ёриқ

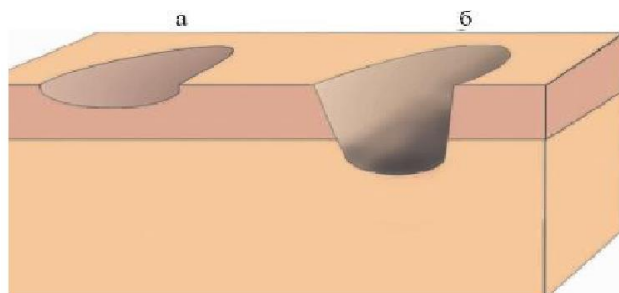
чўзилишга мойил бўладиган жойларда (масалан, оғизнинг бурчакларида, бармоқлараро бурмалар, анус ва ҳоказолар) яллиғланиш инфилтрати туфайли терининг эластиклигини йўқотиши оқибатида ҳосил бўлади. Малҳамкур хасталик сурункали экземалар, оёқ қафтининг интертригиноз эпидермофитияси, оғиз бурчакларининг пиодермик ёки ачитқили шикастланишида ва бошқаларда юзага келади. Шу билан бирга мугуз қаватининг қуруқлигида терининг тортилиши туфайли ҳам ҳосил бўлади. Чуқур ёриқлар эрта туғма захмда ҳам кузатилиши мумкин, улар табиий тешиқлар атрофида жойлашади ва осонлик билан қон чиқаради. Чуқурлигига қараб ёриқлардан серозли ёки сероз - қонли суюқлик оқиб чиқади. Тешиқларнинг шаклига мувофиқ келадиган қалоқ бўлиб қуриши мумкин.

Шилиниш ёки эксқориа́ция (*excoriatio*) – тирналишлар ёки бошқа жароҳатлар оқибатида юзага келган терининг нуқсони. Тирналишлар нафақат эпидермиснинг, дерманинг сўрғич қаватининг ҳам яхлитлигини бузиши мумкин. Бундай ҳолларда чандиқлар юзага келмайди. Шилиниш анча чуқур жойлашганида, соғайиб кетганидан сўнг чандик, пигментация ёки депигментация қолади. Эксқориа́циялар кучли қичишишнинг обектив

белгиси бўлиб ҳисобланади. Тирналишлар юз берган жой ва унинг шакли баъзида ташхис қўйишга ҳам ёрдам беради (масалан, қичимада).

Эрозия

Эпидермис чегарасида юзага келадиган терининг нуқсони. Эрозиялар пуфакчалар, пуфаклар, йирингчаларнинг ёрилишидан кейин ва ўлчамлари ҳамда шакли бўйича



а- эрозия б- яра

малҳамкур жойларда бундан олдин бўлган бирламчи бўшлиқли морфологик элементларни такрорлайди. Кўпинча эрозиялар пушти ёки қизил рангда, унинг юзаси эса нам ва ивиган кўринишда бўлади. Тери ва шиллик қаватининг катта эрозиялашган юзалари пўрсилдоқда кузатилади. Майда эрозиялар эса экзема, пуфакли ёки ўраб олувчи темиртки, дисгидроз, оёқ кафтларининг дисгидротик эпидермофитияси билан хасталанган беморларда пуфакларни ёрилишидан кейин ҳосил бўлади. Оғиз бўшлиғида, терининг бир-бирига тегиб турадиган юзаларида кўпинча эрозиялашган захмга оид папулалар ҳосил бўлади. Қаттиқ шанкр ҳам эрозия кўринишида бўлиши мумкин. Эрозиялар чандиқлар қолдирмай тузалиб кетади.

Оғиз шиллик қаватида эрозия узоқ вақт сақланиб турганида, унинг четлари шиш ҳосил қилиши ва ҳатто инфильтрацияга учраши ҳам мумкин. Бу ҳолда эрозияни ярадан ажратиш қийин бўлади. Айрим ҳолларда ушбу масала элементнинг тузалишидан кейин аниқ бўлади. Чунки яра ўрнида ҳаммаша чандиқ қолади. Оғизнинг шиллик қавати ва лабларда, кам ҳолларда терининг айрим патологик жараёнларида эрозив юзалар бундан олдин пуфаклар ҳосил бўлмасдан туриб пайдо бўлади. Масалан, захмда эрозив папулалар, қизил ясси темиртки ҳамда тери силининг эрозив-ярали шаклида. Бундай эрозиялар осон шикастланадиган яллиғланган шиллик

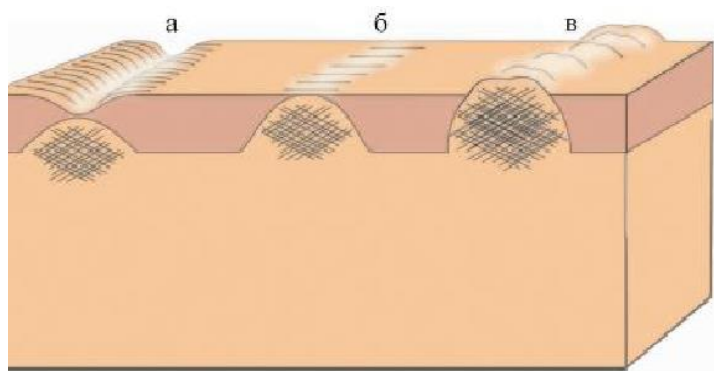
кавати ва терининг жароҳат олиши оқибати юзага келади. Жароҳат натижасида шишган, кўпинча мацерилашган эпителийнинг яхлитлиги бузилади.

Яра (*ulcus*) – терининг эпидермиси, дермаси, айрим ҳолларда бундан ҳам чуқур жойлашган хужайраларидаги нуқсон. Яралар дўмбоқчалар, тугунлардан, чуқур пустиулалар ёрилганидан ривожланади. Фақатгина трофик яралар бир қарашда соғлом бўлиб турган хужайраларда уларнинг трофикаси бузилиши оқибатида бирламчи некроз юзага келиши туфайли ҳосил бўлади. Яралар юмалоқ, овал, нотўғри шаклда бўлади. Яра устининг ранги оч - кизилдан кўк-қорамтиргача бўлиши мумкин. Унинг туби текис ва нотекис бўлади, ҳамда серозли, йирингли, қонли ажратмалар билан қопланади. Оз ёки кўп эт битиши ҳам кузатилади. Четлари текис, бироз ўйилган, ясси ва юқорига кўтарилиб турадиган, зич ва юмшоқ бўлади.

Йирингли яллиғланиш жараёнида яранинг четлари шишган, юмшоқ бўлади ва кўп миқдорда йиринг ажралади ҳамда яра атрофида гиперемия тарқалади; инфекциян гранулалар парчаланганда (масалан, захмдаги гумма) яра атрофида чекланган зич инфилтрат ва турғун гиперемия ҳосил қилади. Яллиғланиш жараёнларисиз ўтаётган яра атрофида зич инфилтрат жойлашганида, янги пайдо бўлган элементни тахмин қилиш лозим.

Чандиқ (*cicatrix*)

Чандиқ – терининг чуқур нуқсонлари ўрнида ҳосил бўлади. Бунда уларнинг ўрнини дағал, толали бириктирувчи тўқима эгаллайди. Терининг



а - атрофик б - нормотрофик в - гипертрофик

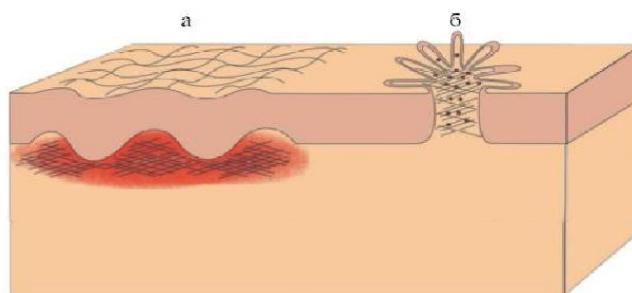
сўрғичлари текисланади, сўрғич ўртасидаги эпителиал ўсимталар йўқ, бўлади. Шу боис эпидермис ва дерма ўртасидаги чегара тўғри горизонтал

чизик бўйлаб кўринади. Чандикда тери сурати, фолликуляр ва терга оид тешиқлар мавжуд эмас. Чандик хужайрасида ҳатто соч, ёғ, тербезлари, томирлар ва эластик толалар ҳам йўқ. Чандик чуқур куйишлар, кесилган жойлар ўрнида; дўмбоқчалар, тугунлар, чуқур пустикулаларнинг яраланишида ёки қуруқ йўл билан, яни бундан олдинги яраланишсиз ҳосил бўлади. Масалан, терининг папулонекротик силида ёки учинчи даражали дўмбоқчали захмда.

Янги чандиқлар қизил ёки пушти рангда бўлади. Анча эскилари эса гиперпигментацияга ёки депигментацияга учрайди. Чандиқ текис ёки нотекис бўлиши мумкин. Зич фиброз хужайраси ортикча миқдорда ҳосил бўлганида гипертрофик чандиқлар юзага келади, улар тери устидан туртиб чиқиб туради. Улар *келоидли*, деб номланади.

Чандикдан кўра, оз миқдордаги анча юмшоқ бириктирувчи тўқима *чандиқли* атрофияда ҳосил бўлади. Бу ҳолда шикастланган жойдаги тери сезиларли даражада юпқалашади, аксарият қисми одатий суратидан айрилади. Кўпинча ботиб кетади, яни атрофидаги теридан пастда бўлади. Атрофия одатда шикастланиш ўчоғининг яраланишсиз ривожланади, яни «қуруқ йўл билан» (қизил югурук, склеродермия). Бундай тери бармоқлар орасида эзилганда, худди папирос қоғози сингари юпқа бурмаларга тўпланади.

Беморда бундан олдин бўлган патологик жараёнга ташхис қўйишда чандиқнинг жойлашуви, шакли, миқдори, ўлчамлари ва ранглари ёрдам беради. Захмга оид гумма ўзидан кейин чуқур чўзинчоқ юлдузсимон чандиқ қолдиради. Терининг колликатив сили – лимфа тугунлари худудида ичига тортилган нотекис шаклдаги



а - лихенификация, б - вегетация

кўприксимон чандиқлар қолади. Тери қопламининг бошқа жойларида ҳам худди шундай чандиқларнинг пайдо бўлиши нафақат силдан, балки сурункали чуқур пиодермиядан ҳам дарак бериши мумкин. Терининг папулонекротик силидан сўнг аниқ чегараланган, худди муҳрлангандек ташқи чандиқлар қолади. Учламчи захмнинг дўмбоқчали тошмалари – ола-чипор тўлқинсимон чандиқлар; тери-силида тузалиб кетган тошмалар ўрнида текис юпқа ва ялтираб турадиган тери атрофияси қолади.

Лихенизация ёки лихенификация (lichenisatio, lichenificatio)

Лихенификация - терининг одатий сурати кучайган ҳолда унинг қалинлашиши ва зичлашишидан иборат. Бунда гиперпигментация, куруқшаш, ғадир-будурлик кузатилади. Лихенификация бирламчи тирналишлар оқибатида тери узоқ вақт мобайнида кўзғатилиши (масалан, нейродермитлар билан хасталанган беморларда), ёки иккиламчи – тугунчали элементлар бирлашиб кетганда (масалан, псориаздаги тугунчалар, қизил ясси темирткида, сурункали экзема, нейродермит –диффуз тугунчали инфилтрация). Лихенификацияда эпидермис тикансимон қаватининг гипертрофияси кузатилади. Бунда, шунингдек, сўрғич ўртасидаги эпителиал ўсимталарнинг сезиларли катталаниши ҳам қайд қилинади. Улар дермага чуқур кириб боради (акантоз ҳодисаси), айна чоғда дерманинг юқори бўлмаларида сурункали яллиғланиш инфилтрацияси билан бирга сўрғичларнинг узайиши кузатилади.

Вегетация (vegetatio). Яллиғланиш жараёни узоқ вақт сақланиб турган жойда тикансимон қаватнинг кескинлик билан ўсиши оқибатида ҳосил бўлади ва улар ворсинка, дерманинг сўрғичлари кўринишида бўлади. Вегетациянинг юзаси нотекис, паст-баланд, хўроз тожини эслатиб юборади. Агар вегетациянинг юзаси қалинлашган мугуз қавати билан қопланган бўлса, улар куруқ ва қаттиқ кўринишда бўлади ва кўкимтир тусга эга бўлади. Вегетация эрозияга учраган бўлса, бундай ҳолат шикастланиш ўчоқларидаги ишқаланиш оқибатида юзага келади, улар юмшоқ, серсув,

пушти - қизил ёки қизил рангда, осонлик билан қон чиқадиган, серозли ёки сероз - қонли суюқликни ажратади. Иккиламчи инфекция қўшилганда, оғрик пайдо бўлади, атрофидаги ҳошиясида гиперемия, сероз-йирингли ажратмалар чиқиши кузатилади.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИНГ РИВОЖЛАНИШИДА ИЧКИ АЪЗО ВА АСАБ ТИЗИМИ ПАТОЛОГИЯСИНИНГ АҲАМИЯТИ

Ички аъзолар, асаб тизими, эндокрин безлари касалликлари терига таъсир этиб, унда ўзгаришлар келтириб чиқариши ёки тери касалликларига олиб келиши азалдан маълум. Аммо ҳозирги замон тиббиёт илмининг ривожланиш даражаси бу таъсирлар қайси йўллар орқали бўлишини доим ҳам аниқ айтиб бера олмаслиги мумкин.

Ички аъзолар патологиясининг терига таъсири ҳар хил йўллар билан бўлиши мумкин. Айрим ҳолларда бу таъсир рефлектор жараён бўлса, баъзан эса гуморал ёки нейрогуморал йўл билан бўлиши мумкин. Баъзан теридаги ўзгаришлар тирик тўқима элементларини гематоген ёки лимфоген йўл билан олиб келишини оқибатида юзага келади, бу ҳолни метастаз деб юритилади ва ёмон сифатли ўсмаларда, лейкозларда кузатилади. Ва ниҳоят патологик жараён терига унинг остидаги тўқималардан «давом этиб» (*per continuitatum*) ўтиши мумкин (масалан, туберкулёзли лимфаденитида). Марказий асаб тизимининг функционал ўзгаришлари жуда кўп тери касалликларида асосий этиопатогенетик омил эканлиги азалдан клиницистларга маълум (масалан, экзема, нейродермит, қизил ясси темиртки ва х.к.).

Аммо марказий ва периферик нерв тизимининг органик касалликларида ҳам терида ҳар хил касалликлар келиб чиқиши мумкин. Масалан, сирингомиелияда, алкоғолли невритларда, орқа мия қуришида (спинная сухотка) перфоратив яралар пайдо бўлиши кузатилади. Қуймич нерви зарарланганда эса трофик яра пайдо бўлади. Эндокрин безларининг функциялари бузилганда ҳам терида ҳар хил патологик жараёнлар кузатилади. Масалан, гипофиз ва жинсий безлар функциясининг бузилиши

себорея ва хуснбузар келиб чиқишига сабаб бўлади. Қалқонсимон без функциясининг етишмовчилигида эса микседема ривожланади. Буйрак усти безлари хасталигида эса тери бронза тусига киради ва х.к.

Моддалар алмашинувининг бузилиши ҳам терида кўплаб ўзгаришларни келтириб чиқаради. Баъзан эса бу бузилиш тери касаллиги келиб чиқишининг асосий этиологик омили бўлиб ҳисобланади (масалан, холестерин алмашинувини бузилиши ксантома ривожланишига сабаб бўлиши мумкин).

Гиповитаминозлар ҳам кўпинча терида хилма-хил касалликлар келиб чиқишига сабаб бўлиши мумкин. Масалан, С витамини етишмаса цинга ривожланади ва терида ва шиллик қаватларда қон қуйилиши – геморрагик доғлар билан намоён бўлади. Витамин РР етишмаслиги эса пеллаграга олиб келади ва терида дерматит ривожланади. Витамин А етишмаслиги мугузланиш жараёнини бузилишига ва фринодерма ривожланишига сабаб бўлади ва х.к. Жигар, ошқозон, ичаклар ва бошқа ички аъзолар касалликларида ҳам терида ҳар хил патологик жараёнлар ривожланиши кузатилади.

Юкоридагилардан келиб чиққан холда ички аъзолар, асаб тизими касалликлари ва эндокринопатияларда учрайдиган тери касалликлари ва патологик жараёнларини айримларини кўриб чиқамиз.

ЮРАК – ҚОН ТОМИР КАСАЛЛИКЛАРИДА ТЕРИ ЎЗГАРИШЛАРИ

Атеросклероз доим терининг зарарланиши билан кечади, бу зарарланиш аста секин кучайиб борувчи ишемиядан то терининг инфарктигача, яъни некрозгача бўлиши мумкин. Терининг некрози қон билан таминланишининг тўсатдан бузилиши оқибатида ривожланади. Тери инфарктнинг сабаби бўлиб атероземболия ҳисобланади, яъни майда артерияларнинг атеросклеротик пиллакчаларининг фрагменти (майда холдаги) билан тўсилиб қолиши ҳисобига пайдо бўлади. Атеросклероздан кўпроқ ва катта даражада оёқлар артерияси шикастланади ва шунинг учун оёқлар соҳасидаги теридаги

ўзгаришлар бошқа сохаларга нисбатдан кучлироқ ривожланади. Терининг ишемияси ҳисобига ранги оч, оқиш, цианозга учраган, тукларнинг бўлмаслиги кузатилади. Терининг инфаркти: эпидермимсда аниқ чегараланган некроз зонаси кузатилади, унинг шакли географик харитани эслатади.

Струп тушиб кетгач, яра ҳосил бўлади, баъзан қуруқ гангрена (мумификация) кузатилиши мумкин.

Пальпация. Артерияларда пульс заифлашган ёки умуман йўқ. Товонлар оқиш ва совуқ (Эльер симптоми). Ишемик яралар ва инфарктининг дастлабки босқичларида терининг пальпацияси оғриқ чақиради. Атероэмболия: терида тошмалар инфильтратлар, тугунчалар, пилакчалар ишемия аломатлари. Босиб кўрилгач (бармоқ билан) тери узоқ вақт оқарган ҳолда қолади. Қон томирлари бўйлаб сафсар тусли геморрагик доғлар бўлиши мумкин. Қаттиқ пилакчалар ва тугунлар некрозга учрайди, струп билан қопланади, кейин ярага айланади. Цианоз кузатилади. Тугунлар, пилакчалар, ливедо ранги савсар тусли. Яра атрофида қизил ҳошия. Пальпацияда тошма элементларида оғриқ кузатилади.

Ишемик яралар: кўпинча травмага учрайдиган босимга учрайдиган сохаларда тўпиқ устида, суякларнинг бўртиб чиққан сохаларида оёқ панжаларида кузалинади. Атеросклероз зарарлаган артерия қон билан таминловчи сохага тўғри келади .

Терида тошмалар (пилакчалар, инфильтратлар), яралар аниқ, кескин чегараланган тик тушган қирғоққа эга. Тубида струп кузатилади, унинг остида пай кузатилади. Оз миқдорда оқма кузатилади. Ишемиянинг бошқа аломатлари: оқиш, ялтироқ атрофиялашган тери, болдир ва унинг пастки сохаларида, товонда тукларнинг йўқлиги кузатилади. Гиперпигментация, терининг ва тери ости ёғ клетчаткасининг склерози кузатилмайди. Яранинг туби кулранг ёки қора тусли, қуруқ, пальпацияда оғриқ кузатилади. Периферик артерияда пульс заиф ёки йўқ.

Ишемик яралар гипертония касаллигида пайдо бўлса (болдир соҳасида) буни Марторелли синдроми деб юритилади.

Марторелли синдроми болдирнинг пастки 1/3 қисми чегараси соҳасида кўпинча симметрик ҳолда жойлашади. Дастлаб пигментацияланган ёки кўкимтир доғлар пайдо бўлади, кейин ўз – ўзидан ёки арзимаган травма оқибатида доғлар ўрнида симметрик ҳолда струп билан копланган яралар пайдо бўлади. Яра усти қалоқ билан копланган, кучли оғрик сезилади. Пальпацияда яра усти қалоқ билан копланган, кучли оғрик сезилади. Оғрик оёқни пастга осилтириб турилганда пасаяди. Узоқ вақт тўшақда ётиш режими яхшиланишга олиб келмайди. Беморларда қон босими анча юқорилиги (гипертензия), умумий ангиопатия (буйрак, кўз, юрак қон томирлари) кузатилади. Кўпроқ катта ёшдаги аёлларда учрайди.

Сурункали веноз етишмаслигида теридаги ўзгаришлар

Веноз қоннинг оқиб кетиши бузилиши ва капиллярларида босимнинг ортиб кетиши оқибатида оёқлар шишади, варикоз экзема, гиперпигментацион варикоз яралар, тери ва тери ости ёғ клетчаткасининг склерози кузатилади. Кассалик аломатлари асосан болдир соҳасида, товоннинг орқа томонида, тўпиқлар соҳасида кузатилади.

Кенгайган юзаки вена томирлари яхши кўзга ташланиб туради, айниқса беморлар тик турганида яққол намоён бўлади. Тренделенбург синамаси тери ости венасининг клапанлари ишдан чикканлигини кўрсатади. Шиш: узоқ вақт тик турилганда кучаяди, эрталаб камаяди ёки бутунлай йўқолади. Варикоз веналар устида ва атрофида, тўпиқлар соҳасида, болдирда гиперпигментация доғлари кузатилади, булар нуқтасимон доғлар бўлиб ҳар хил пайтда юзага келган қон қуйилиши оқибатидир (геморрагик доғлардир).

Варикоз экзема: тўпиқлар соҳасида ва болдирнинг қуйи қисмида учрайди. Терининг оқ атрофияси: фил суяги рангидаги пилакчалар пайдо бўлади, улар тўпиқ соҳасида, товонда (юзасида) жойлашган, юзасида қизил нуқталар – петехиялар ва телеангиэктазия кузатилади. Пилакчалар атрофида

гиперпигментация хошияси бўлиб, у гемосидерин чўкмаси хисибига пайдо бўлган. Тери ва гиподерма склерози: болдирнинг пастки 1/3 соҳасида терида ялиғланиш, зичланиш ва гиперпигментация кузатилади. Унинг юқори қисми ва қуйи қисмида шиш кузатилганлиги сабабли оёқ шампанское шишасини эслатади (шиша оёқ симптоми).

Юрак қон – томир синдроми (Машкиллейсон А.Л.) да теридаги ўзгаришлар

Юрак - қон томир хасталиклари билан оғриган беморларда оғиз шиллик пардасида травмадан кейин ичида геморрагик суюқлик тутувчи пуфак ҳосил бўлади. Асосан, 40-75 ёшдаги аёлларда учрайди. Пуфаклар бир неча соатдан бир неча кунгача сақланиб туради, кейин сурилиб йўқолиб кетади ёки ёрилиб эрозия ҳосил қилади. Эрозия эса бир икки кунда эпителизацияга учрайди. Пуфаклар кўпинча юмшоқ танглайда, тилда, милқда, лунжда пайдо бўлади. Никольский симптоми манфий. Шпател билан соғ шиллик парда босиб сидириб кўрилса, шу ерда ҳам тезда геморрагик пуфак пайдо бўлади. Юрак - қон томир касалликлари даволаниб тузалганда бу касаллик ҳам регрессияга учрайди. Склерозга учраган соҳаларда эпидермисда сўғалсимон ўсимталар юзага келиши кузатилади. Бу ҳолатни элефантиазнинг сўғалсимон шакли деб юритилади (*elephantiasis nostras verrucosa*). Касалланган соҳаларнинг ранги эритроцитларнинг томирладан ташқарига чиқиши хисобига ўзгарган. Дастлаб соҳалар – қизил, кейин кўнғир тусга ва жигарранг бўлади (гемосидерин), гиперпигментация кузатилади (ялиғланиш оқибатида меланин чиқиши).

Варикоз яралар 30 % беморларда учрайди. Йирик (юзаки ёки чуқур) ва майда ҳамда жуда оғриқ чақирувчи бўлиши мумкин (терининг оқ атрофияси соҳаларида), варикоз яралар доим тўқималарнинг шиши ва зичлашиши асосида пайдо бўлади. Яра пайдо бўлишидан аввал терида гипоксия кузатилади: ёки қизил доғ пайдо бўлади. Бу ерда билинар билинмас травма оқибатида яра пайдо бўлади. Яралар асосан юзаки, қирғоқлари нотекис

ўйилган. Бу яралар, варикозли экзема ҳам рожа ва флегмона каби асоратларга олиб келиши мумкин. Бу касалликларнинг рецидивда тери ва гиподерма склерози чуқурлашади, гиперпигментация пайдо бўлади. Болдир - товон бўғимида фиброзли ёки суякли анкилоз ривожланади.

Ички аъзоларнинг бошқа касалликларида учрайдиган теридаги ўзгаришлар: Носпецифик яралар колитда, Крон касаллигида (ингичка ичак), лейкозларда сурункали актив гепатитда терида гангреноз пиодермия касаллиги кузатилади.

Лейкозларда (ўткир ва сурункали) ёмон сифатли ўсма касалликларида, носпецифик яралар колитда Свит синдроми учрайди. Бунда терида папуллалар пайдо бўлади, улар қўшилиб пиллакчалар ҳосил бўлади. Уларнинг ранги ялиғланишга ҳос қизил, юзаси сўрғичсимон бўртган, шакли нотўғри, чегаралари аниқ. Терининг кучли шиши туфайли бу папуллалар ва пиллакчалар пуфакка ўхшаб кўриниши мумкин. Баъзан майда пустулалар пайдо бўлади. Лейкозларда кўпинча пуфаклар пайдо бўлади (папула ўрнига), шунда унинг клиникаси гангреноз пиодермия клиникасига ўхшаб кетиши мумкин.

Элементларнинг ранги қизил, сафсар тусли палпацияда оғрик кузатилади. Вақт ўтиши билан элементларнинг марказий қисми нормал холга кайтади (сурилади) ва улар халкага, ёйга ўхшаб қолади. Энг кўп учрайдиган сохалар юзда, бўйинда, оёқ ва қўлларда, танада кам учрайди.

Авитаминозларда теридаги ўзгаришлар

Цинг (Скорбут)

Овқатда витамин С етишмаслиги оқибатида келиб чиқувчи ўткир ёки сурункали касалликдир. Терида қон қуйилиши, қўл ва оёқларда петехиялар ва экхимозлар, фоликуляр кератоз (соч фолликулалари оғзида мугуз пробкалар) ва перифоликуляр қон қуйилишлар кузатилади. Ранги қизил, жигар ранг (янгилари), сариқ – яшил (эскилари). Петехиялар ва экхимозлар

кўпинча соннинг ички юзасида пайдо бўлади. Фолликуляр кератоз ва перифолликуляр қон қуйилишлар эса болдирнинг орқа юзасида учрайди. Сочлар синувчан, кўпинча соч фолликуласини оғзини қоплаган мугуз пробка тагида қолиб кетган. Соч фолликулалари атрофида қон қуйилишлар. Тирноқларда – узунасига кетган тирноқ ости қон қуйилишлари. Шиллик қаватлар: шишган, ғоваклашган, тўқ қизил ёки сафсар рангда, осонлик билан қонайди. Тишлар қимирлаб осон тўкилиб кетади. Бу аломатлар дархол пайдо бўлмайди. Витамин С коллаген толаларнинг синтезида иштирок этади. У етишмаганда проколлагеннинг гидроксиланиши бузилади, коллаген синтези камайди, капиллярлар ёрилувчан бўлиб қолади (организмда бир суткада 1.5 – 3.0 грамм витамин С бўлиши керак). 0.5 граммдан камайса цинг аломатлари (геморрагиялар) келиб чиқади. 0.5- 0.1 гача пасайса гингивит артралгия сочларнинг ўзгариши, фолликуляр кератоз 0.1 дан камайса олигурия, нейропатия, нафас етишмаслиги, ўлим бўлиши мумкин (даволанмас).

Ферментатив панникулит

Сурункали панкреатитда, ошқозон ости беши ракида кузатилади. Баданнинг исталган жойида (кўпинча оёқларда ва думбада) тугунлар ва пиллакчалар пайдо бўлади. Уларнинг ранги қизил, баъзан қизгиш жигарранг бўлади. Ўчоқлар палпацияда (ушлаб кўрилса) иссиқ, оғриқли бўлади. Баъзан флюктуация кузатилади. Агар пиллакчаларга қон қуйилса, уларнинг ранги сафсар тусга, кейин эса сариқ-яшил тусга киради. Агар биопсия қилинса, кесилган жойидан ёғ оқиб чиқади. Қоннинг умумий анализида – эозинофилия кузатилади. Ошқозон ости беши касаллигида қонга амилаза, трипсин, липаза, каби ферментлар, тушади. Улар ёғ тўқимасини некрозини чақиради ва ферментатив панникулит ривожланади.

ҚОН КАСАЛЛИКЛАРИДА УЧРАЙДИГАН ТЕРИДАГИ

ЎЗГАРИШЛАР

Тромбоцитопеник пурпура

Тромбоцитлар микдорининг камайиши хисобига қон қуйилишига айтилади. Териди петехиялар - майда нуқтасимон геморрагик доғлар, қизил тусда, диаскопияда йўқолмайди. Экхимозлар – йирик размердаги кўкимтир ёки қорамтир доғлар. Янги доғларнинг ранги қизилдан то кўнғиргача бўлади. Эски доғлар яшил, сарғиш тусда бўлади. Доғлар тартибсиз холда жойлашган бўлади. Шиллик қаватларда: петехиялар, милклардан қон оқиши кузатилади.

ДВС синдром (дессиминированное внутрисосудистое свертывание)

ДВС синдроми асосида қоннинг организмни ҳамма жойларида томирлар ичида ивиб қолиши оқибатида қондаги ивитиш факторларининг камайиб (истощение) кетиши ва қон (оқиши) кетиши ётади. Бу синдром оғир хасталиклар туфайли юзага келади (патологик туғиш, сепсис, ёмон сифатли ўсмалар, оғир травмалар, куйиш ва ҳ.к.). Териди: кўплаб қон қуйилишлар, жарохат сохаларидан, инъекция қилинган жойдан, катетер қўйилган жойлардан қон кетиши кузатилади. Акроцианоз: бармоқлар кўкимтир ва совуқ, худди шундай ўзгаришлар ташки жинсий аъзолар ва бурун сохасида ҳам кузатилади. Бу белгилар (акроцианоз) қон томирларининг спазми ёки тромбози хисобига юзага келади ва кейинча гангрена ривожланади.

Тезкор пурпура (Молниеносная пурпура)

Чегараси аниқ бўлган, нотўғри шаклдаги, географик харитани эслатувчи экхимозлар пайдо бўлади, уларнинг атрофида (қирғоғида) гиперемия хошияси кузатилади. Баъзан экхимозлар ичида геморрагик суюқлик тутувчи пуфакларга айланадилар. Териди геморрагик инфаркт ривожланади. Бармоқ учлари ва бурун гангренага учрайди. Агар бемор тирик қолса, гангренага учраган сохалар ўз-ўзидан ампутацияга учрайди. Тери инфарктининг ранги тўқ қизилдан то қора ранггача бўлади. Ўчоқлар кўпинча симметрик жойлашади. Кўпинча оёқ қўлларнинг дистал қисмида, терининг босилиб турган сохаларида, лабда, кулоқ супралирида, бурунда, жинсий аъзолар

соҳасида, баданда учрайди (инфарктлар). Шиллик қаватлар: милклардан қон оқиши кузатилади.

Лейкоздаги ўзгаришлар

Т-хужайрали лейкоз (лимфома) – СД4 лимфоцитларнинг ўсма касаллиги бўлиб одамнинг 1 типдаги Т-лимфотропик вируслари томонидан чақирилади (HTLV-1) қонда атипик лимфоцитлар пайдо бўлади, тери ва ички аъзолар зарарланади, суяк тўқимаси резорбцияси ва гиперкальциемия кузатилади.

4 хил клиник тури тафовуд қилинади:

Ўткир

лимфоматоз

сурункали

бурксаб (тутаб) турувчи

Ўткир ва лимфоматоз турларида 50% беморлар 4-6 ой ичида ҳалок бўладилар, сурункалида - 2 йил ичида, бурксаб турувчида 5 йилда.

Терининг зарарланиши 50% ҳолда учрайди. Алоҳида 1-2 та ёки кўплаб папуллалар пайдо бўлади, баъзан бу папуллуларда геморрагик компонент кузатилади. Бундан ташқари йирик-йирик пилакчалар, тугунлар, ҳосил бўлиши мумкин, ярага айланиши мумкин. Эритродермия, пойкилодермия кузатилади, папуллалар кепакланиши ҳам мумкин. Диффуз аллопеция кузатилади. Элементлар ранги қизил, сафсар қўнғир ранги, консистенцияси каттиқ. Кўпинча танада, юзда, оёқ - қўлларда пайдо бўлади .

Лейкемидлар. Лейкоз хужайралари томонида терида ўчоғли ёки диффуз инфильтрация пайдо бўлишига айтилади. Кўпинча бу касалликнинг рецидивви ёки терминал босқичга ўтганлиги аломати ҳисобланади, аммо баъзан лейкознинг энг биринчи аломати бўлиши ҳам мумкин.

Специфик тошмалардан яна энг кўп учрайдигани геморрагик синдромдир. Теридаги тошмалар хилма-хил бўлиб, кўпинча терининг бошқа яллиғланиш касалликларига ўхшаб кетади. Кўпинча майда ўлчамдаги (2-

5мм) папулалар, тугун ёки пилакчалар учрайди. Элементларнинг кўплиги ва хилма-хиллиги лейкознинг турига боғлиқ эмас. Теридаги яллиғланиш касалликлари лейкозли беморларда бошқача, ўзига хос кечади, чунки яллиғланиш ўчоғида лейкоз хужайралари учрайди. Бунда носпецифик тошмалар: экхимозлар, пурпуралар (баъзан папула юзасида пурпура), яралар эритродемия, буллез элементлар, тарвоқлар пайдо бўлади. Тошмалар томчисимон псориазни, пигментли тарвоқ ва гангреноз пиодемияни эслатиши мумкин. Элементлари ранги асосан тўқ бўлади. Пушти-кўкимтир ранглар, кўкиш жигарранггача диапазонда. Тромбоцитопенияда гемorragик доғлар пайдо бўлади. Элементларга консистенцияси қаттиқлик, зичлилик, оғриқ характерли эмас. Баданнинг ҳар қандай сохасида учраши мумкин, асосан танада кўл - оёқларда, юзда кўп бўлади.

Шиллиқ қаватлар: Гипертрофик гингивит (милкларнинг лейкоз инфильтрацияси). Яралар кўпинча чов сохасида, жинсий аъзолар сохасида, кўлтиқ остида (бурмаларда), тилда учрайди. Бу яралар лейкоз хужайраларидан иборат бўлган ўсма – инфилтратларнинг ярага айланиши оқибатидир. Ўзига хос яшил тусга (сарғиш-зангори) эга бўлганлиги учун булар «хлорома» номини олганлар (гранулоцитар саркома). Бундай хлоромалар кўпинча ўткир миелобластли лейкознинг биринчи аломати бўлиши мумкин. Демак лейкозларда специфик тошмаларни (лейкемидларни) носпецифик тошмалардан яъни шу беморларда юзага келган (лейкоз туфайли) патологик жараёнлар оқибатида пайдо бўлган тошмалардан (аллергик, тарвоқ, яллиғланишли септик касалликлар туфайли, некроз туфайли пайдо бўлган элементлардан, йирингли некротик, буллез ва х.к.) фарқлаш керак.

Анемиядаги ўзгаришлар

Тери қуруқшаган, ранги оқ, оқиш, тер ва ёғ чиқариш камайган, терида юпқалашиш, нозиклашиш кузатилади. Сочлар ингичкалашади, тўкилиб ҳар хил аллопециялар келиб чиқиши мумкин, анемик невуслар кузатилади.

Тирноқлардаги ўзгаришлар ўзига хос бўлиб, тирноқлар ичига ботиб кирган, юмшоқлашган, юпқалашган, озод қирғоғи осон уқаланади, буни койлонихия деб юритилади.

Шиллик қаватлар оқиш пушти, оғиз қурукшайди, милклар осон қонайди, лабларда ва тилда ачишиш, оғриқ кузатилади, айниқса овқат еганда бу холатлар кучаяди. Тъам билиш хисси йўқолган бор, гулвота ва бошқа нарсалар истеъмол қиладилар. Тил шишган, оғизларида тиш излари қолган, сирти атрофияга учраган. Оғиз бурчакларида ёриқлар кузатилади. Оғиз шиллик пардасида парестезия ва там билишининг бузилиши, темир етишмаслиги анемиясининг бошланишидаги асосий аломатдир (диагностика учун). Витамин В12 етишмаслиги анемиясида тил силлик, ялтирок сўрғичлари атрофияга учрайди, эпителий ва мушаклари юпқалашган. Тилда ёрқин – қизил доғлар пайдо бўлади, улар қўшилиб кетгач, бутун тил ёрилиб, қизил тусга киради. (Гюнтер – Мюллер глоссит).

Септик эндокардит

Септик эндокардитда ҳар хил патоген микроорганизмлар томонидан (стрептококклар, стафилококклар, сальмонелла, протей ва х.к.) эндокарднинг яллиғланиши чақирилади ва юрак клапанлари энг асосий шикастланувчи объект ҳисобланади. Терида бу касалликда қуйидаги ўзгаришлар кузатилади.

1. Дженузэй доғлари. Кафт ва товонларда майда гиперэмик ёки геморрагик доғлар пайдо бўлади ёки шундай майда папулалар кузатилади. Ранги қизил, сафсар қизил тўқ қизил. Кўпинча ўткир эндокардитга хосдир.

2. Ослер тугунчалари. Тери остида нўхот донидан кичик бўлган (ярмича), ёрқин қизил рангли, оғрикли тугунлар пайдо бўлади. Улар бармоқларнинг оёқ ва қўл дистал қисмида, ёстиқ соҳасида жойлашади, бош ва кичик бармоқнинг кўтарилиб турган соҳасини эгаллайди. Ослер тугунчалари капиллярларнинг септик эмболияси ҳисобига юзага келади. Тугунчаларни аспирацион биопсия қилиш ёрдамида бу ердан касалликни

кўзгатувчи (септик эндокардит) микроорганизмни ажратиб олиши мумкин. Ним ўткир эндокардитда эса Ослер тугунчалари қон томир деворларида иммун комплекслари чўкиб қолиши ва васкулит ривожланиши ҳисобига юзага келади.

3. Узунасига тирноқ ости қон қўйлишлари. Тирноқ юзасининг марказида юзага келади. Қизил ёки жигар ранг чизиксимон кўринишига эга.

4. Петехиялар майда қизил - жигарранг тусли геморрагик доғлар бўлиб, диаскопияда ўзгармайди. Оёқ - қўлларда, кўкракда, оғиз шиллиқ пардасида (танглайда), конъюктивда пайдо бўлади. Гуруҳ бўлиб жойлашади. Бир неча суткадан сўнг сўрилиб кетади. 20-40% беморларда кузатилади.

5. Барабан таёқчалари симптоми. Касаллик узоқ вақт давом этганда (беморлар даволанмаса), 15 % беморларда бармоқларининг барабан таёқчаси шакли кўринишида учрайди.

6. Оёқлар (қўллар) гангренаси. Септик эмболия оқибатида юзага келади.

7. Йирингли пурпура. Пустулёз – петехиал тошмалар пайдо бўлади. Инфекцион эндокардит тилларанг стафилоккоклар томонидан чақирилганда кузатилади.

ЭНДОКРИНОПАТИЯЛАРДА ТЕРИДАГИ ЎЗГАРИШЛАР ҚАНДЛИ ДИАБЕТ

Бу касалликда терида хилма-хил ўзгаришлар юз беради:

1. Склеродемия ёки Бушке касаллиги: диабетик микроангиопатия оқибатида юзага келади. Тери ва гиподерманинг турғун шиши кузатилади, бармоқ билан босилганда чуқур қолмайди. Касаллик ўчоғининг чегаралари ноаниқ. Кўпинча бўйин, орқанинг (спина) юқори қисми ва қўл-оёқларнинг проксималс қисми зарарланади. Касаллик бирдан бошланиб, тезда авж олади.

2. Ҳалқали гранулема. Қандли диабетда бу касалликнинг генерализациялашган тури кузатилади. Қаттиқ, силлиқ, ялтироқ папулалар ва диаметри 1- 5 см ли пиллакчалар пайдо бўлади. Элементларнинг ранги пушти-

кизил, сафсар ёки терининг ранги билан бир хилда бўлиши мумкин. Шакли халқасимон, ярим ойсимон бўлиб халқа ёки ярим халқа хосил қилиб жойлашади.

3. Кирле касаллиги. Биринчи марта 1916 йил, австралия дерматологи Дж. Кирле томонидан баён қилинган. Асосан қандли диабет касаллигида, буйрақларнинг сурункали етишмовчилигида, баъзан эса жигар етишмовчилигида, гипотириозда учрайди. Дастлаб майда, якка холдаги ёки гурухлашган мугузланувчи (кепакланувчи) папулалар пайдо бўлади. Уларнинг ранги соғлом тери билан бир хил. Секин аста улар катталашиб пилакчалар хосил қилади. Элемент марказида мугузли (кипикли) пробка кўзга ташланади. Агар шу мугуз пробкани олинса (чиқариб), кратерсимон чуқурча хосил бўлади. Соғайгандан сўнг атрофик чандиқчалар қолади.

Янги тошмалар тери ранги билан бир хил, эскилари гиперпигментацияга учраган. Тўқ рангли терида элементлар тўқ -жигарранг, қарийб қорамтир. Пальпацияда улар зич, қаттиқ, юзаси нотекис, сўгалсимон, катта элементлар баъзан оғриқ чақириши мумкин. Элементлар тартибсиз жойлашади ва гурух бўлиб, кейин кўшилиб кетади. Қашланган соҳаларда чизиқсимон жойлашади (феномен Кёбнера). Кўпинча қўл ва оёқларнинг ёзилувчи юзасида, гавдада, думбада учрайди. Шиллиқ қаватлар зарарланмайди.

4. *Acantosis nigricans* ва липодистрофия. Инсулинга резистент қандли диабетда ривожланади. Инсулинсимон ўсиш омиллари (факторлари) эпидермиснинг гиперплазиясини чақиради.

5. Эрруптив ксантомалар. Декомпенсацияга учраган қандли диабетда ва қонда триглицеридлар миқдори жуда ортиб кетганда пайдо бўлади. Элементлар кўққисдан, кўп миқдорда пайдо бўлади. Дастлаб аниқ чегараланган папулалар хосил бўлади. Улар кўшилиб пилакча хосил қилади. Элементларнинг ранги дастлаб кизил, кейин улар сариқ тусга киради ва қирғоғида кизил хошия мавжуд бўлади. Шакли гумбазсимон, яримшарсимон, тартибсиз жойлашган. Бир бирига яқин жойлашган папулалар катталашиб

кўшилиб, дўмбоқчали эруптив ксантомалар хосил қилади (чиғанокда). Кўпинча элементлар думбада (пилакча), чиғанокда, тиззада, елка соҳасида учрайди.

6. Диабетик пуфак. Кафтнинг орқа томонида, бармоқлар соҳасида, болдирда ва товонларда кўпроқ пайдо бўлади. Кўққисдан ҳеч қандай яллиғланишсиз катта размердаги пуфак пайдо бўлади, ичида сероз суюқлик бўлади. Пуфак ёрилиб йирик эрозия хосил қилади. Эрозиялар қийинчилик билан битади.

7. Инфекцион касалликлар. Қандли диабет билан оғриган беморларда кўпинча стафилококкли ва стрептококкли пиодермитлар, эритразма, дерматофитиялар, онихомикоз, кандидоз кўп учрайди.

8. Диабетик ангиопатия ва нейропатия оқибатида ишемияга хос ўзгаришлар (тери атрофияси, тукларнинг бўлмаслиги, ҳар хил яралар, инфаркт ва х.к.), ангідроз кузатилади.

9. Диабетик дерматопатия. Думалоқ шакилдаги, атрофик, биров ботик, кўнғир жигарранг тусли доғлар болдирнинг олдинги юзасида пайдо бўлади. Бу аломатнинг пайдо бўлиши диабетик микроангиопатияга боғлиқ.

10. Калцифилаксия: бу синдром майда ва ўртача артерия қон томирлари деворларига калций тузларининг чўкиб қолиши оқибатида пайдо бўлади. Асосан сурункали буйрак етишмовчилигида, гиперпаратирioзда, қандли диабетда учрайди.

Дастлаб ишемия ўчоғлари пайдо бўлади, уларнинг шакли нотўғри, размери катта бўлиб, у ерда доғ кузатилади, терининг сурати мармарни эслатади оқиш тусга кирган холда қизил тусли доғ сезилади. Баъзан ишемияга учраган тери юзасида пуфаклар пайдо бўлади. Кейин эпидермис, дерма, гиподерма некрозга учрайди, некротик тўқималар чиқиб кетгач, яра хосил бўлади. Иккиламчи инфекция кўшилса, флегмона ва сепсис ривожланиши мумкин. Доғларнинг ранги дастлаб тўқ қизил, кўкимтир, сафсар, кейин инфаркт зонаси қора тусга киради. Бир неча ҳафта ёки ойлар

мобайнида касаллик ўчоғи кенгайди. Агар сенсор нейропатия бўлмаса, хатто янги ўчоғларда ҳам кучли оғриқ бўлади. Тўқималар зичлашган, қаттиқ. Некроз ўчоғлари аниқ чегарага эга эмас. Яралинг атрофидаги соҳаларида касалликга чалинган ўчоғ кўламида гиподерма зичлашган. Яралинг қирғоқларида қора струплар ҳосил бўлади. Яра чуқур, гиподермага етиб боради, жуда кучли оғриқ безовта қилади. Яра атрофидаги теридаги оқиш ва тўқ қизил соҳалар касаллик ўчоғида тўрсимон кўриниш беради. Касаллик кўпинча болдирнинг латерал юзасида, икрасимон мушак соҳасида, думбада, қоринда пайдо бўлади. Баъзан қўл бармоқлари ва жинсий олатда учраши мумкин.

11. Липоидли некробиоз. Оппенгейм-Урбах касаллиги. Липоидли некробиоз ҳар хил рангли пилакчалар пайдо бўлиши билан кечувчи касаллик(болдирнинг олдинги ва латерал юзасида). Янги ўчоғлардаги пилакчалар мумсимон, чегаралари аниқ, размерлари ҳар хил, юзаси ялтироқ, атрофияга учраган, эпидермисдан дерманинг кенгайган қон томирлари яққол кўриниб турувчи - телеангиоэктазиялар кузатилиди. Эски ўчоқлар: пилакчалар периферияга қараб ўсади майда ўчоқлар бир – бири билан қўшилади, марказида ярага айланади. Яра битгач, ботик чандиқлар қолади. Яра битаётганда пилакчалар юзаси теккисланади, сариқ ранг қўнғир тусга киради. Пилакчаларнинг сариқ, тўқ сариқ рангдалиги муҳим диагностик аломатдир. Эскилари – қўнғир бўлади. Шунинг учун пилакчанинг марказий қисми сариқ-тўқ сариқ, у ерда эпидермис атрофияга учраган телеангиоэктазиялар мавжуд, пилакчанинг қирғоқлари бироз кўтарилган, чегараси аниқ, қирғоқдаги қисми ранги қизил-қўнғир. Майда пилакчалар қўшилиб, нотўғри шаклдаги ўчоғни ҳосил қилиши мумкин. 80% дан ортиқ ҳолларда болдирда жойлашади. Яна товонда, қўлларда, баданда, юзда, бошнинг сочли қисмида учраши мумкин. Кам ҳолларда генерализацияланган бўлади. Баъзан симметрик жойлашади.

Глюкагонома

Кам учрайдиган, ошқозон ости безининг оролчалардаги альфа-хужайларидан етишиб чиққан ўсма касаллигидир. Ўсма глюкагон гормони ишлаб чиқаради ва оқибатида жуда ўзига хос тошмалар пайдо бўлиши билан кечади. Булар некролитик миграцияловчи эритема, глоссит ва лаб бичилишидир. Миграцияловчи некролитик эритемада яллиғланишга хос пилакчалар (эритемалар) пайдо бўлади ва атрофга қараб ўсиб, кенгайиб боради, марказида эса элементлар регрессияга учрайди. Элементлар бир-бирлари билан қўшилиб географик харитага ўхшаган кўриниш олади. Пилакчаларнинг атрофида пуфакчалар, қалоқлар, кепаклар хосил бўлади, эрозиялар учрайди. Жойлашиш ҳалқасимон, спиралсимон, ёйсимон. Кўпинча оғиз атрофида, юзда, қўл ва оёқларнинг букилувчи соҳаларида, катта бурмалар соҳасида, ташқи жинсий аъзолар ва орқа пешов соҳасида бўлади. Бармоқлар учи қизил, ялтироқ тусда, эрозияга учраган. Шиллик қаватларда блефарит, глоссит кузатилади. Тил катталашган, гўштсимон, қизил тусда, сўрғичлари текислашган. Лабларда бичилиш (заеда) кузатилади. Перианал соҳасида ўчоғларда полициклик шаклдаги эрозиялар учрайди, эпидермис некрозга учраб кўчиб, ажраб чиқади (пуфак қобик каби қоплаб туради, кандидозга ўхшайди) цинк препаратлари эффе́к_т бериши мумкин (даволашда).

Сержан симптоми – буйрак усти бе́зи етишмовчилиги оқибатида келиб чиққан артериал гипотония учун хосдир: оқ дермографизм кузатилади.

Иценко – Кушинга синдроми

Қонда глюкокортикоид гормонларнинг миқдори ортиб кетганда кузатилади. Бу ҳолат: 1) гипофиз аденомасида АКТГ гормони кўп ишлаб чиқарилганда 2) буйрак усти бе́зи ўсма касалликларида юз беради. Кортикостероид гормонлари билан узоқ вақт юқори дозада даволланганда доридан келиб чиққан Кушинг синдроми ривожланади.

Теридаги аломатлари:

- 1) Терининг атрофияси: тўқ қизил рангли стриялар, асосан қорин терисида пайдо бўлади; стриялар чизиксимон шаклдаги доғлар бўлиб бу соҳаларда тери юпқалашган (эпидермис ва дерма атрофияси), телеангиоэктазиялар кузатилади, озгина травма ҳам экхимозлар пайдо бўлишига олиб келади.
- 2) Тери ости ёғ клетчакасида ёғнинг тўпланиши: юз, бўйин, қорин, курак усти соҳаларида кузатилади.
- 3) Сочлар гипертрихоз, аёлларда эса гирсутизм ва андрогенетик алопеция.
- 4) Стероид хуснбузарлар, мономорф тошмалар бўлиб, одатдаги хуснбузарлардан комедонларнинг йўқлиги билан фарқ қилади.
- 5) Гиперпигментация: АКТГ кўп ишлаб чиқарилганда тери бронзага ўхшаган тусни олади (бирламчи буйрак усти безлари етишмовчилидаги каби).
- 6) Терининг бошқа касалликлари ранг-баранг темиртки ва дерматофитиялар кўп учрайди

Диффуз токсик буқоқ (ҚБазедов касаллиги)

Диффуз токсик буқоқнинг учта асосий белгиси бўлади:

- 1) тиреотоксикоз.
- 2) офтальмопатия.
- 3) терининг шикастланиши-претибиал микседема.

Беморларда тери иссиқ, нам, барқутсимон, силлик бўлади. Кафт ва товонларда тер чиқиши кучайган. Претибиал микседема (шилликли шиш). Даставвал иккала оёқ соҳаларида симметрик жойлашади, зич-қаттиқ папулалар ёки пиллакчалар пайдо бўлади. Ўчоқ катталашиб боради, бир бири билан қўшилади ва оғир ҳолатларда болдирнинг ҳамма юзасини ва товоннинг устки қисмини эгаллаб олади. Зарарланган тери дастлаб апельсин пўчоғини эслатади, кейинчалик унинг юзаси сўгалсимон ҳолатга киради. Ўчоғнинг ранги қизил пушти, тўқ қизил, баъзан эса ўзгармаганини кузатиш

мумкин. Қўлтиқ остида ҳарорат ўлчанганда, оғиз бушлигидаги ҳароратдан 0,2-0,3С баланд бўлади. Телле симптоми, қовоқлар (век) пигментацияси учрайди.

Гипотиреоз (микседема)

(Кретинизм – врожденный гипотиреоз).

Тиреоид гормонларининг етишмаслиги оқибатида келиб чиқади. Териди гидрофилли гликозамингликанларининг йиғлиши билан характерланади. Бу эса терининг зичлашишига, қалинлашишига, дағаллашувига олиб келади. Бу ҳолатни микседема деб юритилади (шилликли шиш). Тери қалинлашган,

Мумсимон, қуруқ ксеродермадаги каби ғадр-будур, ажинлар пайдо бўлган. Қафт ва товонларда мугузланиш кучайган - кератодермия. Ранги-оқиш, бу ҳолат сув ва гликозамингликанлар миқдорининг ортиши ва қон билан таъминланишининг камайиши (вазоконстрикция) ҳисобига бўлади. Қафт ва товонларда эса каротинемия ҳисобига сарғиш ранг кузатилади. Пальпацияда тери қуруқшаган, тер ва ёғ чиқиши камайган, совуқ, ҳамирсимон консистенцияга эга бўлади. Қўл - оёқларда зич - қаттиқ шиш кузатилиб, бармоқ билан босилса чуқурча қолмайди. Тана тотал зарарланади. Кўпинча, айниқса 30 ёшдан ўтган аёлларда витилиго пайдо бўлиши кузатилади. Сочлар қуруқ, дағал, синувчан. Алопеция кузатилади; Соч ўсиши секинлашади, сочлар сийраклашди (бошда, соқоллар соҳасида, жинсий аъзолар соҳасида). Соч молекулаларининг телоген босқичидагилари кўпаяди (ундов белгиси симптоми мусбат). Қошларнинг ташқи латерал томондаги 1/3 қисми тўкилади (Ротшильд симптоми). Тирноқлар секин ўсади, осон синувчан бўлади. Тил катталашган, силлик, қизил тусда ҳаракати секинлашган. Бу касалликда тери рангининг оқиш бўлишига сабаби нордон гликозамингликанлар (гиалурон ва хондроэтинсульфат кислоталар) нурларнинг синишини (лучепреломление) ўзгартиради. Сарик рангнинг (қафт ва товонларда) сабаби эса бетта-каротининг витамин «А» га айланишининг секинлашиб кетишидир.

ҲАР ХИЛ НЕВРОЛОГИК ВА РУХИЙ БУЗИЛИШЛАР ОҚИБАТИДА КЕЛИБ ЧИҚАДИГАН ЎЗГАРИШЛАР

Буларни куйдагиларга ажратиш мумкин:

1. Невротик экскорияциялар
2. Дерматозойли делирий (брeд)
3. Дисморфония
4. Патомимиялар
5. Трихотиломания.

Невротик экскорияциялар – бeморлар миясига ўрнашиб қолган фикр-терининг таъсирланиши (қаттиқланиши) оқибатида келиб чиқади ва асосан юзда, баданинг юқори қисмида, қўлларда жойлашади. Бунда бeморлар шу соҳаларни қашлайдилар, хуснбузарларни сиқиб чиқарадилар ва ҳ.к. Натижа тирналишлар, қаллоқлар, чандиқлар, пигментациялар пайдо бўлади. Бeморлар асосан қичишишдан шикоят қиладилар, қичишиш барча қалоқлар ёки хуснбузарлар сиқиб чиқарилгач, гўёки тўхтади. Элементлар (экскорияция ва ҳ.к.) тартибсиз, тарқоқ, чикизсиқмон жойлашган.

2. Дерматозойли делирий. Бу касаллик учун терида майда паразитлар ўрнашиб олган деб ишониш характерли. Шу майда паразитларни ўлдириш (йўқотиш) мақсадида бeмор ўзига ҳар хил шикастлар етказадилар. Терида кўплаб ҳар хил экскорияциялар, ўйиб олинган яралар, эрозиялар кузатилади. Врачга бeморларнинг терисининг узиб олинган қисмини, сочларни, тангачаларни текшириб бериш учун олиб келиши мумкин.

3. Дисморфомания (дисморфофобия). Бунда бeморлар ўзларида физик етишмовчилик (майблик, мажрухлик) хис қиладилар ва тўла ишонадилар (дисморфия – мажхурлик). Бу ишонч кўпинча делирий (брeд) характерига эга бўлади. Бeморлар дерматологларга ва пластик хирургларга мурожаат қиладилар, психиатр ёрдамидан эса қатъий воз кечадилар. Кўпинча ёш, ёлғиз аёллар бунга чалинадилар. Уларнинг шикояти ҳам жуда типик: ажинлар, хуснбузарлар, чандиқлар, гипертрихоз, лабнинг қуруқшаб кетиши, соч

тўкилишининг бошланиши, сочининг жуда тез ўсиши, кўп терлаш, терининг бадбуй хидига ва х.к.

