

ПАҚИРДИНОВ А.Б.

**ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ТЕРИ ВА
ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ
(ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА)**

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 – *Pediatriya ishi*

(ta'lim yo'nalishi (mutaxassisligi))

ning

talabalari (o'quvchilari) uchun tavsiya etilgan

Yangi tug'ilgan chaqaloqlar teri va tanosil kasalliklari

(o'quv adabiyotining nomi va turi: darslik, o'quv qo'llanma)

nomli o'quv qo'llanmasi

ga

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



Vazir

A. Toshkulov

(imzo)

Ro'yxatga olish raqami

233-1125



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

ПАҚИРДИНОВ АДХАМЖОН БЕГИШЕВИЧ

**ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ТЕРИ ВА
ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ**

(ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА 3-4 КУРС ПЕДИАТРИЯ ФАКУЛЬТЕТИ, 4 КУРС ДАВОЛАШ ВА КАСБ ТАЪЛИМ ФАКУЛЬТЕТЛАРИ,
БОЛАЛАР ДЕРМАТОЛОГ ШИФОКОРЛАРИ, МАГИСТРЛАР ВА КЛИНИК ОРДИНАТОРЛАР УЧУН МЎЛЖАЛЛАНГАН).

Андижон – 2022 йил

Асосий ишлаб чиқарувчи ташкилот: Андижон Давлат тиббиёт институти.

Тузувчи:

Пақирдинов Адхамжон Бегишевич - Андижон Давлат тиббиёт институти дерматовенерология кафедраси мудири т.ф.д., профессор.

Тақризчилар:

1. Ташкенбаева Умида Алишеровна – Тошкент Тиббиёт Академияси, дерматовенерология кафедраси мудири т.ф.д., профессор.

2. Салохиддинов Зухриддин Салохиддинович - Андижон Давлат тиббиёт институти I – УАШ кафедраси мудири т.ф.д., профессор.

Ўқув қўлланма 3-4 курс педиатрия факультети, 4 курс даволаш ва касб таълим факультетлари, болалар дерматолог шифокорлари, магистрлар ва клиник ординаторлар учун мўлжалланган.

КИРИШ

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

Бугунга қадар ўқувчи умумий дерматологияга сезиларли қадар эътибор қаратмас эди. Дематологик ва таносил 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 мустаҳкамлашга ёрдам беради.

ТЕРИНИНГ ТУЗИЛИШИ

Тери инсон танаси умумий қопламаси, катта 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 тикансимон қават (*stratum spinosum*), донадор (*stratum granulosum*), ялтирок (*str. lucidum*) ва мугузсимон (*str. comeum*) 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 боровчи толалар боғламлари билан мустаҳкам боғланган бўлади. Бу толалар тонофиламентлар (грекча. tonos – таранглашиш) деб аталади. Тонофиламентлар боғламлар (тонофибриллар) ҳосил қилади ва демосомалар чегарасида тугайди. Цитоплазматик ўсиклар каналлар тармоғини ҳосил этиш билан хужайралар бирлашувини таъминлайдилар, улар бўйлаб хужайраларо суюқлик айланади.

Десмосомалар ва тонофибриллалар 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 донадор 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. Донадор қават хужайраларида тонофибриляр-кератогиалинли тузилмаларнинг ҳосил бўлиши мавжуд эмаслиги сабабли бу қават кўпинча кератогиалинли, деб аталади.

Донадор қават хужайралари протоплазмасидаги кератогиалин маҳсулоти эпидермал ўсиш омили секретациясини пасайтириб, митотик

бўлинишни тўхтатувчи полипептидлар, кейлонлар тўпланишига олиб келади. 5 ёшгача болаларда донатор қават хужайралари кўпроқ серсув, камрок зичлашган, уларнинг ядроси эса митотик фаолликка қарши қобилиятини 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 кўл 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 мустахкам бўлиб, у кўплаб ядросиз пластинкалардан тузилган, бир-бири билан ўзаро яқин туташувчи хужайра қаватлари ва дағал десмослардан иборат. Мугузсимон қаватнинг юза хужайралари мугузсимон қопламанинг десквацияси (физиологик пўст ташлаши) оқибатида мунтазам ажралиб туради.

Мугузсимон қаватнинг қалинлиги бир хил эмас. Кўл ва оёқ кафтларида яхши намоён бўлади (физиологик гиперкератоз), ковоқлар, юз, жинсий аъзолар соҳасида, айниқса, болаларда, салгина билинади. Мугузсимон хужайранинг сиртки қавати эпидермиснинг усувчи қаватидаги узлуксиз митотик бўлинишлар, шунингдек, эпидермисдаги кератиннинг кератиноцитлар оқсил 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 донатор қаватга ўтиши меъёр бўйича 26 кундан 42 кунгача, мугузсимон қавати орқали – 14 кунгача,

барча эпидермиснинг тўла босқичи алмашилиши эса 59-65 кунни ташкил этади.

Эпидермис оксиллар синтездан 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 химоя 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) –ок 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.B. 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-гизимини 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.

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 кирралари ўртасида жойлашган сўрғичларни ҳосил қилади. У кристалланмаган, структурасиз модда, коллаген ва эластик (эгиловчан) толаларни ўз ичига олувчи майин толасимон кушувчи хужайрадан иборат. Улар оралиғида кўплаб хужайра элементлари, томирлар, асаб тугунчалари жойлашган. Дерманинг хужайра элементлари фибробластлар, фиброцитлар, гистиоцитлар, семиз, сайёр хужайралар ва асосан пигмент хужайралари – меланофагалар билан ифодаланади. Фибробластлар сиртида рецептор оқсиллар ва гликолипидлар,

нуклеоплазмада эса РНК таркибли интерхроматин доначалар мавжуд. Дерманинг сургичларида эпидермис, дерма ва нерв охирларини озиклантирувчи томирлар жойлашади.

Дерманинг тўрсимон қавати - ўта зич, дағал толали тузилишга эга бўлиб, дерманинг асосий қисмини ташкил этади. Дерманинг асоси коллаген толалар боғламларидан ҳосил бўлади, улар оралиғида сўрғичсимон қаватдаги сингари, аммо, ундан оз миқдорда хужайра элементлари жойлашади. Терининг мустаҳкамлиги асосан айнан тўрсимон қават тузилишига боғлиқ бўлиб, тери қопламасининг ҳар – хил қисмларида, турли қалинликга эга.

Гиподерма, ёки териости ёғ тўқимаси бириктирувчи тўқима боғламларининг чигалсидан иборат бўлиб, улар тугунларида кўплаб миқдорда шарсимон ёғ хужайралари жойлашади. Териости ёғ хужайраларида қон томирлари, нерв толалари, нерв тугунчалари, тер безлари, тук фолликула (пуфакча)лари жойлашган. Териости ёғ хужайралари периост (суякнинг ташқи қавати) ёки мушак апоневрози (пайлари) билан тутшиб кетувчи фасция билан тугалланади.

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. Силлиқ мушак элементлари алоҳида(автоном) жйлашиши ҳам мумкин, кўпинча бошнинг сочли қисми, юз, пешона, қўл панжалари ва оёқ қафтлари 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

килувчи 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 сиртки 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 хароратини мувофиқлаштиришда иштирок этади, капиллярлар, мушаклар ва асаб тугунчаларининг фаолият кўрсатиши учун зарур бўлган интерстициал босимни ушлаб туради.

Терининг лимфатик томирлари сиртки 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 қўшимча ўсимтасига етиб боради ва сўрғичсимон қаватнинг қуйи бўлимида сиртқи 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 иштироқида қабул қилинади, тананинг атроф – муҳитдаги ҳолати, босимни ҳис қилиши ва вибрацияларни эса пластинасимон таначалар (Фатер - Пачини таначалари) қабул қилади. Оғрик, қичишиш ва қуйишни 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 кутби 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 сургичларнинг юқори кутбига йўналади. Бириктирувчи тўқима капсуласининг юқори кутбида миелинсиз нерв цилиндри жойлашган. Руффини таначалари дерманинг чуқур қисмлари ва териости ёғ

тўқимараларининг устки қисмида ўрнашади. Улар ўзида нерв ўқсимон цилиндрли тугунчалари кўплаб мугузчаларга бўлиниб кетадиган бириктирувчи тўқима капсулаларини намоён этадилар. Пластинкасимон таначалар териости ёғ тўқималарида жойлашади ва капсуляр тузилмага эга бўлади. Териди 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- ойи охирлари – 3- ойи бошларида бошланади. Эпидермис соҳасида кейинчалик тук фолликулаларига айланувчи базал ҳужайра ўсимталари пайдо бўлади. 4 ва 5- ойларда бошланғич муртак туклар момик 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 териди жойлашади ва тукли фолликулалар воронкасига етиб боради. Стерженнинг асосий массасини бир - бирига зич турувчи кератинлашган ҳужайралар 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 ҳужайралар 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 сургичлар териости ёғ ҳужайраларида 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 ҳисобига 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 apocrine) мерокрин тер безидан фарқли равишда ҳужайра моддалари иштирокида шира ҳосил қилади, шунинг учун ҳужайраларнинг 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 секрецияси босқичлари билан мос тушади. Шунга асосан, апокрин безлари иккиламчи жинсий белгиларга дахлдордир.

Ёғ безлари (glandulae sebacea) мураккаб алвеоляр ҳосила бўлиб, голокрин типдаги секретор ҳужайраларнинг ёғ метаплазияси ҳисобланади. Ҳужайраларни дифференциялаш марказдан бошланади ва ёғ везикулалари кўпроқ тўпланиши билан тавсифланади. Бу, ҳужайралар, унинг ядросининг таркибий қисмларга ажралиши, ҳужайра 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 кафтларида 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 чақалок 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 безлари секретининг 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 қозиқсимон 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 ҳужайралари 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, ҳужайра 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 сиртки 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 қисим («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 лимфатик 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 хужайрадан 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 маҳсулотларининг 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 шиллик пардалар кўплаб микроорганизмлар учун тўсиқ (барьер) ҳисобланади. Терининг бу химоя вазифаси илгари фақат механик омиллар – мугузсимон

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

Дермадаги иммун фаоллик юзаки томир чигаллари посткапилляр венулалар ва тери ўсимталари атрофидаги лимфоцитлар ҳисобига юзага келган. Иммунморфологик 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. Периваскуляр 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 макрофаглар (гистиоцитлар), дендритик ҳужайралар билан намоён бўлади. Морфологик дифференцияланган тўқима гистиоцити катта микдордаги

микрворсинкалардан иборат ўсимтасимон хужайрани намоён этади. Гистиоцитлар цитоплазмаси таркибида РНК ва ферментлар тутати. Гистиоцитлар сиртида барча макрофагалар сингари С3 ва Fc-фрагментли IgG рецепторлар мавжуд. Терининг макрофагал тизими Т-лимфоцитларнинг миграцияси, гиперсезувчанликни юкори (тез) кўринишдаги антиген - антитело реакциясида иштирок этувчи булутсимон хужайраларни ўз ичига олади. Теридаги иммун жараёнларни рўёбга чиқаришда, шунингдек, турли иммун вазифаларни амалга оширувчи, терида кўчиб юрувчи қон хужайралари (моноцитлар, эозинофиллар, нейтрофиллар, базофиллар, эритроцитлар) ҳам иштирок этади. Бунинг асосини ҳимоянинг носпецифик омиллари мавжуд бўлган Т-лимфоцитларнинг ўзаро таъсири ташкил этади.

Иммун вазифасини ўзида хужайра макрофагаларининг ўзгарган жамланма турини намоён этувчи оқ ўсимтасимон эпидермоцитлар ҳам бажаради. Булутсимон хужайралар, фиброцитлар ва макрофагалар сингари бу хужайралар иммун хусусиятига эга эмас, аммо, антигенлар ёки цитокинлар фаоллашиши чоғида улар биологик фаол моддаларни ажратиш билан физиологик фаолликни намоён қиладилар.

Ҳимоя функцияси. Терининг механик ҳимоя аъзоси сифатидаги қаршилик хусусияти сезиларли электр қарама - қаршилик, коллаген ва эластик толаларнинг мустаҳкамлиги, тери ости ёғ хужайраларининг таранглиги орқали таъминланади. Терини қуруқлашишдан тери қопламанинг 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 ҳимоя вазифаси жуда ҳам муҳим ҳисобланади. Бунга дағаллашган эпителийнинг қабул қилмаслиги ва ёғ ҳамда тер безлари ажралиши кўмаклашади. Бундан ташқари, тери бир вақтнинг ўзида ёғ моддалар шимилишини тўхтатиб кўювчи 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 кўзғатувчи 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 ҳимоя воситаси ҳисобланади.

Терининг ҳимоя 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 ҳимоя вазифасини бажаради. Бунга оғиз шиллик пардасининг сўлак билан мунтазам намланиб 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 ҳимоя ролини кучайтиради.

Қуёшнинг юқори қувватли ультрабинафша нурлари таъсирида терида эркин радикаллар ҳосил бўлади. Бундай молекулалар кимёвий, шунингдек, занжирли реакцияга осон киришадилар. Асосан оксиллар ва липидлардан тузилган биологик мембраналар функциясининг бузилиши ультрабинафша нурларнинг энг муҳим биологик эффекти ҳисобланади. Қуёш ультрабинафша нурларининг инсон кўзи кўриши мумкин бўлмаган (400 нм дан кам)

ёруғликда жойлашган зарарловчи таъсирдан организмни ҳимоялаш бир неча механизмлар ёрдамида амалга оширилади. Териди мугузсимон қават калинлашади, терининг пигментацияси кучаяди, уроканин кислотаси транс-изомердан цис-изомерга ўтади, антирадикал ҳимоянинг фермент ва нофермент тизими ишга тушади. Пигментнинг экранлашган қавати ё ёруғликнинг барча узунликдаги тўлқинларини ютиб юборади, ёки ўта хавфли нурларни филтрдан ўтказидади. Чунончи, меланин - кўринадиган ёруғлик ва ултрабинафша нурларни барча диапазонда ютиб юборади.

Териди меланин қанча кўп бўлса, организм учун зарарли нурлардан ҳимояланишни шунча яхши амалга оширади. Териди меланиннинг тез янгилашиши 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 ҳимоянинг 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 донатор қават ҳужайраларида кузатилади. Уларда таркибида фибриллалар бўлган кератогиалин гранулалар пайдо бўлади. Фибриллалар элеидинга, кейин эса мугузсимон қават ҳужайрасининг асосини ташкил этувчи кератин ипига айланади. Ҳужайраларнинг базал қаватдан эпидермиснинг юқори қаватига ҳаракатланишига қараб, ядро ва бошқа ҳужайравий органеллалар тонофиламентларга кератинизациялашади, боскичма боскич шаклланувчи протоплазма оксиллари кератинга айланади.

Эпидермис ҳужайраларининг ўсиши ва кўпайиши оддий физиологик шароитда мураккаб ўзаро рақобатлашувчи ҳужайра ичидаги ва ҳужайра ташқарисидаги омиллар таъсирида содир бўлади. Ҳужайра митозига гормонлар ва бошқа биологик фаол моддаларнинг таъсирига воситачилик қилувчи ҳужайра 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 ҳужайра 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 – кортикостереоид гормонлар ва адреналин, ҳужайра 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 қафтлари 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 қобилияти 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) қобилияти 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. Териде 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 териде 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 қўл панжалари учки қисми териси, йирик бурмалар териси ва тил шиллиқ пардасига хосдир. Бундай сезувчанлик нарсаларнинг қаттиқлиги, юмшоқлиги ва бошқа хусусиятли даражаларини ҳис 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 қопламаларида иссиқ ва совуқни идрок этиш турличадир.

Оғиз шиллиқ 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, дермонеЙротроп, дермовисцерал муносабатларда мунтазам иштирок этади. Тери атроф - мухитдан, шунингдек, МНТ ва ички аъзолардан келадиган турли қўзғалишларга 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 йўллари (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 қўзғатувчилар таълуқли, деб билиш мумкин, чунки, уларнинг таъсири ҳамма вақт ва барчада тери қопламаларининг қўзғатувчининг зарарловчи таъсирига муайян реакциясини келтириб чиқаради. Шундай қўзғатувчиларга 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 кўзғатувчилар, шунингдек, ўсимлик ва ҳайвонот дунёси паразитлари киради.

Физик экзоген этиологик омиллар орасида механик кўзғатувчилар, термик шикастлар, нурли энергиянинг таъсири фарқланади. Узоқ муддатли босим, ишқаланиш, лат ейиш ва бошқа механик таъсирлар турли жадалликдаги яллиғланиш жараёнини, қон қуйилишини келтириб чиқариши, қадоқлар, қадоқланиш 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 (профессионал 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 аллергия ҳолатига тегишлидир, бу эса муайян ҳолатдаги патогенезни изоҳлашда сезиларли қийинчилик туғдиради.

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, аллергия дерматитлар, эшакеми ва бошқалар патогенезларида етакчи рол аллергияга, қизил волчанка, пўрсилдок, склеродермия, дерматомихозларда аутоиммун жараёнларга тегишлидир.

Сенсибилизацияни ўзаро контакт йўли ёки организмга озиқ-овқат маҳсулотлари, дори воситалари, кимёвий моддаларнинг тушиши натижасида терига бевосита таъсир кўрсатувчи алергенлар 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 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 ҳисси, 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 темиратки, экземанинг деярли барча турлари) ҳамиша қичишиш билан кузатилади. Бошқалари (псориаз, пушти темиратки, пиодермия, вульгар ёки пушти ранг хуснбузар ва.б.) қичишишсиз кечади ёки унча намоён бўлмайди. Айрим дерматозлар (қўтир, битлиқилик, қичима ва.б.) да қичишиш, одатдагидек, қашлаш кузатилса, кучли қичишишга қарамай, бошқалари (эшакеми, қизил ясси темиратки 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 бўлдими) 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 ёпиқ

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).

Қасбий тери касалликларига гумон қилинганда, беморнинг иш хусусиятларини аниқлаш муҳимдир: эризипелоид қушхоналарда, 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 шаклли 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 муружат 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, кулупнай ва бошқаларни истеъмол қилиш билан боғлиқлигини айтишади.

Бемордан сўраб - суриштириш айрим ҳолларда касалликнинг олиавий характерини 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.

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, чизиқ 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 шиллик 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.

Кўпинча дерматозларнинг клиник манзараси ва "классик" кечишида у ёки бошқа атипиклиги кузатилади. Бундай ҳолатларда дерматовенеролог беморни кўргач ва тошманинг ташқи кўриниши бўйича ҳамда текширувнинг кўшимча 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.

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, оғриклиги 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 мустаҳкамлиги мавжудлиги ёки йўқлиги эса терини силжитиш билан аниқланади.

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.

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 қичимасида 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 силлиқ, 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: кириб 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.

Элементларнинг консистенцияси (зичлиги) пайпаслаш билан аниқланади; агар консистенциянинг сўнги 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 синови ёрдамида аппликацион синов қўлланилади. Айрим ҳолатларда скарификацион ва компресс (скарификацион-аппликацион) услублар бирлаштирилади.

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

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 характериға эға. Организмнинг ташқи таъсирға жавобига қараб нисбий жиҳатдан ўткир, ўткир ости ва сурункали яллиғланишлар фарқланади. Улар турли ташқи ва ички кўзғатувчилар таъсирида келиб чиқади. Кўзғатувчининг таъсириға

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 кўйидагиларда 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 ҳосил қилган суюқлик аста – секинлик билан хужайрани эритиб юборади ва унинг ўлишига олиб келади. Агар вакуола хужайра ядросида бўлса, ядро шишади ва суюқлик тўлдирилган юмалоқ 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 хужайралар гигант хужайралар, деб номланади.

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

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

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

Гиперкератоз (hyperkeratosis) – хужайралар 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 (лаборотория 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 (ruber), 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 ҳошиясида ёки оғизнинг шиллик 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 темирлаткининг эрозив-ярали шаклидаги эрозиялар пуфакларнинг оқибати бўлиб ҳисобланмайди.

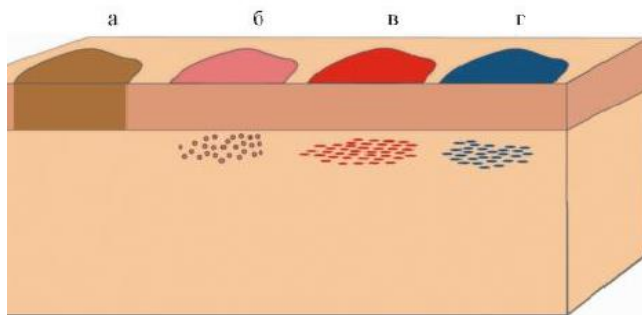
Тошма элементларини билиш тери, оғиз шиллик қавати ва лабларнинг кенг қўламдаги ва ўзгарувчан патологияларини аниқлаш, хасталикка мақбул ташхис қўйиш имконини беради.

Бирламчи морфологик элементлар.

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

Доғ (macula)

Тери ёки шиллик қават рангининг чекланган ўзгаришидан иборат. Одатда доғ уни ўраб турган тери билан бир сатҳда жойлашади.



Консистенцияси бўйича ундан а- пигментли б-томирли в-геморрагик г- сунъий 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 қўзғалиш чоғида асаб реакцияларида яллиғланишларга алоқадор бўлмаган доғлар ҳосил бўлади (ташқи томир туташмаларининг

киска муддатли кенгайши). Улар қичишиш ва кепакланишларсиз ўтади. Уларнинг номи «ҳаяжонланиш эритемалари», деб номланади (жаҳл ёки уят оқибатида).

Тери ташқи томирларининг (капиллярларининг) яллиғланланишга алоқаси бўлмаган турғун кенгайиши оқибатида юзага келган доғлар **телеангиэктазиялар**, деб номланади. Улар ҳам босилганда вақтинчалик йуқ бўлиб кетади ва босим йўқ олганда яна юзага келади. Телеангиэктазиялар мустақил равишда мавжуд бўлиши ва пушти хуснбузарлар, 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 **эксимозлар**, 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 (ҳоллар, 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.

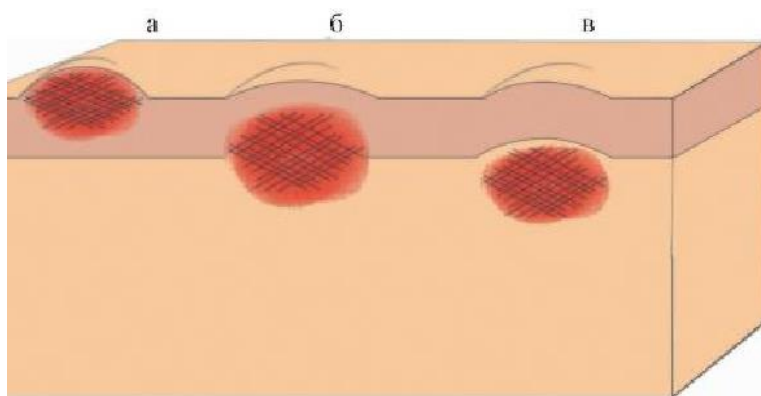
Маида депигментацияга оид доғлар *лейкодерма*, деб номланади. Ҳақиқий лейкодерма захмнинг иккиламчи рецидив тури билан хасталанган беморларда учрайди (гиперпигментацияланган фонида депигментация доғлари юзага келади). Сохта ёки иккиламчи лейкодерма (псевдолейкодерма) бир қатор дерматозларда (кепаксимон 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 чандиксиз ёки чандикли атрофия билан битадиган элемент. Айрим ҳолларда папулалар ўзидан

кейин турғун бўлмайдиган излар қолдиради - пигментацияли ёки депигментацияли. Асосан эпидермисда бўлган папулалар эпидермал, (масалан, ясси сўгал), дермадагиси – дермал (иккиламчи захмда), деб



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

номланади. Кўпинча папулалар эпидермал 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) катталаниши 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 (milium – тарик 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, қуббасимон) 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

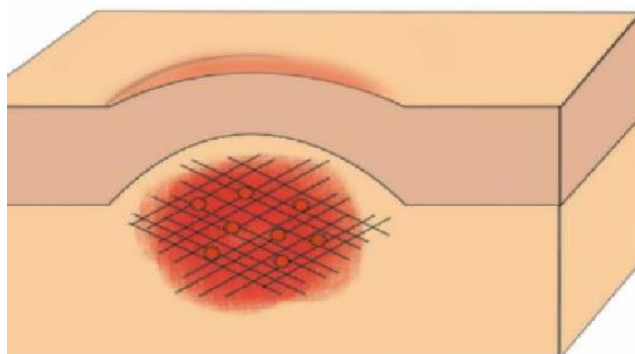
(одатий терининг ранги, сарик, пушти, қизил, бинафшаранг, жигарранг ва бошқалар).

Терининг тегиб турадиган юзасида ишқаланиш, шиллик 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 – бўшликсиз, инфилтратив ўткир яллиғланишга эга бўлмаган элемент бўлиб, тери сатхидан кўтарилиб турувчи, кўпинча чандик ёки чандикли 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 чандикли 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).

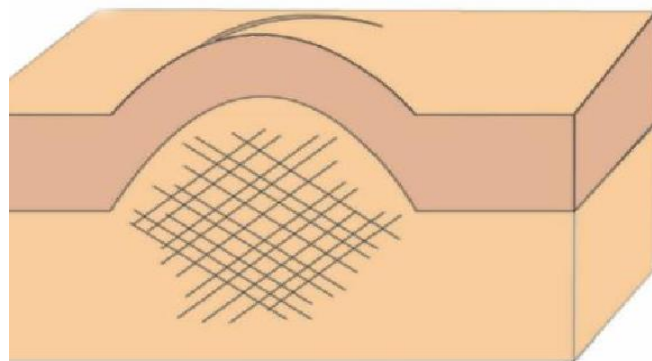
Айрим ҳолларда дўмбоқчалар анча характерли рангга эга: учламчи захмда қизил- қорамтир, тери силида қизил-сарик, моховда қорамтир занг тусида.

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 тарқок, 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.

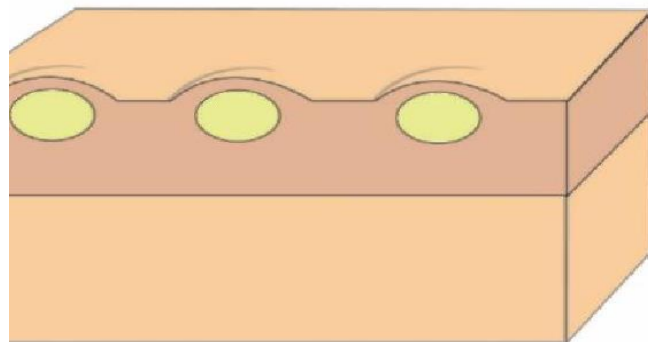


Дастлаб тугун тери устидан бўртиб чиқмаслиги мумкин (бунда улар пайпаслаш орқали аниқланади). Кейинчалик ўсиши давомида тери устида бўртиб чиқади (кўп ҳолларда сезиларли даражада). Тугунлар ярага айланади ва кейинчалик чандиқ қолдиради. Тугунларнинг таркиби юмшоқдан

(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 суяқлик тутади ва тери сатҳидан бироз бўртиб чиқади. Пуфакчада, сероз суяқлик билан, кам ҳолларда серроз-геморагик

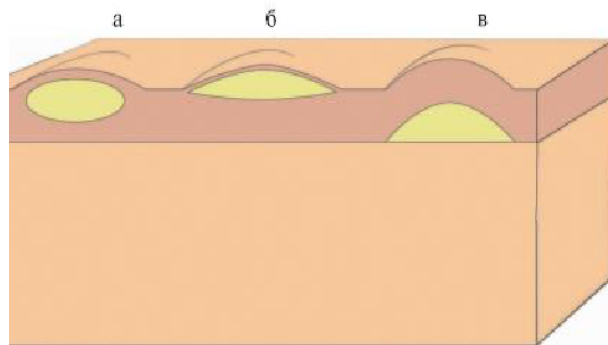


суяқлик билан тўлган бўшлиқ, ташқи қобиғи ва туби фарқланади. Пуфакчалар мугуз қавати остида, эпидермиснинг орасида ва эпидермис ҳамда дерманинг ўртасида жойлашиши мумкин; улар бир камерали ва баъзида кўп камерали бўлиши мумкин (бу ҳолда беморда пуфак мавжудлиги аниқланади, аммо парда деворлари йўқдек 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 суяқлиги 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 изсиз йўқ бўлиб кетади ёки ўзидан кейин вақтинчалик пигментацияни сақлаб қолади. Масалан, худди Дюренининг герпессимон дерматози каби.