4. Патомимия. Бу қандайдир тери касаллигини имитация қилиш мақсадида ўз терисига билиб туриб бирон мақсадни кўзлаб шикаст етказиш ёки чуқур рухий ўзгаришлар оқибатида билмасдан шундай қилишга айтилади. Терида чандиклар, яралар, струплар, шакли-чизиқсимон, баъзан шакли жуда ажойиб, ёлғиз ёки бир нечта, кўпинча симметрик жойлашади. Юз соҳасида жуда кам кузатилади.

5. Оғир ҳолатда ётган неврологик теридаги ўзгариш бу ётоқ яраларидир (пролеж). Улар терининг суяклар бўртиб турадиган соҳаларининг босилиши оқибатида юзага келади. Эзилиш оқибатида терининг шу соҳасида қон билан таъминлиниш бузилади, тери юпқалашади, шиш пайдо бўлади, кейинча эса яралар пайдо бўлади. Яралар чуқур бўлиб, баъзан туби суякларгача етиб боради. Яралар тезда (агар даволаш тадбири қилинмаса) катталашиб кетади, иккиламчи инфекция тушиб жараёни янада оғирлаштириши мумкин.

6. Бошнинг сочли қисмидаги ёки бошқа соҳалардаги сочларини юлиб олишидан иборат бўлиб, бу сочни юлиб олиш хохиши шу қадар кучликки, бемор ҳеч қачон бундан ўзини тия олмайди. Трихотилломания асосан асаб рухий ҳолатларининг бузилишдан келиб чиқадиган аломатдир. Бундан ташқари ақлий заифликда ёки астено-вегетатив, астено-невротик ҳолатларида ҳам кузатилади. Сочлар юлиб олинган соҳаларда сочларнинг сийраклашиши, ёки сочларнинг йўқлиги, шунингдек сочларнинг ҳар хил баландликда синиши кузатилади. Бу касаллик асосан болаларда учрайди, катта ёшга етгач эса сочларни юлиш хохиши пасайиб бориб ўтиб кетади. Даволашда гипносуггестив терапия, психотерапия ва психотроп дори моддалар яхши самара беради.

Нейротропик яралар

Нейротропик яралар периферик сенсор нейропатия ҳисобига ривожланади. Кўпинча бундай сенсор нейропатия қандли диабетда

кузатилади (лекин фақат диабетдагина учрамайди). Нейропатиянинг дастлабки аломатлари: парестезиялар, оғриқ, болдирнинг ва товоннинг оғриқни сезиш хиссиётининг пасайиши кузатилади. Бунинг оқибатида беморлар кичик травмаларни сезмайдилар ва улар яра пайдо бўлишига сабаб бўлади. Бундай яраларнинг энг кўп учрайдиган соҳалари: товон (орқа қисми), катта бармоқлар соҳалари, гумбаз соҳаси. Товон териси қуруқшаган, иссиқ сезувчанлиги йўқолган, артерияларда пульс сақланган. Яралар чуқур, кўпинча қирғоқлари мозолга айланган (қадоққа ўхшаш). Нейроген артропатия (Шарко бўғими) ва шиш кузатилади. Бу аломатлар симпатик нерв толаларининг шикастланиши ва доимий вазодиятация дастлаб бош бармоқ соҳасида, кейинча товоннинг, бошқа соҳасида, кейинча товоннинг бошқа соҳаларида тактил сезувчанликнинг йўқлиги аниқланади. Кейинча ахилл рефлекси ва проприорецептив сезувчалик йўқолади. Иккиламчик инфекция тушса, улар осонлик билан ривожланиб, флегмона, лимфоангоит, бактеримия (сепсис) каби асоратларга олиб келиши мумкин.

ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИНИ ДАВОЛАШНИНГ АСОСИЙ ПРИНЦИПЛАРИ

Бир қатор дерматозларда уларнинг пайдо бўлишига олиб келган этиологик омил маълум бўлади (пиодермиянинг турли клиник шакллари, дерматомикозларнинг клиник шакллари ва турли хилдаги қўзғатувчиларга эга эканлиги, тери сили, тери лейшманиози, вирусли дерматозлар, мохов, кичима ва бошқалар). Касаллик қўзғатувчисини ажратиш, уни лаборатория шароитида ўрганиш, малҳамкур қўзғатувчини жониворларга юктириш аксарият ҳолларда даволаш препаратларини ишлаб чиқиш ва амалиётга татбиқ этиш имконини берди. Улар микробга ўзига хос тарзда таъсир қилиб, инфекцион ёки паразитар дерматозни йўқ қилишни осонлаштиради. Бу эса дерматознинг этиотроп (этиологик) терапиясидир. Бироқ «соф ҳолатда» бундай муолажа кам ҳолларда самара келтириши мумкин (кўтир, лейшманиоз ва бошқалар). Микроб агент яхлит организмда фаолият олиб

боради. Охир-оқибатда организм микроорганизмнинг таъсирига унинг жавобини аниқлайди. Бундан ташқари беморнинг организмига ҳам, микроб омилига ҳам атроф-мухит шароити таъсир кўрсатади.

Сезиларли терапевтик қийинчиликларни кўпинча амалиётда учрайдиган дерматозлар, қачонки организмнинг реактивлиги ўзгаришлари, яъни экзоген ва эндоген кўзгатувчилар – озик-овкатлар, тиббий, кимёвий, маиший ва бошқалар келтириб чиқаради. Дерматозларнинг катта гуруҳи (экзема, нейродермит, эшакеми ва бошқалар) сенсibiliзация, яни организмнинг сезгирлиги ортиши билан боғлиқ. Агар дерматознинг асосида малум кўзгатувчи омил ётса (масалан, профессионал дерматозда кимёвий аллегрен), у полисенсibiliзацияга олиб келмаган бўлса (бир неча моддага ўта сезувчанлик), уни йўқотиш нисбатан тезроқ соғайишга олиб келади. Бироқ амалиётда дерматозни юзага келтирган аллергенни кўпинча аниқлашнинг имкони бўлмайди ёки ирсий боғлиқлик ва орттирилган поливалент сенсibiliзация туфайли кўплаб ўзгатувчиларга реактивлилик мавжуд бўлади. Бундай ҳолатларда асосий аҳамият умумий даволашга, десенсibiliзацияланадиган ва симптоматик муолажага, сурункали инфекция ўчоқларини ва ички азоларнинг аниқланган хасталикларини, асаб тизими ва дерматозни сақлаб турадиган ички безларини даволашга этибор қаратилади. Айниқса, сурункали аллергик дерматозлардан азият чекаётган болаларни даволаш қийиндир.

Айни пайтда симптоматик даволаш дерматологияда этиотерапия ва ёрдамчи сифатида симптоматик воситалардан фойдаланган ҳолда патогенетик терапияни қўллашдан кўра анча оз жойни эгаллайди.

Муолажа режаси анамнез малумотлари ва клиник, лаборатор текширувларнинг натижаларига мувофиқ тарзда тузилади ва тўғриланади. Клиник фикрлаш, иш давомида юзага келадиган тажриба, малака, интуиция, шунингдек, махсус даврий адабиётларни ўқиб-ўрганиш ва кўшни

ихтисосликларда эришилган натижаларни билиш, айниқса, терапия ва неврология ҳам муҳим аҳамият касб этади.

Даволашни фақатгина якка тартибда олиб бориш лозим. Бунда беморнинг жинси, ёши, анамнез малумотлари, бундан олдинги даволашнинг натижалари, дори воситаларини қабул қила олиши, дерматознинг шакли, босқичи, тарқалишига этибор қаратилади.

Дерматологик беморни даволаш давомида муваффақиятга эришишда бемор ва шифокорнинг ўзаро муносабатлари ҳам катта аҳамият касб этади. Беморга якка тартибда мақбул психотерапевтик тарзда ёндашиш аксарият дерматозларни дори воситалар билан даволашда маълум манода ижобий натижани келтиради.

Умумий даволаш

Тери хасталикларини умумий даволашда айни пайтда кўплаб дори воситалари ва усуллардан фойдаланилади. Бу седатив, гипосенсибилизациялайдиган, гормонал, иммун терапияси, кимёвий терапия, антибиотиклар билан даволаш, курорт даволаниши ва бошқалар. Бирок умумий терапия воситаларини бундай бўлиши малум маънода нисбийдир. Чунки бир хил дори кўпинча ҳар томонлама таъсир кўрсатади.

Психофармакотерапия. Марказий ва вегетатив асаб тизимини функционал тарзда бузилиши турли дерматозларнинг патогенезида сезиларли рол ўйнайди. Айниқса, қичишиш билан ўтадиганларида. Шу боис бундай хасталикларни даволашда нейрофармокологик воситалар муҳим аҳамиятга эга. Доривор воситалардан ташқари тери хасталикларини даволашда асаб тизимига тиббий бўлмаган усуллар ёрдамида таъсир кўрсатиш ҳам кенг қўлланилади. Биринчи навбатда бу психотерапия ва физиотерапиядир.

Психотерапия тери касалликлари билан хасталанган беморларни даволашнинг муваффақиятли қисмларидан бири бўлиб ҳисобланади. Психотерапия ўз ичига, аввало, беморга сўз ва феъл-атвор билан таъсир

кўрсатишни олади. Психотерапияни беморнинг асабий-руҳий ҳолатини инобатга олган ҳолда ўтказиш лозим. Юзага келиши мумкин бўлган ятроген манбаларини йўқотиш керак. Беморларга уларнинг хасталиги тузалиб кетишини сингдириш даркор, ҳатто оғир хасталик ҳолатида ҳам. Шифокор беморнинг шикоятларига сабр билан қулоқ тутиши зарур. Ҳар бир дори воситасининг қўлланилишини тушунарли тартибда изоҳлаш, унинг ижобий таъсирлари, вақти ва қабул қилиш миқдорини тушунтириши керак бўлади.

Асаб тизими фаолиятини яхшилаш учун дерматозлардан азият чекаётган беморларда уйқуни яхшилаш ва сергаклик ва уйқу ритминини нормаллаштириш даркор.

Марказий асаб тизимига тиббий воситаларсиз таъсир кўрсатиш воситаларига электросон, акупунктура ва тери орқали электронейростимуляция (ТЭНС) киради.

Электросон марказий асаб тизимининг функционал бузилишига таъсир кўрсатади. Беморларнинг умумий ҳолати яхшиланишига олиб келади. Бу усул асаб тизимига тегишли частотали тебранишларга эга токнинг кучсиз импульси билан таъсир кўрсатишга асосланади. Унинг таъсири остида физиологик уйқу ёки унга яқин ҳолат юзага келади.

Рефлексотерапия, акупунктура (игнатерапия), доривор таъсири негизида нейрорефлектор механизм ётади. Улар марказий асаб тизими ва унинг вегетатив бўғинига нормаллаштирувчи таъсирни кўрсатади. Шу билан бирга қичишишни камайтиради ва ҳатто йўқ қилади. Шу боис игнатерапиянинг ҳар хил тури турли дерматозларни даволашда қўлланилади. Биринчи навбатда қичишиш билан кечувчи дерматозларда.

ТЭНСнинг қичишишга қарши таъсирида етакчи ролни опиод ва эндоген антиноцицептив тизимнинг серотонинергик механизмлари ўйнайди.

Нейрофармакологик даво. Кўп учрайдиган аксарият дерматозлар қичишиш, безовталиқ, ваҳима ҳисси, кўркув, уйқу ва сергаклик ритмининг

бузилиши, айрим ҳолларда руҳий сиқилиш ҳолати билан ўтади. Шунинг учун бундай беморларни даволашда тинчлантирувчи воситалардан фойдаланилади. Психотроп воситалар психик функциялар, эмоционал ҳолат ва феъл-атворга таъсир кўрсатади. Дерматологияда нейролептик воситалар, транквилизаторлар, седатив воситалар, антидепрессантлар, аналептиklar, стимуляциялайдиган воситалар, ганглиоблокаторлар ва антиадренергик воситалардан фойдаланилади.

Гипосенсибилизацияловчи даво. Кўплаб дерматозларнинг патогенезида аллергия муҳим аҳамиятга эгадир. Шунинг учун уларни даволаш аллергияни йўқотишга ва гипосенсибилизацияга қаратилган. Аллергик хасталикнинг ҳар бир ҳолатида муҳим сабабга эга бўлган аллергияни аниқлаш ва уни йўқотиш лозим. Буни фақатгина моновалент сенсибилизацияда амалга ошириш мумкин. Поливалентли сенсибилизацияда эса буни амалга ошириб бўлмайди. Аллерген аниқланган, аммо поливалентли сенсибилизация ривож топмаган бўлса, махсус десенсибилизацияни ўтказиш мумкин. Шу мақсадда беморнинг терисига аллергиянинг жуда кичик миқдордагиси маълум схема асосида киритилади ва босқичма-босқич уларнинг концентрацияси ошириб борилади.

Дерматологияда кўпинча антигистамин препаратлари, натрий гипосульфит, калций препаратлари, кортикостероид ва бошқалар билан носпецифик гипосенсибилизация қўлланилади.

Кўплаб антигистамин воситалар шу билан бирга антисеротонин, седатив ва холинолитик хоссаларга ҳам эга. Уларнинг таъсир кўрсатиш принципи ҳужайралардаги гистамин рецепторларини блоклашга асосланган. Дерматологик амалиётда кўп қўлланиладиган ва H₁-рецепторларининг блокатори саналган антигистамин воситаларига димедрол, диазолин, дипразин, тавегил, фенкарол, кестин, кларитин, зиртек, тинсетлар киради.

Беморнинг танасида табиий равишда гистаминларга қарши антитаналарни ишлаб чиқариш ва зардобнинг эркин гистаминини

фаолсизлантириш қобилиятини кучайтириш мақсадида тери остига гистаглобулин киритилади.

Калций препаратларидан кўпинча калций хлорид, калций глюконат ва калций лактат қўлланилади. Улар десенсибилизациялайдиган, яллиғланишга қарши ва седатив таъсирни кўрсатади. Бироқ калций препаратлари ок дермографизмга эга бўлган нейродермит билан хасталанган беморларга тайинлаш керак эмас. Натрий сульфат кучли гипосенсибилизациялайдиган ва детоксикациялайдиган хоссаларга эга. Калций ва тиосульфат препаратлари ичиш учун тайинланади ёки вена ичига киритилади.

Витамин билан даво. В гуруҳидаги витаминлар яллиғланишга қарши, А ва Е мугузлашиш жараёнларини тартибга солади, антиоксидант ва антиинфекцион хоссаларга эга. Улар иммунитет шаклланиши жараёнларига таъсир кўрсатади. А витаминининг синтетик ҳосиласи ретиноидлардир (тигазон, неотигазон, роаккутан); улар оғир псориазга, хуснбузар тошмаларга эга бўлган беморларда кенг қўлланилади. Псориаз, липоидли некробиоз, Рейно хасталиги, склеродермия, васкулитлардан азият чекаётган беморларга никотинли кислота ва томирни кенгайтирадиган бошқа воситалар ҳамда микроциркуляцияни яхшилайдиган воситалар (дипромоний, трентал, ксантинол никотинат ва ҳоказо) тайинланади.

D₂ витамини тери ва шиллиқ қават силининг ярали шаклларида, D₃ - псориазни даволашда фойдаланилади.

Гормон билан даво дерматологияда янада кенг қўлланилади. Ўтган асрнинг 50-йилларида дерматологик амалиётга глюкокортикоидларнинг киритилиши кўплаб хасталикларнинг прогнозларини ўзгартирди. Аввало, бу пўрсилдоқ ва системали қизил югурукга тааллуқлидир. Ушбу дорилар билан узлуксиз даволаш нафақат беморлар ўлимининг олдини олади, балки аксарият ҳолларда уларга меҳнат қилиш қобилиятини ҳам қайтаради. Бир қатор дерматозларда кортикостероидлар хасталикнинг оғир

зўрайишларини тезда олдини олади (токсидермия, атопик дерматит, экзема, дерматомиозит, буллёзли пемфигоид ва бошқалар).

Дерматозларни даволашда кортикостероидларни қўллаш уларнинг яллиғланишга қарши, гипосенсибилизацияловчи, антиаллергик ва антитоксик, иммунодепрессив таъсирига асосланган. Кортикостероидларнинг катта гуруҳидан тери касалликларини даволашда кўпинча преднизолон, триамцинолон, дексаметазон қўлланилади. Вулгар пўрсилдок, ўткир қизил югурук, дерматомиозит, тугунли периартерит, эритродермияда кортикостероидли гормонларни тайинлаш ҳаётий жиҳатдан зарурдир. Ҳатто бундай гормонал воситаларни қўллаш мумкин бўлмаган у ёки бу нисбий ҳолатларда ҳам. Кортикостероид гормонларни бошқа дерматозларда қўллаш фақатгина ўзга дори воситаси билан даволаш мумкин бўлмаганда амалга оширилади. Бу кортикостероид гормонлар морбидостатик таъсир кўрсатиши, фақатгина уларни қўллаш даврида яхшиланиш жараёнларини юзага келтириши, кейинчалик узок вақт давомида қўллаб - қувватлаб турувчи дозаларга мурожат қилиш зарурлиги билан боғлиқдир.

Стероидли препаратларни тезлик билан тўхтатиш оғир асоратларга олиб келиши мумкин («бекор қилиш синдроми»). Уларнинг миқдори қандай даражада катта ва даврийлиги ҳам узок бўлса, миқдори (дозалар) босқичма-босқич ва шу даражада узок пасайтирилади. Кортикостероидлар билан даволашда ош тузини истеъмол қилишни чеклаш лозим. Шу билан бирга оқсил ҳамда витаминларга бой парҳезга ўтилади. Организмдан калийнинг керагидан ортиқча чиқиб кетишига кўмаклашадиган стероидли гормонлар узок муддат давомида қўлланилганда, беморларга даволашнинг биринчи кунидан бошлаб калий препаратлари тайинланади (калий ацетат, калий оротат, калий хлорид, панангин).

Стероидли гормонларни узок вақт давомида қўллаш, айниқса, катта суткалик миқдорларда оғир асоратларга ва ножўя таъсирларга олиб келиши

мумкин. Кўпинча *кушингоидли синдром (кушингоид)* юзага келади: ёғнинг нотекис ажралиши оқибатида юз ойсимон шаклга киради, ўмров суяги остидаги чуқурлар тўлади, қорин катталашади. Тери остидаги ёғ клетчаткачиси қўл-оёқларда ингичкалашади. Сочларнинг ўсиши кучаяди. Ҳуснбузарлар пайдо бўлади, тери атрофик чизиклари юзага келади. Бундан ташқари артериал қон босими ҳам ортиб кетиши мумкин (стероидли гипертония). Стероидли диабет юзага келиши, яра хасталиги кучайиши, пептик яранинг перфорацияга учраши оқибатида қон оқиши кузатилади (кортизонли перфорация). Ўпкаларда эса сил жараёнлари зўрайиши ҳам мумкин. Макроорганизмнинг иммунобиологик ҳимоявий кучлари пасайиши оқибатида фокал ва умумий ўткир ҳамда сурункали инфекциялар фаоллашиши мумкин. Қонда протромбиннинг ортиши туфайли томирларда тромбоз ривожланиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Аменорея ва руҳий касалликларнинг пайдо бўлишини ҳам истисно қилиб бўлмайди (дастлаб эйфория, кейинчалик руҳий сиқилиш), остеопороз (кўпинча умуртқага тегишлиси) ва бошқалар. Юқорида кўрсатилган асоратларнинг мавжудлиги туфайли кортикостероидлар билан даволашда иштаҳа, артериал босим, беморлар танасининг вазни, диурез, қандга сийдик ва қонни текшириш, сийдикда хлоридлар ва мочевианани аниқлаш, калий, калций ва натрийни, қоннинг ивиши, тромбоцитларнинг миқдори, протромбин индексини кузатиб бориш лозим.

Анаболик гормонлар нитроген алмашинувига ижобий таъсир кўрсатади, оқсилларни синтез қилиш учун зарур бўлган калий, олтингугурт ва фосфорнинг ажралишини ушлаб туради. Калцийнинг суякларда тўпланишига кўмаклашади. Анаболик гормонларни тайинлашда иштаҳанинг ортиши, бемор умумий ҳолатининг яхшиланиши, калцийнинг суякларда тўпланишининг тезлашиши (остеопорозда) кузатилади. Шу боис улар узоқ вақт қўлланиш учун кўрсатилган. Нероболит, ретаболит, метандростенолон ва бошқа анаболик стероидлар кучсиз андроген таъсирга

эга ва шу боис улар простата беги аденомасига эга эркакларга ва менструал циклниг фолликуляр (estrogen) боскичидаги аёлларга тайинланмайди.

Бошқа гормонал препаратлардан кўрсатмаларига қараб тиреодин, жинсий безлар гормони ва ҳоказолар қўлланилади.

Адреноблокловчи дорилар. Сурункали рецидивлашган дерматозларга эга беморларда нейроэндокрин тизимнинг патологик ҳолати, висцерал бузилишлар туфайли қисқа вақтга терига висцеродермал ва нейродермал импульсларнинг оқимини тўхтатиш лозим. Шу тариқа яллиғланиш жараёнининг орқага қайтишига тўртки берилади. Ганглиоблокираторлар периферик қон айланиши бузилишига боғлиқ бўлган хасталикларни даволашда қўлланилади (склеродермия, эндартерит, акроцианоз, атрофодермия).

Антибиотиклар билан даволаш. Инфекцион дерматозларга эга бўлган беморларни даволашда кўплаб антибиотиклар қўлланилади. Антибиотиклар захмда ва жинсий йўллар билан юқадиган бошқа хасталикларда тайинланади. Терининг сил хасталикларида, сарамас яллиғланишида, эризипеллоид, куйдирги, шунингдек, склеродермияда ҳам қўлланилади. Айниқса, биосинтетик пенициллинлар (бензилпенициллин, пеницилин), яримсинтетик пенициллинлар (ампицилин, амоксициллин, аугментин) кенг қўлланилади. Цефалоспоринлар гуруҳидан дерматовенерологик амалиётда кефзол, зиннат, роцефин ва бошқалар қўлланилади. Тетрациклинлар гуруҳидан кўпинча доксициклин, оксиклициклин, метациклин, тетрациклин; макролидлар (эритромицин, сумамед, ровамицин, рулид) кўп қўлланилади. Сиртга қўллаш учун синтомицин линименти, линкомицин, гелиомицин, тетрациклиндан фойдаланилади.

Дерматомикозларда замбуруғларга қарши воситалар кенг қўлланилади – ламизил, орунган, амфоглюкамин, гризеофулвин, нистатин. Пиодермитлар ва микоплазмозларда линкозамидлар гуруҳидаги

антибиотикларини қўллаш мақсадга мувофиқдир (линкомицин, клиндамицин ва бошқалар).

Барча антибиотикларнинг камчилиги токсикоаллергик асоратлар ва дерматитларнинг оғир кечиши бўлиб ҳисобланади. Дерматитлар, токсикодермиялардан тортиб токсик эпидермал некролизгача (Лайелл синдроми), эшакеми, қичишиш, анафилактик реакциялар шулар жумласидандир. Бундай ҳолларда антибиотиклар бекор қилинади ёки антигистамин препаратлари ва витаминлар билан биргаликда қабул қилинади (аскорбин кислота, калций пантотенат ёки калций пангамат).

Малярияга қарши синтетик препаратлар, яъни хинолин қаторидаги воситалар, аниқроқ айтганда, хингамин (делагил, резохин, хлорохин) ва гидроксихлорохин (плаквенил) терининг турли хасталикларида анча кенг қўлланилади.

Уларнинг терапевтик таъсири терининг қуёш нурига бўлган сезувчанлигини пасайтириш қобилиятини ошириш, шунингдек, буйрак усти безларининг қобиғи томонидан кортикостероидларнинг ишлаб чиқаришини бирмунча кучайтиришга асосланган. Уларнинг яллиғланишга қарши ва гипосенсибилизацияловчи таъсири ҳам шу билан боғлиқ бўлиши мумкин. Бу препаратлар қизил югурук, фотодерматозлар, артропатик псориаз, қизил ясси темиртки каби хасталикларда тайинланади.

Антимикотик воситалар асосан *Candida* турига мансуб замбуруғларга (миконазол, кетоконазол, флуконазол, нистатин, леворин), дерматофитларга (гризеофулвин, толнафтат, толциклат, оксиканозол), замбуруғ хужайралари деворларининг тузилмасига ва функциясига ҳамда нуклеин кислота синтезига (амфотерицин В, натамицин, тербинафин, нафтифин, аморолфин), замбуруғ хужайраларида трансмембрана алмашинуви жараёнларига (батрафен) қарши таъсир кўрсатади.

Биологик фаол препаратлардан бир қатор дерматозларни даволашда (псориаз, пемфигус, васкулитлар) гепарин қўлланилади; бириктирувчи

тўқимада гиалуриинли кислота ортиши билан кечувчи дерматозларда (склеродермия) – лидаза.

Бўғимлар шикастланиши билан ўтадиган дерматозларда, масалан атропатик псориазда ностероидли яллиғланишга қарши воситалар муваффақиятли тарзда қўлланиб келинади (индометацин, ортофен, напросин, мефенам кислота, ренгазил, сургам ва бошқалар). Фагоцитозни фаоллаштириш, регенератив жараёнларни тезлаштириш, организмнинг химояловчи кучларини ҳаракатга келтириш мақсадида бир қатор дерматозларни даволашда метилурацил ва пентоксилни қўллаш тайинланган. Кўрсатмаларига биноан турли тери касалликларда умумий қувватлантирувчи воситалардан ҳам фойдаланиш мумкин (темир препаратлари, калций глицерофосфат, рух препаратлари, балиқ ёғи ва бошқалар).

Иммун даво. Патогенезида иммун тизимининг бузилиши мавжуд бўлган дерматозларни даволашда иммунитетни меъёрлаштирувчи даво муҳим аҳамият касб этади. У иммун жараёнларни кучайтирадиган ва аксинча уларни сусайтирадиган воситаларни ўз ичига олади. Тимусга хос препаратлар билан биргаликда (тималин, тимозин, тактивин ва бошқалар) кимёвий иммуномодуляторлар (левамизол, изопринозин), ликопид (бактерияларнинг ҳужайра деворидаги тузилмавий қисм) ҳам кенг қўлланилади.

Гумморал иммун етишмовчилиги белгилари билан ўтадиган оғир бактериал ва вирусли инфекцияларда гаммаглобулинли препаратлар тайинланади (плазма, гамма-глобулин, стафилококкларга қарши гамма-глобулин ва бошқалар).

Лимфокинлар ва бошқа цитокинлар иммуномодуляторлар сифатида қўлланилади. Бунга эса гибридом техникаси, ирсий муҳандисликнинг такомиллаштирилиши ва рекомбинант препаратларни олиш имконияти юзага келгани туфайли эришилди. Интерферонлар α , β , μ цитокинлар бўлиб

хисобланади. Улар ҳужайраларнинг ривожланиши ва кўпайишини назорат қилади. Улар организмни вируслар билан инфекцияланишидан ҳимоя қилади, хавфли ҳужайраларнинг ўсишига тўсқинлик қилади. Уларнинг вирусга қарши таъсири вирус РНКси ва оксил синтезини бузиш орқали амалга оширилади. Ҳужайра мембранаси хусусиятларининг ўзгариши ёт ирсий маълумотларни деградацияга учратади. Бу эса бактериялар ва замбуруғлар ривожланишига барҳам беришда фойдаланилади. Рекомбинант интерферонлар ОИТС, хламидоз ва жинсий йўллари билан юқадиган бошқа касалликлар, вирусли хасталиклар, Капоши саркомаси, микозларда қўлланилади.

Охириги пайтларда рекомбинант моноклонал антителаларни олишни мақсад қилган ва яллиғланишга қарши цитокинларни қўллашни назарда тутадиган (антицитокин даво) истиқболли терапевтик йўналишлар ривожланиб бормоқда. Бунинг натижасида лимфа тугунларида Т-лимфоцитларнинг фаоллиги, CD8 лимфоцитларининг цитотоксик фаоллиги, Т-лимфоцитларнинг яллиғланиш ўчоқларига миграцияси секинлашмоқда.

Иммуносупрессив даво аутоиммун дерматозларни даволашда қўлланилади (қизил югурук, пўрсилдоқ). Шунингдек, псориаз ва бир қатор дерматозларни даволашда ҳам фойдаланилади. Цитостатикларнинг (метотрексат, азатиоприн, меркаптопурин, циклофосфан) глюкокортикостероидлар билан биргаликдаги комбинацияси мақсадга мувофиқдир.

Лимфокинлар секрециясини (интерлейкин -2 ҳам шулар жумласидан) секинлаштирувчи, самарали иммуносупрессив препарат сандиммундир (циклоспорин, неорал), 1,25-2,5 мг/кг дозада тайинланади. Малҳамкур дори воситаси пўрсилдоқ, псориаз, атопик дерматит ва бошқаларда қўлланилади.

Даволовчи овқатланиш – турли дерматозларга таъсир кўрсатишнинг муҳим омили. Айниқса, бу аллергодерматозларга тааллуқлидир. Чунки бунда этиологик омил сифатид у ёки бу озиқ маҳсулоти бўлиши мумкин. Бундай

ҳолатларда унинг истеъмол қилишдан чиқарилиши соғайишга, ҳар ҳолда ташқи белгиларининг кучсизланишига олиб келади. Бундан ташқари аллергодерматозлар билан хасталанган беморларнинг овқатланишида углеводлар, цитрусли мевалар, ёнғоқлар, асал, концентратлар, қаҳва, ош тузини ҳам чеклаш лозим. Аччиқ таомлар ва спиртли ичимликлар ҳам тақиқланади. Дюрингнинг герпессимон дерматити билан оғриётган беморлар таркибида глютенлар бўлган маҳсулотларни истеъмол қилмасликлари керак. Псориаздан азият чекаётганларга эса ҳайвон ёғлари мумкин эмас, углеводлар чекланган миқдорда истеъмол қилинади, ксантомада – ҳайвон ёғлари, шу жумладан, сметана, сут истеъмол қилиш таъқиқланади.

Ташқи даво

Маҳаллий даволаш худди умумий даволаш сингари доимо якка тартибдаги ёндашувни талаб қилади. Ташқи даволашнинг ижобий натижага олиб келиши касаллик характери (ўткир, ўткир ости, сурункали), жараённинг босқичлари (зўрайиб бораётган, стационар, пасайиб бораётган), шикастланишнинг чуқурлиги ва жойлашган қисми, тайинланаётган тиббий воситанинг фармокологик хусусиятлари, уни қўллашга бўлган тавсиялар ва қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар, ташқи воситанинг концентрацияси ва унинг шакллари мақбул тарзда баҳолашга боғлиқ. Экзема энг яққол намуна бўлиб ҳисобланади. Бунда ташқи даво экземанинг шакли, унинг босқичи, жойлашган жойи ва бошқа омилларга боғлиқ. Ташқи даволашни катъий равишда якка тартибда ва беморни доимий равишда кузатган ҳолда олиб бориш лозим. Чунки препаратларни кўпинча алмаштиришга (улар мақбул келмаганда ёки уларга ўрганиб қолинганда) ёки дозаларини ўзгартиришга тўғри келади. Бир қатор тери хасталикларда маҳаллий даволашнинг асосий қоидаларидан бири дастлаб дори воситаларининг кучсиз концентрациясини қўллаб, босқичма-босқич уни ошириб бориш ва янада фаол таъсир кўрсатадиган препаратларга ўтиш бўлиб ҳисобланади. Шу билан бирга тери касалликларининг кучли таъсир қиладиган дори воситалари

қўлланилиши кўрсатилган шакллари ва босқичлари мавжуд. Масалан, бу айрим инфекцияцион дерматозлардир (трихомикозлар, қичима ва бошқалар).

Яллиғланиш жараёнининг ўткир ва ўткир ости шаклларида асосан ташқи таъсирга эга бўлган дори шаклларида ва уларда бўлган воситалардан фойдаланиш лозим (примочкалар, чайқатиладиган аралашмалар, сепиладиган дори ва пасталар). Сурункали ва чуқур жараёнлар юзага келганда, моддалари янада чуқур таъсир кўрсатиш имконини берадиган дори шаклларида фойдаланиш лозим (малҳам, компресс ва бошқалар). Бироқ бу қоидадан истисно қилувчи ҳолатлар мавжуд. Масалан, глюкокортикостероидли малҳамлар яллиғланишнинг ўткир босқичида фойдаланиш мумкин. Чунки стероиднинг таъсири малҳам асосининг «салбий» таъсиридан ҳам юқори туради.

Умумий қоида: яллиғланиш жараёни қанчалик ўткир бўлса, дори шакллари ва унинг таркибига кирадиган яллиғланишга қарши моддалар шу дажарада ташқи таъсир кўрсатиши лозим. Примочка, сепиладиган дорилар, чайқатиладиган аралашмалар, пасталардан кўра, юзароққа таъсир кўрсатади. Ўз навбатида пасталар малҳам ёки компресслардан кўра юзароққа таъсир кўрсатади. Доридаги тиббий воситасининг концентрацияси ҳам катта аҳамиятга эга. Ташқи воситаларни уларнинг чуқурликка таъсири жиҳатидан ўсиб борадиган тартибда жойлаштириш мумкин: сепиладиган дори, примочкалар, чайқатиладиган аралашмалар, пасталар, малҳамлар, компресслар, елимлар, пластирлар, лаклар.

Бир қатор ҳолатларда ташқи терапия анча тор мақсадни кўзлайди. Масалан, терининг ташқи замбуруғли ва паразитар шикастланишида дезинфекцияловчи моддаларни тайинлаш.

У ёки бу ташқи дори воситасини қўллашдан олдин шикастланиш ўчоғини йиринг, устки қават, тангача, пуфакча парчалари ва пуфакчалардан тозалаш лозим. Бироқ тангачалар, устки қават, малҳам қолдиқларини мажбуран олиб ташлаш мумкин эмас. Бундай жойларга одатда кунгабоқар,

зиғир ёки бошқа ўсимлик мойи суртилади. 15-20 дақиқадан кейин эса такрорий равишда ўчоққа ишлов берилади ёки мойли боғични янада узок вақтга қолдирилади. Ифлосланган эрозия ва яраларга водород пероксидининг 3 фоизли эритмасида ишлов берилади. Пиодермия ва бошқа инфекцион дерматозларда ўчоқлар атрофидаги тери 2 фоизли салицил ёки 2 фоизли борат спирти ёрдамида артилади.

Доридаги айрим моддалар аллергик дерматитга сабабчи бўлиши мумкин. Антибиотиклар, йод эритмаси ва катрон кабилар шулар жумласидандир. Жуда кам ҳолларда йиллар давомида қўлланиб келинаётган қатронли дорилар ўрнида тери саратони ривожланади.

Дерматологияда дори воситаларини ташқи қўлланилишининг асосий усуллари

Сепма дорилар кукунсимон моддалардан иборат бўлиб, зарарланган жойга текис, юпқа қават қилиб суртилади. Улар терини қуритади ва ёғсизлантиради (гигроскопиклик оқибати), уни (иссиқлик чиққанда) совутади ва тери сиртки томирларининг торайишига кўмаклашади. Бу, гиперемия, шишлар (айниқса, тери бурмаларида), иссиқлик ва қичишиш ҳиссини камайтиради. Бирок, зарарланган ўчоқларнинг намланишида сепма дорилар қўлланилмайди, чунки, экссудат билан бирга, улар яллиғланиш жараёнини кучайтирувчи ва терини қичиштирувчи қобик ҳосил қиладилар. Сепмалардан ортиқча терлаш ва кучли ёғ ажралишига қарши фойдаланилади.

Сепма дорилар минерал ёки ўсимлик кукунсимон моддаларидан иборат. Сепмалар таркибига минерал моддалардан кўпроқ магний силикати – талк (*Talcum*), рух оксиди (*Zincum oxydatum*), ўсимликларга оид бўлганларидан– буғдой крахмали (*Amylum tritici*) киради. Крахмал ачиш хусусиятига эга, шунинг учун уни айнақса, тери бурмаларидаги кучли терлашда қўллаш керак эмас. Айрим дори воситалари эрозия ва яраларни даволаш учун сепмалар таркибига кукун кўринишида киритилади.

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti aa 10,0

M.D.S. Сепма

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti aa 15,0

Dermatoli

Bolus albae aa 10,0

M.D.S. Сиртга қўллаш учун

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli aa 10,0

M.D.S. Сепма.

Дерматологияда яллиғланишга қарши, қуритувчи ва дезинекцияловчи восита сифатида сув ва спирт эритмалари шаклидаги примочкалардан қўп фойдаланилади. Совутилган дори эритмаларида 4-6 қаватли докали салфетка ёки юмшоқ мато намланади, сиқилади ва зарарланган намли жойга қўйилади. Примочкалар 1-1,5 соат мобайнида ҳар 5-15 дақиқада (қуриши ва қиздиришига қараб) алмаштирилади; барча муолажа сутка давомида бир неча марта такрорланади. Қўпинча примочкалар учун 1–2 % танин эритмаси, 0,25–0,5% ли кумуш нитрати (ляпис), 2–3% ли борат кислотаси, 0,25–0,3 % қўрғошин суви (Aqua plumbi)дан фойдаланилади. Борат кислота эритмасидан тайёрланган боғламлар, захарли таъсири мавжудлиги сабабли эҳтиёткорлик билан қўлланилади.

Агар жароҳат ўчоғида ўткир яллиғланишли шикастланиш йирингли инфекция кечаётган бўлса, дезинфекцияловчи примочкалар қўлланилади: 0.1% ли этакридин лактат (риванол) эритмаси, фурациллин эритмаси (1:5000), калий перманганат (0.05%) ва резорцин (1-2%) эритмалари.

Нам-қуритувчи боғламлар. Бундай боғловлар примочкага оид коидалар бўйича тайёрланади, аммо, дока қатламлари кўпроқ (8-12) ва у қуришига қараб, анча кам алмаштирилади (1/2-1 соат ва ундан кўпроқ). Нам - қуритувчи боғлам усти юпқа қатламли гигроскопик пахта билан ёпилади ва бинт билан боғлам қўйилади. Бу боғламлар ўткир яллиғланиш аломатларининг пасайишига кўмаклашади, секин-аста буғланувчи суюқлик тери (нам қуритувчи боғламга нисбатан фаолроқ) совушини келтириб чиқаради.

Суртиш эса анилин бўёқларининг сув ёки спиртли эритмалари (масалан, бриллиант яшили), ментол (1–2 %), кумуш нитрати (2-10 %) нинг сув-спиртли эритмалари, фукорцин билан амалга оширилади.

Чайқатма (болтушка) лар сувли ва ёғли бўлади. Булар ўша кукунлар бўлса-да, сув ва глицеринда муаллақ сузиб юрадилар ва шунинг учун тери сиртидан тезда тўкилиб кетмайди. Сув буғланиб кетгандан сўнг кукунлар (улар чайқатманинг 30-45 фоизини ташкил этади) терида юпқа бир текис қават бўлиб сақланиб қолади ва глицерин туфайли узоқ вақт ушланиб туради. Шундай қилиб, нам қуритувчи боғламлар сингари чайқатма дорилар ҳам яллиғланишга қарши ва қуритувчи таъсир кўрсатади.

Кукунсимон моддалар сифатида кўп ҳолларда рух оксиди, талк, оқ лой, крахмал олинади. Сувли чайқатма аралашмалар сепки дорилар сингари яллиғланишга қарши, қичишиш ва ачишишни тинчлантирувчи таъсир кўрсатади.

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Glycerini

Aq. destillatae aa 25,0

M.D.S. Қўлланишдан олдин чайқалсин.

Сув-спиртли чайқатма аралашмалар таркибида 96 %ли этил спирти мавжуд.

Rp: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli tritici aa 30,0

Glycerini

Sp. Vini rectific. 96 % aa 25,0

Aq. destill. ad 220,0

M.D.S. Сиртга қўллаш учун (сувли болтушка)

Мойли чайқатмалар кукунсимон моддалар ва мой ўзаги (ўсимлик, шафтоли ёки вазелин мойи)дан иборат. “Рух мойи” деб аталувчи мойли чайқатма аралашмаси таркибида 30 % рух оксиди ва 70 % ўсимлик мойи мавжуд. Мойли аралашмалар терини юмшатади, зўриқиш ҳисси, тиришишни камайтиради ва тангачалар ҳамда қобикларнинг тушишига ёрдам беради.

Rp: Zinci oxydati 30.0

Ol. Helyanthi 70.0

M.D.S. Сиртга қўллаш учун (мойли аралашма)

Аралашмаларга олтингугурт, ихтиол, дегот, ментол ва бошқаларни қўшиш мумкин.

Сувли ва мойли аралашмалар чайқалади ҳамда бир парча пахта билан (шиш ва ўткир яллиғли эритема билан) зарарланган жойга суртилади, улар тезда қурийд. Улар бошнинг сочли қисмига суртилмайди.

Чайқаладиган суспензиялардан терининг ўткир, ўткирга яқин ва кескинлашган яллиғланишлари (дерматит, экзема ва.б)да сувланиш ва ортиқча қуруқшаш мавжуд эмаслигида фойдаланилади. Чайқама суспензияларнинг афзаллиги уларни боғловлар қўймасдан қўлланиш мумкинлиги ҳисобланади.

Пасталар индифферент кукунлар (рух оксиди, талк, крахмал) нинг тенг миқдордаги аралашмаси ва mine ўзаклари (ланолин, вазелин ва б.) ўзида жам этади. Официнал рух пастаси қуйидаги ёзувга эга:

Rp: Zinci oxydati

Amyli tritici aa 10,0

Vaselini 20,0

M.D.S. Сиртга қўллаш учун

Rp: Zinci oxydati

Talci pulverati

Lanolini

Vaselini aa 10,0

M.D.S. Сиртга қўллаш учун

Пасталар чайқама аралашмаларга кўра чуқурроқ, аммо, малҳамлардан камроқ яллиғланишга қарши ва қуритувчи таъсир кўрсатади. Пасталарнинг ёпишқоқлиги уларни боғловларсиз қ ўйишга имкон беради. Сувланиш пайтида бошнинг сочли қисмига улар қўлланилмайди. Паста терига кунига 1-2 маҳал суртилади; 3 кунда 1 марта ўсимлик мойида намланган тампон билан артиб тозаланади.

Кукунсимон моддалар миқдорини камайтириб, юмшоқ пасталарни тайёрлаш мумкин. Кўрсатмалари бўйича пастага нафталан, ихтиол, олтингугурт, қатрон(дегтя) препаратлари қўшилади.

Компресслар қиздирувчи таъсир кўрсатади ва яллиғланишни камайтирган ҳолда, тери инфилтратларининг сўрилиши, зарарланган жойларнинг ташқи таъсирлардан ҳимоялашга мўлжалланган. Компресслар учун асосан спирт, буrow суюқлиги, кўрғошин суви қўлланилади.

Тоза (шафтоли, каноп, кунгабоқар, зайтун ва б.) **мойлардан** зарарланган тери қисмларини иккиламчи патологик қаватланишдан тозалаш, қўлланилган дори моддаларининг қолдиқларини олиб ташлаш учун фойдаланилади.

Малҳам ёғли- малҳамли ўзак (вазелин, ланолин, чўчка ёғи, нафталан ва б.) билан тенг равишда аралаштирилган бир ёки бир неча дори моддаларидан иборат. Улар кимёвий жиҳатдан нейтрал (терида қичишишни келтириб чиқармайдиган) ва юмшоқ, эластик, тана ҳарорати таъсири остида ўзгармайдиган бўлиши керак.

Синтетик моддалар – этиленоксид полимерлари, целлюлоза ҳосилалари, сорбитан ва олий ёғ кислоталари таркибли малҳамлардан кўпроқ фойдаланилади. Бундай ўзакли малҳамлар терига яхши киради ва уларга кўшилган дори воситаларидан осон эркин бўла олади, оксидланмайди ва бузилмайди, тери томонидан яхши қабул қилинади.

Малҳамлар чуқур таъсир кўрсатади, шунинг учун уларни сурункали ва ўткир ости касалликлар, терида яллиғланиш инфилтрати бўлганда тайинланади (сўрувчи ёки кератопластик малҳамлар). Кератопластик моддаларга нафталан, дегот, ихтиол киради. Мугузсимон қаватнинг кўчишини (кератолитик таъсир) салицил (малҳамдаги тўйинганлик миқдори 5 %) ва сут кислоталари келтириб чиқаради.

2–10 % олтингугурт малҳами, 2–3 % дегтияр, 1–3 % оқ симоб, 2 % салицилли, 2–5 % ихтиолли, 2–3% нафталанли малҳамлар ва ҳоказолар қўлланилади. Антибиотикли (2,5-5% эритромицинли, тетрациклинли, линкомицинли ва.) малҳамлардан фойдаланилади. Пуфакчали темиратки, ўраб олувчи темираткини даволашда интерферонли, оксолинли малҳамлар, ацикловир ва бошқалар қўлланилади.

Кремлар куруқ терига, унинг эластиклиги камайганда ва унча катта бўлмаган яллиғланиш кўринишларида қўлланади. Крем таркибига кирувчи ланонин (ҳайвон ёғи) терини юмшоқ, эластик қилади. Кремдаги сув терини совутади ва яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади. Крем тери томонидан яхши ўзлаштирилади, аммо болалар учун терини безовта қилувчи вазелин канақунжут ёки кунгабоқар мойи билан алмаштирилади. Парфюмерия саноати томонидан ишлаб чиқарилаётган Унна, шунингдек, “Десткое”,

“Спермацетли”, Восторг” ва бошқа кремларидан кенг қўлланилади. Унна кремида вазелин ўрнига ўсимлик (зайтун, шафтоли, кунгабоқар, канакунжут) мойларидан фойдаланиш мақсадга мувофиқ: Lanolini, Ol. Helyanthi, Aq. destill. aa.

Таркибида кортикостероидлар бўлган ва яллиғланишга қарши ҳамда гипосенсибилизация таъсирга эга малҳам, кремлар ва аэрозоллардан кенг фойдаланилади. Кескин яллиғланиш, сувланишда аэрозолларни қўллаш мақсадга мувофиқдир.

Бетновейт, дермовейт, фторокорт, элоком, кутивейт, латикорт, триакорт, локакортен, целестодерм, синафлан сингари кўплаб стероид малҳам ва малҳамлар ишлаб чиқарилади. Адвантан, апулеин, локоид, дерматоп, элоком каби янги синтетик галогенламайдиган кортикостероидлар яратилган. Бактериал инфекциядан асоратланган дерматозларни даволаш учун тридерм, белогент, дипрогент, целестодерм синафлан сингари кўплаб стероид малҳам ва ермлар ишлаб чиқарилади. Адвантан, апулеин, локоид, дерматоп, элоком каби янги синтетик галогенламайдиган кортикостероидлар яратилган. Бактериал инфекциядан асоратланган дерматозларни даволаш учун тридерм, белогент, дипрогент, целестодерм В, синалар Н, флуцинар Н, полькортолон ТС, кортимидетинлар қўлланилади; тридерм, синалар К, сикортен плюс, лотридерм, тра-вокорт, сангвиритрин яллиғланишга қарши, микробларга қарши ва замбуруғларга қарши таъсир этувчи препаратлар ҳисобланади.

Кейинги йилларда липосомал эмулсиялар асосида тайёрланган, таркибига доривор ўсимликлар ва цитокинлар экстрактларидан қўшилган малҳам ва геллардан қўлланиляпти. Қуюқлаштирувчилар сифатида глицирризин ва кератиндан фойдаланилган. Липосомалар тирик мембрана модели ҳисобланади ва таркибига биологик мембраналар кирадиган табиий лецитиндан иборат. Бу суний мембраналар ҳужайралар мембраналари (қўшилиш, липид қаватдан ўтиш ва б.) билан самарали ўзаро таъсир

кўрсатади. Улар гидрофил, гидрофоб ва амфифил моддаларни ўз ичига олади ҳамда дориларнинг жуда кенг спектрига бардош беради.

Лак – тери юзасида юпқа пленка ҳосил қилиш билан тез қурувчи суюқлик. А лак кўпинча турли дори моддаларини ўз ичига олган коллоидийдан иборат. Кўпинча лакдан хужайрага (масалан, тирноқ пластинкасига) чуқур таъсир кўрсатиш истагида ва чекланган жойда қўлланилади.

Rp: Ac. lactici

Ac. Salicylic!

Resorcini aa 10,0

Ol. Ricini 3,0

Collodii ad 100,0

M.D.S. Вулгар оёқ кафти сўгаллари, қадоқлар, шунингдек, замбуруф билан зарарланган тирноқ пластинкалари учун лак.

Онихомокозларни даволаш учун лоцерил, батрафен лаклари кенг қўлланилади.

Таъсир характериға кўра, барча ташқи воситалар бир неча гуруҳға бўлинади. Масалан, яллиғланишға қарши, қичишишға қарши, дезинфекциловчикератолитик ва кератопластик, куйдирувчи, фунгицид ва бошқа воситалар фарқланади. Ташқи воситаларнинг бундай бўлиниши қулай ва гарчи, шартли бўлса-да, демак, уни қўлланиш шакли ва концентрациясига қараб, бир хил восита турли таъсир кўрсатиши ҳам мумкин. Бундай ҳолатда кератопластик (оз даражада), кератолитик (бир неча кўп даражада) ва куйдирувчи (янада кўп даражада) таъсир қилувчи резорцин жуда яхши. Қатрондан типик кератопластик восита сифатида шунингдек, паразитларға қарши ва қичишишға қарши мақсадлардан фойдаланилади. 3 % даражадаги салицил кислотаси кучсиз кератопластик, 3%дан орти қ даражада эса кератолитик восита сифатида таъсир кўрсатади.

Яллиғланишга қарши воситалар нам қуритувчи боғламлар, сепкилар, чайқама аралашмалар, пасталар, шунингдек, кортикмтероид малҳамлар ва кремлар учун қўлланилади.

Кератопластик, ёки заифлаштирувчи воситалар кичик концентрацияларда яллиғланишга қарши таъсир ҳам кўрсатади. Булар - асосан малҳамлар ва пасталар шаклида сурункали ноўткир яллиғланишли тери зарарланишларида қўлланиладиган ихтиол, олтин гугурт препаратлари, tar, нафталан мойи ва нафталан, АСД (3- фракция) препарати ва б.

Кератолитик воситаларга асосан турли кислоталар (айниқса, салицил кислотаси, шунингдек, сут бензой кислоталари кенг қўлланилади) ва мугузсимон қават сиртқи қисмининг пўст ташлаши учун қўлланиладиган 3-15%ли концентрациядаги ишқорлар киради.

Қичишишга қарши моддаларни икки гуруҳга бўлиш мумкин. Биринчиси, фақат қичишишга қарши таъсирга эга бўлган (эритма, малҳам, крем) воситалар - ментол, анестезин, сирка эритмалари, тимол, хлоралгидрат ва бошқалардан иборат. Иккинчи гуруҳга яллиғланишга қарши ёки кератопластик таъсирга эга, ва бир вақтнинг ўзида қичишишни камайтирувчилар – малҳам ва кремлардаги қатрон ва олтингугурт препаратлари, салицил кислотаси, кортикостероидлар киради.

Дезинфекцияловчи (антисептик) ва антипаразитар дори воситаларга фақат дезинфекцияловчи ёки яна антипаразитар ёхуд фақат антипаразитар таъсирга эга воситаларнинг катта гуруҳи мансубдир. Бу медикаментларга йод, спирт, бўр кислотаси, салицил кислотаси, резорцин, тимол, бензой кислотаси, олтингугурт қатрон препаратлари, антибиотиклар, сульфаниламидлар, дерматол, ксероформ, бензил-бензоат (бензой кислотасининг бензилли эфири), спрегал ва бошқалар киради.

Куйдирувчи ва емирувчи воситаларга салицил кислотаси ва резорцин (катта концентрацияда), кумуш нитрати, сут кислотаси, подофиллин

эритмаси, пирогаллол, сирка ва трихлоруксус кислотаси, ўювчи ишқорлар ва бошқалар тааллуқлидир.

Замбуруғли касалликлар беморларига йод (2-5 % спиртли эритма) анилин бўёқлари, ундецилен кислотаси препаратлари, шунингдек, малҳам шаклидаги олтингугурт ва қатронни ўз ичига олган фунгицид воситалар тайинланади.

Хинин, салол, танин, парааминобензой кислотаси фотохимоя хусусиятларига эга.

ДЕРМАТОЗЛИ БЕМОЛЛАРНИ ДАВОЛАШДА ҚАЙТА ЎЗГАРГАН ФИЗИК ОМИЛЛАР

Электр билан даволаш

Дерматолог амалиётида мунтазам ва ўзгарувчан токлардан ҳам фойдаланилади. Мунтазам токка галваник ва диадинамик ток, ўзгарувчанга – диаметрик ва УВЧ лар киради.

*Гальваник ток (гальванизация)*дан дерматологияда тери орқали дори воситаларини бериш (электрофорез, ионогальванизация) учун ёхуд мунтазам ток билан қиздирилган платина халқалар (электролиз) билан хужайраларни қуйдириш учун фойдаланилади.

Электрофорез организмга турли ионлар – металлар, алкалоидлар, органик катионлар ва анионлар, металлоидлар, кислота радикаллари ва бошқаларни киритишга имкон беради.

Дерматологик амалиётда электрофорез учун кўпинча 0,5-2 %ли калций хлорид эритмаси (яққол яллиғланиш реакцияси ва қичишиш билан кечадиган аллергия дерматозларда), сўгалларни даволашда қўлланиладиган 2-3 %ли магний сульфат эритмаси (олтингугурт кислотали магнезия), 1-3 %лиихтиолнинг сувли эритмаси (сурункали инфилтратларнинг тезроқ сўрилиши учун), фурункулёзни даволашда қўлланиладиган 1 %ли мис сульфати (олтингугурт кислотали мис), 1-2 %ли рух сульфати эритмаси (вулгар

бўжамалар, фурункулёз, стафилококкли сикоз, битмаётган яра сиртларида) фойдаланилади.

Диадинамика ток (Бернар токи) ҳам мунтазам токка мансуб бўлиб, тўғриланган паст частотали синусоидал тоқлардир. Ушбу токни пайдо қиладиган аппарат “диадинамик” деб аталади. Дерматологияда бернар токи асосан оғриқ қолдирувчи ва қичишишга қарши самарага эришиш учун рефлектор таъсир мақсадларида қўлланилади. Бундан ташқари, дерматологияда диатермик токдан диатермокоагуляция учун ҳам кенг фойдаланилади. Бунда оқсилларнинг ивиши натижасида тўқималарнинг парчаланиши амалга ошади. Бунинг учун фаол электрод игна, шарча, халқа ва ҳ.к. кўринишидаги ҳаракатдаги кичкина сиртга эга бўлади. Диатермокоагуляциядан сўгаллар, папилломалар, дерматофибромлар, томир невуслари, холлар, телеангиэктазияларни парчалаш, бўжама тошмаларини даволаш, татиуровкаларни йўқ отиш ва бошқаларда фойдаланилади. Диатермокоагуляциядан, шунингдек, гипертрихозда сочларни тўқишда ҳам қўлланилади.

Ультра юқори частотали тоқлар (УВЧ) – 10 000 дан 300 000 000 гача ва ундан ортиқ герц частотали, электромагнит майдонини яратувчи ўзгарувчан ток. Диатермик аппаратга ўхшаш мослама ультрақисқа тўлқинлар (УҚТ)нинг генератори ҳисобланади. Электродлар сифатида турли ўлчам ва шаклдаги металл пластинкалар қўлланилади. Электродлар тери сиртидан қанча узокликда жойлашса, УВЧнинг таъсири шунча чуқур бўлади.. Бироқ, дерматологик амалиётда терига таъсир зарурияти (фолликулитлар, фурункулар, карбункуллар, унча катта бўлмаган абсцесслар ва ҳ.к.) да электрод пластинка терининг зарарланган жойига яқинроқ ўрнатилади. Сеансларнинг давомийлиги – 5-10 дақиқа.

КВЧ – электромагнит тўлқинлари билан ўта юқори диапазонда таъсир кўрсатишдир. Миллиметрли тўлқинларнинг даво таъсирининг асосий механизми организмнинг носпецифик қаршилик кўрсатишини оширишдан

иборат. Атопик дерматит, дискоид қизил волчанка, бўжамали тошмалар ва бошқаларни даволашда ижобий самара қайд этилган. КВЧ-терапия иммун мақомини меёрлаштиради.

Рентген нурлари ва Букки нурлари билан даволаш ҳозирги вақтда кам қўлланилади. Тажриба шуни кўрсатадики, Рентген нурлари турли асоратлар (Рентген дерматити, тери атрофияси, яра-чақа босиши, базан малигнизация) келтириб чиқаради. Буларнинг барчаси Рентген нурларидан теридаги янги ҳосилалар пайдо бўлиши ҳолатлари билан дерматологияда фойдаланишни чеклаб қўйди.

Кўпинча терига зарарловчи таъсирлари анча кам бўлган чегара нурлари (Букки нурлари) қўлланади. Букки нурлари ортиқча бўжамалар, нейродермитларнинг чекланган шакли (сурункали Видал лишайи), сурункали экзема, келоид чандиқлар ва бошқаларда тайинланади. Сурункали болдирлар трофик яралари, васкулитларда лазер қўлланилади.

Ультратовушли терапия. Ультра товуш механик, термик ва жисмоний-кимёвий таъсир кўрсатади. Тўғридан тўғри (териға, мушакка, бўғимларга) ва билвосита (орқа мия илдизларига, симпатик ствол, алоҳида нервлар ва б.) товушлантириш қўлланилади. Дерматологияда тўғридан тўғри локал товушлантириш гидраденит, локал тери қичишишида, чекланган нейродермитда, чекланган склеродермияда, псориастик артропатияда, трофик яраларда қўлланилиши мумкин. Сегментар билвосита товушлантириш сурункали қайталанишли эшакеми, универса тери қичишиши, диффузли нейродермит, тарқалган склеродермияни даволашда мумкин. Ультратовуш ёрдамида дори препаратлари (А витамини, гидрокортизон эмулсия ва б.) юбориш фонофорез деб аталади ва бу, кафт-оёқости псориази, нейродермитнинг чекланган шакли ва ноўткир босқичдаги локал экзема ҳолатларида муваффақият билан қўлланиляпти.

Фотокимётерапия (ПУВА-терапия). Бу ном "псорален" сўзининг бош ҳарфидан келиб чиққан. УВА узун тўлқинли ультрабинафша нурларни

билдиради. Даволашда беморни узун тўлқинли ултрабинафша А-нурлари (тўлқин узунлиги 315 дан 400 нм гача) билан нурлантиришдан 2 соат олдин фотосенсибилизаторлар – пувален, метоксален, ламадин ва бошқалар қўлланилади.. Нурлантириш секин-аста дозани ошириб борган ҳолда ҳафтасига 4 марта ўтказилади. Шунингдек, фотосенсибилизаторлар қабулини талаб этмайдиган селектив фототерапия (СФТ) (тўлқинлар узунлиги 280-315 нм гача бўлган В-нурлар)дан ҳам фойдаланилади.

Бошқа физиотерапевтик усуллардан сўгаллар, тери шишларини электро - ва диатермокоагуляциясида электрофорез, фонофорез, магнит майдони, криотерапия ва криодеструкция ҳам қўлланилади. Массаж кўринишидаги криотерапия яллиғланишга қарши таъсир кўрсатади.

ДЕРМАТОЗЛИ БЕМОРЛАРНИ ДАВОЛАШДА КУРОРТ ОМИЛЛАРИ

Курортотерапияда бемор организмига муайян жойнинг иқлим шароитлари, минерал сувлар, балчиқлар, денгиз ва кўрфаз сувлари курама таъсир этади. Санаториялар, дам олиш уйлари, курортларда жойлашган балнеофизиотерапевтик институтларда дерматозларни комплекс даволаш қўлланилади. Курорт омиллари билан бир қаторда, умумий ва ташқи муолажалар ҳам тайинланади, бу ижобий терапевтик натижага самарали ва тезроқ эришишга имкон беради. Курортотерапия ремиссия (касалликнинг вақтинча заифлашуви) узайтириш ва қайталанишлар сонининг камайишига кўмаклашади. Курортда даволаниш дерматознинг ўткир даврида мумкин эмас.

Экзема, нейродермит, қизил ясси темиртки, тери қичишишлари, болалар ва катталар қичимаси, склеродермия, эшакеми, ихтиоз, туғма буллез эпидермолиз, тери силининг айрим (сил волчанкаси, папулонекротик сил, индуратив экзема) шакллари, оёқлар яралари ва бошқалар (стационар, инқироз босқичи ва ремиссия даврида) муваффақиятлари даволанади.

Мижознинг ёши ва умумий ҳолатига боғлиқ равишда турли давомийликдаги ҳаво ванналари ва гелиотерапия организмнинг чиникишига кўмаклашади, унинг иммунобиологик хусусиятини оширади. Ҳаво ванналари дастлабидан 5-15 дақиқа давомида қабул қилинади ва секин-аста уларни 1-2 соатгача кўпайтирилади. Ҳаво ванналари куннинг хоҳлаган пайтида қабул қилса бўлади, аммо нонушта ва тушлиқдан кейин мумкин эмас.

Болаларга илк ҳаво ванналари 2-3 ойликдан бошланади: бола кунига 1-2 марта бир неча дақиқа яланғочланган ҳолда қолдирилади. Кўкрак ёшида ҳаво ванналарини гимнастика билан қўшиш мумкин. Об-ҳаво ва боланинг реакциясига қараб, ҳаво ванналарининг давомийлиги 2-60 дақиқача кўпайтирилади.

Денгизда чўмилишларда инсон организмга сувда эриган туз ва газлар, сув ҳарорати, механик қўзғатувчилар (сув зичлиги, табиий вибромассаж) кўёш радиацияси ва денгиз ҳавоси комплекс таъсир кўрсатади. Денгиз суви 1-5 % турли тузлар (натрий, калций, хлор, магний, бром, йод ионлари ва б.)дан иборат. Даволаш мақсадларидаги чўмилиш одатда сув ҳарорати 18 °С (болаларга 2–3 °С юқори)дан кам бўлмаганда ўтказилади. Дастлаб сувда 1-2 дақиқа қолинади, секин-аста 10-20 дақиқача етказилади.

Акс таъсирлар: силнинг фаол шакли, ревматизм, яққол намоён бўлган атеросклероз, буйрак, ошқозон-ичак, қон касалликлари, юрак-томир ва ўпка-юрак етишмовчилигининг яққол белгилари.

Балнеологик курортларда асосий даволовчи омил минерал сувлар ҳисобланади. Даво мақсадлари учун яроқли эриган газлар, муайян терапевтик фаол ионларнинг умумий минераллашмалари шифобахш минерал сувлар, деб аталади.

Замонавий таснифга кўра, минерал сувлар 7 та асосий бальнеологик гуруҳга бўлинади: 1) специфик компонент ва хусусиятларсиз сувлар; 2) карбонат ангидридли; 3) сульфатли; 4) темирли, маргумушсимон ва б.; 5) бромли, йодли ва юқори органик модда таркибли; 6) родонли (радиоактив);

7) кремнийли иссиқ булоқлар. Бу таснида минерал сувларнинг кимёвий таркиби, жисмоний хоссаси ва организмга таъсирини боғлашга ҳаракат қилинган.

Ҳарорати бўйича минерал сувлар совуқ, илиқ ва қайноқ турларга бўлинади. Дерматологик амалиётда кўпинча сулфидли (сероводородли), родонли, карбонат ангидридли минерал сувлар кремнийли иссиқ булоқлардан фойдаланилади.

Карбонатангидридли (углекислий) ванналар турғун оқ ёки кучсиз қизил дермографизмли ўткир яллиғланишларсиз дерматоз (торпид кечувчи псориаз, нейродермит, сурункали экзема, қичима ва.б.) беморларини даволашда қўлланилади.

Акс таъсири: анамнездаги а миокард инфаркти, нефритлар ва нефрозлар. Сероводород ванналар 5-10 дақиқа давомийликда 1-2 кун ораликда тайинланади; бир курсга 10-15 ванна. Эркин сероводороднинг концентрацияси 30 дан 150 мг/л гача. Таъсири: стационар ёки инқироз босқичидаги сурункали дерматозлар - экзема, псориаз, нейродерматозлар, склеродермия, қизил юпқа лишай, эшакеми, ихтиозлар ва б. Акс таъсири барча курортларда даволаниш каби, шунингдек, ўпка ва бошқа аъзолар сили, жигар ва бўйрак касалликлари, тиреотоксикоз.

Маҳаллий сув муолажа кўринишидаги қайноқ сероводород ванналари қўл ва оёқларни даволашда қўлланилади; ўтириш ванналари, шунингдек, йўналтирилган душ нейродермит, чот ораси, орқа тешик сурункали экземасини, олтингугуртли душ ва душ-массаж – псориазнинг стационар шакли, склеродермия, себореяда бош ва юзни олтингугуртли суғоришда даволашда тайинланади. Сулфид сувлари – бизда қаерда бўлса, ёзиб қўйилади.

Родонли ванналар сероводородга нисбатан юмшоқ таъсир қилади. Терининг яллиғланиш ўчоқларида улар гистамин, сератонин, брадикинин сингари биологик фаол қўзғатувчи моддалар ҳосил бўлишини пасайтиради.

Тарқалма турғун қизил дермографизм билан кечувчи экзема, эшакемида родонли ванналартери томирлари ўтувчанлиги камайган ва бир вақтнинг ўзида томир торайиши эффекти оқбитадига ўткир яллиғланиш ҳодисаларини пасайтиради. Улар, шунингдек, псориаз, атопик дерматит, қичиманинг ривожланган кечишида ҳам самаралидир. Ванналар давомийлиги 5 дан 15 дақиқагача бўлади.

Юрак-қон томир тизими ва ички азолар касалликлари, терининг янги ҳосилалари, эритодермия учун акс таъсирли.

Кремнийли булоқ ванналари родонлига ўхшаш бўлиб, улар кам минераллашган, қичиштирмайди. Шу муносабат билан улардан кучайган ва ривожланган жараён давридаги кўплаб дерматозларда қўлланиш мумкин.

Балчиқли даволашда турли фаол элементлари (сероводород, темир ва б.) бўлган балчиқли ва торфли (ишқорли ва нордон торфлар) балчиқлардан фойдаланилади.

Шифобахш балчиқлар 40–44 °С ҳароратда яққол сўрувчи таъсир кўрсатади. 35–37 °С ҳароратда эса уларнинг нейровегетатив-мувофиқлаштирувчи ва рағбатлантирувчи хусусиятлари намоён бўлади. Шифобахш балчиқлар минерал сувлардан кўпроқ иссиқлик ўтказувчанлиги ва камроқ иссиқлик сиғимига эгаллиги билан фарқланади. Дерматологик амалиётда балчиқ билан даволаш чекланган инфилтратив ўчоқли псориаз, артропатик псориаз, ўчоқли ва дифуз нейродермит, сурункали каллезли ва мугузсимон экзема, склеродермиянинг чекланган ўчоқлари ва қизил юпқа лишайнинг гипертрофик шаклларида тайинланади.

Балчиқли аппликациялар терининг янги ҳосилалари, қон, юрак - қон томиретишмовчилиги касалликларида акс таъсир кўрсатади.

Озонотерапия турли дерматозларда қўлланилади. Унинг патогенетик самараси озоннинг юқори оксидлаш-тиклаш имконияти билан белгиланади. Организмда периферик қон таминоти ва микроциркуляцияларнинг тикланиши, ҳужайраларнинг антиоксидант механизмларининг кучайиши

яхшиланади. Озон яллиғланишга қарши, бактерицид, фунгицид, антивирусли, иммунмодуловчи ва десенбилизацион таъсир кўрсатади. Озонатор сифатида АК-1 активатори ва б.дан фойдаланилади. Озонотерапия экзема, пиодермия, трофик яралар, онихомикозли беморларни даволаш учун тайинланади.

Дерматологияда лазердан ҳам муваффақиятли фойдаланилади. Лазер нурлантириш қувватига қараб паст интенсив (100 мВт/см^2 дан кам) ва юқори интенсив, ёки юқори қувватли турларга бўлинади.

Паст интенсив лазер нурлантириш яллиғланишга қарши, шишларга қарши, тикловчи, иммунокорригирловчи, антигипоксик, оғриқ қолдирувчи таъсир кўрсатади, қон микроциркуляциясини яхшилайди. Уни қўллаш учун асосий кўрсатмалар терининг трофик ярали зарарланиши, тери васкулитлари, герпес, склеродермия, экзема, атопик дерматит, псориастик артритга тегишли ҳисобланади.

Юқори қувватли лазер нурлантириш хужайраларнинг зарарланиши (некроз, коагуляция, буғланиш, тўла олиб ташлаш, парчалаш) ни келтириб чиқаради. Шу муносабат билан ундан жарроҳлик ва косметологияда кенг фойдаланилади. Дерматологик амалиётда жарроҳлик лазерлари турли хавфсиз тери ҳосилалари ва косметик нуқсонлар, терининг томир ва пигмент зарарланишларини даволашда, татуировка, ўткир учли кондилломалар, сўгаллар, чекланган гиперкератозлар, йўғонлашган тирноқ пластинкаларини олиб ташлашда яхши натижалар бермоқда.

МАХСУС ҚИСМ

ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ - ПИОДЕРМИТЛАР

Терининг йирингли касалликлари ёки пиодермитлар (юнонча руон – йиринг, *derma* – тери) тери касалликлари орасида энг кўп тарқалганларидан бўлиб, асосан стафилококklar ва стрептококklar томонидан чақиради, 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, кўтир ва х.к.лар) асоратлари сифатида келиб чиқиши мумкин.

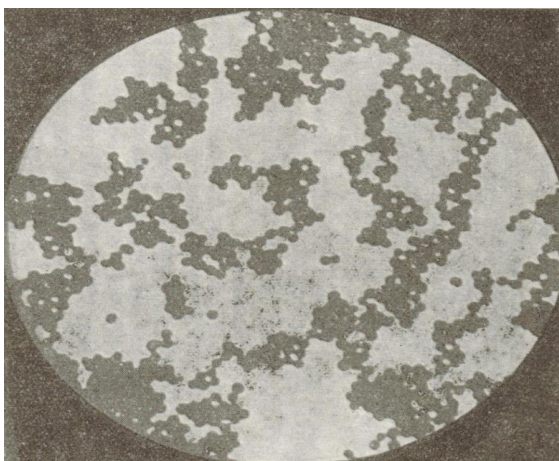
Терида учрайдиган микроорганизмларни 3 та тоифага ажратиш мумкин (У.К. Нобл 1986 й.): Транзит микроорганизмлар – ташқи муҳит предметлари билан қонтактда бўлиш оқибатида терига тушган ва терида кўпаймайдиган; Вақтинча резидент микроорганизмлар – кирланиш оқибатида қисқа муддатга терига тушган, унда кўпаювчи;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

ЭТИОЛОГИЯСИ

Стафилококklar:

- *S. aureus* – тилларанг стафилококк, одамларда касаллик чақиради;

ТИЛЛАРАНГ СТАФИЛОКОКК

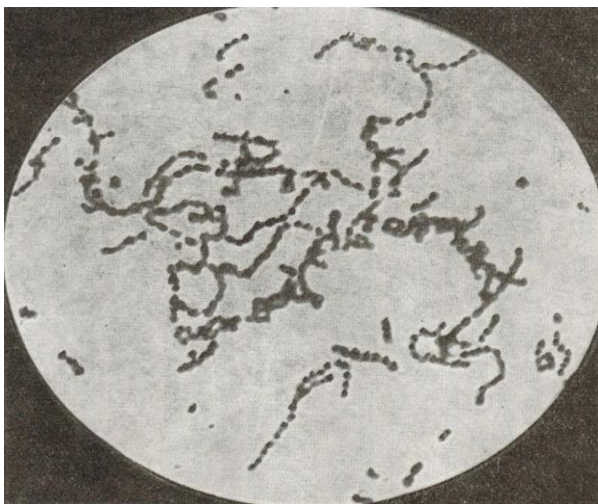


-
- *S. epidermitis* – эпидермал стафилококк, патологик жараёнда қатнашиши мумкин;
 - *S. saprophyticus* – сапрофит стафилококк, патологик жараёнда қатнашмайди.

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



СТАФИЛОКОККЛАРНИНГ ТОКСИК МАХСУЛОТЛАРИ

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

-
- Коагулаза

СТРЕПТОКОКЛАРНИНГ ТОКСИК МАХСУЛОТЛАРИ ПАТОГЕНЕЗИ

- Экзоген омиллар:
- Терининг ҳаддан зиёд қирланиши;
- 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 озикланмаслик, истеъмол қилинаётган озик 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 импетигози (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 ярали пиодермия.

4. Атипик пиодермиялар:

- а) Сурункали ярали-вегетацияловчи пиодермия;
- б) Шанкрсимон пиодермия;
- в) Гангреноз пиодермия;
- г) Аллопонинг вегетацияловчи пиодермияси;
- д) Гоффманнинг бошнинг емирилиб абсцесланувчи фолликулити ва перифолликулити;
- е) Чандикланувчи 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 мойк халтасининг гангренази.

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 қўйикрок, 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

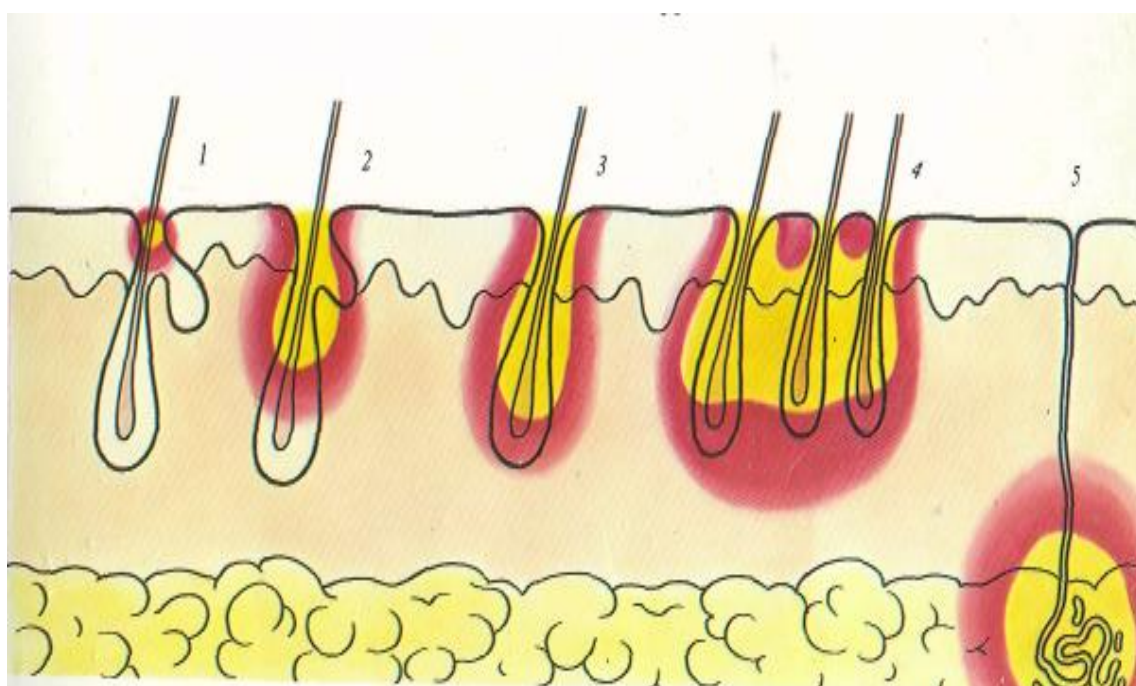
Стрептококклар стафилококкларга ўхшаб ёғ-соч аппарати ва тер безларини жароҳатламай, балки силлиқ терини, айниқса бурмаларни жароҳатлайди. Стрептодермиялар, одатда юзаки характерга эгадир. Шаффоф суюқликли ва периферик тарқалишга мойил, таранг бўлмаган пуфак-фликтена бирламчи элемент бўлиб ҳисобланади.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

АРАЛАШ ЭТИОЛОГИЯЛИ ПИОДЕРМИТЛАР

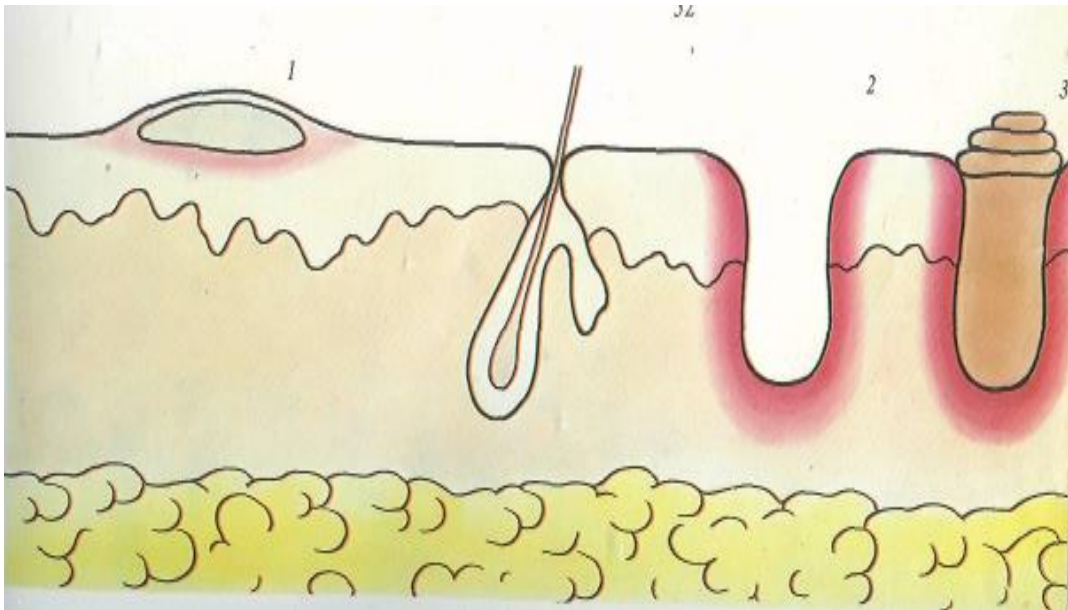
Бу гуруҳ пиодермитларга этиологик омили бир вақтнинг ўзида ҳам стафилококклар ҳам стрептококклар ҳисобланувчи пиодермитлар киради. Бунда дастлаб касаллик стрептококкли ёки стафилококкли пиодермитдан бошланади ва унга тезда стафилококклар ёки стрептококклар қўшилади, бу ҳол эса касалликнинг клиник манзарасига 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



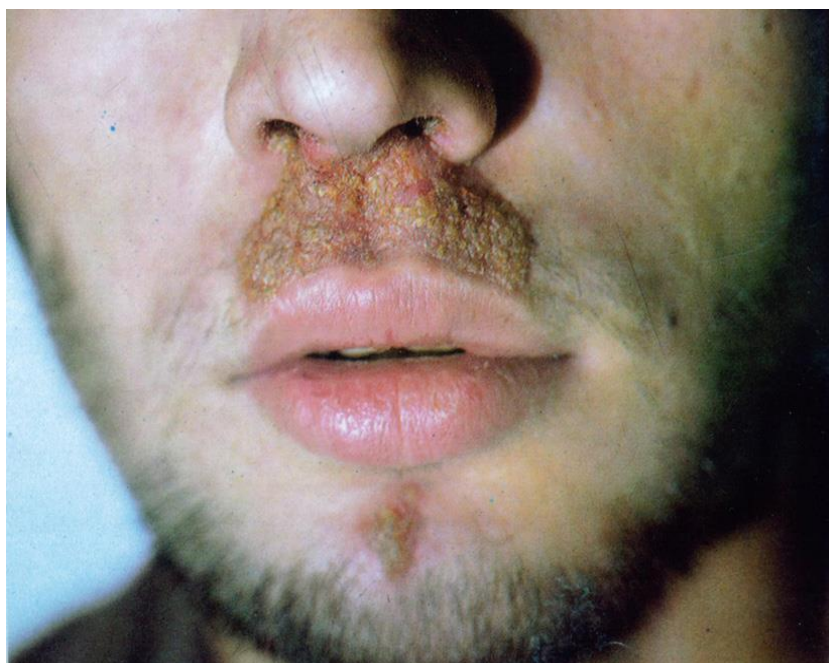
1. ФОЛЛИКУЛИТ

Фолликулит – соч фолликуласининг ўткир йирингли яллиғланишидир. Пиодермитларнинг бу турида стафилококклар фолликуланинг деярли ҳамма қисмида яллиғланиш чақирган холда 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 яқунланади 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

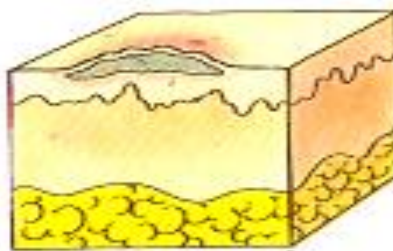
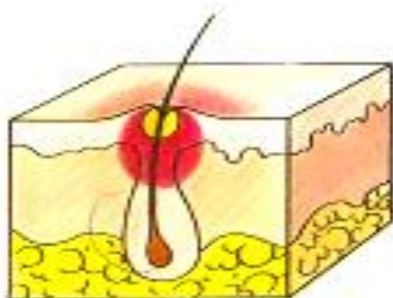
Фурункул (ёки чипқон) терининг кўп учрайдиган йирингли касалликларидан ҳисобланади. Бу соч фолликуласи, ёғ бези, унинг атрофидаги бириктирувчи тўқима ва тери ости ёғ клетчаткасининг ўткир, йирингли-некротли яллиғланишидир. Фурункул кўпинча остиофолликулит ёки фолликулитдан инфекциянинг чуқурга қараб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

КЛИНИК КЕЧИШИ:

Касаллик ривожланишида 3 босқич мавжуддир:

Инфильтратнинг ривожланиш босқичи;

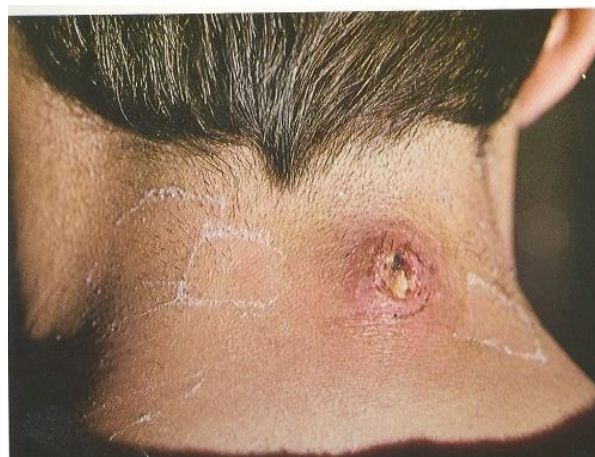
Йиринглаш ва некрозга учраш босқичи;
Чандиқ ҳосил қилиб, тузалиш босқичи.



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, «сагво» – кўмир сўзидан келиб чиққан ва «кўмирга айланиш», («қорайиб куйиш») маъносини англатади. Касаллик бошланишида бир неча соч фолликуласида бирданга 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 неча маддалар шаклланади. Уларнинг қобиғи қорамтир тусга киради, ёрилади ва ғалвирни эслатувчи бир неча тешик пайдо бўлади.

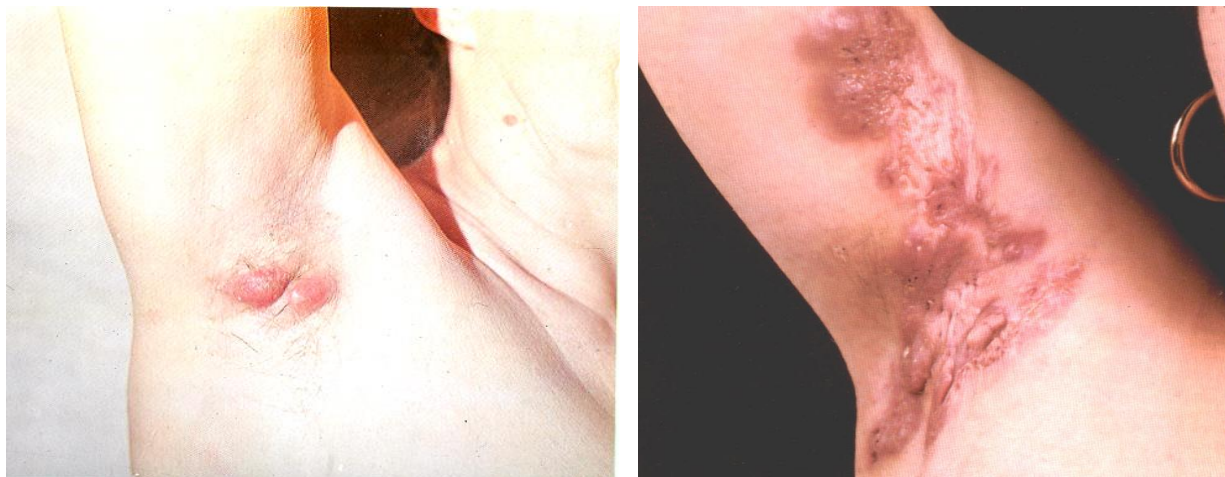
Булардан қон аралаш сарғимтил-яшил рангли йиринг оқиб чиқа бошлайди. Карбункул марказидаги бошқа соҳалар ҳам секин-аста некрозга учрайди. Ажралиб чиққан массалар ўрнида чуқур яра шаклланади. Иккинчи босқич, яъни йиринглаш ва некрозга учраши 14 кундан 20 кунгача давом этади. Бундан кейин яра аста-секин 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 кўлтиқ ости, чов бурмаси, сийна сўрғичи, 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 яқунланади, бу хол ўғил болаларга 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 қамраб 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



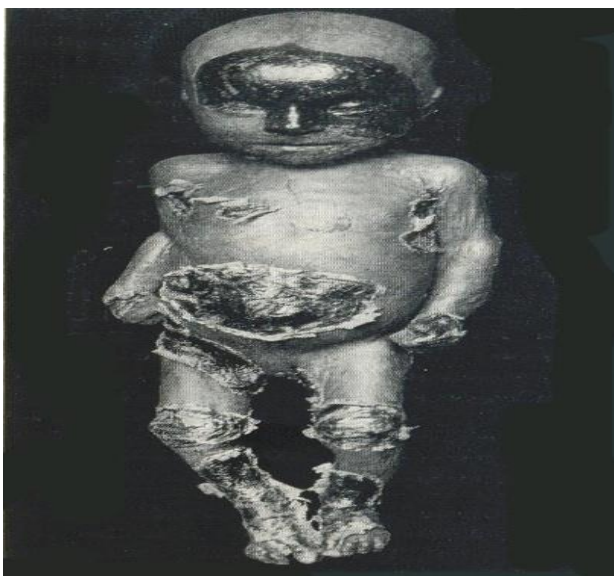
РИТТЕРНИНГ ЭКСФОЛИАТИВ ДЕРМАТИТИ

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)

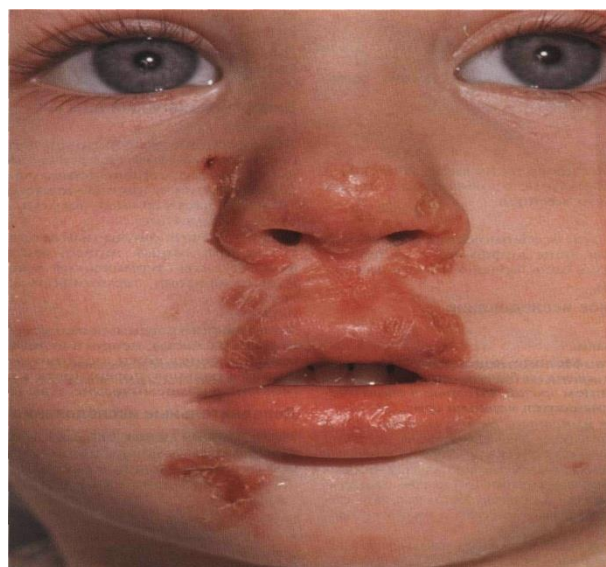


СТАФИЛОКОКЛИ БУЛЛЁЗ ИМПЕТИГО



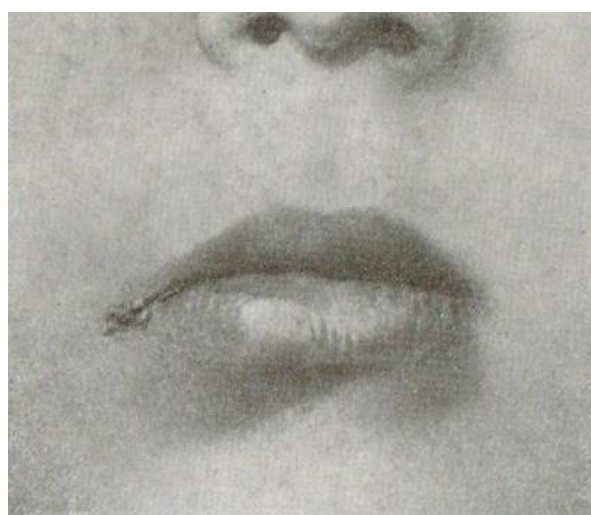
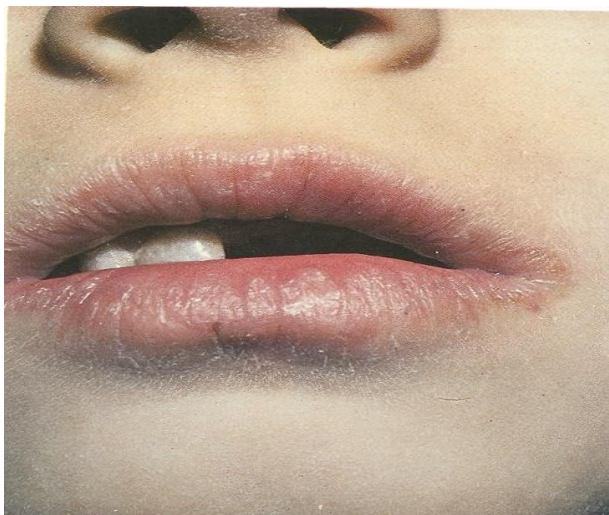
СТРЕПТОКОКЛИ ИМПЕТИГО (IMPETIGO STREPTOGENES)

Касалликнинг асосий элементи фликтена бўлиб, бу гиперемияланган, шишган асосдаги, таранг бўлмаган қобиқлар 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

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 қир-қулранг йирингли, некротик мадда билан қопланган, осон қон чиқиши кузатилади, қирғоқлари юмшоқ, шишган, димиққансимон гиперемияга учраган, тери сатҳидан биров 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 қурийдир. 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 қулранг геморрагик қалоқлар кўринишида қуриган экссудат билан қопланади.



**СУРУНКАЛИ ЯРАЛИ ПИОДЕРМИЯ
(PYODERMIA CHRONICA ULCEROS)**



СУРУНКАЛИ ЯРАЛИ ПИОДЕРМИЯ



ГАНГРЕНОЗ ПИОДЕРМИЯ



ПИОДЕРМИТЛАРНИ ДАВОЛАШ

Терининг йирингли касалликларини даволаш комплекс равишда куйидаги мақсадларни кўзлаган холда олиб борилади. Махаллий даво ўтказиш йўли билан пиодермитлар ўчоғига бевосита таъсир ўтказиш. Касалликнинг қўзғатувчисига қарши умумий этиотроп даво буюриш. Бемор организмнинг патоген микроорганизмларга қаршилик 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 импетигози 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 қалоқлар 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 кўзгатувчиси, 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.

ТЕРИНИНГ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДЕРМАТИТЛАР

Дерматит — хар хил экзоген -механик, физик, химик ва биологик омилларнинг таъсири натижасида келиб чиққан терининг яллиғланишидир. Айрим холларда 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 аллергияк 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 харорат кабилар киради.

Аллергияк 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, канча вақт давомида таъсир қилганига ва организмнинг индивидуал хусусиятига боғлиқ. Касаллик кечишига караб 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 хосил бўлиши мумкин. Жараён тузалганда эса қипиқланиш ва пигментация кузатилади. Некроз ва яра ўрнида эса чандиқ қолади.

ОДДИЙ КОНТАКТЛИ ДЕРМАТИТ



КОНТАКТЛИ ДЕРМАТИТ



АЛЛЕРГИК 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 фарк қилдирадиган белгилари ҳам бор. Оддий контактли дерматитда касаллик ўчоғи қитиқловчи омил таъсир қилган соҳанинг ўзи билан чегараланади, атрофдаги териға тарқалмайди, шунинг учун чегаралари ҳам аниқ бўлади. Аллергик контактли дерматитда эса атрофға тарқалади, чегараси ноаниқ. Аллергик контактли дерматитда везикуляция устивор бўлади, шу жихатдан бу дерматит экземаға яқинроқ.

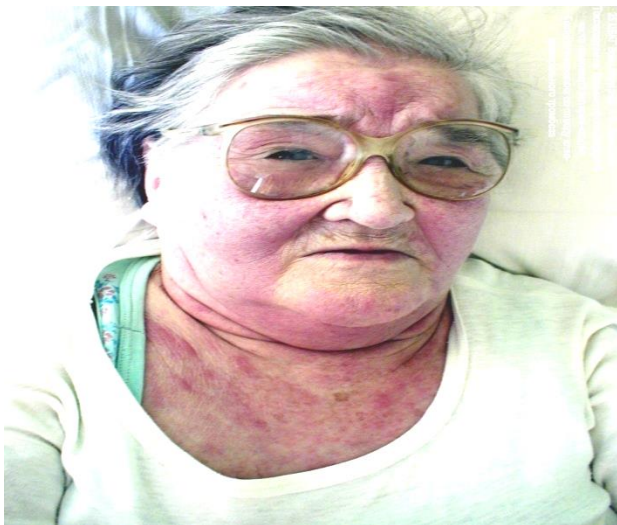
Сурункали дерматитлар кучсиз қитиқловчиларнинг териға узоқ вақт мобайнида таъсир қилиб туриши оқибатида келиб чиқади. Клиник манзарасида димланишға хос гиперемия, лихенификация, қипиқланиш кабилар кузатилади.

ТОКСИКОДЕРМИЯЛАР

Токсико-аллергик дерматитлар (токсикодермиялар) аллергенлар оғиз орқали, нафас йўллари орқали ёки парентерал йўл билан тушганда ривожланади. Токсикодермиялар келиб чиқишиға 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 холлардагина қайси дори моддаси чақирганини маълум даражадаги эхтимоллик билан айтиш мумкин. Масалан сульфаниламид дори моддалари томонидан фиксацияланган эритема деб номланувчи токсикодермия чақирилади. Йод ва

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



ТОКСИКОДЕРМИЯ



ПАПУЛЕЗ ТОКСИКОДЕРМИЯ



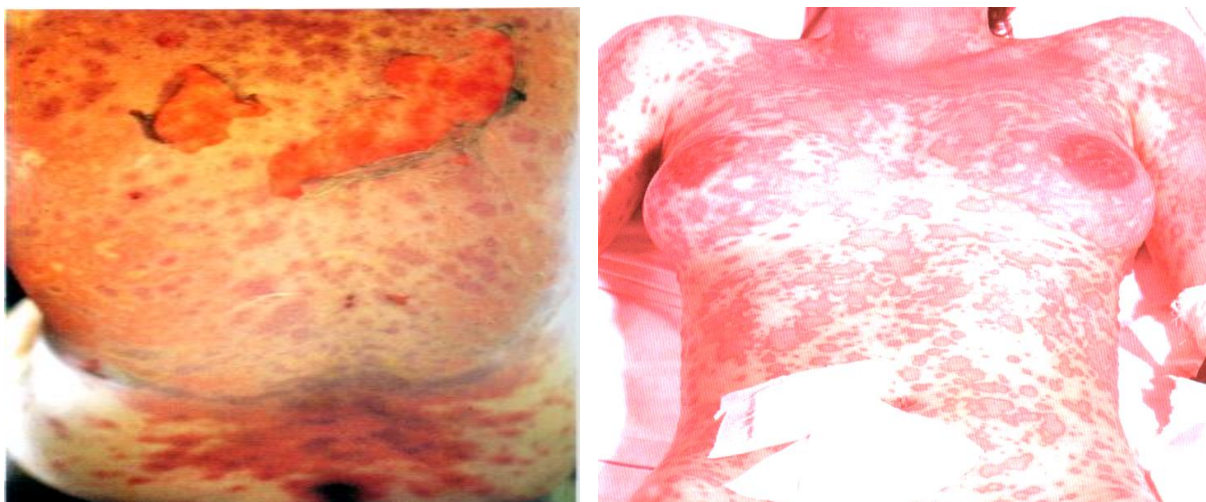
ФИКСАЦИЯЛАНГАН ЭРИТЕМА



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 (eczeo) – 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, бошкалари эса эндокрин безларига, аллергияга ва ирсийтга бошлаганлар. Хозирги вақтда (Ю.К.Скрипкин, И.Я.Шахтмейстер) – экзема келиб чиқишининг сабаблари комплекс бўлиб нейроаллергик, эндокрин, модда алмашуви ва энзоген факторлар киради. Экзоген аллергенларга химик, биологик, бактериал, физик агентлар, дорилар, овқат моддалари, косметика препаратлари киради.

Болаларда айниқса чакалоқларда экземанинг келиб чиқиш механизми бироз бошқачароқ бўлиб қуйидагилардан иборат: бола организмидаги алохида бир ҳолат бўлиб, бу қандайдир ички ва ташқи қузғатувчига экзема билан жавоб беришга "тайёр" бўлиб туради.

Бунинг асосий сабаблари қуйидагилар:

а) Болани овқатлантириш режимини бузилиши; б) диспептик узғаришлар; в) сурункали инфекциялар (отит ва б-лар); г) модда алмашинувининг узғариши ва бошкалар.

Ташқи сабаблар: айрим микроблар (стрептококк, дрожки), сийдик ва ахлатнинг терини зарарлаши ва бошкалар.

Экземани классификацияси. Ю.К.Скрипкин экземанинг қуйидаги классификациясини таклиф қилади:

КЛИНИКАСИГА ҚАРАБ

1. Хақиқий (идиопатик) экзема. (пруригиноз, дисгидротик);
2. Микробли (нуммуляр, варикоз, сикозсимон, паратравматик, аёллар сурғичини атрофидаги экзема);
3. Себореяли;
4. Профессионал ёки касбга боғлиқ;
5. Болалар экземаси: хақиқий, микробли, себореяли;
6. Қам учрайдиган шакллари: Капошининг герпессимон экземаси, прурригиноз, вакцинали.

КЕЧИШИГА ҚАРАБ:

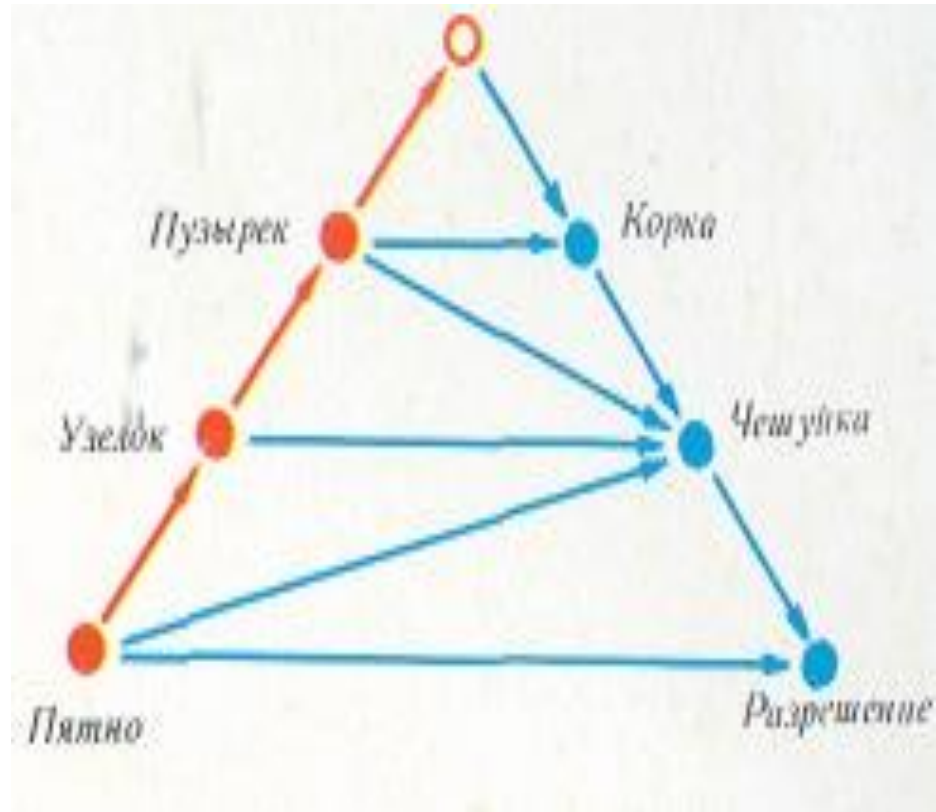
- 1) Ўткир.

2) Сурункали.

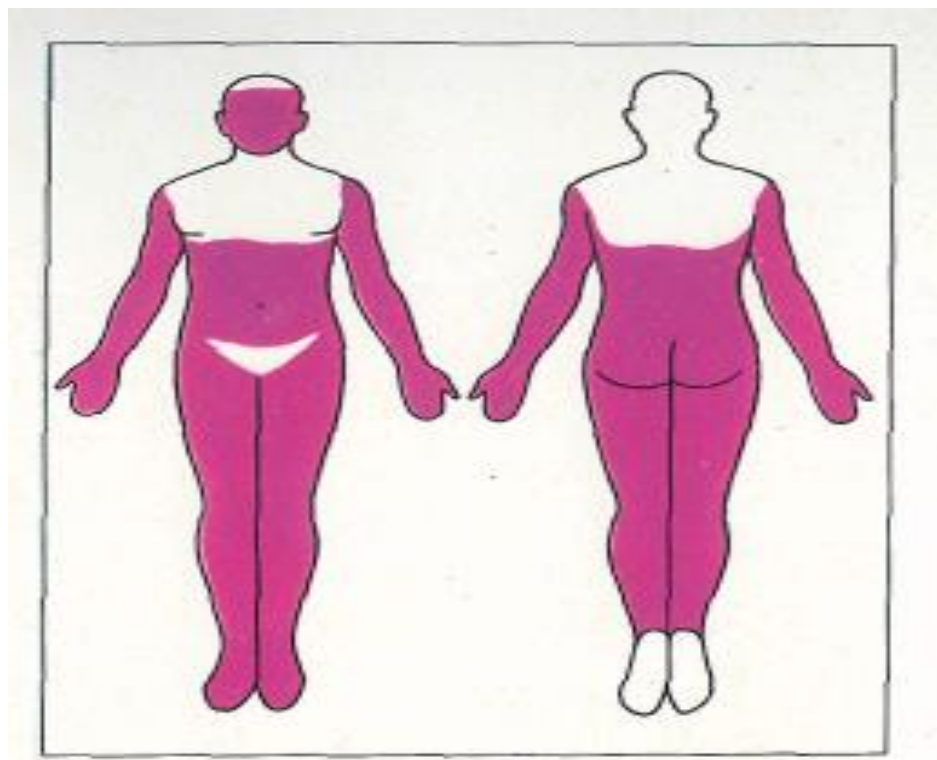
ХАКИКИЙ (ИДИОПАТИК) ЭКЗЕМА

ХАКИКИЙ (ИДИОПАТИК) ЭКЗЕМА – касалликни бошланишида бир канча боскичларни куриш мумкин – жарохатланган жойда тери кизариб эритема хосил килади, кейинчалик инфильтрация кучайиб эритема тугунчага айланади, тугунча аста-секин инфильтрациянинг кучайиши натижасида пуфакчага айланади, пуфакча ёрилиб сув чикиб турган эрозияга айланади, эрозия устида хосил булган сероз "кудукчалар" худди кайнаётган сувни эслатади. ("экзема" – грек сузидан келиб чикиб, кайнаб чикиш маъносини билдиради). Бу даврда экзема энг юкори кулминацион боскичга кутарилади, кейин аста-секин кайта бошлайди. Эрозия усти пустлог билан копланди пустлог тушиб кетиб, урнида кипиксимон кепакланиш булади, сунгра кора дог колади. 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.

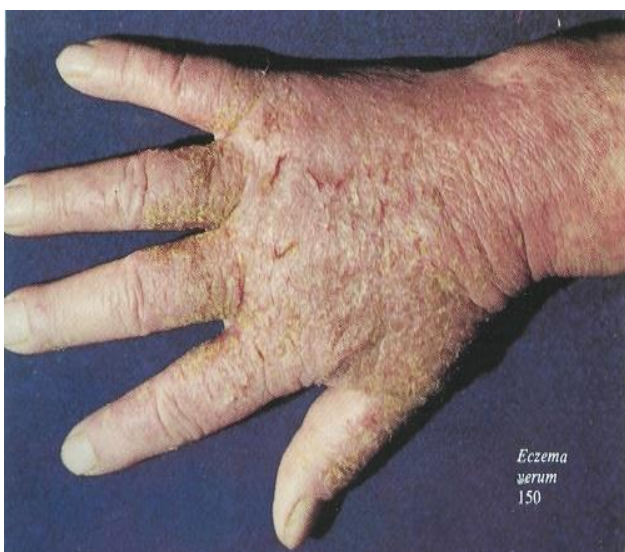
ХАКИКИЙ ЭКЗЕМАНИ БОСҚИЧЛАРИ
SCHEMA CURSUS PROCESSUS ECZEMATIS



ХАКИКИЙ ЭКЗЕМАНИ ТЕРИДА ЖОЙЛАШИШИ
LOCALISATIO TYPICA (ECZEMA VERUM)

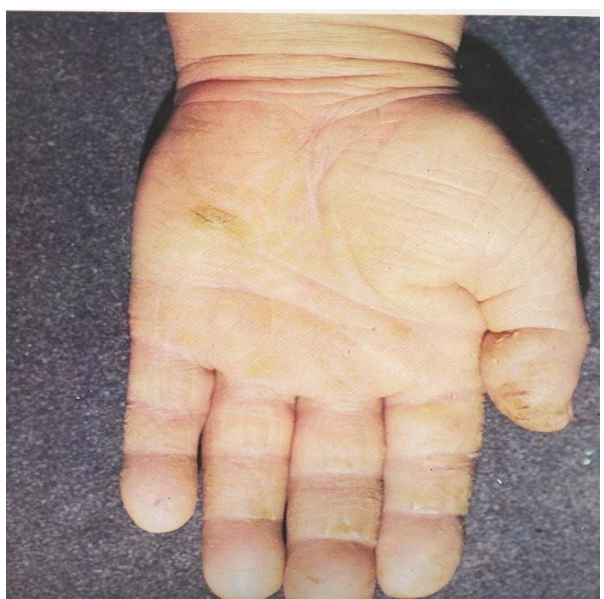


ХАКИКИЙ ЭКЗЕМА



ECZEMA ACUTUM

ECZEMA CHRONIATUM



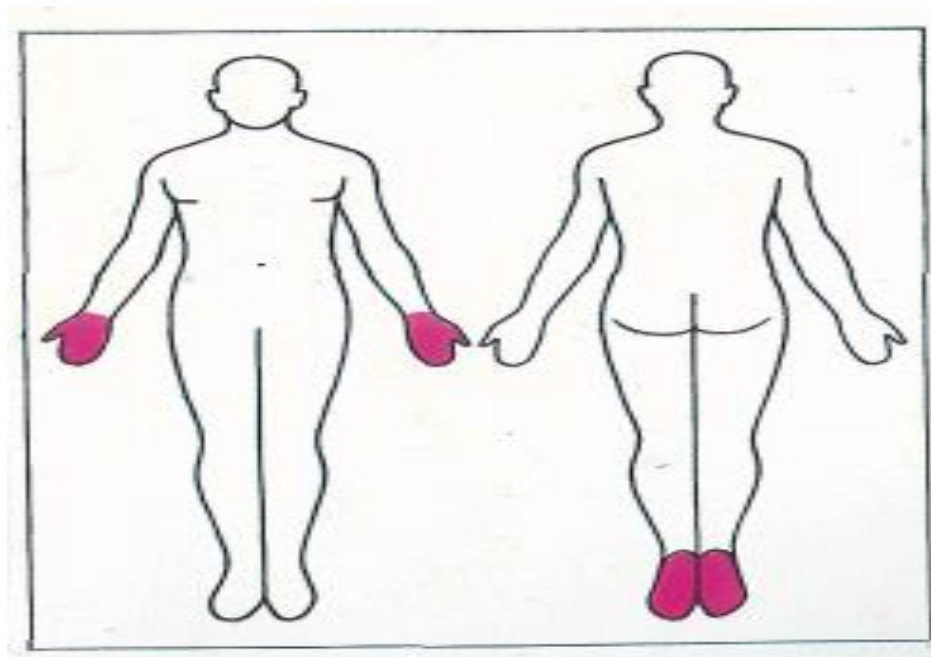
ХАКИКИЙ ЭКЗЕМАНИНГ ТУРЛАРИ

Хакикий экземанинг куйидаги турлари ажратилади.

а) Пруригиноз экзема. Бу турида терининг жарохатланган жойида жухоридек келадиган, каттик папула-везикулез элемент хосил булиб, ёрилмайди ва эрозия хосил килмайди. Купинча юзда, кул-оёк бугинларида, такимда жойлашиб, тез-тез кузгаб турувчи хроник шакли утади. Узок вақт давом этиши, кичишиш натижасида жарохатланган жой териси курукшаб, калинлашиб лихеинфекция хосил булади. Экземанинг бу формаси хакикий экзема билан прурито уртасидаги касалликдир. Ёш болаларда прурито экзема асосан 4-6 ёшдан бошланиб юкоридаги теридаги клиник узгаришлар, жарохатланган жойида терининг кизариб ишиши билан бирга булади. Дермографизм ок булади. Бундай болаларда купинча бронхиал астма булади.

б) Дисгидротик экзема. Экземанинг бу формасида оёк-кул панжалари орасида тугногич бошидек, каттик пуфакчалар пайдо булади. Баъзан пуфакчалар кушилиб катта пуфакка айланади. Пуфакчалар ёрилиб саргиш пустлог билан копланган эрозия хосил килади. Жарохатланган жой кизариб ишади, хамда каттик кичишади.

ДИСГИДРОТИК ЭКЗЕМАНИ ЖОЙЛАШИШИ LOCALISATIO TYPICA (ECZEMA DYSHIDROTICUM)



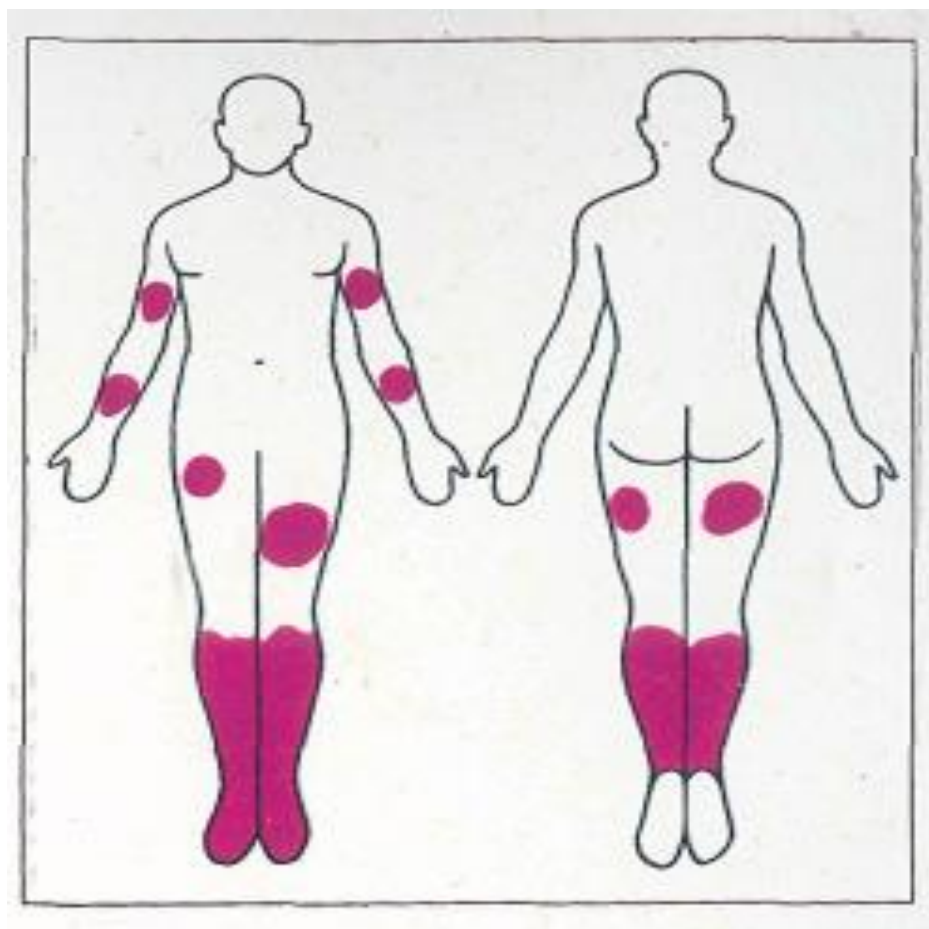
ДИСГИДРОТИК ЭКЗЕМА



МИКРОБЛИ ЭКЗЕМА

Микробли экзема хакикий экземадан фарк килиб кўпинча 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 аниқ бўлиб кўп 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 бўлиб, осон қонайди. Хар жой-хар жойда хакикий экземага ухшаб сув чиқади. Баъзан микробли экзема операциядан кейин трофик яра атрофида мадда, яллигланган эритема, папула ҳосил 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 жароҳатланган 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, жароҳатланган 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.