Гистологик жиҳатдан 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).

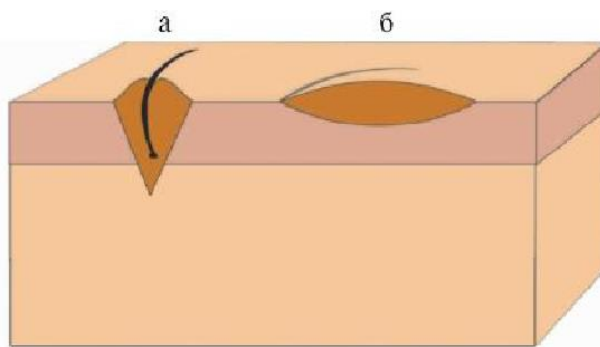
Пуфаклар микроорганизмларнинг терига экзоген тарзда киришида эпидермиснинг инфекциялар ёки уларнинг токсинлари таъсирида шикастланиши (масалан, стрептокок) натижасида ҳам ҳосил бўлиши мумкин. Куйишда серозли экссудат эпидермиснинг некрозга учраган қисмини юқорига кўтаради. Интраэпидермал пуфакларнинг юзага келишига кўпинча турли эндоген омиллар сабабчи бўлади; бунда ҳужайралараро алоқаларнинг бузилиши кузатилади (акантолиз) ва эпидермал ҳужайраларнинг 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 ҳужайралар 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 ҳужайралараро алоқаларнинг (акантлар) эришидан иборат. Тиканакли ҳужайралар ўзаро ажралади ва улар орасида экссудатлар билан тўлган ёриқлар пайдо бўлади. Кейинчалик улар пуфакка айланади. Бунда тиканакли ҳужайралар юмалоқлашади, биров кичраяди, уларнинг ядроси оддийларидан кўра анча йириклашади. Улар пуфакнинг тубини қоплайди. Малҳамкур акантолик ҳужайралар (Тцанк ҳужайралари) ташхис қўйишда 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



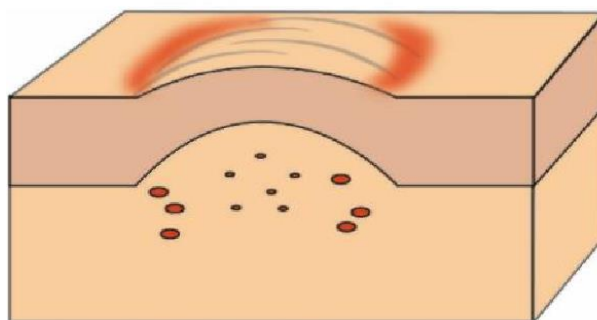
а - фолликуляр йирингча, **б** - фликтена

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.

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 ҳосиладир. 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 (ташқи омиллар), интоксикация ва сенсibiliзацияда (ички омиллар) юзага келади. Теридаги қаварчиқ дори воситалари, озик-овқат маҳсулотлари ва инфекцион 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 узок вақт сақланиб турадиган йирик тарвоқлар пайдо бўлади.

Тарвоқларнинг юзага келишишида кучли қичишиш рўй беришига карамай 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.

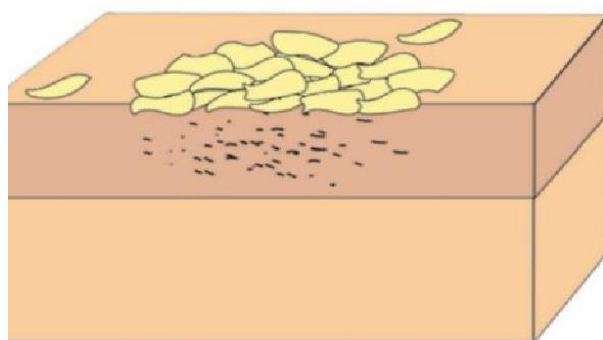
Пигментация (*pigmentatio*). Бирламчи пигментацияга сепкиллар, хлоазма, туғма пигментли доғлар ва ҳ.к., иккиламчиларига – бирламчи элементлар сўрилиб кетганидан сўнг (тугунлар, дўмбоқча, пуфакча, пуфак, йирингча) ва иккиламчи элементлар (эрозиялар, яралар) сўрилиб кетганидан кейин меланин пигментининг 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 мугуз пластиналаридан иборат. Физиологик шароитларда доимий равишда билинмасдан мугуз 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 lamellosa** дейилади. Бундай кепакланиш псориазда кузатилади. Терининг айрим хасталикларида, 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 (қуруқ, ёғли, синувчан, қаттиқ), зич тарзда ёпишиб туриши аҳамиятга эга. Яқин атрофдаги

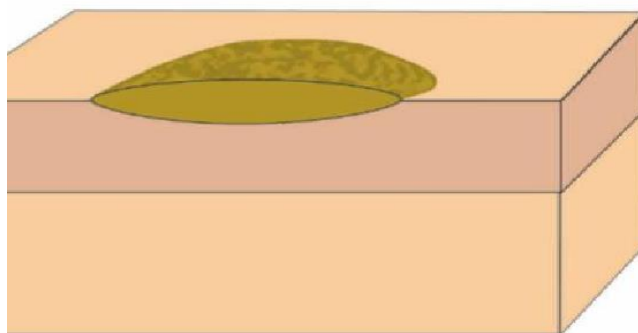
хужайраларга зич ёпишиб турган тангачалар гиперкератоз оқибатида юзага келади. Осонлик билан ажралиб чиқадиганлари эса паракератоз туфайли ҳосил бўлади. Тангачалар бирламчи тартибда ҳам ривожланиши мумкин: қазғоқда паракеротик, юмшоқ лейкоплакия, ихтиозда гиперкератотик ва бошқалар.

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 қуруқ 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 ёқачасимон шаклда жойлашади (Биет «ёқачаси»), парапсориазда 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 аралашishi билан қуриши оқибатида юзага



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

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

Қалок кўпинча лабларнинг қизил ҳошиясида юзага келади (пўрсилдоқда, кўп шаклли экссудатив эритема, пуфакли темирлатки, турли хейлитлар ва бошқалар). Терида қалок қўтирда, микозларда, пиодермияларда, экзема, нейродермитлар ва турли захмга оид тошмаларда ва ҳоказоларда юзага келади.

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

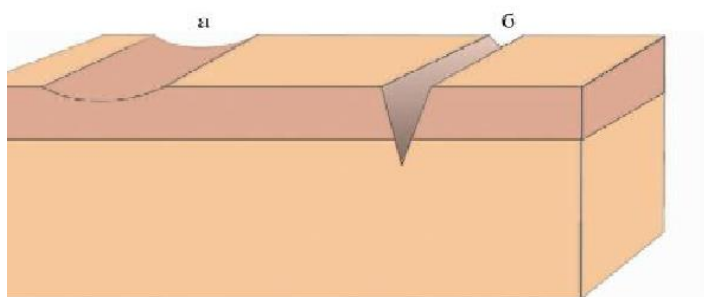
Ташқи ёриқлар (fissura)

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 чандиқ қолдиради. Ёриқлар терининг тармоқли дефектларидир. Улар чўзилишга мойил бўладиган жойларда (масалан, оғизнинг бурчакларида, бармоқлараро бурмалар, анус ва ҳоказолар)



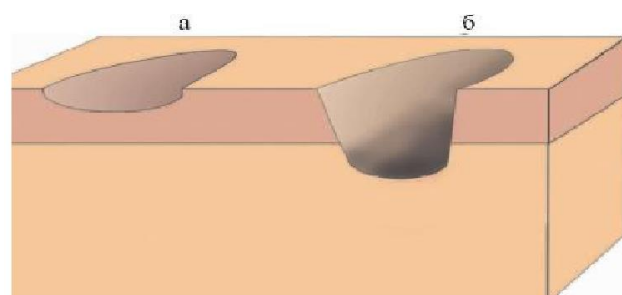
а - ташқи ёриқ, **б** – чуқур ёриқ

яллиғланиш инфилтрати туфайли терининг эластиклигини йуқотиши оқибатида ҳосил бўлади. Малҳамкур хасталик сурункали экземалар, оёк кафтининг 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 қалок бўлиб қуриши мумкин.

Шилиниш ёки экскориация (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 чандиқ, пигментация ёки депигментация қолади. Экскориациялар 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 шиллиқ қаватининг катта эрозиялашган юзалари пўрсилдоқда кузатилади.

Майда эрозиялар эса экзема, пуфакли ёки ўраб олувчи темиратки, 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.

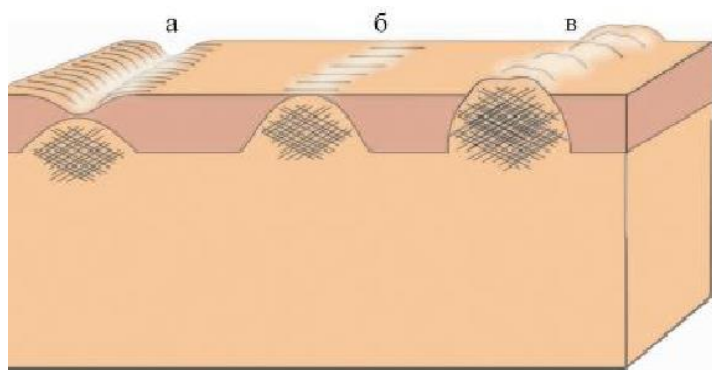
Оғиз шиллиқ қаватида эрозия узок вақт сақланиб турганида, унинг четлари шиш ҳосил қилиши ва ҳатто инфильтрацияга учраши ҳам мумкин. Бу ҳолда эрозияни ярадан ажратиш қийин бўлади. Айрим ҳолларда ушбу масала элементнинг тузалишидан кейин аниқ бўлади. Чунки яра ўрнида ҳамиша чандиқ қолади. Оғизнинг шиллиқ 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 темиратки ҳамда тери силининг эрозив-ярали шаклида. Бундай эрозиялар осон шикастланадиган яллиғланган шиллиқ қавати ва терининг жароҳат олиши оқибати юзага келади. Жароҳат натижасида шишган, кўпинча мацерирлашган эпителийнинг яхлитлиги бузилади.

Яра (*ulcus*) – терининг эпидермиси, дермаси, айрим ҳолларда бундан ҳам чуқур жойлашган хужайраларидаги нуқсон. Яралар дўмбоқчалар, тугунлардан, чуқур пустулалар 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 - қизилдан 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 ярањинг четлари шишган, юмшок бўлади ва кўп миқдорда йиринг ажралади ҳамда яра атрофида гиперемия тарқалади; инфекцион гранулалар парчаланганда (масалан, захмдаги гумма) яра атрофида чекланган зич инфильтрат ва турғун гиперемия ҳосил қилади. Яллиғланиш жараёнларисиз ўтаётган яра атрофида зич инфильтрат 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 сўрғичлари текисланади, сўрғич ўртасидаги эпителиал



а - атрофик б - нормотрофик в - гипертрофик

ўсимталар йўқ, бўлади. Шу боис эпидермис ва дерма ўртасидаги чегара тўғри горизонтал чизик бўйлаб кўринади. Чандиқда тери сурати, фолликуляр ва терга оид тешиқлар мавжуд эмас. Чандиқ хужайрасида ҳатто соч, ёғ, тербезлари, томирлар ва эластик толалар ҳам йўқ. Чандиқ 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 ортиқча миқдорда ҳосил бўлганида гипертрофик чандиқлар юзага келади, улар тери устидан туртиб чиқиб туради. Улар *келоидли*, деб номланади.

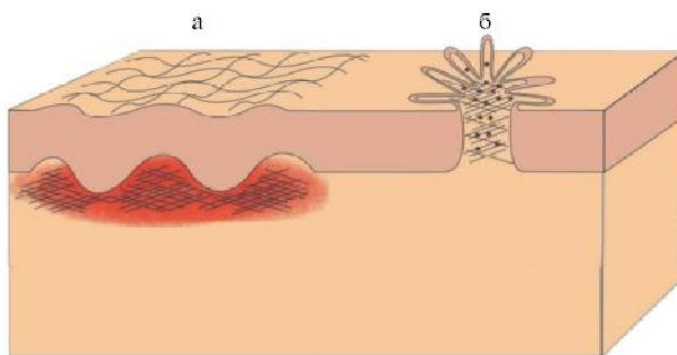
Чандиқдан кўра, оз миқдордаги анча юмшок бириктирувчи тўқима *чандиқли* атрофияда ҳосил бўлади. Бу ҳолда шикастланган жойдаги тери

сезиларли даражада юпқалашади, аксарият қисми одатий суратидан айрилади. Кўпинча ботиб кетади, яни атрофидаги теридан пастда бўлади. Атрофия одатда шикастланиш ўчоғининг яраланишисиз ривожланади, яни «куруқ 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 чандикнинг жойлашуви, шакли, миқдори, ўлчамлари ва ранглари ёрдам беради. Захмга оид гумма ўзидан кейин чуқур чўзинчоқ юлдузсимон чандик қолдиради. Терининг колликватив сили –лимфа тугунлари худудида ичига тортилган нотекис шаклдаги кўприксимон чандиклар қолади. Тери копламининг бошқа жойларида ҳам худди шундай чандикларнинг пайдо бўлиши нафақат силдан, балки сурункали чуқур пиодермиядан ҳам дарак бериши мумкин. Терининг папулонекротик силидан сўнг аниқ чегараланган, худди муҳрлангандек ташқи чандиклар қолади. Учламчи захмнинг дўмбоқчали тошмалари – ола-чипор тўлқинсимон чандиклар; 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 кўзгатилиши (масалан,



а - лихенификация, **б** - вегетация

нейродермитлар билан хасталанган беморларда), ёки иккиламчи – тугунчали элементлар бирлашиб кетганда (масалан, псориаздаги тугунчалар, қизил ясси темираткида, 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 узок 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 қуруқ 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 кўшилганда, оғрик пайдо бўлади, атрофидаги ҳошиясида гиперемия, сероз-йирингли ажратмалар чиқиши кузатилади.

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 кўзгатувчисини ажратиш, уни лаборатория шароитида ўрганиш, малҳамкур кўзгатувчини 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 бўлмади 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 маълумотлари 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 қўшни 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 маълумотлари, 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 маълум 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, кўрқув, 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, аналептиклар, 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 хасталиқнинг 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 носпецефик 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 оқ 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 таъсирга асосланган. Кортикостероидларнинг катта гуруҳидан тери касалликларини даволашда кўпинча преднизолон, триамцинолон, дексаметазон қўлланилади. Вулгар пўрсилдоқ, 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 узоқ 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 узоқ бўлса, миқдори (дозалар) босқичма-босқич ва шу даражада узоқ пасайтирилади. Кортикостероидлар

билан даволашда ош тузини истеъмом қилишни чеклаш лозим. Шу билан бирга оксил ҳамда витаминларга бой парҳезга ўтилади. Организмдан калийнинг керагидан ортиқча чиқиб кетишига кўмаклашадиган стероидли гормонлар узоқ муддат давомида қўлланилганда, беморларга даволашнинг биринчи кунидан бошлаб калий препаратлари тайинланади (калий ацетат, калий оротат, калий хлорид, панангин).

Стероидли гормонларни узоқ 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 химоявий кучлари пасайиши оқибатида фокал ва умумий ўткир ҳамда сурункали инфекциялар фаоллашиши мумкин. Қонда протромбиннинг ортиши туфайли томирларда тромбоз ривожланиши эҳтимолдан ҳоли эмас. Аменорея ва рухий касалликларнинг пайдо бўлишини ҳам истисно қилиб бўлмайди (дастлаб эйфория, кейинчалик рухий 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 узок вақт қўлланиш учун кўрсатилган. Нероболит, ретаболит, метандростенолон ва бошқа анаболик стероидлар кучсиз андроген таъсирга эга ва шу боис улар простата беши аденомасига эга эркакларга ва менструал циклнинг фолликуляр (estrogen) босқичидаги 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 терида 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, мекеннам 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 (левализол, 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 ҳисобланади. 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 оқсил 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 йўллар 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 фармакологик хусусиятлари, уни қўллашга бўлган тавсиялар ва қўллаш мумкин бўлмаган ҳолатлар, ташқи воситанинг концентрацияси ва

унинг шакллари ни 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 яққа 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 инфекцион 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

хам катта аҳамиятга эга. Ташқи воситаларни уларнинг чуқурликка таъсири жихатидан 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 аллергия дерматитга сабабчи бўлиши мумкин. Антибиотиклар, йод эритмаси ва катрон кабилар шулар жумласидандир. Жуда кам ҳолларда йиллар давомида қўлланиб келинаётган катронли 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. Бироқ, 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 айниқса, 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** кўп 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 % кўрғошин 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, доқа 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 куқунлар бўлса-да, сув ва глицеринда муаллақ сузиб юрадилар ва шунинг учун тери сиртидан тезда тўкилиб кетмайди. Сув буғланиб кетгандан сўнг куқунлар (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, ок
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 қобиқларнинг 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 қурийдди. 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 тине 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 суyoқлиги, 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 қўшилган 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 қуруқ 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 канакунжут ёки кунгабоқар мойи билан алмаштирилади. Парфюмерия sanoати 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, дипрогонт, целестодерм В, синалар Н, флуцинар N, полькортолон ТС, кортимицетинлар 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 глицерин 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 юпка пленка ҳосил қилиш билан тез қурувчи суюқлик. А лак кўпинча турли дори моддаларини ўз ичига олган коллоидийдан иборат. Кўпинча лакдан ҳужайрага (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, замбуруғ 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 кератпластик, кўйдирувчи, 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 кўйдирувчи (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 ортиқ даражада эса кератолитик восита сифатида таъсир кўрсатади.

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

Кератопластик, ёки заифлаштирувчи воситалар кичик концентрацияларда яллиғланишға 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 воситаларға асосан турли кислоталар (айниқса, салицил кислотаси, шунингдек, сут бензой кислоталари кенг қўлланилади) ва мугузсимон қават сиртки қисмининг пўст ташлаши учун қўлланиладиган 3-15%ли концентрациядаги ишқорлар киради.

Қичишишға қарши моддаларни икки гуруҳға бўлиш мумкин. Биринчиси, фақат қичишишға қарши таъсирға 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 тоқлардан ҳам фойдаланилади. Мунтазам тоққа галваник ва диадинамик тоқ, ўзгарувчанга – диаметрик ва УВЧ лар киради.

*Гальваник тоқ (гальванизация)*дан дерматологияда тери орқали дори воситаларини бериш (электрофорез, ионогалванизация) учун ёхуд мунтазам

ток билан қиздирилган платина халқалар (электролиз) билан хужайраларни кўйдириш 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 кальций хлорид эритмаси (яққол яллиғланиш реакцияси ва қичишиш билан кечадиган аллергик дерматозларда), сўгалларни даволашда қўлланиладиган 2-3 %ли магний сульфат эритмаси (олтингурт кислотали магнезия), 1-3 %лиихтиолнинг сувли эритмаси (сурункали инфилтратларнинг тезроқ сўрилиши учун), фурункулёзни даволашда қўлланиладиган 1 %ли мис сульфати (олтингурт 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 токлардир. 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 оксилларнинг 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 тоқ. 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, фурункуллар, 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 (терига, 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 харфидан келиб чиққан. УВА узун тўлқинли ультрабинафша нурларни билдиради. Даволашда беморни узун тўлқинли ультрабинафша 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.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ТЕРИ КАСАЛЛИКЛАРИ

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

Vernix caseosa, Ихтиозсимон терининг қуруқлашиши, Ёғли кисталар, Linea fusca, Телеангиоэктазия, Кўкимтир ёки мугиллар доғи, Утиб кетувчи шишлар, Омфалит, Чакалоқларнинг лимфангиоэктатик шиши, Токсик (аллергик) эритема, Адипонекроз, Чакалоқлардаги склерема ва склередема, Себореяли дерматит, Лейнер-Муссунинг дексваматив эритродермияси каби касалликлар чакалоқларнинг терисида хаётининг дастлабки кунларидан, биринчи хафталаридан пайдо бўлиши мумкин. Уларни этиологик омиллари, клиник турлари ва клиникаси, даволаш усуллари ёзиб утилган.

Болаларнинг терисида хаётининг биринчи икки хафтасидан бошлаб катта ёшдаги ва ёши катта одамларда учраши мумкин бўлган хар хил тери касалликлари учраши мумкин. Бизга маълумки, баъзи бир касалликлар, аввалам бор тугма нуксонлар, деформациялар, дисплазиялар, невус ва невусли касалликлар, чакалок хаётининг биринчи икки хафтасидан бошланиб, унинг болалик даврида ва хаттоки бир умр сакланиб қолиши мумкин. Аммо, шундан бир гуруҳ тери касалликлари борки, улар чакалок хаётининг дастлабки кунларига специфик, характерли бўлиб, кузатилиб,

яъни чакалок тугилиш билан бошланиб ва чакалоқлик даври ўтиши билан йук бўлиб кетиши, кайта учрамаслиги мумкин.

Тери ва тери ортикларининг умумий ўзгаришлари

VERNIX CASEOSA

Vernix caseosa. Янги тугилган чакалокнинг териси кулранг-оқишсимон 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.

Кўп муаллифлар vernix coseosани чакалоқлар териси учун бактериялардан яхши химоя воситаси хисоблашади, чунки у чакалоқлар терисида қолдирилганда чакалоқларнинг йирингли касалликларга чалиниши сезирарли равишда пасайганлиги аниқланган. Чакалок биринчи марта чумилтирилганда унинг терисини рН кислотали эмас, балки нейтральга якин бўлади.

Чакалок терисининг катта кисми майин соччалар билан копланган бўлиб, тугилишидан 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 тўкилиши ва алмашилиши, баъзида сочларнинг бошнинг сочли кисмида чакалокнинг тугилиш вақтида йуклиги ёмон белги хисобланмайди, келажакда усиб чикадиган сочнинг сифати, микдорига ва рангига таъсир килайди. Болалар хаётининг иккинчи йилидан бошлаб терини коплайдиган доимий сочлар аниклана бошлайди.

Чакалокнинг кул ва оёқларидаги тирноклар бармоқларининг охиригача булади, аммо уларнинг нимжонрок ривожланиши узиш бузилишининг белгиси ҳисобланмайди. Чала, нимжон, огирлиги кичик тугилган чакалоқларда тирноклар булмаслиги ҳам мумкин. Тирнокларнинг оилавий аномалияси ҳисобланган – hyperkeratosis subungualis (pachyonyhia congenita), кам учрайди. Бу аномалияда эпидермиснинг тирнок ости қатлами ноноормал қалинлашади ва ҳамма тирноклар оқ тирноққа ухшаб қуриниб кетади.

Чакалоқларнинг 80%да хаётининг 2-3 кунларида ёки 4-6 кунларида тери, шиллик қаватлар ва склера рангги сарик рангда намоён булади, буни чакалоқларнинг физиологик сариклиги деб аталади. Терининг бундай буялиши асосан юзда, кураклар орасида кузатилиб, тез орада тана ва кул-оёқларга тарқалиб кетади. Сарикликнинг қуриниши ҳам турлича булади – билинар-билинемасдан то кескин ҳолатгача булиб, 2-3 кун ичида максимал саргайишга етади. Сунг аста-секин қайта бошлайди ва 7-10 кун утгач йуқолиб кетади. Физиологик сариклик кузатилаётган чакалоқларнинг қонида билирубин юқори миқдорда булади, бунга сабаб эса эритроцитларнинг гемолизидир, чунки кислород билан таъминланиш планцентар йулидан 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

Ихтиозсимон терининг қуруқлашиши. Чакалоқларнинг маълум бир қисмида тугилишидан 2-3 кун ўтгач ёғ безларининг тез катадиган секретини ажралиши кучайиши кузатилади. Баркутсимон, нозик тери қуруқлашади, дағаллашади, қалинлашиш натижасида эпидермис осон ёриладиган ҳолатга келиб қолади, рангги эса кунгирсимон рангда бўлади. Юқорида келтирилган узғаришлар купинча тирсақларда, қафтларда, бармоқларда кузатилади. Бу

холат чакалок хаётининг биринчи хафталар утиши билан йуколиб кетади ва ихтиоз касаллиги билан умуман боғлиқ эмасдир. Терини тезда меёрига келтириш учун илик совунли ванналар, ундан сунг эса терига болалар ва ланолинли кремлар суртиш тавсия этилади.

ЁГЛИ КИСТАЛАР (MILLA)

Ёгли кисталар (milla). Бу кисталар ёғ безларининг гиперсекрецияси ва унинг тупланиб 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 сарғиш, диаметри 1 мм гача булган нуктасимон папулалар кузатилади. Элементлар бир-икки та ёки куп сонли буладилар, куп холларда гурух хосил қилиши мумкин. Тошмалар бир неча кун сакланиб туриши мумкин, баъзан эса 1,5-2 хафтагача чузилади, сунг йуколиб кетади. Баъзи бир болаларда яллигланишли хошиялар шу кисталар атрофида пайдо булиши мумкин. Бундан қуриниш чакалокларнинг хуснбузари деб ҳам аталади. Уларнинг келиб чиқишида она гормонларининг чакалокка утиши ҳисобига келиб чиқади деб тушунилади. Даволаш утказилмаса ҳам булаверади.

LINEA FUSCA

Linea fusca. Купинча чакалоклар хаётини II- ва VIII-хафталари, асосан 3- ва 6- хафталарида кориннинг ок линияси буйлаб нозик пигментлашган чизикча пайдо булади. Бу чизикча 2-3 ой утгач йуколиб кетади. Купинча шу пигментация киндикни ҳам коплаб қолади. Linea albae да жойлашган пигментация кўпинча катта ёшдаги болаларда учрайди.

ТЕЛЕАНГИОЭКТАЗИЯ

Телеангиоэктазия – терининг капиллярларининг кенгайиши булиб, доғ ёки чизикча қуринишида хар хил, купинча нотугри шаклдаги, чегаралари ноаниқ, оқиш-пушти рангдаги қуринишга эга булади. Телеангиоэктазиялар

энсани силлик тери билан чегарадош сохаларда, ковок, кош тепасида, бурунда, юкори лабни юкорисида кузатилади. Капиллярларнинг кенгайиши физиологик холат хисобланади. Улар эмбрионал томирларнинг колдиги булиб, кейинчалик даволанмаса хам чакалокнинг биринчи йилининг охирида ёки иккинчи йилининг бошида йуколиб кетади.