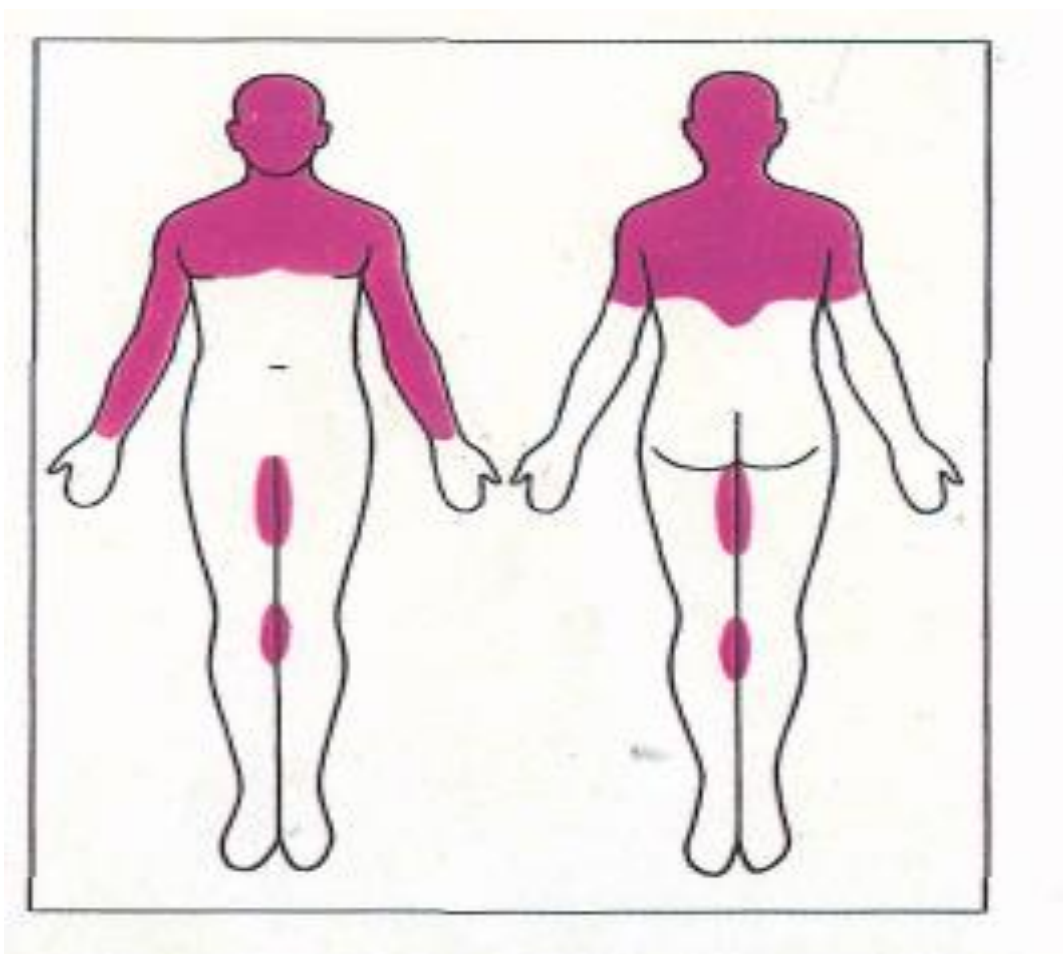
ECZEMA MICROVICUM



СЕБОРЕЯЛИ ЭКЗЕМА

Себореяли экзема купрок бошда, юзда, курак суюкларини 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.

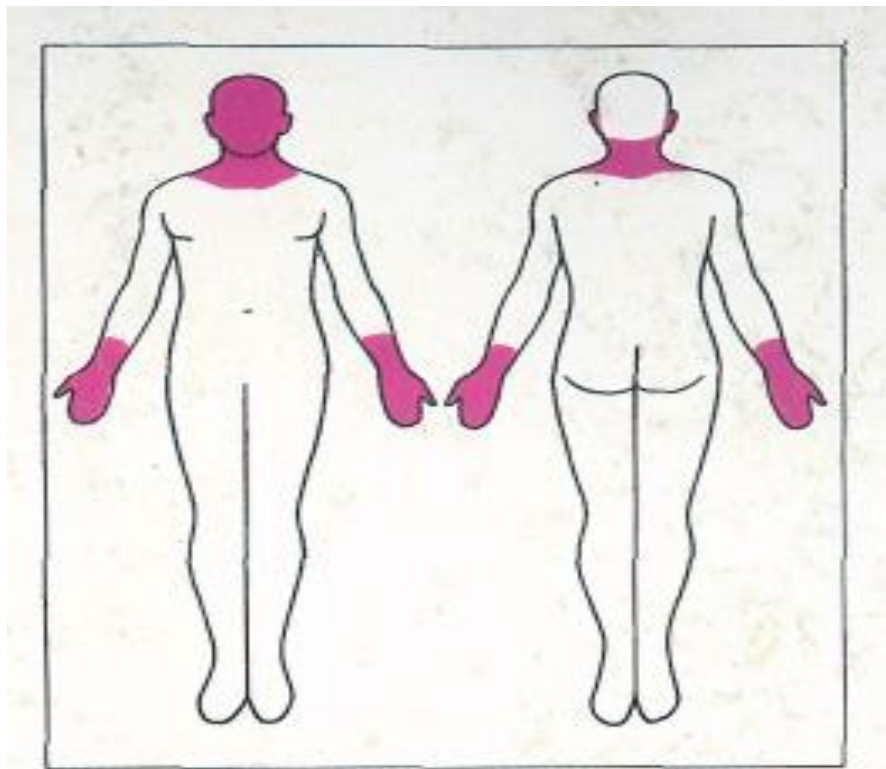
**LOCALISATIO TYPICA
(ECZEMA SEBORRHOICUM)**



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, нейрелептик 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 қошиқдан 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-ҳил эритмалар (риванол 1-1000, 2% борная кислота, 0,2% фурациллин, 0,25% ляпис ва ҳ-золар) билан пирмочка килинади. Сув чишиш тўхтагандан кейин паста ёки 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 холат бўлиб, бу кандайдир ички ва ташки кузгатувчига атопик дерматит билан жавоб беришга "тайёр" булиб туради. Атопик дерматит (АД) – сурункали, аллергия касаллик бўлиб, у атопияга генетик мойиллиги бор шахсларда ривожланади, кайталанувчи кечиш хос, клиник аломатларида бемор ёшига караб узига хос хусусиятлари бор, экссудатив ва (ёки) лихеноид тошмалар билан характерланади, кон зардобиди IgE ортиши кузатилади, махсус ва носпецифик китикловчиларга сезувчанлиги ортиши кузатилади. Клиник амалиётда АД купинча «аллергик» ёки «экссудатив – катарал» диатез номи билан юритилади. АД болалардаги аллергия касалликлар ичида кўп учраши бўйича аввалги ўринни эгаллайди (50-75%). Охириги йилларда АД касаллигининг кўпайиши, кечишининг оғирлашиши кузатилмоқда.

АД ривожланишида эндоген омиллар (наслийлик, атопия, терининг гиперреактивлиги, терида функционал ва биохимик жараёнларни бузилиши) энг асосий рол уйнайди. Бу омиллар экзоген омиллар (аллергенлар ва ноаллергенлар) билан кушилиб, АД клиник манзарасини ривожланишига сабаб булади. Атопикларда Т-хелперлар-2 микдори ортган, умумий IgE гиперпродукцияси кузатилади. Боланинг отаси ва онаси соғлом бўлса, болада АД ривожланиш хавфи 10-20%, агар улардан бирортасида (отаси ёки онаси) аллергия касаллик ёки реакция бўлса, 40-50%, агар иккаласи ҳам бемор булса, 60-80%. Ташқи омиллардан боланинг 1 ёшга тулгунча бўлган вақтда болани овкатлантириш режимини бузилиши асосий омил булса, 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 куйидагича 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 тарқалганлигига қараб куйидагича бўлинади:
 - ▶ Чекланган.
 - ▶ Тарқоқ.
 - ▶ Диффуз.

Клиник манзарасининг (кечишининг) оғирлигига қараб:

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

Касалликнинг даврлари ва фазаларига қараб:

- ▶ 1. Бошлангич босқичи
- ▶ 2. Яққол ўзгаришлар босқичи
- ▶ (авж олиш даври – рецидивлар)
- ▶ а) ўткир фазаси

-
- ▶ б) сурункали фазаси
 - ▶ 3. Ремиссия боскичи
 - ▶ а) чала ремиссия (ним ўткир даври)
 - ▶ б) Тула ремиссия
 - ▶ 4. Клиник соғайиш боскичи

Клиник этиологик вариантлари (устивор аллергенларга нисбатан):

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

АТОПИК ДЕРМАТИТНИ КЛИНИКАСИ

Касалликнинг асосий белгилари эритема, шиш, папула, қалоқлар, эксориация, лихенификация, ёриқлар, терининг қуруқшаши, кучли кичишиш, уйқусизлик, 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:

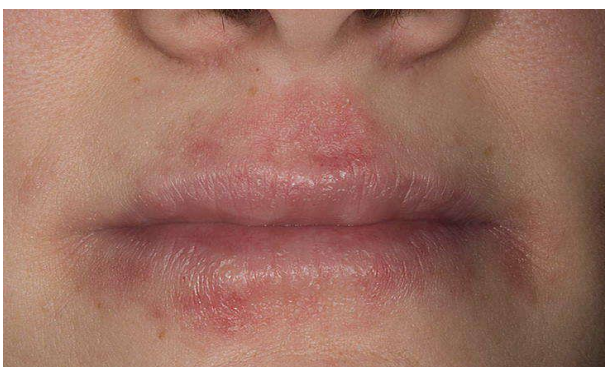
- ▶ 1) IgE микдорининг ортиши (юкорилиги).
- ▶ 2) касалликнинг эрта ёшдан (2 ёшгача) бошланиши.
- ▶ 3) кафт ва товонларнинг гиперлинеарлиги (чизикларнинг куплиги).
- ▶ 4) юзда ва елка соҳасида ок доғларнинг мавжудлиги (Pityriasis alba).
- ▶ 5) фолликуляр гиперкератоз (елка, билак, тирсакнинг ташки томонида «муғузли» 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 аёқларда 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 аёқларда 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 орка 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 қўлларда группа-группа бўлиб, ярим шарсимон папулалар, геморрагик калоклар билан копланган бўлади. Қаттик қичишиш 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 булган аллергенлар (чанг, жун махсулотлари) таъсирини бартараф килиш керак. Агар иш жойида хар ҳил химиявий моддалар ёки аллерген вазифасини ўташи мумкин бўлган нарсалар билан контактда бўлса, иш шароитини узгартириш талаб килинади. Овкатланиш режимига алохида ахамият бериш керак. Бунда ўзида аллерген тутувчи озик-овкат моддалари (мош, ловия, нухат, тухум, цитрус мевалари, кофе, какао тутувчи озик-овкат моддалари, от гўшти, 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 ҳаётининг биринчи икки ҳафтасидан бошлаб катта ёшдаги ва ёши катта одамларда учраши мумкин булган хар ҳил тери касалликлари учраши мумкин. Бизга маълумки, баъзи бир касалликлар, аввалам бор тугма нуксонлар, деформациялар, дисплазиялар, невус ва невусли касалликлар, чакалок ҳаётининг биринчи икки ҳафтасидан бошланиб, унинг болалик даврида ва хаттоки бир умр сакланиб қолиши мумкин. Аммо, шундан бир гуруҳ тери касалликлари борки, улар чакалок ҳаётининг дастлабки кунларига специфик, характерли булиб, кузатилиб, яъни чакалок тугилиш билан бошланиб ва чакалоклик даври утиши билан йук булиб кетиши, қайта учрамаслиги мумкин.



VERNIX CASEOSA

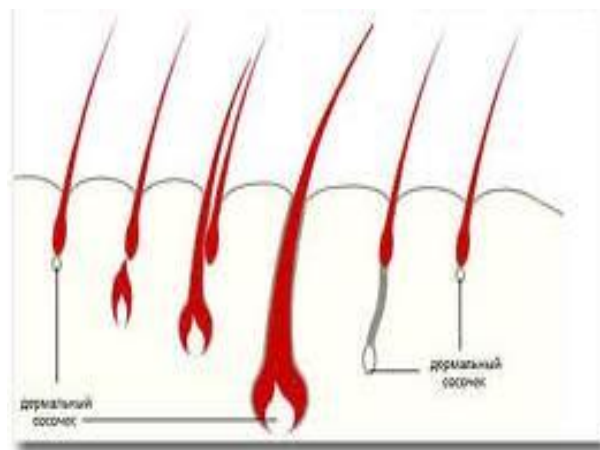
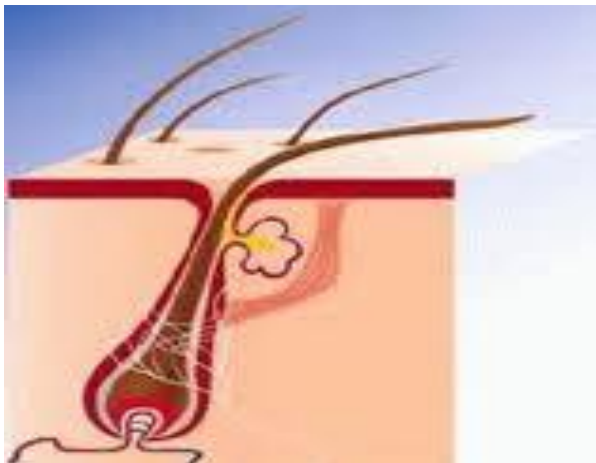
Vernix caseosa. Янги тугилган чакалокнинг териси кулранг-окишсимон ёки кулранг-сариксимон ёгли, шилимшик модда билан копланган булади, уни – *vernix caseosa* деб аталади. Бу куриниш чакалокнинг терисининг барча кисмида кузатилсада, аммо юзи, кулоклари, култик ости сохаларида, чов бурмаларида ва бели терисида, купрок тананинг орка юзаларида яккол намоён булади. Бу модданинг асоси эфир ва ёгларда яхши эрийдиган узгарган эпителиаль хужайралардан, холестериндан, гликоген ва элеидиндан ташкил топган. Куп муаллифлар vernix coseosани чакалоklar териси учун бактериялардан яхши химоя воситаси хисоблашади, чунки у чакалоklar терисида колдирилганда чакалоklarнинг йирингли касалликларга чалиниши сезирарли равишда пасайганлиги аникланган. Чакалок биринчи марта чумилтирилганда унинг терисини рН кислотали эмас, балки нейтральга якин булади.



СОЧЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Чакалок терисининг катта қисми майин сочлар билан копланган булиб, туғилишидан олдин ёки биринчи хафталарида тушиб кетади; бир умрга ёки узок бир вақтга колмайди. Чакалокнинг боши пешонасигача борадиган калин (купинча кора) сочлар билан копланган булади. Бундан сочларнинг булиши, кейинчалик уларнинг бошка сочлар билан туқилиши ва алмашиниши, баъзида сочларнинг бошнинг сочли қисмида чакалокнинг туғилиш вақтида

йуклиги ёмон белги хисобланмайди, келажакда ушиб чиқадиган сочнинг сифати, микдори ва рангига таъсир қилади. Болалар ҳаётининг иккинчи йилидан бошлаб терини қоплайдиган доимий сочлар аниқлана бошлайди.



ТИРНОҚЛАРДАГИ ЎЗГАРИШЛАР

Чакалокнинг кул ва оёқларидаги тирноқлар бармоқларининг охиригача бўлади, аммо уларнинг нимжонрок ривожланиши ўсиш бузилишининг белгиси хисобланмайди.



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

аномалияда эпидермиснинг тирнок ости катлами нормал калинлашади ва ҳамма тирноклар ок тирноққа ухшаб қуриниб кетади.

ЧАҚАЛОҚЛАРДАГИ ФИЗИОЛОГИК САРИҚЛИК

Чакалоқларнинг 80%да ҳаётининг *2-3 кунларида* ёки *4-6 кунларида* тери, шиллик қаватлар ва склера ранги сарик рангда намоён бўлади, буни чакалоқларнинг физиологик сариклиги деб аталади. Терининг бундай бўялиши асосан юзда, қураклар 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 қислород билан таъминланиш плацентар йўлидан упкага утгани ва жигарнинг глюкоронилтрансфераза тизимининг функционал етишмовчилигидир. Бундан ҳолатда чакалоқни даволаш шарт эмас. Агар сариклик 10 кундан ортиб кетса, демак жигарнинг функционал курсаткичлари пастлиги белгисидир.

ИХТИОЗСИМОН ТЕРИНИНГ ҚУРУҚЛАШИШИ

Чакалоқларнинг маълум бир қисмида туғилишидан 2-3 кун утгач ёғ безларининг тез катадиган секретини ажралиши қучайиши қузатилади. Баркутсимон, нозик тери қуруқлашади, дағаллашади, қалинлашиш натижасида эпидермис осон ёриладиган ҳолатга келиб қолади, ранги эса қунгирсимон рангда бўлади. Юқорида келтирилган узғаришлар қупинча тирсақларда, қафтларда, бармоқларда қузатилади. Бу ҳолат чакалоқ ҳаётининг биринчи ҳафталар ўтиши билан йуқолиб кетади ва ихтиоз қасаллиги билан умуман боғлиқ эмасдир. Терини тезда меёрига келтириш учун илик совунли ванналар, ундан сунг эса терига болалар ва ланолинли кремлар 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, биров саргиш, диаметри 1 мм гача булган нуктасимон папулалар кузатилади. Элементлар бир-икки та ёки куп сонли буладилар, куп холларда гуруҳ хосил қилиши мумкин. Тошмалар бир неча кун сакланиб туриши мумкин, баъзан эса 1,5-2 хафтагача 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 хисобига келиб чиқади деб тушунилади. Даволаш утказилмаса ҳам бўлаверади.

LINEA FUSCA

Кўпинча чакалоклар хаётини II- ва VIII-хафталари, асосан 3- ва 6-хафталарида 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 купинча катта ёшдаги болаларда учрайди.

ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЯ

Телеангиоэктазия – терининг капиллярларининг кенайиши бўлиб, доғ ёки чизикча қуринишида хар хил, кўпинча нотугри шаклдаги, чегаралари ноаниқ, оқиш-пушти рангдаги қуринишга эга бўлади. Телеангиоэктазиялар энсани силлик тери билан чегарадош сохаларда, ковок, кош тепасида, бурунда, юкори лабни юкорисида кузатилади. Капиллярларнинг кенгайиши физиологик холат хисобланади. Улар эмбрионал томирларнинг қолдиги бўлиб, кейинчалик даволанмаса ҳам чакалокнинг биринчи йилининг охирида ёки иккинчи йилининг бошида йуқолиб кетади.

КУКИМТИР ЁКИ МУГИЛЛАР ДОГИ

Кўкимтир ёки мугиллар доги – бу ҳам физиологик ҳолат. Кўпинча куймиш соҳасида, кам думба ёки курак соҳаларида учрайди. Факат сарик иркнинг вакилларида юз соҳасида учрайди. Кўкимтир рангдаги доғлар булиб, улар жойлашган соҳасида сочлар ва инфилтратлар кузатилмайди. Бармоқ 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 (қора кузли ва ок сочли) учрайди. Бу дистрофиянинг белгиси эмас.

УТИБ 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 булиши мумкин, баъзи ҳолларда эса қов соҳаси, қориннинг пастки қисмлари, баъзан тананинг барча пастки қисмини эгаллаши кузатилади. Агар жароҳатланган майдон кичик булса, шишлар тезда қамайиб, қичрайиб, бир неча кунлар уткач йуқолиб кетади. Аммо шиш билан жароҳатланган тери катта соҳаларни эгаллаган булса, узок вақтгача йуқолмаслиги мумкин (2-3 ҳафта). Чала тугилган чакалоқларда шиш осмотик мембраналарнинг утказувчанлигининг ошиши натижасида келиб чиқади. Агар онада сийдикда узгаришлар кузатилмасдан кечаётган нефропатия булса, чакалоқнинг узида буйрак етишмаслигига ўтиш ҳолатларида ўтиб кетувчи шишлар кузатилиши мумкин.

ЧАКАЛОҚЛАРНИНГ ЛИМФАНГИОЭКТАТИК ШИШИ

Чакалоқларнинг лимфангиоэктатик шиши – бу вақтинчалик ҳолат булиб, патологик аҳамиятга эга эмасдир ва бармоқлар ва товонларнинг шишишиб кетиши, ҳамирсимон қонсистенция билан характерланади. Тананинг бошқа қисмлари зарарланмайди, жараённинг жадаллашиши

(прогрессивлашиши) кузатилмайди, бир неча хафта ёки ойлар утгач йуколиб кетади. Бу холатнинг 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 булмаган холатдир. Кўпинча кукрак сутини истеъмол килаётган чакалокларда кузатилади. Чакалок терисида тез утиб кетадиган полиморф тошмалар кузатилиши билан характерланади. Терисида эритематоз доғларда жойлашган зич, думалок, окиш-сарик ёки ок папулалар ва торвоклар кузатилади. Эритематоз доғлар 1-3 см улчамда булиб, шакли нотугри, кизгишлиги атрофдаги меёрдаги тери билан уйгунлашиб (контрастирует) кетади. Баъзи холларда элементлар бир-бири билан кушилиб кетади. Бармок билан эритема босиб курилганда окаради, тагадаги тукиа эса бир оз зичлашганга ухшаб кетади. Тананинг олдинги ва орка юзаларида купинча жойлашади, баъзан юзда ҳам кузатилади. Кафт, товонлар ва шиллик каватлар жарохатланмайди. Касаллик бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Касаллик рецидиви (кайталаниши) кам учрайди, аммо баъзан тошмалар тошиши биринчи икки хафтада бир неча мартаба кузатилиши мумкин. Касаллик яхши сифатлик давом этади, кичишиш безовта килмайди, тошмалар кепакланишсиз ва пигментациясиз утиб кетади. Чакалокнинг умумий холати ўзгармайди, лекин купинча суюк ич кетиши, периферик конда эозинофилия, микрополиаденопатия, талокнинг катталаниши 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 инфекциялар 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 ҳосил булади. Калоклар тушишганда уни урнида унча катта булмаган яраланиш ва қон чиқиши кузатилади, ярачани атрофида биров шиш ва кизариш кузатилади. Боланинг умумий ахволи узгармайди, температураси меёрида, иштахаси эса яхши булади. Баъзи бир ҳолатларда киндикдан йиринг ажралиб чиқади ва

бурмаларда йигилиб колади, буни – **киндик пиорейси** деб аталади. Киндик ярачасининг битиши чузилиб кетганда уни асосида яраланиш кузатилади, киндик ичига караб усган грануляция катта булмаган кўзикоринсимон шишни хосил килади, буни – **киндик фунгуси** деб атаймиз.



DUCTUS OMPHALOMESENTERICUS

Ductus omphalomesentericusning битмаслиги бу она қорнидаги (внутриутробное) усишнинг дефекти хисобланади. Киндик ва ичак уртаси свищ кузатилиб, ундан ўтга ёки ичак ичидаги суюкликгига ухшах суюклик ажралиб чикиб туради. *Urahus*нинг битиб кетмаслиги (сийдик пуфагидан киндикка келадиган сийдик) ҳам туғма нуқсон хисобланади. Ундан киндик соҳасига сийдик ажралиб чикиб туради. Бу ҳолатни фақат хирургик йўл билан даволаш мумкин.

Иккиламчи инфекциянинг киндик ярачасига тушуши натижасида киндик кон томирларининг артериит ва флебит куринишида яллигланиши мумкин. Киндик гангренаги огир формаси хисобланиб, яллигланиш жараёнининг атрофга ва терининг чуқур қисмларига таркалиши 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 тугиш 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, чакалоқларнинг биринчи хафталаарида бошланиб, баъзан биринчи кунларидан, яхши овкатланувчи болаларда учрайди.

Этиологияси. Асосан жароҳатдан (травма) кейин пайдо бўлиши тахмин килинади. Чакалоқ она корнидан оғир тугилиш ҳолатида тугиш йуллари орқали утаётганда тиббий кискичлар ёрдамида акушерлик ёрдам берилаётганда (хомилани бурилиши, чакалоқни тирилтириш) жароҳат олади. Бу дерматоз ҳозирги вақтда тери ости клетчаткасининг ёш ёғ туқимасининг эссенциал касаллиги ҳисобланади. Чакалоқларда бу туқима кимёвий тузилиши бўйича катта ёшдаги болалар ва катталардан кескин фарқ қилади, чунки стеарин ва ёғли пальмитин кислоталари унда кўп бўлиб, олеин ёғ кислотаси анча кам бўлади. Бундан ташқари чакалоқда териёғ ости клетчаткасининг ретикуло-гистиоцитар туқимасида функционал ўзгаришлар кузатилади.

КЛИНИКАСИ

Жароҳат ўчоғлари асосан белда, елкада, бошда, баъзан оёқ-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 кафти 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 бироз оғрик билан кечади, кам холатларда шу инфилтратларни юмшаши ва марказида тешилиши кузатилади, улардан оз микдорда творогсимон кўринишдаги модда ажралиб чикиб туради.

Гистологик текширувларда тери ёг ости клетчаткасида катта некроз учоглари, реактив яллигланиш 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 қолмайди. Жуда кам холларда иккиламчи инфекция кушилади ёки кальцификация кузатилади. Баъзан баъзи бир беморларда инфилтратлар урнида чандиклар хосил бўлади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ.

Тери ёг ости клетчаткаси абсцесслар билан фарк қилиш 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 ҳам фарк қилинади. Бу касалликларда патологик жараён генерализациялашган холда кузатилиб, терини кескин диффуз зичлашиши, купрок бу холат склеремада якколрок кузатилади (суставларнинг харакатсизланиши, асосан жаг бугинларининг).

Давоси. Даво утказмаса ҳам булаверади. Жараённинг тезрок тузалиши учун иссиклик муолажаларини утказиш лозим: курук иссикли 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 чақалокларда учрайдиган жуда огир касаллик бўлиб, чақалоклар хаётининг биринчи куни, баъзан 2-4 кунларида учрайди. Айрим олимлар (Denis,1824) чақалоклар 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 чуқур 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 чақалокни 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 қўл 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 килиб, кафт ва товонлар жароҳатланади, улар ёстиксимон шишган бўлади. Жароҳат ўчоғидаги тери совук ва бурмаларга йигилмайди. Склеремадан фарк килиб, жароҳат учоғида 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 кушилиб, асосий дозага олиб келинади). Витамин А, Е, С. рутин яхши натижалар беради. *Маҳаллий давода* стероид мазлар, кремлар, хар-хил ўсимлик ёғлари суртилади.

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТ

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТ: Асосан чакалок хаётининг 1-2 ҳафталарида, 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 инфилтрацияси билан бошланади. Бир неча кун давомида жароҳат бурмаларда, кўпроқ – чов бурмалари; камроқ – қўлтиқ ости, бўйин ва қулок орқасига ўтади. Жароҳат учоғи атрофида доғли, папулалар (лентикуляр, нуммуляр тури) элементлари бўлиб, юзаси кепаксимон тангача била оқланади. Боланинг умумий ахволи ўзгармайди, баъзан бироз қайт килиш, ичининг бузилиш кузатилади.



Уртгача 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 килади. 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 пневмония, отит кузатилади.

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

Енгил формада – жароҳат учогини 1-2% анилин бўёқларининг сувдги эритмаси, 0,5% преднезалаон 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. Жароҳат ўчоги думбада, чов бурмаларида, баъзан терида, бошнинг сочли қисмида, қўлтиқ ости ва юзда жойлашади. Жароҳатланган соҳада тери кизарган, инфилтрацияланган юзасида қипикланиш кузатилади. Бошнинг сочли қисмида сарғиш «ёгли» тангачалар тўпланиб, худди конни эслатади. Боланинг юзи маскасимон бўлади. Тангачалар тушган бошнинг сочли қисмида сочлар тўкилади. Оралиқ, думба соҳасидаги терилар шишган, кизарган бўлиб, сув чиқиши кузатилади. Баъзан мацерацияланган жароҳат учогининг марказида чуқур ёриқлар пайдо бўлади. Айрим беморлар тирногида кундаланг чизиклар пайдо бўлади. Болаларнинг умумий ахволи оғир бўлади. Рахит белгилари жуда эрта бошланади. Бир кунда 3-7 мартагача қайт қилиш, 4-10 марта суюқ

шилимшикли ич қетиши қузатилади. Болаларда III даражали гипотрофия анемия қузатилади. Касал ёмон ухлайди, безовталанади, кон кўйиш, витаминлар берилишига карамай, анемия кўпаяди. Кунда эазонифилия, ЭТЧ-ошиши, буйракда пиэлонефрит, нефрит қузатилади.

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 (пьедрa)

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

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).
- Шиллик 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:

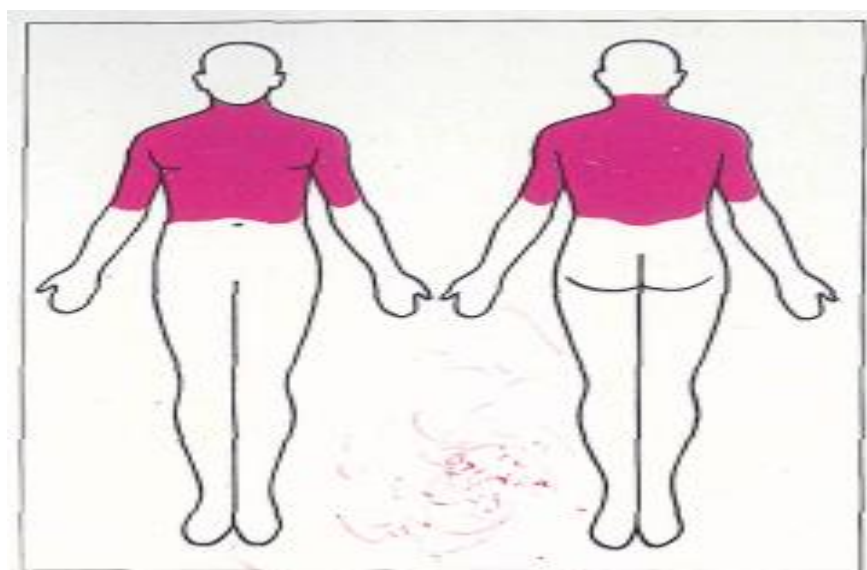
- Кокцидиоидоз.
- Гистоплазмоз.
- Бластомикозлар (криптококкоз).
- Хромомикоз.
- Споротрихоз.
- Аспергиллез.
- Мукороз

Псевдомикозларга қуйидаги касалликлар киради:

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

Кератомикозлар гуруҳига 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 терига 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 темирткини 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 куйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

- Сквамоз тури.
- Интертригиноз тури.
- Дисгидротик тури.
- Ўткир тури.
- Онихомикоз.
- Эпидемофитидлар-иккиламчи аллергик тошмалар.

ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ

Сквамоз турида товоннинг гумбаз соҳасида кипиқланиш кузатилади, эпидермис қалинлашади.

Интертригиноз турида оёқнинг 4-5 ва 3-4 бармоқлари орасида бироз кипиқланиш, 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 кўшилади.

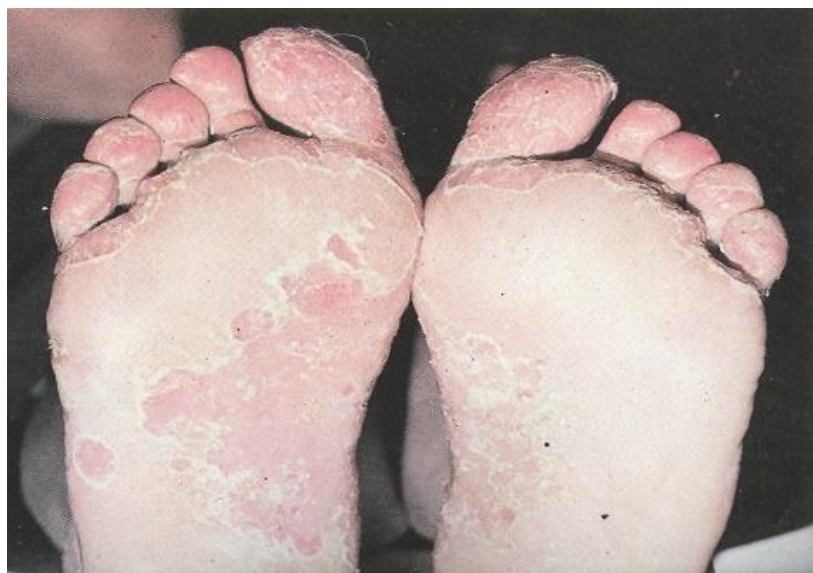
Эпидермофитидлар асосий касалликдан узоқ соҳаларда ҳам пайдо бўладилар, терида эритематоз-сквамоз, везикулез, папулез ва бошқа тошмалар тошади, қичишиш безовта қилади.

Онихомикозларда тирноқлар зарарланиши кузатилади (қуйида келтирилади).

ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ, ИНТЕРТРИГИНОЗ ШАКЛИ



ТОВОН ЭПИДЕРМОФИТИЯСИ, ДИСГИДРОТИК ШАКЛИ

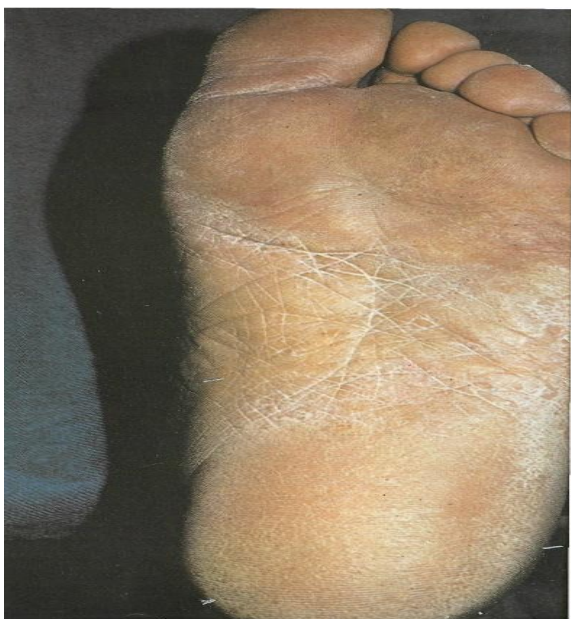


ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-РУБРОМИКОЗ

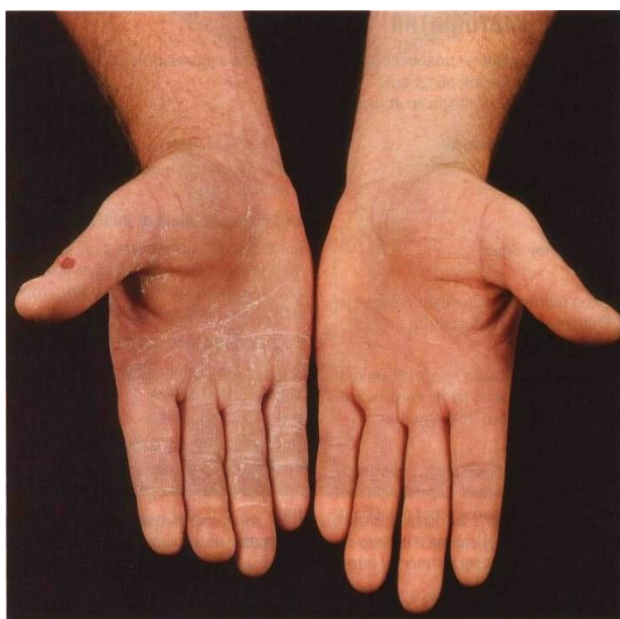
Рубромикознинг (руброфитиянинг) куйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

- Қафт ва товон рубромикози.
- Йирик бурмалар ва силлик 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



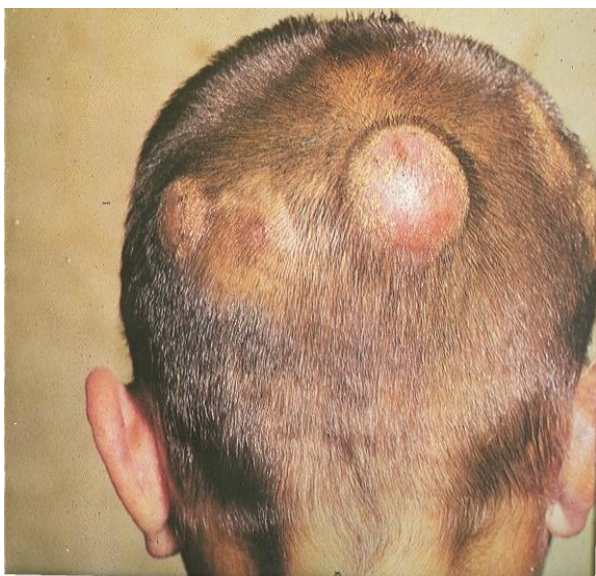
СИЛЛИҚ ТЕРИНИНГ СУРУНКАЛИ ТРИХОФИТИЯСИ



**БОШНИНГ СОЧЛИ ҚИСМИ СУРУНКАЛИ ТРИХОФИТИЯСИ
("ҚОРА НУҚТАЛИ" ТРИХОФИТИЯ)**



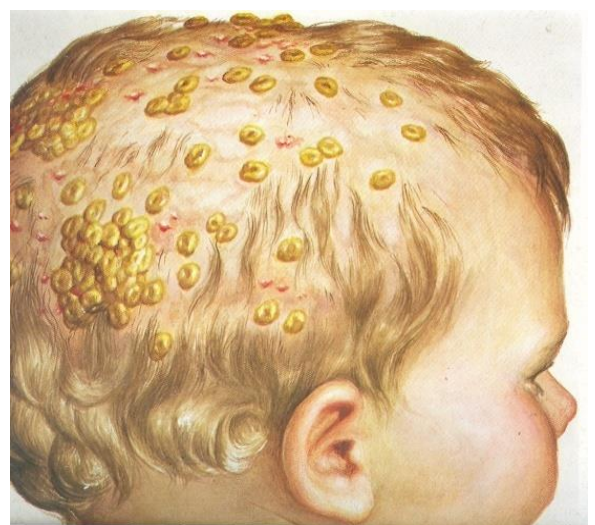
ИНФИЛЬТРАТИВ-МАДДАЛОВЧИ ТРИХОФИТИЯ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-МИКРОСПОРИЯ



ДЕРМАТОМИКОЗЛАР-ФАВУС



БОШНИНГ СОЧЛИ ҚИСМИ ИМПЕТИГИНОЗ ФАВУСИ



ОНИХОМИКОЗЛАР

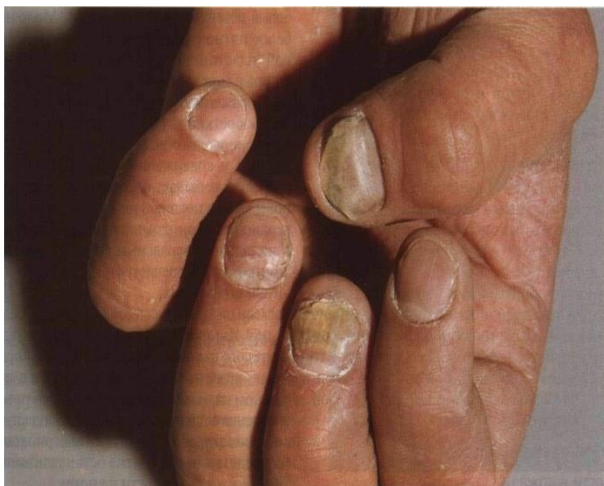
Тирноқларнинг замбуруғлар томомонидан зарарланиши онихомикозлар деб юритилади. Асосан трихофитон зотиға мансуб бўлган замбуруғлар ҳамда ачитқисимон замбуруғлар тирноқларни зарарлайдилар. Тирноқларнинг зарарланиши 3 хил турда бўлади:

- 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
ОНИХОЛИЗИС**



ОНИХОЛИЗИС

ТОТАЛ ОНИХОДИСТРОФИЯ



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 махалга бўлиб берилади, микроспорияда кунига 1кг вазнга 21-22 мгдан буюрилади, суткалик дозани 3 махалга бўлиб берилади, курс учун 21 кун.

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

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

4. Итраконазол (орунгал, текназол, румикоз) кунига 100-20мгдан 1махал, курс учун 14-21 кун.

5. Онихомикозларни даволашда пульстерапиядан фойдаланилади: итраконазол препарати (орунгал, текназол, румикоз) кунига 100-200мгдан 1 махал 7 кун давомида берилади, кейин 3 хафта 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).

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

КАНДИДОЗЛАР

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

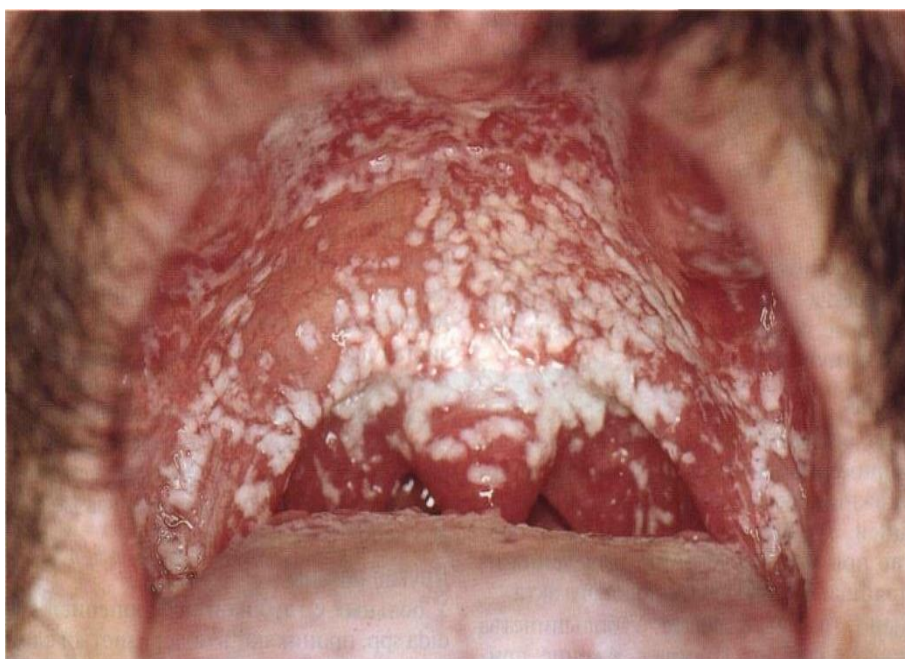
- Силлиқ тери кандидози.

- Шиллик 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 махалга бўлиб берилади, курс учун 2-3 хафта давомида.
2. Леворин кунига 6000000-8000000 ЕД дан, уни 4 махалга бўлиб берилади, курс учун 2-3 хафта.
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 хафтада 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 мартабадан 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 асоий 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 2-4хафта мобайнида 1кг вазнга 250-400мгдан вена ичига хар куни 1 мартабадан юборилади, агар асоратлар кузатилса, 6 хафта 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

холатларда амфотерицин В вена ичига хар куни 1 мартабадан 1кг вазнга 250-1000мгдан дозада юборилади. Агар амфотерицинни қабул қилаолмаса, флуконазол кунига 800мгдан ёки итраконазол кунига 400мгдан 12 хафта 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 холатларда амфотерицин В вена ичига кунига 120-150 мгдан юборилади. Кокцидиоидозни даволашда асосий препаратлар флуконазол ёки итраконазол хисобланади, бу препаратларни кунига 200-400мгдан берилади. Оғир, хаёт учун хавфли холатларда амфотерицин В вена ичига юқори дозаларда юборилади.

ПСЕВДОМИКОЗЛАР

Псевдомикозларга эритразма, кўлтик ости трихомикози (трихонокардиоз), актиномикоз, нокардиоз каби касалликлар киради. Бу касалликлар коринобактериялар ёки актиномицетлар томонидан чақирилади, яъни замбуруғлар томонидан чақирилмайди, аммо традиция туфайлигина ушбу гурух 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 хафтада 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 хафта 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.

ТЕРИНИНГ ПРОЛИФЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ

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 чиқишида 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

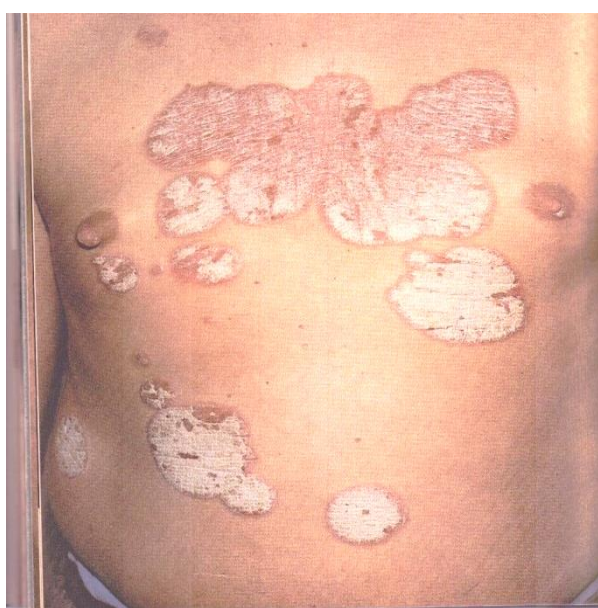


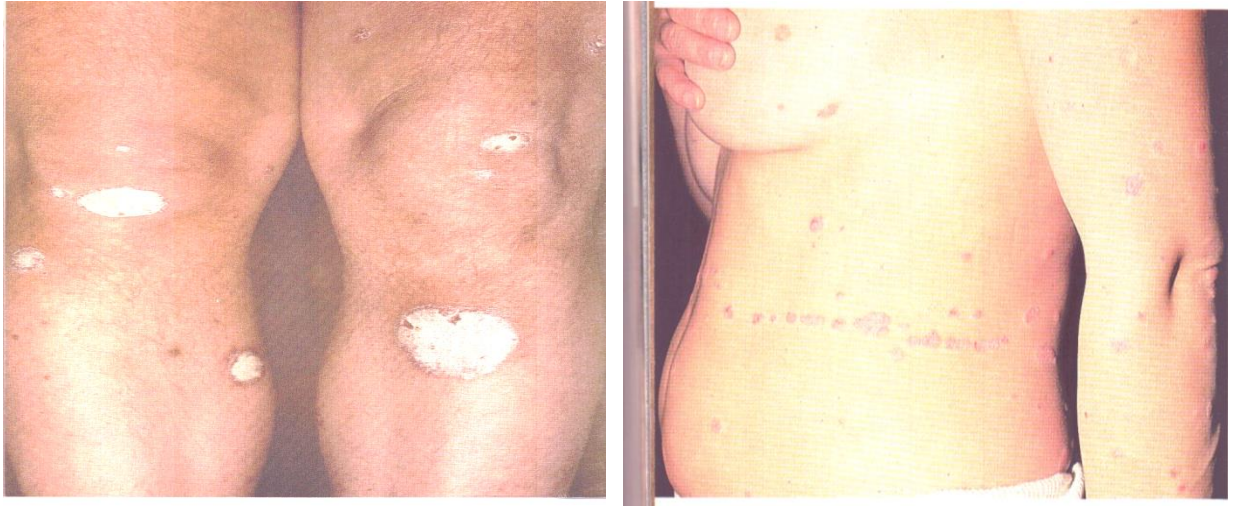
Тугунчалар аник чегарали булиб, тугунчалар улчами нуктадек катталикдан нухотдек катталикчалик булиб, атрофига усиш эвазига катталашиб, бир-бирлари билан кушилиб пилакчаларни хосил килади ва зич-эластик консистенцияли, пушти-кизгиш рангли, юзалари кумушсимон-окиш тангачалар билан копланади.

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





ПСОРИАЗ ДИАГНОСТИКАСИ

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

2. Бундан ташкари кушимча текширувлар утказилади.
3. Умумий кон тахлили
4. Умумий сийдик тахлили
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 темирлатки
3. Пуштиранг темирлатки
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 , вамелан, ментат и бошк),
7. Ошкозон-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 холатларда: Цитостатиклар (метатрексат, циклофосфан) тавсия этилади.
10. Махалий 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 бошкалар) суртилади. Физиотерапия даво муолажалари ва ПУВА-терапия кулланилади.

КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ (LICHEN RUBER PLANUS)

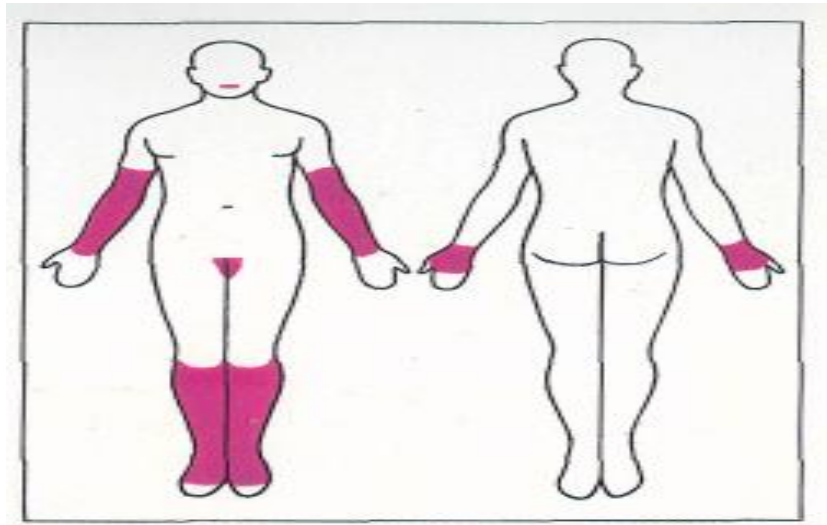
Кизил ясси темирлатки кичишиш билан кечувчи касалликдир. Касалликнинг келиб чикиш сабаблари номаълум. Кизил ясси темирлаткида ҳам бир нечта назариялар бор. Асосий жойлашиш сохалари кул-оёкларнинг букулувчи сохаларда, огиз шиллик каватида, жинсий аъзо сохасида жойлашади ва тирноклар ҳам зарарланади. Тошмалар полигонал холатда булиб, папулалар ранги пушти-кизил, ясси холатда булади, теридан алохида ажралиб туради, тошмаларнинг диаметри 1-2 мм дан 4-5 мм гача булади. Шунинг учун ҳам касалликга кизил ясси темирлатки номи берилган. Папулалар марказида киндиксимон ботиклик булади. Папулалар юзасига усимлик мойи суртиб курилганда ургимчак тури хосил булади. Бу Уикхем тури симптоми хисобланади.

КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ ТУРЛАРИ

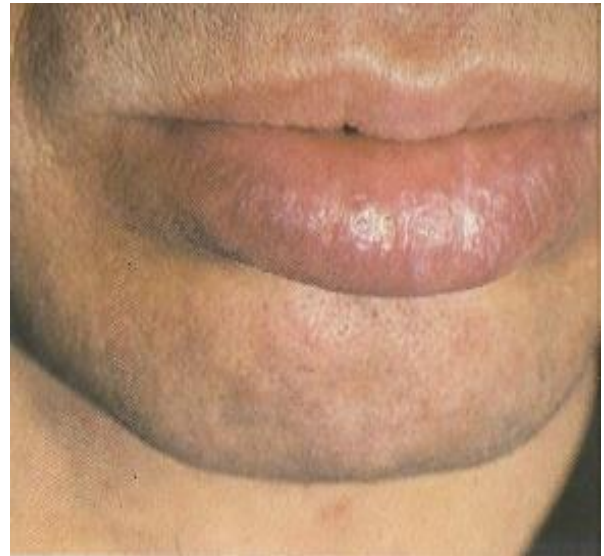
Кизил ясси темирлаткини куйидаги турлари тафовут килинади: кечиши буйича:

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

КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИНИ ТИПИК ЛОКАЛИЗАЦИЯСИ



КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ КЛИНИКАСИ





ДИАГНОСТИКАСИ

Кизил яяси 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;
- Папулөз 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 , вамелан, ментат и бошк),
7. Ошкозон-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 холатларда: Цитостатиклар (метатрексат, циклофосфан) тавсия этилади.
10. Махалий 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 бошкалар) суртилади. Физиотерапия даво муолажалари ва ПУВА-терапия кулланилади.

ПУФАКЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

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.

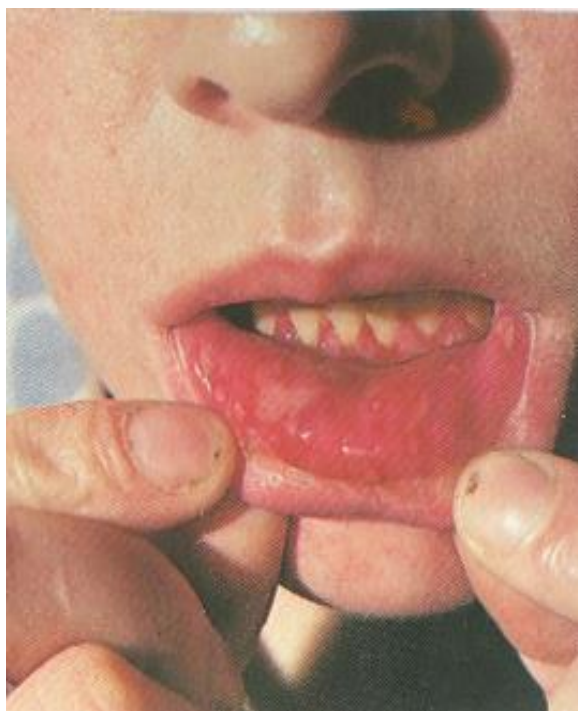
Ҳақиқий пўрсилдоқнинг қуйидаги клиник шакллари фарқланади:

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

ПЎРСИЛДОҚНИ ВУЛЬГАР ТУРИ



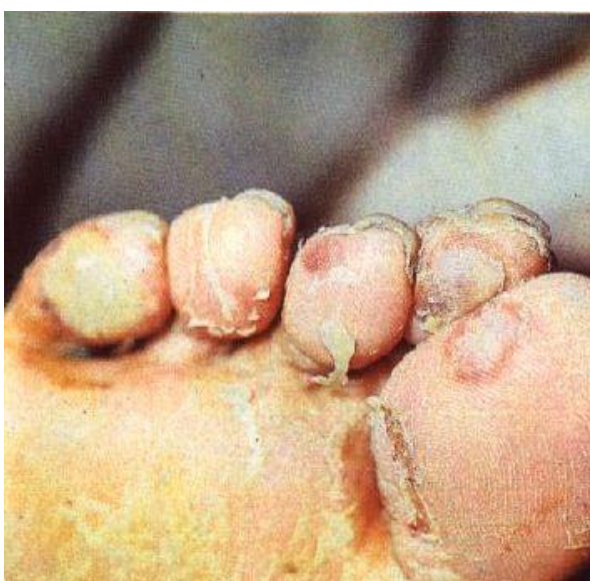
PEMPHIGUS MUCOSAE



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 каттароқ, 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 қалоклар хосил бўлади ва секинлик билан эрозиялар эпителизацияга учраб, иккиламчи пигментация (кўпинча гиперпигментация) қолдирадилар.

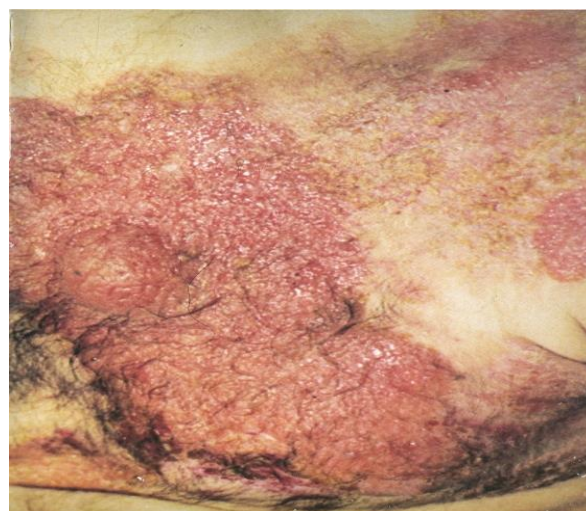
ВУЛЬГАР ПЎРСИЛДОҚ ТУРИ



ПЎРСИЛДОҚ ВУЛЬГАР ТУРИ



Себореяли (эритематоз) пўрсилдоқ ёки Сенир—Ашер синдроми (*Pemphigus seborrhoicus, pemphigus erythematodes, syndrom Senear—Usher*). Жараён бошнинг сочли 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 қалоклар-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 қалоклар қоплайди, уларнинг атрофида терида бироз қизариш бор, шунинг учун бу шаклини бошқа номи эритематоз пўрсилдоқдир.



ПЎРСИЛДОҚНИ СЕБОРЕЯЛИ ТУРИ



Веgetацияловчи пўсилдоқ (*Pemphigus vegetans*). Касаллик табиий бурмалар, киндик, жинсий аъзолар сохаларида, аёлларда кўкрак беzi остида жойлашади. Пўрсилдоқнинг бу тури хам 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, хар хил суюқликларнинг таъсири оқибатида вегетациялар хосил бўлади, уларнинг усти оқиш караш билан қопланиши мумкин, ёки қалоклар билан қопланади.