КУКИМТИР ЁКИ МУГИЛЛАР ДОГИ

Кўкимтир ёки мугиллар доги (синие или монгольские пятна) – бу хам физиологик холат. Купинча қуймиш сохасида, кам думба ёки курак сохаларида учрайди. Факат сарик иркнинг вакилларида юз сохасида учрайди. Кукимтир рангдаги доғлар булиб, улар жойлашган сохасида сочлар ва инфилтратлар кузатилмайди. Бармок билан босиб курилганда бу доғлар йуколмайди. Шу доғларда меланин пигменти бор дермада жойлашган йирик хужайраларда кузатилади. Бола хаётининг 3-5 йили узидан узи тузалиб, йуколиб кетади. Ок ирк одамларини болаларида 2-8% холларда бу касаллик кузатилади ва брюнетларда (қора кўзли ва ок сочли) учрайди. Бу дистрофиянинг белгиси эмас.

ЎТИБ КЕТУВЧИ ШИШЛАР

Утиб кетувчи шишлар (переходящие отёки). Чакалок хаётининг биринчи кунларида маълум бир тана кисмларининг ёки катта териси сохаларини эгалловчи шишлар кузатилиши мумкин. Куп холларда шишлар жинсий аъзолар (гениталий) сохасида пайдо булиши мумкин, баъзи холларда эса ков сохаси, кориннинг пастки кисмлари, баъзан тананинг барча пастки кисмини эгаллаши кузатилади. Агар жарохатланган соха майдон кичик булса, шишлар тезда камайиб, кичрайиб, бир неча кунлар уткач йуколиб кетади. Аммо шиш билан жарохатланган тери катта сохаларни эгаллаган булса, узок вақтгача йуколмаслиги мумкин (2-3 хафта). Чала тугилган чакалокларда шиш осмотик мембраналарнинг утказувчанлигининг ошиши натижасида келиб чиқади. Агар онада сийдикда узгаришлар кузатилмасдан

кечаётган нефропатия булса, чакалокнинг узида буйрак етишмаслигига утиш холатларида утиб кетувчи шишлар кузатилиши мумкин.

ЧАКАЛОКЛАРНИНГ ЛИМФАНГИОЭКТАТИК ШИШИ

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

ТОКСИК (АЛЛЕРГИК) ЭРИТЕМА

Токсик (аллергик) эритема – 20-30% болаларнинг чакалоқлик даврининг 2-4 кунда кузатилади. Болаларнинг етилиб ёки чала тугилишига, уларнинг оғирлигига боғлиқ булмаган холатдир. Купинча кукрак сутини истеъмол қилаётган чакалоқларда кузатилади. Чакалоқ терисида тез утиб кетадиган полиморф тошмалар кузатилиши билан характерланади. Терисида эритематоз доғларда жойлашган зич, думалок, оқиш-сарик ёки оқ папулалар ва торвоқлар кузатилади. Эритематоз доғлар 1-3 см улчамда булиб, шакли нотугри, кизгишлиги атрофдаги меёрдаги тери билан уйғунлашиб (контрастирует) кетади. Баъзи холларда элементлар бир-бири билан қушилиб кетади. Бармоқ билан эритема босиб қурилганда оқаради, тагадаги туқима эса бир оз зичлашганга ухшаб кетади. Тананинг олдинги ва орқа юзаларида купинча жойлашади, баъзан юзда ҳам кузатилади. Қафт, товонлар ва шиллик қаватлар жароҳатланмайди. Қасаллик бир неча соатдан бир неча кунгача давом этиши мумкин. Қасаллик рецидив (қайталаниши) кам учрайди, аммо баъзан тошмалар тошиши биринчи икки ҳафтада бир неча маротаба кузатилиши мумкин. Қасаллик яхши сифатлик давом этади, қичишиш

безовта килмайди, тошмалар кепакланишсиз ва пигментациясиз утиб кетади. Чакалокнинг умумий холати узгармайди, лекин купинча суюк ич кетиши, периферик конда эозинофилия, микрополиаденопатия, талокнинг катталашиши кузатилади. Агар тошмалар куп микдорда юзда кузатилса ва конъюктивит билан кечса, унда кизамик (корь) касаллиги билан дифференциал диагноз утказиш лозим.

ОМФАЛИТ

Меъёрда мумиёлашган (мумифицированный) киндик канатикини колдиги чакалок хаётининг 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 битишишининг чузилиши инфекциялар микроблар стафилококк, стрептококк, ичак, кукиш 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 буртиб чикиб туради.

Катарал омфалитда (намланувчи киндик) киндик ярачасига инфекция тушуши натижасида секин бита бошлайди. Киндик ярачаси намланади, ундан сероз ёки сероз-шилимшик ажратма ажралиб чикиб туради, шу ажратма котиши натижасида уни юзасида калоклар хосил булади. Калоклар тушишганда уни урнида унча катта булмаган яраланиш ва кон чикиши кузатилади, ярачани атрофида биров шиш ва кизариш кузатилади. Боланинг умумий ахволи узгармайди, температураси меърида, иштахаси эса яхши булади. Баъзи бир холатларда киндикдан йиринг ажралиб чиқади ва бурмаларда йигилиб қолади, буни – киндик пиореяси деб аталади. Киндик ярачасининг битиши чузилиб кетганда уни асосида яраланиш кузатилади,

киндик ичига караб усган грануляция катта булмаган кузикоринсимон шишни хосил килади, буни – киндик фунгуси деб атаймиз.

Ductus omphalomesentericus нинг битмаслиги бу она корнидаги (внутриутробное) усишнинг дефекти хисобланади. Киндик ва ичак уртаси свищ кузатилиб, ундан утга ёки ичак ичидаги суюкликгига ухшах суюклик ажралиб чикиб туради. Urahusнинг битиб кетмаслиги (сийдик пуфагидан киндикка келадиган сийдик йули) хам тугма нуксон хисобланади. Ундан киндик сохасига сийдик ажралиб чикиб туради. Бу холатни факат хирургик йул 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 чукур кисмларига таркалиши билан характерланади. Буни натижасида корин деворининг ва ичак петляларининг бузилиши гангренизацияси кузатилиши мумкин.

Даволаш. Катарал омфалитда хар куни киндик ярачаси 3% - водород перекуси 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 холатда булса, беморни харорати кутарилса, ташки даво билан бирга умумий даво хам олиб борилади. Антибиотиклар (оксациллин, ампициллин, ампиокс, амоксациклин, цепорин, метициллин, фузидин-натрий, клофаран, цефамизин, цефтриаксон, цефамизин, цефабит, мегасеф ва б.) буюрилади. Чакалокнинг онасига (агар чакалок она кукрагини эмса) витамин А, С, РР, В гурухи препаратлари буюрилади. Боланинг ахвол огир булса, хирургнинг консультация албатта лозим булади.

Олдини олиш учун эса тугиш хонасидан бошлаб, киндик 3% водород перекиси эритмаси ва 1-2% - спиртли анилин буёклари эритмалари билан артиб турилади.

АДИПОНЕКРОЗ

Адипонекроз - тери ёғ ости клетчаткасининг учогли некрози булиб, чакалоқларнинг биринчи хафталарида бошланиб, баъзан биринчи кунларидан, яхши овкатланувчи болаларда учрайди.

Этиологияси. Асосан жароҳатдан (травма) кейин пайдо булиши тахмин килинади. Чакалоқ она корнидан огир 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 буйича катта ёшдаги болалар ва катталардан кескин фарқ қилади, чунки стеарин ва ёғли пальмитин кислоталари унда куп булиб, олеин ёғ кислотаси анча кам булади. Бундан ташқари чакалоқда териёғ ости клетчаткасининг ретикуло-гистиоцитар туқимасида функционал узғаришлар кузатилади.

Клиникаси. Жароҳат учоглари асосан белда, елкада, бошда, баъзан оёқ-қулларда ва юзда кузатилади. Тери ёғ ости клеткасида зич, чегараланган инфилтратлар ёки тугунлар пайдо булади. Уларнинг калинлиги 1-2 см, диаметри 1-2 смдан 4-5 см гача, баъзан болалар қафти катталигича булади. Инфилтратларни коплаб турган терининг ранги касаллик бошида меёрдаги тери рангидай ёки бинафша-кизиллиги кузатилади, сунг эса аста-секин оқариб боради. Инфилтратлар орасидаги тери нормал қуринишда булади. Баъзан инфилтратлар бироз огрик билан кечади, кам ҳолатларда шу инфилтратларни юмшаши ва марказида тешилиши кузатилади, улардан оз микдорда творогсимон қуринишдаги модда ажралиб чиқиб туради. Гистологик текширувларда тери ёғ ости клетчаткасида катта некроз

учоглари, реактив яллигланиш ва эпителиал ва гигант хужайралар кузатилади. Чакалокни умумий ахволи бузилмайди. Касаллик яхши сифатли кечади. Инфилтратлар уз-узидан сурилиб кетади, 3-5 ойдан сунг уларни урнида хеч кандай из колмайди. Жуда кам холларда иккиламчи инфекция кушилади ёки кальцификация кузатилади. Баъзан баъзи бир беморларда инфилтратлар урнида чандиклар хосил булади.

Дифференциал диагностикаси. Тери ёг ости клетчаткаси абсцесслар билан фарк килиш лозим. Бу холатларда чакалокнинг ахволи узгаради, инфилтрат юзасидаги терида гиперемия, пальпацияда иссик булади ва флюктуация кузатилади. Хирургик даводан сунг яккол куришиб турувчи чандиклар куришиб туради. Адипонекроз чакалокларнинг склередема ва склеремасидан хам фарк килинади. Бу касалликларда патологик жараён генерализациялашган холда кузатилиб, терини кескин диффуз зичлашиши, купрок бу холат склеремада якколрок кузатилади (суставларнинг харакатсизланиши, асосан жаг бугинларининг).

Давоси. Даво утказмаса хам 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.

ЧАКАЛОКЛАРДАГИ СКЛЕРЕМА ВА СКЛЕРЕДЕМА

СКЛЕРЕМА

Бу чакалокларда учрайдиган жуда огир касаллик булиб, чакалоклар хаётининг биринчи куни, баъзан 2-4 кунларида учрайди.

Айрим олимлар (Denis, 1824) чакалоклар склеремасининг икки хил шишли ва ёгли турини ажратишган, кейинчалик бу битта касалнинг икки боскичи деган хулосага келинган.

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

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

СКЛЕРЕДЕМА

Склередема асосан кам кувватли чакалокларда учраб, тугилиш билан баъзан тугилгандан бир неча ой кейин пайдо булади. Купинча касаллик грипп, пневманиядан кейин бошланади. Клиникаси. Жарохат асосан корин сохасидан бошланиб тезда кул ва оёкларга таркайди. Беморнинг умумий ахволи яхши сакланган холда жарохатланган тери зичлашган, таранглашган булиб, шиш кучли булади (панжа билан босилса узок сакланиб коладиган чукурча хосил булади). Тери ранги тук-кизил ёки саргиш-жигаррангда. Склеремадан фарк килиб, кафт ва товонлар жарохатланади, улар ёстиксимон шишган булади. Жарохат учогидаги тери совук ва бурмаларга йигилмайди. Склеремадан фарк килиб, жарохат учогида зичланиш билан бир вақтда шиш булади ва кафт-товонлар жарохатланади. Касаллик кечиши яхши сифатли.

Даволаш: Склередемани даволашда асосан кортикостеорид гормонлар, тиреоидин 0,025-0,03 г дан кунига 2 махал 2-3 хафта (бошланишда тиреоидин 0,001-0,002 г. дан берилиб, аста секин 1-2 мг кун ора кушилиб, асосий дозага олиб келинади) берилади. Витамин А, Е, С, рутин каби витаминлар давога кушилса, яхши натижалар беради. Махаллий давода стероид мазлар, кремлар, хар-хил усимлик ёглари суртилади.

СЕБОРЕЯЛИ ДЕРМАТИТ

Асосан чакалок хаётининг 1-2 хафталарида, 1-1,5 ой айрим холларда 3 ойгача булган вақтда учрайди. Кечишига қараб: 1) Енгил 2) уртача оғир 3) оғир шакллари ажратилади.

Енгил шаклида: жароҳат асосан думба соҳасининг кизариш ва инфилтратсияси билан бошланади. Бир неча кун давомида жароҳат бурмаларда, купрок – чов бурмалари; камрок – култик ости, буйин ва кулок орқасига утади. Жароҳат учоги атрофида догли, папулалар (лентикуляр, нуммуляр турлари) элементлари булиб, юзаси кепаксимон тангача била копланди. Боланинг умумий ахволи узгармайди, баъзан бироз қайт қилиш, ичининг бузилиш кузатилади.

Уртача оғир шаклида – жароҳат бурмалар кизариши, инфилтратсиялаган булиши билан бошланиб, мацерация, атрофида кипикланиш кузатилади. Кизариш ва кипикланиш тезда тана, кул-оёқлар терисига тарқалади, купгина болаларда бошнинг сочли қисми жароҳатланиб, кизариш, инфилтратсия билан бир вақтда тангача, калоклар билан копланди. Болаларнинг умумий ахволи бузилади – уйқуси ёмон, иштахаси йук, ич келиши суткада 3-4 марта, тез-тез қайт қилади. Баъзан катарал отит кузатилади.

Оғир шаклида – бутун терининг 2/3 қисми жароҳатланади. Жароҳатланган тери кизарган, юзаси кепаксимон тангачалар билан копланган. Бошнинг сочли қисми кизариш, инфилтратсия, калок-тангачалар тупланган. Боланинг умумий ахволи оғир, қайт қилиш, ич кетиш, уйқусизлик, безовталиқ, озиб кетиш, анемия кузатилади. Беморларда пневмания, отит кузатилади.

Даволаш: Оғир ва уртача оғир шаклларида комплекс даво утказилади. Антибиотиклар, плазма, альбумин, глюкоза-аскорбинка билан қуйиш, гамма-глобулин, витаминлар В₁, В₂, С, В₁₂ бериш. Ичгани хлорид қислота, пепсин билан. Ошқозон соқи бериш тавсия қилинади. Енгил шаклида – жароҳат

учогини 1-2% анилин буёкларининг сувдаги эритмаси, 0,5% преднизалон, 0,025% синафлан мазлари суртиш учун буюрилади, ичгани С, В₁, В₂, В₆ витаминларидан берилади.

ЛЕЙНЕР-МУССУНИНГ ДЕСКВАМАТИВ ЭРИТРОДЕРМИЯСИ

Бу касалликни биринчи марта 1905 йили француз педиатри Муссу ёзган булиб, тулик клиникасини 1907 йили австриялик педиатр Лейнер ёзган. Айрим олимлар фикрича бу касаллик себореяли дерматитнинг бир формаси хисобланса, айрим олимлар алоҳида касаллик хисоблайдилар. Касаллик келиб чиқишида купинча асосий ролни пиококлар ва замбуруглар уйнайди. Баъзан она сутида биотин (Н) етишмаслигида ҳам келиб чиқиши мумкин.

Клиникаси: клиник бошланиши купинча тугилгандан 1 ой кейин, лекин 3 ойгача булган даврда кузатилади. Жарохат учоги думбада, чов бурмаларида, баъзан терида, бошнинг сочли қисмида, култик ости ва юзда жойлашади. Жарохатланган соҳада тери кизарган, инфилтрацияланган юзасида кипикланиш кузатилади. Бошнинг сочли қисмида сарғиш «ёгли» тангачалар тупланиб, худди конни эслатади. Боланинг юзи маскасимон булади. Тангачалар тушган бошнинг сочли қисмида сочлар тукилади. Орalik, думба соҳасидаги терилар шишган, кизарган булиб, сув чиқиши кузатилади. Баъзан мацерацияланган жарохат учогининг марказида чуқур ёриқлар пайдо булади. Айрим беморлар тирногида кундаланг чизиклар пайдо булади. Болаларнинг умумий ахволи огир булади. Рахит белгилари жуда эрта бошланади. Бир кунда 3-7 мартагача кайт қилиш, 4-10 марта суюк шилимшикли ич кетиши кузатилади. Болаларда III даражали гипотрофия анемия кузатилади. Касал ёмон ухлайди, безовталанади, қон қуйиш, витаминлар берилишига карамай, анемия купаяди. Қонда эозофилия, ЭТЧ-ошиши, буйракда пиелонефрит, нефрит кузатилади.

Диф. диагностика: Тугма захм, Риттернинг эксфолиатив дерматити, таркок себореяли дерматит билан қилинади.

Тугма ихтиоз – белгилари асосан тугилиш давридан бошланади. Хар хил аномалиялар кузатилади ва кафт-товонларда кератодермия булади.

Риттернинг эксфолиатив дерматитида хар-хил катталиктаги эрозиялар булиб, Никольский симптоми мусбат булади.

Таркок себорейли дерматитда – беморнинг умумий ахволи унчалик огир эмас, диспептик бузилишлар кам, кондаги узгаришлар унчалик кучли эмас.

Даволаш: асосан антибиотиклардан бензилпенициллин (боланинг 1 кг огирлигига 100,0 дан) хар 4 соатда ёки хар 6-8 ёки 12 соатда цефтриаксон, мегасеф, цефазолин, цефотаксим клофаран, цефамизин, тотосеф, бактокс, амоксацилин, линкомицин, гентамицин, цепорин каби препаратлар 10-15 кун мобайнида буюрилади. Болаларга даволаниш вақтида гамма-глобулин, альбумин, кон, плазма куйиш яхши натижалар беради. Баъзан томирдан томчи холатда 5-10% глюкоза, аскорбин кислота эритмаларини жунатиш мақсадга мувофиқ булади. Баъзан беморнинг ахволи огир булиб, кортикостероид гормонлар – преднизалон 0,5 – 1 мг 1 кг огирлигига 10-12 кун мобайнида. Беморнинг онасига витамин С₁, В₁, А берилади. Калорияли, витаминли овкатлар тавсия килинади. Ошқозон-ичак функциясини яхшилаш учун соляная кислота пепсин билан, панкреатин, лактобактерин, бифидумбактерин берилади. Махаллий давога: 1-2% анилин буёкларининг сувдаги эритмаси, 2-3% ихтиол, нафталан пасталари, 0,5% преднизалон креми буюрилади.

ГЕНОДЕРМАТОЗЛАР

ИХТИОЗ

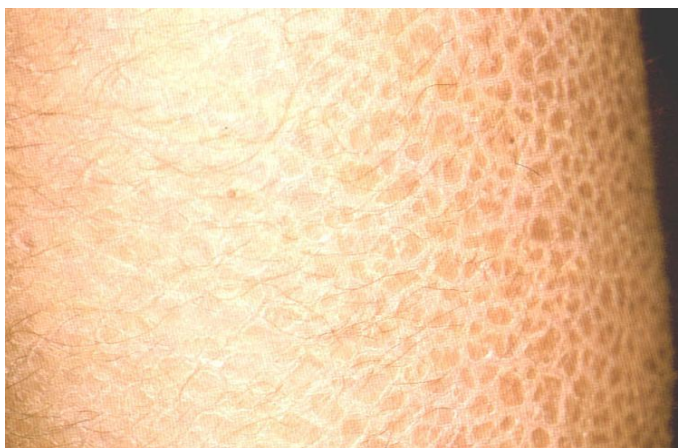
Тери ривожланиши тугма аномалияси булиб ирсий касалликдир, 3-4 авлодга берилиши мумкин. Авлоддан-авлодга утиш рецессив йулга караганда доминант йули купрок учрайди, бунда беморнинг аклий ва жисмоний ривожи яхши сакланиб қолади, тери жарохати билан биргаликда тирноклар гипертрофияси ва сочнинг яхши усиши мавжуд булади. Ихтиознинг

рецессив шаклида аксинча, хар-хил мажрухликлар, рухий етишмовчилик, тери ортикларининг яхши усмаслиги, организм умумий камкувватлиги, хар-хил юкумли касалликларга, кisman силга, мойиллик мавжуд булади. Тугма ихтиоз энг куп таркалган, у хаётнинг дастлабки онларидаёк билинади, орттирилган деб аталувчи ихтиоз кам учрайди, кексаларда тери атрофияси куруклашган тери кепакланиши булиб маълум даражада ихтиозни эслатади.

Ихтиозни вегетатив асаб тизими неврози деб караган П.В.Никольский (1928) таъкидлашича ихтиозда мугуз кават гепертрофияси ва жарохат учокларида, ёг ва тер безлари функцияси пасайиши мавжуд булади. Клиник куруниш ва кечишнинг узига хослигига караб ихтиознинг икки асосий шакли фарк килинади. Оддий ихтиоз (*ichthyosis vulgaris*) ва тугма ихтиоз.

Оддий ихтиоз. Бу касалликнинг белгилари бола 2 ёшга якинлашганда пайдо булса, тугма ихтиоз эса хаётининг биринчи кунлариданок бошланади.

Узок вақт сурункали кечиш ихтиозга хосдир. Айрим беморларда ёзда касаллик аломатлари камаяди, кишда эса купаяди (ёши утиши билан).Балогат ёшига етган сари касаллик озаяди, аммо бутунлай тузалиб кетмайди. Жараён кечиши интенсивлигига боглик равишда хар-хил клиник курунишлар кузатилиши мумкин. Бошлангич енгил шаклида тери куруклиги булади, тери ушлаб курилганда у каттик булади, мугуз калашмалар булмайди, бироз кепаклашади, айникса уткир буюм билан тирналганда. *Дермографизм* оч пушти ёки ок. Ихтиознинг бу шакли ксеродермия деб аталади (расм № 173).



Расм № . Оддий ихтиоз

Ихтиознинг бошка энгил шакли терида гадир-будирлик мавжудлиги мугуз пластинкалар соч фолликулалари тешиклари оркали чиқарилади. Ихтиознинг аниқрок кечган шаклида терининг анча куруклиги ва нозик ок тангача шаклида кепаксимон куп қисмида жойлашганда, аммо тирсак букламаси, тақим, култик ости ва чов сохаларида тери сал узагаради-ялтирок ихтиоз.

Илонсимон ихтиоз ихтиознинг анча билинган шаклидир. Бунда оёқ-кулларнинг ёйилувчи сохаларида ва гавдада катта улчовдаги (диаметри 1 см гача) тангачалар кулранг-сарик калқонча курунишида булади, гоҳо уларнинг ранги туклашади. Бу ангача-калқонча терига махкам ёпишиб илон тангасига ухшаб кетади. Кафт ва товонда тери калинлашган. Бошда кепаксимон кепакланиш. Сочлар ва тирноклар одатда меъёрда, гоҳо онихографоз кузатилади.

Касаллик энг огир шакли *ichthyosis hystrix*, бунда тери **жайра игнасига** ухшайди. Мугуз тангачалар аста-секин калинлашиб тиканга ухшаб кетади. Булар корамтир рангда булади. Сочлар ингичкалашади. Тирноклар калинлашади ва куш тирнокларига ухшаб кетади. Аниқ билинган ихтиоз хар хил мажрухликлар, жисмоний ва рухий етишмовчилик билан кузатилади. Беморларда айрим холларда дерматитлар, пиодермиялар, нейродермит, экзема гоҳо псориаз кузатилиши мумкин.

Тугма ихтиоз. Оддий ихтиозга караганда камрок учрайди. Касаллик она корнидаёқ бошланади ва бола огир мажрухлик аломатлари билан тугилади. Купинча болалар ривожланишининг огир етишмовчиликлари булган ички аъзолар ривожланишидаги етишмовчиликлар сабабли хаётининг дастлабки кунларидаёқ улиб қоладилар. Бундай болаларда кулок, ковок, лаб булмаслиги мумкин, улар урнида мугуз бурмалар мавжуд булади. Болалар эма олмайдилар. Уларнинг оёқ-куллари хайвон оёқларига, тирноклари куш тирнокларига ухшаб қоладилар. Узгаришлар камрок булган болалар яшаб кетишлари мумкин. Бундай болаларда тери диффуз кизариши аниқ билинган

гиперкератоз булади. Мугуз калашмалар терини коплаб тошбака косасига ухшаб қолади.

Гоҳо болалар «куйлақда» – қобик билан тугилиши мумкин, унда мумга шимитилган қозга ухшаб қолади. Қобик ёрилгандан сунг қуринишда меёрдаги тери қурини. Кейинчалик бундай болаларда оддий ихтиоз ёки ихтиоз шаклидаги эритродермия ривожланади.

Юқорида тасвирланган ихтиоз шаклида ихтиознинг уткир шакли тасвирланди. Тугма ихтиоз - оғирроқ шакли бўлса, ихтиоз шаклидаги эритродермия енгилроқ шаклидир. Қасалликнинг бир шакли иккинчисига ўтиши мумкин. Ихтиоз шаклидаги эритродермиянинг-фигуралли эритрокератодермия шакли ҳам мавжуд. Ихтиознинг клиник қуриниши аниқдир, диагностикаси қийин эмас. Тугма ихтиоз қам ўчрайди, оддий ихтиоз ва ихтиоз шаклидаги эритродермия қупроқ ўчрайди. Брокнинг тугма ихтиозсимон эритродермияси 1902 йили тасвирланган бўлиб аутосом-рецессив қасаллик бўлиб ҳисобланади. Кейинчалик бу қасалликнинг иккинчи аутосом-доминанти типи билан ирсий тури ажратилган (бунда пуфаклар пайдо булади). Шу сабабли биринчи вариантини- ихтиозсимон эритродермиянинг қурук типи, иккинчи варианты эса эритродермиянинг бўллезли шакли деб тасвирлаганлар. Ҳозирги даврда ихтиоз шаклидаги эритродермиянинг қурук типини қупинча муаллифлар ламелляр ихтиоз, бўллезли шаклини эса эпидермолитик ихтиоз деб атайдилар. Кейинчалик эса эритродермиянинг икки шаклини оғир ва енгил шаклларга бўлишади.

Ихтиоз шаклидаги эритродермия бемор ҳаётининг охирига қадар ўзгаришсиз кечади, баълоғатга етганда қасаллик бироз қамаяди. Оддий ихтиозни қурортда даволаш фойдали, ихтиоз шаклидаги эритродермияда баълнеотерапия салбий таъсир қурсатади.

Дифференциал диагностикада қасаллик шакллари ўзига ҳослиги эътиборга олинади. **Даволаш.** А.Е. витаминлари, ош тузли умумий ванналар, юмшатадиган малҳамлар.

ТУГМА БУЛЛЕЗЛИ ЭПИДЕРМОЛИЗ

Касалликнинг икки шакли – оддий ва дистрофик шакллари фарк қилинади. Касалликнинг дистрофик шаклини илк бор Т.Фох (1879), оддий шаклини *Golscheider* (1882) тасвирлаганлар.

Типик оддий ва дистрофик шакллари билан биргаликда бир нечта атипик шакллари ҳам мавжуд.