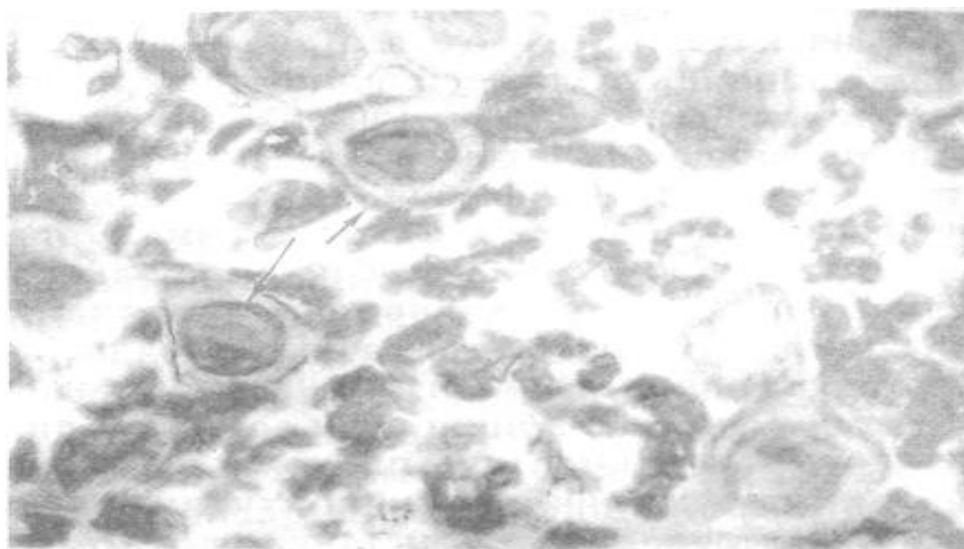
ПЎРСИЛДОҚНИ ВЕGETАЦИЯЛОВЧИ ТУРИ



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 пемфигоиди.
- 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 узок 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 оксил 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 қалоқлар билан қопланади, қашлаш

оқибатида эксфолиациялар 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, хар хил фигуралар (доира, халқа, ярим халқа, гирлянд ва х.к.) хосил 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 ахамият 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 пемфигоиди.

ДАВОЛАШ

Сулфон препаратлари: диаминодифенилсульфон ёки ДДС, авлосульфон, дапсон, диуцифон каби препаратлар қўлланилиди. ДДС кунига 200 мгдан диуцифон кунига 0,1—0,2 гдан хафтада 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 холларда 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 чақирувчи вируслар ҳам турли гуруҳларга мансубдирлар. Улар орасида энг кўп тарқалганлари одамнинг папиллома вируси ва оддий герпес вируси, шунингдек юқумчил моллюск касаллигини чақирувчи вирус. Папиллома вирусининг 70га яқин типи тафовут қилинади, улар тери ва шиллиқ қаватларда ҳар хил касалликлар чақирадилар. Терида касаллик чақирувчи папиллома вируслари типлари: 1тип товуон 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 чақирувчи типлари: 6,11 типлари ўткир учли кондиллома 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 ракинни чақирувчи папиллома вирусини кашф қилганлиги учун Нобел мукофоти билан тақдирлаган. Терининг вирусли

касалликларини чақирувчи вируслар ичида 2-ўринда герпес вируслари туради. Уларнинг қуйидаги 8 та типлари тафовут қилинади: Оддий герпес вирусининг 1типи-терида ва шиллик қаватларда (жинсий аъзолар соҳасидан ташқари) оддий пуфакчали темиратки 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 типни (варицелла-зостер вирусини деб юритилади) -ўраб олувчи темиратки ва сув чечак чақиради. 4типи Эпштейн-Барр вирусини деб юритилади, бу вирус инфекцияни мононуклеоз, нейроинфекцияни касалликлар, Беркит лимфомаси, бурун-халқум карциномаси, лейкоплакия, В-хужайрали лимфома каби касалликларга сабаб бўлади. 5типи цитомегаловирусини 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 мононуклеозини ва ЦМВ паротитини каби касалликлар келиб чиқади. 6 типни қуйидаги касалликларни келтириб чиқаради: чақалоқлар ва кичик ёшдаги болалар экзантемаси, миалгик энцефаломиелит, инфекцияни мононуклеоз, гистиоцитар некротик лимфаденит, периферик Т-хужайрали лимфома, ноходжин лимфомаси, В-хужайрали лимфома, дерматопатик лимфопатия, Ходжин касаллиги, синусоидал В-хужайрали лимфома, плеоморф Т-хужайрали лимфома. 7типи Т-лимфоцитларни (асосан CD4 хужайраларини) зарарлайди ва қуйидаги касалликларни келтириб чиқариши мумкин: лимфопролифератив касалликлар, гепатоспленомегалия, панцитопения. 8типи А.В.С вариантларга бўлинади. А варианты Капоши саркомаси билан боғлиқ. В ва С вариантлари лимфопролифератив касалликлар чақиради.

СЎГАЛЛАР

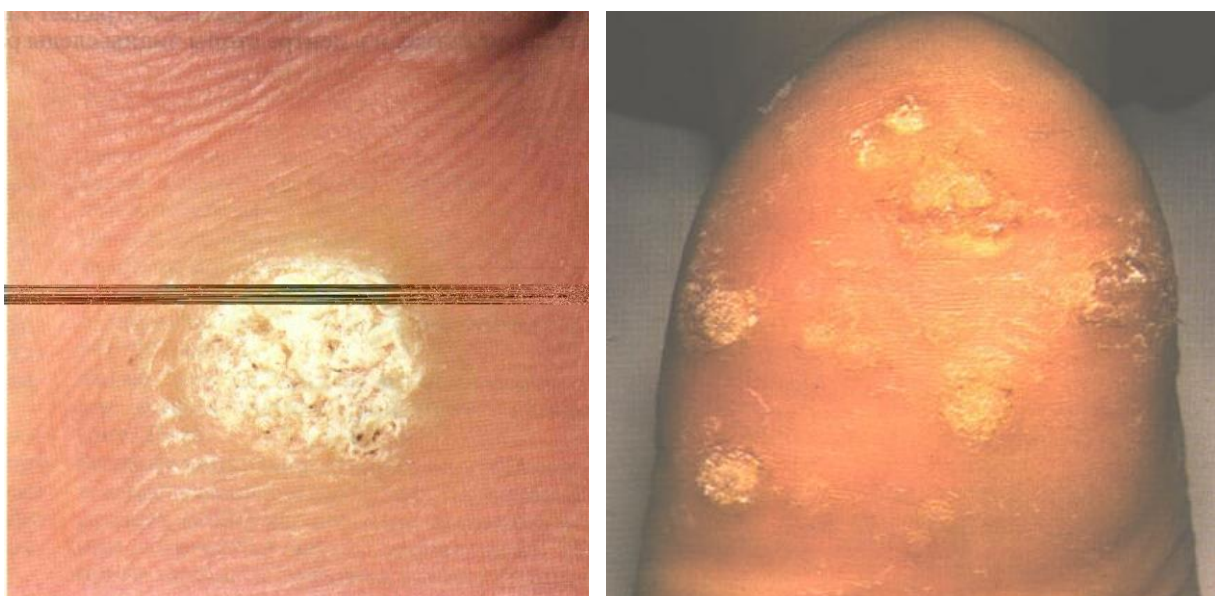
Сўгаллар айниқса болалар ва ўсмирларда кўп учрайди. Уларнинг катталиги бир неча ммдан 1-2смгача бўлиши мумкин. Қуйидаги клиник турлари тафовут қилинади:

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

ОДДИЙ СЎГАЛЛАР



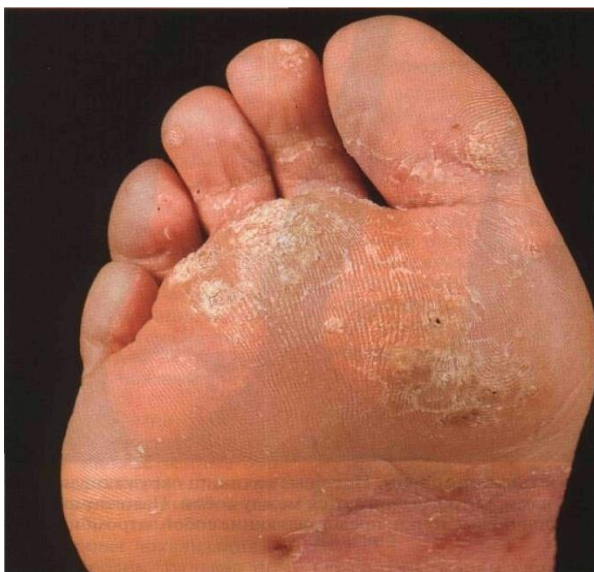
ТОВОН СЎГАЛЛАРИ



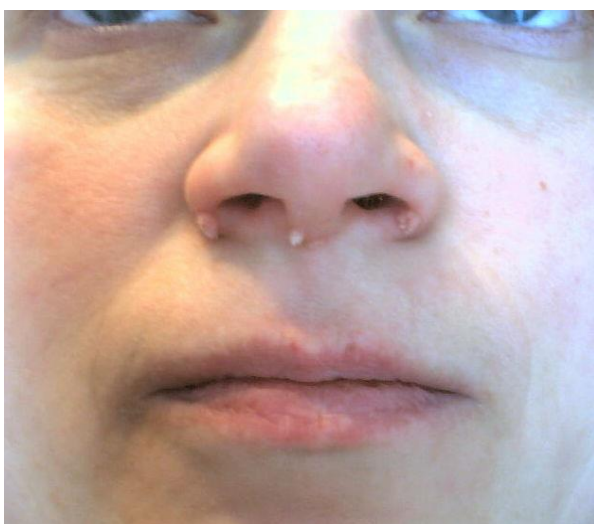
ТОВОН СЎГАЛЛАРИ

ВА

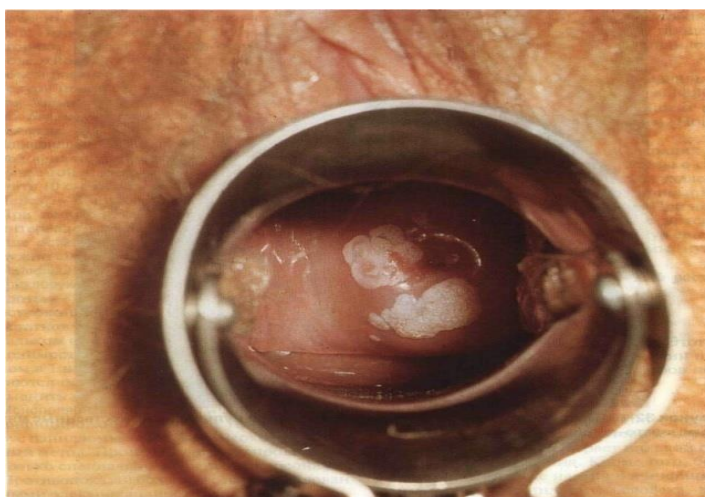
ЯССИ СЎГАЛЛАР



ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР



ЎТКИР УЧЛИ КОНДИЛОМАЛАР (БАЧАДОН БЎЙИН ҚИСМИДА)



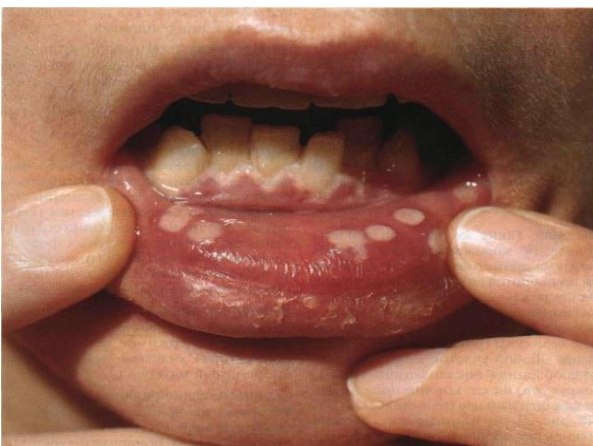
ЮКУМЧИЛ МОЛЛЮСК



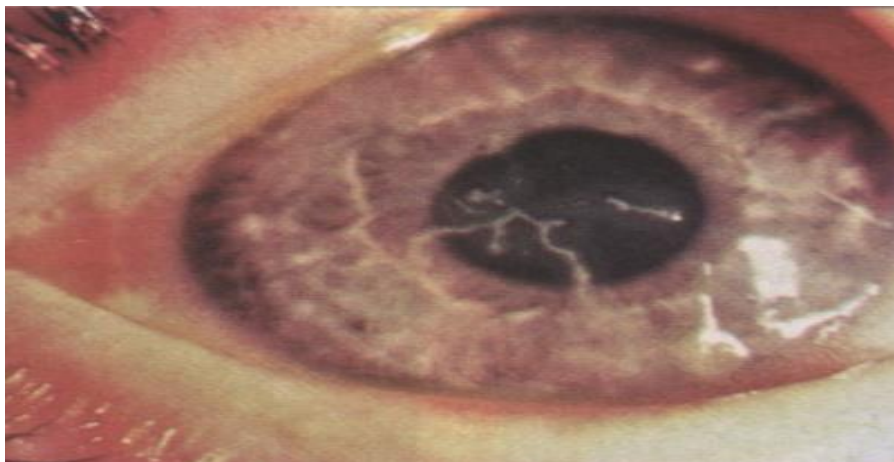
ОДДИЙ ПУФАКЧАЛИ ТЕМИРАТКИ - ОДДИЙ ПУФАКЧАЛИ ТЕМИРАТКИ

ГЕРПЕТИК СТОМАТИТ

ГИНГВИТ, СТОМАТИТ



**ОДДИЙ ПУФАКЧАЛИ ТЕМИРАТКИ. КЎЗ МУГУЗ ПАРДАСИНИНГ
ЗАРАРЛАНИШИ-КЕРАТИТ**



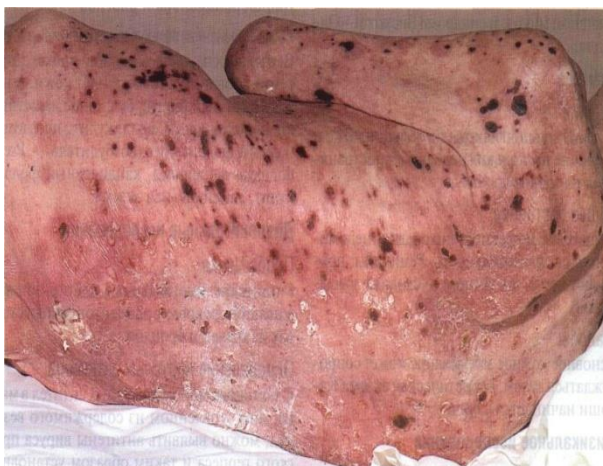
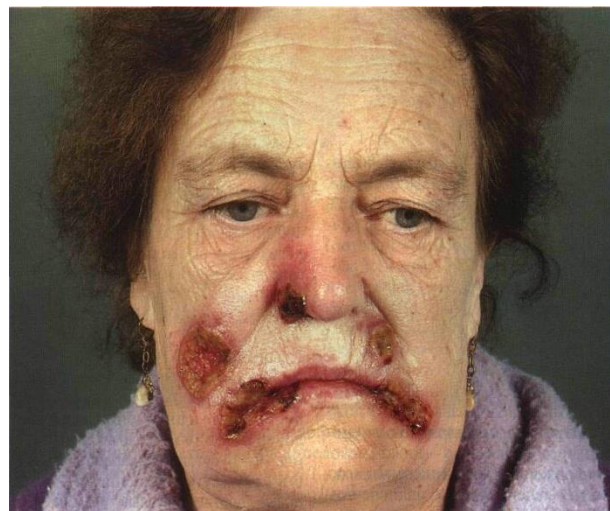
ОДДИЙ ПУФАКЧАЛИ ТЕМИРАТКИ (А). ҚАЙТАЛАНГАНИ (Б).



ШИЛЛИҚ ҚАВАТЛАР ГЕРПЕСИ (КИЧИК ТИЛДА ВА ЛАБДА)



**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**



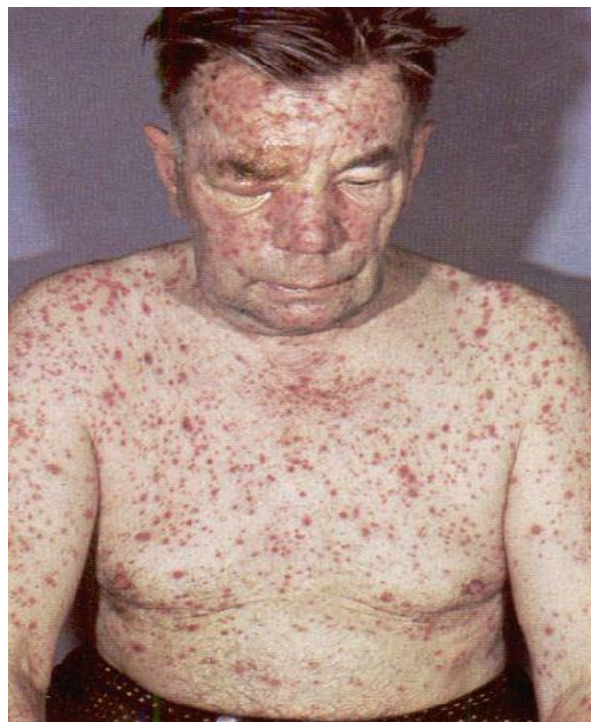
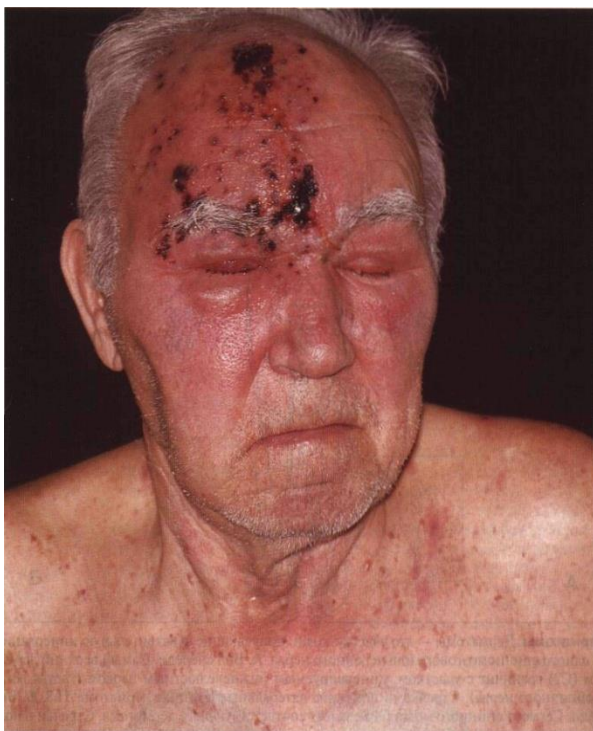
ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ, БУЛЛЕЗ ШАКЛИ



**ЎРАБ ОЛУВЧИ ТЕМИРАТКИ, ОҒИЗ ШИЛЛИҚ 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**



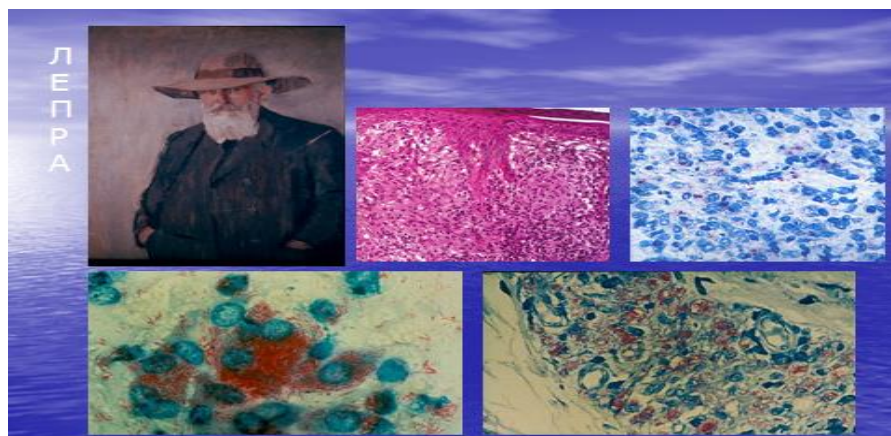
МОХОВ

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 бошка 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, Узбекистон рес. Козогистон, Қуйи Поволжье, Шимолий

Кавказ, Узок Шаркда, Болтик Буйида жойлашган. Вакти-вакти билан хар хил жойларда куккисдан пайдо буладиган айрим мохов холлари аникланиб колинади. Умуман олганда мамлакатимизда касаллар сони унча катта эмас, уларни даволаш асосан лепрозорийларда олиб борилади.

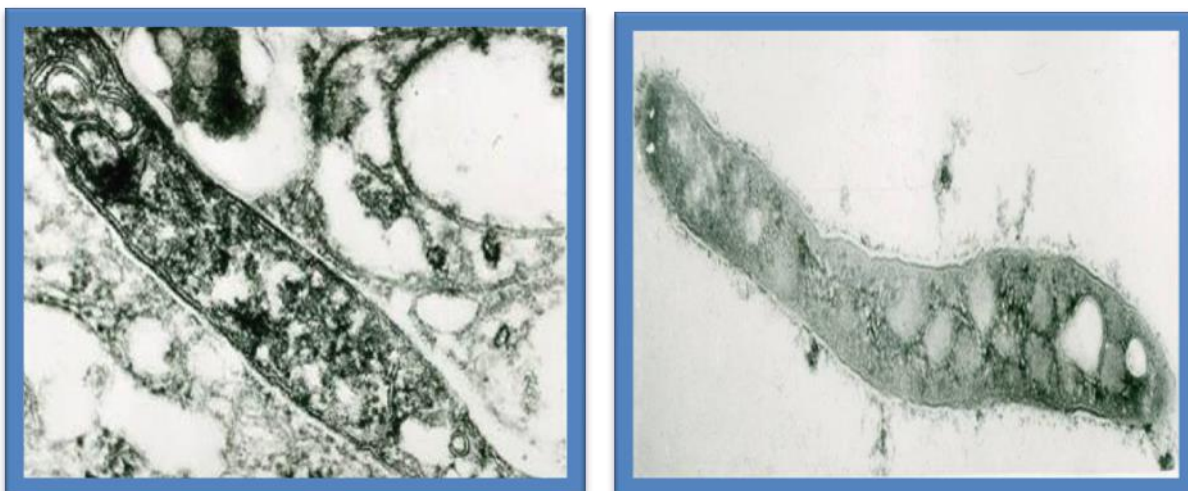
ЭТИОЛОГИЯСИ ВА ПАТОГЕНЕЗИ

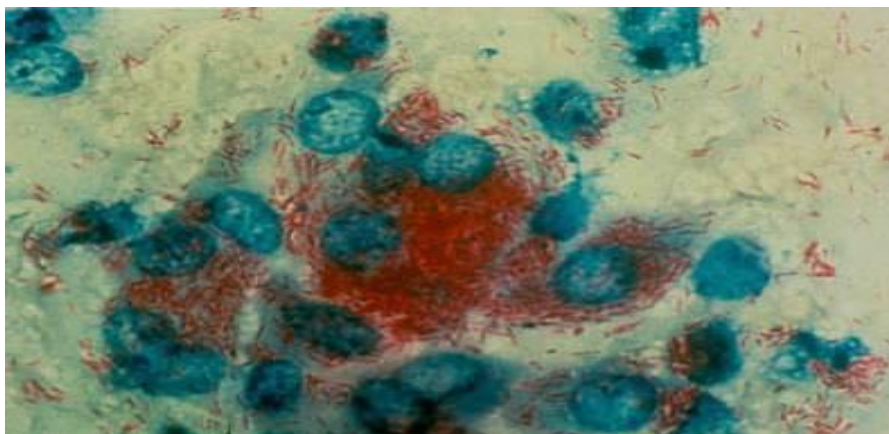
Мохов касалини чакирувчиси – Ганзен таёкчаси булиб кислота ва спиртга чидамлидир.



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.

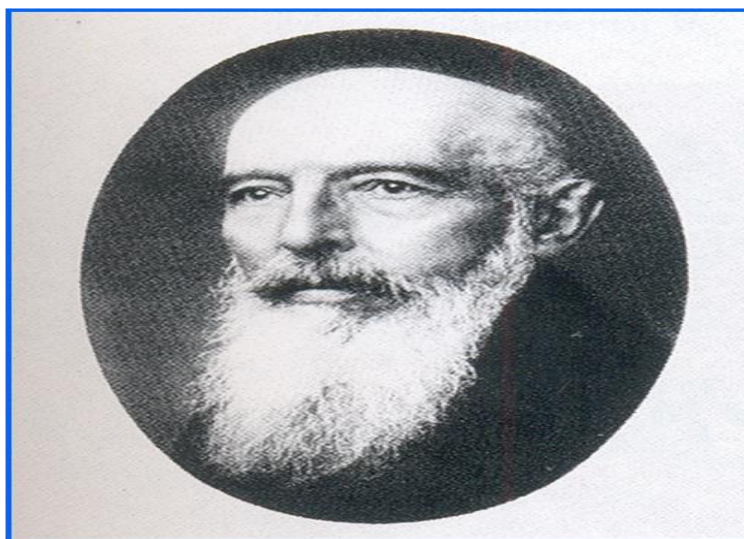
ВОЗБУДИТЕЛЬ БОЛЕЗНИ *Mycobacterium leprae*





Капсулага эга эмас ва спора хосил этмайди. Болаларнинг моховга сезгирлироклигини, катталар орасида айрим кишиларгагина тез юкишини эътиборга олиб, мохов бактериясини устириш учун аввало болалар ва мохов билан касалланган катталар кони зардобидан фойдаланилади. МДХда биринчи марта шимпанзе маймунда одамдаги моховни туберкулоид типигаги 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 чиқарадиган тоза мохов таёкчасини 1969 йилда Япония олими Тэйо Мурохаси уз ассистенти Коносук Исиди 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 вақт урганишга имкон беради. Мохов таёкчасини одам организмига кириш йуллари етарлича урганилгани йук. Касалланишга бемор билан узок вақт 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 типиди 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



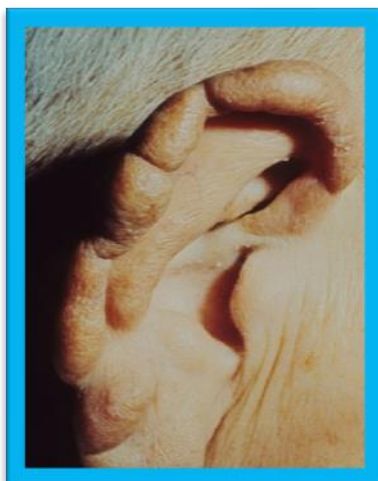
LEPRA LEPROMATOSA



Жараёнга терининг узидан ташкари тери ости ёг клетчаткаси ҳам жалб этилади, тугунлар (лепрома) пайдо булади. Бундай инфильтратлар ва тугунлар купрок оёк-кулларни ёзилувчи юзасида, юзда, пешона соҳасида, кош усти ёйлар, лунж, бурун соҳаларида жойлашадилар. Юз мимикаси бузилади, юзи дахшатли қуринишга (арслонтумшуги) эга бўлиб 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 юмшоқ кисми, оёк-кулларнинг дистал қисмларида лепромалар кизгиш-кукиш рангли булади. Думбокчалар сатхи ялтиллайди, силлик, купинча мой суркалган қуринишга (ёгли) эга булади. Лепромалар ярага айланиши мумкин.

КУЛОҚЛАР ЖАРОХАТИ



ҚЎЗ ЖАРОХАТИ



ҚЎЛЛАР ЖАРОХАТИ





ҚЎЛЛАР ЖАРОХАТИ



АЁҚЛАР ЖАРОХАТИ





АСАБ СИСТЕМАСИ ЖАРОХАТИ



МОХОВДА ГИНЕКОМАСТИЯ



Моховнинг туберкулоид типи анча зиёнсиз сифатли кечиши билан характерланади. Энг куп тери сатхлари, периферик асаблар жарохатланади. Терида аник чегараланган пигментсиз пессимон доғлар ёки кукумир кизгич марказида оқарган доғлар пайдо булади, буларнинг чеккаларида узига хос хошия сифатида кизил ясси темирткини 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 кечрок 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) нес касалидан фарк килади. Жарохатланган асаблар йуганлашган, ушлаб курилганда айрим тасбехсимон йугонлашган каттик чилвирга ухшайди.

МОХОВДА КАСАЛЛИГИДА ДОҒЛИ ЎЗГАРИШЛАР (ТУБЕРКУЛОИД БЛЯШКА)



ЧЕГАРАЛИ ТУРИ - ТУБЕРКУЛОИДНЫЙ ВАРИАНТ



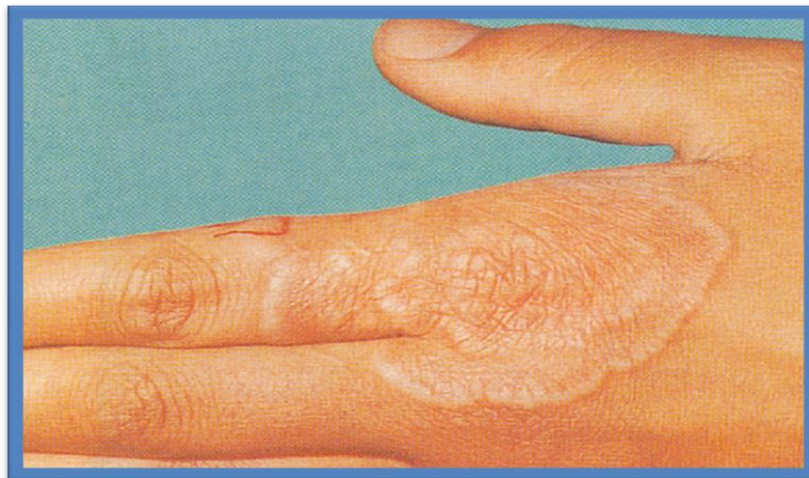
Бирок туберкулоид моховда асаб стволлари касалликлари лемпроматоз неврит ва полиневритларига караганда анча енгил утади. Моховнинг бу типига тери кушимчаларининг жароҳатланиши хосдир (соч тукилиши, жароҳатланган жойларда тер ажралишининг бузилиши ва хоказо). Беморларда лепромин пробаси секинлашган мусбат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

МОХОВНИНГ АНИКЛАНМАГАН ТИПИ

Полиневратик клиник курилиши куп жихатдан туберкулоид типдагини эслатади, бироқ у билан алоқадор булган харакат трофик бузилишлари ва сезувчанлик узгаришлари жуда аниқ курунган (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 лемпроматоз, туберкулоид ва аникланмаган моховга хос узгаришлар булади. Бундан ташқари болаларда мохов тугунли эритема курилишида булиши мумкин.

МОХОВНИНГ ДИАГНОСТИКАСИ

S GRANULOMA ANNULARIS



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

Минор пробаси: текшираётган терига йод эритмаси суртилади ва устидан крахмал сепилади. Сунг боғланиб, касалган терлатувчи нарсалар берилади (иссик чой, жисмоний иш). Агар мохов булса крахмал узгармайди, сог булса терлаш оркали крахмал йод билан кушилиб куқимтир ранг хосил килади.

Бундан ташқари касалларда Мицед томонидан таклиф килинган лепрамин синамаси куйилади.

Мохов зарарланган теридан кесиб олиб, физиологик эритмада 30 минут кайнатамиз, сунгра майдалаймиз ва яхшилаб аралаштираамиз. 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, инфилтрация бор.
 - ▶ Сал. Мусбат (+) - кизариш 10-15 мм, инфилтрация
 - ▶ Мусбат (++) - кизариш 15-20 мм, инфилтрация
 - ▶ Юкори мусбат (+++) кизариш 20 ортик, яра пайдо булади.
 - ▶ Кечки реакция (20-25 кун).
 - ▶ салбий (-) – хеч нарса йук.
 - ▶ Гумонли (+)(-) – кизариш 3 мм, инфилтрат.
 - ▶ Сал. Мусбат (+) – кизариш 3-5 мм, инфилтрат
 - ▶ Мусбат (++) – кизариш мм, инфилтрат
 - ▶ Юкори мусбат (+++) – инфилтратнинг 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 hozirgi 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) чаульмуғров препаратлар (чаульмуғров мойи ва муғроль), 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 қуллайдилар.
- ▶ Сульфетрон 50% эритма шаклида мушагига ҳафтада 2 марта укол қилинади: 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 бўлади.
- ▶ Сульфон препаратларининг юқори зарарлигини, қушимча таъсирини (гипохром анемия, гепатитлар ва хоказо) эътиборга олиб 6 ой даволангандан сунг 30 кун танаффус тавсия этилади, кейин яна сульфон препаратларини қабул қилиш 6 ойлик курсини қайтарилади.
- ▶ Сунгги йилларда моховга қарши препарат диуцифон синтез қилинади. У асосий моховга қарши препарат ДДСдан 4,5 марта камроқ захарлидир ва узок вақт қабул қилинганда сульфонларга ҳос қушимча таъсир курсатмайди. Препаратни 0,1-0,2 г. дан қунига 3-5 маҳал ичилади ёки 5% эритма сифатида қунига 5 мл. мушак орасига юборилади.

-
- ▶ Сульфонларга караганда камрок захарли тиомочевина хосилалари Сиба 1906 ва Этоксид киради. Сиба 1906 (тиокарбонизид) кунига 1 махал (якшанбадан ташкари) буюрилади; 1- ва 2 хафтада 0,5 г, 3-6-1г, 7-12-2,5 г сунгра охириача кур охиригача 2 г-дан. Курс 40 хафта давом этади, кейин 1 ойлик танаффус килинади.
 - ▶ Этоксид – ичгани кунига 3 махал буюрилади: 1 хафтада 0,1 г, 2-0,2г, 3-дан – 0,3 г. Касаллар дорини яхши кабул килаётган булса 21 хафтадан кейин айрим беморларга 1 марталик дозани 0,5 г. гача купайтириш мумкин. Курс 40 хафта давом этади (якшанба кунидан ташкари) 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 1/6 кисми – 0,008 х 2 марта
 - ▶ 4 дан 6 ёшгача 1/4 кисми 0,013 х 2 марта
 - ▶ 6 дан 7 ёшгача 1/3 кисми 0,017 х 2 марта
 - ▶ 7 дан 14 ёшгача 1/2 кисми 0,025 х 2 марта
 - ▶ 14 дан 19 ёшгача 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.

ДАВОНИНГ НАТИЖАЛАРИ

ДАВОДАН ОЛДИН



ДАВОДАН КЕЙИНГ



СТАЦИОНАРДАН ЧИКАРИШ ШАРТЛАРИ

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

Стационардан чиккандан 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 куйидагича текширилади. 1) Лепроматоз типида: 10 йилдан хар йили 2 марта, 10-15 йил – йилига бир марта, 15 йилдан кейин 3 йилгача 1 марта хаётининг охиригача.

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

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 кизиқиш Европадан

Якин Шарк ва Осиега кучириган солдатлар орасида кенг таркалгандан кейин бошланади. XIX асрнинг иккинчи ярмидан бошлаб Ватанимиз медицинаси соҳасидаги асарларда Россия учун янги булган касаллик - тери лейшманиози тугрисидаги материаллар эълон қилина бошланди. 1888 йилда эълон қилинган П.Л. Гейден рейосанинг «Пендин яраси» монографияси катта қизиқиш уйғотди.

Купгина чет эл олимларининг фикрича тери лейшманиозининг чакирувчисини биринчи бўлиб 1903 йилда Лейшмани топган ҳисобланади. 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 қилган, кейинчалик бу ишларини «Харбий – медицина журнали»нинг II сонидан эълон қилган. Лейшмани ҳақиқатдан 1903 йилда Калькуттада ички органлар лейшманиозидан улган одамнинг жигари ва қора жигаридан тайёрланган препаратда кузгатувчисини ажратиб олган. Кейинчалик Мадорасда Доновани Лейшмани ишини тасдиқлаб қора жигардан касаллик кузгатувчинини топди

Пётр Фокіч Борóвский (1863-1932)



ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ ДУНЬЁ БЎЙИЧА ТАРҚАЛИШИ

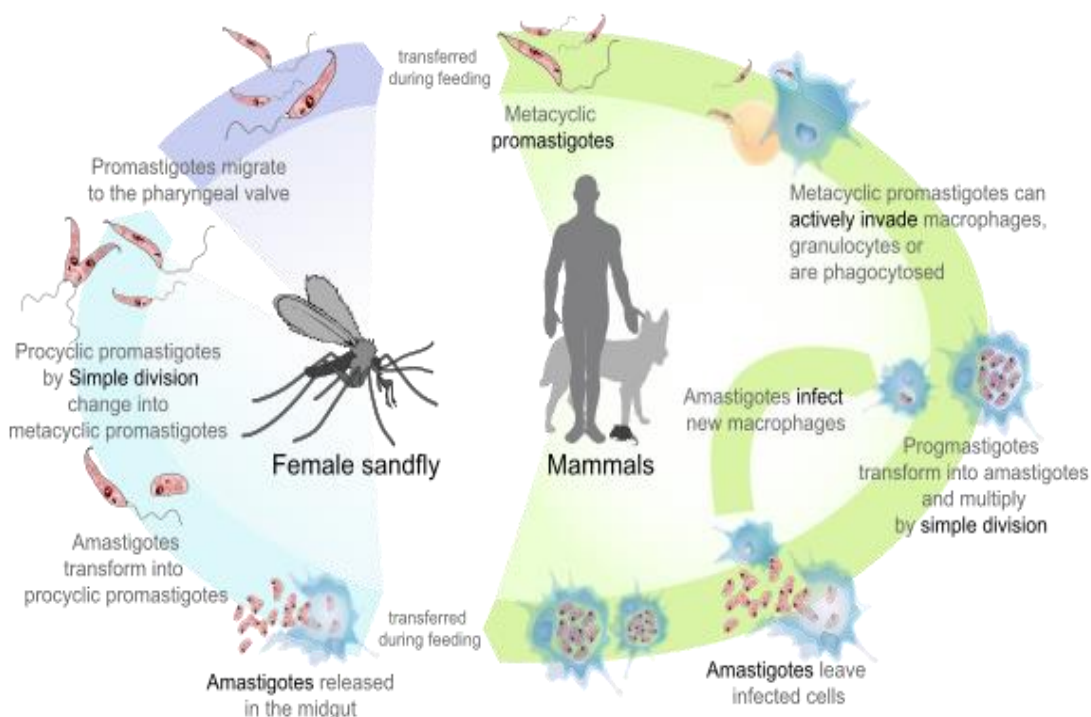


Бизнинг Ватанимизда Боровский касаллиги Туркманистонда, Узбекистонда – Бухорода, Самарканд, Кашкадарё ва Сурхондарёда учрайди. Боровский касаллигининг – чакирувчиси Боровский таначалари булиб (*Z tropica*) – бир хужайралиларга киради. Касаллик чакирувчи лейшманиознинг кки тури – *Z tropica minor* (шахар 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 овол, 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» шахар

типида касал одамлар, кишлок типидида касал кемирувчилар: каламуш, юмронкозик, баъзан типратикан хамда итлар буладилар. Чивин чакканда паразит унинг ошкозонига тушади, у ерда улгайиб харакатчан лептомонандга айланади, купаяди ва чивиннинг хикилдогига келади. Кейин соғ одамни чакканда терига киради ва касаллик чакиради.





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

- ▶ Жуда кеч ярланувчи лейшманиоз (антропонозный, сахар типі).
- ▶ Тез упирилган яра хосил килувчи лейшманиоз (зоонозный кишлок типі).
- ▶ 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 вақт 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, ёнгоқдек булади. Унинг устки кепакланиш пайдо булади ва уртаси чуқади. Кепакланиш секин-аста пустлокка айланади. Кейинчалик пустлок тушиб кетади ва унинг остида унча чуқур булмаган қонаётган 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



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

ТЕЗДА ЎПИРИЛГАН ВА ЯРА ХОСИЛ ҚИЛУВЧИ (ҚИШЛОҚ) ТИПИ

Боровский касаллигининг бу турида, яширин давр бир хафтадан 1,5 ойгача булади. Касаллик тез бошланиб асосан биринчи типдаги каби думбокчалар пайдо булишдан бошланади. Думбокчалар кул ва оёқларда жойлашади. Шахар типидан фарк килиб, думбокчалар биринчи бошланишидаёк катта булади. Бир хил холларда касаллик фурункулсимон тугунлар хосил килиб бошланади. Касалликнинг ривожланишида 3-4 хафтадан кейин элементлар уртасида некроз булади ва у ярага олиб келади. Яра юмалок шаклда булиб, чеккалари емирилган, таги нотекис сарик-кук рангдаги улган хужайралар билан копланган булади. Ярани ушлаб курганда юмшок хамирсимон инфилтрация булади характери шундаки яра огрийди, 2-3 ойдан кейин яра битиб тиртик хосил кила 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 хам юкоридагича ривожланиб яра хосил килади. Хар бир яра атрофида яллигланиш булади, яралар баъзан бир-бири билан кушиладилар. Бу типда лейшманиомалар куп булиши 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 хафта), узок вақт давом этади, купинча иккиламчи йирингчи ифнекция кушилади ва касалнинг кечиши узгаради. Иккала типда хам регионар лимфа

томирлар катталашиди, улар огримаиди, 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.

БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА КАСАЛЛИКЛАРИ – КОЛЛАГЕНОЗЛАР

Дерманинг асосий оралиқ моддасининг мукоидли ва фибриноидли дегенерацияси хамда 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.

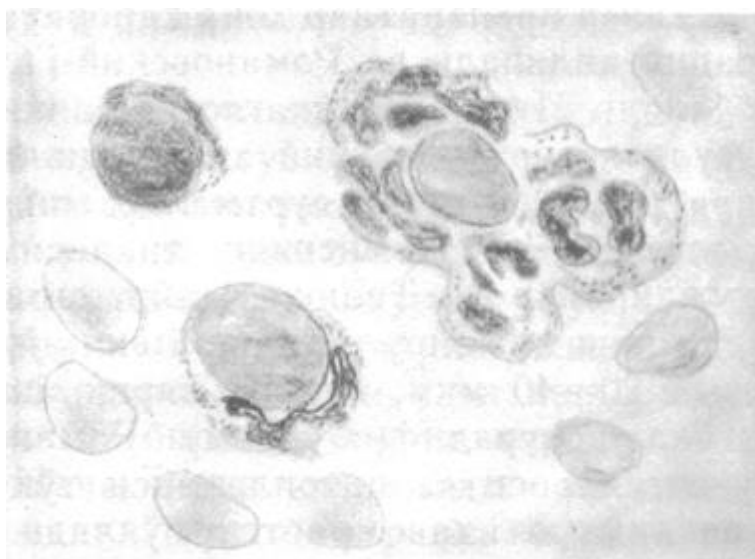
-
- Тугунчали периартериит.

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 оқсил пайдо бўлади. Бу оқсил моддаси лимфоцитлар ва лейкоцитлар ичига кириб, уларнинг ядроси билан бирикиб олади, ДНКнинг фосфат гурухларини блокада қилади ва уларнинг гистон билан алоқасини узиб юборди-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 ҳолларда 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 қўлини 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:

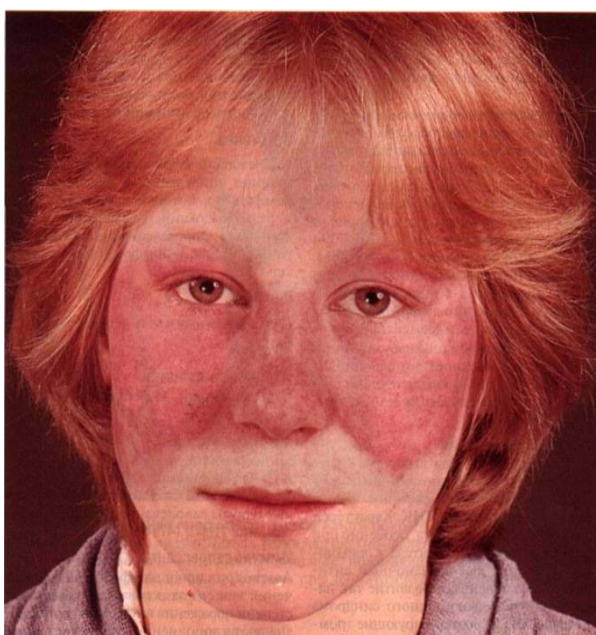
- Эритематоз
- Гиперкератоз

- 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 югуриikka 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 харакатчан, устидаги терида қипикланиш кузатилмайди, марказий қисми атрофияга учраб, чуқурлашади, камдан-кам холларда тугунлар ярага айланади. Кўпинча касаллик умумий аломатлар билан оғир кечади.

СИСТЕМАЛИ ҚИЗИЛ ЮГУРИК

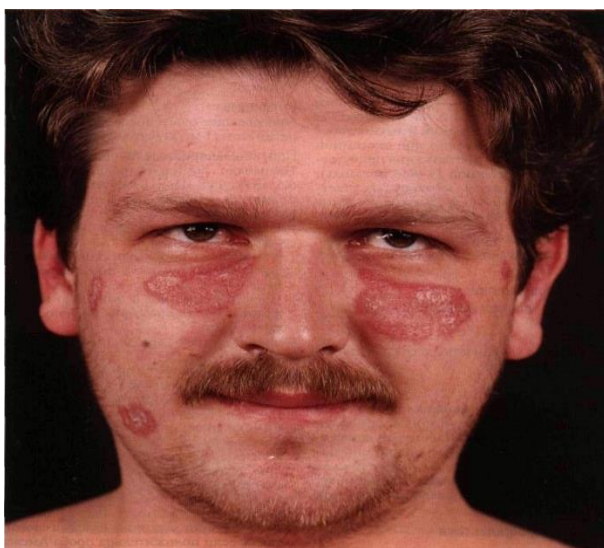


Сурункали қизил югурукнинг барча шаклларида касаллик ўчоғи кўпинча юзда, лабларда, бурун устида, пешонада, кулоқ супрасида ва бошқа очиқ сохаларда жойлашади. Касаллик ўчоғи лабда жойлашганда, ўчоғни Вуд лампаси остида кўрилса, унинг ранги қорсимон-феруза рангли товланиб кўринади.

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-ИРҒАНҒ 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, ЭТнинг юқорилиги, анемия).
 - Гипергаммаглобулинемия.
 - Ядрога қарши антитаначалар топилиши.
 - Теридан олинган биоптатда базал мембранада IgG ва IgM ларга қарши иммун шуълаланиш (нурланиш).

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКАСИ

Қизил югурикни қуйидаги касалликлар билан дифференциация қилиш керак:

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

ДАВОЛАШ

Аминохинол препаратлари: делагил-0,25дан кунига 3 махал,10 кун мобайнида, кейин 5-7кун дам берилади ва цикл қайтарилади (хингамин ва резохин ҳам шундай дозада берилади) плаквенил 0,2 дан кунига 3 махал 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, хар 5 кунда 1 тадан таблеткага камайтириб борилади (тугагунча). Преднизолон беморнинг холатига қараб, кунига 4-6 таблеткадан (сурункали қизил югурикда аминохинол препаратларига қарши кўрсатма бўлса), 30-40мгдан то 60-80мггача

(системали қизил югурикда), оғир холларда преднизолоннинг дозаси янада орттирилиши мумкин (1кг вазнга 1 мгдан кам бўлмалиги керак). Иммунодепрессантлар (циклоспорин А, циклофосфамид, лейкеран, азатиоприн) Интерферон, Гепарин.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Склеродермия-бириктирувчи тўқиманинг системали, зўрайиб борувчи касаллиги бўлиб, фиброз-склеротик ва қон томирларининг облитерацияловчи эндоартериолит типдаги 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.
- Чизиқсимон склеродермия.
- Оқ доғлар касаллиги ёки склероатрофик лихен.
- Пазини-Пьеринининг идиопатик атрофодермияси.
- Ромбергнинг юз гемиатрофияси.

Чекланган склеродермиянинг кам учрайдиган клиник шакллариға 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 соҳасида 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, қаттиқлиги хатто тоғайдек, тер ва ёғ ажралмайди, туклар йўқ, сезувчанлик камайган, меъёрдаги терига нисбатан совуқ. Кейин зичланиш (қаттиқлик) сўрилади, тери папирос қоғози каби юпқалашади, бармоқ билан осон букланади, атрофдаги меъёрдаги тери соҳасидан биров пасайиб туради (атрофия босқичи).

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

Оқ доғлар касаллиги асосан аёлларда учрайди, бўйин соҳасида, кўкрак кафасининг 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 соҳада атрофияга учрайди.

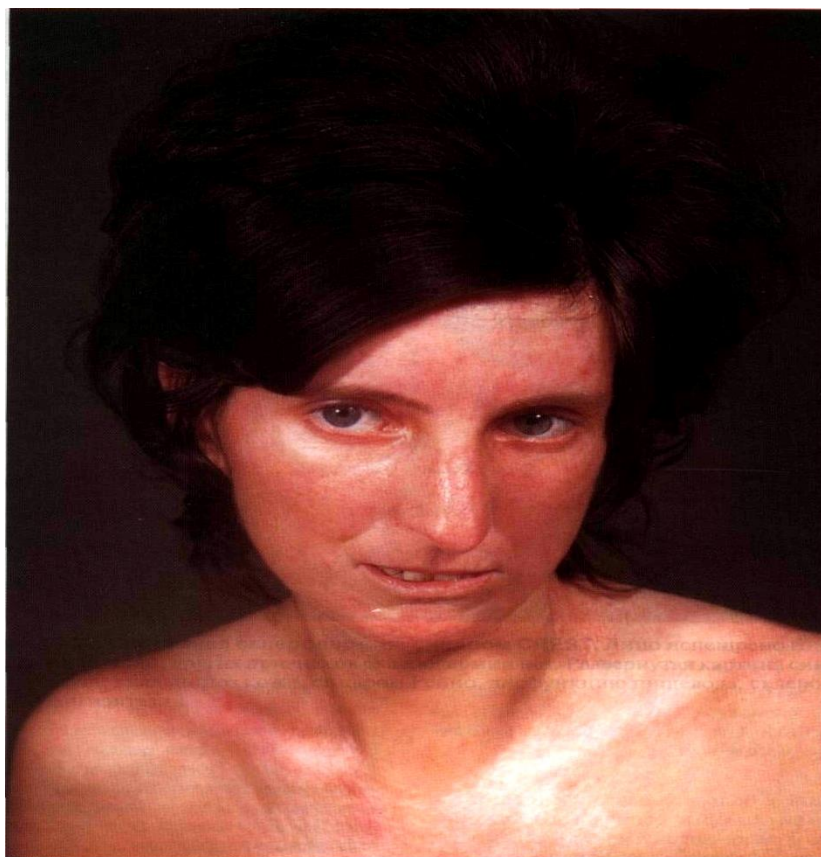
Пазини-Пьеринининг идипатик атрофодермиясининг пилакчали склеродермиядан фарқи, зичланиш унча кучли эмас, атрофия хам билинар-билинимас бўлади.

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

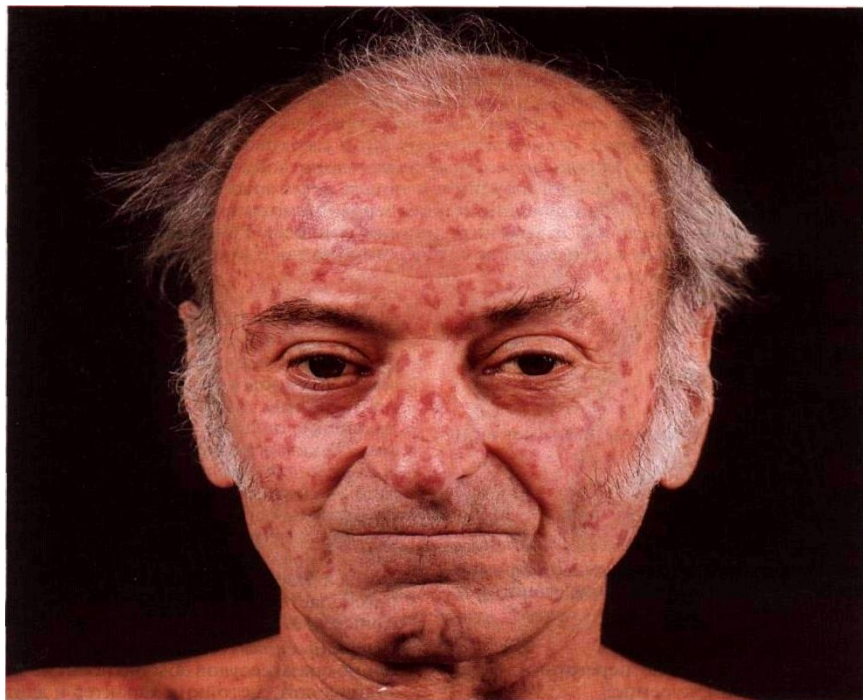
СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ, СКЛЕРОДАКТИЛИЯ



СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ, “НИҚОБСИМОН ЮЗ”



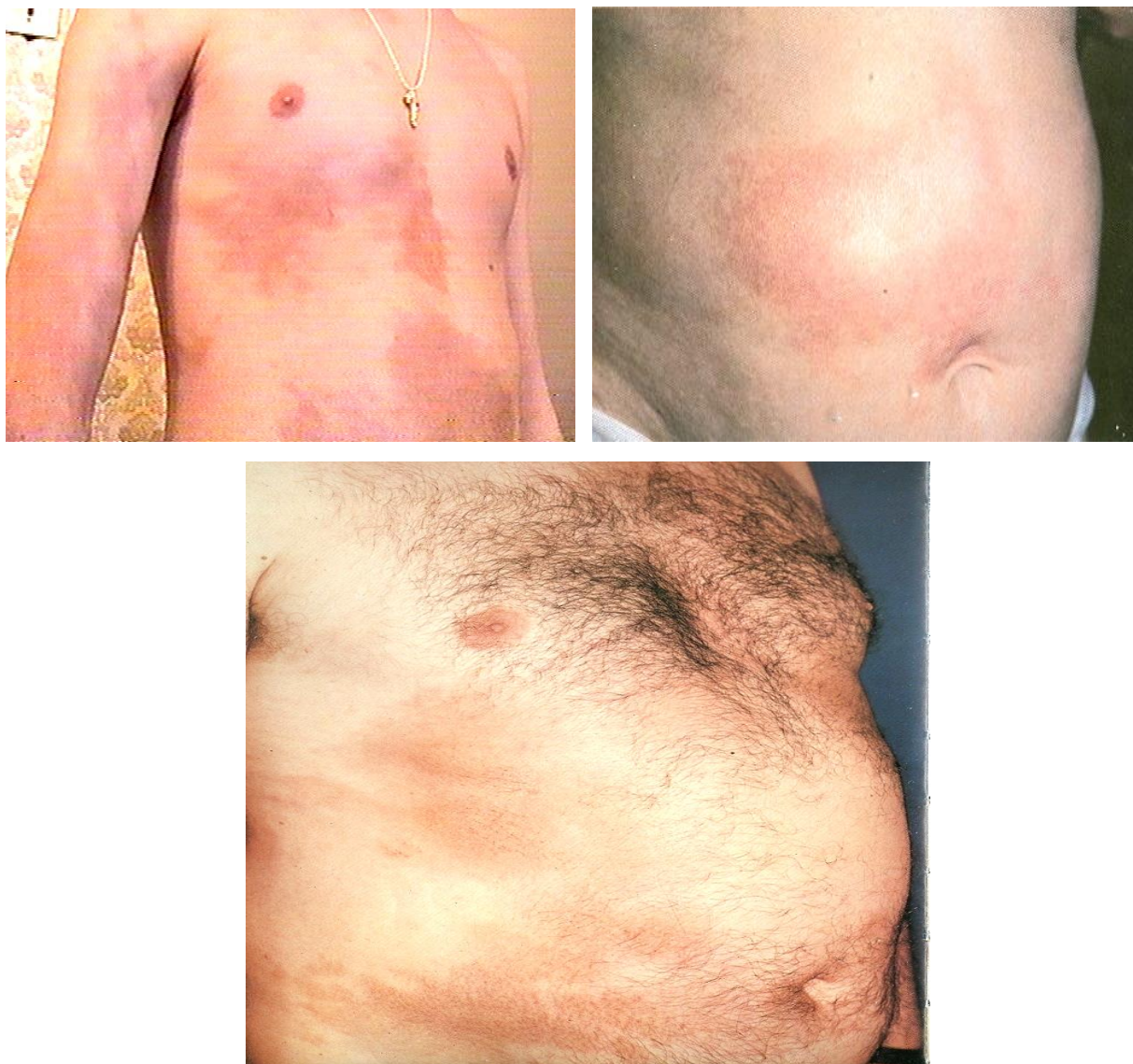
СИСТЕМАЛИ СКЛЕРОДЕРМИЯ, CREST СИНДРОМИ



ЧЕКЛАНГАН СКЛЕРОДЕРМИЯ, ПИЛАКЧАЛИ ТУРИ



ЧЕКЛАНГАН СКЛЕРОДЕРМИЯ, ПИЛАКЧАЛИ ТУРИ



ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОЗИ

Системали склеродермияни куйидаги 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 невус.
- 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, хар хафтада 150мгдан дозаси орттириб борилади, 1500-1800мг гача етказилади, шу дозани 2 хафта 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 кунига 30-40мг дан, самара кузатилгунга қадар, кейин дозаси аста пасайтирилади ва ушлаб турувчи дозада узок 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:

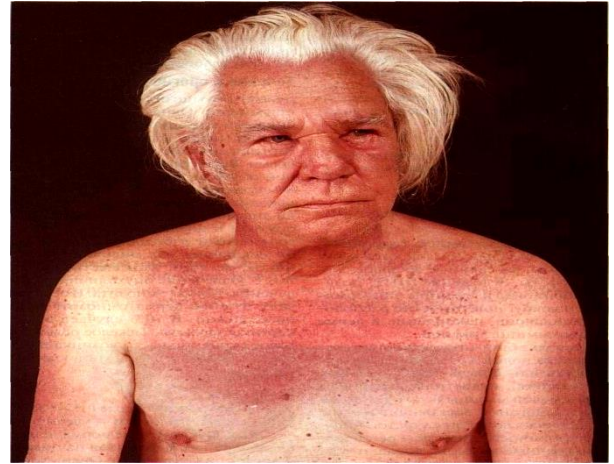
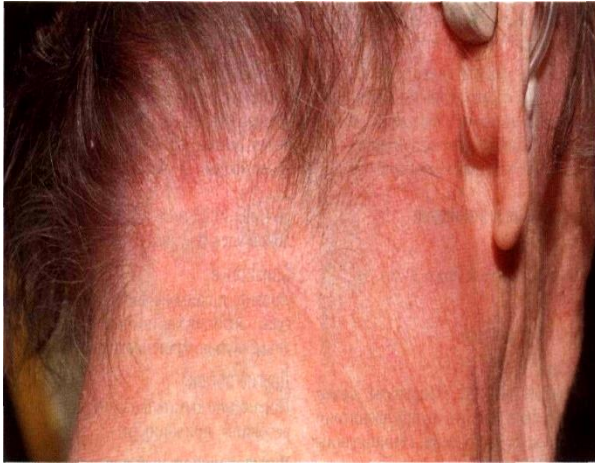
- Продромал даври.
- Манифестлар ва дистрофия даври.
- Терминал даври.

Продромал даврида харорат кўтарилиши мумкин, камқувватлик, кўнгил айниши, 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 яққол 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, “телиотроп”). 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 кўлларини 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.
- Шиллиқ 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 хисобланади. 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.

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯДАН АМАЛИЙ КУНИКМАЛАРНИ КАДАММА-КАДАМ БАЖАРИШ

Замбуругларга материал олиш ва текшириш техникаси.

- Замбуруг касалликларини диагностикасида ва бу касалликлардан согайганлик мезонини аниқлашда фойдаланилади.
- **Керакли ашёлар:**
- Пинцет, скальпел, кайчи, предмет ойнаси, ёпкич ойна, 30% ли ишкор эритмаси (KOH ёки NaOH).



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



- Сочлардан материал олиш: Юзаки трихофитияда касаллик учогидан эгилиб-букилган, кармокни эслатувчи шаклга кирган сочларни олиб, предмет ойнасига жойлаштирилади, скальпель билан у майдаланади. Сунгра 2-3 томчи 30%ли KOH ёки NaOH эритмаси томзилади, 10-15 минут тиндириб қуйилади, кейин эса устига ёпкич ойначасини ёпиб, микроскоп остида курилади.
- Силлик теридан материал олиш.
- Касаллик учогининг киргогидаги бордюр зонасидан скальпель билан кириб тангачалар (кипиклар) олинади ва предмет ойнасига жойлаштирилади. 30% ишкор томзилади. 10-15 минут тиндирилади. Ёпкич ойна ёпиб курилади.
-
- Тирноклар зарарланса
- Тирнокларнинг озод киргогидан кайчи билан ингичка булаклар қиркиб олинади, скальпель билан майлангандан кейин 30% ли ишкор томзилади. 15-20 минут тиндирилади. Ёпкич ойнача ёпиб, материал микроскоп остида курилади.



Нам курутувчи бойламлар куйиш

- Керакли ашёлар:
- Дока;
- Лоток (буйраксимон жомча);
- Антисептик эритмалар: борат кислотасини 2% ли эритмаси, фурациллиннинг 0,02% ли эритмаси, риванолнинг 1:1000 нисбатдаги эритмаси, этакридин лактатнинг 1:1000 нисбатдаги эритмаси, таниннинг 0,5, 1, 2% эритмаси ва бошкалар.



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



Герпетическая экзема Капоши



Совук холдаги (холодильникда сақланган) антисептик эритма (юкоридагиларни бири) (масалан 2% борат кислота) лотокка куйилади. Дока олиб 4 ёки 6 кават килиб букланади, уни шу суюкликка солиб намланади. Ортикча суюклик докани сиқиш йули билан чиқариб ташланади ва нам холидаги дока касаллик учоги устига юзасига текказиб ёпиб куйилади. Докани хар 5-10 минутда антисептик суюкликка солиб намлаб турилади. Дока куриб колмаслиги шарт. Бундай муолажани 1-1,5 соат давом эттирилади. Сунгра беморга 1-1,5 соат дам берилади. Кейин эса муолажа яна такрорланади. Бундай муолажа то нам чиқиши тухтаб, касаллик учоги куригунча олиб борилади.



Пиодермитларни ташки муолажаси

- ▶ Терининг йирингли касалликларини даволашда ташки муолажанинг тугри бажарилиши давонинг самардорлигини оширади:
- ▶ **Керакли ашёлар:**
- ▶ Пахта, бинт, кайчи, скальпель, салфетка, лейкопластырь, антисептик эритмалар (риванол, 3%-перекис водороди, фурациллин), анилин буёклари, мазлар.
- ▶ **Техникаси:**



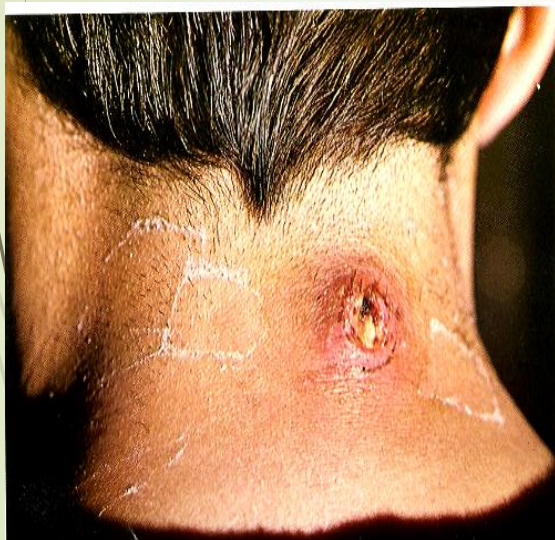
ЮЗАКИ ЙИРИНГЧАНИ ТАШКИ МУОЛАЖАСИ



- ▶ Юзаки пиодермитни ташки муолажасида мадда очилади, йиринг чиқариб ташланади. Жарохат учоги йирингдан тозаланади. Риванол, H_2O_2 , фурациллин ва бошка моддалар эритмаси билан ювиб тозаланади, сунгра салфетка билан артиб қурилади. Кейин эса эрозия сатхларига анилин буёклари суртилади. Улар қуригач, антибактериал мазь суртилади (эритромицин, тетрациклин, гентамицин, линкомицин, неомицин ва бошкалар). Муолажа кунига 2 марта амалга оширилади



ЧУҚУР ПИОДЕРМИТЛАРНИНГ ТАШҚИ МУОЛАЖАСИ



Чуқур пиодермитда инфильтрация даври бўлса, салфеткага 5-10% ли ихтиол мази суртилиб, уни тандирга нон ёпган каби инфильтрат устига ёпиб қуйилади ва бойланади. Некроз ва йиринглаш даврида эса некротик масса олиб ташланади. Яра йирингдан тозаланади ва жарохатга регенерацияни кучайтирувчи мазь қуйилади (Левомиколь, Куриозин, Вишневский линименти). Сунгра бинт билан боғлаб қуйилади. Муолажа қунига 2 маҳал утказилади.



Амалий куникма: тери синамаларини қуйиш

Амалий куникмадан мақсад: талабаларга беморларда бирон бир дориларга сезувчанликнинг ортиб кетганлиги бор ёки йуклигини аниқлашда ёрдам берадиган синамаларни қуйишни ургатиш.

■ Тери синамаларини қуйиш (томчили, компрессли, скарификацион, интрадермал)

■ Дерматологияда беморларнинг бирон бир моддага сезувчанлиги ортанлигини аниқлаш учун тери синамалари қуйилади. Қуйидаги синамалар (қупинча профпатологлар томонидан қуйилади) утказилади:

- Синамаларни қуйиш учун керакли ашёлар:
- Пипетка;
- Скарификацион игна;
- Пахта;
- Бинт;
- Салфетка;
- Кичкина хажмдаги шприц;
- Текшириладиган модда.



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



- **Томчили синамани куйиш.**

Текширилатган моддани эритма холида пипеткага олиб, уни тирсакни олдинги юзасини пастки 1/3 кисмига 1-2 томчи томзилади. Томчи куригунча кулни ушлаб туриш керак. Натижа 24 соатдан кейин укилади. Агар уша моддага сезувчанлик ортиб кетган булса, томзилган сохада кизариш, уртикария, папула ва бошка элементлар булиши мумкин. Узгариш булмаса сезувчанлик ортмаган.
- **Скарификацион синама**

Томчили синамадан фарқи томзилган сохани терисини юзаки каватлари скарификацион игна билан тирнаб куйилади (параллел чизиклар куринишидаги). Мақсад тирналган жойдан уша модданинг сурилишини осонлаштириш учун. Бу синамалар теридан яхши суриладиган моддалар учун муофидир.
- **Компресссион синама**

Бу синама учун купрок мазь, крем холидаги моддалар ишлатилади. 2x2 см улчамдаги салфетка олинади (4-6 каватли бинт). Унинг юзасига текширилатган модда мазь ёки крем холида суртилади ва у салфеткани тирсакни олдинги юзасига, пастки 1/3 кисмига куйиб бинт билан боғланади. 24 соатдан кейин бойлам ечиб олинади, мазь куйилган соха курилганда тошмалар пайдо булса синаманинг мусбатлиги (+) белгисидир.
- **Интрадермал синама**

Текширилувчи модда стерил холдаги сувдаги эритма сифатида 0,2-0,3 мл микдорда шприцга олинади. Тирсакни олдинги юзасини 1/3 кисмига тери орасига инъекция қилиб юборилади. Агар эритма тери орасига тугри юборилса “лимон пустлоги” куринишини олади. Агар эритма тери остига тушса, у ерда бироз шиш кузатилади (бу нотугри юборилганини аломатидир). Натижа бир неча минутдан кейин ҳам билиниши мумкин.

Ядассон синамасини куйиш

- Ушбу синама Дюрингнинг герпессимон дерматити диагностикасида кулланилади.
- **Керакли ашёлар:**
- Салфетка, бинт, 50% ли NaJ ёки KJ мази, 3 % ли NaJ ёки KJ эритмаси.

Бажариш техникаси



- 2x2 см улчамдаги салфетка олиб унга 50% ли KJ ёки NaJ мази сурилади. Сунгра у салфеткани тирсакнинг олдинги юзаси пастки 1/3 кисмига куйиб боглаб куйилади. Мазь куйган сохада тошма булмаслиги керак. 24 соатдан кейин боглам ечиб олинади. Мазь куйилган соха куздан кечирилади. Агар у ерда эритема, каварик, везикула ва бошка тошмалар пайдо булса синама (+) хисобланади. Хеч кандай тошмалар кузатилмаса синама манфий (-) деб каралади. Манфий натижа олинса, Ядассоннинг ички синамаси утказилади. Бунинг учун беморга 1 ош кошикда 3% ли NaJ ёки KJ эритмаси ичирилади. Натижа 24 соатдан кейин кузатилади. Куплаб тошма элементлари пайдо булади. Айрим холларда ички синамадан кейин тошмалар малхам куйилган жойда пайдо булиши мумкин, бу хам мусбат (+) натижа деб каралади.



Асбо-Ганзен симптомини аниклаш

- Бу хам чин пурсилдок диагностикасида кулланилади.
- Керакли ашёлар:
- Буюм ойнаси.



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



- Ёрилмаган пуфакни бармоқ ёки предмет ойнаси билан босилса пуфак ичидаги суюклик атрофга таркалиш хисобига пуфак размери катталашади. Бу симптомнинг юзага келишига сабаб акантолизис хисобланади.



Боровский таначасига материал олиш

- Тери лейшманиози касаллигининг диагностикасида Боровский таначаларининг топилиши хал килувчи рол уйнайди.
- **Керакли ашёлар:** Скальпел, предмет ойнаси, пахта, спирт, дока, физ. эритма, пинцет.



Техникаси:



Яранинг киргогидан иккита бармоқ ёрдамида махкам сиқиб ушланади, бундан мақсад уша сохани консизлантириш зарур. Сунгра скальпел олиб яранинг ушлаб турилган киргогидан кичкина тилиб, кесик жой ҳосил қилинади, шу жойдан кичиккина туқима булагини олиб, предмет ойнасига жойлаштирилади, сунгра уни лабораторияга жунатилади.



Кутир канасига материал олиш ва текшириш

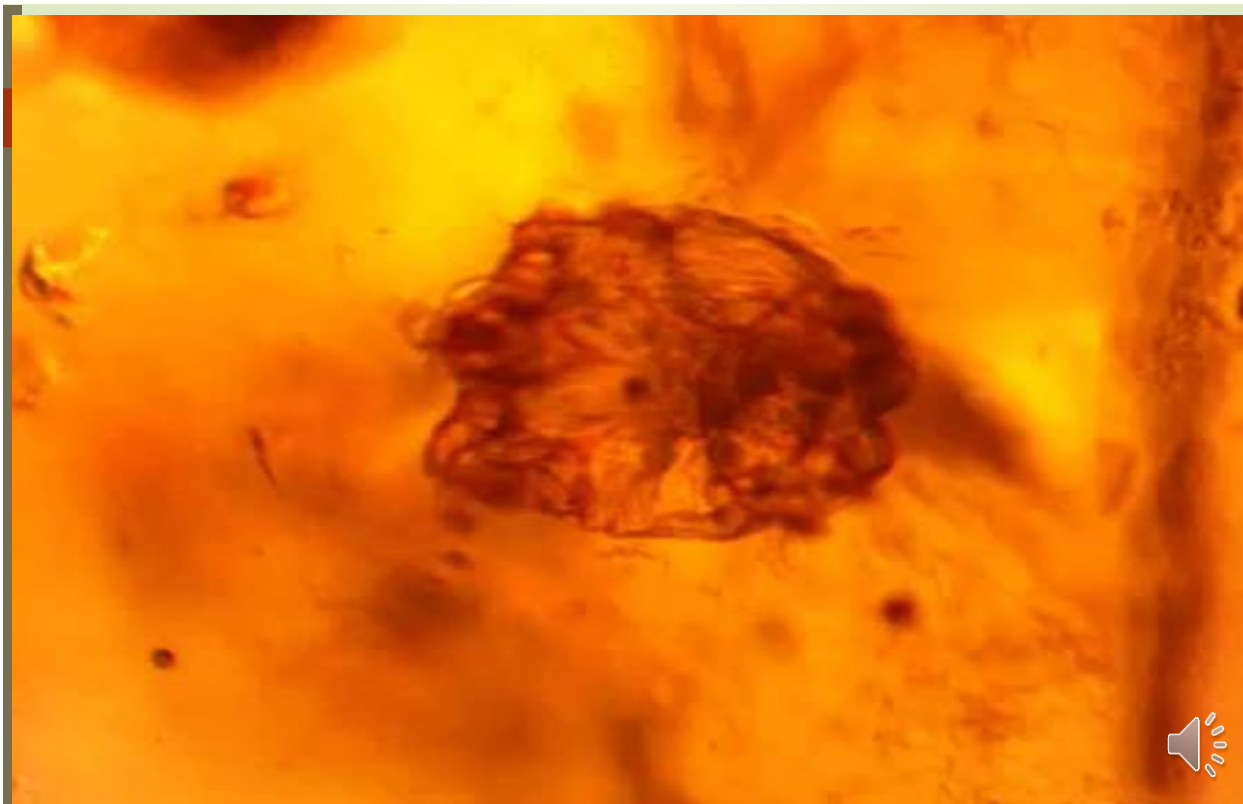
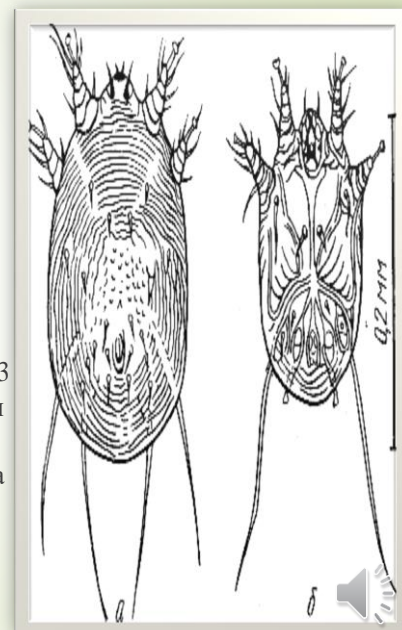
- ▶ Кутир касаллигини диагнозини лаборатория текшириш усулида тасдиқлаш мақсадида кутир канасига жароҳат учогидан керакли материал олиб текширилади.
- ▶ **Керакли ашёлар:**
- ▶ Скальпель, предмет ойнаси, ёпқич ойнаси, 30% ли ишқор эритмаси (КОН ва
- ▶ NaOH).



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



- Скальпель олиб унинг ёрдамида янги касаллик учогидаги янги элемент жойлашган соха (бармоқлар орасидан, кафт-тирсак бугимидан) терисининг эпидермис кавати кириб олинади, то кон чиккунча!
- Олинган киринди предмет ойнасига жойлаштирилади. 2-3 томчи 30% ли ишкор эритмаси томзилади. 10-15 минут тиндириб куйилади. Кейин эса устига ёпкич ойнани ёпиб микроскоп остида курилади.



Никольский симптомини аниклаш

- Никольский симптоми чин пурсилдок касаллиги диагностикасида ва уни дифференциация килишда кулланилади.
- **Керакли ашёлар:** Анатомик пинцет.



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



- Никольский симптомини 3 та варианты тафовут килинади: 1-чи вариантини аниклаш учун пинцет билан эпидермис шокиласини ушлаб тортиб курилганда эпидермис соглом тери сохасида хам арчилиб кетаверади;
- 2- вариантини аниклаш учун 2 та пуфак оралигидаги соглом тери бирон утмас предмет билан (пинцетнинг ушлагич томони билан) сидирса, эпидермиснинг юзаки каватлари шикастланади, арчилади;
- 3-чи вариантда эса пуфакдан узок сохадаги нормал терини сидирганда хам юзаки каватларда шикастланади. Бу симптомнинг келиб чиқишига сабаб патоморфологик узгаришдир – яъни акантолизисдир.

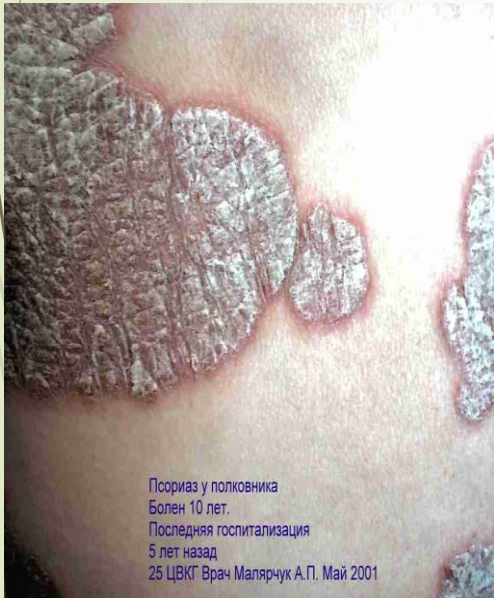


Псориазга хос учлик симптомни аниклаш

- Псориаз касаллигининг диагностикасида ва дифференциация килишда фойдаланилади.
- **Керакли ашёлар:** предмет ойнаси



БАЖАРИШ ТЕХНИКАСИ



Псориаз у полковника
Болен 10 лет.
Последняя госпитализация
5 лет назад
25 ЦВКГ Врач Малярчук А.П. Май 2001

- Предмет ойнасини унг кулда ушлаб унинг киргоги билан янги пайдо булган папула юзаси кирилади. Бунда папуланинг юзасидан тангачалар *укаланган шам* каби ажралиб тушади – “**Стеарин доги симптоми**”. Яна киришда давом этса *ялтирок сатх* намоён булади – “**Терминал парда симптоми**”. Киришда давом эттирилса у жойдан нукта–нукта булиб кон чикади – “**Конли шудринг симптоми**” дейилади. Бу симптомларнинг пайдо булишига сабаб, псориаз касаллигидаги патоморфологик узгаришдир. Стеарин доги симптоми *паракератоз* хисобига юзага келади, терминал парда *акантоз* хисобига, конли шудринг *папилломатоз* хисобига юзага келади.



Тери хиссиётларини аниқлаш (огрик, тактил, харорат)

- Мохов касаллигида зарарланган учокда тери хиссиётлари сакланган ёки сакланмаганлигини аниқлаб курилади. Огрик, харорат ва тактил сезгилари аниқланади.
- **Керакли ашёлар:**
- Игна ёки тугногич, пахта, 2 та пробирка, иссик ва совук сув.



➤ Огрик сезгисини аниқлаш: бунинг учун текширилган соха терисига игна ёки тугногич учи билан санчиб курилади. Санчилганлигини бемор курмаслиги керак. Бемордан нимани сезганини суралади. Агар учли нарса санчилганни айтса, огрик сезгиси сакланиб колган хисобланади.

➤ Тактил сезгисини аниқлаш. Бунинг учун текшириляётган сохага пахта билан силаб текшириб курилади. Бемор курмаслиги шарт. Бемордан нимани хис килганлигини суралади. Агар юмшок нарса текканини айтса, тактил сезги сакланиб колган хисобланади.

➤ Харорат сезгисини аниқлаш учун 2 та пробирка олиб 1-чисига иссик сув, 2-чисига совук сув куйиб пробиркалар навбат билан текшириляётган сохага теккизиб курилади. Бемор иссик ёки совук пробиркаларни аниқлай олса, харорат сезгиси сакланиб колган хисобланади.



Бальцернинг йодли синамасини куйиш

- Ранг-баранг темирткини диагностикасида, бошка касалликлардан дифференциациякилишда қулланилади.
- **Керакли ашёлар:**
- 5% ли йод эритмаси, пахта, таёкча (палочка).



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



- Таёкчага пахта ураб, лупчик килинади. Уни 5% ли йод эритмасига ботирилади ва йод эритмасини бемор терисига доғлар юзасига ва унинг атрофидаги соғлом териға суртилади. Бироздан сунг агар ранг-баранг темиртки булса, доғ бор соҳадаги тери соғлом териға нисбатан тук рангга буялади. Сабаби доғлар юзасида унсимон кепакланиш булади ва бу кепаклар йодни узига куп микдорда шимиб олади.

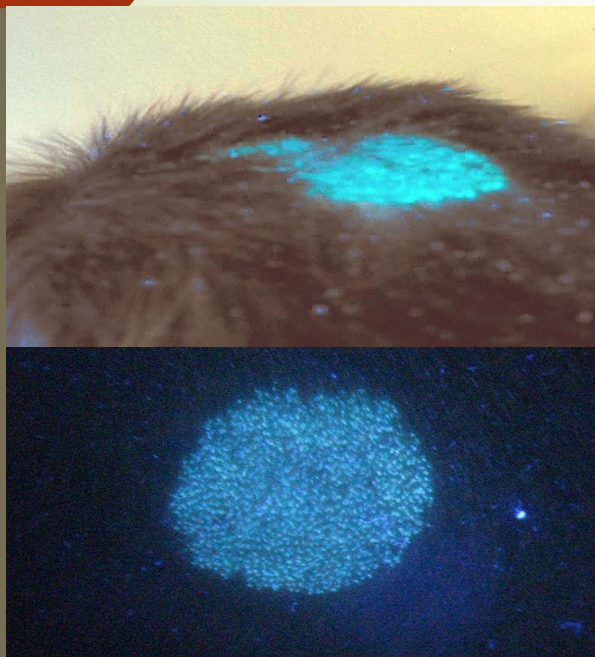


Вуд лампаси

- ▶ Микроспория касаллигини трихофитиядан фарклашда Вуд лампасидан фойдаланилади. Яна беморлар билан контактда булган соғлом шахсларни текширганда ҳам. Вуд лампасида коронгу хонада курилади.
- ▶ **Керакли ашёлар:**
- ▶ Вуд лампаси, коронги хона, беморнинг утириши учун стул.



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ



- ▶ Беморни коронги хонага олиб кириб, стулга утказилади. Вуд лампа ёкилиб унинг нури касаллик учогига юборилади. Агар микроспория булса, касаллик учогига яшил зангори товланиш кузатилади. Сабаби микроспорум зотига мансуб булган замбурутлар уз хаёти давомида ишлаб чиқарган махсулотларга Кобальт тузлари шимдирилган увсал ойна орқали утказилиб ультрабинафша нурлар туширилса улар зангори товланиш беради. Бу касаллик билан огриган беморлар билан контактда булган шахсларга касаллик юккан булса, аммо инкубацион даврида булса ҳам зангори товланиш кузатилади.



Минор синамасини куйиш

Минор синамаси мохов касаллигини диагностикасида кулланилади.

Керакли ашёлар:

Минор реактиви, пахта, крахмал, бинт, иссик хона, иссик чой. Минор реактивини таркиби соф йод 3 г порошок холида, 2 г КJ тузи порошок холида, кастор мойи 5 мл, абсолют спирт 90 мл.



Техникаси:



Текширилаётган соха терисига Минор реактиви суртилади, унинг устидан крахмал сепилади, сунгра уни бойлаб куйилади. Беморни иссик хонага олиб кириб куп микдорда иссик чой берилади ёки жисмоний зурикиш берилади. Бемор терлагач бинт ечиб курилади. Агар текширилган сохада кукариш кузатилса Минор синамаси манфий. Бемор соғлом. Агар крахмал кукармаса Минор синамаси мусбат. Бемор мохов касаллигига чалинган.



Никотин синамасини куйиш

- Мохов касаллигида пайдо буладиган доғларни бошка касалликлардаги доғлар билан дифференциация қилиш мақсадида қуйилади.
- **Керакли ашёлар:** Шприц, 1%ли никотин кислотаси, пахта, спирт.



Техникаси:

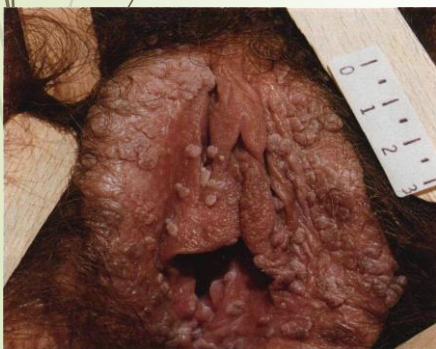


- **Техникаси:** Шприцга 5,0мл 1%ли никотин кислотаси эритмаси олинади, уни вена ичига инъекция қилиб юборилади. Агар доғлар мохов туфайли келиб чиккан булса, 2-3 минутдан кейин доғлар соҳасида яллигланиш феномени кузатилади: улар кизариб кетадилар, бироз шиш кузатилади. Соғлом соҳада эса яллигланиш кечроқ бошланади ва унчалик кучли ривожланмайди. 20-30 минутдан кейин соғлом соҳаларда эритема йуқолиб кетади, моховга хос элементлар соҳасида эса эритема сакланиб қолади.



Сирка кислотаси билан синама куйиш

- Ушбу синама уткир учли кондиломаларни клиника боскичидан аввал диагностика килиш имконини беради.
- **Керакли ашёлар:** Дока салфетка, 5%ли сирка кислотаси.



Техникаси:

- 5%ли сирка кислотаси шимдирилган дока салфеткани олатни айлантириб ураб чикилади (агар эркак киши текшириляётган булса), ёки жинсий лаблар орасига кистириб куйилади (агар аёл киши текшириляётган булса). 5-10 минут утгач, жинсий аъзоларнинг уша сохаси лупа билан (10 маротаба катталаштирадиган) караб куздан кечирилади ёки колпоскопия килиб курилади. Агар уткир учли кондиломалар булса, улар майда окиш папулалар сифатида куринади.

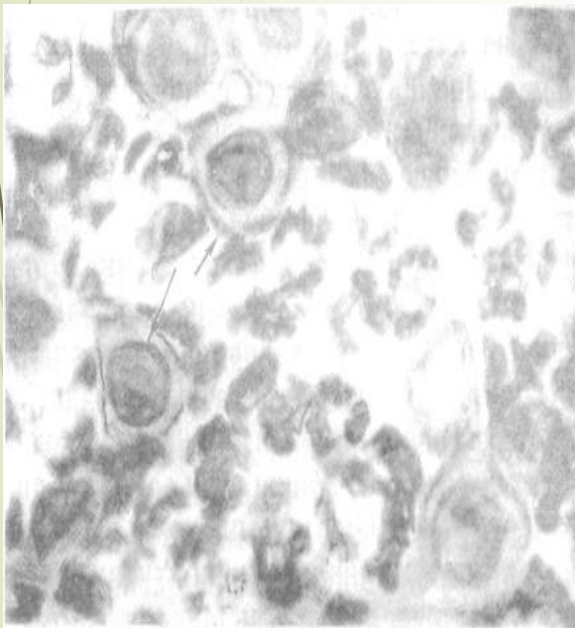


Акантолитик хужайраларга материал олиш

- Хакикий пурсилдок касаллигини диагностикасида акантолитик хужайраларнинг топилиши хал килувчи рол уйнайди.
- **Керакли ашёлар:** предмет ойнаси, резина (учиргич), стерил пенсит, пахта, спирт



Техникаси:



- Учиргичдан кесиб олинган резина булакчасини пуфак ёрилиши окибатида пайдо булган эрозия сатхига теккизилади (босилади). Шунда резинанинг юзасига эрозия сатхидаги сероз суюклик юкади. Резинани эрозияга теккизилган сатхини предмет ойнасига босиб теккизиб “суртма из” олинади. Сунгра уни буюгани ва текширгани лабораторияга юборилади.



Бенье-Мешерский симптомини аниклаш

- Кизил волчанка касаллигида диагностикасида кулланилади.
- Керакли ашёлар: пинцет.



Техникаси:



- Касаллик учогидаги тангачаларни бармоқ билан кисиб ушлаб, уни тортиб олмокчи булганимизда бемор кучли оғрик сезади, бошини орқага ташлайди ва шифокор (врач) кулини туртиб юборади. Буни *Бенье-Мешерский симптоми* дейилади. Агар оғрикка карамай тангачалар кучириб олинса, тери сатхига ёпишган юзасида тикансимон усимта борлиги кузга ташланади. Бу симптомни *“Аёллар пошнаси” симптоми* дейилади. Бу симптомларни юзага келишига сабаб патоморфологик узгариш – фолликуляр гиперкератоздир



Дермографизмни аниклаш

- **Дермографизм** – терининг юзаки жойлашган кон томирларининг механик таъсиротга булган жавоб реакциясидир. Меъёрда дермографизм кизил булиб, 4-5 минут давомида сакланиб туради.
- **Керакли ашёлар:**
- **Металл шпатель ёки бошка бирон утмас предмет.**



БАЖАРИЛИШ ТЕХНИКАСИ

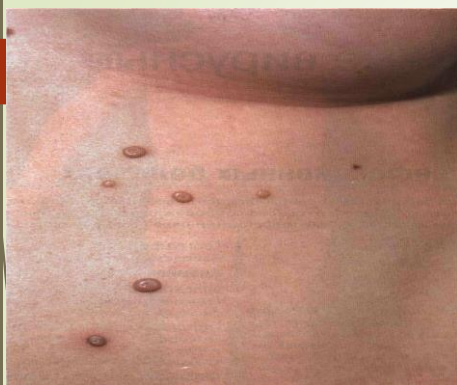


- Металл шпатель олиб, корин сохасидаги терини параллель равишда уртача босим билан чизиб курилади. Бир неча секунддан кейин чизик тортилган сохада тери кизаради (кизил чизик хосил булади 4-5 минут сакланиб туради). Айрим касалликларда дермографизм узгаради.
- Атопик дерматитда ок чизик пайдо булади. Бу ок дермографизмдир. Тарвок касаллигида чизилган соха каварик булиб буртиб чикади. Бу уртикар дермографизмдир. Экземада эса кизил чизик атрофга караб кенгаяди. Бу таркок дермографизмдир.



Моллюск таначасини сиқиб чиқариш

- Юқумчил моллюск касаллигини даволашнинг энг самарадор усули моллюск таначасини сиқиб чиқаришдир.
- **Керакли ашёлар:**
- Анатомик пинцет, 5% ли йод эритмаси, таёкча, пахта, спирт.



Техникаси:

- Юқумчил моллюск элементи бир соха териси спирт билан артиб тозаланади, пинцет ҳам спирт билан артилиб, сунг папула элементлари икки ёнидан пинцет билан махкам эзилиб юқорига тортилади, шунда папуланинг марказий қисмидан сузмасимон ок модда ажралиб чиқади. Унинг ҳаммаси олиб ташлангач жароҳат соҳасига 5% ли йод эритмаси суртиб қуйилади.



Олма желеси” ВА Пospelовнинг зонд симптомини аниқлаш

- ▶ Сил волчанкаси диагностикасида фойдаланилади.
- ▶ **Керакли ашёлар:** предмет ойнаси (витропрессия ойнаси). ТУМТОК ЗОНД.



Техникаси:



- ▶ Предмет ойнаси олиб, сил волчанкаси касаллик учогидаги думбогча элементи босиб қурилганда сарик тусда кузга ташланади. Чунки предмет ойнаси касаллик учогига босилганда, капилляр кон томирлардан кон сиқиб чиқарилади, уша соха консизланади, сил волчанкасида эса факат думбоқчаларнинг уз ранги қолади, думбоқчалар ранги сарғиш – жигарранг тусда булади.
- ▶ Сил волчанкаси диагностикасида ва дифференциациясида қулланилади.
- ▶ **Техникаси:**
- ▶ Сил волчанкасининг думбоқчаси юзасига тугмачали зонд билан босилганда зонд терининг ичига кириб кетади, бунга сабаб сил думбоқчасидаги патоморфологик узғаришлардир – *казеозли некроз*.

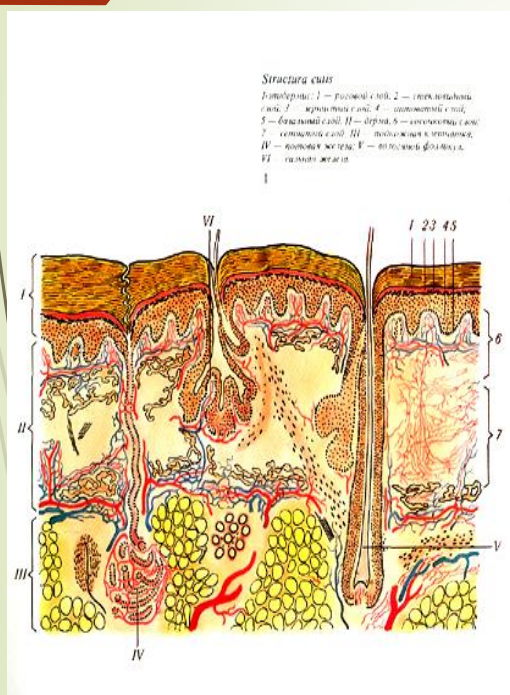


СОЧ МУШАК РЕФЛЕКСИНИ АНИКЛАШ

- Соч мушак рефлекси терининг симпатик иннервациясидан дарак беради (меъёрдами ёки бузилган).
- **Керакли ашёлар:**
- Эфир; Пахта.



Техникаси:



- Пахтага эфир теккизиб, уни тирсакнинг ташки юзаси сохасига суртилади. Бир неча секунддан кейин эфир суртилган сохада туклар тиккайиб, товук эт куринишини олади. Демак, бу симпатик иннервацияси сакланиб колганлигидан далолат беради. Айрим касалликларда (масалан ихтиоз касаллигида, Дарье касаллигида) соч мушак рефлекси чакирилмаслиги мумкин. Баъзи касалликларда эса (масалан кичимада) соч мушак рефлекси кучаяди.



Уикхэм тури симптомини аниклаш

- Бу симптом кизил ясси темиратки касаллигига хос булиб, шу касалликка диагноз куйишда ва уни бошка касалликлардан дифференциалция килишда фойдаланилади.
- **Керакли ашёлар:**
- Усимлик мойи, пахта.



Техникаси:



- Пахтага усимлик мойини текказиб, уни тошма (папула, пилакча (бляшка)) юзасига суртилади. Бир неча секунддан кейин папула юзасида ургимчак турини эслатадиган ок ингичка чизиклар хосил килган турсимон манзара намоён булади. Бу симптомни юзага келишига сабаб, кизил ясси темираткида кузатиладиган патоморфологик узгаришдир. Кизил ясси темираткида нотекис *гранулёз* кузатилади. Шуниси хисобига Уикхэм тури симптоми хосил булади.



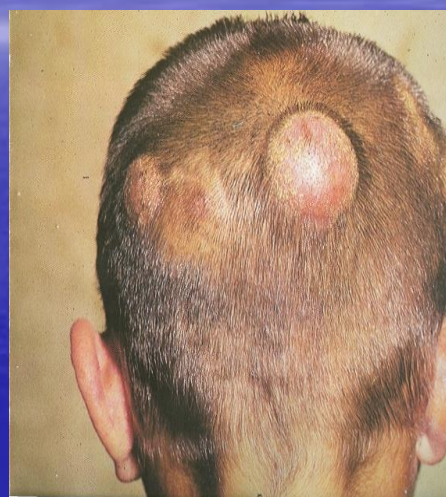
Масала №8

- Врач дерматолог ҳузурига 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 4x5 см, атрофида, жароҳат соҳасида кучли инфильтрация ривожланган ва юзасида кўпгина «Фолликуляр йирингчалар» бўлиб, уларнинг ҳар биридан алоҳида-алоҳида йиринг оқиб чиқиши кўзатилмоқда, қалоқлар бор. Касаллик ўчоғида сочлар зарарланган.
- **1) Сизнинг диагнозингиз?**
- **2) Диагнозни аниқлаш учун қандай текширув ўтказилади?**



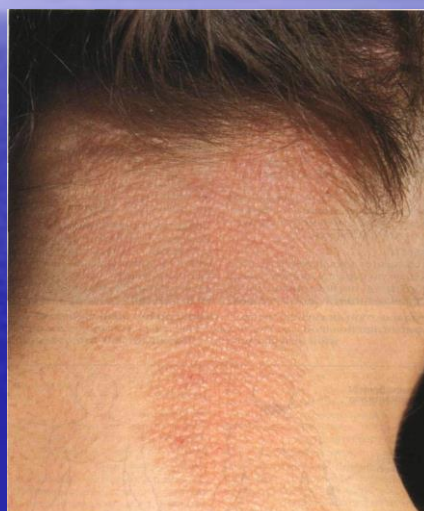
Масала №10

- Кабулга келган 8 ёшли кизчанинг чап тирсагида, билак соҳасида 1 та касаллик ўчоги бўлиб, улар думалок шаклда. Диаметри 3x4 см атрофида. У ерда эритема доғи, майда юзаки пустикулалар, кепакланиш, калоклар кузга ташланади. Касаллик ўчоги киргогида папулалардан иборат инфильтрация тери соҳасидан бироз кутарилиб бордюр ҳосил қилиб турибди. Учогнинг киргоклари теккис, чегараси аниқ.
- **1) Қандай касаллик?**
- **2) Диагнозни тасдиқлаш учун қандай текшириш утказиш керак?**



Масала №13

- Шифокор қабулига келган 24 ёшли бемор 3 йилдан буён касал бўлиб, бўйнининг орқа юзаси соҳасида касаллик ўчоги мавжуд, унинг қўлчамлари 4x7 см диаметрда. Касаллик ўчоғида кучли ривожланган лихенификация, папулёз инфильтрация, эксфолиация, геморрагик қалоклар, гиперпигментация, бироз қипикланиш кузга 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, тирсақ, 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» порошогиде 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 №17

- 2 ойлик чақалоқда 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 ҳузуридаги 2 ёшли қизчанинг юзлари, пастки жағи терисида кўпгина фликтена элементлари, эрозиялар мавжуд бўлиб, эрозиялар усти 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 бунорилди?**



Масала №21

- 21 ёшли беморда иккала болдир соҳасида, билакларида 3-4 дондан 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 инфилтратлар жойлашган. Анамнездан маълум бўлишича бемор 2 ой илгари Сурхондарёда бўлган.
- **1.Диагнозни аниқланг.**
- **2.Диагнозни тасдиқлаш учун қандай лаборатория текшируви ўтказиш керак.**



Масала №24

- Дерматологик клиникага 2 ойлик чақалоқ оғир аҳволда олиб келинди. Беморда тез-тез қайт қилиш, иштаҳанинг кескин пасайиши, тез-тез ич утиши кузатилади. Териси гиперемияга учраган. Эритродермия, кипикланиш қорин ва бел соҳаларида кўп миқдорда кузатилмоқда. Табиий бурмалар соҳасида кўплаб эрозиялар мавжуд. Эпидермис бу соҳаларда бичилган. Бошнинг сочли 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 №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. Қечкурунлари кучли қичишиш безовта қилиши аниқланди.
- **Диагнозни аниқланг.**
- **Диагнозни тасдиқлаш учун қандай текшириш усули ўтказилади?**



Масала №29

- 1 ойлик чақалоқнинг кафт 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, кафт ва товонларида папулалар, жинсий аъзоларида эрозив папулалар аниқланди.
- **1. Чақалоқдаги диагнозни аниқланг.**
- **2. Диагнозни тасдиқлаш учун чақалоқда ва онасида қайси лаборатория текширувлари ўтказилади.**



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 №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 думалоқ, овал шаклда, ўлчами ҳар-хил, ясси, юзаси ғадир-будир, периферияга қараб ўсиб катталашини кузатилмоқда, 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 сочли қисмида соч тўкилишига шикоят қилиб мурожаат қилди.
- Кўрилгандан: бошнинг сочли қисмида 1 та катталиги йигирма сўмлик тангадек келадиган доғ бўлиб, доғ юзаси кулранг тангачалар билан қопланган. Доғ атрофида тугунчалар, пуфакчалар, қалоклар 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 ҳузурига 45 ёшли аёл учради. Шикоятлари – қўл ва оёқ соҳаларига тошмалар тошишига, қичишишига. Ҳафтадан буён касал ҳисоблайди.
- Кўрилганда: Беморнинг қўл ва оёқларининг букулувчи соҳасидаги терида пушти-бинафша рангдаги полигонал папулалар жойлашган. Папулалар юзаси силлиқ, ялтироқ бўлиб, марказида киндиксимон ботиклиқ бор.
- 1. Қайси касаллик тўғрисида ўйлаш керак ?
- 2. Диагнозни тасдиқлаш учун қайси симптомни аниқлаш керак?



Масала №42

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



Масала №43

- 18 ёшли қизнинг билак, 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 эксскориация, қалоқлар кузатилади. Кучли қичишиш безовта қилади.
- **1. Қандай касаллик эканини аниқланг.**
- **2. Қайси касалликлар билан дифференциация қилиш керак.**



Масала № 44

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



Масала № 46

- Дерматолог хузурига акушер-гинеколог билан она чақалоқни терисида тошмалар тошганига шикоят қилиб келишди.
- Янги туғилган чақалоқни териси қиварган, юзасида қуруқ, юпка, сарғиш-жигарранг плёнка билан копланган (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 № 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 хузурига 29 ёшли бемор оёқларига тошмалар тошишига ва қичишишига шикоят қилиб келди.
- Кўрилганда 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.?**



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 темирлатки.
 - 2. Жароҳат ўчоғида Бальцернинг йодли синамасини, Бенъе симптомини ўтказиш.
- Савол №4.
 - 1. Ўраб олувчи темирлатки, абортив тури.
 - 2. Жароҳат ўчоғларига анилин бўёқлари суртिलाди.
- Савол №5.
 - 1. Янги ўткир сўзак.
 - 2. Уретрадан гогоккларга 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 Поспеловнинг "зонд" ва "Олма желеси" симптомларини ўтказиш.
- Савол №8.
 - 1. Скрофулодерма (колликватив тери сили).
 - 2. Тугун элементи кузатиладиган касалликлар – учламчи захм (гумма), Базен эритемси, актиномикоз, тери ўсмалари билан дифференциал диагностика ўтказилади.
- Савол №9.
 - 1. Инфильтратив-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 (Видаль 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-қуритувчи 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-хужайраларга 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, триамциалон ва б.).
- Савол №25.
 - 1. Иккиламчи қайталама (рецидив) захм.
 - 2. Пинкус ва Омнибус симптомлари, диффуз алопеция, сифилитик лейкодерма кузатилмоқда.
- 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 қуритувчи боғламалар қўйиш.
- Савол №31.
 - 1. Дюрингни герпессимон дерматози.
 - 2. Ядассон синамаси ўтказилади.
- Савол №32.
 - 1. Сурункали қизил волчанка (югирик), диссимон 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 темиртки.
- 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 шанқрдан оқ трепонемага материал олиш, бемор қонини КСР га текшириш.
- Савол № 40.
- 1. Иккиламчи янги захм.
- 2. Қаттиқ шанқрдан оқ трепонемага материал олиш, бемор қонини КСР га текшириш.
- Савол № 41.
- 1. Учламчи захм.
- 2. Дўмбоғча.
- Савол № 42.
- 1. Атопик дерматит.
- 2. Оқ дермографизм кузатилади.
- Савол № 43.
- 1. Катталар қичимаси.
- 2. Қўтир, нейродермит, тери қичишиши, экзема.
- Савол № 44.
- 1. Сурункали трихофития.
- 2. Жароҳат ўчоғидаги замбуруғларга материал олиш.
- Савол № 45.
- 1. Паразитар сикоз.
- 2. Вульгар сикоз билан дифференциал диагноз қилиш лозим.
- Савол № 46.
- 1. Туғма ихтиоз.
- 2. Витамин А, ретиноидлар (тигазон, неотигазон).
- Савол № 47.
- 1. Тери шохи.
- 2. Криотреапия, 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 кондиома.
- 2. Қонни КСР га текшириш, ПЦР анализи

ТЕСТЛАР

1. Тери неча каватдан иборат?

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. 5

2. Эпидермиснинг қайси каватидан тонофибриллалар миқдори кўп?

- A. Асосий каватда
- B. тиканакли каватда**
- C. донадор каватда
- D. ялтирок каватда
- E. мугуз каватда

3. Дерманинг сўргичли ва тур каватлари уртасида чегара бўлиб нима ҳисобланади?

- A. Базал мембрана
- B. ёғ безлари жойланиш чегараси
- C. соч фолликулалари жойланиш чегараси
- D. Тери юзаки қон томирлари чигали**
- E. Тери чуқур қон томирлари чигали

4. Экрин тер безлари йук булган тери соҳасини курсатинг?

- A. Бошнинг сочли қисми
- B. юз
- C. елкада
- D. Жинсий олат бошчаси**

Е. Товон

5. Куйидагилардан қайсиниси узун сочларга киради?

А. кош

В. киприк

С. бурун ичидаги сочлар

Д. Кулок ичидаги сочлар

Е. Сокол

6. Эпидермисдаги сурункали яллигланишга хос бўлмаган патоморфологик ўзгаришни кўрсатинг?

А. акантоз

В. акантолизис

С. гранулез

Д. паракератоз

Е. гиперкератоз

7. Акантоз нима?

А. Базал кават хужайраларнинг кучли кўпайиши ва калинланиши

В. тиканлик кават хужайраларнинг кучли кўпайиши ва қалинлашиши

С. донадор кават хужайраларнинг кучли кўпайиши ва қалинлашиши

Д. Тиканлик кават хужайра кўприкчаларнинг эриб кетиши

Е. Эпидермис хужайралари кератинизациясининг бузилиши

8. Курсатилган бушликсиз бирламчи элементлардан қайсиниси тери сатхида кўтарилмайди?

А. папула

В. думбоқча

С. тугун

Д. дог

Е. Торвоқ

9. Куйидагилардан кайси бири папула шаклини ифодалайди?

А. Силлик

В. полигонал

С. гадир-будир

Д. киндиксимон

Е. ялтироқ

10. Яра нима?

А. Терининг эпидермис билан чекланган юзаки дефекти

В. эпидермис, дерма, гохо чукур тукумалар жарохати билан кечадиган чукур дефект

С. терининг чизикли дефекти

Д. Қашлашлар натижасида бўлган тери дефекти

Е. Тери қалинлашиши зичланиши ва суратининг кучайиши

11. Фақат бирламчи элементлардан ташкил топган вариантни курсатинг?

А. Доғ, пустлокча

В. тирналиш, дўмбокча

С. папула, вегетация

Д. Торвок, папула

Е. Пуфакча, лихеннификация

12. Дендритик хужайралар танаси каерда жойлашган:

А. Дерманинг тўрсимон каватида

В. эпидермис тиканакли каватида (базал каватида)

С. эпидермис донадор каватида

Д. Эпидермис ялтироқ каватида

Е. Дерманинг сўргичли каватида

13. Куйида санаб утилган хужайра элементларидан қайсиниси дермада учрамайди?

А. Лангергенс хужайралари

В. фибробластлар

С. гистиоцитлар (макрофаглар)

Д. Семиз хужайралар (мастоцитлар, тўкима базофиллари)

Е. Лейкоцитлар

14. Факатгина тери учун хос бўлган модда алмашинуви турини курсатинг:

А. Сув алмашинуви

В. витаминлар

С. микроэлементлар алмашинуви

Д. Меланин алмашинуви

Е. Ферментлар алмашинуви

15. Яллигланиш пролифератив фазасига характерли бўлмаган ўзгаришни кўрсатинг:

А. Акантоз

В. вакуол дегенерация

С. Гиперкератоз

Д. гранулез

Е. Паракератоз

16. Эпидермисдаги иммун химояланиш функциясини бажарувчи хужайра:

А) кератиноцитлар

В) Лангерганс хужайралар

С) меланоцитлар

Д) Меркель хужайралари

Е) Гренстейин хужайралари.

17. Иссикликга энг сезгир сохани кўрсатинг?

А) юз териси

В) кукрак териси

С) кафт териси

Д) сон териси

Е) товон териси.

18. Тактил сезгисини идрок этувчи рецепторларни кўрсатинг:

А) Руффини таначаси

В) Мейснер таначаси

С) Краузе колбаси

Д) Фатер-Пачинни таначалари

Е) Гольджи-Мацонни таначалари.

19. Чайкатилувчи аралашмалар компонентига кирмайдиган моддани кўрсатинг?

А) крахмал

В) глицирин

С) рух оксиди

Д) лоналин

Е) тальк.

20. Яллигланишнинг эксудатив фазасига хос патоморфологик ўзгариш:

А) акантоз

В) спонгиоз

С) гранулез

Д) гиперкератоз

Е) паракератоз.

21. Пигментли доғни кўрсатинг?

А) вибицес

В) пурпура

С) петехия

Д) хлоазма

Е) розеола.

22. Эпидермиснинг дегенератив ўзгаришини кўрсатинг?

А) гранулез

В) паракератоз

С) акантоз

Д) акантолизис

Е) спонгиоз.

23. Дерманинг тўрсимон каватида жойлашган бирламчи элементни кўрсатинг?

А) тугун

В) тугунча

С) думбоқча

Д) торвоқ

Е) пуфак.

24. Ёғ безлари бевосита тери сатхига очиладиган соха?

А) бошнинг сочли кисми

В) юз

С) лабнинг кизил хошияси

Д) бўйин

Е) елка.

25. Дерманинг хужайра элементини кўрсатинг?

А) меланоцитлар

В) кератиноцитлар

С) фиброцитлар

Д) Гренстейин хужайралари

Е) Меркель хужайралари.

26. Папуллага хос бирламчи элемент булган касалликни кўрсатинг?

А) кизил ясси темиратки

В) пушти ранг темиратки

С) ранг-баранг темиратки

Д) ураб олувчи темиратки

Е) оддий темиратки.

27. Чин полиморфизм кузатиладиган касалликни кўрсатинг?

А) экзема.

В) псориаз

С) пуштаранг темиратки

Д) кизил ясси темиратки

Е) вулгар пурсилдок.

28. Эксудатив бирламчи элементни кўрсатинг?

А) яллигланиш доги.

В) геморагик дог.

С) пигмент дог

Д) торвок

Е) папула.

29. Факат бирламчи элементлардан иборат вариант?

А) думбогча.

В) мада, калок.

С) тугун, чандик.

Д) пуфак, эрозия.

Е) торвок, дог.

30. Факат иккиламчи элементлардан иборат вариант?

А) яра, тугун.

В) эрозия, калок.

С) кипик, тугунча.

Д) эксориация, торвок.

Е) пигментация, пуфак.

31. Терининг дефекти кузатилмайдиган иккиламчи элемент.

А) эрозия.

В) эксориция

С) лихенификация

Д) ёрик

Е) яра.

32. Эрозия хосил килувчи бирламчи элемент.

А) тугунча.

В) пуфакча.

С) дог

Д) думбогча

Е) торвок.

33. Пуфакча ва пуфакчалар хосил булишига олиб келмайдиган патоморфологик ўзгаришни кўрсатинг?

А) акантоз

В) акантолизис.

С) спонгиоз.

Д) вакуоль дегенерация

Е) балонланувчи дегенерация.

34. Балонланувчи дегенерацияга хос бўлган касаллик.

А) хакикий пурсилдок.

В) экзема.

С) герпеслар.

Д) замбуруг касалликлари.

Е) пушти ранг темиратки.

35. Яллигланиш догани кўрсатинг?

А) эритема

В) экзема

С) лентиго

Д) петехия

Е) пурпура.

36. Тери артерия кон томирлари нечта чигал хосил килади:

А. 1

В. 2

С. 3

Д. 4

Е. 5

37. Апокрин тер безлари жойлашган соха:

А. юз

В. товон

С. чов

Д. кафт

Е. буйин

38. Спонгиоз нима?

А. тиканкали каватнинг калинлашуви

В. тиканкали кават хужайралари аро шиш

С. тиканкаларнинг эриб кетиши

Д. донадор каватнинг калинлашуви

Е. мугуз каватнинг калинлашуви

39. Хис этиш сезгиси энг паст сохани кўрсатинг:

А. буруннинг учи

В. тилнинг учи

С. лабларнинг кизил хошияси

Д. бармоқлар учи

Е. жинсий олат бошчаси

40. Эпидермисда жойлашган бирламчи элемент:

А. думбокча

В. торвок

С. пуфакча

Д. яллигланиш доғи

Е. тугун

41. Яра хосил килувчи бирламчи элемент:

А. пуфак

В. пуфакча

С. торвок

Д. папула

Е. думбокча

**42. Терининг дефекти билан кечувчи иккиламчи элементлардан
иборат вариант:**

А. кипик, эрозия

В. яра, лихенификация

С. эрозия, пигментация

Д. ёрик, эксскориация

Е. калок, чандик

43. Сохта полиморфизмни кўрсатинг:

А. доғ, везикула, эксскориация

В. папула, лехинефикация, эрозия

С. торвок, пуфак, вегетация

Д. тугун, думбокча, яра

Е. йирингча дог, колок

44. Дермадаги патоморфологик ўзгариш:

А. акантоз

В. гранулез

С. паракератоз

Д. Папилломатоз

Е. Гиперкератоз

45. Дерманинг хужайра элементини кўрсатинг:

А. ретикулоцитлар

В. меркель хужайралари

С. кератиноцитлар

Д. меланоцитлар

Е. лангерганс хужайралари

46. Геморрагик догни кўрсатинг:

А. розеола

В. эритма

С. хлоазма

Д. вибицес

Е. лентиго

47. Кичишиш борлигини билдирувчи иккиламчи элемент:

А. эрозия

В. кипик

С. калок

Д. экскорнация

Е. вегетация

48. Эпидермиснинг қайси қаватида эленин микдори кўп?

- А) базал
- В) тиканакли
- С) донадор
- Д) ялтирок**
- Е) мугуз.

49. Меланоцитлар жойлашади?

- А) турсимон
- В) сургичсимон
- С) базал**
- Д) донадор
- Е) тиканаксимон қаватда.

50. Ёг безлари учрамайди?

- А) юзда
- В) елкада
- С) билакда
- Д) кафтда**
- Е) болдирда

51. Экрин тер безлари энг кўп булган соха?

- А) бошда
- В) юзда
- С) елкада
- Д) олат бошчасида
- Е) кафтда.**

52. Сурункали яллигланишга хос узгаришни курсатинг?

- А) акантоз**
- В) акантолизис

-
- С) спонгиоз
 - Д) вакуол дегенерацияси
 - Е) балонланувчи дегенерация.

53. Гранулёз нима?