1. *Distrophia cutanea bullosa atrophicans et albopapuloides* – шакли 1928 й. тасвирлаган. Собик пуфаклар урнида узига хос торвоксимон ок рангли чандиклар; гоҳо бунда чандиклар уз-узидан пайдо булади, яъни пуфаксиз. Бундай чандикларни *Pasini* га қадар *Hallopeau* ва В.И. Станилавский (1903) тасвирлаганлар.
2. **Буллезли эпидермолизнинг локал шаклини** иккига бўлиб урганилади:
 - а) **оддий локал шакли** фақат товон ва бармоқларни жароҳатлайди, жараён эрта ёшлиқдан бошланади ва йилнинг иссик пайтида қайталанаяди, анча холларда маҳаллий гипергидроз булади.
 - б) **локал дистрофик шакли** 1935 й. Л.Н. Машкиллейсон ва Л.А. Абрамовичлар томонидан тасвирланган. Кам учрайди.
3. **Ярим-вегетацияловчи буллезли эпидермолиз** жуда кам учрайди. Бу касаллик ҳақида 1938 йили *Marchionine* ахборот берган.
4. **Летал шакли** – энг оғир шакли. Беморлар эрта ёшлигидаёқ улиб кетишади. Оддий буллезли эпидермолиз алоҳида шакли бўлиб ёзги варианты ҳисобланади, бунда пуфаклар фақат бармоқлар ва товонларда пайдо булади, буни кечиши буллезли эпидермолиз ёки Вебер-Коккейн синдроми деб аталади. Касаллик баҳор ва ёзда қузгалади, беморнинг умумий аҳоли узгармайди, қафт ва товон гипергидрози ва кератози қузатилади. Касалликнинг клиник қуринишлари илк бор успирилик ёки қатта ёшдагиларда пайдо бўлиши мумкин. Дистрофик буллезли эпидермолизнинг гиперпластик тури она қорнида ёки ҳаётининг биринчи қунларида пайдо булади. Шикастланиб турадиган жойларда пуфаклар,

кейинчалик эрозия ва яралар эпидермолис булакчалари билан пайдо булади. Жарохат дистрофик гохо келоидли характердаги чандиклар билан яқунланади. Ушбу тур купинча тишлар дистрофияси, гипертрихоз ёки ихтиоз билан бирга учрайди.

Айрим муаллифлар бу касалликда кузларнинг ҳам зарарланишини таъкидлаб утишган. Табиийки, бу касалликда чандикли тортишмалар пайдо булиши мумкин.

Кечиши. Касаллик сурункалидир, унлаб йиллар давом этади. Одатда ёш утган сайин жараён сусайиб боради. Буллезли эпидермоли хамма турларини сифилитик пурсилдок, пиококкли пемфигус, вульгар пурсилдок, Лайелл синдроми, Риттер эксфлуотив дерматити, эпидермолитик ихтиоз, Ядассон-Левандовский синдроми билан фаркланади.

Диагностика. Касаллик эрта ёшликда бошланади, одатда оилавий характерга эгадир, пуфакларнинг босилган ва шикастланган жойларда аниқ пайдо булишиёқ бу касалликни бошка пуфакли дерматозлардан илк фаркини белгилайди. Дистрофик шаклида пуфаклар урнида чандикли атрофия ёки чин чандик колиши диагноз куйишни енгиллаштиради, тирноклар жарохати мавжуд, гохо огиз шиллик каватлари ва бошкалар жарохатланиши мумкин.

Прогноз. *Herlitz* шаклидан ташкари шаклларида хаётий прогнози яхши. Касаллик огир кечганда бемор енгил шаклдаги ногиронликка учраши мумкин. Ёш утган сари касаллик аломатлари камаяди ва беморларни камрок безовта килади.

Даволаш. Умумий кувватни орттирувчи дорилар – темир, балик ёғи, А, Д₂, С, Р, Е витаминлари. В гурухи витаминлари, кальций препаратлари кулланилади. Кортикостеоридлар, гамма-глобулин ҳам кулланилади.

Махаллий даво – пуфаклар очилишда, дезинфекцияловчи дерматол малхами, антибиотиклар, гормонал малхам кулланилади.

ЭНТЕРОПАТИК АКРОДЕРМАТИТ

1942 йили *Danbolt* ва *Gloss* томонидан тасвирланган. Касаллик ривожланишида хар-хил ичак инфекцияланишини чакирувчилар, кisman ачиткили замбуруглар, лямблиялар бирламчи жарохатланган ичак сохасида патоген булиб коладилар (расм № 174).



Расм № . Энтеропатик акродерматит

Касаллик (оилада бир неча кишида учраши мумкин. Энтеропатик акродерматит клиникаси куп симптомлидир. Диагноз куйишда ошкозон-ичак йули бузилишлари (диарея), куп таркалган алопеция ва хар-хил экзантемалар устивор ахамиятга эгадир, охиргилари эритематоз ва пуфакли тошмалардан иборат булиб улар огиз шиллик каватида, огиз атрофида, анус атрофида жойлашадилар.

Шундай тошмалар бармоқларда, тирсакларда, тиззада ривожланиши мумкин. Пуфакчалар, пуфаклар ичидаги суюклик аввал серозли сунгра эса йирингли булади. Пуфаклар очилгандан сунг серозли ёки сероз-йирингли калоклар пайдо булади. Тирноклар жарохатланишида уларнинг меъёрдаги тузилиши бузилади. Клиник куриниши паронихияларга ухшаб кетади. Беморларда рухий ва жисмоний ривожланишда оркада колиш холлари кузатилиши мумкин. Касаллик даволанилмаса узок давом этади, гохо лихорадка, кузгалишлар ва ремиссиялар булиши мумкин. Бардавом ич кетиш билан касаллик огирлашуви, буйнинг ва вазнинг усишида кечикиш, оёк-

куларда, огиз атрофларида, ичида жойлашганда харакатни кийинлаштиради. Клиник кузатувлар ва тажрибавий тадқиқотлар билан шу нарса аниқландики, касаллик патогенезида асосий ролни рухнинг етишмовчилиги уйнайди. Беморлар плазмасида, зардобиди, конида, сулагиди, суяклариди, мушаклариди ва жигарда рух микдорининг камайиши топилган. Бемор болалар конида рух микдори соғломлардагига караганда 2-3 марта камайиб кетади. Организмда рух микдорининг пасайиши нуклеин кислоталари ферментатив фаоллиги ва синтезининг пасайишига олиб келади, бу микроэлемент бир катор ферментларнинг ишкорли фосфатаза, корбонгидраза, тигминкиназа, панкреатик карбоксипетидаза, глутамин дегидрогеназа ва бошқаларнинг кушимча омилдир. Рух етишмовчилигида хужайра ва гуморал иммунитет тигизлигининг пасайиши мавжуд булади. триптофан алмашинуви бузилади.

Дифференциал диагностика - тугма пурсилдок, кандидозлар, Голлопонинг хроник акродерматити билан олиб борилади. Тугма пурсилдокда пуфаклар шикастланган жойларда пайдо булади, ич кетиш булмайди, алопеция учрамайди, тошмалар огиз атрофида жойлашмайди. Галлопо акродерматитида касалик одатда тирнокли фалангаларида бошланади. Купайиши кам учрайди, ич кетиш, алопеция учрамайди. Кандидозларда тошмаларда ачиткили замбуруги топилади, гарчи клиник куриниши энтеропатик акродерматитга ухшаса хам.

Даволаш: Гормонотерапия, цинк оксиди, витаминотерапия, анилин буёклари.

ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ (VESICULOPUSTULES)

Везикулопустулез – эккрин (мерокрин) тер безлари оғзининг йирингли яллиғланишидир. Бу касаллик чақалоқлар ҳаётининг биринчи кунларида кенг тарқалган бўлиб, катталиги тўғноғич бошчасидек келадиган ва ичидаги йиринги оқ-сарғиш тусли гиперемияли ва шишли ҳошия билан ўралган кўп сонли маддалар пайдо бўлиши билан характерланади.

Кўп терлаш оқибатида бичилиш, чала туғилиш, заифлик ва болаларни сунъий овқатлантириш кабилар касалликка имкон туғдирувчи омиллар ҳисобланади.

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Зарарланиш тер безларининг устки кисмидан бошланади. У ерда аниқ гиперемияли ҳошия билан ўралган, бири бири билан қўшилмайдиган пўстлоғи қалинбўлган кичкина маддалар пайдо бўлади. Кўп учрайдиган жойлари қўлтиқ ости ва чов бурмалари, бошнинг сочли қисми, тана терисидир. Касалланган болаларни ўз вақтида даволанмаса, жараён катта соҳаларни қамраб олади ва атрофга кенг тарқалади.

Инфилтратлар ҳосилқилиб абсцесслар ва флегмонага айланиб кетиши мумкин. Баъзан лимфангоит, лимфаденитлар ва ҳатто сепсис кузатилиши мумкин. Ўз вақтида ва тўғри даволанса касаллик 7-10 кунда соғайиш билан яқунланади.

ДИАГНОЗ қўйиш қийин эмас. Пиодермия билан асоратланган кўтирда маддалар кафтда, товонда, думбада, қоринда, киндик атрофида, тирсак-билак бўғинида, қўлнинг дорзал юзасида жуфт-жуфт бўлиб жойлашади. Диагноз аниқланишига жуфт мадда элементлари оралиғида кўтир йўллариининг мавжудлиги ва кўтир канасининг топилиши ёрдам беради.

**БОЛАЛАРДАГИ КЎП СОНЛИ АБСЦЕССЛАР
(ABSESSUS MULTIPLEX INFANTUM) ЁКИ ФИНГЕРНИНГ
ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗИ
(PSEUDOGURUNCULOSIS FINGER). ПЕРИПОРИТ**

Кўп сонли абсцесслар эккрин тер безлари танасининг йирингли яллиғланиши бўлиб, чақалоқларда ва бир ёшгача бўлган болаларда инфекциянинг эккрин тер безларининг чиқарув йўлларига ва ўрамчаларига кириши оқибатида ривожланади. Агар жараён эккрин тер безларининг

чиқарув йўлларинигина қамраб олса, у холда перипорит ривожланади, тер безларининг танасига ҳамтарқалса кўп сонли абсцесслар келиб чиқади.

Касаллик чақирувчиси тилларанг стафилококк бўлади, гоҳо бошқа микроорганизмлар (гемолизловчи стрептококк, ичак таёқчаси, оддий протей таёқчаси ва бошқалар) ҳамқўшилиши мумкин.

Касалликнинг пайдо бўлишига олиб келувчи омиллар болаларни покиза сақламаслик, исиб кетиш (қалин кийинтириш ва кўрпа-тўшакка ўраш), йўргакларни ўзвақтида ўзгартирмаслик оқибатида бичилиш, ортиқча терлаш, дистрофиялар, кам ёки нотўғри овқатлантириш, энтеритлар, умумий инфекциялар бўлиб ҳисобланади. Чала туғилган ва организмнинг умумий қаршилиқ кўрсатиш қобилияти пасайган болаларда касаллик кўпроқ учрайди.

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Болаларда кўп сонли абсцесслар кўпинча бошнинг сочли қисмида, тананинг орқақисми, думба соҳаларида жойлашади. Айрим холларда жараён кенг тарқалиб кўкрак, қоринсоҳасини эгаллаши мумкин (расм № 34).



Расм №

Дастлаб касалликка учраган соҳада пальпацияда оғриқ чақирувчи гилос данагича ёки нўхотдек катталиқдаги тугун аниқланади, бу яллиғланиш инфильтрати билан ўралган зарарланган эккрин тер безидир. Дастлаб тугун зич-қаттиқ консистенцияга эга бўлади, аста-секин катталашиб, ўрмон ёнғоғи

катталигига эришади ва юмшай бошлайди, бу без тўқимасининг йирингли емирилиши ва атрофдаги тўқималарнинг абсцессланиши оқибатидир.

Бу даврда пальпацияда флюктуация аниқланади, оғриқ кучаяди. Касалликнинг бошланғич даврида ўзгармаган тери энди кўкимтил-қизил тусга киради. Тугуннинг марказий қисми емирилиши оқибатида тешилиб қон аралаш йиринг оқиб чиқади. Некротик стержен (ўзак) ҳосил бўлмайди, жараён секинлик билан кечади. Тешик катталашиб яра ҳосил қилиши мумкин.

Баъзан регионар лимфа тугунларининг катталашуви, полиаденит кузатилади. Даволаш муолажалари оқибатида инфилтратлар сўрилиб, тешик ва яралар битиб чандиқ ҳосил қилади.

Бемор болаларнинг умумий ахволи қоникарли, ҳарорат кечалари кўтарилади. Аммо нимжон болаларда қулоқнинг яллиғланиши, жигар ва талоқнинг зарарланиши ва ҳатто сепсис келиб чиқиши мумкин. Бундай ҳолларда тошмалар хуруж қилиб янгитдан пайдо бўлади ва ҳароратнинг кўтарилиши, лейкоцитоз, ЭЧТнинг ортиши билан ўтади.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Эккрин тер безларининг чиқарув йўлларида дермани ёки уни гиподерма билан биргаликда камраб олувчи некроз ҳосилбўлади. Тер безининг чиқарув йўли ичида стафилококklar ёки бошқа кўзгатувчилар тўплами кўринади.

ДИАГНОЗИ. Кўкрак ёшидаги болаларда ўткир яллиғланиш белгиларисиз флюктуацияланувчи тугунлар мавжудлигига асосланади. Бу ёшдаги болаларда фурункулез кам учрайди, тошмалар миқдорининг камлиги, ўткир яллиғланиш белгилари ва некротик ўзак мавжудлиги фурункулез учун хосдир. Перипоритни фолликулитлардан дифференциация қилиш зарур, фолликулитда доим соч фолликуласи билан алоқа мавжуд ва мадда марказида кўпинча соч кўриниб туради. Бундан ташқарифолликулитлар фурункулар каби анча катта ёшдаги болаларда пайдо бўлади. Баъзан

скрофулодерма билан дифференциация қилиш керак бўлади, у кўпроқ якка холдаги зарарланиш бўлиб, тезда марказий қисмининг емирилиши ва ёрилишига олиб келади, аста-секин грануляция билан қопланувчи, оз миқдордаги сероз суюқлиги ажралиб турувчи яра пайдо бўлади.

ОҚИБАТИ. Бу ҳақда жиддий ўйлаш зарур, у айниқса камқувват болаларда, асоратлар келиб чикқанда, пневмония ва энтероколит қўшилганда хавфлидир.

ЧАҚАЛОҚЛАРНИНГ ЭПИДЕМИК ЧИЛЛА ЯРАСИ (PEMPHIGUS NEONATORUM EPIDEMICUS)

Чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси ўткир, жуда осон юқадиган касаллик бўлиб клиник жихатидан ғоят тезлик билан пуфак кўринишидаги маддалар пайдо бўлиши ва чақалоқларнинг бутун тери сатҳигача тарқалиши билан характерланади.

Касаллик қўзғатувчиси тилларанг стафилококк, кўпгина муаллифлар эътироф этишича, стафилококкларнинг II фагогурухга мансуб штаммларидир.

Патоген стафилококклар янги туғилган чақалоқ терисига киндикдан (киндик кесилган пайтда асептика ва антисептика қоидаларига риоя қилинмаслик оқибатида) инфекция тушган, ёки ҳаво томчи йўли орқаличақалоқ билан мулоқотда бўлган шахслардан тушиши мумкин. Олимларнинг изланишлари шуни кўрсатдики, терида эксфолиация чақириш (яъни клиник жихатдан пуфаклар ҳосилбўлиши билан кечувчи касаллик чақириш) хусусиятига фақат II фаго гурухига мансуб бўлган стафилококкларгина эгалар (Lyell et al. 1964; Dajani A., 1972). Стафилодермияларнинг терининг эксфолиатив жароҳати билан кечувчи уччала шакли (эпидемик чилла яра, буллезли импетиго, эксфолиатив дерматит) ҳам II фаго гурухга мансуб бўлган стафилококклар томонидан чақирилиши исботланган. Стафилодермияларнинг пуфакли шакллари

ўзига хос кечиши, айрим холларда эса пуфак ичидаги суюқлик стерил қолгани холда стафилококкли инфекция ўчоғи эса теридаги бу жароҳат соҳасидан узоқда жойлашганлиги каби омиллар терининг бу жароҳатлари патоген стафилококклар *in vivo* ишлаб чиқарувчи экстрацеллюляр махсулотлар томонидан чақирилаётганидан далолат беради.

Стафилококкларни *iv vitro* шароитида ўстириш фаол препаратлар олиш имконини беради. Ушбу экстрацеллюляр махсулот эксфолиатив токсин бўлиб, уни фақат II фагогурухга мансуб стафилококкларгина ишлаб чиқариши маълум бўлди. Шикастланган соҳаларни гистологик текшириш натижалари шуни кўрсатадики, ушбу токсин жуда тор йўналишдаги таъсирга эга. У фақат эпидермиснинг донатор қаватидаги десмосомаларни шикастлайди ва оқибатда тирқишлар (ёриқлар) ва пуфаклар ҳосил бўлади. Экспериментда бу шикастланишлар токсин инъекция қилингандан 2-2,5 соат ўтибоқ пайдо бўлади ва фақат эпидермисда жойлашади. Ҳозирги кунда қон зардобида эксфолиатив токсинга қаршибўлган антитаначаларни аниқлаш усуллари ишлаб чиқилмоқда.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯСИ. Касаллик ўта юқумли бўлиб, унинг бош манбаи пиодермия билан оғрувчи ёки яқинда оғриган тиббий ходимлар ёки чақалоқларнинг оналари, ҳамда чақалоқнинг ўзидаги бошқа йирингли ўчоқлар (масалан, киндикдаги инфекция) ҳисобланади. Инфекциянинг тарқалишида бацилла ташувчанлик ҳам роль ўйнаши мумкин. Тиббий ходимлар кўли ёки чойшаб орқали инфекциянинг бир бемор чақалоқдан бошқасига ўтиши натижасида туғруқхоналарда касаллик эпидемик тусда бирдан тарқалиши мумкин. Эпидемия бўлганда кўкрак ёшидаги болалар бўлими тезлик билан ёпилиши талаб қилинади, хоналар ва чойшаблар дезинфекция қилинади. Касаллик айрим холда юз берса бемор чақалоқ изоляция қилинади. Хизмат кўрсатувчи ходимлар орасидаги бацилла ташувчиларни бошқа ишга ўтказгандан сўнг янги касал пайдо бўлмаслиги ва эпидемия тугатилишини кўрсатувчи маълумотлар бор.

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Касаллик чақалоқхаётининг биринчи кунларидаёк ёки 7-10 кунларида бошланади. Чақалоқларнинг 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. Пуфакларнинг юпқа қобиғи осонлик билан ёрилиб, диаметри 2-3 ммдан бир неча смгача бўлган эрозия сатҳлари ҳосил бўлади. Эрозиянинг қирғоқлари нотекис, пистонсимон, кунгирадор туби сернам, пушти-қизил рангли, доим сероз, сероз-йирингли суюқлик чиқиб туради, эрозия атрофида эпидермис шокилалари кузатилади. Ажралиб чиқаётгансуюқлик қотиб сероз-йирингли, сарғиш-кулранг қалоқлар ҳосил қилади (расм № 35).



Расм №

Пуфакларнинг катталиги ва шаклига қараб эрозиялар думалок, овалсимон, полициклик шаклда бўлиши мумкин. Касаллик оғир кечганда эрозиялар бир-бирлари билан қўшилиб кетадилар. Жуда тез фурсатда, бир неча кун ичида касаллик чақалоқ терисининг катта қисмини камраб олиши мумкин. Қувватсизланган, чала туғилган болаларда касаллик пуфаклар

ёрилгандан сўнгчиққан йирингнинг аутоинокуляцияси ҳисобига тезда тарқалади. Баъзан эса пуфак ёрилиб, марказида сарғиш калокҳосилқилибқотади, унинг атрофида эса янги пуфаклар пайдо бўлади. Безовталиқ, уйқусизлиқ, ҳароратнинг 38-39° гача кўтарилиши ва иштахасизлиқ бўлиши мумкин. Қонда лейкоцитоз, эозинофилия ва ЭЧТ ортиши кузатилади, касалликнинг оғир кечиши туфайли ҳар хил асоратлар: отитлар, пневмония, флегмона ва ҳатто сепсис келиб чиқиши, бундай ҳолларда касалликнинг оқибати чақалоқ учун ёмон бўлиши мумкин. Тошмалар тошиши тўхтагандан кейин қисқавақтда касаллик яна қайталаниши мумкин. Касаллик асоратсиз кечса, 3-5 ҳафта давом этади. Эрозиялар эпителизациясидан кейин вақтинчалиқ иккиламчи пигментация ва кепакланиш кузатилади. Касалликнинг қай даражада оғирлиги жароҳатланган тери сатҳига, касалликнинг давомийлигига тўғри пропорционалдир.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Пуфакнинг қобиғини ўзгармаган шох қават, асосини эса тикансимон қаватташқил этади. Пуфак бўшлиғида лейкоцитлар, тикансимон қаватнинг ўлган хужайралари ва кўзғатувчилар бўлади. Дермада сўрғичлар қон томирларининг кенгайиши (сўрғичларнинг шиши ва томирлар атрофида бировз инфильтрация) кузатилади.

ДИАГНОЗИ. Туғилгандан кейин биринчи 2 ҳафтада пуфакларнинг хуруж қилиб тошишига, уларнинг тезда такрорий ривожланишига, асосида инфильтрат бўлмаслигига асосланади. Дифференциал диагноз биринчи навбатда чақалоқларнинг захм чилла яраси ва туғма буллёзли эпидермолиз билан ўтказилади. Улар туғилиш чоғидаёқ намоён бўлади. Захм чилла ярасида пуфаклар асосида инфильтрат бўлиб, улар одатда қафтларда, товонда ва думбада жойлашадилар. Бундан ташқари эрта туғма захмнинг бошқа белгилари (захм тумови, папулалар, Гохзингернинг диффузпапулез инфильтрацияси, пуфак суюқлигидан оқиш трепонемаларни топиш, узун найсимон суякларнинг зарарланиши, Вассерман, оқиш трепонемаларнинг

иммобилизацияси реакцияларининг мусбат натижалар бериши ва бошқалар) мавжуддир.

Туғма буллёзли эпидермолизда пуфаклар шикастга учровчи жойларда, бош, елка, оёқ ва қўл бармоқсоҳаларида, чиғаноқда, тиззада, думбада жойлашади. Пуфаклар оз миқдорда, кўпинча якка холда бўлади. Яллиғланиш белгилари унча билинмайди. Туғма буллез эпидермолизнинг дистрофик шаклида тирноқ, соч, тишларда дистрофик ўзгаришлар кузатилади. Сувчечакда маддалар ичидаги суюқликнинг ўзига хос сарғиш тиниқлиги туфайли эпидемик чилла ярасига ўхшаб кетади. Диагноз қўйиш учун маддалар сферик ва таранг бўлгани холда маркази ботиклиги эътиборга олинади. Атрофдан улар бироз шишган, қизарган тўқима зонаси билан ўралган бўлади. Сувчечак маддалари камдан-кам холларда ёрилади, улар ичидаги суюқлик йирингли қалоқлар ҳосилқилиб қотиши кузатилади.

ОҚИБАТИ. Касалликнинг қанчалик тез юққанлигига ва чақалоқлар реактив қувватининг ҳолатига боғлиқ. Яхши сифатли кечган шаклларида прогноз ижобий, ёмон сифатлигида-жиддийроқдир. Антибиотиклар билан даволаш давридан илгарилари ўлим 50-60% гача етган, ҳозир бу кўрсаткич анча камайган.

РИТТЕРНИНГ ЭКСФОЛИАТИВ ДЕРМАТИТИ

Касаллик биринчи марта 1878 йилда Риттер Фон Риттерсгайн томонидан тасвирлаб берилган. Айрим мутахассислар бу хасталикни чақалоқлар эпидемик чилла ярасининг оғир шакли деб ҳисоблашади, клиникаси Лайел синдромига яқиндир. Бирок айрим муаллифлар бу касалликларни алоҳида-алоҳида нозологик шакллarga бўлганлар. Биринчи нуқтаи назарнинг тўғрилигини ўзаро бир-бирига ўтувчи клиник шакллар мавжудлиги ҳамда иккала холда ҳам юқувчанликнинг юқорилиги ва бирламчи элементнинг ўзига хослиги асослаб беради.

Эксфолиатив дерматит стафилококкли инфекция ҳисобланади (экмада кўпинча патоген тилларанг стафилококк топилади). Баъзи бир муаллифлар уни аралаш стафилострептококкли касалликка киритадилар, чунки экмаларда стрептококклар колонияси ўсиб чиққан холлар ҳам маълум. Касаллик патогенези чақалоқлар эпидемик чилла яраси патогенезига ўхшашдир.

5 ёшгача бўлган болаларда стафилококклар томонидан қақирилган токсик эпидермал некролиз-ТЭН (яъни Лайел синдроми) учраб туради. Шунингдек чақалоқларда яна терининг стафилококкли куйиш синдроми ёки 4S синдроми (**Staphylococcol Scalded Skin Syndrome**) деб аталувчи касаллик ҳам учрайди (Elias P. et al. 1972). Айрим муаллифлар Лайел синдроми, SSSS ва Риттернинг эксфолиатив дерматити битта касаллик деб қарайдилар. Бу касалликларни Риттер-Лайелл синдроми деб аташни таклиф этадилар (Melish M et al. 1972; Diamond R., Wuepper K., 1977). Уларнинг фикрича баъзи холларда бу синдром айрим дори моддаларига сезувчанликни ортиб кетиши оқибатида юзага келса, бошқа холларда масалан чақалоқларда стафилококк инфекцияси натижасида келиб чиқади. Аммо дори моддалари томонидан қақирилган ТЭНда стафилококкли ТЭНдан(шунингдек SSSS дан)фарқли равишда эпидермиснинг чуқурроққаватлари зарарланиб, базал қаватхужайралари ҳам жараёнда иштирок этадилар. Стафилококклар томонидан қақирилган касалликда эса эксфолиатив токсин донадор қават остини зарарлашини юқорида (эпидемик чилла яраси касаллигини баёнида) айтиб ўтган эдик. Бу иккала касалликни фарқлаш яна шунинг учун ҳам зарурки, дори моддалари томонидан қақирилган ТЭНда глюкокортикоид дори моддалари асосий даволаш чораси ҳисобланса, стафилококкли ТЭНда стероид гормонлар аксинча тавсия этилмайди (қаршиқўрсатмага эга). SSSSда леталлик унча юқори эмас, Лайел синдромида эса юқори. Катта ёшдаги одамлар SSSS билан қарийб касалланмайдилар. Чунки уларнинг иммун тизими кучли бўлганлиги ва етарли даражада такомиллашганлиги сабабли эксфолиатив токсин тезда парчаланиб организмдан чиқариб ташланади,

(Fritsch P. 1974.) Аммо вақти-вақти билан иммуносупрессив терапия олаётган катта ёшдаги одамларда ҳам бу касаллик келиб чиққанлиги ҳақида маълумотлар учраб туради (Achten G., et al. 1975; Stirman S.W., Mal-Rinsan F.B., 1976; Petercon P.K. et al. 1977; Padinder W. 1979; Ridegwau H.S.; Lowe N.J., 1979). Melish M. E. (1980) стафилококкли буллез импетигодан тортиб то энг оғир клиник шакллар ҳисобланган Риттернинг эксфолиатив дерматити, Лайел синдроми ва SSSS гача бўлган касалликларни кузатиб, касалликларда эксфолиатив токсиннинг аҳамиятини ўрганиб чиқди. Буллез импетигода токсимия кузатилмайди (яъни токсин қонга ўтмайди), аммо пуфак ичидаги суюқликда эпидермолитик токсиннинг концентрацияси юқори даражада бўлади (ўртача 18 мг/л). Генерализацияланган касалликларда (Риттернинг эксфолиатив дерматити, Лайел синдроми, SSSS) эса, касалликнинг бошланғич ўткир давридаёқ қонда эпидермолитик токсин пайдо бўлади (яъни токсемия кузатилади). Бундан ташқари бу токсиннинг сийдик билан бирга чиқиши ҳам кузатилади (қонда унинг миқдори қанча юқори бўлса, сийдик билан ҳам шунча юқори концентрацияда ажралиб чиқади). Авваллари стафилококклар фақат бир хил эксфолиатив токсин ишлаб чиқаради деб ҳисобланар эди. Кейинчалик маълум бўлдики, бу токсинларни ишлаб чиқариш стафилококкларнинг плазмидларида ёки хромосомаларида жойлашган генлари томонидан бошқарилади. Иккинчи фагогурух стафилококкларида юқоридаги иккала тузилмаларга мансуб генлар мавжуддир. Шунинг учун ҳозир бир-бирига жуда ўхшаш, аммо серологик жихатдан бир-биридан фарққилувчи иккита токсин мавжудлиги маълум (Warren R. et al. 1974; Johnson A. et al. 1979.). Тилларанг стафилококклар томонидан чақирилган бундай касалликларда ёш болаларда баъзан учраб турадиган скарлатинасимон тошмалар (Faden H. C. et al. 1978; Larredue M. et al., 1977.) пайдо бўлиши феноменининг сабаби деб ҳам ҳозирги вақтда шу токсин кўрсатилади (Powell K. D. 1979.). Адабиётларда I фагогурухга мансуб бўлган тилларанг стафилококклар томонидан ҳам шунга ўхшаш касаллик

чақирилганлиги ва бу касаллик мусбат Никольский симптоми билан кечиши хақида ҳам хабарлар бор (Todd J. et al. 1978.). Охирги пайтларда кўплаб муаллифлар эксфолиатив дерматит билан стафилококкли ТЭН ва SSSS касалликларини битта касаллик деб қарашадилар (Скрипкин Ю.К. 1995; Каламқарян А.А. 1999; Melish 1980).

КЛИНИКАСИ ВА КЕЧИШИ. Касаллик чақалоқҳаётининг биринчи ҳафталаридаёк юзага келади ва киндик, оғиз соҳаларида аниқ, шишинқираган яллиғланишли эритема билан бошланиб, у тезда бўйин бурмалари соҳасига, кўкрак, жинсий аъзолар ва анус атрофига тарқалади. Шу аснода йирик, шалвираган юпқа қобикли пуфаклар пайдо бўлади, улар катталашиб, тез орада ёрилиб нам юзали эрозияларга айланадилар. Озгина шикаст таъсирида ҳам шишинқираган, хилвираган эпидермис шу жойда кўчиб чиқади. Эрозия атрофидаги эпидермис шокилаларини пинцет билан тортилганда, улар, кўринишидан соғломбўлган тери сатхидан ҳам кўчиб чиқади (Никольский симптоми мусбат). Касаллик бошланишидан аввал белгилар бўлмаслиги мумкин, бироқ айрим ҳолларда кўнгил айнаш, тана ҳароратининг кўтарилиши рўй бериши мумкин. Гоҳо буллез тошмалар устиворлик қилиши, кейинчалик эса эритродермия тусини олиши, бошқа ҳолларда у дастлаб эритродермик ўзгаришлар билан бошланиши мумкин (расм № 36).



Расм №

Бундай холларда 2-3 кун давомида жараён тананинг ҳамма соғлом сатхини эгаллаб олади. Касалликнинг уч босқичи фарқ қилинади: эритематоз, эксфолиатив, регенератив.

Биринчи босқичда терининг тарқалган қизариши, шишинқираши ва пуфаклар пайдо бўлиши кузатилади. Эпидермисда ва унинг остида ҳосилбўлган 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 юқорибўлиши, 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.

Касаллик энгил кечганда босқичлари унча ифодаланмаган бўлади. 10-14 кундан кейин ўткир яллиғланиш белгилари йўқолади, эпидермиснинг пластинкасимон кепаклашуви кузатилади. Оғир ҳолатларда жараён септик равишда ўлимга олиб бориши мумкин бўлган асоратлар билан (пневмония, отитлар, менингеал белгилар, ўткир энтероколит, флемоналар) кечади. Каттароқ ёшдаги чақалоқларда касаллик анча энгилроқ кечади.

Чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси каби бу касалликда ҳам жараён оғиз бўшлиғи, лабнинг қизилҳошияси, бурун ва жинсий аъзолар шиллик пардаларини шикастлаши мумкин, бунда эрозиялар ва ёриқлар пайдо бўлади.

Касаллик стафилококкли ТЭН варианты сифатида бошланганда йирингли конъюнктивит, отит ёки юқори нафас йўллари инфекцияси билан бошланади. Сўнгра терида худди ғиштсимон қизил рангли унча ёрқин бўлмаган катта-катта эритема доғлари пайдо бўлади. Касалликнинг клиник

манзараси худди Риттернинг эксфолиатив дерматити касаллигини эслатади, яъни терининг кўплаб соҳаларида шалвираган пуфаклар пайдо бўлади.

Боланинг юзи ғамгин тус олади, худди йиғламсираган кўринишда бўлади. Табиий тешиқлар атрофида импетигога хос қалоқлар йиғилади. Эпидермиснинг кўчиши лаб соҳаларига тарқалсада, оғиз шиллиқ пардасида оғир жароҳатлар одатда кузатилмайди. 5-7 кундан кейин эрозиялар эпителизацияга учрайдилар, кепакланиш кузатилади. Ёрилмаган пуфаклар ичидаги сероз суюқлик текширилганда, уларнинг стериллиги аниқланади, яъни пуфак суюқлигида стафилококклар йўқ. Шунинг учун кўпгина кузатувчилар бу касалликда токсин ишлаб чиқарувчи стафилококклар теридан узоқдаги бирор касаллик ўчоғида жойлашган (отит, фарингит, конъюнктивит) деб ҳисоблайдилар.

Ўз вақтида ностафилококкли ТЭН (яъни дори моддалари туфайли келиб чиққан, Лайел синдроми) ва стафилококкли ТЭНни дифференциация қилиш муҳим аҳамияга эга, чунки рационал даво чоралари кўриш шунга боғлиқдир, фақат ёшига қарабгина бу касалликни бир-биридан ажратиш (фарқлаш) мутлақо ярамайди, чунки ёш болаларда ҳам дори моддалари томонидан чақирилган ТЭН учраши мумкин ва аксинча. Тўғри диагноз кўйиш учун гистологик ва цитологик текшириш ўтказиш зарур.

ГИСТОПАТОЛОГИЯСИ. Эпидермисдаги эксудат мугуз қаватнинг кўтарилишига олиб келади ёки бутунлай йўқ бўлади. Тиканакли қаватнинг анча шишинқираши, қон томирларининг кенгайиши, лейкоцитлардан иборат инфилтратлар мавжудлиги кузатилади.

Дори моддалари томонидан чақирилган Лайелл синдромида эпидермис жароҳати базал қаватга қадар етиб борган; стафилококкли ТЭНда эса донадор қават билан чегараланади. Стафилококкли ТЭН учун акантолитик кератинацитлар характерли бўлса, дори моддалари томонидан чақирилган

Лайел синдромида ҳужайра детрити билан бирга базал кератиноцитлар хосдир (FritschP. 1974; AmonR., DiamondR. 1975).

ДИАГНОЗИ. Чақалоқлар ҳаётининг 2-3 ҳафталарида терининг каттагина соҳаларида яллиғланишга хос ўзгаришлар ёки пуфаклар пайдо бўлиши ва уларнинг пластинкасимон кепакланишлар ҳосил қилиб йўқолишига, касалликнинг кўққисдан бошланиши ва тезкорлик билан кечиши, умумий ахволнинг оғирлиги, жароҳат ўчоқларининг маълум соҳаларда жойлашиши, Никольский симптоми мусбатлиги, қондаги морфологик ўзгаришларга асосланиб диагноз қўйилади.

ДИФФЕРЕНЦИАЛ ДИАГНОСТИКА ўтказиш буллез эпидермолиз, захм чилла яраси, Лейнернинг дексваматив эритродермияси ва туғма ихтиозсимон эритродермия билан олиб борилади. Анамнез йиғиш куйишни инкор этишга имкон беради. Буллез эпидермолиз ва захм чилла яраси билан фарққилиш аввалги қисмда берилган эди. Лейнернинг дексваматив эритродермияси каттароқ ёшдаги болаларда учрайди, аногенитал соҳадан ёки йирик бурмалардан бошланади ва пуфаклар пайдо бўлмаган ҳолда эритематоз-эксфолиатив ўзгаришлар кузатилади. Зарарланган соҳалар танадан ташқари яна юзда, бошнинг сочли терисида жойлашади, секин-аста ривожланиб ҳаётининг иккинчи ойида энг авжига чиқади: кейин эксфолиатив дерматит аломатлари йўқолади. Эрозияларнинг унчалик равшан ва тиник рангли эмаслиги, шикастланган соҳалар сарғиш тусга эга эканлиги, кипиқлар ёғли сарғиш эканлиги билан дексваматив эритродермия себореяли экземани эслатади. Туғма ихтиозсимон эритродермия буллез шакли туғилишдан аввал пайдо бўлади ва тарқалган эритродермия билан биргаликда аниқ билинадиган пуфаклар, эрозиялар, яралар билан намоён бўлади. Кафт ва товон гиперкератози, суяклар, тишлар аномалиялари, интеллектнинг пасайиши кузатилади. Касаллик ҳароратнинг меъёрий ҳолатида ва қон морфологиянинг ўзгарувисиз кечади.

ЧАҚАЛОҚЛАР БУЛЛЕЗ ИМПЕТИГОСИ (IMPETIGOBULLOSANEONATORUU)

Бу касаллик чақалоқлар эпидемик чилла ярасининг энгил кечадиган, аборттив шакли ҳисобланади. Касаллик алоҳида-алоҳида жойлашган бир нечта, нўхотдан то гилос данагича катталиқдаги бир камерали юпка қобиқли тез ёрилиб намли эрозия ҳосилқиладиган пуфаклар пайдо бўлиши билан кечувчи стафилодермиянинг энгил шаклидир (расм № 37).

Пуфакларда сероз ёки сероз-йирингли суюқлик бўлади. Суюқлик қуриганидан сўнг юзаки жойлашган, юпка қалоқлар пайдо бўлади. Пуфаклар човда ва оёқ-қўлда жойлашиб атрофга ўсиш ва тарқалишга бироз мойиллиги бўлади.

Болаларнинг умумий ахволи унча ўзгармайди.

Оқибати: яхши.



Расм №

СТРЕПТОКОККЛИ ПИОДЕРМИТЛАР (СТРЕПТОДЕРМИЯЛАР)

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.

ПИОДЕРМИТЛАРНИ ДАВОЛАШ

Терининг йирингли касалликларини даволаш комплекс равишда куйидаги мақсадларни кўзлаган холда олиб борилади.

1. Махаллий даво ўтказиш йўли билан пиодермитлар ўчоғига бевосита таъсир ўтказиш.
2. Касалликнинг кўзгатувчисига қарши умумий этиотроп даво буюриш.
3. Бемор организмнинг патоген микроорганизмларга қаршилик кўрсатиш қобилиятини ошириш мақсадида иммунологик дори моддаларини қўллаш ва бошқа умумий даволар.
4. 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.
5. Стафилококлар ва стрептококларнинг касаллик ўчоғидан терининг бошқасоҳаларига ва умуман бошқа аъзоларга, қонга (сепсис) тарқалишини олдини олиш.

Пиодермитларни даволаш қанчалик эрта бошланса, самарадорлик шунча яхши кузатилади. Дастлабки фликтина, остиофолликулит, фолликулит ёки фурункул пайдо бўлиши биланоқ даволаш муолажалари ўтказилиши шарт.

Аммо афсуски беморлар кўпинча кеч қолиб, касаллик анча кучайгач ёки янги рецидивлар пайдо бўлгач врачга мурожаат қиладилар. Бу вақтга келиб микроорганизмлар терига кўп маротаба қайта пассаж бўлиши (қайта кириш, эмланиши) оқибатида уларнинг патогенлик хусусиятлари кучайган, макроорганизмда эса специфик аллергия-сезувчанликнинг ортиб кетиши

кузатилади. Оқибатда касалликнинг асоратлари келиб чиқади, даволаш ишлари чўзилиб кетади.

Махаллий даволаш. Ўз вақтида эрта бошланган ва рационал олиб борилган ташқи муолажа пиодермитларни даволашда биринчи даражали аҳамиятга эга, чунки бунда касалликнинг тарқалиб янги жойларда пайдо бўлишининг олди олинади. Кўпчилик беморларда касаллик ўчоғи атрофидаги соғлом терида патоген микроорганизмлар аниқланади, шунинг учун атрофдаги терини дезинфекция қилиш пиодермитларнинг қайталаниши ва тарқалишини олдини олади. Терини дезинфекция қилиш учун ишлатилувчи моддалар сероб бўлиб, улардан энг кўпқўлланиладиганлари 70% этил спирти, салицил кислотасининг 70%ли этил спиртидаги 1-2 % эритмаси, 3% ли водород пероксиди эритмаси, 10%ли камфорали спирт, 1% ли резорцин эритмаси, перманганат калийнинг 0,1%ли сувдаги эритмаси ва бошқалардир. Барча терини, айниқса касаллик ўчоғи атрофидаги терини яхши дезинфекциялаш зарурдир. Остиофолликулит, стрептокок импетигоси каби юзаки пиодермитларда айрим-айрим жойлашган пустулалар, фликтеналар очилиб, улар йирингдан тозаланади ва ҳосилбўлган эрозия сатҳларига анилин бўёқларининг спиртли эритмаси (1% ли бриллиант зангориси, 1% ли метилен кўки, 1% ли эозин, Кастеллани суюқлиги) суртилади. Атрофдаги соғлом тери юзаси 2% салицилат спирти эритмаси ёки камфорали спирт билан артиб дезинфекцияланади, анилин бўёқлари қуригач, эрозия сатҳига антибактериал мазлар (эритромицин, гелиомицин, гентамицин, линкомицин, тетрациклин мазлари ва бошқалар) суртиш мумкин. Агар касаллик ўчоғида қалоклар қатлами йиғилиб қолган бўлса, улар 2% салицилат кислотаси мази ёки 5% ли фурациллин мази суртиш йўли билан юмшатиб олиб ташланади. Беморларга вақтинча касаллик ўчоғларига сув теккизмаслик (ювиниш, ванна, душ қабулқилиш ман қилинади) буюрилади. Вульгар сикозда касаллик ўчоғига 1-2% анилин бўёқларининг спиртли эритмаси суртилгач, 5-10% синтомицин линименти, антибактериал

ва кортикостероид мазларнинг аралашмаси (кортомицетин, целестодерм ва гентамицин мазлари) суртилади. Касаллик ўчоғлари қалоқлардан тозаланиб, ўткир яллиғланиш жараёни пасайгач, инфильтрацияни сўрилиб кетишини таъминловчи бор-қатрон (2% борат кислотаси, 5% қатрон), бор-ихтиол (2% борат кислотаси, 5% ихтиол) малҳамлари буюрилади. Бир вақтнинг ўзида қўл билан эпиляция қилинади. Даволашнинг охириги босқичида касаллик ўчоғи ультрабинафша нурлар билан эритемали дозаларда 8-10 сеанс нурланади.

Стрептококки кирланиш бурмалар соҳасида жойлашганлиги сабабли, айниқса ёш болаларда кўпинча кандидоз билан бирга кечади. Шунинг учун уни ташқи муолажасида антибактериал ва кандидозга қарши моддалар комплекс равишда ишлатилади. Дастлаб намланиб турган сатҳларга дезинфекцияловчи эритмалар (1-2% резорцин эритмаси, 0,25% кумуш нитрат эритмаси, 2% борат кислота эритмаси ва бошқалар) ёрдамида нам қуритувчи бойламлар қўйилади.

Касаллик ўчоғларида намланиш тўхтаб қуригач, анилин бўёқлари суртилиб, тридерм мази ёки эритромицин, гентамицин мазлари, клотримазол, нистатин, леворин мазлари билан аралаштирилган холда буюрилади.

Касалликнинг қайталанишини олдини олиш учун йирик бурмалар соҳасидаги тери гигиенасига катта аҳамият берилади, у соҳалар 2% салицил спирти билан артиб турилади ёки 3-5% борат кислотаси порошоги билан упаланиб турилади.

Сурункали диффуз стрептодермияни даволаш микробли экземани даволагандек олиб борилади. Касаллик ўчоғидаги пластинкасимон тангача-қалоқлар олиб ташлангач, очилган намланувчи юзаларга 2% борат кислотаси, 1% резорцин, 0,25% кумуш нитрат ва бошқа дезинфекцияловчи моддалар билан нам қуритувчи бойламлар қўйилади. Намланиш тўхтаб қалоқлар ҳосил бўлгач, антибактериал мазлар (эритромицин, гентамицин, линкомицин,

неомицин, гелиомицин ва бошқалар) қўйилади. Агар қичишиш безовта қилса уларга кортикостероид мазлар аралаштирилади. Касаллик ўчоғлари калоклардан тозаланиб эпителизацияга учрагач, қатрон препаратлари қўлланилади: 50% қатрон мази, (нафталан билан тенгма-тенг миқдорда), 10% ли АСД пастаси (III фракция), Вилькинсон мази (цинк пастаси билан бирга).

Чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси ва эксфолиатив дерматит касалликлари атрофдагиларга тез тарқалиши, генерализацияланган ва оғир кечиши туфайли уларнинг ташқи муолажасига алоҳида аҳамият берилиши талаб қилинади. Беморлар ички кийимларини (бельесини) ҳар куни алмаштириб турилади. Пуфаклар очилади ёки улар ичидаги суюқлик шприц билан тортиб олинади. Пуфаклар атрофидаги тери 1-2% салицил спирти, 0,1-0,2% сангвиритриннинг спиртли эритмаси билан артиб турилади. Ҳосилбўлган эрозиялар ультрабинафша нурлари билан нурлантирилади, сўнгра эритромицин, линкомицин, гелиомицин, гентамицин мазлари суртилади. Аутоинокуляциянинг олдини олиш мақсадида барча соғлом тери сатҳлари 2% салицил спирти билан артиб турилади.

Чуқур пиодермитларнинг (чуқурфолликулит, фурункул, гидраденит ва х.к.) маҳаллий муолажасига оғриқни камайтириш, яллиғланиш жараёнини чеклаш ва тезроқ ниҳоясига етказиш, ўлик тўқималар ва йирингнинг чиқиб кетиши учун шароит яратиш ва ҳосилбўлган ярани тезроқ чандиқланишини таъминлаш каби мақсадлар қўйилади.

Чуқур фолликулит ва фурункулнинг дастлабки босқичларида тоза ихтиол тавсия этилади, чунки ихтиол бактерицид, инфильтрацияни сўрдирувчи, маҳаллий оғриқни қолдирувчи ва яллиғланишга қарши таъсир қилиш хусусиятларига эга. Бунинг учун фурункул юзасига ихтиол қалинқилиб суртилади ва устига пахтани юпқақилиб ёпиб, маҳаллий бойлам қўйилади. Бойламни айланма эмас балки маҳаллий (дока салфетка қўйиб, лейкопластир ёки клей билан ёпиштириб қўйиш) усулда қўйилишига сабаб,

касаллик ўчоғидаги патоген микробларни бошқасоҳаларга тарқалишлигини олдини олиш учундир. Чунки катта, айланма бойламлар қўйилганда улар ҳеч қандай шак-шубҳасиз ўз жойидан силжиши кузатилади ва атрофдаги терига йиринг суртилади, бу эса патоген пиококларнинг диссеминациясига олиб келади. Пахта ёпишиб ўша соҳақуригач, ихтиол «тандирдаги ёпилган нон» кўринишини олади. Бойламни янгилаш учун ихтиол «нонини» иссиқ сув билан намланса осон кўчиб чиқади. Сўнгра терини 2% салицил спирти ёки камфорали спирт билан артилади ва яна ихтиол «нони» қўйиб бойламни янгиланади. Бойлам кунига 2 маҳалдан қўйилади. Фурункул сўрилишини тезлатиш мақсадида бойлам устидан қуруқ иссиқ (соллюкс лампаси), УВЧ терапия қўллаш мумкин. Тўғри бажарилган тақдирда фурункулни ихтиол билан маҳаллий даволаш оддий, қулай ва етарли даражада самарали бўлгани холда, амалиётда уни нотўғриқўлланиши оқибатида (бойламлар алмаштирилмайди) самараси анча пасаяди.

Фурункул ёрилгач, ихтиолни энди яра атрофидаги яллиғланган терига қўйилади. Йирингни ва ўлик тўқималарни ажралиб чиқишини осонлаштириш мақсадида яра юзасига ўлчами яра билан тенг бўлган дока сальфетка натрий хлориднинг гипертоник (10%) эритмаси билан шимдириб қўйилади. Бойламни бу эритма қуриши билан янгилаб туриш зарур. Бойлам қўйиш вақтида касалланган соҳа териси пергидролнинг 10% эритмаси ёки фурациллиннинг 1:5000 нисбатдаги эритмаси билан артиб турилади. Йиринг ва ўлик тўқималар тўла чиқиб кетиб яра тоза холга келгач, унга эритромицин, тетрациклин, гентамицин, левамикол мазлари ёки Вишневскийнинг бальзамли линименти қўйилади. Юқорида кўрсатилган барча муолажалар (шунинг билан бирга қуруқ иссиқҳам) кунига икки мартаба амалга оширилади.

Фурункулни ташқи томондан даволашда ихтиолдан бошқа дорилардан ҳам фойдаланиш мумкин. «Ируксол» мазидан фойдаланилганда ҳам яхши самарадорлик кузатилади, чунки у антимиқроб таъсир этиш хусусиятига эга,

ярани некротик массалардан тозалаб, чандикланиш жараёнини тезлаштиради. Гидраденитни бошланиш даврида физиотерапевтик даво усуллари: УВЧ, УҚТ-терапия, микротўлқинли терапия яхши самара беради. Касалланган соҳа териси 2% салицил спирти билан артиб, тоза ихтиол мази қўйиб турилади. Ёрилгандан кейин эса ярага натрий хлориднинг гипертоник эритмаси билан бойлам қўйилади. Яра йирингдан тозалангач, 5-10% синтомицин линименти, Вишневскийнинг бальзамли линименти қўйилади. Кўплаб тугунлар ҳосил бўлса ва қайталаниб турса, флюктуация ҳосил бўлгач, жарроҳлик йўли билан даволаш тавсия этилади. Болаларнинг кўп сонли абсцесслари уларни парвариш қилишда санитария-гигиена қоидаларига риоя қилмаслик, уларни калин йўргаклаб, кўп терлашга олиб келинганлиги оқибатида ривожланади, шунинг учун биринчи навбатда шу ҳолатларни йўқотиш талаб қилинади. Терини дезинфекцияловчи спиртли эритмалар (2% салицил спирти, камфорали спирт) билан артилади. Абсцесслар очилиб йиринг чиқариб ташланади, анилин бўёқлари суртилади ва антибактериал мазлардан фойдаланилади. Умумий ультрабинафша нурлар билан нурлаш яхши самара беради. Эктимани маҳаллий даволашда касалликни тарқалган ёки чекланганлигига, муддатига аҳамият берилади. Агар эктима оз миқдорда бўлса 1% бриллиант зангориси ёки бошқа анилин бўёғи суртилади, устидан эса антибактериал мазлардан биронтаси қўйилади (эритромицин, линкомицин, тетрациклин, синтомицин). Агар эктима жуда секин битаётган бўлса, унинг юзаси 1% ли кумуш нитрат эритмаси ёки 2% протаргол эритмаси суртилиб сўндирилади. Эктима юзасида грануляциялар кўпмиқдорда ҳосил бўлган бўлса, кумуш нитрат мази (Микулич мази) ва ванилин (Шостаковский бальзами) кабилардан фойдаланилади. Эктима атрофидаги тери 2% салицил спирти, 3% водород пероксиди, 0,1% перманганат калий эритмаси кабилар билан яхшилаб дезинфекция қилиб турилиши албатта шартдир. Физиотерапевтик усуллардан маҳаллий ультрабинафша нурлари, гелий-неон лазер нурлари қўлланилади.

Сурункали ярали пиодермияни махаллий даволаш аввало унинг клиник манзарасига боғлиқ. Ёрилмаган тугунлар ва инфильтратларга тоза ихтиол қўйилади. Яра ҳосил бўлгач эса эктима, фурункул ва бошқа пиодермитлар яраси каби даволанади. Сурункали ярали пиодермиянинг барча турларида физиотерапевтик даволаш усуллари-ультрабинафша нурлари, УВЧ ва бошқалар кенг миқёсда қўлланилади. Бир-бирлари билан оқма йўллари орқали туташган тугунлар ярага айланган тақдирда жарроҳ аралашуви талаб қилинади, оқма йўллар очиб ташланади, вегетациялар ва суст грануляциялар кириб олинади, бўшлиқлар дезинфекцияловчи моддалар билан бир неча мартаба ювиб тозаланади. Кўп миқдорда йиринг ажралиб чиқаётган бўлса 2% резорцин ва бошқалар билан нам қуритувчи бойламлар қўйилади. Йиринг чиқиши тўхтагач, тинч даврида ируксол, 2% этоний, левомиколь каби антибактериал мазлар билан бойламлар қўйилади. Чандикланиш жараёнини кучайтириш мақсадида цинк-желатинали бойлам (Zinichoxydati, Gluceroni, Gelatinae āā 40,0 Ag. destillatae 10,0) қўйилади. Гангреноз пиодермияни ташқи муолажасида 0,1% хлоргексидин эритмаси билан нам қуритувчи бойлам қўйилади. Яра қирғоқларига 5% калий перманганат эритмаси суртилади. Яра тозаланиб, чандикланиш жараёни бошланганди 2% борат мази, 0,5-1% гексахлорофен мази, 10% висмут мазларидан фойдаланиш мумкин. Абсцессланувчи ва емирилувчи фолликулит ва перифолликулитда фолликулалар ёрилгунга қадар дезинфекцияловчи антисептик моддалар: анилин бўёқларининг спиртли эритмалари, хлорофиллиптнинг ёки сангвиритриннинг 1%ли спиртли эритмаси, антибактериал мазлар (гелиомицин, гентамицин, 2% этоний, фастин), димексид билан бирга қўйилади. Фолликулалар ёрилиб, яра ҳосил бўлгач, 3% водород пероксид эритмаси, 0,02% фурациллин эритмаси, этакридинлактатнинг 1:5000 нисбатидаги эритмаларидан биронтаси ёрдамида ювиб тозаланади. Яра юзаси артиб қуритилгач, 0,1% хлоргексидин эритмаси ёки трипсин, хемотрипсин каби ферментларнинг новокаиндаги эритмаси стерил

салфеткага шимдирилиб 10-15'га қўйилади. Сўнгра эса антибактериал мазлар қўйиб бойланади. Бошқачукур пиодермитлар каби ушбу касалликда ҳам физиотерапевтик усуллардан (УБН, УВЧ, гелий-неонли лазер ва бошқалар) кенг фойдаланилади.