- А) базал каватнинг калинлашуви
- В) тиканакли каватнинг калинлашуви
- С) донатор каватнинг калинлашуви**
- Д) мугуз каватнинг калинлашуви
- Е) тиканаксимон каватдаги шиш.

54. Дермада учрайдиган хужайрани курсатинг?

- А) ретикулоцитлар**
- В) фиброцитлар
- С) лимфоцитлар
- Д) кератиноцитлар
- Е) плазматик хужайралар

55. Дерманинг хужайра элементлари асосан каерда жойлашган:

- А) сургич каватда
- В) турсимон каватда**
- С) сочли фолликулалари атрофида
- Д) ёг безлари атрофида
- Е) тер безлари атрофида.

56. Терининг хосиласи эмас?

- А) тирноклар
- В) сочлар
- С) ёг безлари
- Д) тер безлари
- Е) нерв охирлари.**

57. Терини ультрафиолет нурлари химоя килувчи омил?

- А) кератин
- В) элеидин
- С) кератогиалин
- Д) сквален
- Е) меланин.**

58. Иссиклик алмашинувнинг компенсацияловчи ахамияти йук?

- А) модда алмашинувнинг узгариши
- В) кон айланишининг узгариши
- С) конвекциянинг узгариши
- Д) ёг ажралишининг узгариши**
- Е) тер ажралишининг узгариши.

59. Гиподермада жойлашган бирламчи элемент?

- А) тугунча
- В) тугун**
- С) думбокча
- Д) пуфакча
- Е) дог.

60. Яллигланиш догани курсатинг?

- А) пурпура
- В) вибицес
- С) хлоазма
- Д) розеола**
- Е) эксимос.

61. Факат бирламчи элементлардан ташкил топган вариантни аникланг?

- А) дог, тугунча.**

-
- В) думбокча, калок.
С) торвок, тирналиш.
Д) пуфакча эрозия
Е) папула пустлокча.

62. Лангергенс хужайралари терининг кайси каватида жойлашган?

- А) тиканли
В) мугуз
С) донадор
Д) турсимон
Е) сургичсимон.

63. Факат тери учунгина хос моддалар алмашинуви:

- А) сув
В) витаминлар
С) микроэлементлар
Д) меланин
Е) ферментлар.

64. Яллигланишнинг пролифератив фазасига хос булмаган узгариш:

- А) акантоз
В) спонгиоз
С) гиперкератоз
Д) гранулез
Е) паракератоз.

65. Иккиламчи элементлардан иборат вариант:

- А) вегетация эрозия
В) яра тугун
С) лихенификация папула

Д) калок пуфакча

Е) кипик торвок.

66. Дерма неча каватдан иборат.

А. 1

Б. 2

С. 3

Д. 4

Е. 5

67. Эпидермиснинг базал кавати кандай хужайралардан тузилган.

А. Бир неча кават ясси эпителиал хужайралардан

В. бир неча кават кубсимон эпителиал хужайралардан

С. бир катор кубсимон эпителиал хужайралардан

Д. Бир катор цилиндр шаклли эпителиал хужайралардан

Е. Бир катор ясси эпителиал хужайралардан

68. Куйидаги хужайралардан эпидермисда нормада кайси бири учрамайди.

А. Кератиноцитлар

В. меланоцитлар

С. лангерганс хужайралари

Д. Гистиоцитлар

Е. Меркель хужайралари

69. Куйидаги хужайра элементларидан кайси бири даврларда учрамайди.

А. Плазматик хужайралар

В. меланофаглар

С. фиброобластлар

Д. Меркель хужайралари

Е. Лимфоцитлар

70. Иссиклик сезгисини идрок этадиган рецепторни курсатинг.

А. Фатер-Пачини таначалари

В. Голджи-Маццони таначалари

С. Руффини таначалари

Д. Мейснер таначалари

Е. Краузе колбаси

71. Терининг кайси сохасида ёг безлари учрамайди.

А. болдирда

В. кафтларда

С. танада

Д. Юз сохасида

Е. Бошнинг сочли кисмида

72. Апокрин тер безлари куйидагилардан кайси соха терисида жойлашган.

А. кафтда

В. билакларда

С. кураклар орасида

Д. думбада

Е. орка пешов терисида

73. Тери кушимчасига (ортигига) куйидагилардан нима кирмайди.

А. тер безлари

В. тирноклар

С. туклар

Д. Лимфатик капиллярлар

Е. Ёг безлари

74. Иссикликни ташки мухитга чиқариш қайси йул билан амалга ошмайди.

- A. Ёғ ажратиш билан
- B. тер ажратиш билан
- C. иссиклик нурланиши (таралаши)**
- D. Иссиклик утказиши (конвекция)
- E. Персперация билан

75. Дермадаги патоморфологик узгаришни курсатинг.

- A. Акантоз
- B. гранулез
- C. папилломатоз**
- D. Дискератоз
- E. Акантолизис

76. Гранулёз нима?

- A. Эпидермиснинг базал каватини калинлашиши
- B. эпидермиснинг тиканаксимон каватини калинлашиши
- C. эпидермиснинг донадор каватини калинлашиши**
- D. Эпидермиснинг ялтирок каватини калинлашиши
- E. Эпидермиснинг мугуз каватини калинлашиши

77. Эпидермиснинг кератогиалин моддаси сакловчи каватини курсатинг.

- A. базал
- B. тикансимон
- C. донадор
- D. Ялтирок
- E. Мугуз**

78. Эпидермис учун характерли эмас?

- A. эластиклик

В. таранглик

С. мустахамлик

Д. пластиклик

Е. регенеративлик

79.Эпидермнинг тиккансимон кавати қандай хужайралардан ташкил топган?

А. Бир қаватли ясси эпителиал хужайрлардан

В. бир қаватли кубсимон хужайралардан

С. бир қаватли цилиндрик хужайрлардан

Д. 5-10 қаватли ясси хужайралардан

Е. 5-10 қаватли кубсимон хужайралардан.

80.Қуйидаги хужайра элементлардан қайси бири дермада учрамайди?

А. ретикулоцитлар

В. фибробластлар

С. лимфоцитлар

Д. Кератиноцитлар

Е. Плазматик хужайралар

81.Совук сезгисини идрок этадиган рецепторни курсатинг.

А. Краузе қолбаси

В. Меркел хужайраси

С. Руффини таначаси

Д. Фатер-Пачини таначаси

Е. Мейснер таначаси

82.Ўг безлари терининг қайси соҳасида бўлмайди?

А. буйинда

В. елкада

С. товонда

Д. сонда

Е. Билакда

83. Факат тери учун характерли булган модда алмашиниш жараёнини курсатинг.

А. оксиллар

В. витамин Д

С. микроэлементлар

Д. углеводлар

Е. Ферментлар

84. Хужайрадан ташкаридаги сероз яллигланиш турини курсатинг.

А. Баллонланувчи дегенерация

В. кариопикноз

С. карионексис

Д. Спонгиоз

Е. Вакуол дегенерацияси

85. Акантолизис нима?

А. Эпидермис тикансимон каватининг калинлашиши

В. эпидермис донадор каватининг калинлашиши

С. эпидермис хужайралари ичидаги шиш

Д. Эпидермис хужайралари аро шиш

Е. Эпидермис хужайралари аро эпителиал куприкчаларни эриб кетиши

86. Инфильтратив характерли бирламчи морфологик элементни курсатинг.

А. дог

В. пустула

-
- С. торвок
 - Д. пуфакча
 - Е. Пуфак

87.Пролифератив характерга эга булмаган I-ламчи морфологик элементни курсатинг.

- А. думбокча
- В. кон томирга алокадор дог
- С. пигментли дог
- Д. Тугунча
- Е. Тугун

88.Папула катталигини курсатмайдиган вариантни аникланг.

- А. Лентикуляр
- В. милиар
- С. конуссимон**
- Д. нуммуляр
- Е. Лихеноид

89.Калок хосил килмайдиган I-ламчи элементлар тупламини курсатинг.

- А. Торвок, тугунча, дог**
- В. думбокча, тугунча, пуфак
- С. тугун, пигментли дог, думбокча
- Д. Пустула, торвок, пуфакча
- Е. Пуфакча, геморрагик дог, тугунча

90.Ёрик нима?

- А. Эпидермис тикансимон каватининг усиб кетиши
- В. терининг эпидермис билан чекланган юзаки нуксони
- С. терининг чукур нуксони

Д. Кашлаш натижасида келиб чиккан тери нуксони

Е. Терининг чизикли нуксони

91. Факат I – ламчи элементлардан иборат варинатни курсатинг.

- А. Тугунча, дог, экскориация
- В. тугун, пигментация, тирналиш
- С. торвок, яра, пуфак

Д. Пустула, думбокча, пуфакча

Е. Думбокча, тугунча, вегетация

92. Эпидермис неча каватдан иборат?

- А. 1
- Б. 2
- С. 3
- Д. 4
- Е. 5**

93. Эпидермиснинг кайси каватида кератин миқдори кўп?

- А. Эпидермиснинг базал кавати эпителиал хужайраларида
- В. Эпидермис тиканакли кавати эпителиал хужайраларида
- С. Эпидермис мугуз кавати эпителиал хужайраларида**
- Д. Лангерган хужайраларида
- Е. Меланоцитларда

94. Тери вена кон томирлари неча веноз чигал ташкил қилади?

- А. 1
- Б. 2
- С. 3
- Д. 4**
- Е. 5

95. Қайси соҳада апокрин тер безлари жойлашади:

А. Буйин

В. Кукрак беги сургичи

С. Кураклар ораси

Д. Кафт

Е. Товон

96. Баллонланувчи дегенерация нима?

А. Тиканакли каватдаги хужайра аро шиш

В. Тиканакли каватдаги хужайра ичидаги шиш

С. Тиканакли каватдаги хужайра ичидаги ва хужайра аро шиш

Д. Базал каватдаги хужайра ичидаги ва хужайра аро шиш

Е. Дерма сургичли кавати шиши

97. Паракератоз учун характерли булмаган ходисани курсатинг:

А. Мугуз каватнинг калинлашиши

В. Мугуз каватда ядро саклайдиган хужайраларни пайдо булиши

С. Тиканакли кават йуклиги

Д. Элеидин каватининг йуклиги

Е. Донадор каватнинг йуклиги

98. Дермада жойлашмайдиган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Думбокча

В. Торвок

С. Пуфак

Д. Дог

Е. Тугун

99. Калок пайдо килмайдиган бирламчи элементни курсатинг:

А. Думбокча

В. Папула

-
- С. Пуфак
 - Д. Пуфакча
 - Е. Пустула

100. Лихенификация нима?

- А. Тери дефектини дагал бириктирувчи тукима билан алмашинуви
- В. Эпидермис тиканакли каватини сургичсимон ёки хуроз тожини эслатувчи ушиб кетиши
- С. Кучган мугуз пластинкалар
- Д. Эпидермис чегарасидаги терининг юзаки етишмовчилиги
- Е. Терининг калинлашиши, зичлашиши, суратининг кучайиши**

101. Сохта полиморфизмни курсатинг:

- А. Папула, везикула, эрозия
- В. Дог, тангача, лихенификация**
- С. Торвок, пуфакча, пустлокча
- Д. Тугун яра, дог
- Е. Думбокча, тангача, пуфак

102. Гиподермада кайси элемент куп?

- А. Аргилофил толалари.
- В. Коллаген толалари.**
- С. Эластик толалар.
- Д. Силлик мушак толалари.
- Е. Нерв толалари.

103. Иссикликни кабул килувчи рецепторларни курсатинг:

- А. Краузе колбаси.
- В. Фатер-Пачини таначалари.
- С. Руффини таначалари.**
- Д. Мейснер таначалари.
- Е. Меркел хужайралари.

104. Кайси омил таъсирдан организмни тери химоя эта олмайди.

А. Механик.

В. Вибрацион.

С. Биологик.

Д. Кимёвий.

Е. Термик.

105. Проллифератив характердаги бирламчи морфологик элементни курсатинг.

А. Яллигланиш доги.

В. Яллигланишсиз дог.

С. Торвок,

Д. Геморрагик дог.

Е. Пигментли дог.

106. Меркель хужайралари каерда жойлашади?

А. Эпидермиснинг донатор каватида

В. Дерманинг турсимон каватида

С. Эпидермиснинг базал каватида

Д. Эпидермиснинг тикансимон каватида

Е. Дерманинг сургич каватида

107. Дерманинг хужайра элементлари асосан каерда жойлашган?

А. Сургич каватда

В. Турсимон каватда

С. Соч фолликулалари атрофида

Д. Ёг безлари атрофида

Е. Тер безлари атрофида

108. Фатер–Пачини таначалари каерда жойлашади?

А. Эпидермиснинг базал каватида

В. Дерманинг сургичсимон каватида

С. Дерманинг турсимон каватида

Д. Гиподерма билан дерманинг чегарасида

Е. Гиподермада

109. Куйидагилардан кайси бири терини ультрабинафша нурлардан химоя килади?

- А. Кератин
- В. Элеидин
- С. Кератогиалин доналари
- Д. Сквален

Е. Меланин

110. Гиподермада жойлашган 1-ламчи морфологик элементни аниқланг:

- А. Думбокча
- В. Торвок
- С. Тугун**
- Д. Пигмент доги
- Е. Яллигланиш доги

111. Проллифератив характерга эга буладиган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. Думбокча
- В. Яллигланиш доги
- С. Пигмент доги**
- Д. Тугунча
- Е. Тугун

112. Терининг дефекти билан характерланадиган иккиламчи морфологик элемент булмаган вариантни курсатинг:

- А. Тангача, вегетация, яра
- В. Пигментация, лихенификация, тангача**
- С. Эрозия, вегетация, пигментация
- Д. Экскориация, ёрик, калок
- Е. Лихенификация, яра, вегетация

113. Кичишиш борлигини бидирувчи 2-ламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Эрозия

В. Экскориация

С. Ёрик

Д. Вегетация

Е. Тангача

114. Чин полиморфизмни курсатинг:

А. Тугунча, тангача, калок

В. Пуфакча, думбокча, дог

С. Пуфак, вегетация, яра

Д. Пустула, лихенификация, эрозия

Е. Тугун, калок, чандик

ДЕРМАТИТЛАР. ТОКСИКОДЕРМИЯ

115. Шартсиз (облигат) булмаган китиклагични курсатинг:

А. Кислоталар

В. ишкорлар.

С. электр токи

Д. 60⁰ дан юкори харорат

Е. Синтетик ювувчи моддалар

116. И даражали совук уришида терида нима пайдо булади:

А. Кукариш, шиш

В. кукариш, шиш, пуфаклар

С. жарохатланган жойларнинг юзаки некрози

Д. Тукималар чукур некрози

Е. Юкоридагилар хаммаси

117. Йод ва бром препаратларига буладиган токсикодермияни курсатинг?

-
- А) папулез тошмалар.
 - В) везикулез тошмалар.
 - С) хуснбузар тошмалари.**
 - Д) булез тошмалар.
 - Е) розеолез тошмалар.

118. Токсикодермиянинг «фиксацияланган эритема» шаклини чакирувчи препарат:

- А. антибиотиклар
- В. сульфаниламидлар**
- С. витаминлар
- Д. йод препаратлари
- Е. бром препаратлари

119. Токсикодермияда учрамайдиган бирламчи элемент:

- А. дог
- В. торвок
- С. тугунча
- Д. тугун**
- Е. пуфак

120. Сурункали дерматит учун хос булмаган вариантни курсатинг:

- а) гиперемия
- В) инфильтрация
- С) лихенификация
- Д) везикуляция**
- Е) гиперкератоз

121. Токсико-аллергик дерматитда куйидаги бирламчи морфологик элементлардан кайсиниси учрамайди?

- А) эритема
- В) папула

С) думбокча

Д) торвок

Е) пуфак

122. Шартли (факультатив) китиклагични курсатинг?

А) кислоталар

В)

ишкорлар

С) электр токи

Д) 70⁰ дан юкори харорат

Е) буюклар.

123. Лайелл синдромида учрамайдиган элемент:

А) эритема

В) пуфакча

С) эрозия

Д) калокчалар

Е) тугунлар.

124. Куйидагилардан кайсиниси дерматит чакирувчи физик тоифасига кирмайди.

А. Электр токи

В. ионловчи рация (нурлари)

С. ультрабинафша нурлар

Д. Юкори харорат

Е. Алифатик бирикмалар

125. I - даражали куйишда пайдо буладиган узгаришлар вариантини курсатинг.

А. Эритема шиш

В. эритема, шиш, везикуляция

С. терининг юзаки некрози

Д. Терининг чукур некрози

Е. Юкоирдагиларни хаммаси

126. Куйидагилардан кайсиниси дерматит чакирувчи химик омил эмас?

А. кислоталар

В. юкори концентрацияли дезинфекцияловчи моддалар

С. ионловчи радиация

Д. ишкорлар

Е. баъзи огир металл тузлари

127. Иккинчи даражали куйишда терида нима пайдо булади?

А. Эритема шиш

В. эритема, шиш, везикуляция

С. дерма юзаки кабатининг некрози

Д. Дерманинг чукур некрози

Е. Юкоридагиларнинг хаммаси

128. Кайси турдаги токсикодермияда Никольский симптоми мусбат булади?

А. Тубероз йододермада

В. тубероз бромодермада

С. йод хуснбузарида

Д. Сульфаниламид токсикодермияда (фиксацияланган эритемада)

Е. Лайелла синдромида

129. Токсикодермияда китикловчи кайси йул билан тушиши характерли эмас:

А. Огиз оркали

В. Нафас йуллари

С. Кон томирига (вена ичига)

Д. Тери юзасига

Е. Мушакка (мушак ичига)

130. Лайелл синдроми учун хос булмаган куринишни курсатинг:

А. Эритема доги

В. Пуфаклар

С. Эрозия сатхлари

Д. Никольский симптомининг мусбатлиги

Е. Вегетациялар

131. Уткир дерматитлар учун хос булмаган белгини курсатинг:

А. Эритема ва шиш

В. Везикуляция

С. Пуфаклар

Д. Лихенификация

Е. Тукима некрози

132. Дерматитларнинг ташки давосида куйидагилардан кайси бири ишлатилмайди?

А. Нам бойламлар

В. Чайкатулувчи аралашмалар

С. Стероид мазлари

Д. Кератолитик мазлар

Е. Анилин буёклари

ЭКЗЕМА

133. Экзема учун хос булмаган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Эритема.

В. папула

С. пустула

Д. микровезикула

Е. Пуфак

134. Болалар экземаси учун характерли белгилар:

- A. Чин экзема белгилари
- B. микробли экзема белгилари
- C. себореяли экзема белгилари
- D. Чин, микробли ва себореяли экзема белгиларнинг бир вақтда булиши**
- E. Юкоридаги барча белгиларнинг йуклиги

135. Чин экзема кайси касаллик билан фарк килинмайди?

- A. Аллергик дерматит
- B. пиодермит**
- C. нейродермит
- D. руброфития
- E. Кафтларнинг дисгидрози

135. Экземани намланиш боскичида махаллий даволашда куйидаги дорилардан кайси бири ишлатилади:

- A. Сепмалар
- B. чайкатадиган аралашмалар (болтушка)
- C. намлаш (примочка)**
- D. малхамлар
- E. пасталар

136. Экзамада намлаш (примочка) максатида ишлатилдиган дори:

- A. Танин эритмаси**
- B. йод настойкаси
- C. бензилбензоат эмульсияси
- D. Кастеллани суюклиги
- E. преднизолон мази

137. Микробли экземанинг клиник шаклини курсатинг:

А. нуммуляр

В. томчисимон

С. милиар

Д. дисгидротик

Е. пруритиноз

138. Экзема учун хос булмаган элемент:

А. микровезикула

В. эрозия

С. калок

Д. вегетация

Е. эксориация

139. Уткир экземанинг жараёнини график тарзда ифодаланиши:

А. учбурчак шаклида

В. туртбурчак шаклида

С. ромб шаклида

Д. эллипс шаклида

Е. эксориация.

140. Экзема учун хос булмаган иккиламчи морфологик элементни курсатинг?

А) яра

В) калок

С) тангача

Д) эксориация

Е) эрозия.

141. Экзема билан огриган беморларга сийдикни хайдовчи дорилар беришга куйидагилардан кайсиниси асос була олади?

А) папулёз инфильтрация борлиги.

-
- В) жараённинг юз соҳасида жойлашиши
С) жараённинг жинсий аъзолар соҳасида жойлашиши.

Д) шиш ва сув чикишининг мавжудлиги

Е) пустулез элементлар мавжудлиги

142. Экземада учрамайдиган бирламчи элемент?

А) эритема

В) тугунча

С) пустула

Д) везикула

Е) торвок.

143. Чин экзема дифференциация килинмайдиган касаллик:

А) аллергия дерматит

В) эритематоз

С) нейродермит

Д) руброфития

Е) кафтлар чин дисгидрози.

144. Экземани маҳаллий даволашда ишлатилмайдиган дори:

А) сепмалар

В) йод настойкаси

С) намлаш (примочка)

Д) малхамлар

Е) пасталар.

145. Пруригиноз экзема куйидагилардан қайси бирининг клиник курилиши эканлигини аниқланг:

А. себореяли экземани

В. болалар экземасини

С. профессионал экземани

Д. чин экземани

Е. микробли экземани

146. Чин экземада куйдагилардан кайси дорини куллаш мақсадга мувофиқ эмас?

А. антигистамин

В. десенсибилизацияловчи

С. антибиотиклар

Д. витаминлар

Е. Иммуномодуляторлар

147. Ю.К. Скрипкин классификацияси буйича куйдагилардан экземанинг кайси тури йук?

А. Чин экзема

В. микробли экзема

С. болалар экземаси

Д. себореяли экзема

Е. Аллергик экзема

148. Микробли экзема учун хос булмаган вариантни курсатинг.

А. Симметрик жойланиш

В. чегараларнинг аниқлиги

С. намланиб туриши

Д. Ёглик сарик тусли тангача калокларнинг борлиги

Е. Пустулаларнинг мавжудлиги

149. Экземанинг ташки давоси учун куйдагилардан кайсиниси кулланилмайди?

А. Нам киритувчи бойламлар (примокчалар)

В. кремлар

С. йод

Д. пасталар

Е. Мазлар

150. Кайси экзема микробли экзема тури булиб хисобланмайди?

А. Паратравматик экзема

В. Дисгидротик экзема

С. Варикоз экзема

Д. Нуммуляр экзема

Е. Сикозсимон экзема

151. Уткир экзема учун энг хос булган тошма элементларни курсатинг:

А. Пустулалар

В. Эритма, тангачалар

С. папулалар, яралар

Д. Везикулалар, эрозиялар

Е. Микровезикулалар, намланган эрозиялар

152. Жараён каерда ривожланса паратравматик экзема булмайди:

А. Болдир трофик яралари атрофида

В. Варикоз симптомокомплекс атрофида

С. Операциядан сунгги култя атрофида

Д. Пасод йули атрофида

Е. Жарохат атрофида

153. Экземали беморларда кайси доридан намлаш (примочка) максадида фойдаланилмайди:

А. Бор кислота 2% ли эритмаси

В. Кумуш нитрати 0,25% ли эритмаси

С. Резорцин 0,5 ли эритмаси

Д. Кастеллани суюклиги

Е. Фурациллин 0,02% ли эритмаси

154. Себореяли экзема куйидагилардан кайси сохада учрамайди?

А. Бошнинг сочли кисми

В. Кулов супралари

С. Кураклар ораси

Д. Кукрак сохаси

Е. Жинсий аъзолар сохаси

155. Уткир экзема учун хос булган патоморфологик узгаришни курсатинг:

А. спонгиоз

В. вакуол дегенарцияси

С. баллонланувчи дегенерация

Д. гранулез

Е. гиперкератоз

ПИОДЕРМИТЛАР.

156. Факат аралаш пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг?

А. Вулгар импетиго, тиркишсимон импетиго рупия

В. шанкрсимон пиодермия, сурункали ярали-вегетацияланувчи пиодермия, вульгар импетиго

С. оддий темиратки, гидраденит, шанкрсимон пиодермия

Д. Сурункали ярали пиодермия, фурункул, везикулопустулез

Е. Везикулопустулез, вульгар импетиго, остиофолликулит

157. Барча касаллик факат катгаларда учрайдиган вариантни курсатинг?

А. Фурункул, вульгар импетиго, вульгар эктима

В. гидраденит, сикоз, вульгар хуснбузар

С. сикоз, фолликулит, карбункул

Д. Вульгар хуснбузар, карбункул, фурункул

Е. Карбункул, гидраденит, турниоль

158. Аралаш этиологияли чукур пиодермитни курсатинг?

А. Карбункул

В. ярали пиодермия

С. гидраденит

Д. Эктима

Е. Фингер псевдофурункулези

159. Остиофолликулитга хос иккиламчи морфологик элементни курсатинг?

А. Лихенификация

В. эрозия

С. яра

Д. Чандик

Е. Вегетация

160. Куйидагилардан кайси бирида антибиотиклар буюриш шарт эмас?

А. Куп сонли фурункулларда - фурункулезда

В. кайталанувчи фурункулезда

С. ёлгиз фурункулда

Д. Фурункул хавфли (юзда) жойлашганида

Е. Харорат билан кечувчи фурункулда

161. Фурункул нима?

А. соч фолликуласининг уткир йирингли яллигланиши

В. ёг безлари ва унинг атрофидаги бириктирувчи тукиманинг уткир йирингли яллигланиши

С. Соч фолликуласи ва унинг атрофидаги бириктирувчи тукиманинг уткир йирингли некротик яллигланиши

Д. Тер безлари ва атрофдаги уткир тукималар йирингли яллигланиш

Е. Ёг безларининг уткир йирингли яллигланиши

162. Фурункул қайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

А. Сибир яраси-куйдирги

В. Гидраденит

С. инфилтратив-йирингли трихофития

Д. Куп сонли абцесслар

Е. Везикулопустулез

163. Остеофоликулитда нима зарарланади?

А) тер безлари.

В) ёг безларининг огзи.

С) соч фоликулаларининг огзи.

Д) силлик тери.

Е) соч фоликуласи.

164. Стрепткокк этиологияли юзаки пиодермитни курсатинг?

А) ранг-баранг темратки.

В) оддий темиратки.

С) остеофоликулит.

Д) вульгар импетиго.

Е) вульгар эктима.

165. Стафилококк этологияли чукур пиодермитни курсатинг?

А) остеофоликулит.

В) гидроденит.

С) сурункали яралар пиодермит.

Д) шанкрсимон пиодермит.

Е) вульгар рупия.

166. Силлик терини зарарлайдиган касаллик:

А) фолликулит.

В) вульгар хуснбузар.

С) буллез импетиго.

Д) везикулопустилез.

Е) вульгар сикоз.

167. Аралаш пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг?

А) вульгар импетиго шанкрсимон пиодермит.

В) вульгар эктима, сурункали ярали пиодермит.

С) вульгар сикоз, ботриомикома.

Д) вульгар рупия, везикулопустулез.

Е) фурункул, оддий лишай

168. Чукур пиодермитлардан иборат вариант:

А. вулгар эктима, гидраденит

В. вулгар рупия, тирниоль

С. вулгар сикоз, карбункул

Д. вулгар рупия, вулгар импетиго

Е. вулгар импетиго, фрункал

169. Аралаш пиодермитлардан иборат вариант:

А. вулгар импетиго, шанкрсимон пиодермия

В. вулгар хусунбузар, гидраденит

С. вулгар эктима, ярами пиодермия

Д. вулгар сикоз, ботриомикома

Е. вулгар рупия, фурункал

170. Факат катталарда учрайдиган стафилококкли пиодермит:

А. вулгар сикоз

В. вулгар эктима

С. вулгар рупия

Д. вулгар импетиго

Е. фурункул

171. Стрептококк этиологияли чукур пиодермит:

А. вулгар сикоз

В. вулгар хусунбузар

С. вулгар эктима

Д. вулгар импетиго

Е. карбункул

172. Аралаш этиологияли пиодермитни курсатинг?

А) вульгар импетиго

В) буллёз импетиго

С) буллёз импетиго

Д) вульгар эктима

Е) вульгар рупия.

173. Факат болаларда учрайдиган пиодермит?

А) фурункул

В) везикулопустилёз

С) турниоль

Д) вульгар эктима

Е) остеофолликулит.

174. Аралаш этиологияли пиодермит?

А) карбункул

В) шанкрсимон пиодермия

С) гидраденит

Д) вульгар эктима

Е) фурункул.

175. Остеофолликулитга хос иккиламчи элемент?

А) пустула

В) калок

С) яра

Д) чандик

Е) эритема.

176. Антибиотиклар буюриш шарт эмас-умумий давога?

А) карбункулда

В) фурункулёзда

С) остеофолликулитда

Д) вульгар эктимада

Е) гидроденитда.

177. Стафилококкли пиодермитлардан иборат вариант?

А) гидроденит, остеофоликулит

В) фурункул, турниоль

С) вулгар сикоз, вульгар эктима

Д) везикулопустулез, вульгар рупия

Е) карбункул оддий лишай.

178. Хамма касалликлари катталарда ва болаларда учрайдиган пиодермитлардан тузилган вариантни курсатинг.

А. Фурункул, ёриксимон импетиго, везикулопустулез

В. карбункул, сикоз, турниоль

С. гидраденит, оддий темиртки, вульгар импетиго

Д. Остеофолликулит, фурункул, эктима

Е. Ёриксимон импетиго, фингер псевдофурункулези, шанкрсимон пиодермия.

179. Гидраденит нима?

А. Соч фолликуласининг йирингли яллигланиши

В. ёг безларининг йирингли яллигланиши

С. эккрин тер безларининг йирингли яллигланиши

Д бир неча соч фолликуласининг ва атрофдаги тукумани йирингли яллигланиши

Е. Апокрин тер безларини йирингли яллигланиши

180. Куп сонли абсцесслар (Фингер псевдофурункулёзи) кайси касаллик билан дифференциация килинмайди.

А. фурункул

В. чукур трихофития

С. папуло-некротик тери сили

Д. скрофулодерма

Е. Гидраденит

181. Чакалоқларга эпидемик чилла ярасини тугма захмнинг кайси куриниши билан дифференциация килиш керак.

А. Гохзингер инфильтрация

В. эрозив папулалар

С. захм пурсилдоги

Д. Захм тумови

Е. Парро сохта фалажи

182. Факат стафилококкли пиодермитлардан иборат булган вариантни курсатинг.

А. Фолликулит, шанкрсимон, пиодермия

В. сикоз, тирниоль

С. карбункул, оддий темиртки

Д. Фурункул, эктима

Е. Остиофолликулит, гидраденит

183. Кайси касаллик стафилококкли чукур пиодермитга кирмайди.

А. фурункул

В. вульгар эктима

С. гидраденит

Д. Чукур фолликулит

Е. Карбункул

184. Пиодермитларни махаллий даволашда нима кулланилмайди.

А. Намли киритувчи богламлар

В. анилин буёклари

С. антибактериал малхамлар

Д. Антисептик сепмалар (упалар)

Е. Чайкатиб суртиладиган аралашмалар

185. Сурункали таркалган юзаки стрептодермия учун нима характерли эмас.

А. Кизгиш кукимтир дог

В. лихенизация

С. йирик колоклар

Д. Жарохат юзасини намланиши

Е. Пластинкасимон тангачалар

186. Факат стрептококкли пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг.

А. Вулгар эктима, вульгар сикоз, фолликулит

В. тиркишсимон импетиго, оддий лишай, везикулопустулез

С. вульгар рупия, Риттернинг эксфолиатив дерматити, стрептококкли бичилиш

Д. Турниол, сифилиссимон папулали импетиго, вульгар эктима

Е. Оддий лишай, вульгар рупия, гидраденит

187. Везикулопустулезда нима жарохатланади?

А. Экрин тер безларининг огзи

В. апокрин тер безларининг огзи

-
- С. ёг безлари
Д. Соч фолликулаларининг огзи
Е. Соч фоликулалари

188. Гидраденит куйидагилардан кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

- А. фурункул
В. скрофулодерма

С. Фингер псевдофурункулези

- Д. Йирингли лимфаденит
Е. Тери лейшманиози

189. Юзаки жойлашган чекланган пиодермитларни даволашда куйидагилардан кайси вариант кулланилади.

- А. Умумий даво (антибиотик билан)
В. умумий даво иммунотерапия
С. умумий даво махаллий даво

Д. Махаллий даво

- Е. Махаллий физиотерапевтик даво

190. Сикоз учун характерли булмаган белгини курсатинг.

- А. Сокол ва муйлов сохасида жойлашиш

В. яра хосил килиш

- С. остиофолликулитлар пайдо булиши
Д. Калоклар хосил булиши
Е. Пустулаларнинг кушилиб кетиши

191. Факат чукур пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг:

- А. Фингер псевдофурункулези, вульгар эктима, гидраденит
В. Фурункул, везикулопустулез, гидраденит
С. Карбункул, Фингер псевдопустулези сикоз

-
- Д. Чукур фолликулит, Риттернинг эскфолиатив дерматити, ульгар рупия
Е. Чакалоқлар эпидемик чилла яраси, эктима, сурункали ярали пиодермия

192. Барча касалликлар ёғ ва тер безлари зарарланиши билан характерланадиган вариантни курсатинг:

- А. Сикоз, гидраденит
В. Фингер псевдофурункулези, остиофолликулит
С. Фурункулез, везикулопустулез
Д. Вульгар хуснбузар, вульгар рупия
Е. Везикулопустулез, вульгар хуснбузар

193. Стрептококк этиологияли чукур пиодермитни курсатинг:

- А. Гидраденит
В. Вульгар рупия
С. Чукур фолликулит
Д. Ботриомикома
Е. Ярали пиодермия

194. Стрептококкли пустулалар учун хос булган клиник белгини курсатинг:

- А. Соч фолликулаларига алокадорлик
В. Ёғ безларига алокадорлик
С. Экрин тер безларига алокадорлик
Д. Апокрин тер безларига алокадорлик
Е. Тери бурмаларига алокадорлик

195. Остифолликулитда нима зарарланади?

- А. Соч фолликулалари огзи.**
В. Ёғ безлари огзи.
С. Экрин тер безларининг огзи.
Д. Апокрин тер безларининг огзи.
Е. Соч фолликуларари.

196. Чакалоклардаги эпидемик чилла яра кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

А. Захм пурсилдоги.

В. Хакикий пурсилдог.

С. Буллез эпидормолиз.

Д. Сув чечак.

Е. Буллезли импетиго.

197. Фурункулёзни даволашда кайси давони куллаш мақсадга мувофиқ эмас?

А. Махаллий (ташки) даво.

В. Умумий (антибиотикотерапия) даво.

С. Спецефик ва поспецефик иммунотерапия.

Д. Антигистамин моддалари.

Е. Физиотерапевтик муолажа.

198. Аралаш этиологияли чуқур пиодермитни курсатинг:

А. эктима

В. Гидраденит

С. Фингер псевдофурункулези

Д. Шанкрсимон пиодермия

Е. фурункул

200. Стрептококк этиологияли чуқур пиодермитни курсатинг:

А. Фолликулит

В. Фурункул

С. Карбонкул

Д. Вульгар эктима

Е. Гидраденит

201. Фликтена хосил килмайдиган стрептококкли импетиго ни курсатинг:

А. Турниоль

В. ангуляр стоматит

С. Оддий лишай

Д. Интертригиноз стрептодермия

Е. Панариций

КУТИР. ПЕДИКУЛЁЗ.

202. Кутир кайси йул билан юкмайди?

А. Курпа-тушак билан юкмайди

В. кийим бош оркали

С. уйинчоклар оркали

Д. Хайвонлар оркали

Е. Жинсий алокада

203. Кутирни аниклашда кандай лаборатория текшириши утказилади?

А. Коннинг умумий анализи

В. серологик

С. иммунологик

Д. бактериологик

Е. Бактериоскопик

204. Кутирга карши кураш профилактик чораларга нима кирмайди?

А. Барча контактларни куриш

В. карантин

С. беморларни аниклаш

Д. Беморлар изоляцияси

Е. Аникланмаган беморларни даволаш

205. Кутир касаллигидаги Горчаков – Арди симптомини курсатинг:

А. Тирсак бугими ёзувчи сатхида калоклар ва тангачалар билан копланган папуловезикулалар

В. бармоклар аро жуфт-жуфт папуловезикулалар

С. бармоклар аро бурмаларда кутир йулларининг мавжудлиги

Д. Тунда (курпада) кучли кичишиш

Е. Чизикли эксориациялар

206. Кутир учун хос булмаган икиламчи элемент?

А) вегетация

В) эксориция

С) калок.

Д) пигментация

Е) пустула.

207. Бош бити учун характерли булмаган белгини курсатинг?

А) касмоклар хосил булиши.

В) эксориациялар, калоклар.

С) маддалар тошиши.

Д) буйин лимфа тугунларининг катталашиши.

Е) вегетациялар пайдо булиши.

208. Кутирдаги икиламчи элемент:

А. ёрик

В. эксориация

С. яра

Д. лихенификация

Е. вегетация

209. Кутирни даволашда кулланилмайдиган препарат:

А. 2 % бор мази

В. 20 % Олтингугурт мази

С. 20 % Бензилбензоат мази

Д. Вилкинсон мази

Е. 10 % Бензилбензоат мази

210. Кутирни даволашда кулланиладиган препарат:

А. 2 % бор мази

В. Эритромицин мази

С. 20% Бензилбензоат мази

Д. Синафлан мази

Е. Бонафтон мази

211. Кутир дифференциацияси қилинадиган касаллик?

А) кипикли темиртки

В) кизил ясси темиртки

С) пушти ранг темиртки

Д) кичима

Е) торвок.

212. Кутирни инкубацион даври канча.

А. 7-10 кун

В. 1-3 кун

С. 2-3 кун

Д. 3 ойдан ортик

Е. 30 7 кун

213. Қайси касаллик кутир асорати булиши мумкин эмас.

А. фурункул

В. импетиго

С. эктима

Д. фолликулит

Е. Нейродермит

214. Кайси дори кутирни даволашда кулланилмайди.

- A. Бензилбензоатни 10% эритмаси
- B. бензилбензоатни 20% эритмаси
- C. натрий тиосульфатни 60% эритмаси
- D. 6% хлорид кислота эритмаси

E. Ниттифор

215. Бош бити учун характерли булмаган белгини курсатинг.

- A. Йирингли тошмалар

B. лихенификация

- C. сочларни битиб касموқлар хосил булиши
- D. Буйин лимфа тугунларини катталашиси
- E. Тирналган жойлар ва калоклар

216. Кутир учун хос 2 – ламчи морфологик элементни курсатинг.

- A. лихенификация
- B. яра

C. экскориация

- D. тангача
- E. чандик

217. Битликиликни даволашда ишлатиладиган дори:

- A. 33% олтингугурт мази
- B. 60% тиосульфат натрий эритмаси
- C. 6% хлорид кислота эритмаси
- D. Вилькинсон мази

E. Ниттифор

218.. Кутир учун хос булган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

- A. Кон томирларга алокадорлик доғ

В. Пустула

С. Папуло-везикула

Д. Думбокча

Е. Торвок

219. Кутир давоси учун кулланилмайдиган препаратни курсатинг:

А. 5% олтингугурт малхами

В. 10% олтингурурт малхами

С. 20% олтингурурт малхами

Д. 33% олтингурурт малхами

Е. Вильконсон малхами

220. Бош бити кайси йул билан утмайди?

А. Тугри контакт йули билан

В. Бош кийимлари, румоллар билан

С. Шампун билан

Д. Тароклар билан

Е. Кашлагич билан

МИКОЗЛАР

221. Дерматомикозларга кирмайдиган касалликни курсатинг?

А. Тугунсимон трихоспория

В. эпидермофития

С. рубромикоз

Д. Микроскопия

Е. Фавус

**222. Чов эпидермофитияси кайси касаллик билан
дифференциация килинмайди?**

А. Эритразма

В. ясси терининг трихофитияси

С. йирик бурмалар кандидози

Д. Кепакли темиратки

Е. Рубромикоз

223. Товон интритригиноз эпидермофитиясига хос булмаган клиник белгини курсатинг?

А. Тери шилиниши

В. ёриклар, эрозиялар

С. эпидермис кучиши

Д. везикуляция

Е. Кичиши, огриш

224. Инфилтратив – йирингли трихофитиянинг кузгатувчисини курсатинг?

А. Сафсар трихофитон

В. кизил трихофитон

С. кратер шаклидаги трихофитон

Д. Гонзуранс трихофитон

Е. Гипссимон трихофитон

225. Юзаки трихофитияда учрамайдиган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Дог

В. папула

С. везикула

Д. Пуфак

Е. Пустула

226. Бошнинг сочли кисми сурункали трихофитияси учун энг характерли булган белгини курсатинг:

А. Пустлокчалар борлиги

В. кепакланиш борлиги

С. «кора нукталар» борлиги

Д. Чандикчалар борлиги

Е. Атрофик соч тукилган жойлар борлиги

227. Шиллик каватлар кандидози булмаган клиник шаклни курсатинг:

А. Тил (огиз) окариши

В. микотик бичилиши

С. кандидозли хейлит

Д. Кандидозли баланопостит

Е. Кандидозли вульвовагинит

228. Микроспорияга хос булмаган бирламчи морфологик элементини курсатинг:

А. Дог

В. везикула

С. пустула

Д. Папула

Е. Пуфак

229. Трихофития, микроспория ва фавусни лаборатория диагностикасини курсатинг:

А. Умум клиник анализлар

В. бактериоскопик

С. иммунологик

Д. Серологк

Е. Биохимик

230. Замбуруг касалликлари (микроспория, трихофития, фавус)ни даволашда ишлатилмайдиган препаратни курсатинг:

А. Йод настойкаси (2- 5 %)

В. олтингугурт малхами (10- 20%)

С. таблеткадаги гризеофульвин

Д. Гризеофульвин эмульсияси

Е. Цитостатиклар

231. Кератомикозларга мансуб касаллик:

- А) рубромикоз.
- В) култик ости трихомикози.**
- С) эпидермофития.
- Д) микроспория
- Е) фавус.

232. Фавуснинг клиник белгилари?

- А) юзаки.
- В) сурункали.
- С) сквамоз**
- Д) интертригиноз.
- Е) момиксимон.

233. Фавус клиникаси учун хос эмас?

- А) гиперемия доглари
- В) фавус калкончалари мавжудлиги.
- С) «омбор» (сичкон) хид келиши.
- Д) сочларни хиралиги, париксимонлиги.
- Е) калкончаларнинг изсиз сурилиб кетиши.**

234. Силлик тери микроспорияси учун хос эмас?

- А) эритема доглари
- В) кипиклар.
- С) пуфакчалар.
- Д) калоклар.
- Е) атрофик чандик.**

235. Трихофитияда учрамайдиган элемент?

- А) тугунча.

В) тугун.

С) калок.

Д) кипик.

Е) дог.

236. Товон эпидермофитиясининг клиник шакли?

А) интритригиноз

В) импетигиноз

С) инфилтратив маддаловчи.

Д) скутуляр.

Е) сурункали.

237. Дерматомикозларни даволашда ишлатилмайдиган антибиотик?

А) нистатин.

В) леворин.

С) гризеофульвин

Д) пеницилин

Е) тетрациклин.

238. Дерматомикозларни ташки даволашда ишлатилмайдиган дори:

А) ламизил.

В) микозолон мази.

С) Гризеофульвин линименти.

Д) йод эритмаси

Е) леворин мази.

239. Куйидаги санаб утилган каалликлардан кайси бири мавжуд эмас?

А) бошнинг сочли кисми фавуси.

В) силлик тери фавуси

С) тирноклар фавуси.

Д) ёг безлари фавуси

Е) вицерал фавус.

240. Чов эпидермофитияси деференциация килинмайдиган касаллик:

А) юзаки кандидоз.

В) ранг-баранг темиратки.

С) пушти ранг темиратки.

Д) фавус.

Е) микроспория.

241. Ранг-баранг темиратки диагностикасидаги синама:

А. Ядассон синамаси

В. Бальцер синамаси

С. Рикор синамаси

Д. Томпсон синамаси

Е. Манту синамаси

242. Товон эпидермофитиясининг клиник шакли:

А. сквамоз

В. скутуляр

С. генерализациялашган

Д. юзаки

Е. зангсимон

243. Дисгидротик товон эпидермофитиясидаги иккиламчи элемент:

А. эрозия

В. яра

С. вегетация

Д. лихенификация

Е. чандик

244. Трихофитиянинг клиник шакли?

А. интертигноз

В. питириоид

С. сурункали

Д. момиксион

Е. сквамоз

245. Трихофитиядаги бирламчи элемент:

А. эритема

В. думбокча

С. тугун

Д. торвок

Е. пуфак

246. Микроспориядаги иккиламчи элемент:

А. кипик

В. ёрик

С. лихенификация

Д. вегетация

Е. папула

247. Кандидозни даволашда ишлатилатиладиган перепарат:

А. пенциллин

В. леворин

С. левомецетин

Д. авлосульфон

Е. гризеофульвин

248. Вуд лампаси остида зангори товланувчи касаллик:

А. трихофития

В. микроспория

С. фавус

Д. эпидермофития

Е. рубромикоз

249. Фавуснинг клиник шакли:

А. импетигиноз

В. интертригиноз

С. инфилтратив-маддаловчи

Д. дисгидротик

Е. сурункали

250. Кератомикозларга мансуб касаллик?

А) тугунсимон трихоспория

В) микроспория

С) фавус

Д) эпидермофития

Е) рубромикоз.

251. Чов эпидермофитияси дифференциация килинадиган касаллик?

А) эритразма

В) эритематоз

С) кепакли темиратки (псориаз)

Д) ранг-баранг темиратки

Е) пушти-ранг темиратки.

252. Инфилтратив-йирингловчи трихофитияни кузгатувчиси?

А) сафсар трихофитон.

В) кизил трихофитон

С) фавусимон трихофитон

Д) кратерсимон трихофитон

Е) тонзуранс трихофитон.

253. Юзаки трихофитияда учрамайдиган бирламчи элемент?

А) дог

В) тугунча

С) везикула

Д) думбокча

Е) пустула.

254. Микроспорияларга хос бирламчи элемент:

А) кипик

В) калок

С) тугун

Д) тугунча

Е) пуфак.

255. Дерматомикозларнинг лабаратория диагностикаси:

А) умумий клиник анализлар

В) бактериологик

С) иммунологик

Д) серологик

Е) биохимик.

256. Дерматомикозларни даволашда ишлатилмайдиган препарат?

А) йод настойкаси

В) клотримазол

С) гризеофульвин

Д) ламизил

Е) делагил.

257. Товон интертригиноз эпидермофитиясига хос эмас?

А) мацерация

В)

ёриклар

С) эрозиялар

Д) яралар

Е) кичишиш.

258. Фавуснинг клиник шаклини курсатинг?

А) сквамоз

В)

интертригиноз

С) дисгидротик

Д) юзаки

Е) момиксимон.

259. Кератомикозларга кирмайдиган касаллик курсатинг.

А. рубромикоз

В. култик ости трихомикози

С. тугунли трихоспория (пъедра)

Д. эритразма

Е. Ранг-баранг темиратки

260. Ранг-баранг темираткини даволашда кайси дори ишлатилмайди.

А. 6% хлорид кислотаси

В. 60% натрий тиосульфат эритмаси

С. 5% салицил спирти

Д. Кастеллани суюклиги

Е. Андриасян суюклиги

261. Товон эпидермофитиясини клиник тури булмаган вариантни курсатинг.

А. интертригиноз

-
- В. дисгидротик
С. тирноклар эпидермофитияси

Д. эпидермофитидлар

- Е. Сквамоз

262. Товон эпидермофитиясининг интертригиноз формасини кайси касаллик билан дифференциация қилинмайди.

А. Папулез сифилидлар

- В. эритразма
С. интертригиноз стрептодермия
Д. Интертригиноз кандидоз
Е. Интертригиноз экзема

263. Бошнинг сочли қисми сурункали трихофитиясига хос белгини курсатинг.

- А. Сочларни букилиши, буралиши
В. калоклар булиши
С. люминесцент лампа остида зангори товланиш
Д. Сочларни хиралиги

Е. Қора нукталар мавжудлиги

264. Инфилтратив-маддаловчи трихофития учун қайси симптом характерли эмас?

- А. Думбокчалар тошиши
В. йирингча тошиши.
С. инфилтрат булиши
Д. Калоклар булиши
Е. Регионар лимфаденит булиши

265. Момиксимон микроспорум қузгатган бошнинг сочли қисми микроспорияси учун хос бўлмаган белгини курсатинг.

А. Катта учоклар пайдо булиши

В. терининг атрофияси

С. учогдаги 5-8 мм тепадан синган соч колдиклари

Д. Соч атрофидаги муфталар (гилофлар)

Е. Люминесцент лампа остида зангори товланишлар

266. Фавусни инкубацион даври канча.

А. 3-4 хафта

В. 1-2 хафта

С. 2-3 хафта

Д. 1-2 ой

Е. 2-3 ой

267. Фавус, трихофития ва микроспория диагнози куйиш учун кайси лаборатория текшириш усули кулланилади.

А. иммунологик

В. умумий клиник текширишлар

С. серологик

Д. бактериологик

Е. Биохимик

268. Сочларни замбуругга текширишда куйидагилардан кайси бири амала килинмайди.

А. Материал олиш

В. предмет ойнасига куйиб майдалаш

С. ишкор эритемаси томизиш

Д. Спиртовка устида киздириш

Е. Микроскопия

269. Юзаки кандидоз хисобланмайдиган вариантни курсатинг.

А. Тери кандидози

В. шиллик пардалар кандидози

С. сурункали генерализациялашган кандидоз

Д. Кандидозли анихиялар

Е. Кандидозли паранихиялар

270. Чукур микозларга кирмайдиган касалликни курсатинг.

А. актиномикоз

В. бластомикоз

С. фавус

Д. хромомикоз

Е. Криптококкоз

271. Товон эпидермофитиясининг кузгатувчисини сапрофит холдан патоген холга утишига сабаб була олмайдиган омилни курсатинг:

А. Тер химизни

В. ишкालаниш, куп терлаш

С. ясси товонлик

Д. Панжалар орасининг торлиги

Е. Товон катта-кичиклиги

272. Бошнинг сочли кисми юзаки трихофитияси учун кайси белги хос эмас.

А. «кора нукталар» булиши

В. сочнинг калта (1-3 мм) синиши

С. букилган (узгарган) сочлар мавжудлиги

Д. Дог, пуфакчалар борлиги

Е. Тангачалар, калоклар борлиги

273. Силлик терининг юзаки трихофитияси учун хос булмаган вариант курсатинг.

А. Люминестент лампа остида зангори товланиш

В. эритема доги (думалок шаклда)

С. чегарасининг аниклиги

Д. Киргокларининг теккислиги ва бордюрсимонлиги

Е. Киргокларида папула ва везикулалар борлиги

274. Бошнинг сочли кисми микроскопияси учун хос булган белгини курсатинг.

А. Тери сатхидан 1-3 мм тепадан синган соч синиклари

В. тери сатхидан 5-6 мм тепадан синган соч синиклари

С. «кора нукталар» булиши

Д. Учокдаги сочларни тукилиши

Е. Сочларни хира параксимон булиши

275. Зангори люминесцент нурланиш хос булган касалликни курсатинг.

А. Бошнинг сочли кисми юзаки трихофитияси

В. Бошнинг сочли кисми сурункали трихофитияси

С. Бошнинг сочли кисми инфилтратив – мадаловчи трихофитияси

Д. Бошнинг сочли кисми фавуси

Е. Бошнинг сочли кисми микроспорияси

276. Трихофития, микроспория, фавус касалликларида гризеофульвин кабул килиш шарт булмаган вариантни курсатинг.

А. Бошнинг сочли кисми зарарланиши

В. силлик терида куплаб учоглар борлиги

С. силлик терининг чекланган зарарланиши

Д. Силлик теридаги тукларнинг зарарланиши

Е. Онихомикоз

277. Кандидоздаги 2-ламчи аллергик тошмани курсатинг.

А. Тил окариши

В. кандидозли лаб бичилиши

С. левуридлар

Д. Гранулематозли кандидоз

Е. Паронихия

278. Товон эпидермофитиясининг клиник турини курсатинг:

А. Дисгидротик

В. Буллез

С. Везикулез

Д. Импетигиноз

Е. Сурункали

279. Ранг-баранг темираткига диагноз куйишда нимадан фойдаланилади?

А. Ядассон синамаси

В. Бальцер синамаси

С. Поспелов симптоми

Д. Асбо-Ганзен симптоми

Е. Никольский симптом

280. Кимларда товон эпидермофитияси камрок учрайди:

А. Сузувчиларда

В. Хаммомчиларда

С. Кишлок хужалиги меҳнаткашлари

Д. Спортчиларда

Е. Исик цех ишчилари

281. Товон эпидермофитияси дисгидротик шаклига хос бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Везикула

В. Папула

С. Пустула

Д. Дог

Е. Торвок

282. Кайси контактда юзаки трихофития юкмайди?

А. Бемор билан

В. Хайвон билан

С. Соч олувчи машина

Д. Бош кийими

Е. Уйинчоклар

283. Кайси касаллик Цельсинг «ари уяси» номини олган:

А. Бошнинг сочли кисми юзаки трихофитияси

В. Бошнинг сочли кисми сурункали трихофитияси

С. бошнинг сочли кисми инфильтратив-мадаловчи трихофитияси

Д. Сокол ва муйлов юзаки трихофитияси

Е. Сокол ва муйлов сурункали трихофитияси

284. Патоген замбуругларидан энг юкумлисини курсатинг:

А. Сафсар трихофитон.

Б. Шенлейн (трихофитон) ахориони.

В. Гиписсимон трихофитон.

С. Зангсимон микроспориум.

Д. Момиксимон микроспориум.

285. Кандидозни даволашда фойдаланилмайдиган препаратни курсатинг:

А. Нистатин.

Б. Леворин

В. Гризеофульвин

С. Амфотерицин

Д. «В» гурухидаги витаминлар.

286. Фавус чакирувчисини курсатинг:

А. Сафсар трихофитон.

В. Кизил трихофитон.

С. Шёнлейн трихофитон.

Д. Кратерсимон трихофитон.

Е. Гипссимон трихофитон.

287. Трихофития, микроспория ва фавусни лаборатория диагностикаси учун олинмайдиган материални турини курсатинг:

А. Сочлар.

В. Тангача.

С. Тирноклар.

Д. Калок.

Е. Йиринг.

288. Гризеофульвин қабул қилинганда қандай асорат кузатилмайд:

А. Аллергик тошмалар.

В. Ошқозон огриги.

С. Бугимларда огрик.

Д. Юракда огрик.

Е. Лейкопения

289. Ранг-баранг темиртки диагностикасида қайси синама қулланилади?

А. Апликацион синама

В. Ядассон синамаси

С. Скарификацион синама

Д. Бальцер синамаси

Е. Интрадермал синама

290. Сквамоз турдаги товоғ эпидермофитияси учун ҳос клиник белгини курсатинг:

А. Везикула ҳосил бўлиши

В. Кепакланиш

-
- С. Эрозия
 - Д. Калок
 - Е. Ёриклар

291. «Паразитар сикоз» деб нимага айтилади?

- А. Сокол ва муйлов сохасидаги юзаки трихофития
- В. Сокол ва муйлов сохасидаги микроспория
- С. Сокол ва муйлов сохасидаги инфилтратив–маддаловчи трихофития**
- Д. Бошнинг сочли кисмидаги юзаки трихофития
- Е. Бошнинг сочли кисмидаги инфилтратив-маддаловчи трихофития

293. Микроспорияда учрамайдиган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. Папула
- В. Везикула
- С. Пустула
- Д. Булла**
- Е. Дог

294. Куйидаги элементлардан кайси бири тери кандидози учун хос?

- А. тангачалар
- В. Эрозиялар**
- С. Ёриклар
- Д. Калоклар
- Е. Яра

295. Бошнинг сочли кисми юзаки трихофитияси учун кайси белги хос эмас?

- А. «Кора нукталар» булиши**
- В. Сочнинг калта (1-3 мм) синиши
- С. Букилган, узгарган сочлар мавжудлиги
- Д. Дог, пуфакчадар борлиги
- Е. Тангачалар, калоклар борлиги

296. Трихофитиянинг клиник турини курсатинг:

- A. Сквамоз
- B. Скутуляр
- C. Зангсимон
- D. Момиксимон
- E. Юзаки**

КОЛЛАГЕНОЗЛАР (Кизил волчанка, склеродермия, дерматомиозит)

297. Сурункали кизил волчанка учун хос булмаган клиник шаклини курсатинг:

- A. дискоид
- B. диссеминацияланган
- C. “ок дог” касаллиги**
- D. Биеттининг марказдан кочувчи эритмаси
- E. Капоши-Ирганг шакли

298. Сурункали кизил волчанкага хос иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

- A. Чандик**
- B. Вегетация
- C. калок
- D. эрозия
- E. Экскориация

299. Кам учрайдиган чекланган склеродермия шаклини курсатинг:

- A. Пилакчали (бляшкасимон)
- B. чизикли
- C. туберозли**
- D. «ок доглар» касаллиги
- E. Юзаки

300. Склеродермияни даволашда кулланилмайдиган препаратни курсатинг:

А. лидаза

В. метотрексат

С. Калликреин

Д. Депо-падутин

Е. Антибиотиклар

301. Дерматомиозит учун хос булмаган узгаришни курсатинг:

А. Бурун учининг уткирланиши

В. афония

С. Дисфагия

Д. Бошни тутолмаслик

Е. Оёқларини кенг куйган холда юриш

302. Сурункали кизил волчанканинг клиник шаклини курсатинг:

А. дисксимон

В. чизиксимон

С. бляшкасимон

Д. Атрофодермия

Е. Лентасимон

303. Дисксимон кизил волчанкада касаллик учогидаги оралик зонани курсатинг:

А. Чандик (атрофия)

В. эритема

С. гиперкератоз

Д. гиперпигментация

Е. лихенификация

304. Сурункали кизил волчанкали даволашда ишлатиладиган препарат.