Шанкрсимон пиодермияни ташқи муолажасини бошлашдан аввал бир неча маротаба яра юзасидан материал олиб оқ спирохетага текшириш шарт. Оқ спирохета топилмаган тақдирда анилин бўёқлари ва антибактериал мазлар ёрдамида даволанади.

Умумий этиотроп даволаш. Асосан чуқур пиодермитларни (фурункулез, қайталанувчи фурункул, гидраденит, Фингернинг сохта чипқони, карбункул, сурункали ярали пиодермия ва бошқалар) ва айрим юзаки пиодермитларни (вульгар сикоз, чақалоқларнинг эпидемик чилла яраси ва х.к.) даволашда қўлланилади.

Умумий антибиотикотерапия учун бактериологик текширувдан кейин касаликнинг қўзғатувчиси, унинг антибиотикларга сезувчанлиги аниқлангач, антибиотикни таъсир доирасини эътиборга олиб танлаш муҳим аҳамиятга эга. Чунки пенициллиназа ферменти ҳосилқилмайдиган стафилококларга яхши таъсир қилувчи антибиотиклар, пенициллиназа ферменти ҳосилқилувчи 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. Пиодермитларни даволашда кенг қўлланиладиган антибиотикларга асосан пенициллин ва унинг ярим синтетик ҳосилалари, цефалоспоринлар, тетрациклин гуруҳига мансуб антибиотиклар, макролидлар, аминогликозидлар, рифампицин,

линкомицин, фузидин натрий, фторхинолон ҳосилалари каби препаратлар киради. Врачнинг ихтиёрида бу қадар кўп миқдордаги антибиотикларнинг мавжудлиги бир томондан пиодермитларни даволаш вазифасини осонлаштиради, иккинчи томондан қайси антибиотикни танлаб олиб қўллаш хусусида маълум қийинчиликлар туғдиради. Шунинг учун ҳар бир муайян вазиятда ўша шароитдан келиб чиққан ҳолда, патоген микробларнинг хусусиятларини ва макроорганизм ахволини ҳисобга олиб антибиотикларни танлаш даволовчи врач зиммасидаги маъсулиятдир.

Пенициллин гуруҳидаги антибиотиклар. Пенициллин препаратлари (унинг калийли ва натрийли тузлари) пенициллиназа ферменти ишлаб чиқармайдиган стафилококларга қарши яхши таъсир этади. Бундан ташқари пенициллин ҳозирги кунга қадар стрептококларга таъсир этиш жиҳатидан бошқа антибиотиклардан устивордир.

Препарат 250000-500000 дан мушак орасига ҳар 4 соатда юборилади. Агар пиодермит аралаш микрофлоралар томонидан (грам манфий ва грам мусбат) чақирилган бўлса, пенициллиннинг ярим синтетик аналогларидан ампициллин ва ампиокс бериш мумкин. Ампициллин 0,25 г.дан кунига 4 маҳал берилади (инъекцияда мушак орасига ёки таблетка холида *per os*). Ампиокс эса мушак орасига юборилганда 0,25 г.дан кунига 4 маҳал, *per os* эса 0,5 г.дан кунига 3 маҳал. Агар касаллик кўк йиринг таёқчаси томонидан чақирилган бўлса, пенициллиннинг яна бир ярим синтетик препарати карбенициллин энг маъқул антибиотик ҳисобланади. Карбенициллин кунига 6 маҳал мушак орасига ёки оғир (септик) ҳолларда вена қон томири ичига юборилади. Катта ёшли одамлар учун бир суткалик дозаси 4-8 г; болалар учун 1 кг тана вазни оғирлигига 50-100 мг ҳисобидан берилади.

Цефалоспорин гуруҳидаги антибиотиклар. Биринчи авлодга мансуб цефалоспоринларидан цефалеридин (цефалотин, цепорин) ва цефазолин (кефзол) 0,5 г.дан суткасига 3 маҳалдан мушак орасига юборилади. Бу

препаратлар стафилококки инфекцияларни даволашда ҳозирги замонда асосий (базавий) антибиотиклар ҳисобланади, чунки цефалоспорин гуруҳидаги антибиотикларнинг пенициллин гуруҳига мансуб препаратлардан энг асосий фарқи, цефалоспоринлар β -лактамаза (пенициллиназа) ферменти таъсирига маълум даражада чидамлидирлар. Бундан ташқари цефалоспоринларнинг таъсир доираси пенициллинларга нисбатан кенгроқ бўлиб, кўпгина грамманфий микроорганизмларга ҳам таъсир этадилар. Биринчи авлодга мансуб цефалоспоринлар грам мусбат микробларнинг плазмалари томонидан ишлаб чиқарилган β -лактамазага чидамли бўлсаларда, аммо грам манфий микроорганизмларнинг хромосомалари томонидан ишлаб чиқариладиган β -лактамаза таъсирида парчаланиб кетадилар. Шунинг учун препаратларнинг уларга чидамлилигини кучайтириш мақсадида цефалоспоринларнинг янги авлодлари-иккинчи, учинчи ва тўртинчи авлодлари ишлаб чиқарилган. Иккинчи авлодга мансуб цефалоспоринлари – цефуроксим (мегасеф, рофаксим, кетацеф), цефаклор; учинчи авлодга мансублари – цефатоксим (клафоран, кароцеф), цефтриаксон (роцефин, лонгацеф, тороцеф, ультрацеф, салмибакт, цефмира), цефтазидим (фортум, фазидим), цефоперазон (цефобид, бактоцеф); тўртинчи авлодга оидлари – цефепим (мирапим), ультрапим, цефметазол, цефпирон каби антибиотиклар.

Пиодермитларни даволашда 2 ва 3 авлодларга мансуб цефалоспоринлардан асосан клафоран, цефаклор, цефобид, фортумлар кенг қўлланилади. Ушбу антибиотикларни қўллашга асосий кўрсатмалар пиодермитларни оғир, сурункали шакллари, беморнинг оғир ахволи (септик холат), антибиотикограмманинг аниқланиши ва қўзғатувчининг бошқа антибиотикларга чидамлилиги каби холатлар ҳисобланади. Бу антибиотиклар дозалари (бир мартали, суткали ва умумий курсга), қандай усул билан организмга юбориш йўли, кунига неча маҳалдан юбориш (интервали) ҳар бир

муайян шароитдан келиб чиққан холда, беморнинг умумий ахволи, ёши, касаллик шакли ҳисобга олинган холда индивидуал равишда танланади.

Тетрациклинлар - таъсир доираси кенг бўлган, шу жумладан грам манфий микроорганизмларга ҳам таъсир этувчи антибиотиклар гурухидир. Тетрациклин ва тетрациклин гидрохлорид 0,25 дан суткасига 4 махал, метациклин гидрохлорид 0,3 дан 3 махал, доксициклин гидрохлорид (вибрамицин) 0,1 дан 2 махал peros берилади. Тетрациклинлар кальций, темир ва бошқа металллар билан организмда эриши жуда қийинбўлган комплекс бирикмалар ҳосилқиладилар. Шунинг учун тетрациклин препаратларини сут ва сут махсулотлари билан, шунингдек таркибида алюминий, кальций, магний, темир тузлари тутувчи дорилар (антацидлар ва бошқалар) билан бир вақтда қабулқилиш ярамайди. Тетрациклинлар плацентар баръердан осон ўтганлиги ва юқорида санаб ўтилган хусусияти туфайли хомиладор аёлларга ва 8 ёшгача бўлган болаларга тавсия қилинмайди.

Аминогликозид – гурухига мансуб антибиотиклар (сизомицин, амикацин, канамицин, гентамицин, тобромицин) кенг таъсир доирасига эга бўлган, грам манфий ва грамм мусбат микроорганизмларга бактерицид таъсир қилувчи антибиотиклардир.

Ушбу гурухга мансуб антибиотикларнинг ҳар бири ўзининг фаоллиги, антибактериал спектри, таъсирининг давомийлиги ва токсик (ото ва нефротоксик) таъсири бўйича бир-бирларидан фарққиладилар. Бу гурухдаги антибиотиклар йирингли инфекциянинг оғир турларига қарши курашдаги энг асосий воситалардан бири ҳисобланади. Асосан стафилококлар томонидан (шу жумладан пенициллинга чидамли штаммлари), грам манфий ва аралаш флора томонидан чақирилган пиодермитларда тавсия қилинади.

Гентамицин сульфат катталарда 80 мг дан суткасига 2-3 махалдан мушак орасига юборилади, баъзан оғир холларда вена қон томири ичига

томчилаб юбориш мумкин. Болаларда эса суткалик дозаси 1,5 –5 мг/кг ни ташкил этиб, уни 2-3 махалга бўлиб юборилади. Тобрамицин мушак орасига суткасига 1 кгоғирлик вазнига 2-5 мг дан тавсия қилинади, (суткалик доза 2-3 га бўлиб юборилади). Сизомицин сульфат катта ёшдаги беморларда бир махаллик дозаси 1 мг/кг миқдорида, суткалик дозаси эса 3 мг/кг миқдорида кунига 3 махалдан тавсия этилади, жуда оғир холда дастлабки 2-3 кун мабойнида суткалик дозасини 4 мг\кг гача кўтариш мумкин (кейинги кунлари 3 мг/кг га туширилади). Болаларда эса суткалик дозаси 1 кгоғирлик вазнига 3-4 мг данни ташкил этади. Чақалоқларда суткалик дозасини 2 га бўлиб 2 махал, бошқа ёшдаги болаларда эса 3 га бўлиб, 3 махал юборилади.

Макролидлар. Бу гуруҳга табиий усулда олинган эритромицин, олеандомицин, спирамицин, ярим синтетик равишда олинган (азалидлар гуруҳи) рокситромицин (рулид, роксibel), азитромицин (сумамед, зитран, азимир, азимед, азитрал) каби антибиотиклар кирадилар. Ярим синтетик усулда олинган янги макролидларнинг афзалликлари шундаки, уларнинг таъсир доираси янада кенгайтирилган, шунингдек улар организмда (қонда) узок муддат сақланиб туришлари ҳисобига тез-тез қабулқилишга зарурат йўқ-кунига 1-2 махал қабулқилинса кифоя қилади. Бу гуруҳ препаратлари ичида жуда кенг қўлланиладигани эритромициннинг таблеткаси бўлиб, уни катталарга 0,25 – 0,5 г дан суткасига 4 махал, болаларга эса суткасига 1 кгоғирлик вазнга 20-40 мг дан (4 махалга бўлиб) тавсия қилинади. Агар эритромицинни оғизорқалиқабулқилиш мумкин бўлмаса (имконияти бўлмаса), эритромициннинг фосфатли тузи 0,2 г дан кунига 2-3 махалдан вена қон томири ичига аста-секинлик билан юборилади. Олеандомицин таблеткаси катталарга 0,25-0,5 г дан кунига 4-6 махал *per os* берилади, болаларга эса суткасига 1 кг вазнга 0,02 г-1,0 гача (ёшга қараб) дозада берилади (уни кунига 4-6 махалга бўлиб берилади). Азитромицин катталарда кунига 250-500 мг.дан 1 махал овқатдан 2 соат аввал ёки 2 соат кейин қабул қилинади, курс учун 4- 6 кун мобайнида буюрилади.

Ҳар хил гуруҳларга мансуб бошқа антибиотиклар. Пиодермитларни этиотроп даволашда қўлланиладиган антибиотикларга юқорида санаб ўтилган гуруҳларга мансуб бўлмаган антибиотиклардан линкомицин, фузидин-натрий ҳамда фторхинолон гуруҳига мансуб антибиотиклардан ципрофлоксацин, корфлоксацин, офлоксацин (таривид), левофлоксацин, пefлоксацин кабилар кенг қўлланилиб келинади. Линкомицин гидрохлорид асосан грам мусбат микроорганизмларга таъсир қилади. Капсула холида оғизорқали берилганда катталарга 0,5 г дан 3 махал, болаларга суткасига бериладиган 30-60 мг/кг дозани 2-3 махалга бўлиб 8-12 соат оралиғидаги интервал билан тавсия қилинади. Линкомицин гидрохлориднинг 30%ли эритмаси мушак орасига ёки вена қон томири ичига томчилаб юборилганда катталар учун бир маротабалик дозаси 0,6 г (2,0 мл) бўлиб, ҳар 8 соатда инъекция қилинади, суткалик дозаси 1,8 г (6 мл), болалар учун эса суткалик дозаси ёшидан қатъий назар 10-20 мг/кг ни ташкил қилади.

Фузидин натрий грам мусбат микроорганизмлардан стафилококкларга яхши таъсир қилади, стрептококкларга қарши таъсири унча кучли эмас, грам манфий микроорганизмларнинг кўпчилигига таъсир қилмайди (гонококклар бундан мустасно). Пенициллин, эритромицин каби антибиотикларга турғун бўлган стафилококклар штаммларини фузидин-натрийга сезгирлиги сақланиб қолади. Фузидин-натрий таблетка холида оғиз орқали қабул қилиниб, катталар учун 1 марталик дозаси 0,5 г ни, суткалик дозаси 1,5г ни кунига 3 махал қабулқилинади. Оғир ҳолатларда суткалик дозасини 1-2 кун мобайнида 2-3 г гача кўтариш мумкин, кейин 1,5 г га туширилиб, курс учун 7-14 кунгача бериб борилади. Болалар учун суткалик дозаси 40-60 мг/кг ташкил этади, оғир ҳолатларда 80 мг/кг гача орттириш мумкин, суткалик дозасини тенг 3 габўлиб, ҳар 8 соатда 1 марта берилади.

Фторхинолон гуруҳидаги антибиотиклар асосан пиодермитлар грам манфий микроорганизмлар томонидан чақирилган тақдирда берилади, чунки бу гуруҳ препаратлари грам манфий микроорганизмларга кучли таъсир

килиш хусусиятига эгадирлар. Пефлоксациллин ва норфлоксациллин 0,4 г дан (1 таблеткадан) офлоксациллин (таривид) 0,2-0,4 г дан (1-2 таблеткадан), ципрофлоксацин эса 0,25-0,5 г дан (1-2 таблеткадан) кунига 2 махалдан peros берилади. Левофлоксацин (левозар, лефлокс, вариор) 250-500мг.дан кунига 1 махал берилади. Бу препаратларни фақат катта ёшдаги одамлардагина қўлланилади. Болаларда ва ўсмирларда, хомиладор аёлларда бу препаратларни қўллаш мумкин эмас, чунки скелети шаклланиб, ўсиб келаётганларда бу препаратлар артропатия чақириш хусусиятига эгалар.

Пиодермитларнинг ўткир шаклларида антибиотиклар энг камида 5-7 кунга, сурункали шаклларида эса 7-14 кунга тавсия қилинади. Вульгар сикозда 2-3 хафта мобайнида кенг таъсир доирасига эга бўлган антибиотиклардан бирортаси, масалан тетрациклин 0,2-0,3 г. дан кунига 5-6 маротабадан ёки эритромицин 0,25 г дан овқатдан 1-1,5 соат олдин кунига 6 маротабадан peros берилади. Агар ушбу антибиотиклардан самара кузатилмаса, микроорганизмларнинг сезувчанлиги аниқлангач, бошқа турдаги (цефалоспорин гурухидаги, линкомицин ва х.к) антибиотиклар буюрилади.

Чақалоқларнинг эпидемик чилла ярасида ва ундан оғирроқ кечувчи эксфолиатив дерматит каби касалликларда стафилококлар пенициллин ва тетрациклин препаратларига кўпинча сезгир эмаслар (тегишлича 90% ва 75-80%), шунинг учун бу касалликларда ярим синтетик пенициллинлардан фойдаланиш мақсадга мувофиқҳисобланади, чунки бу препаратлар стафилококлар томонидан ишлаб чиқариладиган эпидермолитик токсинни ингибиция қилиш хусусиятига эгадирлар. Шунинг учун бактериологик текширув натижаларини кутмасданок метициллин, оксациллин, диклоксациллин каби пенициллиназа ферменти таъсирига чидамли ярим синтетик антибиотикларни кунига 3-4 маротаба мушак орасига буюриш керак бўлади. Бу антибиотикларнинг бир маротабали ва суткали дозалари, шунингдек қанчавақт давомида буюриш беморнинг ёши, вазни ва

касалликнинг оғирлигига ҳамда дорининг таъсирига қараб, индивидуал равишда хал қилинади. Специфик стафилококкларга қарши таъсир қилувчи антибиотиклар сифатида фузидин натрий, линкомицин гидрохлорид ва цефалоспорин ҳосилалари - цепорин, цефалексин, цефазолин, линацеф, цефамезин (кефзол) каби дорилардан фойдаланиш ҳам мумкин.

Стрептококки пиодермитлардан кўп сонли эктималар пайдо бўлганда ҳам кенг таъсир доирали антибиотиклардан эритромицин, олеандомицин, тетрациклин кабиларни 10-14 кун мобайнида буюриш мақсадга мувофиқ бўлади. Сурункали кечганда эса организмнинг ҳимояқилиш кучларини стимуляция қилувчи моддалардан алоэ экстракти, γ -глобулин, аутогемотерапия каби муолажалар ҳамкўшимча равишда ўтказилади.

Бошнинг абсцессланувчи ва емирилувчи фолликулити ва перифолликулити, декальвацияловчи фолликулит, чандикланувчи фолликулит, Аллопонинг вегетацияловчи пиодермияси, болдирлар сикози каби касалликларнинг клиник хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда уларни умумий даволашдаги асосий препаратлар, бу кенг доирада таъсир қилувчи антибиотиклардир (цефалоспорин гуруҳидаги, аминогликозидлар, макролидлар, фузидин натрий, линкомицин ва х.к.).

Бу антибиотикларни бактериал флоранинг сезувчанлиги ва беморни шу дориларни қабул қилиши мумкинлиги аниқлангандан сўнг буюрилади. Антибиотиклар билан бир вақтда специфик ва носпецифик иммунотерапия, физиотерапевтик муолажалар (УВЧ терапия, УФО, антибиотиклар билан фонофорез, яллиғланишга қарши рентгенотерапия) ўтказилади.

ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР ТАНОСИЛ КАСАЛЛИКЛАРИ ТУҒМА ЗАҲМ

Туғма захмда касаллик болага она корнида, тугилишидан анча аввал юкади. Тугма захмнинг болага юкиши тугрисида илгариги вақтларда мавжуд булган теориялар (отада юқиш) матценаур тажрибаларидан кейин рад этилди. Хозирги вақтда захм касал онадан болага йулдош (плацента) оркали, яъни кон оркали утши аниқланган. Туғма захмнинг онадан болага йулдош оркали утиши 3 хил йул билан булиш мумкин:

- 1) Ок трепонеманинг бола организмига вена кон томири оркали утиши. Бу асосий йул бўлиб, вена томирларидаги узгариш (эндо –, мезо – ва периваскулит) ва ок спирохета топилиши билан тасдиқланади.
- 2) Ок спирохеталарнинг киндик томирлари атрофида жойлашган лимфа тиркишларидан утиши.
- 3) Ок спирохеталарнинг она корни оркали жарохатланган плацента оркали утиши.

Туғма захм, агар онада иккиламчи захм булиб, даволанмаса 100% булиши мумкин, агар онада учламчи захм булса 45% холда тугма захм учрайди.

Туғма захм билан касал оналардан, тугма захм болаларга ўтиши олиилар томонидан исботланган.

Хозирги вақтда тугма захмнинг куйидаги формалари ажратилади:

- а) Хомила захми
- б) Эмадиган болалар захми 0 дан то 1 ёшгача
- в) Гўдак бола захми – 1 дан 4 ёшгача
- г) Кечки тугма захм – 4 ёшдан кейин
- д) Тугма яширин захм

Хомила захми

Захм билан оғриган она хомиладор булса IV-V ойдан бошлаб, она билан бола ўртасида плацентар кон айланиш бошланганда, ок спирохета бола

организмига утиб, унинг хамма органларини жароҳатлайди ва VI-VII ойларда кечки бола ташлаш, вақтидан илгари улик холда тушиши билан тугайди.

Ўлик тугилган хомилалар кичкина, озғин, териси илвиллаган, серажин мацерацияланган бўлади.

Бундай хомилалар патологоанатомик текшириб кўрилганда - хамма, ўпкада, буйракларда, кора жигарда, ошқозон ости безларида, суяк системасида ўзгаришлар бўлади. Жигар – жуда катталашган, каттик бўлади, агар нормада жигарнинг огирлиги хомиллага нисбатан 1:21 булса, бунда 1:14 булади. Кора жигар – хам катталашади, унинг нисбати 1:320 нормадан, 1:190 гача узгаради. Ўпкада булган узгаришлар "ок зотилжамни" ташкил килиб хаёт учун хавфли бўлади. Буйракларда асосан кобиги жароҳатланиб – клубочка, каналчалар яхши ривожланмаган бўлади, шатихасил бўлади. VI-VII ойдан бошлаб суякларда – найсимон ва кобиргалар остеохондрит, остеопериоститлар бўлади. Ошқозон – ичак ва нерв системаларидаги ўзгаришлар унчалик сезиларли бўлмайди.

Кўкрак ёшидаги болалар захми

Агар хомиладаги узгаришлар унчалик кучли бўлмаса, бу асосан чала даволанган, хамда яширин захм билан огриган оналарда бўлади, бола тирик тугилади, лекин унда эмадиган болалар захми ривожланади.

Бунда чакалоқларда, асосан терининг серажинлиги, ифлос-саргиш ранглилиги билан характерланади. Бундай чакалоқлар асосан кари одамларни эслатади. Кечалари яхши ухламайди, кечаси билан йиглаб чиқади, баъзан жуда каттик кучли кичкирик чиқади (Систо симптоми).

Чакалоқлардаги захм асосан ўзининг оғир кечиши, белгиларининг хилма-хиллиги, ички органларнинг, суякларнинг, тери ва шиллик каватларнинг жароҳатланиши билан характерлидир.

Эмадиган болалар захми симптомларининг кўп-озлигига караб 4 гурпуага бўлинади:

- 1) Унча аник бўлмаган симптомлар

-
- 2) Унча оғир бўлмаган битта органнинг жароҳатланиши.
 - 3) Ўртача оғирликдан жароҳатланиш – тери шиллик парда ва битта орган жароҳатланади.
 - 4) Оғир жароҳатланиш – кўпинча органла, тери ва шиллик кават жароҳатланади.

Эмадиган болалар заҳми ўзининг кечиши билан иккиламчи янги заҳмни эслатади, факат айрим белгиларгина борки улар факат тугма заҳмда учрайди холос.

Булар: тугма сифилиси пурсилдоги, Гохзингернинг диффуз инфилтрацияси, остеохондрит.

Заҳм пўрсилдок – янги туғилган чакалок хаётининг дастлабки кунлари ва хафталарида пайдо бўлиб, кўл-оёк кафтларида, болдирда, билакда, баъзан танада учрайдиган пуфаклардир. Пуфаклар катталиги нўхотдан, олчагача бўлиб, ичидаги суюклиги олдин тиник, кейинчалик йирингли, конли бўлади. Пуфаклар асосида инфилтрат, атрофида эса кизгиш гардиш бор, пуфаклар бир-бири билан кушилади, ёрилиб юзаси конаб турадиган эрозия хосил килади, эрозия пустлог билан копланди. Пуфаклар ичидаги суюкликда кўп микдорда ок спирохетага топилади.

Заҳм ярасини, эпидемик чилла яра ва тугма пурсилдок билан ажрата билиш керак. Заҳм чилла ярасига кул ва оёк кафтларида пуфакларнинг симметрик жойлашиши, асосида инфилтрат ва атрофида кизгиш гардиш характерлидир. Масалани суюкликдан топилган ок спирохета хал килади.

Факат тугма заҳм учун характерли булган иккиламчи симптом бу гохзингернинг диффуз инфилтрациясидир. Бу инфилтрация тугилганган кейин 8-10 хафта ўтгач пайдо булиб, 88% товонда, 58% кафтда, юзда ва бошда 77%, дкмба, сон, болдирда 16% учрайди.

Жароҳатланган жойда олдин диффуз эритема ёки доғ хосил бўлади, кейинчалик бир-бири билан куйилади ва зичланиш пайдо булади. Жароҳатланган тери ялтирок, кип-кизил силлик, худди лак билан бўяб

куйгандай булади. Тери бурмалари теккисланиб, эластиклиги йуколади ва тез ёриладиган булади. Кейинчалик аста-секин инфильтрация сурилиб, усти кепаклашади.

Агар процесс лабда, жагда жойлашса чакалок йиглаганда таранг тортилган тери ёрилади ва иккиламчи инфекция натижасида яра пайдо булади. Яра битгандан кейин урнида радиар чандик колади. Буни Робинзон-Фурньенинг радиар чандикдари дейилади.

Агар инфильтрация бошда, киприк ва кошда булса, соч, кош, киприклар тукилиб кетади. Агар жинсий органларда булса, ёрилиб яра хосил килади ва чандик билан тугайди. Факат тугма захм учун характерли булган симптомнинг учинчиси остеохондритдир. Суяклар асосан хомила она конидалигида, хомиланинг 6 ойида бошланади. Ок спирохеталар найсимон суякларда тогай билан суяк орасига кириб олиб, у ерда остеохондрит чакиради. Остеохондрит эпифиз тогайи билан диафиз суяги орасида бошланади.

Шикастланиш мохият эътибори билан нормал суяк хоси булишининг бузилишидан иборат булиб, тогайнинг физиологик ривожланиши издан чикади, тогай хужайраларида охак туплана боради. Шу билан бир вақтда суякланиш зонасида специфик инфилтрат вужудга келади, у емирилиб, нейротик жойлар хосил килишга мойил булади.

Захм остеохондритнинг учта даражаси ажратилади.

I-даражали остеохондритда тогай билан суяк уртасида тогай хужайраларининг охакланиш йули кенгайиб колади, бу жойда охак тузлари нормадагидан кура ортикча микдорда тупланади. Тогай билан суяк ораидаги поласа кенгайиб 2 мм-га боради (нормада 0,5 мм).

II- даражали остеохондритда тогай йули янада купрок кенгайиб (4 мм гача), шакли нотугри булиб колади, суяк моддаси етарли микдорда хосил булмайди. Охакланган сербор зона билан бир каторда метофиз билан охакланган зона уртасида грануляцион тукима вужудга келади.

Ш-даражали остеохондритда тогай катламидан кейин диафиз томонига караб грануляцион гуммоз тукима вужудга келади, у емирилиб, метафиздан суяк синади, эпифиз диафиздан ажралиб колади. Бола кул-оёқларини кимирлата олмайди, худди фалонга ухшаб колади, лекин сезувчанлик йуколмайди, шунинг учун бу Парро сохта фаложи деб аталади.

Терига тошадиган тошмалар сочида энг куп учрайдиган папула, лекин розеола хам булиши мумкинлиги олимлар томонидан (В.И.Фельдман, 1929) исботланган.

Розеола асосан бола хаётининг 2-3 хафтасида пайдо булиб, теридан сал кутарилиб туради ва тезда папулага айланиб кетади. М.М.Рабу курсаткишича розеолалар бир-бири билан кушилади, сурилаётганда, устида кепаклашиш хосил булади.

Папула тугма захмдаги асосий элементлардан булиб бола тугилганда 4-8 хафта кейин хосил булади ва купинча диффуз инфилтрация билан бирга учрайди.

Папулалар юзда, кул-оёқда, думбада ва жинсий органларда жойлашади. Юзда тер-ёғ безлари таъсирида себореяли папула, бурмаларда сув чикадиган, вегетирующий ва сербар кандилома шаклида учрайди. Хосил булган папулалар бир-бири билан кушилиши, ярага айланиши мумкин.

Айрим болаларда паронихия ва пичилиш булади. Тирнок атрофида диффуз инфилтрация натижасида кизариш, шиш, эрозия, ёриклар хосил булади, кейинчалик тирноклар тушиб кетади. Баъзан курук тирнок атрфида узгариш булади (онихия), бунда факат кепакланиш булади.

Соч куп жарохатланади. Бунда сочининг тангасимон хамда диффуз тукилиши кузатилади. Баъзан хатто кош, киприклар хам тукилади.

Шиллик каватлар ичида биринчи булиб бурун шиллик кавати жарохатланади. Захм тумови эрта бошланадиган тугма захмнинг барвакт маълум буладиган ва куп учрайдиган симптомларидан бири булиб, бола хаётининг дастлабки хафталари баъзан эса бола тугилганда пайдо булади.

Захм тумовида бурун ва бурун чиганокларининг шиллик пардаси яллигланиб, шиллик пардалар буртади, бурун йуллари торайиб колади, бола эмиш вақтида пишиллайди. Яллигланиш тогай ва суяк қисмларига утиши ва уларни емириб, бурун шаклининг узгариб кетишига олиб келади, бунда эгарсимон шаклида булиб колади.

Гохзингер захм тумовини учта босқичга булади:

1) Курук стадия; 2) Катараль стадия; 3) Яра пайдо булиш стадияси.

Ички органлардан купрок жигар, кора жигар, буйраклар, упка жарохатланади.

Жигар катталашган, зич, юзи силлик булади.

Кора жигар – катталашиб зичлашади, унинг пастки чети баъзан киндиккача етиб боради.

Буйрак камрок шикастланади. Бунда нефрит, пиелонефрит булади. Сийдикда оксил куп микдорда, ва донатор цилиндрлар, эритроцит булади.

Моякнинг шикастланиши унинг катталашиб кетиши, кузатилади.

Юрак ҳам жарохатланиб миокард булади. Лимфа тугунлари (чов, тирсакдаги) катталашган, зич булади.

Конда – анемия, соэ ошиши, упеишнинг секинлаши кузатилади.

Нерв системасининг шикастланиши хар-хил хилларда учрайди. Мия пардаларининг яллигланиши, бош мия ичидаги босимнинг ошиши натижасида – талваса тутиш, гилайлик, энса ригидлиги булиши мумкин. Орқа мия суюқлигини текширилганда захмга хос патологик узгаришлар булади.

Кузнинг шикастланиши – тур парда томирли парданинг шикастланиши захм хориоретинити курунишида намоён булади. Баъзан конъюнктивит, ирит учрайди.

Хориоретинитнинг 4 типи ажратилади – I типиде куз тубининг чеккаларида майда доғлар пайдо булади.

Иккинчи типда – куз туби перифериясида окиш нукталар борлиги, яъни "каламбир аралаш туз" манзараси куринади.

Шундай килиб эмадиган болалар захми узининг симптомларининг хилма-хиллиги билан алохида ахаиятга эга.

Кукрак ёшидаги болалардаги захм иккига булинади:

- 1) 3 ойликкача булган болалардаги
- 2) 3 ойдан 1 ёшгача булган болалардаги захм.

I-группа учун – филитик пурсилдок, диффуз инфилтрат, сифилитик ринит, кератит, остеохондрит, жигар, кора жигар, упкаларда узгариш ва теридаги хар-хил узгаришлар характерли булиб, касал бола купинча улади.

II-группа учун – терида розеола, папула, соч тукилиши. Тирнокда узгариш, остеохондрит булади. Жигар ва талок кам узгаради. Бундай болалар яшаб кетади.

Гўдак бола захми

Кўп авторлар бу даврдаги захмни кандиломали деса, айримлари рецидивный деб аташади, чунки касал болада купрок сербар кондилломалар булади, хамда клиникаси худди иккиламчи рецидив сифилисга ухшаб кетади.

Бу даврда алохида органлар шикастланади, терида айникса шиллик пардаларда папулёз элеентлар куп учрайди. Тери бурмаларида папулалар эрозияга айланади. Баъзан пустулалар хам учрайди. Терида гумма пайдо булиши мумкин, шу билан бир вақтда лимфа тугунлари катталашиб, юмшок холга келади. Бу даврда хам соч тукилиши мумкин. Суякдаги гуммалар огриксиз утади ва суяклар функцияси бузилмайди.

Терида хосил булган папулалар, айникса капилярлар орасида, бурмаларда вегетацияли, гипертрофик сувланувчи папулаларга, купинча сербор кондилломаларга айланади. Папулалар шиллик каватларда айни огиз атрофида, жойлашганда иккиламчи инфекция кушилиб эрозияга айланади, огиз атрофида "бичилиш" пайдо булади. Оддий бичилишдан фарк килиб,

сифилитик "бичилишда" элементлар атрофида тук-кизил инфилтрат булади, хамда лабдан шиллик каватга утиб кетади.

Суякларда узгариш асосан Б.М.Пашков маълумотига кура 60% учраб периостит билан утади.

Ички органлардан жигар ва кора жигар (25-34), камрок буйраклар шикастланади. 50% зилларда иккала тугун катталашиб, ишиб кетади. Тухумлар каттик, гадир-будир булади.

Нерв системаси томонидан узгаришлар куйидагича булиши мумкин;

1) аклпастлик, гидроцефалия хам, куриш нервнинг атрофияси билан, ликворда патология, 2) бош мия захми – эпилепсия, гемиплегия хамда сузнинг бузилиш билан, 3) специфик менингит, 4) бош мия гуммаси, 5) спинная сухотка.

Куз томондан паренхимали кератит, ирит купинча учрамайди. Шундай килиб, гудак бола захмида элементлар асосан папулалардан иборат булиб, баъзан пустула булади, розеола деярли булмайди. Ички органлар ва нерв система кисман жарохатланади.

Кечки тугма захм

Кечки тугма захм эмизикли даврда бошдан кечирилган, хамда давланмай колган тугма захмнинг рецидиви деб хисобланади. Кечки тугма захмнинг симптомлари асосан бола хаётининг туртинчи йилида пайдо булади ва купрок 8-14 ёшда кузатилади.

Кечки тугма захм симптомлари асосан уч гурухга булинади:

- 1) шартсиз
- 2) шартли
- 3) хар – хил дистрофик узгаришлар

Кечки тугма захм узининг кечиши билан учламчи захмга ухшаб кетади. Думбокчали яра, гуммалар учламчи захмдагидан фарк килмайди. Бунда хам суяклар, тогай емирилади. Огиз-бурун бушлигининг, кушилиб кетиши, кичик тилнинг емирилиши каби холлар хам учраб туради.

Шартсиз симптомларга асосан Гетченсоннинг триадаси кириб, бу симптомларнинг бирортаси булса ҳам касалга аниқ диагноз қуйиш мумкин.

Гетченсон триадасига – паренхиматоз кератит, тишлар дистрофияси, лабиринт карлик киради.

Паренхиматоз кератит - Бу симптомни 1858 йил гетченсон ёзган. Куз шох пардасининг бир текис хираланиши кузатилиб, сут рангда булади. Бу купрок куз марказида учрайди. Куздан ёш оқиб туриш, ёругликка қарай олмаслик, кузнинг қисилиши кузатилади. Қуриш қобиляти пасаяди.

Гетченсон тишлари ёки тишлар дистрофияси асосан уртадаги устки пуфак тишларининг узғариши билан ифодаланади. Бу тишлар четларида эмаль булмаётгани ва ярим ойсимон чуқурчак ҳосил қилади. Тишлар узғариб бочқасимон, исқанасимон шаклга кириб қолади.

Лабиринт карлик – бунда асосан урта қулоқ – лабиринтда яллиғланиш ва қон қуйилиш натижасида карлик қелиб қикади. Карлик қупинча тусатдан пайдо бўлиб, баъзан бош айланаши, қулоқларнинг шангиллаши билан бирга давом этади.

Шартли белгиларга қуйидагилар киради:

- 1) сифилитик хориоретинит
- 2) қиличсимоно болдирлар
- 3) бурун деформацияси
- 4) ягодицасимоно череп
- 5) тишлар дистрофияси бочқасимоно тишлар
- 6) лаблар атрофидаги радиар қандиклар
- 7) сифилитик қонит
- 8) нейросифилиснинг айрим формалари

Бу симптомлар захмдан бошқа касалларда ҳам учраши мумкин шунинг учун шартли белгиларга қушилади.

Булар қечки тугма захм диагнози қуйилганда, қушимча симптомлар булади ҳолос.

1) Сифилитик хориоретинит – куз тубида майда пигментли доғлар учраб "каламбир-туз" сепилганга ухшайди. Хориоретинит туберкулезда ҳам учраши мумкин.

2) Киличсимон болдирлар – бунда диффуз остопериостит натижасида суяклар юмшаб қолади ва тез усади. Бола юрганда суяк олдинга қараб эгилади ва киличсимон булиб қолади. Рахитда суяк "О" шаклида эгилади.

Киличсимон узғариш Педият касаллигида булиши мумкин.

3) "Эгарсимон" ёки "эчкисимон" бурунда тусигининг диффуз инфилтратция натижасида, юмшаб атрофига учраши оқибатидир.

4) Думбасимон калла (Ягадицасимон череп) да пешона думбокчалари дуппайиб чикибтуради, уртасида чуқурча булиб, герёб ягадицани эслатади. Бу узғариш рахитда ҳам булиши мумкин.

5) Тишдаги узғариш асосан биринчи молярда кузатилади, тишнинг чайнаш думбоклари атрофига учраб кичрайиб кетади ва чайнаш юзаси буйинчадан кичкина булиб қолади.

6) Робинзон–Фурньенинг радиар чандиклари Гохзингер диффуз инфилтратциясида кейин булади ва огиз атрофи, жагда жойлашади. Лекин бунақа узғариш куйганда ҳам булиши мумкин.

7) Сифилитик гонит (Клеттан синевити) тиззада суюклик тупланеди. Бунда суяк ва хряш узгармайди. Касалга истма чиқади, огир булади, юриш кийинлашади.

8) Нерв системасининг жарохатланиш - сусининг кийин чиқиши, аклсизлик, парлич, гемипигия, гемипарез, жансан жаленсияси қаби булади.

Суякларги дистрофик узғаришлар

1) Уни умров туш суяги томодаги учининг калинлаши – Авситидийский (1891) белгиси.

2) "Олимпия пешана" калла суягида пешона ва тана думбокчаларнинг чикиб туриши.

3) Каттик танглайнинг юкори туриши.

-
- 4) У бармок фаланчаларининг калталиги ва ичкарига кайрилиб (дюбда симптоми).
 - 5) оксифоидея – гуш суяги ханжарсимон усимтасининг булмаслиги.
 - 6) Устки курак тишлари оралигининг кегайиши (Гаше симптоми) ёки йуклиги.
 - 7) Карабелли думбокчаси – биринчи маляр чайнаш юзасининг уртасида 5-думбокча хосил булади.
 - 8) Гипертрихоз – сочларнинг тез ва эрта усиши ва бошка белгилар.

Тугма захм профилактикаси.

Тугма захм олдини олиш учун хомиладор аёллар хомидаликни I ва II яримида асосан яхши даволанадилар ва хомиладорлик вақтида яна профилактик даво олдилар.

КИЗАЛОКЛАР СЎЗАГИ

Сузак касаллиги билан купрок киз болалар 3-9 ёшда огрийдилар, кам холларда чакалоklar ва 2 ёшгача булган болалар, 10-13 ёшлардаги кизларга сузакнинг контакт йули билан юкиши, кам учрайди.

Киз болаларнинг 92% касаллик оддий контакт йули билан (мочалка, сочик, горшок) оркали юкади. Купинча касаллик касал онасидан, холасидан, опасидан бирга ётганда юкади. 7% холларда касаллик жинсий йул билан (киз болаларни зурлаганда) ва факат 1% холда болаларга касаллик касал онадан тугилаётганда, тугилиш йулларидан утиш вақтида юкади.

Киз болаларга касалликнинг купрок оддий контактда юкиши болаларда жинсий аъзолар тузилишининг анатомио-биологик хослигига боғлиқдир (кин эпителийларининг юпка, нозиклиги, ишкорий ёки нейтрал мухит, кокклар борлиги ва Дедерлейн таёкчаларининг йуклиги).

Касаллик клиникаси. Киз болалар сузаги ҳам, катталар сузагига ухшаб кечишига караб янги (уткир, уткир ости, торпид) сурункали сузакка

булинади. Киз болаларда касаллик учоги жойлашишига караб куйидагича булади:

Кизлар сўзаги:

Пастки кисмидаги

1. Эндоцервит;
2. Проктит;
3. Вагинит;
4. Вульвит;
5. Уретрит;

Юкорига кўтарилувчи:

1. Пельвиоперитонит;
2. Аднексит.

ГОНОБЛЕНОРЕЯ

Гонобленорея - куз шиллик каватининг гонококклар билан жароҳатланиши. Гонококклар чакалоқлар кузига сузак билан огриган оналарнинг туғиш йулларидан утганда тушса, катталарда гонококкли йиринг теккан кул билан куз укалаганда юкади.

Инкубацион даври 3-4 кун. Асосан 2 ла куз зарарланади. А Пакровский (1957й) буйича клиник кечишида 3 та боскич фарк килинади:

1. Инфильтрация
2. Йиринг окиши
3. Папиляр гипертрофия

Тугилгандан 2-3 кун кейин конъюктивда кизариш кзатилади, кобоклар шишиб, зичлашади (катталашади) ва уларни очиш кийинлашади, ёругликдан сесканиш (кузнинг юмилиши) кузатилади. Конъюктиви яллигланган, шиш ва инфильтрация туфайли кескин кучли калинлашган, унинг юзаси силлик ва

ялтирок. Агар унга тегилса, осон конаб кетади, баъзан унда котиб колган фибрин пардаси (плёнкаси) учрайди. 3-4 кундан кейин йиринг чикиши кучаяди. Кобоклар шиши камаяди. Сургичлар гипертрофияси туфайли конюктиви гадур-будур булиб колади. Йиринг кобокларнинг киргогини бир-бирига ёпиштирибкучаяди, очиб булмайдиган (кузни) ёки кийин очилади, йиринг юзга ҳам окиб тушади. Бу давр 2-3 хафта давом этади ва кейин 3-давр папуляр гипертрофия бошланади. Йиринг камаяди, у суюк булиб колади, гиперемия ва шиш ҳам камаяди. Куз шох (мугуз) пардасининг зарарланиши кузатилади, огир асорати хисобланиб, у емирилиб йирингли яра (язва) пайдо булади. Огир холларда у тешилиб кетади (шох парда).

СЎЗАК КАСАЛИНИ ДАВОЛАШ

Гонорейни даволашда асосан хозирча кабул килинган инструкция асосида олиб борилади.

Даволашда асосан антибиотиклар, сульфаниламид препаратлари, иммунотерапия, ҳамда махаллий даволаш катта роль ўйнайди. Янги сўзакда даволаниш албатта антибиотиклардан бошланади, махаллий даво килинмайди. Ёш болаларга даво асосан стационарда утказилади. Агар 3 ёшгача булса иммунотерапия кулланилади. 3 ёшдан кейин иммунопрепаратлар қўллаш мумкин.

Гонобленорейни даволашда окулист билан бирга даволанади. Асосий даво антибиотик, кузга 30% альбуцид эритмаси текизилади.

СЎЗАКНИНГ ПРОФИЛАКТИКАСИ

Ёш болаларда сузакнинг олдини олиш учун аёллар маслахатхоналарида хомиладор аёлларни сузак касалига текшириш, тугрукхоналарда янги тугилган чакалоқларнинг кузига, кизалоларнинг кинига 30% альбуцид эритмасини томизиш ишларини бажариш керак.

Оилада сузакнинг профилактикаси ёш болаларнинг катталардан алохида горшоги, сочиги, мочалкаси булиши керак.

Болалар муассасаларидаги ходимлар ишга киришдан олдин ва хар олти ойда медицина куригидан утиб туриш керак.

Агар болалар богчаларида ишлаётган ходимлар (тарбиячи, энага ва хоказолар) сўзак билан огриб колишса албатта стационарга ёткизилиб даволанади ва даводан кейин 1- 1,5 ой стационарда олиб колиб текшрилидаи. Агар хамма анализлар яхши чикса сунгра ишлагга рухсат берилади.

ТЕСТЛАР
ТЕРИНИ ТУЗИЛИШИ. I – ВА II – ЛАМЧИ МОРФОЛОГИК
ЭЛЕМЕНТЛАР. ТЕРИДА КУЗАТИЛАДИГАН ПАТОГИСТОЛОГИК
УЗГАРИШЛАР.

Тери неча каватдан иборат?

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

Эпидермиснинг қайси каватидан тонофибриллалар миқдори қуп?

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

Дерманинг сургичли ва тур каватлари уртасида чегара булиб нима хисобланади?

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

Эккрин тер безлари йук булган тери соҳасини курсатинг?

- A. Бошнинг сочли қисми
- B. юз

С. елкада

Д. Жинсий олат бошчаси

Е. Товон

Куйидагилардан кайсиниси узун сочларга киради?

А. кош

В. киприк

С. бурун ичидаги сочлар

Д. Кулок ичидаги сочлар

Е. Сокол

Эпидермисдаги сурункали яллигланишга хос булмаган патоморфологик узгаришни курсатинг?

А. акантоз

В. акантолизис

С. гранулез

Д. паракератоз

Е. гиперкератоз

Акантоз нима?

А. Базал кават хужайраларнинг кучли купайиши ва калинланиши

В. тиканлик кават хужайраларнинг кучли купайиши ва калинлашиши

С. донадор кават хужайраларнинг кучли купайиши ва калинлашиши

Д. Тиканлик кават хужайра куприкчаларнинг эриб кетиши

Е. Эпидермис хужайралари кератинизациясининг бузилиши

Курсатилган бушликсиз бирламчи элементлардан кайсиниси тери сатхида кутарилмайди?

А. папула

В. думбокча

С. тугун

Д. дог

Е. Торвок

Куйидагилардан кайси бири папула шаклини ифодалайди?

А. Силлик

В. полигонал

С. гадир-будир

Д. киндиксимон

Е. ялтирок

Яра нима?

А. Терининг эпидермис билан чекланган юзаки дефекти

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

С. терининг чизикли дефекти

Д. Кашлашлар натижасида булган тери дефекти

Е. Тери калинлашиши зичланиши ва суратининг кучайиши

Факат бирламчи элементлардан ташкил топган вариантни курсатинг?

А. Дог, пустлокча

В. тирналиш, думбокча

С. папула, вегетация

Д. Торвок, папула

Е. Пуфакча, лихеннификация

Дендритик хужайралар танаси каерда жойлашган:

А. Дерманинг турсимон каватида

В. эпидермис тиканакли каватида (базал каватида)

С. эпидермис донадор каватида

Д. Эпидермис ялтирок каватида

Е. Дерманинг сургичли каватида

Куйида санаб утилган хужайра элементларидан кайсиниси дермада учрамайди?

А. Лангергенс хужайралари

В. фибробластлар

С. гистиоцитлар (макрофаглар)

Д. Семиз хужайралар (мастоцитлар, тукима базофиллари)

Е. Лейкоцитлар

Факатгина тери учун хос булган модда алмашинуви турини курсатинг:

А. Сув алмашинуви

В. витаминлар

С. микроэлементлар алмашинуви

Д. Меланин алмашинуви

Е. Ферментлар алмашинуви

Яллигланиш пролифератив фазасига характерли булмаган узгаришни курсатинг:

А. Акантоз

В. вакуол дегенерация

С. Гиперкератоз

Д. гранулез

Е. Паракератоз

Эпидермисдаги иммун химояланиш функциясини бажарувчи хужайра:

А) кератиноцитлар

В) Лангерганс хужайралар

С) меланоцитлар

Д) Меркель хужайралари

Е) Гренстейин хужайралари.

Иссикликга энг сезгир сохани курсатинг?

- А) юз териси
- В) кукрак териси
- С) кафт териси**
- Д) сон териси
- Е) товон териси.

Тактил сезгисини идрок этувчи рецепторларни курсатинг:

- А) Руффини таначаси
- В) Мейснер таначаси**
- С) Краузе колбаси
- Д) Фатер-Пачинни таначалари
- Е) Гольджи-Мацонни таначалари.

Чайкатиловчи аралашмалар компонентига кирмайдиган моддани курсатинг?

- А) крахмал
- В) глицирин
- С) рух оксиди
- Д) лоналин**
- Е) тальк.

Яллигланишнинг эксудатив фазасига хос патоморфологик узгариш:

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

Пигментли догни курсатинг?

- А) вибицес
- В) пурпура
- С) петехия

- Д) хлоазма**
- Е) розеола.

Эпидермиснинг дегенератив узгаришини курсатинг?

- А) гранулез
- В) паракератоз
- С) акантоз

- Д) акантолизис**
- Е) спонгиоз.

Дерманинг турсимон каватида жойлашан бирламчи элементни курсатинг?

- А) тугун
- В) тугунча

- С) думбокча**

- Д) торвок**
- Е) пуфак.

Ёг безлари бевосита тери сатхига очиладиган соха?

- А) бошнинг сочли кисми
- В) юз

- С) лабнинг кизил хошияси**
- Д) буйин
- Е) елка.

Дерманинг хужайра элементини курсатинг?

-
- A) меланоцитлар
 - B) кератиноцитлар

C) фиброцитлар

- D) Гренстейин хужайралари
- E) Меркель хужайралари.

Папуллага хос бирламчи элемент булган касалликни курсатинг?

- A) кизил ясси темиртки**
- B) пушти ранг темиртки
- C) ранг-баранг темиртки
- D) ураб олувчи темиртки
- E) оддий темиртки.

Чин полиморфизм кузатиладиган касалликни курсатинг?

- A) экзема.**
- B) псориаз
- C) пуштаранг темиртки
- D) кизил ясси темиртки
- E) вулгар пурсилдок.

Эксудатив бирламчи элементни курсатинг?

- A) яллигланиш доги.
- B) геморагик дог.
- C) пигмент дог
- D) торвок**
- E) папула.

Факат бирламчи элементлардан иборат вариант?

- A) думбогча.
- B) мада, калок.
- C) тугун, чандик.
- D) пуфак, эрозия.

Е) торвок, дог.

Факат иккиламчи элементлардан иборат вариант?

А) яра, тугун.

В) эрозия, калок.

С) кипик, тугунча.

Д) экскориация, торвок.

Е) пигментация, пуфак.

Терининг дефекти кузатилмайдиган иккиламчи элемент.

А) эрозия.

В) экскориция

С) лихенификация

Д) ёрик

Е) яра.

Эрозия хосил килувчи бирламчи элемент.

А) тугунча.

В) пуфакча.

С) дог

Д) думбогча

Е) торвок.

Пуфакча ва пуфакчалар хосил булишига олиб келмайдиган патоморфологик узгаришни курсатинг?

А) акантоз

В) акантолизис.

С) спонгиоз.

Д) вакуоль дегенерация

Е) балонланувчи дегенерация.

Балонланувчи дегенерацияга хос булган касаллик.

А) хакикий пурсилдок.

-
- В) экзема.
С) герпеслар.
Д) замбуруг касалликлари.
Е) пушти ранг темиратки.

Яллигланиш догини курсатинг?

- А) эритема
В) экзема
С) лентиго
Д) петехия
Е) пурпура.

Тери артерия кон томирлари нечта чигал хосил килади:

- А. 1
В. 2
С. 3
Д. 4
Е. 5

Апокрин тер безлари жойлашган соха:

- А. юз
В. товон
С. чов
Д. кафт
Е. буйин

Спонгиоз нима?

- А. тиканкали каватнинг калинлашуви
В. тиканкали кават хужайралари аро шиш
С. тиканкаларнинг эриб кетиши
Д. донадор каватнинг калинлашуви

Е. мугуз каватнинг калинлашуви

Хис этиш сезгиси энг паст сохани курсатинг:

А. буруннинг учи

В. тилнинг учи

С. лабларнинг кизил хошияси

Д. бармоқлар учи

Е. жинсий олат бошчаси

Эпидермисда жойлашган бирламчи элемент:

А. думбокча

В. торвок

С. пуфакча

Д. яллигланиш доғи

Е. тугун

Яра хосил килувчи бирламчи элемент:

А. пуфак

В. пуфакча

С. торвок

Д. папула

Е. думбокча

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

А. кипик, эрозия

В. яра, лихенификация

С. эрозия, пигментация

Д. ёрик, эксфолиация

Е. калок, чандик

Сохта полиморфизмни курсатинг:

А. дог, везикула, эксфолиация

В. папула, лехинефикация, эрозия

С. торвок, пуфак, вегетация

Д. тугун, думбокча, яра

Е. йирингча дог, колок

Дермадаги патоморфологик узгариш:

А. акантоз

В. гранулез

С. паракератоз

Д. Папилломатоз

Е. Гиперкератоз

Дерманинг хужайра элементини курсатинг:

А. ретикулоцитлар

В. меркель хужайралари

С. кератиноцитлар

Д. меланоцитлар

Е. лангерганс хужайралари

Геморрагик догни курсатинг:

А. розеола

В. эритма

С. хлоазма

Д. вибицес

Е. лентиго

Кичишиш борлигини билдирувчи иккиламчи элемент:

А. эрозия

В. кипик

С. калок

Д. экскориация

Е. вегетация

Эпидермиснинг қайси қаватида элеидин микдори қуп?

А) базал

В) тиканакли

С) донадор

Д) ялтирок

Е) мугуз.

Меланоцитлар жойлашади?

А) турсимон

В) сургичсимон

С) базал

Д) донадор

Е) тиканаксимон қаватда.

Ёғ безлари учрамайди?

А) юзда

В) елкада

С) билакда

Д) кафтда

Е) болдирда

Эккрин тер безлари энг қуп булган соҳа?

А) бошда

В) юзда

С) елкада

Д) олат бошчасида

Е) кафтда.

Сурункали яллигланишга ҳос узгаришни курсатинг?

-
- A) акантоз
 - B) акантолизис
 - C) спонгиоз
 - D) вакуол дегенерацияси
 - E) балонланувчи дегенерация.

Гранулёз нима?

- A) базал каватнинг калинлашуви
- B) тиканакли каватнинг калинлашуви
- C) донадор каватнинг калинлашуви
- D) мугуз каватнинг калинлашуви
- E) тиканаксимон каватдаги шиш.

Дермада учрайдиган хужайрани курсатинг?

- A) ретикулоцитлар
- B) фиброцитлар
- C) лимфоцитлар
- D) кератиноцитлар
- E) плазматик хужайралар

Дерманинг хужайра элементлари асосан каерда жойлашган:

- A) сургич каватда
- B) турсимон каватда
- C) сочли фолликулалари атрофида
- D) ёг безлари атрофида
- E) тер безлари атрофида.

Терининг хосиласи эмас?

- A) тирноклар
- B) сочлар
- C) ёг безлари

Д) тер безлари

Е) нерв охирлари.

Терини ультрафиолет нурлари химоя қилувчи омил?