А. Пенициллин

В. лидаза

С. делагил

Д. Сульфодимезин

Е. Авлосульфон

305. Чекланган склеродермиянинг зичланиш боскичида терига хос эмас.

А. Каттиклик

В. совуклик

С. букланмаслик

Д. Мумсимон сариклик

Е. Пергаментга ухшашлик

306. Чекланган склеродермиянинг кечишидаги боскични курсатинг.

А. эритема

В. шиш

С. диссеминация

Д. Уткир

Е. Регрессив

307. Дискоид кизил волчанка учун хос иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

А) вегетация

В) эрозия

С) яра

Д) ёрик

Е) тангача.

308. Биетнинг марказдан кочувчи эритемасининг дискоид кизил волчанкадан клиник фарқи нимада?

- A) Фоликуляр гиперкиратоз ва атрофия йуклиги
- B) теридаги жараённи таркоклиги
- C) чуқур инфилтратлар мавжудлиги**
- D) Фоликуляр гиперкиратоз йуклиги
- E) атрофия йуклиги.

309. Чекланган склеродермиянинг иши боскичига хос булмаган теридаги узгаришни курсатинг?

- A) терининг ялтироклиги
- B) кизгиш ёки кукиш рангдалиги
- C) учоғ атрофида сирен рангидаги халкасимон хошия мавжудлиги**
- D) силликлиги
- E) хамирсимон консистенцияси.

310. Склеродерма учун хос булмаган белгини курсатинг?

- A) корин ва кул оёқлар терсининг каттиклашиши.
- B) терининг шиши, тортилиши.
- C) кизгиш ёки саргимтир кунгир тусдалиги
- D) кафт товон ва мойк халтаси терисининг зарарланиши
- E) бармоқ билан босилганда чуқурча колмаслиги.**

311. Сурункали кизил волчанканинг клиник шакли булмаган вариант:

- A) дискоид
- B) диссеминацияланган
- C) чизиксимон**
- D) Биетнинг марказдан кочувчи эритемаси
- E) Капоши-Ирганг формаси

312. Сурункали кизил волчанкадаги иккиламчи элемент

А) чандик.

В) вегетация

С) лихенификация

Д) эрозия

Е) эксфолиация.

313. Куйидагилардан қайсиниси чекланган склеродермиянинг шакли эмас?

А) бляшкасимон.

В) чизикли

С) дисксимон

Д) юзаки

Е) «ок доглар» касалиги.

314. Склеродермияни даволашда қулланилмайдиган препарат:

А) лидаза

В) аминохинол

С) депо-падутин

Д) пеницилин

Е) доксимум.

315. Кизил волчанка учун хос симптом:

А) Пospelов симптоми

В) Никольский симптоми

С) Бенъе - Мешерский симптоми

Д) Шеклаков симптоми

Е) «Уикхем тури» симптоми.

316. Кизил волчанканинг дискоид шакли учун хос симптомни курсатинг.

А. «Нуктасимон кон» симптоми

В. «Аёллар пошнаси» симптоми

С. «балик икраси» симптоми

Д. «олма желеси» симптоми

Е. «куш кузи» симптоми

317. Кизил волчанка учун хос бирламчи морфологик элементни курсатинг.

А. думбокча

В. папула

С. пустула

Д. Эритема

Е. Торвок

318. Диффуз склеродермия учун хос булмаган вариантни курсатинг.

А. Мумификация

В. пневмосклероз

С. «от туёги» симптоми

Д. Артральгия

Е. Склеродактилия

319. Дисксимон шаклдаги кизил волчанка учун хос симптомни курсатинг:

А. Шеклаков симптоми

В. Хачатуриянинг ангушвона симптоми

С. Асбо-Ганзен симптоми

Д. Уикхем тури симптоми

Е. Авлиё Антоний симптоми

320. Чекланган склеродермиянинг зичлашиш (каттиклашиш) боскичига хос булмаган белгини аниқланг:

А. Тери каттик, совук

-
- В. мумсимон сарик-кулранг тусда
С. сурати йуколган (теккислашган)

Д. Пергаментни эслатувчи юпка, атрофиялашган

- Е. Учоғ атрофида сирен халкаси (хошияси) мавжуд

321. Диффуз склеродермия учун хос булмаган белгини курсатинг:

- А. мутиляция
В. миальгия
С. нефросклероз

Д. Маймун кафтига ухшашлиги

- Е. Склеродектилия

322. Склередема учун хос булмаган белгини аниқланг.

- А. Корин ва кул-оёқлар терисининг каттиклашиши
В. терининг шиши, тортилиши
С. кизгиш, ёки саргимтир кунгир тусдалиги
Д. Бармоқ билан босганда чуқурча қолиши

Е. Кафт, товон ва мойк халтаси терисининг узгармаслиги

323. Сурункали кизил волчанкани клиник турини курсатинг:

- А. Диссеминациялашган
В. Диффуз
С. Чекланган
Д. Чизикли
Е. Эритематоз

324. Кизил волчанканинг дискоид тури учун хос булган иккиламчи морфологик элементни аниқланг:

- А. Яра
В. Эрозия
С. Чандикли атрофия

Д. Эксориация

Е. Ёрик

325. Склеродермияни даволашда ишлатилмайдиган дори турини аникланг:

А. Ангиопротекторлар

В. Кон томирларни кенгайтирувчи дорилар

С. Сульфаниламидлар

Д. Антибиотиклар

Е. Декстранлар

НЕЙРОДЕРМАТОЗЛАР

326. Куйидаги касалликлардан кайсиниси учун атопик дерматит билан бирга келиш хос эмас?

А. Бронхиал астма

В. пичанга харорат (лихорадкаси)

С. ревматизм

Д. Возомотор-аллергик ринит

Е. Торвок (эшакем)

327. Тери кичишиши касаллиги учун хос булган морфологик элементини курсатинг:

А. папула.

В. эксориация

С. лихенификация

Д. торвок

Е. дог

328. Чекланган нейродермит учун хос булмаган белгини курсатинг:

А. лихенификация

В. силлик, ялтирок сатихли папулалар

С. гипергментация

Д. эрозия

Е. Кучли кичишиш

329. Тугунсимон кичимага хос булмаган куринишни курсатинг:

А. Зич, ярим шарсимон тугунлар

В. оёк-куллар ёзувчи сатхида жойланиш

С. кучли кичишиш

Д. Узок сурункали кечиш

Е. Экземага утиб кетиш

330. Чекланган нейродермитда касаллик учогининг оралик зонасини курсатинг:

А. лихенификация

В. гиперкератоз

С. папулез инфильтрация

Д. атрофия

Е. Гиперпигментация

331. Диффуз нейродермитда гипокортицизмга боғлиқ булмаган узгариш:

А. гиперпигментация

В. гипотония

С. адинамия

Д. Аллергик реакциялар

Е. Лихенификация

332. Диффуз нейродермитдаги бирламчи элемент:

А. розеола

В. папула

С. торвок

Д. думбокча

Е. Пуфакча

333. Пруриго кичимасига хос булмаган патоморфологик узгариш:

А. Акантоз

В. спонгиоз

С. вакуоль дегенерацияси

Д. Баллонланувчи дегенерация

Е. Сургичсимон кават шиши

334. Болалар кичимасини дифференциация килиш шарт эмас:

А. нейродермит

В. токсикодермия

С. кутир

Д. Дюрингнинг герпессимон дерматити

Е. Экзема

335. Диффуз нейродермит билан огриган беморларда куйидагилардан кайси бири гипокортизм туфайли пайдо булган эмас?

А) гиперпигментация ва гипотония

В) ошқозон сукининг камайиши ва гипогликемия

С) адинамия ва тез чарчаш

Д) аллергик реакциялар ва диурезнинг пасайиши

Е) кичишиш ва лихенификация

336. Тери кичишиши касаллиги учун хос булган элемент:

А) тугунча

В) экскориация

С) лихенификация

Д) торвок

Е) дог.

337. Чекланган нейродермитда касаллик учогининг марказий зонаси иборат:

- А) папулёлздан
- В) лихенификациядан**
- С) гиперпигментациядан
- Д) атрофиядан
- Е) гиперкератоздан.

338. Болалар кичимасида учрамайдиган элемент:

- А) тугунча
- В) пуфакча
- С) пуфак**
- Д) торвок
- Е) калок.

338. Куйидагилардан кайси касаллик нейродерматозлар тоифасига кирмайди?

- А. Экзема**
- В. тери кичишиш касаллиги
- С. нейродермит
- Д. Кичима
- Е. Торвок

339. Диффуз нейродермит билан огриган беморларда демографизм кандай булади?

- А. кизил
- В. ок**
- С. аралаш
- Д. уртикар
- Е. Ёйилувчи (таркок), тургун кизил

340. Қандай патоморфологик узгариш диффуз нейродермит учун хос эмас?

А. акантоз

В. гранулез

С. спонгиоз

Д. паракератоз

Е. Гиперкератоз

341. Катгалар кичимаси касаллигини куйидагилардан қайси касаллик билан дифференциация қилинмайди?

А. экзема

В. нейродермит

С. Дюрингнинг герпессимон дерматити

Д. кутир

Е. Токсикодермия

342. Соч-мушак рефлексининг булмаслиги нимадан далолат беради?

А. Парасимпатик иннервациянинг бузилишидан

В. Симпатик иннервациянинг бузилишидан

С. Соматик иннервациянинг бузилиши

Д. Совукни сезувчи рецепторларнинг бузилишидан

Е. Иссикликни сезувчи рецепторларнинг бузилишидан

343. Куйидагилардан қайси бири нейродермитнинг атипик тури эмас?

А. Гипертрофик

В. Гиперкератотик

С. Фолликуляр

Д. Юзнинг диффуз лихенификацияси

Е. Атопик дерматит

344. Нейродермитда учрамайдиган иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. Экскориациялар
- В. Лихенификациялар
- С. Тангачалар

Д. Вегетациялар

Е. Ёриклар

345. Болалар кичимаси (строфулюс) ли беморларга хос булмаган элементни курсатинг:

- А. Папула
- В. Везикула
- С. Дог

Д. Думбокча

Е. Торвок

346. Кичима (строфулюс) си бор болаларни даволашда кайси дорилар кулланилмайди:

- А. Антигистамин препаратлар
- В. Антибиотиклар**
- С. Седатив препаратлар

Д. Нейролептиклар

Е. А, В, С гурух витаминлар

347. Эшакеми (торвок) касаллигидаги бирламчи уртикар элемент терининг кайси каватида жойлашади?

- А. Эпидермиснинг тикансимон каватида
- В. Эпидермиснинг базал каватида
- С. Эпидермиснинг донадор каватида

Д. Дерманинг сургичсимон каватида

Е. Дерманинг турсимон каватида

348. Уткир торвок касаллигида куйидагилардан кайси дорини куллаш мақсадга мувофиқ эмас?

- А. Антигистамин
- В. Десенсибилизацияловчи
- С. Сийдик хайдовчи ва ични юмшатувчи
- Д. Аллергияга қарши иммуноглобулин
- Е. Иммуномодуляторлар**

349. Диффуз нейродермитга хос бўлмаган белгини курсатинг:

- А. Папулез инфильтрация
- В. Гиперпигментация
- С. Лихенификация
- Д. Ёриклар
- Е. Кизил дермографизм**

350. Кичишиш борлигини билдирувчи иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. экскорация**
- В. эрозия
- С. ёрик
- Д. лихенификация
- Е. Вегетация

КУП ШАКЛЛИ ЭРИТЕМА. ПУШТИРАНГ ТЕМИРАТКИ

351. Куп шакилли эксудатив эритемага хос бўлмаган белгини курсатинг:

- А. Уткир кечиш
- В. элементлар полиморфизми
- С. мавсумийлик
- Д. Кайталанишга мойиллик
- Е. Юкиш**

352. Стивенс-Жонсон синдромини қайси касаллик билан фарк қилинмайди:

- А. Лайелл синдроми
- В. Вульгар пурсилдок
- С. Дюрингнинг герпессимон дерматози
- Д. Буллезли пемфигоид

Е. Жибернинг пушти ранг темираткиси

353. Пушти ранг темираткидаги иккиламчи элемент:

- А. вегетация
- В. Калок
- С. кипик**
- Д. эрозия
- Е. Розеола

354. Қуп шаклли эксудатив эритемада учрамайдиган бирламчи элемент:

- А. эритема
- В. тугун**
- С. тугунча
- Д. Пуфак
- Е. Пуфакча

355. Стивенсон – Жонсон синдромини дифференциация қилиш шарт эмас:

- А. Лайелл синдромида
- В. вульгар пурсилдокдан
- С. Дюриннинг герпессимон дерматитидан

Д. Ураб олувчи темираткидан

- Е. Буллез пемфигоиддан

356. Куйидагилардан кайсиниси куп шаклли эксудатив эритема келиб чиқишига сабаб була олмайди?

- А) аденовирусли инфекция
- В) дориларга булган аллергия
- С) ошқозон ичак касалликлари
- Д) юрак кон томир хасталиклари**
- Е) стрептококки инфекция

357. Пушти ранг темирлатки учун хос булмаган белгини курсатинг?

- А) циклик ва фазали кечиш
- В) тезда эксацербанияга учраш ва экзематизация бериш.
- С) юкумлилик**
- Д) тургун имунитет қолиши
- Е) фаслилик (мавсумийлик)

358. Куп шаклли эксудатив эритема учун хос булмаган клиник аломатни курсатинг?

- А) бугимларда огрик
- В) тошмалар сохасидаги огрик ва ачишиш.
- С) умумий холсизлик
- Д) харорат кутарилиши
- Е) йутал.**

359. Куп шаклли эксудатив эритема учун хос эмас:

- А) уткир кечиш
- В) _____ элементлар _____ полиморфизми
- С) мавсумийлик
- Д) кайталанишга мойиллик
- Е) асимметрик жойлашиш.**

360. Пушти ранг темирлаткидаги бирламчи элемент:

- А) эритема

В)

розеола

С) пурпура

Д) папула

Е) пигмент доги.

361. Куп шаклли эксудатив эритема учун хос булмаган иккиламчи морфологик элементни курсатинг.

А. Калок

В. яра

С. пигментация

Д. Тангача

Е. Эрозия

362. Пушти ранг темираткини ташки томондан даволанганда куйидагилардан кайси дори моддаси ишлатилади.

А. Чайкатилувчи аралашмалар

В. сепмалар (упалар)

С. нам куритувчи бойлам

Д. Кератолитик малхамлар

Е. Кератолитик пасталар

363. Куп шаклли эксудатив эритема учун хос булмаган I-ламчи морфологик элементни курсатинг.

А. Эритема доги

В. эксудатив папула

С. везикула

Д. Пигмент доги

Е. Пуфак

364. Пушти ранг темиратки учун хос булмаган белгини аниқланг:

А. Овал шаклидаги розеолалар

-
- В. она бляшкаларнинг мавжудлиги
С. куплаб тангачалар пайдо булиши
Д. Кичишиш мавжудлиги

Е. Чандикли атрофия колиши

365. Пушти ранг темираткидаги бирламчи элемент:

- А. Эритема
В. Папула

С. Розеола

- Д. Везикула
Е. пурпура

366. Пушти ранг темираткининг ташки давосида куйидагилардан кайси бири ишлатилади?

А. Чакатилувчи аралашмалар

- В. Сепмалар (упалар)
С. Намлашлар
Д. Кератолитик мазлар
Е. Кератопластик пасталар

ПСОРИАЗ. КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ

367. Псориазнинг типик (вульгар) клиник шаклини курсатинг:

- А. Эксудатив
В. интертригиноз

С. нуммуляр

- Д. Псориатик эритродермия
Е. Артропатик

368. Псориаз прогрессив боскичига хос булмаган клиник белгини курсатинг:

- А. Милиар папулалар

В. периферик усиш хошияси

С. Кебнернинг изоморф реакцияси мусбатлиги

Д. Псевдолейкодерма

Е. Кичишиш

369. Барбер туридаги пустулез псориаз асосан каерда жойлашади:

А. тирсак сохасида

В. тизза сохасида

С. бошнинг сочли кисмида

Д. Кафт ва товонда

Е. Баданида

370. Кизил ясси темиртки оддий шаклидаги бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Эпидермал папула

В. эпидермодермал папула

С. дермал папула

Д. Думбокча

Е. Торвок

371. Кизил ясси темиртки кайси касаллик билан дифференцияция килинмайди?

А. Псориаз

В. пушти ранг темиртки

С. тери лихеноид сили

Д. Сифилитик папула

Е. Нейродермит

372. Псориазга хос булмаган патоморфологик узгариш:

А) паракератоз

В) гиперкератоз

С) акантоз

Д) папиломатоз

Е) Мунро микроабцеслари.

373. Псориазга хос симптом:

А) Уикхем тури симптоми.

В) Пospelов симптоми.

С) Бенъе–Мешерский симптоми.

Е) Кебнер симптоми.

Д) «Аёллар пошнаси» симптоми

374. Псориаздаги нуктасимон кон окиши нимага боғлиқ?

А) акантоз

В) паракератоз

С) гиперкератоз

Д) папиломатоз

Е) гранулезга

375. Псориазнинг атипик турини курсатинг:

А) пустулез

В) везикулез

С) пемфигоид

Д) папулез

Е) монилисимон.

376. Псориаздаги атоморфологик узгаришни курсатинг?

А) капилляр микроабцесслар

В) Мунро микроабцесслари

С) Потрие микроабцесслари

Д) гиперкератоз

Е) спонгиоз

377. Кизил ясси темирткининг атипик шаклини курсатинг?

А) атропатик

В) атрофик

С) рупоид

Д) эксудатив

Е) пустулез

378. Кизил ясси темирткидаги патоморфологик узгариш:

А) спонгиоз.

В) балонланувчи дегенерация.

С) вакуол дегенерацияси.

Д) гранулез.

Е) паракератоз.

379. Кизил ясси темиртки учун хос симптом:

А) Пospelов симптоми.

В) «олма желеси» симптоми.

С) «Уикхем тури» симптоми.

Д) «аёллар пошнаси» симптоми.

Е) «куш кузи» симптоми.

380. Вульгар псориазда учрайдиган иккиламчи элемент:

А. кипик

В. пигментация

С. лихенификация

Д. вегетация

Е. эксориация

381. Псориазда «стеарин доги» феномени нимага боғлиқ:

А. паракератоз

В. акантоз

С. папилломатоз

Д. гранулез

Е. гиперкератоз

382. Куйидаги феноменлардан кайси бири псориаз учун хос эмас:

А. «стеарин доги» феномени

В. «терминал парда» феномени

С. «нуктасимон кон окиши» феномени

Д. Кебнер феномени

Е. «Уикхем тури» феномени

383. Псориазнинг атипик турини курсатинг:

А. вульгар

В. халкасимон

С. интертригиноз

Д. монилисимон

Е. пемфигоид

384. Кизил ясси темиратки учун хос булмаган патоморфологик узгариши:

А. паракератоз

В. гиперкератоз

С. акантоз

Д. гранулез

Е. папилломатоз

385. Кизил ясси темираткининг атипик клиник шакли:

А. атрофик

В. вульгар

С. артропатик

Д. пустулез

Е. нуммуляр

386. Кизил ясси темираткини куйидагилардан кайси бирдан дифференциация килиш керак:

А. розеолез сифилид

В. папулез сифилид

С. пустулез сифилид

Д. думбокчали сифилид

Е. гуммоз сифилид

387. Псориазнинг оддий (вулгар) клиник шакли?

А) эксудатив

В) пустулез

С) халкасимон

Д) артропатик

Е) интертригноз.

388. Псориазнинг прогрессив боскичи учун хос эмас:

А) милиар папулалар.

В) псориастик учлик симптоми

С) Кебнернинг изоморф реакцияси

Д) Вороновнинг псевдоатрофик хошияси.

Е) бляшкаларнинг катталашиши.

389. «Терминал парда» симптомининг пайдо булишига сабаб:

А) акантоз

В) папилломатоз

С) паракератоз

Д) Мунро микроабцесслари

Е) гранулёз

390. Кизил ясси темираткидаги бирламчи элемент?

А) тугун

В)

тугунча

С) думбокча

Д) пустила

Е) кипик.

391. Кизил ясси темиратки дифференциация килинадиган касаллик?

А) псориаз

В)

трихофития

С) кизил волчанка

Д) пушти ранг темиратки

Е) ранг-баранг темиратки.

392. Псориазнинг энг энгил кечувчи клиник шаклини курсатинг.

А. Псориатик эритродермия

В. чумбуш типигаги пустулез псориаз

С. Барбер типигаги псориаз

Д. Вульгар псориаз

Е. Артропатик псориаз

393. Псориазнинг регрессив даври учун хос булмаган клиник белгини курсатинг.

А. Элементларнинг пасайиши

В. папула марказининг сурилиши

С. тангачаларнинг камайиши

Д. Бороновнинг псевдоатрофик халкаси

Е. Кебнернинг изоморф реакцияси

394. Мугузланиш (шохлаиш) жараёни энг яхши нормалайдиган витаминни курсатинг.

А. «А»

В. «В»

С. «С»

Д. «Д»

Е. «Е»

395. Кизил ясси темиратки учун хос булмаган патоморфлогик узгаришни курстайнг.

А. паракератоз

В. папилломатоз

С. акантоз

Д. гранулез

Е. Гиперкератоз

396. Псориазнинг вулгар турини курсатинг.

А. фоллукуляр

В. нуммуляр

С. веррукоз

Д. пустулез

Е. рупоид

397. Псориазда хос булмаган патоморфологик узгаришни курсатинг.

А. паракератоз

В. акантоз

С. папилламатоз

Д. Мунро мироабсцесси

Е. гранулез

398. Псориаз билан огриган беморларга кандай физиотерапевтик давони буюриш мақсадга мувофиқ?

А. УВЧ

В. УФО

С. парафинотерапия

Д. лазеротерапия

Е. Индуктотермия

399. Кизил ясси темираткининг мавжуд булмаган шаклини курсатинг.

А. одатдаги

В. гипертрофик

С. нуммуляр

Д. пемфигоид

Е. Перифолликуляр

400. Кизил ясси темиратки папуласи учун хос булмаган белгини курсатинг.

А. Полигонал шаклда

В. мумсимон ялтирок

С. кизил-сафсар рангли

Д. Марказида киндиксимон мавжуд

Е. Юзаси гадир-будир

401. Кизил ясси темираткининг клиник турини курсатинг:

А. Эритематоз

В. Буллез

С. Везикулез

Д. Сквамоз

Е. Инфильтратив

402. Псориазни атипик клиник турини курсатинг:

А. Экссудатив

В. Пролифератив

С. Буллез

Д. Томчисимон

Е. Сквамоз

403. Вульгар псориаз учун хос булмаган иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Тангача

В. Пигментация

С. Лихенификация

Д. Экскориация

Е. Эрозия

404. Псориазда «терминал парда» феномени нимага боғлиқ:

А. Паракератоз

В. Акантоз

С. Акантолизис

Д. Гранулез

Е. Папилломатоз

405. Псориазни эффе́ктив даволашда кулланиладиган дорини курсатинг:

А. Аминохинол

В. Виролекс

С. Метотрексат

Д. Авлосульфон

Е. Этионамид

406. Кизил ясси темираткидаги «Уикхем тури» белгиси нимага боғлиқ?

А. Акантоз

В. Гиперкератоз

С. Гранулез

Д. Папилломатоз

Е. Спонгиоз

407. Кайси гурух препаратлари кизил ясси темирткини даволашда кулланилмайди?

А. Антибиотиклар

В. Иммуномодуляторлар

С. Витаминлар

Д. Цитостатиклар

Е. Антигистаминлар

408. Псориастик папула учун хос булмаган белгини курсатинг:

А. Пушти кизил

В. Ясси

С. Юзаси нотекис

Д. Тангачалар билан копланган

Е. Фокусли жойлашган (катталашмайди)

409. Псориазда «Стеарин доглари» феномени пайдо булиши нимага боглик?

А. Гиперкератозга

В. Паракератозга

С. Акантозга

Д. Гранулезга

Е. Папилломатозга

410. Кизил ясси темирткига хос патоморфологик узгаришни аникланг?

А. Паракератоз

В. Гранулез

С. Спонгиоз

Д. Акантолизис

Е. Вакуол дегенерацияси

411. Кизил ясси темираткига хос белгини аниқланг:

А. Стеарин доғи

В. Терминал парда

С. Нуктасимон кон окиши

Д. Кебнер феномени

Е. Пospelов симптоми

ПУФАКЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

(Пурсилдок, Дюрингни герпессимон дерматози)

412. Чин пурсилдокка хос булмаган иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

А. пигментация

В. эрозия

С. чандик

Д. Калок

Е. вегетация

413. Чин пурсилдок кайси касаллик билан дифференциация килинмайди:

А. Куп шакилли эксудатив эритема

В. Жибернинг пуштиранг темираткиси

С. Дюринг дерматози

Д. Лайелл синдроми

Е. Левер пемфигоид

414. Дюринг дерматози учун хос белгини курсатинг:

А. Эпидермис тиканли кавати хужайралари аро JgG йигилиши

В. JgA нинг базал мембранада йигилиши

С. сурмаларда акантолитик хужайраларни топиш

Д. Сийдикда хлоридлар микдорининг камайиши

Е. Никольский феномен (белгиси) нинг мусбат булиши

415. Дюринг дерматозига хос булмаган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Пигментли дог

В. эритематоз дог

С. папула

Д. везикула

Е. торвок

416. Хакикий пурсилдокнинг клиник шаклини курсатинг:

А. Лайел синдроми

В. Сенир-Ашер синдроми

С. Стивенс-Жонсон синдроми

Д. Гужеро-Блюм синдроми

Е. Мелькерсон-Розентал синдроми

417. Хакикий пурсилдок диагностикасида ахмиятсиз:

А. Никольский симптоми

В. Асбо-Ганзен симптоми

С. Шеклаков симптоми

Д. Пospelов симптоми

Е. Текширишнинг иммунофлюоресцент усули

418. Хакикий пурсилдогдаги патоморфологик узгариш:

А. Акантоз

В. акантолизис

С. спонгиоз

Д. Вакуоль дегенерацияси

Е. Гранулез

419. Хакикий пурсилдокни даволашда ахамиятсиз препарат:

А. Кортикостероид гормонлар

В. цитостатиклар

С. Анаболитик гормонлар

Д. Сульфон препаратлари

Е. Калий препаратлари

420. Дюрингнинг герпессимон дерматити клиник шаклини курсатинг:

А. эритематоз

В. розеолез

С. папулез

Д. везикулез

Е. вульгар

421. Дюрингнинг герпессимон дерматитига хос синама:

А. Бальцер синамаси

В. Ядассон синамаси

С. Минор синамаси

Д. Томпсон синамаси

Е. Манту синамаси

422. Дюрингнинг герпессимон дерматити дифференциация килинмайдиган касаллик:

А. токсикодермия

В. Хакикий пурсилдок

С. Ураб олувчи темиратки

Д. Оддий пуфакчали темиратки

Е. Куп шакилли эксудатив эритема

423. Хакикий пурсилдок учун 1-ламчи морфологик элементни курсатинг

А) эрозия

В) торвок

С) пуфак

Д) калок

Е) пустула

424. Хакикий пурсилдокнинг шиллик каватлар жуда кам зарарланадиган турини курсатинг?

А) вульгар тури

В) вегетацияловчи тури

С) баргсимон тури

Д) себореяли тури

Е) герпессимон тури

425. Хакикий пурсилдокни даволашда дастлаб преднизолон канча дозада берилишини курсатинг?

А) 40-60мг.

В) 60-80 мг

С) 5-10мг

Д) 10-20мг

Е) 20-40мг.

426. Дюринг дерматози учун хос белигини курсатинг:

А) Асбо-Гензен феноменининг мусбатлиги

В) Яддосон синамасининг мусбатлиги

С) Щеклаков симптомининг мусбатлиги

Д) суртмаларда акантолитик хужайралар топилиши

Е) Никольский феномининг мусбатлиги.

427. Дюринг дермотози куйидаги касалликлардан кайсиниси билан дифференциация килинмайди:

-
- А) буллез токсикодермия
 - В) тугма пурсилдок
 - С) хакикий пурсилдок
 - Д) куп шаклли эксудатив эритема
 - Е) пушти ранг темиратки.**

428. Чин пурсилидокда учрамайдиган иккиламчи элемент?

- А) эрозия
- В) калок
- С) пигментация
- Д) яра**
- Е) вегетация.

429. Пуфаклар пайдо булиши чин пурсилдок клиник тури:

- А) вульгар
- В) вегетацияловчи
- С) баргсимон
- Д) эритематоз**
- Е) герпессимон.

430. Чин пурсилдок дифференциация килмайдиган касаллик:

- А) Куп шаклли эксудатив эритема
- В) экзема**
- С) Дюрингнинг герпессимон дерматити.
- Д) Лайелл синдроми.
- Е) Левер пемфигоиди.

431. Дюрингнинг герпессимон дерматити учун хос эмас?

- А) тиканакли кават хужайралараро IgG йигилиши**
- В) базал мембранада УдА йигилиши
- С) конда эозинофилия
- Д) Ядассон синамасининг мусбатлиги

Е) кичишиш.

432. Дюрингнинг герпесимон дерматитида учрамайдиган элемент:

А) тугун

В) тугунча

С) эритема

Д) везикула

Е) торвок.

433. Куйидагилардан кайсиниси хакикий пурсилдокнинг клиник тури эмас?

А. баргсимон

В. буллез

С. себореяли

Д. вульгар

Е. Вегетацияловчи

434. Куйидаги дорилардан кайсиниси хакикий пурсилдокни даволашда ахамиятсиз.

А. Кортикостероид гормонлар

В. анаболик гармонлар

С. антигистамин моддалар

Д. иммунодепресантлар

Е. Умумий кувватни оширувчи моддалар

435. Хакикий пурсилдокни кайси клиник тури сербар кондилломалар билан дифференциация килинади.

А. Вегетацияловчи тури

В. баргсимон тури

С. себореяли тури

Д. Герпессимон тури

Е. Вульгар тури

436. Дюринг дерматози учун хос булмаган клиник белгини курсатинг.

А. полиморфизм

В. сурункали ва кайталанувчи кечиши

С. кичишиш, ачишиш кучли эканлиги

Д. Умумий ахволнинг огирлиги

Е. Тошмаларнинг гурухлангани

437. Дюринг дерматозини даволашда кулланиладиган препаратни курсатинг.

А. метотрексат

В. делагил

С. ДДС

Д. Виролекс

Е. Плаквенил

438. Хакикий пурсилдок касаллигини аниклашда ахамияти йук тестни курсатинг:

А. Ядассон синамаси

В. Никольский симптоми

С. Асбо-Ганзен симптоми

Д. Шеклаков симптоми

Е. акантолитик хужайрларининг топилиши

439. Вегетацияловчи пурсилдок учунгина хос булган 2 ламчи элементни курсатинг?

А. эрозия.

В. калок

С. вегетация

Д. пигментация

Е. тангача

440. Хакикий пурсилдок ташки давосида куйидагилардан кайси бири кулланилади?

А. Нам кирутувчи бойламлар

В. кератолитик малхамлар

С. йод настойкаси

Д. Анилин буёклари

Е. Чайкатувчи аралашмалар

441. Дюринг дерматози учун хос булган вариантни курсатинг:

А. Конда ва пуфак суюклигида эозинофилия мавжудлиги

В. суртмалар акантолитик хужайралар топилиши

С. тикансимон кабат хужайралари орасида IgG мавжудлиги

Д. Шеклаков симптомининг мусбатлиги

Е. Асбо-Ганзен симптомнинг мусбатлиги

442. Чин пурсилдок диагностикасида ахамияти йук тестни курсатинг:

А. Сийдикда хлоридлар микдорини аниклаш

В. Кондаги эозинофилия

С. Текширишнинг иммунофлюорисцент

Д. Никольский феномени

Е. Суртмаларда акантолитик хужайралар топилиши.

443. Чин пурсилдоқда пуфак хосил булишининг патоморфорлогик асосини курсатинг:

А. Акантоз

В. акантолизис

С. Спонгиоз

Д. Вакуол дегенерацияси

Е. Баллонланувчи дегенерация

444. Чин пурсилдокни куйидаги касалликларнинг кайси бирдан дифференциация килиш шарт эмас?

А. Стивенс-Жонсон синдроми

В. Захм чилла ярасидан

С. Лайел синдромидан

Д. Дюрингнинг герпессимон дерматитидан

Е. Левер пемфигодидан

445. Куйидаги касалликлардан кайси бири чин пурсилдок билан огриган беморларни гормон билан даволагандаги асорат эмас?

А. Ошкозон яраси

В. Кандли диабет

С. Тиреотоксикоз

Д. Остеопороз

Е. Пиодермитлар

446. Дюрингнинг герпессимон дерматози учун хос булмаган 2-ламчи морфологик элементни аниқланг:

А. Пигментация

В. Эрозия

С. Калок

Д. Тангача

Е. Вегетация

447. Никольский симптомининг патоморфологик асосини курсатинг.

А. акантолизис

В. Акантоз

С. баллонланувчи дегенерация

Д. Вакуол дегенерацияси

Е. Спонгиоз

ТЕРИ СИЛИ

447. Тери силининг диссеминациялашган шаклини курсатинг:

А. Сил волчанкаси

В. скрофулодерма

С. Базеннинг индуратив эритмаси

Д. Тери лихеноид сили

Е. Тери сугалсимон сили

448. Сил волчанкасида «зонд белгиси» пайдо булиши нимага боғлиқ?

А. Дермада эпителиоид ва гигант хужайралардан ташкил топган инфильтрат борлигига

В. дермада лимфоцит ва плазматик хужайралардан ташкил топган инфильтрат борлигига

С. дермада коллаган ва эластик толалар халокати (эриб кетиши) га

Д. Гиперкератозга

Е. Акантозга

449. Сил волчанкасини дифференциация қилинадиган касалликни курсатинг:

А. Актиномикоз

В. микроспория

С. трихофития

Д. Кандидоз

Е. Рубромикоз

450. Теринг лихеноид силидаги бирламчи элемент?

А) папула.

В) везикула

-
- С) пустула.
 - Д) думбогча.
 - Е) тугун.

5. Сил волчанкасидаги иккиламчи элемент:

- А) эрозия
- В) яра.**
- С) лихенификаци.
- Д) вегетация.
- Е) экскориация.

451. Скофулодерма дифференциация килинадиган касаллик?

- А) папулез сифилид.
- В) гуммоз сифилид**
- С) пустулез сифилид.
- Д) кизил волчанка
- Е) думбогчали сифилид.

452. Сил волчанкасидаги бирламчи элемент:

- А. тугун
- В. тугунча
- С. думбокча**
- Д. мадда
- Е. торвок

453. Туберкулез люпомаси учун хос эмас:

- А. ранги кизгиш-сарик
- В. консистенцияси зич-эластик**
- С. узаро кушилиб кетади
- Д. яра пайдо килади
- Е. силлик чандик колади

454. Тери силини даволашда ишлатиладигон антибиотик:

- А. эритромицин
- В. тетрациклин
- С. бенемидин**
- Д. левомидин
- Е. пенциллин

455. Скрофулодерма дифференциация килинадиган касаллик:

- А. фурункул
- В. ярали пиодермия сурункали**
- С. вулгар эктима
- Д. сил волчанкаси
- Е. папулез сифилид

456. Сил волчанкасига хос симптом:

- А) «стеарин доглари» симптоми
- В) «олма желеси» симптоми**
- С) «балик икриси» симптоми
- Д) «куш кузи» симптоми
- Е) «терминал парда» симптоми.

457. Сил волчанкаси дифференциация килинадиган касаллик?

- А) тери лейшмонии**
- В) фурункул
- С) трихофития
- Д) вульгар эктима
- Е) карбункул

458. Скрофулодерма учун хос бирламчи элемент:

- А) папула
- В) думбокча**

С) тугун

Д) йирингча

Е) яра.

459. Сил волчанкасини куйидагилардан кайси касаллик билан дифференциация килиш керак.

А. дискоид кизил волчанка

В. пушти ранг темиратки

С. склеродермия

Д. кизил ясси темиратки

Е. трихофития

460. Сил волчанкасини даволашда куйидагилардан кайси дори ишлатилади.

А. рифампицин

В. ПАСК

С. делагил

Д. канамицин

Е. Тубазид

461. Сил волчанкаси билан дифференциация килинмайдиган касалликни курсатинг.

А. Склеродермия

В. кизил волчанка

С. тери лейшманиози

Д. Моховни туберкулоид шакли

Е. Думбокчали сифилид

462. Сил волчанкасини даволашда куйидагилардан кайси препарат кулланилади.

А. Авлосулфон

В. Аминахинол

С. Лидаза

Д. Изониазид

Е. Гризеофулвин

463. Сил волчанкасидаги бирламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Папула.

В. Думбочка.

С. Тугун.

Д. Торвок.

Е. Пустила.

464. Люпома учун хос: булмаган белгини курсатинг:

А. Элементларни гурухлашиб пайдо булиши.

В. Консистенциянинг хамирсимон юмшоклиги.

С. Зич-эластик консистенция.

Д. Узаро кушилиб кетиши.

Е. Емирилиб яра пайдо булиши.

465. Сил волчанкасини даволашда куланиладиган антибиотикни курсатинг:

А. Пенициллин.

В. Эритромицин.

С. Тетрациклин.

Д. Стрептомицин.

Е. Клафоран.

466. Сил волчанкасига хос булмаган иккиламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Эрозия

В. Яра

С. Чандик

Д. Тангача

Е. Калок

467. Скрофулодерма учун хос 1-ламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Папула

В. Думбокча

С. Тугун

Д. Пустула

Е. Торвок

ТЕРИЛЕЙШМАНИОЗИ

468. Тери лейшманиози кишлок туридаги инфекция манбаини курсатинг:

А. Бемор

В. кемирувчилар

С. искабтопар чивинлар

Д. Йирик шохли хайвонлар

Е. Парандалар

469. Тери лейшманиозига хос булган бирламчи элементни курсатинг:

А. Папула

В. пустула

С. думбокчаси

Д. Тугун

Е. Пуфак

470. Шахар типдаги тери лешманиозини атипик шаклини курсатинг?

А) туберкулоид.

В) дифуз.

С) чекланган.

Д) металешманиоз

Е) уткир некрозланувчи.

471. Тери лешманиозининг асорати эмас?

А) лимфаденит.

В) лимфангоид

С) флегмона.

Д) рожа

Е) карбункул

472. Кишлок типдаги тери лейшманиозида инфекция ташувчиси:

А. кемирувчилар

В. искабтопар чивинлар

С. битлар

Д. бургалар

Е. касал одам.

473. Тери лейшманиозидаги иккиламчи элемент:

А. дог

В. вегетация

С. экскориация

Д. чандик

Е. эрозия

474. Тери лейшманиозининг клиник шакли:

А. юзаки

В. момиксимон

С. туберкулоид

Д. дифференцияланмаган

Е. импетигиноз

475. Тери лейшманиозини даволашда ишлатиладиган антибиотик:

А. рондомицин

В. левомицин

С. стрептомицин

Д. пенициллин

Е. бициллин – 5

476. Шахар типдаги тери лешманиозида инфекция манбаи:

А) битлар

В) кемирувчилар

С) бургалар

Д) искаптопар чивинлар

Е) касал одамлар

477. Шахар типдаги тери лейшманиозида инфекция манбаи куйидагилардан кайсиниси.

А. Касал одам

В. кемирувчилар

С. искаптопар чивинлар

Д. Йирик туёкли хайвонлар

Е. Юкоридагиларни хаммаси

478. Тери лешманиозига хос булмаган асоратни курсатинг.

А. Лимфингоитлар ва лимфаденитлар

В. фурункулез

С. флегмона

Д. Ялин яллинланиш (рожа яллигланиши)

Е. Абсцесслар

479. Тери лейшманиозидаги инфекция (касалик) ташувчисини курсатинг.

А. Бемор одам

В. кемирувчилар

С. уй хайвонлари

Д. искаптопар чивинлар

Е. хамма юкорида айтилганлар.

480. Тери лейшманиози кишлок туридаги яширин даврни курсатинг:

А. 1-2 хафта

В. 1-8 хафта

С. 8-10 хафта

Д. 10-12 хафта

Е. 1 йилгача

481. Тери лейшманиозини даволашда ишлатиладиган антибиотикни курсатинг:

А. Метациклин

В. Карбенициллин

С. Клафоран

Д. Оксациллин

Е. Левомецетин

482. Уткир некротланувчи тери лейшманиозига хос клиник белгини курсатинг:

А. «Зонд симптоми»

В. «Стеарин доги» симптоми

С. «Балик икриси» симптоми

Д. «Олма желеси» симптоми

Е. «Куш кузи» симптом

483. Тери лейшманиозини даволашда ишлатиладиган дорини курсатинг:

А. Авлосульфон

В. Хингамин

С. Сульфодимезин

Д. Анальгин

Е. Виролекс

МОХОВ

484. Моховнинг лепроматоз шаклидаги асосий морфологик элементни курсатинг:

А. Везикула

В. пуфак

С. папула

Д. Пустула

Е. Тугун

485. Моховда тер безлари функцияси бузилишига асосланган функционал синамани курсатинг:

А. Лепромин синамаси

В. гистамин синамаси

С. Минор синамаси

Д. Никотин кислотаси билан синама

Е. Ультрабинафша нурлари синамаси

486. Куйидагилардан кайсиниси моховнинг кечишидаги боскич хисобланмайди?

А) прогрессив боскич.

В) стационар боскич.

С) регрессив боскич.

Д) асоратлар боскичи.

Е) тузалганлик боскичи.

487. Лепромалар пайдо булмайдиган иммун зонани курсатинг:

А) юз

В) буйин.

С) култик ости.

Д) билаклар.

Е) оёклар.

488. Моховда функционал синама куйишда ишлатиладиган дори:

А) эфедрин

В) дионин

С) адреналин.

Д) аскорбин кислотаси.

Е) кларитин.

489. Моховнинг клиник шаклини курсатинг:

А. антропоноз

В. зооноз

С. зангсимон

Д. туберкулоид

Е. скутуляр

490. Лепромалар пайдо булмайдиган зонани курсатинг:

А. бошнинг сочли кисми

В. юз

С. огиз шиллик пардаси

Д. билаклар

Е.оёклар

491. Лепрани даволашда ишлатиладиган препарат:

А. делагил

В. диуцифон

С. метронидазол

Д. пенициллин

Е. тетрациклин

492. Моховнинг лепрамотоз шаклида учрамайдиган элемент:

А) тугун

В) дог

С) думбогча

Д) везикула

Е) яра.

493. Моховдаги функционал синама:

А) Бальцер синамаси.

В) Минор синамаси

С) Ядассон синамаси

Д) Томпсон синамаси

Е) Манту синамаси.

494. Моховнинг ноаник (дифференциацияланмаган) тури учун хос булмаган асосий бирламчи морфологик элементни курсатинг.

А. папула

В. пустула

С. думбокча

Д. тугун

Е. Дог

495. Мохов билан огриган беморлардаги «тюлень кафти» ва «бака кафти» белгилари нимани натижаси эканини курсатинг.

-
- А. анельгезиялар
В. МНС зарарланиши

С. трофик узгаришлар

- Д. Инфилтратив жараен
Е. Парестезиялар

496. Моховнинг туберкулоид шаклидаги асосий I-ламчи морфологик элементни курсатинг.

- А. пуфакча
В. пустула

С. думбокча

- Д. тугун
Е. Дог

497. Моховнинг касаллигида «тирноксимон панжа» ва «от туёги» симптомларининг пайдо булиши нимага боғлиқ.

- А. МНС зарарланишига
В. парестезияга
С. букувчи мускуллар атрофияси

Д. Ёзувчи мускуллар атрофияси

- Е. Анальгезияга

498. Мохов касаллигида функционал синамалар куйишда куйидаги дорилардан кайсиниси ишлатилмайди.

- А. гистамин

В. эфедрин

- С. дионин
Д. Никотин кислотаси
Е. Морфин

499. Мохов касалларда «Авлиё Антоний маскаси» нима сабабдан пайдо булади:

А. Юз нерви фалажи ва мимика мушаклари атрофияси сабабли

В. Юзда думбокчалар ва тугунлар (лепромалар) пайдо булиши ва уларни ярага

айланиши билан

С. МНС жарохати билан

Д. Беморлар куйганлиги асорати сабабли

Е. Ички секреция безлари функцияларининг бузилиши

500. Моховни даволашда ишлатиладиган препаратни курсатинг:

А. Аминохинол

В. Авлосульфон

С. Делагил

Д. Эритромицин

Е. бийохинол

501. Мохов касали билан огриган беморларда тез-тез куйиб колиш сабабини курсатинг:

А. Парестезия

В. Невралгия

С. Гиперестезия

Д. Ноадекват реакциялар

Е. Анестезия ва анальгезия

502. Мохов касаллигини даволашда ишлатиладиган дорини курсатинг:

А. Этазол

В. Этизул

С. Делагил

Д. Пентабисмол

Е. Эритромицин

503. Лепроматоз турдаги мохов думбокчаси учун хос булмаган белгини аниқланг:

А. Шакли яримшарсимон

В. Ранги кунгир-кизил, зангсимон

С. Консистенцияси юмшок

Д. Юзаси ялтирок (ёғ суркалган каби)

Е. Ярага айланади

504. Мохов касаллигини куйидаги касалликларнинг кайси биридан дифференциация килинмайди?

А. Думбокчали сифилид

В. Скрофулодерма

С. Гуммоз сифилид

Д. Кизил волчанка

Е. Сил волчанкаси

ИХТИОЗ

505. Ихтиозни даволашда асосий хисобланган препаратни курсатинг?

А) антибиотиклар

В) Витамин «А»

С) «В» гуруҳдаги витаминлар

Д) тиреоидин

Е) гемотерапия.

506. Вульгар ихтиозининг клиник шакли булмаган вариантни курсатинг.

А. Тугма ихтиоз

В. ялтирок ихтиоз

С. илонсимон ихтиоз

Д. Жайрасимон ихтиоз

Е. Ксеродермия

507. Вульгар ихтиознинг клиник шакли булган вариантни курсатинг.

А. Скутуляр

В. дисгидротик

С. сугалсимон

Д. атрофик

Е. жайрасимон

508. Ихтиозни даволашда кайси давони куллаш шарт эмас?

А. тери массажи

В. антибиотиклар

С. ёгли кремлар

Д. кислородли ванналар

Е. витамин А

509. Ихтиознинг клиникасига хос эмас:

А. ёг алмашинувининг бузилиши

В. тер алмашинувининг бузилиши

С. терида тангачалар

Д. пустулёз тошмалар

Е. мугуз каватнинг калинлашиши

510. Вульгар ихтиознинг енгил клиник шакли:

А. Тугма ихтиоз

В. ялтирок ихтиоз

С. илонсимон ихтиоз

Д. Жайрасимон ихтиоз

Е. Ксеродермия

511. Вульгар ихтиознинг огир кечувчи клиник шакли:

А. Тугма ихтиоз

В. ялтирок ихтиоз

С. илонсимон ихтиоз

Д. Жайрасимон ихтиоз

Е. Ксеродермия

ВИРУСЛИ ДЕРМАТОЗЛАР

512. Учукнинг (оддий пуфакчали темиртки) мавжуд булмаган турини курсатинг:

А. Шишли

В. буллез

С. абортив

Д. зостерифорим

Е. Кайталанувчи

513. Контагиоз моллюскни даволашдаги энг эффектив усулни курсатинг:

А. 5% оксолин малхами

В. феразол эритмаси

С. интерферон малхами

Д. моллюскни олиб ташлаш

Е. антибиотикотерапия

514. Ураб олувчи темирткидаги бирламчи элемент:

А) папула.

В) пустула.

С) везикула.

Д) думбогча.

Е) торвок.

515. Ураб олувчи темирткининг клиник шакли?

А) генерализациялашган.

В) зостерисимон.

С) рецидивловчи.

Д) сурункали.

Е) себореяли.

516. Ураб олувчи темираткидаги бирламчи элемент:

А. пуфакча

В. папула

С. пустула

Д. эрозия

Е. тугун

517. Ураб олувчи темиратканинг клиник шакли:

А. шишли

В. рецидивловчи

С. зостерсимон

Д. огир

Е. геморрагик

518. Учукда учрамайдиган элемент:

А. эритема

В. везикула

С. эрозия

Д. яра

Е. калок

519. Учукнинг (оддий пуфакчали темиратки) клиник турини аникланг?

А) геморрагик

В) генерализациялашган

С) гангреноз

Д) шишли

Е) буллез

520. Ураб олувчи темирткига хос иккиламчи элемент?

А) вегетация

В) лихенификация

С) эрозия

Д) ёрик

Е) эритема.

521. Герпесларда пуфакчалар пайдо булишига олиб келувчи жараён?

А) вакуол дегенерация

В) баллонланувчи дегенерация

С) спонгиоз

Д) акантолиз

Е) акантоз.

522. Оддий пуфакчали темиртки учун хос булган иккиламчи морфологик элементни курсатинг.

А. тангача

В. яра

С. ёрик

Д. вегетация

Е. Эрозия

523. Сунгаллар учун хос булган патоморфологик узгаришни курсатинг.

А. В вакуол дегенерацияси

В. баллонланувчи дегенерацияси

С. гиперкератоз

Д. гранулез

Е. Спонгиоз

524. Оддий пуфакчали темиратки дифференциация килинмайдиган касалликларни курсатинг.

А. Каттик шанкр

В. эрозив балонит

С. кандидозли баланопостит

Д. стрептодермия

Е. Уткир учли кондиломалар

525. Оддий пуфакчали темираткига хос бирламчи морфологик элементни курсатинг.

А. Эрозия

В. калок

С. йирингча

Д. Пуфакча

Е. Пуфак

526. Сугалдаги бирламчи элементни курсатинг.

А. Дог

В. думбокча

С. дермал тугунча

Д. эпидермодермал папула

Е. эпидермал папула

527. Герпесларда пуфакчалар хосил булишига олиб келадиган патоморфологик узгаришни курсатинг.

А. Вакуол дегенерацияси

В. Баллонланувчи дегенерация

С. Спонгиоз

Д. Акантолизис

Е. Акантоз

528. Учук (оддий пуфакчали темиратки) учун хос булмаган клиник белгини кўрсатинг:

- А. Эритема ва шиш.
- В. Гурухлашган пуфакчалар.
- С. Эрозиялар ва калоклар.
- Д. Кичиши ва ачиши.

Е. Чандик ва чандикли атрофия.

529. Герпесларни ташки даволашда кулланилмайдиган препаратни курсатинг:

- А. Теброфен малхами.
- В. Бонафтон малхами.
- С. Нистатин малхами.**
- Д. Гиоксизон малхами.
- Е. Гелиомицин малхами.

530. Ураб олувчи темираткига хос булмаган 2-ламчи элементни курсатинг:

- А. Эрозия
- В. Яра
- С. Калок
- Д. Пигментация
- Е. Вегетация**

531. Ўткир учли кондиломада учрайдиган 1-ламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. Эпидермал тугунча**
- В. Эпидермодермал тугунча
- С. Дермал тугунча
- Д. Йирингча
- Е. Дўмбокча

ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР

1. Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, В.Г. Акимов Кожные и венерические болезни 2012 г.
2. Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - (Серия «Национальные руководства».)
3. Дерматовенерология / Под ред. А.А. Кубановой. - М.: ДЭКС-ПРЕСС, 2010. - (Клинические рекомендации. Российское общество дерматовенерологов)
4. Чеботарёв В.В., Байда А.П. Руководство для врачей общей практики (семейных врачей) по дерматовенерологии. - Ставрополь: Седьмое небо, 2009.
5. Клиническая дерматовенерология: в 2-х т. / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.
6. Бабаянц Р.С. Кожные и венерические болезни жарких стран.— М.: Медицина, 1984.
7. Гржебин З.Н., Цераидис Г.С. Основы гистопатологии кожи.— М.: Медгиз, 1960.
8. С.С. Арифов, Э.У. Эшбоев Тери ва таносил касалликлари дарслик 1997 йил.
9. С.С. Арифов Тери ва таносил касалликлари қўлланма 2010 йил.
10. Адҳам Ваисов Тери ва таносил касалликлари дарслик 2004 йил.
11. Мартин Рёкен Атлас по дермотологии 2018 г.
12. Боулинг Джонатан Диагностическая Дерматоскопия 2019 г.

ҚЎШИМЧА АДАБИЁТЛАР:

1. Н.А. Торсуев, Н.Д. Шеклаков, В.Н. Романенко «Буллёзные дерматозы» Москва 1979 г.
2. Дерматология Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф Н. и соавт. // М. Mc Grav – Hill – практика. 1999.

-
3. Методическое руководство по диагностике и лечению наиболее распространенных кожных заболеваний и ИППИ. Под редак. Ваисова А.М. Тошкент 2006 г.
 4. Исмоилова Г.А. Тери ва таносил касалликлари УАШ фаолиятида. Тошкент 2004 й.
 5. А.В.Самцов. Руководство по кожным и венерическим болезням. Медицина 1990 г.
 6. А.Э.Хонгельдов. «Клинический случай герпетиформного дерматита». Новости дерматологии и венерологии -2001, -№ 1-2. 86-87 с.
 7. С.С.Арифов, И.Р.Рахимов. «О вегетирующей пузырьчатке». Новости дерматологии и венерологии -2002, -№ 1, 17-19 с.
 8. С.С.Арифов, Э.Эшбоев. «Тери ва таносил касалликлари», Тошкент 1997 й.
 9. 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
 10. 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.
 11. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вульф Н. И соавт. Дерматология. Атлас-справочник. // М. McGraw-Hill-Практика. - 1999; - с. 1044.

МУНДАРИЖА

	БЕТ
1. СЎЗ БОШИ	5
2. ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ ФАНИНИНГ ҚИСҚАЧА ТАРИХИ	6
3. МЕЪЁР ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ	9
4. ТЕРИНИНГ ЙИРИНГЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ ПИОДЕРМИТЛАР	- 137
5. ТЕРИНИНГ АЛЛЕРГИК КАСАЛЛИКЛАРИ ДЕРМАТИТЛАР	157
6. ЭКЗЕМА	163
7. АТОПИК ДЕРМАТИТ	175
8. ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ	183
9. ЧАҚАЛОҚЛАРДАГИ СКЛЕРЕМА ВА СКЛЕРЕДЕМА	195
10. СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТ	196
11. ЛЕЙНЕР-МУССУНИНГ ДЕКСВАМАТИВ ЭРИТРОДЕРМИЯСИ	198
12. ТЕРИНИНГ ЗАМБУРУҒ КАСАЛЛИКЛАРИ-МИКОЗЛАР	199
13. ТЕРИНИНГ ПРОЛИФЕРАТИВ КАСАЛЛИКЛАРИ	217
14. ПСОРИАЗ	217
15. КИЗИЛ ЯССИ ТЕМИРАТКИ	223
16. ПУФАКЛИ ДЕРМАТОЗЛАР	227
17. ҲАҚИҚИЙ (ЧИН) ПЎРСИЛДОҚ	227
18. ДЮРИНГНИНГ ГЕРПЕССИМОН ДЕРМАТИТИ	233
19. ТЕРИНИНГ ВИРУСЛИ КАСАЛЛИКЛАРИ	237
20. СЎГАЛЛАР	239
21. МОХОВ	248
22. ТЕРИ ЛЕЙШМАНИОЗИ	264
23. БИРИКТИРУВЧИ ТЎҚИМА КАСАЛЛИКЛАРИ КОЛЛАГЕНОЗЛАР	- 273
24. СКЛЕРОДЕРМИЯ	281
25. ДЕРМАТОМИОЗИТ (ВАГНЕР КАСАЛЛИГИ)	287
26. ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯДАН АМАЛИЙ КУНИКМАЛАРНИ КАДАММА-КАДАМ БАЖАРИШ	292
27. ВАЗИЯТГА ОИД МАСАЛАЛАР	316
28. ТЕСТЛАР	329
29. ФОЙДАЛАНИЛГАН АДАБИЁТЛАР	456
30. МУНДАРИЖА	458

**БОЛАЛАР
ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ**
Дарслик
ПАҚИРДИНОВ А.Б.

АДТИ КИТОБ ДЎКОНИ
Телеграм: @kitoblarkerakmi
+99890 060 10 58

АНДИЖОН - 2022

460