А) кератин

В) элеидин

С) кератогиалин

Д) сквален

Е) меланин.

Иссиклик алмашинувини компенсацияловчи ахамияти йук?

А) модда алмашинувининг узгариши

В) кон айланишининг узгариши

С) конвекциянинг узгариши

Д) ёг ажралишишининг узгариши

Е) тер ажралишишининг узгариши.

Гиподермада жойлашган бирламчи элемент?

А) тугунча

В) тугун

С) думбокча

Д) пуфакча

Е) дог.

Яллигланиш догини курсатинг?

А) пурпура

В) вибицес

С) хлоазма

Д) розеола

Е) эксимос.

Факат бирламчи элементлардан ташкил топган вариантни аниқланг?

- A) дог, тугунча.
- B) думбокча, калок.
- C) торвок, тирналиш.
- D) пуфакча эрозия
- E) папула пустлокча.

Лангергенс хужайралари терининг кайси каватида жойлашган?

- A) тиканли
- B) мугуз
- C) донадор
- D) турсимон
- E) сургичсимон.

Факат тери учунгина хос моддалар алмашинуви:

- A) сув
- B) витаминлар
- C) микроэлементлар
- D) меланин
- E) ферментлар.

Яллигланишнинг пролифератив фазасига хос булмаган узгариш:

- A) акантоз
- B) спонгиоз
- C) гиперкератоз
- D) гранулез
- E) паракератоз.

Иккиламчи элементлардан иборат вариант:

- A) вегетация эрозия

-
- В) яра тугун
 - С) лихенификация папула
 - Д) калок пуфакча
 - Е) кипик торвок.

Дерма неча каватдан иборат.

- А. 1
- Б. 2**
- С. 3
- Д. 4
- Е. 5

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

Куйидаги хужайралардан эпидермисда нормада кайси бири учрамайди.

- А. Кератиноцитлар
- В. меланоцитлар
- С. лангерганс хужайралари
- Д. Гистиоцитлар**
- Е. Меркель хужайралари

Куйидаги хужайра элементларидан кайси бири даврларда учрамайди.

- А. Плазматик хужайралар
- В. меланофаглар
- С. фиброобластлар

Д. Меркель хужайралари

Е. Лимфоцитлар

Иссиклик сезгисини идрок этадиган рецепторни курсатинг.

А. Фатер-Пачини таначалари

В. Голджи-Маццони таначалари

С. Руффини таначалари

Д. Мейснер таначалари

Е. Краузе колбаси

Терининг кайси сохасида ёғ безлари учрамайди.

А. болдирда

В. кафтларда

С. танада

Д. Юз сохасида

Е. Бошнинг сочли кисмида

Апокрин тер безлари куйидагилардан кайси соха терисида жойлашган.

А. кафтда

В. билакларда

С. кураклар орасида

Д. думбада

Е. орка пешов терисида

Тери кушимчасига (ортигига) куйидагилардан нима кирмайди.

А. тер безлари

В. тирноклар

С. туклар

Д. Лимфатик капиллярлар

Е. Ёг безлари

Иссикликни ташки мухитга чиқариш қайси йул билан амалга ошмайди.

А. Ёг ажратиш билан

В. тер ажратиш билан

С. иссиклик нурланиши (таралаши)

Д. Иссиклик утказиши (конвекция)

Е. Персперация билан

Дермадаги патоморфологик узгаришни курсатинг.

А. Акантоз

В. гранулез

С. папилломатоз

Д. Дискератоз

Е. Акантолизис

Гранулёз нима?

А. Эпидермиснинг базал каватини калинлашиши

В. эпидермиснинг тиканаксимон каватини калинлашиши

С. эпидермиснинг донадор каватини калинлашиши

Д. Эпидермиснинг ялтирок каватини калинлашиши

Е. Эпидермиснинг мугуз каватини калинлашиши

Эпидермиснинг кератогиалин моддаси сакловчи каватини курсатинг.

А. базал

В. тикансимон

С. донадор

Д. Ялтирок

Е. Мугуз

Эпидермис учун характерли эмас?

А. эластиклик

В. таранглик

С. мустахамлик

Д. пластиклик

Е. регенеративлик

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.

Қуйидаги хужайра элементлардан қайси бири дермада учрамайди?

А. ретикулоцитлар

В. фибробластлар

С. лимфоцитлар

Д. Кератиноцитлар

Е. Плазматик хужайралар

Совук сезгисини идрок этадиган рецепторни курсатинг.

А. Краузе қолбаси

В. Меркел хужайраси

С. Руффини таначаси

Д. Фатер-Пачини таначаси

Е. Мейснер таначаси

Ёғ безлари терининг қайси соҳасида бўлмайди?

А. буйинда

В. елкада

С. товонда

Д. сонда

Е. Билакда

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

А. оксиллар

В. витамин Д

С. микроэлементлар

Д. углеводлар

Е. Ферментлар

Хужайрадан ташкаридаги сероз яллигланиш турини курсатинг.

А. Баллонланувчи дегенерация

В. кариопикноз

С. карионексис

Д. Спонгиоз

Е. Вакуол дегенерацияси

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

**Инфильтратив характерли бирламчи морфологик элементни
курсатинг.**

А. дог

В. пустула

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

Пролифератив характерга эга булмаган I-ламчи морфологик элементни курсатинг.

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

Папула катталигини курсатмайдиган вариантни аникланг.

- А. Лентикуляр
- В. милиар
- С. конуссимон**
- Д. нуммуляр
- Е. Лихеноид

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

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

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

Эпидермис неча каватдан иборат?

- А. 1
- Б. 2
- С. 3
- Д. 4
- Е. 5**

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

Тери вена қон томирлари неча веноз чигал ташкил қилади?

- А. 1
- Б. 2
- С. 3
- Д. 4**
- Е. 5

Қайси соҳада апокрин тер безлари жойлашади:

A. Буйин

B. Кукрак беги сургичи

C. Кураклар ораси

D. Кафт

E. Товон

Баллонланувчи дегенерация нима?

A. Тиканакли каватдаги хужайра аро шиш

B. Тиканакли каватдаги хужайра ичидаги шиш

C. Тиканакли каватдаги хужайра ичидаги ва хужайра аро шиш

D. Базал каватдаги хужайра ичидаги ва хужайра аро шиш

E. Дерма сургичли кавати шиши

Паракератоз учун характерли булмаган ходисани курсатинг:

A. Мугуз каватнинг калинлашиши

B. Мугуз каватда ядро саклайдиган хужайраларни пайдо булиши

C. Тиканакли кават йуклиги

D. Элеидин каватининг йуклиги

E. Донадор каватнинг йуклиги

Дермада жойлашмайдиган бирламчи морфологик элементни

курсатинг:

A. Думбокча

B. Торвок

C. Пуфак

D. Дог

E. Тугун

Калок пайдо килмайдиган бирламчи элементни курсатинг:

A. Думбокча

B. Папула

-
- С. Пуфак
 - Д. Пуфакча
 - Е. Пустула

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**

Сохта полиморфизмни курсатинг:

- А. Папула, везикула, эрозия
- В. Дог, тангача, лихенификация**
- С. Торвок, пуфакча, пустлокча
- Д. Тугун яра, дог
- Е. Думбокча, тангача, пуфак

Гиподермада кайси элемент куп?

- А. Аргилофил толалари.
- В. Коллаген толалари.**
- С. Эластик толалар.
- Д. Силлик мушак толалари.
- Е. Нерв толалари.

Иссикликни кабул килувчи рецепторларни курсатинг:

- А. Краузе колбаси.
- В. Фатер-Пачини таначалари.
- С. Руффини таначалари.**
- Д. Мейснер таначалари.
- Е. Меркел хужайралари.

Кайси омил таъсиридан организмни тери химоя эта олмайди.

А. Механик.

В. Вибрацион.

С. Биологик.

Д. Кимёвий.

Е. Термик.

Пролифератив характердаги бирламчи морфологик элементни курсатинг.

А. Яллигланиш доғи.

В. Яллигланишсиз доғ.

С. Торвок,

Д. Геморрагик доғ.

Е. Пигментли доғ.

Меркель хужайралари каерда жойлашади?

А. Эпидермиснинг донатор каватида

В. Дерманинг турсимон каватида

С. Эпидермиснинг базал каватида

Д. Эпидермиснинг тикансимон каватида

Е. Дерманинг сургич каватида

Дерманинг хужайра элементлари асосан каерда жойлашган?

А. Сургич каватда

В. Турсимон каватда

С. Соч фолликулалари атрофида

Д. Ёғ безлари атрофида

Е. Тер безлари атрофида

Фатер–Пачини таначалари каерда жойлашади?

А. Эпидермиснинг базал каватида

В. Дерманинг сургичсимон каватида

С. Дерманинг турсимон каватида

Д. Гиподерма билан дерманинг чегарасида

Е. Гиподермада

Куйидагилардан кайси бири терини ультрабинафша нурлардан химоя килади?

- А. Кератин
- В. Элеидин
- С. Кератогиалин доналари
- Д. Сквален

Е. Меланин

Гиподермада жойлашган 1-ламчи морфологик элементни аниқланг:

- А. Думбокча
- В. Торвок
- С. Тугун**
- Д. Пигмент доги
- Е. Яллигланиш доги

Пролифератив характерга эга буладиган бирламчи морфологик элементни курсатинг:

- А. Думбокча
- В. Яллигланиш доги

С. Пигмент доги

- Д. Тугунча
- Е. Тугун

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

Кичишиш борлигини бидирувчи 2-ламчи морфологик элементни курсатинг:

А. Эрозия

В. Экскориация

С. Ёрик

Д. Вегетация

Е. Тангача

Чин полиморфизмни курсатинг:

А. Тугунча, тангача, калок

В. Пуфакча, думбокча, дог

С. Пуфак, вегетация, яра

Д. Пустула, лихенификация, эрозия

Е. Тугун, калок, чандик.

ПИОДЕРМИТЛАР.

Факат болаларда учрайдиган пиодермит?

А) фурункул

В) везикулопустилёз

С) турниоль

Д) вульгар эктима

Е) остеофолликулит.

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.

Е. Апокрин тер безларини йирингли яллигланиши

Куп сонли абсцесслар (Фингер псевдофурункулёзи) кайси касаллик билан дифференциация килинмайди.

- А. фурункул
- В. чукур трихофития
- С. папуло-некротик тери сили
- Д. скрофулодерма

Е. Гидраденит

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

Пиодермитларни махаллий даволашда нима кулланилмайди.

- А. Намли киритувчи боғламлар
- В. анилин буёқлари
- С. антибактериал малхамлар
- Д. Антисептик сепмалар (упалар)

Е. Чайкатиб суртиладиган аралашмалар

Факат чукур пиодермитлардан иборат вариантни курсатинг:

- А. Фингер псевдофурункулез, вульгар эктима, гидраденит**
- В. Фурункул, везикулопустулез, гидраденит
- С. Карбункул, Фингер псевдопустулез, сикоз
- Д. Чукур фолликулит, Риттернинг эскфолиатив дерматити, ульгар рупия
- Е. Чакалоқлар эпидемик чилла яраси, эктима, сурункали ярали пиодермия

Чакалоқлардаги эпидемик чилла яра қайси касаллик билан дифференциация қилинмайди?

А. Заҳм пурсилдоғи.

В. Хақиқий пурсилдоғ.

С. Буллез эпидормолиз.

Д. Сув чечак.

Е. Буллезли импетиго.

Склередема учун хос бўлмаган 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

ИХТИОЗ

Ихтиозни даволашда асосий ҳисобланган препаратни курсатинг?

А) антибиотиклар

В) Витамин «А»

С) «В» гуруҳдаги витаминлар

Д) тиреоидин

Е) гемотерапия.

Вульгар ихтиозининг клиник шакли бўлмаган вариантни курсатинг.

А. Тугма ихтиоз

В. ялтирок ихтиоз

С. илонсимон ихтиоз

Д. Жайрасимон ихтиоз

Е. Ксеродермия

Вульгар ихтиознинг клиник шакли булган вариантни курсатинг.

- А. Скутуляр
- В. дисгидротик
- С. сугалсимон**
- Д. атрофик
- Е. жайрасимон

Ихтиозни даволашда кайси давони куллаш шарт эмас?

- А. тери массажи
- В. антибиотиклар**
- С. ёгли кремлар
- Д. кислородли ванналар
- Е. витамин А

Ихтиознинг клиникасига хос эмас:

- А. ёг алмашинувининг бузилиши
- В. тер алмашинувининг бузилиши
- С. терида тангачалар
- Д. пустулёз тошмалар**
- Е. мугуз каватнинг калинлашиши

Вульгар ихтиознинг енгил клиник шакли:

- А. Тугма ихтиоз**
- В. ялтирок ихтиоз
- С. илонсимон ихтиоз
- Д. Жайрасимон ихтиоз
- Е. Ксеродермия

Вульгар ихтиознинг огир кечувчи клиник шакли:

- А. Тугма ихтиоз**

В. ялтирок ихтиоз

С. илонсимон ихтиоз

Д. Жайрасимон ихтиоз

Е. Ксеродермия

ЖИНСИЙ ЙУЛ ОРКАЛИ ЮКУВЧИ КАСАЛЛИКЛАР. ЗАХМ.

Гохзингернинг диффуз папулез инфильтрациясига хос булмаган белгини курсатинг:

А. Тугилгандан сунг 4-8 хафта кейине пайдо булиши

В. характерли маълум сохаларда жойланиши

С. терида инфильтрация мавжудлиги

Д. Инфильтрациянинг ярага айланиши

Е. Сурилганда кепакланиш ривожланиши (кузатилиши)

Гудак (1-4ёш) болалар тугма захми учун энг хос булган белгини курсатинг:

А. резеолалар

В. сербар кондиломалар

С. гуммалар

Д. Захм тумови

Е. Остеохондрит

Кечки тугма захмининг шартли белгисини курсатинг:

А. Карабелли думбоги

В. Клиттон синовити (гонити)

С. захм лабиринти

Д. Австидийский белгиси (симптоми)

Е. «олимпик» пешона

Куйдагиларни кайси бири захми даволашда резерв антибиотик хисобланади?

А. эритромицин

В. Бициллин-1

С. бициллин-3

Д. Бициллин-5

Е. Пенициллиннинг новакаибли тузи

Кукрак ёшидаги болалар тугма захми белгилари асосан неча ойликдан курина бошлайди.

А. 6-8 ой

В. 8-10 ой

С. 10-12 ой

Д. 0-4 ой

Е. 4-6 ой

Парронинг «сохта фалажигга» олиб келувчи кукрак ёшидаги болалар тугма захми белигисини курсатинг.

А. Захм менингити ва менингоэнцефалити

В. гидроцефалия

С. остеохондрит

Д. остиопериостит

Е. Периостит

Кечки тума захмнинг шартсиз белигисини курсатинг.

А. Гетчинсон тишлари

В. Муна тишлари

С. Гаше тишлари

Д. аксифоидия

Е. Готик танглай

«Пинкус» аломатини курсатинг.

А. Кошнинг майда учогли тукилиши

В. киприкнинг тукилиши

- С. сочининг майда учогли тукилиши
- Д. Лейкодерманинг клиник тури
- Е. Атипик гуммоз сифилид

Кечки тугма захмнинг шартсиз белгиси.

А. Парахиматоз кератит

- В. хориоретинг
- С. Клиттон синовити
- Д. Аксифоидин
- Е. Захм тумови

Кукрак ёшидаги болалар тугма захми учун хос белги.

- А. Периостит

В. остеохондрит

- С. остеоperiостит
- Д. Захм лабиринти
- Е. Гетчинсимон тишлари

Йулдош захмга хос булмаган белгини курсатинг?

- А) ворсинкалар, склерози, некроз учоглари
- В) кушувчи тукима хужайраларининг гиперплазияси

С) йулдошнинг она кисмидаги узгаришлари

- Д) йулдош вазнининг ортиши.
- Е) йулдошнинг хомила кисмидаги кон томирларнинг энзо-, мезо-, ва периартритлар.

Захмга чилла ярасига пурсилдогига хос булмаган белгини курсатинг?

- А) пуфақлар ичидаги суюкликдан ок спирохеталарнинг топилиши
- В) кафт ва товонда жойланиши

С) нухат дони катталигидаги таранг пуфаклар пайдо булиши.

Д) пуфаклар асосида каттик инфилтрат мавжудлиги.

Е) пуфакларнинг ярага айланиши.

Гохзингернинг диффуз папулез инфилтрацияси дифференциацияси килинмайдиган касалликни курсатинг?

А) псориаз

В) вульгар импетиго

С) тиркишсимон импетиго

Д) себореяли экзема

Е) рожа (ялин) яллигланиш.

Кечки тугма захмнинг шартли белгисини курсатинг?

А) паренхимтоз кератит.

В) хориорентит

С) карабелли думбогчаси

Д) аксифодия

Е) готик танглай.

Захмга карши профилактик даво куйидагилардан кайсинида утказилмайди?

А) тулик даволанмаган аёлдан тугилган соглом чакалоқларда

В) тулик даволаниб, хомиладорлик даврида профилактик даво олмаган аёлдан тугилан сог- лом чакалоқларда

С) тулик даволанмаган, аммо КСР мусбат колган аёлдан тугилган соглом чакалоқларда

Д) бемор билан жинсий алокада булган соглом шахсларда

Е) захм касаллиги буйича тулик даволанмаган аёл биринчи хомиладорлиги даврида.

Куйидаги дорилардан кайсиниси захмни даволашда ишлатилмайди?

- A) пентабисмол
- B) 3-8 % калий йод эритмаси
- C) цинк оксиди порошоги**
- D) бийохинол
- E) бисмоверол.

Захмни даволашда пенцилин учун хос булмаган асоратни курсатинг?

- A) токсик нефрит
- B) токсикодермия**
- C) аллергия тумов
- D) токсик гепатит
- E) гингвит.

Кукрак ёшидаги болалар тугма захмга хос белги:

- A) паренхиматоз кератит.
- B) остеохондрит**
- C) клиттон синовити
- D) аксифоидия
- E) сербар кондилломалар.

Гохсингернинг диффуз папулез инфилтрацияга хос эмас:

- A) 1-2 ойликда пайдо булиши.
- B) маълум сохаларда жойлашиши
- C) эритема пайдо булиши
- D) терининг зичлашиши, инфилтрацияга айланиши
- E) инфилтрациянинг ярага айланиши.**

Захмни даволашдаги резерв антибиотикни курсатинг?

А) эритромицин

В) бицилин-1

С) бицилин-3

Д) пенициллин

Е) экстенциллин.

Кечки тугма захмга хос дистрофик узгаришни курсатинг.

А. Робинсон-Фурнье чандиги

В. эгарсимон бурун

С. Астидийский белигиси (симптоми)

Д. Думбасимон бош суяги

Е. Захм лабиринти

Захмга карши превентив даволаш куйидагилардан кайсиниси кулланилмайди.

А. Бемордан олинган кон куйилган шахсларга

В. бемор аёлдан тугилган чакалокларга

С. Бемор билан жинсий алокада булган соглом шахсларга

Д. Бемор билан маиший алокада булган шахсларга

Е. Беморларнинг 3 ёшгача булган фарзандларига

Кукрак ёшидаги болалар тугма сифилисга хос булмаган белгини курсатинг:

А. Гохзингернинг диффуз папулез инфильтрацияси

В. захм чилла яраси (пурсилдоги)

С. паренхиматоз кератит

Д. захм тумови

Е. остеохондрит

Тугма захм хисобланмайдиган вариантни курсатинг:

А. Йулдош захми

В. Хомила захми

С. Висцерал захм

Д. Эрта-тугма захм

Е. Кечки тугма захм

Кечки тугма захмнинг шартсиз белгисини курсатинг:

А. Захм лабиринти

В. Киличсимон болдирлар

С. Захм хориоретинити

Д. Карабелли думбоги

Е. Робинсон-Фурнье чандиги

Хомиладор аёл захм билан огриган булса, хомиладорликнинг натижаси кандай тугаши захмга хос эмаслигини курсатинг:

А. Эрта бола ташлаш

В. Кеч бола ташлаш

С. Улик бола тугилиши

Д. Эрта (вактидан) тугилиши

Е. Вактида захм билан касалланган бола тугилиши.

Хомила захмига хос булмаган белгини курсатинг:

А. Паренхиматоз аъзоларининг диффуз инфильтрацияси

В. Упкада «ок зотилжам» аломатлари

С. Тери бичилган, ажин босган, шалвираган

Д. Ички аъзоларида миллиар сифиломалар

Е. Терида Гохзингернинг диффуз папулёз инфильтрацияси Робинсон-Фурнье чандиги нимадан кейин колади?

А. Захм чилла яраси (пурсилдоги)

В. Гохзингернинг диффуз папулёз инфильтрацияси

С. Сифилитик папулалар

Д. Захм тумови

Е. Гуммоз элементлар

Кечки тугма захмнинг шартсиз белгисини курсатинг:

А. Паренхиматоз кератит

В. Клиттон синовити (гонити)

С. Мун тиши

Д. Дюбуа-Гиссар белгиси (симптоми)

Е. Бурун деформацияси (эгарсимон бурун)

Кечки тугма захмга хос дистрофик узгаришни курсатинг:

А. «Олимпик» пешона

В. «Думбасимон» бош суяги

С. Мун тиши

Д. «Эгарсимон бурун»

Е. Гетчинсон тиши

Куйидагилардан кайси бири захмни даволашда резерв антибиотик эмас?

А. Тетрациклин

В. Олететрин

С. Бицилин-5

Д. Доксицилин

Е. Эритромицин

Захмни даволашда йод препаратларига хос асоратини курсатинг:

А. Токсикодермия

В. Токсит нефрит

С. Аллергик тумов

Д. Гингвит

Е. Стоматит

Тугма сифилис гумон килинган болани текширилганда кандай реакция куйилмайди?

А. КСР

В. РИБТ

С. РИФ

Д. БОРДЕ-ЖАНГУ

Е. РИП

Кукрак ёшидаги болалар тугма захмига хос булмаган белгини курсатинг:

А. Гохзингернинг диффуз папулез инфильтрация

В. Захм чилла яраси

С. Паренхиматоз кератит

Д. Захм тумови

Е. Остеохондрит

СУЗАК (ГОНОРЕЯ)

Кизалоклардаги конококкли вульвовагинит учун хос булмаган белгини курсатинг:

А. Уятли лаблар терисининг ёркин гиперемияси

В. уретра ва вульва шиллик пардасининг кизариши

нормал С. сийдикнинг ажралиши

Д. Киндан йиринг окиб чикиши

Е. Ачишиш ва огрик

Гонорея учун энг характерли инкубацион даврини курсатинг:

А. 1 –2 кун

В. 3 –7 кун

С. 10 – 20 кун

Д. 1 ой

Е. 2 ой

Гонобленореяда зарарланадиган соха.

- А. Вульва шиллик пардаси
- В. кин шиллик пардаси
- С. куз шиллик пардаси**
- Д. Уретра ичак шиллик кавати
- Е. Тугри ичак шиллик кавати

Кизалоклар гонококкли вульвовагинити кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

- А) бактериал вульвовагинит
- В) тугма захм**
- С) глист инвазияси
- Д) кандидоз
- Е) трихомониаз.

Кизалоклар гонореясида куйидагилардан кайси бири зарарланмайди?

- А) вульва
- В) кин
- С) уретра
- Д) тугри ичак
- Е) чов лимфа тугунлари.**

Кизалоклар гонококкли вульвовагинити кайси касаллик билан дифференциация килинмайди?

- А. Трихомониаз
- В. Кандидоз
- С. Глист инвазияси
- Д. Тугма захм**
- Е. Бактериал вульвовагинит

Масала №24

- Дерматологик клиникага 2 ойлик чақалоқ оғир аҳволда олиб келинди. Беморда тез-тез қайт қилиш, иштаҳанинг кескин пасайиши, тез-тез ич ўтиши кузатилади. Териси гиперемияга учраган. Эритродермия, қипиқланиш қорин ва бел соҳаларида кўп миқдорда кузатилмоқда. Табиий бурмалар соҳасида кўплаб эрозиялар мавжуд. Эпидермис бу соҳаларда бичилган. Бошнинг сочли қисмида кўп миқдорда кипиқлар 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, аминоксипептидазининг пасайиши аниқланди. Чақалоқ гипертрофияга учраган.
- **Сизнинг ташхисингиз?**
- **Даволаш тактикасини танланг.**



Масала №29

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



Масала № 46

- Дерматолог ҳузурига акушер-гинеколог билан она чақалоқни терисида тошмалар тошганига шикоят қилиб келишди.
- Янги туғилган чақалоқни териси қизарган, юзасида қуруқ, юпқа, сарғиш-жигарранг плёнка билан копланган (қоллодийни 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?**



ФЙДАЛАНИЛГАН 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. Адхам Ваисов Тери ва таносил касалликлари дарслик 2004 йил.
11. Мартин Рёкен Атлас по дермотологии 2018 г.
12. Боулинг Джонатан Диагностическая Дерматоскопия 2019 г.

МУНДАРИЖА

Бет

1	Кириш	4
2	Терининг тузилиши	5
3	Бирламчи морфологик элементлар	50
4	Иккиламчи морфологик элементлар	61
5	Тери касалликларни даволашнинг асосий принциплари	69
6	Янги туғилган касалликлар тери касалликлари	96
7	Vernix caseosa	97
8	Ихтиозсимон терининг куруклашиши	98
9	Ёғли кисталар	99
10	Linea fusca	99
11	Телеангиоэктазия	99
12	Қўқимтир ёки мугилар доғи	100
13	Ўтиб кетувчи шишлар	100
14	Чакалоқларнинг лимфангиоэктатик шиши	101
15	Токсик (аллергик) эритема	101
16	Омфалит	102
17	Адинонекроз	104
18	Чакалоқлардаги склерема ва склерема	105
19	Себореяли дерматит	107
20	Лейнер – Муссуниг дескваматив эритродермияси	108
21	Генодерматозлар	109
22	Ихтиоз	109
23	Туғма буллёзли эпидермолиз	113
24	Энтеропатик акродерматит	115
25	Везикулопустулёз	116
26	Болалардаги кўп сонли абцесслар ёки Фингернинг	117

	псевдофурункулёзи	
27	Чақалоқларнинг эпидимик чилла яраси	120
28	Риттернинг Эксфолиатив дерматити	124
29	Чақалоқлар буллёз импетигоси	131
30	Стрептококкли пиодермитлар	131
31	Стрептодермиялар	131
32	Янги туғилган чақалоқлар таносил касалликлари	147
33	Туғма заҳм	147
34	Хомила заҳм	147
35	Кўкрак ёшидаги болалар заҳми	148
36	Гўдак бола заҳми	153
37	Кечки туғма заҳми	154
38	Кизалоқлар сўзағи	157
39	Гонобленорея	158
49	Тестлар	161
50	Вазиятга оид масалалар	201
51	Фойдаланилган адабиётлар	203



ЎҚУВ ҚЎЛЛАНМА

**ЯНГИ ТУҒИЛГАН ЧАҚАЛОҚЛАР
ТЕРИ ВА ТАНОСИЛ
КАСАЛЛИКЛАРИ**

ПАҚИРДИНОВ А.Б.

АДТИ КИТОБ ДЎКОНИ
Телеграм: @kitoblarkerakmi
+99890 060 10 58

Андижон – 2022 йил